

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1.ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า

2.ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม - 5 เมษายน 2563 รวม ระยะเวลาดูแล 21 วัน

3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า(Schizophrenia, Substance use disorder & Depression)

ความหมายของโรค

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมองแสดงออกทางความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ โรคจิตเภทองค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วย โรคทางกาย พบว่าเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (quadriplegia) ความสูญเสียมีค่าประมาณ 0.7-1 เท่าของการสูญเสียความสามารถ

อาการของโรคจิตเภท ประกอบด้วย

1) อาการด้านบวก (positive symptoms) ได้แก่ (1.) อาการหลงผิด(delusion)คือการมีความคิดหรือความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงซึ่งไม่สามารถ เปลี่ยนแปลงได้เช่น การหลงผิดว่ามีคนจะมาทำร้าย การหลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ มีความสามารถพิเศษ เป็นต้น (2.) อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน (prominent hallucination) คือ การกำหนดรู้ที่เกิดขึ้น โดยไม่มีสิ่งเร้าภายนอกเช่นหูแว่วได้ยินเสียงคนพูดด้วยโดยที่มองไม่เห็นตัวเห็นภาพคน สัตว์ หรือสิ่งของโดยไม่มีสิ่งเหล่านั้นอยู่จริง เป็นต้นโดยความเชื่อดังกล่าวต้องไม่ใช่ความเชื่อที่พบได้ตามปกติในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วย (3.) การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech)คือการพูดในลักษณะที่หัวข้อลีหรือ ประโยคที่กล่าวออกมาไม่สัมพันธ์กัน เช่น การเปลี่ยนเรื่องที่พูดจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่งซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กันเลย เป็นต้น (4.) พฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior)คือ พฤติกรรมที่ผิดแปลกไปอย่างมากจากธรรมเนียมปฏิบัติของคนทั่วไปในสังคม เช่น ไม่ใส่เสื้อผ้า การเล่นอุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น (5.)พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดแปลกไปจากปกติ(catatonic behavior) เช่น การเคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือนิ่งแข็งอยู่กับที่

2) อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ (1.)อารมณ์ทื่อ (blunted affect)และเฉยเมย (2.) ความคิดอ่านและการพูดลดลง (3.) ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจ (4.) ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว

3) อาการด้านการรู้คิด (cognitive symptoms) (1.) ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผนลดลง (2.) ความสามารถในการคงความใส่ใจ (attention) ลดลง (3.) ความจำเพื่อใช้งาน (working memory) บกพร่องคือความสามารถในการจดจำข้อมูลเฉพาะหน้าลดลง(มันทนา กิตติพิรชล,2560)

สาเหตุ

โรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสมองและเป็น neurodevelopmental disorder แม้อาการของโรคจะแสดงออกในช่วงต้นวัย 20 ปี แต่ผู้ป่วยเองมีความผิดปกติตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิตอยู่แล้วจากการมีความเสี่ยงทางพันธุกรรมร่วมกับปัจจัยต่างๆ

1.ปัจจัยทางด้านชีวภาพคือ (1.) พันธุกรรม พบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นสูง โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งร่วมกัน (2.) ระบบสารชีวเคมีสมองคือสมมติฐานโดปามีน(dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

และพบว่าการทำงานของ serotonin-2 (5-HT_{2A}) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง (3.) ภายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วน cortical gray matter และมี ventricle โตกว่าปกติ (4) ประสาทสรีรวิทยา พบว่าcerebral blood flowและglucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

2.ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

1) ไม่พบหลักฐานปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคมเป็นสาเหตุแต่พบว่า สภาพครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง มีผลต่อการกำเริบโรค เช่นการใช้วิพากษ์วิจารณ์ มีท่าที่ไม่เป็นมิตร จู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป

2) ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายๆสาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันปัจจุบันคือ stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้วเมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์สุคนิษฐ์. 2558)

การรักษา

1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลไว้ ในกรณี(1.1) มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น(1.2) มีปัญหาอื่นๆที่ต้องดูแลใกล้ชิดเช่นมีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง(1.3) เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา (1.4) มีปัญหาในการวินิจฉัย

2. การรักษาด้วยยารักษาโรคนั้นเป็นหัวใจของการรักษานอกจากเพื่อควบคุมอาการทางบวกแล้วยังสามารถลดอาการกำเริบซ้ำของโรคได้พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆนั้นส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า

4. การรักษาจิตสังคม

การพยาบาล

1. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด ประกอบด้วย (1.1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ (1.2) ประเมิน ชนิดและความรุนแรงเกี่ยวกับอาการหลงผิดที่จะนำไปสู่การทำร้าย ตนเองและผู้อื่น(1.3) ให้การยอมรับผู้ป่วย ไม่ควรโต้แย้ง ถกเถียง หรือถกถามเนื้อหาของความคิดหลงผิด เพราะอาจจะทำให้ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลนั้นรุนแรงมากขึ้น (1.4) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการหลงผิดตามความเป็นจริง (present reality)(1.5)สื่อสารกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร (1.6) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ เช่น การออกกำลังกาย เพื่อเบี่ยงเบนความ สนใจ ลดความหมกมุ่นจากอาการหลงผิด (1.7) เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการหลงผิดให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดเพื่อฝึกการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น(1.8) ให่ยารักษาอาการทางจิต ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการให้ยา

2. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวง ประกอบด้วย(2.1) สร้างสัมพันธภาพแบบ1ต่อ1เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการให้การพยาบาล(2.2)สื่อสารกับผู้ป่วย แบบเปิดเผย ตรงไปตรงมา เข้าใจง่าย และลดพฤติกรรมที่อาจเพิ่มความหวาดระแวงให้กับผู้ป่วย เช่น การกระซิบ การสัมผัสตัวผู้ป่วย (2.3) ให่ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการ รักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการให้ยา(2.4)อาการหวาดระแวงลดลง ควบคุมอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้นให้ผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เช่น การทำกิจกรรมกลุ่ม เป็นต้น

3. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วประกอบด้วย (3.1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (3.2)ประเมินราย ละเอียด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เกี่ยวกับอาการหูแว่ว (3.3) ประเมินความรู้สึกต่ออาการ หูแว่ว เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม (3.4) ให้ข้อมูล ที่เป็นจริง (3.5) ร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว (3.6) ให้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการ รักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการให้ยา

4. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตัว ที่เกิดจากอาการทางบวกส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงที่อาการกำเริบส่วนการ แยกตัวที่เกิดจากอาการทางลบนั้น มักเป็นการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับสังคม แยกตัวอยู่คนเดียวโดยใช้กลไกทางจิต สร้างโลกแห่งจินตนาการให้ตนเองอยู่เพื่อลดความไม่สบายใจ บางครั้งพบการใช้กลไกทางจิตแบบถดถอยร่วมด้วยการ พยาบาลโดยการ สร้างสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น(ธนพล บรรดาศักดิ์,2564)

ความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (substance-induced disorders)

ความหมาย

หมายถึง กลุ่มอาการทางด้านจิตใจหรือพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้หรือหยุดใช้สารนั้นๆ ได้แก่ ภาวะเมา (intoxication) ภาวะถอน (withdrawal) อาการเพ้อ(delirium)สมองเสื่อม (dementia) โรคเสียความจำ (amnesic disorder) โรคจิต(psychotic disorders) ความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders) โรควิตกกังวล (anxiety disorders) สมรรถภาพทางเพศผิดปกติ (sexual disorders) ความผิดปกติของการนอน (sleep disorders) แอมเฟตามีนจัดเป็นสารประเภทกระตุ้นประสาท มีเมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์ผสมอยู่สารที่เป็นที่รู้จักกันทั่วไปใน ชื่อ“ยาบ้า ยาฆ่า ยาขยัน”ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของสารสื่อประสาท dopamine, norepinephrine, และ serotonin ทั้ง ยังมีฤทธิ์ในการเสพติดสูง

อาการทางคลินิก (Clinical Feature)

1.อาการพิษแอมเฟตามีน (Amphetamine intoxication) มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและจิตใจ เช่น อารมณ์ครื้นเครงมากหรือเฉยเมย, กระวนกระวาย, มีความตื่นตัวสูง, หงุดหงิดง่าย,วิตกกังวลตึงเครียด,การตัดสินใจเสีย หัวใจเต้นเร็ว, ม่านตาขยาย ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เหงื่อออก กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะสับสนและชักได้

2. อาการขาดแอมเฟตามีน (Amphetamine withdrawal) ผู้ป่วยจะเกิดอาการขาดสาร ภายใน 2-3 ชั่วโมง มีอาการรุนแรงในวันที่2-3 อาการเป็นอยู่นาน 7 วัน มีความรู้สึกไม่สบายอ่อนเพลียอาจมีอาการหงุดหงิดหรือซึมเศร้า เชื่องช้าหรือกระสับกระส่ายการอยากอาหารเพิ่มขึ้น นอนมากหรือนอนไม่หลับ ผื่นร้าย หากอาการรุนแรงมากจะมี อาการทางจิตหรือซึมเศร้ารุนแรงแทรกซ้อนจนถึง ฆ่าตัวตายได้

3. อาการโรคจิตเนื่องจากแอมเฟตามีน (Amphetamine-induced psychotic disorder)มีอาการหู แว่ว หรือ หลงผิดว่ามีคนปองร้าย มักเกิดในช่วงintoxication มีอาการคล้ายโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง

การรักษา

1. การรักษาภาวะเมาแอมเฟตามีน หลักการเบื้องต้นที่สำคัญ ได้แก่(1.)การจัดการสิ่งแวดล้อมโดยการลดสิ่ง กระตุ้นเร้า เช่น เสียงดัง แสงสว่างจ้า สงบเงียบ (2.)ควรหลีกเลี่ยงการโต้เถียง ยอมรับฟังสิ่งที่ผู้เมาสารพูด (3.)ให้ผู้ป่วย รู้สึกมั่นใจว่าปลอดภัย (4.)ให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์ควบคุมได้ (5.)ให้เพื่อน หรือญาติอยู่ด้วย หรือติดต่อให้ได้พูดคุยด้วย (6.)การให้ความมั่นใจ เช่น อาการเกิดจากฤทธิ์ของสาร ซึ่งจะดีขึ้นเมื่อสารหมดฤทธิ์

2. การบำบัดทางยา การให้ยาบำบัดภาวะเมาจะให้ยารักษาตามอาการ

3. การรักษาภาวะถอนแอมเฟตามีน ภาวะถอนจะมีอาการไม่รุนแรง ให้ยาในกลุ่ม benzodiazepines ในรายที่มี อาการซึมเศร้าให้ยาด้านซึมเศร้า เช่น กลุ่ม SSRIs มีความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเอง ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) เป็นการรักษาที่สำคัญมากเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหยุดเสพยาและป้องกันการกลับไปเสพยา การช่วยเหลือทางจิตใจและการให้ คำปรึกษา แม้ผู้ป่วยจะกลับไปเสพยา แต่จะมีความสามารถในการควบคุมการใช้จ่ายดีขึ้นในการดำรงชีวิตในสังคมได้ (ศิริลักษณ์ ลอดทอน ,2564)

โรคซึมเศร้า(Major Depressive Disorder)

ความหมาย

หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และมีอาการมากเกือบตลอดเวลาทั้งวันเป็นเวลาต่อเนื่อง ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ป่วยมีอาการทุกข์ ไม่สามารถ ปฏิบัติหน้าที่การงาน เสียสมรรถภาพการทำงาน เสียความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ผู้ป่วยมีความคิดหรือ วางแผนการฆ่าตัวตาย(นันทภัก ชนะพันธ์,2563)

สาเหตุ

ยังไม่มีรายงานการศึกษากลไกการเกิดโรคอย่างชัดเจนแต่พบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค แบบชีวจิตสังคม เช่นฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมครอบครัวแตกแยกหรือพ่อแม่ไม่ได้อยู่ด้วยกันประวัติโรคในกลุ่มโรคจิตกังวลหรือโรคซึมเศร้าในครอบครัวเป็นต้นและเกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูแบบมีการทารุณกรรมเด็กหรือการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่สามารถทำให้เด็กพัฒนาความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเองได้ การศึกษาทางชีวภาพพบว่าผู้ป่วยมีการทำงานของสมองในการตอบสนองต่อภาวะคับข้องใจบริเวณ amygdala striatum parietal cortex และ posterior cingulate ต่างจากเด็กที่ไม่เป็นโรคมีทักษะในการแก้ปัญหาชีวิตซึ่งปัจจัยทางชีวภาพที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าและการติดสุรา หรืออารมณ์เศร้าที่มีอาการรุนแรงหรือที่มีอาการทางจิตร่วมด้วยเช่นมีอาการหวาดระแวงมีสาเหตุส่วนหนึ่งจากพันธุกรรมและสารเคมีในสมองของผู้มีอาการซึมเศร้า

การพยาบาล

1.การประเมินสุขภาพกายด้านการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและ ความอยากอาหาร, การนอนหลับ,ความเหนื่อย เหนื่อย ไม่มีแรง อ่อนเพลีย

2. การประเมินการใช้จ่าย ให้ครอบคลุม ทั้งปริมาณ ขนาด ความถี่ของการใช้จ่าย ยาอื่น ๆ ที่ซื้อมารับประทานเอง เช่น สมุนไพรต่างๆ

3. การประเมินทางด้านจิตสังคมสำหรับ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะต้องประเมินสภาพจิต (Mental status examination; อารมณ์และความรู้สึก กระบวนการคิดและเนื้อหาความคิด ความคิด ความจำ และสมาธิ)

4.การ ให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม สัมพันธภาพกับผู้อื่น และที่สำคัญที่สุดคือ การป้องกันการฆ่าตัวตาย การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง พยาบาลกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ศรัทธา และเชื่อมั่น ถ้าที่จะเปิดเผยข้อมูลตนเองมากขึ้น ทำให้ สามารถร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องให้ความรู้ทั้งผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า สาเหตุ วิธีการรักษา กระบวนการรักษา การใช้จ่าย และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ ยา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พร้อมทั้ง จะรับการรักษา และสามารถที่จะกลับไปดูแล ตนเองต่อที่บ้านได้ การที่ครอบครัวมีการปฏิบัติหรือ ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยคอยสนับสนุนให้การช่วยเหลือผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น มีความผูกพัน เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (นันทภัก ชนะพันธ์,2563)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การฆ่าตัวตาย(Suicide)

หมายถึง การกระทำที่ทำให้ตนเองเสียชีวิตโดยตั้งใจ บุคคลที่มีพฤติกรรมที่จะทำลายหรือมีพฤติกรรมที่จะทำให้ตนเองเสียชีวิต โดยไม่มีเจตนาจะตายจริงๆ ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย จนกว่าจะได้รับข้อมูลว่าการกระทำนั้นๆเป็นไปเพื่อจบชีวิต การศึกษาทางการแพทย์ พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 9 ใน 10 มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่งขณะทำการฆ่าตัวตาย โดยมีสาเหตุสำคัญ คือภาวะซึมเศร้าและการติดสารเสพติดแม้คนส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าอารมณ์เศร้าจะมีสาเหตุจากจิตใจและสังคมสิ่งแวดล้อม (นันทศักดิ์ ชนะพันธ์,2563)

สาเหตุ

- 1 ปัจจัยทางสังคมร่วมกันเช่นปัญหาเศรษฐกิจปัญหาความรักความสัมพันธ์ การหย่าร้างความรุนแรงรูปแบบต่างๆ
- 2 ปัญหาทางจิตใจ จะมองว่าตนเองไร้ค่าไม่มีความสามารถเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังเบื่อหน่ายและเศร้าใจ

การรักษา

- 1) การรับไว้ในโรงพยาบาลในกรณีมีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายตนเองหรือผู้อื่นมีอาการรุนแรงกระวนกระวายมาก ไม่กินอาหารพอมลงมากไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 2)การรักษาด้วยยา 3)การรักษาด้วยไฟฟ้า
- 4) จิตบำบัด 5) การรักษาอื่นๆเช่น Sleep deprivation ร่วมกัน (มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์สุคนิษฐ์. 2558)

การพยาบาล

1. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในแบบหนึ่งต่อหนึ่งโดยให้การยอมรับในตัวผู้ป่วยไม่ตัดสินในพฤติกรรมของผู้ป่วย
2. ต้องสื่อสารหรือรายงานแรงผลักดันหรือแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยให้ผู้ร่วมงานได้รับรู้
3. ต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดในช่วงวิกฤตแม้แต่เข้าห้องน้ำ
4. การแสดงการยอมรับผู้ป่วยและไม่แยกผู้ป่วยออกไปอยู่คนเดียวแต่ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่มีสิ่งที่เป็นอันตรายถ้า
5. รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดโดยเฉพาะร่วมรับฟังความทุกข์ใจต่างๆ
6. ทำข้อสัญญากับผู้ป่วยว่าจะไม่ทำอันตรายตนเองการทำข้อสัญญาทำทั้งคำพูดและการเขียนข้อสัญญา
7. ต้องทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าชีวิตของเขายังมีความหวังโดยความหวังนั้นควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง
8. จัดให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทำโดยเฉพาะกิจกรรมที่ได้ระบายออกของความก้าวร้าวต่างๆ
9. ญาติหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยควรได้รับความช่วยเหลือเช่นกันเพราะญาติส่วนมากจะรู้สึกผิดและอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยญาติควรมารับรู้ปัญหาและหาทางช่วยเหลือในแนวทางที่เหมาะสม(กรมสุขภาพจิต,2558)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 36 ปี สถานภาพ โสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ภูมิลำเนา จังหวัดสระแก้ว

แหล่งที่มาของข้อมูล สอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 16 มีนาคม 2563 เวลา 10.00 น.

วันที่รับไว้ในความดูแล 16 มีนาคม 2563 เวลา 10.00 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 5 เมษายน 2563 เวลา 10.00 น.

วันที่จำหน่ายออกจากความดูแล 5 เมษายน 2563 เวลา 16.00 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 21 วัน

รวมวันที่รับไว้ในความดูแล 21 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

หูแว่ว คิดอยากฆ่าตัวตาย กินน้ำยาล้างห้องน้ำ 3-4 กลืน ก่อนมาโรงพยาบาล 7 ชั่วโมง

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

7 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยหูแว่ว เห็นเงาดำๆ คิดอยากฆ่าตัวตาย กินน้ำยาล้างห้องน้ำ 3-4 กลืน

แรกรับทำงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บคอ ปวดจุกท้องด้านซ้าย เหนื่อยหอบ

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 124 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 119 / 86 มิลลิเมตรปรอท

1-2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาลเครียดมาก เศร้าหดหู เปื่อหน่าย ท้อแท้ คิดอยากตาย เสพยาบ้า 2-3 เม็ด หูแว่วเสียงคนด่าว่าตลอด เห็นเงาดำๆ หวาดระแวงคนจะทำร้าย คิดวนเวียนตลอดเวลา

1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล เครียดเรื่องโรคจิตเภทที่เป็น กินยาแล้วอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เปื่อหน่ายท้อแท้และพ้อกับแม่บ่นเรื่องไม่ทำงาน เสพยาบ้า 2-3 เม็ดต่อครั้ง 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคจิตเภท ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชราชชนครินทร์มา 15 ปี ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

พี่ชายของมารดาผู้ป่วย เป็นโรคจิตเภท เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และโรงพยาบาลจิตเวชราชชนครินทร์ขณะนี้เสียชีวิตแล้วประมาณ 5-6 ปี

ประวัติการแพ้ยาและแพ้อาหาร ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและสารเคมี

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

ประวัติครอบครัว ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับพ่อและแม่

ประวัติการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 20 ปีสูบบุหรี่เรื่อยๆ ครั้งละ 2-3 เม็ด ดื่มสุรา 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ ผู้ป่วยไม่เคยได้รับอุบัติเหตุรุนแรง

ฐานะทางเศรษฐกิจ ผู้ป่วยมีอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ประมาณ 2,000 บาท/เดือน จะขอเงินจากพ่อกับแม่รายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การรักษาครั้งนี้ใช้สิทธิ์บัตรทอง

ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ลักษณะสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย บ้านเป็นบ้านปูนชั้นเดียว มีต้นไม้รอบบ้าน อากาศถ่ายเทสะดวก มีบ้านอยู่ในบริเวณใกล้เคียงหลายหลัง เพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับพ่อแม่ผู้ป่วยเนื่องจากเป็นเครือญาติกันแต่เพื่อนบ้านไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วย

สภาพจิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นคนหงุดหงิด อารมณ์โกรธโมโหรุนแรงง่าย มีมนุษยสัมพันธ์ดีในกลุ่มเพื่อนที่เสพยาเสพติดด้วยกัน ดื่มสุรา สูบบุหรี่ มีประวัติเสพยาบ้า ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดีเป็นบางครั้ง มีสัมพันธภาพในครอบครัว และเพื่อนบ้านไม่ดี พ่อและแม่บ่นว่าผู้ป่วยเป็นประจำเนื่องจากผู้ป่วยเข้า ออกบ้านไม่เป็นเวลา ทำงานเป็นบางวัน เงินไม่พอใช้ขอเงินพ่อแม่เป็นประจำ

การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย กินยาไม่ต่อเนื่อง บางครั้งไม่กินยาหลายวันเนื่องจากไปค้างบ้านเพื่อน เมื่อพ่อหรือแม่บอกให้กินยาจะหงุดหงิด ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบบางครั้งทำลายสิ่งของในบ้าน พ่อแม่จะให้ญาติหรือบางครั้งจ้างผู้นำชุมชนนำไปรับการรักษาและผู้ป่วยไม่ไปตามนัดของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ทำให้ขาดยา บางครั้งพ่อผู้ป่วยไปรับยาแทน

การพักผ่อน พักนอนนอนหลับไม่เป็นเวลา ถ้าได้กินยารักษาอาการทางจิตจะนอนหลับได้

การรับประทานอาหาร รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ไม่มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร

การขับถ่าย ปัสสาวะปกติ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่มีปัญหาในการขับถ่ายอุจจาระ ถ่ายวันละ 1-2 วันต่อครั้ง

การออกกำลังกาย ไม่ได้ออกกำลังกาย

การดูแลสุขภาพสะอาดร่างกาย บางวันไม่ได้อาบน้ำ แปรงฟัน

สภาพสังคม เพื่อนบ้านไม่ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยเพราะเคยเห็นผู้ป่วยเอะอะ โวยวายทำลายข้าวของในบ้าน แต่เพื่อนบ้านมีสัมพันธภาพดีกับพ่อและแม่ ดูแลช่วยเหลือกัน เมื่อมีงานบุญชาวบ้านไปรวมกลุ่มช่วยกันเนื่องจากยังเป็นสังคมชนบท

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สภาพทั่วไป แกร่งและการตรวจร่างกายแกร่ง (ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม) รู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บคอ ปวดจุกท้องด้านซ้าย
สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 124 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 119 / 86 มิลลิเมตรปรอท

ลักษณะทั่วไป : รูปร่างสันทนต์ ผอมสีดํา ยุงเหยิง น้ำหนัก 68 กิโลกรัม สูง 162 เซนติเมตร

ผิวหนังและเล็บ : รูปร่างและสีของเล็บปกติ เล็บมือเล็บเท้ายาว ไม่สะอาด ปลายมือปลายเท้าแดงดีไม่คล้ำผิวหนังชุ่มชื้น ไม่มีแผลหรือตุ่มอักเสบ

ศีรษะ : รูปร่างปกติ เส้นผมสีดํา ผมนยาว ไม่มีบาดแผล

ใบหน้า : มีรูปร่างเป็นรูปไข่ ใบหน้าและอวัยวะบนใบหน้าสมส่วนกันและเหมือนกันทั้ง 2 ข้าง ผิวหนังเรียบ ไม่บวม ไม่มีก้อน ไม่มีตุ่มหนอง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ตา : ม่านตากลมเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ทำปฏิกิริยาต่อแสงปกติ ขนาด 2 มิลลิเมตร เยื่อบุตาขาวไม่แดง เปลือกตาทั้งสองข้างไม่ซีด
หู : ใบหูรูปร่างปกติทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอาการปวด ไม่มีสารคัดหลั่ง

จมูก : มีขนาดเหมาะสมกับใบหน้า รูปร่างปกติ ไม่เอียงผิดปกติ เยื่อจมูกสีชมพู ไม่มีน้ำมูก บริเวณโพรงจมูกปกติ ไม่เจ็บ
ปาก : ริมฝีปากสมมาตรกัน แห้ง ซีดเล็กน้อย ลักษณะขากรรไกรปกติ

คอ : ลำคอตั้งตรง สมมาตรกันทั้งสองข้าง คอไม่แข็ง คลำไม่พบก้อน เคลื่อนไหวได้ปกติ ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่ง

ทรวงอกและปอด : รูปร่างทรวงอกใหญ่ การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง normal breath sound ทั้ง 2 ข้าง
จังหวะการหายใจ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการไอหรือไอเป็นเลือด

แขนขา : เคลื่อนไหวแขนและขาทั้งสองข้างได้ดี

หัวใจและระบบการไหลเวียนโลหิต : อัตราการเต้นของหัวใจ 68-86 ครั้ง/นาที เต้นแรงและสม่ำเสมอ ไม่ได้ยินเสียง
หัวใจผิดปกติ (murmur)

ระบบเลือดและต่อมน้ำเหลือง : ไม่มีรอยจ้ำเลือดตามผิวหนัง ต่อมน้ำเหลืองที่คอ รักแร้ ขาหนีบไม่บวมโต เปลือกตาล้าง
ไม่ซีด

ระบบทางเดินอาหาร : ท้องแบนราบ ไม่มีแผลเป็น นุ่ม คลำไม่ได้ก้อน ไม่พบตับม้ามโต เสียงลำไส้ปกติ

Bowel Sound 8 ครั้ง / นาที

ระบบกระดูกสันหลังและกล้ามเนื้อ : กระดูกสันหลังอยู่ในแนวกลางลำตัว ได้สัดส่วน ไม่มีลักษณะผิดปกติของข้อเข่าทั้ง
2 ข้าง การเคลื่อนไหวของแขนขามีแรง กล้ามเนื้อไม่ลีบ

ระบบประสาท : ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีชักเกร็ง แขนขาไม่สั่น ไม่มีอ่อนแรง สมอง มือ แขนทำงานประสานกันดี

ระบบปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ : ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด

ระบบต่อมไร้ท่อ : ไทรอยด์คลำได้ไม่โต ตาไม่โปน มีลักษณะผิดปกติของข้อเข่าทั้ง 2 ข้าง ไม่ปวด บวมแดง การ
เคลื่อนไหวของข้อเท้าปกติ กระดูกสันหลังไม่โค้งงอ กล้ามเนื้อไม่ลีบ

การประเมินสภาพจิต

ลักษณะทั่วไป : ผู้ป่วยมีรูปร่างสันตติมาตรดี ผิวดำแดง ผอมยาว ยุ่งรุงรังเป็นสีดำไม่ค่อยสะอาด ทำท่ายืนขา สีหน้าเฉยเมย ขณะ
ถามผู้ป่วยสบตาเป็นบางครั้ง ได้ตอบซ้ำไม่ค่อยตรงประเด็น ทำท่าทางระมัดระวัง

ลักษณะการพูด : ลักษณะการพูดของผู้ป่วย พูดน้อยมากและช้า มีจังหวะไม่เหมาะสม ถามหลายครั้ง ผู้ป่วยจึงตอบ
คำถาม โดยการพยักหน้า และพูดได้ตอบสั้นๆ

อารมณ์ : สีหน้าเฉยเมย เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ใจ คอห่อเหี่ยว พูดได้ตอบเล็กน้อย

ความคิด : ผู้ป่วยคิดว่าตนเองเป็นภาระให้พ่อแม่ มีความคิดสับสน คิดวนไปเรื่อยๆ บางครั้งคิดว่าตนเองอยู่มานานแล้ว
ควรจะตายได้แล้วจะได้ไม่เป็นภาระของใคร มีความคิดอยากทำร้ายตนเองให้ตาย หวาดระแวงว่ามีคนคอยจ้องจะเอา
ยาใส่อาหารให้ตนเองกินอยู่บ่อยๆ เนื่องจากเห็นเงาคนดำๆ แต่ไม่มีความคิดทำร้ายคนอื่น

การรับรู้ : ผู้ป่วยมีหูแว่วบางครั้งเป็นเสียงด่าว่าส่วนใหญ่จะหูแว่วช่วงเย็นๆ บางวันที่เสียยาบ้าจะมีภาพหลอนเป็นภาพ
คนสีดำๆ ตลอดเวลา นอนไม่หลับ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล และสภาวะการณ์ : ผู้ป่วยไม่สามารถบอกวัน เวลา สถานที่ว่าอยู่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชได้ถูกต้อง ผู้ป่วยคิดว่าตอนเช้าอยู่ที่บ้าน

ความจำ : ช่วง 1-2 สัปดาห์แรกผู้ป่วยไม่ค่อยพูด หลังจากอาการดีขึ้นผู้ป่วยพูดโต้ตอบมากขึ้น และผู้ป่วยพูดถึงอดีตที่ผ่านมาว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตรักษาไม่หายทำงานไม่ค่อยได้ ต้องเป็นภาระของพ่อ แม่ คิดว่าถ้าตายไปจะทำให้พ่อแม่สบายขึ้น รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้กับการป่วย

ความผิดปกติการทำงานของสมอง : ผู้ป่วยทราบว่ากินน้ำยาล้างท้องน้ำแล้วทำให้ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วแต่จำเหตุการณ์หลังกินน้ำยาล้างท้องน้ำไม่ได้ว่าใครนำส่งโรงพยาบาลและช่วงนี้หัวสมองรู้สึกมันๆๆตื้อๆไปหมดไม่อยากคิดหรือไม่อยากพูดอะไร แต่จำพ่อกับแม่ได้ชัดเจน

การตัดสินใจ : การตัดสินใจไม่เหมาะสมกับสถานการณ์เช่น ถ้าลืมกุญแจบ้านไว้ในบ้านจะทุบประตูเข้าบ้าน

การตระหนักรู้การเจ็บป่วยของตนเอง : ปฏิเสธว่าตนเองไม่ติดยาเสพติดแต่ยอมรับว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทที่ต้องกินยาทุกวันแต่เบื่อหน่ายที่ต้องกินยาตลอดและที่イヤเสพติดเพราะเครียด เพื่อนชวนบางครั้งได้ยาเสพติดฟรี

แรงจูงใจในการรักษา : ช่วง 1-2 สัปดาห์แรกผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจในการรักษา ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ป่วยสีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้นกว่าเดิม อยากหายจะได้ไปทำงานช่วยพ่อกับแม่

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 Blood chemistry วันที่ 16 มีนาคม 2563

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
BUN	18 mg/dL	7-20 mg/dL	ปกติ
Creatinine	1.11 mmol/L	0.5-1.5 mmol/L	ปกติ
Sodium	139 mmol/L	137-145 mmol/L	ปกติ
Potassium	4.81 mmol/L	3.6-5.0 mmol/L	ปกติ
Chloride	110 mmol/L	98-107 mmol/L	สูงกว่าปกติ
Co2	15.5 mmol/L	22-30 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
AnionGAP	18 mmol/L	8-16 mmol/L	สูงกว่าปกติ

การวิเคราะห์และการแปลผล ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count :CBC) วันที่ 16 มีนาคม 2563

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	10,070 cells/ul	5,000 – 10,000 cell/mm ²	ปกติ
RBC	6.20 cells/ul	4.03 – 5.55 cells/ul	ปกติ
Hemoglobin	13.4 g/dL	12.8 – 16.1 g/dL	ปกติ
Hematocrit	41 %	38.2 – 65 %	ปกติ
Platelet count	352,000 cells/ul	140,000 – 400,000 cells/ul	ปกติ
Band form	0 %	0 %	ปกติ
Neutrophil	78 %	40 – 70 %	ปกติ
Lymphocyte	26 %	20 – 50 %	ปกติ
Monocyte	7 %	3 – 11 %	ปกติ
Eosinophil	0 %	0 – 9 %	ปกติ
MCV	96.4 fl	78.9 – 98.6 fl	ปกติ
MCH	26.6 pg	25.9 – 33.4 pg	ปกติ
MCHC	32.5 g/dL	32 – 34.9 g/dL	ปกติ
RDW	17.7 %	11.8 – 15.2 %	ปกติ

การวิเคราะห์และการแปลผล ปกติ

ตารางที่ 3 ผลการตรวจLiver Function Test วันที่ 16 มีนาคม 2563

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Total protein(blood)	7.9 g/dL	6.3-8.2 g/dL	ปกติ
Albumin	4.7 g/dL	0.5-1.5 g/dL	ปกติ
Glob	3.2 g/dL	1.3-4.7 g/dL	ปกติ
Total Bilirubin	0.70 mg/dL	0.2-1.3 mg/dL	ปกติ
Direct Bilirubin	0.32 mg/dL	0.2 mg/dL	สูงกว่าปกติ
Indirect Bilirubin	0.38 mg/dL	0.0-1.1 mg/dL	ปกติ
SGOT(AST)	24 U/L	17-59 U/L	ปกติ
SGPT(ALT)	28 U/L	21-72 U/L	ปกติ
Alk.phosphatase	62 U/L	38-126 U/L	ปกติ

การวิเคราะห์และการแปลผล ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 4 ผลการตรวจUrine Analysisวันที่ 16 มีนาคม 2563

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
COLOR	Yellow	Yellow Colorless	ปกติ
Turbidity	Clear	Clear	ปกติ
Sp.gr	1.023	1.003-1.030	ปกติ
pH	5.0	4.5-8.0	ปกติ
Albumin	Negative	Negative	ปกติ
Sugar	Negative	Negative	ปกติ
Blood	Trace	Negative	ปกติ
Ketone	Trace	Negative	ปกติ
Nitrite	Negative	Negative	ปกติ
Urobilinogen	Negative	Negative	ปกติ
Bilirubin	Negative	Negative	ปกติ
Leukocytes	Negative	Negative	ปกติ
WBC	0-1	0-6	ปกติ
RBC	0-1	0-2	ปกติ
Squamous Epith	0-1		ปกติ
Mucous	1+		ปกติ
Bacteria	Rare		ปกติ

การวิเคราะห์และการแปลผล ปกติ

ผลการตรวจพิเศษ

EKG 12 leads :วันที่ 16 มีนาคม 2563

ผล Normal Sinus rhythm

การตรวจ CXR PA upright : วันที่ 16 มีนาคม 2563

ผล Normal

ผลการตรวจทางรังสี : วันที่ 16 มีนาคม 2563

ผล Normal

Esophagogastroduodenoscopy: วันที่ 16 มีนาคม

ผล Esophagus First degree injury

ตอนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

การวินิจฉัยของแพทย์

การวินิจฉัยของแพทย์ครั้งแรก พยายามฆ่าตัวตายและโรคจิตเภท (Suicide attempt è Schizophrenia)

การวินิจฉัยสุดท้ายของแพทย์ โรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า (Schizophrenia, Substance-induced disorder è Major Depressive Disorder)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากความดูแล

วันที่ 16 มีนาคม 2563

แรกวันที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยหอบ อ่อนเพลียไม่มีแรง ตอบคำถามบางคำถาม ไม่สบตา เจ็บปาก คอเล็กน้อย กลืนน้ำลายได้เล็กน้อย ปวดจุกท้องข้างซ้าย งดน้ำและอาหาร ให้สารน้ำ NSS 1,000 ml. IV Rate 80 ml/hr ให้ยา Plasil 10 mg IV และ Losec 40 mg IV Record V/S ทุก 1-2 hr.ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน(EGD)พบว่าEsophagus First degree injury สัญญาณชีพ T=36.4 องศาเซลเซียส P=82 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP=128/65 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 17 มีนาคม 2563

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อย อ่อนเพลียไม่มีแรง ถามโต้ตอบช้า ไม่ค่อยพูดไม่สบตา นอนพักได้เป็นระยะๆ หงุดหงิด บางครั้ง ปฏิเสธหิวแหว่ เจ็บปากเล็กน้อย กลืนน้ำลายได้เล็กน้อย ปวดท้องข้างซ้าย งดน้ำและอาหาร ให้สารน้ำ NSS 1,000 ml. IV Rate 80 ml/hr ให้ยา Plasil 10 mg IV และ Losec 40 mg IV เวลา 06.00น.และ 18.00น. Record V/S ทุก 4 hr. สัญญาณชีพ T=36.6 องศาเซลเซียส P=78 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP=120/65 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 18-19 มีนาคม 2563

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อย อ่อนเพลียไม่มีแรงถามโต้ตอบช้า ไม่ค่อยพูดไม่สบตา นอนพักได้เป็นระยะๆ หงุดหงิดง่าย ไม่มีวันวาย ปฏิเสธหิวแหว่ เจ็บปากเล็กน้อย กลืนน้ำลายได้ ปวดท้องข้างซ้ายเล็กน้อย จิบน้ำได้ ให้สารน้ำเป็น 5%D/N₂ 1,000 ml. IV Rate 100 ml/hr ให้ยา Losec 40 mg IV เวลา 06.00น.และ 18.00น.เจาะ Dtx = 98 mg% (keep 80-200 mg%) Record V/S ทุก 4 hr. สัญญาณชีพ T=36.6 องศาเซลเซียส P=80 ครั้ง/นาที R=22 ครั้ง/นาที BP=124/65 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 20 มีนาคม 2563

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยอ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่สบตาถามโต้ตอบช้า ไม่ค่อยพูด มีหูแว่วเสียงคนด่าว่า ทำทางระมัดระวัง จ้องมอง นอนพักได้เล็กน้อย เจ็บปากเล็กน้อย จิบน้ำหวานได้ 1/4 แก้วต่อวัน ให้สารน้ำ 5%D/N₂ 1,000 ml. IV Rate 100 ml/hr ให้ยา Losec 40 mg IV เวลา 06.00น.และ 18.00น.เจาะ Dtx = 92 mg% (keep 80-200 mg%) Record V/S ทุก 4 hr. สัญญาณชีพ T=36 องศาเซลเซียส P=84 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP=122/65 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 21 มีนาคม 2563

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยอ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่สบตา เจ็บปากเล็กน้อย กินข้าวต้มได้ 2-3 ช้อน นอนไม่หลับ ขยับตัวไปมา ผุดลุกผุดนั่งลงจากเตียง บอกว่ามีคนจะมาทำร้ายและมีคนคอยจะใส่ยาพิษในน้ำให้กินทำให้ ไม่อยากกินอะไร สีหน้าหวาดระแวง หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดคุยกัน คิดวนไป-มาหลายเรื่องตลอดเวลา เปื่อหน่าย ท้อแท้ ใจคอห่อเหี่ยว ห่วงกังวลเรื่องพ่อกับแม่ที่อายุมากแล้วจะไม่มีใครดูแล ให้การรักษาตามประวัติเดิมมียา Risperidone (2mg) 1 เม็ด

ตอนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล(ต่อ)

วันที่ 21 มีนาคม 2563(ต่อ)

หลังอาหารเช้าและ1เม็ดก่อนนอน Chlorpromazine(50mg) 1เม็ดก่อนนอน ,Trihexyphenidyl(5mg) 1เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน fluoxetine(20mg) 1เม็ด หลังอาหารเช้า ช่วงเย็นมีอาการหวาดระแวงมองซ้าย-ขวา เดินไปเดินมาพูดคนเดียว หูแว่ว มียาฉีด Hadal(5mg) IM เวลา20.00น.หลังฉีดยานอนหลับได้2-3ชม. ให้สารน้ำเป็น 5%D/N₂ 1,000 ml. IV Rate100 ml/hr ให้ยา Losec 40 mg IV เวลา06.00น.และ18.00น.เจาะDtx = 92 mg% (keep 80-200 mg%) Record V/S ทุก4 hr. สัญญาณชีพ T=36.4 องศาเซลเซียสP=80 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP=120/70 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 22-23 มีนาคม 2563

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยอ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่สบตา กินข้าวต้มได้5-6ช้อน/วัน คิดว่ามีคนจะมาทำร้ายและมีคนเงา คอยจะใส่ยาพิษในน้ำ ไม่อยากกินอะไร นอนไม่หลับ กลัวหวาดระแวง หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดคุยกัน คิดหลายเรื่อง ตลอดเวลาเห็นภาพหลอนเงาดำๆ 2-3 ครั้งต่อวัน เปื้อนหนาย ท้อแท้ ใจคอห่อเหี่ยว คิดหวังกังวลเรื่องพ่อกับแม่ ตอนเย็นเดินไป-มา พูดคนเดียว มียาฉีด Hadal(5mg) IM เวลา 20.00น. หลังฉีดยานอนหลับได้2-3ชม. ให้สารน้ำเป็น 5%D/N₂ 1,000 ml. IV Rate100 ml/hrให้ยา Losec 40 mg IVเวลา06.00น.และ18.00น.เจาะDtx=93 mg% Record V/S ทุก4 hr. สัญญาณชีพ T=36.7 องศาเซลเซียส P=80 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP=124/68 มิลลิเมตรปรอท ยากิน Risperidone (2mg) 1เม็ดหลังอาหารเช้าและ2เม็ดก่อนนอน Chlorpromazine (50mg) 1เม็ดก่อนนอน ,Trihexyphenidyl(5mg) 1เม็ดหลังอาหารเช้าและก่อนนอน fluoxetine(20mg) 1เม็ดหลังอาหารเช้า

วันที่ 24-25 มีนาคม2563

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยอ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่สบตา กินข้าวต้มได้4-5ช้อน/วัน คิดว่ามีคนจะมาทำร้ายและมีคน คอยจะใส่ยาพิษในน้ำ ไม่อยากกินอะไร นอนไม่หลับ กลัวหวาดระแวง หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดคุยกัน คิดหลายเรื่อง ตลอดเวลาเห็นภาพหลอนเงาดำๆ 3-4 ครั้งต่อวัน เปื้อนหนาย ท้อแท้ ใจคอห่อเหี่ยว ยังคิดหวังกังวลเรื่องพ่อกับแม่ ตอนเย็นเดินไป เดินมา พูดคนเดียว มียาฉีด Hadal(5mg) IM เวลา20.00น.ปรับยา Risperidone (2mg)เป็น2เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน หลังฉีดยาและกินยาก่อนนอน นอนหลับได้3-4ชม.ตื่นขึ้นแล้วมีหูแว่วเสียงคนด่าว่าเกือบ ตลอดเวลา ให้สารน้ำเป็น 5%D/N₂ 1,000 ml.IV Rate100 ml/hrให้ยา Losec 40 mg IV เวลา06.00น.และ18.00น. เจาะDtx=98 mg% (keep 80-200 mg%) Record V/Sทุก4 hr. สัญญาณชีพT=36.4 องศาเซลเซียสP=80 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP=120/65 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 26 มีนาคม 2563

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยอ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่สบตา กินข้าวต้มได้2-3ช้อน/วัน คิดว่ามีคนจะมาทำร้ายและมีคน คอยจะใส่ยาพิษในน้ำ ไม่อยากกินอะไร นอนไม่หลับ กลัวหวาดระแวง หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดคุยกัน คิดหลายเรื่อง ตลอดเวลาเห็นภาพหลอนเงาดำๆ3-4 ครั้งต่อวัน เปื้อนหนายท้อแท้ใจคอห่อเหี่ยวยังคิดหวังกังวลเรื่องพ่อกับแม่ ตอนเย็นเดินไป เดินมา พูดคนเดียว เพิ่มยาฉีด Fluphenazine(25mg) IMเวลา10.00น.และ Hadal(5mg) IM เวลา20.00น.

ตอนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปอาการและการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล(ต่อ)

วันที่ 26 มีนาคม 2563(ต่อ)

ยาRisperidone(2mg) เป็น2เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอนปรับ Chlorpromazine(100mg) 1เม็ดก่อนนอน ,Trihexyphenidyl(5mg) 1เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน fluoxetine(20mg) 1เม็ด หลังอาหารเช้า ให้สารน้ำเป็น 5%D/N₂ 1,448 ml.+Addamel 1 amp+MTV 1amp IV Rate 80 ml/hr ให้ยา Losec 40 mg IV เวลา06.00น. และ18.00น.เจาะDtx = 98 mg% (keep 80-200 mg%) Record V/S ทุก4 hr. สัญญาณชีพ T=36.4 องศาเซลเซียส P= 80 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP=120/65 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 27 มีนาคม 2563

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยอ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่สบตา กินข้าวต้มได้2-3ช้อน/วัน คิดว่ามีคนจะมาทำร้ายและมีคนคอยจะใส่ยาพิษในน้ำ ไม่อยากกินอะไร นอนไม่หลับ กลัวหวาดระแวง หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดคุยกัน คิดหลายเรื่องตลอดเวลาเห็นภาพหลอนเงาดำๆ 2-3 รอบต่อวัน เบื่อหน่าย ท้อแท้ ใจคอห่อเหี่ยว ยังคิดห่วงกังวลเรื่องพ่อกับแม่ ตอนเย็นเดินไป เดินมา พูดคนเดียว มียาฉีด Hadal(5mg) IM เวลา20.00น. มียากิน Risperidone (2mg) 2เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน ,Chlorpromazine(100mg) 1เม็ดก่อนนอน ,Trihexyphenidyl(5mg) 1เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน fluoxetine(20mg) 1เม็ด หลังอาหารเช้าให้สารน้ำให้สารน้ำเป็น ให้สารน้ำ SMOS+OMVT 1 set+ OMVT 1amp IV Rate 80 ml/hr ให้ยา Losec 40 mg IV เวลา 06.00น.และ18.00น.เจาะDtx = 90 mg% (keep 80-200 mg%) Record V/S ทุก4 hr. สัญญาณชีพ T=36.4 องศาเซลเซียส P=80 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP=120/65 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 28-31 มีนาคม 2563

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยอ่อนเพลียเล็กน้อย สบตาเป็นบางครั้ง กินข้าวต้มได้4-5ช้อน/มื้อ นอนหลับได้3-4ชม/วัน กลัวหวาดระแวง บ่นว่ามีคนจะมาทำร้ายและมีคนคอยจะใส่ยาพิษในน้ำ ไม่อยากกินอะไร หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดคุยกัน คิดหลายเรื่องตลอดเวลาเห็นภาพหลอนเงาดำๆน้อยลง เบื่อหน่าย ท้อแท้ ใจคอห่อเหี่ยว ห่วงกังวลเรื่องพ่อกับแม่ ตอนเย็นเดินไป เดินมา พูดคนเดียว ให้ยา Hadal(5mg) IM เวลา20.00น.ให้ยาLosec40 mg IV เวลา06.00น.และ18.00น. Record V/S ทุก4 hr.สัญญาณชีพT=36.4 องศาเซลเซียสP=80 ครั้ง/นาทีR=20 ครั้ง/นาที BP=120/65 มิลลิเมตรปรอท ยากิน Risperidone(2mg) 2เม็ดหลังอาหารเช้าและก่อนนอน Chlorpromazine(100mg) 2 เม็ดก่อนนอน ,Trihexyphenidyl(5mg) 1เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน fluoxetine 20mg) 1เม็ด หลังอาหารเช้า

วันที่ 1-2 เมษายน 2563

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยอ่อนเพลียเล็กน้อย สบตาเป็นบางครั้ง กินข้าวต้มได้4-5ช้อน/มื้อ นอนหลับได้5-6ชม/วัน กลัวหวาดระแวงบ้าง บอกว่าบางครั้งคนจะมาทำร้ายและมีคนคอยจะใส่ยาพิษในน้ำ กินข้าวต้มได้เพราะแม่เอามาให้กิน หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดคุยช่วงเช้าประมาณ 9.00น. คิดหลายเรื่องตลอดเวลาเห็นภาพหลอนเงาดำๆน้อยลง เบื่อหน่าย ท้อแท้ ใจคอห่อเหี่ยวลดลง ห่วงกังวลเรื่องพ่อกับแม่ ตอนเย็นเดินไป-มา พูดคนเดียวบ้าง ให้ยา Hadal(5mg) IM เวลา 20.00น.ปรับยา Risperidone (2mg) 2เม็ดหลังอาหารเช้าและก่อนนอน, Chlorpromazine(100mg) 2 เม็ดก่อนนอน

ตอนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

วันที่ 1-2 เมษายน 2563(ต่อ)

,Trihexyphenidyl(5mg) 1เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน fluoxetine (20mg) 1เม็ด หลังอาหารเช้า Record V/S ทุก4 hr. สัญญาณชีพ T=36.4 องศาเซลเซียส P= 80 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP=120/65 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 3 เมษายน 2563

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สบตามากขึ้น กินข้าวต้มได้ นอนหลับ 5-6 ชั่วโมงติดต่อกัน สีหน้าสดชื่นขึ้น ได้ยินเสียงหูแว่วเล็กน้อยช่วงเวลา16.00น. ปฏิเสธการเห็นภาพหลอนยา Risperidone (2mg) 2เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน Chlorpromazine(100mg) 2เม็ดก่อนนอน ,Trihexyphenidyl(5mg) 1เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน fluoxetine(20mg) 1เม็ด หลังอาหารเช้า Record V/S ทุก4 hr. สัญญาณชีพT=36.4 องศาเซลเซียส P=78 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP=128/65 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 4 เมษายน 2563

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สบตามากขึ้นถามได้ตอบตรงคำถาม ไม่มีเบื่อหน่ายท้อแท้ สีหน้าสดชื่น กินข้าวต้มได้ ขึ้นนอนหลับ 6-7 ชั่วโมง ปฏิเสธการได้ยินเสียงหูแว่ว ปฏิเสธการเห็นภาพหลอน อยากไปทำงาน หาเงินช่วยพ่อแม่ ตั้งใจเมื่อกลับบ้านไปจะไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดและจะไม่เสพยาบ้าอีก มียา Risperidone (2mg) 2เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน Chlorpromazine(100mg) 2 เม็ดก่อนนอน ,Trihexyphenidyl(5mg) 1เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน fluoxetine(20mg) 1เม็ด หลังอาหารเช้า Record V/S ทุก4 hr. สัญญาณชีพ T=36.4 องศาเซลเซียส P=80 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP=120/65 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 5 เมษายน 2563

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สบตามากขึ้น กินข้าวต้มได้ นอนหลับ 6-7 ชั่วโมงติดต่อกัน สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม ปฏิเสธการได้ยินเสียงหูแว่ว ปฏิเสธการเห็นภาพหลอน สัญญาณชีพT=36.4 องศาเซลเซียส P=80 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP120/65 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้และญาติแจ้งว่าพร้อมกลับไปดูแลต่อที่บ้าน พยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การรับประทานยาตามแผนการรักษา การสังเกตอาการทางจิตที่อาจจะกำเริบได้ การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย และการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นเช่นเพื่อนที่เคยเสพยาเสพติดด้วยกัน คนขายยาเสพติด ที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน มีดังนี้ Risperidone (2mg) 2เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน,Chlorpromazine (100mg) 2เม็ดก่อนนอน, Trihexyphenidyl (5mg) 1เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน,Fluoxetine (20mg) 1เม็ด หลังอาหารเช้า,Fluphenazine(25mg) IM ทุก 4 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง
2. มีความคิดหลงผิด หรือมีความคิดแปรปรวน
3. มีอาการประสาทหลอน
4. ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย
5. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ
6. มีความบกพร่องในการจัดการกิจวัตรประจำวัน
7. ครอบครัวไม่สามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยผู้ป่วยชายไทย สถานะภาพโสด อายุ 36 ปี อาชีพรับจ้าง สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ภูมิลำเนาจังหวัดสระแก้ว เป็นโรคจิตเภทสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เครียดเรื่องโรคประจำตัวและพอกับแม่บ้านเรื่องไม่ทำงาน เสพยาบ้า 2-3 เม็ดต่อครั้ง 2-3 ครั้งต่อเดือน 1-2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาลเครียดมาก เบื่อหน่าย ท้อแท้ คิดอยากตาย เสพยาบ้า 2-3 เม็ด ได้ยินเสียงแว่ว คำว่า หวาดระแวง 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยได้ยินเสียงแว่วคำว่า คิดอยากฆ่าตัวตาย กินน้ำยาล้างท้องน้ำ 3-4 กลืน แรกเริ่ม ที่ตึกศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยอ่อนเพลียไม่มีแรง ตอบคำถามบางคำถาม ไม่สบตา เจ็บปาก และคอเล็กน้อย กลืนน้ำลายได้เล็กน้อย ปวดจุกท้องข้างซ้ายแพทย์วินิจฉัยว่า Schizophrenia, Substance-induced disorder è Major Depressive Disorder สัญญาณชีพ T36.4 องศาเซลเซียส P 88 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที BP128/65 มิลลิเมตรปรอท ดื่มน้ำและอาหาร ให้สารน้ำเป็น NSS 1,000 ml. IV Rate 80 ml/hr ให้ยา Plasil 10 mg IV และ Losec 40 mg IV เวลา 06.00น. และ 18.00น. ส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน(EGD)พบว่า Esophagus First degree injury, ตรวจCXR PA upright ผลปกติ, EKG ผลปกติ, ตรวจเลือด CBC Blood chemistry, Liver Function Test และ Urine Analysis ผลปกติ ประเมินผู้ป่วยเจ็บปากและคอเล็กน้อย ปวดท้องด้านซ้าย ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียนได้ให้การพยาบาลโดยการสร้างสัมพันธ์สภาพกับผู้ป่วยโดยพูดจาปลอบโยน แสดงท่าทียอมรับปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วย ได้ดูแลจัดท่านอน สอนให้ใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวดด้วยวิธี breathing exercise ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาได้ประเมินอาการปวดผู้ป่วยบอกว่าอาการปวดลดลงเล็กน้อย แพทย์พิจารณาให้เริ่มจิบน้ำ, น้ำหวาน และกินอาหารอ่อน ผู้ป่วยนอนพักในโรงพยาบาลได้ 4-5 วันเริ่มมีหูแว่วได้ยินเสียงคนด่าว่า คิดมาก วุ่นวายไป-มาหลายเรื่องตลอดเวลาสีหน้าหวาดระแวงว่ามีคนใส่ยาพิษในน้ำให้กินทำให้ ไม่กินอาหาร ประสานโรงพยาบาลจิตเวชราชชนรินทร์ขอประวัติการรักษาเดิมแพทย์พิจารณาให้ยา Risperidone (2mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน Chlorpromazine (50mg) 1 เม็ดก่อนนอน, Trihexyphenidyl (5mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และก่อนนอน fluoxetine (20mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า หลังจากกินยาแล้วผู้ป่วยมียังมีการเดินไปเดินมาพูดคนเดียว หูแว่ว หวาดระแวงมองซ้ายมองขวา แพทย์ให้การรักษา Haloperidol (5mg) IM เวลา 20.00น. ทุกวันโดยประเมินอาการพบว่ามีความคิดหลงผิดหรือมีความคิดแปรปรวนได้ให้การพยาบาลโดยการได้สร้างสัมพันธ์สภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย โดยแนะนำตัวว่าเป็นใคร จะช่วยเหลืออะไรบ้างด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เรียกชื่อผู้ป่วยได้ถูกต้องทุกครั้ง พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่ชัดเจนครั้งละ 30-45 นาทีรับฟังผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นและระบายปัญหาต่างๆด้วยความสนใจและตั้งใจฟังอย่างสงบ ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมโดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ห้องทำงานพยาบาล แสงสว่างเพียงพอ และไม่ให้อยู่ในที่

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา

เจียบสดเกินไป ดูแลและสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แนะนำให้ผู้ป่วยบอกเมื่อมีเสียงแว่วต่างๆที่สำคัญ เก็บวัตถุและสิ่งของที่อาจจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้มิดชิด ประเมินอาการที่มีเสียงแว่วเป็นระยะๆ และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา โดยแพทย์พิจารณาเพิ่มขนาดยา Risperidone (2mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและ 2 เม็ด ก่อนนอน ยาตัวอื่นขนาดเท่าเดิมคือ Chlorpromazine (50mg) 1 เม็ด ก่อนนอน Trihexyphenidyl (5mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน Fluoxetine (20mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า สารน้ำให้ 5%D/N2 1,000 ml. IV Rate 100 ml/hr ให้ยา Losec 40 mg IV เวลา 06.00น. และ 18.00น. เจาะ Dtx = 92 mg% (keep 80-200 mg%) Record V/S ทุก 4 hr. สัญญาณชีพ T36.4 องศาเซลเซียส P80 ครั้ง/นาที R20 ครั้ง/นาที BP120/70 มิลลิเมตรปรอท ประเมินอาการพบว่าผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจมากขึ้นไม่ทำร้ายตนเองและผู้อื่น แต่ผู้ป่วยมีอาการหูแว่วมากขึ้น เห็นภาพหลอน ไม่กินอาหาร หวาดระแวงว่าจะมีคนเอายามาใส่อาหาร ประเมินอาการพบว่าผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน ประเมินอาการประสาทหลอนเกิดมากในช่วงเวลา 16.00-17.00น. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิด ความรู้สึก รับฟังอย่างเข้าใจและยอมรับ พฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนโดยไม่ตัดสินใจว่าถูกหรือผิด ไม่แสดงความคิดเห็นโต้แย้ง คล้อยตามหรือขบขันผู้ป่วย พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความใจเย็นอดทนไม่คุกคามหรือพยายามชี้แจงเหตุผลมาหักล้างให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความคิด ให้ข้อมูลตามความจริง เช่น ตอนนี้อยู่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และถ้ามีการเปลี่ยนแปลงภายในหอผู้ป่วยสื่อสารให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ ยังมีหูแว่วตลอดเวลา นอนไม่หลับ กลัวหวาดระแวง ไม่กินอาหาร แพทย์เพิ่มขนาดยาจาก Risperidone (2mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและ 2 เม็ด ก่อนนอน เป็น Risperidone (2mg) 2 เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน ผู้ป่วยยังมีหูแว่วมากขึ้นตลอดเวลา นอนไม่หลับ กลัวหวาดระแวง ไม่กินอาหาร เปื้อนหน้า ท้องแท้ใจคอห่อเหี่ยว แพทย์พิจารณาให้ยารักษาต้านอาการทางจิต Fluphenazine (25mg) IM เวลา 10.00น. และ Haloperidol (5mg) IM เวลา 20.00น. และเพิ่มขนาดยา Chlorpromazine (50mg) 1 เม็ด ก่อนนอน เป็น Chlorpromazine (100mg) 1 เม็ด ก่อนให้สารน้ำเป็น 5%D/N2 1,448 ml. + Addamel 1 amp + MTV 1 amp IV Rate 80 ml/hr ให้ยา Losec 40 mg IV เวลา 06.00น. และ 18.00น. เจาะ Dtx = 98 mg% (keep 80-200 mg%) Record V/S ทุก 4 hr. สัญญาณชีพ T=36.4 องศาเซลเซียส P=80 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP=120/65 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีอาการหูแว่วมากขึ้นตลอดเวลา นอนไม่หลับ หวาดระแวงอยู่ไม่ยอมนอนอะไร หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดคุยกัน เห็นภาพหลอนเงาดำๆ 4-5 รอบต่อวัน เปื้อนหน้า ท้องแท้ใจคอห่อเหี่ยว ห่วงกังวลเรื่องพ่อกับแม่ ตอนเย็นเดินไป เดินมา พูดคนเดียว มีความคิดอยากตาย ประเมินภาวะซึมเศร้าได้คะแนน 27/27 ได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคิด ความรู้สึก รับฟังอย่างเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น มีด เชือก ยา เก็บให้ห่างจากผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วยโดยการดั่งสิ่งที่ผู้ป่วยเคยดูแลและทำได้ดี เช่น การดูแลหลานชาย แนะนำญาติให้อยู่ดูแลอย่างใกล้ชิดไม่ให้คลาดสายตา กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติ หาสิ่งที่สนับสนุนเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การยึดหลักธรรมพุทธศาสนา ให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้พ่อแม่และเพื่อนบ้านช่วยกันดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว และแจ้งทีมพยาบาลให้รับรู้ถึงสถานะในการอยากฆ่าตัวตายของผู้ป่วยและเป็นข้อมูลไว้ให้ทีมพยาบาลส่งต่อระหว่างทีมในการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำให้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา รวมทั้งทำข้อสัญญากับผู้ป่วยว่าจะไม่ทำร้ายตัวเองอีก ประเมินภาวะซึมเศร้าลดลงได้คะแนน 13/27 คะแนน มียา Haloperidol (5mg) IM เวลา 20.00น. ยา Risperidone (2mg) 2 เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา

แพทย์พิจารณาเพิ่ม ขนาดเป็นยาจาก Chlorpromazine(100mg)1เม็ดก่อนนอนเป็นChlorpromazine(100mg) 2 เม็ดก่อนนอนให้สารน้ำ SMOS+OMVT 1 set+ OMVT 1amp IV Rate 80 ml/hr ให้ยา Losec 40 mg IV เวลา 06.00น.และ18.00น.เจาะDtx= 90 mg% (keep 80-200 mg%) Record V/S ทุก4 hr. สัญญาณชีพ T36.4 องศาเซลเซียส P80 ครั้ง/นาที R20 ครั้ง/นาที BP120/65 มิลลิเมตรปรอท หลังจากมีการปรับขนาดยาต้านอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยเริ่มสงบมากขึ้น หิวแหว่ลดลงเรื่อยๆ เห็นภาพหลอนลดลง กลัวหวาดระแวงบางครั้ง กินอาหารเพิ่มมากขึ้น นอนหลับได้มากขึ้น6-7ชม.ต่อวัน ก่อนกลับบ้าน หน้าตาสดชื่นขึ้น สบตา พูดคุยได้ตอบ ตรงประเด็น กินอาหารได้ปกติ นอนหลับได้ สีสหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม ปฏิเสธการได้ยินเสียงหูแว่ว ปฏิเสธการเห็นภาพหลอน สัญญาณชีพ T36.4 องศาเซลเซียส P80 ครั้ง/นาที R20 ครั้ง/นาที BP120/65 มิลลิเมตร แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ และญาติแจ้งว่าพร้อมกลับไปดูแลต่อที่บ้าน พยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การรับประทานยาตามแผนการรักษา การสังเกตอาการทางจิตที่อาจจะกำเริบได้ การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย และการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน มีRisperidone (2mg) 2เม็ด หลังอาหาร เข้าและก่อนนอน Chlorpromazine (100mg) 2เม็ดก่อนนอนTrihexyphenidyl (5mg) 1เม็ด หลังอาหารเข้าและก่อนนอน Fluoxetine (20mg) 1เม็ด หลังอาหารเข้าFluphenazine(25mg) IM ทุก 4 สัปดาห์ ส่งต่อประสานงานการเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านหลังจำหน่ายภายใน1สัปดาห์และติดตามมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยหลังจำหน่ายต่อไป รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลทั้งหมด 21 วัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการ
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกายประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการพิเศษ จิตแพทย์และศิษย์แพทย์ผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง แก้ไขผลงานและรวบรวมจัดทำเป็นรูปเล่ม เผยแพร่ผลงาน “มหกรรมการจัดการความรู้ด้านสุขภาพและการพัฒนาการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2563” ในวันที่ 10 กันยายน 2563 ณ ห้องประชุมศุภชัย 3-4 วิทยาลัยชุมชนสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง ครบคลุมได้มาตรฐาน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ
4. เพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ(Relapse)หรือการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล(Re-hospitalization)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม 2563 เวลา 10.00 น. ถึงวันที่ 4 เมษายน 2563 เวลา 10.30 น.รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 21 วัน

5.2เชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลตลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และไม่เกิดความพิการสามารถกลับไปอยู่ในชุมชนและไม่ก่อความรุนแรง
2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่มีอาการกำเริบ
3. พ่อและแม่มีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า

6.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดความพิการ
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7.ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทติดสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ต้องใช้การพยาบาลที่ซับซ้อนและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลรักษาพยาบาล โดยเฉพาะการประเมินอาการทางจิตหรือการประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งอาการทางจิตเวชเหล่านี้ไม่สามารถแสดงผลได้จากการตรวจวินิจฉัยทางห้องทดลองหรือแสดงให้เห็นชัดเจนเหมือนการมีบาดแผล พยาบาลที่ดูแลต้องสร้างสัมพันธภาพและมีทักษะการฟัง การสังเกตให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจที่จะบอกเล่าอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกนึกคิดได้อย่างครอบคลุม เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและไม่เกิดความรุนแรงต่อผู้ป่วยเองหรือคนรอบข้าง และที่สำคัญต้องอธิบายให้พ่อ แม่ผู้ป่วยเข้าใจและให้การดูแลต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล และส่งต่อให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล ผู้นำชุมชนให้เฝ้าระวังการทำร้ายตัวเองซ้ำและประเมินอาการทางจิตเป็นระยะๆเมื่อมีอาการกำเริบจะได้ประสานโรงพยาบาลนำผู้ป่วยเข้าสู่อการรักษา และหลังจากอาการทางจิตผู้ป่วยสงบแล้ว มีการจูงใจให้ผู้ป่วยเลิกใช้ยาบ้าโดยการนัดให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูยาเสพติดต่อเนื่อง ถ้าผู้ป่วยกลับไปใช้ยาบ้าอีกทำให้อาการทางจิตกำเริบได้อาจจะก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นถึงแก่ชีวิตได้รวมทั้งอาจจะทำลายทรัพย์สินหรือชีวิตคนอื่นๆในวงกว้าง ทำให้ชุมชนหรือสังคมไม่สงบสุข

8.ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยจิตเภทติดสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้ามีอาการกำเริบบ่อยเนื่องจากกลับไปใช้สารเสพติดซึ่งควบคุมได้ยาก
 2. พ่อและแม่ของผู้ป่วยอายุมากทำให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านในเรื่องดูแลเรื่องการกินยาอาจมีหลงลืมได้
 3. บุคลิกภาพผู้ป่วยเป็นคนไม่ค่อยพูดทำให้การประเมิน การสังเกตอาการได้ไม่ครอบคลุม
 4. โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังผู้ป่วยต้องกินยาต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ในการรับการรักษา
 5. ภาวะแทรกซ้อนของโรคจิตเภทจะมีการกำเริบเป็นช่วงๆทั้งทางด้านบวกหรือด้านลบซึ่งจะมีขึ้นกับผู้ป่วย
- ทุกรายถึงแม้ผู้ป่วยจะกินยาอย่างสม่ำเสมอ บางครั้งผู้ป่วยจิตเภทจะไม่สามารถรู้อาการของตนเองได้

9.ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชที่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทติดสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า
2. ควรมีการจัดอบรมทบทวนความรู้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชให้กับพยาบาลวิชาชีพทุกคน
3. ควรมีการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาลที่จบใหม่เกี่ยวกับการประเมิน และการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทติดสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าที่ถูกต้องและเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย
4. พยาบาลและญาติต้องมีการวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะตามมา เช่น การสังเกตภาวะซึมเศร้าเพื่อไม่ให้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ, การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ไม่ให้ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด

10.การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ผลงาน “มทรรมการจัดการความรู้ด้านสุขภาพและการพัฒนาการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ปิงปประมาณ 2563” ในวันที่ 10 กันยายน 2563 ณ ห้องประชุมศุภชัย 3-4 วิทยาลัยชุมชนสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
1. ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นางเพ็ญศรี อมิตเดช	h. O.

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางสาวรัตนา ด้านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) ๑๕ / ๓.๑ / ๒๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ลงชื่อ.....

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) ๒๕ / มกราคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ลงชื่อ.....

(นายประภาส ผูกดวง)

ตำแหน่ง... นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 10 / ก.พ. 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1.เรื่อง นวัตกรรมการบูรณาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เสี่ยงก่อความรุนแรง

2.หลักการและเหตุผล

โรคจิตเวชเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางการรับรู้ความคิดอารมณ์และพฤติกรรมซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุและหรือจากการใช้สุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทส่งผลให้ผู้ป่วยบกพร่องด้านการเรียน การงานและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างหรือการเข้าสังคม จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีเหตุการณ์สะท้อนขวัญความรุนแรงที่ปรากฏทางสังคมเกิดขึ้น ทั้งในครอบครัว หรือกับประชาชนทั่วไป พบว่า ผู้ก่อเหตุส่วนหนึ่งมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน เมื่อกลับสู่ชุมชนหรือครอบครัว มีปัญหาขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยหรือใช้สุรา/สารเสพติดจึงทำให้มีอาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว และอาจก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและคนอื่น และจากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center:HDC) กระทรวงสาธารณสุขในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดเพิ่มขึ้นร้อยละ 24.56โดยในปีงบประมาณ พ.ศ 2563 กลุ่มโรคทางจิตเวชที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการมากที่สุด 3 อันดับได้แก่ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท(F10-F19)จำนวน 576,811คน โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด (F20-F29) จำนวน 417,160 คนและความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) จำนวน 381,248 คน(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,2563) รวมทั้งมีการประกาศพ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับ ที่ 2) พ.ศ.2562เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่นในสังคม (Serious Mental Illness with High Risk to Violence:SMI-V) ซึ่งรวมไปถึงการป้องกัน ปัญหาการฆ่าตัวตาย(Suicide Prevention)ให้มีการนำผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรงเข้าสู่การบำบัดรักษา(กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,2561)

กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2563-2565 มีผู้ป่วยจิตเวชที่เจ็บป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 9,825ราย 13,707 รายและ20,997 ราย ผู้ป่วยในจำนวน 234ราย, 262 รายและ 313รายและส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์จำนวน 56 ราย 68 ราย และ 56 ราย และผู้ป่วยรับการรักษาไม่ต่อเนื่องร้อยละ4.33,13.90,13.05และมีอุบัติการณ์ ผู้ป่วยกระโดดตึกในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วเสียชีวิตในปี2564จำนวน1รายและปี2565จำนวน1ราย(ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2565) ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดเหล่านี้เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแล้วพบว่าผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดมีการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยบำบัดและการรักษาได้น้อย และมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดจะมีอาการคลุ้มคลั่ง ประสาทหลอนและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้นเกินความสามารถของญาติครอบครัว,ชุมชนในการควบคุม ดูแลช่วยเหลือจัดการ ประกอบกับขาดระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากโรคจิตเวชบางกลุ่ม เช่น โรคจิตเภท โรคไบโพลาร์ ฯลฯ

มีลักษณะเรื้อรังต้องรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งพบบ่อยว่าผู้ป่วยมักจะ ไม่รับประทานยา หรือไม่ไปพบแพทย์ตามนัด หรือมีปัจจัยเสี่ยงจากการใช้สุรา ยา/ สารเสพติดและได้รับความกดดันจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อม จึงทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง มีอาการรุนแรงมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว/ญาติ ชุมชนและสังคม (สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต,2560)

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดศึกษาและจัดทำนวัตกรรมการบูรณาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เสี่ยงก่อความรุนแรงโดยการประสานความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น ตำรวจ ฝ่ายปกครอง อบต./ อบท. อาสาสมัครกู้ภัย แกนนำชุมชน/ อสม. บุคลากรสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติด ก่อความรุนแรงให้มีการประสานเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษาทางจิตเวช และประสานการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องเมื่อพบภาวะเสี่ยง ก่อความรุนแรงจะได้นำเข้าสู่กระบวนการรักษาทางจิตเวชจะส่งผลให้ลดอุบัติการณ์การก่อเหตุความรุนแรง การบูรณาการโดยทีมภาคีเครือข่ายนี้เป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชนให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือกับประชาชนทั่วไป โดยพบว่าผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อนแต่ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ฯลฯ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดยังขาดฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ขาดการรักษาต่อเนื่อง กลับมาป่วยซ้ำและบางรายอาจจะก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยบำบัดและรักษาได้น้อย

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การแจ้งเหตุและนำส่งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและผู้ป่วยติดสารเสพติด หรือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเข้ารับการรักษา ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมน้อย รวมทั้งการผลักดันให้มีการขับเคลื่อนบังคับใช้พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับ ที่ 2) พ.ศ.2562 เพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชนและประสานความร่วมมือเชิงนโยบายระหว่างเครือข่ายงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชกับเครือข่ายในพื้นที่ เช่น ตำรวจ อบต./ อบท.แกนนำชุมชน/อสม. บุคลากรสาธารณสุขหรือแม้แต่ผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปัญหาสำคัญที่พบในขั้นการนำส่งคือการไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับ ที่ 2) พ.ศ.2562 ของแต่ละวิชาชีพตามกฎหมาย และขาดงบประมาณในการสนับสนุนการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาเป็นต้น ขั้นตอนการจำหน่ายพบปัญหาไม่มีที่รองรับผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติด ที่สำคัญคือทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติด ประชาชนมากกว่าร้อยละ 50 ยังมีทัศนคติกับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดว่า เป็นคนบ้าหรือนึกถึงผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลโรคจิต ครอบครัวผู้ป่วยไม่กล้าพาญาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดออกไปในที่สาธารณะเพราะจะทำอันตรายต่อผู้อื่นได้ ทัศนคติหรือความเห็นเชิงลบเหล่านี้เป็นอุปสรรคในการแก้ไขปัญหการอยู่ร่วมกันระหว่างชุมชนกับผู้ป่วย นั่นคืออาจไม่ส่งผลดีต่ออาการแสดงของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดหรือทำให้อาการเหล่านั้นรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นบทบาทของ

ชุมชนกับการดูแลเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพด้านจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดยังไม่ครอบคลุม อาการแสดงของผู้ป่วยมีความซับซ้อนและมีรูปแบบแตกต่างกันไป การเฝ้าระวังสังเกตหรือค้นปัญหาจึงไม่ใช่เพียงแค่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพเท่านั้นครอบครัวที่อยู่ใกล้ชิด ชุมชน ควรมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและประสานภาคีเครือข่าย ซึ่งต้องมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมเพื่อป้องกันและลดปัญหาต่างๆ ชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือพยาบาลจิตเวชโดยมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและประสานภาคีเครือข่ายซึ่งต้องมีความรู้ความเข้าใจในระบบการดูแลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมเพื่อป้องกันและลดปัญหาต่างๆ

กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ที่พบว่ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายของจังหวัดสระแก้วในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เสี่ยงก่อความรุนแรงโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation theory) รอย เชื่อว่าเมื่อบุคคลเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตจะมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมโดยจะปรับตัวได้ดีหรือมีปัญหาการปรับตัวขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่มากระทบและระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคล การส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้รับบริการทั้ง 4 ด้าน คือ การปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน การพยาบาลตามแนวคิดของรอย มุ่งส่งเสริมให้บุคคลปรับตัวได้เหมาะสมตามสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Roy, 1984)(ศุภรีใจ เจริญสุข, 2557) โดยมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดย 1) การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการประเมินระดับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้านคือด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทและการปรับตัวด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน 2) การประเมินองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติด ด้านการเลี้ยงดู พัฒนาการ ครอบครัว สภาพสังคมและชุมชน เป็นสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดได้อย่างครอบคลุมเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลในการจัดทำนวัตกรรมการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายของเขตจังหวัดสระแก้วในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เสี่ยงก่อความรุนแรง หลังจากนั้นจึงนำแผนที่ได้วางไว้มาปฏิบัติและประเมินผลตามจุดมุ่งหมายต่อไป

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดศึกษาและจัดทำนวัตกรรมการบูรณาการเขตจังหวัดสระแก้วในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เสี่ยงก่อความรุนแรงโดยประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น ตำรวจ ฝ่ายปกครอง อบต.และอปท. อาสาสมัครกู้ภัย แกนนำชุมชนและอสม. บุคลากรสาธารณสุขโดยประสานหมายเลขฉุกเฉิน 191 ของเจ้าหน้าที่ตำรวจ กับ 1669 ให้เป็นผู้รับเรื่องและส่งต่อ เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษาทางจิตเวชลดอุบัติเหตุการก่อเหตุความรุนแรงและประสานการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง จะส่งผลให้ลดอุบัติเหตุการก่อเหตุความรุนแรง

จะทำให้เกิดการพัฒนาคณาการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดและมีมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

วัตถุประสงค์

1. เพื่อดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดได้รับการรักษาต่อเนื่อง
2. เพื่อให้มีการจัดการผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดก่อเหตุความรุนแรงนำเข้าสู่ระบบการรักษา
3. เพื่อให้ชุมชนมีการบูรณาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติด

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 2566 ประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชและสารเสพติดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การป้องกันเฝ้าระวังไม่ให้เกิดเหตุก่อความรุนแรงและการจัดการเมื่อเกิดเหตุความรุนแรงเพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาโดยทีมภาคีเครือข่าย

เดือน พฤษภาคม 2566 ประชุมเชิงปฏิบัติการซ้อมแผนการจัดการเมื่อเกิดเหตุความรุนแรงในโรงพยาบาล

เดือน มิถุนายน 2566 ประชุมเชิงปฏิบัติการซ้อมแผนการจัดการเมื่อเกิดเหตุความรุนแรงในชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย

1. ภาคีเครือข่าย
 - 1.1 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
 - 1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 - 1.3 เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง
 - 1.4 เจ้าหน้าที่ตำรวจ
 - 1.5 เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น
 - 1.6 เจ้าหน้าที่อาสาสมัครกู้ภัย
2. ผู้ป่วยจิตเวช
3. ผู้ป่วยติดสารเสพติด

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
2. ปรึกษาหัวหน้าพยาบาลและจิตแพทย์ เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. เน้นการจัดทำนวัตกรรมการบูรณาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงก่อความรุนแรง
 - 3.1. ประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช, สารเสพติด, พรบ.สุขภาพจิต 2551 (ฉบับแก้ไข 2562) และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การป้องกันเฝ้าระวังไม่ให้เกิดเหตุก่อความรุนแรงและการจัดการเมื่อเกิดเหตุความรุนแรงเพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาโดยทีมภาคีเครือข่าย
 - 3.2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงการก่อความรุนแรงโดยทีมภาคีเครือข่าย
 - 3.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการซ้อมแผนการจัดการเมื่อเกิดเหตุความรุนแรงในโรงพยาบาลและชุมชน

4.สรุปผลการดำเนินงานทุก 2 เดือนเพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขนวัตกรรมให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดได้รับการดูแลและรับการรักษาต่อเนื่องทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- 2.มีการจัดการผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ก่อเหตุความรุนแรงนำเข้าระบบการรักษา
- 3.ทีมภาคีเครือข่ายมีการบูรณาการดูแลผู้ป่วยทำให้ชุมชนเข้มแข็งสามารถดูแลชุมชนตนเองได้
- 4.ไม่เกิดอุบัติการณ์การก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชติดสารเสพติดทำให้เกิดความสูญเสียของชีวิตและทรัพย์สิน

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 1.ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดได้รับการดูแลและรักษาต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 80
- 2.อุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดมีอาการกำเริบและก่อความรุนแรงน้อยกว่าร้อยละ 5
- 3.ร้อยละความพึงพอใจของทีมภาคีเครือข่ายต่อการบูรณาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชติดสารเสพติดที่เสี่ยงก่อความรุนแรงร้อยละ 80

(ลงชื่อ)*h- O-*.....

(นางเพ็ญศรี อมิตเดช)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) *๑๕* / *๑๖* / *๒๕๖๖*

ผู้ขอประเมิน