



ประกาศจังหวัดสระแก้ว

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดสระแก้ว ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวปิ่นยา นวลสาลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

16. ✓

(นายเชาวเนตร ยิ้มประเสริฐ)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดสระแก้ว
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
แนบท้ายประกาศจังหวัดสระแก้ว ลงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวปิ่นยา นวลสาลี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๖๗๖๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๖๗๖๔	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง"						
ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "รูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและญาติ"						
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 10 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 15 มกราคม 2568 รวมระยะการดูแล 6 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

การแพร่ระบาดของยาและสารเสพติดปัจจุบันมีแนวโน้มทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาสำคัญในระดับโลกที่ทุกองค์กรให้ความสำคัญมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาสังคมที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และคุณภาพชีวิตของประชากร โดยเฉพาะยาบ้าซึ่งเป็นยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย และเป็นปัญหาที่รุนแรงที่สุดในประเทศไทยในปัจจุบัน ดังเห็นได้จากสถิติผู้เสพติดยาบ้าเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 เท่ากับ 1,287, 1,699 และ 2,035 ราย ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี [สบยช], 2566) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

จากสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในหอผู้ป่วยจิตเวช โดยเริ่มเปิดให้บริการ 1 เมษายน 2567 พบยอดผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จำนวน ปี 2567-มิถุนายน 2568 22 และ 19 ราย และในการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วพบว่า ในปีพ.ศ. 2565 - 2567 เท่ากับ 185, 106 และ 295 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษา ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวช ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 เท่ากับ 39, 38 และ 47 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี (หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2568) ผลที่ตามมาคือ เกิดการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพต่อตัวผู้เสพ ซึ่งฤทธิ์ของสารเสพติดจะส่งผลต่อระบบประสาท ทำให้อวัยวะและการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายเกิดความผิดปกติ สุขภาพเสื่อมโทรม สภาวะจิตใจอ่อนไหว อาจมีอาการวิตกกังวล หวาดระแวง อารมณ์แปรปรวน พึงชาน บางรายอาจมีอาการคุ้มคลั่ง อันเป็นเหตุให้เกิดอันตรายถึงชีวิตทั้งต่อตนเองและผู้อื่นได้ ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับ พยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลและประเมิน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จึงต้องมีความรู้และความสามารถในการประเมินอาการถอนพิษยา ของผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ภาวะแทรกซ้อนจากการเสพติดยาบ้า สามารถประเมิน วินิจฉัยทางการพยาบาลและให้ การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการโดยการนำทฤษฎีและองค์ความรู้ เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวชและพยาบาลหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้ใช้ประโยชน์ในการดูแลให้มีประสิทธิภาพ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ยาบ้า

ความหมาย (วิมล ลักษณะนิชนชัย, 2563)

เป็นยาเสพติด สารสังเคราะห์ ประกอบด้วย เมทแอมเฟตามีนผสมกับกาเฟอีนมีชื่ออื่น ๆ เรียก เช่น ยาม้า, ยาขยัน, ยาแก้ง่วง, ยาโต้ป, ยาตื่นตัว, ยาเพิ่มพลัง, WY, ตัวเล็ก นิยมเสพโดยรับประทานโดยตรง หรือผสมในอาหาร หรือเครื่องดื่ม หรือเสพโดยนำยาบ้ามาบดใส่ฟอยล์แล้วนำไปไลนไฟโดยใช้ฟลอย โดยการอม น้ำไว้ในปากเพื่อผ่านน้ำ แล้วสูบเป็นไอระเหยเข้าสู่ร่างกาย ทำให้มีฤทธิ์กระตุ้นประสาท พอใช้ในปริมาณมาก ๆ จะทำให้เกิดอาการหลอน ประสาท หูแว่ว ระแวง ควบคุมตัวเองไม่ได้ จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 เป็นยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง ตาม พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 (แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 8 พ.ศ.2564)

พยาธิสภาพ (วิมล ลักษณะนิชนชัย, 2563)

ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ส่วนกลาง ถ้าใช้แอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดอาการพิษของยาปรากฏ คือ ด้านร่างกาย อาจมีอาการไข้สูง แขนขาและมือสั่น การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว เต้นผิดปกติ หวหะ ความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง ชัก และหมดสติ หากใช้แอมเฟตามีนในขนาดสูงจะทำให้เสียชีวิตได้จาก หัวใจ เต้นผิดปกติ และการหายใจล้มเหลว ด้านจิตประสาท อาจมีอาการตื่นตัว วิตกกังวล มีอาการตื่นตระหนก เหนียวแน่น พุดมาก พุดเพื่อเจ้า หงุดหงิดง่าย ไวต่อสิ่งกระตุ้น กระสับกระส่าย มีภาวะกายใจไม่สงบ (agitation) มุ่งร้าย (hostility) สับสน (confusion) เพ้อ (delirium) ประสาทหลอน หรือมีอาการโรคจิตแบบหลงผิด (delusion) หวาดระแวงผู้อื่น (paranoid) ด้านพฤติกรรม จะมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และแสดงว่าตนเอง ใหญ่โตมีอำนาจเหนือผู้อื่น การติดยาและสารเสพติดเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแลต่อเนื่องและถูกต้อง ผู้ที่ให้การดูแลรวมถึงตัว ผู้ป่วยเองต้องตระหนักถึงความสำคัญเนื่องจากมีความยุ่งยากและซับซ้อน ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย กลุ่มนี้จึงต้องเริ่มจากการที่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนต้องมี ความรู้ ความเข้าใจ ในลักษณะของโรคสมองติดยา การเกิดโรคร่วมทางจิตเวช การรักษา การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วย มีอาการก้าวร้าวรุนแรง การดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งการปรับตัวและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบอกเล่าปัญหา การตัดสินใจในการปฏิบัติและการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของผู้ป่วยและ ครอบครัวจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีการดูแลร่วมกันที่ดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด และสามารถดำรงชีวิต อยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพเกิดความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ในการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ป้องกันการติดยาซ้ำและการกำเริบของอาการทางจิต

อาการและอาการแสดง (วิมล ลักษณะนิชนชัย, 2563)

ผลในระยะยาวซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาบ้าอย่างมากและใช้อย่างต่อเนื่องคือเกิด อาการทางจิต ได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด และหวาดระแวง ซึ่งอาการทางจิตเหล่านี้อาจคงอยู่ยาวนานนับปี แม้จะหยุดเสพยาแล้ว ความผิดปกติทางจิตที่มักพบในระยะยาวคือ โรคจิต (psychotic disorder) โรคอารมณ์ สองขั้ว (bipolar disorder) และ โรควิตกกังวล (anxiety disorder) ซึ่งการใช้แอมเฟตามีนมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต หรือ เรียกว่า เกิด “ภาวะโรคจิตเวชสารเสพติด” ซึ่งเมื่อสารดังกล่าวผ่านเข้าสู่สมอง มีผลทำให้สารสื่อประสาท หรือสารโดปามีน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

อาการและอาการแสดง (ต่อ)

ในสมองผิดปกติเกิดอาการทางจิตแบบมีภาวะหวาดระแวง ได้แก่อาการหลงผิด ประสาทหลอน นำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะการใช้ร่วมกับสารเสพติดอื่น และผลกระทบจากโรคจิตเวชร่วม แม้ในผู้ที่มีเพียงปัญหาสุขภาพจิตหากมีการเสพสารเสพติดแล้ว จะยิ่งทำให้อาการทางจิตเพิ่มขึ้นจนป่วยได้ ปัญหาการเสพยาบ้าไม่เพียงส่งผลกระทบต่อตัวผู้เสพ แต่ยังส่งผลร้ายแก่คนรอบข้าง ครอบครัว สังคมและชุมชน

การวินิจฉัย (วิมล ลักษณะนิชนชช, 2563)

ปัจจุบันทางสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association) ได้ปรับปรุงการวินิจฉัยการติดสารเสพติดโดยใช้หลักเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) ดังนี้

1. มีการเสพสารเสพติดในปริมาณที่มากหรือระยะเวลานานเกินกว่าที่ตั้งใจ
2. มีความต้องการที่จะลดหรือหยุดการเสพสารเสพติดนั้นแต่ไม่สามารถทำได้
3. ใช้เวลามากในการหาสารเสพติด การเสพสารเสพติด และการฟื้นตัวจากฤทธิ์สารเสพติด
4. มีอาการอยากหรือความต้องการรุนแรงที่จะเสพสารเสพติด
5. มีการเสพสารเสพติดบ่อยๆจนไม่สามารถจัดการกับกิจวัตรประจำวัน ทั้งที่ทำงาน บ้านหรือโรงเรียน
6. ยังคงมีการเสพสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง แม้จะเกิดปัญหาทางด้านสังคมหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เกิดจากการเสพสารเสพติดอยู่บ่อยครั้ง

จากการเสพสารเสพติดอยู่บ่อยครั้ง

7. ต้องยกเลิกกิจกรรมที่สำคัญในด้านสังคม งานอาชีพ หรือกิจกรรมสันทนาการเพราะการเสพสารเสพติด
8. มีการเสพสารเสพติดในภาวะที่อาจเกิดอันตรายทางร่างกายอยู่บ่อยครั้ง
9. มีการเสพสารเสพติดต่อเนื่อง แม้จะทราบว่า การเสพสารเสพติดจะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกายและจิต หรือทำให้ปัญหานั้นรุนแรงขึ้น

10. มีอาการดื้อยาตามคำจำกัดความดังนี้

10.1 ต้องเสพสารเสพติดในปริมาณที่เพิ่มขึ้นมากเพื่อให้ได้ผลที่ต้องการ

10.2 เสพสารเสพติดเท่าเดิมแต่ฤทธิ์น้อยลงชัดเจน

11. อาการถอนพิษยา ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้

11.1 มีอาการถอนพิษยาจากสารเสพติด

11.2 การเสพสารเสพติดหรือสารที่ออกฤทธิ์คล้ายคลึงสามารถบรรเทาหรือทำให้อาการถอนพิษยา

จากสารเสพติดหายไป โดยแบ่งระดับความรุนแรง เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับความรุนแรงเล็กน้อย มีอาการ 2-3 ข้อ

ระดับความรุนแรงปานกลาง มีอาการ 4-5 ข้อ

ระดับความรุนแรงมาก มีอาการ 6 ข้อขึ้นไป

การรักษาผู้ป่วยเสพยาบ้า (วิมล ลักษณะนิชนชช, 2563)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ถือเป็นวิธีการช่วยเหลือที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด เนื่องจากเมื่อหยุดเสพจะเกิดอาการขาดยา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทรมานทั้งร่างกาย และจิตใจ หากผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย จะส่งผลให้การตอบสนองต่อการบำบัดรักษา

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การรักษาผู้ป่วยเสพยาบ้า (ต่อ)

มากขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถหยุดยาเสพติดได้มากขึ้น ซึ่งขั้นตอนการบำบัดรักษาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา (Pre – admission)** เป็นระยะแรกของการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจ จัดการภารกิจต่างๆให้เรียบร้อย ทำให้เข้ารับการรักษาได้ครบตามระยะเวลาได้ต่อเนื่องไม่ขาดตอน รวมทั้งให้คำแนะนำจูงใจผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของการรักษา และมีความตั้งใจจริงในการรักษา รวมไปถึงการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากผู้ป่วยหลายรายมีสาเหตุในการเสพยาเสพติดจากปัญหาในครอบครัว การให้คำแนะนำและปรึกษาครอบครัวไปด้วย เป็นการรักษาที่ได้ผลดีกว่าการรักษาที่มุ่งเน้นเฉพาะตัวผู้ป่วย การดำเนินการในขั้นตอนนี้ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยยาเสพติดโดย การซักประวัติ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องชนิดของยาเสพติดที่เสพ ปริมาณที่เสพต่อวัน การใช้สารเสพติดอื่นร่วม อายุที่เริ่มใช้ ระยะเวลาที่ใช้ สาเหตุของการเสพยา ลักษณะของครอบครัวความสัมพันธ์ของครอบครัว วิธีการเลี้ยงดู ตรวจร่างกาย ประเมินสภาพจิต และโรคแทรกซ้อน ตรวจทางห้องปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้การวินิจฉัย และวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม ตลอดจนสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตั้งใจรักษา และนำครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาด้วย

2. **ขั้นบำบัดด้วยยา (Detoxification)** เป็นขั้นตอนการรักษาทางร่างกายที่ทำให้ร่างกายพ้นจากสภาวะติดยาทางกาย หรือรักษาอาการถอนยาของร่างกาย การรักษาในระยะนี้จะใช้ยาบรรเทาอาการถอนยาตามประเภทของยาเสพติดที่ติดมา และให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วยไม่ว่าจะเป็นภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิต จนผู้ป่วยหมดอาการถอนยาและภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิตหมดไป หรืออยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ ไม่มีอาการรุนแรง

3. **ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)** ในขั้นนี้จะเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ผ่านขั้นตอนบำบัดด้วยยา ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง ที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม เป็นระยะการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพชีวิตอย่างสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ พร้อมออกไปใช้ชีวิตในสังคมภายนอกได้ และมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี จุดประสงค์หลักของการรักษา คือ การป้องกันการติดซ้ำ เตรียมความพร้อมที่จะออกไปประกอบอาชีพ หรือใช้ชีวิตในสังคมภายนอก ในการพัฒนาผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใช้หลัก 2 ประการคือ

1. การช่วยและพึ่งตนเองของผู้ป่วย
2. การใช้อิทธิพลของกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ กลุ่มบำบัด งานบำบัด เครื่องมือปรับพฤติกรรม และการนำครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา

4. **ขั้นติดตามดูแลหลังรักษา (After care)** เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่มีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังการกลับไปเสพยา เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยคอยตรวจสอบสัญญาณเตือน และป้องกันตนเองไม่กลับไปเสพยา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างสมดุล ช่วยเหลือตามสภาพปัญหา หากผู้ป่วยติดช้ นำกลับเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา

การพยาบาล (วิมล ลักษณะนิชนชัย, 2563)

เมื่อผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่วาระกระบวนการบำบัดรักษาในสถานบำบัด พยาบาลซึ่งถือเป็นวิชาชีพที่สำคัญที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา โดยให้การพยาบาลในระยะบำบัดด้วยยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และติดตามการรักษา ซึ่งพยาบาลมีบทบาทให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในทุกขั้นตอนของการบำบัดรักษา ดังนี้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การพยาบาล (ต่อ)

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพ และระดับการติดยาเสพติดด้วยการซักประวัติการใช้ยาเสพติด ตรวจร่างกาย ดำเนินการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาของแพทย์และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินอาการถอนพิษยาด้วยแบบประเมินตามประเภทยาเสพติดที่ผู้ป่วยเสพ ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย ทางจิตประสาท ตลอดจนประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ พฤติกรรม ครอบครัว และสังคม เพื่อนำเสนอข้อมูลให้แพทย์ประกอบการวินิจฉัย และพยาบาลใช้เป็นข้อมูลในการตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายตามการวินิจฉัยการพยาบาล และมีการส่งต่อทีมสหวิชาชีพอื่นอย่างเหมาะสม ร่วมให้การดูแลด้วย เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

2. ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ซึ่งภาวะวิกฤติฉุกเฉินในผู้ป่วยยาเสพติดได้แก่ ภาวะถอนพิษยาเช่น ภาวะถอนพิษสุรา ชัก เพื่อสืบสน ภาวะถอนพิษสารกระตุ้น ประสาทหลอน อะอะไววอย ก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง ภาวะได้รับสารเฮโรอินหรือเมทาโดนเกินขนาดมีภาวะกดการหายใจในผู้ป่วยเสพยาเฮโรอิน หรือภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เป็นโรคร่วม ที่เกิดจากการใช้ยาหรือสารเสพติดเช่น เลือดออกในกระเพาะอาหาร ปอดอักเสบเป็นต้น ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทในการประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วย เพื่อประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ประสานกับครอบครัวเพื่อรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนการบำบัดรักษาผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการบำบัดรักษา

3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะถอนพิษยา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนทางกาย และทางจิต สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา เมื่อหยุดใช้ยาเสพติดจะเกิดอาการถอนพิษหรืออาการขาดยา ซึ่งความรุนแรงของอาการถอนพิษยาอาจเกิดได้ตั้งแต่เล็กน้อย ปานกลาง จนถึงรุนแรงมาก ขึ้นกับระดับการติดยา ระยะเวลาในการเสพยา ปริมาณการใช้ยาเสพติด ซึ่งอาการถอนพิษยานี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย จนถึงทุกข์ทรมาน หากไม่ได้รับการรักษา หรือดูแลอย่างเหมาะสมอาจทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นได้ หรือหากผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจะทำให้ไม่สามารถก้าวผ่านระยะนี้ได้ การเลิกยาเสพติดจะไม่ประสบผลสำเร็จ บทบาทของพยาบาลจะเป็นการประเมินอาการถอนพิษยาอย่างต่อเนื่อง ให้ยาตามแผนการรักษา ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการถอนพิษยา ได้รับความปลอดภัยเมื่อเกิดอาการถอนพิษยา หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น จนผู้ป่วยปลอดภัยและกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

4. ค้นหาปัญหาด้านจิตใจ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วย ตลอดจนให้การช่วยเหลือ เนื่องจากปัญหายาเสพติดเกี่ยวข้องกับปัญหาอื่น ๆ รอบตัวผู้ป่วย จนทำให้เกิดการใช้ยาเสพติดและติดในที่สุด ดังนั้นการช่วยแก้ปัญหาอื่น ๆ ของผู้ป่วยจึงเป็นการช่วยในเรื่องการเลิกใช้ยาเสพติดควบคู่กันไปด้วย เช่น ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การตั้งครมไม่พึงประสงค์ บกพร่องในสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ปัญหาการว่างงาน ปัญหาบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม เป็นต้น พยาบาลมีบทบาทในการค้นหาปัญหา ให้คำปรึกษา หากต้องให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายา พยาบาลมีบทบาทในการประสานผู้เกี่ยวข้องให้ร่วมแก้ไขด้วยเช่น ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวของผู้ป่วย หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อคลี่คลายปัญหาให้ผู้ป่วย จนผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ต่อไปเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

5. เสริมสร้างความตระหนักในโทษพิษภัยยาเสพติดและสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้ยาบ้า เนื่องจากการใช้ยาเสพติดส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่การใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุข ความพึงพอใจในฤทธิ์ของยาเสพติด ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงต้องเสริมสร้างความตระหนักในโทษพิษภัยของยาเสพติด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การพยาบาล (ต่อ)

และสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้ยา โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการเลิกยาเสพติด และลดผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด

6. จัดกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาอาการถอนพิษยาจนทุเลาลงหรือหมดไป หรือผู้ป่วยยาเสพติดบางรายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย หรือทางจิตร่วมด้วย จะได้รับการรักษาควบคู่ไปกับอาการถอนพิษยาจนอาการทุเลาลงหรืออยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ ผู้ป่วยยาเสพติดจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยาเสพติด ซึ่งพยาบาลเป็นวิชาชีพที่สำคัญที่มีบทบาทในการจัดกลุ่มบำบัด กิจกรรมบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในก็ตาม

7. ประสานครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยยาเสพติดกลับสู่สังคม โดยพยาบาลจะประสานกับครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

8. ค้นหาสาเหตุและวางแผนป้องกันการติดซ้ำ สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา เพื่อให้เลิกยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง การป้องกันการติดซ้ำจึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการค้นหาสาเหตุ หรือโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดซ้ำ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงโอกาสเสี่ยงดังกล่าว และร่วมกันวางแผนป้องกันการเสพติดซ้ำ โดยฝึกทักษะที่จำเป็นได้แก่ การจัดการตัวกระตุ้นภายนอก ตัวกระตุ้นภายใน การจัดการความอยาก (Craving Management) ทักษะการจัดการความเครียด การเผชิญปัญหา ทักษะการปฏิเสธ ฯลฯ ตลอดจนเสริมสร้างแรงจูงใจในการหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่อง

9. ประสานทีมสหวิชาชีพหรือเครือข่ายต่างๆในการจัดกิจกรรม/แก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดต้องใช้ศาสตร์ในการดูแลรักษานั้นต้องใช้การผสมผสานศาสตร์ต่างๆในการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหามาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์เฉพาะทาง นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จึงมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา หรือกรณีผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพด้านอื่นเช่นโรคในช่องปาก พยาบาลมีบทบาทในการประสานทันตแพทย์ให้การบำบัดรักษาโรคในช่องปากเป็นต้น หากผู้ป่วยมีปัญหาด้านอื่น เช่น ปัญหาทางด้านสังคม การประกอบอาชีพ พยาบาลมีบทบาทช่วยในการประสานเครือข่ายอื่นเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดในการแก้ปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติลดโอกาสกลับไปพึ่งพายาเสพติด

10. ให้การดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ เมื่อผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาครบขั้นตอน และพร้อมกลับสู่สังคม ขั้นตอนการบำบัดยังคงมีต่อเนื่องในเรื่องของการติดตามการรักษา หรือให้การดูแลหลังรักษา โดยส่งเสริมการหยุดใช้ยาต่อเนื่อง ค้นหาปัญหา ความเสี่ยงในการเสพติดซ้ำ และร่วมวางแผนแก้ไขปัญหามา หรือหากกรณีผู้ป่วยเสพติดซ้ำนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา บทบาทนี้หากเป็นโรงพยาบาลทั่วไปพยาบาลคลินิกยาเสพติดจะเป็นผู้ติดตามการรักษา แต่หากเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง จะมีนักสังคมสงเคราะห์หรือทีมสหวิชาชีพติดตามดูแลหลังรักษา ซึ่งบทบาทต่างๆที่พยาบาลได้กระทำเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดนั้นต้องใช้องค์ความรู้ และประสบการณ์ในการทำงาน ดังนั้นพยาบาลยาเสพติดจำเป็นจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

พฤติกรรมรุนแรง (violent behavior)

ความหมาย (สมพร ชนานิรมิตผล, 2564)

การแสดงออกของแรงขับก้าวร้าว (aggressive drive) เพื่อมุ่งทำลายในระดับสูงสุด บุคคลจะแสดงออกถึงการขาดสติ ขาดการควบคุมตนเองและไม่สามารถสื่อความต้องการของตนเองในทางที่เหมาะสมได้ พฤติกรรมรุนแรงแบ่งเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่

1) พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด บ่งบอกถึงความต้องการที่จะทำร้ายผู้อื่น เช่น ต่ำว่าด้วยคำหยาบคาย ข่มขู่คุกคาม เป็นต้น

2) พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง เช่น ใช้ศีรษะโขกผนัง กรีดแขน กินยาเกินขนาด เป็นต้น

3) พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายคนอื่น เช่น ใช้อาวุธ ทำร้ายร่างกายคนอื่น จนเกิดบาดแผล ฟกช้ำ กระดูกหัก เป็นต้น

4) พฤติกรรมรุนแรงด้านสิ่งของ ทรัพย์สิน เช่น ทบทำลาย ขว้างปา ข้าวของเครื่องใช้ในบ้าน เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมรุนแรง จะแสดงออกทางคำพูด การกระทำ หรือทั้งสองอย่างที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และทรัพย์สินของตนเองและ เป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่พบได้บ่อย ซึ่งผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมรุนแรงได้จากปัจจัยทาง ชีวภาพ จิตใจและสังคม ร่วมกันส่งผลให้ขาดความสามารถในการยับยั้งชั่งใจได้

สาเหตุ (ชรียา ประสาน, 2567)

1. โรคทางจิตเวช

1.1 โรคจิตเภท จะมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ได้ยินเสียงขู่จะทำร้ายสั่งให้ทำร้ายผู้อื่น หลงผิดคิดว่าผู้อื่นจะทำร้าย

1.2 โรคจิตเวชอื่นๆ ได้แก่ โรคจิตอารมณ์ โรคอารมณ์สองขั้วแมเนีย บุคลิกภาพผิดปกติโรคแพนิค โรควิตกกังวล

2. โรคทางกาย

2.1 โรคที่เกิดจากความผิดปกติทางสมอง (organic brainsyndrome)

2.2 ภาวะผิดปกติจากการใช้สุรา/สารเสพติดโดยเฉพาะในระยะหยุด/ถอน (withdrawal)

2.3 ความไม่สมดุลของกระบวนการเผาผลาญในร่างกาย (metabolic imbalance) ระบบต่อมไร้ท่อไม่สมดุล (endocrine imbalance) และโรคทางกายอื่นๆ

3. การเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม

3.1 การใช้ชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการแสดงความก้าวร้าวอยู่เป็นประจำ

3.2 ความเชื่อและค่านิยมของสังคมและวัฒนธรรม

3.3 ระบบเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

อาการและอาการแสดง (วิโรจน์ ทองทา, 2567)

การแสดงออกทางสีหน้า

สีหน้าบึ้งตึง โกรธทำทางไม่พอใจ แววตาไม่เป็นมิตร

กั๊กกรามแน่น ดวงตาเปิดกว้าง และแข็งกร้าว

ท่าทางเกรียดยไม่ผ่อนคลาย

การเคลื่อนไหวและการกระทำ

กระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง เดินไปเดินมา

ตัวเกร็ง กำมือแน่น กำหมัด

กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง

หยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างทันทีทันใด

การแสดงออกทางคำพูด

เสียงเฉยผิตปกติ

โต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน ๆ

พูดก้าวร้าวคำคำหยาบ วิจารณ์ตำหนิติเตียน

สาปแช่ง พูดในแง่ร้าย

การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างทันทีทันใด

การพยาบาล (วิโรจน์ ทองทา, 2567)

ต้องพิจารณาตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ โดยคำนึงถึงความรุนแรงของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก และที่สำคัญต้องเผชิญกับสถานการณ์ รุนแรงด้วยความสงบและมั่นคง ซึ่งการช่วยมีหลายวิธี ได้แก่ การเจรจาต่อรอง คือ การสื่อสารความ สื่อ คิระหว่างบุคคล โดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี อันจะนำไปสู่ ข้อตกลงร่วมกันในปัญหาความขัดแย้งต่างๆ

ระดับที่ 1 ที่ การป้องกันการเกิดความรุนแรง(Prevention of violence) เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือจัดการกับสิ่งรบกวนที่เกิดขึ้น และป้องกันไม่ให้อาการก้าวร้าวรุนแรง

1.1 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม(Milieu Management)

1.1.1 ควรนำวัตถุที่อาจใช้เป็นอาวุธออกควรมีการตรวจค้นร่างกายและสิ่งของส่วนตัวของผู้ป่วย

ควร Lock ห้อง

1.1.2 เก้าอี้ในห้องในหน่วยงานควรใช้อุปกรณ์ที่เป็นพลาสติก

1.1.3 ควรมีการจัดเตรียมห้องแยกที่เงียบสงบ และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

1.1.4 สังเกตและเฝ้าระวังวัสดุสิ่งของที่ญาติผู้ป่วยนำติดตัวมา

1.2 เทคนิคการติดต่อสื่อสาร (Communication Skills)

1.2.1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ควรแนะนำชื่อและบทบาทเรียกชื่อผู้ป่วยใช้น้ำเสียง

ที่เรียบและนุ่มนวล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การพยาบาล (ต่อ)

1.2.2 มีกิริยาสงบเยือกเย็นเคลื่อนไหวอย่างผ่อนคลาย แสดงความเห็นอกเห็นใจเข้าใจ และพร้อมที่จะช่วยเหลือ สบตาผู้ป่วย สนใจฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด

1.2.3 ไม่ควรจ้องหน้า หรือหลบสายตา ไม่ควรเดินเข้าหาในลักษณะเผชิญหน้า เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคาม/ ปิดล้อม ควรเข้าทางด้านข้างโดยทำมุม 45 องศากับผู้ป่วย

1.2.4 รักษาระยะห่างกับผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ช่วงขาขึ้นไป

ระดับที่ 2 ที่ การป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่น(Protection of patients and others) เป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ตนเองได้ และไม่ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกให้ผู้ป่วยไปพักนอนในห้องที่เงียบสงบ หรือให้ยาตามแผนการรักษา อาจใช้ “Show of Force Technique” โดยในขณะที่พยาบาลกำลังสนทนากับผู้ป่วยนั้น ให้บุคลากรอื่นๆ 4-6 คน ยืนอยู่ในลักษณะที่เตรียมพร้อมอยู่รอบนอกแสดงให้เห็นว่าอาจมีการใช้กำลังถ้าผู้ป่วยสูญเสียการควบคุมตนเอง

ระดับที่ 3 ที่ การควบคุมพฤติกรรมรุนแรง (Violence control) การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน บุคลากร ทางสุขภาพทุกคน ควรผ่านการฝึกอบรมความรู้และทักษะเฉพาะ ควรรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองในการทำงาน เป็นทีม ควรมีบุคลากรอย่างน้อย 4 - 6 คน ในการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง พยาบาลต้องแจ้งให้ทราบว่าผู้ป่วยควบคุมตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยอาจถูกเคลื่อนย้ายไปอยู่ห้องแยก อาจได้รับการผูกมัด หรือได้รับยาเพื่อสงบอาการตามคำสั่งการรักษา ควรตระหนักไว้เสมอว่า ควรใช้วิธีดังกล่าวในกรณี ที่มีความจำเป็นเท่านั้น

1. การแยก / จำกัดบริเวณ (Seclusion) เป็นการบังคับให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่เงียบสงบและปลอดภัย เพื่อให้พฤติกรรมรุนแรงสงบลง และเพื่อป้องกันไม่ให้อันตรายต่อผู้อื่นไม่ควรทอดทิ้งผู้ป่วย ควรมีบุคลากรดูแล ประเมิน อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการและเหตุผล นำสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายออกจากห้อง ดูแลเรื่องความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ประเมินอาการผู้ป่วยเป็นระยะๆ

2. การผูกมัด (Restraints) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะก้าวร้าวรุนแรง มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ควรผูกมัดผู้ป่วยในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวแยกจากผู้ป่วยอื่นๆ ไม่ควรทอดทิ้งผู้ป่วย ควรมีบุคลากรดูแล ประเมินอาการ ให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการและเหตุผล ควรให้ปมผูกของวัสดุผูกมัดอยู่ห่างจากการเอื้อมของ ผู้ป่วย ดูแลสภาพผิวหนังบริเวณที่ผูกมัด การผูกมัดผู้ป่วยไม่ควรแน่นหรือหลวมเกินไป ใช้นิ้วสอดเชือกที่ ผูกมัดได้ เพื่อให้เลือดไหลเวียนสะดวก ดูแลเรื่องความต้องการพื้นฐานในกรณีที่มี การผูกมัดหลายตำแหน่ง ควรมีการคลายปม เป็นระยะๆทุก 15-30 นาที และเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยและสอบถามความต้องการ เช่น ต้องการดื่มน้ำ ปวดปัสสาวะ อุจจาระหรือความต้องการทางร่างกายด้านอื่นๆ

3. การใช้ยาควบคุมอาการ (Medication) ควรใช้บุคลากรที่มีประสบการณ์ ควรบอกผู้ป่วยทุกครั้ง ก่อนให้การพยาบาล ภายหลังให้ยา เฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาควรเฝ้าระวังสัญญาณชีพ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับ ยาทางหลอดเลือดดำ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Apnea (Antipsychotic เช่น Haloperidol 5mg IM) (Antianxiety เช่น Diazepam 10 mg IV)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การพยาบาล (ต่อ)

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) (ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต, 2563) แบบประเมินพฤติกรรมเป็นแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โดยแบ่งเป็น 3 พฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง พฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน การตอบจะมีค่าคะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน

เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน

กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี รูปร่างสันทนต์ น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ที่อยู่ อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษา จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้างทั่วไป (ช่างไฟฟ้า) สิทธิการรักษา บัตรทองในเขต จ.สระแก้ว ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยาและลูก ภรรยาสังเกตช่วงใช้ยาบ้า มีอาการหงุดหงิด หวาดระแวง จะเก็บตัวอยู่แต่ในห้องเป็นส่วนใหญ่ ไม่สนใจครอบครัว ไม่สนใจดูแลตนเอง

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 10 มกราคม 2568 เวลา 16.55 น.

วันที่รับไว้ดูแล 10 มกราคม 2568 เวลา 17.20 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 15 มกราคม 2568 เวลา 09.30 น.

วันที่จำหน่ายออกจากกรดูแล 15 มกราคม 2568 เวลา 09.30 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 6 วัน

รวมวันที่รับไว้ดูแล 6 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียนผู้ป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

คลุ้มคลั่ง ปีนหลังคาบ้านตัวเอง 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

20 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มเสพยาบ้า สาเหตุที่ใช้นาเสพติดในการสังสรรค์กับเพื่อนร่วมกับการดื่มสุรากับเพื่อนที่ทำงานด้วยกัน ภรรยาทราบในเรื่องการใช้สารเสพติดมาตลอด

7 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติคลุ้มคลั่ง เอะอะโวยวาย รับการรักษาที่ ER และนัดติดตามอาการต่อหลังจากนั้นผู้ป่วยไม่มาตามนัด

6 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ตำรวจเข้าตรวจปัสสาวะที่บ้านผู้ป่วย ส่ง Lab มาที่โรงพยาบาล พบมีปัสสาวะ amphetamine positive และดำเนินคดีทางกฎหมาย ส่งบำบัดกับทางคุมประพฤติตามคำสั่งศาล

2 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล พูดคนเดียว คลุ้มคลั่ง เห็นผี หูแว่วได้ยินเสียงคนมาคุยด้วย

1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล คลุ้มคลั่ง ปีนหลังคาบ้านตัวเอง หลังใช้ยาบ้า ญาติจึงแจ้งตำรวจนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการใช้สารเสพติด มีประวัติใช้ยาบ้าทุกวัน 1-5 เม็ด/วัน ใช้ตั้งแต่อายุ 20 ปี

ดื่มสุรา (เหล้าขาว) เกือบทุกเย็นหลังเลิกงาน

สูบบุหรี่ 5-10 มวน/วัน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

วันที่ 10 มกราคม 2568 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 1)

เวลา 16.55 น. แรกแรกที่ติดอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง ปีนหลังคาบ้าน ญาติแจ้งตำรวจนำส่งโรงพยาบาล จิตแพทย์ ให้ส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Liver function test, Coagulogram, UA, Urine Substance พบ Urine Amphetamine Positive จิตแพทย์วินิจฉัย Amphetamine induce Psychosis รับไว้ในหอผู้ป่วยจิตเวช เวลา 17.20 น. แรกที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ หายใจ Room air ไม่หอบเหนื่อย สีหน้าหงุดหงิด และพูดตลอดว่า “ผมไม่ได้เป็นอะไร ผมเล่นตีกีตอกอยู่กับลูก” สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/99 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 % จิตแพทย์ให้ยา Diazepam 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้ง 1 เม็ด ก่อนนอน Diazepam 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้ง 1 เม็ด เวลานอนไม่หลับ Risperidone 2 มิลลิกรัม รับประทานครั้ง 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และก่อนนอน Trihexyphenidyl 2 มิลลิกรัม รับประทานครั้ง 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และ Haloperidol 5 มิลลิกรัม ให้ทางกลืนเนื้อเวลารุ่นวาย ดูแลให้ยารับประทานตามแผนการรักษา และให้ Haloperidol 5 มิลลิกรัม ทางกลืนเนื้อ ตามแผนการรักษาของแพทย์ Restrain 4 รางค์ เฝ้ารวังการหลบหนี แนะนำภรรยาเฝ้าอย่างใกล้ชิด ให้คำแนะนำภรรยาเกี่ยวกับแนวทางการรักษา และสังเกตภาวะแทรกซ้อนหลังฉีดยา ประเมิน OAS = 3

วันที่ 11 มกราคม 2568 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 2)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่หอบเหนื่อย ไม่มีหิวแหว่ มีพูดคนเดียวบางครั้ง ผู้ป่วยบอกว่า “ผมไม่ได้ป่วย ผมอยากกลับบ้าน ภรรยาหาว่าผมเป็นบ้า” พยาบาลสังเกตท่าทางกระสับกระส่าย มองหาทางออกจากหอผู้ป่วย ไม่มีก้าวร้าว OAS = 2 คะแนน พักหลับได้ Restrain 2 รางค์ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/86 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 % แนะนำภรรยาเฝ้าอย่างใกล้ชิด

วันที่ 12 มกราคม 2568 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 3)

ผู้ป่วยรู้สึกตัว อาการทางจิตสงบ พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีก้าวร้าว ยังมีหงุดหงิด พูดตะโกนใส่ญาติเรื่องต้องการกลับบ้าน OAS = 1 คะแนน ไม่มีหิวแหว่ ไม่มีเห็นภาพหลอน สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส หายใจ Room air ไม่หอบเหนื่อย พักหลับได้ จิตแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการให้ส่งรับใหม่ยาเสพติดวันจันทร์ และนัดคุยกับญาติเรื่องการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่บ้านผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดฟื้นฟู อ้างว่าติดงาน เสียเวลางาน พยาบาลแจ้งเบื้องต้นเกี่ยวกับวันและเวลาในการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจึงยินยอม วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/75 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 %

วันที่ 13 มกราคม 2568 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 4)

ผู้ป่วยรู้สึกตัว อาการทางจิตสงบ พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีก้าวร้าว OAS = 0 คะแนน ไม่มีหิวแหว่ ไม่มีเห็นภาพหลอน สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส พักหลับได้ จิตแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการให้ปรับยาลด Risperidone 2 มิลลิกรัม รับประทานครั้ง 1 เม็ด ก่อนนอน ส่งผู้ป่วยรับใหม่ยาเสพติดที่ติดผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช และเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/85 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 %

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

วันที่ 14 มกราคม 2568 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 5)

ผู้ป่วยรู้สึกตัว อาการทางจิตสงบ พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีก้าวร้าว OAS = 0 คะแนน ไม่มีหูแว่ว ไม่มีเห็นภาพหลอน สิ้นน้ำอัมเย้มแจ่มใส พักหลับได้ จิตแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการให้หยุดยาลด Trihexyphenidyl 2 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้ง 1 เม็ด หลังอาหารเช้า แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้วันถัดไป และนัดติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์ ที่คลินิก จิตเวช ในวันที่ 28 มกราคม 2568 พร้อมทั้งส่งตรวจ Urine Substance วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/86 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 %

วันที่ 15 มกราคม 2568 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 6)

ผู้ป่วยรู้สึกตัว อาการทางจิตสงบ พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีก้าวร้าว OAS = 0 คะแนน ไม่มีหูแว่ว ไม่มีเห็นภาพหลอน สิ้นน้ำอัมเย้มแจ่มใส พักหลับได้ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ และนัดติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์ ที่คลินิกจิตเวช ในวันที่ 28 มกราคม 2568 พร้อมทั้งส่งตรวจ Urine Substance และให้ยา Risperidone 2 มิลลิกรัม รับประทานครั้ง 1 เม็ด ก่อนนอน และ Diazepam 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้ง 1 เม็ด ก่อนนอน และเวลนอน ไม่หลับ รวมระยะเวลาที่รับไว้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 5 วัน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

ระยะเฉียบพลันรุนแรงหรือระยะถอนพิษยา

1. มีโอกาสทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการประสาทหลอนและอาการหวาดระแวง
2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการได้
3. มีโอกาสหลบหนีออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากปฏิเสธอาการเจ็บป่วย

ระยะอาการเฉียบพลัน - ต่อเนื่อง

4. มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิตเวชเนื่องจากได้รับยาชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาท

ส่วนกลาง

5. มีโอกาสเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากพร่องในการควบคุมอารมณ์
6. ขาดแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ระยะฟื้นฟูและวางแผนก่อนจำหน่าย

7. บกพร่องในการปรับตัวเนื่องจากไม่ยอมรับรูปแบบการบำบัดรักษาและกฎระเบียบ
8. สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากขาดสัมพันธภาพอันดีภายในครอบครัว
9. มีโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 1 ราย

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการดูแลรักษาและรักษาผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง รวมถึงแนวคิดทางการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมิน สภาพผู้ป่วย และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

4.2.7 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ

4.2.8 เรียบเรียงผลงาน เขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จำนวน 1 ราย รับผิดชอบในการดูแลตั้งแต่วันที่ 10 มกราคม 2568 เวลา 17.20 น. ถึงวันที่ 15 มกราคม 2568 เวลา 09.30 น. รวมระยะที่อยู่ในความดูแล 6 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการประเมินและการจัดการอารมณ์ ความเครียด ความเสี่ยงต่อการกลับไปทำซ้ำ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล โดยประเมินอาการทางจิต ภาวะซึมเศร้า การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆอย่างใกล้ชิดในระยะวิกฤติทางจิตและดูแลให้ยาที่สอดคล้องกับอาการจนอาการทางจิตลดลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาบ้า สามารถเผชิญปัญหาและจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

6.2 ใช้ในการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยมีการใช้ยาบ้าเป็นประจำ จึงมาโรงพยาบาลด้วยอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด หวาดระแวง ทำให้การพูดคุยสื่อสารเป็นไปอย่างยากลำบาก การให้ข้อมูลในระยนี้จึงทำได้ค่อนข้างน้อย การพยาบาลส่วนใหญ่คือการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อให้อาการสงบลง ดังนั้นสิ่งสำคัญในระยนี้คือการแจ้งอาการ แผนการรักษา และความจำเป็นในการผูกมัดผู้ป่วยให้ญาติรับทราบเข้าใจ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยในระยนี้ ซึ่งไม่สามารถควบคุมและจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ เมื่อพ้นระยเฉียบพลันไปแล้วจึงต้องมีการวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง รัวไว้ในหอผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นสถานที่ร่วมกับหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย การจัดโซนหรือจุดเฉพาะในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยค่อนข้างยาก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน หวาดระแวงมากขึ้น อีกทั้งยังมีข้อจำกัดในเรื่องของจำนวนบุคลากร เช่น พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ที่ต้องใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกับทางหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ทำให้ไม่สะดวกในการดูแลผู้ป่วยหากมีอาการรุนแรงและก้าวร้าวมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่างๆตามมา ทั้งต่อผู้ป่วยและบุคลากร

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลควรมีทักษะในการ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม ควรมีการจัดเตรียมห้องแยกที่เงียบสงบ และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ทักษะในการสังเกตและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เทคนิคการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจเข้าใจ

9.2 ย้ายหอผู้ป่วยจิตเวชออกจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เพื่อให้เป็นสถานที่เฉพาะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่ได้เผยแพร่

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*ปิ่น*.....

(นางสาวปิ่นยา นวลสาลี) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) *14* / *ธันวาคม* / *2568*

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวปณียา นวลสาลี	ปณียา

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวพิณุช วงศ์อินทร์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช

(วันที่) 10 / ธันวาคม / 2568

(ลงชื่อ).....

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 20 ส.ค. 2568

(ลงชื่อ).....

(นายสมคิด ยืนประโคน)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) ๑๐ ก.ย. ๒๕๖๘

(ลงชื่อ)..... นท. นสจ.

(.....(นางนุชรา พงษ์ กัณโณ)...)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 17 / ก.ย. 2568

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง รูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและญาติ

2.หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช ที่เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม การดำเนินของโรคจะเป็นลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไปทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม ที่ผิดปกติจากบุคคลทั่วไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม การทำงาน การดูแล ตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน ทำให้รักษาให้หายขาดได้ยาก และแม้ว่าจะได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบ แต่ก็สามารถเกิดการกลับมาเป็นซ้ำได้ (สุตาพร สติยยุทธการ, 2559) จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมทั้งผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ ระหว่างปีงบประมาณ 2562 - 2564 มีจำนวน 273,817, 283,065 และ 284,273 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2565) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญการดำเนินของโรคมีความรุนแรงและเรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ทำให้เกิดความผิดปกติของสมอง และมีอาการทางจิตรุนแรงได้ง่าย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ ขาดแรงจูงใจในการรักษา ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีความพร้อมทางเศรษฐกิจ ใช้สารเสพติด ต้องเผชิญกับการถูกด้อยค่า ถูกปฏิเสธจากคนในชุมชนเมื่อมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ถูกสังคมตีตราโดยการรังเกียจและซ้ำเติมผู้ป่วยและครอบครัว จากการทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น มีการพกพาอาวุธไว้กับตัวการทำร้ายผู้อื่นเพราะมีอาการหวาดระแวง หลงผิด เป็นต้น (ปนิดา พุ่มพุท และ ขวัญตา ฐริวิหาธิระ, 2564) ส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาและการฟื้นฟู ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงและการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของครอบครัว รวมทั้งยังทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่นับเป็นมูลค่ามหาศาลในแต่ละปีของประเทศ (สุตาพร สติยยุทธการ, 2559)

หอผู้ป่วยจิตเวช เป็นหน่วยงานหนึ่ง ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วเป็น มีปริมาณผู้ป่วยจิตเวช มารักษาอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น ทั้งการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจิตเวชมารับยาในภูมิลำเนา ซึ่งมีผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดสระแก้ว ระหว่างปีงบประมาณ 2565 - 2567 มีจำนวน 1,682, 2,011 และ 1,966 ราย ตามลำดับ และในเขตอำเภอเมืองสระแก้วมีผู้ป่วยจิตเภทระหว่างปีงบประมาณ 2565 - 2567 มีจำนวน 395, 432 และ 395 ตามลำดับ จากสถิติพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุดที่หอผู้ป่วยจิตเวช ในเดือน ตุลาคม 2567 - เมษายน 2568 มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 33 และ 27 ราย ตามลำดับ คิดเป็น ร้อยละ 35.48 และ 31.03 ตามลำดับ ซึ่งมีผู้ป่วยโรคจิตเภท Re-admit เป็นจำนวน 8 และ 3 ราย ตามลำดับ คิดเป็น ร้อยละ 24.24 และ 11.11 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สาเหตุการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยขาด ยาและรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับญาติผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เหมาะสมหลังจำหน่าย ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย โดยเน้นการ ให้ความรู้ในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม หลังจำหน่าย ช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ การวางแผนจำหน่ายรายกรณีเป็นกระบวนการเตรียม ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลล่วงหน้า ซึ่งต้องมีการวางแผนอย่างเป็นขั้นตอน โดยมีกระบวนการเตรียมความ พร้อมเริ่มตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมเดิมได้อย่างเหมาะสม ในทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเปรียบเสมือนแผนการฟื้นฟูสภาพ แผนการให้ความรู้ และการฝึกทักษะแก่ ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

2. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวม ช่วยลดการกลับเข้ามา รักษาซ้ำ ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดต้นทุนค่าเสียโอกาส รวมทั้งญาติมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยมากขึ้น ผู้จัดทำจึงตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่ ครบคลุม แบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง จึงได้ดำเนินการจัดทำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและ ญาติ โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลโดยการเพิ่มความรู้และ ทักษะด้านการจัดยา การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อเนื่องหลังจำหน่าย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาต่อเนื่อง ทำให้สามารถควบคุมอาการให้สงบได้ ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติของความคิด การรับรู้อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งลักษณะความผิดปกติที่ เกิดขึ้นมักจะเริ่มเกิดขึ้นในวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ เกิดโรคจิตเภท ดังนี้

1) พันธุกรรม (genetics) โรคจิตเภทมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งจากการศึกษาพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 48 แต่คู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ มีโอกาสเพียงร้อยละ 12-14 เท่านั้น ส่วนบุตรที่เกิดจากบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภทนั้น มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทถึงร้อยละ 40 และบุตรที่เกิด จากพ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทนั้น มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทเพียงร้อยละ 12

2) โครงสร้างสมองและสารสื่อประสาท (brain structures and neurotransmitters) การตรวจ ภาพของสมองโดย MRI พบว่าช่องว่างในสมองด้านข้างและช่องว่างในสมองส่วนที่สามมีการขยายใหญ่กว่าปกติ (lateral and third ventricles enlargement) อีกทั้งสมองส่วน temporal lobe, hippocampus, limbic system และ cortical มีขนาดเล็กลง สำหรับสารสื่อประสาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท เช่น โดปามีน (dopamine: DA) และกลูตาเมต (glutamate) เป็นต้น

3) ปัจจัยด้านพัฒนาการและสิ่งแวดล้อม (developmental and environmental factors) เช่น การขาดออกซิเจนในระยะคลอด การคลอดก่อนกำหนด การติดเชื้อไวรัสขณะตั้งครรภ์ในไตรมาส 2 และ 3 ส่งผลให้ กระบวนการสร้าง (formation) ของสมองส่วน amygdala และ hippocampus ผิดปกติ นำไปสู่ความเสี่ยงของ การเกิดโรคจิตเภทได้ อีกทั้งความเครียดหรือเหตุการณ์เชิงลบในชีวิต ยังเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้อาการของโรคจิตเภท กำเริบขึ้นด้วย (เวชสารแพทย์ทหารบก, 2564) อีกทั้งโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีลักษณะการเจ็บป่วย ทางจิต โดยมีผลกระทบต่อจิตใจที่แปลกแยกชัดเจน มีความแปรปรวนของการรู้คิด (Cognition) ภาวะทางอารมณ์ (Emotion) รวมถึงด้านการรับรู้ (Perception) และพฤติกรรม (Behavior) จะมีอาการเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยหรือกำเริบซ้ำ มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัย ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย การปฏิเสธ การเจ็บป่วย ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่ยอมรับประทานยาหรือปรับยาเอง ปัจจัย ที่สองคือด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลเท่าที่ควร เนื่องจากการประกอบอาชีพ ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแล รวมไปถึงมีทัศนคติด้านลบต่อการรักษาของผู้ป่วย คิดว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และปัจจัยสุดท้ายคือด้านชุมชน ได้แก่ คนในชุมชนมีทัศนคติด้านลบกับผู้ป่วย เพิกเฉย คิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ใน ชุมชนได้ ต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น จึง มีความหวาดระแวงต่อการป่วยซ้ำ (วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 2563)

จากการศึกษาผู้นำเสนอจึงได้นำแนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อนจำหน่าย โดยการเพิ่มความรู้และทักษะด้านการจัดยา การรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาอย่าง ต่อเนื่อง ควบคุมอาการให้สงบได้ ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ตลอดจน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)

การแนะนำสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหากเกิดผลข้างเคียงหรืออาการผิดปกติจากการใช้ยา เน้นการส่งเสริม ฟันฟู ร่างกายและจิตใจให้แข็งแรง การดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว การค้นหาสาเหตุของปัญหาและดำเนินการแก้ไข ลดปัจจัยกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จึงเป็นวิธีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง

การเรียนรู้ตามทฤษฎีของเบนจามิน บลูม (Bloom, et al. 1956) เป็นนักการศึกษาชาวอเมริกัน เชื่อว่า การประสบความสำเร็จและมี ประสิทธิภาพนั้น จะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายให้ชัดเจน และได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมโดยอาศัย ทฤษฎีการเรียนรู้และจิตวิทยาพื้นฐานว่า มนุษย์จะเกิดการเรียนรู้และแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสติปัญญา (Cognitive Domain) ออกเป็น 6 ระดับตามความซับซ้อน ได้แก่

1) การจดจำ (Remembering) การใช้ความจำเพื่อสร้างหรือค้นหานิยาม ข้อเท็จจริง หรือทบทวนข้อมูลที่เรียนมาก่อนหน้า ซึ่งการที่ผู้เรียนจะสามารถตอบได้ว่าสิ่งที่เรียนคือสิ่งใด มาจากไหน เกิดจากการจดจำ

2) การทำความเข้าใจ (Understanding) สร้างเข้าใจความสัมพันธ์ ความหมายของสิ่งที่ได้จากองค์ความรู้หลากหลายรูปแบบ อาจเป็นข้อความ ภาพ หรือกิจกรรม เช่น การสื่อสาร การแปลความ การยกตัวอย่าง การจำแนก การสรุป การนำเสนอหรือสามารถอธิบายตามความเข้าใจของตนเองได้

3) การประยุกต์ใช้ (Applying) ผู้เรียนสามารถใช้เนื้อหา ความรู้ที่เรียนมาโดยผ่านการประมวลผลเพื่อนำไปปฏิบัติ และใช้ในการแก้ปัญหาได้ เช่น รูปแบบการนำเสนอผลงาน

4) การวิเคราะห์ (Analyzing) ความสามารถในการแยกแยะข้อมูลที่ ผู้เรียนสามารถนำความรู้ที่ได้เรียนมาคิดอย่างลึกซึ้ง รวมทั้งหาความสัมพันธ์ เชื่อมโยงและเหตุผลได้

5) การประเมิน (Evaluating) การที่ผู้เรียนสามารถตั้งเกณฑ์ตัดสิน เปรียบเทียบคุณภาพหรือประสิทธิภาพของการเรียนรู้ได้ สามารถตัดสินใจตรวจสอบและไตร่ตรองคุณค่าของข้อมูลได้

6) การสร้างสรรค์ (Creating) เรียบเรียงให้เกิดรูปแบบหรือโครงสร้างใหม่ผ่านการสร้าง วางแผน และการผลิตเป็นการนำเอาความรู้ที่มีอยู่มาเชื่อมโยง และจัดระบบใหม่ให้เป็นสิ่งที่สมบูรณ์

การวางแผนก่อนจำหน่าย (Discharge Planning) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทและญาติ โดยใช้แนวคิดของ บลูม (Bloom's Taxonomy) สามารถทำได้โดยการประยุกต์ใช้หลักการของ Bloom เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถ เข้าใจและรับรู้การดูแลตนเองหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม โดยแบ่งออกเป็น 6 ระดับหลัก คือ รู้, เข้าใจ, ใช้, วิเคราะห์, ประเมิน, สร้าง ซึ่งจะช่วยให้กระบวนการวางแผนเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น ขั้นตอนการวางแผน

1) ระดับความรู้ (Knowledge) ผู้ป่วยและญาติ ต้องได้รับข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท, วิธีการดูแลตัวเอง, และการรับมือกับอาการที่อาจเกิดขึ้นหลังจากออกจากโรงพยาบาล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ต้องทาน การอธิบายเกี่ยวกับอาการแสดงที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังการรักษา การให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน

2) ระดับการเข้าใจ (Comprehension) ผู้ป่วยและญาติ ต้องสามารถเข้าใจความสำคัญของการติดตามการรักษาหลังจากออกจากโรงพยาบาล เช่น การรักษาด้วยยา, การพบแพทย์, และการดูแลสุขภาพจิต การพูดคุยถึงความสำคัญของการทานยาตามเวลา อธิบายถึงผลของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

3) ระดับการใช้ (Application) ผู้ป่วยและญาติ ต้องสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม เช่น การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการติดตามผลการฝึกปฏิบัติการทำงานอย่างถูกต้อง การฝึกการสร้างกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม เช่น การทำกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิต

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)

4) ระดับการวิเคราะห์ (Analysis) ผู้ป่วยและญาติ ต้องสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์เหล่านั้น เช่น การรับมือกับอาการกำเริบหรือภาวะวิกฤติ การเตรียมตัวในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง เช่น การติดต่อแพทย์หรือไปโรงพยาบาล การให้ญาติสามารถสังเกตสัญญาณที่อาจบ่งชี้ถึงปัญหาทางจิตใจที่กำลังเกิดขึ้น

5) ระดับการประเมิน (Synthesis) ผู้ป่วยและญาติ ต้องสามารถประเมินและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตในระยะยาว เช่น การเลือกแผนการรักษาที่เหมาะสมและสามารถปรับปรุงได้ การประเมินว่าผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวหรือจากผู้เชี่ยวชาญในระยะยาวหรือไม่ การพิจารณาการเข้ารับการรักษาบำบัดจิตใจเพิ่มเติมหรือการพบจิตแพทย์

6) ระดับการสร้าง (Creation) ผู้ป่วยและญาติ ต้องสามารถสร้างแผนการดูแลตนเองที่มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การสร้างเครือข่ายการสนับสนุนในชุมชนหรือการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การตั้งเป้าหมายในการรักษาและการทำกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจ การพัฒนากลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดหรือสถานการณ์ที่ท้าทาย การใช้แนวคิด Bloom's Taxonomy ในการวางแผนก่อนจำหน่ายจะช่วยเสริมสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาตัวเองหลังจากออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยให้ทุกฝ่ายสามารถเข้าใจและจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะด้านต่างๆ ทั้งการรับทราบอย่างต่อเนื่อง การจัดการความเครียด การลดปัจจัยกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ตลอดจนการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการให้สงบได้ ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเผชิญปัญหาและใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุขต่อไป ผู้เสนอผลงานจึงมีการคิดรูปแบบกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1. กิจกรรมการฝึกจิตอาสาสำหรับผู้ป่วย
2. กิจกรรมกลุ่มสำหรับดูแล 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 เรื่อง ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ครั้งที่ 2 เรื่อง ความเครียดและทักษะการเผชิญความเครียด ครั้งที่ 3 เรื่อง ทักษะการสื่อสารที่มีต่อผู้ป่วย และทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและญาติ
2. เพื่อลดอุบัติการณ์การ Re-admit ของผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน ตุลาคม 2568 – มีนาคม 2569

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภท และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยจิตเวช

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา ทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแล
2. ประชุมหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

3. ดำเนินการจัดทำร่างกระบวนการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและญาติ
4. ประชุมชี้แจงทีมพยาบาลให้รับรู้และเข้าใจ การจัดทำรูปแบบวางแผนก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและญาติ
5. จัดทำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและญาติ
 - 5.1 นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาจัดทำเอกสารประกอบความรู้และclip VDO
 - 5.2 ให้ผู้ป่วยและญาติเอกสารประกอบความรู้และclip VDO ดังนี้
 - 5.3 วันแรกรับ : ให้ความรู้ผู้ป่วยการจดยารับประทาน จำนวน 4 มื้อ ได้แก่ หลังอาหารมื้อเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน
 - 5.4 ขณะอยู่ในหอผู้ป่วย : กิจกรรมฝึกจดยา 4 มื้อ ได้แก่ หลังอาหารมื้อเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ทุกวันติดต่อกัน ให้ความรู้ญาติพร้อมเปิดตัวอย่าง clip VDO เรื่องความเครียดและทักษะการเผชิญความเครียด, ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย
 - 5.5 วันจำหน่าย: ประเมินความสามารถในการจดยารับประทาน จำนวน 4 มื้อ ได้แก่ หลังอาหารมื้อเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน, ประเมินความรู้เรื่องโรคทางจิตเภท
 - 5.6 หลังจำหน่าย 3 สัปดาห์ : ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยจิตเวช มีความพึงพอใจจากการใช้รูปแบบวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและญาติเพื่อป้องกันอาการกำเริบ กลับเข้ารับรักษา
2. ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย ไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและญาติ จำนวน 1 ฉบับ
2. อัตราการ Re-admit ของผู้ป่วยจิตเภท น้อยกว่าร้อยละ 10

(ลงชื่อ) พนันท์

(นางสาวพนันท์ นวลสาตี) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 14 / ๙ / ๖๕