

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ก่อพฤติกรรมรุนแรงจากการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน กรณีศึกษา 2 ราย และเพื่อใช้ผลการศึกษาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ก่อพฤติกรรมรุนแรงจากการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา : การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ของผู้ป่วยจิตเภทที่ก่อพฤติกรรมรุนแรงจากการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน ที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยรวมใจ โรงพยาบาลกระบี่ ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเภท และเปรียบเทียบกรณีศึกษาผ่านการใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาที่ 1 เป็นชายไทยอายุ 29 ปี มีประวัติเป็นจิตเภทมา 6 ปี ร่วมกับใช้สารเสพติด เสพยาบ้าและตีมน้ำกระท่อม หลังเสพยาบ้ามีอาการก้าวร้าว หูแว่ว ประสาทหลอน คลุ้มคลั่งทำร้ายคนข้างบ้านและทำลายข้าวของในบ้าน ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ก่อพฤติกรรมรุนแรงจากการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน (SMI-V) ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเสพติดและยาจิตเวช อาการทางจิตทุเลาลง กรณีศึกษาที่ 2 เป็นชายไทยอายุ 39 ปี มีประวัติเป็นจิตเภทมา 15 ปี ร่วมกับใช้สารเสพติดเสพยาบ้า ตีมน้ำกระท่อมและสูบกัญชา หลังเสพยาบ้ามีอาการคลุ้มคลั่ง เอะอะโวยวาย ประสาทหลอนตาขวาง ทำร้ายพี่ชายและทำลายข้าวของในบ้านได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ก่อพฤติกรรมรุนแรงจากการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน (SMI-V) ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ มีอาการข้างเคียงจากการใช้สารเสพติดเป็นระยะเวลานาน คือ มีภาวะกล้ามเนื้อสลายตัว เกิดอาการข้างเคียงจากการรับยาจิตเวชหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางคือ มีภาวะ Acute Dystonia และมีภาวะถอนพิษสารแอมเฟตามีนจากการเสพยาบ้า ต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างใกล้ชิด ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางจิตเวช ก่อพฤติกรรมรุนแรงจากการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างในเรื่องความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน และความซับซ้อนของปัญหา ที่ต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลที่ต่างกัน

สรุป : การรักษาของแพทย์และการพยาบาลแบบองค์รวม ทำให้กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลในภาวะวิกฤติที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ตั้งแต่ระยะแรกรับที่มีอาการก้าวร้าว ระยะอาการสงบ และระยะก่อนจำหน่าย โดยใช้หลักการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงจากการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน (SMI-V) ตลอดจนจนถึงการวางแผนจำหน่ายโดยผู้ดูแลมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข การพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง การจัดการภาวะวิกฤตอย่างทันท่วงทีไปจนถึงการบำบัดฟื้นฟูเพื่อป้องกันการเสพยาซ้ำ ร่วมกับการทำงานเชิงรุก การเฝ้าระวังสัญญาณชีพและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพตามความบกพร่องของผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง ครอบครัวมีความพร้อมในการรับผู้ป่วยไปดูแลที่บ้าน พยาบาลวางแผนจำหน่ายโดยให้คำปรึกษาคู่ครอบครัวที่มุ่งเน้นความเป็นมนุษย์มากกว่าแค่การรักษาโรคทางกาย เน้นการดูแลด้วยความรักและความเมตตา ซึ่งผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการร่วมดูแลผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาต่อเนื่อง ลดพฤติกรรมก้าวร้าว และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมถึงการทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเภท, ก่อพฤติกรรมรุนแรง, สารเสพติดแอมเฟตามีน, การพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลกระบี่ E-mail:ha12022515@gmail.com

Nursing Care for Schizophrenic Patients with Violent Behavior from Amphetamine Use : Case Studies

Suwanna Srinim*

Abstract

Objective: To compare the nursing care provided to two case studies of schizophrenic patients exhibiting violent behavior resulting from amphetamine use, and to utilize the findings as a clinical guideline for enhancing the efficiency of nursing interventions for this patient population.

Methods: This study is a comparative case study of two schizophrenic patients with violent behavior induced by amphetamine use, who were admitted to the Ruam Jai Ward at Krabi Hospital between October 2023 and September 2024. Data were collected from medical records and analyzed by comparing the two cases through the application of the nursing process.

Results of the study: The first case was a 29-year-old Thai male with a 6-year history of schizophrenia, complicated by methamphetamine and kratom use. Following methamphetamine consumption, he exhibited aggression, auditory hallucinations, and delirium, leading to the assault of a neighbor and destruction of property. After receiving care based on the clinical nursing practice guidelines for Serious Mental Illness with High Risk of Violence (SMI-V), there was no recurrence of violent behavior or complications from substance and psychiatric medication use, and his psychotic symptoms improved. The second case was a 39-year-old Thai male with a 15-year history of schizophrenia, co-occurring with the use of methamphetamine, kratom, and cannabis. Post-methamphetamine use, he presented with delirium, agitation, hallucinations, and a hostile gaze, leading to the assault of his brother-in-law and property damage. While managed under the SMI-V guidelines, he experienced complications from long-term substance abuse, including rhabdomyolysis, and developed acute dystonia due to the central nervous system depressant effects of multiple psychiatric medications, alongside amphetamine withdrawal. These conditions required intensive physical and mental health care, resulting in a prolonged hospital stay. Although both cases presented with psychiatric emergencies and violent behavior induced by amphetamine use, they differed significantly in disease severity, complications, and the complexity of problems, necessitating distinct nursing interventions.

Conclusion: Medical treatment combined with holistic nursing care ensured that both cases received individualized crisis management across all phases, including admission for aggressive behavior, stabilization, and pre-discharge. The care was guided by the protocols for Serious Mental Illness with High Risk of Violence (SMI-V) induced by amphetamine use. Discharge planning involved active caregiver participation to facilitate the patients' successful reintegration into their families and communities. Effective nursing processes were implemented, ranging from risk assessment and timely crisis intervention to rehabilitation aimed at preventing relapse. This included proactive care, close monitoring of vital signs and complications, and functional rehabilitation to enhance self-care abilities. Family readiness was prioritized through humanized counseling, emphasizing compassion and love. Caregivers played a vital role in ensuring treatment adherence, reducing aggressive behaviors, and preventing re-hospitalization. Furthermore, a multidisciplinary approach and community involvement were essential in providing continuous and sustainable care.

Keyword : Schizophrenic patients, Violent behavior, Amphetamine, Nursing care

* Professional Nurse Specialist, Krabi Hospital, E-mail: ha12022515@gmail.com

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของโลก โดยอัตราความชุกเฉลี่ยของโรคจิตเภทร้อยละ 0.32 ของประชากรโลก สัดส่วนประชากรคิดเป็นประมาณ 1 ใน 300 คน (WHO, Global Burden of Disease, 2024) ในประเทศไทยมีอัตราความชุกเฉลี่ยของโรคจิตเภทร้อยละ 0.88 ของประชากร ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในสถานพยาบาลมากเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 43.22 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการทั้งหมด ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองทั้งด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัสและพฤติกรรม ลักษณะอาการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) อาการทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย ขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง 2) อาการทางบวกได้แก่อาการหูแว่ว ประสาทหลอน พฤติกรรมที่แปลกไปจากคนปกติ บางรายรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่น ก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อญาติ ผู้ดูแล ชุมชนและสังคมได้ ซึ่งในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลในโรงพยาบาล เมื่อมีอาการสงบลงแล้วจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล มักพบว่าการดำเนินการของโรคมีความรุนแรงและเรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำถึงร้อยละ 70

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคำพูดหรือพฤติกรรมรุนแรง มีท่าทีไม่เป็นมิตร พูดเสียงดัง ใช้ถ้อยคำรุนแรง พูดจาข่มขู่ หน้าตาเคร่งเครียดอยู่ไม่นิ่ง มีโอกาสสูงในการก่ออันตรายต่อผู้อื่น จนอาจทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ กรมสุขภาพจิตได้แบ่งลักษณะพฤติกรรมรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ 1) มีประวัติทำร้ายตนเองโดยใช้วิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีการรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงในชุมชน 3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น พูดระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งร้าย 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) พฤติกรรมรุนแรงที่พบในผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ลักษณะคือ 1) ความรุนแรงต่อตนเอง (Self-directed violence) คือ การกระทำที่ตั้งใจทำให้ตนเองเกิดบาดเจ็บ ไม่สบาย โดยที่ความรุนแรงตั้งแต่น้อย เช่น การทำร้ายตนเอง (Self injury) การทำร้ายตนเองรุนแรงจนสูญเสียอวัยวะ จนถึงขั้นเสียชีวิตได้ 2) ความรุนแรงต่อผู้อื่น (Interpersonal violence) คือ ความรุนแรงที่กระทำบุคคลอื่นหรือกลุ่มบุคคลอื่น รวมถึงความรุนแรงในครอบครัว ความรุนแรงในชุมชน

สารเสพติด หมายถึง ยาหรือสารเคมีรวมทั้งวัตถุอื่นใดที่มนุษย์เสพเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีการใดก็ตาม เช่น การกิน การสูดดม สูบควัน ฉีดเข้าสู่ร่างกายแล้วทำให้เกิดการติด มีความต้องการที่จะเสพอยู่ตลอดเวลาอีกทั้งยังเพิ่มปริมาณที่จะใช้เสพขึ้นเรื่อยๆ เมื่อหมดฤทธิ์แล้วจะทำให้ร่างกายของผู้เสพมีความอยากยาเพิ่มขึ้นจนทำให้ร่างกายเกิดอาการทุรนทุราย ทรมาณจนกว่าจะได้รับยาเสพติดดังกล่าว เมทแอมเฟตามีน หรือยาบ้าเป็นยาเสพติดชนิดร้ายแรงประเภทที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทโดยกระตุ้นระบบอวัยวะส่วนต่างๆ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว และการถ่ายทอดความรู้สึก สำหรับผู้ที่ใช้อย่างต่อเนื่องจะทำให้มีผลกระทบต่อนิสัยทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนี้ 1) ระบบประสาทและสมอง มีภาวะสมองตื้อยา มีอาการทางจิต เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพหลอน คลุ้มคลั่งอาจทำร้ายผู้อื่นและตนเอง ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจนเสียชีวิตได้ มีความบกพร่องทางสติปัญญา สมาธิสั้น ความจำเสื่อม 2) ด้านร่างกาย ระบบหัวใจและหลอดเลือดผิดปกติ หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อภาวะหัวใจวายและเส้นเลือดในสมองแตกและเสียชีวิตเฉียบพลัน ร่างกายทรุดโทรม ขาดสารอาหาร ภูมิคุ้มกันต่ำ ติดเชื้อง่าย 3) ด้านอารมณ์และพฤติกรรม มีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง ซึมเศร้าอย่างหนักจนนำไปสู่การฆ่าตัวตาย พฤติกรรมเสี่ยง ขาดสติยังคิดนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยหรือการก่ออาชญากรรม 4) อาการถอนยา (Withdrawal) อ่อนเพลียมาก หิวจัด หงุดหงิด กระวนกระวาย เกิดภาวะซึมเศร้าและมีความต้องการยาอย่างรุนแรง

โรคจิตเภทที่ก่อพฤติกรรมรุนแรงจากการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน เกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนหรือยาบ้าอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน เมื่อสารเข้าสู่สมองมีผลให้โดปามีน (Dopamine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่สำคัญในสมองมีการหลั่งผิดปกติและเป็นสารที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต โรคจิตเวช (Psychiatric Disorder) หากสารโดปามีนในสมองมีมากเกินไป จะทำให้เกิดอาการทางจิตชนิดหวาดระแวง ทำให้สมองส่วนควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมทำงานได้น้อยลง การยับยั้งซึ่งใจลดลงด้วย โดยส่วนใหญ่จะมีอาการด้านบวก (positive symptom) เช่น มีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิดขาดเหตุผล หลงผิด ประสาทหลอน เพื่อตัวเองไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ต้องใช้ประสบการณ์และการวางแผน การตัดสินใจ การควบคุมอารมณ์ของผู้รักษา การทำงานเป็นทีมและการปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลกระบี่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 447 เตียง เปิดให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคทางจิตเวช และยาเสพติดเป็นผู้ป่วยนอกตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 ให้บริการดูแลรักษาเป็นผู้ป่วยในเฉพาะบางราย และให้บริการดูแลรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวช เมื่อ 23 มกราคม พ.ศ.2566 จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกระบี่ พบผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นโรคอันดับ 1 ใน 5 ของโรคที่มีผู้รับบริการมากที่สุดในแผนกจิตเวช ในปี 2565-2567 จำนวน 3,209, 2,953 และ 2,886 ครั้งการเข้ารับบริการตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยมากที่สุดคือ แอมเฟตามีน จำนวน 228, 190, และ 220 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.11, 6.43 และ 7.62 ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 95, 81 และ 166 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.96, 2.74 และ 5.75 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่ก่อพฤติกรรมรุนแรงจากการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน จำนวน 2 ราย โดยมุ่งเน้นบทบาทพยาบาลตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง การจัดการภาวะวิกฤตอย่างทันท่วงทีไปจนถึงการบำบัดฟื้นฟูเพื่อป้องกันการเสพยาซ้ำ ร่วมกับการทำงานเชิงรุก โดยวางแผนการดูแลครอบคลุม 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาการฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล วางแผนการดูแลและจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยผู้ดูแลมีส่วนร่วม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ลดอุบัติการณ์ความรุนแรงในหอผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง ลดภาระต่อครอบครัวและสังคม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ก่อพฤติกรรมรุนแรงจากการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกระบี่
2. เพื่อใช้ผลการศึกษาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ก่อพฤติกรรมรุนแรงจากการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

ศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสาร งานวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เลือกผู้ป่วยที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเป็นโรคซับซ้อนที่น่าสนใจ ในหอผู้ป่วยรวมใจ จำนวน 2 ราย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี ประวัติการใช้สารเสพติด

แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งการประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย การตรวจสภาพจิต และประเมินระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

2. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์ นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ และวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแบบแผน สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะ

3. นำข้อมูลที่รวบรวมได้จัดทำเป็นเอกสารและตรวจสอบความถูกต้องนำไปปรึกษาทรงคุณวุฒิ เรียบเรียงเนื้อหาวิชาการ จัดพิมพ์และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

ผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีประเด็นที่เหมือนกันคือ เป็นโรคจิตเภท ก่อพฤติกรรมรุนแรง เสพสารเสพติดแอมเฟตามีน อาการนำมามีหลังเสพยาบ้ามีอาการก้าวร้าว หูแว่ว ประสาทหลอน คลุ้มคลั่งทำร้ายคนอื่นและทำลายข้าวของในบ้าน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายบุคคลอื่นและทำลายข้าวของ มีปัญหาการจัดการอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ขาดการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวและผู้อื่น ใช้สารเสพติดเพื่อแก้และหลีกเลี่ยงปัญหา การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 รายต้องสร้างความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับในตัวบุคคล เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองให้ผู้ป่วยให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม การจัดการกับอารมณ์ไม่พึงประสงค์ของตนเองเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาให้กับตนเองได้โดยที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซ้ำอีก ไม่ทำร้ายตนเอง บุคคลอื่นหรือทำลายข้าวของ และสามารถเลิกยาเสพติด ใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข และผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการข้างเคียงจากการใช้สารเสพติดเป็นระยะเวลานาน คือ มีภาวะกล้ามเนื้อสลายตัว เกิดอาการข้างเคียงจากการรับยาจิตเวชหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางคือ มีภาวะ Acute Dystonia และมีภาวะถอนพิษสารแอมเฟตามีนจากการเสพยาบ้า การดูแลจึงแตกต่างกันในบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เชื้อชาติ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา	ชายไทย อายุ 29 ปี น้ำหนัก 72 กิโลกรัม ส่วนสูง 173 เซนติเมตร อาชีพ รับจ้างซ่อมรถจักรยานยนต์ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3	ชายไทย อายุ 39 ปี น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร อาชีพรับจ้างทั่วไป ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นเพศชาย มีปัจจัยเสี่ยงในการเสพสารเสพติดมากกว่าเพศหญิง รายที่ 1 อายุต่ำกว่ารายที่ 2 ถึง 10 ปี มีระยะเวลาที่เป็นโรคจิตเภทและใช้สารเสพติดน้อยกว่า ด้านการศึกษาและอาชีพ รายที่ 2 มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งเป็นปัจจัยในการเข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายกว่า

ปัจจัยสาเหตุที่ทำให้ก่อพฤติกรรมรุนแรง คือ เพศชาย อายุ การใช้สารเสพติด ดื่มน้ำกระท่อม และเสพยาบ้าเป็นเวลากว่าหลายปี เพศและอายุ งานวิจัยพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง ในขณะที่ปัจจัยปกป้องพฤติกรรมรุนแรงมักพบในเพศหญิง เพศชายและช่วงอายุที่ยังน้อย (วัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น) มีความสัมพันธ์กับความถี่ของพฤติกรรมรุนแรงที่สูงกว่า การใช้สารเสพติดโดยเฉพาะกัญชาและยาบ้า จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้นหลายเท่าตัวเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพ

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลเสพยาบ้าไม่ทราบจำนวน ทะเลาะกับบิดาเพราะบิดาเทน้ำกระທ່อมทิ้ง คลุ้มคลั่งทุบทำลายตู้กระจกใช้ไม้ทุบศีรษะคนข้างบ้านที่มาช่วยจับมัดบิดาแจ้งตำรวจมาจับส่งโรงพยาบาล	3 ชั่วโมงก่อนผู้ป่วยเสพยาบ้า 4 เม็ด ทะเลาะกับพี่ชายเพราะขโมยไก่ชนพี่ชายไปขายเพื่อซื้อยาบ้า มีอาการคลุ้มคลั่งเอะอะโวยวาย ตาขวาง ทำร้ายร่างกายต๋อยพี่ชายและผลักมารดาที่เข้ามาขวางล้มลง ใช้ค้อนทุบบานเกร็ดหน้าต่างที่บ้านแตก ญาติช่วยกันจับมัดตัวนำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	ปี พ.ศ.2561 เริ่มมีอาการหงุดหงิด โมโหง่ายก้าวร้าว เมื่อไม่พอใจจะทำลายข้าวของในบ้าน กลางคืนไม่นอน บิดาเห็นว่าดื่มน้ำกระທ່อมจึงพาไปบำบัดยาเสพติดที่ปอเนาะยังมีอาการวุ่นวาย พูดไม่รู้เรื่อง เอะอะโวยวาย ก้าวร้าว ด้วยคำพูด เดินไปมาตลอดเวลา ถือเสียมจะไปทำร้ายคนอื่น บิดานำส่งโรงพยาบาลกระบี่ให้ยาระงับอาการเบื้องต้น ประสานส่งต่อโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ระหว่างรักษามีอาการกำเริบ 3 ครั้ง จากการขาดยา admit โรงพยาบาลกระบี่ และส่งต่อไปโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ 2 ครั้ง ส่งกลับมารักษาต่อเนื่องที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลกระบี่ตั้งแต่ปี 2566 บิดาพามารับการรักษาต่อเนื่อง	ปี 2552 เริ่มมีอาการทางจิตเวชรักษาที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ 3 ปี ระหว่างรักษามีอาการกำเริบปีละ 2 ครั้ง admit โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ทุกครั้ง แพทย์วินิจฉัย Schizophrenia first Episode ส่งกลับมารักษาต่อเนื่องโรงพยาบาลกระบี่ปี พ.ศ.2556 ถึงปัจจุบัน แพทย์วินิจฉัย Schizophrenia second Episode-fourth Episode (จากขาดยา) ให้ยาฉีด Fluphen 50 mg IM ทุก 1 เดือน (ฉีดยาที่รพ.สต.ใกล้บ้าน) และยารับประทานต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่มาตามนัดขาดยาจิตเวชปีละ 1-2 ครั้ง พี่สาวพาไปบำบัดยาเสพติดที่ปอเนาะ 3 ครั้ง ผู้ป่วยกลับมาใช้ยาเสพติดอีกทุกครั้ง แพทย์สั่งทำจิตบำบัด ผู้ป่วยรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง
ประวัติการป่วยทางจิตเวชในครอบครัว	มารดาเป็นโรคซึมเศร้ารักษาโรงพยาบาลกระบี่มา 3 ปี	ปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว
ประวัติการใช้สารเสพติด	ดื่มน้ำกระທ່อมมา 7 ปี เสพยาบ้ามา 3 ปี	ดื่มน้ำกระທ່อม เสพกัญชา เสพยาบ้า ตั้งแต่ปี 2552 ถึงปัจจุบัน
โรคประจำตัว	เป็นโรคจิตเภทมา 6 ปี	เป็นโรคจิตเภทมา 17 ปี
อาการ/อาการแสดง	ก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ไม่นอน หูแว่ว ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ทำร้ายคนข้างบ้านทำลายข้าวของในบ้าน	คลุ้มคลั่ง เอะอะโวยวาย หูแว่วประสาทหลอน ตาขวาง ทำร้ายร่างกายต๋อยพี่ชายและผลักมารดาล้มทำลายข้าวของในบ้าน

จากตารางที่ 2 พบว่ารายที่ 1 มีการวินิจฉัย Schizophrenia recurrent, Amphetamine induced psychotic disorder ในขณะที่รายที่ 2 วินิจฉัย Schizophrenia fourth Episode, Amphetamine induced psychotic disorder, Amphetamine intoxication พบว่าทั้ง 2 รายมีอาการทางจิตที่คล้ายๆกัน มีการทำร้ายบุคคลอื่นและทำลายข้าวของเหมือนกัน รับการรักษาทั้งในโรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และบำบัดยาเสพติดที่ปอเนาะเหมือนกัน

ผู้ป่วยรายที่ 1 ประวัติเป็นโรคจิตเภท 6 ปี ใช้สารเสพติดร่วมด้วย 3-7 ปี ระยะเวลาเป็นโรคน้อยกว่าทำให้มีอาการและอาการแสดงที่ไม่รุนแรงและสามารถรักษาให้อาการสงบได้ในระยะเวลา 3 วัน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ประวัติเป็นโรคจิตเภท 17 ปี ใช้สารเสพติดร่วมด้วยทั้ง 17 ปี ระยะเวลาเป็นโรคนานกว่าทำให้มีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงและเกิดผลข้างเคียงจากการใช้สารเสพติดและยารักษาจิตเวชในระยะเวลาอันยาวนาน ส่งผลให้การดำเนินของโรครุนแรงมากกว่า ทำให้การรักษาให้อาการสงบใช้ระยะเวลา 7 วัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	1.CPK = 257 U/L ผลปกติ 2.Urine Metamphetamines : positive	1.CPK = 483-2,504 U/L สูงมาก 2.Urine Metamphetamines : positive

จากตารางที่ 3 พบว่าทั้ง 2 รายมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล Urine Metamphetamines : positive บ่งชี้ว่ามีการตรวจพบเมทแอมเฟตามีนหรืออนุพันธ์ในปัสสาวะ ซึ่งแสดงว่าบุคคลนั้นอาจมีการเสพหรือได้รับสารดังกล่าวเข้าสู่ร่างกาย ให้การรักษาโดยใช้หลักการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อพฤติกรรมรุนแรงจากใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล CPK ผู้ป่วยรายที่ 1 ผล CPK = 257 U/L ผลปกติ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ผล CPK = 483-2,504 U/L สูงมากมีอาการปวดกล้ามเนื้อไหล่และสะโพก 2 ข้าง ปัสสาวะสีเข้มออกน้อย การวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยรายที่ 2 มีผลข้างเคียงจากการใช้สารเสพติดมานาน ทำให้มีการวินิจฉัยภาวะ Rhabdomyolysis เพิ่มเติม ให้การรักษา ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการติดตามผลเลือด CPK วันละครั้ง หากพบผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อร่วมกับปัสสาวะสีเข้ม ให้สันนิษฐานว่าเป็นภาวะฉุกเฉินและต้องได้รับการประเมินจากแพทย์โดยด่วนเพื่อตรวจระดับค่าเอนไซม์ CPK (Creatine Phosphokinase) ในเลือด การตรวจหาค่า CPK ในเลือดเป็นวิธีการวินิจฉัยที่แม่นยำที่สุดสำหรับภาวะกล้ามเนื้อสลาย โดยหากค่า CPK สูงกว่าเกณฑ์ค่าปกติเกิน 5 เท่า (ปกติเพศชาย : 39 – 308 U/L) จะถือเป็นเกณฑ์วินิจฉัยสำคัญของภาวะ Rhabdomyolysis

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการประเมินสภาพจิต/การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OSA)

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การประเมินสภาพจิต	รู้สึกตัว พูดคนเดียว พูดเร็วเสียงดัง หงุดหงิดง่าย หวาดระแวง มีหูแว่ว จำหน้าบุคคลได้แต่ไม่สามารถบอกวันเวลา สถานที่ได้ มีความรู้รอบตัวควบคุมตัวเองไม่ได้ หลงผิดคิดว่าตัวเองเป็นพระเจ้า กลางคืนไม่นอน หวาดระแวงว่าบิดาจะมาขโมยของในห้องตัวเอง	รู้สึกตัว พูดเร็วน้ำเสียงห้วน พูดซ้ำๆ หงุดหงิดง่าย มีหูแว่ว จำหน้าบุคคลได้ จำเหตุการณ์ปัจจุบันได้ แต่จำอดีตไม่ได้ ไม่สามารถตอบความรู้รอบตัวได้ ควบคุมตัวเองไม่ได้ อารมณ์หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้ายตนเอง กลางคืนไม่นอน
การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OSA)	ประเมิน OSA = 3	ประเมิน OSA = 3

จากตารางที่ 4 พบว่า ทั้ง 2 ราย การประเมินสภาพจิตพบว่ามีอาการหวาดระแวง หลงผิด หูแว่ว นอนไม่หลับ และก้าวร้าวเหมือนกัน จากการศึกษาระบาดวิทยาของกรมสุขภาพจิต พบว่า ผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมีโอกาสที่จะมีภาวะโรคจิตตามมา ประมาณร้อยละ ๗ - ๑๕ ซึ่งลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคจิตเวชจากเมทแอมเฟตามีนมีข้อมูลคล้ายกัน อาการที่

พบบ่อยคือ หวาดระแวง หลงผิด หูแว่ว นอนไม่หลับ และก้าวร้าว อาการมักเกิดเฉียบพลัน คล้ายคลึงกับโรคจิตเภทชนิด หวาดระแวงเป็นอย่างมาก แต่หากได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตอาการมักดีขึ้น ภายในระยะเวลา ๒ สัปดาห์ การประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OSA) = 3 คะแนน อาการและอาการแสดง คือก้าวร้าว หงุดหงิด หูแว่ว ประสาทหลอน ทำร้าย ร่างกายผู้อื่น ทำลายข้าวของในบ้าน การประเมินสภาพจิตคล้ายกัน มีการรับรู้ แต่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ประสาทหลอน หูแว่วว่าจะมีคนมาขโมยของและตำรวจจะมาจับ หลงผิดว่าเป็นคนอื่นที่ดีกว่า อยากให้คนมาทำความเคารพ ซึ่งผู้ที่เข้าบ้านเป็น ระยะเวลาานานเสพปริมาณมาก เสพต่อเนื่อง เมื่อสารผ่านเข้าสมองจะกระตุ้นให้สารสื่อประสาทในสมองคือ โดปามีน หลั่งมาก ผิดปกติ ทำให้เกิดอาการทางจิตชนิดหวาดระแวงมากที่สุด รองลงมาคืออาการประสาทหลอน หลงผิดและหูแว่ว จะก่อ พฤติกรรมรุนแรงได้ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่นและทำลายทรัพย์สิน ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย จำเป็นต้องใช้ข้อมูลทั้งส่วนประวัติและ การตรวจร่างกาย แต่เนื่องจากในผู้ป่วยจิตเวช อาการและอาการแสดงส่วนมากอาจไม่สามารถจับต้องทางกายได้ พยาบาล ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องเรียนรู้การตรวจสภาพจิต ซึ่งเป็นการตรวจร่างกายทางจิตเวชนั่นเอง โดยข้อมูลเหล่านี้ ส่วนมากสามารถได้ ผ่านการสังเกต การฟัง และส่วนหนึ่งได้จากการแปลผลคำตอบจากการถามคำถามที่มีรูปแบบ ซึ่งการตรวจสภาพจิตนี้สามารถ ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้นการสัมภาษณ์ ซึ่งการเข้าใจถึงสภาพจิตใจของบุคคลที่มาขอรับบริการด้านสุขภาพจิต หรือผู้ที่มีปัญหา ด้านสุขภาพจิตนั้น เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและต้องใช้เวลา รวมทั้งต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต แต่ในทาง ปฏิบัติมีข้อจำกัดทั้งในเรื่องเวลาและบุคลากร เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจในดำเนินการด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น จึงต้องใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตเพื่อให้การช่วยเหลือผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามสถานการณ์

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
วินิจฉัยทางการพยาบาล	ระยะแรกเริ่ม (Acute phase) 1. มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและทำลายข้าวของ เนื่องจากความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง 2. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดมีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง ระยะอาการสงบลง (Interim phase) 1. เสี่ยงต่อภาวะถอนพิษสารแอมเฟตามีนในระยะรุนแรงเนื่องจากเสพยาบ้า 2. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวชเนื่องจากได้รับยาจิตเวชที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง 3. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากนอนไม่เป็นเวลาจากการใช้ยาเสพติดและขาดยารักษาโรคจิตเภท	ระยะแรกเริ่ม (Acute phase) 1. มีพฤติกรรมรุนแรงเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น เนื่องจากความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง 2. มีภาวะกล้ามเนื้อสลายตัว (Rhabdomyolysis) จากการใช้ยาเสพติดและยาจิตเวชเป็นระยะเวลานาน 3. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตเวช เนื่องจากได้รับยาชนิดผิดที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง 4. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากได้รับยาจิตเวชหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง ระยะอาการสงบลง (Interim phase) 1. มีความเสี่ยงต่อภาวะถอนพิษสารแอมเฟตามีนในระยะรุนแรง เนื่องจากเสพยาบ้า 2. มีภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาจิตเวชหลายชนิด

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ประเด็น	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
วินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)	ระยะก่อนจำหน่าย (Pre-discharge phase) 1.เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยาและการรับรู้ถึงโทษและพิษภัยของยาเสพติด 2.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	ระยะก่อนจำหน่าย (Pre-discharge phase) 1.มีโอกาสป่วยซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจและการรับรู้ถึงโทษและพิษภัยของยาเสพติด 2.เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา 3.ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากเคยถูกผู้ป่วยทำร้ายและไม่ต้องการรับผู้ป่วยกลับบ้าน

จากตารางที่ 5 พบว่า ทั้ง 2 รายอยู่ในภาวะวิกฤติโรคทางจิตเวช ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ดังนี้

- 1.การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจากการใช้สารเสพติดในระยะวิกฤตแรกเริ่มเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและท้าทายเนื่องจากความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วยและการจัดการทางการแพทย์ การประเมินสถานการณ์อย่างรวดเร็วและแม่นยำเป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร การสื่อสารกับผู้ป่วยอาจเป็นไปได้ยากเนื่องจากภาวะทางจิตและผลจากสารเสพติด ซึ่งส่งผลต่อการให้ข้อมูลและการสร้างความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ ยังมีความท้าทายในการจัดการกับสภาวะทางร่างกายที่อาจเกิดขึ้นจากผลของสารเสพติดและการติดยาของผู้ป่วย การพยาบาลในกรณีเหล่านี้ต้องอาศัยทักษะเฉพาะทางและความรู้ในการประเมินและจัดการกับภาวะวิกฤตทางการแพทย์และพฤติกรรมที่รุนแรง การพยาบาลนอกจากใช้หลักการพยาบาล แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแบบเดียวแล้วต้องใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะ Rhabdomyolysis และภาวะ Acute Dystonia เพิ่มเติมด้วยในผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งเป็นการพยาบาลด้านร่างกายโดยดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาเพื่อรักษาปริมาณปัสสาวะให้ขับออกมากกว่า 200-300 ml/hr เพื่อเป็นการป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลัน และการติดตามค่า CPK และ Electrolytes โดยเฉพาะโพแทสเซียม
- 2.การประสานงานเครือข่ายสหวิชาชีพ (Seamless Care) การส่งต่อข้อมูลมีความยุ่งยากในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับรพ.สต. หรือสถานี่ตำรวจในพื้นที่ เพื่อให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือทีมจัดการรายกรณี (Case Manager) เข้าเยี่ยมบ้านได้อย่างรวดเร็วหลังจำหน่ายภายใน 3-7 วันแรก การมีช่องว่างทางกฎหมายในรายที่จำหน่ายแบบต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษตามพ.ร.บ. สุขภาพจิต และการจัดการเรื่องความปลอดภัยของทีมเยี่ยมบ้านและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นประเด็นที่ซับซ้อนเชิงจริยธรรม
- 3.ทัศนคติและการยอมรับของครอบครัวและชุมชน (Stigma & Burden) ความหวาดกลัวของชุมชน โดยชุมชนมักมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยที่เคยมีประวัติรุนแรงและยาเสพติด ทำให้การหาอาชีพหรือที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมหลังจากจำหน่ายทำได้ยาก และภาระผู้ดูแล (Caregiver Burden) ญาติมักมีความเครียดสูงและหวาดระแวงว่าจะถูกทำร้ายซ้ำ พยาบาลต้องใช้ทักษะการให้คำปรึกษารอบครัวที่มีประสิทธิภาพเพื่อเสริมสร้างทักษะการสังเกต "สัญญาณเตือน" และการจัดการอารมณ์ตนเองในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดรุนแรงจะมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการก่อพฤติกรรมรุนแรงก่อนมาโรงพยาบาล ผลการประเมินระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OSA) เท่ากับ 3 คะแนน จัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ผู้ศึกษาต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลในการให้การดูแลเนื่องจากผู้ป่วยจัดเป็นกลุ่มเปราะบาง ต้องใช้ทักษะ ความชำนาญสูงในการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาลด้วยความละเอียดรอบคอบ มีความพร้อมด้านทีมให้การช่วยเหลือ มีอุปกรณ์ที่เพียงพอ การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและทีมบุคลากรและใช้ทักษะให้การปรึกษาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนแก่ครอบครัวและผู้ดูแลเพื่อให้อยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้

บทวิจารณ์

จากการเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ก่อพฤติกรรมรุนแรงจากการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนจำนวน 2 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้งสองจะมีการวินิจฉัยเดียวกัน แต่ความแตกต่างด้านประวัติส่วนบุคคล ระยะเวลาที่เป็นโรคและระยะเวลาการเสพยาเสพติด การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ส่งผลให้แนวทางการพยาบาลและการรักษาจำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลอย่างชัดเจน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติการเป็นโรคจิตเภทและเสพยาเสพติด 6 ปี บิดาดูแลให้รับประทานยาจิตเวชต่อเนื่อง หลังมีอาการได้รับการส่งตัวมาโรงพยาบาลเร็ว ได้รับการวินิจฉัยและการจัดการที่รวดเร็ว ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับควบคุมได้ในระยะเวลา 2 วัน ขณะที่กรณีที่ 2 มีความซับซ้อนมากกว่า เนื่องจากมีประวัติการเป็นโรคจิตเภทและเสพยาเสพติด 17 ปี ไม่มีคนดูแลให้รับประทานยาจิตเวชต่อเนื่อง ผู้ป่วยกินยาเอง ทำให้ขาดยาจิตเวชและเข้าสู่ระบบการรักษาล่าช้า ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายาร่วมด้วย ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระยะเวลาหลายวันกว่า การใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทำให้สามารถประเมินผู้ป่วยทั้งในด้านกายภาพ จิตใจ สังคมได้อย่างเป็นระบบโดยเน้นการประเมินสภาพจิตและการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงร่วมด้วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหา และการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องเป็นมาตรฐาน ไม่ก่อพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการวางแผนการพยาบาลเฉพาะรายมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่มไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายมีเป้าหมายในระยะแรกเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและลดอาการทางจิต ระยะอาการสงบมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพตามความบกพร่องของตนเอง และระยะก่อนจำหน่ายไม่เกิดอุบัติเหตุจากพฤติกรรมรุนแรงขณะรับไว้รักษา มีความสามารถในการดูแลตนเอง ระยะนี้พยาบาลต้องให้การปรึกษาคบครอง เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกมีภาระลดลง พร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน จากกรณีศึกษาทั้งสอง ยังสะท้อนถึงความสำคัญของการประเมินสัญญาณเตือนอาการจิตเวชกำเริบ (Warning Signs) ที่อาจก่อพฤติกรรมรุนแรงซ้ำหลังผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ได้แก่ นอนไม่หลับ เดินไปเดินมา/กระสับกระส่าย พูดคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียวและหวาดระแวง หากพบอาการเหล่านี้ควรรีบพาไปพบแพทย์ทันที ซึ่งมักเกิดจากการขาดยา ไม่ทานยาต่อเนื่อง หรือใช้สารเสพติด นอกจากนี้ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยังสำคัญในการบ่งชี้ภาวะผิดปกติทางกายาร่วมด้วย เช่น ผลตรวจเลือด CPK ที่สูงขึ้นมักพบภาวะ Rhabdomyolysis จากการเสพยาเสพติดเป็นเวลานาน ซึ่งพบในผู้ป่วยรายที่ 2 การบูรณาการข้อมูลจากอาการแสดงและผลตรวจเหล่านี้ ทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมและรวดเร็ว นอกจากนี้ยังมีการใช้บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาคบครองโดยมุ่งเน้นความเป็นมนุษย์มากกว่าแค่การรักษาโรคทางกาย นำมาประยุกต์ใช้โดยเน้นการดูแลด้วยความรักและความเมตตา ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนต้องอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การวิเคราะห์กรณีศึกษาในครั้งนี้ไม่เพียงเสริมสร้างทักษะด้านการวางแผนการพยาบาลเชิงวิเคราะห์เท่านั้น แต่ยังเปิดโอกาสให้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง นำไปสู่การพัฒนากระบวนการพยาบาลที่ตอบสนองต่อภาวะวิกฤติทางจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ อาการทางจิตทุเลาลง ได้รับการรักษาเพื่อปรับความคิด อารมณ์และพฤติกรรมในการหยุดใช้ยาเสพติด ร่วมกับการให้คำปรึกษาคบครอง การวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมจำหน่ายจากหอผู้ป่วย กลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ ส่วนการวางแผนดูแลต่อเนื่องการดูแลจากครอบครัวเป็นสวนสำคัญ เมื่อผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรมีการประสานงานกับเครือข่ายเพื่อการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้กลับไปสู่ชุมชนได้อย่างปกติสุข

สรุป

ผู้ป่วยจิตเภทที่ก่อพฤติกรรมรุนแรงจากการเสพสารเสพติดแอมเฟตามีน กิจกรรมการพยาบาล มุ่งเน้นไปที่วงจรการเกิดอาการ การจัดการในระยะวิกฤตและแนวทางการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ โดยสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานและอาการนำ มักเป็นเพศชายวัยแรงงานมีประวัติใช้แอมเฟตามีน (ยาบ้า/ยาไอซ์) ต่อเนื่องจนเกิดอาการทางจิต มีอาการหลงผิดว่าถูกปองร้าย (Persecutory delusion) หวาดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย หรือหูแว่วสั่งให้ทำร้ายผู้อื่น/ตัวเอง พฤติกรรมรุนแรง แสดงออกผ่านการด่าทอ ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายร่างกายคนใกล้ชิดด้วยอาวุธ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ (Impulsivity)
2. การวินิจฉัยและปัจจัยกระตุ้น Dual Diagnosis: มักพบเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ร่วมกับภาวะติดสารเสพติด (Substance Use Disorder) ซึ่งสารเสพติดจะเข้าไปกระตุ้นโดปามีนในสมอง ทำให้อาการจิตเภทที่สงบอยู่แล้วกำเริบขึ้นอย่างรุนแรงระดับความรุนแรง มักใช้ แบบประเมิน OAS (Overt Aggression Scale) เพื่อจำแนกความรุนแรง ตั้งแต่ระดับที่พูดตักเตือนได้ ไปจนถึงระดับที่อันตรายและควบคุมไม่ได้จนต้องใช้มาตรการฉุกเฉิน
3. แนวทางการจัดการในระยะวิกฤต (Acute Management) ความปลอดภัยเน้นการจำกัดพฤติกรรม (Restraint) หรือแยกตัวในห้องที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันอันตราย การใช้ยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotics) ชนิดฉีดออกฤทธิ์เร็ว เช่น Haloperidol ร่วมกับยาคลายกังวล เช่น Lorazepam เพื่อระงับอาการกระวนกระวาย การประเมินผลติดตามอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการตัวแข็งเกร็ง และตรวจสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด
4. การบำบัดระยะยาวและการป้องกัน (Long-term Care) การให้ความรู้ (Psycho-education) สอนให้ผู้ป่วยและญาติรู้จัก "สัญญาณเตือน" เช่น เริ่มนอนไม่หลับ พูดคนเดียว หรือแยกตัว เพื่อรีบส่งพบแพทย์ก่อนเกิดอาการรุนแรง การสร้างแรงจูงใจ ใช้เทคนิคบำบัดเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาเสพติดและเน้นความสำคัญของการกินยาต่อเนื่อง การสนับสนุนจากชุมชน การทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัวและชุมชนเพื่อติดตามไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention) พยาบาลจึงต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ยอมรับ อดทน สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ ดูแลอย่างใกล้ชิด มีความไวต่ออาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งการให้การพยาบาลเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลทุกระยะของการบำบัดรักษาควบคู่ไปกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจิตเวช โดยพยาบาลเป็นตัวกลางในการประสานในลักษณะของทีมวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ตลอดจนญาติและตัวผู้ป่วยเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วยบริการและผู้รับบริการ ได้รับการพัฒนาศักยภาพของตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่กลับไปพึ่งพายาเสพติดอีก สามารถดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน และดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: บริษัทดีน่าคู่มือดีพลัส จำกัด; 2560.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. นนทบุรี: ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด; 2561.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทพรอสเพอริสพลัส จำกัด; 2563.
4. กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลกระบี่. สถิติผู้ป่วยโรคจิตเภท ปี 2565-2567. กระบี่: โรงพยาบาลกระบี่; 2567.

5. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ. สัญญาณเตือนและการแจ้งเหตุในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต (สำหรับญาติหรือคนใกล้ชิด). กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2562.
6. ทศนีย์ เชื้อมทอง และคณะ. ผลของการวางแผนก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติผู้ดูแล หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2564.
7. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
8. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. คู่มือแบบประเมินคัดกรองโรคจิตและปัญหาสุขภาพจิต. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์; 2563.
9. ศุภกรใจ เจริญสุข. กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ใน: นวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข, ศุภกรใจ เจริญสุข, บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ฉบับปรับปรุง เล่ม 1. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด; 2556.
10. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2563.
11. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: วิศทอเรียอิมเมจ; 2560.
12. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: ปิยอนด์พับลิชชิง; 2563.
13. Adnanes M, Cresswell-Smith J, Melby L, et al. Discharge planning, self-management, and community support: Strategies to avoid psychiatric rehospitalization from a service user perspective. Patient Educ Couns. 2020;103(5):1033-40.
14. Anekwit N. Relapse rate of schizophrenia and other psychotic disorders in patients at Mahasarakham Hospital. J Dept Med Serv. 2019;43(5):35-9.
15. Department of Mental Health. Psychiatric care manual for serious mental illness with high risk to violence (SMI-V) for institutions/hospitals under the Department of Mental Health. Bangkok: Prosperous Plus; 2018.