

การพยาบาลผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patients with Substance Use, Aggressive Behavior, and High Risk of Violence : Case Study 2 Case

(Received: September 24,2025 ; Revised: September 28,2025 ; Accepted: September 29,2025)

สงกรานต์ ชันเลื่อน¹
Songkran Kunlun¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านฝางเลือกผู้ป่วยที่มีผลตรวจ Methamphetamine ผล Positive และมีประวัติที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน โดยการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน การประเมินอาการ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน (Acute care) พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนร่วมกับกระบวนการพยาบาลนำมาวิเคราะห์กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลวางแผนให้การพยาบาลโดยจัดตาม กระบวนการพยาบาล และ หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspects of Care) เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลได้อย่างครบถ้วนผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินจนอาการสงบ และส่งต่อไปรักษาตามความรุนแรงของผู้ป่วยและติดตามดูแลหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ

ผลการศึกษา ผู้ใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง กรณีศึกษา 2 ราย ที่ได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านฝาง ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 23 มิถุนายน 2568 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2568 กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ 48 ปี ใช้สารเสพติดได้แก่ ยาบ้า จนเกิดอาการ ทางจิต หวาดระแวง มีพฤติกรรมก้าวร้าวอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นและทำลายข้าวของ มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับสูง หลังให้การบำบัดรักษาด้วยยาต้านโรคจิตทั้ง ยาฉีดออกฤทธิ์ระยะสั้น ยาฉีดออกฤทธิ์ระยะยาว ชนิดรับประทาน ยาควบคุมอารมณ์ และจิตสังคมบำบัด จนอาการสงบสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยอายุ 44 ปี ใช้สารเสพติดได้แก่ ยาบ้า มีพฤติกรรมก้าวร้าวและเสี่ยงต่อการก่อ ความรุนแรงระดับสูง จนเกิดอาการ ทางจิต ประสาทหลอน มีภาวะหวาดระแวง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจะทำร้ายผู้อื่น หลังให้การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจิตเวชด้วยยาต้านโรคจิตทั้งชนิดรับประทาน ยาฉีดออกฤทธิ์ระยะยาว ยาควบคุมอารมณ์ และจิตสังคมบำบัด สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมได้เหมาะสมและกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ แต่ยังควบคุมอารมณ์ได้น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีศึกษารายที่ 1 และยังมีความคิดหลงผิดที่ยังหลงเหลืออยู่ ซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณ ระยะเวลาการใช้สารเสพติด และความกดดันจากการถูกครอบครัวปฏิเสธ การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายจึงมีความจำเป็นต้องส่งต่อภาคีเครือข่ายร่วมดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด เนื่องจากเป็นผู้ป่วยใช้ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ ความรุนแรง

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด , การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว, ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง,ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดที่มีอาการทางจิต

Abstract

This study was comparative case analysis of two patients, aimed at exploring nursing care for substance users exhibiting aggressive behaviors with a high risk of violence, treated at the Emergency Department of Ban Fang Hospital. Patients were selected based on positive methamphetamine screening results and a history of aggressive behaviors posing potential harm to family and community. Data were collected from patients, relatives, and medical records, including symptom assessment, history-taking, and physical examination from the acute care phase. Health status was assessed using Gordon's Functional Health Patterns combined with the nursing

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

process to identify nursing diagnoses and plan care according to the nursing process and the seven aspects of professional nursing clinical care, ensuring comprehensive care planning.

Both patients received emergency nursing care until stabilization, followed by referral according to severity and post-discharge follow-up to prevent relapse. Case 1 involved a 48-year-old Thai male methamphetamine user with psychotic symptoms, paranoia, and severe aggressive behavior. After treatment with short-acting and long-acting injectable antipsychotics, oral antipsychotics, mood stabilizers, and psychosocial therapy, his symptoms stabilized, allowing safe return to his family. Case 2 involved a 44-year-old Thai male methamphetamine user with severe aggression, psychosis, hallucinations, and paranoia, resulting in harmful behavior towards others. He received inpatient treatment at a psychiatric hospital, including oral and long-acting injectable antipsychotics, mood stabilizers, and psychosocial therapy, which improved his emotional and behavioral control, though residual delusional thoughts remained. Compared to Case 1, his emotional control was less stable, likely due to prolonged and high-volume substance use and stress from family rejection. Discharge planning for both cases required referral to community network partners to ensure maximum safety, as both patients had psychiatric symptoms and high risk of violence.

Keywords: Nursing care for substance users, Aggressive behavior management, High-risk violent behavior, Psychotic symptoms in substance users

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดยังคงเป็นประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้ ยาบ้า (Methamphetamine) ที่พบว่าอาจก่อให้เกิด ความผิดปกติทางจิตเวช เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน และพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการก่อความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน¹ รายงานจาก กรมสุขภาพจิต² ระบุว่า ผู้ใช้สารเสพติดที่มีปัญหาทางจิตเวช มีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 โดยเฉพาะในช่วงภาวะฉุกเฉินที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ซึ่งเป็นภาวะที่ทำนายสำหรับการดูแลในห้องฉุกเฉิน เนื่องจากต้องอาศัยการวิเคราะห์สภาพปัญหาอย่างรวดเร็ว การควบคุมพฤติกรรม และการจัดการความเสี่ยงที่มีต่อทั้งบุคลากรและผู้อื่น แม้จะมีแนวทางในการบำบัดรักษาทางการแพทย์ แต่การพยาบาลผู้ติดสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวยังคงพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในบริบทฉุกเฉิน การสร้างความสัมพันธ์แบบรักษา (Therapeutic Relationship) ภายใต้อาการวิกฤต รวมถึงความต่อเนื่องในการติดตามดูแลหลังจำหน่าย ดังนั้น การศึกษากรณีการพยาบาลผู้ใช้สารเสพติดที่มี

พฤติกรรมก้าวร้าวและเสี่ยงต่อความรุนแรง จึงมีความจำเป็นเพื่อให้เห็นภาพเชิงลึกของปัญหาและแนวทางการจัดการทางการพยาบาลที่เหมาะสมในบริบทของโรงพยาบาลระดับอำเภอ

โรงพยาบาลบ้านฝาง ให้การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด จากสถิติผู้ป่วยสารเสพติดเข้ารับการรักษาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 70 คิดเป็นร้อยละ 29.45, ปีพ.ศ. 2566 จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 48.19, และปี พ.ศ. 2567 จำนวน 191 คนคิดเป็นร้อยละ 68.26 พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารเสพติดนำไปสู่ความรุนแรงส่งผลกระทบต่อตัวเอง

ครอบครัว ชุมชน การแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและนอนโรงพยาบาลหรือส่งต่อได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของหรือพฤติกรรมก้าวร้าวที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยใช้สารเสพติดไม่คงที่ ไม่แน่นอน แม้บางครั้งผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาอาการสงบเตรียมกลับบ้านยังสามารถเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำได้³ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อ

กลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนแล้วมักจะมีปัญหาขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และยังคงกลับไปใช้สารเสพติดทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ พฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อเกิดขึ้นแล้วมักจะเกินขีดความสามารถของญาติ ครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยกลุ่มนี้นับเป็นผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence) ส่งผลให้เกิดความหวาดกลัวผู้ป่วยมักถูกปฏิเสธ และไม่สามารถกลับสู่ครอบครัวและชุมชนได้ ปัญหาการใช้สารเสพติดมีความยุ่งยาก ซับซ้อน และรุนแรงมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจากสารเสพติดจึงต้องดูแลอย่างครอบคลุมตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน (Acute care) ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟูและเตรียมจำหน่าย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ลดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้รับความปลอดภัย สามารถปรับตัวกลับไปอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างปกติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าว และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยเปรียบเทียบ กรณีศึกษา 2 ราย

2. เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence : SMI-V)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2. เลือกผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจำนวน 2 ราย

3. ขออนุมัติหัวหน้าพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

4. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

5. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลร่วมกับหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care)

6. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย สรุปผลการศึกษาและปัญหาอุปสรรค ประเด็นการนำไปใช้ประโยชน์

7. สรุปผลการนำไปใช้ประโยชน์ต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและทีมการพยาบาล

8. จัดทำผลงานวิชาการและเผยแพร่ผลงานนำไปใช้ประโยชน์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม และให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้กระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) ผลการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายเป็นดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

ผลการประเมินภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 48 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรสจบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีพี่น้อง 3 คน ผู้ป่วยเป็นคนเล็ก แต่แยกครอบครัวออกไป สมาชิกในครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วย ภรรยาและลูก 2 คน รวม 5 คน เริ่มใช้ยาบ้าตอนอายุ 25 เริ่มใช้เพราะช่วยในงานอาชีพผู้ป่วยมีอาชีพทำงานก่อสร้าง ต่อมาเริ่มรับเหมาต่อเติมบ้านงานเร่งมีรายได้พอเลี้ยงดูครอบครัว ภรรยาทำงานโรงงานใกล้บ้าน หลังๆเสพมากขึ้นเพราะเชื่อว่าช่วยในการทำงานหนักเข้าพฤติกรรมเปลี่ยนไป เริ่มไม่นอน พุดคนเดียว งานและเงินเริ่มลดลงมีอาการหวาดระแวง คิดว่าภรรยามีคนอื่น จึงมีอาการหึงหวงภรรยา	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 44 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพ หย่าร้าง จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีพี่น้อง 4 คนเดิมเป็นหัวหน้างานที่ กทม. ปัจจุบันมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คนประกอบด้วยตัวผู้ป่วยและบุตรชายอายุ 16 ปี ทั้ง 2 คนมีพฤติกรรมเสพยาบ้า ดื่มสุราทำงานรับจ้างทั่วไป ได้เงินมาซื้อยาบ้าเสพไม่ได้ช่วยเหลือครอบครัว อาศัยอาหารการกินกับครอบครัวที่สาวและบิดามารดา
อาการสำคัญ ที่มาโรงพยาบาล	พุดคนเดียว ไม่นอน ะอะโวยวาย อาละวาด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ใช้มีดจี้ภรรยาและซังในห้องน้ำ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง	ประสาทหลอน พุดคนเดียว ะอะโวยวาย อาละวาด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ จะใช้มีดทำร้ายมารดาและพี่สาว ชูขอเงินเพื่อจะนำไปเสพยาเป็นมา 1 วัน
อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	1 วันก่อนมามีอาการ หงุดหงิด หวาดระแวงพุดคนเดียว ไม่นอน ะอะโวยวาย ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทะเลาะกับภรรยา ชูภรรยาใช้มีดจี้ไปซังในห้องน้ำผู้นำ โทเรจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อให้ความช่วยเหลือและนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลบ้านฝาง	1 วันก่อนมาใช้ยาบ้า (แอมเฟตามีน) หงุดหงิด โวยวาย มีหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นคนรวยมีเงินเป็นจำนวนมาก อาละวาด จะใช้มีดทำร้ายมารดาและพี่สาว ชูขอเงินเพื่อจะนำไปซื้อยาบ้ามาเสพญาติจึงแจ้งฝ่ายปกครองและนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธโรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัวเรื้อรัง 10 ปีก่อนเคยมีอาการหงุดหงิดอาละวาดเมื่อมีการเสพยาหนัก แต่เคยเข้ารับการรักษาที่ กทม.แต่รักษาไม่ต่อเนื่องยังคงเสพยาบ้า 1 เดือนก่อนมาหงุดหงิดอาละวาด จะทำร้ายภรรยาเพราะคิดว่าภรรยามีผู้ภรรยาจึงขอเลิกเพราะทนพฤติกรรมไม่ไหว
ประวัติการใช้สารเสพติด	ผู้ป่วยดื่มสุราและใช้ยาบ้ามา 20 กว่าปีตั้งแต่อายุ 30 ต้นๆ แต่ไม่หนักใช้เพราะช่วยในงานอาชีพแรกๆใช้ห่างๆ ต่อมาใช้บ่อยขึ้นและเพิ่มปริมาณ ส่วนสุราดื่มแก้เมื่อยหลังเลิกงานและซื้อให้ลูกน้องดื่ม ดื่มหนักช่วงวันหยุดและเทศกาลต่างๆ	เริ่มลองเสพยาบ้า ตอนอายุ 22 ปีเพราะเพื่อนชวนให้ลอง ตอนทำงานก่อสร้างที่บ้าน หยุดเสพช่วงแต่งงานมีภรรยา ตอนอายุ 27 ปีและกลับมาเสพอีกเมื่อทะเลาะกับภรรยาจนได้ย่ำร้างกัน ปัจจุบันเสพยาบ้า สูบบุหรี่ยี่ 5 - 6 มวน / วัน ดื่มสุรา 2-3 วันครั้ง ดื่มหนักช่วงเทศกาล
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสันทนต์ ตำรวจนำส่ง เวลา 09.52 น. ใส่กุญแจมือมาทั้ง 2 ข้างเดินมาพร้อมตำรวจ 3 นาย ไม่มีญาตินำส่ง แกร็บผู้ป่วย รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ถามชื่อ สกุลไม่ตอบ ทำทางระมัดระวังตัว บอกกรอภรรยามาก่อน ตาขวาง สีหน้าท่าทางไม่ไว้วางใจ (แบบประเมิน OAS = 2คะแนน) มีประวัติก่อความรุนแรงระดับปานกลาง หงุดหงิด ไม่อยากรักษา ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย อายากลับบ้าน บอกว่าตัวเองไม่ได้เป็นอะไร ควบคุมอารมณ์ได้น้อย ปฏิเสธหูแว่ว ภาพหลอน V/S BT = 36.8 C , PR = 166 /min , RR = 22/min , BP = 128/73 mmHg	ผู้ป่วยชายไทย วัยกลางคน รูปร่างสันทนต์ แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบไม่รู้เรื่อง พุดจาเรื่อยเปื่อย ถามตอบไม่ตรงคำถาม บอกชื่อ สกุลตัวเองไม่ได้ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าวเสียงดัง มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง (แบบประเมิน OAS = 2) ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย บอกว่าตัวเองไม่ได้เป็นอะไร ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ Poor insight บอกว่าตัวเองเป็นเศรษฐีหุ้มหินในตลาดหลักทรัพย์เป็นล้าน V/S BT= 36.0 C , PR = 102 /min , RR = 18/min , BP = 138/86 mmHg
การวินิจฉัยโรค	Amphetamine dependence with Methamphetamine induce Psychosis	Amphetamine dependence with Methamphetamine induce Psychosis

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ผลการตรวจทาง	CBC HCT 46.2% Platelet Count 174,000 UL Prothrombin time (PT) 13.20 Sec WBC 8200 UL BUN 22.5 mg/d/	CBC HCT 46.2% Platelet Count 182,000 UL Prothrombin time (PT) 14.30 Sec WBC 8000 UL BUN 19.6 mg/d/
ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	Creatinine 0.90 mg/dl Sodium 138.3 mmol/L Potassium 3.25 mmol/L T Co2 31.9 mmol/L การ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) Sinus tachycardia Rate 166 /min	Creatinine 0.70 mg/dl Sodium 136.3 mmol/L Potassium 3.74 mmol/L T Co2 32.4 mmol/L
การรักษา 23/07/68	แผนการรักษา ระยะ Acute care 23/07/68 CBC, Bun, Cr Electrolyte, Urine Amphetamine EKG.12 Lead,CXR.Mornitor EKG. Med : - Haldol 5 mg IM pm for agitation - Valium 10 g IV pm for agitation - 10% Elixir potassium chloride oral ทุก 3 hrs x 3 dose -Repeat Electrolyte หลังแก้ K ครบ Refer รพ.จิตเวชขอนแก่น ระยะดูแลต่อเนื่อง รพ.จิตเวชขอนแก่น - Risperidone (2) 1x 1 pc ซ, 2 x hs - Sodium Valproate (200 mg) 1 x 2 pc ซ, hs - จิตบำบัด ระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง - รวมระยะเวลาการรักษาตัว 14 วัน D/C กลับบ้าน 6/7/68 - เตรียมพร้อมครอบครัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย - ประสานทีมพื้นที่ในการดูแลต่อเนื่อง - Trihexyphenidyl (2) 1 x 1 hs - Risperidone (2) 1 x 2 pc ซ, hs - Sodium Valproate (200 mg) 1 x 2 pc ซ, hs	แผนการรักษา ระยะ Acute care 24/07/68 CBC, Bun, Cr Electrolyte, Urine Amphetamine Med : - Haldol 5 mg IM pm for agitation - Valium 10 g IV pm for agitation Refer รพ.จิตเวชขอนแก่น ระยะดูแลต่อเนื่อง รพ.จิตเวชขอนแก่น - Risperidone (2) 1x 1 hs - Sodium Valproate (200 mg) 1 x 1 hs - Trihexyphenidyl (2) 1 x 1 hs - จิตบำบัด ระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง - เตรียมพร้อมครอบครัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย - รวมระยะเวลาการรักษาตัว 14 วัน D/C กลับบ้าน 7/7/68 - ประสานทีมพื้นที่ในการดูแลต่อเนื่อง - Trihexyphenidyl (2) 1 x 1 hs - Risperidone (2) 1 x 1 hs - Sodium Valproate (200 mg) 1 x 1 hs

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1
ระยะ Acute care 1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นซ้ำเนื่องจากมี พฤติกรรมก้าวร้าวจากการจัดการความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสม ขณะการดูแลในห้องฉุกเฉินและขณะส่งต่อไปรับการรักษา	ระยะ Acute care 1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นซ้ำเนื่องจากมี พฤติกรรมก้าวร้าวจากการจัดการความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสมขณะ การดูแลในห้องฉุกเฉินและขณะส่งต่อไปรับการรักษา

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1
<p>2.เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง</p> <p>3.เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการผูกยึดเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว</p> <p>4. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากมีหัวใจเต้นเร็ว(Tachycardia)จากการใช้ยาบ้า (Methamphetamine)</p> <p>5.เสี่ยงต่อภาวะ Electrolyte Imbalance ที่เนื่องจากผลข้างเคียงของยาบ้า</p> <p>ระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย/หลังจำหน่าย</p> <p>6.เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา</p> <p>7. ผู้ดูแลเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยมี พฤติกรรมก้าวร้าว และทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น</p>	<p>2.เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง</p> <p>3.เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการผูกยึดเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว</p> <p>4.เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ/ขาดสารอาหาร เนื่องจากการเสพยาเสพติด มีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่หลับไม่นอนหรือนอนไม่เป็นเวลาและไม่ได้รับประทานอาหารตรงตามเวลา</p> <p>ระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย/หลังจำหน่าย</p> <p>5.เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา</p> <p>6. ผู้ดูแลเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยมี พฤติกรรมก้าวร้าว และทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น</p>

3. การวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

ตารางที่ 3 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
<p>1.Assessment & Monitoring (การประเมินและการเฝ้าระวัง) - ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผลการประเมินดังตารางที่ 1</p> <p>ผลลัพธ์ วินิจฉัยการพยาบาล (ตารางที่2) วางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลและปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม</p>	<p>1.Assessment & Monitoring (การประเมินและการเฝ้าระวัง) - ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผลการประเมินดัง ตารางที่ 1</p> <p>ผลลัพธ์ วินิจฉัยการพยาบาล (ตารางที่2) วางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลและปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม</p>
<p>2. Medication & Treatment (การดูแลการใช้ยาและการรักษา) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>2.1 เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เช่น sedation, hypotension เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.สังเกตอาการหลังได้รับยาฉีด และติดตามสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที โดยเฉพาะ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และระดับความรู้สึกตัว สังเกตภาวะ sedation, cyanosis, snoring หรืออัตราหายใจต่ำผิดปกติ</p> <p>2.เตรียมอุปกรณ์ช่วยช่วยชีวิตให้พร้อมใช้โดยเฉพาะอุปกรณ์ช่วยหายใจเช่น ออกซิเจน Ambu Bag</p> <p>3.พิจารณารายงานแพทย์ ทราบเพื่อให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมี อาการข้างเคียงจากการได้รับยามากขึ้น เช่น ง่วงมาก หายใจช้าลง ซึมลง หรือสับสนมากขึ้น</p> <p>ผลลัพธ์ ผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาฉีด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>BT= 36.6 องศาเซลเซียส , PR = 104 /min , RR = 20/min , BP = 109/80 mmHg</p>	<p>2. Medication & Treatment (การดูแลการใช้ยาและการรักษา) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>2.1 เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เช่น sedation, hypotension เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.สังเกตอาการหลังได้รับยาฉีด และติดตามสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที โดยเฉพาะ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และระดับความรู้สึกตัว สังเกตภาวะ sedation, cyanosis, snoring หรืออัตราหายใจต่ำผิดปกติ</p> <p>2.เตรียมอุปกรณ์ช่วยช่วยชีวิตให้พร้อมใช้โดยเฉพาะอุปกรณ์ช่วยหายใจเช่น ออกซิเจน Ambu Bag</p> <p>3.พิจารณารายงานแพทย์ ทราบเพื่อให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมี อาการข้างเคียงจากการได้รับยามากขึ้น เช่น ง่วงมาก หายใจช้าลง ซึมลง หรือสับสนมากขึ้น</p> <p>ผลลัพธ์ ผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาฉีด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>BT= 36.0 องศาเซลเซียส , PR = 92 /min , RR = 18/min , BP = 138/86 mmHg</p>

ตารางที่ 3 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
<p>3. Basic Needs (การดูแลความต้องการพื้นฐาน) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>3.1 เสี่ยงต่อภาวะ Electrolyte Imbalance ที่เนื่องจากผลข้างเคียงของยาบ้า</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินสัญญาณชีพ (ชีพจร, ความดัน, อุณหภูมิ, การหายใจ) อย่างสม่ำเสมอ ติดตามผลเลือด: ตรวจระดับ Electrolyte เช่น Sodium, Potassium, Co2 ประเมินอาการที่บ่งชี้ภาวะเกลือแร่ต่ำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง มือเท้าชา ชัก หัวใจเต้นผิดปกติ ให้ยาตามแผนการรักษา เช่น 10% Elixir potassium chloride 3 Dose ทุก 2 ชม. บันทึกปริมาณน้ำเข้าออก (I&O) อย่างละเอียด ให้ข้อมูลเรื่องผลกระทบของยาบ้าต่อร่างกาย เช่น ขับเหงื่อมากเกินไป อธิบายสัญญาณเตือนของภาวะขาดเกลือแร่ เช่น ปวดกล้ามเนื้อ หัวใจเต้นผิดปกติ แนะนำการเลิกยาเสพติด และส่งต่อเข้ารับการรักษาบำบัดหรือฟื้นฟู <p>ผลลัพธ์</p> <p>ไม่พบ อาการผิดปกติ Electrolyte Imbalance เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชัก หรือหัวใจเต้นผิดปกติ ผลตรวจ Electrolyte $Na^+ = 138$ mEq/L, $K^+ = 3.56$ mEq/L, $Cl^- = 102$ mEq/L อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>	<p>3. Basic Needs (การดูแลความต้องการพื้นฐาน) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>3.1 เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ/ขาดสารอาหาร เนื่องจากการเสพยาเสพติด มีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่หลับไม่นอนหรือนอนไม่เป็นเวลาและไม่ได้รับประทานอาหารตรงตามเวลา</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมิน BMI โดยให้ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว/ผู้ดูแลเกี่ยวกับความสำคัญของการดื่มน้ำและรับประทานอาหารครบถ้วน ให้กำลังใจผู้ป่วยทุกครั้งที่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำที่ดีขึ้น จัดให้มีกิจกรรมกลุ่มบำบัดหรือกลุ่มสุขภาพจิตที่ช่วยส่งเสริมแรงจูงใจในการดูแลตนเองโดยประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักโภชนาการ นักจิตวิทยา เพื่อร่วมดูแล <p>ผลลัพธ์</p> <p>- ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบทุกมื้อระหว่างรับไว้รักษาและหลังจำหน่าย น้ำหนัก 58 ส่วนสูง 170 BMI = 20.07 อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>
<p>4. Emotional & Psychosocial Care (การดูแลทางอารมณ์และจิตใจ) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>4.1 มีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น หงุดหงิด วิตกกังวล หวาดระแวง เนื่องจากการใช้สารเสพติด</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้แบบประเมิน OAS แบบประเมิน V2 แบบประเมิน 2Q,9Q;8Q สร้างสัมพันธภาพแบบไม่ตัดสิน (non-judgmental approach) ใช้การพูดปลอบโยนด้วยน้ำเสียง ชัดเจน เพื่อลดความตึงเครียด ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจหรือการลดพฤติกรรมรุนแรงแบบไม่เผชิญหน้า ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ <p>ผลลัพธ์</p> <p>ผู้ป่วยอาการสงบลง รับประทานยาตามแผนการรักษา แรกรับประเมิน OAS = 2 คะแนนหลังการบำบัด OAS = 0 คะแนน แบบประเมิน V2 = 0 คะแนน แบบประเมิน 2Q,9Q; 8Q ผลปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</p>	<p>4. Emotional & Psychosocial Care (การดูแลทางอารมณ์และจิตใจ) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>4.1 มีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น หงุดหงิด วิตกกังวล หวาดระแวง เนื่องจากการใช้สารเสพติด</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้แบบประเมิน OAS แบบประเมิน V2 แบบประเมิน 2Q,9Q;8Q สร้างสัมพันธภาพแบบไม่ตัดสิน (non-judgmental approach) ใช้การพูดปลอบโยนด้วยน้ำเสียง ชัดเจน เพื่อลดความตึงเครียด ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจหรือการลดพฤติกรรมรุนแรงแบบไม่เผชิญหน้า ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ <p>ผลลัพธ์</p> <p>ผู้ป่วยอาการสงบลง รับประทานยาตามแผนการรักษา แรกรับประเมิน OAS = 2 คะแนนหลังการบำบัด OAS = 0 คะแนน แบบประเมิน V2 = 0 คะแนน แบบประเมิน 2Q,9Q; 8Q ผลปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</p>
<p>5. Safety Management (การจัดการความปลอดภัย) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>5.1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นซ้ำเนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าวขณะการดูแลในห้องฉุกเฉินและขณะส่งต่อไปรับการรักษาที่ รพ.จิตเวช</p>	<p>5. Safety Management (การจัดการความปลอดภัย) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>5.1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นซ้ำเนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าวขณะการดูแลในห้องฉุกเฉินและขณะส่งต่อไปรับการรักษาที่ รพ.จิตเวช</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p>

ตารางที่ 3 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล หงุดหงิด คับข้องใจ ด้วยท่าทีที่แสดงความเข้าใจ ฟังอย่างตั้งใจ มีท่าที่เป็นมิตร สงบและมีความรู้สึกปลอดภัย (Safe feeling) 2.พยาบาลยืนห่างจาก ผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต และไม่ถูกต้องตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง เพราะคิดว่าพยาบาลจะจู่โจม 3.เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องและกล่าวทุกครั้งก่อนให้การ พยาบาล ใช้ น้ำเสียงที่นุ่มนวลมั่นคงและชัดเจน 4.ในขณะที่สนทนากับผู้ ป่วยหลีกเลี่ยงการจ้องมอง ระมัดระวัง การกระซิบต่อหน้าผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยหวาดระแวงได้ 5.ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้าย ตนเอง บุคคลอื่นทำลายข้าวของ และอาคารสถานที่ เพื่อทราบ ความรุนแรง และเตรียมการป้องกันได้ทันทั่วทั้งที่ 6.จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดให้อากาศถ่ายเทสะดวกลดสิ่งกระตุ้นดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยไม่มีสิ่งก่อก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น เช่น อาวุธ ของแหลมของมีคม น้ำยาเคมี ยา เป็นต้น 7.เฝ้าระวังความเสี่ยงจากการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่นและทรัพย์สิน 8.ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggression Scale : OAS)และให้การรักษาตามแนวทาง <p>ผลลัพธ์</p> <p>แรกรับมีอาการหงุดหงิดก้าวร้าวระดับสูง ทางกรกระทำ คำพูด (แบบประเมิน OAS = 2 คะแนน) หงุดหงิด อยากกลับบ้าน หลังให้การ พยาบาล และได้รับการรักษา สามารถควบคุม อารมณ์ได้ดี ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ และมีวิธีจัดการกับอารมณ์ตนเองได้มากขึ้น</p> <p>5.2 เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากมีหัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) จากการใช้ยาบ้า (Methamphetamine)</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และจังหวะการเต้นของหัวใจอย่างต่อเนื่อง 2.ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาทีในช่วงวิกฤต 	<ol style="list-style-type: none"> 1.สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล หงุดหงิด คับข้องใจด้วยท่าทีที่แสดงความเข้าใจ ฟังอย่างตั้งใจ มีท่าที่เป็นมิตร สงบและมีความรู้สึกปลอดภัย (Safe feeling) 2.พยาบาลยืนห่างจาก ผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต และไม่ถูกต้องตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง เพราะคิดว่าพยาบาลจะจู่โจม 3.เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องและกล่าวทุกครั้งก่อนให้การ พยาบาล ใช้ น้ำเสียงที่นุ่มนวลมั่นคงและชัดเจน 4.ในขณะที่สนทนากับผู้ ป่วยหลีกเลี่ยงการจ้องมอง ระมัดระวัง การกระซิบต่อหน้าผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยหวาดระแวงได้ 5.ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้าย ตนเอง บุคคลอื่นทำลายข้าวของ และอาคารสถานที่ เพื่อทราบ ความรุนแรง และเตรียมการป้องกันได้ทันทั่วทั้งที่ 6.จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดให้อากาศถ่ายเทสะดวกลดสิ่งกระตุ้นดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยไม่มีสิ่งก่อก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น เช่น อาวุธ ของแหลมของมีคม น้ำยาเคมี ยา เป็นต้น 7.เฝ้าระวังความเสี่ยงจากการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่นและทรัพย์สิน 8.ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggression Scale : OAS) และให้การรักษาตามแนวทาง <p>ผลลัพธ์</p> <p>มีอารมณ์หงุดหงิดก้าวร้าวระดับสูง ทางกรกระทำ คำพูด (แบบประเมิน OAS = 2 คะแนน) หงุดหงิด อยากกลับบ้าน หลังให้การ พยาบาล และได้รับการรักษา สามารถควบคุม อารมณ์ได้ดี ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ และมีวิธีจัดการกับอารมณ์ตนเองได้มากขึ้น</p> <p>5.2 เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากมีหัวใจเต้นเร็ว(Tachycardia) จากการใช้ยาบ้า (Methamphetamine)</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และจังหวะการเต้นของหัวใจอย่างต่อเนื่อง 2.ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาทีในช่วงวิกฤต
<ol style="list-style-type: none"> 3.สังเกตอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว เช่น เหนื่อยง่าย หอบ บวม 4.ให้นอนพักในท่ากึ่งนั่งเพื่อลดภาระการทำงานของหัวใจ 5.ลดสิ่งกระตุ้นที่อาจเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เช่น เสียงดัง แสงจ้า ความเครียด 6.ให้สารน้ำตามแผนการรักษาอย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันภาวะ overload และเตรียมความพร้อมในการให้ยา ตามแผนการรักษาแพทย์ 7.เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ (defibrillator) 	<ol style="list-style-type: none"> 3.สังเกตอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว เช่น เหนื่อยง่าย หอบ บวม 4.ให้นอนพักในท่ากึ่งนั่งเพื่อลดภาระการทำงานของหัวใจ 5.ลดสิ่งกระตุ้นที่อาจเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เช่น เสียงดัง แสงจ้า ความเครียด 6.ให้สารน้ำตามแผนการรักษาอย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันภาวะ overload และเตรียมความพร้อมในการให้ยาตามแผนการรักษาแพทย์ 7.เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ (defibrillator) 8.รายงานแพทย์ทันทีหากมีอาการรุนแรง เช่น เจ็บหน้าอก เหงื่อออกมาก ใจสั่นรุนแรง

ตารางที่ 3 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
<p>8.รายงานแพทย์ทันทีหากมีอาการรุนแรง เช่น เจ็บหน้าอก เหงื่อออกมาก ใจสั่นรุนแรง</p> <p>5.3 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการผูกยึด เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรม ตะโกน ขว้างปา ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ประเมินปัจจัยกระตุ้น เช่น ความกลัว ความหวาดระแวง การใช้สารเสพติด หากจำเป็นให้ดำเนินการผูกยึดอย่างปลอดภัยแจ้งผู้ป่วย (หากสื่อสารได้) หรือญาติ ถึงเหตุผลในการผูกยึดอย่างสงบ ใช้ผ้ารัดข้อมือและข้อเท้าแบบนุ่ม หลีกเลี่ยงการรัดแน่นเกินไปหรืออาจใช้ วิธี least restrictive method เช่น ผูกแค่ 2 จุดก่อน ถ้าเพียงพอ เฝ้าระวังและดูแลระหว่างผูกยึด เช่นระดับความรู้สึกตัวประเมินการไหลเวียนโลหิตบริเวณที่ผูก สนิม การเคลื่อนไหว ความรู้สึกวิงเวียนส่วนปลาย จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม ลดการบาดเจ็บ เช่น ทำนอนหงายหรือเอนศีรษะ <p>ผลลัพธ์</p> <p>- หลังพูดคุยผู้ป่วยอาการสงบลงบ้างและยินยอมให้ฉีดยาตามแผนการรักษา และเปลี่ยนจากการใส่กุญแจมือเป็นผ้าผูกยึดที่นุ่มและผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากการผูกยึด</p>	<p>5.3 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการผูกยึด เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรม ตะโกน ขว้างปา ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ประเมินปัจจัยกระตุ้น เช่น ความกลัว ความหวาดระแวง การใช้สารเสพติด หากจำเป็นให้ดำเนินการผูกยึดอย่างปลอดภัยแจ้งผู้ป่วย (หากสื่อสารได้) หรือญาติ ถึงเหตุผลในการผูกยึดอย่างสงบ ใช้ผ้ารัดข้อมือและข้อเท้าแบบนุ่ม หลีกเลี่ยงการรัดแน่นเกินไปหรืออาจใช้ วิธี least restrictive method เช่น ผูกแค่ 2 จุดก่อน ถ้าเพียงพอ เฝ้าระวังและดูแลระหว่างผูกยึด เช่นระดับความรู้สึกตัวประเมินการไหลเวียนโลหิตบริเวณที่ผูก สนิม การเคลื่อนไหว ความรู้สึกวิงเวียนส่วนปลาย จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม ลดการบาดเจ็บ เช่น ทำนอนหงายหรือเอนศีรษะ <p>ผลลัพธ์</p> <p>- หลังพูดคุยผู้ป่วยอาการสงบลงบ้างและยินยอมให้ฉีดยาตามแผนการรักษา และเปลี่ยนจากการใส่กุญแจมือเป็นผ้าผูกยึดที่นุ่มและผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากการผูกยึด</p>
<p>6. Health Education (การให้ความรู้และเสริมพลัง)</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล:</p> <p>6.1 ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของสารเสพติดและการควบคุมอารมณ์</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ให้คำแนะนำอย่างง่ายเรื่องผลของสารเสพติดให้ควรรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองตื้อยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้น และทักษะการปฏิเสธ อธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการรักษา ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์/ทักษะผ่อนคลาย <p>ผลลัพธ์</p> <p>ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตกับครอบครัวได้ตามปกติหลังการบำบัด</p>	<p>6. Health Education (การให้ความรู้และเสริมพลัง)</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล:</p> <p>6.1 ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของสารเสพติดและการควบคุมอารมณ์</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ให้คำแนะนำอย่างง่ายเรื่องผลของสารเสพติดให้ควรรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองตื้อยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้น และทักษะการปฏิเสธ อธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการรักษา ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์/ทักษะผ่อนคลาย <p>ผลลัพธ์</p> <p>ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตกับครอบครัวได้ตามปกติหลังการบำบัด</p>
<p>7. Coordination & Continuity of Care (การประสานและดูแลต่อเนื่อง)</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>7.1 มีความเสี่ยงต่อการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของสารเสพติดและระบบสนับสนุนทางครอบครัวและชุมชน</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ 	<p>7. Coordination & Continuity of Care (การประสานและดูแลต่อเนื่อง)</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล</p> <p>7.1 มีความเสี่ยงต่อการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของสารเสพติดและระบบสนับสนุนทางครอบครัวและชุมชน</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ

ตารางที่ 3 การปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
<p>2.เตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโดยให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองตื้อยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้น</p> <p>3.ประเมิน stage of change ผู้ป่วยอยู่ในระยะลังเล เสริม แรงจูงใจให้เห็นผลดี ผลเสีย สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถเลิกได้ และชมเชยสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี</p> <p>ผลลัพธ์ ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม แบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพยา มีความรู้ และสามารถบอกผลกระทบ โทษและพิษ ภัยของสารเสพติดได้</p>	<p>2.เตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโดยให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองตื้อยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้น ที่เป็นรูปธรรม</p> <p>3.ประเมิน stage of change ผู้ป่วยอยู่ในระยะลังเล เสริม แรงจูงใจให้เห็นผลดี ผลเสีย สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถเลิกได้ และชมเชยสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี</p> <p>ผลลัพธ์ ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม แบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพยา มีความรู้ และสามารถบอกผลกระทบ โทษและพิษ ภัยของสารเสพติดได้</p>
<p>มีทักษะการปฏิเสธและ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง</p> <p>7.2 ผู้ดูแลเครียดกังวลในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยหลังการบำบัดเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงและทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ให้ความรู้กับผู้ดูแลในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 2.แนะนำการประเมินสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรง 3.เมื่อพบว่ามีสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพียง 1 ครั้ง ขอให้แจ้งฝ่ายปกครอง หรือบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อการดูแลช่วยเหลือทันที 4.ประสาน อสม. และ รพ.สต.ในพื้นที่เพื่อดูแลการกินยาและมารับการรักษาต่อเนื่อง 5.เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ความเครียด ความวิตกกังวลและให้กำลังใจ 6.แนะนำวิธีการจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแล เช่น ฟังเพลง ร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น <p>ผลลัพธ์ ญาติเครียดมากจึงได้ประสาน พยาบาลในพื้นที่ลงเยี่ยมและทำการปรึกษาโดยความร่วมมือช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายร่วมดูแล ได้แก่ รพพ. รพสต. ฝ่ายปกครอง และตำรวจ</p>	<p>มีทักษะการปฏิเสธและ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง</p> <p>7.2 ผู้ดูแลเครียดกังวลในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยหลังการบำบัดเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงและทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ให้ความรู้กับผู้ดูแลในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 2.แนะนำการประเมินสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรง 3.เมื่อพบว่ามีสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพียง 1 ครั้งขอให้แจ้งฝ่ายปกครอง หรือบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อการดูแลช่วยเหลือทันที 4.ประสาน อสม. และ รพ.สต.ในพื้นที่เพื่อดูแลการกินยาและมารับการรักษาต่อเนื่อง 5.เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ความเครียด ความวิตกกังวลและให้กำลังใจ 6.แนะนำวิธีการจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแล เช่น ฟังเพลง ร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น <p>ผลลัพธ์ พบว่าญาติเกิดภาวะเครียด แต่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้และรู้วิธีการสังเกตและขอความช่วยเหลือจากหน่วยงาน</p>

4. การติดตามผลการประเมินผลการพยาบาล

จากการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยมาตรวจขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 2 ครั้ง และ ติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ทั้ง 2 ราย เพื่อติดตามและ ประเมินผลการพยาบาล ปรับแผนการให้การพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและญาติ ผลลัพธ์ของการพยาบาลตามตารางที่ 3 เกือบทุกนัด

สรุปและอภิปรายผล

สรุปกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 48 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยโรคทางจิตเวชมาก่อนเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการ พุดคนเดียว ไม่นอน เอะอะไว้วาย อาละวาด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ใช้มีดจี้กรรยาและขังในห้องน้ำ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ญาติจึงแจ้งตำรวจเพื่อนำส่ง แกรับที่อุบัติเหตุ- ฉุกเฉิน รู้สึกตัว ถ้ามตอบรู้เรื่อง เอะอะไว้วายเล็กน้อย ทำทางหงุดหงิด ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง(Overt Aggression Scale : OAS) = 2 คะแนน วัดสัญญาณชีพ ส่งตรวจเลือด ปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการ ให้ยาฉีดเพื่อให้อาการสงบ

ดูแลผูกมัดและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ หลังได้รับยาอาการสงบ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ UAM=Positive ผล potassium 3.21 mmol/L ดูแลให้รับประทานยา 10% Elixir potassium chloride 30 มิลลิลิตรทันที 3 dose ห่างกันทุก 2 ชม. ตรวจคลื่นไฟฟ้า หัวใจพบ Sinus tachycardia ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ดูแล Monitor EKG ให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์หลังได้รับยาและสารน้ำผู้ป่วยสงบอาการคงที่ แพทย์วางแผนส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเพื่อรักษาต่อเนื่อง รวมเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น 14 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 44 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เคยได้รับการรักษาด้วยโรคทางจิตเวช เมื่อ 10 ปีที่แล้ว แต่รักษาไม่ต่อเนื่อง มารพ.ด้วยอาการหงุดหงิด โวยวาย มีหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นคนรวยมีเงินเป็นจำนวนมากแต่มารดาและพี่สาวเอาไปซ่อนไว้ อารยะวาท จะใช้มีดทำร้ายมารดาและพี่สาว ขู่ขอเงินเพื่อจะนำไปซื้อยาบ้ามาเสพญาติจึงแจ้งฝ่ายปกครองและนำตัว ผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลแรกรับที่อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน รู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง เอะอะโวยวายเล็กน้อย ทำทางหงุดหงิด ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) = 2 คะแนน วัดสัญญาณชีพ ส่งตรวจเลือดและปัสสาวะตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ยาเพื่อลดอาการก้าวร้าว ดูแลผูกมัดและระวังการเกิดอุบัติเหตุ หลังได้รับยาอาการสงบ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ UAM=Positive แพทย์วางแผนส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเพื่อ รักษาต่อเนื่อง รวมเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น 14 วัน

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพมีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่เข้ารับการรักษาด้วยเหตุผลต่างกันแต่มีผลสืบเนื่องจากการเสพสารเสพติดร่วมกับการดื่มสุราเหมือนกัน ซึ่งทั้ง 2 ราย มีคะแนน OAS อยู่ในระดับปานกลางคือ 2 มีคะแนน ซึ่งเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง และกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีผลการตรวจ Urine

Amphetamine ให้ผลบวก สารเสพติดหลักที่ใช้คือ ยาบ้า กรณีศึกษาที่ 1 เพื่อช่วยให้ใช้ในงานอาชีพและผ่อนคลายมีลักษณะ อารมณ์เก็บกดและหลีกเลี่ยงปัญหา มีความขัดแย้งกับครอบครัว กรณีศึกษาที่ 2 มีบทบาทในครอบครัวน้อย ไม่มีความภาคภูมิใจ และมีภาวะ Low self esteem เนื่องจากการหย่าร้างครอบครัวแตกแยก หลังจากรับการบำบัดด้วยยาต้านโรคจิตทั้งชนิดฉีดที่ออกฤทธิ์ระยะสั้นและยารับประทานเพื่อควบคุมอารมณ์ร่วมกับการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และการเยี่ยมบ้านร่วมกับชุมชนจึงมีความจำเป็น กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้เสพยาเสพติดที่มีความผิดปกติบุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่นส่งผลกระทบต่อทั้งตัว ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง การศึกษานี้พบว่า การเตรียมความพร้อมของครอบครัวขณะที่ผู้ป่วยยังพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดการกลับซ้ำได้จากผลการศึกษากรณีผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พยาบาลมีบทบาทสำคัญใน การดูแลรักษา การสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจ ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับปัญหาและอารมณ์ไม่พึงประสงค์ของตนเองไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่ใช้สารเสพติด รวมทั้งวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข^{4,5,6}

ข้อเสนอแนะ

1.พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดควรได้รับการฝึกอบรมและพัฒนา ความรู้ ทักษะ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.ควรมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นรูปแบบที่ชัดเจน



เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2023). World Drug Report 2023. Vienna: UNODC.
2. กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตและสารเสพติดประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
3. โรงพยาบาลบ้านฝาง (2568) การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด สถิติผู้ป่วยสารเสพติดเข้ารับการรักษาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว. โรงพยาบาลบ้านฝาง
4. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. (2563) .แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน.(พิมพ์ครั้งที่ 2) ปัยอนด์พับลิชชิง.
5. ชิดชนก โอภาสวัฒนา.(2563) คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). พรอสเพอริสพลัส.
6. ขวัญพนมพร ธรรมไทย. (2564). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในกลุ่มเลือกสรร: บุคลิกภาพผิดปกติพฤติกรรมก้าวร้าว และการถูกทารุณกรรม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.