

## รายงานกรณีศึกษา

### การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้สารเสพติดกัญชา

จิวัฒน์พร เกตุศรี, พย.บ.

กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตราด

E-mail : junetk33@gmail.com

#### บทคัดย่อ

#### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 34 ปี มีประวัติเสพยา 15 ปี ช่วงแรกเสพยาวันละ 10-15 หลุม 1 ปีที่ผ่านมาเสพยาวันละ 5-10 หลุม เริ่มมีอาการ ความคิด พฤติกรรม ผิดปกติ 1 ปี มาโรงพยาบาลครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่ 23 พฤษภาคม 2567 แรกเริ่มผู้ป่วยมีสีหน้าบึ้งตึง ตะโกนเสียงดัง โวยวาย ต่ำทอญาติ ต่ำทอเจ้าหน้าที่ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่สบตาขณะพูดคุย ทำทางไม่เป็นมิตร ถามตอบไม่ค่อยรู้เรื่อง พูดทวนไม่ค่อยตรงประเด็น มีพูดออกนอกประเด็นบ่อยครั้ง แต่สามารถดึงเข้าเนื้อหาระหว่างพูดคุยได้บางครั้ง ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา กลุ่มอาการผิดปกติแบบโรคจิต (Mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids : psychotic disorder) ช่วง 3 วันแรก ผู้ป่วยมีสีหน้าทำทางไม่สดชื่น ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่สบตาขณะพูดคุย ทำทางไม่เป็นมิตร โวยวาย ต่ำทอญาติ ต่ำทอเจ้าหน้าที่ ถามตอบไม่ค่อยรู้เรื่อง พูดทวนไม่ค่อยตรงประเด็น มีพูดออกนอกประเด็นบ่อยครั้ง แต่สามารถดึงเข้าเนื้อหาระหว่างพูดคุยได้บางครั้ง มีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองสามารถสื่อสารกับพระพุทธรูปได้โดยการนั่งสมาธิ พูดบ่นคนเดียวเสียงดัง และได้ยินเสียงกระซิบว่าจะมีคนมาทำร้ายตนเองผู้ป่วยมีท่าทีกระสับกระส่ายตลอดเวลา จึงได้รับการจำกัดพฤติกรรมบนเตียงเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เวลากลางคืนไม่นอน การพยาบาลในสัปดาห์แรก ผู้ป่วยได้รับการฉีดยา PRN ตามแผนการรักษาของแพทย์ ( Haloperidol 5 mg. IM ) ทุกวัน วันละครั้ง ซักประวัติร่วมกับประเมินการตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination: MSE) พยาบาลสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ หงุดหงิดง่าย ปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิต อาการเปลี่ยนแปลงง่าย ยังไม่มีความไว้วางใจพยาบาล ควบคุมตัวเองไม่ได้จึงต้องจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยให้อยู่บนเตียง โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายขณะผูกยึดตามแนวทางการผูกยึดผู้ป่วยหลังจากนั้นช่วง 3 วันต่อมาพยาบาลได้สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีสีหน้าครุ่นคิด หงุดหงิด พูดบ่นคนเดียว บอกรู้สึกกระซิบข้างหูตลอดเวลา ตอนกลางคืนไม่นอน ได้ยาฉีด PRN ตามแผนการรักษาของแพทย์ (Diazepam 10 mg. IV) หลังจากนั้นหลับได้ถึงเช้า แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการปรับยาก่อนนอนเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ตลอดคืน และได้รับการยุติการจำกัดพฤติกรรมตามแนวทางที่สามารถยุติการจำกัดพฤติกรรมได้ขณะพูดคุยผู้ป่วยยังมีพูดออกนอกประเด็น เนื้อหาความคิดและคำพูดขาดความต่อเนื่องของเนื้อหาที่พูด เปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่งซึ่งไม่เกี่ยวข้องกันเลย (Loosening of association) มักชวนคุยเรื่องของศาสนามากเกินไปเกินความจริง ไม่ค่อยมีสมาธิในการพูดคุย หงุดหงิดง่าย บอกรู้สึกกระซิบแต่ลดลงจากเดิม ปฏิเสธภาพหลอน ปฏิเสธขาดยา ผู้ป่วยยังไม่ยอมรับการเจ็บป่วย การพยาบาลที่ให้ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (psychoeducation) เรื่อง การจัดการกับอาการหูแว่ว และดูแลให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดตามที่จัดขึ้น และได้ฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่วได้อย่างเหมาะสม สัปดาห์ที่ 2 หลังจากนอนโรงพยาบาล สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยต่อเนื่อง ผู้ป่วยยังมี loosening of association อยู่บ้างยังมีพูดถึงเรื่องศาสนาอยู่บ้าง ยังไม่ค่อยมีสมาธิในการพูดคุย พูดออกนอกเรื่องแต่สามารถดึงเข้าเนื้อหาระหว่างพูดคุยได้ ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วของตนเองได้และสามารถบอกได้ว่าขณะที่พูดคุยกับพยาบาลเสียงที่กระซิบข้างหูก็หายไป ไม่รู้สึกหงุดหงิด และเฉย ๆ กับเสียงหูแว่วแล้วทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น นอนได้ดีขึ้นด้วย การพยาบาลที่ให้ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อ

การบำบัด (Therapeutic relationship) การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (psychoeducation) เรื่อง ความตระหนักรู้โทษของกัญชา และโรคจิตที่เกิดจากการเสพกัญชา ผู้ป่วยมีความสนใจในสื่อการให้ความรู้จาก YouTube และตอบคำถามโทษของกัญชาต่อร่างกาย และจิตใต้ตรงประเด็น สัปดาห์ที่ 2 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยต่อเนื่อง ผู้ป่วยพูดคุ้ยเรื่องมากขึ้น loosening of association ลดลง พูดถึงเรื่องของศาสนาลดลง มีสมาธิมากขึ้นขณะพูดคุ้ย แต่ยังไม่พูดออกนอกเรื่องบ้าง สามารถบอกเล่าพูดคุ้ยเหตุการณ์เกี่ยวกับตนเองได้ถูกต้อง พยาบาลทบทวนความรู้เรื่องโทษของกัญชาผู้ป่วยสามารถบอกโทษของกัญชาที่ส่งผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ได้อย่างถูกต้อง หลังจากทำกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน พยาบาลได้ทำกิจกรรมการให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (psychoeducation) เรื่องผลข้างเคียงของยาจิตเวช ซึ่งเมื่อแพทย์ได้มีการปรับยา ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ พูดไม่ชัด เดินตัวแข็ง ผู้ป่วยจึงรู้สึกกังวลแต่หลังจากได้มีความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยาจิตเวช และได้ทราบว่าแพทย์ได้ให้ยาแก้ไขอาการข้างเคียงของยาการรักษาอาการทางจิต ผู้ป่วยจึงรู้สึกสบายใจและยินยอมรับประทานยาต่อเนื่องวันที่ หลังจากนั้นผู้ป่วยสีหน้าแจ่มใสขึ้น ยิ้มและทักทายพูดคุ้ยเรื่องมากขึ้น ไม่รู้สึกรำคาญหรือหงุดหงิด กลางคืนนอนหลับได้ ไม่มีอาการข้างเคียงของยาจิตเวช สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม อาสาช่วยเหลือผู้ป่วยอื่น เข้าร่วมกิจกรรมและแสดงความคิดเห็นได้ตรงประเด็น พยาบาลได้ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคจิตจากกัญชา การรักษา วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้องและการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย ชัดเจน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย และตอบข้อสงสัย ด้วยคำพูดที่ชัดเจน เข้าใจง่ายและสรุปวิธีการดูแลตนเองขณะที่อยู่บ้าน และส่งเสริมกำลังใจโดยการทบทวนสิ่งดี ๆ ที่ผู้ป่วยเคยได้ทำมาให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่นการช่วยบิดาทำสวน ช่วยมารดาทำงานบ้าน แลรับส่งน้องสาวไปทำงาน ผู้ป่วยตระหนักถึงการเจ็บป่วยของตนเองและรู้สึกมีคุณค่าสำหรับครอบครัว การพยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมให้ครบตามที่ได้วางแผนการพยาบาล เตรียมความพร้อมของครอบครัว ประเมินปัญหาและความต้องการของครอบครัว ให้ความช่วยเหลือตามปัญหา ญาติขาดความรู้และทักษะในการจัดการกับพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยไม่รับประทานยา เมื่อพยาบาลได้ให้คำแนะนำแก้ไข ทำให้ญาติมีความมั่นใจและมีกำลังใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านวันที่ 6 มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล 14 วัน พร้อมนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลตราด คลินิกจิตเวช 1 เดือน

## บทนำ

ยาเสพติดนับเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและผลกระทบอื่น ๆ ที่ตามมา ไม่ว่าจะเป็น ด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง หรือความมั่นคงระหว่างประเทศ แม้จะมีมาตรการในการควบคุมป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน แต่ปัญหายาเสพติดในแต่และประเทศทั่วโลกก็ยังคงมีความท้าทาย อีกทั้งเมื่อจำนวนประชากรโลกสูงขึ้น จำนวนผู้ใช้ยาเสพติดย่อมสูงขึ้นตามไปด้วย สถานการณ์การใช้กัญชา มีสรรพคุณช่วยบรรเทาความเครียด สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้นอนหลับ อยากรอาหาร อีกทั้งช่วยลดอาการอักเสบและ อาการปวดได้เป็นอย่างดี หลากหลายประเทศปลดล็อกกัญชาจากการเป็นยาเสพติด เนื่องจากกัญชาสามารถให้ประโยชน์กับการรักษาทางการแพทย์ได้ จำนวนผู้ใช้กัญชานับเป็นยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุดในโลก จำนวน 209 ล้านคน และประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ใช้ คือ เพศชาย ทั้งนี้พบว่าจำนวนผู้ใช้พุ่งสูงขึ้นถึง 23 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับช่วงสิบปีที่ผ่านมา (World Drug Report 2022)

กัญชา (*Cannabis sativa* L.subsp. *indica*) เป็นพืชในตระกูล Cannabaceae เรียกกันโดยทั่วไปว่า cannabis, Marijuana, Ganja หรือบางครั้งก็เรียกว่า Indian Hemp โดยฤทธิ์ของกัญชาทำให้เกิดการกระตุ้นประสาท ทำให้เกิดอารมณ์เคลิบเคลิ้ม ผู้เสพมีอาการร่าเริง ช่างพูด ตื่นเต้น หัวเราะตลอดเวลา ต่อมาจะมีฤทธิ์กดประสาท ทำให้ผู้เสพยาอาการคล้ายเมาเหล้าอย่างอ่อน เซื่องซึม และง่วงนอน หากเสพเข้าไปในปริมาณมากจะหลอนประสาททำให้เห็นภาพลวงตา หูแว่ว หวาดระแวง ความคิดสับสน และควบคุมตัวเองไม่ได้ ในบางรายอาจไม่รู้จักตนเองหรือไม่เข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว การเสพยาแม้เพียงระยะสั้น ผู้เสพยาบางราย

อาจสูญเสียความทรงจำได้ เพราะกัญชาจะทำให้สมองและความจำเสื่อม เกิดความสับสน วิดกกังวล และหากผู้เสพเป็นผู้ที่มีอาการทางจิตด้วยแล้ว ก็จะมีความเสี่ยงมากกว่าคนปกติทั่วไปด้วย โดยอาการทางจิตประสาทที่พบได้บ่อย ๆ คือ สมาธิสั้น ความจำแย่งลง มีปัญหาในการตัดสินใจและบางคนอาจมีปัญหาเรื่องการทรงตัว นอกจากนี้ยังส่งผลอื่น ๆ ต่อร่างกายด้วย เช่น ม่านตาหรี่ ตาแดง มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น (คู่มือการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดกัญชาและกระเทียมด้วยการแพทย์แผนไทย,2563)

ในประเทศไทยมีประชากรใช้กัญชาและมีความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพกัญชามากขึ้นตามลำดับ ปีพ.ศ.2564-2566 จำนวน 1,050 1,353 และ3,663 โดยที่โรงพยาบาลตราดได้รับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและ พฤติกรรมที่เกิดจากการเสพกัญชามากขึ้นเช่นกัน จากปีพ.ศ.2564-2566 จำนวน 3 12 และ 23 คน (Health Data Center 2567)

จากแนวโน้มผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้สารเสพติดกัญชาในโรงพยาบาลตราดมากขึ้น ดังนั้นเราจึงเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้สารเสพติดกัญชาไม่ให้เกิดความรุนแรง และอาการดีขึ้นกับไปใช้ชีวิตในครอบครัวได้

## ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกัญชา

### กัญชา

#### ประวัติความเป็นมาของยาเสพติดประเภทกัญชา

กัญชา เป็นพืชพันธุ์ไม้ล้มลุกชนิดหนึ่งขึ้นได้เกือบทั่วโลก ต้นกัญชาสามารถนำมาใช้เป็นยาเสพติดได้เกือบทุกส่วน มนุษย์รู้จักกัญชาและเสพกันมานาน ประมาณ 4000-5000 ปีมาแล้ว แต่เดิมเข้าใจกันว่ากัญชาปลูกขึ้นได้ในประเทศที่อากาศร้อน เช่น ในทวีปอาฟริกาและเอเชีย ต่อมาได้ทดลองนำกัญชาจากอาฟริกาใต้ไปปลูกในนอร์เวย์ และไอซ์แลนด์ซึ่งมีอากาศหนาว กัญชาก็ปลูกขึ้นได้ดีและมีสารตัวสำคัญที่ทำให้กัญชามีฤทธิ์คือ เตตราไฮโดรแคนนาบินอลอยู่มาก ดังนั้นกัญชาจึงสามารถปลูกขึ้นได้ทั่วโลกและอาจมีชื่อเรียกต่างกันไปในแต่ละประเทศ

#### ความหมายของยาเสพติดประเภทกัญชา

กัญชาเป็นพืชล้มลุกจำพวกหญ้าขึ้นได้ง่ายในเขตร้อน ลำต้นสูงประมาณ 2-4 ฟุต ลักษณะใบจะแยกออกเป็นแฉกประมาณ 5-8 แฉก คล้ายใบมันสำปะหลัง ที่ขอบใบทุกใบจะมีรอยหยักอยู่เป็นระยะ ๆ ออกดอกเป็นช่อเล็ก ๆ ตามง่ามของกิ่งและก้าน ส่วนที่คนนำมาเสพ ได้แก่ ส่วนของกิ่ง ก้าน ใบ และยอดช่อดอกกัญชา โดยนำมาตากหรืออบแห้ง แล้วบดหรือหั่นให้เป็นผงหยาบ ๆ จากนั้นจึงนำมายัดใส่บุหรี่สูบ (แตกต่างจากบุหรี่ทั่วไปที่ใส่บุหรี่จะมีสีเขียวยาว ต่างจากไส้ยาสูบที่มีสีน้ำตาล และขณะดูดสูบจะมีกลิ่นเหมือนหญ้าแห้งไหม้ไฟ) หรืออาจสูบด้วยกล้องหรือบ้องกัญชา บางทีใช้เคี้ยวหรือผสมลงในอาหารรับประทาน ปัจจุบันรูปแบบของกัญชาที่พบ นอกจากจะพบในลักษณะของกัญชาสด กัญชาแห้งอัดเป็นแท่งเป็นก้อนแล้ว ยังอาจพบในรูปแบบของ “น้ำกัญชา” (Hashish oil) ซึ่งมีลักษณะเป็นของเหลวสีน้ำตาลเข้มหรือสีดำ ได้จากการนำกัญชามาผ่านกระบวนการสกัดหลาย ๆ ครั้ง จึงได้เป็นน้ำมันกัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสูงถึง 20-60 เปอร์เซ็นต์ หรืออาจพบในลักษณะของ “ยางกัญชา” (Hashish) เป็นยางแห้งที่ได้จากใบ และยอดช่อดอกกัญชา ซึ่งโดยทั่วไปมีฤทธิ์แรงกว่ากัญชาสด และมีปริมาณสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประมาณ 4-8 เปอร์เซ็นต์ กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ที่ออกฤทธิ์หลายอย่างต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ทั้งกระตุ้นประสาท กดและหลอนประสาท สารออกฤทธิ์ที่อยู่ในกัญชามีหลายชนิด แต่สารที่สำคัญที่สุดที่มีฤทธิ์ต่อสมองและทำให้ร่างกาย อารมณ์ และจิตใจเปลี่ยนแปลงไปคือ เตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol) หรือ THC ที่มีอยู่มากในส่วนช่อดอกกัญชา สาร THC นี้ในเบื้องต้นจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ทำให้ผู้เสพตื่นเต้น ช่างพูด และหัวเราะตลอดเวลา ต่อมาจะกดประสาท ทำให้ผู้เสพมีอาการคล้ายคนเมาเหล้าอ่อน ๆ เชื่องซึม และง่วงนอน หากเสพเข้าไปในปริมาณมากจะหลอนประสาททำให้เห็นภาพลวงตา หูแว่ว ความคิดสับสน ควบคุมตนเองได้

## อาการเมื่อเสพติดกัญชา

ระยะแรกของการเสพ ฤทธิ์ของกัญชาจะกระตุ้นประสาททำให้ร่างกายเรงไหวเรา่ง่าย ช่างพูดอยากอาหาร กระหายน้ำหัวใจเต้นเร็ว ตื่นเต้นง่ายส่งเสียงดังกล้ำมเนื้อแขนขาอ่อนเปลี้ย และทำงานไม่ประสานกัน คล้ายคนเมาเหล้าอย่างอ่อน ๆ และหลังจากนั้นจะเริ่มง่วงนอน ซึม เห็นภาพลวงตา ภาพหลอน หายใจถี่ ตกใจง่าย วิดกกังวล บางรายคลื่นไส้ อาเจียน ความคิดสับสน เพ้อคลั่งคลั่ง และยังมีอาการที่ส่งผลต่อร่างกายและพฤติกรรมอีกมากมายดังนี้

1. มีอาการตาแดง คออักเสบ คอแห้ง เหงื่อออกมาก และกัญชาทำให้เพิ่มการขับน้ำในร่างกายผู้เสพ ซึ่งทำให้ผู้เสพกัญชาหิวน้ำและต้องการของหวาน ๆ มาก ทำให้กินอาหารจุ
2. มีอาการสั่นของกล้ามเนื้อ มือสั่น เท้าสั่น ทรงตัวไม่อยู่มีอาการผิดปกติทางสายตา ขาดการควบคุมตนเอง ซึ่งมีอันตรายอย่างยิ่งถ้าผู้เสพกัญชาขับรถยนต์ หรือเดินในท้องถนน
3. มีอาการเวียนศีรษะอย่างแรง หูอื้อ มีเสียงในหู ม่านตาขยายกว้างขึ้นมักอยู่ไม่สุขพูดพล่ำม หัวเราะ ลั่น เอะอะ หรือแสดงตลกต่าง ๆ ความรู้สึกต่อความเจ็บปวดและประสาทสัมผัสไวมากขึ้น
4. มีอาการความดันเลือดสูง อัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้น ทำให้อุณหภูมิในร่างกายลดต่ำ มือเท้าเย็น และกัญชามีส่วนทำให้เปลี่ยนระดับน้ำตาลในเส้นเลือดด้วย
5. มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ตื่นเต้นกระสับกระส่าย หายใจไม่สะดวก ทำการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้พร้อมกันไต่ยาก
6. มีอาการทางความคิดสับสนการตัดสินใจและสมาธิเสีย อารมณ์ซึมเศร้าคุมสติไม่อยู่เกิดอาการเป็นโรคจิตขึ้นได้ อาการต่าง ๆ เหล่านี้อาจจะมีอยู่เป็นเวลาหลายชั่วโมงหรือหลายสัปดาห์ก็ได้ ดังนั้นผู้เสพกัญชาเป็นประจำมักหลีกเลี่ยงอาการเสื่อมทางจิตไม่พ้น จนกลายเป็นโรคจิตในที่สุด

## ผลกระทบจากการเสพกัญชา

หลายคนคิดว่าการเสพกัญชานั้นไม่มีโทษภัยร้ายแรงมากนัก แต่จากการศึกษาวิจัย พบว่ากัญชาเป็นยาเสพติดอีกชนิดหนึ่ง ที่มีอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพมากเกินกว่าที่คาดคิด อาทิ เช่น ทำลายสมรรถภาพทางกาย ผู้เสพกัญชาในปริมาณมาก ๆ เป็นระยะเวลานาน ๆ จะทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมจนไม่สามารถประกอบกิจการงานใดๆ ได้ โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้แรงงาน ความคิด และการตัดสินใจรวมทั้งจะมีลักษณะการหมดแรงจูงใจของชีวิตจะไม่คิดทำอะไรเลย อยากรู้อยู่เฉยๆ ไปวันๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และการทำงานเป็นอย่างมากทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานเสื่อมลงหรือบกพร่อง ร่างกายจะอ่อนแอและติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ทำลายสมอง การเสพกัญชาแม้เพียงระยะสั้น ทำให้ผู้เสพบางรายสูญเสียความทรงจำ เพราะฤทธิ์ของกัญชาจะทำให้สมองและความจำเสื่อม เกิดความสับสน วิดกกังวล และหากผู้เสพเป็นผู้มีอาการของโรคจิตเภท หรือป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการรุนแรงมากกว่าคนปกติทั่วไป ทำให้เกิดมะเร็งปอดเนื่องจากผู้เสพจะอดควันกัญชาเข้าไปในปอดถึงกานหลายวินาที การสูบบุหรี่ยัดไส้กัญชาเพียง 4 มวน ซึ่งเท่ากับการสูบบุหรี่ 1 ซอง หรือคนสูบบุหรี่ธรรมดาถึง 5 เท่า และในกัญชายังมีสารเคมีที่เป็นอันตรายสามารถทำให้เกิดโรคมะเร็งได้ กัญชาจะทำให้ระดับฮอร์โมนผู้ชายลดลง ทำให้ปริมาณอสุจิน้อยลง ทั้งยังพบว่าผู้เสพติดกัญชามักกลายเป็นคนขาดสมรรถภาพทางเพศ ทำลายสุขภาพจิต ฤทธิ์ของกัญชาจะทำให้ผู้เสพมีอาการเลือนลอย ฝันเพื่อง ความคิดสับสน และมีอาการประสาทหลอน จนควบคุมตนเองไม่ได้ซึ่งถ้าเสพเป็นระยะเวลานาน จะทำให้มีอาการจิตเสื่อมนอกจากผลร้ายที่มีต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพ (คู่มือการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่เสพติดกัญชาและกระท่อม ด้วยการแพทย์แผนไทย,2563) ระยะเวลาการใช้กัญชา มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ป่วยที่เสพติดกัญชาระยะเวลานานกว่า 5-10 ปี จะเกิดโรคทางอารมณ์มากถึงร้อยละ 67.9 ด้านปริมาณการใช้กัญชาต่อวัน พบว่าผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่ใช้กัญชามากกว่า 20 บ้องต่อวันจะเกิดโรคจิตมากถึงร้อยละ 89.4 ซึ่งมากกว่าการใช้กัญชาในปริมาณน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านความถี่ในการใช้กัญชาต่อวัน พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิต โรควิตกกังวลและโรคจิตเวช โดยผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่ใช้กัญชา 4-10 ครั้งต่อ

วันจะเกิดโรคจิตและโรควิตกกังวลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.7 และ 61.7 ส่วนผู้เสพติดกัญชาที่ใช้กัญชาวันละ 1-3 ครั้งจะเกิดโรคจิตเวชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.5 และตัวแปรอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตโรคทางอารมณ์ และโรคจิตเวช โดยผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี และอายุระหว่าง 31-40 ปี จะเกิดโรคจิตเวชมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 95 และ 95.8 ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีอาการของโรคจิตมากถึงร้อยละ 87.6 และ 87.5 ตามลำดับ อาชีพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต โดยผู้เสพติดกัญชาที่ไม่มีอาชีพจะเกิดอาการทางจิตมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 87.5 จากสถิติของ สบยช. (วารสารกรมการแพทย์, 2563)

### การรักษาภาวะจิตเวชจากการใช้กัญชา

ภาวะทางจิตเวชที่สามารถเกิดได้ในช่วง cannabis intoxication ได้แก่ psychotic symptoms, panic attacks, anxiety symptoms

อาการโรคจิต (Psychotic symptoms) ได้แก่ อาการประสาทหลอน สับสน วุ่นวาย

- พิจารณาให้ ยาต้านโรคจิต (antipsychotics) เช่น haloperidol 2-5 mg หรือ risperidone 2-4 mg ชนิดกิน หรือถ้าอาการรุนแรง พิจารณาให้ haloperidol 5 mg IM
- ในกรณีที่วุ่นวายพิจารณาให้ sedation ด้วย benzodiazepine เช่น diazepam 5-10 mg IV หรือ IM
- ผูกมัด (physical restrained) เมื่อผู้ป่วยมีท่าทีควบคุมตนเองไม่ได้ หรือก้าวร้าว
- จัดบรรยากาศลดสิ่งกระตุ้น เช่น ย้ายไปมุมที่เงียบหรือคนไม่พลุกพล่าน
- เผื่อระวังการทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น
- หากควบคุมอาการไม่ได้ ให้พิจารณาปรึกษาจิตแพทย์

อาการตื่นตระหนก วิตกกังวล (Panic attacks, anxiety symptoms)

- พิจารณาให้ lorazepam 2 mg, diazepam 5 mg ชนิดกินให้ช่วงสั้น ๆ
- ให้ข้อมูลอาการที่เป็นเพื่อลดความตื่นตระหนก (reassure)
- จัดบรรยากาศลดสิ่งกระตุ้น
- ถ้ามีอาการเหนื่อยง่าย ให้ตรวจแยกสาเหตุระบบหัวใจและการหายใจด้วย (แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา ณ ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน, 2565)

### บทบาทหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลที่อยู่ในทีมบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดกัญชา

1. คัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต
2. วางแผนงาน ประสานงาน ประเมินผล และบันทึกผลการให้การพยาบาล
3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ
4. จัดทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อการบำบัด
5. ส่งเสริมและพัฒนาความรู้ความสามารถทางการพยาบาลให้กับ เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องและญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ
6. จัดสถานที่และเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล
7. ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย
8. สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติด้วยทักษะการสื่อสารที่สร้างขวัญและกำลังใจ

### การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่ใช้สารเสพติดในหอผู้ป่วย

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยทั้งต่อผู้เสพ และผู้อื่น ในรายที่สับสนวุ่นวายหงุดหงิด ก้าวร้าวมาก จำเป็นต้องแยกให้อยู่ในสถานที่สงบ มีแสงสว่างเพียงพอ เพื่อลดสิ่งกระตุ้นหรือหลีกเลี่ยง การเกิด

อาการประสาทหลอน ทั้งนี้ผู้ดูแลต้องเตรียม สิ่งแวดล้อมที่จะให้ผู้ติดสารเสพติด เข้าไปพักให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัย และมีบุคลากรเพียงพอในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี เพื่อลดการกระตุ้นและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เสพติด และผู้ดูแล

2. ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก อาจจำเป็นต้องผูกมัดให้อยู่หนึ่งเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ดูแลเรื่องระบบหายใจ ประเมินสัญญาณชีพระบบประสาท ทุกกระยะ 15-30 นาที จนกว่าจะพ้นภาวะวิกฤต
3. ดูแลให้มีความสุขสบาย ทั้งในขณะที่มีอาการจากการใช้ยา และอาการถอนยา ครอบคลุมความต้องการพื้นฐาน เช่นการทำความสะดวกร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การขับถ่าย
4. ตรวจสอบประเมินอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอันตราย และอุบัติเหตุ ช่วยดูแลเพื่อลดอาการไม่สุขสบายจากภาวะถอนพิษสารเสพติด และเพื่อป้องกันการหลบหนี
5. ให้ความเข้าใจในความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ติดสารเสพติด
6. ให้การประคับประคองทางจิตใจ อารมณ์ โดยการสนทนา และเปิดโอกาสให้ระบายความคิด ความรู้สึก มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา และ หาวิธีการเผชิญปัญหาเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับมาใช้สารเสพติด
7. ถ้าบรรเทาจากอาการถอนยา ควรกระตุ้นให้ผู้ติดสารเสพติด มีกิจกรรมทำ เพื่อเบี่ยงเบนความคิด หมกมุ่น ดูแลการให้ยาตามแผนการรักษา และประเมินอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับ

#### ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 23 พฤษภาคม 2566 - วันที่ 6 มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 14 วัน

#### การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

#### การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ (วันที่ 24 พฤษภาคม 2566)

**Vital signs :** อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/70 mmHg น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 182 เซนติเมตร. BMI 21.13 (อยู่ในเกณฑ์ปกติ)

**ผิวหนัง :** สีผิวขาวเหลือง สัมผัสดูพบว่าผิวหนังอุ่นปกติผิวหนังชุ่มชื้น ความยืดหยุ่นของผิวหนังดี ความตึงตัวของผิวหนังปกติ ผิวหนังไม่บวมกดบุ๋ม ผิวละเอียด ไม่พบจุดจ้ำเลือด ไม่พบผื่น คล้ำไม่พบก้อน กดผิวหนังไม่เจ็บ ไม่พบบาดแผล

**ขน/ผม :** ขนบริเวณลำตัวสีดำกระจายตัวสม่ำเสมอ ผมสีดำกระจายตัวสม่ำเสมอ ไม่พบผมหงอก พบรังแคเล็กน้อย สะอาดไม่มีกลิ่นเหม็น

**มือ :** สีผิวขาวเหลือง ไม่พบจุดจ้ำเลือด ไม่พบผื่น ไม่พบการอักเสบ ไม่พบรอยโรค ไม่พบบาดแผล คล้ำไม่พบก้อน กดผิวหนังไม่เจ็บ มือไม่ผิดปกติ ไม่พบ Flapping Tremor กระจกข้อมือขยับขึ้นลงได้ทั้ง 2 ข้าง

**เล็บ :** เล็บมือและเล็บเท้าเป็นสีชมพู เล็บสั้น สะอาด ไม่พบดอกเล็บ ไม่พบการอักเสบ ไม่พบเล็บข้อน ไม่พบนิ้วปุ่ม capillary refill 2 วินาที

**ต่อมน้ำเหลือง :** คล้ำ Lymph nodes ไม่โต ไม่บวมอักเสบ คล้ำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

**ศีรษะ :** ศีรษะรูปกลมมน ผมสีดำกระจายตัวสม่ำเสมอ พบรังแคเล็กน้อย สะอาดไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่พบรอยโรค คล้ำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

**กะโหลกศีรษะ :** กะโหลกศีรษะกลมมน สมมาตรกันทั้งสองข้าง เรียบ ไม่มีรอยบุ๋ม ไม่พบรอยโรค คล้ำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

**ใบหน้า :** ใบหน้ารูปไข่ สมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่มีการกระตุกของใบหน้า ไม่พบรอยโรค ไม่บวม คล้ำ ไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

**ตา :** ตาสมมาตรกันทั้งสองข้าง หนึ่งตาสองชั้น หนึ่งตาแนบสนิท หนึ่งตาไม่ตก หนึ่งตาไม่บวม ตาไม่โปน คิ้วสีดำ มีขนคิ้วปริมาณน้อย กระจายตัวสม่ำเสมอ ขนตาสีดำกระจายตัวสม่ำเสมอองนอกปกติไม่ม้วนเข้าไปในลูกตา เยื่อบุตาสีชมพูไม่ซีด ไม่มีการอักเสบ ชุ่มชื้นดี ตาขาวสีขาวเหลือง มีเส้นเลือดฝอยมาเลี้ยงที่ตาขาว เลนส์ตาใส ดวงตามีสีน้ำตาล กลม ไม่พบรอยโรค ต่อมน้ำตาและท่อน้ำตาไม่พบการอักเสบ ไม่มีน้ำตาไหล ผิดปกติ คล้ำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

**หู :** หูทั้ง 2 ข้างอยู่ในตำแหน่งแนว eye-occiput line ใบหูทั้งสองข้างสมมาตรกัน รูปร่างปกติ ขนาด เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีรอยโรค ไม่มีการอักเสบ ไม่บวมแดง คล้ำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ หูทั้ง 2 ข้างพบขี้หู เล็กน้อย ไม่พบ



discharge ซึมจากหูทั้งสองข้าง ไม่พบสิ่งแปลกปลอม

**จมูก** : จมูกรูปร่างปกติ สมมาตรกันทั้งสองข้าง สันจมูกตรง ไม่คด ปีกจมูกเท่ากันไม่บาน ไม่พบรอยโรค ไม่พบ discharge คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ขนจมูกเรียงตัวสม่ำเสมอ เยื่อบุจมูกสีชมพู ไม่พบการอักเสบ

**ช่องปาก** : ริมฝีปากสมมาตรกัน สีชมพูชุ่มชื้นดี ไม่พบรอยโรค คลำไม่มีก้อน กดไม่เจ็บ เยื่อบุช่องปาก เพดาน และเหงือกสีชมพู ไม่มีการอักเสบ ไม่บวมแดง ไม่พบแผล มีฟันทั้งหมด 30 ซี่ มีฟันผุ 2 ซี่ ได้รับการอุดเป็นวัสดุสีเงินทุกซี่ มีหินปูนเล็กน้อย ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ลิ้นสีชมพู ไม่มีฝ้าขาว ไม่พบการอักเสบ ขนาดปกติไม่มีลิ้นโตคับปาก ลิ้นไก่มีสีชมพูขนาดปกติไม่บวมแดง การรับรู้รสได้ปกติผู้ป่วยตอบได้ถูกต้องว่าให้รับรสเค็มจากเกลือ

**คอ** : คอสมมาตรกันทั้งสองข้าง อยู่ในแนวกลาง ไม่พบรอยโรค ไม่พบจ้ำเลือดหรือการอักเสบ คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ Trachea อยู่ในแนวกึ่งกลาง ไม่มีเส้นเลือดโป่งพองที่คอ ต่อม้ำเหลืองไม่โต ไม่บวม คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ต่อมไทรอยด์ไม่โต

**ทรวงอก** : สีผิวขาวเหลือง สมมาตรทั้ง 2 ข้าง ไม่พบรอยโรค ไม่พบการอักเสบ ไม่มีอกถ้ำ หรืออกบวม

**ลักษณะการหายใจ** : หายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราหายใจสม่ำเสมอ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ

**คลำทรวงอก** : การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง การสั่นสะเทือนของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

**เคาะทรวงอก** : เคาะได้เสียงโปร่ง ( resonance ) เท่ากัน

**ฟังทรวงอก** : เสียงหายใจปกติ

**Breasts** เต้านมทั้ง 2 ข้างสมมาตร ผิวสีขาวยellow หัวนมรูปร่างปกติ ไม่มีหัวนมบอดหรือบวม คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ต่อม้ำเหลืองบริเวณรักแร้ไม่โต ไม่บวม คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

**หัวใจ** : ไม่พบ heaving ไม่พบ เส้นเลือดโป่งพอง ไม่พบรอยโรค คลำไม่พบThrills ฟังไม่พบmurmur การเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ

**ชีพจร** : คลำชีพจร มีจังหวะการเต้นสม่ำเสมอเท่ากันทั้งสองข้าง อัตราการเต้นของชีพจรเท่ากับ 80 ครั้ง/นาที

**หน้าท้อง** : สีขาวเหลือง ลักษณะ สมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่พบผื่น ไม่พบจ้ำเลือด ไม่พบรอยโรค สะดือบวม สะอาดอยู่บริเวณกึ่งกลางลำตัว ไม่มีรอยผื่นแดงหรือบาดแผล

**Bowel sound** และเสียงที่เกิดจากการเคาะหน้าท้อง : Bowel sound 6 ครั้ง/นาที เคาะได้เสียงโปร่ง Tympani ปกติ

**คลำบริเวณท้อง** : คลำตื้นไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ไม่มีแรงต้านบริเวณกล้ามเนื้อหน้าท้อง คลำลึก 2-3 เซนติเมตร ไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ขนาดของตับและม้ามไม่โต

**Reproductive System & Urinary System** จากการซักประวัติไม่พบความผิดปกติใดตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน ปัสสาวะได้ปกติไม่มีแสบขัด

**ระดับความรู้สึกตัว** : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีน้าก้ำจวล สามารถพูดคุยโต้ตอบได้ตรงประเด็นเป็นบางครั้งบางครั้งก็ตอบไม่ตรงคำถาม

**การเคลื่อนไหวของแขนและขาได้ทั้งสองข้าง** : การทำงานของแขนขา ทั้ง 2 ข้าง มีการประสานงานได้เป็นปกติ

**Musculoskeletal System กระดูกสันหลัง** : กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรง ไม่เบี้ยวหรือคดงอ ไม่ผิดปกติ คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ผู้ป่วยสามารถก้ม เหยย เอี้ยวตัวซ้าย ขวา ได้

**กล้ามเนื้อ** : กล้ามเนื้อไม่ฝ่อลีบ สามารถเหยียดยืดกล้ามเนื้อได้ ไม่มีกล้ามเนื้อยึดหรือตึงผิดปกติ

**ลักษณะของข้อ** : ข้อทุกข้อทั่วร่างกายทั้งคอ ไหล่ ข้อศอก ข้อมือ ข้อมือ ข้อนิ้วมือ ข้อสะโพก ข้อเข่า ข้อเท้า และข้อนิ้วเท้า ปกติ ไม่มีอาการอักเสบ ไม่บวมแดง ขยับเคลื่อนไหวข้อได้ทุกทิศทาง ต้านแรงได้ดี

**motor power** มีกำลังปกติ สามารถต้านแรงผู้ตรวจได้ Motor System การเดินและการทรงตัวปกติ

**การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination)**

**ลักษณะทั่วไป (General appearance)** ชายไทยวัยผู้ใหญ่ รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 70 กิโลกรัม สูง 182 เซนติเมตร ผิวขาว ผมรองทรงสั้น สีมดดำเงา หนังกึ่งขี้ผึ้งมีรังแคเล็กน้อย แต่งกายด้วยชุดโรงพยาบาล มีสีหน้าบึ้งตึง พูดเสียงแข็ง แววตาไม่เป็นมิตร ต่ำว่าพยาบาลขณะผู้คุย

**ลักษณะการพูด (Speech)** พูดมาก เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน บางครั้งตอบไม่ตรงคำถาม พูดเร็วลิ้นรัว

**อารมณ์ (affect and mood)** สีหน้ากังวล แววตาไม่เป็นมิตร หงุดหงิดง่าย

**ความคิด (thought)** กระแสดความคิดไม่ต่อเนื่อง มีความคิดหวาดระแวงคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย

**การรับรู้ (perception)** ประสาทหลอน(hallucination) ปฏิเสธ, ผู้ป่วยยอมรับในบางครั้งว่ามีหูแว่ว (Auditory Hallucination), ภาพหลอน (visual hallucination) ปฏิเสธ, สัมผัสผิดปกติ (tactile hallucination) ปฏิเสธ, กลิ่นผิดปกติ (olfactory hallucination) ปฏิเสธ, ลิ้นรับรสสัมผัสผิดปกติ (taste hallucination) ปฏิเสธ, การแปลสัมผัสผิดปกติ (illusion) ปฏิเสธ

**การรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล และสถานการณ์ (Orientation)** บอกได้ว่าตนเองอยู่โรงพยาบาล กำลังคุยกับพยาบาล ตอนนี้เป็นเวลาเช้า แต่บอกว่าวันที่ เดือน และปี พ.ศ.ไม่ถูกต้อง

**ความจำ (memory)**

**ความจำในอดีต (remote memory)** บอกอายุของตนเองได้ถูกต้อง และเล่าเรื่องตนเองในอดีตได้ถูกต้อง

**ความจำปัจจุบัน (recent memory)** บอกชื่ออาหารที่รับประทานมื้อเช้า และเที่ยงได้ถูกต้อง

**ความสนใจและสมาธิ (Attention and Concentration)** โดยให้เลข ผู้ป่วยลบบไม่ถูกต้อง พูดเรื่อยเปื่อย ออกนอกเรื่อง ดุด่าพยาบาล

**ระดับเขาวนปัญญา ลักษณะความคิด และความรอบรู้ (General knowledge and abstract thinking)**

บอกชื่อนายกรัฐมนตรีคนปัจจุบันได้ถูกต้อง ให้บอกความแตกต่างของกลางวันและกลางคืน ผู้ป่วยหยุดคิดสักพัก แล้วบอกว่ามืดกับสว่าง ให้บอกความเหมือนของหนูกับแมว บอกว่าเป็นสัตว์มีสี่ขา ให้อธิบายความหมายของคำพังเพยและสุภาษิตหนึ่งสี่อปะจระเข้ ซึ่งข้างจับตักแตน ผู้ป่วยบอก“ถามทำไม ไม่อยากพูดแล้ว”

**การตัดสินใจ (judgment)** ให้สถานการณ์ พบของจดหมายจำหน่ายซองและติดแสตมป์ เรียกร้อยตอกอยู่ จะทำอย่างไร ผู้ป่วยตอบว่า “ก็ปล่อยไว้อย่างนั้นแหละ ก็ไม่ใช่ของเรา”

**ความรู้จักตน (Insight)** ไม่ยอมรับว่าตนเองมีปัญหาทางจิต ไม่รับรู้ปัญหา คิดว่าตนเองเป็นถูกแกล้งให้มาโรงพยาบาลเพราะไม่มีใครรักตนเอง

**แรงจูงใจในการรักษา (Motivation)** ไม่ให้ร่วมมือในการรักษา ไม่ยอมรับปัญหา

**สรุปผลการตรวจสภาพจิต** ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสมส่วน ผิวขาว ผมรองทรงสูง ผมดำเงา มีรังแคเล็กน้อย แต่งกายด้วยชุดโรงพยาบาล สีหน้าวิตกกังวล แววตาไม่เป็นมิตร ดุด่าพยาบาลขณะพูดคุย พูดเยาะ เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน บางครั้งตอบไม่ตรงคำถาม มีความหวาดระแวงคิดว่ามีคนจะมาทำร้ายตนเอง พูดคนเดียว แต่ผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าตนเองพูดคนเดียว การรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลผิดปกติ สมาธิสั้น ตอบไม่ครบถ้วน ประเมินระดับเขาวนปัญญา การตัดสินใจไม่เหมาะสม ไม่รู้จักตนเองขาดแรงจูงใจในการรักษา

**การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis)**

ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพกัญชา กลุ่มอาการผิดปกติแบบโรคจิต (Mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids at psychotic disorder )

**สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากผู้ป่วยมีความรับรู้ที่ผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2. แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีประสาทหลอนทางหู

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหูแว่ว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4. ไม่สบายและวิตกกังวลเนื่องจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่รักษาอาการทางจิต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5. มีโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดความตระหนักรู้เรื่องโทษของกัญชา



ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่6.มีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากไม่ตระหนักถึงการเจ็บป่วยของตนเองและญาติไม่รู้วิธีการดูแลผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากผู้ป่วยมีความรับรู้ที่ผิดปกติ

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. จากการพูดคุย ผู้ป่วยบอกว่ามีเสียงกระซิบข้างหูตลอดเวลาว่าจะมีคนมาทำร้ายตนเอง
  2. ผู้ป่วยตะโกนพูดว่า “กูไม่ได้เป็นอะไร เอามาตัดเชือก ปล่อยกูไป”
  3. จากการสังเกตผู้ป่วยมีสีหน้าบึ้งตึง ตาขวาง แววตาไม่เป็นมิตร หงุดหงิดง่าย ต่ำว่า บิดา มารดาและเจ้าหน้าที่
  4. จากประวัติผู้ป่วยมีพฤติกรรมนั่งพูดคนเดียว
  5. ญาติให้ประวัติว่าอยู่บ้านไม่นอน เดินไปมา ผุดลุกผุดนั่ง
  6. ผู้ป่วยได้รับยาฉีด PRN ตามแผนการการรักษาของแพทย์(Haloperidol 5 mg. IM และValium 10 mg. IV )
- ในเวรป่วย และเวรตึก วันที่ 23 พฤษภาคม 2566 -25 พฤษภาคม 2566

#### วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัยไม่ได้รับอันตรายจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย
2. ผู้ป่วยมีภาวะหลงผิด และหูแว่ว ลดลงจากเดิม หรือไม่มีเลย

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและผู้อื่นไม่ได้รับอันตรายจากผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยอาการทางจิตลดลงไม่หงุดหงิด ตะโกนด่าว่า และทำร้ายผู้อื่น
3. ผู้ป่วยบอกว่าอาการหลงผิดคิดว่าตนเองสื่อสารกับพระพุทธรูปได้ และประสาทหลอนทางหู ลดลงหรือไม่มีอาการหลงผิด

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกความเสี่ยงของภาวะหลงผิดและอาการหูแว่วที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น โดยสังเกตสีหน้า ท่าทาง คำพูด และพฤติกรรมที่แสดงออกทุกเวร
2. จัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม บุคคลอื่นที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิด และจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยโดยเก็บสิ่งของและวัตถุที่อาจจะเป็นอาวุธได้ เช่น ของมีคมต่างๆ แพลงสีพื้น เป็นต้น
3. เมื่อพยาบาลพบอาการ พฤติกรรมรุนแรง ต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสงบลงอย่างรวดเร็ว ลดการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยผู้อื่น และเจ้าหน้าที่ โดยการจำกัดพฤติกรรมซึ่งใช้แบบประเมินเพื่อตัดสติใจผูกมัด ผู้ป่วยตามแนวทางการผูกมัด พร้อมทั้งบอกถึงความจำเป็นในการจำกัดพฤติกรรมและระยะเวลาในการสิ้นสุดการจำกัดพฤติกรรม ตลอดจนสิทธิของผู้ป่วยขณะที่ถูกจำกัดพฤติกรรม
4. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงพฤติกรรมของตนเองและข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับอาการหูแว่ว ว่าเป็นความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วย ด้วยท่าที่ที่สงบ
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองพื้นฐาน เรื่องการดื่มน้ำ การขับถ่าย ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการจำกัดพฤติกรรม
6. ตรวจสอบอาการทุก 15-30 นาทีเพื่อสอบถามความรู้สึกความต้องการของผู้ป่วย และไม่รู้สึกรู้ว่าตนเอง ถูกทอดทิ้ง และเปลี่ยนท่าผูกมัดทุก 2 ชั่วโมง
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Diazepam 10 mg. IV prn และ Haloperidol 5 mg. IM prn ตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมหงุดหงิดก้าวร้าว ไม่ทำตามสั่ง และสังเกตผลและฤทธิ์ข้างเคียงของยา ดังนี้ เมื่อผู้ป่วยได้ Diazepam ให้ติดตามระดับความรู้สึกตัว ติดตามสัญญาณชีพ ถ้า HR <60หรือ>140

ครั้ง/นาที, BP < 90/60 มิลลิเมตรปรอท, RR < 12 ครั้ง/นาที ร่วมกับมีอาการง่วงซึม พูดซ้ำสับสนมีนงง ปวดศีรษะ ให้รายงานแพทย์ทันที กรณีผู้ป่วยได้ยา Haloperidol ให้ติดตามอาการหัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น มีนงง กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย ดังนั้นจึงต้องติดตาม สัญญาณชีพ หลังให้ยา แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถช้า ๆ จากท่านอนเป็นท่านั่งหรือยืน เพราะอาจหน้ามืด ล้มเกิดอุบัติเหตุได้

8. แจ้งให้บุคลากรในทีมการพยาบาลให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน และส่งต่อเวรต่อไปเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าเรียบเฉย มีอาการหงุดหงิดลดลงจากเดิม ไม่มีพฤติกรรมด่าว่า หรือ ทำร้ายผู้อื่น ยินยอม รับประทานยา และสามารถหยุดการจำกัดพฤติกรรมและผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่นได้

2. ผู้ป่วยบอกว่าอาการหูแว่วลดลง รู้สึกรำคาญแต่ไม่หงุดหงิด ถ้าได้พูดคุยกับคนอื่นเสียงแว่วจะหายไป

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีประสาทหลอนทางหู

##### ข้อมูลสนับสนุน

1. จากการพูดคุยผู้ป่วยบอกว่า “ได้ยินเสียงมีคนมากระซิบตลอดเวลา พูดหลายเรื่องทำให้ตนเองนอนไม่ได้”

2. จากประวัติก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน ในเวลากลางคืน ผู้ป่วยเดินไปมาพูดคนเดียว ด่าว่าคนในบ้าน

##### วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ในเวลากลางคืนได้อย่างเพียงพอ อย่างน้อย 6 – 8 ชั่วโมง

2. อาการประสาทหลอนทางหูลดลง หรือไม่มีอาการหลอนทางหู

##### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยนอนหลับในเวลากลางคืนได้ติดต่อกัน 6-8 ชั่วโมง และไม่ต้องฉีดยา PRN

2. ผู้ป่วยบอกว่า “เสียงกระซิบลดลง หรือไม่ได้ยินเสียงใครมาพูดข้างหูแล้ว”

##### กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดระบายความคับข้องใจเกี่ยวกับสาเหตุการนอนไม่หลับและประเมินอาการ หูแว่วเป็นระยะ ทั้งเนื้อหาของหูแว่ว และความถี่ของการเกิดหูแว่ว

2. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึงอาการหูแว่ว ที่เกิดขึ้นผู้ป่วย และความรู้สึกที่มีต่ออาการหูแว่วโดยไม่โต้แย้ง หรือตำหนิเกี่ยวกับอาการที่ผู้ป่วยบอก

3. บอกถึงสภาพความเป็นจริงให้กับผู้ป่วยได้รับรู้ว่าหูแว่วที่ผู้ป่วยได้ยินเป็นความผิดปกติทางจิต

4. ให้ความมั่นใจถึงความปลอดภัยขณะที่เกิดอาการหูแว่ว โดยนั่งเป็นเพื่อนสนทนากับผู้ป่วยถึงความปลอดภัยขณะอยู่ในโรงพยาบาล

5. จัดให้ผู้ป่วยนอนอยู่ใกล้ห้องทำงานพยาบาลเพื่อสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

6. จัดสิ่งแวดล้อมในการนอน ลดสิ่งกระตุ้นไม่ให้ผู้ป่วยคนอื่นมารบกวน

7. ดูแลไม่ให้นอนกลางวัน โดยจัดกิจกรรมในช่วงกลางวันให้ผู้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกลุ่ม

8. จัดให้ผู้ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเรื่องการจัดการกับอาการหูแว่ว

9. สังเกตการนอนหลับพักผ่อน และประเมินอาการหูแว่ว พร้อมทั้งบันทึกผลเพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลง พิจารณารายงานแพทย์ เพื่อปรับการรักษากรณีผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น



### การประเมินผล

1. ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 ของการรักษาผู้ป่วยไม่นอนในเวลากลางคืนต้องได้รับยาฉีด PRN หลังฉีดยา มีหลับได้บ้าง ไม่หลับบ้างและเมื่อสัปดาห์ที่ 2 แพทย์ปรับเพิ่มยาก่อนนอนผู้ป่วยเริ่มหลับได้ 6-8 ชั่วโมง โดยไม่ได้ฉีดยา PRN

2. ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองยังได้ยินเสียงหูแว่วลดลง จากที่ได้ยินเสียงตลอดเวลาทุกวัน ตอนนี้เสียงแว่วเบาและบางครั้งไม่ได้ยินเลย จึงไม่ได้รู้สึกหงุดหงิด

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหูแว่ว

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่ามีเสียงคนมากระซิบว่าจะมาทำร้ายตนเอง
2. จากประวัติผู้ป่วยมีอาการพูดคนเดียว คำว่าคนที่เดินผ่าน เอะอะโวยวาย หงุดหงิดก้าวร้าว

#### วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการหูแว่วลดลงหรือไม่มีอาการหูแว่วเลย

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมที่จะทำร้ายตนเองและผู้อื่น
2. ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ได้เหมาะสมในขณะที่มีหูแว่ว
3. ผู้ป่วยสามารถระบายความรู้สึกเมื่อมีอาการประสาทหลอนหรือมีอาการผิดปกติให้พยาบาลทราบได้

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก เสนอทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อให้ผ่อนคลาย ลดพฤติกรรมรุนแรง รวมทั้งให้กำลังใจเมื่อทำสำเร็จ

2. ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมของผู้ป่วย ยอมรับและเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยแจ้งถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตน แสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยด้วยความจริงใจ ประเมินภาวะเสี่ยง ต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

3. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปราศจากสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหงุดหงิดก้าวร้าว และจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการหูแว่วตลอดเวลาจนรู้สึกหงุดหงิด โดยให้ haloperidol 5 mg IM prn เนื่องจากยามีฤทธิ์ในการต้าน Dopamine โดยตรงทำให้มีผลในการระงับอาการหูแว่ว และประสาทหลอนได้

5. ฝึกทักษะการจัดการกับอาการหูแว่ว เช่น การดูโทรทัศน์ การฟังเพลง ร้องเพลงกลบเสียงที่ได้ยิน หรือ การพยายามไม่อยู่ที่เงียบๆคนเดียว

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยปฏิเสธอาการหูแว่วหรือเห็นภาพหลอน ไม่มีพฤติกรรมที่จะทำร้ายตนเองและผู้อื่น พูดคนเดียวลดลง ไม่มีเอะอะโวยวาย ไม่มีหงุดหงิดก้าวร้าว

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบายและวิตกกังวลเนื่องจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่รักษาอาการทางจิต

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยพูดว่า “กินยาแล้ววงมากไม่อยากจะทำอะไรเลย เพลียมาก ไม่อยากตื่น ปวดเมื่อยตัว ผมเดินไม่ เหมือนเดิม”
2. จากการสังเกตผู้ป่วยจะนอนหลับช่วงเช้าถึงสาย ๆ ปลุกตื่นยาก ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนผู้ป่วย
3. ขณะผู้ป่วยพูด มีพูดไม่ชัด น้ำลายไหล เดินตัวแข็ง



4. ผู้ป่วยได้รับยา Chlorpromazine 100 mg. 1 tab oral ก่อนนอน, Risperidone 1 mg. 2 tab oral หลังอาหารเช้า และ 3 tab oral ก่อนนอน, Valproate 500 mg. 1 tab oral ก่อนนอน ,Trihexylphenidyl 2 mg. 1 tab oral pc เช้า

### วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ไม่อ่อนเพลีย สัญญาณชีพปกติ
2. ผู้ป่วยเข้าใจและปรับตัวต่ออาการข้างเคียงของยาได้ และความวิตกกังวลลดลง
3. ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น อาการง่วงนอนและอ่อนเพลียในเวลากลางวันลดลง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆได้ปกติ
2. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วงระหว่าง 110/70 มิลลิเมตรปรอท ถึง 130/90 มิลลิเมตรปรอท และผลการตรวจเลือดปกติ
3. ผู้ป่วยไม่ท้งยา ได้รับยาทางจิตครบทุกชนิดและครบตามขนาดตามแผนการรักษา

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต
2. สนทนากับผู้ป่วยเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก และอาการผิดปกติจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วย และการปฏิบัติตัว เช่น ถ้าปากคอแห้ง ให้จิบน้ำบ่อย ๆ ถ้าง่วงนอนให้นอนพักผ่อนไม่เกิน 1 ชั่วโมง ในเวลากลางวัน เพราะอาจทำให้ไม่ง่วงนอนในเวลากลางคืน ควรใช้วิธีอาบน้ำ หรือล้างหน้าให้สดชื่น หรือเข้ากลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ถ้าหน้ามืด ให้ลุกช้าๆ ลุกนั่งบนเตียงก่อนที่จะลุกยืน
4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญที่จะต้องรับประทานยาทางจิต ซึ่งจะช่วยให้จิตใจไม่หงุดหงิด ง่ายควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ และช่วยให้หลับได้ดี
5. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมงเมื่อพบความผิดปกติสัมพันธ์กับอาการหน้ามืดของผู้ป่วยพิจารณารายงานแพทย์เพื่อหาแนวทางการแก้ไข
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ ประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งสังเกตและบันทึกผลและฤทธิ์ข้างเคียงของยา
7. จัดให้ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มศึกษาเรื่องยาและฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยรับประทาน โดยให้ผู้ป่วยได้ทราบชื่อยา ชื่อที่ใช้ของยา อาการข้างเคียงของยาและคำแนะนำขณะรับประทานดังนี้
  - Chlorpromazine ชื่อที่ใช้ รักษาควบคุมอาการโรคจิตชนิดคลุ้มคลั่ง ลดความวิตกกังวล อาการข้างเคียง ท้องผูก วิงเวียนศีรษะ ง่วงซึม ปากแห้ง คำแนะนำ ให้จิบน้ำ บ้วนปากบ่อย ๆ ดื่มน้ำมากขึ้น ระมัดระวังอุบัติเหตุจากการเคลื่อนไหวร่างกาย ลุกนั่งเปลี่ยนท่าช้า ๆ
  - Risperidone ชื่อที่ใช้ รักษาอาการทางจิต รักษาอารมณ์แปรปรวน อาการข้างเคียง สับสน วิตกกังวล วิงเวียน ปวดศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ ท้องผูก ตาพร่า ตัวบวม น้ำหนักตัวเพิ่ม คำแนะนำ จิบน้ำบ่อย ๆ ระมัดระวังอุบัติเหตุขณะเคลื่อนไหว หากมีตาพร่าต้องนั่งหรือนอนพัก ไม่ควรขับรถ รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ถ้ามีอาการไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่างๆ ได้ ให้รีบมาพบแพทย์ทันที
  - Valproate ชื่อที่ใช้ รักษาภาวะคลุ้มคลั่ง (Mania) ใช้รักษาและป้องกันภาวะคลุ้มคลั่งในโรคไบโพล่า อาการข้างเคียง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ หัวบวม น้ำหนักเพิ่ม ตากระตุก วิงเวียน คำแนะนำ ให้ผู้ป่วยระวังอุบัติเหตุเพราะยาอาจทำให้ง่วง ดื่มน้ำ 2-3 ลิตรต่อวัน

- Trihexyphenidyl ข้อบ่งใช้ ช่วยรักษาผลข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาทางจิตเวช อาการข้างเคียง ตาพร่า ปากแห้ง ท้องผูก ง่วงซึม เมื่อยล้า ถ่ายปัสสาวะลำบาก คำแนะนำ ต้มน้ำบ่อย ๆ หรืออม น้ำแข็งก้อนเล็ก ๆ ติดตามการปัสสาวะ เผื่อระวังอุบัติเหตุเนื่องจากมีอาการง่วง ถ้ามีอาการตามัว ไม่ให้ขับรถ ห้ามดื่มสุราเนื่องจากอาจเป็นสาเหตุให้เกิดผลต่อระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มมากขึ้น เช่นมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ไม่ง่วงนอนหรืออ่อนเพลียเวลากลางวัน ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ครบไม่วิตกกังวลในการรับประทานยา

2. ผู้ป่วยไม่มีหน้ามืดความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ขณะพูดไม่มีน้ำลายไหลหรือพูดไม่ชัด ไม่มีอาการ เดินตัวแข็งขณะเดินทำกิจกรรมไม่เกิดอุบัติเหตุ

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดความตระหนักถึงโทษของกัญชา ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยบอกว่า “ผมเสพติดเดียว ไม่ได้ติด เสพเอาเพลิน ผ่อนคลาย ไม่มีโทษมากหรอก”
2. ผู้ป่วยอยู่ใกล้แหล่งที่หาซื้อกัญชาได้ง่าย เมื่อผู้ป่วยพูดถึงเรื่องการใช้กัญชา มีสีหน้าเรียบเฉย

### วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงผลเสียของกัญชา และมีทักษะการปฏิเสธหากมีคนชักชวนให้ใช้สารเสพติด

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงผลเสียของกัญชา
2. ผู้ป่วยมีทักษะการปฏิเสธและสามารถบอกวิธีการปฏิเสธหากมีคนชักชวนให้ใช้สารเสพติด
3. ประเมิน stage of change

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความตระหนักและผลเสียจากการใช้กัญชา การปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ประเมินการใช้สารเสพติดโดยใช้ทฤษฎี stages of change
3. ให้การพยาบาลเพื่อเสริมแรงจิตใจในการบำบัด (MI) โดยการให้คำแนะนำกับปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและทบทวนเป้าหมายระยะยาวตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
4. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยโดยให้ลองบอกข้อดี ข้อเสียของกัญชา และเหตุผลที่ทำให้ต้องกลับมาอนรพ.
5. พูดคุยกับผู้ป่วยถึงสถานการณ์ ประสบการณ์ต่างๆที่ผ่านมาที่เคยทำให้กลับไปใช้ยาเสพติดและเรียนรู้การมีพฤติกรรมใหม่ที่ไม่ต้องใช้ยาเสพติด
6. อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการขาดยาที่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาขาดยา เช่น ซึมเศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิด ปวดศีรษะ และหาแนวทางในการจัดการกับอาการดังกล่าว
7. พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันหาแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมเผชิญกับตัวกระตุ้นต่างๆ และกำจัดอุปสรรคการเสพยา โดยจำลองสถานการณ์ขึ้น เมื่อต้องไปเผชิญเหตุการณ์หรือตัวกระตุ้นที่จะทำให้กลับไปใช้ยา เสพติด และเสริมทักษะการปฏิเสธและวิธีการปฏิเสธหากมีคนชักชวนให้ใช้สารเสพติด
8. พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับวงจรการอยากยาและหาวิธีที่จะหยุดวงจรนั้นด้วยตัวเอง โดยหลีกเลี่ยงการพูดคุยหรือบรรยายขั้นตอนการเสพยาหรือความรู้สึกที่อยากใช้ยา แต่ให้มุ่งการตั้งเป้าหมายและวิธีการที่จะเลิกใช้ยา และให้กำลังใจสนับสนุน
9. แนะนำวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจให้ผู้ป่วยหากิจกรรมเมื่อมีเวลาว่าง เช่น อ่านหนังสือ เล่นกีฬา เล่นดนตรี ฟังเพลง หรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ
10. สนับสนุนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะพื้นฐานต่างๆในการเลิกยา เรียนรู้ว่าคุณคิด อารมณ์ พฤติกรรมต่างๆ สามารถเปลี่ยนแปลงได้

11. ให้กำลังใจผู้ป่วยและให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะต่างๆในการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ ความเชื่อ ความคิดที่จะทำให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ
12. จัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเรื่อง “ทักษะในการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ใช้สารเสพติด” เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และทักษะในการปฏิเสธร่วมกับสมาชิกภายในกลุ่ม
13. ทำกิจกรรม Self-help Group ไม่น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง เรื่องการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด
14. ให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling)
15. มีการประเมินการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และแรงจูงใจและความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดซ้ำเป็นระยะๆของการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎี stages of change

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกผลเสียของกัญชาว่า “ทำให้ไปทำลายสมอง เบลอและประสาทหลอน และทำอะไรลงไปแบบไม่รู้ตัว แต่ยังคงมีความคิดอยู่ว่าการใช้กัญชาไม่ผิดกฎหมาย ใช้แล้วไม่ได้ไปเป็นทำร้ายใคร ถ้าใช้ปริมาณน้อยๆช่วยให้ผลิตเพลินคลายเครียดได้”
  2. ผู้ป่วยบอกวิธีการปฏิเสธหากมีคนชักชวนให้ใช้สารเสพติดได้ว่า “อาจต้องเลิกคบเพื่อนแถวนี้ หักห้ามใจตัวเอง อาจหาอะไรทำเพื่อไม่ให้สนใจสารเสพติดเพราะคิดถึงลูกสาวที่กำลังจะโต”
  3. Stage of change ของผู้ป่วยอยู่ในขั้นเมินเฉย Pre-contemplation มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาและยาเสพติดพอสมควร แต่ยังไม่คิดจะเลิก เพราะคิดว่าตนเองเสพากัญชาเพื่อผลิตเพลินเท่านั้น
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากไม่ตระหนักถึงการเจ็บป่วยของตนเอง และญาติไม่รู้วิธีการดูแลผู้ป่วย

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยพูดว่า “ผมไม่ได้เป็นอะไร ปล่อยให้ผมกลับบ้านเถอะ” “เป็นเพราะยาทำให้ผมทำงานกลางวันไม่ได้ ยาทำให้ผมทำงานไม่ได้ ผมง่วงแล้วผมจะกินมันทำไม”
2. ญาติให้ประวัติว่า ผู้ป่วยอยู่บ้านรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่เชื่อฟัง บิดา มารดา และน้องสาว เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบญาติไม่สามารถควบคุมจัดการกับผู้ป่วยได้
3. เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบผู้ป่วยจะเอาแต่ใจ ต่ำว่าบิดา มารดา น้องสาว ไม่เชื่อฟังใครเลยทำให้สมาชิก ในบ้านกังวลและไม่รู้จะจัดการกับผู้ป่วยอย่างไร

#### วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หรือมาก่อนที่แพทย์นัด
2. ผู้ป่วยตระหนักถึงการเจ็บป่วยของตนเองปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ญาติมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและเฝ้าระวังอาการกำเริบของผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยตระหนักถึงการเจ็บป่วยของตนเองและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
2. ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมมือในการแก้ปัญหาาร่วมกันได้ หลังได้รับคำปรึกษา
3. หลังจากให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ถูกต้อง
4. ผู้ป่วยและญาติมีสัมพันธภาพที่ดี พูดให้กำลังใจและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยพร้อมปรับตัวเองให้ดีขึ้น

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สสำรวจปัญหาและให้การปรึกษารอบครัวในการดูแลและยอมรับในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
2. อธิบายการปฏิบัติตัวตามแนวทาง D-METHOD  
D - Diagnosis อธิบายเกี่ยวกับอาการทางจิตจากกัญชา ที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคและอาการเตือนก่อนการกำเริบของโรค เพื่อเฝ้าระวังป้องกันก่อนที่จะรุนแรงจนควบคุมไม่ได้ ตลอดจนการรู้จักจัดการกับอาการกำเริบของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมทันทั่วทั้งที่



M - Medicine ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ โดยแนะนำให้กินยาต่อเนื่อง สอนทักษะการจัดการจดยา บอกถึงข้อดีของการทานยาและข้อเสียของการไม่ทานยาให้ผู้ป่วยได้ตระหนักมากขึ้น และเฝ้าระวังผลข้างเคียง ของยาทางจิตเวชยา เช่นปากแห้ง คอแห้ง ให้ดื่มน้ำบ่อย ๆ ถ้ามีเดินตัวแข็ง ลื่นแข็ง มือสั่น เคลื่อนไหวช้า ฯลฯ แพทย์จะสั่งยาแก้แพ้ควบคู่มาด้วย ถ้ารู้สึกว่ามีผลต่อชีวิตประจำวันให้มาปรึกษาแพทย์ก่อนนัด ไม่ควรหยุดยาเอง

E - Environment แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาดและปลอดภัย ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ มีกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด

T - Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเอง

H - Health การส่งเสริม ฟันฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ

O - Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้านและ จากเครือข่ายทาง สังคม

D - Diet การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว

3. ประเมินผลทำให้ความรู้แก่ญาติและผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน ทบทวนและเสริมส่วนที่ขาด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจ

4. จัดให้ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มกิจกรรม เช่น กลุ่มการให้ความรู้เรื่องโทษของกัญชา กลุ่มการเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน เพื่อเสริมสร้างการตระหนักในการเจ็บป่วยของตนเอง

5. ให้กำลังใจและความมั่นใจ เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

6. เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย เพื่อให้ญาติรู้สึกผ่อนคลาย เพราะการดูแลผู้ป่วยญาติมีความรู้สึกเครียด และวิตกกังวล

7. แนะนำแหล่งบริการสาธารณสุขในชุมชนสภาพอนามัย โรงพยาบาลตราด ในการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ และตระหนักถึงการเจ็บป่วยของตนเองและรับปากว่าจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และจะมาตามนัดตามกำหนด

2. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการดูแลและผู้ป่วย การสังเกตและเฝ้าระวังไม่ให้อาการผู้ป่วยกำเริบจนควบคุมไม่ได้และครอบครัวบอกว่าครั้งนี้รู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

#### การนำไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตจากการใช้สารเสพติดกัญชา

2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลเฉพาะรายตรงกับปัญหาและความต้องการ

3. มีการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตจากการใช้สารเสพติดกัญชา

4. มีการติดตามระบบการดูแลผู้ป่วย และส่งต่อผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

#### ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

1. ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้สารเสพติดกัญชาที่มีความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จำนวน 1 ราย วันที่ได้รับการดูแล วันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ.2566 เวลา 17.50 น. วันที่จำหน่ายการดูแล วันที่ 6 มิถุนายน 2566 เวลา16.30 น.รวมระยะเวลาในการดูแลทั้งหมด 14 วัน

2. ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยที่เสพกัญชาส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพกายและการเกิดโรคทางจิต ซึ่งนับเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม ดังนั้นการให้การพยาบาลด้านจิตเวชจึงมีส่วนช่วยฟื้นฟูการเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคจิตจากการเสพกัญชา ให้สามารถใช้ชีวิต และกลับไปสู่สังคมได้อย่างมั่นใจ

### เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา ณห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กระทรวงสาธารณสุข.
- ธรรมนาถ เจริญบุญ, วินิทราน นวลละออง และกัณฑ์กมล จัยสิน. (2558). *ตำราจิตเวชศาสตร์ธรรมศาสตร์*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม และศิริวรรณ ปิยะวัฒนเมธา. (2563). *จิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3) บริษัท สยามทองกิจจำกัด.
- พรจิรา บริวัชรากุล. (2565). *ฤทธิ์ของสารในกัญชาต่อระบบประสาทและจิตใจ*. กัญชา ความจริงต้องรู้.งานเสวนาวิชาการ,มหาวิทยาลัยมหิดล
- นันทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช และพนม เกตุมาน. (2558). *จิตเวช ศิริราช DSM-5* (พิมพ์ครั้งที่1). ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์
- มาโนช หล่อตระกูล. (2559). *การตรวจสัมภาษณ์ทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 2).พิมพ์ลักษณ์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2560). *การใช้ยาจิตเวชในทางคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชน. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่4). ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2560). *คำแนะนำสำหรับการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการเสพติดกัญชา*. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 กันยายน 2567, จาก <https://shorturl.asia/AjeZx>
- สายฝน เอกวางกูร. (2562). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต :ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 5). โรงพิมพ์สามลดา.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2564). *หนังสือชุดองค์ความรู้พิษเสพติดกัญชา*. สืบค้น เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2567, จาก <https://n9.cl/zjvre>
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทร และวาริรัตน์ ถาน้อย. (2557). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ Psychiatric Nursing* (พิมพ์ครั้งที่ 1).สายรุ้งกิจการพิมพ์.
- เอกอุมา อิมคำ. (2565). *การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้* (พิมพ์ครั้งที่3). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.