

ประกาศจังหวัดสุรินทร์
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

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

จังหวัดสุรินทร์ ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวมยุรา ศรีวรรณชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	จังหวัดสุรินทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบเชิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลแนงมุด กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว
๒.	นายวิรุษ สุริโย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	จังหวัดสุรินทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบเชิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระทอง ตำบลแนงมุด กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว

รายละเอียดแนบท้ายประกาศฉบับนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายกิตติ สัตย์ซื่อ)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด รักษาราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดสุรินทร์

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดสุรินทร์
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวมยุรา ศรีวรรณชัย	จังหวัดสุรินทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบเชิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลแนงมุด กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๓๒๘๖	จังหวัดสุรินทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบเชิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลแนงมุด กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๓๒๘๖	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน "การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตรถาวร ตำบลด่าน อำเภอกาบเชิง : กรณีศึกษา" **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** "การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (Diabetes Remission)" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "**แนบท้ายประกาศ**"					๑๐๐%
๒	นายวิรุษ สุริโย	จังหวัดสุรินทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบเชิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสระทอง ตำบลแนงมุด กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๓๓๘๕	จังหวัดสุรินทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบเชิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสระทอง ตำบลแนงมุด กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๓๓๘๕	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน "กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงร่วมกับประวัติการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระทอง" **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** "แนวทางการพัฒนาระบบติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ที่มีประวัติใช้สารเสพติดและรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในชุมชน" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "**แนบท้ายประกาศ**"					๑๐๐%

<u>ส่วนที่ ๒</u> **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน**

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตรถาวร ตำบลด่าน อำเภอกาบเชิง : กรณีศึกษา

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 3 เดือน วันที่ 5 เดือนมกราคม 2569 – วันที่ 5 เดือนเมษายน 2569

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

3.1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นกลุ่มโรคเมตาบอลิกเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน การออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงกว่าปกติอย่างต่อเนื่อง อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากเบต้าเซลล์ (β-cell) ของตับอ่อน มีหน้าที่สำคัญในการนำน้ำตาลกลูโคสจากกระแสเลือดเข้าสู่เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงาน เมื่อร่างกายมีการสร้างอินซูลินไม่เพียงพอหรือเซลล์ของร่างกายไม่ตอบสนองต่ออินซูลิน จะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีหลายประการ เช่น การสะสมของ Advanced Glycation End Products (AGEs) การกระตุ้น Polyol Pathway และการเพิ่มภาวะ Oxidative Stress ซึ่งส่งผลให้เกิดการทำลายเซลล์บุผนังหลอดเลือด (Endothelial Cell Dysfunction) และความผิดปกติของระบบหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญหลายระบบ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบไต และระบบจอประสาทตาองค์การอนามัยโลก (WHO) และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ได้กำหนดให้โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง การขาดกิจกรรมทางกาย ภาวะอ้วน อายุที่เพิ่มขึ้น และปัจจัยทางพันธุกรรม และโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเน้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหา ให้ความรู้ ส่งเสริมการดูแลตนเอง และติดตามผลการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ADA, 2025; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

3.1.2 พยาธิสภาพของโรคเบาหวาน

พยาธิสภาพของโรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของการสร้างอินซูลิน การหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในภาวะปกติเมื่อรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตจะถูกย่อยเป็นกลูโคสและดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ส่งผลให้ตับอ่อนหลั่งอินซูลินออกมาเพื่อช่วยนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อ ตับ และเนื้อเยื่อไขมัน เพื่อใช้เป็นพลังงานหรือเก็บสะสมไว้ในรูปไกลโคเจน ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อน ส่งผลให้ร่างกายขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง ทำให้น้ำตาลไม่สามารถเข้าสู่เซลล์ได้ เซลล์จึงหันไปสลายไขมันและโปรตีนมาใช้เป็นพลังงาน ส่งผลให้เกิดสารคีโตนสะสมในเลือดและเกิดภาวะ Diabetic Ketoacidosis (DKA) ส่วนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) ร่วมกับความสามารถในการหลั่งอินซูลินที่ลดลง โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง เซลล์ไขมันจะหลั่งสารก่อการอักเสบหลายชนิดที่ส่งผลให้เซลล์เป้าหมายตอบสนองต่ออินซูลินลดลง ทำให้ตับสร้างกลูโคสเพิ่มขึ้น ขณะที่กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อไขมันนำน้ำตาลไปใช้ลดลง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ได้แก่

- ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular Complications)
- เบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy)

- โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy)
- โรคเส้นประสาทจากเบาหวาน (Diabetic Neuropathy)
- ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular Complications)
- โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease)
- โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
- โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral Arterial Disease)

ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ความพิการ และการสูญเสียคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว (ADA, 2025; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

3.1.3 สาเหตุของโรคเบาหวาน

สาเหตุของโรคเบาหวานแตกต่างกันตามชนิดของโรค โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันที่ทำลายเซลล์สร้างอินซูลินของตับอ่อน ขณะที่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรมร่วมกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ภาวะอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง และอายุที่เพิ่มขึ้น (ADA, 2025) นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังอาจเกิดจากสาเหตุจำเพาะอื่น เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม โรคของตับอ่อน โรคต่อมไร้ท่อ การใช้ยาบางชนิด หรือเกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

3.1.4 อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะแรกอาจไม่มีอาการผิดปกติ แต่เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจะมีอาการสำคัญ ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ตาพร่ามัว และแผลหายช้า (ADA, 2025)

ในรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นเวลานาน อาจพบอาการชาปลายมือปลายเท้า ปวดแสบปวดร้อนบริเวณเท้า หรือมีอาการจากภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น โรคไต โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

3.1.5 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวานทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธี (ประทุม สร้อยวงค์, 2564; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560; ADA, 2020) ต่อไปนี้

1. ระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose หรือ FPG) เท่ากับหรือมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำนวนมากกว่า 1 ครั้ง และตรวจซ้ำในวันต่อมาหรือสัปดาห์ต่อมา วิธีนี้เหมาะสำหรับบุคคลทั่วไปที่มารับการตรวจสุขภาพประจำปี หรือผู้ที่ไม่มีอาการ
2. มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน ได้แก่ หิวน้ำบ่อย ดื่มน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมาก และน้ำหนักตัวลดโดยมาทราบสาเหตุ เมื่อตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยไม่จำเป็นต้องอดอาหารมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
3. ระดับน้ำตาลพลาสมากลูโคส ณ เวลา 2 ชั่วโมง ภายหลังการตรวจความทนต่อกลูโคส (75 gram oral glucose tolerance test [75g OGTT]) เท่ากับหรือมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
4. ระดับ hemoglobin A1c (HbA1c) หรือค่าน้ำตาลสะสม มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 6.5% วิธีการนี้เป็นที่นิยมใช้กันมากขึ้นในปัจจุบันเนื่องจากไม่ต้องงดน้ำงดอาหารก่อนเจาะเลือดตรวจแต่อย่างไรก็ตาม ต้องได้รับการตรวจวัดในห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐาน ในกรณีที่ไม่มีอาการควรมีการตรวจด้วยวิธีนี้ซ้ำอีกครั้งในต่างวันเพื่อยืนยันผลการตรวจ

ในกรณีที่พบว่าค่าน้ำตาลพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง กับค่าน้ำตาลสะสมไม่สอดคล้องกัน ควรพิจารณาใช้เกณฑ์ที่ผิดปกติทั้งสองค่าที่มีการเจาะเลือดในเวลาเดียวกัน

3.1.5 การรักษาโรคเบาหวาน

การดูแลรักษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีเป้าหมายเพื่อรักษาอาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดป้องกัน และรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน คือ การมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและระดับน้ำตาลในเลือดสูง ป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง และให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่มีการเจ็บป่วย เกณฑ์ของการควบคุมระดับน้ำตาล คือ

1. ระดับ hemoglobin A1c (HbA1c) เป้าหมายสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่นาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคอื่นร่วม ควรควบคุมอย่างเข้มงวดมากคือให้ระดับ hemoglobin A1c ควรน้อยกว่า 6.5% แต่อย่างไรก็ตามการควบคุมเข้มงวดมากเกินไปจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและน้ำหนักตัวอาจเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้น โดยทั่วไปจึงแนะนำให้ใช้เกณฑ์ที่น้อยกว่า 7% (ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 80 ถึง 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุดหลังอาหาร 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

2. หากเป็นผู้ที่มีโรคอื่นร่วมและมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อย ควรควบคุมให้ระดับ hemoglobin A1c เป้าหมายไม่ควรต่ำกว่า 7% อยู่ในช่วง 7.0 ถึง 7.5% สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลใกล้ชิดในการทำกิจวัตรประจำวันอาจไม่ต้องเข้มงวดมาก ควรควบคุมระดับ hemoglobin A1c ไม่ให้เกิน 8.5% และสำหรับผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน เช่น เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและดูแลให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และหากได้รับการดูแลที่บ้านควรดูแลเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต

3. ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร กรณีที่มีการควบคุมเข้มงวดมาก ควรอยู่ในระดับ 70 ถึง 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หากควบคุมเข้มงวด ควรอยู่ในระดับ 80 ถึง 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหากควบคุมไม่เข้มงวด ควรอยู่ระดับ 140 ถึง 170 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

4. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 2 ชั่วโมง กรณีที่ควบคุมเข้มงวดมากควรอยู่ในระดับน้อยกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

การรักษาโรคเบาหวานโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ยาชนิดรับประทาน ยาฉีดอินซูลิน และยาฉีด GLP-1 analog (ประทุม สร้อยวงศ์, 2564; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560; ADA, 2020) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ยาที่รักษาเบาหวานชนิดรับประทาน

ยาเม็ดลดระดับน้ำตาล ที่นิยมใช้กันทั่วไป มี 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่กระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนเพิ่มขึ้น (insulin secretagogue) ได้แก่ ยากลุ่มซัลโฟนีลยูเรีย (sulfonylurea) ยากลุ่มที่ไม่ใช่ซัลโฟนีลยูเรีย (non-sulfonylurea หรือ glinide) และยาที่ยับยั้งการทำลาย glucagon like peptide-1 (GLP-1) ได้แก่ ยากลุ่ม DPP-4 inhibitor หรือ gliptins ยากลุ่มนี้ ได้แก่ คลอร์โพรพาไมด์ (chlorpropamide) ไกลเบนคลาไมด์ (glibenclamide) ไกลปิไซด์ (glipizide) ดาโอนิล (daonil) และไกลมิพิไรด์ (glimepiride) ยากลุ่มนี้ควรรับประทานยาก่อนอาหาร 30 นาที อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คลื่นไส้ น้ำหนักเพิ่ม ผื่นขึ้นหรือแพ้แสง

2. กลุ่มที่ลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ได้แก่ กลุ่ม biguanide และกลุ่ม thiazolidinedione หรือ glitazone ยากลุ่มไบกัวไนด์ ออกฤทธิ์ยับยั้งการปล่อยกลูโคสจากตับโดยการลดกระบวนการผลิตกลูโคสใหม่ที่ตับ และช่วยให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่เนื้อเยื่อได้ดี ยากลุ่มนี้ที่ใช้ในปัจจุบัน คือ เมทฟอร์มิน (metformin) Glucophage (กลูโคฟาจ) ยากลุ่มนี้ควรรับประทานพร้อมอาหารหรือหลังอาหาร ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในผู้ที่มีโรคหัวใจวาย และโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบ ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้คือ การเกิดภาวะกรดแลกติกคั่ง ผู้ป่วยอาจเกิดอาการเบื่ออาหาร ไม่อยากรับประทานอาหาร อาจปรับให้รับประทานยาพร้อมอาหาร จะช่วยให้อาการดีขึ้น

3. กลุ่มที่ยับยั้งเอนไซม์ alpha-glucosidase (alpha-glucosidase inhibitor) ที่เยื่อบุลำไส้ ทำให้ลดการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้ ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์กลุ่มอัลฟากลูโคซิเดส (alpha glucosidase) ที่ย่อยคาร์โบไฮเดรต ทำให้การย่อยและการดูดซึมกลูโคสช้าลง จึงผลทำให้ระดับกลูโคสในเลือดหลังอาหารลดลง

ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ อะคาร์โบส (acarbose) ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ อืดแน่นท้อง ปวดท้อง ท้องเสีย มีผลต่อเอนไซม์ตับ ห้ามใช้ในผู้ที่มีการย่อยและการดูดซึมอาหารผิดปกติ โรคตับแข็งไม่ควรใช้ยานี้ร่วมกับยาลดกรด ยาเอนไซม์ช่วยย่อยอาหาร เพราะจะทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง ยากลุ่มนี้ควรรับประทานพร้อมอาหาร และเคี้ยวก่อนกลืน

4. กลุ่มที่ยับยั้ง sodium-glucose co-transporter (SGLT-2) receptor ที่ไต ทำให้มีการขับกลูโคสทิ้งทางปัสสาวะ

กลุ่มที่ 2 ยาฉีดอินซูลิน

มีข้อบ่งชี้ในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาฉีดอินซูลินเมื่อ

- มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก
- ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดรับประทาน 2 ถึง 3 ชนิดในขนาดสูงสุดแล้วควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
- มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน อยู่ในภาวะที่มีการติดเชื้อรุนแรง หรืออุบัติเหตุรุนแรง มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมทั้งมีภาวะขาดอาหาร (malnutrition)
- ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ หรือ ตั้งครรภ์
- มีการทำงานของไตและตับบกพร่องที่มีผลต่อยา
- แพ้ยาเม็ดรับประทาน

3. มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะกรดเกินจากการคั่งของสารคีโตน ภาวะไฮเปอร์ออสโมลาร์ ไฮเปอร์ไกลซีมิค

4. เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ด้วยการปรับพฤติกรรม

5. เป็นโรคเบาหวานจากตับอ่อนถูกทำลาย เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง หรือถูกตัดตับอ่อนอินซูลินปัจจุบันสังเคราะห์ขึ้นด้วยกระบวนการ genetic engineering มีโครงสร้างเช่นเดียวกับอินซูลินที่ร่างกายคนสร้างขึ้น ที่เรียกว่า ฮิวแมนอินซูลิน (human insulin) และยังมีการดัดแปลงฮิวแมนอินซูลินให้สามารถออกฤทธิ์ตามต้องการเรียกว่า insulin analog อินซูลินแบ่งเป็น 4 ชนิดตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ ดังนี้

1. ฮิวแมนอินซูลินชนิดออกฤทธิ์สั้น (short acting insulin) หรือเรกูลาร์อินซูลิน (regular insulin [RI])
2. อินซูลินอะนาล็อกที่ออกฤทธิ์เร็ว (rapid acting insulin analog [RAA]) เป็นอินซูลินที่เกิดจากการดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของฮิวแมนอินซูลิน
3. ฮิวแมนอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง (intermediate-acting insulin) อินซูลินชนิดนี้ ได้แก่ ฮิวมูลินเอ็น (humulin N) อินสุลาทาร์ด (insulatard) และโมโนทาร์ด (monotard) หรือ NPH เป็นต้น
4. อินซูลินอะนาล็อกชนิดออกฤทธิ์นาน (long acting insulin [LAA]) เป็นอินซูลินที่เกิดจากการดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของฮิวแมนอินซูลิน และเพิ่มกรดอะมิโน หรือเสริมแต่งสายของอินซูลินด้วยกรดไขมัน

ในปัจจุบันมีอินซูลินผสมสำเร็จ (premixed insulin) ที่ผลิตขึ้นเพื่อให้สะดวกในการใช้เป็นอินซูลินชนิดผสม ได้แก่ ฮิวแมนอินซูลินชนิดออกฤทธิ์สั้นผสมกับฮิวแมนอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง หรืออินซูลินอะนาล็อกที่ออกฤทธิ์เร็วผสมกับอินซูลินอะนาล็อกที่ออกฤทธิ์นานปานกลาง หรืออินซูลินอะนาล็อกที่ออกฤทธิ์เร็วผสมกับอินซูลินอะนาล็อกที่ออกฤทธิ์นานปานกลาง ตัวอย่างของยากลุ่มนี้ เช่น มิกซ์ทาร์ด 30 (mixtard 30) หรือ ฮิวมูลิน 70/30 (humulin 70/30) ซึ่งหมายถึงมีส่วนประกอบของอินซูลินที่ออกฤทธิ์ปานกลาง (NPH) ร้อยละ 70 และออกฤทธิ์สั้น (R) ร้อยละ 30 หรือ ฮิวมาล็อกมิกซ์ 75/25 (humalog mix 75/25) และโนโวมิกซ์ 30 (novo mix) เป็นต้น ยากลุ่มนี้มีข้อจำกัดคือไม่สามารถเพิ่มอินซูลินชนิดหนึ่งชนิดใดได้

กลุ่มที่ 3 ยาฉีด GLP-1 analog หรือ GLP-1 receptor agonists

ยากลุ่มนี้เป็นยาที่สังเคราะห์ขึ้นเพื่อให้ออกฤทธิ์ได้นานขึ้น โดยการออกฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอินซูลินและยับยั้งการหลั่งกลูคากอน และมีผลลดการบีบตัวของกระเพาะอาหารทำให้อิ่มเร็วขึ้น และออกฤทธิ์ที่ศูนย์ควบคุมความอยากอาหารที่ไฮโปธาลามัสทำให้ลดความอยากอาหาร ยากลุ่มนี้ ได้แก่ exenatide และ liraglutide

หลักการให้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ใหญ่ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560) มีข้อแนะนำดังนี้

1. การรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เริ่มด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตก่อนการให้ยา หรืออาจเริ่มให้ยาไปพร้อมกัน ส่วนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 แพทย์จะเริ่มให้ยาฉีดอินซูลินพร้อมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม
2. ควรติดตามและปรับขนาดยาทุก 1–4 สัปดาห์จนได้ระดับน้ำตาลในเลือดตามเป้าหมาย หลังจากนั้นจะติดตามทุก 2 ถึง 6 เดือน โดยเฉลี่ยทุก 3 เดือน
3. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การเริ่มยากินชนิดเดียวจะเริ่มให้ metformin เป็นยาตัวแรก หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จะมีการเพิ่มยาอีก 1 ตัว (combination therapy) ที่ไม่ใช่ยากลุ่มเดิม โดยแพทย์อาจพิจารณาเพิ่มยาชนิดที่ 2 เมื่อยา metformin ยังไม่ถึงขนาดสูงสุด ยาร่วมชนิดที่ 2 เช่น sulfonylurea จะใช้เป็นหลักก่อน หากมีข้อจำกัดในการให้ sulfonylurea แพทย์จึงจะพิจารณาให้ยาชนิดอื่น ทั้งนี้หากมี
การวินิจฉัยครั้งแรกและพบระดับน้ำตาลสูงมากกว่า 220 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ HbA1c มากกว่า 9% แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาด้วยยาสองชนิดร่วมกัน
4. ผู้ป่วยบางรายแพทย์อาจพิจารณาให้ยา 3 ชนิดหรือมากกว่าร่วมกัน หรืออาจจะให้ยาเม็ดรับประทาน 2 ชนิดร่วมกับการฉีดอินซูลิน ตัวอย่างเช่น thiazolidinediones ร่วมกับ metformin ในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดระดับน้ำตาลต่ำในเลือด หรืออาจให้เป็นยาชนิดที่ 3 ในระดับต่ำ ร่วมกับการให้อินซูลินแต่ไม่ควรให้ในผู้ป่วยที่มีประวัติหรือเป็นโรคหัวใจ การรักษาโรคเบาหวานด้วยยามีการปรับเปลี่ยนแนวเวชปฏิบัติเป็นระยะ ๆ ดังนั้นสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ในรายละเอียดแนวเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเบาหวานทั้งของไทยและต่างประเทศ เช่น American Diabetic Association
5. การให้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาจให้เป็น basal insulin (คือ intermediate acting insulin คือ NPH ควรฉีด เวลา 21.00–23.00 น. หรือ long-acting insulin analog (LAA) คือ insulin glargine และ insulin detemir สามารถฉีดตอนเย็นหรือก่อนนอนได้) ร่วมกับยากิน หรือให้ร่วมกับอินซูลินก่อนมื้ออาหาร
6. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ฉีดอินซูลินก่อนนอน ควรมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดตอนเช้าขณะอดอาหารอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ และปรับขนาดยา ทุก 3 ถึง 7 วัน หากยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนดหรือกรณีที่ให้ premixed insulin วันละ 2 ครั้ง ควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า และอาหารเย็น
7. การให้อินซูลินในการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 แพทย์จะเริ่มให้การรักษาด้วยการฉีดอินซูลินตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาการฉีดอินซูลิน (วิธีการฉีดยา การเก็บยาที่ถูกต้อง) และการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ การรักษาจะเริ่มให้ฮิวแมนอินซูลินก่อน โดยไม่แนะนำให้รักษาด้วยอินซูลินผสมเนื่องจากไม่สามารถปรับขนาดอินซูลินเพียงชนิดใดชนิดหนึ่งได้ หากมีปัญหาน้ำตาลต่ำในเลือด หรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้แพทย์อาจพิจารณาใช้อินซูลิน
อะนาล็อก

3.1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมการประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การฉีดอินซูลิน และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

นอกจากนี้ ควรมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ประเมินค่า HbA1c การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด การตรวจเท้า การตรวจจอประสาทตา และการตรวจการทำงานของไตอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว (ADA, 2026; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

3.2 ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญ

3.2.1 ด้านการประเมินผู้ป่วย

การประเมินสภาวะของผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้แนวคิด INHOMESSS ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้าน แนวคิดดังกล่าวช่วยให้สามารถประเมินปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ตลอดจนแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้อย่างครอบคลุม เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพยาบาล และกำหนดแนวทางการดูแลที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สมาคมเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2565; สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2566)

3.2.1 การพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) 5 ขั้นตอน เป็นการปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีระบบแบบแผน ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) 3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และ 5) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) (พรศิริ พันธสี, 2566; อรนันท์ หาญยุทธ, 2565)

2. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจากเป็นโรคที่จำเป็นต้องอาศัยการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ทฤษฎีนี้พัฒนาโดยดอโรเธีย อี. โอเร็ม (Dorothea E. Orem) ซึ่งมีแนวคิดสำคัญว่าบุคคลมีความสามารถและความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ ชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดี หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้เพียงพอ จะเกิดภาวะพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (Orem, 2001)

3. แนวคิด Chronic Care Model (CCM) เป็นกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยบูรณาการการทำงานของทีมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ชุมชน และผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง การใช้ข้อมูลสุขภาพในการติดตามผลการตัดสินใจทางคลินิก และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายชุมชน ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานผ่านคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Clinic) การเยี่ยมบ้าน การติดตามผ่านระบบ Telemedicine และการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2023; World Health Organization [WHO], 2024)

3.3 ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในฐานะผู้ปฏิบัติระดับต้น ในกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตรถาวร ตำบลด่าน สำนักงานสาธารณสุข อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ โดยให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยในบริบทของการพยาบาลสุขภาพชุมชนตาม มาตรฐานวิชาชีพและตามแนวทางการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตรถาวร ตำบลด่าน โดยมีรายละเอียดของประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ดังนี้

1. บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น และให้การพยาบาลโดยการคัดกรองผู้เข้ารับบริการตามภาวะ สุขภาพ ประเภทความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค

2. บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยที่อยู่ในชุมชน ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ทั้งกลุ่มสุขภาพปกติ กลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้าย

3. ประเมินปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชนและประสานงานในการช่วยเหลือ ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

4. ประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

5. ประสบการณ์ให้คำปรึกษาและติดตามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

6. ประสบการณ์การสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

7. ประสบการณ์วิทยากร ครู ก. โรงเรียนเบาหวานวิทยา

แนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. แนวคิดการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในบริบทครอบครัวและชุมชน อันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) เป็นแนวคิดที่มุ่งส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ให้ความรู้ สนับสนุน และพัฒนาทักษะการจัดการโรคเบาหวาน เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการดูแลเท้า เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง (Orem, 2001)

3. แนวคิด Chronic Care Model (CCM) เป็นกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพ และชุมชน ผ่านการสนับสนุนการดูแลตนเอง การติดตามต่อเนื่อง การใช้ข้อมูลสุขภาพ และการเชื่อมโยงทรัพยากรในชุมชน เพื่อส่งเสริมการควบคุมโรคเบาหวานและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (World Health Organization, 2024)

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และหากควบคุมโรคได้ไม่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อหลอดเลือดและอวัยวะสำคัญหลายระบบ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าจำนวนผู้ที่มีชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นจากประมาณ 200 ล้านคนในปี ค.ศ. 1990 เป็น 830 ล้านคนในปี ค.ศ. 2022 และความชุกของโรคเบาหวานในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ในช่วงเวลาเดียวกัน โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุสำคัญของการตาบอด โรคไตวาย โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และการตัดอวัยวะส่วนล่าง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว (World Health Organization [WHO], 2024) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลของ International Diabetes Federation รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2024 มีผู้ใหญ่ทั่วโลกอายุ 20–79 ปีที่เป็นโรคเบาหวานประมาณ 589 ล้านคน และจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ การป้องกันโรค การค้นหากลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง (International Diabetes Federation [IDF], 2025)

สำหรับประเทศไทย โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยกรมควบคุมโรครายงานว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 300,000 รายต่อปี นอกจากนี้ยังพบประชาชนจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนได้รับการวินิจฉัยเมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนแล้ว ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคและการควบคุมโรค ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (กรมควบคุมโรค, 2566; กรมควบคุมโรค, 2568) โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เป็นเวลานานสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งหลอดเลือด

ขนาดเล็กและหลอดเลือดขนาดใหญ่ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต ระบบประสาท เท้า และโรคหัวใจและหลอดเลือด แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงให้ความสำคัญกับการควบคุมระดับน้ำตาล ควบคู่กับการควบคุมความดันโลหิต ไขมันในเลือด น้ำหนักตัว และปัจจัยเสี่ยงอื่น รวมถึงการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถค้นพบความผิดปกติและให้การดูแลได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (American Diabetes Association Professional Practice Committee [ADA], 2026)

สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตรถาวร ตำบลด่าน พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานในความรับผิดชอบ จำนวน 241 ราย ในปี พ.ศ. 2566, 249 ราย ในปี พ.ศ. 2567 และ 270 ราย ในปี พ.ศ. 2568 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2566 ถึงปี พ.ศ. 2568 จำนวน 29 ราย หรือร้อยละ 12.03 สะท้อนให้เห็นถึงภาระการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของหน่วยบริการที่เพิ่มขึ้น และความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพจากการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่ พบว่ากลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองบางส่วนยังมี พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคเบาหวานในเวลาต่อมา ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานแล้วก็ยังพบพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเช่นเดียวกัน ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้อย่างเหมาะสมและเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ปัญหาดังกล่าวสะท้อนว่า การดูแลผู้ป่วยไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะการรักษาหรือการควบคุมระดับน้ำตาล แต่จำเป็นต้องส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพของตนเองร่วมด้วย

จากปัญหาดังกล่าว การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การค้นหากลุ่มเสี่ยง การคัดกรองโรค การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง การค้นหาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการติดตามและส่งต่อผู้ป่วยเมื่อพบความผิดปกติ ดังนั้น จากสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การพบพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า รวมถึงความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับสูง จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ INHOMESSS เป็นกรอบในการประเมิน ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนเป็นกระบวนการดำเนินงาน ใช้ทฤษฎีของ Orem เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ใช้ Family-Centered Care เพื่อเสริมพลังและการมีส่วนร่วมของครอบครัว และใช้ Chronic Care Model เพื่อเชื่อมโยงการดูแลระหว่างหน่วยบริการ บ้าน และชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ต่อเนื่อง สามารถป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อน มีความสามารถในการจัดการโรคและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านได้อย่างปลอดภัย ลดภาระของครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด

การศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานครั้งนี้มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยช่วยให้เกิดความเข้าใจปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมโรคอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมสุขภาพ ครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อม สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการประเมินปัญหา วางแผน และให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายบุคคล โดยบูรณาการแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และการจัดการโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังช่วยเสริมบทบาทพยาบาลในการประสานการดูแลร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายชุมชน เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง ควบคุมระดับน้ำตาล และป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับปฐมภูมิและชุมชน โดยเน้นการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการติดตามต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตที่บ้านได้อย่างปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารับการรักษาที่สามารถป้องกันได้ ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนางานพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

4.2 วัตถุประสงค์การศึกษา

4.2.1 เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2.2 เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

4.2.3 เพื่อเสนอแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน สำหรับประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

4.3 เป้าหมายและกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา

ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตรถาวร ตำบลด่าน จำนวน 1 ราย โดยผู้ป่วยมีศักยภาพในการจัดการตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

4.4 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกร จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ภูมิลำเนาหมู่ที่ 4 ตำบลด่าน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตรถาวร ตำบลด่าน เข้ารับไว้ในความดูแลวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2569 และจำหน่ายออกจากการดูแลวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลาในการดูแล 1 เดือน 18 วัน ผู้ป่วยมารับบริการด้วยอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีประวัติขาดยารักษาโรคเบาหวาน ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วก่อนรับประทานอาหาร (DTX) ได้ 198 mg/dL สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/79 มิลลิเมตรปรอท และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 100% ผู้ป่วยมีน้ำหนัก 68 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 26.56 kg/m² อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน และรอบเอว 92 เซนติเมตร สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ประเมิน ADL ได้ 20 คะแนน จากการประเมินภาวะสุขภาพตามหลัก INHOMESSS พบประเด็นปัญหาทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ N (Nutrition), H (Housing), E (Examination), M (Medication) และ S (Safety) จากการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยและการประเมินภาวะสุขภาพตามหลัก INHOMESSS ทำให้พบปัญหาและสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 5 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 วันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2569,ครั้งที่ 2 วันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2569, ครั้งที่ 3 วันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2569, ครั้งที่ 4 วันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569 และครั้งที่ 5 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 โดยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ มีโอกาสเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ถูกต้อง, มีภาวะโภชนาการเกินเนื่องจากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม, เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน, ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยซึ่งจากการดำเนินการเยี่ยมบ้านกรณีศึกษารายนี้พบว่า อาการเหนื่อยและอ่อนเพลียมีแนวโน้มดีขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดที่บันทึกระหว่างการติดตามมีแนวโน้มลดลง ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารให้ตรงเวลา การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน และการสังเกตอาการผิดปกติ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังมีภาวะน้ำหนักเกิน โดยดัชนีมวลกาย 26.56 kg/m² และรอบเอว 92 เซนติเมตร จึงจำเป็นต้องติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย น้ำหนัก รอบเอว และผลตรวจ HbA1c อย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษานี้ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) โดยพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมกับความต้องการด้านสุขภาพ แม้ผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ยังมีข้อจำกัดในการจัดการสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การหยุดยาเองเมื่อมีอาการ

ผิดปกติ และการเลือกรับประทานอาหารไม่เหมาะสม พยาบาลจึงมีบทบาทในการให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลตนเอง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างถูกต้อง รวมถึงให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเตือนเรื่องการรับประทานยาและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ ยังประยุกต์ใช้ Chronic Care Model (CCM) ซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ร่วมกับการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม การติดตามผลการรักษา และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน พยาบาลได้วางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประเมินอาการและพฤติกรรมสุขภาพ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาและการควบคุมอาหาร รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา โดยครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพและช่วยสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น

4.5 วิธีและขั้นตอนในการดำเนินงาน

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอัตราเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลบ้านเกษตรถาวร ตำบลด่าน โดยพิจารณาจากความสำคัญของโรค อุบัติการณ์ และผลกระทบที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จำนวน 1 กรณีศึกษา	มกราคม 2569
2. ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	มกราคม 2569
3. กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของงาน	มกราคม 2569
4. ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษา การพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง	มกราคม 2569
5. ดำเนินการโดยการศึกษาข้อมูลจากกรณีศึกษา เวชระเบียน วิเคราะห์ปัญหาความต้องการในการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล และทฤษฎีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	มกราคม 2569
6. สรุปผลกรณีศึกษา	กุมภาพันธ์ 2569
7.จัดพิมพ์รายงานการศึกษา	กุมภาพันธ์ 2569
8. ตรวจสอบความสมบูรณ์และดำเนินการส่งผลงานวิชาการ	มีนาคม 2569
9. นำไปใช้ประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตรถาวร ตำบลด่าน	เมษายน 2569

5.ผลสำเร็จของงาน

5.1 เชิงปริมาณ

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน จำนวน 1 ราย โดยให้การดูแลต่อเนื่องระหว่างวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2569 ถึงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 1 เดือน 18 วัน มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมด 5 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ ตลอดจนส่งเสริมการดูแลตนเองตามหลัก INHOMESSS ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและ Chronic Care Model พบว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยและอ่อนเพลียลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดที่บันทึกระหว่างการติดตามมีแนวโน้มลดลง ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน และการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและสูงได้

5.2 เชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหา วางแผนการดูแล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมสุขภาพ

5.2.2 การศึกษากรณีศึกษาครั้งนี้นำหลักการประเมินภาวะสุขภาพตาม INHOMESSS มาใช้ค้นหาปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วย ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ ภาวะน้ำหนักเกิน และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทำให้สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและวิถีชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

5.2.3 มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเน้นการรับประทานยาอย่างถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารให้ตรงเวลา และการสังเกตอาการผิดปกติ รวมทั้งประยุกต์ใช้ Chronic Care Model เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลและติดตามผลการรักษา

5.2.4 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลโรคเบาหวาน การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการรับประทานยาและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการดูแลตนเองและมีความมั่นใจในการจัดการปัญหาสุขภาพมากขึ้น

6.การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

6.1 การนำไปใช้ประโยชน์

6.1.1 สามารถนำผลการศึกษากรณีศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล หลัก INHOMESSS ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และ Chronic Care Model เพื่อประเมินปัญหาสุขภาพ วางแผนการดูแล และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้อง ควบคุมอาหาร ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานรายอื่นในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้

6.1.2 สามารถนำแนวทางการดูแลจากกรณศึกษานี้ไปใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ทั้งยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลปฐมภูมิให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่

6.2 ผลกระทบ

6.2.1 การศึกษาครั้งนี้ส่งผลกระทบในเชิงบวกต่อกรณีศึกษา โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อาการเหนื่อยและอ่อนเพลียมีแนวโน้มดีขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดที่บันทึกระหว่างการติดตามมีแนวโน้มลดลง ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การควบคุมอาหาร และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

6.2.2 การศึกษาครั้งนี้ช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน โดยนำกระบวนการพยาบาล ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และ Chronic Care Model มาใช้วางแผนดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเป็นระบบ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายอื่น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง

7.ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานรายนี้มีความยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่เหมาะสม รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และหยุดยาลดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองเป็นบางวัน เนื่องจากเคยมีอาการหน้ามืด เหงื่อออกมาก และตัวเย็น พยาบาลจึงต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การควบคุมอาหาร และการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พร้อมติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและการประกอบอาชีพของผู้ป่วย ซึ่งจากการติดตามเยี่ยม 5 ครั้ง พบว่าอาการเหนื่อยและอ่อนเพลียมีแนวโน้มดีขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดที่บันทึกระหว่างการติดตามมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็

ตาม BMI ยังคงอยู่ที่ 26.56 kg/m² และรอบเอว 92 เซนติเมตร โดยบ้านผู้ป่วยอยู่ใกล้ร้านอาหารปรุงสำเร็จและร้านผลไม้ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมอาหารและความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ลดภาวะน้ำหนักเกิน และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในระยะยาว

8.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานรายนี้มีอุปสรรคสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสม รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และหยุดยาด้วยตนเองเมื่อมีอาการหน้ามืด เหงื่อออกมาก และตัวเย็น ประกอบกับบ้านอยู่ใกล้ร้านจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จและร้านผลไม้ ทำให้เข้าถึงอาหารได้สะดวกและอาจส่งผลต่อการควบคุมอาหารในระยะยาว นอกจากนี้ แม้การติดตามเยี่ยม 5 ครั้ง จะพบว่าอาการเหนื่อยและอ่อนเพลียมีแนวโน้มดีขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดที่บันทึกมีแนวโน้มลดลง แต่ดัชนีมวลกายและรอบเอวยังคงเดิม สะท้อนว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังต้องใช้เวลาและการติดตามอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะในการให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืนและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

9.ข้อเสนอแนะ

9.1 ควรนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยประยุกต์ใช้หลัก INHOMESSS ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และ Chronic Care Model ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

9.2 ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล สนับสนุนการรับประทานยาอย่างถูกต้องและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืนและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

9.3 ควรนำผลการศึกษากรณีศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาระบบติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน และศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวเพิ่มเติม เพื่อประเมินประสิทธิผลของการดูแลและพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวมยุรา ศรีวรรณชัย สัดส่วนผลงานร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวมยุรา ศรีวรรณชัย สัดส่วนผลงานร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวมยุรา ศรีวรรณชัย)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ.

(วันที่) ...11.../...พฤศจิกายน.../...2569.....

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(นางสาวอินทรา วิชุมา)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตรถาวร
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล
(วันที่)....11...../...พฤศจิกายน...../.....2563.....

(ลงชื่อ).....
(นางดวงใจ ศรีดาพันธ์)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแนงมุด
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล
(วันที่)....11...../...พฤศจิกายน...../.....2563.....

(ลงชื่อ).....
(นายรุ่ง หว่างแสง)
ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอกาบเชิง
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป
(วันที่)....11...../...พฤศจิกายน...../.....2563.....

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (Diabetes Remission)

2. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและการเสียชีวิตได้ จากข้อมูล IDF Diabetes Atlas พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 537 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้มากกว่า 4 ล้านคนต่อปี โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2588 จะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน สำหรับประเทศไทย ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2563 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 นอกจากนี้ ข้อมูลจาก Health Data Center ยังแสดงให้เห็นว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคน และมีผู้ป่วยสะสมประมาณ 3.4 ล้านคน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งอาจกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการให้ยาและการรักษาตามนัดเท่านั้น แต่ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งนี้ การดูแลรักษาที่ต่อเนื่องและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย อาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มโอกาสในการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากความสำคัญดังกล่าว จึงมีแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนเพื่อส่งเสริมให้ระดับน้ำตาลในเลือดเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวาน (Diabetes Remission) โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามความเหมาะสมของตนเอง มีการติดตามและบันทึกข้อมูลสุขภาพ รวมถึงใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและระบบ Telemedicine เพื่อสนับสนุนการติดตามอาการ การให้คำปรึกษา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แนวทางดังกล่าวช่วยให้การดูแลมีความสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ลดข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการ และเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ
2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (Diabetes Remission)

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

จากสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตรถาวร ตำบลด่าน พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบจำนวน 241 ราย ในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มเป็น 249 ราย ในปี พ.ศ. 2567 และ 270 ราย ในปี พ.ศ. 2568 คิดเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้น 29 ราย หรือร้อยละ 12.03 ภายในระยะเวลา 2 ปี

สะท้อนให้เห็นถึงภาระงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้น และความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลให้มีความต่อเนื่องและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กับการรักษาด้วยยา เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีวิถีชีวิต สภาพแวดล้อม ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน การให้คำแนะนำในคลินิกเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างครบถ้วน การเยี่ยมบ้านจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ตลอดจนปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อม เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

จากการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ พบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องต้องอาศัยการติดตามและสนับสนุนอย่างเป็นระบบ โดยพยาบาลควรมีแนวทางการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน ตั้งแต่การประเมินปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วย การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารและกิจกรรมทางกาย การส่งเสริมความสม่ำเสมอในการใช้ยา การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำคำแนะนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง

ดังนั้น จึงเสนอแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนให้มีขั้นตอนที่ชัดเจนและเป็นระบบ โดยมุ่งส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล และสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมีโอกาสเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวาน (Diabetes Remission) ภายใต้การประเมินและติดตามของทีมสุขภาพ การดำเนินงานดังกล่าวจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างมีทิศทาง ประเมินผลลัพธ์ได้ชัดเจน และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนให้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

3.2 แนวความคิด

การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนให้เข้าสู่ระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ใช้ความรู้ แนวคิด และทฤษฎีในการพัฒนา ได้แก่ 1) การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมการเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวาน และ 3) วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง PDCA

3.3 ข้อเสนอ

การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนให้เข้าสู่ระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (Diabetes Remission) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตรถาวร ตำบลด่าน โดยใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA) มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (P: Plan)

1.1 ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตรถาวร ตำบลด่าน เพื่อประเมินปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน

1.2 ศึกษาเอกสารวิชาการ แนวทางเวชปฏิบัติ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวาน

1.3 วิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้กำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้านให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว

1.4 จัดทำร่างแนวทางการเยี่ยมบ้าน โดยกำหนดขั้นตอนการประเมินสุขภาพ การกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามผล และการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ

1.5 นำร่างแนวทางเสนอผู้บังคับบัญชาและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

1.6 ปรับปรุงแนวทางตามข้อเสนอแนะ และเตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานในการนำแนวทางไปใช้จริง

2. ขั้นปฏิบัติตามแผน (D: Do)

2.1 ทดลองนำแนวทางการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.2 ดำเนินการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วย ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร กิจกรรมทางกาย และการควบคุมน้ำหนักตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล

2.3 ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล สนับสนุนการรับประทานยาอย่างถูกต้อง และติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ปรับลดหรือหยุดยาเอง

2.4 บันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน พฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาอุปสรรค และผลการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการดูแล

3. ขั้นตรวจสอบและประเมินผล (C: Check)

3.1 ประเมินผลการนำแนวทางการเยี่ยมบ้านไปใช้ โดยพิจารณาความครบถ้วนของกระบวนการเยี่ยมบ้าน ความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัว และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3.2 ติดตามและประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักตัว และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ตามระยะเวลาที่กำหนด

3.3 วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดที่พบจากการดำเนินงาน เพื่อนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงแนวทางให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

3.4 ประเมินการเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวานตามเกณฑ์ทางคลินิกที่กำหนด โดยพิจารณาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและประวัติการใช้ยาประกอบกัน

4. ขั้นปรับปรุงและพัฒนา (A: Act)

4.1 นำผลการประเมินและปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานมาวิเคราะห์ เพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขและพัฒนากระบวนการเยี่ยมบ้าน

4.2 ปรับปรุงแนวทางการเยี่ยมบ้านให้มีความชัดเจน เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

4.3 สรุปผลการดำเนินงานและนำเสนอผู้บังคับบัญชาและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

4.4 นำแนวทางที่ผ่านการปรับปรุงไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตรถาวร ตำบลด่าน เพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนการเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวานในผู้ป่วยที่มีความเหมาะสม

3.4 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ละรายมีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแตกต่างกัน เช่น ความเคยชินด้านอาหาร ภาระงานในชีวิตประจำวัน ข้อจำกัดทางร่างกาย และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แนวทางแก้ไขควรประเมินปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล กำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง หากพบปัญหาควรประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมวางแผนดูแล โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและประเมินผลตามเกณฑ์ทางคลินิก ทั้งนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถเข้าสู่

ระยะสงบของโรคเบาหวานได้ จึงควรมุ่งเน้นการควบคุมระดับน้ำตาลและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนควบคู่กันไป

ระยะเวลาดำเนินการ

3 เดือน (1 พฤษภาคม ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2570)

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดและต่อเนื่อง โดยไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการดูแลรักษา

4.2 ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม และเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวานตาม

4.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตรถาวร ตำบลด่าน มีแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้และติดตามประเมินผลได้อย่างต่อเนื่อง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการเยี่ยมบ้านและติดตามตามแผนที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

5.2 ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินงาน

5.3 ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายมีระดับ HbA1c ลดลงหรืออยู่ในเป้าหมายการรักษาที่กำหนดเป็นรายบุคคล ภายใน 6 เดือน–1 ปี

5.4 หน่วยบริการมีแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผ่านการพัฒนาและนำไปใช้จริง จำนวน 1 แนวทาง

5.5 ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจต่อการให้การพยาบาลตามแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (Diabetes Remission) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวมยุรา ศรีวรรณชัย)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 11 / พฤศจิกายน / 2569

ผู้ขอประเมิน

ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓_นายวิรุษ สุริโย

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงร่วมกับประวัติการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระทอง : กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๖ เดือน (๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ความรู้เกี่ยวกับโรค

๓.๑.๑ ความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเป็นจริงผิดไปจากปกติ โดยอาจแสดงอาการในรูปแบบของอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน ความคิดหรือคำพูดไม่เป็นระบบ และพฤติกรรมที่ผิดปกติ รวมถึงอาการด้านลบ เช่น การแยกตัวจากสังคม การลดลงของการแสดงออกทางอารมณ์ และการขาดแรงจูงใจ อาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ความสามารถในการประกอบอาชีพ การดูแลตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง

๓.๑.๒ พยาธิสภาพของโรคจิตเภท (Pathophysiology of Schizophrenia)

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่มีความซับซ้อน เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางชีวภาพ ความผิดปกติของพัฒนาการและการทำงานของสมอง รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยพบความผิดปกติในการทำงานของวงจรประสาทและระบบสารสื่อประสาทในสมอง ส่งผลให้กระบวนการคิด การรับรู้ การแปลความหมายของสิ่งเร้า และการแสดงออกทางอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป

๓.๑.๒.๑ ความผิดปกติดังกล่าวสามารถอธิบายผ่านกลไกสำคัญของสารสื่อประสาท ได้แก่

๓.๑.๒.๑.๑ ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง

- สารโดปามีน (Dopamine) เป็นสารสื่อประสาทที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ และการรับรู้สิ่งเร้า ความผิดปกติของระบบโดปามีน โดยเฉพาะการทำงานของโดปามีนที่มากเกินไปในทางเดินประสาทบางส่วนของสมองส่วนลิมบิก (Mesolimbic pathway) มีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตด้านบวก เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และอาการหวาดระแวง ขณะที่การทำงานของโดปามีนลดลงในทางเดินประสาทส่วน Mesocortical pathway อาจสัมพันธ์กับอาการด้านลบและความบกพร่องด้านการคิด

- สารกลูตาเมต (Glutamate) เป็นสารสื่อประสาทชนิดกระตุ้นที่มีบทบาทในการเรียนรู้ ความจำ และกระบวนการคิด ความผิดปกติของระบบกลูตาเมต โดยเฉพาะการทำงานของตัวรับ NMDA (N-methyl-D-aspartate receptor) อาจส่งผลต่อการประมวลผลข้อมูลและการทำงานของวงจรประสาทที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และความคิด

- สารเซโรโทนิน (Serotonin) เป็นสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ การนอนหลับ และพฤติกรรม ความผิดปกติของระบบเซโรโทนินอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการแสดงออกของอาการทางจิต

๓.๑.๒.๑.๒ ความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจพบความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของสมอง เช่น การเปลี่ยนแปลงของปริมาตรสมองบางบริเวณ การทำงานของสมองส่วนหน้า (Prefrontal cortex) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการวางแผน การตัดสินใจ และการควบคุมพฤติกรรม รวมถึงความผิดปกติของระบบลิมบิก (Limbic system) ซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความจำ และการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการคิดวิเคราะห์ การแปลความหมายของเหตุการณ์ และการควบคุมพฤติกรรม

๓.๑.๒.๑.๓ ปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม โรคจิตเภทมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรม โดยบุคคลที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การเกิดโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับพันธุกรรมเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ชีวิต เช่น ความเครียด การใช้สารเสพติด และปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของสมอง ซึ่งอาจมีส่วนกระตุ้นให้เกิดอาการหรือทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นในบุคคลที่มีความเปราะบาง

๓.๑.๒.๑.๔ ความเชื่อมโยงของพยาธิสภาพกับกรณีศึกษา จากกลไกความผิดปกติของสมองและสารสื่อประสาทดังกล่าว สามารถอธิบายความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยกรณีศึกษาได้ กล่าวคือ ความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาทอาจส่งผลต่อกระบวนการคิดและการรับรู้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดหลงผิดแบบหวาดระแวง เช่น คิดว่ามีบุคคลต้องการทำร้ายหรือปองร้ายตนเอง ส่งผลให้เกิดความหวาดกลัว ไม่ไว้วางใจผู้อื่น และอาจแสดงพฤติกรรมป้องกันตนเองหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อรับรู้ว่าตนเองกำลังถูกคุกคาม ทั้งนี้ ความเสี่ยงต่อความรุนแรงต้องพิจารณาร่วมกับประวัติพฤติกรรม การใช้สารเสพติด และปัจจัยกระตุ้นอื่น ๆ เป็นรายบุคคล

๓.๑.๓ สาเหตุสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท (Etiology of Schizophrenia)

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ยังไม่สามารถระบุสาเหตุการเกิดโรคได้อย่างชัดเจน แต่จากการศึกษาทางการแพทย์พบว่า การเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยทางพันธุกรรม ความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาทและการทำงานของสมอง ปัจจัยด้านพัฒนาการของสมอง รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและจิตสังคม โดยปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลร่วมกัน ทำให้บุคคลที่มีความเปราะบางเกิดความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม จนนำไปสู่การแสดงอาการของโรคจิตเภท ทั้งนี้ ไม่พบว่ามีปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเป็นสาเหตุโดยตรงของโรคในผู้ป่วยทุกราย

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท สามารถจำแนกได้ดังนี้

๑. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic Factors)

๒. ปัจจัยทางชีวภาพและความผิดปกติของสมอง (Biological Factors)

๓. ปัจจัยด้านพัฒนาการของสมอง (Neurodevelopmental Factors)

๔. ปัจจัยด้านจิตใจและสังคม (Psychosocial Factors)

๕. ปัจจัยจากการใช้สารเสพติด (Substance Use Factors)

๓.๑.๔ อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท (Signs and Symptoms of Schizophrenia)

ลักษณะความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และแปลความหมายต่อสิ่งแวดล้อมแตกต่างไปจากความเป็นจริง โดยอาการที่พบอาจประกอบด้วย อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน การพูดหรือความคิดไม่เป็นระบบ พฤติกรรมผิดปกติ และอาการด้านลบ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต การดูแลตนเอง การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๐)

ประเภทของอาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท สามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มสำคัญได้ ๕ กลุ่ม ดังนี้

๑. อาการด้านบวก (Positive Symptoms) เป็นอาการที่แสดงถึงความผิดปกติที่เพิ่มขึ้นจากการทำงานตามปกติของสมอง ได้แก่

- อาการหลงผิด (Delusion): ผู้ป่วยมีความเชื่อหรือความคิดที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ยึดมั่นในความเชื่อนั้นแม้มีหลักฐานแสดงว่าไม่เป็นความจริง เช่น หลงผิดว่ามีบุคคลต้องการทำร้าย ถูกติดตาม ถูกกลั่นแกล้ง หรือมีผู้อื่นควบคุมความคิด
- อาการประสาทหลอน (Hallucination): ผู้ป่วยมีการรับรู้สิ่งต่าง ๆ โดยไม่มีสิ่งเร้าจริงมากระตุ้น เช่น

หูแว่วได้ยินเสียงพูด เสียงเรียก หรือเสียงสั่งให้กระทำบางอย่าง เห็นภาพที่ไม่มีอยู่จริง หรือรู้สึกสัมผัสสิ่งที่ไม่มีอยู่จริง

- ความคิดและการพูดผิดปกติ (Disorganized Thinking and Speech): ผู้ป่วยมีความคิดไม่ต่อเนื่อง พูดวกวน เปลี่ยนเรื่องกะทันหัน พูดไม่สัมพันธ์กับคำถาม หรือสื่อสารไม่สามารถเข้าใจได้
- พฤติกรรมผิดปกติ (Disorganized Behavior): ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ กระสับกระส่าย ควบคุมพฤติกรรมได้ลดลง หรือแสดงพฤติกรรมแปลกไปจากปกติ

๒. อาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นอาการที่แสดงถึงการลดลงหรือขาดหายไปของความสามารถในการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมตามปกติ ได้แก่

- การแสดงอารมณ์ลดลง (Blunted Affect) สีหน้าเรียบเฉย ไม่แสดงความรู้สึก
- ขาดแรงจูงใจ (Avolition) ไม่สนใจทำกิจกรรมต่าง ๆ ขาดความกระตือรือร้น
- พูดน้อย (Alogia) มีการสื่อสารลดลง ตอบคำถามสั้น ๆ
- ไม่รู้สึกเพลิดเพลิน (Anhedonia) ไม่สนใจหรือไม่รู้สึกมีความสุขกับกิจกรรมที่เคยชอบ
- แยกตัวจากสังคม (Asociality) ไม่ต้องการพบปะหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

๓. อาการด้านความคิดและการรู้คิด (Cognitive Symptoms) เป็นความผิดปกติของกระบวนการคิดและการประมวลผลข้อมูล ส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต ได้แก่

- ความจำและสมาธิลดลง
- ขาดความสามารถในการวางแผนและแก้ไขปัญหา
- มีความบกพร่องในการตัดสินใจ
- มีปัญหาในการจัดลำดับความคิดและการทำกิจกรรมที่ซับซ้อน
- มีความยากลำบากในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

๔. อาการด้านอารมณ์ (Affective Symptoms)

ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมด้วย เช่น วิตกกังวล หงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง หรือมีความรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ ซึ่งอาจส่งผลต่อการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง

๕. อาการด้านพฤติกรรมและสังคม (Behavioral and Social Symptoms) ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น แยกตัวจากครอบครัว ไม่เข้าสังคม ละเลยสุขอนามัยส่วนบุคคล ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ขาดนัดการรักษา หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวในบางราย โดยเฉพาะเมื่อมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัจจัยกระตุ้นร่วม

อาการหวาดระแวงในผู้ป่วยโรคจิตเภท อาการหวาดระแวงเป็นลักษณะหนึ่งของอาการหลงผิด (Delusion) โดยผู้ป่วยมีความเชื่อว่าบุคคลอื่นกำลังคิดร้าย ต้องการทำร้าย ติดตาม หรือกลั่นแกล้งตนเอง ทั้งที่ไม่มีหลักฐานยืนยันตามความเป็นจริง ผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมไม่ไว้วางใจผู้อื่น ระมัดระวังตัวมากผิดปกติ หลีกเลี่ยงการพบปะบุคคลอื่น มีท่าทีหวาดกลัว หงุดหงิด หรือโกรธเมื่อมีบุคคลเข้ามาสอบถามหรือเข้าใกล้ ในผู้ป่วยบางราย ความคิดหวาดระแวงอาจส่งผลต่อการแปลความหมายของสถานการณ์และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันตนเองหรือมีปฏิกิริยาตอบสนองที่ไม่เหมาะสมเมื่อรู้สึกว่าตนเองกำลังถูกคุกคาม ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพจึงควรประเมินเนื้อหาความคิดหวาดระแวง ระดับความรุนแรงของอาการพฤติกรรมที่แสดงออก และความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง

อาการเตือนก่อนการกำเริบของโรค ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีสัญญาณเตือนก่อนเกิดอาการกำเริบ ได้แก่

๑. เริ่มนอนไม่หลับหรือพักผ่อนไม่เพียงพอ

๒. มีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย หรืออารมณ์เปลี่ยนแปลง

๓. เริ่มหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจบุคคลในครอบครัว

๔. พูดคนเดียว หัวเราะคนเดียว หรือมีพฤติกรรมตอบสนองต่อเสียงที่ได้ยิน

๕. แยกตัวจากครอบครัวและชุมชน

๖. ปฏิเสธการรับประทานยา หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

๗. กลับไปใช้สารเสพติดหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ

๓.๑.๕ การวินิจฉัยและการรักษาโรคจิตเภท (Diagnosis and Treatment of Schizophrenia)

๓.๑.๕.๑ การวินิจฉัยโรคจิตเภท (Diagnosis of Schizophrenia)

การวินิจฉัยโรคจิตเภทเป็นกระบวนการประเมินความผิดปกติทางจิตเวชโดยแพทย์หรือจิตแพทย์ อาศัยข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด การตรวจสภาพจิต และการประเมินอาการทางคลินิก เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยมีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทหรือไม่ รวมทั้งแยกโรคทางจิตเวชและภาวะทางกายอื่นที่อาจทำให้เกิดอาการคล้ายคลึงกัน การวินิจฉัยโดยทั่วไปอ้างอิงเกณฑ์การจำแนกโรคทางจิตเวช เช่น DSM-๕-TR และ ICD-๑๐/ICD-๑๑ โดยมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้

๑. การประเมินอาการสำคัญทางจิตเวช ประเมินอาการที่แสดงถึงความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม ได้แก่

- อาการหลงผิด (Delusion)
- อาการประสาทหลอน (Hallucination)
- การพูดไม่เป็นระบบ (Disorganized Speech)
- พฤติกรรมผิดปกติหรือไม่เป็นระบบ (Disorganized Behavior)
- อาการด้านลบ (Negative Symptoms)

๒. ระยะเวลาและการดำเนินของอาการ พิจารณาระยะเวลาที่มีอาการและการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการดำเนินชีวิต โดยตามเกณฑ์ DSM-๕-TR ต้องมีอาการของโรคอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า ๖ เดือน และในช่วงดังกล่าวต้องมีระยะที่มีอาการในระยะกำเริบอย่างน้อย ๑ เดือน หรือน้อยกว่านั้นหากได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น

๓. การประเมินผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ประเมินความสามารถในการทำงาน การเรียน การดูแลตนเอง การเข้าสังคม และการดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน โดยพิจารณาการเปลี่ยนแปลงจากระดับความสามารถเดิมของผู้ป่วย

๔. การแยกโรคและภาวะที่มีอาการคล้ายโรคจิตเภท ต้องพิจารณาภาวะอื่นที่อาจทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น

- โรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการทางจิต
- โรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิต
- โรคจิตจากการใช้สารเสพติด
- โรคจิตจากโรคทางกายหรือความผิดปกติของระบบประสาท
- ภาวะเพ้อ (Delirium)

๕. การตรวจประเมินเพิ่มเติม แพทย์อาจพิจารณาตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจสารเสพติดในปัสสาวะตามข้อบ่งชี้ เพื่อค้นหาสาเหตุทางกายและประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิต

๓.๑.๖ การรักษาโรคจิตเภท (Treatment of Schizophrenia)

การรักษาโรคจิตเภทมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมอาการทางจิต ลดความรุนแรงของอาการ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่งเสริมความสามารถในการดำเนินชีวิต และฟื้นฟูผู้ป่วยให้สามารถกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและ

ชุมชนได้อย่างเหมาะสม โดยการรักษาจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วยการรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคม และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ดังนี้

๑. การรักษาด้วยยา (Pharmacological Treatment) การรักษาด้วยยาเป็นวิธีการสำคัญในการควบคุมอาการของโรคจิตเภท โดยใช้ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ต่อระบบสารสื่อประสาทในสมอง โดยเฉพาะระบบโดปามีน ช่วยลดอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน ความคิดผิดปกติ และพฤติกรรมที่ผิดปกติ การเลือกใช้ยาขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย ประวัติการรักษา การตอบสนองต่อยา ผลข้างเคียง และดุลยพินิจของแพทย์

ยาต้านโรคจิตสามารถแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มสำคัญ ได้แก่

- ยาต้านโรคจิตรุ่นเดิม (First-generation Antipsychotics): เช่น Haloperidol, Chlorpromazine และ Perphenazine มีฤทธิ์ยับยั้งตัวรับโดปามีน ช่วยลดอาการทางจิต โดยอาจพบผลข้างเคียง เช่น อาการกล้ามเนื้อเกร็ง สั่น เคลื่อนไหวช้า กระสับกระส่าย และอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ
- ยาต้านโรคจิตรุ่นใหม่ (Second-generation Antipsychotics): เช่น Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, Clozapine และ Aripiprazole ออกฤทธิ์ต่อระบบสารสื่อประสาทหลายชนิด ช่วยควบคุมอาการทางจิต และมีความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงด้านการเคลื่อนไหวแตกต่างกันตามชนิดของยา โดยอาจพบผลข้างเคียง เช่น น้ำหนักเพิ่ม ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูง และความผิดปกติของระบบเมตาบอลิก

นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง แพทย์อาจพิจารณาใช้ยาต้านโรคจิตชนิดฉีดออกฤทธิ์ระยะยาว (Long-acting Injectable Antipsychotics: LAI) เพื่อช่วยส่งเสริมความต่อเนื่องในการรักษา ทั้งนี้ การเลือกใช้ยาต้องพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตจำเป็นต้องติดตามประสิทธิผลของยาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ น้ำหนักตัว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด อาการผิดปกติของระบบประสาท และความร่วมมือในการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

๒. การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial Treatment) เป็นการรักษาที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูความสามารถในการดำเนินชีวิต การปรับตัว และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง โดยดำเนินควบคู่กับการรักษาด้วยยา ประกอบด้วย

- การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค (Psychoeducation): ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค อาการ สาเหตุ ปัจจัยกระตุ้น การรักษา และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีส่วนร่วมการรักษา
- การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT): ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้การสังเกตและทำความเข้าใจความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเอง รวมถึงพัฒนาวิธีรับมือกับอาการทางจิตที่ยังคงหลงเหลืออยู่
- การบำบัดครอบครัว (Family Intervention): ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สามารถสังเกตอาการเตือน ให้การสนับสนุน และช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
- การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training): ส่งเสริมทักษะการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การแก้ไขปัญหา และการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น
- การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Psychosocial Rehabilitation): ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ทำกิจวัตรประจำวัน ประกอบอาชีพ และกลับไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน

การรักษาทางจิตสังคมมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะยาว และควรปรับให้เหมาะสมกับความสามารถและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

๓. การดูแลรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่องในชุมชน (Community-based Care and Rehabilitation)

เป็นการดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นการติดตามอาการ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปลอดภัย ประกอบด้วย

- การติดตามการรักษา: ติดตามการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และประเมินการตอบสนองต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- การเยี่ยมบ้าน: ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม สภาพแวดล้อม และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว รวมทั้งค้นหาปัจจัยกระตุ้นที่อาจทำให้อาการกำเริบ
- การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ: ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน เช่น นอนไม่หลับ หวาดระแวง หงุดหงิด พูดคนเดียว หรือปฏิเสธการรับประทานยา เพื่อให้ครอบครัวสามารถสังเกตและแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อย่างรวดเร็ว
- การส่งเสริมบทบาทครอบครัว: สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยเหลือการรับประทานยา และจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
- การประสานภาคีเครือข่าย: ประสานโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจิตเวช องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๔. การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับการใช้สารเสพติด ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประวัติการใช้สารเสพติดจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการประเมินและจัดการปัญหาการใช้สารเสพติดควบคู่กับการรักษาโรคจิตเภท เนื่องจากสารเสพติดอาจกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบ ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา และเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ แนวทางการดูแลประกอบด้วย

- ประเมินประวัติการใช้สารเสพติด ชนิดของสาร ระยะเวลาและความถี่ในการใช้ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับการเกิดอาการทางจิต
- ส่งเสริมการหยุดใช้สารเสพติดและให้การบำบัดตามความเหมาะสม
- ให้คำปรึกษาและสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ส่งต่อเพื่อรับการบำบัดรักษาการใช้สารเสพติดตามระบบบริการ
- ติดตามการหยุดใช้สารเสพติดและเฝ้าระวังการกลับไปใช้ซ้ำ

๕. การจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง กระวนกระวาย ก้าวร้าว หรือมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น จำเป็นต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงและจัดการเพื่อความปลอดภัยอย่างเร่งด่วน โดยมีแนวทางดังนี้

- ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตและพฤติกรรมเสี่ยง
- ประเมินประวัติการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และการใช้สารเสพติด
- ลดสิ่งกระตุ้นและจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย
- ใช้การสื่อสารเพื่อการลดความตึงเครียด (De-escalation) ด้วยท่าทีสงบ ไม่โต้แย้งหรือท้าทายความคิดหลงผิดของผู้ป่วย
- ประสานทีมสหวิชาชีพและส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อรับการประเมินและรักษาอย่างเหมาะสม
- ติดตามผลการรักษาและวางแผนป้องกันการเกิดเหตุซ้ำร่วมกับครอบครัวและชุมชน

ทั้งนี้ หากพบผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงหรือมีพฤติกรรมรุนแรงที่ไม่สามารถจัดการได้อย่างปลอดภัยในชุมชน ควรประสานระบบการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อสถานพยาบาล ไม่ควรให้บุคลากรหรือครอบครัวเข้าควบคุมผู้ป่วยโดยลำพัง

๓.๑.๗ บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา การเฝ้าระวังอาการกำเริบ และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยเฉพาะพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีบทบาทในการประสานงานกับครอบครัวและภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย

บทบาทสำคัญ ได้แก่

๑. ประเมินสภาพจิตและอาการทางจิตของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม
๒. ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น
๓. ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและติดตามการรักษา
๔. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
๕. เยี่ยมบ้านและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง
๖. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย

ประสานทีมสหวิชาชีพและระบบส่งต่อเมื่อพบปัญหาที่เกินขีดความสามารถในการดูแล

๓.๑.๘ การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยาบาลแบ่งเป็น ๓ ระยะ ตามระดับความรุนแรงของโรค ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) ระยะทำให้คงสภาพ (Stabilization phase) และระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) ดังนี้

๓.๑.๙.๑ การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) การพยาบาลในระยะนี้ต้องเน้นในเรื่องความปลอดภัย ป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว หรือความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น เช่น ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่ใช้สุรา ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวช เป็นต้น

๓.๑.๙.๒ การพยาบาลเมื่อเข้าสู่ระยะทำให้คงสภาพ (Stabilization phase) ในระยะนี้การพยาบาลเน้นแก้ไขอาการทางจิต โดยเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม การดูแลตนเอง เพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยให้กลับไปอยู่ในชุมชนและระยะนี้ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการรักษา

๓.๑.๙.๓ การพยาบาลเมื่อเข้าสู่ระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) ระยะนี้จะเน้นการดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ลดอาการทางลบและส่งเสริมทักษะทางสังคม ได้แก่ พัฒนาการทำหน้าที่ด้านต่างๆ พัฒนาคุณภาพ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา ติดตามอาการของผู้ป่วยลดความเสี่ยงการป่วยซ้ำ

๓.๑.๙ คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยตามหลักการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลต้องมีลักษณะตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อมเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมาย และด้านสังคม การพูดยาวทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือนและทำให้ความหมายของสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น และสิ่งสำคัญคือเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ โดยทั่วไปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย

๓.๑.๑๐.๑ การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดตนเองและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านดูแลการตนเอง สุขอนามัยไม่ดีผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกายและสุขอนามัยตนเอง

๓.๑.๑๐.๒ การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่ผู้ให้การพยาบาลควรทำคือ การหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกจะช่วยให้เข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรมได้มากขึ้นและสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือ การให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริงโดยมีรายละเอียด ดังนี้

๒.๑) การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหลาย ๆ อย่างของผู้ป่วยถูกถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ ดังนั้น สิ่งแรกที่พยาบาลจะต้องทำเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือการหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ พยาบาลฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมายบางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

๒.๒) การส่งเสริมให้ความจริงแก่ผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น เห็นบางภาพที่พยาบาลมองไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วย โดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็น ขณะเดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้น เป็นต้น

๓.๑.๑๐.๓ การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจน คือ อารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่นิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์ตอบสนองเหตุการณ์ ไม่สบตาอารมณ์ ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุ ซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

๓.๑.๑๐.๔ การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคมและไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไขแม้ว่าจะเป็นปัญหาที่ใช้ระยะเวลา จะเห็นผู้ป่วยเดินอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น พยาบาลอาจจะนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับผู้อื่นโดยที่ยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยอาจทำร้ายพยาบาลได้ด้วยความหวาดระแวงและหลงผิด นอกจากนี้ สิ่งที่ผู้ป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจจะมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ พฤติกรรมแปลก ๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความามาสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางด้านสังคมพื้นฐานที่ยังหลงเหลืออยู่ ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างรังเกียจผู้ป่วย พัฒนาทักษะทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

๓.๑.๑๑ หลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

เป็นการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของบุคคลที่เคยสูญหายไปเมื่อประสบปัญหาวิกฤตต่างๆ และส่งผลกระทบต่อจิตใจจนไม่สามารถปฏิบัติตนได้อย่างปกติ การพัฒนาศักยภาพให้ฟื้นตัวดีขึ้นกว่าเดิม จะต้องมีหลักการที่สำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

๑.การคำนึงถึงความสามารถและการติดสินใจด้วยตนเอง
๒.เน้นไปที่เป้าหมายและความชอบส่วนตัว
๓.มุ่งเป้าไปสู่ความเป็นจริง๔.ยืนหยัดบนความแข็งแรง
๕.ให้ความสำคัญกับการฝึกทักษะต่างๆ
๖.มีการปรับเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อม และการสนับสนุน
๗.การฟื้นฟู ร่วมกับการบำบัดรักษาไปด้วยกัน
๘.เน้นการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ
๙.เน้นทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ
๑๐.ฟื้นคืนสู่สุขภาวะ

๓.๑.๑๒ การให้คำปรึกษารายบุคคล/การบำบัดรายบุคคล

กรณีผู้ป่วยสารเสพติดที่มีโรคจิตเภท

๑.การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) Motivational Building จ้ะในระยะแรกเมื่อผู้ป่วยผ่านการรักษาภาวะถอนพิษแล้วเหตุผลที่ในการเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนเพื่อสร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดให้ผู้ป่วยก่อน โดยมีแนวคิดดังนี้

๑.๑ ค้นหาปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลง stage of Change ว่าอยู่ในระดับใด เพื่อให้ผู้บำบัดวางแผนใช้เครื่องมือและเทคนิคในการบำบัดได้อย่างเหมาะสม

๑.๒ ผู้บำบัดต้องใช้เทคนิคของ MI ในการสนทนา เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลใจโดยเน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปหากผู้ป่วยเลิกดื่มสุรา/สารเสพติดได้

๑.๓ ไม่บังคับให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง แต่ผู้บำบัดควรชี้ให้เห็นแง่มุม ทั้ง ๒ ด้านคือ ด้านบวกและด้านลบของการดื่มและไม่โต้เถียงผู้ป่วย

๑.๔ ตั้งเป้าหมายของระยะนี้คือ ต้องการให้ผู้ป่วยเกิด Charge Talk ด้วยตนเอง และสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุรา /สารเสพติด

๑.๕ ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะแรก ๑-๕ สัปดาห์ หลังพ้นระยะถอนพิษ

๑.๖ การเพิ่มจำนวนครั้งในการรักษาจะทำให้เกิดการทบทวนเนื้อหาซ้ำ ๆ ซึ่งได้รับการแนะนำให้ทำร่วมกับผู้ป่วย Schizophrenia

๑.๗ ทำให้เกิดการบูรณาการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงเป็นสิ่งที่ดีในการอภิปราย เพราะผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ทำให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและการกระตือรือร้นที่จะเลิกสุราและสารเสพติด

๑.๘ ผู้ป่วยโรคร่วมอาจใช้เทคนิคการฟื้นฟูเรื่องภาษาที่ได้รับการเรียนรู้ในการบำบัดสุราก่อนหน้านี้ เช่นการใช้คำพังเพยเข้าร่วมกับเทคนิค MI มีประโยชน์เสริมสร้างความมั่นใจด้วยคำพูดด้วยความหมายของตนเอง

๑.๙ สนับสนุนให้ใช้ MI เพื่อให้เกิดการเข้าร่วมในการรักษา ซึ่งมุ่งเน้นการสนับสนุนให้เกิดการสร้างพลังอำนาจ และการตัดสินใจด้วยตนเองในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง

๑.๑๐ ในกลุ่มภาวะโรคจิตเภทให้ใช้เทคนิคการแนะนำ ซึ่งการใช้เทคนิคที่ยึดผู้ป่วยเป็นหลักนั้นขึ้นอยู่กับอาการทางจิตหรือความผิดปกติของผู้ป่วย ซึ่งมีความบกพร่องเรื่องความคิด และการสื่อสารจึงอาจต้อง MI ที่มีการดัดแปลงให้เหมาะสมกับความารถของผู้ป่วย ใช้เทคนิคที่สั้นไม่เป็นแบบแผนมาก

๑.๑๑ การเสริมสร้างแรงจูงใจควรใช้ทั้งเทคนิคของ MI และกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาด้วยยา

๑.๑๒ การรักษาผู้ป่วยด้วยระยะเวลานานมีผลต่อการเพิ่มสมรรถภาพในการทำให้เข้าร่วมการรักษา MI จะมีประสิทธิภาพมากขึ้นหากทำในช่วงผู้ป่วยใกล้จะกลับบ้าน หรือทำเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้กลับบ้าน

๒.การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ร่วมกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ลดการใช้หรือหยุดการดื่มได้ โดยมีแนวคิดดังนี้

๒.๑ สร้างความคิดใหม่และทำให้ผู้ป่วยเห็นว่า สถานการณ์เสี่ยงใดที่เป็นปัญหาและอาจนำไปสู่การกลับไปใช้สุรา สารเสพติดซ้ำ

๒.๒ การเน้นย้ำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเตือนของตนเองที่อาจทำให้มีโดอกาสกลับไปใช้สุราและสารเสพติดซ้ำ

๒.๓ ใช้ CBT เพื่อทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดและหูแว่วประสาทหลอนดีขึ้น

๒.๔ การให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเรื่องอาการทางจิต และการใช้สุราสารเสพติด (Comorbid Psychoeducation) เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว หรือระแวง นอนไม่หลับ หากใช้สุรา
สารเสพติดซ้ำ อาจทำให้อาการทางจิตเพิ่มขึ้นได้

๒.๕ สอนวิธีการจัดการอาการทางจิตที่เหมาะสม

๒.๖ ใช้เทคนิค CBT ในสัปดาห์ที่ ๖ โดยทำสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง จนครบการบำบัด ๒๔ สัปดาห์

๒.๗ เทคนิค CBT โดยรวมจะต้องใช้ระยะเวลาหลายครั้ง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีหลายแนวทางที่จะให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการเพิ่มพูนทักษะต่าง ๆ ระดับบุคคล เป็นการรักษาด้วยยา และการพัฒนาทักษะชีวิตพื้นฐาน ระดับครอบครัวการประคับประคองการอยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจ ให้การสุขศึกษา การให้คำปรึกษาครอบครัว และระดับสังคม สิ่งแวดล้อม เป็นการบูรณาการภาคสังคม ร่วมในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่นการสนับสนุนการจ้างงาน การประกอบอาชีพ การรวมกลุ่มทางสังคม เพื่อยกระดับความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณค่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวคิดที่ใช้ดำเนินการ

๑. แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลโอเร็ม

๒. แนวคิดทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์

๓. แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพลาว

๔. แนวคิดทฤษฎีสิ่งแวดล้อมของฟลอเรนซ์ ไนติงเกล

๕. แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care)

๖. แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ๑๑ แบบแผน

๗. แนวคิดการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (INHOMESSS)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ประชากรทั่วโลกประมาณ ๙๗๐ ล้านคน หรือประมาณ ๑ ใน ๘ คน มีปัญหาความผิดปกติทางจิต โดยโรคที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตระดับรุนแรง เช่น โรคจิตเภทและโรคอารมณ์สองขั้ว ยังมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากโรคมีลักษณะเรื้อรังและอาจเกิดอาการกำเริบซ้ำ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนสัมพันธภาพภายในครอบครัวและชุมชน สำหรับประเทศไทย ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชเป็นประเด็นสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตรุนแรง การป้องกันการฆ่าตัวตาย และการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ซึ่งผู้ป่วยบางส่วนมีปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การขาดนัด การใช้สารเสพติดร่วมด้วย และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการกำเริบของอาการทางจิต การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตเวช ทั้งนี้ ความเจ็บป่วยทางจิตเพียงอย่างเดียวมิได้หมายความว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมรุนแรง แต่จำเป็นต้องประเมินปัจจัยเสี่ยงและสภาพปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดสุรินทร์ พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาและติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้สามารถติดตามอาการ เฝ้าระวังความเสี่ยง และประสานการรักษาได้อย่างทันท่วงที อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนยังมีข้อจำกัดจากปัจจัยด้าน

ผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลต่อความต่อเนื่องในการรักษาและประสิทธิภาพของการติดตามดูแลในระดับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระทอง อำเภอ.กาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ มีผู้ป่วยจิตเวชในความรับผิดชอบจำนวน ๓๑ ราย เป็นผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง SMI-V จำนวน ๕ ราย จากการดำเนินงานติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบปัญหาสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยบางรายขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มารับการรักษาตามนัด ขาดความตระหนักในการเจ็บป่วย มีประวัติการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ตลอดจนขาดผู้ดูแลที่สามารถช่วยติดตามและเฝ้าระวังอาการผิดปกติได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการทางจิตกำเริบ และอาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ การติดตามดูแลผู้ป่วยยังจำเป็นต้องอาศัยการประสานงานระหว่างหน่วยบริการและภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลอย่างเป็นระบบ

ดังนั้น ผู้จัดทำผลงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบการพยาบาลและติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยมุ่งเน้นการประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ การวางแผนการพยาบาลรายบุคคล การติดตามความต่อเนื่องในการรับประทานยา การเฝ้าระวังอาการกำเริบ การเยี่ยมบ้าน และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทของชุมชน อันจะนำไปสู่การลดปัญหาการขาดการรักษา ลดโอกาสเกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชให้สามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างเหมาะสมต่อไป

๔.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์รายกรณีผู้ป่วยและนำองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงร่วมกับประวัติการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๒. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงร่วมกับประวัติการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๑. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงร่วมกับประวัติการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง รวมเร็ว ปลอดภัย

๒. บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงร่วมกับประวัติการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนตามมาตรฐาน

๔.๔ สาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๔๐ ปี รูปร่างสมส่วน ส่วนสูง ๑๖๐ ซม. น้ำหนัก ๖๐ กก. สถานภาพหย่าร้าง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ อาชีพรับจ้างเป็นครั้งคราว อาศัยอยู่ที่ ม.๗ ต.แนงมุด อ.กาบเชิง จ.สุรินทร์ สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า HN ๑๙๙๖๑ เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๘ ด้วยอาการสำคัญ (Chief Complaint: CC) มาฉีดยา Fluphenazine inj. ๒๕ mg. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุกวันที่ ๑๕ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ที่รพ.สต. ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present Illness: PI) ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเริ่มเสพยาเสพติด ตั้งแต่อายุ ๑๕ ปี ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลอง เริ่มเสพยาบ้า จำนวน ๒-๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ลองดื่มน้ำกระท่อมปริมาณ ½ แก้ว ลอง ๓ ครั้ง ซึ่งน้ำกระท่อมต้มประกอบด้วย น้ำต้มใบกระท่อมผสมกับยาแก้ไอ น้ำโค้ก และน้ำแข็ง ต่อมาใช้ยาบ้ากระท่อมสี่

คูณร้อย เพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อย ๆ มีประวัติบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ ๖-๗ เดือนที่ผ่านมาญาติให้ประวัติว่า พฤติกรรม อาละวาด ก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ ทำร้ายพ่อกับแม่ เข้ารับการบำบัด เป็นเวลา ๒ เดือน จำหน่ายกลับบ้าน ๒ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ โดยใช้ยาบ้า ๓-๕ เม็ด/วัน ๓-๔ ครั้งต่อสัปดาห์ น้ำกระท่อมสี่คูณร้อย ๒ ลิตรต่อวัน ๔ วันต่อสัปดาห์ ๒ เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการควบคุมตัวเองไม่ได้ มีอาการอาละวาด คลุ้มคลั่งญาตินำส่งโรงพยาบาล รับการรักษา ๒ เดือน จำหน่ายผู้นำชุมชนส่งรักษาต่อเพื่อรับการฟื้นฟูสมรรถภาพสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๐ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที และ ความดันโลหิต ๑๐๒/๖๘ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๖๐ กก. ส่วนสูง ๑๖๐ ซม. ดัชนีมวลกาย ๒๓.๔๔ กิโลกรัมต่อตารางเมตร

๔.๔.๑. ประวัติการเจ็บป่วย

๑.๑ อาการสำคัญ

รับส่งต่อจากโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อมารับการดูแลฉีดยา Fluphenazine decanoate ๒๕ mg. ampule (๑ml) ต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระทอง เดือนละ ๒ ครั้ง ทุกวันที่ ๑๕ และ ๒๙ ของทุกเดือน

๑.๒ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (History of present illness)

ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเริ่มเสพยาเสพติด ตั้งแต่อายุ ๑๕ ปี ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลอง เริ่มเสพยาบ้า จำนวน ๒-๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ลองดื่มน้ำกระท่อมปริมาณ ½ แก้ว ลอง ๓ ครั้ง ซึ่งน้ำกระท่อมต้มประกอบด้วย น้ำต้มใบกระท่อมผสมกับยาแก้ไอ น้ำโค้ก และน้ำแข็ง ต่อมาใช้ยาบ้ากระท่อมสี่คูณร้อยเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ มีประวัติบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์

๖-๗ เดือนที่ผ่านมาญาติให้ประวัติว่าพฤติกรรม อาละวาด ก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ ทำร้ายพ่อกับแม่ เข้ารับการบำบัด เป็นเวลา ๒ เดือน จำหน่ายกลับบ้าน

๓ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ โดยใช้ยาบ้า ๒ เม็ด/วัน ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ น้ำกระท่อมสี่คูณร้อย ๒ ลิตรต่อวัน ๓ วันต่อสัปดาห์ ๒ เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการควบคุมตัวเองไม่ได้ มีอาการอาละวาด คลุ้มคลั่งญาตินำส่งโรงพยาบาล รับการรักษา ๒ เดือน จำหน่ายผู้นำชุมชนส่งรักษาต่อเพื่อรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๑ สัปดาห์ก่อนมารพ.สต.เพื่อฉีดยา Fluphenazine decanoate ๒๕ mg. ampule (๑ml) โดยมีแม่นำส่งมารับการฉีดยา บอกว่าขับรถมอเตอร์ไซด์ไปมา ไม่ค่อยอยู่ติดบ้าน แม่วิตกกังวลกลัวกลับไปเสพยาซ้ำและไม่ยอมมาฉีดยา

ผู้ป่วยเป็นคนชอบความสนุกสนาน ชอบเที่ยวเตร่กับเพื่อน อารมณ์หงุดหงิดง่าย โมโหง่าย ขี้น้อยใจเอาแต่ใจตนเอง พูดจาไพเราะ ครับมีหางเสียง ใช้เงินเปลือง มีความรู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำ มักคิดว่าตนเองเป็นคนไม่เก่ง ไม่มีคนสนใจ มักคบหากับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเพื่อนในชุมชนที่ใช้ยาเสพติดด้วยกัน ด้านพฤติกรรมทางเพศ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศปกติ มีแฟน ๑ คน ปัจจุบันแยกทางกัน

ประวัติด้านการเรียน ผู้ป่วยเรียนหนังสือในโรงเรียน ตามหลักสูตรภาคบังคับของกระทรวงศึกษาธิการ ผู้ป่วยอ่าน เขียนหนังสือได้ ไม่มีอาชีพหลัก มารดาและพี่ชายเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

๑.๓ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past history)

-ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยทางกาย โรคประจำตัวใดๆ

-ประวัติโรคติดต่อ ปฏิเสธการติดโรคติดต่อใดๆ

-ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

-ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุและการผ่าตัด

ประวัติส่วนตัวและลักษณะนิสัย ผู้ป่วยเป็นคนชอบความสนุกสนาน ชอบเที่ยวเตร่กับเพื่อน อารมณ์หงุดหงิดง่าย โมโหง่าย ขี้น้อยใจเอาแต่ใจตนเอง พูดจาไพเราะ ครับมีหางเสียง ใช้เงินเปลือง มีความรู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำ มักคิดว่าตนเองเป็นคนไม่เก่ง ไม่มีคนสนใจ มักคบหากับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเพื่อนในชุมชนที่ใช้ยาเสพติดด้วยกัน ด้านพฤติกรรมทางเพศ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศปกติ มีแฟน ๑ คน ปัจจุบันแยกทางกัน

ประวัติด้านการเรียน ผู้ป่วยเรียนหนังสือในโรงเรียน ตามหลักสูตรภาคบังคับของกระทรวงศึกษาธิการ ผู้ป่วยอ่าน เขียนหนังสือได้ ไม่มีอาชีพหลัก มารดาและพี่ชายเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

๑.๔ ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว (Family History)

บิดากับมารดาผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยกัน บิดาช่วยมารดาประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีพี่ชายเป็นครูรับราชการส่งเงินให้มารดาและผู้ป่วยใช้เดือนละ๓,๐๐๐ บาท ผู้ป่วยไม่ทำงานเป็นหลักแหล่ง ขอเงินจากครอบครัวในการใช้จ่าย และบางครั้งจะขโมยเงินของมาดา ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี มีทะเลาะกันบ้างเรื่องเงินแต่ไม่ถึงขั้นรุนแรง เรื่องผู้ป่วยไปใช้ยาเสพติด และไปเที่ยวเตร่ แต่ห้ามปรามไม่ฟัง ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเอาแต่ใจโมโหง่าย อาละวาด ควบคุมตนเองไม่ได้ ทำร้ายและว่าครอบครัวเวลาไม่ให้เงินและจะประชดด้วยการขับรถออกนอกบ้าน

๔.๔.๒. การประเมินผู้ป่วย

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน โดยใช้กรอบแนวคิด ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน

๑. แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and health management pattern) ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบันเกี่ยวกับโรคอาการที่เป็นอยู่ตามรายละเอียดดังนี้

๑.๑ โรคประจำตัว : ไม่มี

๑.๒ ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้ประจำ : ไม่มี

๑.๓ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย : จะซื้อยากินเอง หรือไม่ก็มาขอยาที่รพ.สต.

๑.๔ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย : มารดา

๑.๕ การรักษา : รักษาอาการทางจิตที่โรงพยาบาลสุรินทร์ รับยาโดยการให้เจ้าหน้าที่รพ.สต.ติดต่อรับประสานงานให้ทางไลท์และยาส่งมายังรพ.สต. มารดาจะพาผู้ป่วยมาฉีดยาที่รพ.สต.บ้านสระทอง เดือนละ ๒ ครั้ง คือวันที่ ๑๕ และ ๒๙ ของทุกเดือน

๑.๖ การผ่าตัด : ปฏิเสธการผ่าตัด

๑.๗ ความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยยอมรับว่าเป็นปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้มีปัญหาครอบครัว จึงมารักษาตามที่มารดาและชุมชนต้องการ

๑.๘ ใช้ยาบ้า ๒ เม็ด/วัน ๑ ครั้ง/สัปดาห์

๑.๙ น้ำกระท่อมสี่คูณร้อย (๔x๑๐๐) ๒ ลิตร/๓ วัน/สัปดาห์

๑.๑๐ การแพ้ยา (ยา/อาหาร/สารเคมี) : ปฏิเสธ

๑.๑๑ ความคาดหวังในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : เลิกยาเสพติดได้และไม่ก่อความวุ่นวายให้ชุมชน

สรุปผล แบบแผนที่ ๑ : การรับรู้ปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองบกพร่อง

๒. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (nutritional metabolic pattern)

๒.๑ การรับประทานอาหาร : รับประทานเองช่วยเหลือตัวเองได้

๒.๒ ปัญหาในการรับประทานอาหาร : ไม่มี

๒.๓ รสชาติอาหารที่ชอบ : อาหารรสจัด

๒.๔ การดื่มน้ำ : วันละ ๕-๖ แก้ว๒.๕ น้ำหนักและส่วนสูง : น้ำหนัก ๖๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร BMI = ๒๓.๔๔ อยู่ในระดับเกิน (ค่าปกติ ๑๘.๕-๒๒.๙) ในช่วงเวลา ๖ เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักคงที่

๒.๖ สุขภาพของผิวหนัง เล็บ ผม : ปกติ

๒.๗ ระบบย่อยอาหาร : ปกติ

สรุปผล แบบแผนที่ ๒ : ปกติ

๓. แบบแผนการขับถ่าย (elimination pattern)

๓.๑ ปัสสาวะ : ๔-๕ ครั้ง/วัน ลักษณะปกติสีเหลืองใส

๓.๒ อุจจาระ : ถ่ายปกติทุกวัน วันละ ๑ ครั้ง ไม่ใช้ยาระบาย

๓.๓ การสูญเสียเหงื่อ : ปกติ

สรุปผล แบบแผนที่ ๓ : ปกติ

๔. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย (activity exercise pattern)

๔.๑ การเคลื่อนไหว : ปกติ

๔.๒ การทำกิจวัตรประจำวัน : ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

๔.๓ การออกกำลังกาย : ปกติไม่ออกกำลังกาย

๔.๔ งานอดิเรกที่ทำ : นอนเล่นที่บ้าน ช่วยแม่ทำงานบ้าน ตัดหญ้าในสวน

สรุปผล แบบแผนที่ ๔ : ปกติ

๕. แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน (sleep rest pattern)

๕.๑ ลักษณะการนอนหลับ : นอนหลับปกติแต่ในช่วงที่ใช้ยาเสพติด นอนหลับไม่สนิท

๕.๒ คุณภาพการนอนหลับ : นอนหลับสนิทประมาณ ๘-๑๐ ชั่วโมง/วัน ช่วงเวลา ๒๐.๐๐ น.ถึง ๐๖.๐๐ น. ในช่วงที่ใช้ยาเสพติด กลางคืนไม่นอน กลางวันนอนประมาณ ๓ ชั่วโมง

๕.๓ การนอนหลับกลางวัน : ตอนช่วงบ่าย ในช่วงใช้ยาเสพติดนอนหลับไม่เป็นเวลา

๕.๔ การใช้ยานอนหลับ : ไม่ใช้

๕.๕ การใช้เวลาว่างและการพักผ่อนหย่อนใจ : ไปเที่ยวกับเพื่อน ถ้ามีเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษาเพื่อนในกลุ่มที่เที่ยวด้วยการ

สรุปผล แบบแผนที่ ๕ : แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ

๖. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (cognitive perceptual pattern)

๖.๑ ระดับความรู้สึกตัว : ปกติระดับสติปัญญาอยู่ในระดับปกติ

๖.๒ การมองเห็น : การมองเห็นชัด ไม่มีสายตาสั้นหรือยาว ไม่มีต้อกระจก ตาไม่บอดสี

๖.๓ การพูด : ปกติ

๖.๔ การได้ยิน : ปกติ

๖.๕ การแสดงอารมณ์ : ไม่ค่อยสดชื่น โกรธง่าย บางครั้งควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะโวยวายเมื่อไม่พอใจ

๖.๖ ความคิด : ไม่มีอาการหลงผิดหรือหวาดระแวง ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ถ้ารู้สึกน้อยใจ เสียใจ หงุดหงิด โกรธไม่ได้ดั่งใจมักจะทำร้ายคนอื่นโดยการทุบตี ขับมอเตอร์ไซด์เร็วๆ บิดมอเตอร์ไซด์ให้เสียงดัง เรียกร้องความสนใจ

สรุปผล แบบแผนที่ ๖ : การแสดงอารมณ์และความคิดผิดปกติ

๗. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (self-perceptual-self-concept pattern)

๗.๑ ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง การมองตนเอง (perceived) : ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองติดสารเสพติดทำให้มีปัญหาครอบครัว หากหยุดเสพติดได้จะทำให้อาการดีขึ้น

๗.๒ ตนเองตามการมองของผู้อื่นตามที่มีที่เป็นที่เกิดขึ้นจริง (real self) : ผู้ป่วยคิดว่าถูก คนรอบข้างญาติพี่น้องมองว่าตนเองเป็นตัวปัญหาของครอบครัว ตนเองใช้ยาเสพติดทำให้มีการทะเลาะกันในครอบครัว ทำร้ายคนในครอบครัว เนื่องจากตนเองไปเที่ยวเตร่กับเพื่อน และเสพยาตามมาเกิดความเสียหายกับครอบครัว ขาดการยอมรับของสังคม

๗.๓ ตนเองในอุดมคติ (idea self) : อยากเลิกยาเสพติดตามที่ครอบครัวและญาติขอร้องในตนเอง เรื่องที่ตนเองเป็นตัวปัญหาของครอบครัว พ่อแม่ต้องเดือดร้อนและเสียใจ

๗.๔ การได้ยิน : ปกติ

สรุปผล แบบแผนที่ ๗ : การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ผิดปกติ

๘. แบบแผนการทำหน้าที่ตามบทบาทความสัมพันธ์ (role-relationship pattern)

๘.๑ สัมพันธภาพสมาชิกในครอบครัว : บิดากับมารดาผู้ป่วยอาศัยอยู่ร่วมกัน มีพี่ชายเป็นข้าราชการครูคอยส่งเงินให้ใช้ ผู้ป่วยไม่ได้ทำงานประจำทำให้เงินไม่พอใช้ ขอบ่อยแม่ก็บ่น จึงขโมยเงินเป็นครั้งคราวแล้วออกไปเที่ยวเตร็ดเตร่กับเพื่อน แม่กับพ่อบ่นก็น้อยใจ เพราะพ่อกับแม่กลัวว่าจะกลับไปเสพยาเสพติดกับเพื่อนอีก

๘.๒ ผู้ที่หารายได้หลักในครอบครัว : พี่ชายที่รับราชการครูส่งเงินให้ที่บ้านใช้เดือนละ ๓,๐๐๐-๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน พ่อกับแม่มีอาชีพเกษตรกรรม ตนเองจะช่วยทำงานในสวนและบ้านบ้างบางครั้ง

๘.๓ การเจ็บป่วยครั้งนี้ มีผลกระทบต่อครอบครัว : ทำให้สภาพจิตใจของคนในครอบครัวรู้สึกไม่ดีเครียดกับเรื่องของตนเอง และทำให้มีการทะเลาะกันบางครั้ง ตนสร้างปัญหาให้ครอบครัวมากทั้งด้านการเงินและความเป็นอยู่

๘.๔ ที่ผ่านมาเคยเกิดปัญหาวิกฤตในครอบครัว : เคยทำร้ายพ่อกับแม่จนได้รับบาดเจ็บ

๘.๕ การสื่อสารในครอบครัว : ต่างคนต่างอยู่ พูดคุยกันบ้างทะเลาะกันบ้าง เพราะแม่ชอบบ่น

๘.๖ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือกับสังคม: ก่อนใช้ยาเสพติดผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นค่อนข้างดี มีเพื่อนเยอะ เป็นคนที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี เพื่อนที่มีส่วนใหญ่เป็นเพื่อนในชุมชนเป็นกลุ่มที่เสพยาเสพติดด้วยกัน

สรุปผล แบบแผนที่ ๘ : ผิดปกติเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี

๙. แบบแผนเพศสัมพันธ์ และการเจริญพันธุ์ (sexuality-reproductive pattern)

๙.๑ อวัยวะสืบพันธ์ : ปกติ

๙.๒ การมีเพศสัมพันธ์ : มีแฟนคนเดียวและบุตรด้วยกัน ๑ คน ตอนนี้เลิกกับแฟน ไม่มีแฟนใหม่อีก

สรุปผล แบบแผนที่ ๙ : ปกติ

๑๐. แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญความเครียด (coping-stress tolerance pattern)

๑๐.๑ เมื่อเกิดความเครียดหรือปัญหาต่างๆ : ถ้ามีความเครียดจะโทรไปหาเพื่อนไปเที่ยวกับเพื่อน ไปนอนบ้านเพื่อนหมู่บ้านข้างๆ คุยกับเพื่อนทำให้สนุกสนาน

๑๐.๒ สิ่งที่ทำให้เครียด กังวลใจ หรือทุกข์ใจ : ปรึกษาใครไม่ได้ แม่กับพ่อไม่เข้าใจให้อยู่แต่บ้าน

๑๐.๓ แก้ไขความเครียดหรือความทุกข์ใจ : เสพยาบ้า และดื่มน้ำกระท่อมสี่คูณร้อย(๔x๑๐๐)

๑๐.๔ บุคคลที่มีความสำคัญ และจะให้การช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด : ไม่มี

๑๐.๕ ความต้องการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาหรือจัดการกับความเครียดหรือความทุกข์ครั้งนี้ : อยากเลิกยาเสพติดให้ได้ อยากกลับไปดูแลและอยู่ที่บ้านกับแม่และพ่อกับพี่ชาย

สรุปผล แบบแผนที่ ๑๐ : ผิดปกติ เรื่อง มีการปรับตัวและเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม

๑๑. แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ (value-belief pattern)

๑๑.๑ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ : ผู้ป่วยปฏิเสธการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

๑๑.๒ การมีความหวังในชีวิต : หวังว่าอยากเลิกยาเสพติด

สรุปผล แบบแผนที่ ๑๑ : ไม่ปฏิบัติตามหลักศาสนา

การประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (INHOMESSS)

I: Immobility (การเคลื่อนไหว)

รับประทานอาหารได้เอง ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน ลุกจากที่นอน เข้าห้องน้ำเอง เดินได้ในบ้าน สวมใส่เสื้อผ้าได้เอง ขึ้นลงบันไดได้เอง อาบน้ำได้เอง กลั้นอุจจาระได้ กลั้นปัสสาวะได้เป็นบางครั้ง ประเมินกิจวัตรประจำวันด้วย Barthel Activities of Daily Living หรือ ADL Score ๒๐ คะแนน ประเมินได้ว่าไม่มีภาวะพึ่งพิง

N: Nutrition (โภชนาการ) รับประทานอาหารจำนวน ๒-๓ มื้อ รับประทานอาหาร รสจัด บอกว่าทานแล้วมีแรง ซื้อที่ตลาด และประกอบเองบ้าง น้ำหนัก ๖๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๒๓.๔๔ กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีภาวะเกินปกติ

H: Home Environment (สภาพบ้าน) บ้านผสมไม้และปูน ๒ ชั้นมีรั้วลวดหนามและต้นไม้รอบกั้นเป็นเขตบ้านอยู่ติดถนนสายหลักกลางหมู่บ้าน มีสัตว์เลี้ยงไก่ และ สุนัข ห้องน้ำแยกออกจากตัวบ้าน ห้องครัวแยกออกจากตัวบ้าน ห้องฟอกไตเป็นสัดส่วนภายในบ้านกั้นยิบซัมมีประตูปิดมิดชิด แต่แสงสว่างเพียงพอพื้นบ้าน และห้องน้ำไม่ลื่นภายในบ้านมีความสะอาดดี มีพื้นต่างระดับบริเวณประตูบ้านสู่นอกบ้าน

O: Other People (สมาชิกคนอื่นในบ้าน ชุมชน) ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดาและ มารดาของตนเอง พี่ชายรับราชการครูไม่ได้อาศัยอยู่ที่นี่ มีสัมพันธภาพรักใคร่กันดีภายในครอบครัว บ้านปิดมิดชิดไม่มีเพื่อนบ้านมาเล่นด้วยแต่อย่างใด

M: Medication (ยาที่ผู้ป่วยใช้)

๑.Fluphenazine inj. ๒๕ mg. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุกวันที่ ๑๕ และ ๒๙ ของทุกเดือน

๒.Propranolol ๑๐ mg. ๑ x ๓ oral pc.

๓.clozapine ๑๐๐ mg. ๑ x ๑ Hs.

๔.Diazepam ๕ mg. ๒ x ๑ Hs.

๕.Sodium Valproate ๕๐๐ mg. ๒ x ๑ Hs.

๖.Trihexyphenidyl(Artane) ๒ mg. ๒ x ๒ pc.

๗.Risperidone ๒ mg. ๑ x ๓ pc.

ปฏิเสธการใช้ยาสมุนไพร ยาชุด และยาอื่นๆ บริหารยาด้วยตนเอง จัดและเตรียมยาเองทุกมื้อ โดยมีแม่กำกับและพามาฉีดยาที่รพ.สต.ใกล้บ้าน

E : Examination (ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๐ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๘ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๐๒/๖๘ มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๙ % ๑)ระบบประสาท รู้สึกตัวดี คุยรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ ๒) ใบหน้าศีรษะและลำคอ ใบหน้าไม่บวม เปลือกตาไม่บวม ซีดเล็กน้อย มีฟันผุบางซี่ ๓)ระบบทางเดินหายใจมี ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย นอนราบได้ ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงที่ผิดปกติ ๔)ระบบหัวใจและหลอดเลือด ไม่พบ murmur การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ชีพจรสม่ำเสมอ มีอ่อนเพลีย เวียนศีรษะบางครั้ง ๕) ระบบย่อยอาหารรับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ๖)ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกแรงกล้ามเนื้อแขน ขา ระดับ ๕

S: Stability (ความปลอดภัย) ภายในบ้านไม่พบสารเคมี ของมีคมที่ก่อให้เกิดอันตราย สภาพแวดล้อมของบ้าน ดีมีระเบียบ มีขยะบ้างเล็กน้อยแต่ไม่เกลื่อนกลาน ไม่มีฝุ่นละอองฟุ้งกระจาย ห้องน้ำสะอาด แหล่งน้ำใช้ปลอดภัย ดี ใช้น้ำประปา

S: Spiritual Health (สุขภาวะทางจิตวิญญาณ) ผู้ป่วยและครอบครัว สมาชิกภายในบ้าน ทราบและรับรู้ภาวะเจ็บป่วยยอมรับได้ คัดกรอง ด้วยแบบประเมินST-๕ เครียดเล็กน้อย และภาวะซึมเศร้า ๒Q พบปกติ

S: Service (ทางเลือกการรักษาอื่นในชุมชน) ผู้ป่วยใช้สิทธิบัตร ๓๐ บาท ไปรับยาโรคประจำตัวที่รพ.สุรินทร์ โดยการให้เจ้าหน้าที่รพ.สต.ประสานงานรับยาทางไปรษณีย์ โดยให้มารดาพามารับบริการฉีดยาทุกวันที่ ๑๕ และ ๒๙ ของทุกเดือน โดยรถมอเตอร์ไซด์ ปัจจุบันรักษาเฉพาะแพทย์แผนปัจจุบันไม่ได้ รักษาแพทย์ทางเลือกอื่น

๔.๔.๓. ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

๔.๔.๓.๑ การตรวจสัญญาณชีพ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๐ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๘ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๐๒/๖๘ มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๙ %

๔.๔.๓.๒ ตรวจร่างกาย (physical examination) ได้แก่ การตรวจดูสภาพทั่ว ๆ ไปของร่างกาย (Head-to-Toe assessment criteria)

ศีรษะ : ผมหยิก สั้น สีดำ กะโหลกศีรษะรูปร่างปกติ หนังศีรษะไม่มีตุ่ม ไม่มีผมร่วงผิดปกติ

ผิวหนัง : ผิวดำแดง แห้ง ไม่เป็นขุย ไม่มีผื่น หรือจุดจ้ำเลือด ไม่มีรอยเกา

ใบหน้า : ใบหน้าสมมาตร สีหน้าอ่อนเพลีย

ตา : ตาทั้งสองข้างมอเห็นปกติ หนังตาไม่ตก ไม่บวม การเคลื่อนไหวของลูกตาปกติ เยื่อบุตาไม่ซีด ตาขาวไม่เหลือง รูม่านตากลมน้ำตาลเข้มขนาด ๒.๕ มิลลิเมตร เท่ากันทั้งสองข้างมีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ

หู : ใบหูปกติ การได้ยินชัดเจนดี ไม่มีแผล ไม่มีขี้หูอุดตัน ไม่หูอื้อ ไม่มีสิ่งแปลกปลอมไหลออกจากในหู

จมูก : เยื่อบุจมูกซีดเล็กน้อย ไม่บวม ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง ได้กลิ่นปกติ

ปาก : ริมฝีปากซีด เยื่อบุช่องปากซีดเล็กน้อย ไม่มีฟันผุ ไม่มีฝ้าขาวในปาก ไม่มีเหงือกอักเสบ ไม่มีแผลในช่องปาก

คอ : คลำไม่พบก้อน ต่อมน้ำเหลืองไม่โต ไม่มีกดเจ็บ หลอดลมอยู่แนวกึ่งกลาง

๔.๔.๓.๓ ตรวจร่างกายตามระบบ (Body systems assessment criteria) ได้แก่

ทรวงอก : รูปร่างสมมาตร การขยายตัวขอวทรวงอกเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง หายใจปกติ

ปอด : ฟังเสียงปอดปกติ รูปร่างสมมาตร

หัวใจและหลอดเลือด : ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีปวดร้าว ไม่มี Neck Vein engorged จังหวะของชีพจรและความแรงสม่ำเสมอ

ช่องท้อง : ท้องไม่อืด ไม่บวมโตไม่มีท้องมาน มีสายล้างไตทางหน้าท้องเก็บเรียบร้อย ไม่บวมแดง ไม่มีอาการกดแล้วเจ็บ Bowel sound ปกติ ๑๘ ครั้งต่อนาที ไม่มีตับโตม้ามโต

ระบบประสาท กล้ามเนื้อ และ กระดูก : E๔V๕M๖ การมองเห็นปกติ การได้ยินปกติ การพูดปกติ Sensation ปกติ การเคลื่อนไหวทำได้เองปกติไม่มีภาวะอ่อนแรง ไม่มีภาวะโครงสร้างผิดรูปกระดูกหัก

ระบบทางเดินปัสสาวะ :ควบคุมการขับถ่ายได้ปกติ ไม่มีปัสสาวะลำบาก ไม่ได้ใส่สายสวน Urine สีเหลืองปกติไม่เข้มมาก ไม่ขุ่น ไม่มีตะกอน ไม่มีเลือดปน

ระบบอวัยวะสืบพันธ์ : อวัยวะเพศปกติไม่มีบวม ไม่มีบาดแผล ขนปกคลุมขึ้นปกติ

๔.๔.๓.๓ ผลการตรวจพิเศษ

ไม่พบการตรวจพิเศษ

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย (Final diagnosis)

F๑๕.๕๐ : ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารกระตุ้นระบบประสาทอื่น รวมทั้งกาแฟ กลุ่มอาการผิดปกติแบบโรคจิต (Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine at psychotic disorder)

F๒๐.๐ : Paranoid schizophrenia

สรุปอาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๔๐ ปี ภูมิลำเนา ตำบลแนงมุด อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ มาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระทอง วันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๘ เวลา ๑๐.๐๕ น. ด้วยอาการหงุดหงิด โมโหง่าย ทำลายข้าวของ ด่าทอพ่อกับแม่ ร่วมกับมีอาการท้องเสีย ประสานรถและตำรวจ เพื่อส่งตัวกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๐ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที และ ความดันโลหิต ๑๐๒/๖๘ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๖๐ กก. ส่วนสูง ๑๖๐ ซม. ยาที่ต้องกินประจำคือ ๑.Fluphenazine inj. ๒๕ mg. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุกวันที่ ๑๕ และ ๒๙ ของทุกเดือน, ๒.Propranolol ๑๐ mg. ๑ x ๓ oral pc. , ๓.clozapine ๑๐๐ mg. ๑ x ๑ Hs., ๔.Diazepam ๕ mg. ๒ x ๑ Hs., ๕.Sodium Valproate ๕๐๐ mg. ๒ x ๑ Hs., ๖.Trihexyphenidyl(Artane) ๒ mg. ๒ x ๒ pc., ๗.Risperidone ๒ mg. ๑ x ๓ pc. แรกรับที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประเมินตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ๑๑ แบบแผน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีสีหน้าอ่อนเพลีย สอบถามยังมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลียไม่มีแรง บอกไม่มีคนเข้าใจ ชอบขัดใจ และไม่ให้เงินใช้เลยทำลายข้าวของ หลังกลับจากโรงพยาบาลสุรินทร์จำหน่ายกลับมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระทอง แพทย์จำหน้ายให้กลับมารับการรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระทองต่อ โดยมียาดังนี้ ๑.Fluphenazine inj. ๒๕ mg. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุกวันที่ ๑๕และ ๒๙ ของทุกเดือน, ๒.Propranolol ๑๐ mg. ๑ x ๓ oral pc. , ๓.clozapine ๑๐๐ mg. ๑ x ๑ Hs., ๔.Diazepam ๕ mg. ๒ x ๑ Hs.,๕.Sodium Valproate ๕๐๐ mg. ๒ x ๑ Hs., ๖.Trihexyphenidyl(Artane) ๒ mg. ๒ x ๒ pc., ๗.Risperidone ๒ mg. ๑ x ๓ pc. วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๘ มารดามีความกังวลกลัวว่าลูกจะกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ได้พามารับบริการฉีดยาตามแพทย์นัด สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๐ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที และ ความดันโลหิต ๑๑๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท แรกรับผู้ป่วยถามตอบรู้เรื่อง พูดเข้าใจปฏิบัติตามได้ตามคำสั่ง และเล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์มา ให้ประวัติว่าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์และโรงพยาบาลสุรินทร์จำหน่ายกลับมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระทอง โดยมีมารดาเป็นผู้ดูแลและบอกว่ามารดาจะพามาฉีดยาและจัดยาให้กินเพราะไม่อยากให้กลับไปเล่นกับเพื่อนที่หมู่บ้านข้างๆ อาจกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ รวมทั้งเกรงว่าผู้ป่วยจะไม่มารับการฉีดยาตามนัด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลต่อความต่อเนื่องในการรักษาและเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ จึงได้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ๒ ครั้ง

การเยี่ยมครั้งที่ ๑ : ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๘ เป็นการติดตามระยะแรกหลังผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาล เพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่าย ไปเยี่ยมพบอยู่บ้านกำลังนอนดูทีวี สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที และ ความดันโลหิต ๑๐๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท การพยาบาบครั้งนี้มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม โดยประเมินอาการทางจิตและความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและการรับยาตามแผนการรักษา เฝ้าระวังการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ให้ความรู้และเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

การเยี่ยมครั้งที่ ๒ : ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๘ ไปเยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยกำลังตัดหญ้าอยู่ในสวนบริเวณบ้าน ติดตามอาการและพฤติกรรมหลังกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๐ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที และ ความดันโลหิต ๑๑๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท

กรณีศึกษานี้มีความซับซ้อนจากการมีปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับประวัติการใช้สารเสพติดเป็นระยะเวลานาน การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวและทำร้ายบุคคลในครอบครัว รวมถึงข้อจำกัดในการติดตามผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่อยู่บ้านเป็นประจำ ประกอบกับครอบครัวมีความวิตกกังวลและต้องรับภาระในการดูแล จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม การใช้สารเสพติด ความร่วมมือในการรักษา และบริบทครอบครัวและชุมชน

การวางแผนการพยาบาล

ตลอดระยะเวลาการศึกษาพบผู้ป่วยมีปัญหาที่สำคัญดังนี้

๑.เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากพร่องในการควบคุมอารมณ์

๒.เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง

๓.เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา

๔.มีสัมพันธภาพบกพร่องเนื่องจากไม่ไว้วางใจผู้อื่น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑: เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากพร่องในการควบคุมอารมณ์ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติการใช้ยาเสพติด ให้ประวัติว่านอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย ทำร้ายบิดามารดาเมื่อถูกขัดใจ และบางครั้งทำลายข้าวของภายในบ้าน จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยมีสีหน้าหงุดหงิดตาขวาง ท่าทางไม่เป็นมิตร และพูดตำหนิมารดาว่าไม่สนใจตนเองและให้เงินน้อย วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ โดยไม่ทำร้ายตนเองและผู้อื่น เกณฑ์การประเมิน ๑) ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่แสดงพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ๒) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ๓) ผู้ป่วยมีอารมณ์สงบ อาการหงุดหงิดลดลง และมีท่าทีเป็นมิตร กิจกรรมการพยาบาล ๑) ประเมินการรับรู้และความผิดปกติของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ได้แก่ การมองเห็น การได้ยินการได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส รวมถึงช่วงเวลาที่เกิดอาการและการตอบสนองของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสม ๒) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างสม่ำเสมอ โดยปรับระยะเวลาการสนทนาให้เหมาะสมกับอาการและความพร้อมของผู้ป่วย รับฟังด้วยความใส่ใจและอดทน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ สามารถค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขร่วมกัน ๓) ยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วย รับฟังโดยไม่โต้แย้ง และให้ข้อมูลตามความเป็นจริงด้วยท่าทีสงบ เพื่อส่งเสริมการรับรู้และการตัดสินใจอย่างเหมาะสม ๔) ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น โดยสังเกตอารมณ์หงุดหงิด ท่าทางคุกคาม และประเมินอาการหูแว่วโดยเฉพาะเสียงข่มขู่หรือเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ๕) พูดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นและระบายความรู้สึก เพื่อค้นหาสาเหตุของความไม่พอใจและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ๖) แนะนำและฝึกวิธีควบคุมอารมณ์อย่างเหมาะสม ได้แก่ การหายใจช้า ๆ และการถอยออกจากสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ พร้อมให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติ ๗) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ Fluphenazine ชนิดฉีด ขนาด ๒๕ มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อตามวันที่แพทย์กำหนดคือ กำหนดฉีด Fluphenazine ให้ตรวจสอบกับคำสั่งแพทย์ว่าเป็น “ทุก ๒ สัปดาห์” หรือ “วันที่ ๑๕ และ ๒๙ ของทุกเดือน” และ Propranolol ขนาด ๑๐ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๓ ครั้งหลังอาหาร พร้อมติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา Clozapine ขนาด ๑๐๐ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้งก่อนนอน Diazepam ขนาด ๕ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๒ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง ก่อนนอน Sodium

Valproate ขนาด ๕๐๐ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๒ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง ก่อนนอน Trihexyphenidyl (Artane) ขนาด ๒ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๒ เม็ด วันละ ๒ ครั้ง หลังอาหาร และ Risperidone ขนาด ๒ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๓ ครั้ง หลังอาหาร ตามแผนการรักษา ๘) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมที่กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร เช่น การแนะนำตนเองและกิจกรรมนันทนาการ โดยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีการแข่งขันหรือมุ่งเอาชนะ ซึ่งอาจกระตุ้นความหวาดระแวงหรือพฤติกรรมก้าวร้าว ๙) สังเกตอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น พร้อมบันทึกการเปลี่ยนแปลงและการดูแลที่ได้รับในเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างละเอียด เพื่อใช้ติดตามและวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอารมณ์หงุดหงิด สามารถควบคุมตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอื่นและเจ้าหน้าที่ ปัญหาได้รับการดูแลแก้ไขจนดีขึ้น แต่ยังจำเป็นต้องเฝ้าระวังพฤติกรรมและติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยประสานความร่วมมือกับครอบครัว ทีมหมอครอบครัวและผู้นำชุมชน ปัญหานี้ได้รับการแก้ไข แต่ยังไม่สิ้นสุด พยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยกำกับติดตามดูแลผ่านทีมหมอครอบครัว ผู้นำชุมชน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒ : เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการปากแห้งเล็กน้อย ง่วงซึมเป็นบางครั้งและชอบนอนกลางวัน โดยได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ Fluphenazine ชนิดฉีด ขนาด ๒๕ มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อตามกำหนดนัด Propranolol ขนาด ๑๐ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๓ ครั้ง หลังอาหาร Clozapine ขนาด ๑๐๐ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด ก่อนนอน Diazepam ขนาด ๕ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๒ เม็ด ก่อนนอน Sodium Valproate ขนาด ๕๐๐ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๒ เม็ด ก่อนนอน Trihexyphenidyl (Artane) ขนาด ๒ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๒ เม็ด วันละ ๒ ครั้งหลังอาหาร และ Risperidone ขนาด ๒ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๓ ครั้ง หลังอาหาร วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุและอันตรายจากอาการไม่พึงประสงค์ของยาที่ได้รับ เกณฑ์การประเมิน ๑) ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุหรือพลัดตกหกล้มระหว่างการติดตามดูแลที่บ้าน ๒) ผู้ป่วยไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรงหรือรบกวนการดำเนินชีวิต เช่น ง่วงซึมมาก เดินเซ มือสั่น หรือปากและคอแห้งมากขึ้น กิจกรรมการพยาบาล ๑) ประเมินและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา ได้แก่ ง่วงซึม เวียนศีรษะ เดินเซ และอาการผิดปกติอื่น ๆ พร้อมบันทึกการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ๒) อธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น เช่น ง่วงนอน เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก และปากแห้ง เพื่อให้สามารถสังเกตและแจ้งอาการได้ ๓) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา โดยให้มารดามีส่วนร่วมในการกำกับและติดตามการรับประทานยา การไปรับยาฉีดตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติ ๔) ประสานและรายงานแพทย์เมื่อพบอาการไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น หรือมีอาการไม่สุขสบายจนส่งผลต่อการรับประทานยา เพื่อประเมินและพิจารณาปรับแผนการรักษา ๕) แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างเหมาะสมตามแผนการรักษา รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผักและผลไม้ และติดตามการขับถ่าย ๖) แนะนำให้เปลี่ยนอิริยาบถช้า ๆ โดยเฉพาะการลุกจากท่านอนเป็นท่านั่งหรือท่ายืน และให้ผู้ดูแลเฝ้าระวังอุบัติเหตุขณะง่วงซึมหรือเดินไม่มั่นคง พร้อมประสานทีมหมอครอบครัวหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมื่อพบอาการผิดปกติการประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุในช่วงที่ติดตามดูแล อย่างไรก็ตามยังต้องติดตามอาการปากแห้งและง่วงซึม รวมถึงประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยาอย่างต่อเนื่อง โดยให้ครอบครัวและทีมหมอครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไข แต่ยังไม่สิ้นสุด พยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยกำกับติดตามดูแลผ่านทีมหมอครอบครัว ผู้นำชุมชน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๓ : เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่าเริ่มใช้ยาเสพติดตั้งแต่อายุ ๑๕ ปี เนื่องจากเพื่อนชวนและต้องการคลายเครียด เมื่อมีปัญหารู้สึกว่าไม่สามารถปรึกษาใครได้ หรือรู้สึกว่าผู้อื่นมองตนเองในทางไม่ดี มักใช้ยาเสพติดเพื่อประชดและคิดว่าตนเองไม่น่าจะติดยา ผู้ป่วยจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้ศึกษาต่อ โดยให้ประวัติว่าติดเพื่อน จากการประเมินพบว่ามีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นและขาดความยับยั้งชั่งใจ ผลการประเมินด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.๒ ได้ ๕ คะแนน และการประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพบว่าอยู่ในขั้นลังเล (Contemplation) วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติดและภาวะสมองติดยา ส่งเสริมแรงจูงใจในการเลิกยา และให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเผชิญปัญหา จัดการอารมณ์และความเครียด รวมถึงป้องกันการกลับไปเสพซ้ำอย่างเหมาะสม เกณฑ์การประเมิน ๑) ผู้ป่วยสามารถบอกผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดได้ ๒) ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้ถูกต้อง กิจกรรมการพยาบาล ๑) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดด้วยท่าทีที่ยอมรับและไม่ตัดสิน ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ อาการถอนยา ภาวะแทรกซ้อน และการได้รับยาตามแผนการรักษา ๒) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับผลกระทบจากการใช้สารเสพติด รวมถึงน้ำกระท่อมและการใช้ยาแก้ปวดผิดวัตถุประสงค์ อธิบายภาวะสมองติดยา และร่วมกันระบุตัวกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารของผู้ป่วย พร้อมหาแนวทางจัดการที่เป็นรูปธรรม ๓) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทบทวนข้อดีและข้อเสียของการใช้ยาเสพติด เปรียบเทียบกับประโยชน์ของการเลิกยา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกเหตุผลและความต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง ๔) สอนและฝึกทักษะผ่านสถานการณ์จำลอง ได้แก่ การปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ใช้ยา การเผชิญปัญหา การจัดการอารมณ์และการผ่อนคลายความเครียด โดยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง ๕) ร่วมวางแผนป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยส่งเสริมการทำงานอดิเรกที่สนใจ การช่วยบิดามารดาทำงาน การหลีกเลี่ยงบุคคลและสถานการณ์ที่กระตุ้นให้อยากเสพ การขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหา และการรับประทานยาจิตเวชตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ๖) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามความพร้อม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้แนวทางการเลิกยาเสพติด ๗) ให้กำลังใจและเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรม สามารถอธิบายวิธีป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และเข้ารับการรักษาตามนัด การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถบอกผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดได้ว่า ทำให้ร่างกายทรุดโทรมและอาจเกิดอาการทางจิตเวช รวมทั้งบอกวิธีป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้ ได้แก่ การหาบุคคลที่ไว้วางใจเพื่อปรึกษาเมื่อมีปัญหาและการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ทั้งนี้ ยังต้องติดตามแรงจูงใจและการนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ปัญหานี้ได้รับการแก้ไข แต่ยังไม่สิ้นสุด พยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยกำกับติดตามดูแลผ่านทีมหมอครอบครัว ผู้นำชุมชน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ : มีสัมพันธภาพบกพร่องเนื่องจากไม่ไว้วางใจผู้อื่น ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่าไม่อยากพูดคุยหรืออยู่ใกล้ผู้อื่น เพราะกลัวว่าจะถูกทำร้ายหรือขับไล่ และรู้สึกว่าคนรอบข้างมองตนเองด้วยความรังเกียจ จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยไม่ค่อยเริ่มต้นสนทนากับผู้อื่นหากไม่มีผู้ชวนพูดคุย เมื่อมีผู้เข้ามาสนทนาด้วยจะมองซ้ายมองขวาและมีท่าทีระมัดระวัง วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนตามความพร้อม เกณฑ์การประเมิน ๑) ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมง่าย ๆ ในชุมชนได้ ๒) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัวลดลง สามารถพูดคุยกับเพื่อนบ้านได้อย่างน้อยวันละ ๒–๓ คนตามความพร้อม ๓) ผู้ป่วยสามารถบอกชื่อเพื่อนบ้านที่พูดคุยหรือทำกิจกรรมร่วมกันได้อย่างน้อย ๒–๓ คน กิจกรรมการพยาบาล ๑) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างสม่ำเสมอ โดยทักทาย แนะนำตนเอง และอธิบายวัตถุประสงค์ในการดูแลด้วยท่าทีสงบและเป็นมิตร เพื่อส่งเสริมความไว้วางใจ ๒) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและสาเหตุของการแยกตัว รับฟังด้วยความเข้าใจ ไม่ตำหนิหรือโต้แย้งความรู้สึกของผู้ป่วย

๓) สนทนาเพื่อการบำบัด ช่วยให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึก ความต้องการ และความกังวลในการติดต่อกับผู้อื่น พร้อมร่วมกันหาแนวทางเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ๔) ฝึกทักษะการสื่อสารอย่างง่าย ได้แก่ การทักทาย การแนะนำตนเอง การเริ่มต้นสนทนา และการบอกความต้องการ โดยเริ่มจากบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ ๕) ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์อย่างค่อยเป็นค่อยไป เริ่มจากการพูดคุยกับครอบครัวและบุคคลคุ้นเคย แล้วจึงเข้าร่วมกิจกรรมง่าย ๆ ในชุมชนตามความสมัครใจและความพร้อม ๖) ประสานครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดให้มีส่วนร่วมในการพูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย พร้อมให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถสื่อสารหรือมีส่วนร่วมได้อย่างเหมาะสม ๗) ทบทวนการดูแลตนเองที่บ้าน ได้แก่ การรับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่ปรับหรือหยุดยาเอง การสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การทำกิจกรรมที่มีความหมาย และการพบแพทย์ตามนัด การประเมินผลการพยาบาล ตามข้อมูลที่บันทึก ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยมากขึ้น สามารถบอกอาการทางจิตเวช วิธีรับประทานยา และการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านได้ รวมทั้งดูแลกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นโดยเจ้าหน้าที่ไม่ต้องกระตุ้น

ปัญหาต่างๆเหล่านี้ได้รับการแก้ไขไปบางส่วน การพยาบาลจึงมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม โดยประเมินอาการทางจิตและความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและการรับยาตามแผนการรักษา เฝ้าระวังการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ให้ความรู้และเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทย อายุ ๔๐ ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย อาชีพรับจ้างเป็นครั้งคราว การศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ สถานภาพหย่าร้าง อาศัยอยู่ที่ ๗๐ หมู่ ๗ ตำบลแนงมุด อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ โรคประจำตัว โรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงร่วมกับประวัติการใช้สารเสพติด วินิจฉัยเมื่อ ปี พ.ศ.๒๕๖๒ โดยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ ไปตรวจตามนัดโดยมีมารดาไปด้วยทุกครั้ง หลังจากนั้นจะติดตามการได้รับยาโดยการให้เจ้าหน้าที่รพ.สต.ติดต่อรับยาให้โดยการส่งไปรษณีย์มาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระทอง โดยจะต้องฉีดยา Fluphenazine inj. ๒๕ mg. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุกวันที่ ๑๕ และ ๒๙ ของทุกเดือน

แรกรับ สีหน้าท่าทางไม่สดชื่น พูดคุยรู้เรื่อง ถาม-ตอบ ตรงคำถาม ให้ความร่วมมือดี บอกว่าไม่อยากมาบำบัดรักษา มารพ.สต.ครั้งนี้มารดาบังคับให้มาฉีดยา จึงมาตามคำสั่งของมารดาเพราะกลัวไม่ได้เงิน การศึกษาพบผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญดังนี้

๑.เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากพร่องในการควบคุมอารมณ์

๒.เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง

๓.เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา

๔.มีสัมพันธภาพบกพร่องเนื่องจากไม่ไว้วางใจผู้อื่น

ซึ่งหลังจากนั้นได้ออกติดตามเยี่ยมบ้าน ดูแลกำกับเพื่อบำบัดฟื้นฟูและกำกับการกินยาทั้งหมด ๑๒ ครั้ง ในระยะเวลา ๖ เดือน

เดือนที่ ๑ : ระยะประเมินปัญหาและจัดการความเสี่ยง (๔ ครั้ง) สร้างสัมพันธภาพ ประเมินอาการทางจิต อาการหวาดระแวง ประวัติการใช้สารเสพติด การขาดยา พฤติกรรมรุนแรง และปัจจัยเสี่ยงในครอบครัว ประเมินสภาพแวดล้อมตาม INHOMESSS ประเมินอาการทางจิตและความเสี่ยงซ้ำ ติดตามการรับประทานยา ตรวจสอบปัญหาการขาดยาและผลข้างเคียง ประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อจัดการรักษา

ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เรื่องโรคจิตเภท อาการเตือน การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวง ประเมินผลการพยาบาลระยะแรก จัดทำแผนป้องกันอาการกำเริบและแผนความปลอดภัยร่วมกับผู้ดูแล ประเมินความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง

เดือนที่ ๒ : ระยะส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา (๒ ครั้ง) ติดตามการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ประเมินอุปสรรคในการรักษา และร่วมกับผู้ป่วยและญาติกำหนดวิธีเตือนรับประทานยา ประเมินความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติด ให้คำปรึกษาเพื่อเสริมแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด และประสานบริการบำบัดรักษาตามความเหมาะสม

เดือนที่ ๓ : ระยะส่งเสริมการดูแลตนเอง (๒ ครั้ง) ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิด Orem ส่งเสริมกิจวัตรประจำวัน สุขอนามัย การพักผ่อน และการจัดการความเครียด ประเมินอาการหวาดระแวงและความเสี่ยงต่อความรุนแรงซ้ำ ทบทวนแผนป้องกันอาการกำเริบและประเมินผลลัพธ์การพยาบาลระยะกลาง

เดือนที่ ๔ : ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม (๑ ครั้ง) กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน ส่งเสริมกิจกรรมที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย ประเมินความเครียดของผู้ดูแล และประสานเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคมตามความจำเป็น

เดือนที่ ๕ : ระยะป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (๑ ครั้ง) กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการทางจิต การใช้ยา การมาตรวจตามนัด และการกลับไปใช้สารเสพติด ทบทวนปัจจัยกระตุ้นและสัญญาณเตือนอาการกำเริบ ฝึกผู้ดูแลให้สามารถสังเกตอาการผิดปกติและติดต่อหน่วยบริการได้อย่างเหมาะสม

เดือนที่ ๖ : ระยะประเมินผลและวางแผนดูแลต่อเนื่อง (๒ ครั้ง) ประเมินผลการพยาบาลด้านอาการทางจิต ความเสี่ยงต่อความรุนแรง ความร่วมมือในการใช้ยา การใช้สารเสพติด และความสามารถในการดูแลตนเอง สรุปผลการพยาบาลเปรียบเทียบก่อนและหลังการดูแล ประเมินปัญหาคงเหลือ จัดทำแผนติดตามระยะยาว และประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลต่อเนื่อง

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงร่วมกับประวัติการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระทอง	มิถุนายน ๒๕๖๘
๒. ศึกษา ค้นคว้า เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงร่วมกับประวัติการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระทอง	มิถุนายน ๒๕๖๘
๓. กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการศึกษา	กรกฎาคม ๒๕๖๘
๔. ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษา การพยาบาล และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง	กรกฎาคม ๒๕๖๘
๕. ดำเนินการโดยการศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ เวชระเบียน วิเคราะห์ปัญหาความต้องการในการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	สิงหาคม ๒๕๖๘
๖. สรุปผลกรณีศึกษา	กันยายน ๒๕๖๘
๗. จัดพิมพ์รายงานการศึกษา	ตุลาคม ๒๕๖๘
๘. เผยแพร่ผลงานโดย นำเสนอ oral presentation ในการประชุมของโรงพยาบาลกาบเชิงและคปสอ.กาบเชิง	พฤศจิกายน ๒๕๖๘

๙. เสนอผลงาน นำไปใช้ประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านสระทอง และคปสอ.กาบเชิง ธันวาคม ๒๕๖๘

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

๕.๑.๑ ผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ในเขตรับผิดชอบได้รับการรับการติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน ๑๒ ครั้ง ในระยะเวลา ๖ เดือน จากแผนที่กำหนด ๑๒ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๕.๑.๒ ผู้ป่วยได้รับยาจิตเวชชนิดรับประทานและชนิดฉีดครบถ้วนและต่อเนื่องตามแผนการรักษา คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๕.๒ เชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และครอบคลุมแบบองค์รวม โดยมีแผนการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหา ความต้องการ และระดับความเสี่ยงรายบุคคล

๕.๒.๒ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้และการฝึกทักษะในการดูแลตนเอง การใช้ยา การเฝ้าระวังอาการเตือน และการป้องกันพฤติกรรมรุนแรง รวมถึงได้รับการประสานช่วยเหลือและส่งต่ออย่างเหมาะสม

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๖.๑.๑ นำกระบวนการพยาบาลและแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมมาใช้ประเมินปัญหาและจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการและระดับความเสี่ยง รวมทั้งได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องในชุมชน

๖.๑.๒ นำข้อมูลจากการประเมินและติดตามเยี่ยมบ้านมาใช้ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเตือน การป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติด และการขอความช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่บ้าน

๖.๑.๓ นำประสบการณ์และบทเรียนจากกรณีศึกษามาใช้ประกอบการวางแผนติดตามและประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมหมอครอบครัว และโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งเป็นข้อมูลสำหรับประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาใกล้เคียงกัน

๖.๒ ผลกระทบ

๖.๒.๑ ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตามแผน มีความร่วมมือในการรักษา ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ดีขึ้น และสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันได้ตามศักยภาพ

๖.๒.๒ ด้านครอบครัว ผู้ดูแลมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย สามารถกำกับติดตามการใช้ยา สังเกตอาการผิดปกติ และประสานขอความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ ให้ระบุผลตามที่ประเมินได้จริง

๖.๒.๓ ด้านหน่วยบริการ หน่วยบริการมีข้อมูลปัญหา ความต้องการ และความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ใช้ประกอบการวางแผนดูแลและส่งต่อข้อมูลแก่ทีมที่เกี่ยวข้อง ช่วยสนับสนุนความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยระหว่างบ้านและสถานบริการ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ความซับซ้อนในการประเมินปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีโรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงร่วมกับประวัติการใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นและเคยทำร้ายบุคคลในครอบครัว จึงต้องใช้ความรู้และทักษะในการประเมินอาการทางจิต พฤติกรรม และความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ผู้ดูแล และการสังเกต เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและจัดลำดับความสำคัญในการพยาบาลอย่างเหมาะสม

๗.๒ ความซับซ้อนในการสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจผู้อื่นและมีแรงจูงใจในการรักษาจากมารดาเป็นสำคัญ ทำให้การเข้าถึงปัญหาและส่งเสริมการดูแลตนเองต้องอาศัยเวลา พยาบาลต้องใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ทักษะการสื่อสาร และการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยปรับวิธีให้เหมาะสมกับการรับรู้และความพร้อมของผู้ป่วย

๗.๓ ความซับซ้อนในการติดตามการใช้ยาและป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติด ผู้ป่วยได้รับยาจิตเวชหลายชนิดร่วมกันและมีอาการปากแห้ง ง่วงซึมเป็นบางครั้ง อีกทั้งใช้สารเสพติดเป็นวิธีเผชิญความเครียด จึงต้องติดตามความต่อเนื่องในการใช้ยา ประเมินอาการไม่พึงประสงค์ ควบคู่กับการฝึกทักษะจัดการอารมณ์ การเผชิญปัญหา และการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น โดยประสานผู้ดูแลและทีมรักษาเพื่อปรับการดูแลตามปัญหาที่พบ

๗.๔ ความซับซ้อนในการจัดการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัว ทีมหมอครอบครัว และโรงพยาบาลแม่ข่าย ต้องประสานข้อมูล วางแผนติดตามเยี่ยมบ้าน และกำหนดแนวทางขอความช่วยเหลือเมื่อพบอาการเตือน พร้อมคำนึงถึงความปลอดภัย สิทธิ และการรักษาความลับของผู้ป่วย

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษาด้วยตนเอง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยอาศัยการกระตุ้นจากมารดาเป็นหลัก ทำให้การรับประทานยาและการมารับบริการตามนัดต้องพึ่งพาผู้ดูแลและการติดตามจากเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง

๘.๒ ความไม่ไว้วางใจผู้อื่นเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร ผู้ป่วยมีความหวาดระแวงและไม่ค่อยเริ่มต้นพูดคุย ส่งผลให้การรวบรวมข้อมูลปัญหาและความต้องการ รวมถึงการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น ต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพและดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป

๘.๓ ผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดในการเผชิญปัญหาและจัดการความเครียด ผู้ป่วยมีประวัติใช้สารเสพติดเมื่อเครียดหรือรู้สึกว่าไม่ได้รับการยอมรับ และยังลังเลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้การป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำต้องอาศัยการเสริมแรงจูงใจและฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง

๘.๔ อาการไม่พึงประสงค์จากยารบกวนความสุขสบายของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการปากแห้งและง่วงซึมเป็นบางครั้ง จึงต้องติดตามผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและความร่วมมือในการใช้ยา ควบคู่กับการประสานทีมรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ด้านการดูแลผู้ป่วย ควรมีการประเมินอาการทางจิตและความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัด และการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติด เพื่อลดโอกาสการกำเริบของอาการทางจิต

๙.๒ ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ควรพัฒนาระบบติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูง โดยกำหนดความถี่ในการเยี่ยมตามระดับความเสี่ยง มีแบบประเมินและแบบบันทึกการติดตามที่เป็นมาตรฐาน รวมทั้งคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคลากรในการปฏิบัติงาน

๙.๓ ด้านครอบครัวและผู้ดูแล ควรส่งเสริมความรู้และทักษะแก่ครอบครัวหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การสังเกตอาการเตือน การติดตามการรับประทานยา และการจัดการสถานการณ์เสี่ยงอย่างปลอดภัย เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

๙.๔ ด้านระบบบริการสุขภาพ ควรพัฒนาระบบประสานงานและส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่าย และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอแลกเปลี่ยนในเวทีการประชุม เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ เพื่อเผยแพร่แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชน และส่งเสริมการนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ

นำเสนอแลกเปลี่ยนในเวทีการประชุม ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชใน คปสอ.กาบเชิง

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นายวิรุษ สุริโย สัดส่วนของผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายวิรุษ สุริโย) ผู้ขอประเมิน

(วันที่) ๓ / พ.ย. / ๖๙

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายวิรุษ สุริโย	

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ).....

(นายสุรพันธ์ สานันท์)

(ตำแหน่ง) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

(วันที่) 11 / พ.ย. / 2569

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ลงชื่อ).....

(นายรุ่ง หว่างแสง)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอกาบเชิง

(วันที่) 11 / พ.ย. / 2569

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง แนวทางการพัฒนาระบบติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ที่มีประวัติใช้สารเสพติดและรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในชุมชน

๒. หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMIV) เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารามณ์ หรือ พฤติกรรม ร่วมกับมีประวัติหรือความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น หรือก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการประเมินความเสี่ยง เฝ้าระวังอาการเตือน และติดตามดูแลย่างต่อเนื่อง เนื่องจากอาการกำเริบอาจส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนเพิ่มโอกาสกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๓) การดูแลผู้ป่วย SMI-V เป็นภารกิจสำคัญของระบบบริการสุขภาพจิต โดยมุ่งให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายกลับสู่ชุมชน และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ การดำเนินงานครอบคลุมการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การจัดแผนดูแลรายบุคคล การติดตามการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวังอาการเตือน ตลอดจนการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ ในกลุ่มผู้ป่วย SMI-V ผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สารเสพติดเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากการใช้สารเสพติดร่วมกับการเจ็บป่วยทางจิตอาจเพิ่มความซับซ้อนในการรักษา โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีนหรือยาบ้า ซึ่งเป็นสารกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง การใช้สารดังกล่าวอาจสัมพันธ์กับการเกิดอาการผิดปกติทางจิต เช่น หวาดระแวง หูแว่ว ประสาทหลอน กระวนกระวาย หงุดหงิด และมีพฤติกรรมก้าวร้าว อาการทางจิตส่วนใหญ่อาจดีขึ้นภายหลังหยุดใช้สารและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม แต่ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการต่อเนื่องหรือกลับมากำเริบได้ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ปริมาณและความถี่ของการใช้สาร การอดนอน และการมีประวัติโรคจิตเวชมาก่อน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติใช้เมทแอมเฟตา-มีนจึงควรดำเนินการอย่างบูรณาการ ทั้งการรักษาอาการทางจิต การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา การป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติด การเฝ้าระวังอาการเตือน และการประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๘)

จากการดำเนินงานในพื้นที่ พบผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ที่มีประวัติใช้เมทแอมเฟตามีน ร่วมกับรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดการรักษา และมีพฤติกรรมเดินเร่ร่อน ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการทางจิตกำเริบ การกลับไปใช้สารเสพติด และการก่อความรุนแรงซ้ำ โดยการขาดยา ขาดนัดและข้อจำกัดของผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องได้รับการประเมินและจัดการอย่างเป็นระบบ ระบบเดิมอาจยังมีข้อจำกัดด้านการประเมินความเสี่ยง การติดตามการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การกำหนดความถี่ในการเยี่ยมบ้าน รวมถึงการประสานข้อมูลระหว่างครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลแม่ข่าย พยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน วางแผนดูแลรายบุคคล การเยี่ยมบ้าน การติดตามเฝ้าระวังอาการเตือน และ การประสานเครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้เสนอแนวคิดจึงเสนอพัฒนาระบบติดตามการดูแลผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ที่มีประวัติใช้สารเสพติดและรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในชุมชน เพื่อส่งเสริมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติด ลดอาการกำเริบและการก่อความรุนแรงซ้ำ รวมทั้งเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ที่มีประวัติใช้สารเสพติดและรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในชุมชน

๒. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ที่มีประวัติใช้สารเสพติดและรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในชุมชน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง SMI-V เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและส่งผลกระทบสูง (High effect) ต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติใช้เมทแอมเฟตามีนร่วมกับรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง อาจมีอาการหวาดระแวง หูแว่ว หลงผิด ไม่หลับไม่นอน กระวนกระวาย หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นและการก่อความรุนแรงซ้ำ การดูแลผู้ป่วยจึงมีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องอาศัยการประเมินอาการทางจิต ความเสี่ยงต่อความรุนแรง การใช้สารเสพติด ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร้อมของครอบครัวและสภาพแวดล้อม รวมทั้งมีการติดตามและประสานงานระหว่างหน่วยบริการและเครือข่ายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

จากการดำเนินงาน ได้ศึกษาและรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ผู้ป่วย SMI-V ผลกระทบของเมทแอมเฟตามีน และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในการประเมินผู้ป่วย ทฤษฎีมาสโลว์ในการจัดลำดับความต้องการ ทฤษฎีโอเร็มในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และทฤษฎีเพพลาวในการสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือในการรักษา พบผู้ป่วยมีประวัติใช้เมทแอมเฟตามีน รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดผู้ดูแล และมีพฤติกรรมเดินเร่ร่อน ส่งผลให้เสี่ยงต่ออาการทางจิตกำเริบและการก่อความรุนแรงซ้ำ ประกอบกับระบบติดตาม การเยี่ยมบ้าน และการประสานข้อมูลระหว่างครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่ต่อเนื่อง ผู้เสนอแนวคิดจึงเสนอพัฒนา แนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ที่มีประวัติใช้สารเสพติดและรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในชุมชน โดยเน้นการประเมินความเสี่ยง การวางแผนดูแลรายบุคคล การติดตามยาและการมาตรวจตามนัด ตลอดจนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย

๓.๒ แนวความคิด

ผู้เสนอแนวคิดใช้แนวคิดในการพัฒนาระบบติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ที่มีประวัติใช้สารเสพติดและรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในชุมชน ผู้เสนอทบทวนแนวคิด ทฤษฎี ดังนี้

๓.๒.๑ แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลโอเร็ม

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มอธิบายว่า บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอกับความต้องการด้านสุขภาพจะเกิดภาวะบกพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง พยาบาลจึงต้องให้ความช่วยเหลือตามระดับความสามารถของผู้ป่วย ผ่านระบบการพยาบาล ๓ รูปแบบ ได้แก่ ระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วนและระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้มากที่สุด สำหรับผู้ป่วยจิตเวช SMI-V รายนี้พบความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา การเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และการดำเนินชีวิตอย่างปลอดภัยพยาบาลจึงควรประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

และเลือกระบบการพยาบาลให้เหมาะสม ในระยะแรกอาจใช้ระบบทดแทนบางส่วน โดยพยาบาล ครอบครัว และเครือข่ายชุมชนช่วยกำกับการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง จากนั้นจึงใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยให้ดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ

๓.๒.๒ แนวคิดทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์

ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของฮับราฮัม มาสโลว์ เป็นแนวคิดทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจและพฤติกรรมของมนุษย์ โดยมีสมมุติฐานว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการและความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อให้ความต้องการนั้นได้รับการเติมเต็ม ความต้องการของมนุษย์มีลักษณะเรียงลำดับจากระดับพื้นฐานไปสู่ระดับสูงเมื่อความต้องการระดับพื้นฐานได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ บุคคลจึงมีแนวโน้มพัฒนาไปสู่ความต้องการในระดับที่สูงขึ้น ทั้งนี้ การตอบสนองความต้องการอาจแตกต่างกันตามสภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและบริบทการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล

๑. ความต้องการตามทฤษฎีของมาสโลว์แบ่งออกเป็น ๕ ขั้น ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัยการนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย และการได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

๒. ความต้องการด้านความปลอดภัยและมั่นคง การได้รับความคุ้มครองจากอันตราย การมีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย สุขภาพ และการดำเนินชีวิต รวมถึงการไม่ตกอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

๓. ความต้องการความรักและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้แก่ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และการยอมรับจากครอบครัว เพื่อนและชุมชน ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์และความสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับบุคคลอื่น

๔. ความต้องการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ได้แก่ ความภาคภูมิใจในตนเอง การได้รับการเคารพและยอมรับจากผู้อื่น การมีบทบาทหรือหน้าที่ และ การรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม

๕. ความต้องการพัฒนาศักยภาพของตนเอง เป็นความต้องการระดับสูงสุด โดยบุคคลต้องการใช้ความสามารถของตนอย่างเต็มศักยภาพ มีเป้าหมายในชีวิต สามารถตัดสินใจและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทของตนเอง

ดังนั้น ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์จึงเป็นกรอบแนวคิดที่ช่วยให้พยาบาลมองเห็นความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และจัดลำดับการดูแลจากความต้องการพื้นฐานและความปลอดภัย ไปสู่การฟื้นฟูด้านจิตใจ สังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยตามลำดับ

สำหรับผู้ป่วยจิตเวช SMI-V รายนี้ สามารถนำทฤษฎีมาสโลว์มาใช้ในการประเมินและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยเริ่มจากการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การจัดหาอาหาร ที่พักอาศัย การดูแลสุขอนามัย การพักผ่อน และการได้รับยาจิตเวชอย่างต่อเนื่อง จากนั้นจึงให้ความสำคัญกับความปลอดภัย โดยประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เฝ้าระวังอาการทางจิตกำเริบ ป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติด และลดพฤติกรรมเดินเร่ร่อน เมื่อผู้ป่วยมีความปลอดภัยและอาการทางจิตคงที่แล้ว ควรส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ลดการตีตรา และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมถึงส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยการมอบหมายกิจกรรมที่เหมาะสมกับความสามารถ การชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถรับประทานยา มาตรวจตามนัด และดูแลตนเองได้ ตลอดจนฟื้นฟูทักษะการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเองและดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

๓.๒.๓ แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพลาว

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพลาว อธิบายว่า สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นเครื่องมือสำคัญในการบำบัดทางจิต โดยพยาบาลใช้ตนเองและการสื่อสารเพื่อการบำบัดในการสร้างความไว้วางใจช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง ตระหนักถึงปัญหา และร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม กระบวนการสร้างสัมพันธภาพประกอบด้วย ๔ ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมตัวก่อนพบผู้ป่วย ระยะเริ่มต้นสร้างความไว้วางใจและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา และระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้น ทฤษฎีเพพลาวจึงช่วยพยาบาลสร้างความร่วมมือในการรักษาผ่านสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาและมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง ตระหนักถึงปัญหาของตน และพัฒนาความสามารถในการจัดการอาการและพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

สำหรับผู้ป่วยจิตเวช SMI-V รายนี้ พยาบาลนำทฤษฎีเพพลาวมาใช้โดยเริ่มศึกษาข้อมูลและประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย จากนั้นสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีสงบ เป็นมิตร ไม่ตัดสิน และสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและยอมเปิดเผยปัญหา เมื่อสัมพันธภาพดีขึ้น พยาบาลจึงร่วมกับผู้ป่วยค้นหาสาเหตุของการขาดยา การไม่มาตรวจตามนัด การกลับไปใช้สารเสพติด และพฤติกรรมเดินเร่ร่อน พร้อมกำหนดแนวทางการแก้ไข เช่น การติดตามการรับประทานยา การเยี่ยมบ้าน การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และ การขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือน นอกจากนี้พยาบาลประสานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแลโดยคำนึงถึงสิทธิและความลับของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่และสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น พยาบาลจึงประเมินผล เตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนสิ้นสุดสัมพันธภาพ พร้อมจัดระบบติดตามหรือส่งต่ออย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงต่ออาการทางจิตกำเริบ การกลับไปใช้สารเสพติด และ การก่อความรุนแรงซ้ำ

๓.๒.๔ แนวคิดทฤษฎีสิ่งแวดล้อมของฟลอเรนซ์ ไนติงเกล

ทฤษฎีสิ่งแวดล้อมของฟลอเรนซ์ ไนติงเกล อธิบายไว้ว่า สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและการฟื้นตัวของผู้ป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านความสะอาด การระบายอากาศ แสงสว่าง อุณหภูมิ เสียงรบกวน อาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล และความปลอดภัย ตลอดจนการพูดคุยให้ความหวังและการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม (สาคร อินโท่โล่, ๒๕๖๕)

สำหรับผู้ป่วยจิตเวช SMI-V รายนี้ พยาบาลได้นำทฤษฎีสิ่งแวดล้อมของฟลอเรนซ์ ไนติงเกลมาประยุกต์ โดยประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้านและชุมชนให้สะอาด สงบ เป็นระเบียบ และปลอดภัย ลดสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้อาการทางจิตกำเริบ เช่น เสียงดัง ความขัดแย้ง ความวุ่นวาย และการเข้าถึงสารเสพติด รวมถึงจัดเก็บของมีคม อาวุธ ยา และสารอันตรายให้เหมาะสม และนอกจากนี้ พยาบาล มีการประสานครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในการจัดสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการฟื้นฟู ไม่ตีตราหรือตำหนิผู้ป่วย และมีระบบช่วยเหลือเมื่อพบอาการผิดปกติ ดังนั้น การนำทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้จึงลดปัจจัยกระตุ้น ป้องกันอันตราย ส่งเสริมความต่อเนื่องในการรักษาและช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

๓.๒.๕ แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care)

การดูแลแบบองค์รวมเป็นแนวคิดในการปฏิบัติการพยาบาล ที่มองผู้ป่วยเป็นบุคคลทั้งคน โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อหรือสิ่งที่มีความหมายต่อชีวิตของผู้ป่วย การเจ็บป่วยด้านหนึ่งอาจส่งผลต่อด้านอื่นได้ เช่น อาการทาง จิตอาจกระทบการดูแลตนเองและความสัมพันธ์ในครอบครัว ขณะที่ปัญหาที่อยู่อาศัยหรือการขาดผู้สนับสนุน อาจทำให้การรักษา

ไม่ต่อเนื่อง แนวคิดนี้จึงช่วยให้พยาบาลค้นหาทั้งปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อนำมาวางแผนดูแลที่เหมาะกับชีวิตจริงของแต่ละคน สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งสหรัฐอเมริกาอธิบายการพยาบาลองค์รวมว่าเป็นการพยาบาลที่มุ่งดูแลบุคคลอย่างครบถ้วน และให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม หลักสำคัญของแนวคิดนี้คือ การเคารพความเป็นบุคคลและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย พยาบาลควรรับฟังประสบการณ์ มุมมอง และเป้าหมายของผู้ป่วยโดยไม่ตีตรา แล้วใช้ข้อมูลทางคลินิกร่วมกับความต้องการของผู้ป่วยในการตัดสินใจดูแล สำหรับงานสุขภาพจิต องค์การอนามัยโลกเสนอให้บริการในชุมชนยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สนับสนุนการฟื้นตัว และเคารพสิทธิของผู้รับบริการ รวมทั้งเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพกับการสนับสนุนทางสังคม

เมื่อใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม พยาบาลเริ่มจาก ประเมินปัญหาอย่างรอบด้าน แล้ววิเคราะห์ความเชื่อมโยงของข้อมูล ตัวอย่างเช่น การไม่รับประทานยาอาจเกี่ยวข้องกับผลข้างเคียง การลืมยา การไม่เข้าใจแผนรักษา การเดินทางไปรับยายาก หรือการขาดผู้ช่วยดูแล จึงควรตรวจสอบสาเหตุของผู้ป่วยรายนั้นก่อนกำหนดกิจกรรมการพยาบาล จากนั้นจึง ร่วมกำหนดเป้าหมายและแผนดูแล ที่ทำได้จริง เช่น วางวิธีรับประทานยาให้เข้ากับกิจวัตร จัดระบบเตือนหรือผู้ช่วยติดตามตามความยินยอมของผู้ป่วย นัดหมายบริการที่เข้าถึงได้ ประเมินและช่วยจัดการผลข้างเคียงร่วมกับทีมรักษา ติดตามการใช้สารเสพติด และประสานความช่วยเหลือด้านสังคมเมื่อจำเป็น ระหว่างดำเนินการ พยาบาลใช้การสื่อสารอย่างเคารพและไม่ตีตรา ติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินอาการซ้ำ และปรับแผนร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพตามสถานการณ์ การพยาบาลองค์รวมจึงเป็นทั้งวิธีคิดในการประเมินและแนวทางกำกับการดูแลต่อเนื่อง (Frisch, ๒๐๐๑)

สำหรับ ผู้ป่วยจิตเวช SMI-V รายนี้ ที่มีประวัติใช้สารเสพติดและรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในชุมชน การใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมช่วยให้การวางแผนพยาบาลครอบคลุมมากกว่าอาการทางจิตเพียงอย่างเดียว พยาบาลต้องประเมินอาการและความปลอดภัยในปัจจุบัน ควบคู่กับสาเหตุของการขาดยา การใช้สารเสพติด ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร้อมของครอบครัว และเงื่อนไขในการดำรงชีวิต เมื่อพบปัจจัยเสี่ยงหรืออุปสรรค จึงประสานหน่วยบริการและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พร้อมกำหนดวิธีติดตามที่เหมาะสมกับผู้ป่วย แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) เป็นแนวคิดในการทำความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช ในบริบทชีวิตจริง และใช้เชื่อมโยงการประเมิน วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายคือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการรอบด้าน มีส่วนร่วมในการรักษา และสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม โดยผลลัพธ์ดังกล่าวต้องประเมินจากข้อมูลติดตามจริงของกรณีศึกษา

๓.๓ ข้อเสนอ

การพัฒนาระบบติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช SMI-V จำเป็นต้องมีทั้งกระบวนการปฏิบัติงานและเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานเพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการติดตามแต่ละครั้งสามารถนำมาเปรียบเทียบ วิเคราะห์แนวโน้ม และใช้ตัดสินปรับแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม โดยเครื่องมือแต่ละชนิดต้องเลือกใช้ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ เช่น แบบประเมินอาการเตือนคัดกรองซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ๒Q ๘Q ๙Q แบบคัดกรอง SMI-V ใช้จำแนกความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง แบบ OAS ใช้ประเมินความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวที่ปรากฏในขณะประเมิน และ ASSIST-LITE ใช้คัดกรองความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติดเป็นต้น

กรณีพัฒนาที่ ๒ ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง ๔ ขั้นตอน

การพัฒนาระบบติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ที่มีประวัติใช้สารเสพติดและรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในชุมชน โดยใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA) มีกระบวนการ ๔ ขั้นตอนดังนี้

๑.ขั้นวางแผน (P: plan)

ดำเนินการในช่วงเดือน ก.ค - ส.ค. เพื่อวิเคราะห์ปัญหา กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ประเมินข้อมูลพื้นฐาน และออกแบบระบบติดตามดูแล ดังนี้

๑.๑ ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาของระบบ

ทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียน ทะเบียนผู้ป่วยจิตเวช รายงานการติดตามเยี่ยมบ้าน ระบบข้อมูลผู้ป่วย SMI-V และข้อมูลการส่งต่อจากโรงพยาบาล เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา วิเคราะห์การขาดยา ขาดนัด อาการกำเริบ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมเดินเร่ร่อน การเข้ารักษาซ้ำ และ เหตุการณ์ความรุนแรง รวมทั้งวิเคราะห์จุดอ่อนของระบบติดตามเดิม

๑.๒ คัดกรองและยืนยันกลุ่มเป้าหมาย

ใช้เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยพิจารณาประวัติการทำร้ายตนเองอย่างรุนแรง การทำร้ายผู้อื่นหรือก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ความคิดมุ่งร้ายต่อบุคคลอื่นแบบเฉพาะเจาะจง และประวัติคดีอาญารุนแรง เพื่อจำแนกผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

๑.๓ ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม

ประเมินผู้ป่วยในบริบทบ้านและชุมชน โดยครอบคลุมความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะโภชนาการ สถาพที่อยู่อาศัย ผู้ดูแล การใช้ยา ภาวะสุขภาพกายและจิต ความปลอดภัย ความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และการเข้าถึงบริการ เพื่อค้นหาทั้งปัญหา ปัจจัยเสี่ยง และทรัพยากรของครอบครัว

๑.๔ ประเมินสภาพจิตและการดำเนินชีวิตในชุมชน

ประเมินลักษณะทั่วไป พฤติกรรม การพูด อารมณ์ ความคิด การรับรู้ การรู้วัน เวลา สถานที่ และ บุคคล อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความหวาดระแวง การควบคุมตนเอง และการตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย พร้อมประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคม

๑.๕ ประเมินอาการเตือนและพฤติกรรมก้าวร้าว

ประเมินอาการที่เกิดขึ้นก่อนอาการทางจิตกำเริบ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด แยกตัว พูดคนเดียว หวาดระแวง ไม่รับประทานยา เดินเร่ร่อน หรือเริ่มใช้สารเสพติดซ้ำ หากพบพฤติกรรมก้าวร้าว ให้ประเมินระดับความรุนแรงเพื่อกำหนดความเร่งด่วนในการช่วยเหลือ

๑.๖ ประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ใช้สารเสพติดอาจมีภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง หรือความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย จึงควรประเมินเมื่อเริ่มดำเนินงานและประเมินซ้ำเมื่อพบอาการหรือพฤติกรรมที่สงสัย

๑.๗ ประเมินการใช้สารเสพติด

ประเมินชนิดของสาร ความถี่ ปริมาณ การใช้สารครั้งล่าสุด ปัจจัยกระตุ้น ผลกระทบต่ออาการทางจิต และความพร้อมในการลดหรือเลิกใช้สาร โดยใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยร่วมกับข้อมูลจากครอบครัวและระบบบริการ

๑.๘ ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

วิเคราะห์สาเหตุของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทั้งปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ผลข้างเคียง ความเชื่อ ผู้ดูแล การเข้าถึงบริการ และระบบนัดหมาย

๑.๙ จัดทำแผนดูแลรายบุคคล

นำผลการประเมินทั้งหมดมาจัดลำดับปัญหา กำหนดเป้าหมาย กิจกรรม ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลา เกณฑ์ส่งต่อ และตัวชี้วัดรายบุคคล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผน

๒. ขั้นปฏิบัติตามแผน (D: do)

ดำเนินการในช่วงเดือนที่ ก.ย. - ต.ค. โดยใช้เครื่องมือเดียวกับระยะวางแผนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลได้ ดังนี้

๒.๑ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

๒.๒ ติดตามการรับประทานยาและผลข้างเคียง

๒.๓ ติดตามการมาตรวจตามนัด

๒.๔ เยี่ยมบ้านและติดตามระดับความเสี่ยง

๒.๕ ป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติด

๒.๖ จัดสภาพแวดล้อมและแผนความปลอดภัย

๒.๗ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

๓. ขั้นตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน (C : check)

ดำเนินการทุกเดือนและสรุปผลทุก ๓ เดือน โดยประเมินทั้งตัวชี้วัดด้านกระบวนการและผลลัพธ์

๓.๑ ตรวจสอบคุณภาพของกระบวนการดูแล การพยาบาล

๓.๒ ประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วย

๓.๓ ประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการ

๔. ขั้นปรับปรุง (A : act)

๔.๑ วิเคราะห์ปัญหาที่ไม่บรรลุเป้าหมาย

๔.๒ ปรับปรุงแผนการดูแลและกระบวนการทำงาน

๔.๓ ประเมินการปรับปรุงระบบ

๔.๔ สรุปบทเรียนและวางแผนรอบต่อไป

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๔.๑ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑. ขาดความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยอาจขาดความตระหนักต่อการเจ็บป่วย ปฏิเสธการรักษา ไม่รับประทานยา ไม่มาตรวจตามนัด หรือไม่ยินยอมให้เยี่ยมบ้าน ส่งผลให้การประเมินและติดตามดูแลไม่ต่อเนื่อง

๒. มีโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สภาพแวดล้อมเดิม กลุ่มเพื่อน ความเครียด และการเข้าถึงสารเสพติดในชุมชน อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับไปใช้เมทแอมเฟตามีน และทำให้อาการทางจิตกำเริบ

๓. ขาดผู้ดูแลหลักหรือครอบครัวมีข้อจำกัด ผู้ป่วยอาจไม่มีผู้ดูแลประจำ สมาชิกครอบครัวเป็นผู้สูงอายุ ขาดความรู้ หรือรู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแล ทำให้ไม่สามารถกำกับการรับประทานยาและสังเกตอาการเตือนได้อย่างสม่ำเสมอ

๔. มีพฤติกรรมเดินเร่ร่อนหรือไม่สามารถติดตามตัวได้ การเปลี่ยนที่พักอาศัยหรือเดินเร่ร่อนทำให้ผู้ป่วยขาดยา ขาดนัด และไม่สามารถเยี่ยมบ้านตามแผนได้

๕. มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงหรือเหตุฉุกเฉินทางจิตเวช ผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวง ประสาทหลอน ใช้สารเสพติด หรือขาดยา อาจเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ทำให้การเยี่ยมบ้านมีความเสี่ยงต่อผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร

๖. การตีตราและการไม่ยอมรับจากชุมชน ประชาชนอาจเกิดความกลัวหรือมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติใช้สารเสพติด ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกกีดกัน ขาดโอกาสทางสังคม และไม่ต้องการเข้าสู่ระบบรักษา

๓.๔.๒ แนวทางแก้ไข

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามแนวคิดของเพพลาว ใช้การสื่อสารที่ไม่ตัดสิน รับฟังปัญหา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกำหนดแผนการดูแล ประเมินสาเหตุของการไม่รับประทานยา เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากยา การหลงลืม หรือขาดผู้ดูแล พร้อมประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษาให้เหมาะสม

๒. ประเมินการใช้สารเสพติดและปัจจัยกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ จัดทำแผนป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติด ฝึกทักษะปฏิเสธและการจัดการความเครียด รวมทั้งประสานคลินิกบำบัดสารเสพติด ครอบครัว และเครือข่ายในชุมชน โดยดำเนินการภายใต้การยินยอมและคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย

๓. ประเมินศักยภาพและภาระของครอบครัว กำหนดผู้ประสานงานหลักหรือผู้ดูแลสำรอง ให้ความรู้เรื่องยา อาการเตือน และช่องทางขอความช่วยเหลือ ประสาน อสม. ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการดูแล โดยกำหนดบทบาทของแต่ละฝ่ายให้ชัดเจนและไม่ผลักภาระทั้งหมดให้ครอบครัว

๔. จัดทำทะเบียนและข้อมูลติดต่อที่เป็นปัจจุบัน บันทึกบุคคลหรือสถานที่ที่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ วางแผนติดตามร่วมกับครอบครัว อสม. และเครือข่ายในชุมชน กำหนดแนวทางแจ้งเหตุเมื่อไม่พบผู้ป่วย โดยเปิดเผยข้อมูลเฉพาะเท่าที่จำเป็นและรักษาความลับของผู้ป่วย

๕. ประเมินอาการเตือนและระดับความรุนแรงด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม เช่น แบบประเมินสัญญาณเตือน และ Overt Aggression Scale (OAS) จัดทำแผนเผชิญเหตุรายบุคคล หลีกเลี่ยงการเยี่ยมบ้านตามลำพังในรายที่มีความเสี่ยงสูง กำหนดช่องทางประสานโรงพยาบาล หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง หากพบภาวะฉุกเฉินให้เน้นความปลอดภัยและส่งต่อทันที

๖. ให้ความรู้แก่ครอบครัวและชุมชนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การสังเกตอาการเตือน และวิธีให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม สื่อสารโดยไม่ใช้ถ้อยคำตีตรา ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกิจกรรมชุมชนตามศักยภาพ และเปิดเผยข้อมูลเฉพาะแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเท่านั้น

๓.๕ ระยะเวลาการดำเนินงาน

ใช้ระยะเวลาทั้งหมด ๖ เดือน ๑ กรกฎาคม ๒๕๗๐ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๗๐

กิจกรรม	พ.ศ.๒๕๗๐						ผู้รับผิดชอบ
	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	
๑.ขั้นวางแผน (P : Plan)							
๑.๑ ศึกษาสถานการณ์และทบทวนปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ในเขตรับผิดชอบ	←→						วิรุษ สุริโย
๑.๒ นำเสนอปัญหาและแนวทางพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อหัวหน้าหน่วยงาน	←→						วิรุษ สุริโย
๑.๓ จัดตั้งทีมดำเนินงาน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และผู้เกี่ยวข้อง	←→						วิรุษ สุริโย
๑.๔ กำหนดเกณฑ์และคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ที่เข้าร่วมดำเนินงาน	←→						วิรุษ สุริโย
๑.๕ จัดทำร่างแนวทางการประเมิน ติดตามและเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	←→						วิรุษ สุริโย
๑.๖ ประชุมทีมเพื่อพิจารณาร่างแนวทาง	←→						วิรุษ สุริโย
๒. ขั้นปฏิบัติตามแผน (D : Do)							
๒.๑ นำร่างแนวทางไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่คัดเลือก		←→	———	———	———		วิรุษ สุริโย
๒.๒ ให้การพยาบาลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประสานการดูแลกับทีมและภาคีเครือข่ายตามแนวทางที่กำหนด		←→	———	———	———		วิรุษ สุริโย

กิจกรรม	พ.ศ.๒๕๗๐						ผู้รับผิดชอบ
	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	
๒.๓ บันทึกผลการดูแล การปฏิบัติตามแนวทาง และปัญหาอุปสรรคที่พบระหว่างการนำร่างแนวทางไปใช้		←	—	—	→		วิรุษ สุริโย
๓.ขั้นตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน (C : Check)							
๓.๑ รวบรวมข้อมูลจากแบบประเมิน แผนดูแลรายบุคคล บันทึกเยี่ยมบ้าน และข้อคิดเห็นของทีม ผู้ป่วย และครอบครัว		←	—	—	→		วิรุษ สุริโย
๓.๒ วิเคราะห์ผลการดำเนินงานเทียบกับตัวชี้วัดที่กำหนด รวมทั้งวิเคราะห์ความเหมาะสมของแนวทางและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ		←	—	—	→		วิรุษ สุริโย
๓.๓ ประชุมทีมเพื่อทบทวนผลการทดลองใช้และระบุประเด็นที่ควรปรับปรุง		←	—	—	→		วิรุษ สุริโย
๔. ขั้นปรับปรุง (A : act)							
๔.๑ นำผลการวิเคราะห์และข้อเสนอแนะมาปรับปรุงร่างแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน						↔	วิรุษ สุริโย
๔.๒ สรุปผลการนำแนวทางไปใช้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะพร้อมนำเสนอต่อหัวหน้าหน่วยงาน						↔	วิรุษ สุริโย
๔.๓ จัดทำแนวทางฉบับปรับปรุงสำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ในงานประจำ และกำหนดการติดตามทบทวนเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง						↔	วิรุษ สุริโย

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ด้านองค์กร

มีระบบประเมิน ติดตาม เยี่ยมบ้าน และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ตามระดับความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ โดยเชื่อมโยงการดูแลระหว่าง รพ.สต. โรงพยาบาลแม่ข่าย ครอบครัว และภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย

๔.๒ ด้านเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการประเมินความเสี่ยง วางแผนดูแล ติดตามเยี่ยมบ้าน และประสานการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช SMI-V รวมทั้งสามารถส่งเสริมศักยภาพครอบครัว อสม. และภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังอาการเตือนและดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงสิทธิ ศักดิ์ศรี และการรักษาความลับของผู้ป่วย

๔.๓ ด้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มารับบริการตามนัด และขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนได้อย่างเหมาะสม ลดโอกาสกลับไปใช้สารเสพติด อาการทางจิตกำเริบ

และความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ตลอดจนได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นตามศักยภาพ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ในเขตรับผิดชอบได้รับการขึ้นทะเบียนและบันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ร้อยละ ๑๐๐

๕.๒ ผู้ป่วยได้รับการจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) ครบถ้วน ร้อยละ ๑๐๐

๕.๓ ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตามระดับความเสี่ยงและแผนที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

๕.๔ ผู้ป่วยรับประทานยาจิตเวชต่อเนื่องตามแผนการรักษาและมารับบริการตามนัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๕ ผู้ป่วยไม่กลับไปใช้สารเสพติดตลอดระยะเวลาติดตาม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๖ ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ ๖๐

ลงชื่อ.....

(นายวิรุษ สุริโย)

ผู้ขอประเมิน

วันที่ 11 / พฤษภาคม / 2565