



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะก้าวร้าว

ชริยา ประสาน, พย.บ.

กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตราด

E-mail : chariya251220@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๔๐ ปี โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง และเส้นเลือดในสมองตีบ รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา ๒ เดือน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตราดด้วยอาการอะอะโวยวาย ทำร้ายผู้อื่น กู้ภัยและตำรวจ นำส่ง แกร็บที่อุบัติเหตุ- ถูกเงิน รู้สึกตัว พุดคนเดียว อะอะโวยวายตลอดเวลา หงุดหงิด วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ ๓๖ องศาเซลเซียส ซีพจร ๖๕ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๐ / ๘๐ มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๑๐๐ % ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ๑๔๑ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งปัสสาวะตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ยา Diazepam ๑๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ และให้ยา Haloperidol ๕ มิลลิกรัม ทางกล้ามเนื้อ หลังได้รับ ยาไม่สงบ พุดคนเดียว ไม่สบตา ดูแลผูกมัด ผู้ป่วยยังคงตื่นไปมาตลอดเวลา พุดเสียงดัง มีอาการก้าวร้าว ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) = ๓ คะแนน เสี่ยงต่อการทำร้าย ตนเองและผู้อื่นเนื่องจากความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง ดูแลให้ยา Diazepam ๑๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ และให้ยา Haloperidol ๕ มิลลิกรัม ทางกล้ามเนื้อทันที อีกครั้งห่างกัน ๒๕ นาที ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการพบ potassium ๓.๑๓ mmol/L ดูแลให้รับประทานยา ๑๐% Elixir potassium chloride ๓๐ มิลลิลิตร ทันที ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ๑st AV block with sinus bradycardia สังเกตอาการเจ็บอก ผู้ป่วยไม่มีเจ็บอกแพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยรู้สึกตัว พุดคนเดียวเสียงดังอะอะ โวยวาย ไม่สบตา ตาขวาง ประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบความเสี่ยง SAFE-D พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิด อุบัติเหตุ เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และเสี่ยงต่อการหลบหนี จึงประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) = ๑ คะแนน และประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบ การจำแนกผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยประเภท ๓ ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ดูแลผูกยึดบริเวณข้อมือและ ขาไว้ และระวังการเกิดแผลบริเวณที่ผูกยึด ระวังการเกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยไม่หลับ พุดคนเดียวเสียงดังอยู่ตลอดเวลา ตื่นไปมาบนเตียง ยินยอมให้วัดสัญญาณชีพ ไม่ยอมให้เปลี่ยน เสื้อผ้า ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพัก โดยระวังการเกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยหลับๆตื่นๆ จนถึงเช้า ไม่เกิดอุบัติเหตุ หลังตื่น ผู้ป่วยพุดคนเดียวตลอดเวลา มองตาขวาง สีหน้าเรียบเฉยไม่ยอมรับประทานยา ตะโกนเสียงดังร้องอยากกลับบ้าน และต้องการสิ่งของต่างๆ ประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบความเสี่ยง SAFE-D พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิด อุบัติเหตุ เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และเสี่ยงต่อการหลบหนี ประเมิน OAS = ๓ คะแนน ประเมินการ จำแนกผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยประเภท ๕ รายงานแพทย์รับทราบอาการ เตรียมทีมเพื่อเข้าไปให้ การพยาบาล ให้ยา ดูแลให้ได้รับยา Diazepam ๑๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ๒ ครั้ง และให้ยา Haloperidol ๕ มิลลิกรัม ทางกล้ามเนื้อ หลังได้รับยาผู้ป่วยเริ่มสงบลง ดูแลผูกมัดและระวังการเกิดอุบัติเหตุ แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บอก พุดคนเดียวตลอดเวลา ตอบไม่ตรงคำถาม เฉลไ้ไปเรื่องอื่น ไม่รับประทานยา ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว เนื่องจากขาดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ กระบวนการคิดผิดปกติ

และเข้าใจข้อมูลคลาดเคลื่อน ดูแลให้ยา Fluvoxol ๒๐ มิลลิกรัมทางกลั้วเนื้อทันที หลังได้รับยาผู้ป่วยหลับได้ ไม่เกิดอุบัติเหตุ ต่อมาผู้ป่วยมีอาการเจ็บอก ไม่มีร้าวไปที่ใด ไม่มีใจสั่นมือสั่น รายงานแพทย์ให้ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Normal sinus rhythm, Left axis deviation, Anterior infarction ผลตรวจ Troponin - I เท่ากับ ๑.๗๓ ng/L ผลตรวจ Thyroid function test พบ T_๓ = ๐.๕๕๑ng/mL รายงานผลแพทย์รับทราบให้ปรึกษาอายุรแพทย์ อายุรแพทย์ตรวจเยี่ยมไม่นึกถึง Acute coronary syndrome ให้สังเกตอาการเจ็บอกต่อ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเจาะเลือดตรวจ Troponin- I ซ้ำในอีก ๖ ชั่วโมง ผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติผู้ป่วยไม่มีเจ็บอกอีกผู้ป่วยพยายามแก้มัดเชือก พุดเสียงดังคนเดียว ตะโกนว่ามีคนจะมาฆ่า ผู้ป่วยมีสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่องเนื่องจากรูปแบบการคิดผิดปกติและขาดทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ดูแลให้ได้รับยา Diazepam ๑๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที และให้ได้รับยารับประทาน คือ Risperidone (๑) ๑ เม็ด เข้า ๑ เม็ดก่อนนอน Depakin (๕๐๐) ๑ เม็ดก่อนนอน Clonazepam (๑) ๒ เม็ด เข้า ๒ เม็ดก่อนนอน Artane (๒) ๑ เม็ด เข้า ๑ เม็ดก่อนนอน Lorazepam (๑) ๑ เม็ดเวลานอนไม่หลับ หลังได้รับยาผู้ป่วยสงบลง หลับได้มากขึ้น ไม่เกิดอุบัติเหตุ ไม่แสดงอาการก้าวร้าว รับประทานอาหาร ยา ได้ แพทย์วางแผนส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วเพื่อรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ดูแลเตรียมเอกสารเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง ติดต่อประสานส่งเวชโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว แจ้งให้ญาติรับทราบ ญาติรับทราบการส่งตัวไปรักษาต่อญาติมีความกังวลกลัวว่าผู้ป่วยจะไม่ยินยอมไปรักษาต่อเนื่องจนอาการกำเริบขึ้นมาอีก จึงพุดคุยให้กำลังใจญาติและแนะนำการขอความช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง ญาติคลายความวิตกกังวลลง มารดาให้ประวัติเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยติดสุรمانาน มากกว่า ๑๐ ปี เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สินระหว่างส่งต่อ ดูแลนำส่งโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว โดยรถพยาบาล มีพยาบาลวิชาชีพและพนักงานเปลและยาฉุกเฉิน อุปกรณ์ผูกยึด อุปกรณ์สื่อสาร มีผู้ติดตามเป็นมารดา ออกจากโรงพยาบาลตรงเวลา ๑๓.๐๐ น. ระหว่างนำส่งผู้ป่วยผู้พุดคนเดียวเป็นพักๆ ไม่ก้าวร้าว นอนหลับตา ถึงโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วเวลา ๑๗.๐๐น.รวมเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตรง และระยะเวลาในความดูแล ๙ วัน

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) (มาโนช หล่อตระกูล,๒๕๕๘)

เป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุดผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาดส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆโดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการหลักของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ใหญ่ดังนี้

๑. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) อาการกลุ่มนี้ประกอบด้วย Psychotic dimension ได้แก่อาการหลงผิดอาการประสาทหลอน

๒. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) อาการด้านลบนั้นพบได้ในทุกระยะของโรคแต่จะพบบ่อยในระยะหลังของโรคซึ่งผู้ป่วยจะทุเลาจากอาการหลงผิดประสาทหลอน ผู้ป่วยมักนั่งอยู่เฉยเฉยไม่ทำอะไรไม่สนใจโลกภายนอกการเข้าสังคมลดลงมากกลุ่มอาการนี้ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาไม่ดีเท่ากลุ่มอาการด้านบวก

๓. กลุ่มอาการด้าน cognitive (Cognitive symptoms) ได้แก่สมาธิแย่งการตีความสิ่งต่างๆและการตอบสนองบกพร่องไปมีความบกพร่องในการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งานไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นต้น

๔. กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (Affective symptoms) เป็นอาการที่พบร่วมได้บ่อย ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้ารู้สึกผิดวิตกกังวลหรือหงุดหงิดก้าวร้าวหุนหันพลันแล่นอารมณ์คึกคัก

๕. อาการอื่นๆที่พบได้ เช่น ไม่ตระหนักว่าตนเองผิดปกติไป ทำให้ไม่ยอมรักษาแม้อาการจะกำเริบหลายครั้ง

ระยะการดำเนินโรค

โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น ๔ ระยะคือ

๑. ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านสังคมการเคลื่อนไหวหรือด้าน cognitive ในระดับเล็กน้อยๆไม่ชัดเจนอาจพบลักษณะทางร่างกายต่างไปจากปกติโดยเฉพาะในส่วนของมือเช่นลักษณะของมือนิ้วมือหรือลายนิ้วมือ

๒. ระยะอาการนำ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปโดยช่วงแรกอาจมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งตามมาด้วยอาการด้านลบโดยจากค่อยๆแยกตัวไม่เข้าสังคมเหมือนเดิมมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบสนใจดูแลตัวเองลดลงขณะเดียวกันจะเริ่มมีอาการด้านบวกแบบน้อยๆ สมาธิลดลง เหม่อลอย ระยะเวลาในช่วงนี้ไม่แน่นอน อาจนานตั้งแต่เป็นสัปดาห์ จนถึงเป็นปี โดยทั่วไปจะอยู่ระหว่าง ๒-๕ ปีก่อนอาการกำเริบ อาการเหล่านี้คาบเกี่ยวกับสิ่งที่พบได้ตามปกติ และผู้ที่มีความเสี่ยงจำนวนหนึ่งก็ไม่เกิดอาการโรคจิตตามมา

๓. ระยะโรคกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวกโดยผู้ป่วยที่มีอาการนำจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่พบได้ตามช่วงวัยซึ่งเป็นปัจจัยกดดันทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีความเปราะบางอยู่ระดับหนึ่งอยู่แล้วไม่สามารถปรับตัวต่อไปได้อีกจึงแสดงอาการต่างๆของโรคออกมา ในการป่วยครั้งแรกผู้ป่วยอาจเกิดอาการแบบรวดเร็วหรือช้าก็ได้แต่ส่วนใหญ่จะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปหลังรักษาอยู่นานประมาณหกเดือนแล้วอาการจึงเริ่มทุเลาโดยอาการด้านบวกและอาการด้านลบจะลดลง ผู้ป่วยบางคนไม่มีอาการเลยขณะที่ผู้ป่วยบางคนอาจมีหลงเหลืออาการเล็กๆ น้อยๆ ที่ไม่ใช่อาการโรคจิต เช่น ตึงเครียดวิตกกังวลและมีปัญหาการนอนช่วงที่อาการดีขึ้นแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่มักหยุดยาเองและอีกไม่นานก็มีอาการกำเริบอีกในการป่วยครั้งหลังๆอาจตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีเหมือนครั้งแรกอาการมักยังหลงเหลือ

๔. ระยะเรื้อรัง / อาการหลงเหลือ (Chronic / Residual phase) ระยะนี้ตัวโรคส่วนใหญ่จะเริ่มคงที่อาการโรคจิตจะค่อยๆลดลง อาจมีอาการด้านบวกอยู่บ้างแต่มีได้มีผลต่อผู้ป่วยมากนัก ขณะที่อาการด้านลบและอาการด้าน cognitive จะยังอยู่ในระดับคงที่ตลอดการเจ็บป่วยและไม่ตอบสนองต่อการรักษาส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นพักๆ สลับกับช่วงอาการสงบ ร่วมกับการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ต่างๆและผู้ป่วยประมาณร้อยละ ๑๐ ถึง ๑๕ ที่มีอาการโรคจิตรุนแรงแบบเรื้อรัง

การรักษา

๑. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่นที่มีปัญหามากหนีไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ยประมาณ ๒ - ๘ สัปดาห์

๒. การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการ รักษาด้วยยาแบ่งออกเป็น ๓ ช่วง

๑) ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การลดอาการทางจิตลง

๒) ระยะทำให้คงสภาพ (Stabilization) หลังจากมีอาการทุเลาลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ

๓) ระยะคงที่ (Stable หรือ Maintenance phase) เป็นระยะที่ให้ยาเพื่อป้องกันโรคกำเริบ

๓. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา

๔. การรักษาด้านจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหา แม้อาการดีขึ้นแต่ปัญหาทางด้านสังคมยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่างเช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้ หมัดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองด้วยยา จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย

- ๑) จิตบำบัด (Psychotherapy)
- ๒) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counselling)
- ๓) กลุ่มบำบัด (Group therapy)
- ๔) นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy)

ผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง

ผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง (violent patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีคำพูดหรือพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หรือมีแนวโน้มที่จะทำการก้าวร้าวรุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นหรือทรัพย์สินได้ ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งว่าผู้ป่วยอาจแสดงอาการก้าวร้าวรุนแรง ได้แก่ ท่าทางตึงเครียด ไม่เป็นมิตร ตัวเกร็ง กำหมัดหรือจับพนักเก้าอี้แน่น ไม่ผ่อนคลาย หรือท่าทางหวาดกลัวพร้อมจะกระทำการรุนแรงเพื่อป้องกันตัวเองมีการเคลื่อนไหวเดินไปมาตลอด อยู่ไม่นิ่ง เหมือนวิตกกังวลมาก กระวนกระวายคำพูดรุนแรง เสียงดัง หยาดคาย ช่มชู้ แสดงความฉุนเฉียวผู้ป่วยอาจมาพบและบอกแพทย์เองว่า กลัวจะควบคุมตัวเองไม่ได้

สาเหตุ

๑. โรคทางจิตเวช

๑.๑ โรคจิตเภท จะมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ได้ยินเสียงชู่จะทำร้ายสั่งให้ทำร้ายผู้อื่น หลงผิดคิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้าย

๑.๒ โรคจิตเวชอื่นๆได้แก่โรคจิตอารมณ์ โรคอารมณ์สองขั้วแมเนีย บุคลิกภาพผิดปกติ โรคแพนิค โรควิตกกังวล

๒. โรคทางกาย

๒.๑ โรคที่เกิดจากความผิดปกติทางสมอง (organic brainsyndrome)

๒.๒ ภาวะผิดปกติจากการใช้สุรา/สารเสพติดโดยเฉพาะในระยะหยุด/ถอน (withdrawal)

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

๓. การเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม

๓.๑ การใช้ชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการแสดงความก้าวร้าวอยู่เป็นประจำ

๓.๒ ความเชื่อและค่านิยมของสังคมและวัฒนธรรม

๓.๓ ระบบเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

การประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAFE-D)

S = Suicide หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

A = Accident หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

F = Fighting หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น

E = Escape หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการหลบหนี

D = Dysphagia หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการกลืนลำบาก



แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS)

(OAS : Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression)

ลักษณะ พฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง				คะแนนที่ ประเมินได้
	ระดับ ๓	ระดับ ๒	ระดับ ๑	ระดับ ๐	
๑. พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อตนเอง	ทำร้ายตนเอง รุนแรง เช่น มีรอย ขีด มีรอยกรีด ลึก เลือดออกหรือมี การบาดเจ็บของ อวัยวะภายในหรือ หมดสติ ฯลฯ	ขีดข่วน ผิวหนัง ตี ตนเอง ดึงผม โขกศีรษะ กรีดตัวเอง เป็นรอยขนาด เล็ก	-	ไม่พบ
๒. พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อผู้อื่น ทั้งทาง คำพูดและการแสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้าย ผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันจะฆ่าแก ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่นจน ได้รับบาดเจ็บ เช่น ขีด เคล็ด บวม เกิด บาดแผลกระดูกหัก หรือเกิดการ บาดเจ็บของอวัยวะ ภายใน หมดสติ ตาย ฯลฯ	ด่าคำหยาบ คาย ใช้คำ สกปรก รุนแรง แสดง ท่าทางคุกคาม เช่น ถลก เสียด ทำท่า ต่อยม หรือ กระชากคอ เสียดผู้อื่น ฟ่ง ชน เตะ ผลัก หรือดึงผม ผู้อื่นแต่ไม่ ได้รับบาดเจ็บ	หงุดหงิด ส่งเสียงดัง ตะโกน ด้วยความ โกรธหรือ ตะโกนด่า ผู้อื่นด้วย ถ้อยคำไม่ รุนแรง	ไม่พบ
๓. พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทูบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็น อันตราย หรือ จุด ไฟ เผา ฯลฯ	ขว้างปา / เตะ / ทูบวัตถุหรือ สิ่งของ	ปิดประตู เสียงดัง รื้อ ข้าวของ กระจัด กระจาย	ไม่พบ

ที่มา : คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน / โรงพยาบาล
สังกัดกรมสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๖๓

การแปลผลคะแนน

การตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรม เพียงค่าเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้

คะแนน ๐ หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แสดงว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนในระดับนี้จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มฟื้นฟู(convalescent) ตามเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวช

คะแนน ๑ หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง(Moderate) ต้องจัดการภายใน ๒๔ ชั่วโมง

คะแนน ๒ หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตัวเองไม่ได้มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก (semi-critical) ต้องจัดการภายใน ๒ ชั่วโมง

คะแนน ๓ หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก(critical) ต้องจัดการทันทีทันใด

แนวทางการจัดการพฤติกรรมรุนแรงตามระดับคะแนน

ระดับคะแนน ๐-๑ เฝ้าระวัง สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

ระดับคะแนน ๒ ให้การพยาบาลตามแนวทางการจัดการเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือปรึกษาโรงพยาบาลแม่ข่าย

ระดับคะแนน ๓ รับไว้รักษา หรือพิจารณาส่งต่อ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

๑. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะ Acute

การพยาบาลในระยะนี้ต้องเน้นในเรื่องความปลอดภัย ป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว หรือความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น มีแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันดังต่อไปนี้

๑.๑) การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ในกรณีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองหรือต่อผู้อื่นที่แสดงออกมาทั้งทางคำพูดและการกระทำหรือต่อทรัพย์สิน จะต้องประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามแบบประเมินพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง (OAS : Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression) เพื่อจำแนกระดับความรุนแรงและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ในการจัดการเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวดังนี้

๑. เรียกชื่อผู้ป่วยให้ชัดเจนด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ให้ผู้ป่วยได้รู้สึกตัว ได้สติ

๒. ทำทางการแสดงออกของผู้ดูแล ไม่ควรล้วงกระเป๋าหรือเอามือไขว้หลังขณะพูดคุยกับผู้ป่วย

๓. หากผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้บ้าง พุดคุยให้ผู้ป่วยได้ฉุกละหุก เตือนสติ

๔. อยู่ในระยะที่ปลอดภัย ไม่เข้าใกล้ผู้ป่วย เฝ้าสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย

๕. การจับผู้ป่วยอย่างปลอดภัย (กรณีผู้ป่วยมีภาวะอันตราย ไม่รวมมือ)

๖. การผูกมัดผู้ป่วยไม่ควรแน่นหรือหลวมเกินไป ใช้นิ้วสอดเชือกที่ผูกมัดได้เพื่อให้เลือดไหลเวียนสะดวก

๗. หลังการผูกมัดควรพูดคุยสอบถามอารมณ์กับผู้ป่วย บอกเหตุผลการผูกมัด

๘. ในระหว่างการผูกมัดให้ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ทุก ๑๕-๓๐ นาทีและเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยและสอบถาม ความต้องการ เช่น ต้องการดื่มน้ำ ปวดปัสสาวะอุจจาระหรือความต้องการทางร่างกายด้านอื่นๆ

๙. หากอาการยังไม่สงบ พิจารณารายงานแพทย์

๑๐. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา

๑๑. ให้ความรู้แก่ญาติให้เข้าใจในความเจ็บป่วย ช่วยประคับประคองด้านอารมณ์และเพื่อการมีส่วนร่วมในการรักษา

๑๒. จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่สงบ

๑๓. พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่ดังพอควรชัดเจน และปฏิบัติกรพยาบาลด้วยความนุ่มนวลเพื่อสร้างความไว้วางใจ ถ้าผู้ป่วยมีท่าทางหวาดระแวงไม่ควรใช้เสียงหรือทำท่าทางกระชิบกระซาบ

๑.๒) การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

๑. สร้างสัมพันธภาพด้วยการพูดคุยที่นุ่มนวล เป็นมิตรและอบอุ่น แสดงการยอมรับผู้ป่วย มีความอดทนในการรับฟัง เพื่อสร้างความไว้วางใจให้ความร่วมมือและยอมรับการเจ็บป่วย

๒. ให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง/เรื้อรัง สูญเสียอวัยวะ/พิการกระทันหัน มีปัญหาเศรษฐกิจ มีปัญหาครอบครัว เป็นต้น

๓. ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้าหรืออาการทางจิต เช่น หลงผิดหวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพหลอนถ้าพบความเสี่ยงต้องมอบหมายเจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิด

๔. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม บริเวณที่พยาบาลสามารถเฝ้าสังเกตอาการได้อย่างใกล้ชิดตลอดเวลา มีบรรยากาศผ่อนคลาย อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่เป็นมุมอับเพื่อช่วยลดภาวะเครียดของผู้ป่วยลง

๕. ใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาข้อดีข้อเสียจากการฆ่าตัวตาย ใส่ใจ รับฟังเรื่องราวกระตุ้นให้หาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนห่วงใยและ การมีชีวิตอยู่มีคุณค่า เช่น การทำสัญญากับผู้ป่วยว่าจะไม่ทำร้ายตนเองซ้ำอีกและให้บอกพยาบาลทุกครั้งที่มีความคิดจะทำร้ายตนเอง

๖. ให้กำลังใจช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความหวังของการที่มีชีวิตอยู่ พูดถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตในอนาคต มองหาสิ่งที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วยเช่น ครอบครัวศาสนาความเชื่อและคอยเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เห็นความสามารถและศักยภาพในการพึ่งตนเอง

๗. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกลุ่มบำบัดเพื่อสนับสนุนการคิดเชิงบวก ลด อาการซึมเศร้า/แยกตัวเอง

๘. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ในรายที่มีความเสี่ยงรุนแรง มากแพทย์อาจพิจารณาการรักษาด้วยไฟฟ้า

๙. ให้คำแนะนำแก่ญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลอย่างใกล้ชิด และประเมินสัมพันธภาพของญาติและครอบครัว ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

๒. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะStabilization และ Maintenance

Stabilization phase เป็นระยะที่อาการของโรคสงบลง ความรุนแรงลดลง อยู่ในช่วง ๖ เดือนหรือมากกว่า หลังผ่านการรักษาในระยะ Acute แต่ผู้ป่วยยังคงต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ Maintenance phaseเป็นระยะที่อาการผู้ป่วยคงที่ ยังคงมีอาการด้านลบหายไปหรือลดลงแต่อาการ ด้านลบจะเด่นกว่าและยังมีอยู่แต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ในระยะนี้ผู้ป่วยยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ และอาจมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆซึ่งการเจ็บป่วยบ่อยครั้งยิ่งทำให้มีอาการหลงเหลือมากขึ้น

๒.๑ การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่อเข้าสู่ระยะ Stabilization การดูแลเน้นแก้ไขอาการทางจิต โดยเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม การดูแลตนเอง เพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยให้กลับไปอยู่ในชุมชนและระยะนี้ครอบครัวควรมีส่วนร่วมโดย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว

ใช้ชีวิตประจำวันในสังคม เตรียมการสนับสนุนช่วยเหลือ ลดความตึงเครียด ส่งเสริมการใช้กระบวนการ Recovery ควบคุมอาการของโรคอย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงของการป่วยซ้ำ ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา

๒.๒ การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่อเข้าสู่ Maintenance phase จะเน้นการดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ลดอาการทางลบและส่งเสริมทักษะทางสังคม โดย พัฒนาการทำหน้าที่ด้านต่างๆ พัฒนาคุณภาพชีวิต ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา ติดตามอาการของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงการป่วยซ้ำ

๓. ระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอิสระได้ตามเป้าหมายที่ต้องการและอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพที่ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้มากที่สุดดังนี้

๑. ประเมินความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยความเข้าใจ
๒. การสร้างความสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้วางใจเจ้าหน้าที่ เพื่อความสะดวกในการวางแผนและกระตุ้นให้เขาร่วมมือในการดูแลตนเอง การรับประทานยา หรือการยอมรับความช่วยเหลือและการสนับสนุนต่างๆ เช่น การเยี่ยมบ้าน การฝึกอาชีพตามสภาพท้องถิ่นที่ถือเป็นการเปิดประตูใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงอาการที่เกิดขึ้นในตนเอง และการปรับตัวอยู่ร่วมกับคนอื่น
๓. การดูแลต่อเนื่องโดยรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นการให้บริการผสมผสานหลายประเด็น ตามความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแล
๔. การสร้างเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยพยายามกระตุ้นให้ครอบครัว และครอบครัวให้กำลังใจเพื่อเขาจะได้กลับคืนบทบาทตนเองในครอบครัวโดยเฉพาะการมีงานทำสร้างรายได้ให้กับ ครอบครัว
๕. การสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจในชุมชน เรื่องโรคจิตการลดอคติการเข้าใจการยอมรับ การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภท จนถึงกระตุ้นให้เกิดชมรมญาติ/จิตอาสาในพื้นที่
๖. การทราบแหล่งความช่วยเหลือ ที่ให้การดูแลเป็นองค์รวมในทุกด้านของผู้ป่วยโรคจิตเภท หากเกินความสามารถ เจ้าหน้าที่จะประสานงานไปยังวิชาชีพ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดการปัญหานั้นๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วย โรคจิตเภทสามารถใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติได้

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 26 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 3 สิงหาคม 2566

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๕ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๐ / ๘๐ มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเท่ากับ ๑๐๐%

ลักษณะทั่วไป ชายไทย น้ำหนัก ๙๙ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๘๐ เซนติเมตร ดัชนีมวลกายเท่ากับ ๓๐.๕๖ กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ผิวหนัง ขน เล็บ ผิวสีคล้ำ ผิวหนังแห้งมีคราบโคล มีเหื่อซิมทั่วร่างกาย ไม่มีรอยโรค มีรอยแผลแห้งๆ ไม่มีผื่นคัน เล็บหนาและแข็งยาวมีคราบดำติดที่เล็บ

ศีรษะและใบหน้า รูปร่างมาตรฐาน สีผมดำยาว เปียกเหื่อ มีการกระจายของผมปกติ ใบหน้ามีความสมมาตร ไม่มีรอยโรค

ตา หู จมูก ตามองเห็นชัดเยื่อบุตาไม่ซีด ใบหูสมมาตรกัน จมูกรูปร่างปกติรับกลิ่นปกติหายใจ
สม่ำเสมอ

ปากและช่องคอ ริมฝีปากแห้ง มีกลิ่นปาก ไม่มีแผล เหงือกปกติ การรับรสปกติ กลืนได้ปกติ

คอและต่อมน้ำเหลือง คอตตั้งตรงปกติ คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต คอไม่บวมโต เส้นเลือดที่คอไม่โป่งพอง

ระบบทางเดินหายใจ ทรวงอกขนาดเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง การเคลื่อนไหวของทรวงอกสัมพันธ์กับการหายใจ
ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ ฟังเสียงปอดทั้ง ๒ ข้างปกติ เสียงลมผ่าน
ทั้งสองข้างเท่ากันดี

หัวใจและหลอดเลือด หัวใจเต้น ๖๕ ครั้งต่อนาทีสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur normal S๑S๒

ท้อง ลักษณะปกติสมมาตรกัน ไม่ปวดท้อง

แขนขา กำลังปกติ สมมาตรกันทั้ง ๒ ข้าง Motor power grade ๕ ทรงตัวปกติ ไม่บวม

ปลายมือปลายเท้า สีผิวปกติ คลำพบชีพจร ปลายมือปลายเท้าอุ่นไม่เย็น

กล้ามเนื้อและระบบประสาท รู้สึกตัวดี ไม่ทำตามคำสั่ง ถามไม่ตอบ บางคำถาม พูดคนเดียว การมองเห็น
การรับรสและการได้กลิ่นปกติ ไม่มีอาการชาปลายมือปลายเท้าทั้ง ๒ ข้าง การทรง
ตัวปกติ กล้ามเนื้อไม่ลีบ

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ปัสสาวะได้เอง สีเหลือง ไม่มีแสบขัด ไม่มีหนองไหลออกจาก
ปลายอวัยวะเพศ

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง คำคำหยาบคาย ใช้คำหยาบ เอะอะว๊วยว๊วยตลอดเวลา พูดเสียงดัง ทำทางก้าวร้าว
หงุดหงิด (OAS = ๒ คะแนน)

ผลการตรวจพิเศษ

๑. EKG ๑๒ leads วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ผล ๑st AV block with sinus bradycardia
๒. EKG ๑๒ leads วันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ผล Normal sinus rhythm , Left axis deviation, Anterior infarction

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๑. Electrolyte

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ			แปลผล
		๒๕/๐๗/๖๖	๒๖/๐๗/๖๖	๐๑/๐๘/๖๖	
Potassium	๓.๕ - ๕.๑mmol/L	๓.๑๓	๓.๓๕	๓.๖๔ (ปกติ)	ต่ำกว่าปกติ

การวิเคราะห์ผล

ค่า Potassium ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน สาเหตุมาจากร่างกายขับ Potassium ออกมามากกว่าปกติ ผู้ป่วยมี
พฤติกรรมดื่มสุราเป็นประจำทุกวัน และจากการที่ผู้ป่วยอาละวาดทำให้เสียเหงื่อมากกว่าปกติ ทำให้ร่างกาย
ขับ Potassium ออกมามากกว่าปกติ ซึ่งโพแทสเซียมต่ำจะมีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อ หัวใจ และเป็น
อันตรายต่อชีวิตได้

๒. Thyroid function test

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	แปลผล
		๒๖/๐๗/๖๖	
T๓	๐.๘๗-๑.๗๘ ng/mL	๐.๕๕๑	ต่ำกว่าปกติ

การวิเคราะห์ผล

ระดับฮอร์โมน T๓ ที่ต่ำกว่าปกติ เกิดจากต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ หรืออยู่ในสภาวะอดอยาก หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ เนื่องจากระดับฮอร์โมน T๓ จะลดลงได้เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ในผู้ป่วยรายนี้มีประวัติการรักษาจิตเภทมานาน ๑๑ ปี และละเลยการดูแลตนเอง

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis)

Schizophrenia (โรคจิตเภท)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

๑. มีพฤติกรรมรุนแรงเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น เนื่องจากความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง
๒. สัมพันธภาพทางสังคมบกพร่องเนื่องจากรูปแบบการคิดผิดปกติ และขาดทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น
๓. มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
๔. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว เนื่องจากขาดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ กระบวนการคิดผิดปกติและเข้าใจ

ข้อมูลคลาดเคลื่อน

๕. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและอาการไม่พึงประสงค์จากยา เนื่องจากผลข้างเคียงของยา
๖. ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย
๗. เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สินระหว่างส่งต่อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ มีพฤติกรรมรุนแรงเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น เนื่องจากความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

๑. มาโรงพยาบาลด้วยอะอะโวยวาย ทำร้ายผู้อื่น
๒. ผู้ป่วยพูดเสียงดังคนเดียวตลอดเวลา อะอะโวยวาย ทำทางหงุดหงิด
๓. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) = ๓ คะแนน
๔. มีอาการประสาทหลอน บอกว่ามีคนจะมาฆ่า

วัตถุประสงค์

๑. ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ
๒. ไม่เกิดการทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรง ไม่ทำร้ายตนเองและผู้อื่น
2. ควบคุมอารมณ์ตนเองได้มากขึ้น ท่าทางหงุดหงิดลดลง ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยแบบ one-to-one relationship อย่างสม่ำเสมอเพื่อสร้างความไว้วางใจ
2. จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย โดยเก็บอุปกรณ์ที่เป็นอันตรายออกจากผู้ป่วยเพื่อป้องกัน อันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดลอมที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย เช่น ความเป็นส่วนตัว แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งกระตุ้นเพื่อลดอาการหวาดระแวงของผู้ป่วย
3. ดูแลให้ได้รับยาเพื่อลดความคิดหวาดระแวงและพฤติกรรมก้าวร้าว
4. ใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัด เช่น ใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก (reflection) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความรู้สึกของตนเอง และ ใช้คำถามปลายเปิด (open question) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และเพื่อสอบถามความต้องการของผู้ป่วย
5. ใช้เทคนิค presenting reality ในขณะสนทนาเมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาหลอนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความเป็นจริง
6. ให้การพยาบาลด้วยท่าทีสงบและมั่นคง ใช้น้ำเสียงโทนต่ำ และให้ความมั่นใจว่าพร้อมจะช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบลง
7. ให้การพยาบาลอย่างเปิดเผย ยอมรับในพฤติกรรมหวาดระแวงไม่ได้แย้ง และบอกเหตุผลการพยาบาลทุกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและร่วมมือในการให้การพยาบาล 1. มาโรงพยาบาลด้วยอะอะโวยวาย ทำร้ายผู้อื่น
8. หลีกเลี่ยงการยื่นกอดอก เอามือเท้าเอวหรือสะโพก เว้นระยะห่างในการสนทนาประมาณ 3 ฟุต หลีกเลี่ยงการสัมผัส หลีกเลี่ยงการปะทะสายตากับผู้ป่วย การหัวเราะหรือยิ้มที่ไม่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าถูกคุกคาม
9. แยกผู้ป่วยที่กำลังมีอาการโกรธออกจากกลุ่มบุคคลอื่น ๆ จนกว่าผู้ป่วยจะควบคุมตนเองได้แล้วสนทนากับผู้ป่วยตามลำพัง เพื่อให้คลายความตึงเครียดและระบายอารมณ์โกรธ
10. ถ้าจำเป็นต้องผูกมัดเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากพฤติกรรมก้าวร้าว ปฏิบัติโดยให้เกียรติและรักษาเกียรติของผู้ป่วย บอกสาเหตุของการผูกมัดและระยะเวลาที่ทำการผูกมัด อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการผูกมัด หลีกเลี่ยงวิธีบังคับโดยไม่จำเป็น ป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการผูกมัด จัดให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่ในการควบคุมสถานการณ์ที่ถูกต้องอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งกับผู้ป่วย บุคคลใกล้เคียงและเจ้าหน้าที่ รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่ถูกผูกมัด เพื่อลดความรู้สึกโกรธและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
11. เผื่อระวังพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ก่อนเกิดความรุนแรง เช่น กระสับกระส่าย การตะโกนเสียงดัง ตวาด การขัดขืน ไม่ร่วมมือ ตาขวาง
12. ดูแลให้ได้รับยา Diazepam , Haloperidol , Fluanxol , Risperidone , Clonazepam , Artane, Lorazepam ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ตลอดการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรง OAS = ๐ คะแนน วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๖
๒. สามารถควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
๓. ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ สัมพันธภาพทางสังคมบกพร่องเนื่องจากรูปแบบการคิดผิดปกติ และขาดทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

ข้อมูลสนับสนุน

๑. พูดคนเดียว ไม่สบตา เอะอะโวยวายตลอดเวลา
๒. ไม่สนใจผู้อื่น เดินไปมาคนเดียว พูดคนเดียว
๓. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) = ๒ คะแนน

วัตถุประสงค์

๑. มีสัมพันธภาพทางสังคมมากขึ้น
๒. กล้าแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมโดยไม่ต้องกระตุ้น

เกณฑ์การประเมินผล

๑. พูดคุยกับผู้อื่นได้เพิ่มขึ้น
๒. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทียอมรับและรับฟังผู้ป่วย พูดด้วยความสนใจตลอดเวลา ไม่แสดงอาการเบื่อหน่าย รำคาญ ล้อเลียน กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น หรือพูดต่อ
๒. กระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดต่อกับผู้อื่น โดยจัดให้ผู้ป่วยรู้จักกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน โดยเริ่มจากคนที่ป่วยชอบหรือคนที่มีนิสัยคล้ายๆกัน แนะนำการสนทนา พูดคุย จัดผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม โดยเริ่มจากกลุ่มง่ายและมีเพื่อนสนิทอยู่ร่วมด้วย ชมเชย ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถเป็นฝ่ายเริ่มต้นการสื่อสารได้
๓. ให้ผู้ป่วยบอกข้อดีของการมีเพื่อนผู้ป่วยคุยในหอผู้ป่วย
๔. สอนผู้ป่วยถึงวิธีการเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ เช่น ทักทายเพื่อนก่อน ชวนเล่นเกมส์ หรือดูโทรทัศน์ที่มีอยู่ในหอผู้ป่วย
๕. ให้การบ้านผู้ป่วยหลังให้คำแนะนำ หาเพื่อนสนิทที่ผู้ป่วยชอบ หรือนิสัยคล้ายๆกัน
๖. ชมเชย ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอื่นเพิ่มมากขึ้น
๗. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและประเมินอาการข้างเคียงของยา

การประเมินผลการพยาบาล

วันที่ ๕ หลังนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยพูดคุยกับผู้อื่นได้เพิ่มขึ้นมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นมากขึ้น พูดคนเดียวน้อยลง วันที่ ๗ หลังนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) = ๐ คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๓ มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ไม่อาบน้ำ ไม่ยอมเปลี่ยนเสื้อผ้า
2. ผิวหนังแห้ง มีคราบไคล มีกลิ่นปาก

วัตถุประสงค์

1. ร่างกายสะอาด
2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนวิธีการและประโยชน์ในการดูแลสุขอนามัย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นความสำคัญของการมีสุขอนามัยส่วนตนที่ดี
2. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยไปอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ และล้างมือและเท้าให้สะอาด เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขอนามัยที่ดีขึ้น
3. จัดกลุ่มกิจกรรมสุขอนามัย โดยให้ผู้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มร่วมกับผู้ป่วยคนอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และมีแบบอย่างในการรักษาสุขอนามัยส่วนตน
4. ประเมินสุขอนามัยของผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาล

วันที่ ๓ หลังนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยยินยอมให้เช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย และวันที่ ๕ หลังนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยสามารถอาบน้ำเองได้ คราบไคลลดลง ไม่มีกลิ่นปาก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๔ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว เนื่องจากขาดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้กระบวนการคิดผิดปกติและเข้าใจข้อมูลคลาดเคลื่อน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยร้องตะโกนอยากกลับบ้าน
2. ผู้ป่วยนอนหลับๆตื่นๆ

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจการดำเนินของโรคและแผนการรักษา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยพูดถึงเรื่องการกลับบ้านลดลง เข้าใจถึงเหตุผลที่ยังไม่ได้กลับบ้าน
2. ลดความวิตกกังวลลง นอนหลับกลางคืนได้มากกว่า ๖ ชั่วโมงไม่มีลักษณะหลับๆตื่นๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ผู้ป่วยเชื่อมั่น ไว้วางใจและยอมรับพยาบาลว่าเป็นที่ปรึกษาแก่เขาได้
2. ประเมินและสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่นอาการซึมเศร้าเหม่อลอย แยกตัว เพื่อติดตามประเมินความรู้สึกลูกอยากกลับบ้าน

๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและเข้าใจผู้ป่วย
๔. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนของการกลับบ้านและระเบียบของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการกำหนดยาของผู้ป่วยโดยอธิบาย อาการของผู้ป่วยต้องดูแลหรือหาย แพทย์ตรวจอาการพบว่าอาการดีขึ้น สามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมภายนอกได้ ญาติมารับผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งพยาบาลจะโทรศัพท์ประสานญาติเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับผู้ป่วยกลับบ้าน
๕. จัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มในหอผู้ป่วย เช่น กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มนันทนาการ เพื่อไม่ให้หมกมุ่นเรื่องกลับบ้าน
๖. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและประเมินอาการข้างเคียงของยา
๗. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยพูดถึงเรื่องการกลับบ้านลดลง เข้าใจถึงเหตุผลที่ยังไม่ได้กลับบ้าน รับทราบว่าต้องไปรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว นอนหลับกลางคืนได้มากกว่า ๖ ชั่วโมงไม่มีลักษณะหลับๆตื่นๆ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๕ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและอาการไม่พึงประสงค์จากยา เนื่องจากผลข้างเคียงของยา

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยได้รับยารักษาจิตเวช กลุ่ม Dopamine antagonist และ กลุ่ม Serotonin – Dopamine antagonist
- วัตถุประสงค์**
๑. ไม่เกิดอุบัติเหตุ หลังได้รับยา
 ๒. ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา
 ๓. ได้รับยาครบตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ ได้รับยาครบตามแผนการรักษาและไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น ลึนแข็ง คอแข็ง น้ำลายไหล ปากแห้งคลื่นไส้ ง่วงซึม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการดังกล่าวเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต แต่อาการเหล่านี้จะไม่เกิดตลอดไป ร่างกายจะค่อยๆปรับตัวจนเป็นปกติได้
๒. ให้คำแนะนำการดูแลความไม่สุขสบายจากการรับประทานยา เช่น อาการปากและคอแห้งให้จิบน้ำบ่อยๆก่อนน้ำแข็ง หรือลูกอม และดูแลความสะอาดในช่องปาก อาการง่วงนอน ตาพร่ามัว อาการจะค่อยๆหายไปให้ระมัดระวังการพลัดตกหกล้มจากการมองไม่ชัด ค่อยๆเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่งและยืน ให้ค่อยๆทำทีละขั้น และคอยสังเกตตนเองว่าระหว่างเปลี่ยนท่าทำให้ตาพร่ามัวมากขึ้นหรือไม่มีหน้ามืดหรือไม่ ถ้ามีให้นั่งพักสักครู่ แต่ถ้าเป็นมากขึ้นต้องแจ้งให้พยาบาลทราบเพื่อหาทางช่วยเหลือด้วยวิธีอื่นๆ
๓. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าแม้จะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย จากปากและคอแห้ง ง่วงนอน ตาพร่า แต่ยามีความสำคัญต่อการรักษาอาการทางจิต โดยใช้ให้ผู้ผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เช่น ไม่มีอาการหูแว่ว ไม่เห็นภาพหลอน ไม่มีอาการหวาดกลัว
๔. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก ระบายความวิตกกังวลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เข้าใจผู้ป่วยและให้การยืนยันในระหว่างที่ยังคงมีอาการดังกล่าว พยาบาลจะคอยดูแลไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ ได้รับยาครบตามแผนการรักษาและไม่พบอาการคลื่นไส้ คอแข็ง น้ำลายไหล ปากแห้ง คลื่นไส้ ง่วงซึม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๖ ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ญาติบอกว่า กลัวผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่องอาการจะกำเริบขึ้นมาอีก
๒. แพทย์มีแผนการรักษาด้วยการส่งต่อไปโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา
๒. ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ญาติเข้าใจในแผนการรักษาพยาบาล สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
๒. ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และลดความวิตกกังวลลง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล
๒. อธิบายให้ญาติทราบถึงสาเหตุของโรคแผนการรักษาพยาบาลส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วม
๓. ประสานให้ญาติพูดคุยกับแพทย์เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษา
๔. ให้กำลังใจ รับฟังปัญหาของญาติ เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นไว้วางใจในการระบายนปัญหา ความคับข้องใจต่างๆ และยอมรับการรักษาพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ญาติคลายความวิตกกังวลลงมีสีหน้าสดชื่น เข้าใจในแผนการรักษาพยาบาล
๒. ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๗ เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ระหว่างส่งต่อ

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอะอะโวยวาย ทำร้ายผู้อื่น
๒. ผู้ป่วยบอกว่าอยากกลับบ้าน
๓. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว
๔. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) = ๑ คะแนน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุระหว่างส่งต่อ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุระหว่างส่งต่อ



กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินระดับความรู้สึกตัว
๒. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
๓. เตรียมยาฉุกเฉิน อุปกรณ์สื่อสาร อุปกรณ์ผูกยึด และมีเจ้าหน้าที่เพศชายร่วมด้วย
๔. ผูกยึดระหว่างส่งต่อ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็น
๕. อธิบายให้ทราบว่ากำลังได้รับการส่งต่อ โดยมีเจ้าหน้าที่และญาติไปด้วย
๖. ดูแลให้นอนพัก ไม่รบกวนผู้ป่วยระหว่างเดินทาง

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างการส่งต่อ ไม่เกิดอุบัติเหตุใด ผู้ป่วยไม่ได้รับยาระหว่างส่งต่อ

การนำไปใช้ประโยชน์

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว สำหรับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยจิตเวช และผู้สนใจ

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะก้าวร้าว จำนวน ๑ ราย รั่วไว้ในความดูแลวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๖ รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลและระยะเวลาในความดูแล ๙ วัน

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะก้าวร้าว ระดับเรงด่วนและผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน - วิกฤติ จนผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการของพฤติกรรมก้าวร้าว และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของจิตเภทในขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาลเช่น หลงผิด หูแว่ว หงุดหงิดก้าวร้าวหุนหันพลันแล่น ประสาทหลอน เป็นต้น โดยมีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ ญาติมีความเข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วย ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการส่งต่อ และพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล



เอกสารอ้างอิง

- เครีอวัลย์ ศรียารัตน์.(๒๕๕๘).บทบาทพยาบาลในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช.สืบค้นจาก <https://heo๒.tci-thaijo.org/>
- ชิดชนก โอภาสวัฒนา.(๒๕๖๓) คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง. (พิมพ์ครั้งที่ ๑). พรอสเพอริสพลัส.
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (๒๕๕๘) จิตเวชศาสตร์ รามธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ ๔).ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี.
- พิชามญช์ อินทะพุดม . (๒๕๖๕). การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความท้าทายสำหรับพยาบาล . (พิมพ์ครั้งที่ ๒). วนิดาการพิมพ์.
- พิชญวดี จิตโรภาส. (๒๕๕๘) . จิตเวชศาสตร์ รามธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ ๔).ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี.
- มาโนช หล่อตระกูล.(๒๕๕๘) จิตเวชศาสตร์ รามธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ ๔).ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. (๒๕๖๓) .แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน.(พิมพ์ครั้งที่ ๒) ปียอนด์พับลิชชิง.