	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา	
	วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)	เอกสารหมายเลข : WI-YH-IPD-015 ฉบับที่ : A วันที่ออกเอกสาร : 10/06/2567

เรื่อง : แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Psychosis

หน่วยงาน ผู้ป่วยใน

กลุ่มงาน การพยาบาล

ระเบียบปฏิบัติงาน

เรื่อง : แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Psychosis

ผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา จังหวัดยะลา

ผู้จัดทำเอกสาร



(นายพาสี นิเดร์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ทบทวนเอกสาร

ผู้อนุมัติใช้



(นางสาวมินตรา ทองธรรมชาติ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ



(นายทินกร บินหะยีอารัง)

ผอ.ก.รพร.ยะหา

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และประเมินอาการได้ถูกต้อง
2. เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการดูแลผู้ป่วย
3. เพื่อจำแนกอาการของผู้ป่วยแต่ละรายได้ถูกต้อง

เป้าหมาย

เพื่อดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย โรคจิตเภท Psychosis ได้อย่างถูกต้อง

นิยามของโรค

โรคจิต (Psychosis) หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตมักมีอาการทางจิตรุนแรงและสูญเสีย function ไปมาก อาการโรคจิต (psychotic symptoms) เป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยโรคจิต ซึ่งประกอบด้วยอาการดังกล่าว

1) อาการด้านบวก (positive symptoms)

delusions : อาการหลงผิด ความคิดหรือความเชื่อที่ผิดๆ ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ฝังแน่นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยเหตุผล ที่พบบ่อย ได้แก่อาการหวาดระแวงว่ามีคนปองร้ายตนเอง

Hallucinations : อาการประสาทหลอน ผู้ป่วย มีอาการรับรู้โดยปราศจากสิ่งกระตุ้น ที่พบบ่อย ได้แก่อาการหูแว่ว อาการนี้จะต้องเด่นชัด (prominent) จึงจะมีน้ำหนักในการวินิจฉัย เช่น ได้ยินเสียงพูดเป็นเรื่องราว ได้ยินบ่อย

Disorganized speech : ประโยค หรือหัวข้อการพูดที่ไม่ต่อเนื่องกันหรือไม่เกี่ยวข้องกันทำให้ฟังไม่เข้าใจว่าผู้ป่วยพูดหรือต้องการสื่อเรื่องอะไร

Disorganized behavior : พฤติกรรมไม่อยู่กับร่องกับรอยอาจพบอาการวุ่นวาย

2) อาการด้านลบ (negative symptoms)

1. อารมณ์ที่อ (blunted affect) และเฉยเมย
2. ความคิดอ่านและการพูดลดลง
3. ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจ
4. ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว

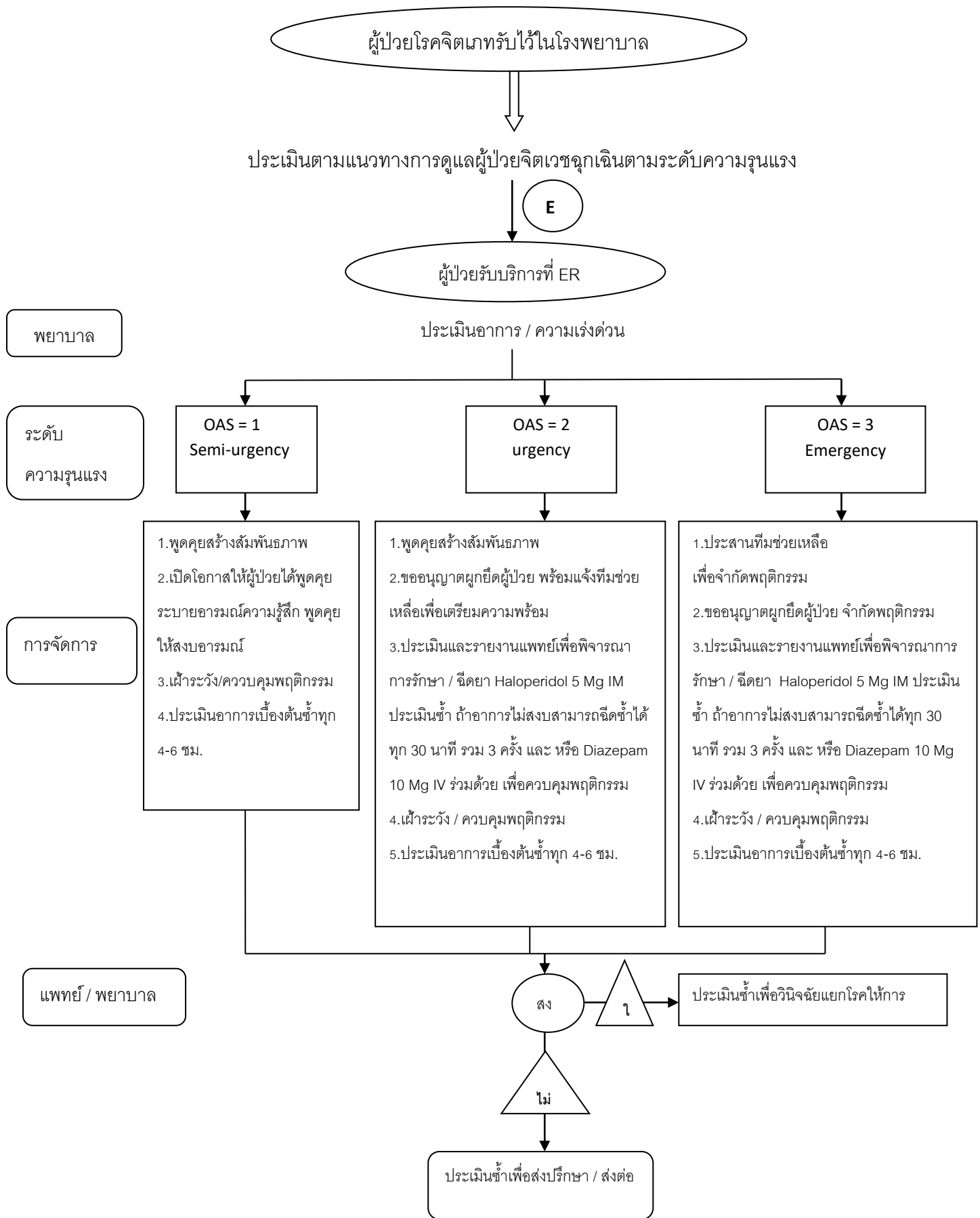
3) อาการด้านการรู้คิด (cognitive symptoms)

- 1.ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function) ลดลง
- 2.ความสามารถในการคงความใส่ใจ (attention) ลดลง
- 3.ความจำเพื่อใช้งาน (working memory) บกพร่องคือความสามารถในการจดจำข้อมูลเฉพาะหน้าลดลง

ตัวชี้วัด

- 1.จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมดที่เข้ามารับการรักษานในหอผู้ป่วยในมีอาการที่แทรกซ้อนและแตกต่างกัน
- 2.อัตราผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 3.จำนวนระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 4.อัตราผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการเสพเมทแอมเฟตามีน
- 5.อัตราผู้ป่วยโรคจิตเภท เฉียบพลัน (brief psychotic disorder)
- 6.อัตราผู้ป่วยโรคจิตเภท ภาวะสับสน (delirium)
- 7.อัตราผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคจิตอารมณ์ (schizoaffective disorder)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา



พยาบาล

ระดับ
ความรุนแรง

การจัดการ

แพทย์ / พยาบาล

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง

1. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น มีอาวุธ ประสาทหลอน อารมณ์หงุดหงิด ท่าทีก้าวร้าว ทางวาจา (พูดเสียงดังข่มขู่) มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง/ ผู้อื่น/ ทำลายทรัพย์สิน

2. พยาบาลประเมินอาการและระดับความรุนแรงของพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยใช้แบบประเมิน OAS (Overt Aggression Scale) ผลคะแนนที่ได้มีดังนี้

- คะแนน OAS = 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น พูดเสียงดัง แต่ยังสามารถ รับฟัง เตือนแล้วสงบลงได้ เป็นต้น

- คะแนน OAS = 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิด อันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน

- คะแนน OAS = 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน

3. แนวทางการจัดการตามคะแนน OAS

OAS = 1 1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายอารมณ์ ความรู้สึก

3. พูดคุยให้สงบอารมณ์

4. เฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรม

5. ประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำทุก 4- 6 ชม. เพื่อวินิจฉัยแยกโรค ให้การรักษาขอคำปรึกษาจากจิตแพทย์เพื่อ พิจารณาการส่งต่อหรือดูแลต่อเนื่อง

OAS = 2 1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ

2. ขออนุญาตผูกยึดผู้ป่วย พร้อมแจ้งทีมช่วยเหลือเพื่อเตรียมความพร้อม

3. ประเมินและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา/ ฉีดยา (Haloperidol 5 mg IM

ประเมินซ้ำถ้าอาการไม่สงบสามารถฉีดซ้ำได้ทุก 30 นาที รวม 3 ครั้ง และ/หรือ Diazepam 10 mg IV) ร่วม ด้วย เพื่อควบคุมพฤติกรรม

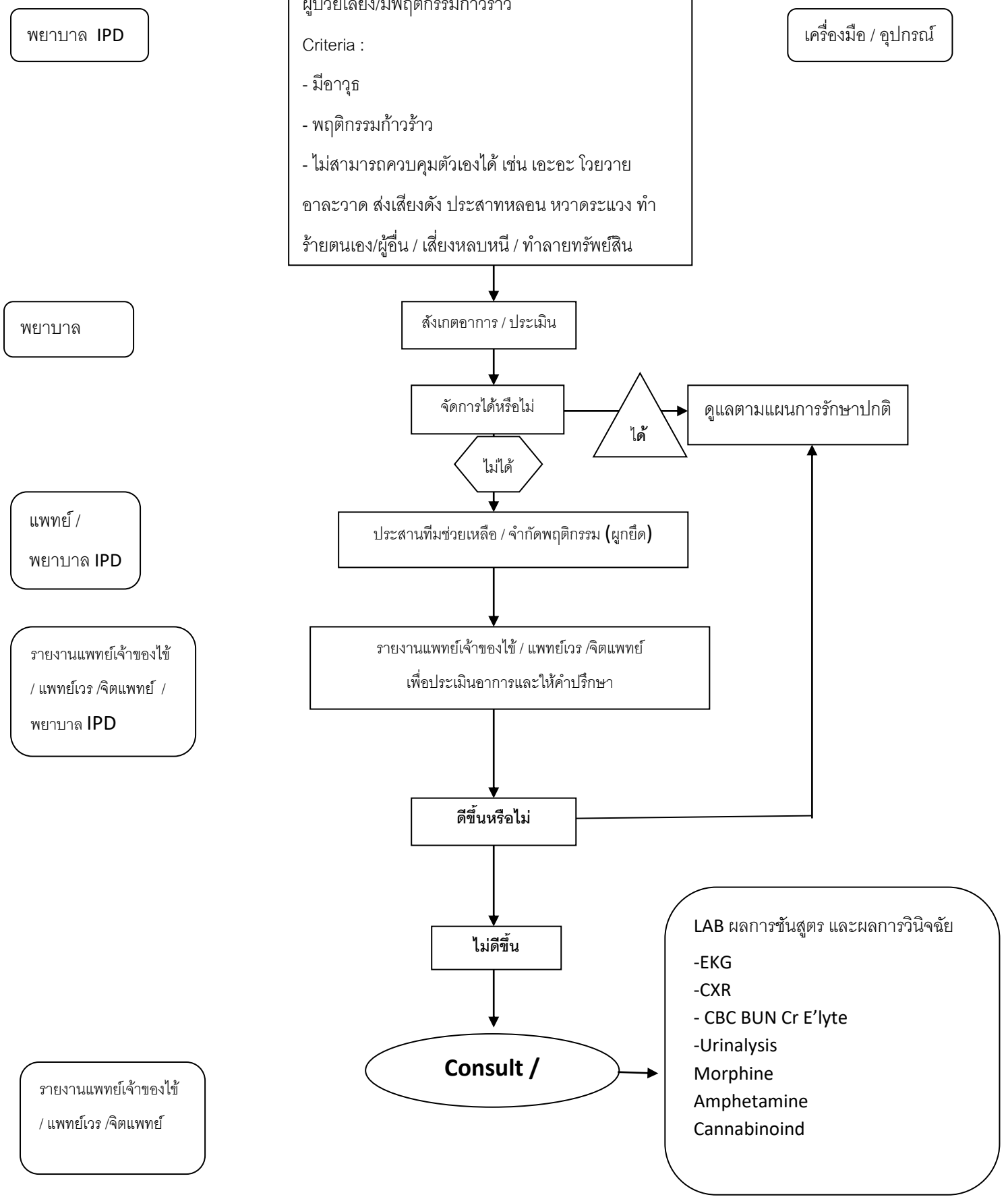
4. เฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรม

5. ประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำทุก 4- 6 ชม. เพื่อวินิจฉัยแยกโรค ให้การรักษา ขอคำปรึกษาจากจิตแพทย์เพื่อ พิจารณาการส่งต่อหรือดูแลต่อเนื่อง

OAS = 3 1. ประสานทีมช่วยเหลือเพื่อจำกัดพฤติกรรม

2. ขออนุญาตผูกยึดผู้ป่วย จำกัดพฤติกรรม
3. ประเมินและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา/ ฉีดยา(Haloperidol 5 mg IM ประเมินซ้ำ ถ้าอาการไม่สงบสามารถฉีดซ้ำได้ทุก 30 นาที รวม 3 ครั้ง และ/หรือ Diazepam 10 me IV) ร่วมด้วย เพื่อควบคุมพฤติกรรม
4. เฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรม
5. ประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำทุก 4- 6 ชม. เพื่อวินิจฉัยแยกโร ให้การรักษา ขอคำปรึกษาจากจิตแพทย์เพื่อพิจารณาการส่งต่อหรือดูแลต่อเอง

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยทั่วไป)



พยาบาล IPD

เครื่องมือ / อุปกรณ์

พยาบาล

แพทย์ /
พยาบาล IPD

รายงานแพทย์เจ้าของไข้
/ แพทย์เวร /จิตแพทย์ /
พยาบาล IPD

รายงานแพทย์เจ้าของไข้
/ แพทย์เวร /จิตแพทย์

LAB ผลการขั้นสูงตร และผลการวินิจฉัย
-EKG
-CXR
- CBC BUN Cr E'lyte
-Urinalysis
Morphine
Amphetamine
Cannabinoind

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแผนกผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยทั่วไป/หอผู้ป่วยจิตเวช)

1. ผู้ป่วยในที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น มีอาวุธ ทำทางก้าวร้าว ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เอะอะ อาละวาด ส่งเสียงดัง ประสาทหลอน หวาดระแวง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น รวมถึงทำลายทรัพย์สิน

2. พยาบาลหอผู้ป่วยสังเกตพฤติกรรมหรือใช้แบบประเมินความรุนแรง เช่น OAS หรืออื่น ๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ถ้าใช้แบบประเมิน OAS ผลคะแนนที่ได้มีดังนี้

คะแนน OAS = 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น พุดเสียงดัง แต่ยังสามารถรับฟัง เตือนแล้วสงบลงได้ เป็นต้น

คะแนน OAS = 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมไม่ได้ มีที่ที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน

คะแนน OAS - 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน

3. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมน้อย ($OAS < 1$) พยาบาลหอผู้ป่วยสามารถจัดการได้ โดยการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและให้การดูแลตามแผนการรักษาปกติ

4. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมมาก ($OAS \geq 2$) พยาบาลหอผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้ ให้ประสานทีมช่วยเหลือ เช่น รปภ. ศูนย์แปล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น เพื่อจำกัดพฤติกรรม รายงานแพทย์เจ้าของไข้ เป็นต้น เพื่อจำกัดพฤติกรรมรายงานแพทย์เวร/จิตแพทย์เพื่อประเมินอาการและให้การรักษา

5. พยาบาลหอผู้ป่วยสังเกตอาการผู้ป่วยหลังได้รับการรักษา ถ้าผู้ป่วยอาการดีขึ้น ให้การดูแลรักษาตามแผนการรักษาปกติ หากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นให้รายงานแพทย์เจ้าของไข้/แพทย์เวร/จิตแพทย์เพื่อพิจารณา

Consult / Refer

แนวทางปฏิบัติ ขณะ Admit

Focus Gole / out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>มีพฤติกรรมหงุดหงิดก้าวร้าว ไม่เหมาะสมเนื่องจาก ไม่ สามารถควบคุมอารมณ์ได้</p> <p>GOAL:</p> <p>1.เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวและ ควบคุมอารมณ์ผู้ป่วย</p> <p>2.ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัยจาก พฤติกรรมก้าวร้าว</p> <p>OUT COME:</p> <p>1.ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว</p> <p>2.ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการ จัดการรับความคิดและอารมณ์ ของตนเองได้อย่างเหมาะสม</p>	<p>ผู้ป่วยมีพฤติกรรม หงุดหงิดก้าวร้าว เนื่องจากผู้ป่วย อะอะไวยวาย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยจะพูดเสียงดัง ไวยวายใช้คำพูดที่หยาบ คายต่อพยาบาล และ บุคคลอื่น - ตาขวาง ไม่ให้ความ ร่วมมือในการรักษา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดระหว่าง พยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความ ไว้วางใจ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร สงบ จริงใจ ให้เกียรติ ยอมรับ พฤติกรรมของ ผู้ป่วย 2. การหาข้อมูลผู้ป่วย การตรวจสุขภาพจิต : MENTAL STATUS EXAMINATION ประเมิน ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำ ร้ายคนรอบข้างและการวางแผน เพื่อทราบ ความรุนแรง และเตรียมการป้องกันได้ ทันท่วงที 3. สังเกตอย่างใกล้ชิด และจัดให้อยู่ใกล้บริเวณ ทำงานของพยาบาล เพื่อสามารถสังเกต และ ดูแล ความปลอดภัยอย่างใกล้ชิด 4 การ ประเมินความรุนแรงที่เป็นสัญญาณเตือน ของ พฤติกรรมรุนแรง เช่น สีหน้า ท่าทางคำพูด 5. การประเมินสถานการณ์ความเสี่ยง ป้องกัน พฤติกรรมรบกวน การเตรียมความพร้อมการ จัดการขณะเกิด เหตุการณ์ 6. รายงานแพทย์ ดูแลการให้ยา และเฝ้าระวัง ผลข้างเคียงจากการใช้ยา DIAZEPAM 10 Mg IV Stat 7. จัดสิ่งแวดล้อมการบำบัดรักษาเพื่อลดสิ่งเร้า ป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 8. การจำกัดพฤติกรรม และให้การพยาบาล ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจำกัดพฤติกรรม 9.การทบทวนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อ ป้องกันการเกิดพฤติกรรมซ้ำ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ไม่มีมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ผู้ป่วยและบุคคลอื่นที่ เกี่ยวข้องปลอดภัย 2.ในเวรผู้ป่วยนอนหลับ




Focus Gole / out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม</p> <p>อาการข้างเคียงจากยาจิตเวช</p> <p>เนื่องจาก ได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง</p> <p>GOAL: ผู้ป่วยปลอดภัยมีอุบัติเหตุและได้รับพิษจากฤทธิ์ของยาที่ใช้ในการรักษา</p> <p>OUT COME: 1.ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุใดๆในระหว่างการรักษา 2.ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะพิษของยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ง่วงซึม มือสั่น ปากแห้ง อาเจียน ท้องผูก คอแข็ง ลิ้นแข็ง เป็นต้น</p>	<p>เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากง่วงซึม</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : ผู้ป่วยบอกว่าปากแห้ง ง่วงซึม มึนงง</p> <p>O : แพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - D5 2 เม็ด เช้า- ก่อนนอน - ACA5 TRIHENXYPHENEDYL [C] 5 mg 1 เม็ด ก่อนนอน. HA 2 Haloperidol 2mg 1 เม็ด ก่อนนอน - CPZ Chlorpromazine 100 mg 1 เม็ด เช้า-ก่อนนอน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยทราบและญาติ เช่น ง่วงซึม เดี๋ยวเซ เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง คอแข็ง ลิ้นแข็ง เป็นต้น 2. แนะนำญาติ ยกไม้กั้นเตียงไว้เสมอ 3. ให้คำแนะนำญาติให้เฝ้าระวังและดูแลใกล้ชิด 4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 5. พิจารณารายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยา หรือไม่สบายจนไม่สามารถรับประทานยาได้ 6. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๖-๘ แก้ว 7. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ้าง ระวังการเกิดอุบัติเหตุ 8. ประเมินสัญญาณชีพ หากพบอาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ทันที 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุใดๆ 2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ T . B/P. P. R. O2 . 3. ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาทางจิตเวชที่ไม่รุนแรง ได้แก่ มี อาการง่วงนอน มากในเวลากลางวัน มี นศีรษะ ปากแห้ง เมื่อได้รับคำแนะนำผู้ป่วย เข้าใจ ไม่ได้กังวลกับ อาการที่เกิดขึ้น 4. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ เช่น กินข้าว อาบน้ำ
<p>แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง</p> <p>เนื่องจาก นอนไม่เป็นเวลาจากการใช้ยาเสพติดและชาดยา</p> <p>GOAL: เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ปกติ</p> <p>OUT COM: นอนหลับได้ตามปกติ อย่าน้อย 6-8 ชั่วโมง</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : ผู้ป่วยบอกว่า กลางคืนนอนไม่ค่อยหลับ</p> <p>O : หลับช่วงกลางวัน กลางคืนไม่นอน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. รับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ประเมินแบบแผนการนอน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกันวางแผนกับผู้ป่วย เนื่องจากการนอนไม่หลับทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย อาจเกิดความเครียด 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเภสัชวิทยาของยาเสพติดที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางซึ่งทำให้ศูนย์การนอนหลับในสมองเปลี่ยนแปลงไป 3. แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติเพื่อการนอนหลับ (sleep hygiene) 4. ให้ทำตามแผนการรักษา 	<p>นอนหลับได้ตามปกติ นอนกลางคืนประมาณ 6-8 ชั่วโมง โดยได้ยานอนหลับจากแผนการรักษา ของแพทย์</p>

เอกสารอ้างอิง

จุฑามาส โปธิ์หล้า พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท (2567).

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบจากการเสพยาเสพติดประเภทยาบ้า/กัญชา และมีภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ; (หน้า 9-11)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์) ; (หน้า 9-11) ; (หน้า 1-9)

ผู้จัดทำเอกสาร	ผู้รับรอง	ผู้อนุมัติใช้
		
(นายพาศิ นีเดร์)	(นางสาวมินตรา ทองธรรมชาติ)	(นายทินกร บินหะยือารง)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ผอก.รพร.ยะหา

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต