

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรองแก้ว อยู่สุข. (2537). พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. (2542). Neuroleptic malignant syndrome : การศึกษาย้อนหลัง 5 ปี.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ปีที่ 44 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2542, หน้า 189 – 198.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2542). การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (29 – 30 กรกฎาคม) ณ. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สุราษฎร์ธานี
- ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ.(2541) Neuroleptic Malignant Syndrome : ตัวอย่างผู้ป่วย 1 ราย.วารสารกรมสุขภาพจิต ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 มิถุนายน – กันยายน 2541, หน้า 130 – 142.
- ดำรง แวอาลี, วรรษ ดันชัยสวัสดิ์.(2539). Neuroleptic Malignant Syndrome : การศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วย 12 ราย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 41 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2539, หน้า 99 – 106.
- เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ.(2540). พฤติกรรมองค์กร. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ. (2547). โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการ Neuroleptic malignant syndrome (NMS). เอกสารวิชาการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2545). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรารค์ทิพย์ อุจจะรัตน์ะ. (2541). การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- พวงแก้ว ปุณยกนก. (2532). แบบสอบอัตรณ์ประยุกต์ (เอ็ม อี คิว) เพื่อจัดการแก้ปัญหา. รายงานผลการวิจัยทุนรัชดาภิเษกสมโภชน์. : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์. (2544). ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : วังใหญ่บุรินทร์.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์. (2538). 50 ปี ชีวิตและงาน. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พิชญากรณ์ มูลศิลป์. (2540). การตัดสินใจ. เอกสารการสอนวิชาการบริหารการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มานิต ศรีสุรภานนท์.(2545). การใช้ยาทางจิตเวช. เชียงใหม่ : ธนุขพรินติ้ง
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2546) จิตเวชศาสตร์ งามาธิบัติ. กรุงเทพมหานคร : สวิชาญการพิมพ์
- มณี ดีประสิทธิ์. (2541).. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อคติทัศนคติ สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของพยาบาลประจำการกับความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาลฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ยุดา รักไทย. (2545). เทคนิคการแก้ปัญหาและตัดสินใจ. กรุงเทพมหานคร : บริษัทเอ็กซ์เปอร์เน็ท จำกัด.
- วิมลพร ไสยวรรณ (2545). การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร..วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมพร บุขราทิจ, สุนันทา ฉันทรุจิกวงศ์ (2544). จิตเวชปฏิบัติ 45. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมพร พงษ์ไทย (2545). การพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในแผนกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช. โครงการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล.(2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์
- สมภพ เรืองตระกูล.(2546). คู่มือจิตเวชและอายุรศาสตร์ฉุกเฉิน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์
- สมยศ นาวิการ. (2531).. กระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์. กรุงเทพมหานคร : บรรณกิจ.
- สุกมล วิภาวิพลกุล.(2541). Neuroleptic malignant syndrome. เอกสารวิชาการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2533). การตัดสินใจทางการพยาบาล. ในเอกสารการสอนชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพพยาบาล หน้าที่ 6. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อาภรณ์ ชูดวง. (2535). การสร้างแบบ เอ็ม อี คิว เพื่อวัดความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาวิจัย การศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- อัญชัญ ไพบูลย์ (2545). ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชุลี เตมียประดิษฐ์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์.(2532). **Neuroleptic Malignant Syndrome** : รายงานผู้ป่วย 1 ราย และบททวนบทความ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2532, หน้า 205 – 214.
- อุทัย หิรัญโต. (2531). การบริหารศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : สโมสรวิทยาลัยการปกครอง.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. (2543). ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวทางปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

#### ภาษาอังกฤษ

- Abbott R, Loizou I.(1986). **Neuroleptic malignant syndrome**. Br J Psychiatry 1986; 148 : 47 – 51.
- Dunn, R.T. (1998). Decision Making. **Human's Supervisory Management for Health Care Organization**. Boston : McGraw-Hill.
- Factor S A., Singer C.(1992). **Neuroleptic Malignant Syndrome**. In : Weiner EW. Emergent and Urgent Neurology. J.B. Lippincott Company. USA.
- Fox, C. and Kane. F. (1996). **Psychiatric – Mental Health Nursing : Integrating the behavioral and biological sciences**. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Gilles, D.A. (1994). **Nursing management A System Approach**. 3<sup>rd</sup> edition. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Guze B, Baxter L (1985). **Neuroleptic malignant syndrome**. New Eng J Med 1985; 313 : 163.
- Janicak PG, Bresnahan D.(1988). **Neuroleptic Malignant Syndrome**. In : Flaherty, JA, Channon RA, Davis JM, eds. **Psychiatry : Diagnosis & therapy 88/89**. East Norwalk : Prentice-Hall international Inc., 1988 ; 347 – 351
- Jone, R.A. and Beck, S.E. (1996). **Decision Making in Nursing**. Albang : An international Thomson Publishing.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA.(1994). **Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry** (Seventh edition), Williams & Wilkins.

- Levenson J.(1985). **Neuroleptic malignant syndrome**. Am J Psychiatry 1985; 142 : 1137–45.
- Mueller P , Vester J, Fermaglich J.(1983). **Neuroleptic malignant syndrome, successful treatment with bromocriptine**. JAMA 1983; 249 : 386 – 8
- Pop H, Aizley H, Keck P, et al.(1991) **Neuroleptic malignant syndrome : longterm follow up of 20 cases**. J Clin Psychiatry 1991; 52 : 208 – 12
- Swansburg, R.C. and Swanburg, L.C. (1995). **Nursing staff development : A compliment of human resource development**. Boston : Jones and Bartlett.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามวิทยากร

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

นายแพทย์ธีระ ลีลานนทกิจ	นายแพทย์ 10 ที่ปรึกษาสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางกาญจนา เหมะรัตน์	พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางสาวชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ	พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางดวงตา กุศลรัตนญาณ	พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางสาวภาวินี ธนบดีธรรมจารี	พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา

## รายนามวิทยากร

นายแพทย์ธีระ ลีลานนทกิจ	นายแพทย์ 10 ที่ปรึกษาสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
-------------------------	---

ภาคผนวก ข

หนังสือขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

หนังสือขออนุญาตให้ดำเนินการ โครงการศึกษาอิสระ



ที่ ศธ 0512.11/547

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

21 มีนาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เนื่องด้วย นางสาวสุธา ไชชาติกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ เรื่อง “การศึกษาแนวทางการจัดการความเสี่ยง ต่อความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิ่วโรเล็ดติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการศึกษาอิสระ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน ดังนี้ 1) นายแพทย์ธีระ สลิขานนท์ทกิจ นายแพทย์ 10 2) นางกาญจนา เหมะรัตน์ พยาบาลวิชาชีพ 7 3) นางสาวชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ พยาบาลวิชาชีพ 7 4) นางดวงตา กุลรัตนญาณ พยาบาลวิชาชีพ 7 และ 5) นางสาวภาวิณี ธนบดีธรรมจารี พยาบาลวิชาชีพ 7 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุกิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน 1. นายแพทย์ธีระ สลิขานนท์ทกิจ 2 นางกาญจนา เหมะรัตน์ 3) นางสาวชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ  
4) นางดวงตา กุลรัตนญาณ และ 5) นางสาวภาวิณี ธนบดีธรรมจารี

งานบริการการศึกษา โทร. 02-218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 02-218-9810

ชื่อนิสิต นางสาวสุธา ไชชาติกุล โทร. 01-343-3541

ที่ ศธ 0512.11/548

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

21 มีนาคม 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือโครงการศึกษาอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เนื่องด้วย นางสาวสุธา ไชชาติกุล นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผน ข. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ เรื่อง “การศึกษาแนวทางการจัดการความเสี่ยง ต่อความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเล็พติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการศึกษาอิสระ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก แบบบันทึกการจัดการเมื่อเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก แบบวัดความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการนิวโรเล็พติกและการจัดการความเสี่ยงสำหรับพยาบาล และแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเล็พติกของพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการทดลองใช้เครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุธา ไชชาติกุล ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาโครงการศึกษาอิสระดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 02-218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 02-218-9810

ชื่อนิสิต

นางสาวสุธา ไชชาติกุล โทร. 01-343-3541

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในโครงการ

คู่มือ

แนวทางการจัดการความเสี่ยงในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกในผู้ป่วย

โรคจิตเภทสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



โดย

นางสาวสุชา ไชชาติกุล

## คำนำ

ในปัจจุบันภาวะสุขภาพจิตมีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมของแต่ละบุคคล และพบว่าในสถานพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยโรคจิต มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตมากขึ้น โดยเฉพาะในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากทั้งเพศชายและเพศหญิง และเนื่องจากว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติทั้งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ถึงแม้ว่ายาต้านโรคจิตจะมีผลดีต่อการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่ยาทุกขนานต่างก็มีผลข้างเคียง (side effects) หรือฤทธิ์อื่นไม่พึงประสงค์ เช่น extrapyramidal, anticholinergic การเคลื่อนไหวผิดปกติ ความดันโลหิตลดลง และง่วงนอน (sedative) แต่ยังมีผลข้างเคียงอีกชนิดหนึ่งที่พบไม่บ่อย แต่มีอาการรุนแรงคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยได้ คือ ผลข้างเคียงทางระบบประสาท ที่เรียกว่า กลุ่มอาการนิวโรเล็พติก ซึ่งกลุ่มอาการนี้ถือเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูง ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง จึงจำเป็นที่พยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้ ความเข้าใจในกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือ และจัดการกับความเสี่ยง ที่อาจเกิดเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ดังนั้นผู้จัดทำโครงการ จึงจัดทำแนวทางการจัดการความเสี่ยงกับกลุ่มอาการนิวโรเล็พติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

สุธา ไชชาติกุล

เมษายน 2548

## สารบัญ

	หน้า
หลักการและเหตุผล	1
วัตถุประสงค์	1
แนวคิดของการจัดการความเสี่ยง	2
กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ	2
กลุ่มอาการนิวโรเลปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท	3
ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง	5
ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง	5
ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเสี่ยง	6
ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง	7
ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล	8
แบบประเมินกลุ่มอาการนิวโรเลปติก (NMS) สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท	9
การจัดการเมื่อเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก(NMS) สำหรับพยาบาล	10
รายการเอกสารอ้างอิง	11

## แนวทางการจัดการความเสี่ยงในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก ในผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

### หลักการและเหตุผล

เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท มีทั้งการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตด้วยสัมพันธภาพบำบัด และจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ เช่น กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มจิตบำบัด ซึ่งการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตมีความจำเป็น เนื่องจากยาจะช่วยควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยให้แสดงออกอย่างเหมาะสม ลดอาการหูแว่ว และ ประสาทหลอนที่รบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ แต่เนื่องจากยาทุกขนานมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความสุขสบาย โดยเฉพาะมีผลข้างเคียงอีกชนิดหนึ่งที่พบไม่บ่อยแต่เกิดอาการรุนแรง เป็นอันตรายคุกคามถึงชีวิตได้ คือ กลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก ซึ่งพบว่าการประหม่นหรือวินิจฉัยเบื้องต้นค่อนข้างยาก ไม่สามารถแยกจากอาการทางจิตได้ และเมื่อเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกแล้ว ไม่สามารถจัดการช่วยเหลือได้ทันที อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง และต้องรีบย้ายไปให้การช่วยเหลือ และรักษาที่แผนกผู้ป่วยหนัก ซึ่งในปีพ.ศ. 2545 – 2547 มีผู้ป่วยกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกถึง 27 ราย (จากเวชระเบียนหอผู้ป่วยระบบประสาท) จึงถือว่ากลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูง ที่มีผลคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย

ดังนั้น ผู้จัดทำโครงการ จึงได้จัดทำแนวทางการจัดการความเสี่ยงโดยใช้กรอบแนวคิดของ อนุวัฒน์ สุภชุติกุล (2543) ที่มีแนวทางการจัดการความเสี่ยง 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การประเมินความเสี่ยง 3) การจัดการความเสี่ยง 4) การประเมินผล ซึ่งแนวทางนี้เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ได้ใช้เป็นแนวทางการจัดการความเสี่ยงกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีคุณภาพ เป็นการพัฒนาความรู้แก่พยาบาล มีการกำกับการทดลองโดยใช้แบบวัดความรู้พยาบาลก่อนและหลังการอบรม และประเมินผล ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่สร้างขึ้น และติดตามการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก รวมทั้งวัดความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกทั้งก่อนและหลังได้รับการอบรม ซึ่งคาดว่าโครงการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาล ให้มีความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก ในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถ ดังต่อไปนี้

- 1) อธิบายลักษณะอาการของกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

- 2) อธิบายกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการจัดการความเสี่ยงได้
- 3) ปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเสี่ยงกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

### แนวคิดของการจัดการความเสี่ยง

การจัดดำเนินโครงการ การศึกษาแนวทางการจัดการความเสี่ยงต่อความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้ใช้แนวคิดการจัดการความเสี่ยงของอนูวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) ซึ่งได้ให้ความหมายของคำว่า “ความเสี่ยง” คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ และความเสี่ยงที่จะเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นความเสี่ยงทางด้านกายภาพ ที่เป็นผลข้างเคียงทางระบบประสาท จากการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง จนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงต้องมีกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นหาความเสี่ยง จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน และทบทวนปัจจัยเสี่ยงจากตำรางานวิจัย วารสารทั้งในและต่างประเทศ เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก 2) การประเมินความเสี่ยง เป็นการประเมินอาการ และระดับความรุนแรงของความเสี่ยง เช่น ภาวะขาดน้ำ ร่างกายอ่อนเพลีย 3) การจัดการความเสี่ยง คือ การปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวทางการจัดการความเสี่ยงกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก และ 4) การประเมินผล มีการติดตามและประเมินผลจากความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วม โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ มีส่วนร่วมค้นหาแนวทางการจัดการความเสี่ยงกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก ตามขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง 4 ขั้นตอนดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้เกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรงจนถึงเสียชีวิตได้

### กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จำนวน 20 คน

### คุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างน้อย 1 ปี และให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับยารักษาโรคจิต ยินดีที่เข้าร่วมโครงการ



## กลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท

กลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก คือ ผลข้างเคียงทางระบบประสาท ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (neuroleptics) และเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ต้าน dopamine receptor antagonist ซึ่งเกิดได้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้ยารับประทาน และยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อบ่อยๆ อาการที่พบ คือ มีไข้สูง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ระบบประสาทอัตโนมัติไม่คงที่ ชีพจรเร็วหรือช้า ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น และระดับของ creatinine phosphokinase (CPK) เพิ่มขึ้น

อุบัติการณ์ Delay และ Deniker ได้รายงานในปี ค.ศ. 1968 ว่า พบกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก ร้อยละ 0.02 – 2.44 ตัวเลขที่ได้จากรายงานในระยะต่อมาพบอุบัติการณ์ 1 : 500 – 1,000 ความแตกต่างในอุบัติการณ์เกิดจากเกณฑ์ในการวินิจฉัย และการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ช่วยลดอุบัติการณ์ของโรค (สมพร บุษราทิจ , สุพันธ์ ทนทรุจิกพงศ. 2544 : 55)

ยาต้านโรคจิตรุ่นใหม่ (newer antipsychotics) ทำให้เกิดโรคนี้ได้แต่ยังไม่ทราบแน่ชัดว่ามีมากเพียงใด และคนที่เคยเป็นมาก่อนมีโอกาสเป็นอีก 1 ใน 3

จากการศึกษา Neuroleptic malignant syndrome ย้อนหลังของเกษม ดันติผลาชีวะ (2542) พบว่า ปัจจัยชักนำให้เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก คือ อาการกระวนกระวาย , ภาวะขาดน้ำ , การฉีดยาต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์นาน และการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อบ่อยๆ ดังนั้นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกได้ คือ

- 1) ผู้ชายเป็นมากกว่าผู้หญิง
- 2) ภาวะขาดน้ำ (dehydration)
- 3) ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิต (neuroleptics) เป็นครั้งแรก
- 4) ผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ (mood disorder) กลุ่มอาการทางสมอง (organic brain syndrome)
- 5) โรคจิตเภทที่มีอาการ catatonia หรือมีแนวโน้มจะเป็นชนิดรุนแรง (fluminating form) คือ กระวนกระวาย
- 6) ผู้ป่วยที่เคยเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกมาก่อน
- 7) ผู้ป่วยที่หยุดยาทันที เปลี่ยนยา เพิ่มขนาดยา หรือเพิ่มยาอีกตัวหนึ่งเข้าไป
- 8) ใช้ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อบ่อยๆ หรือใช้ยาฉีดที่ออกฤทธิ์นาน
- 9) สิ่งแวดล้อม สภาพอากาศร้อน อากาศถ่ายเทไม่สะดวก

### 1.5 ลักษณะอาการของกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก

ผู้ป่วยส่วนมากเริ่มมีอาการทีละน้อยค่อยๆ เป็นค่อยไปใช้เวลาหลายวัน กว่าที่จะเห็นอาการชัดเจน แต่มีบางรายเกิดขึ้นใน 2 – 3 ชั่วโมง อาการเริ่มแรกที่พบ คือ

- 1) สภาพเปลี่ยนแปลงอย่างไม่ทันคาดคิด เช่น เกิดอาการ catatonia ซึมเฉย
- 2) ซิพจรเร็ว หายใจหอบ เหงื่อออก น้ำลายไหล พูดไม่ชัด กลืนไม่ได้
- 3) อาการเอ็กตราพिरามิดอล (extrapyramidal symptoms) ที่คือต่อยาฉีดโคเจนติน (cogentin) แล้วไม่ได้ผล
- 4) เอ็นซั่มครีเอตินีนฟอสโฟไคเนสสูง (CPK elevation)

ผู้ป่วยมีอาการแรกเริ่มดังกล่าวนี้ ไม่ได้เกิดเป็นโรคนี้ทุกคน บางคนอาการหายไปเพียงเท่านี้ บางคนจะมีอาการรุนแรงชัดเจนขึ้น กล่าวคือ มีอาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง แข็งเหมือนท่อตะกั่ว (lead pipe rigidity) ไข้สูง (hyperthermia) ซึม เมื่อวินิจฉัยได้ว่าเป็นกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก แล้วหยุดยาที่ผู้ป่วยใช้รับประทานทันที ผู้ป่วยจะหายในเวลา 7 – 10 วัน ถ้าผู้ป่วยได้รับยาฉีดชนิดออกฤทธิ์นาน (depot form) หายช้ากว่า 2 – 3 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน (complications) และมีการตายมากกว่าผู้ป่วยที่ไชยารับประทาน บางรายเกิดอาการ catatonia ยาวนาน (prolonged catatonia) เป็นเดือน กรณีเช่นนี้ควรรักษาด้วย ECT

อัตราการตาย (mortality rate) ประมาณ ร้อยละ 10 ผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมมักจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง และสภาพจิตเปลี่ยนแปลง (สมพร บุษราทิจ , สุนันทา ฉันทรุจิกพงค์, 2544 : 57) การเสียชีวิตอาจเกิดจาก

- 1) หัวใจหยุดกะทันหัน (sudden cardiac arrest)
- 2) การอุดตันของหลอดเลือดในปอด (pulmonary emboli)
- 3) ดีไอซี (DIC= disseminated intravascular coagulation)
- 4) ไตวาย (renal failure)
- 5) ปอดบวม (pneumonia)

การพยากรณ์โรคไม่ดีสำหรับในรายที่เป็นผู้สูงอายุ มีไข้สูงมาก ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาฉีดที่ออกฤทธิ์นาน (depot medication) หรือมีโรคทางสมองอยู่ก่อนแล้ว หรือมีอาการโคม่าขณะที่เป็นโรคนี้

การวินิจฉัย (Diagnosis) เป็นการวินิจฉัยตามอาการ (สมพร บุษราทิจ , สุนันทา ฉันทรุจิกพงค์, 2544 : 58) ดังนี้

- 1) ได้รับยารักษาโรคจิต (neuroleptic) ภายใน 7 วันแรกที่เกิดอาการ
- 2) ไข้สูงมาก 104 – 105 ฟาเรนไฮต์ หรือ 40 องศาเซลเซียส

- 3) เหงื่อออกมาก
- 4) กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (lead pipe rigidity)
- 5) cogwheeling และมีอาการสั่น (marked tremors)
- 6) สภาพจิตแปรปรวนหรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น กระวนกระวาย หรือซึมลงความรู้สึกตัวจะเฉยเมย (alert but dazed mutism) ซึมคล้ายคาทาโทเนีย (stupor resembling catatonia) อาจโคม่าได้
- 7) ชีพจรเร็วมาก ความดันโลหิตผิดปกติ
- 8) อาการกลั้นปัสสาวะ หรืออุจจาระไม่อยู่ (incontinence)
- 9) ซีพีเค (CPK elevation) สูงมากกว่า 300 U/ml
- 10) เม็ดเลือดขาวในร่างกายสูงมากกว่าปกติ
- 11) การสลายของกล้ามเนื้อ (rhabdomyolysis) และได้วจาก myoglobinuric renal failure

#### การวินิจฉัยแยกโรค (Differential diagnosis)

กลุ่มอาการนิวโรเลปติก ต้องประเมินและวินิจฉัยแยกจากโรคหรือกลุ่มอาการอื่นๆ คือ (สมพร บุขราทิจ , สุนันทา ฉันทรุจิกพงส์, 2544 : 59)

- 1) อาการ catatonia หรืออาการ parkinsonian symptoms จากยา กรณีนี้ไม่มีใช้สภาพจิตไม่เปลี่ยน
- 2) การติดเชื้อ (Infection) ผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อ ส่วนมากไข้ไม่สูงมากถึง 104 – 105 องศาฟาเรนไฮต์ ไม่มีอาการ catatonia อาการพาร์กินสัน (parkinsonian symptoms) และสภาพจิตไม่เปลี่ยน
- 3) มีรายงานผู้ป่วยกินยาฆ่าเห็บ (basagran) เพื่อฆ่าตัวตายเกิดอาการคล้ายกลุ่มอาการนิวโรเลปติก คือ ไข้สูง เหงื่อออกมาก กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง หัวใจเต้นเร็ว ซึม เม็ดเลือดขาวสูง (leukocytosis) กล้ามเนื้อสลาย (rhabdomyolysis) เกิดการทำลายที่ตับและไต (hepatorenal damage) กรณีอย่างนี้ มีประวัติกินยาฆ่าเห็บช่วยแยกโรค

#### ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยงกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติก

ผู้จัดทำโครงการได้ร่วมประชุมกับพยาบาลวิชาชีพ จากกลุ่มงานการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ศึกษาและจัดทำแนวทางการจัดการความเสี่ยงในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติก ตามแนวคิดการจัดการความเสี่ยงของอนูวัฒน์ สุภชุตikul (2543) ใน 4 ขั้นตอน ดังนี้

## ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้รู้จักค้นหาปัญหา หรือปัจจัยเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่มีแนวโน้มจะเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท

### สาระสำคัญ

การค้นหาความเสี่ยง คือ การหาสาเหตุ ปัญหา หรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก โดยทบทวนจากรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยง และทบทวนจากตำรา งานวิจัยทั้งใน และต่างประเทศ หรือจากประสบการณ์ของพยาบาลที่พบเห็นในการปฏิบัติ ซึ่งได้ผลสรุป ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ

- 1 ผู้ป่วยเพศชายจะเกิดมากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง
- 2 ผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำ (dehydration)
- 3 ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตครั้งแรก
- 4 ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการทางสมอง (organic brain syndrome) ร่วมด้วย
- 5 โรคจิตเภทที่มีอาการคาทาโทเนีย (catatonia)
- 6 ผู้ป่วยที่หยุดยารักษาโรคจิต (neuroleptics) ทันที หรือเปลี่ยนยา เพิ่มขนาดยา เพิ่มชนิดยา หรือเพิ่มกลุ่มยาอื่นๆ
- 7 ใช้น้ำฉีดเข้ากล้ามเนื้อบ่อยๆ หรือใช้น้ำฉีดที่ออกฤทธิ์นาน
- 8 ผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกมาก่อน
- 9 สิ่งแวดล้อม สภาพอากาศร้อน อากาศถ่ายเทไม่สะดวก

## ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเสี่ยง

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้รู้จักประเมินอาการ หรือระดับความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดในกลุ่มอาการนิวโรเลปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท

### สาระสำคัญ

การประเมินความเสี่ยง คือ การประเมินอาการ หรือวิเคราะห์ลักษณะอาการและระดับความรุนแรง ของความเสี่ยงที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก โดยทบทวนจากรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยง และทบทวนจากตำรา งานวิจัยทั้งใน และต่างประเทศ หรือจากประสบการณ์ของพยาบาลที่พบเห็นในการปฏิบัติ ซึ่งได้ผลสรุป ดังนี้

การประเมินอาการของผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงในการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก คือ

1. มีอาการเปลี่ยนแปลงหลังได้รับยารักษาโรคจิต ภายใน 7 วันแรก
2. ไข้สูง
3. เหงื่อออกมาก
4. กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง
5. มีอาการสั่นมาก
6. สภาพจิตแปรปรวนหรือระดับความรู้สึกละเอียดเปลี่ยนแปลง เช่น ซึม เฉย
7. ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง
8. มีอาการกลืนปัสสาวะ หรืออุจจาระไม่อยู่
9. เม็ดเลือดขาวในร่างกายสูงมากกว่าปกติ
10. ค่า CPK ในเลือดสูงมากกว่า 300 U/ml

### ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความเสี่ยง

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือ และจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเล็พติกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ให้เป็นอันตรายถึงชีวิต

#### สาระสำคัญ

การจัดการความเสี่ยง คือ กระบวนการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล และใช้แนวทางการจัดการความเสี่ยงในการดูแลและป้องกัน หรือลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่ได้รับอันตรายถึงชีวิต ซึ่งได้ผลสรุป ดังนี้

การจัดการความเสี่ยงกับกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก คือ

1. สังเกตรายละเอียดของอาการ ที่อาจจะเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก
2. เมื่อเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก ต้องรีบรายงานแพทย์ เพื่อหยุดยารักษาโรคจิต

ทันที

3. บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
4. เช็ดตัวลดไข้
5. ตรวจสอบการรับรู้และระดับการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ
6. ในรายที่ไม่สามารถอ้าปากหรือกลืนลำบาก ควรให้อาหารและน้ำทางสายยางและ

ให้น้ำเกลือตามคำแนะนำของแพทย์

7. บันทึกน้ำเข้า-น้ำออกจากร่างกาย (intake/output)

8. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม อากาศถ่ายเทสะดวก
9. ช่วยการหายใจในรายที่มีภาวะพร่องออกซิเจน
10. ดูแลป้องกันแผลกดทับ และโรคปอดบวม ในรายที่ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ไม่มีแรง
11. Total nursing care ในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
12. ติดตามผลการตรวจเลือดค่า CBC และ CPK
13. ฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยการทำ Passive exercise หรือ Active exercise

#### ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

##### วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามการปฏิบัติตามขั้นตอนของการจัดการความเสี่ยง กับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท

##### สาระสำคัญ

การประเมินผล คือ การติดตามประเมินผลจากการปฏิบัติของพยาบาล ในการจัดการความเสี่ยงกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท และติดตามการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก

##### ติดตามและประเมินผลหลังให้การดูแลผู้ป่วย พบว่า

1. ไม่มีไข้ ชีพจร และความดันโลหิตปกติ
2. การรับรู้ดีขึ้น ไม่งุนงง หรือสับสน และไม่มีอาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ ไม่สั่น
3. การขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระปกติ
4. ไม่มีภาวะการกลืนลำบาก
5. ไม่มีภาวะการขาดสารน้ำและอาหาร
6. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง
7. ผลการตรวจเลือดค่า CBC และ CPK ปกติ
8. ติดตามการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก แม้ว่าผู้ป่วยจะเริ่มยาชนิดใหม่

## การประเมินกลุ่มอาการนิ่วโรเลพิติก (NMS)

### สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท

(อ้างอิงธีระ ติลนันทกิจ , 2547) พัฒนาจากคู่มือสถิติและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4 ทบทวนจากตำรา (DSM – IV – TR)

ชื่อผู้ป่วย.....เพศ.....อายุ.....

สถานภาพการสมรส โสด คู่ หม้าย หย่าร้าง อาชีพ.....

ระดับการศึกษา.....รับการรักษาวันที่.....

ครั้งที่รับไว้.....หรือผู้ป่วยที่รับไว้.....

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

	มี	ไม่มี
1. อาการเด่น ดังต่อไปนี้		
1) มีไข้สูง	.....	.....
2) กล้ามเนื้อแข็งเกร็งรุนแรง	.....	.....
3) ประวัตินิ่วโรเลพิติก (Neuroleptics)	.....	.....
2. อาการที่เกิดร่วม ตั้งแต่สองอาการขึ้นไป	.....	.....
1) มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง พบได้ตั้งแต่สับสนจนโคม่า	.....	.....
2) พูดไม่ได้ หรือไม่ยอมพูด (mutism)	.....	.....
3) มีอาการกลืนลำบาก (dysphagia)	.....	.....
4) มีเหงื่อไหลออกมาก (diaphoresis)	.....	.....
5) มีอาการสั่น (tremor)	.....	.....
6) อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว (tachycardia)	.....	.....
7) ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตขึ้น ๆ ลง ๆ	.....	.....
8) มีอาการกลั้นปัสสาวะ หรืออุจจาระไม่อยู่ (incontinence)	.....	.....
9) กล้ามเนื้อถูกทำลาย ระดับ CPK ในเลือดสูง	.....	.....
10) เม็ดเลือดขาวในเลือดเพิ่มมากขึ้น (leukocytosis)	.....	.....

## การจัดการเมื่อเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก (NMS) สำหรับพยาบาล

ชื่อผู้ป่วย.....เพศ.....อายุ.....  
 สถานภาพการสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า ว่าง อาชีพ.....  
 ระดับการศึกษา.....รับการรักษาวันที่.....  
 ครั้งที่รับไว้.....หอผู้ป่วยที่รับไว้.....  
 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. ประเมินอาการและระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลง	.....	.....
2. บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง	.....	.....
3. รายงานแพทย์เพื่อหยุดยารักษาโรคจิตทันที	.....	.....
4. เช็ดตัวลดไข้	.....	.....
5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ (IV fluid) ให้เพียงพอ	.....	.....
6. บันทึกจำนวนน้ำเข้า และน้ำออกจากร่างกาย (Intake / output).....	.....	.....
7. จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก	.....	.....
8. ติดตามผลการตรวจเลือด CPK และ CBC	.....	.....
9. ฟื้นฟูสภาพทางกายอย่างง่ายๆ ด้วยการทำให้ Passive exercise	.....	.....
หรือ Active exercise ตามสภาพผู้ป่วย		
<b>กรณีผู้ป่วยหนัก</b>		
1 ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนและรายงานแพทย์	.....	.....
2 ให้ความช่วยเหลือภาวะพร่องออกซิเจนเบื้องต้น ตามคู่มือปฏิบัติ	.....	.....

ผู้บันทึก.....



## โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องแนวทางการจัดการความเสี่ยง กับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท

### หลักการและเหตุผล

เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท มีทั้งการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตด้วยสัมพันธภาพบำบัด และจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ เช่นกลุ่มส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มจิตบำบัด ซึ่งการรักษาด้วยยาทางจิตมีความจำเป็น เนื่องจากจะช่วยควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยให้แสดงออกอย่างเหมาะสม และลดอาการหูแว่ว ประสาทหลอนที่รบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ แต่เนื่องจากยาทุกขนานมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความสุขสบาย โดยเฉพาะมีผลข้างเคียงอีกชนิดหนึ่งที่พบไม่บ่อยแต่เกิดอาการรุนแรง เป็นอันตรายคุกคามถึงชีวิตได้ คือ ผลข้างเคียงทางระบบประสาท ที่เรียกว่ากลุ่มอาการนิวโรเลปติก ซึ่งพบว่าการประเมินหรือวินิจฉัยเบื้องต้นค่อนข้างยาก ไม่สามารถแยกจากอาการทางจิตได้ และเมื่อเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกแล้ว ไม่สามารถจัดการช่วยเหลือได้ทันที จนผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง และต้องรีบย้ายไปให้การช่วยเหลือ และรักษาที่แผนกผู้ป่วยหนักจำนวน 27 ราย (จากสถิติหอผู้ป่วยระบบประสาท) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 - 2547

ดังนั้นการมีแนวทางการจัดการความเสี่ยงกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท จะช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้รวดเร็วและถูกต้อง เพิ่มคุณภาพในการพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับเจมมุงของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่จะเป็น Excellent center ในผู้ป่วยโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

- 1) ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติก และการจัดการความเสี่ยง
- 2) เพิ่มความสามารถในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**ผู้รับผิดชอบโครงการ**

นางสาวสุธา ไชชาติกุล นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้การดูแลของ  
อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการศึกษาอิสระ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

**กลุ่มเป้าหมาย**

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

**ระยะเวลาการอบรม**

วันที่ 9 และ 10 พฤษภาคม 2548 จำนวน 2 วัน เวลา 13.00 – 16.00 น.

**สถานที่**

ห้องประชุมศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

- 1) ได้นำแนวทางการจัดการความเสี่ยงสู่การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในหอผู้ป่วย
- 2) ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง

**กำหนดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องแนวทางการจัดการความเสี่ยง  
กับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท**

วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2548

13.00 น. - 13.15 น.	ลงทะเบียน
13.15 น. - 13.30 น.	ทำพิธีเปิดการอบรมโดย นางกัลยา ภัคคิมงคล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
13.30 น. - 14.30 น.	บรรยายเรื่อง ผู้ป่วยโรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก โดย นายแพทย์ธีระ สีสานันทกิจ ที่ปรึกษาสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
14.30 น. - 14.45 น.	รับประทานอาหารว่าง
14.45 น. - 16.00 น.	บรรยายเรื่อง บทบาทพยาบาลกับแนวทางการจัดการความเสี่ยง กับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดย นางสาวสุธา ไชชาติกุล ผู้ศึกษาโครงการ

วันที่ 10 พฤษภาคม 2548

13.00 น. - 14.30 น.	วิเคราะห์กรณีศึกษาจากอุบัติการณ์ 2 อุบัติการณ์ โดยแบ่งผู้เข้าร่วมอบรมเป็น 4 กลุ่ม ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา
14.30 น. - 14.45 น.	รับประทานอาหารว่าง
14.45 น. - 15.45 น.	นำเสนอผลการวิเคราะห์ปัญหาและการตัดสินใจ การผสมผสานการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจในการปฏิบัติ
15.40 น. - 16.00 น.	ทำพิธีปิดการอบรม

## เนื้อหาการอบรม

### เรื่องที่ 1 ผู้ป่วยโรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก

วิทยากร	จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
ผู้เข้ารับการอบรม	พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน
ระยะเวลา	1 ชั่วโมง
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก
วิธีการสอน	บรรยายร่วมกับอภิปราย
สาระสำคัญ	ความหมายของกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก ปัจจัยเสี่ยง ลักษณะอาการของกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก การวินิจฉัย การวินิจฉัยแยกโรค และการดูแลรักษา
สื่อการสอน	Power Point เรื่องกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก เอกสารความรู้เรื่องกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก
การประเมินผล	สังเกตจากความสนใจ การซักถาม การอภิปราย ผู้เข้ารับการอบรมบอกลักษณะอาการของกลุ่มอาการนิวโรเล็พติกได้

### เรื่องที่ 2 บทบาทพยาบาลกับการจัดการความเสี่ยงกับกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก

วิทยากร	ผู้จัดทำโครงการ
ผู้เข้ารับการอบรม	พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน
ระยะเวลา	1 ชั่วโมง 15 นาที
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในแนวทางการจัดการความเสี่ยงกับกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก
วิธีการสอน	บรรยายร่วมกับอภิปราย
สาระสำคัญ	ความหมายของความเสี่ยง ขั้นตอนของแนวทางการจัดการความเสี่ยง 4 ขั้นตอน บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก
สื่อการสอน	Power Point เรื่องแนวทางการจัดการความเสี่ยงและบทบาทพยาบาล เอกสารความรู้เรื่องแนวทางการจัดการความเสี่ยง
การประเมินผล	สังเกตจากความสนใจ การซักถาม การอภิปราย ผู้เข้ารับการอบรมสามารถบอกแนวทางการจัดการความเสี่ยงกับกลุ่มอาการนิวโรเล็พติกได้

### เรื่องที่ 3 วิเคราะห์กรณีศึกษาจากอุบัติเหตุ 2 อุบัติการณ์

วิทยากร	ผู้จัดทำโครงการ โครงการ และผู้ช่วยผู้จัดทำโครงการ
ระยะเวลา	2 ชั่วโมง 45 นาที
วัตถุประสงค์	เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นปัญหา และหาแนวทางการจัดการความเสี่ยงกับกลุ่มอาการนิวโรเล็พติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท

## วิธีการสอน

### 1. ช้่นนำเข้าสู่เรื่อง ( ใช้เวลา10 นาที )

ผู้จัดทำโครงการกล่าวทักทาย และกล่าวถึงอุบัติเหตุ / ความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นในสถาบัน  
จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อเป็นการนำเข้าสู่กิจกรรมในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการ  
จัดการความเสี่ยง

### 2. ช้่นดำเนินการ (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที)

#### 2.1 จับฉลากแบ่งกลุ่มพยาบาล กลุ่มละ 5 คน จำนวน 4 กลุ่ม

2.2 แจกเอกสารอุบัติเหตุให้อ่าน และตอบคำถามท้ายเรื่อง โดยให้กลุ่ม  
ช่วยกันวิเคราะห์ ประเด็นปัญหา และหาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับ  
การฝึกอบรมได้วิเคราะห์จากเหตุการณ์ และเรียนรู้ด้วยตนเองในการหาแนวปฏิบัติในการ  
ปฏิบัติงานของตนเอง

2.3 ให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มออกมาเสนอข้อสรุปของกลุ่ม และเปิดโอกาสให้  
อภิปรายร่วมกันพร้อมทั้งให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น เพื่อให้ได้ข้อสรุป เพื่อใช้เป็นแนวทาง  
ในการปฏิบัติร่วมกัน

### 3. ช้่นสรุป (ใช้เวลา 15 นาที)

ผู้จัดทำโครงการทบทวนข้อสรุป เพื่อให้เข้าใจตรงกัน และสอบถามความคิดเห็นอีกครั้ง  
ถ้ามีผู้มีความคิดเห็นที่แตกต่างและจดบันทึกรวบรวมไว้เพื่อสรุปเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

สื่อการสอน เอกสารอุบัติเหตุความเสี่ยง, กระดาษ, ปากกา

การประเมินผล 1. ให้ความสนใจร่วมอภิปรายและให้ข้อเสนอแนะ

2. สามารถวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและสามารถบอกได้ว่าเกิดจากสาเหตุหรือ  
ปัจจัยอะไรบ้าง

3. สามารถบอกได้ถึงแนวทางในการจัดการความเสี่ยงกับกลุ่มอาการนิ่วโรเล็พติก  
ได้

## อุบัติการณ์ที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย คู่ อายุ 28 ปี การศึกษาจบปวช. ยังไม่ประกอบอาชีพ รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลโรคจิต เป็นครั้งที่ 4 มาด้วยอาการก้าวร้าว ทำลายของ ไม่นอน เป็นมา 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล การตรวจสภาพจิตพบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดเรื่อยเปื่อยว่าตนเป็นเทพ มีหงุดหงิดบ้าง ได้ยินเสียงแว่ว ปฏิเสธเห็นภาพหลอน ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย ตรวจร่างกายแรกรับ พบอุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส, ชีพจร 74 ครั้ง/นาที, หายใจ 22 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 110/60 มม.ปรอท, ตรวจร่างกายปกติ, การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า CBC ปกติ, UA ปกติ, ผลการเอกซเรย์กะโหลกศีรษะ, คลื่นไฟฟ้าสมองปกติ แพทย์ได้ให้การวินิจฉัยโรคเป็น Schizophrenia

ผู้ป่วยได้รับการรักษาในระยะแรกด้วย Chlorpromazine 400 มก./วัน และ Perphenazine 32 มก./ วัน อยู่นาน 6 วัน พบว่าผู้ป่วยยังก้าวร้าว ได้รับยาชนิด Halop (5 mg) pm ในบางวัน มีพฤติกรรมแสดงออกถึงความต้องการทางเพศสูง คือ ไม่เชื่อฟัง ในวันที่ 7 หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แพทย์ได้หยุดยา Chlorpromazine และให้ Thioridazine 600 มก./วัน แทน ในวันที่ 2 หลังจากได้ยา Thioridazine ผู้ป่วยเริ่มซึมลง แต่ยังรู้สึกตัวดี มือสั่น นอนอยู่ในท่าเดียวนานๆ แขนขาเกร็ง ถ้าเดินจะมีอาการเซ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง vital signs ปกติ แพทย์ได้ลด thioridazine เป็น 100 มก./วัน อาการต่างๆ ไม่ดีขึ้น 3 วันหลังจากลดยา ผู้ป่วยมีอาการไข้สูง 38.5 องศาเซลเซียส ถึง 40.5 องศาเซลเซียส ชีพจรเร็ว 110 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 140/60 มม.ปรอท หายใจเร็ว 26 ครั้ง/นาที แขนขาเกร็งมากขึ้น พูดไม่ชัด กล้ามเนื้อมัดเล็กๆ ตามแขนและขากระตุก เหนื่อยออกมามากทั่วตัว ไม่ถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ บางช่วงรู้ตัวดี บางช่วงสับสนสับสน ไม่สามารถขยับตัวหรือช่วยเหลือตัวเองได้ ผลการตรวจเลือด พบค่า CBC มี WBC 16714 cells/cu.mm.

## แบบวัดความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก และการจัดการความเสี่ยงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง แบบวัดความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก และการจัดการความเสี่ยงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก และการจัดการความเสี่ยงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

- 1 ปัจจุบันท่านมีอายุ ..... ปี
- 2 วุฒิการศึกษาสูงสุด
  - ( ) ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
  - ( ) ปริญญาตรี / เทียบเท่า
  - ( ) ปริญญาโท
  - ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ .....
- 3 ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยจิตเวช ..... ปี
- 4 หอผู้ป่วยที่ท่านปฏิบัติงาน .....

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกในผู้ป่วยโรคจิตเภท และการจัดการความเสี่ยงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความให้ตรงตามความเป็นจริง

ลำดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	กลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกเป็นผลข้างเคียงทางระบบประสาทที่เกิดจากการใช้ยารักษาโรคจิต (Neuroleptics)		
2	ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่ม High potency ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อบ่อยๆ อาจเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก		
3	ผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาโรคจิต(Neuroleptics )มานานจะไม่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก		
4	ผู้ป่วยเพศหญิงจะเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย		
5	ผู้ป่วยที่เคยเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกและได้รับการรักษาแล้ว จะไม่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกอีก		
6	ผู้ป่วยที่ได้ยารับประทาน Haloperidal ในขนาดสูงอาจเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกได้ง่าย		
7	ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำและขาดอาหาร เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกได้ง่าย		
8	ผู้ป่วยกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก จะมี vital sign เปลี่ยนแปลง คือ มีอาการไข้สูง เหงื่อออกมาก กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง		
9	ผู้ป่วยกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก จะพบเม็ดเลือดขาวในร่างกายต่ำ		
10	ผู้ป่วยกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก จะพบค่า CPK ในเลือดสูง		
11	ผู้ป่วยที่มีอาการแยกตัว ซึมเฉย ไม่รับประทานอาหาร กลืนลำบาก แสดงว่าเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก		
12	ผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก จะพบว่าระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง		
13	ผู้ป่วยกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก จะพบอัตราการเต้นของหัวใจช้า ความดันโลหิตไม่เปลี่ยนแปลง		
14	การช่วยเหลือผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก ต้องรีบรายงานแพทย์ เพื่อหยุดยารักษาโรคจิตทันที		



ลำดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
15	การดูแลผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก ไม่จำเป็นต้องให้สารน้ำและอาหาร		
16	การดูแลผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก ต้องบันทึก vital sign ( T , P , R ,BP ) ทุก 4 ชั่วโมง ร่วมกับประเมินภาวะการรู้สติ		
17	ผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก ไม่จำเป็นต้อง Record Intake / Output		
18	ผู้ป่วยกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก ที่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องดูแลป้องกันแผลกดทับและโรคปอดบวม		
19	ผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกที่รุนแรง ต้องได้รับการประเมินภาวะพร่องออกซิเจน และให้ความช่วยเหลือทันที		
20	ผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการเล็ปติกจำเป็นต้องติดตามผลการตรวจค่า CPK หลังหยุดยารักษาโรคจิต และต้องติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่องเมื่อเริ่มให้ยารักษาโรคจิตใหม่		

**แบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติก  
ของพยาบาลวิชาชีพ**

คำชี้แจง           แบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติก  
ของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1           ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2           แบบวัดความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่ม  
อาการนิวโรเลปติก

**ส่วนที่ 1           ข้อมูลส่วนบุคคล**

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็น  
จริงเกี่ยวกับตัวท่าน

- 1 ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
- 2 วุฒิการศึกษาสูงสุด
  - ( ) ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
  - ( ) ปริญญาตรี / เทียบเท่า
  - ( ) ปริญญาโท
  - ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ .....
- 3 ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยจิตเวช .....ปี
- 4 หอผู้ป่วยที่ท่านปฏิบัติงาน.....

**คำชี้แจง** การตอบข้อสอบวัดความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิ่วโรเล่พิติก

1) โปรดอ่านคำชี้แจงนี้ให้เข้าใจ ก่อนลงมือทำข้อสอบ

2) สถานการณ์มี 2 สถานการณ์จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ใช้เวลาในการทำ 2 ชั่วโมง

โปรดตอบคำถามแต่ละสถานการณ์ให้ครบทุกข้อ โดยใช้ความรู้ที่ท่านได้เรียนมาและประสบการณ์ต่างๆ ในการปฏิบัติงาน คิดพิจารณาให้รอบคอบที่สุด เสมือนกับว่าท่านอยู่ในเหตุการณ์นั้นจริงๆ เพราะเป็นสถานการณ์ที่ท่านมีโอกาสเผชิญในการปฏิบัติงาน กรุณาตอบให้ตรงประเด็นและละเอียดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้ผลที่ได้สามารถสะท้อนความสามารถที่แท้จริงของท่าน

3) ข้อสอบแต่ละแผ่นจะแยกออกจากกัน แต่ละข้อจะเว้นบรรทัดไว้ให้ โดยที่บรรทัดที่เว้นนั้น ไม่มีผลต่อการกำหนดความยาวของเนื้อหาที่จะตอบ ท่านสามารถตอบได้มากกว่าหรือน้อยกว่าบรรทัดที่เว้นไว้ได้ ถ้าบรรทัดที่เว้นไว้ให้ไม่เพียงพอ ท่านสามารถเขียนเพิ่มเติมด้านหลังข้อสอบแต่ละแผ่นได้

4) หยิบข้อสอบทีละแผ่น เมื่อทำเสร็จให้ตรวจสอบให้แน่ใจในคำตอบเพราะท่านไม่มีโอกาสย้อนกลับไปทำอีกแล้ว เมื่อตรวจสอบจนแน่ใจแล้ว จึงคว่ำข้อสอบที่ทำเสร็จไว้บนโต๊ะ จากนั้นจึงหยิบข้อสอบหน้าต่อไปมาทำได้ เมื่อทำเสร็จแล้วคว่ำข้อสอบซ้อนต่อ โดยจัดเรียงลำดับหน้า และห้ามหยิบข้อสอบที่ทำเสร็จกลับมาทำอีกเป็นอันขาด

5) กรุณาเขียนคำตอบด้วยลายมือที่อ่านได้ง่าย

6) เมื่อทำข้อสอบเสร็จทุกข้อให้ส่งข้อสอบกับคณะทำงาน

7) คำตอบของท่านจะเก็บไว้เป็นความลับและไม่มีผลในทางลบใดๆ ต่อท่าน















## ประวัติผู้ศึกษาโครงการ

นางสาวสุธา ไชชาติกุล เกิดเมื่อวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2505 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง เมื่อ พ.ศ. 2531 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปีการศึกษา 2546 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยพิเศษหญิงบ้านบุรี สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา