

ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

เรื่อง

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทาง
บุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าว

โดย

นางสมศรี หนูทอง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ ๖๐๔๕

งานการพยาบาลผู้ป่วยในฟื้นฟูสมรรถภาพ
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา กรมการแพทย์

บทที่ ๑ บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันยาเสพติดนับเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและผลกระทบอื่น ๆ ที่ตามมา ไม่ว่าจะเป็น ด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง หรือ ความมั่นคงระหว่างประเทศ แม้จะมีมาตรการในการควบคุม ป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน แต่ปัญหายาเสพติดในแต่ละประเทศทั่วโลกก็ยังคงมีความท้าทาย อีกทั้งเมื่อจำนวนประชากรโลกสูงขึ้น จำนวนผู้ใ้ยาเสพติดย่อมสูงขึ้นไปด้วย จากข้อมูลรายงาน World Drug Report ๒๐๒๒ ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่า ในปี ๒๕๖๓ มีจำนวนประชากรกว่า ๒๘๔ ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ ๑๕-๖๔ ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการใช้สารเสพติด ซึ่งเทียบได้กับจำนวน ๑ ในทุก ๆ ๑๘ คน จากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่าจำนวนผู้ใ้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึง ๒๖% เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา และยังเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อปัจเจกบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ ยาเสพติดที่นิยมใช้ทั่วโลกใน ๓ อันดับแรก คือ กัญชา ผีน อนุพันธ์ผีน และเมทแอมเฟตามีน ในประเทศไทย พบผู้ที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีน ๓๑.๙๑ : ๑ : ๑,๐๐๐ ประชากร (มานพ คณะโต และคณะ, ๒๕๖๒)

ปัญหาการแพร่ระบาดภายในประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, ๒๕๖๔) จากข้อมูลการเข้ารับการรักษาตลอดปี ๒๕๖๔ พบยาบ้ายังคงเป็นชนิดที่แพร่ระบาดมากที่สุด ร้อยละ ๗๕ รองลงมาคือยาไอซ์ ร้อยละ ๘.๖ กัญชาแห้ง ร้อยละ ๔.๗ และเฮโรอีน ร้อยละ ๓.๙ ตามลำดับ โดยมีกลุ่มประชากรอายุระหว่าง ๑๘ - ๒๔ ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่น เยาวชนมีสัดส่วนเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ ๒๔ รองลงมา เป็นกลุ่มประชากรในอายุมากกว่า ๓๙ ปี ขึ้นไป ร้อยละ ๒๒ ในส่วนของกลุ่มอาชีพ พบว่า กลุ่มผู้ใ้แรงงาน มีสัดส่วนการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ ๒๙ รองลงมา เป็นกลุ่มรับจ้าง ร้อยละ ๒๗ ขณะที่ร้อยละ ๑.๓ เคยใ้ยาเมทแอมเฟตามีน หรือ ยาบ้า รวมแล้วคิดเป็นจำนวนกว่าล้านคนและไทย อยู่ในประเทศที่มีการขยายตัวของยาเสพติดมีข้อมูลการครอบครองสัดส่วนการจับกุมแอมเฟตามีนสูงถึง ร้อยละ ๘๙ ของการจับกุมทั้งปี ๒๕๖๔ (United Nations Office on Drugs and Crime, ๒๐๒๒) สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี๒๕๖๖ ได้กล่าวถึงประชาชนที่พบเห็น/ทราบว่ามีชุมชน/หมู่บ้านมีปัญหายาเสพติดระบุว่าผู้ที่มีอายุ ๒๐-๒๔ ปีร้อยละ ๔๗.๙ เกี่ยวข้องกับปัญหายาเสพติดมากที่สุด สำหรับเด็กและเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ร้อยละ ๔.๙ เกี่ยวข้องฯ น้อยที่สุด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, ๒๕๖๔) และในปัจจุบัน เทคโนโลยีและกระบวนการผลิตยาบ้าถูกพัฒนาให้ก้าวหน้ามากขึ้น สามารถผลิตได้ในปริมาณมากขึ้น ดังนั้นราคาขายปลีกยาบ้าจึงถูกลงอย่างต่อเนื่อง เฉลี่ยประมาณเม็ดละ ๓๐-๕๐ บาทเท่านั้น จึงทำให้ผู้เสพเข้าถึงการใ้ยาเหล่านี้ได้ง่ายขึ้น อีกทั้ง กระบวนการลำเลียงและลักลอบขนส่งยาบ้าในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบให้เข้ากับสถานการณ์ในประเทศมากขึ้น อาทิ การขนส่งผ่านเรือบรรทุกสินค้า การส่งพัสดุทางไปรษณีย์ระหว่างประเทศ เป็นต้น รัฐบาลไทยให้ความสำคัญ และผลักดันให้ ยาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ ผลกระทบจากการใ้ยาเสพติด จะส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้เสพ โดยเฉพาะ จะมีผลมากต่อสมองทำให้เป็นโรคสมองตื้อ หากเสพในปริมาณที่สูงหรือเป็นเวลานานต่อเนื่อง ยิ่งมีผลกระทบเป็นอย่างมากต่อความผิดปกติของบุคลิกภาพ เช่น อารมณ์ไม่คงที่ ก้าวร้าว และมีความผิดปกติทางจิต อารมณ์ผิดปกติ หวาดระแวง เศร้า วิตกกังวล การคิดการตัดสินใจบกพร่อง อาจเกิดภาวะฉุนเฉียวได้ทั้งในช่วงเสพและช่วงหยุดเสพ จากสถิติกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา พบว่า

ผู้ป่วยยาเสพติดทุกชนิดที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพิ่มมากขึ้นทุกปี และในตีพิมพ์ฟูสมรรถภาพผู้ป่วยชาย พบว่า มีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเข้ามารับการรักษาบำบัดยาเสพติดอย่างมากที่สุด รองลงมา น้ำกระท่อม และกัญชา ตามลำดับ จากข้อมูลในตีพิมพ์ฟูสมรรถภาพผู้ป่วยชาย พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว เพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๙๐๖ ราย มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน ๓๑ อุบัติการณ์ คิดเป็น ๓.๔๒ % และตีพิมพ์ฟูสมรรถภาพผู้ป่วยชายพบว่า มีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเข้ามารับการรักษาบำบัดยาเสพติดอย่างมากที่สุด รองลงมา น้ำกระท่อม และกัญชา ตามลำดับจากข้อมูลในตีพิมพ์ฟูสมรรถภาพผู้ป่วยชาย พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติ ปี ๒๕๖๔ มีผู้ป่วย จำนวน ๓๐๓ ราย มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน ๑๘ ราย คิดเป็น ๕.๙๔ % ปี ๒๕๖๕ มีผู้ป่วย จำนวน ๔๕๐ ราย มีพฤติกรรมก้าวร้าวจำนวน ๓๐ ราย คิดเป็น ๖.๖๖ % ปี ๒๕๖๖ มีผู้ป่วย จำนวน ๗๐๑ ราย มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน ๕๕ ราย คิดเป็น ๗.๘๔ % ทำให้เกิดความซับซ้อนยุ่งยากในการดูแลและการจัดการกับปัญหาทางการแพทย์เฉพาะรายและส่งผลถึงภาพรวมมาอย่างต่อเนื่อง

จากปัญหาดังกล่าว ผู้จัดทำจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาลงในรายละเอียดของกรณีศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ข้อมูลรายละเอียด ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการใช้ยาเสพติด และผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด เปรียบเทียบกับทฤษฎีองค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการบริการ การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ การแก้ไขปัญหา การให้การพยาบาลที่ตอบสนองผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว ที่เหมาะสม ได้รับการดูแลต่อเนื่องครอบคลุมและไม่กลับมารักษาซ้ำ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อทบทวนและปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว
๒. สามารถวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว ได้อย่างถูกต้อง
๓. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกับทฤษฎี การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าว

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยเฉพาะรายใช้ยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าว (ตีพิมพ์ฟูสมรรถภาพผู้ป่วยชาย)

ตัวชี้วัด : กรณีศึกษาได้นำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน

ระยะเวลาดำเนินการ : ๖ เดือน (ม.ค - มิ.ย ๖๗)

วิธีการดำเนินงาน :

๑. วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหา โอกาสพัฒนา ในการดูแลผู้ป่วย
 ๒. การเตรียมการ
 - ๒.๑ กำหนดกรอบทิศทางในการเขียน
 - ๒.๒ กำหนดหัวข้อและรูปแบบ
 ๓. เลือกกรณีศึกษา
 - ๓.๑ เลือกผู้ป่วยที่ศึกษา เน้นความต่อเนื่อง
 - ๓.๒ เลือกผู้ป่วยที่แตกต่างและน่าสนใจ
 - ๓.๓ จัดทำแผนเก็บข้อมูล
 ๔. เก็บข้อมูลจากการศึกษาประวัติผู้ป่วย ประเมินอาการ การสังเกต รวบรวมข้อมูล จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ
 ๕. เขียนกรณีศึกษา เขียนรายงานตามรูปแบบทางการพยาบาล
 - ๕.๑ บทนำ
 - ๕.๒ ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดย ศึกษาค้นคว้า จากเอกสาร ตำรา งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ ทั้งด้านการแพทย์และการพยาบาล
 - องค์กรความรู้ยาเสพติด แอมเฟตามีน น้ำกระท่อม ๔ X ๑๐๐ และความเกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าว
 - ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าว
 - เปรียบเทียบทฤษฎีกับรายกรณีศึกษา
 - ๕.๓ การพยาบาล
 - กรอบแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์
 - การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมก้าวร้าว
 - ประมวลผลการพยาบาลรายกรณีศึกษา และประโยชน์ของผลงาน
 - ๕.๔ กรณีศึกษา
 - ศึกษาประวัติผู้ป่วย ประเมินอาการ รวบรวมข้อมูล จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และจากการสังเกต
 - สรุปผลกรณีศึกษา
 - ๕.๕ สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ
๖. จัดทำรูปเล่ม
๗. เผยแพร่ผลงาน

กิจกรรม

๑. การให้คำปรึกษา
๒. กิจกรรมทางการพยาบาล
๓. การประเมินผลทางการพยาบาลเฉพาะราย

๔. แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าว

๕. กำหนดแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าว

ผลที่คาดว่าจะได้รับ :

๑. เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าว
๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลเฉพาะรายตรงกับปัญหาและความต้องการ
๓. เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ
๔. ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์
๕. มีการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด
๖. บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าว
๗. การกำกับติดตามระบบการดูแลผู้ป่วย การสะท้อนผลการดูแลผู้ป่วย ได้ครอบคลุมและต่อเนื่อง

บทที่ ๒

ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่างๆที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด

ยาเสพติด หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุชนิดใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกาย จิตใจ ในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องการเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา รวมถึงพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ หรืออาจใช้เป็น ยาเสพติดให้โทษ และสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ สารระเหย ฯลฯ โดยรวมถึงการใช้ยารักษาโรคในทางที่ผิดด้วย (กัมปนาท, ๒๕๖๕) ยาเสพติด หมายถึง สารใดก็ตามที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือสารที่สังเคราะห์ขึ้น เมื่อนำเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยวิธีรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยวิธีการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังจะทำให้เกิดการเสพติดได้ หากใช้สารนั้นเป็นประจำทุกวัน หรือวันละหลายครั้ง โดยผู้เสปมีความต้องการที่จะได้รับสารนั้นตลอดเวลา มีการแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจคือต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ มีอาการอยากยาหรือถอนยาเมื่อขาดสาร ก่อให้เกิดปัญหาด้านร่างกายจิตใจและเกิดผลเสียต่อสังคม (วาทีณี, ๒๕๕๗) ดังนั้นยาเสพติดไม่อาจมีชนิด รูปแบบการเสพ หากมีการใช้ต่อเนื่อง มีการเพิ่มปริมาณ จะส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมเปลี่ยนแปลงไป และอาจมีค่ารักษา การใช้ระยะเวลาเกี่ยวกับการแก้ไขผลกระทบดังกล่าวด้วย

ลักษณะสำคัญของยาเสพติด จะทำให้เกิดอาการ และอาการแสดงต่อผู้เสปดังนี้

๑. เกิดอาการตื้อยา หรือต้านยา และเมื่อติดแล้ว ต้องการใช้นั้นในปริมาณมากขึ้น
๒. เกิดอาการขาดยา ถอนยา หรืออยากยา เมื่อใช้นั้นเท่าเดิม ลดลง หรือหยุดใช้
๓. มีความต้องการเสปทั้งทางร่างกายและจิตใจ อย่างรุนแรงตลอดเวลา
๔. สุขภาพร่างกายทรุดโทรมลง เกิดโทษต่อตนเอง ครอบครัว ผู้อื่น ตลอดจนจนสังคมและประเทศชาติ

ประเภทของยาเสพติด

การแบ่งประเภทของยาเสพติดตามการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทได้เป็น ๔ ประเภท ได้แก่

๑. ประเภทกดประสาท ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟิน เฮโรอีน ยานอนหลับ ยาระงับประสาท ยาแก้ปวดประสาท เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์รวมทั้งสารระเหย เช่น ทินเนอร์ แล็กเกอร์ น้ำมันเบนซินกาวเป็นต้น มักพบว่าผู้เสปติดมีร่างกายซูบซีด ผอมเหลือง อ่อนเพลีย ฟุ้งซ่าน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

๒. ประเภทกระตุ้นประสาท ได้แก่ ยาบ้า ยาไอ้ กระท่อม โคเคน มักพบว่าผู้เสปติดจะมีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย จิตสับสน หวาดระแวง อาการคลุ้มคลั่งหรือทำในสิ่งที่คนปกติไม่กล้าทำ เช่น ทำร้ายตนเอง หรือฆ่าผู้อื่น เป็นต้น

๓. ประเภทหลอนประสาท ได้แก่ แอลเอสดี และเห็ดขี้ควาย เป็นต้น ผู้เสปติดจะมีอาการประสาทหลอน ฝันเพื่องเห็นแสงสีวิจิตรพิสดาร หูแว่ว ได้ยินเสียงประหลาดหรือเห็นภาพหลอนที่น่าเกลียดน่ากลัว ควบคุมตนเองไม่ได้ ในที่สุดมักป่วยเป็นโรคจิต

๔. ประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน ได้แก่ กัญชา คือทั้งกระตุ้น กดและหลอนประสาทร่วมกันได้แก่ ผู้เสปติดมักมีอาการหวาดระแวง ความคิดสับสนเห็นภาพลวงตา หูแว่ว ควบคุมตนเองไม่ได้และป่วยเป็นโรคจิตได้

นอกจากนี้หากอ้างอิงจากการจำแนกโรคและปัญหาสุขภาพโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) หรือ International Classification of Disease and Related Health Problem (ICD-๑๐-CM Book ๒๐๒๑, n.d.) ที่ได้แบ่งกลุ่มความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้สารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบจิตประสาทเป็น ๑๐ กลุ่ม โดยกลุ่มสารเสพติดที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว ได้แก่

- ๑) สุรา (Alcohol)
- ๒) กลุ่มโอปิออยด์ (Opioids)
- ๓) กลุ่มกัญชา (Cannabinoids)
- ๔) ยาระงับประสาทและยานอนหลับ (Sedatives, hypnotics or anxiolytic)
- ๕) โคเคน (Cocaine)
- ๖) กลุ่มกระตุ้นประสาท (Stimulants)
- ๗) กลุ่มหลอนประสาท (Hallucinogens)
- ๘) นิโคติน (Nicotine)
- ๙) กลุ่มยาสูดพ่น (Inhalant)
- ๑๐) สารออกฤทธิ์ทางจิตประสาทอื่น ๆ (Other psychoactive substance)

การติดยา (Addiction)

การติดยา หมายถึง ภาวะของผู้ติดยาเสพติดเมื่อได้รับสารชนิดหนึ่งชนิดใด อาจเป็นสารธรรมชาติ สารสังเคราะห์ หรือยาที่มีฤทธิ์ทำให้เกิดการติดซ้ำๆ อาจเป็นครั้งคราวหรือติดต่อกันเป็นระยะเวลานานก็ได้ การติดยาเกิดจากการใช้ยาอย่างมากและบ่อยครั้งและใช้เป็นระยะยาวเพื่อจะหลีกเลี่ยงสภาพอะไรบางอย่างหรือเพื่อดับความกลัว หรือเพื่อสร้างให้เกิดสภาพอะไรบางอย่าง จนเมื่อใช้ไปบ่อยๆและนานๆก็จะทำให้เกิดการติดยา จำเป็นต้องได้ยาเสพติดมาใช้อย่างต่อเนื่อง เมื่อหยุด ยาเสพติดก็จะมีอาการที่เรียกว่าอาการขาดยาหรือถอนพิษยา และมีแนวโน้มที่จะกลับไปเสพยาซ้ำเพื่อ ทำให้อาการขาดยานั้นหายไป (ทิพย์ภา เชษฐ์ชูชาวลิต, ๒๕๕๙)

ลักษณะทั่วไป

ผู้ที่ติดยาเสพติดมีลักษณะอาการที่สังเกตเห็นได้หลายชนิด ทั้งทางด้านร่างกายและพฤติกรรม แสดงออกดังนี้ (อัญชลี จุมพฏจามีกร, ๒๐๑๔)

๑. หน้าตาเฉยเมยแบบคนที่มีความทุกข์
๒. ผอมซีด สุขภาพทรุดโทรม
๓. ความประพฤตินเปลี่ยนไป ละเลยกิจวัตรประจำวัน ระเบียบวินัยลดหย่อน
๔. กลายเป็นคนเจ้าอารมณ์ หงุดหงิด ฉุนเฉียว ผิดปกติ โมโหง่าย
๕. มีลึกลับคมใน ชอบแยกตัวอยู่คนเดียวเงียบๆ
๖. เบื่อหน่ายการทำงานและการเรียน ไม่มีแรง อ่อนเพลีย
๗. มักมียา อุปกรณ์แปลกๆเก็บไว้ในห้องส่วนตัว
๘. อาจมีอุปกรณ์เกี่ยวกับยาเสพติด เช่น กระจก ตะกั่ว หลอดกาแฟ ไม้ขีด หลอดฉีดยา เป็นต้น
๙. ใช้เงินเปลืองผิดปกติ มีหนี้สิน บางครั้งขโมย
๑๐. สวมแว่นกันแดดตลอดเวลา เพื่อซ่อนแก้วตาที่ขาว เปิกกว้างหรือริบหรี่
๑๑. ใส่เสื้อแขนยาวตลอดเวลา เพื่อปกปิดรอยเข็มที่ฉีดยา
๑๒. มักชอบอยู่ในห้องเก็บของ ซ่อนตัวอยู่ในห้อง อยู่หลังส้วมเพื่อแอบสูบบุหรี่ เสพยา

๑๓. ถ้าอยู่ในห้องเรียน เด็กจะเกียจคร้าน ง่วงนอน ตาหรี เพราะสู้แสงไม่ได้ เรียนหนังสือไม่รู้เรื่อง

ลักษณะอาการของการติดยาทางคลินิก

๑. การติดทางกาย (physical dependence) มีการปรับเปลี่ยนในระบบประสาทเกิดขึ้น ซึ่งมีผลทำให้เกิดการติดยาตามมาซึ่งเป็นปัญหาในผู้ป่วยบางรายที่ทำให้ต้องมีการใช้สารเพื่อไม่ให้เกิดอาการขาดยาขึ้น เรียกว่า “อาการขาดยา” เช่น การติดฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน เมื่อขาดยา จะมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน หาว น้ำมูก น้ำตาไหล นอนไม่หลับ เจ็บปวดทั่วร่างกาย เป็นต้น

๒. การติดทางใจ (psychological dependence) ซึ่งแสดงออกในรูปของความอยากยา ลักษณะความเคยชินและพฤติกรรมแสวงหายา โดยทั่วไปนั้นการติดยาทางใจมีความสำคัญและเป็นปัญหาต่อการรักษามากกว่าการติดยาทางกาย แต่ส่งผลต่อการบำบัดรักษาให้มีความยุ่งยากและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

การวินิจฉัยการติดยาเสพติด

การวินิจฉัยการเสพยาและสารเสพติดตามระบบ DSM-IV แบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ ภาวะเสพติด (dependence) และภาวะการใช้สารในทางที่ผิด (abuse) แต่ใน DSM-V ซึ่งมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเกณฑ์วินิจฉัยโดยไม่แบ่งระดับการติดแต่รวมเป็นความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (วาทินี สุขุมาก, ๒๕๕๗) มีเนื้อหา ดังนี้

๑. มีการใช้ยาเสพติดจนก่อให้เกิดความบกพร่องหรือผลกระทบอย่างน้อย ๒ ข้อ โดยเกิดขึ้นภายในช่วง ๑๒ เดือน

๒. มีการใช้เสพยาในปริมาณที่มากกว่า หรือใช้ระยะเวลาที่มากกว่าที่ตั้งใจไว้

๓. มีความตั้งใจอย่างมากหรือพยายามที่จะลดหรือหยุดใช้ยาเสพติด แต่ทำไม่สำเร็จ

๔. ในวันที่ใช้ยาเสพติดนั้น ต้องใช้เวลามากในการเสาะหายาเสพติดในการเสพ หรือฟื้นจากฤทธิ์ของยาเสพติด มีความอยาก (craving) หรือความต้องการอย่างรุนแรงที่ต้องการใช้

๕. ผลจากการใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ทำให้เกิดความล้มเหลวของกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเรียน

๖. ยังคงมีการใช้อยู่ ถึงแม้มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง

๗. จากการใช้ยาเสพติดทำให้เกิดกิจกรรมด้านสังคมที่สำคัญ การทำงาน การพักผ่อน ลดน้อยลง

๘. มีการใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย

๙. ยังคงมีการใช้ยาเสพติดอยู่ถึงแม้จะรู้ว่าการใช้ยาเสพติดนั้นก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

๑๐. ภาวะติดยา มีความต้องการใช้ยาเสพติดปริมาณเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิมเมื่อใช้ปริมาณเท่าเดิมฤทธิ์ที่ได้จากยาเสพติดลดลง

๑๑. ภาวะถอนยา มีอาการถอนยา ต้องใช้ยาหรือสารเสพติดเพื่อให้ตัวเองหายจากอาการ ถอนยา หรือเพื่อให้รู้สึกดีขึ้น

สาเหตุของการติดยาเสพติด

การติดยาเสพติดมีสาเหตุที่ซับซ้อนประกอบด้วยหลายประการ โดยสามารถแบ่งได้ถึงสาเหตุการติดยาว่ามาจากปัจจัย ๓ ประการด้วยกัน โดยทุกปัจจัยต่างมีความเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน ดังนี้

๑. ปัจจัยด้านตัวยาเสพติด ยาเสพติดแต่ละชนิดมีการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน การใช้ยาเสพติดเป็นเวลานานๆ ร่างกายจะเกิดความเคยชินต่อยา และการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายจะอยู่ภายใต้อิทธิพล

ของสารดังกล่าว เมื่อร่างกายขาดยาหรือสารเสพติดดังกล่าว จะเกิดอาการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน มีอาการผิดปกติกับร่างกายที่เราเรียกว่า อาการขาดยา ความรุนแรงของอาการ อาจมีมากจนทนไม่ไหวจนต้องพยายามหายาหรือสารเสพติดมาเสพ เพื่อระงับอาการต่างๆให้ร่างกายสามารถ ทำงานได้ในระบบเดิม

๒. ปัจจัยด้านบุคคลหรือผู้ป่วย มีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องและส่งเสริมให้ติดยาเสพติดสำคัญ ๒ ประการ คือ

๒.๑ สภาพร่างกาย พบว่า สาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยติดยาเสพติด เนื่องจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย และใช้ยาบำบัดรักษา เช่น การใช้ฝิ่นเป็นยาระงับความเจ็บปวดในพวกชาวเขา การที่แพทย์ใช้มอร์ฟินแก้ปวด ในผู้ป่วยเนื้องอก มะเร็ง กระดูกหักหรือหลังผ่าตัด นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ชีวรถบรรทุกที่ต้องการทำงานให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มรายได้ นักศึกษาที่ต้องการอ่านหนังสือ ได้นาน โดยไม่่วงก็อาจใช้ยาบ้าช่วยให้ร่างกายไม่อ่อนเพลีย มีกำลังในการทำกิจกรรมต่างๆได้มากขึ้น รวมถึงการที่สมองถูกกระตุ้น ทำให้เกิดความกังวล อารมณ์หงุดหงิด นอนไม่หลับ ถ้าเป็นรุนแรงอาจชักได้ นอกจากนี้อาจมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ข้อต่างๆตามร่างกาย ผู้เสพยาจะทรมาณจากอาการทางร่างกายและกลับไปเสพยาซ้ำ (กรมพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ๒๕๖๐)

๒.๒ สภาพทางจิตใจและบุคลิกภาพ บุคคลที่มีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดจะมีบุคลิกภาพอ่อนแอในทุกด้าน เช่น อารมณ์ และสติปัญญา ร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ ผู้ที่มีอารมณ์วู่วาม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย บางกลุ่มใช้ยาบ้าเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง ผู้ติดยาเสพติดเป็นบุคคลที่มีความแปรปรวนของอารมณ์รุนแรง มีภาวะของการพึ่งพาสูง ร่วมกับมีลักษณะของความสามารถในการควบคุมความต้องการของตนเองต่ำ มีความอดทนต่อความคับข้องใจและความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองต่ำซึ่งเป็นความรู้สึกที่ฝังแน่นในระยะพัฒนาการระยะปาก (oral stage) ตรงกับวัยทารก ๐-๑ ปี เป็นระยะที่บุคคลแสวงหาความพึงพอใจโดยการผ่านทางปาก ดังนั้นการใช้สารเสพติดจึงเป็นการพยายามแสวงหาความพึงพอใจของผู้ใช้ซ้ำแล้วซ้ำอีกเพื่อแก้ไขความขัดแย้งในใจที่มีอยู่ในตนเอง สารเสพติด เข้ามาช่วยเก็บกดความรู้สึกที่ไม่ต้องการเป็นการหลีกเลี่ยงความจริง (อำไพวรรณ, ๒๕๔๓) ส่วนบุคลิกภาพมักจะมีพฤติกรรมทำอะไรไม่ยั้งคิด เมื่อมีปัญหาจะแก้ปัญหาแบบง่ายๆ ไม่ใช่เหตุผล ทำตามอารมณ์ และมักจะมองตนเองในแง่ลบ ขาดวุฒิภาวะ มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial) และแบบก้ำกึ่ง (borderline) แสดงการตอบโต้ในลักษณะที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อน ทั้งตนเองและสังคม นอกจากนี้กลุ่มบุคคลบางลักษณะ เช่น บุคคลที่ไม่มั่นใจในตนเองหรือมีความภูมิใจในตนเองต่ำ บุคคลที่มีความอดทนต่อความขัดแย้งต่ำ บุคคลที่ไม่ยืดหยุ่น และบุคคลที่หลงตนเอง เป็นบุคคลที่เชื่อว่าเมื่อมีความไม่สบายใจมักแยกตัวชอบอยู่ตามลำพัง มีปัญหาไม่กล้าบอกใครแก้ปัญหาโดยใช้ยาเสพติด นอกจากนี้กลุ่มคนที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ เช่น ต่อต้านสังคม ก้าวร้าว ชอบพึ่งพาผู้อื่น แยกตัวเองหรือซึมเศร้า คนที่มีความกังวลใจ หวาดกลัว หรือป่วยเป็นโรคประสาทหรือโรคจิตมีอาการนอนไม่หลับ มักใช้ยาเสพติดระงับความรู้สึกจึงทำให้ติดได้ อีกทั้งเมื่อใดที่ยาเสพติดนั้นหมดฤทธิ์ลงสภาพชีวิตจริงที่เกิดขึ้นจะไม่มีความสุขสมหวังก็จะหวนกลับมาปรากฏให้เห็นอีกครั้ง และทำให้เกิดความทุกข์ และจะต้องหันกลับมาเสพยาอีกครั้ง เพื่อจะได้ไม่ต้องตกอยู่ในโลกแห่งความจริงของสังคมอาจกล่าวได้ว่า หากผู้นั้นมีจิตใจที่แข็งแกร่งก็หายจากยาได้ง่าย หากผู้นั้นมีจิตใจที่ไม่แข็งแกร่งก็หายจากยาได้ยาก และอาจแตกต่างกันไปติดยาอย่างง่ายบ้างยากบ้างซึ่งเป็นเรื่องของบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล (กรมพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ๒๕๖๐)

๓. สิ่งแวดล้อม มีผลต่อการผลักดันให้ไปติดยาเสพติดได้ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว การขาดความอบอุ่นในบ้าน สภาพครอบครัวแตกแยก พ่อแม่ไม่เข้าใจกัน เด็กขาดความอบอุ่น หรืออบรมเลี้ยงดูถูกไม่ถูกต้อง หรือมีคนในครอบครัวติดสารเสพติดยังส่งผลต่อการติดทางใจได้มากขึ้น (อัญชลี จุมพฏจามีกร, ๒๐๑๔) ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาชีวิต สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม นอกจากจะส่งเสริมให้ติดยาเสพติดได้แล้ว ยังเป็นสิ่งที่

เสริมให้กลับไปใช้ยาเสพติดอีกเพราะสภาพแวดล้อมเดิมๆ จะกดดันให้กลับไปใช้ยาเสพติด ความอยากรู้อยากลอง เพื่อนชวน ค่านิยมในกลุ่มเพื่อน การมีปัญหาคบครว้ รวมทั้งการมียาเสพติดจำหน่าย การเข้าถึงและหาซื้อได้ง่ายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด นอกจากนี้การเลียนแบบ (social learning) เด็กเรียนรู้จากการเอาอย่าง การเลียนแบบพฤติกรรม ซึ่งได้จากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน พบว่าเด็กวัยรุ่นที่ติดยาเสพติดมักมาจากครอบครัวที่พ่อแม่ใช้ยาเสพติดหรือเกี่ยวข้องกับยาเสพติด กลุ่มเพื่อนของเด็กและวัยรุ่นเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการกระตุ้นให้เกิดการติดยาเสพติด การเรียนรู้ทางสังคมอาจเกิดจากการถูกชักจูงหรือกระตุ้นให้ทดลองใช้ยาเสพติด ประกอบกับความอยากรู้อยากเห็น หรือมีความทุกซ์และต้องการจะหนีความทุกซ์นั้น เมื่อมีผู้นำเสนอและใช้ยาเสพติด ประกอบกับยาเสพติดส่วนมากทำให้ผู้เสพมีความสุข อารมณ์แจ่มใส รู้สึกไร้กังวล มีพลังกำลังมากขึ้น มีความมั่นใจมากขึ้นและกระตุ้นอารมณ์ ทางเพศได้ดี ซึ่งส่วนมากเป็นฤทธิ์ของยาเสพติดในช่วงแรกและในปริมาณที่พอเหมาะจึงทำให้ผู้เสพพอใจ อันเป็นแรงเสริมให้บุคคลกลับมาใช้ยาเสพติดที่ตนพอใจ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญความเครียด ความเบื่อหน่ายหรือความไม่สบายใจต่าง ๆ จากการเรียนรู้เช่นนี้เป็นการส่งเสริมให้บุคคลติดยาเสพติดได้ง่าย (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. , ๒๕๔๓) จึงใช้ไปเรื่อยๆ และเพิ่มขนาดยาขึ้นเรื่อยๆ จนเกิดการติดยาเสพติด

จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหวนกลับมาติดยาเสพติดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะบรรยากาศในครอบครัวก่อนการบำบัดในลักษณะทำอะไรก็ได้โดยไม่มีกฎเกณฑ์ ก่อนเสพยาบ้าได้รับการสั่งสอนแบบดุด่าและทำโทษ มีความสัมพันธ์กับบิดามารดาโดยทะเลาะกันบางครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีเพื่อนติดยาเสพติดและยังคงคบกันอยู่ เพื่อนเป็นผู้ชักชวนให้เสพยา ยานที่פקอาศัยหาซื้อยาบ้าได้ง่าย สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการหวนกลับไปเสพยาคือเพื่อนอาศัยอยู่ในแหล่งที่มีการเสพยาและขายยาบ้า มีปัญหาความคับข้องใจในครอบครัว (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย, ๒๕๕๒) ในปัจจุบันพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดสิ่งที่น่ากังวลคือการใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิด โดยมีการนำตัวยาเสพติดและกลุ่มยารักษาโรคมาร่วมกันโดยเฉพาะสี่คูณร้อย ปัจจุบันการใช้พีชกระท่อมได้เปลี่ยนแปลงไปจากรูปแบบเดิม จากเคี้ยวใบกระท่อมมาสู่การแปรรูปเป็นสารเสพติดชนิดใหม่เรียกว่า ๔X๑๐๐ (สี่คูณร้อย) โดยการนำน้ำต้ม ใบกระท่อมไปผสมกับสารตัวอื่น เช่น ยาแก้ไอเครื่องตีม้าไค้ก ยาแก้ลมประสาทประเภทอัลปราโซแลม (alprazolam) เป็นต้น ซึ่งผู้ใช้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชนที่รวมกลุ่มกันใช้เพื่อความสนุกสนาน ยาเสพติดชนิดนี้มีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้นเนื่องจากการผลิตที่ไม่ยุ่งยากราคาไม่แพง หาซื้อง่าย (สุวิหวาด้า บุหลาด, ๒๕๕๘) อีกทั้งปัจจัยทางสังคม เช่น สภาพครอบครัวแตกแยก พ่อแม่ไม่เข้าใจกัน เด็กขาดความอบอุ่น หรืออบรมเลี้ยงดูถูก ไม่ถูกต้อง หรือมีคนในครอบครัวติดยาเสพติดยังส่งผลต่อการติดทางใจได้มากขึ้น(บทความจากคณะแพทยโรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยอัญชลี จุมพฏจามีกร) แรงกดดันจากครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ตัวที่สุดและส่งผลการการใช้ยาเสพติดเป็นอย่างมาก (กรมพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ๒๕๖๐) ดังนี้

๑. ความแตกร้าง ไม่เป็นสุขในครอบครัว เป็นสาเหตุที่สำคัญอันหนึ่งที่ทำให้เด็กมีความวุ่นวายใจ
๒. ผู้ปกครองมีฐานะดี แต่ไม่มีเวลาไม่เอาใจใส่บุตรหลาน อาจทำให้เด็กเกเร และใช้เงินมากและฟุ้งเฟ้อเกินวัย คบเพื่อนและเที่ยวเตร่ไปกับเพื่อนต่างเพศ
๓. ปัญหาเศรษฐกิจ ในปัจจุบันที่ผู้ปกครองส่วนมาก ต้องทำงานหนักไม่มีเวลาอบรมสั่งสอนเด็ก
๔. บิดา - มารดาและผู้ปกครอง ขาดความรู้ที่เป็นธรรมชาติของจิตใจรวมทั้งความประพฤติกของเด็กรตามวัยทำให้ไม่สามารถแนะแนวทางให้เด็กได้เผชิญชีวิตได้อย่างถูกต้อง
๕. ผู้ปกครอง อยู่ไกลกับเด็กไม่สามารถที่จะตักเตือนเด็กได้

๖. ผู้ปกครอง ส่งเสริมไปในทางที่ผิด เช่น เมื่อเด็กมีคดียุติกันหรือประพฤติดูไม่ดี ผู้ปกครองบางรายจะให้ทำยาและหาทางช่วยเหลือเด็กให้พ้นโทษ ทำให้เด็กไม่สำนึกถึงความผิด

๗. สภาพบ้านแตกสาแหรกขาด ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับบิดาเลี้ยง หรือมารดาเลี้ยงได้ หรือผู้ปกครองไม่ปรองดองกัน

๘. บิดา - มารดาไม่ให้ความร่วมมือกับโรงเรียนในการอบรมสั่งสอนเด็ก

๙. ครอบครัวติดอบายมุขต่างๆ เช่น การพนัน ต้มจืดเด็กเกิดความเคยชินกับสิ่งอบายมุข

ดังนั้น ความสัมพันธ์ในครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่สนับสนุนหรือขัดขวางความประพฤติที่ดีงามของบุคคลในครอบครัว เพราะถ้าชีวิตในครอบครัวราบรื่นไม่ทะเลาะเบาะแว้งกันมีความเข้าใจกันรู้จักการให้อภัยและร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาต่างๆ เป็นแบบอย่างดีของผู้ที่เป็นพ่อเป็นแม่แล้วนอกจากจะเป็นการสร้างความสุขให้แก่ผู้ที่เป็นหัวหน้าครอบครัวในทางตรงแล้วสิ่งที่ได้ผลทางอ้อมก็คือการที่บิดา-มารดาให้ความเอาใจใส่ดูแลให้ความรักแก่บุตรก็จะทำให้เยาวชนเหล่านี้เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการกระทำของตนเองเพราะมีแบบอย่างที่ดีงามจากบิดา-มารดาและอีกประการหนึ่งที่สำคัญคือการที่เยาวชนมีปัญหามิใช่ปัญหาในทางจิตใจที่จะต้องคิดในเรื่องที่บิดา-มารดาแยกกันอยู่ หรือบิดา-มารดาไปมีสามีหรือภรรยาใหม่ถึงแม้ว่าเยาวชนเหล่านี้จะประพฤติผิดไปบ้าง เพราะความรู้เท่าไม่ถึงการณ์เพราะอยากทดลอง หรือเพราะได้รับการแนะนำชักชวนจากผู้อื่นก็ตาม ถ้าชีวิตของเยาวชนเหล่านี้ตั้งอยู่บนรากฐานของความรักความเข้าใจและการให้อภัยการพยายามหาทางที่จะแก้ไขช่วยเหลือจากบิดา-มารดาและคนในครอบครัวแล้วก็เชื่อได้ว่า “พลังของความรัก” เหล่านี้จะเป็นแรงผลักดันให้เยาวชนที่หลงผิดได้กลับตนเป็นคนดีได้เป็นที่พึงปรารถนาของครอบครัวและสังคมในที่สุด (กรมพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ๒๕๖๐)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการติดยาเสพติด

การควบคุมตนเอง (Self-control Theory) ของ Gottfredson and Hirschi

เพื่ออธิบายความแตกต่างของปัจเจกชนในเรื่องคุณสมบัติส่วนบุคคลที่สามารถระงับหรือควบคุมตนเองไม่ให้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ซึ่งในที่นี้หมายความว่าความรวมถึงอาชญากรรมทุกประเภทและทุกสภาวะแวดล้อม โดยบุคคลที่มีการควบคุมตนเองสูงจะมีแนวโน้มที่จะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับอาชญากรรมหรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและกระทำผิดค่อนข้างต่ำตลอดเวลา ในขณะที่บุคคลที่มีการควบคุมตนเองต่ำจะมีแนวโน้มที่จะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับอาชญากรรมหรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและกระทำผิดสูงมาก ดังนั้น การควบคุมตนเองจึงเป็นเครื่องยับยั้งสามารถป้องกันไม่ให้บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องกับอาชญากรรมหรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจนนำไปสู่การกระทำผิด (จิริทธีพล ภูวไชยจิรภัทร, และประพนธ์ สหพัฒนา, ๒๕๖๑) การควบคุมตนเองต่ำ (Low Self-control) เกิดจากการไม่มีประสิทธิภาพของกระบวนการขัดเกลาทางสังคม (Ineffective or Incomplete Socialization) ซึ่งพ่อแม่เป็นกุญแจสำคัญในการสร้างการควบคุมตนเองให้กับเด็กและเยาวชน (Gottfredson and Hirschi, ๑๙๙๐) โดยพ่อแม่ที่มีความผูกพันและมีการอบรมสั่งสอนลูกอย่างใกล้ชิดจะสร้างให้เด็กมีการควบคุมตนเองได้เป็นอย่างดี ในทางตรงกันข้ามถ้าถูกเลี้ยงดูโดยไม่เอาใจใส่เด็กจะมีแนวโน้มเป็นบุคคลที่ไม่มีความคิดไตร่ตรองและไม่คำนึงถึงบุคคลอื่นที่มีลักษณะชอบความเสี่ยงและมีความคิดอ่านไม่กว้างไกล ซึ่งถือว่าเป็นลักษณะของบุคคลที่มีการควบคุมตนเองต่ำ (Gottfredson and Hirschi, ๑๙๙๐) นอกจากนี้ปัจจัยจากชุมชนหรือสังคมที่รวมถึงโรงเรียนและสถาบันทางสังคมอื่นๆ ยังมีอิทธิพลต่อการควบคุมตนเอง แต่สถาบันครอบครัวจะมีส่วนสำคัญที่สุดในการสร้างการควบคุมตนเอง และหลังจากที่บุคคลได้มีการสร้างการควบคุมตนเองแล้วเป็นการยากที่การควบคุมตนเองนั้นจะสูญหายไป (จิริทธีพล ภูวไชยจิรภัทร, และประพนธ์ สหพัฒนา, ๒๕๖๑)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Theory)

ฟรอยด์ (Freud, ๑๙๗๓ อ้างถึงใน ไพทอร์ย์ สลินลาร์ตัน, ๒๕๔๓) ได้ให้ความสำคัญต่อกระบวนการทำงานของจิตใจอันเกิดขึ้นจากแรงขับภายในของมนุษย์เพื่อตอบสนองต่อสัญชาติในการดำรงชีวิตอยู่ของตนเอง แรงขับดังกล่าวเป็นส่วนของพัฒนาการทางบุคลิกภาพที่เกิดขึ้นจากการสั่งสมจากการเลี้ยงดูประสบการณ์ของแต่ละบุคคลโดยเฉพาะการเลี้ยงดูตั้งแต่วัยเด็ก ที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาทางบุคลิกภาพบนแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับแรงขับภายในของมนุษย์ ฟรอยด์ อธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ว่าเกิดจากแรงขับที่เป็นผลมาจากการทำงานร่วมกันของสภาวะจิต ๓ ส่วนประกอบด้วย

id เป็นสภาวะจิตที่ติดตัวมนุษย์ตั้งแต่เกิด จึงหมายรวมถึงสัญชาติญาณด้วย มักเกี่ยวกับการตอบสนองความปรารถนาทางกาย เป็นพลังให้ได้มาซึ่งความพอใจ โดยไม่คำนึงถึงเหตุผลและความเป็นจริงหรือความถูกต้อง id จึงมีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าพลังแสวงหาความสุข (Pressure Seeking)

ego เป็นสภาวะจิตแห่งการรู้และเข้าใจ การรับรู้ข้อเท็จจริง การใช้เหตุผล การดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมาย การแสวงหาวิธีการเพื่อตอบสนองพลัง id เช่น เมื่อหิว (id) พลัง ego ก็จะใช้เหตุผลตรรกะตรงว่าจะบำบัดความหิวโดยวิธีใด ตามสภาพแวดล้อม เช่น ไปสำรวจตู้เย็นทำอาหารเอง ไปรับประทานอาหารนอกบ้าน ฯลฯ จึงมีชื่อเรียก ego จึงมีชื่อเรียกอีกอย่างว่าพลัง “รู้ความจริง” (Reality Principle)

superego เป็นสภาวะจิตที่เกิดจากการเรียนรู้ เช่นเดียวกับ ego แต่แตกต่างจาก ego คือเป็นส่วนที่เกี่ยวกับคุณค่าที่เป็นสภาพในอุดมคติต่าง ๆ เช่น ความถูกต้อง - ผิด มโนธรรม ความยุติธรรม ฯลฯ superego จึงไม่ทำงานตอบสนอง id แต่จะหักห้ามความรุนแรงของพลัง id โดยเฉพาะพลังจากสัญชาติญาณแรงขับทางเพศและความก้าวร้าว (มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๕๕) พฤติกรรมและบุคลิกภาพของคนจะเป็นเช่นไรนั้น ขึ้นอยู่กับการทำงานของทั้ง ๓ ส่วน ว่ามีความสอดคล้องและสามารถทำงานร่วมกันได้หรือไม่สภาวะจิตใดมีอิทธิพลเหนือตัวอื่นย่อมเป็นตัวชี้ลักษณะของคนนั้น เช่น ถ้าพลังของ id มีอำนาจสูง บุคลิกภาพของคนผู้นั้นจะเป็นแบบเด็กไม่รู้จักโตเอาแต่ใจตนเอง ถ้า ego มีอำนาจสูง คนนั้นจะเป็นคนมีเหตุผล เป็นนักปฏิบัติถ้า superego มีอำนาจสูงก็เป็นนักอุดมคตินักทฤษฎี

ครอบครัวจะเป็นส่วนสำคัญที่สุด ที่จะช่วยในการพัฒนาความสัมพันธ์การทำงานของ ทั้ง ๓ ส่วนให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมครอบครัวที่มีสภาพจิตดีให้การเลี้ยงดูเอาใจใส่อย่างเหมาะสมย่อมสามารถช่วยให้สมาชิกในครอบครัวพัฒนาความสมดุลแห่งชีวิตได้ดีในทางตรงข้ามครอบครัวที่มีสุขภาพจิตไม่ดีเลี้ยงดูแบบห่างเหินไม่เอาใจใส่อย่างใกล้ชิดย่อมส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถไปสู่ความสมดุลได้ ตัวอย่างเช่น เด็กที่ถูกกักกันมากเกินไปไม่ได้รับความพึงพอใจตอบสนอง id ในวัยเด็ก จะเป็นผลร้ายต่อพัฒนาการบุคลิกภาพที่สมดุลในภายหลังเช่น เป็นคนอ่อนไหวง่ายต่อคำสรรเสริญ นินทา เป็นต้น (มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๕๕)

ในทัศนะของ ฟรอยด์ ภาวะจิต อีกเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานของแรงขับภายในตัวมนุษย์ที่ออกมาเป็นพฤติกรรมและบุคลิกภาพ ก็คือ ภาวะจิตสำนึกและจิตใต้สำนึกภาวะจิตทั้งสองเปรียบเทียบว่าจิตใญ่มนุษย์มีสภาพคล้ายภูเขาน้ำแข็งที่ลอยอยู่ในมหาสมุทรภาวะจิตสำนึก คือ ภาวะจิตระดับที่มีความสำนึกควบคุมอยู่ คือ ส่วนของน้ำแข็งที่อยู่เหนือผิวน้ำ ในขณะที่ภาวะจิตระดับใต้สำนึกเสมือนส่วนที่อยู่ใต้ผิวน้ำ ซึ่งปริมาณมากกว่าแต่ไม่ปรากฏแก่สายตาโลก คือ จิตใจอันเป็นภาคสะสมประสบการณ์ในอดีตมากมาย ถูกปิดอัดเก็บกดหรือคอยเพื่อให้สมปรารถนา เพื่อให้ได้จังหวะเหมาะสำหรับการตอบสนองสิ่งเร้า อันยังไม่ได้ทำหรือทำไม่ได้ในภาวะปกติ (เช่น กฎหมายห้าม ประเพณีไม่ยอมรับว่าถูก สังคมไม่นิยม ฯลฯ)

ฟรอยด์ อธิบายว่าจิตระดับใต้สำนึกนี้มีกลไกทางจิตหลายประเภทด้วยกัน เช่น แรงจูงใจ อารมณ์ที่ถูกเก็บกด ความรู้สึกนึกคิด ความฝัน ความทรงจำ ฯลฯ พลังจิตใต้สำนึกมีอิทธิพลเหนือจิตสำนึก

เป็นผลึกสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขม มีฤทธิ์ทำให้สุขสบาย (euphoric) ไม่เมื่อยล้า และไม่ง่วง จึงมีผู้นำไปใช้ในทางที่ผิด เช่น คนขับรถทางไกล ทำให้มีอาการตื่นตัวหายง่วงนอน มีความกลัว มีสมาธิและขยันขันแข็งในการทำงานมากขึ้น เมื่อเสพยาผู้เสพจะรู้สึกสดชื่น ตื่นตัว ไม่เมื่อยล้า และไม่ง่วง กระปรี้กระเปร่า สบายใจ ชีพจรเร็ว พุดคุดแก่ง รู้สึกพอใจในการใช้ยา เมื่อยาหมดฤทธิ์ จึงพอใจที่จะเสพยาใหม่ ทำให้เกิดการเสพติด การแพร่ระบาดของยาบ้า เป็นไปอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่น (จงชัย อุ่นเอกลาภ, ๒๕๔๖) นอกจากนี้ยาบ้ายังทำให้หลอดเลือดตีบเล็กลง หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น มือสั่น ใจสั่น ม่านตาขยาย เบื่ออาหาร จึงมีผู้นำไปใช้ลดความอ้วน หากเสพยามากเกินไปจะมีอาการนอนไม่หลับ ใจสั่น ตกใจง่าย ประสาทตึงเครียด ปวดท้องท้องเดิน มีอาการชักหรือหมดสติ และถึงแก่กรรมเนื่องจากหลอดเลือดในสมองแตกได้ ฤทธิ์ยาจะกระตุ้นสมองส่วนที่ควบคุมความก้าวร้าว เมื่อเสพยาไปนานๆจะทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไปผู้เสพยาจะเป็นคนก้าวร้าวขึ้น หากใช้ไปนาน ๆ มีโอกาสจะเป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวง เกรงว่า จะมีคนมาทำร้ายตนเอง จึงทำร้ายผู้อื่นก่อน (วิโรจน์ วีระชัยและคณะ, ๒๕๔๔) ฤทธิ์ยาจะกระตุ้นสมองส่วนที่ควบคุมความก้าวร้าว เมื่อเสพยาไปนานๆ จะทำให้พฤติกรรม เปลี่ยนไปผู้เสพยาจะเป็นคนก้าวร้าวขึ้น หากใช้ไปนานๆ มีโอกาสจะเป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวง เกรงว่า จะมีคนมาทำร้ายตนเองจึงทำร้ายผู้อื่นก่อน (วิโรจน์ วีระชัยและคณะ, ๒๕๔๔)

เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine; MA) หรือที่เรียกกันทั่วไปว่ายาบ้าเป็นอนุพันธ์หนึ่งของแอมเฟตามีน ซึ่งมีน้ำหนักโมเลกุลเท่ากับ ๑๔๙.๒๓ กรัม/โมล และจุดหลอมเหลวอยู่ในช่วง ๑๗๐-๑๗๕ องศาเซลเซียส เมทแอมเฟตามีนจัดอยู่ใน กลุ่มยาเสพติดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ประสาท ส่วนกลางและส่วนปลาย มีผลทำให้มีอาการตื่นตัว ไม่ง่วงนอน ความคิดและอารมณ์แจ่มใส ทำงานได้มาก เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร มือสั่น คลื่นไส้ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น เหงื่อออกมาก อารมณ์ฉุนเฉียว ผู้ที่ติดและต้องการยา จะมีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง ง่วงนอน วิงเวียน อ่อนเพลียมาก ซึมเศร้า ความคิดสับสน หวาดระแวง ประสาทหลอน โดยคิดว่า จะมีคนมาทำร้ายต้องหนีไปอยู่ในที่สูง ๆ ถ้าใช้ยาเกินขนาด จะมีอาการใจสั่น ความดันโลหิตสูง หายใจไม่ออก มือสั่น หมดสติหัวใจวายซึ่งจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๑ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษพ.ศ. ๒๕๒๒ มีลักษณะเป็นยาเม็ดกลมแบนขนาดเล็ก เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ ๖-๘ มิลลิเมตร ความหนาประมาณ ๓ มิลลิเมตร น้ำหนักเม็ดยาประมาณ ๘๐-๑๐๐ มิลลิกรัมมีสีต่างๆกัน เช่น สีส้ม สีน้ำตาล สีม่วง สีชมพูสีเทา สีเหลืองและสีเขียว มีสัญลักษณ์ที่ปรากฏบนเม็ดยา เช่น M, PG, WY สัญลักษณ์รูปดาว, รูปพระจันทร์เสี้ยว, ๙๙ หรืออาจเป็นลักษณะของเส้นแบ่งครึ่งเม็ด ซึ่งสัญลักษณ์เหล่านี้อาจปรากฏบนเม็ดยา ด้านหนึ่งหรือทั้งสองด้าน หรืออาจเป็นเม็ดเรียบทั้งสองด้านก็ได้

วิธีการเสพยาบ้า

๑. การกิน เป็นวิธีการเสพยาที่นิยมใช้กันทั่วไป มีการออกฤทธิ์ภายใน ๑๕-๖๐ นาทีที่จะออกฤทธิ์สูงสุดภายใน ๒-๓ ชั่วโมง และหลังจากนั้นฤทธิ์ของตัวยาคจะลดลงอย่างรวดเร็ว แอมเฟตามีนมีกลไกในการจับตัวยาคึ่งหนึ่งอย่างทันทีทันใด ส่งผลให้มีการออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วและสูงสุด อีกครึ่งหนึ่งของตัวยาคจะจับภายในเวลา ๔ ชั่วโมงต่อมา

๒. การสูดดมไอเป็นวิธีการเสพยาที่นิยมรองลงมาจากการกิน เป็นการสูดดมไอระเหยทางรูจมูกโดยตัวยาคจะซึมผ่านทางเนื้อเยื่อโพรงจมูก มีการออกฤทธิ์ทันทีทันใดและรุนแรงปรากฏให้เห็นผลภายใน ๑ นาทีและการออกฤทธิ์จะส่งผลในระยะเวลาดสั้นๆ โดยมีอาการเมายา เรียกว่า “แห่ง”

๓. การฉีดเข้าหลอดเลือด ส่วนใหญ่นิยมใช้สำหรับทำการทดลองในสัตว์ มีการออกฤทธิ์อย่างทันทีทันใดต่อผู้เสพ โดยวิธีการฉีดเข้าหลอดเลือดหรือใต้ผิวหนังซึ่งสามารถเข้าสู่ระบบการไหลเวียนเลือด ออกฤทธิ์ทันทีในระยะสั้น และรุนแรงที่สุด

๔. Rectal ซึ่งโดยปกติทั่วไปไม่นิยมเสพกันมีรายงานในผู้ที่เคยเสพ พบว่าการออกฤทธิ์เร็วกว่า การกิน แต่ช้ากว่าวิธีการสูดดมไอหรือการฉีด ยาบ้า เป็นชื่อที่ใช้เรียกยาเสพติดที่มีส่วนผสมของสารเคมีประเภทแอมเฟตามีน (Amphetamine) สารประเภทนี้แพร่ระบาดอยู่ ๓ รูปแบบด้วยกัน คือ แอมเฟตามีน ซัลเฟต (Amphetamine Sulfate) เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) และเมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์ (Methamphetamine Hydrochloride) ซึ่งจากผลการตรวจพิสูจน์ยาบ้าปัจจุบันที่พบอยู่ในประเทศไทยมักพบว่า เกือบทั้งหมดมีเมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์ผสมอยู่ ยาบ้า จัดอยู่ในกลุ่มยาเสพติดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท มีลักษณะเป็นยาเม็ดกลมแบนขนาดเล็ก เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๖-๘ มิลลิเมตร ความหนาประมาณ ๓ มิลลิเมตร น้ำหนักเม็ดยาประมาณ ๘๐-๑๐๐ มิลลิกรัม มีสีต่างๆ กัน เช่น สีส้ม สีน้ำตาล สีม่วง สีชมพู สีเทา สีเหลืองและสีเขียว มีสัญลักษณ์ที่ปรากฏบนเม็ดยา เช่น พ, M, PG, WY สัญลักษณ์รูปดาว รูปพระจันทร์เสี้ยว, ๙๙ หรืออาจเป็นลักษณะของเส้นแบ่งครึ่งเม็ด ซึ่งสัญลักษณ์เหล่านี้ อาจปรากฏบนเม็ดยา ด้านหนึ่งหรือทั้งสองด้าน หรืออาจเป็นเม็ดเรียบทั้งสองด้านก็ได้

การดูดซึม การกระจาย การเปลี่ยนแปลงและการขับถ่าย

ยาบ้าถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร การใช้ยาบ้าจึงใช้ได้ทั้งวิธีกินและ ฉีด ยาบ้าจะออกฤทธิ์ภายใน ๓๐ นาทีถึง ๑ ชั่วโมง หลังจากรับประทานเข้าไป ยาบ้าที่พบแพร่ระบาดในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นยาบ้าซึ่งดูดซึมได้ดีทั้งวิธีสูดและกิน หลังจากถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตจะไปออกฤทธิ์ที่สมอง มีบางส่วนจะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ แต่ส่วนใหญ่จะถูกขับออกจากร่างกายในรูปเดิม ความเป็นกรด - ด่างของปัสสาวะมีผลต่อการขับถ่าย ยาบ้าออกจากร่างกายมาก ถ้าปัสสาวะเป็นด่าง ยาบ้าจะอยู่ในสภาพแตกตัวและถูกดูดซึมน้อย การขับถ่าย จึงเป็นไปอย่างช้า ๆ การออกฤทธิ์จะเป็นไปได้นานขึ้น ในขณะที่ถ้าปัสสาวะเป็นกรด ยาบ้าจะอยู่ในสภาพแตกตัวได้มาก ถูกดูดซึมน้อย การขับถ่ายออกจากร่างกายจึงเร็วขึ้น ค่ากึ่งชีวิตของยาบ้า จึงผันแปรได้มาก ระหว่าง ๒-๖ ชั่วโมงไปจนกระทั่งถึง ๘-๑๒ ชั่วโมง

เภสัชฤทธิ์วิทยาของยาบ้า (Amphetamines)

ยาบ้า (Amphetamines) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ได้เร็ว peak action ประมาณ ๑-๓ ชั่วโมง ยานี้สามารถกระจายได้ดีโดยเฉพาะในระบบประสาท ยาส่วนใหญ่จะถูกกำจัดออกทางไต ยาที่มีคุณสมบัติเป็นด่าง ดังนั้น pH ในปัสสาวะมีอิทธิพลในการแตกตัวของยา ในปัสสาวะที่เป็นด่างยาจะแตกตัวน้อย และถูกดูดซึมน้อยในร่างกายน้อย ในทางตรงกันข้าม ถ้าปัสสาวะเป็นกรดยาจะแตกตัวมาก และถูกขับออกจากร่างกายมาก ในสภาวะที่เป็นด่าง ยาจะถูกกำจัดออกทางปัสสาวะประมาณ ๓๐% half-life ของยาในร่างกายเท่ากับ ๒๔ ชั่วโมงและถ้าปัสสาวะเป็นกรด ยาจะออกมาถึง ๗๐% และ half-life จะลดเหลือเพียง ๑๐ ชั่วโมงเท่านั้น Amphetamines ปัจจุบันมีหลายรูปแบบและการใช้ เช่น ยาเม็ด ผงสำหรับฉีด และที่กำลังนิยมในอเมริกา คือ ice ที่เป็นสารบริสุทธิ์จาก methamphetamine ใช้สูดดมหรือฉีดเข้าเส้นเลือดมีผลกระตุ้นต่อจิตใจและร่างกายได้นานหลายชั่วโมง เมื่อเปรียบเทียบกับ cocaine ที่มีฤทธิ์สั้นกว่าและราคาแพง ๒,๓,๗ ระยะเวลากการออกฤทธิ์ของยา มีความแตกต่างกันตามรูปแบบการบริหารยา คือ วิธีการสูดควัน หรือไอระเหยจะออกฤทธิ์ทันที วิธีสูดดมยาเข้าโพรงจมูกจะออกฤทธิ์ภายใน ๓ - ๕ วินาที วิธีฉีดเข้าหลอดเลือดดำจะออกฤทธิ์ภายใน ๑๕ - ๓๐ วินาที วิธีรับประทานจะออกฤทธิ์ภายใน ๓๐ นาที โดยสามารถออกฤทธิ์ได้อย่างยาวนาน ๘ - ๒๔ ชั่วโมง

ดังนั้นการเสพซ้ำหลาย ๆ ครั้งใน ๑ วัน จะส่งผลให้ปริมาณ methamphetamine ในเลือดสูงขึ้นอาการประสาทหลอนและคลุ้มคลั่งจึงมักปรากฏให้เห็นในหมู่ผู้เสพที่เสพซ้ำวันละหลายครั้งเป็นส่วนใหญ่ทางเภสัชวิทยากล่าวถึงผลกระทบต่อเคมีทางระบบประสาท (basic neurochemical) สรีรวิทยา (physiologic) และพฤติกรรม (behavioral) ของการเกิดจากการใช้ amphetamines ดังนี้

๑. Central effects Amphetamines เป็น indirect catecholamine agonists มีผลต่อการ reuptake catecholamine กับการทำลายโดยเอนไซม์ monoamine oxidase มีข้อมูลที่น่าสนใจ คือ การใช้ reserpine ที่ลดการสะสม catecholamines ใน synaptic vesicles ไม่มีผลกระทบต่อ amphetamine แต่เมื่อใช้ alpha-methyltyramine มีหน้าที่ยับยั้งกระบวนการสร้าง catecholamine พบว่ามีผลยับยั้งผลกระตุ้นสมองจาก amphetamine และการใช้ amphetamines ปริมาณสูงทำให้เกิดการปล่อย 5-hydroxytryptamine และมีผลกระทบโดยตรงต่อ serotonergic receptors นอกจากนี้พบว่า amphetamines บางชนิดเช่น methylenedioxymethamphetamine (MDMA) เมื่อเข้าไปในเซลล์ประสาทของ serotonin มีผลทำให้เกิดการปล่อย serotonin ปริมาณมากและทันทีทันใด และมีผลยับยั้งเอนไซม์ในการสร้าง serotonin อีกด้วย

๒. Peripheral effects amphetamines มีผลกระตุ้นต่อ alpha และ beta-receptors ดังนี้

๒.๑ Cardiovascular

- เพิ่มความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic
- หัวใจเต้นช้า พบได้เมื่อใช้ amphetamine ปริมาณน้อย
- หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติจังหวะ พบได้ไม่บ่อย แต่จะพบในพวกที่ใช้ปริมาณ

มาก

๒.๒ Thermal regulation ผลทำให้เกิด peripheral hyperthermia โดยผ่านการกระตุ้นของ sympathoadrenal system

๒.๓ Gastrointestinal

- ทำให้ท้องผูก จากการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง
- Gastric emptying ช้า ทำให้มีผลต่อการดูดซึมของยาอื่น ๆ

๓. Behavioral effects

๓.๑ การเคลื่อนไหว (Locomotion) Locomotor activity ถูกกระตุ้นที่ nucleus accumbens ผ่าน dopaminergic system แต่บางรายงานพบว่าที่ neostriatum ก็มีผลกระตุ้นด้วย แต่น้อยกว่า nucleus accumbens

๓.๒ พฤติกรรมทำซ้ำ ๆ (Stereotypies) การใช้ amphetamine ปริมาณสูงมีผลกระตุ้นด้วยเช่นกันเช่น ปิด-เปิดวิทยุ หรือแกะประกอบอุปกรณ์เครื่องใช้ หน้าที่ผู้ป่วยก็ทราบว่ากระทำดังกล่าวนี้ไม่มี ความหมายหรือไม่มีประโยชน์ แต่ก็ไม่สามารถหยุดพฤติกรรมเหล่านี้ได้ ไม่เช่นนั้นจะยิ่งเกิดอาการ กระสับกระส่ายหงุดหงิดและวิตกกังวลมากขึ้นในผู้ป่วยที่เสพเรื้อรังในขนาดสูง ผู้ป่วยมักแยกตัว ไม่สนใจคนอื่น และเริ่มมีพฤติกรรมประหลาด (bizarre behaviors)

๓.๓ Aggression การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเกี่ยวข้องกับปริมาณการใช้ สิ่งแวดล้อม และบุคคล ส่วนใหญ่เป็นผลจาก amphetamine intoxication และบางครั้งจากอาการหวาดระแวง (paranoid delusion) ของบุคคลที่เป็น amphetamine psychosis

๓.๔ Anorexia จากการที่ amphetamine มีผลต่อการลดความอยากอาหาร จึงถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคอ้วน กลไกน่าจะเกิดจากการทำงานผ่าน dopaminergic neurotransmission

- เพราะเมื่อให้ alpha-methyl-p-tyrosine จะลดผลของ amphetamine ในหนู ทำให้ peripheral sympathomimetic blockers ไม่มีผลต่อ amphetamine ในการลดความอยากอาหาร
- ให้ dopamine antagonist เช่น haloperidol จะลดผลของ amphetamine
- ถ้ามีความผิดปกติหรือสูญเสียส่วนของ dopaminergic system ทำให้ผลของ amphetamine ลดลง

๔. อื่น ๆ ขณะใช้ amphetamines มีผลต่อการนอนหลับ คือ ช่วงเวลา REM sleep จะสั้นลง แต่ถ้าหยุดการใช้ amphetamines จะกระตุ้นทำให้เกิด rebound REM sleep

ผลการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

๑. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง แอมเฟตามีนออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ลดความง่วงซึม ทำให้นอนไม่หลับ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ให้ครึกครื้น รื่นเริง เป็นสุข ไม่เหนื่อย ขนาดสูงเกิดอาการมึนงงและอาจเกิดภาวะตื่นกลัว (panic) และสภาวะโรคจิตได้

๒. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เร่งอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้เกิดอาการใจสั่น และจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ปวดศีรษะ

๓. ผลต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้อัตราการหายใจเร็วขึ้นและจังหวะการหายใจไม่ปกติ

๔. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว

๕. อื่น ๆ มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ อาจไร้สมรรถภาพชั่วคราว เพิ่มการหลั่งของปัสสาวะ การใช้ยาพวกแอมเฟตามีนเป็นประจำติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายได้มาก แอมเฟตามีนทำให้รู้สึกไม่หิว ทำให้ผู้ใช้ขาดอาหาร ขาดวิตามิน การกระตุ้นประสาททำให้นอนไม่หลับ จะทำให้ร่างกายไม่ได้พักผ่อน สุขภาพจึงทรุดโทรมลงซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ง่าย (วิโรจน์ วีระชัยและคณะ, ๒๕๔๘; สมภพ เรื่องตระกูล, ๒๕๔๖)

อาการสำคัญทางคลินิก

ลักษณะอาการทางจิตจากแอมเฟตามีนมักจะเริ่มจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ร่วมกับความรู้สึกสงสัยไม่แน่ใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว และพยายามแสวงหาคำตอบที่สงสัย หลังจากนั้นเมื่ออาการมากขึ้น ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกจากค้นหาคำตอบจากสิ่งแวดล้อม (watching the world) กลายเป็น ผู้ถูกสังเกตจากภายนอก (being watched) พฤติกรรมเหล่านี้เริ่มจากเป็นพัก ๆ จนเป็นเกือบตลอด เวลา ผู้ป่วยจะมีความเชื่อที่สะสมความสงสัยมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงมีอาการหลงผิดชัดเจนและหูแว่ว (auditory hallucination) และพบภาพหลอน (visual hallucination) ร่วมด้วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตเต็มที่ในระยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง มีอาการหลงผิด หวาดระแวงอย่าง มาก ยิ่งในผู้ป่วยที่เสพออย่างหนักจนหมดเรี่ยวแรง (exhausted) ผู้ป่วยจะถูกเร้าจากสิ่งกระตุ้นภายนอกได้ง่าย และสับสน (Confusion) ทำให้เกิดภาวะ panic , ก้าวร้าว หรือทำร้ายผู้อื่นได้ อาการที่พบบ่อยก่อนจะมีอาการทางจิตชัดเจนอีกอาการหนึ่ง คือ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ เช่น ปิดเปิดวิทยุหรือแกะประกอบอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยก็ทราบว่าการกระทำนั้น ไม่มีความหมาย หรือไม่มีประโยชน์แต่ก็ไม่สามารถหยุดพฤติกรรมเหล่านี้ได้ ไม่เช่นนั้นจะยิ่งเกิดอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิดและวิตกกังวลมากขึ้น ในผู้ป่วยที่เสพอเร็วจริงในขนาดสูงผู้ป่วยมักจะแยกตัว ไม่สนใจคนอื่น และเริ่มมีพฤติกรรมประหลาด (Bizarre behaviors)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้แบ่งอาการทางจิตจากสารกระตุ้นประสาทตาม DSM-IV เป็น Amphetamine intoxication with perceptual disturbance และ Amphetamine induced psychotic disorder with either delusions or hallucinations (ขึ้นอยู่กับว่าอาการหลงผิดหรืออาการหูแว่ว อาการใดเป็นอาการเด่น) ซึ่งภาวะแรกคือ Amphetamine intoxication with perceptual disturbance นั้นผู้ป่วยยังรู้ตัวดีอยู่ว่าอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดขึ้นจริง ส่วนภาวะหลังนั้นผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนและหลงผิดอย่างชัดเจน และจำกัดระยะเวลาที่เริ่มเกิดอาการอยู่ในช่วง ๑ เดือน หลังจากมี toxicity หรือ withdrawal จากสาร พบว่า ผู้ป่วยที่อาการทางจิตจากสารกระตุ้นประสาทจะพบอาการหวาดระแวง (paranoid delusion) ประมาณ ๘๐ เปอร์เซ็นต์ อาการประสาทหลอนประมาณ ๖๐-๗๐ เปอร์เซ็นต์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาการหลงผิดชัดเจนและหูแว่ว (auditory hallucination) ส่วนอาการ tactile hallucination เช่น เหมือนมีแมลงไต่ตามตัว พบได้ ๑๒ เปอร์เซ็นต์ Olfactory hallucination พบได้น้อยกว่า ๑๐ เปอร์เซ็นต์ และผู้ป่วยมีอาการสับสนพบได้ประมาณ ๗ เปอร์เซ็นต์ ส่วนภาวะตื่นเต้นกระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ (Hyperactivity and excitement) พบได้ค่อนข้างบ่อย ผู้ป่วยมักจะมีระดับความรู้สึกตัวปกติความจำปกติ และมักจะจำเหตุการณ์ในช่วงที่เกิดอาการทางจิตได้ดีมีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่อาการสับสนอย่างรุนแรง มีพฤติกรรม ก้าวร้าว อาละวาดทำร้ายผู้อื่น บางรายงานพบว่า ผู้ป่วยที่เสพเป็นเวลานานอาการทางจิตไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่เพิ่งเสพ แต่บางรายงานพบว่า ผู้ที่เพิ่งเสพในขนาดสูงมักจะมีอาการหลงผิดและประสาทหลอนที่รุนแรงและไม่ต่อเนื่องเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เสพเป็นเวลานานอาการหลงผิด จะเป็นแบบเป็นเรื่องราว ดูสมจริงมากกว่า (systematic delusion)

อาการที่เกิดจากการเสพยาบ้า (Amphetamine)

๑. อาการเฉียบพลัน เป็นอาการพิษที่เกิดจากการเสพเมทแอมเฟตามีนอย่างเฉียบพลันทำให้มีอาการอยู่ไม่นิ่ง (restlessness) หงุดหงิด (Irritability) มือเท้าสั่น (tremor) สับสน (confusion) พุดมากวิตก และอารมณ์แปรปรวน (lability of mood) และอาการที่เกิดกับระบบประสาทส่วนปลายคือ ปวดศีรษะ หนาวสั่น อาเจียน ปากแห้ง เป็นต้น

๒. อาการเรื้อรัง เกิดจากการใช้ยาเสพติด ติดต่อกันเป็นเวลานาน กรณีใช้ยาขนาดไม่มาก จะมีผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่สามารถควบคุมได้จะทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายได้มาก โดยจะทำให้ไม่รู้สึกริว ทำให้ขาดอาหาร ขาดวิตามิน การกระตุ้นประสาททำให้ร่างกายนอนไม่หลับ จะทำให้ร่างกายไม่ได้พักผ่อน สุขภาพจึงทรุดโทรม ซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ง่าย การใช้ยาเป็นประจำทำให้เกิดการติดยาซึ่งต้องเพิ่มขนาดของยาที่ใช้ขึ้นเรื่อย ๆ ถ้าใช้ไปนาน ๆ ทำให้เกิดการติดเข้าทั้งทางจิตและทางกาย การติดยาทางจิตเกี่ยวกับความคิด อารมณ์และสมรรถภาพต้องการยาอยู่เรื่อย ๆ เมื่อหยุดใช้ยาทันทีจะมีอาการขาดยาเกิดขึ้น อาการขาดยาที่เกิดขึ้นในผู้ที่ใช้ยาในขนาดสูง ได้แก่ อ่อนเพลีย ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานถดถอย นอนหลับคล้ายคนหมดสติเกิดโรคจิตชนิดหวาดระแวง (Paranoid delusions) ประสาทหลอนทางจิต หูแว่วและกระวนกระวาย หิวอาหารอย่างรุนแรง ในระยะ ๓-๔ วัน หลังจากหยุดยาจะเกิดอาการสะท้อนกลับของอารมณ์ (rebound phenomena) จากอารมณ์ตื่นตัว ร่าเริง เป็นอารมณ์ซึมเศร้า จนอาจถึงคลุ้มคลั่ง ทำร้ายผู้อื่นหรือฆ่าตัวตายได้ อาการถอนยา (Withdrawal symptoms) มักเกิดกับ ผู้ที่เสพยาบ้า (Amphetamine) ในขนาดที่สูงเป็นเวลานาน จะทำให้หลับนาน (hypersomnia) มีอาการซึมเศร้า โดยอาการจะรุนแรงสุดในช่วง ๔๘-๗๒ ชั่วโมงหลังหยุดยาและคงอยู่ได้นานเป็นเดือน บางรายอาจถึงขั้นทำร้ายตัวเอง หรือฆ่าตัวตาย

๓. พิษจากการได้รับยาเกินขนาด จะเกิดการกระตุ้นอะดรีเนอร์จิก ทำให้ม่านตาขยาย หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงและมักพบอาการทางจิตร่วมด้วยเช่น หวาดระแวง วิตกเพื่อคลัง หากใช้ยาในขนาดที่สูง จะทำให้ชักกระตุก หลอดเลือดหัวใจตีบ

ผลของยาบ้า (Amphetamine) ต่อร่างกายและจิตใจ

เนื่องจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปริมาณของยาบ้าที่ใช้ วิถีเสพ ความถี่ บ่อย ของการใช้ยา ระยะเวลาที่ใช้ยา รวมทั้งร่างกายของผู้ป่วยเอง ในการรักษาก็มีความจำเป็นต้องรักษาให้เหมาะสมตามลักษณะอาการของผู้ป่วย จึงขอแบ่งผลของยาบ้าออกเป็น ๓ ลักษณะ ดังนี้

๑. พิษ ผลอย่างเฉียบพลันและภาวะพิษเฉียบพลันจากยาบ้า (Toxic Acute Effect and Acute Methamphetamine-intoxivation)
๒. ผลในระยะยาว ภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบร่วมกับการเสพยาบ้า (Chronic Effect Chronic Methamphetamine use disorder)
๓. การเสพติดและการบำบัดรักษาการติดยาบ้า (Methamphetamine dependence and treatment)

พิษเฉียบพลัน (ภาควิชาการสารเสพติด, ๒๕๕๙)

๑. พิษของยาบ้า (Toxic of Methamphetamine) เมทแอมเฟตามีน เป็นสารที่เป็นพิษต่อระบบประสาท (Nuerotoxic effect) ออกฤทธิ์นาน ๘ - ๑๒ ชั่วโมง การเสพหลาย ๆ ครั้งใน ๑ วัน ทำให้ระดับสารสูงอยู่ในกระแสเลือดนาน ซึ่งทำให้มีอันตรายต่อสมอง ผู้ที่ใช้วันละ ๒๐ - ๓๐ มิลลิกรัม จะมีอาการตื่นตื้นง่าย พุดมาก มีการเคลื่อนไหวมาก มือสั่น เหงื่อออกมาก รู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และม่านตาขยาย เมื่อหมดฤทธิ์จะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่ร่าเริง และมีอารมณ์เศร้า ผู้ที่เสพขนาดสูงวันละ ๑๐๐ - ๒๐๐ มิลลิกรัม อาจเกิดอาการโรคจิต (Acute psychosis) ชนิด Amphetamine psychosis ซึ่งมีอาการเหมือนโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง

๒. ผลของยาบ้าต่อร่างกายอย่างเฉียบพลัน (Acute Effect of Methamphetamine) เมทแอมเฟตามีนจะมีผลต่อร่างกายและจิตใจมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีการหลั่ง Catecholamine โดยเฉพาะ Norepinephrine ตำแหน่งที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่อยู่บริเวณ Cerebral cortex และ Reticular activating system มีฤทธิ์กระตุ้นทั้ง α และ β Receptors โดยตรงเป็นผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น และม่านตาขยาย บางรายอาจมีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการผิดปกติของเส้นเลือดในสมอง อาจมีอาการชักจนถึง Coma ได้ มีการหลั่ง Dopamine บริเวณ Limbic reward system เมื่อใช้แอมเฟตามีนขนาดต่ำ ๆ จะทำให้มีการเพิ่ม activity ของ locomotor ซึ่งเป็นผลจากระบบ mesolimbic dopaminergic system ผู้ที่ได้รับแอมเฟตามีนจะเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อ เพิ่มการตื่นตัว ความลดความรู้สึกเมื่อยล้า ลดความอยากอาหาร ไม่ง่วงนอน และมีอาการเมาเคลิ้ม

๓. ผลต่อพฤติกรรมความก้าวร้าว ผลต่อความก้าวร้าวมีความซับซ้อนผู้ที่เสพแอมเฟตามีนมักจะมี ความก้าวร้าวชนิดระเบิดทันทีในช่วงสั้น ๆ ความก้าวร้าวนี้ดูเหมือนจะสัมพันธ์กับขนาดปริมาณที่เสพ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นอาจมากจนถึงขั้นเป็นฆาตกรเนื่องอาการประสาทหลอน และหวาดระแวง และบางรายอาจฆ่าคนในครอบครัว การเบื่ออาหาร แอมเฟตามีน จัดเป็นสารที่ทำให้เบื่ออาหารชนิดแรง โดยออกฤทธิ์ผ่านทาง Dopamine บริเวณ Lateral hypothalamus ส่วน Fenfluramine ดูเหมือนจะออกฤทธิ์ทางกลไกของ Serotonin

๔.ภาวะเฉียบพลันจากยาบ้า (Acute Methamphetamine intoxication) ภาวะนี้เกิดจากการใช้ยาบ้าเกินขนาด ทั้งในกลุ่มที่เสพในลักษณะที่ใช้ในทางที่ผิด และกลุ่มที่เสพติดอยู่แล้วจะเสพเพิ่มจนเกินขนาด บางรายอาจรับประทานโดยไม่รู้ตัว เนื่องจากมีผู้อื่นผสมในน้ำดื่มหรืออาหารเพื่อจุดประสงค์ต่าง ๆ กัน อาจพบการเสพเกินขนาดเป็นการประชดครอครบถ้วนในบางรายที่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ชัดเจน เนื่องจากไม่ได้มีประวัติหรือประวัติไม่ชัดเจน อยู่ในสถานที่ที่ไม่สามารถพิสูจน์หาเมทแอมเฟตามีนได้ จำเป็นต้องมีการวินิจฉัยแยกโรคไว้ด้วยเพื่อให้การรักษาได้อย่างเหมาะสม โรคหรือภาวะที่อาจจะมีอาการและอาการแสดงได้คล้ายกับภาวะเฉียบพลันจากยาบ้าคือภาวะไทรอยด์เป็นพิษ Phechromocytoma บาดเจ็บทางศีรษะ หรืออาการทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ภาวะอารมณ์แปรปรวนแบบ Mania อาการที่พบบ่อยเป็นอาการทางสมอง มีสับสน (Delusion) และหวาดระแวง (Paranoid) ประสาทหลอนและคิดฆ่าตัวตาย บางรายอาจมีอาการชัก กล้ามเนื้อเป่ลี่ย มีอาการเจ็บหน้าอก จนถึงหัวใจเต้นผิดจังหวะ

การบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (Amphetamine)

ในผู้ป่วยยาและสารเสพติด เมื่อหยุดยาจะมีทั้งอาการขาดยา (Withdrawal symptoms) และอาการอยากยา (Craving symptoms) อาการขาดยา (Withdrawal symptoms) หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหยุดสารเสพติด เช่น ผู้ป่วยติดสารตระกูลฝิ่น เมื่อขาดยาจะมีอาการที่มักเรียกว่าลงแดง คือมีอาการท้องเสีย เหงื่อแตก หาว มีน้ำมูก ปวดกระดูก นอนไม่หลับหรือหลับมาก อ่อนเพลีย (วิโรจน์ วีระชัย, ๒๕๔๘; สมภพ เรื่องตระกูล, ๒๕๔๖) เป็นต้น ส่วนในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า เมื่อหยุดเสพอาการขาดยาจะมีมากขึ้น แตกต่างกันไป แต่ส่วนใหญ่อาการทางร่างกายไม่รุนแรงนัก เช่น มีอาการอยู่ไม่เป็นสุข หงุดหงิด กระวนกระวาย อาการอยากยา (Craving symptoms) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากจะใช้สารเสพติด ซึ่งอาจเกิดขึ้นในช่วงใดของการหยุดยาก็ได้ โดยทั่วไปมักมีอาการอยากยามากในระยะแรก ๆ ของการหยุดยา แม้แต่ในขณะที่เพิ่งเสพยาไป ผู้ป่วยก็อาจมีอาการอยากยาเกิดขึ้น การบำบัดรักษาอาการขาดยาบ้า (Management of MA Withdrawal) มีหลักปฏิบัติในการบำบัดรักษาหลายประการ คือ

- การรักษาผู้เสพติดยาบ้า ควรจะให้หยุดยาทันที โดยไม่ต้องค่อยๆลดยา อาการขาดยาไม่เป็นอันตรายรุนแรง

- ถ้าเสพสารเสพติดอื่น ๆ ด้วย เช่น กัญชา สุรา ยานอนหลับ ต้องหยุดพร้อมกันหมดเนื่องจากเมื่อหยุดยาบ้า แม้จะไม่มีอาการรุนแรงที่เป็นอันตราย เช่นเดียวกับกาหยุดเหล้าหรือบาร์บิทูเรต แต่การให้ยารักษาอาการต่างๆ ระยะหยุดเสพก็ยังมีค่าสำคัญในบางราย อาจมีอาการอยากยา ทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดซ้ำอีก การรักษาจะต้องเน้นในแบบประคับประคอง โดยจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

๑. ทำให้ปัสสาวะเป็นกรด เพราะเมทแอมเฟตามีนจะถูกขับออกทางปัสสาวะและจะถูกขับออกได้ดีในภาวะปัสสาวะเป็นกรด โดยให้วิตามิน ซี ๑ กรัม ทุก ๖ ชั่วโมง ติดต่อกันเป็นเวลา ๕ วัน

๒. อาการรู้สึกไม่มีความสุข (Dysphoria) มักพบหลังหยุดเสพไม่นาน อาจพบรุนแรงในบางราย และอะอะอาละวาดได้ ผู้ป่วยมักมีการสับสน ชัดแย้งในจิตใจสูง และหวาดระแวง เครียด หงุดหงิด การดูแลผู้ป่วยอาจมีความจำเป็นต้องยึดผู้ป่วยไว้และทำให้สงบในที่ปลอดภัย ให้ Benzodiazepines เช่น Diazepam เพื่อควบคุม Agitation ถ้าผู้ป่วยยังกระสับกระส่าย และไม่หลับ อาจให้ Trazodone (Desyrel) ในรายที่มีอาการทางผิวหนัง ทั้งอาการคัน หรือการแพ้ อาจให้ Benadryl

๓. การหมดแรง หลับมาก หลังจากเสพหนัก (Crash) มักพบหลังยาบ้าหมดฤทธิ์ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่สนใจสิ่งรอบตัว จะเป็นอยู่นาน ๑๒-๔๖ ชั่วโมง อาจหลับอยู่เป็นวันๆ (Hypersomnolence) การดูแลผู้ป่วยควรระวัง ต้องให้น้ำและอาหารให้ผู้ป่วยตามสมควร แต่อย่าให้ยาที่

มีฤทธิ์ง่วงนอน การให้ยาทำให้ง่วง ทั้ง Benzodiazepines และ Antipsychotic Drugs ในระยะนี้ต้องระวังอย่างยิ่งเพราะอาจเกิดการหายใจได้ ผู้ป่วยที่หลับมากในช่วงนี้ การปลุกผู้ป่วยต้องดูให้เหมาะสม การปลุกผู้ป่วยบ่อยครั้งเกินไปก็อาจเป็นการรบกวน เพราะระยะนี้ถ้าผู้ป่วยหลับก็จะสงบได้ การปลุกผู้ป่วยบ่อยเกินไปจะทำให้หงุดหงิด จนถึงมีอาการอะอะหรืออาละวาดได้

๔. อาการซึมเศร้า (Depression) มักพบหลังหยุดเสพ ๓-๔ วัน ในรายที่มีอาการซึมเศร้าควรให้ยาต้านซึมเศร้า โดยเฉพาะกลุ่มที่ออกฤทธิ์ทั้ง Dopamine และ Serotonin หรือ กลุ่ม Selective serotonin receptor inhibitors (SSRI) ซึ่งจะช่วยเพิ่ม Serotonin ในสมอง ช่วยไม่ให้คิดฆ่าตัวตายได้

การบำบัดการเสพติดยาบ้า (Amphetamine Dependence Treatment) เดิมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดยา ให้ความสำคัญกับการรักษาอาการขาดยา โดยเรียกว่าการถอนพิษยา (Detoxification) โดยนับเป็นขั้นตอนสำคัญของการบำบัดรักษาการเสพติดยา เพราะเห็นว่า ผู้ป่วยหยุดเสพแล้วมีอาการทางกายมาก และต้องอาศัยแพทย์ในการสั่งใช้ยา รักษา แล้วไปเรียกการรักษาการติดยาจริงๆว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ปัจจุบันเป็นที่เข้าใจและยอมรับว่า การติดยาเป็นโรคของสมองที่มีพฤติกรรมผิดปกติ ดังนั้นการรักษาให้เลิกเสพติดยาจึงเป็นการฝึกควบคุมอารมณ์ ความคิด และพัฒนาพฤติกรรมให้เป็นปกติและมีความสมดุลในการดำเนินชีวิตต่อไปเราอาจแบ่งระยะหลังจากการหยุดยาจนเลิกได้ (Roadmap of Recovery) เป็น ๔ ระยะ ดังนี้

๑. ระยะขาดยา (Withdrawal Stage) ระยะนี้ใช้เวลาประมาณเป็นชั่วโมง จนถึง ๕-๑๐ วัน หลังจากหยุดยา ในตอนเริ่มต้นผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า รู้สึกไม่มีความสุข (Dysphoria) เครียด หงุดหงิด กระวนกระวายนอนไม่หลับ และมีอาการอยากยามาก บางรายก็อาละวาด ต่อมาความอยากยาถูกแทนที่ด้วยความเหนื่อยล้ามีอาการอ่อนเพลีย หดเหี่ยวแรง รู้สึกง่วงนอน หลับมากใน ๒๔ ชั่วโมง และบางรายยังหลับมากต่อไปอีก ๒-๓ วัน เมื่อตื่นขึ้นมาก็จะหิวมาก และอาการอยากยาจะค่อย ๆ ลดลงในบางรายเมื่อหมดฤทธิ์กระตุ้นของยาบ้า ผู้ป่วยบางรายกลับมีอาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression) จนถึงกับพยายามฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระยะนี้มักมีเพียงอาการเมื่อยล้า รู้สึกง่วงนอน หลับมาก แล้วตามด้วยการหิวมาก

๒. ระยะหยุดเสพช่วงแรก (Early Abstinence or Honeymoon Stage) ถัดจากระยะแรกจนถึง ๔๕ วัน ยังมีอาการเครียด อ่อนเพลียอยู่บ้าง การนอนหลับและอารมณ์ยังมีการแปรปรวนและจะค่อย ๆ กลับมาเข้าสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยหลายรายเกิดความเชื่อมั่นเกิน (Overconfidence) เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกเสพได้ง่ายดาย และเลิกได้แน่นอน ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาเรื่อง สมาธิและความจำ อารมณ์มีการแปรปรวน (Mood Swings) บางรายจะมีอาการซึมเศร้า และกระวนกระวายซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลา และขนาดของยาบ้าที่เสพ

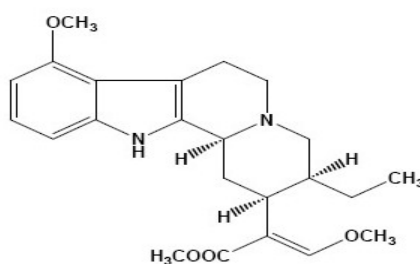
๓. ระยะผ่านอุปสรรค (Protracted Abstinence or The Wall Stage) ระยะเวลา ๔-๖ เดือน หลังจากหยุดยาบ้า ระยะนี้มีอาการเหมือนคนปกติ แต่บางรายมีการสูญเสียความจำ การเรียนรู้ (Cognitive) อาจมีอารมณ์แปรปรวน และยังมีอาการซึมเศร้าได้ (Emotion Swings) จะยังมีอาการอยากยา เป็นพักๆ หรือมีอาการอยากยาเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น เพื่อนพูดชักชวน เห็นผู้อื่นเสพยาจะมีอาการอยากยาที่รุนแรงได้ ดังนั้นจึงพบได้ว่าผู้ป่วยบางรายที่ เลิกได้เป็นเดือนๆ ก็ยังหวนกลับมาเสพใหม่ได้อีก

๔. ระยะปรับสู่ปกติ (Adjustment/Resolution Swings) เป็นระยะปรับตัวทางความคิด พฤติกรรม และสังคม ผู้ป่วยรู้สึกถึงความถูกต้อง เกิดความละอาย ยังขาดเป้าหมายของชีวิตอาจมีความเบื่อหน่ายและมีปัญหาในสถานะหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น การจัดสมดุลของชีวิต ในระยะนี้จึงมีความสำคัญที่จะทำให้การเลิกยายั่งยืนและไม่กลับไปติดซ้ำอีก (วิโรจน์ วีระชัย, ๒๕๔๘)

น้ำต้มพืชกระท่อม หรือ สี่คูณร้อย

พืชกระท่อมเป็นพืชวงศ์เดียวกับกาแฟ เป็นไม้ยืนต้นขนาดกลาง สูงประมาณ ๑๕-๓๐ เมตรเปลือกต้นสีเทา ลำต้นของกระท่อมมีลักษณะตรง แตกกิ่งก้านน้อย ลักษณะเป็นใบเดี่ยว เรียงเป็นคู่ตรงกันข้าม ใบเป็นรูปไข่ ปลายใบแหลม โคนใบป้านขอบใบเรียบ ผิวใบเรียบลื่น แผ่นใบบาง ด้านท้องใบมีเส้นใบเป็นสันเห็นได้ชัดเจน ยอดอ่อนเห็นหูใบรูปใบหอกอยู่ตรงกลางระหว่างกันใบอ่อนทั้งสองข้างจำนวน ๑ คู่ เส้นบริเวณท้องใบเป็นสัน เส้นใบเป็นสีแดง เรียก ชนิดก้านแดง และเส้นใบเป็นสีเขียวเรียก ชนิดก้านเขียว บางชนิดอาจมีปลายใบเป็นหยัก เรียก ชนิดหางกั้ง หรือ ยักษ์ใหญ่ สารสกัดจากพืชกระท่อมมีสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลางโดยพบว่ามัยตราจยนิน เป็นสารหลักที่พบมากในใบกระท่อม มีฤทธิ์ผ่านตัวรับออปิออยด์ (opioid receptor) ในสมองจึงมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับยาแก้ปวดกลุ่มออปิออยด์ (opioid analgesic) เช่น มอร์ฟีน และมีผลลดความอยากอาหาร ทำให้น้ำหนักลดลง (Kumarnsit, Keawpradub, and Nuankaew., ๒๐๐๖) การเสพพืชกระท่อมในขนาดต่ำ ๆ มีฤทธิ์กระตุ้นคล้ายไปโคคา และสามารถนำมาใช้ทดแทนการใช้ฝิ่นได้ โดยรูปแบบการเสพที่นิยมได้แก่ ชงน้ำต้ม เคี้ยวใบสด เป็นต้น การกินใบกระท่อมจะทำให้ทนต่อความร้อน อดทน และทำงานได้นานมากขึ้น แต่เมื่อเสพติดต่อกันเป็นระยะเวลาเวลานาน จะมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผิวดำเกรียม ท้องผูก เมื่อใช้ติดต่อกัน อาจทำให้เกิดการเสพติด และถ้าไม่ได้เสพ อาจมีอาการถอนยา (withdrawal) เช่น มีอาการก้าวร้าว น้ำตาไหล น้ำมูกไหล ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เป็นต้น สารไมตราจยนินที่เป็นสาระสำคัญที่เป็นองค์ประกอบหลักจากพืชกระท่อม มีการศึกษาพบว่ามีผลต่อความจำ (cognitive function) และหากได้รับในขนาดสูง ๕ - ๑๕มก.ต่อกก.ผ่านการฉีดเข้าช่องท้องของหนู เป็นเวลานาน ๒๘ วัน มีผลลดความสามารถในการจดจำและลดกิจกรรมการเคลื่อนไหวในการทดสอบ open field test เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม นอกจากนี้มีการศึกษาสารสกัดเมทานอล (ขนาด ๕๐ ๑๐๐ และ ๒๐๐ มก.ต่อกก.) และสารสกัดอัลคาลอยด์ (ขนาด ๕ ๑๐ และ ๒๐ มก.ต่อกก.) จากใบกระท่อมต่อกิจกรรมการเคลื่อนไหว พบว่าสารสกัดทั้งสองไม่ได้มีผลต่อกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญ แต่มีแนวโน้มลดลง (สุจิตรา ทองประดิษฐ์โชติ, ๒๕๔๙)

สารเสพติดที่พบในใบกระท่อม คือ ไมตราจยนิน (Mitragynine) เป็นสารจำพวกอัลคาลอยด์ ออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง (CNS depressant) เช่นเดียวกับยาเสพติดกลุ่มเดียวกัน เช่น psilocybin LSD และ ยาบ้า



Mitragynine

รูปที่ ๒ โครงสร้างทางเคมีใบกระท่อม

ที่มา : สุจิตรา ทองประดิษฐ์โชติ, ๒๕๔๙

<https://kratom.sci.psu.ac.th> > uploads

> ๒๐๒๑/๐๘ PDF

ใบกระท่อมมีรสขมฝื่อนเมา เคี้ยวใบสดหรืออบใบแห้งให้เป็นผง ละลายน้ำต้ม บางรายเติมเกลือด้วยเล็กน้อยเพื่อป้องกันท้องผูก ส่วนมากจะเคี้ยวเพียง ๒-๓ ใบ และดื่มน้ำอุ่นหรือกาแฟร้อนตาม ใช้วันละ ๓-๑๐ ครั้งต่อวันตามอาการเหนื่อย เมื่อใช้ไประยะหนึ่งปริมาณการใช้จะเพิ่มขึ้น (ประมาณร้อยละ ๓๗ ใช้วันละ ๒๑-๓๐ ใบ)

สรรพคุณทางยา ในสมัยโบราณกระท่อมเป็นพืชที่ใช่เข้าเป็นตัวยาในตำรับพวกประเภทยาแก้ท้องเสีย ในสูตรยาของหมอบ้านหรือหมอแผนโบราณ เช่น ตำรับยาประสะกระท่อม เป็นต้น ชาวบ้านในพื้นที่ภาคใต้ ใช้ใบกระท่อมในการรักษาอาการและโรคต่างๆหลายชนิด เช่น อาการไอ ท้องร่วง ปวดท้อง ปวดฟัน มักจะใช้ใบกระท่อมเป็นครั้งแรกเมื่อมีอาการ และยังใช้รักษาโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และใช้ทดแทนสารเสพติดชนิดอื่น แม้ใบกระท่อมให้ผลการออกฤทธิ์ที่อาจมีประโยชน์ทางยาได้ แต่ทำให้เสพติด และมีผลเสียต่อสุขภาพหากใช้ติดต่อกันนานๆ จากการศึกษาสารสำคัญในใบกระท่อม พบว่า มีอัลคาลอยด์หลายชนิด แต่ที่สำคัญคือ mitragynine จำนวนใบกระท่อม ๒๐ ใบ สกัดให้สาร mitragynine ประมาณ ๑๗ มิลลิกรัม สารนี้พบได้เฉพาะในพืชกระท่อมเท่านั้น จึงใช้เป็นสารพิสูจน์เอกลักษณ์พืชกระท่อมได้ มีรายงานผลการศึกษาวิจัยสารสกัดจากใบกระท่อมและ mitragynine ในสัตว์ทดลองพบฤทธิ์ที่สำคัญดังนี้

๑. ฤทธิ์ลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบ จึงมีฤทธิ์ทำให้เกิดการซาเฉพาที่ได้ และยังมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางคล้ายโคเคน

๒. ฤทธิ์ระงับปวดในลักษณะเดียวกับมอร์ฟินในฝิ่น โดยออกฤทธิ์ที่ mu-opioid receptor และ delta-opioid receptor และฤทธิ์ระงับปวดยังเกี่ยวข้องกับฤทธิ์กดการทำงานของ 5-HT_{2A} receptor จึงเป็นสารแก้ปวดที่แตกต่างจากมอร์ฟินฝิ่น

๓. ฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งของกรดในกระเพาะอาหารได้เช่นเดียวกับมอร์ฟิน โดยผ่านกลไกการออกฤทธิ์ที่ opioid receptors ทั้งนี้เชื่อว่า มีความเกี่ยวข้องกับอาการข้างเคียง เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้เสพใบกระท่อมไม่รู้สึกริว (ไม่อยากอาหาร) จึงทำงานได้นานขึ้น

๔. ฤทธิ์ลดการบีบตัวลำไส้ โดยออกฤทธิ์ที่ mu-opioid receptor และ delta-opioid receptor จึงแตกต่างจากสารกลุ่ม opioid อื่นๆ

๕. ฤทธิ์ในการลดไข้ โดยทดสอบเปรียบเทียบกับ aminopyrin
สรุปได้ว่า พืชกระท่อมมีสารอัลคาลอยด์ Mitragynine อยู่ในใบ มีฤทธิ์ระงับอาการปวด เช่นเดียวกับมอร์ฟิน โดยมีความแรงต่ำกว่ามอร์ฟินประมาณ ๑๐ เท่า และมีข้อดีกว่ามอร์ฟินอยู่หลายประการ ดังนี้

๑. กระท่อมไม่กดระบบทางเดินหายใจ
๒. ไม่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน
๓. พัฒนาการในการติดยาเกิดช้ากว่ามอร์ฟินหลายปี
๔. ไม่มีปัญหาเรื่องอาการอยากได้ยา (Craving) จึงไม่มีกรณีผู้ติดกระท่อม ก่อเหตุร้ายหรือพัวพันกับอาชญากรรมใดเลย
๕. อาการขาดยาไม่ทรมาณเท่ามอร์ฟินและสามารถบำบัดได้ง่ายกว่ายากล่อมประสาทระยะ ๒ – ๓ สัปดาห์ ขณะที่ผู้ติดมอร์ฟินอาจต้องพึ่ง Mitragynine ซึ่งเป็นสารเสพติดเช่นเดียวกัน เป็นเวลานาน ๓ เดือนขึ้นไป
๖. การควบคุมทางกฎหมายไม่มีสนธิสัญญาที่เป็นข้อตกลงระหว่างประเทศห้ามการปลูกเหมือนฝิ่น
๗. ใช้บำบัดอาการติดยาหรือมอร์ฟินได้

ผลจากการเสพ

พบว่าหลังเคี้ยวใบกระท่อมไปประมาณ ๕-๑๐ นาที จะมีอาการเป็นสุข กระปรี้กระเปร่า ไม่รู้สึกหิว (ไม่อยากอาหาร) กัดความรู้สึกเมื่อยล้าขณะทำงาน ทำให้สามารถทำงานได้นานและทนแดดมากขึ้น แต่จะเกิดอาการกลัวหนาวสั้นเวลาอากาศครึ้มฟ้าครึ้มฝน ผู้เสพจะมีผิวหนังแดงเพราะเลือดไปเลี้ยงผิวหนังมากขึ้น อาการข้างเคียง ได้แก่ ปากแห้ง ปัสสาวะบ่อย เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด ท้องผูก อุจจาระแข็งเป็นก้อนเล็กๆ นอนไม่หลับ ถ้าเสพใบกระท่อมในปริมาณมากๆ หรือในบางรายเสพเพียง ๓ ใบ ก็ทำให้เมาได้ อาการเมากระท่อมจะมีอาการ แขนขา อ่อนแรง เดินไม่ไหว หน้าแดงชาและตึง หูร้อน หูอื้อและชา ง่วง ซึม ลึนชา ตาตาย พร่ามัว มึนหัว ปวดหัว อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อยากอาเจียนแต่ไม่อาเจียน พะอืดพะอม บางรายมีอาการมาก เวียนศีรษะ อาเจียน มือสั่น ตัวสั่น แน่นหน้าอก ปวดปัสสาวะอุจจาระแต่ไม่ถ่าย ร้อนไปทั้งตัว เหงื่อออก อาการเหล่านี้มักจะหายไปเองภายใน ๕-๑๐ นาที ถ้ามีอาการมากต้องนอนพัก ส่วนใหญ่ผู้ใช้จะมีวิธีการรักษาอาการดังกล่าวด้วยตนเอง เช่น นิ่งหรือนอนพัก ทำงานให้เหงื่อออก หรืออาบน้ำเย็น กินน้ำเย็น กินผลไม้เปรี้ยว หรือกินอาหาร เป็นต้น (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และคณะ, ๒๕๕๘) ในรายที่เสพ ใบกระท่อมมากๆ หรือเป็นระยะเวลาานาน มักจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเม็ดสีขึ้นที่บริเวณผิวหนัง ทำให้ผู้ที่รับประทานมีผิวคล้ำและเข้มขึ้น โดยเฉพาะบริเวณโหนกแก้มมีสีคล้ำขึ้นคล้ายหน้าผู้ป่วยโรคตับ และยังพบอีกว่าเสพกระท่อมโดยไม่ได้รู้ตัวเอาก้านใบออกจากตัวใบก่อนอาจทำให้เกิดอาการที่เรียกว่า “ถุงท่อม” ในลำไส้ได้ เนื่องจากก้านใบและใบของกระท่อมไม่สามารถย่อยได้ จึงตกตะกอนติดค้างอยู่ภายในลำไส้ ทำให้ขับถ่ายออกมาไม่ได้เกิดพังผืดขึ้นมาหุ้มรัดอยู่โดยรอบก้อนกากกระท่อมนั้น ทำให้เกิดเป็นก้อนถุงขึ้นมาในลำไส้ และประมาณร้อยละ ๓๐ ของผู้ติดกระท่อม รายงานว่ามีความต้องการทางเพศลดลง และต้องใช้กระท่อมร่วมกับแอลกอฮอล์เพื่อกระตุ้นให้เกิดความต้องการทางเพศ บางรายจะมีอาการโรคจิตหวาดระแวง เห็นภาพหลอน คิดว่าคนจะมาทำร้ายและพูดไม่ค่อยรู้เรื่อง

ปัจจุบันการใช้พืชกระท่อมได้เปลี่ยนแปลงไปจากรูปแบบเดิมจากเคี้ยวใบกระท่อมมาสู่การแปรรูปเป็นสารเสพติดชนิดใหม่เรียกว่า ๔X๑๐๐ (สี่คูณร้อย) ใบกระท่อมมีปัญหาการแพร่ระบาดในกลุ่มวัยรุ่นและนักเรียน อาจเนื่องมาจากมีราคาถูกและทำให้เกิดอาการเคลิบเคลิ้มได้เช่นเดียวกับ สารเสพติดอื่น ใบกระท่อมได้ถูกนำมาเป็นสารตั้งต้นสำคัญของยาเสพติดชนิด “สี่คูณร้อย” ซึ่งเริ่มแพร่ระบาดมาตั้งแต่ปี ๒๕๔๗ กระทั่งปัจจุบัน โดยก่อนหน้านี้ในช่วงสงครามยาเสพติดที่มีการปราบปรามยาเสพติดอย่างจริงจังเกิดขึ้น ทำให้สงครามครั้งนั้น สารเสพติดหายากขึ้น ราคาแพงจากเดิมหลายเท่าตัว แต่ก็มีผู้เสพส่วนหนึ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพ สารเสพติดชนิดใหม่เข้ามาแทน เช่น ใบกระท่อมหรือการนำน้ำต้มใบกระท่อมมาผสมในสูตรใหม่ที่ชื่อ ๔x๑๐๐ (สี่คูณร้อย) (สาวิตรี อัจฉางค์กร และคณะ, ๒๕๕๒) นอกจากนี้ยังเป็นผลมาจากการควบคุมการจำหน่ายยาแก้ไอผสมโคเดอีน (codeine) ซึ่งวัยรุ่นในพื้นที่นิยมนำมาผสมโค้ก เสพตามร้านวิดีโอหรือร้านกาแฟ เพราะจิบไปจิบมาจะทำให้รู้สึกสนุกสนาน เมื่อหายากก็ไอสูตรที่มีโคเดอีน (codeine) ไม่ได้ ก็นำยาแก้ไอสูตรอื่นมาใช้ผสมกับ สารอื่นๆ เข้าไปแทน เรียกว่า “สี่คูณร้อย” ซึ่งถือเป็นสารเสพติดพื้นฐานก่อนที่จะก้าวไปสู่การเสพกัญชา เฮโรอีน และยาบ้า จากรายงานของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (๒๕๖๐) พบว่าการค้าและการแพร่ระบาดพืชกระท่อมในพื้นที่ ๗ จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่ ๔ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสงขลา ซึ่งวัยรุ่นในพื้นที่นิยมเสพเป็นแฟชั่นสังสรรค์ในกลุ่มเพื่อนตามร้านน้ำชา เพื่อให้รู้สึกสนุกสนานคึกคัก มึนเมา และจากสถิติการรายงานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่พบผู้ป่วยใช้ยาเสพติดชนิด ๔x๑๐๐ (สี่คูณร้อย) เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การไม่ประสบความสำเร็จในการบำบัดรักษา

ยาเสพติดชนิด ๔x๑๐๐ (สี่คูณร้อย) หมายถึง ยาเสพติดที่มีส่วนผสมของน้ำกระท่อมเป็นหลัก มีสูตรผสมในแต่ละพื้นที่ เช่น ผสมด้วยโค้ก ยาแก้ไอ ยาแก้ปวด หรือบางพื้นที่ใช้นมเปรี้ยว ซึ่งผู้ใช้ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชนที่รวมกลุ่มกันใช้เพื่อความสนุกสนานยาเสพติดชนิดนี้มีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้นเนื่องจากการผลิตที่ไม่ยุ่งยากราคาไม่แพง หาซื้อง่าย เมื่อเสพเข้าไปแล้วจะออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้เคลิบเคลิ้มไม่เป็นตัวของตนเองถูกชักจูงให้ทำในสิ่งต่างๆที่ไม่ดีได้ง่าย และหากเสพถึงขั้นติดยา ถ้าไม่ได้เสพอจะทรมานทรมายเช่นเดียวกับยาเสพติดสายพันธุ์อื่นๆ ฤทธิ์ของใบกระท่อม ยาแก้ไอและ ยาแก้ปวดจะทำลายอวัยวะภายในกลายเป็น“คนป่วย”(สาวตรี อัจฉนาศักดิ์และอาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, ๒๕๔๘) สาเหตุส่วนใหญ่ มาจากเพื่อน ได้แก่ เพื่อนชวนมากที่สุด รองลงมาอยากลอง เครียด และยาเสพติดที่เสพอูก่อนแล้วราคาแพงไม่มีเงินซื้อตลอดคล้องกับสาวตรี อัจฉนาศักดิ์ และคณะ, (๒๕๕๘). พบว่าสาเหตุที่ใช้เพราะอยากลอง เพื่อนแนะนำ จากการศึกษาของบุบผา บุญญาภรณ์ และคณะ (๒๕๕๙) พบว่า ทำให้มีความสุขตอนที่ติ่ม เมื่อเสพแล้วทำงานได้ดี ไม่เหมือนติ่มเหล้าและเบียร์ บรรยากาศในการติ่มสี่คูณร้อยได้พูดคุยรู้สึกสนุกสนาน สามารถหาได้ง่ายและราคาไม่แพง ด้านการผลิตและการจัดหาส่วนผสมและสูตรที่ผสม ๔x๑๐๐ (สี่คูณร้อย) จากการศึกษาของ สุไหวดี บุษลาด (๒๕๕๘) พบว่าในการผลิตยาเสพติดมีส่วนผสมหลักที่ใช้ คือ

๑. ใบกระท่อม การจัดหาเมื่อก่อนที่ ๔x๑๐๐ (สี่คูณร้อย) ยังไม่ได้รับความนิยมสามารถไปขอจากชาวบ้านที่เขาปลูกไว้กินเพื่อรักษาโรค แต่ในปัจจุบันใบกระท่อมหายากต้องสั่งซื้อมาจากหมู่บ้านอื่นต่างอำเภอ และบางครั้งต้องสั่งซื้อมาจากต่างจังหวัด เมื่อใบกระท่อมหายากใบกระท่อมจึงกลายเป็นธุรกิจที่ผิดกฎหมายมีการจำหน่ายตามร้านค้าในหมู่บ้าน

๒. ยาแก้ไอที่วัยรุ่นนิยมคือซื้อยาไดเฟนไฮดรามีน (Diphenhydramine) หรือเบนาดริล (Benadryl) มีการเรียกชื่อการค้าแตกต่างกัน การจัดหายาแก้ไอสามารถซื้อเองจากร้านค้า คลินิกในหมู่บ้านและร้านขายยาในตัวเมือง และโดยการสั่งซื้อทางโทรศัพท์จากเพื่อน และผู้จำหน่ายโดยตรงการจัดหาใบกระท่อมและยาแก้ไอจะทำโดยไม่เปิดเผย

๓. น้ำโค้กและน้ำแข็งหาซื้อจากร้านค้าในหมู่บ้านมีการซื้อขายอย่างเปิดเผย ขั้นตอนการผลิต ใช้ใบกระท่อม ๒๐-๕๐ ใบ น้ำใบกระท่อมมาล้างบิดให้เป็นท่อนหรือใช้ทั้งใบผสมน้ำ ๒-๔ ลิตร ตั้งไฟต้มให้ใบกระท่อมเปื่อยประมาณ ๓๐ นาที-๑ ชั่วโมง กรองเอากากออกทำให้เย็นจึงใส่ส่วนผสมโดยใช้ยาแก้ไอ (๖๐ cc) ครั้ง-๑ ขวด น้ำโค้ก (๑.๕ ลิตร) ครั้ง-๑ ขวด และสารอย่างอื่น เช่น ยาแก้แพ้ ยาแก้ปวดประสาท ยาจุดกันยุง หรือบิวรี่ ชามะนาวแบบซองชงดื่ม เป็นต้น การผลิตและการเสพอจะทำที่บ้านตนเอง บ้านเพื่อน กระท่อมในส่วนยาง/ทุ่งนา จะมีการเปลี่ยนสถานที่ผลิตและเสพอไปเรื่อยๆเพื่อหลีกเลี่ยงการจับกุมจากตำรวจ ทุกคนในกลุ่มมีส่วนร่วมในการจัดหาส่วนผสมและผลิต นิยมเสพกับเพื่อน ตั้งวงเป็นกลุ่มๆละ ๓-๑๐ คน ในขณะที่เสพบางรายมีการสูบบุหรี่ สูบใบจากยาเส้นไปด้วย มีการพูดคุยร้องเพลงกันอย่างสนุกสนาน กินกันจนหมดจึงแยกย้ายกัน

อาการของผู้ติดกระท่อม

มีลักษณะคล้ายกับแอมเฟตามีน คือ เบื่ออาหาร ทำงานได้มากเกินปกติ ตื่นเต้น เพราะประสาทถูกกระตุ้น แต่ยังไม่เคยมีรายงานผู้เสพติดใบกระท่อมก่อปัญหาอาชญากรรมหรืออุบัติเหตุ เหมือนที่ได้รับรายงานกรณีผู้เสพติดแอมเฟตามีน

อาการเมื่อหยุดเสพ

ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อและกระดูก แขนขากระดูก อ่อนเพลีย ไม่สามารถทำงานได้ อารมณ์ซึมเศร้า น้ำตาไหล น้ำมูกไหล ก้าวร้าวแต่เป็นมิตร (Hostility) นอนไม่หลับ ร่างกายมีอุณหภูมิสูงผิดปกติ ถ่ายอุจจาระเหลวมากปกติ เบื่ออาหาร อยากรักษาอาหารยาก อาเจียนคลื่นไส้ มีอาการไอมากขึ้น กระวนกระวายมากขึ้น

การรับรู้ถึงอาการและผลต่อร่างกาย

การรับรู้การเสพ ๔x๑๐๐ (สี่คูณร้อย) พบว่ารสชาติของน้ำต้มใบกระท่อม ๔x๑๐๐ (สี่คูณร้อย) ทำให้ผู้ดื่มมีความพึงพอใจ ส่วนใหญ่บอกว่ามีรสขมๆหวานๆ อร่อยและรู้สึกดีใจในรสชาติ การรับรู้ด้านอาการความรู้สึกพบว่า การรับรู้ด้านบวก ได้แก่ การดื่มในช่วงแรกรู้สึกมีพลัง เมา เคลิ้มๆ เหมือนลอย ทำให้สบายใจ สมองโล่งโปร่ง นอนหลับ รับประทานอาหารได้ กระปรี้กระเปร่า ขยันทำงาน ไม่เหนื่อย กินแล้วไม่ติด สุขภาพร่างกายปกติ ไม่นอนหลับ ประหยัดค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ยาเสพติดชนิดอื่น ทำให้หยุดยาเสพติดได้อย่างอื่นได้เช่น ยาบ้า กัญชา การรับรู้ด้านลบส่วนใหญ่จะพบในช่วงที่หยุดเสพ ได้แก่ ผลด้านร่างกาย มีอาการปวดเมื่อยตามตัว ตามกระดูก น้ำหนักลดลง ไม่มีแรงทำงาน นอนไม่หลับ หวานนอน ผลต่อความรู้สึกด้านจิตใจ รู้สึกอยากเสพ ฟุ้งซ่าน กระวนกระวายหงุดหงิด แต่บางรายรู้สึกไม่ประทับใจรสชาติและอาการ หลังจากดื่มรสชาติขม ไม่เมา และมีอาการเจ็บคอ

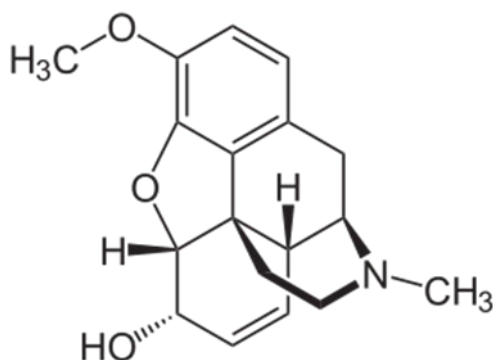
อาการเมาหรือภาวะเป็นพิษจากยาหรือสารเสพติดที่ใช้ (Intoxication) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมหรือจิตใจ ร่วมกับอาการและอาการแสดงทางร่างกาย (Symptoms and Signs) ที่เกิดขึ้นทันทีหลังจากใช้สารตัวใดตัวหนึ่งในปริมาณมากเกินระดับที่ทนได้ เช่น ในคนที่เพิ่งใช้สารตัวนั้นเพียงครั้งแรก หรือผู้ที่ใช้ในปริมาณที่มากกว่าที่เคยใช้มาก่อน อาการที่เกิดขึ้นจะเป็นฤทธิ์ของยา หรือสารหลักในสารชนิดนั้น อาการเมาใบกระท่อมมีลักษณะคล้ายคลึงกับอาการเมาหรือภาวะเป็นพิษจากสารหลายชนิด เช่น จากสาร Tetra Hydro Cannabinols (THC) ซึ่งเป็นสารออกฤทธิ์หลักในกัญชาเป็นต้น คือ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเกิดขึ้น ในลักษณะที่เป็นการแปรปรวนของระบบประสาทอัตโนมัติ กล้ามเนื้อการทรงตัว และระบบประสาทสัมผัส มักจะมีอาการตัวสั่น มือสั่น อุณหภูมิร่างกายลดลงเล็กน้อยทำให้รู้สึกตัวเย็น หนาว ความแข็งแรงและสมดุลของร่างกายลดลง จึงทำให้รู้สึกว้าวุ่น อ่อนแอ ยืนเดินไม่ไหว ระดับการประสานงานของกล้ามเนื้อลดลงจึงเดินเซ หรือทำของตกหล่นคลื่นไส้ ปวดหัวเวียนหัว และอาจมีความดันโลหิตลดลง หายใจเร็วขึ้น และหัวใจเต้นเร็วขึ้น อาการเหล่านี้ อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคของหัวใจและหลอดเลือดได้ เพราะไปเพิ่มการทำงานของหัวใจมากขึ้นอาจเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บได้ หากผู้เสพไปขับรถหรือใช้เครื่องจักรเครื่องยนต์ เมื่อมีอาการ เพราะการทำงานของระบบประสาทสัมผัส การประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อ และระบบประสาทควบคุมบกพร่อง

อาการถอนพิษกระท่อม เกิดขึ้นเมื่อหยุดใช้ใบกระท่อม คือ ความรู้สึกอยากใช้ใบกระท่อมอย่างรุนแรง ร่วมกับอาการ ๔ กลุ่มใหญ่ ๆ คือ มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามร่างกาย แขนขา หลัง เส้นสายตึง และกล้ามเนื้อกระดูก รู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่อยากทำงานหรือไม่ทำอะไรเลย หดหู่เศร้าหมองไม่แจ่มใส รู้สึกไม่สบายเหมือนกำลังเจ็บป่วย หนาวมาก น้ำตาไหลเหมือนง่วงนอน รู้สึกหิว หัวใจเต้นแรง ใจสั่นและรู้สึกเหมือนเป็นไข้ร้อน ๆ หนาว ๆ สั่น อาการด้านความรู้สึกวิตกกังวล คือ รู้สึกเครียด วิตกกังวล หงุดหงิดโมโหง่าย กระสับกระส่าย กระวนกระวาย ไม่สามารถจะผ่อนคลายได้ สามารถพบได้ในผู้ใช้ประจำมากกว่าในผู้ใช้เป็นครั้งคราว

ยาแก้ไอ

เป็นกลุ่มยาที่ใช้รักษาและระงับอาการไอ ซึ่งเป็นอาการที่ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความระคายเคืองภายในระบบทางเดินหายใจ ยาแก้ไอแบ่งตามการรักษา ได้แก่ กลุ่มยารักษาอาการไอแบบแห้งๆ ซึ่งเกิดจากการที่ร่างกายได้รับสารหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าไป เช่น ฝุ่น ควัน สารก่อภูมิแพ้ และกลุ่มยารักษาอาการไอแบบมีเสมหะ ซึ่งเกิดจากภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ จนก่อให้เกิดเสมหะเหนียวข้นขึ้นภายในกลุ่มยาระงับอาการไอ หรือยากดอาการไอ (Antitussives หรือ Cough Suppressants) ตัวอย่างยาที่ใช้ในกลุ่มนี้ ได้แก่ เด็กซ์โทรเมทอร์แฟน (Dextromethorphan) และโคเดอีน (Codeine)

โคเดอีน (Codeine) จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ยาแก้ไอที่มีโคเดอีน (Codeine) เป็นส่วนผสม จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓ ตามพระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ห้ามมิให้มีการผลิต นำเข้า ส่งออก หรือจำหน่าย นอกจากได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



รูปที่ ๓ โครงสร้างทางเคมีโคเดอีน

ที่มา [https://th.wikipedia.org > wiki > โคเดอีน](https://th.wikipedia.org/wiki/โคเดอีน)

โคเดอีนจัดอยู่ในกลุ่มยาโอปิออยด์ (Opioids/Narcotics) ผลิตมาจากฝิ่นซึ่งเป็นน้ำยางที่กรีดได้จากผลฝิ่นมีชื่อทางพฤกษศาสตร์ว่า papaver somniferum ซึ่งหมายความว่าเหนียวนำให้หลับ ฝิ่นถือเป็นยาเสพติดร้ายแรงมีฤทธิ์ทำให้ผู้ใช้เกิดการติดยา

การออกฤทธิ์

โคเดอีน (Codeine) ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system , CNS) มีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาคือระงับปวดและมีประสิทธิภาพในการระงับอาการไอได้ดีมาก ด้วยคุณสมบัติของโคเดอีน (Codeine) ที่มีฤทธิ์ระงับอาการไอในทางการแพทย์จึงนำโคเดอีนเป็นส่วนผสมที่สำคัญในการผลิตยาแก้ไอ

อาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่

- คลื่นไส้ อาเจียน เวียนหัว ง่วงซึม ท้องผูก ท้องไส้ปั่นป่วน กระสับกระส่าย มีฝิ่นขึ้นตามผิวหนังได้เล็กน้อย เหงื่อออกมาก
- การใช้ยาในขนาดที่สูงๆ ทำให้การหายใจหยุด ช็อก และหัวใจหยุดเต้น
- การใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้เกิดการติดยาได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ข้อควรระวัง

- Codeine มีฤทธิ์กดการหายใจของร่างกาย อาจก่อให้เกิดภาวะการหายใจติดขัด จึงต้องระวังการใช้ยากับผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจโรคหืด

- ห้ามใช้ยากับหญิงที่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์ เพราะยาผ่านรกเข้าสู่ทารกก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อทารกเมื่อคลอด เด็กจะเติบโตได้ช้า มีอาการจากติดยาและมีการกดการหายใจได้

- ระวังการใช้ยา Codeine กับผู้สูงอายุ เพราะเกิดผลข้างเคียงสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ทั่วไป โดยเฉพาะการกดการหายใจ

- ระวังการใช้ยา Codeine กับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ (ภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมน) เพราะ Codeine มักทำให้อุณหภูมิของร่างกายลดลงทำให้รู้สึกหนาวสั่นมากขึ้น

- ผู้ที่ได้รับยา Codeine ไม่ควรขับขี่ยานยนต์หรือทำงานกับเครื่องจักร เพราะยาจะทำให้ ง่วงนอนจึงอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย Codeine มีปฏิกิริยาระหว่างยากับยาตัวอื่นๆดังนี้

- การกินยา Codeine ร่วมกับยาแก้ปวดอาจก่อให้เกิดอาการชักได้ง่าย อีกทั้งทำให้ระบบการหายใจทำงานผิดปกติและมีภาวะหายใจลำบาก ซึ่งกลุ่มยาแก้ปวด เช่น ทรามาดอล (Tramadol) เป็นต้น

- การกินยา Codeine ร่วมกับยาลดความดันโลหิต อาจเสริมฤทธิ์กันและทำให้ความดันโลหิตต่ำลงมาก จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกัน กลุ่มยาลดความดันโลหิต เช่น เนฟีดีปีน (Nefedipine)

- การกินยา Codeine ร่วมกับยานอนหลับบางกลุ่มจะเสริมฤทธิ์กดการหายใจและมีความเสี่ยงต่อการขาดอากาศ กลุ่มยานอนหลับดังกล่าว เช่น อัลปราโซแลม (Alprazolam) อาจส่งผลข้างเคียงรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้

- การกินยา Codeine ร่วมกับยารักษาอาการภูมิแพ้จะเสริมฤทธิ์การกดการหายใจของร่างกาย ทำให้รู้สึกมึนงงและอ่อนเพลีย ยารักษาอาการภูมิแพ้ เช่น คลอร์เฟนิรามีน (Chlorpheniramine)

- ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ หากผู้ป่วยกำลังเข้ารับการรักษาโรคพาร์กินสัน โรคไมเกรน ภาวะซึมเศร้า อาการผิดปกติทางจิต หรือการติดเชื้อรุนแรง เพราะอาจทำให้เกิดกลุ่มอาการเซโรโทนิน (Serotonin Syndrome) เช่น เห็นภาพหลอน กระสับกระส่าย มีไข้ หนาวสั่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก กล้ามเนื้อตึง คลื่นไส้ อาเจียนหรือท้องเสีย เป็นต้น

การนำยาแก้ไอที่มีโคเดอีน (Codeine) มาใช้ในทางที่ผิด เริ่มปรากฏการแพร่ระบาดขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นบริเวณจังหวัดชายแดนทางภาคใต้ของประเทศ โดยเฉพาะบริเวณในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ยาแก้ไอที่วางขายอยู่จะมีด้วยกันหลายยี่ห้อ เช่น PHENSEDYL, CODYL, TOCODYL แต่ยี่ห้อ PHENSEDYL มีผู้นิยมเสพกันมาก โดยใช้ผสมกับน้ำอัดลมและใส่น้ำแข็งดื่ม อาจผสมกับ ยาบางชนิด หรือดื่มโดยไม่ผสมอะไรเลย ผลของการใช้ยาแก้ไอที่มีโคเดอีน (Codeine) เป็นส่วนผสม ในกรณีที่น่าไปใช้ในทางที่ผิดจะเกิดอันตรายต่อสุขภาพ อาทิ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม และที่สำคัญ การใช้ยาดูดต่อเนื่องเป็นเวลานานทำให้เกิดการติดยาทั้งทางกายและจิตใจ และมีอาการถอนยาเมื่อขาดยา เช่นเดียวกับการติดยาฝิ่นหรือเฮโรอีน ซึ่งจะต้องเข้ารับการบำบัดรักษาจึงจะหายจากการติดยาได้

พฤติกรรมการเสพ พบว่า ผู้เสพยาแก้ไอส่วนใหญ่จะผสมกับน้ำอัดลม น้ำโค้ก ผู้เสพบอกว่าทำให้รู้สึกซ่า ๆ และคนอื่นสังเกตไม่เห็น เข้าใจว่าดื่มน้ำอัดลมธรรมดา เสพกันเป็นกลุ่ม ๒ - ๕ คน ตามร้านน้ำชา ร้านคาราโอเกะหรือแหล่งบันเทิงเรีงรมย์ต่าง ๆ บางคนที่เสพหนักจะเสพคนเดียวที่บ้าน บางคนใช้เฮโรอีนอยู่เมื่อไม่มียาให้เสพก็อาจใช้ยาแก้ไอและยานอนหลับเพื่อลดอาการเสียน วัยรุ่นที่เสพยาเป็นกลุ่มจะใช้วิธีการทยาแก้ไอลงในแก้วปริมาณเท่า ๆ กันแล้วเทน้ำโค้กลงในแก้ว ดื่มไปพูดคุยกันไปตามประสาวัยรุ่น บางคนผสมยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ ทำให้เมามากขึ้น (วิภา ด้านดำรงกุล และสมปอง สิมมา, ๒๕๕๗)

ยาไอซ์ (Ice) (กิตติมา วัฒนากมลกุล, ๒๐๑๒)

เป็นรูปแบบหนึ่งของ Methamphetamine หรือยาบ้า เนื่องจากมีรูปพรรณเป็นก้อนผลึกใสเหมือนน้ำแข็ง จึงมีชื่อเรียกขานในหมู่ผู้เสพยาว่า “ไอซ์” (Ice) เนื่องจากยาไอซ์มีความบริสุทธิ์เกือบ ๑๐๐% จึงมีฤทธิ์แรงกว่ายาบ้า (บางคนเรียกว่า หัวยาบ้า) ส่วนใหญ่เป็นการจับกุมจากชาวต่างประเทศที่ลักลอบเข้ามาในประเทศไทย การลักลอบสังเคราะห์แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนนั้น อาศัยขบวนการทางเคมีอย่างง่าย ๆ ไม่มี ความสลับซับซ้อน และสามารถทำตามวิธีสังเคราะห์ที่เขียนไว้เป็นสูตรสำเร็จ ซึ่งถ่ายทอดต่อกันมาในวงการ สารตั้งต้นของการผลิตมักเป็นอีฟีดรีน ซูโดอีฟีดรีน ฯลฯ นิยมเสพโดยการนำผลึกกลนไฟให้ระเหิด แล้วสูดไอของ ผลึกที่ได้เข้าปอด การออกฤทธิ์ก็จะผิดกับการเสพยาบ้าที่ใช้กลนไฟ เพราะการสูดควันของยาบ้าจะให้สารหลาย อย่างซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกายมากกว่า ขณะที่การสูดไอของยาไอซ์จะได้เฉพาะ methamphetamine หรือ amphetamine เท่านั้น นอกจากนี้เมื่อเผาไหม้แล้วจะไม่มีกลิ่น จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ ๑ ตาม พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.๒๕๒๒

เป็นสารที่ถูกสังเคราะห์ขึ้นมาในปี ค.ศ. ๑๘๘๗ โดย นักวิทยาศาสตร์ชาวเยอรมันชื่อ เอเดเลโน (Edeleno) ในรูปของแอมเฟตามีนซัลเฟต (Amphetamine Sulphate) ต่อมาในปี ค.ศ. ๑๘๘๘ นักวิทยาศาสตร์ชาวญี่ปุ่น ก็สามารถ สังเคราะห์อนุพันธ์ของแอมเฟตามีนได้อีกตัวหนึ่งคือ เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) ซึ่งมีผลต่อระบบ ประสาทส่วนกลางได้รุนแรงกว่า

ในอดีต ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา แอมเฟตามีนถูกใช้เป็นยารักษาโรคหลายชนิด ที่นิยมแพร่หลาย เป็น ยาดมแก้หวัด คัดจมูก ชื่อยาเบนซิดรีน (Ben zedrine) มีใส่กระดาดชงด้วยน้ำยาบรรจุไว้ใน หลอดให้สูดดม แต่ก็มีผู้นำมาใช้ในทางที่ผิดเพื่อกระตุ้นร่างกาย และลดความอ่อน โดยนำใส่กระดาดชงมาจุ่มน้ำเพื่อละลายตัวยา แล้วนำมาใช้กินแทน ต่อมาเมื่อมีการผลิตแอมเฟตามีนออกมาในรูปยาเม็ดใช้กันอย่างแพร่หลายจนกลายเป็นยาสามัญประจำบ้าน ไม่ต้องมีใบสั่งยาก็จึงซื้อหามาใช้ได้ ในขณะที่มีการโฆษณาสรรพคุณของ แอมเฟตามีนว่า สามารถรักษาโรคได้ถึง ๓๙ โรค เช่น โรคจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้า โรคปวดศีรษะ เป็นต้นโดยไม่ได้ ตระหนักถึงฤทธิ์ของยาที่ทำให้เสพติดกันมากนัก และมีประชาชนจำนวนมากที่นำมาใช้ในทางที่ผิด ในปี ค.ศ. ๑๙๓๙ สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยาของสหรัฐอเมริกาประกาศให้ยาจำพวกแอมเฟตามีนเป็นยา ควบคุมซึ่งต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์จึงจะซื้อได้ ทำให้การใช้ยานี้ลดน้อยลงจากท้องตลาด และเริ่มมีการ ผลิตและจำหน่ายผิดกฎหมายอย่างแพร่หลาย และได้เข้ามาแพร่ระบาดในประเทศไทย ในช่วงปี ค.ศ. ๑๙๖๗

ยาไอซ์ กระตุ้นประสาททำให้รู้สึกตื่นตัว บดบังความรู้สึกเหนื่อยล้า รู้สึกเคลิ้มฝัน อยู่หนึ่งไม่ได้ นอนไม่หลับ ก้าวร้าวและรู้สึกเชื่อมั่นในตัวเองเกินไป ถ้าเสพในขนาดยาที่สูงยังเพิ่มความต้องการทางเพศ ซึ่งอาจนำไปสู่การสำส่อนทางเพศซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวีได้ นอกจากนี้ทำให้ระบบประสาทส่วนกลางถูก กระตุ้นอย่างแรง เซลล์สมองจะถูกทำลาย ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าหลังการใช้ยา และพบว่าผู้เสพมีแนวโน้มใน การการฆ่าตัวตายในระหว่างการใช้ยา ผลจากการเสพยาเสพติดมากเกินไปจะทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดัน โลหิตสูง กล้ามเนื้อเกร็งตัว ตื่นตกใจกลัว ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจชักหรือหมดสติ ระบบหายใจล้มเหลว ช็อกและเสียชีวิตได้ การใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะโรคจิตเช่นเดียวกับสารกระตุ้นประสาท ตัวอื่นๆ มีความแตกต่างจากผู้เสพยาบ้า คือหลังเสพยาไอซ์จะมีความสดชื่นมีชีวิตชีวาไม่ซุบซิตรึมเหมือนยาบ้า คนที่เสพยานี้มักจะดูไม่ออกเพราะหน้าตาจะเบิกบานไม่เหมือนคนเสพยาทั่วไป ยาตัวนี้ไม่ได้มีแพร่หลายกัน ทั่วไปเนื่องจากหายากและราคาค่อนข้างสูง

ลักษณะของเม็ดยา

ยาไอซ์เป็นผลึกใสคล้ายก้อนน้ำแข็ง จึงเป็นที่มาของชื่อยาไอซ์ ความบริสุทธิ์ของยาค่อนข้างสูง ออกฤทธิ์แรงกว่ายาบ้ามากจึงมีคนเรียกว่า ยาไอซ์ ในขณะที่ต่างประเทศมักนิยมเรียกว่า Crystal Meth



รูปที่ ๔ ไอซ์หรือเมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์ (กิตติมา วัฒนากมลกุล, ๒๐๑๒)

ที่มา : <https://pharmacy.mahidol.ac.th > knowledge > article > ยาไอซ์>

การนำไปใช้

ละลายน้ำแล้วฉีดเข้าเส้นเลือด บางคนนำไปเผาไฟแล้วสูดดมควันเหมือนการเสพยาบ้า ยาตัวนี้ทำให้อารมณ์เคลิบเคลิ้มสนุกสนานสดชื่นกระปรี้กระเปร่า ทำให้ติดได้ง่ายกว่า และมีอันตรายต่อร่างกาย อารมณ์และสังคมของผู้เสพมากกว่ายาในกลุ่มแอมเฟตามีนอื่นๆ ไม่ได้มีแพร่หลายกันทั่วไปเนื่องจากหายากและราคาค่อนข้างแพง มักจะใช้กันในสังคมไฮโซ นายันท์ชัตติพันธ์ สกุลพงศ์ นักจิตวิทยา ศูนย์บำบัดจังหวัดเชียงใหม่ให้ข้อมูลว่า ยาไอซ์ จะใช้เหมือนกับยาในกลุ่มยาบ้าอื่นๆ คือ สูดดม กลืนหรือสอดใส่ทวารหรืออาจใช้วิธีการสูบหรือฉีด ซึ่งผลจากยาจะรวดเร็วกว่า ผลกระทบของยาไอซ์จะแตกต่างกันไปในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับขนาดร่างกาย น้ำหนัก ปริมาณและวิธีการใช้ยาเสพติด

การออกฤทธิ์

การใช้ปริมาณเล็กน้อยจะทำให้เกิดผลต่อร่างกายเหมือนการใช้โคเคนหรือแอมเฟตามีนชนิดอื่น เช่น เพิ่มการตื่นตัว การออกฤทธิ์ต่อร่างกาย การออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีนจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งทำหน้าที่เก็บความจำความคิดและควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เช่นการเคลื่อนไหว การทรงตัว การถ่ายทอดความรู้สึกทำให้ตื่นตัว เคลิบเคลิ้ม ร่าเริง ไม่เหนื่อย ไม่ง่วง ตาแข็ง นอนไม่หลับคล้ายเป็นยาเพิ่มพลัง มีผลกระทบต่อหัวใจและหลอดเลือดกระตุ้นหัวใจทำให้เกิดอาการใจสั่น การไหลเวียนเลือดล้มเหลว เจ็บหน้าอก กระทบต่อทางเดินหายใจ จังหวะการหายใจไม่ปกติ มีผลกระทบต่อระบบการเดินอาหาร ปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่หิว คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งเมื่อเสพติดยาแล้วจะส่งผลให้สมรรถภาพทางเพศลดลง แต่ในผู้ใช้ไอซ์บางกลุ่มก็มักเสพเพื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศหรือเพิ่มอรรถรสในการร่วมเพศ ทำให้ร่วมเพศได้นานขึ้นบางรายเสพแล้วมีความต้องการทางเพศสูง จึงมักเป็นที่นิยมในกลุ่มสาวไซด์ไลน์ แต่ต้องใช้ยาในปริมาณที่พอดี ในกลุ่มผู้เสพที่มีอายุในช่วงวัยทำงานพบมากที่สุดที่ผู้ใช้ไอซ์เป็นประจำแต่สามารถควบคุมปริมาณการเสพได้จึงใช้แอมเฟตามีนให้เป็นประโยชน์ได้ในชีวิตประจำวัน เสพในขนาดที่ไม่สูงนักจะทำให้ผู้ใช้รู้สึกสบายใจ กระปรี้กระเปร่า สมองปลอดโปร่ง คิดงานหรือสร้างสรรค์งานได้อย่างอัจฉริยะ ไม่ง่วงเหงา หาวนอน แต่หากใช้เป็นประจำและในปริมาณที่มากจะทำให้เกิดอันตรายเพราะเสมือนร่างกายจะถูกใช้งานหนัก ไม่มี

เวลาพักผ่อน สุขภาพของผู้ใช้ยาจะทรุดโทรมและเมื่อมีการเพิ่มขนาดและความถี่ในการใช้ยามากขึ้น ที่สุดจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาท เกิดอาการทางจิต พฤติกรรมเปลี่ยนไปในทางก้าวร้าว หงุดหงิด ขาดเหตุผล หลงผิด ประสาทหลอน ความจำเสื่อม กล้ามเนื้อกระตุก มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ถึงกับเพ้อคลั่งและหากใช้ยาในปริมาณที่สูงมาก อาจทำให้ชักและหมดสติได้ การใช้ยาที่จะก่อให้เกิดการติดยา จะมีการใช้ยาเป็นประจำ และต้องเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อย ๆ เพราะมีการทนทานต่อยา (Tolerance) ต้องการยาในปริมาณที่มากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งทางจิตใจและร่างกายการพึ่งพาทางจิต (Dependence) เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ทำให้ต้องการยาอยู่เรื่อย ๆ เมื่อหยุดใช้ยาทันทีจะมีอาการขาดยา (Withdrawal) จะแสดงอาการอ่อนเพลียมาก ง่วงนอนจัด ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง หิวจัด ความคิดสับสนวุ่นวาย หงุดหงิด หลังจากหยุดยาอาจเกิดอาการสะท้อนกลับ (Rebound Phenomene) ของอารมณ์จากต้นตัว ร่าเริง จะเป็นซึมเศร้าและถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ซึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อรอบด้านทั้งทางตรงและทางอ้อม

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาไอซ์

ยาไอซ์ถูกขับออกจากร่างกายได้ช้ามาก ต้องใช้เวลา ๙-๑๕ ชั่วโมง จึงจะขับออกจากร่างกายลงเหลือครึ่งหนึ่งของปริมาณสูงสุดที่มีอยู่ในกระแสเลือด ทำให้เมทแอมเฟตามีนออกฤทธิ์อยู่ในร่างกายได้อย่างยาวนาน ดังนั้นการเสพยาหลายครั้งในหนึ่งวันจึงเป็นการอันตรายมาก เพราะจะทำให้มีการสะสมของเมทแอมเฟตามีนในกระแสเลือดในระดับสูงขึ้นเรื่อย ๆ ฤทธิ์ของยาในระดับรุนแรงก็จะปรากฏให้เห็น ผู้เสพยาที่เสพยาวันละหลาย ๆ ครั้งจะมีอาการประสาทหลอนและคลุ้มคลั่ง (วิโรจน์ วีระชัย, ๒๕๔๘)

ผลของยาไอซ์

ยาไอซ์มีผลโดยตรงต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งได้แก่ สมอง และไขสันหลัง โดยออกฤทธิ์เร่งการปลดปล่อยอะดรีนาลีนและนอร์อะดรีนาลีนออกจากเซลล์ประสาท และออกฤทธิ์กระตุ้นการปลดปล่อยสารโดปามีน ซึ่งกลไกการออกฤทธิ์นี้จะทำให้เกิดการตอบสนองต่ออัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิของร่างกาย ความดันโลหิต ความกระหาย ความสนใจใส่ใจ อารมณ์ และการตอบสนองเกี่ยวกับการตื่นตัวและการวางเงื่อนไข (มานพ คณะโต และคณะ, ๒๕๕๓)

ผลของยาไอซ์ที่มีต่อร่างกาย รุ่มาตาขยาย เหงื่อออกมาก การมองเห็นพร่ามัว วิงเวียน ร่างกายชুবวม ริมฝีปากแห้ง ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการหายใจสูงขึ้น อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ปวดหัวอย่างรุนแรง อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นและผิดปกติ มือและนิ้วสั่น คลื่นไส้อาเจียน ที่สำคัญคือ มีภาวะผิดปกติเสียหายอย่างถาวรของเส้นโลหิตในสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ใช้ในปริมาณสูง หรืออาจจะช็อกหมดสติไปได้ ผู้ใช้ยาไอซ์เป็นระยะเวลาานจะมีคือ มีอาการซึมเศร้ารุนแรง พุดเพ้อเจ้อ หงุดหงิดกระวนกระวาย ฉุนเฉียว โกรธง่าย นอนไม่หลับ วิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ/ ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ ลดความอยากอาหารและน้ำหนักลดอย่างรวดเร็ว หวาดระแวง ย้ำคิดย้ำทำ ประสาทหลอน รู้สึกสับสน มีอาการโรคจิตแบบหลงผิด เพ้อคลั่ง มีปัญหาเกี่ยวกับฟัน มีโรคต่างๆ เกี่ยวกับหัวใจ เช่น หัวใจล้มเหลว หลอดเลือดสมองตีบตัน มีความผิดปกติของปอดและไต ซึ่งอาจถึงตายได้ นอกจากนั้นการฉีดยาไอซ์เข้าทางเลือดทำให้ผู้ใช้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสทางกระแสเลือด เช่น ตับอักเสบบี และ ซี โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีการใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน

วิธีการเสพยาไอซ์ โดยทั่วไปวิธีการเสพยาไอซ์ มี ๔ วิธี ได้แก่

๑. การรับประทาน หรือกลืนลงกระเพาะอาหาร ผ่านระบบการย่อยอาหารและดูดซึมทางลำไส้ ออกฤทธิ์ช้า ประมาณ ๑๕-๒๐ นาที แต่ฤทธิ์คงอยู่นานที่สุด

๒. การสูบควัน หรือไอระเหย ทางปากผ่านปอด ซึ่งได้ผลเร็วคล้ายฉีดเข้าเส้นเลือดภายในเวลา ๕-๑๐ วินาที เป็นวิธีที่ผู้เสพยาใช้มากที่สุดในประเทศไทย เพราะเป็นวิธีที่ทำให้ยาไอซ์เข้าสู่สมองปริมาณมากเพียงพอที่จะก่อให้เกิดผลทางจิตและประสาทในระยะเวลาที่สั้นที่สุด รวมทั้งผู้เสพยาจะรู้สึกเสียวซ่าอย่างรุนแรงทันทีที่สูบเข้าไป และเมื่อยาเข้าสู่ร่างกายแล้วประมาณ ๒ ชั่วโมง ระดับยาจึงจะขึ้นถึงระดับสูงสุด และคงที่ในระดับนั้นอีกประมาณ ๒ ชั่วโมง ดังนั้นผู้เสพยาโดยการสูบจึงอาจจะเกิดอาการทางจิตและประสาทอย่างรุนแรงอยู่นานเป็นเวลาประมาณ ๔ ชั่วโมง

๓. การสูดดมยาทางจมูก หรือนัตถ์ ผ่านทางเยื่อบุจมูก ออกฤทธิ์ภายใน ๓-๕ นาที วิธีนี้ทำให้ยาไอซ์ ถูกดูดซึมเข้ามาทางเนื้อเยื่ออ่อน ในเนื้อเยื่อมีคัส (Mucous membrane) ในโพรงไซนัส (Sinus cavity) เข้าไปในกระแสเลือด กระบวนการ First pass metabolism สามารถเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วด้วยชีวประสิทธิผล (bioavailability) ที่สูง และคงอยู่นานวิธีนี้จึงเป็นที่นิยมในผู้เสพยาที่ไม่ต้องการสูบควันหรือใช้เข็ม

๔. การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ผ่านเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตโดยตรงออกฤทธิ์ทันทีทันใดและรุนแรงที่สุด แต่ฤทธิ์คงอยู่ไม่นานนอกจากนี้ยังมีวิธีการอื่นที่อาจใช้บ้างแต่ไม่เป็นที่นิยมนิยม เช่น ผ่านทางเยื่อบุทวารหนักหรือใต้ลิ้น การเสพยาไอซ์ผู้เสพยาแต่ละรายจะเกิดผลจากการเสพยาที่แตกต่างกัน แม้ว่าจะเป็นยาจากแหล่งเดียวกัน ปริมาณเท่ากัน หรือแม้กระทั่งในคนเสพคนเดียวกัน ผลจากการเสพแต่ละครั้งก็แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น

- ชนิดของยาไอซ์ที่เป็น active ingredient และสารอื่นที่เป็นส่วนผสม
- จำนวนและปริมาณยาไอซ์ ซึ่งเป็นการผลิตที่ไม่มีการควบคุมมาตรฐาน
- วิธีการเสพ เช่น รับประทาน สูบ สูด หรือฉีดเข้าเส้น
- ขนาด รูปร่าง เพศ ของผู้เสพ
- ผู้เสพเคยใช้สารเสพติดนั้นหรือสารเสพติดที่มีฤทธิ์ใกล้เคียงมาก่อนหรือไม่
- สภาพขณะเสพ เช่น เสพคนเดียวที่บ้านหรือเสพกับกลุ่มเพื่อน
- การใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย เช่น ดื่มแอลกอฮอล์ การผสมสารกระตุ้นประสาทอื่น
- สภาพร่างกายในขณะนั้น เช่น อ่อนเพลีย อดนอน

อาการและสัญญาณของการเสพติด

- มีอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสพยา ฤงยาที่มีลักษณะเป็นผงใส เช่น พอยล์ อลูมิเนียม ครอบป้องกันที่ถูกต้องแปลงเป็นเตาในการลนยาให้ระเหิด เข็มฉีดยา เข็มฉีดยา เข็มฉีดยา เข็มฉีดยา (หรือที่เรียกว่า โจ้)

- อาการทางพฤติกรรม อารมณ์และทางร่างกาย ได้แก่ ผลจากการใช้ในระยะสั้น ผู้เสพมีความสุข มีความมั่นใจในตัวเอง มีความตื่นตัวตลอดเวลา ไม่หลับไม่นอน ไม่อยากอาหารและน้ำหนักลด มีความต้องการทางเพศสูง อารมณ์ไม่คงที่ ม่านตาขยาย หายใจถี่ ตัวร้อนและหัวใจเต้นเร็ว

- ผลจากการใช้ในระยะยาว วิตกกังวลและหวาดระแวง ขบกรามแบบควบคุมไม่ได้ มีกลิ่นปาก เหงื่อออกมากกว่าปกติ มีกลิ่นตัว ความดันโลหิตสูง ไม่สนใจดูแลรูปลักษณ์และความสะอาดของตัวเอง มีอาการตากระตุก มีการทำพฤติกรรมบางอย่างซ้ำๆ เช่น การเกา เนื่องจากการใช้ยาไอซ์ไปนานๆ จะส่งผลให้ผิวหนังตกสะเก็ด

อาการเมื่อหยุดการใช้ยาไอซ์

หากผู้เสพยาไอซ์ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จนส่งผลต่อการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้เสพติดหยุดการใช้ยาไอซ์จะมีอาการดังต่อไปนี้ นอนเยอะจนผิดปกติ อยากรู้อาหารมากกว่าปกติ รู้สึกวิตกกังวล และซึมเศร้า มีอาการเจ็บปวดทางร่างกาย รู้สึกอยากยาและหงุดหงิด เชื่องซึม

วิธีการบำบัดรักษาผู้ติดยาไอซ์

การเลิกยาไอซ์ สามารถทำได้ การบำบัดรักษาอาการของผู้เสพติดยาไอซ์จะแบ่งออกไป ๒ ช่วง ได้แก่ ช่วงการดีท็อกซ์หรือการถอนพิษ เพื่อล้างพิษยาเสพติดในร่างกาย ควรทำในสถานบำบัด ภายใต้ความดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ เพราะผู้เสพติดจะมีอาการถอนยา ผู้เชี่ยวชาญสามารถจ่ายยาเพื่อบรรเทาอาการเหล่านั้นได้ หลังจากที่ยาถอนพิษยาของผู้เสพบรรเทาแล้ว ขั้นตอนต่อไป คือการรักษาด้วย จิตบำบัด เพื่อให้ผู้เสพติดหลุดพ้น

จากภาวะสมองเสพติด วิธีจิตบำบัดที่มีการใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลกและมีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioural Therapy – CBT), การบำบัดความคิดและพฤติกรรมตามแนวสติปัญญา (Mindfulness-based Cognitive Behavioural Therapy – MCBT) ที่จะทำให้ทั้งในรูปแบบเดี่ยวและกลุ่ม เพื่อที่จะช่วยให้ผู้เสพติดเข้าใจภาวะเสพติดของตนเอง และมองเห็นรูปแบบพฤติกรรมเชิงลบ เพื่อเป็นการเยียวยาและจัดการกับความคิดและพฤติกรรมของตนเองช่วยให้สามารถเลิกยาไอซ์อย่างยั่งยืน

กัญชา (Cannabis) (วิโรจน์ วีรชัย, ๒๕๕๒)

กัญชา (ชื่อวิทยาศาสตร์: Cannabis, sp.) เป็นพืชล้มลุกชนิดหนึ่งในวงศ์ Cannabidaceae ใบมนแฉก ลึกเข้าไปทางก้านหลายแฉก ดอกสีเขียว ช่อดอกเพศผู้และช่อดอกเพศเมียอยู่ต่างต้นกัน มีการเก็บเกี่ยวดอกกัญชาด้วยจุดประสงค์หลายประการ เช่น เส้นใยบนใบสามารถนำไปทำเป็นเส้นใยได้ ใบและช่อดอกเพศเมียที่แห้งใช้สูบมีสรรพคุณช่วยแก้โรคเบาหวาน ความดัน มะเร็ง กัญชาผลิตเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) จำนวนมาก สาร THC จำนวนมากทำให้เกิดอาการเคลิ้ม ซึ่งทำให้เป็นพืชยอดนิยมที่ใช้ทั้งในค่านันทนาการ การแพทย์ทางเลือก และยาวิจัยทางคลินิก

เภสัชวิทยาและเภสัชจลนศาสตร์ของกัญชา

ในร่างกายมนุษย์จะมีการหลั่งสารกลุ่มcannabinoids เรียกว่าendogenous cannabinoids เพื่อควบคุมกระบวนการต่างๆในร่างกายโดยการเข้าจับโดยตรงกับตัวรับ(receptor)คือ cannabinoid receptor (CB) ซึ่งประกอบด้วยตัวรับ ๒ ชนิด คือ ตัวรับCB๑ (CB๑ receptor) พบในระบบประสาทส่วนกลางและตัวรับ CB๒ (CB๒ receptor) พบในระบบประสาทส่วนปลาย มีรายงานว่าตัวรับ CB๒ สามารถพบได้ในระบบประสาทส่วนกลางด้วย ทั้งตัวรับ CB๑ และ CB๒ สามารถจับกับ cannabinoids จากภายในร่างกายและ cannabinoids จากภายนอก (exogenous cannabinoids) ได้เช่นเดียวกัน ๑,๙ ตัวรับ CB๑ พบมากในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว การรับรู้ และความรู้สึก แต่พบน้อยบริเวณก้านสมอง (brain stem) จึงเชื่อว่าตัวรับ CB๑ เกี่ยวข้องกับผลทางจิตใจของผู้เสพกัญชา ในขณะที่เดียวกันการที่พบ CB๑ บริเวณก้านสมองในจำนวนน้อยจึงทำให้ผู้ที่เสพกัญชาส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะโคม่า (coma) และการกดการหายใจ (respiratory depression) สำหรับตัวรับ CB๒ พบมากบริเวณระบบประสาทส่วนปลาย มีบทบาทเกี่ยวกับการตอบสนองทางระบบภูมิคุ้มกัน (immune response) ในร่างกาย

กลไกการออกฤทธิ์ของ endocannabinoids สาร endocannabinoids (๒-arachidonolglycerol, ๒-AG) สร้างขึ้นจากสารตั้งต้น diacylglycerol ที่มีอยู่ภายในเซลล์โดยการทำงานของเอนไซม์ DAG lipase ทำหน้าที่เปลี่ยน diacylglycerol เป็น ๒-arachidonolglycerol ซึ่งเป็น endocannabinoids ในร่างกายเมื่อสาร endocannabinoids เข้าจับกับตัวรับ CB₁ ที่ presynaptic neurons จะไปกระตุ้นการทำงานของ G protein ให้ไปยับยั้งการทำงานของเอนไซม์adenylyl cyclase ที่ presynaptic neurons ส่งผลให้ลดการสร้าง cAMP จึงทำให้แคลเซียมไหลเข้ามาภายใน presynaptic neurons ลดลง ในขณะที่โปแตสเซียมไหลออกสู่ภายนอก presynaptic neurons มากขึ้นทำให้เกิดสภาวะhyperpolarizationส่งผลให้ลดการหลั่งสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ออกจาก presynaptic cell สู่ synaptic cleft นอกจากนี้มีการศึกษาที่แสดงว่าเมื่อสาร endocannabinoids เข้าจับกับตัวรับ CB₁ แล้ว จะไปกระตุ้นการทำงานของ G protein ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของMPAK ซึ่งเป็นกลุ่มเอนไซม์ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่หลัก ๆ ของเซลล์ ได้แก่ การกลายพันธุ์ของเซลล์ (differentiation) การเพิ่มจำนวนเซลล์ (proliferation) และการตายของเซลล์ (cell death) สำหรับสาร endocannabinoids ที่เข้าจับกับตัวรับ CB₁เรียบร้อยแล้ว จะเคลื่อนที่เข้าไปใน postsynapticneurons และถูกทำลายโดยการทำงานของเอนไซม์ monoacylglycerol lipase (MAG lipase) ๑,๑๐-๑๓

อาการและอาการแสดงของผู้ที่เสพกัญชา

อาการและอาการแสดงของผู้ที่เสพกัญชามีความหลากหลายทั้งในผู้เสพคนเดียวกัน และอาจแตกต่างจากผู้เสพอื่น ทั้งนี้เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น ปริมาณสารสำคัญที่เสพแต่ละครั้งไม่เท่ากันวิธีการเสพที่ต่างกัน ประสบการณ์ของผู้เสพ ความสามารถในการรับรู้ของผู้เสพ สายพันธุ์ของกัญชาที่ใช้เสพ และการใช้ยาหรือสารเสพติดอื่นร่วมด้วย เป็นต้น อาการและอาการแสดงของผู้เสพกัญชาในขนาดที่ไม่ทำให้เกิดพิษ แบ่งได้เป็น ๒ กลุ่มอาการหลัก คือ

๑. ผลต่อจิตใจ (psychological effect) ได้แก่ ความรู้สึกผ่อนคลาย มีความสุข เวลาผ่านไปช้า และเจริญอาหารมากขึ้น

๒. ผลต่อร่างกาย (physiological effect) ได้แก่ เลือดไหลเวียนไปยังสมองมากขึ้น ชีพจรเต้นเร็วลดความต้านทานภายในหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ความดันโลหิตสูง (แต่บางครั้งมีภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนอริยาบถ เนื่องจากความต้านทานในหลอดเลือดแดงส่วนปลายลดลง) หายใจสะดวกขึ้น (ทั้งในผู้เสพทั่วไป และผู้เสพที่เป็นโรคหืดร่วมด้วย) ตาแดง และลดความดันในลูกตา ประโยชน์ของกัญชาในทางการแพทย์

ปัจจุบันมีการนำกัญชามาใช้เพื่อการรักษาโรคและความผิดปกติต่าง ๆ มากมาย อย่างไรก็ตามข้อมูลการศึกษาวิจัยในการรักษาโรคและอาการต่างๆ ยังมีข้อจำกัด จึงยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน บางโรค / อาการมีการตอบสนองต่อการรักษาได้ดี (effective) ในขณะที่โรค / อาการบางชนิดยังได้ผลการรักษาที่ไม่แน่นอน (possibly effective) สำหรับโรคและความผิดปกติต่างๆ ที่มีการรักษาด้วย อย่างไรก็ตาม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบเกี่ยวกับแนวทางการใช้กัญชาในประเทศไทย โดยข้อบ่งชี้ของกัญชาที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แนะนำว่าสามารถใช้ได้มี ๖ ข้อบ่งชี้ ดังนี้

๑. ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด
๒. โรคลมชักที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากันชัก (anticonvulsants)
๓. ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis)

๔. ภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (neuropathic pain)
๕. ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวีที่มีน้ำหนักตัวน้อย
๖. การเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (end of life)

นอกจากนี้ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศข้อห้ามใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี THC เป็นส่วนประกอบ ๔ ข้อ ดังนี้

๑. ผู้ที่มีประวัติแพ้ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการสกัดกัญชา
๒. ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอาการรุนแรง และอาการยังไม่คงที่ หรือมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ
๓. ผู้ป่วยโรคจิตเภท หรือโรคอารมณ์แปรปรวนหรือโรควิตกกังวล
๔. สตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร สตรีที่วางแผนจะตั้งครรภ์ และสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ได้คุมกำเนิด

การวินิจฉัยผู้ที่มีปัญหาจากการเสพกัญชา

นิยมใช้เกณฑ์ของ DSM-V CUD เป็นภาวะที่ เสพกัญชาจนเกิดปัญหาโดยต้องเข้าได้กับเกณฑ์อย่างน้อย ๒ ข้อขึ้นไปภายใน ๑๒ เดือน

๑. มีการเสพกัญชาในปริมาณที่มากหรือระยะ เวลานานเกินกว่าที่ตั้งใจ
๒. มีความต้องการที่จะลดหรือหยุดการเสพกัญชา นั้นแต่ไม่สามารถทำได้
๓. ใช้เวลามากในการหา กัญชา การเสพกัญชา และการฟื้นตัวจากฤทธิ์กัญชา
๔. มีอาการอยากหรือความต้องการรุนแรงที่จะเสพกัญชา
๕. มีการเสพกัญชาบ่อยๆจนไม่สามารถจัดการกับ กิจกรรมประจำวัน ทั้งที่ทำงาน บ้านหรือโรงเรียน
๖. ยังคงมีการเสพกัญชาอย่างต่อเนื่อง แม้จะเกิดปัญหาทางด้านสังคมหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เกิดจากการเสพกัญชาอยู่บ่อยครั้ง
๗. ต้องยกเลิกกิจกรรมที่สำคัญในด้านสังคม งาน อาชีพ หรือกิจกรรมสันทนาการเพราะการเสพ กัญชา
๘. มีการเสพกัญชาในภาวะที่อาจเกิดอันตรายทาง ร่างกายอยู่บ่อยครั้ง
๙. มีการเสพกัญชาต่อเนื่อง แม้จะทราบว่า การ เสพกัญชาจะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกาย และจิตหรือทำให้ปัญหานั้นรุนแรงขึ้น
๑๐. มีอาการติดยา ตามคำจำกัดความดังนี้
 - a. ต้องเสพกัญชาในปริมาณที่เพิ่มขึ้นมาก เพื่อให้ได้ผลที่ต้องการ
 - b. เสพกัญชาเท่าเดิมแต่ฤทธิ์น้อยลงชัดเจน
๑๑. อาการถอนพิษยา ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้
 - a. มีอาการถอนพิษยาจากกัญชา
 - b. การเสพกัญชา (หรือสารที่ออกฤทธิ์ คล้ายคลึง) สามารถบรรเทาหรือทำให้ อาการถอนพิษยาจากกัญชาให้หายไป

การดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการเสพกัญชา ในปัจจุบันใช้ psychotherapy และกระบวนการอื่นเช่น contingency management, TC สำหรับสถานพยาบาล ทัวไปแนะนำให้ใช้กระบวนการ SBIR

การรักษาแบบอื่นที่สามารถช่วยผู้ป่วย (Cannabis Use Disorder) ได้แก่ motivational enhancement, brief advice ตลอดจนกลุ่มช่วยเหลือกันเองซึ่งกลุ่มนี้สามารถช่วยผู้ป่วยได้ดีโดยเฉพาะระยะสั้นตัว จากการเสพติดและทำให้กลับเข้าสู่สังคมได้ดีขึ้น นักบำบัดสามารถหากรุ่นนี้ได้จากกลุ่ม NA หรือกลุ่มบำบัดยาเสพติดในพื้นที่ ปัจจุบันการบำบัดที่ได้ผลดีมากที่สุดคือ วิธีการแบบผสมผสานเช่น MET/CBT/CM และสามารถใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ แอปพลิเคชัน มาช่วยในการรักษาได้ด้วย ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดอันตรายจากการเสพยาไปจนถึงการเลิกเสพยา Gabapentin เป็นยาที่มีการศึกษาพบว่าช่วยลด อาการถอนกัญชาได้ขณะที่ N-acetylcysteine (NAC) สามารถช่วยอาการอยากเสพยาได้ บางส่วนอย่างไรก็ดีถ้าหากจะนำ gabapentin มารักษาผู้ป่วยเสพติดกัญชาจะพบอาการข้างเคียงได้บ่อยคือ มึนงง วิงเวียน อ่อนล้า จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงประโยชน์เมื่อเทียบกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากยา ประกอบกับประสิทธิภาพในลดการเสพยาซ้ำ ยังไม่ชัดเจนจึงแนะนำให้รอข้อมูลที่สนับสนุนมากขึ้นหากจะนำยานี้มาใช้ การรักษาการเสพติดกัญชาด้วยสารทดแทนกัญชาก็มีการศึกษา (cannabinoid replacement therapy) ด้วยยากัญชา nabilone หรือ dronabinol ว่ามีประสิทธิภาพ ในการรักษาผู้ป่วยเสพติดกัญชาแต่ยังจำเป็นต้องมีการวิจัยที่ยืนยันที่มากขึ้น หากจะนำ มาใช้รักษาจริง หากจะนำยาที่กล่าวถึงข้างต้นมาใช้งานยังถือว่าเป็นยานอกข้อบ่งใช้ (off label) ซึ่งอาจ จะพิจารณามาใช้เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อวิธี การรักษาแบบอื่น ๆ แล้วโดยต้องชั่งน้ำหนัก ความเสี่ยงกับประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับภายใต้ ความเข้าใจและยินยอมของผู้ป่วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยเสพติดกัญชามีอาการ นอนหลับไม่ต่อเนื่องจากอาการถอนจากการ หยุดเสพยาอาจจะสามารถใช้ยา trazodone ช่วยลดอาการนอนไม่หลับโดยเฉพาะผู้ป่วยอายุไม่มากอย่างไรก็ดียังไม่มีการวิจัยการรักษา อาการนอนไม่หลับจากการถอนกัญชาในผู้สูงอายุ

สำหรับผู้ที่เสพติดกัญชาในระดับรุนแรง หรือผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนจะได้ประโยชน์ควรได้รับ การดูแลจากทีมสหวิชาชีพด้านการรักษาเสพยาเสพติด หรือถ้ามีรูปแบบผู้ป่วยในที่เหมาะสมก็ สามารถให้ผู้ป่วยเข้ารับการดูแลที่ครบถ้วนทั้ง กาย จิต สังคม การรักษาผู้ป่วยจิตเวชจากกัญชา (CID) ผู้ป่วยที่เสพยาอาจมีโรคทางจิตเวชเกิดขึ้นได้ เรียกว่า Cannabis Induced Disorders (CID) นอกเหนือจาก Cannabis Used Disorders (CUD) ซึ่งมีทั้ง อาการเมายา อาการถอนยา โรค วิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว และโรคอื่นๆ ซึ่งสามารถให้การรักษาตามอาการ และ มักดีขึ้นภายใน ๑- ๒ สัปดาห์ และมักไม่เกิน ๑ เดือน แต่โรคที่เป็นประเด็นซึ่งต้องให้ความสำคัญ คือ โรคจิตจากการเสพยา (Cannabis Induced Psychosis) ยิ่งผู้ป่วยหากมีโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคจิตเภท (Schizophrenia) เดิมอยู่แล้วยังจะทำให้มีอาการทางจิตรุนแรง ผู้ป่วยอาจมีอาการหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (hallucination) บางรายมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว เป็นอันตรายที่เรียกว่า SMIV (Severe mental illness with high risk to violence) แนวทางการรักษา คือ การให้ยากลับด้านโรคจิตออกฤทธิ์สูง (High potency antipsychotics) ได้แก่ haloperidol ๒-๕ mg ๑-๓ เวลา หลังอาหารหากเกรงว่าจะมีอาการ EPS (Extrapyramidal symptoms) อาจให้ยากลับด้านAnticholinergic เช่น Trihexyphenidyl ๒-๕ mg ๑-๓ เวลา หลังอาหาร และให้กลุ่มต้านโรคจิตออกฤทธิ์ต่ำ (low potency antipsychotics) เช่น Chlorpromazine ๕๐-๑๐๐ mg ก่อนนอน ในรายที่มีอาการอาละวาด วุ่นวาย อาจให้ยาฉีด ได้แก่ haloperidol ๕-๑๐ mg เข้ากล้ามเนื้อ และ/ หรือ Diazepam ๑๐-๒๐ mg เข้าเส้นเลือดทันที ในบางรายที่อาการรุนแรงแต่กินยาไม่สม่ำเสมอ จำเป็นต้องให้ยาต้านโรคจิตระยะยาว (long acting antipsychotics) ได้แก่ Haloperidol decanoate ๕๐-๑๐๐ mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อต่อเนื่อง ทุก ๒-๔ สัปดาห์ และปรับยาตามอาการผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้อาการรุนแรงกำ เริบขึ้นมาอีก

ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็นมาตรการหนึ่งในการแก้ไขปัญหาเสพติด ซึ่งจะส่งผลให้จำนวนผู้ติดยาเสพติดลดน้อยหรือหมดไป การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็นวิทยาการทางการแพทย์แขนงหนึ่งที่มีความสลับซับซ้อนยุ่งยากไม่เหมือนกับการรักษาโรคอื่น เนื่องจากผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ที่มีปัญหาเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม การบำบัดรักษาจึงต้องบำบัดทุกอย่างไปพร้อมกัน ทั้งตัวผู้ติดยา ครอบครัว และสังคม เพื่อให้การบำบัดรักษานั้นมีประสิทธิภาพ และผู้ติดยาเสพติดไม่กลับมาติดซ้ำได้อีกโดยง่าย

ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในปัจจุบัน การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยแบ่งออกเป็น ๓ ระบบ คือ

๑. ระบบสมัครใจ (Voluntary System) ตามพระราชบัญญัติ ให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่กำหนดให้ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่ขอเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลที่กำหนดจนครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับและได้รับการรับรองจากพนักงานเจ้าหน้าที่ ก่อนที่ความผิดจะปรากฏให้ถือว่าพ้นจากความผิด และมีกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ การติดตาม เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดที่ต้องการจะเลิกเสพยาเสพติดโดยสมัครใจ ขอรับการบำบัดรักษาในสถานบริการของรัฐหรือเอกชน ได้โดยไม่ถือเป็นความผิด

๑.๑ การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก กาย จิต สังคมบำบัด โดยมีหลักการปฏิบัติ

๑.๑.๑ ไม่ต้องนอนในสถานบำบัด

๑.๑.๒ แพทย์ให้การบำบัดรักษาตามสภาพปัญหา และอาการของผู้ป่วย

๑.๑.๓ มารับการบำบัดตามเวลานัดโดยมีญาติมาด้วยทุกครั้งเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย

ให้ประสบผลสำเร็จในการบำบัด

๑.๑.๔ ระยะเวลาในการบำบัด ๔ เดือน (๑๖ สัปดาห์)

๑.๑.๕ นัดติดตามผลการรักษาเป็นระยะๆ เป็นเวลา ๑ ปี

๑.๒ การบำบัดแบบผู้ป่วยใน คือ การค้างคืนในสถานพยาบาล เพื่อดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะถอนพิษยา นอกจากนี้ยังมีการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการให้ความรู้ด้วย เช่น การ ดูแลสุขภาพ การ ป้องกันโรค

จุดแข็ง ของระบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ระบบสมัครใจ

๑. ผู้ทำหน้าที่บำบัดรักษา เป็นผู้มีความรู้พื้นฐานด้านสาธารณสุข และ/หรือมีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้เสพติดยาเป็นอย่างดี

๒. สถานบำบัดรักษาที่รองรับผู้เสพติดยาจำนวนมาก โดยเฉพาะการบำบัดรักษาผู้เสพติดยาแบบผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีกระจายจนถึงระดับอำเภอ มีทั้งภาครัฐและเอกชน และมีความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย

๓. ผู้เสพติดยาเข้ารับการบำบัดรักษาเพราะมีความตั้งใจต้องการให้ตนเองหลุดพ้นจากสภาพการเสพติดยาไม่ได้เข้ามาเพราะถูกจับกุม ดังนั้นจึงมีโอกาสที่ทำให้การบำบัดรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๔. สะดวกในการปรับแผนการบำบัดฟื้นฟูฯ เพื่อให้เหมาะสมกับความรุนแรงของสภาพการ เสพติดยาของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นรายบุคคล

๕. มีกระบวนการและกลไกในการติดตามภายหลังการบำบัดรักษาที่ชัดเจน และมีประสิทธิภาพ

๒. ระบบต้องโทษ (Correction System) ผู้ติดยาเสพติดที่ถูกจับกุมคดีความผิดยาเสพติดจะได้รับการบำบัดรักษาในทัณฑสถานและเรือนจำ โดยใช้รูปแบบชุมชนบำบัดเป็นพื้นฐานการบำบัดรักษา ผู้รับการบำบัดรักษาถือเป็นผู้ต้องโทษ และต้องได้รับการควบคุมตัวแบบเข้มงวด

ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

๑. ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา (pre-admission) เป็นการศึกษาระดับประวัติและภูมิหลัง ผู้ป่วยเสพติดทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว เพื่อให้คำแนะนำและเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจในการบำบัดด้วยการสัมภาษณ์ ลงทะเบียน รวมทั้งการตรวจทางการแพทย์ เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต เอกซเรย์ ตรวจเลือดและปัสสาวะ เป็นต้น

๒. ขั้นถอนพิษยา (detoxification) เป็นการรักษาอาการทางกาย ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด ด้วยการบำบัดด้วยยา แพทย์จะพิจารณาให้ยาตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย การบำบัดในขั้นตอนนี้แบ่งเป็น ๒ รูปแบบ คือ

๒.๑ การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยไม่ต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาล แต่ต้องมารับยาตามที่แพทย์กำหนด ทีมสหวิชาชีพ อาทิ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่บำบัดด้านจิตใจด้วยกิจกรรมกลุ่มบำบัด

๒.๒ การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาลโดยให้การบำบัดด้วยการถอนพิษยาเสพติดร่วมกับการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งให้ความรู้ร่วมกับกิจกรรมบำบัดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ อาทิ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

๓. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เป็นกระบวนการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้สามารถกลับสู่สังคมได้ โดยทีม นักบำบัด กิจกรรมบำบัดที่ใช้กับผู้ป่วยตามแนวคิดของ FAST Model ได้แก่ การนำครอบครัวเข้ามา มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา (family) การมีกิจกรรมทางเลือกในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ (alternative activity treatment) การเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยเทคนิคช่วยเพื่อช่วยตนเอง (self-help) และการนำแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ "ชุมชนบำบัด" (therapeutics community) ซึ่งเป็นการสร้างชุมชนหรือสังคมจำลองให้ผู้ป่วยมาอยู่ร่วมกันเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยเหลือกันและกัน ฝึกความรับผิดชอบ เรียนรู้ตนเอง และเรียนรู้การแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล เพื่อกลับไปมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ ร่วมกับการให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม นันทนาการและการฝึกอาชีพ เป็นต้น

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ประกอบด้วย

๑. ครอบครัว (F: Family) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดและรับผิดชอบดูแลควบคุมไปกับการอยู่ในครอบครัว สังคม ชุมชนตามสภาพที่เป็นจริงมีกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ดังนี้

๑.๑ การให้ความรู้ครอบครัว (Family Education) ในเรื่องต่างๆ ได้แก่

๑.๑.๑ ครอบครัวคืออะไร ลักษณะของครอบครัว ภารกิจของครอบครัว การทำหน้าที่ครอบครัว ทั้ง ๖ ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การควบคุมพฤติกรรม การทำบทบาทหน้าที่ของตนเอง ความผูกพันทางอารมณ์ การเป็นที่พึ่งทางใจ และการสื่อสารภายในครอบครัว

๑.๑.๒ ความรู้เรื่องยาเสพติด สมองติดยา ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู ระเบียบปฏิบัติ การเสพติดซ้ำ ธรรมชาติของวัยรุ่นและการอยู่ร่วมกับวัยรุ่น เป็นต้น

๑.๒ การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family Counseling) เป็นกิจกรรมเสริมสร้างให้ ครอบครัวมีทักษะการแก้ปัญหาาร่วมกัน

๑.๓ ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) เป็นการจัดกิจกรรมขึ้น เพื่อนำครอบครัวเข้าร่วม กิจกรรม เช่น ครอบครัวสัมพันธ์ ครอบครัวศึกษา เป็นต้น

๒. กิจกรรมทางเลือก (A: Alternative Treatment Activity) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อการบำบัดฟื้นฟู สมรรถภาพที่เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ประกอบด้วย

๒.๑ ชมรมที่ฉันชอบ ได้แก่ ชมรมกีฬา หัตถศิลป์ การอาหาร ตัดผม เป็นต้น

๒.๒ ฝึกการคลายความเครียด ได้แก่ การฝึกสมาธิ กลุ่มสัมพันธ์ เป็นต้น

๒.๓ การบำบัดด้วยยา (เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทางกาย)

๒.๔ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

๒.๕ อาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ อาสาป้องกันยาเสพติด

๒.๖ กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต

๓. กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยตนเอง (S: Self Help) เป็นการจัดกิจกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ มีความฉลาดทางอารมณ์ สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เจตคติความรู้สึกของตนเองด้วย ตนเอง จนสามารถอยู่ในสังคมได้โดยไม่พึ่งพายาเสพติด มีกิจกรรม ดังนี้

๓.๑ การบันทึกประจำวัน เป็นการสร้างนิสัยใหม่ด้วยการเขียนความรู้สึกส่วนตัวในบันทึกที่ จัดให้ เพื่อทบทวนตัวเองว่าในแต่ละวันทำอะไรดี-ไม่ดีบ้าง ควรปรับปรุง และได้เรียนรู้อะไรในแต่ละวัน ที่ผ่านมา

๓.๒ การสำรวจตนเอง เป็นการสำรวจตนเองเพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ เข้าใจและยอมรับ ตนเอง รวมถึงสามารถประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง

๓.๓ การตั้งเป้าหมายในชีวิต เป็นการฝึกทักษะการสร้างเป้าหมาย และกำหนดแนวทางที่จะ นำตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

๓.๔ ทักษะการปฏิเสธ เป็นการฝึกทักษะการปฏิเสธในสถานการณ์ฉุกเฉินตามหลักการที่ ถูกต้อง เช่น เมื่อผู้ป่วยถูกชักชวนให้ไปใช้ยาเสพติด เป็นต้น

๓.๕ ทักษะการควบคุมตนเอง เป็นการฝึกทักษะการรับรู้และบอกอารมณ์ความรู้สึกของ ตนเองแก่ผู้อื่นได้ และฝึกควบคุมอารมณ์ตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์

๓.๖ ทักษะการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์และเตือนตนเอง รวมถึงฝึกการให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น

๓.๗ ทักษะการแก้ปัญหา เป็นการฝึกการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ

๓.๘ ทักษะการสื่อสาร เป็นการฝึกให้รู้จักสื่อความรู้สึกนึกคิดของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจด้วย ภาษาพูด ท่าทาง และไต่ถามการรับรู้ความรู้สึกของคนอื่นอย่างถูกต้อง

๓.๙ การสร้างวินัยให้ตนเอง เป็นการฝึกระเบียบวินัยเมื่ออยู่เป็นหมู่คณะ

๔. กระบวนการชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) เป็นกระบวนการในการบำบัดรักษาใน ขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้เข้ารับการรักษาช่วยเหลือตนเองได้ โดยจำลอง รูปแบบการดำรงชีวิตในสังคม เป็นชุมชน ศูนย์จำลอง มีบุคคลเข้ามาอยู่ร่วมกันเสมือน ครอบครัวเดียวกัน ย่อม มีความจำเป็นในการอยู่ร่วมกันภายใต้ หลักการ กฎเกณฑ์ ที่สมาชิกร่วมกันกำหนดไว้ เพื่อสร้างการพัฒนาที่

ครอบคลุมในด้านต่างๆ เริ่มตั้งแต่ จัดการพฤติกรรม ความสามารถ แนวคิด วุฒิภาวะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ให้สามารถอยู่ร่วมกันอย่างสมดุล ในสังคม

ประกอบด้วย ๓ กิจกรรมหลัก ได้แก่

๔.๑ กลุ่มบำบัด (Group Therapy) ผู้บำบัดจะจัดให้มีกิจกรรม ดังนี้

- (๑) กลุ่มปฐมนิเทศ
- (๒) กลุ่มประชุมเช้า
- (๓) กลุ่มสัมมนา
- (๔) กลุ่มประชุมเจ้าหน้าที่
- (๕) กลุ่มนันทนาการ
- (๖) กลุ่มเสริมสร้างประสบการณ์
- (๗) กลุ่มจิตบำบัด
- (๘) กลุ่มปรับความเข้าใจ
- (๙) กลุ่มประเมินงานบำบัด
- (๑๐) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

๔.๒ งานบำบัด (Works Therapy) เป็นการจัดแบ่งหน้าที่รับผิดชอบให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติงานตามทีมงานต่างๆ อาทิ ทีมงานเกษตร งานเลี้ยงสัตว์ งานครัว งานธุรการ-การตลาด งานตัดเย็บ งานอาหาร งานช่างไม้ งานตกแต่งตึก งานประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

๔.๓ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Re-Shape Behavior) เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองได้ด้วย การลงโทษและการให้รางวัล

๔.๓.๑ เครื่องมือบ้าน (Tools of the House) เป็นกิจกรรมการลงโทษ ที่ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของบ้าน จึงเป็นกิจกรรมที่ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ที่ตอบสนองพฤติกรรมที่สมาชิกกระทำพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น สมาชิกกระทำข้อบกพร่อง ขาดความรับผิดชอบทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น งานในหน้าที่ หรือกระทำผิดกฎระเบียบ ให้เกิดการเรียนรู้ ผิดฝนจนเป็นอุปนิสัย สามารถเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม สร้างความมั่นใจ จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ชนิดของเครื่องมือบ้าน

การแบ่งชนิดของเครื่องมือของบ้านจะแบ่งตามระดับเบาไปหนัก โดย พิจารณาจาก กฎระเบียบหลัก กฎระเบียบรอง พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เจตนาและเหตุผลของผู้กระทำข้อบกพร่อง

๑. การพูดคุยตักเตือน (Talking To) เป็นการพูดคุยตักเตือนบอกข้อบกพร่องและให้คำแนะนำแนวทางการแก้ไข

๒. การบอกข้อบกพร่อง (Pull Up) เป็นการบอกข้อบกพร่อง /การกระทำที่ไม่เหมาะสม ต่อหน้าเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ไม่กระทำซ้ำอีก

๓. การทำกลุ่มให้คำแนะนำ (Hair Cut) เป็นการให้คำแนะนำตักเตือนสมาชิกที่มีข้อบกพร่องสามารถนำวิธีการ หลักการ และเหตุผลไปใช้ได้

๔. การเรียนรู้ประสบการณ์ (Learning Experience) เป็นการให้การช่วยเหลือสมาชิกที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ผลจากพฤติกรรมที่ตนเองกระทำ

๕. การนั่งเก้าอี้ใช้ความคิด (Prospective Chair/ Hot Chair) เป็นวิธีการที่ให้สมาชิกได้ใช้เวลา นั่งคิดทบทวนพฤติกรรมหรือความคิดของตนเองว่าผิดหรือถูกและควรแก้ไขอย่างไร

๖. การทำงานใช้ความคิด (Shot Down) เป็นวิธีการให้การช่วยเหลือสมาชิกที่มีพฤติกรรมไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นการให้สมาชิกได้เรียนรู้ใช้เวลาคิดทบทวนพฤติกรรมของตนเอง รู้จักสำนึกผิดและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม

๗. การประชุมทั้งบ้าน (House Meeting) เป็นวิธีการในการช่วยเหลือสมาชิกที่กระทำ ความผิดรุนแรง ให้ได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับ เพื่อให้ผู้กระทำผิดได้เปลี่ยนแปลงแก้ไขตนเองและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในทางที่ถูกต้องโดยมีสมาชิกทั้งหมดในบ้านและนักบำบัดทั้งหมดเป็นผู้ให้คำแนะนำ

๔.๓.๒ การให้รางวัล เช่น การเลื่อนให้เป็นหัวหน้าทีมงาน ตามตำแหน่งโครงสร้างของชุมชน บำบัด การคัดเลือกให้เป็นสมาชิกดีเด่นประจำเดือน การชมเชย การอนุญาตให้สวมเครื่องประดับ การให้ร้องขอ การลาเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

การจัดการกับสมาชิกในชุมชนบำบัดให้ดำเนินไปได้ด้วยดี ชุมชนมีความจำเป็นต้องมีเครื่องมือของบ้าน (Tools of house) เป็นหัวใจสำคัญ ที่จะใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทักษะคิด ตลอดจนการพัฒนาทาง อารมณ์และจิตใจ ส่งเสริมความสามารถของบุคคลทั้งในการทำงาน การแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง การยอมรับ การเข้าใจตนเอง การปรับตัวในอยู่ร่วมกัน เพื่อให้เขาสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไปโดยอยู่ บนพื้นฐานของการเคารพสิทธิผู้ป่วย/เสมอภาค/เท่าเทียม มีคุณธรรม จริยธรรม มีความยุติธรรม ตัดสิน ตรงไปตรงมา และมีความเป็นแบบอย่างที่ดี (Role model)

๔. ขั้นตอนติดตามหลังรักษา (after-care) เป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาครบทั้ง ๓ ขั้นตอน ด้วยการให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเสถียรซ้ำ ดำเนินการโดยการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ หรือนัดให้มาพบ ณ สถานบำบัด ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ติดตามจะสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติที่ใกล้ชิดร่วมกับ การตรวจสอบสภาวะของผู้ป่วย เพื่อหาสารเสถียรประเมินพฤติกรรมเสี่ยงเมื่อพบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงผู้ป่วยจะ ให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่พบ หากพบผู้ป่วยกลับไป เสถียรซ้ำจะใช้เทคนิคการเสริมสร้าง แรงจูงใจให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาโดยเร็ว มีการติดตาม ๗ ครั้ง ใน ๑ ปี หลังจำหน่าย (๒ สัปดาห์ / ๑ เดือน / ๒ เดือน / ๓ เดือน / ๖ เดือน / ๙ เดือน / ๑๒ เดือน)

บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder)

คือการใช้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนอย่างชัดเจนจากพฤติกรรมปกติในสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วย นั้นๆ โดยที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรบกวนกังวลต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าการกระทำ ของตนได้สร้างปัญหาให้กับคนรอบข้าง ผู้ป่วยมักปฏิเสธการช่วยเหลือด้านจิตใจ และไม่ยอมรับว่าตนเองมี ปัญหา ซึ่งต่างจากผู้ป่วยในกลุ่มโรควิตกกังวลหรือโรคซึมเศร้า ดังนั้นผู้ป่วยในกลุ่มนี้จึงขาดแรงจูงใจที่จะมา รักษา บุคลิกภาพผิดปกติจะมีลักษณะสำคัญที่เรียกว่า alloplastic คือ ต้องการให้ผู้อื่นปรับตัวเข้าหาตนเอง แทนที่จะมองว่าปัญหาต่างๆน่าจะแก้ไขโดยการปรับปรุงตนเอง (autoplatic) และผู้ป่วยไม่เห็นว่าการกระทำของ ตนเองนั้นผิดปกติ (ego-syntonic) ไม่รู้สึกเดือดร้อนกับพฤติกรรมของตน และส่วนใหญ่จะเป็นผู้คนรอบข้างที่ เดือดร้อนโดยทั่วไปแล้วผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติจะมีลักษณะที่สำคัญอยู่ ๒ ประการ (อิติพันธ์ ธาณิรัตน์, ๒๕๕๕) ได้แก่

๑. อาการหรือพฤติกรรมเหล่านี้ไม่ขัดต่อความรู้สึกของผู้ป่วย (ego-syntonic) ไม่คิดว่าตัวเองผิดปกติ และไม่คิดว่าต้องได้รับการรักษา

๒. ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือคนใกล้ชิดให้เข้ากับตัวเอง alloplastic)

การวินิจฉัยบุคลิกภาพผิดปกติ

ทั้งนี้อาจใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder) ของ DSM-IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, text- Revised) เพื่อความชัดเจนในการวินิจฉัยดังนี้

- บุคคลที่มีลักษณะการดำเนินชีวิตแตกต่างไปจากบุคคลอื่นที่อยู่ร่วมวัฒนธรรมเดียวกับตน โดยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย ๒ อย่าง
 ๑. มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง หรือต่อผู้อื่น หรือต่อเหตุการณ์ที่คลาดเคลื่อนจากความ เป็นจริงที่คนอื่นรับรู้
 ๒. มีอารมณ์ตอบสนองที่ไม่มั่นคง อาจมากหรือน้อยเกินไป ไม่เหมาะสม
 ๓. มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น
 ๔. มีพฤติกรรมที่หุนหันพลันแล่น ขาดการควบคุมที่ดี
- ลักษณะดังกล่าวค่อนข้างเป็นอยู่ตลอด และไม่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์
- เกิดปัญหาอย่างมากในด้านอาชีพ การทำงาน หรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมที่สำคัญอย่างอื่น
- ลักษณะจะคงที่และเป็นระยะเวลายาวนาน อาการเริ่มเป็นมาตั้งแต่วัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาว
- อาการดังกล่าวไม่ใช่อาการของโรคทางจิตเวช หรือไม่เกิดภายหลังจากผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช
- อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติด ยารักษาโรค หรือโรคทางกาย

ลักษณะของบุคลิกภาพผิดปกติ

จะพบว่าการปรับตัวผิดปกติจนเป็นเหตุให้การทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่องอย่างชัดเจน จนเกิดปัญหาที่เป็นผลให้เกิดความทุกข์ในการดำเนินชีวิต ซึ่งมีการจัดกลุ่มอาการของบุคลิกภาพผิดปกติเป็นกลุ่มใหญ่ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ๓ กลุ่ม

๑. กลุ่ม A (cluster A) มีลักษณะเฉพาะคือ เก็บตัวหรือแยกตัวจากผู้อื่น ความคิดหรือพฤติกรรม แปลกประหลาด ไม่สนใจว่าคนอื่นจะคิดกับตนเช่นไร ดำเนินชีวิตอิสระ ในกลุ่มนี้มีบุคลิกภาพแปรปรวน ๓ ชนิด ได้แก่

- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบหวาดระแวง (paranoid personality disorder)
- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบแยกตัว (schizoid personality disorder)
- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบคล้ายจิตเภท (schizotypal personality disorder)

๒. กลุ่ม B (cluster B) มีลักษณะเฉพาะคือ แสดงออกทางอารมณ์อย่างมากเกิน (dramatic) อารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็ว มักแสดงอำนาจเหนือผู้อื่น บงการโดยมุ่งที่ผลประโยชน์ของตนเป็นสำคัญ ขาดความยับยั้งชั่งใจ สัมพันธภาพแบบผิวเผินและไม่ยั่งยืน ในกลุ่มนี้มีบุคลิกภาพแปรปรวน ๔ ชนิด ได้แก่

- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบหลงตัวเอง (narcissistic personality disorder)
- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบเรียกร้องความสนใจ เหมือนแสดงละคร (histrionic personality disorder)
- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder)

- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบเจ้าอารมณ์ (borderline personality disorder)
๓. กลุ่ม C (cluster C) มีลักษณะเฉพาะคือ วิตกกังวล ในกลุ่มนี้มีบุคลิกภาพแปรปรวน มีลักษณะ ๓ ชนิด ได้แก่
- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบพึ่งพา (dependent personality disorder)
 - บุคลิกภาพแปรปรวนแบบหลีกเลี่ยง (avoidant personality disorder)
 - บุคลิกภาพแปรปรวนแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive personality disorder)
- นอกจากนี้ยังมีบุคลิกภาพผิดปกติที่ไม่สามารถจัดเข้าไว้ใน ๓ กลุ่มได้ (other personality disorder) ได้แก่
- Personality change due to another medical condition
 - Other specified personality disorder
 - Unspecified personality disorder

บุคลิกภาพแปรปรวนแบบเจ้าอารมณ์ (Borderline personality disorder)

บุคลิกภาพแบบนี้จัดอยู่ในกลุ่ม B (cluster B) มีลักษณะคึกคัก ร้าย มีอาการปะปนกันกับหลายๆโรค เช่น อารมณ์ทางจิต อารมณ์แปรปรวน โรคบุคลิกภาพแปรปรวนอื่นๆ และโรคทางสมอง แต่ก่อนจัดโรคนี้คาบเกี่ยวกันระหว่างอาการทางประสาทและอาการทางจิต ผู้ป่วยจะมีความลำบากในการอยู่ด้วยตนเอง ในการควบคุมอารมณ์ การประคับประคองความสัมพันธ์ให้คงที่ และความภาคภูมิใจในตนเอง มีลักษณะวิตกกังวลไปเสียทุกอย่าง (pan anxiety) กลัวการถูกทอดทิ้งอย่างมาก รู้สึกว่างเปล่าและโหยหาความรัก สับสนภาพลักษณ์และการรู้จักตัวเอง ดูเหมือนกันอยู่ในภาวะวิกฤต (crisis) ตลอดเวลา มีอาการทางจิตชั่วคราวหรือไม่รู้ตัวเองแบบ dissociative ได้ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองทั้งทางตรงและทางอ้อม เสียสัมพันธภาพกับคนรอบข้างอย่างมาก จู้จี้จ้าน และอาจเป็นสาเหตุทำให้คนทะเลาะกัน เมื่ออยู่ภายใต้ความเครียดอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะสูญเสียการควบคุมตัวเองจนอาจจะระเบิดอารมณ์ ส่าสอนทางเพศ ติดสารเสพติด กินจุหรือมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ขับรถเร็ว

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคบุคลิกภาพแปรปรวนแบบเจ้าอารมณ์ ตาม DSM-IV TR

A. ผู้ป่วยมีลักษณะสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ภาพลักษณ์ของตนและอารมณ์ที่ไม่คงที่ และควบคุมตนเองไม่ได้อย่างมาก รูปแบบดังกล่าวเป็นไปแทบทุกเรื่อง เริ่มเป็นตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น และพบได้้นภาวะแวดล้อมหลายๆรูปแบบ โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ตั้งแต่ ๕ ข้อขึ้นไป

๑. พยายามอย่างยิ่งยวดที่จะหลีกเลี่ยงการถูกละทิ้ง ไม่ว่าจะจริงหรือเป็นสิ่งที่คิดเอง
หมายเหตุ : ไม่รวมพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตนเองที่เข้ากับเกณฑ์ข้อ ๕
๒. ความสัมพันธ์ที่มีกับผู้อื่นเป็นไปในรูปแบบที่รุนแรงและไม่มั่นคง โดยมีลักษณะสับเปลี่ยนไปมาระหว่างการยกย่องเทิดทูนอย่างมากกับการดูถูกไม่เห็นคุณค่าอย่างมาก
๓. มีปัญหาในเรื่องเอกลักษณ์แห่งตน : มีภาพลักษณ์ของตนเองและ sense of self ที่ไม่คงที่อย่างมาก และเป็นเช่นนี้อยู่ตลอด
๔. ควบคุมตนเองไม่ได้ในอย่างน้อย ๒ ด้านที่อาจก่อให้เกิดผลเสียแก่ตนเองได้ เช่น การใช้จ่าย เรื่องทางเพศ การติดสารเสพติด การขับรถอย่างบ้าระห่ำ การกินไม่หยุด
หมายเหตุ : ไม่รวมพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตนเองที่เข้ากับเกณฑ์ข้อ ๕
๕. มีการขู่ แสร้งหรือพยายามฆ่าตัวตายอยู่เรื่อยๆ หรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
๖. อารมณ์ไม่คงที่เนื่องจากการผันแปรของอารมณ์เปลี่ยนไปตามสิ่งแวดล้อมอย่างมาก เช่น ไม่สบายใจอย่างมาก หงุดหงิด หรือวิตกกังวล มักเป็นไม่กี่ชั่วโมง น้อยรายที่จะเป็นนานกว่าหลายวัน

๗. รู้สึกว่าตนเองว่างเปล่าอยู่ตลอดเวลา
๘. มีอารมณ์โกรธที่ไม่เหมาะสม รุนแรง หรือมีปัญหาในการคุมอารมณ์โกรธ เช่น อาละวาดบ่อยๆ โกรธฉุนเฉียวอยู่ตลอดเวลา มีเรื่องชกต่อยอยู่เรื่อยๆ
๙. มีความคิดหวาดระแวงมากเกินไปหรือมีอาการ dissociative ที่รุนแรงโดยอาการเป็นไม่นานและเกี่ยวข้องกับความคิดค้น

ปัจจัยของการเกิดโรคบุคลิกภาพแปรปรวน

สาเหตุของการเกิดบุคลิกภาพแปรปรวนสามารถอธิบายได้หลายมุมมอง เช่น

แนวคิดของจิตพลวัตพฤติกรรมนิยม การรู้คิด สังคมวัฒนธรรม และแนวคิดทางชีวภาพ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของบุคลิกภาพแปรปรวน อธิบายได้ดังนี้ (ขวัญพนมพร, ๒๕๕๔; เขียรชัย, ๒๕๕๘)

๑. ปัจจัยทางพันธุกรรม

การศึกษาในฝาแฝดโดย (เขียรชัย, ๒๕๕๘) พบว่าบุคลิกภาพผิดปกติมีความสัมพันธ์กับยีน ร้อยละ ๕๘ สรุปได้ว่าปัญหาบุคลิกภาพแปรปรวน สัมพันธ์กับปัจจัยทางพันธุกรรมมากกว่าโรคทางจิตเวช โดย มีหลายการศึกษาพบว่าบุคลิกภาพแปรปรวนแบบ schizotypal และ borderline พบได้บ่อยในญาติของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และพบบุคลิกภาพแปรปรวนแบบ cluster C ได้ในญาติของผู้ป่วยโรควิตกกังวล (anxiety disorder)

๒. ปัจจัยด้านชีวประสาทวิทยา

ความผิดปกติที่เกิดขึ้น สัมพันธ์กับรอยโรค ความผิดปกติของสมองส่วนหน้า (frontal cortex) และการทำหน้าที่ของระบบลิมบิก (limbic system) โดยเฉพาะส่วนอมิกดาลา (amygdala) และฮิปโปแคมปัส (hippocampus) รวมถึงเทมโพลรัล (temporal lobe) อีกทั้งการที่ระดับซีโรโทนิน (serotonin) ต่ำมีผลต่ออารมณ์ การมีพฤติกรรมก้าวร้าว ขาดความยับยั้งชั่งใจ และการมีท่าที่เหมือนพยายามจะฆ่าตัวตาย (suicidal gesture) พบบุคลิกภาพแปรปรวนใน cluster A โดยเฉพาะบุคลิกภาพแปรปรวนแบบ schizotypal และพบว่าความวิตกกังวลสัมพันธ์กับความผิดปกติของ โดปามีนและซีโรโทนิน ในผู้มีบุคลิกภาพแปรปรวนใน cluster C แสดงถึงความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและโรคในกลุ่มอารมณ์สองขั้วและกลุ่มโรคซึมเศร้า

๓. การเรียนรู้และความคิดการรับรู้

พบว่ารูปแบบความผูกพัน (attachment pattern) การได้รับบาดเจ็บชอกช้ำในระหว่างพัฒนาการ (developmental trauma) เกี่ยวข้องกับการเกิดบุคลิกภาพผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลิกภาพแปรปรวนแบบ borderline

๔. ปัจจัยด้านจิตสังคม

บุคลิกภาพแปรปรวนมักพบในบุคคลที่เติบโตท่ามกลางความสับสนวุ่นวาย มีความรุนแรงในครอบครัว ถูกทารุณกรรมทางร่างกายและทางเพศ ถูกทอดทิ้งจะเห็นได้ว่าผู้มีบุคลิกภาพแปรปรวนมีความทุกข์จากลักษณะพฤติกรรมผิดปกติที่ทำให้เกิดความบกพร่อง ของการทำหน้าที่ต่างๆในการดำเนินชีวิตของตนเอง ก่อให้เกิดความทุกข์ทั้งกับครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และเป็นปัญหาสังคมได้อย่างไรก็ตามผู้ที่บุคลิกภาพแปรปรวนมักไม่แสวงหาการรักษา เนื่องจากขาดความเข้าใจปัญหาของตนเองและไม่คิดว่าตนเองป่วย จะมารับบริการสุขภาพก็ต่อเมื่อมีวิกฤติที่รุนแรง หรือวิตกกังวลกับอาการทางกาย หรือเจ็บป่วยทางจิตเวช หรืออาจมาด้วยคำสั่งการรักษา หรือเป็นความต้องการของครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมของผู้ที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนนี้

การทดสอบบุคลิกภาพ

เครื่องมือทางจิตวิทยาที่ใช้ในการประเมินบุคลิกภาพแปรปรวน เพื่อทราบลักษณะบุคลิกภาพ อารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความขัดแย้งในใจ ความเข้มแข็งของจิต กลไกป้องกันตนเอง ในกรณีที่สงสัยว่าเป็นโรคจิตเวชต่างๆ เป็นต้น

แบบทดสอบบุคลิกภาพแบ่งเป็น ๒ ประเภท (เรียร์ชัย, ๒๕๕๘)

๑. แบบทดสอบประเภทรายงานด้วยตนเอง (Self-report inventories)

๑.๑ MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) ประกอบด้วยคำถาม ๕๖๖ ข้อ ใช้ในผู้ที่มีอายุ ๑๖ ปีขึ้นไป ประกอบด้วยลักษณะต่างๆของบุคลิกภาพ ๑๐ แบบ

๑.๒ ๑๖PF (Sixteen Personality Factors Questionnaire) มีคำถาม ๑๘๗ ข้อ ใช้ในผู้ที่มีอายุ ๑๖ ปีขึ้นไป

๒. แบบทดสอบประเภทฉายภาพ (Projective tests)

๒.๑ DAP (Draw-a-Person Test) และ HTP (House-Tree-Person) ใน DAP ตรวจโดยให้ผู้ถูกทดสอบวาดรูป “คน” บนกระดาษขาว ไม่มีเส้นขนาด ๘.๕" x ๑๑" ใน HTP ให้ผู้ถูกทดสอบวาดรูป “บ้าน” “ต้นไม้” “คน” โดยภาพ “คน” สะท้อนถึง body image “บ้าน” สะท้อนถึง family และ “ต้นไม้” สะท้อนถึง ego development ความผิดปกติที่อาจตรวจพบ ได้แก่ วาดคนผิดสัดส่วน วาดรูปคนเป็นหุ่นยนต์ วาดคนเห็นอวัยวะภายใน เป็นต้น ซึ่งสะท้อนถึงความคิด การรับรู้ที่ผิดปกติ

๒.๒ CAT (Children Apperception Test) และ TAT (Traumatic Apperception Test) เป็นการทดสอบโดยแสดงภาพสถานการณ์ต่างๆที่คลุมเครือแก่ผู้ถูกทดสอบ จากนั้นให้ผู้ถูกทดสอบเล่าเรื่องจากภาพ ตามความคิดหรือจินตนาการของตน ซึ่งไม่มีผิดหรือถูก โดยลำดับเรื่องจากก่อนหน้าในภาพ ขณะในภาพ และจบลงเป็นอย่างไร อาจจะทำให้ถึงความคิด ความรู้สึก ความสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ความผิดปกติที่อาจตรวจพบ ได้แก่ กระแสความคิดที่ไม่ต่อเนื่อง (loosening of association) ความคิดแล่นเร็ว (flight of ideas) เป็นต้น

๒.๓ Rorschach ลักษณะเป็นภาพหยดหมึกที่หยดลงบนกระดาษที่พับเข้าหากันแล้วคลี่ออกมา ให้ผู้ถูกทดสอบดูภาพที่ละภาพ ว่าคล้ายอะไร โดยจะดูอย่างไรก็ได้ไม่มีผิดหรือถูก ความผิดปกติที่อาจตรวจพบ เนื้อความที่เกินความเป็นจริง เช่น “คนกำลังบินไปจับผีเสื้อ” สะท้อนถึงความคิด อารมณ์ที่ผิดปกติ

๒.๔ SCT (Sentence Completion Test) ลักษณะเป็นประโยคที่ไม่สมบูรณ์ ๕๐ ประโยค ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านประโยคดังกล่าวที่ละข้อและเติมประโยคให้สมบูรณ์ให้เร็วที่สุด ใช้วิเคราะห์ดูความสัมพันธ์ในครอบครัว ความคิด และอารมณ์

การบำบัดรักษา

เนื่องจากบุคลิกภาพประกอบด้วยนิสัย ทักษะและพฤติกรรมที่ดำเนินมาเป็นเวลานานจนเป็นส่วนหนึ่งของผู้ป่วยคนเคย การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญประการแรก คือ ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นปัญหา และก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตและสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง การยอมรับนี้จะเกิดขึ้นได้อยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดีในการรักษา ดังนั้นผู้ให้การบำบัดรักษานอกจากจะมีคุณลักษณะที่สำคัญคือ อบอุ่นจริงใจ (genuine) และไม่ตัดสินผู้ป่วย (non-judgement) และยังต้องมีความหนักแน่นมั่นคง (firm and consistency) แต่ก็ต้องยืดหยุ่นในสถานการณ์ที่จำเป็น ปัญหาสำคัญที่มักทำให้ผู้ให้การบำบัดมีความยากลำบากในการคงสัมพันธภาพที่ดีคือ ปัญหา transference เกิดจากจิตไร้สำนึกของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลสำคัญในชีวิตของเค้าแล้วถ่ายทอดความรู้สึกนี้มายังผู้รักษา และ counter-transference คือพฤติกรรมที่

ผู้รักษาแสดงออกต่อผู้ป่วยอันไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับปัญหาการทำร้ายตนเอง (self-mutilation) การพยายามฆ่าตัวตาย และการควบคุมตนเอง (impulse control) (เฮียร์ซีย์ งามทิพย์วัฒนา, ๒๕๕๘) โดยทั่วไปแล้วผู้ที่มาบำบัดรักษาสารเสพติดที่มีโรคบุคลิกภาพแปรปรวนร่วมด้วย มีโอกาสเกิดโรคอารมณ์ซึมเศร้าร่วมด้วยได้มาก มีการควบคุมแรงกระตุ้นภายในไม่ได้ได้บ่อยโดยเฉพาะ cluster B หากเป็นโรคบุคลิกภาพแปรปรวนแบบเจ้าอารมณ์ (borderline personality disorder) จะพบประวัติการทำร้ายตนเองและการพยายามฆ่าตัวตายได้สูง นอกจากนี้ยังมีการสูญเสียการทำหน้าที่ทางจิตใจและสังคมมากกว่าผู้เสพติดที่ไม่มีโรคบุคลิกภาพแปรปรวน อีกทั้งยังพบอัตราการว่างงานสูงและเป็นการว่างงานแบบเรื้อรัง และพบว่ามักขาดการดูแลช่วยเหลือจากคนรอบข้างและสังคม ด้วยปัจจัยต่างๆดังกล่าวส่งผลให้การบำบัดรักษาอย่างมีประสิทธิภาพเป็นไปได้ยาก อีกทั้งการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยค่อนข้างเป็นไปได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยขาดความไว้วางใจและพยายามหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับทีมรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยมักไม่ค่อยยอมรับการกระทำของตนเองว่าส่งผลกระทบหรือทำให้ผู้อื่นเดือดร้อนอย่างไร ผู้ป่วยที่มีโรคบุคลิกภาพแปรปรวนจึงมีอัตราการคงอยู่ของการรักษา (retention rate) ต่ำ ดังนั้นการรักษาจึงควรที่จะทำ integrated treatment โดยที่จะต้องวางแผนการรักษาทั้งการบำบัดรักษาสารเสพติดไปพร้อมกันกับการรักษาโรคบุคลิกภาพแปรปรวน (ธวัชชัย ลีพานานจ, ๒๕๕๙)

การรักษาโรคบุคลิกภาพแปรปรวนที่สำคัญได้แก่ (เฮียร์ซีย์ งามทิพย์วัฒนา, ๒๕๕๘)

๑. การรักษาด้วยยา (psychopharmacology) เป็นการรักษาตามอาการที่จำเป็นต้องควบคุม เช่น การให้ยาคลายกังวล (antianxiety) เพื่อลดความวิตกกังวล ยาลดอารมณ์เศร้า (antidepressant) และการให้ยาต้านโรคจิต (antipsychotic) เพื่อลดอาการรุนแรงและให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้โดยพบว่า ลักษณะรุนแรง พลังงานและก้าวร้าวอาจตอบสนองกับยาที่มีผลต่อระบบ serotonin ส่วนความผิดปกติของอารมณ์ที่ไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงง่าย อาจตอบสนองกับยาที่มีผลต่อระบบ serotonin หรือ dopamine และอาการโรคจิตตอบสนองต่อยารักษาอาการโรคจิต

๒. จิตบำบัด (psychotherapy) เป็นการรักษาทางด้านจิตใจ โดยช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา รู้ถึงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น หาวิธีการที่จะปรับตัวให้เหมาะสมกับสังคมและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ จิตบำบัดเดี่ยวและจิตบำบัดกลุ่มจะเน้นหลักการแก้ปัญหา (problem-solving oriented) ให้ผู้ป่วยพิจารณาและค้นหาพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเฉพาะในจิตบำบัดกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลของพฤติกรรมของเขาที่มีต่อสมาชิกในกลุ่ม ทำให้เขาสามารถนำกลับไปใช้ในการปรับตัวกับคนอื่นๆในชีวิตประจำวันได้ โดยจิตบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) เป็นวิธีที่นำมาใช้อย่างมาก เนื่องจาก CBT มีรูปแบบและโครงสร้างในการบำบัดที่ชัดเจน เน้นการช่วยให้ผู้ป่วยเห็นกรอบแนวคิดเฉพาะของตน (specific internal mental scheme) ที่ทำให้ผู้ป่วยมักจะมองหรือเข้าใจสถานการณ์เฉพาะผิดไปจากความเป็นจริง หรือทำให้แสดงออกไม่เหมาะสม จากนั้นจึงเรียนรู้วิธีเปลี่ยนแปลงกรอบแนวคิดนั้น พบว่าเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้มีบุคลิกภาพแปรปรวนอาการดีขึ้นเร็วกว่าการไม่ได้รับการรักษา

๓. พฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) การใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นการมุ่งเน้นที่ทั้งสถานการณ์ ความเครียดในปัจจุบัน และประสบการณ์ด้านลบในวัยเด็ก เรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เกิดความสุขในชีวิต และเป็นที่ยอมรับในสังคม เทคนิคของพฤติกรรมบำบัด เช่น เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกซ้อมบทบาทสมมติ (role play exercise) จะถูกใช้ในการจัดการกับนิสัย (trait) ที่เป็นปัญหา เช่น การควบคุมอารมณ์ หรือการกล้าแสดงออก

๔. นิเวศบำบัด (milieu therapy) เป็นลักษณะของการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีบรรยากาศของการยอมรับและให้เกียรติเป็นการฝึกทักษะของการอยู่ร่วมกันในสังคม ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ที่จะปรับตัวอยู่ในสังคมตามสภาพแวดล้อมของตน การควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

จิตบำบัดสำหรับบุคลิกภาพแปรปรวน

พื้นฐานของบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดนี้คือ การขาดความยับยั้งชั่งใจ และอารมณ์ที่ไม่มั่นคง การศึกษาในประสบการณ์ในวัยเด็กมักพบว่าผู้ป่วยโรคนี้มีอัตราการถูกล่วงละเมิดทางเพศ การถูก ทำร้ายร่างกาย ถูกทำร้ายจิตใจด้วยคำพูด หรือถูกทอดทิ้งทางอารมณ์สูงกว่าในกลุ่มอื่นๆ รวมทั้งมักจะทอดทิ้งเด็ก ซึ่งเป็นเหตุให้พัฒนาการของเด็กมีปัญหา ซึ่งสิ่งแวดล้อมเหล่านี้มักจะมีแนวโน้มที่จะทำให้เด็กมีปัญหาขาดความยับยั้งชั่งใจและการแสดงอารมณ์ที่ผิดปกติ โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยจะมีชีวิตในวัยเด็กที่ค่อนข้างจะลำบากหรือมีปัญหา มีลักษณะที่สับสน วุ่นวาย ไม่ค่อยให้กำลังใจกัน หรือทำร้ายจิตใจซึ่งกันและกัน สิ่งหนึ่งที่จะพบเสมอและเชื่อมโยงไปยังระบบประสาทชีววิทยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ประวัติการถูกรังแก (abuse) ถูกละเลย (neglect) โดยเฉพาะการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

การทำร้ายตนเองก็เป็นอีกรูปแบบของความคิดพยายามฆ่าตัวตาย เช่น การกรีดข้อมือ การจี้ตนเองด้วยไฟหรือบุหรี่ ซึ่งเป็นลักษณะที่โดดเด่นของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ผู้ป่วยอาจจะกรีดข้อมือหรือส่วนอื่นๆของร่างกาย โดยมากแล้วผลจะไม่ลึกมาก แต่มักจะเกิดขึ้นซ้ำๆ การกรีดข้อมือไม่ใช่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมักจะไม่ฆ่าตัวตายโดยวิธีนี้ การทำร้ายตนเองอยู่เป็นประจำอาจจะเป็นรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรมการเสพติด เป็นการทำพฤติกรรมที่แสดงถึงอารมณ์ที่รู้สึกเจ็บปวด และจะรู้สึกดีขึ้นเมื่อเห็นเลือดออก บางครั้งทำให้ลดความรู้สึกเบื่อ เครียด อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์ด้านชาหรือความรู้สึกล่องลอย ไม่เป็นตัวของตัวเอง (dissociative state) นอกจากนี้ยังเป็นเหมือนการสื่อสารชนิดหนึ่งถึงความรู้สึกในทางลบที่มีอยู่ (emotional hypochondriasis) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้อื่นรับรู้ความรู้สึกทุกซอกทุกใจของตนเอง เป็นการแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกเจ็บปวดแทนคำพูด ซึ่งพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกทำให้เกิดความสนใจและการตอบสนองตามมาในที่สุด ในการรักษาจึงต้องสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้การสื่อสารความไม่สบายใจออกมาตั้งแต่เนิ่นๆ ก่อนที่จะแสดงออกโดยการกระทำ ซึ่งเดิมผู้ป่วยทำเป็นอัตโนมัติแนวทางการรักษาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองด้วยจิตบำบัดแบบจิตพลวัตชนิดที่มุ่งความสนใจไปที่ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อผู้รักษา (Transference-focused therapy)

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy : CBT)

หัวใจสำคัญของวิธีการรักษาแบบนี้คือ

๑. ผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวนแบบเจ้าอารมณ์จะมีปัญหาที่เกิดจากการควบคุมอารมณ์ไม่ดีพอ ดังนั้นเป้าหมายการรักษาก็คือพยายามช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการที่จะควบคุมและปรับเปลี่ยนอารมณ์รุนแรงของตนเอง พยายามที่จะส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการอื่นๆที่จะจัดการกับอารมณ์ในเชิงลบ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับอารมณ์ที่หุดหู่ ซึมเศร้า ถือเป็นเรื่องหลักในการรักษา ผู้รักษาต้องพยายามที่จะหาวิธีการที่เหมาะสมและได้ผล เช่น การเบี่ยงเบนประเด็น การเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งบางคนก็ได้ผลดี บางคนอาจจะต้องพยายามขัดเซียงที่เป็นบวก เป็นต้น

ผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวนแบบเจ้าอารมณ์มักจะรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถที่จะจัดการกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ซึ่งเป็นเหตุผลที่ว่าเพราะอะไรจึงต้องแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ออกมาเวลาที่เขามีความไม่สบายใจ เพราะฉะนั้นเมื่อมุ่งประเด็นความสนใจมาที่วิธีการแก้ปัญหา เขาจะต้องมีความสามารถ

(competence) หรือทักษะ (skill) อย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นมา ซึ่งจะทำให้เขาเกิดความภาคภูมิใจในตนเองเวลาที่เขามีความคับข้องใจ การเปลี่ยนแปลงที่เขาทำได้นี้ก็จะทำให้เขายังรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองอยู่

๒. ผู้ป่วยและผู้รักษาจะต้องวางแผนและกำหนดเป้าหมายร่วมกันให้ชัดเจน

๓. ในการรักษาผู้รักษาใช้แนวถ่วงดุล หมายความว่าพยาธิสภาพเป็นที่ยอมรับ เป็นที่เข้าใจว่าเกิดขึ้นมาได้อย่างไร และในขณะเดียวกันต้องมีความคาดหวังว่าจะต้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

๔. การรักษาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจะมีลำดับก่อนหลัง โดยต้องลดการพยายามที่จะฆ่าตัวตายก่อน ต่อมาจะเป็นการลดพฤติกรรมที่จะขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคในการรักษา ต่อมาคือลดอุปสรรคขัดขวางต่อคุณภาพชีวิต และสุดท้ายคือพยายามเพิ่มทักษะทางสัมพันธภาพให้มากขึ้น

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวนแบบเจ้าอารมณ์ส่วนใหญ่มักจะเคยนอนโรงพยาบาลไม่ช่วงเวลาใดก็ช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งไม่ได้หมายความว่า การรักษาแบบนอนโรงพยาบาลนั้นจะเป็นประโยชน์ ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพราะว่า นักจิตบำบัดจะกลัวในเรื่องของการฆ่าตัวตาย และบางครั้งการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลก็จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ไม่ได้เป็นเพราะว่าทำให้ผู้รักษาสบายใจขึ้น โดยหลักการแล้ว การรับไว้รักษาในโรงพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นการใช้ทรัพยากรที่สิ้นเปลือง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนอนโรงพยาบาลด้วยหลายเหตุผล ได้แก่ ๑) มีอาการทางจิต ๒) มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง ๓) มีการข่มขู่ว่าจะฆ่าตัวตาย ๔) มีการทำร้ายตนเอง

ทฤษฎีสังคมศาสตร์ (รัตนา ดาบัง. (๒๕๕๐)

การเจ็บป่วยทางจิต เกิดจากบุคคลถูกกดดันจากสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ เช่น ความยากจน ครอบครัวสับสนวุ่นวาย การศึกษาไม่เพียงพอ การขาดแคลนแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอ ทำให้บุคคลไม่มีทางเลือกที่เป็นอิสระของตนเอง

Szasz & Gerald Caplan: เชื่อสังคมทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต หรือมีภาวะสุขภาพจิตเปี้ยงเบน ได้รับตราประทับจากสังคม ส่งผลให้คนเหล่านั้นแยกตัวไปจากสังคม และถูกสังคมทอดทิ้ง

Caplan: ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมแปรปรวนกับสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัจจัยทางสังคมบางอย่าง เช่น ความยากจน ความไม่มั่นคงของครอบครัว การได้รับการศึกษาน้อย สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวไม่ดีเป็นเหตุส่งเสริมให้คนเกิดพฤติกรรมแปรปรวนได้ เนื่องจากสาเหตุดังกล่าวทำให้เกิดความเครียด ความกดดันด้วยการมีพฤติกรรมที่แปลกไปจากคนส่วนใหญ่ของสังคม

ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ (นฤมล อินทหมีน, ๒๕๖๒)

การเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง ไม่สมบูรณ์ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม B.F.Skinner, Joseph Wope, John B Watson (อ้างอิงมาจาก นฤมล อินทหมีน, ๒๕๔๘) เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์มีได้มาจากแรงผลักดันภายในตัวบุคคล หรือจากสัมพันธภาพที่บุคคลมีต่อกัน เชื่อว่า พฤติกรรมทุกชนิดเกิดจากการเรียนรู้ และเห็นว่ามนุษย์เป็นผลลัพธ์ของการเรียนรู้ มนุษย์มีการกระทำหรือแสดงพฤติกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการเพราะธรรมชาติของมนุษย์มีความต้องการที่จะได้ซึ่งความพอใจพฤติกรรมของมนุษย์อธิบายโดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ ๒ รูปแบบคือ Classical conditioning และ Instrumental conditioning

๑. ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical Conditioning Theory) หรือแบบสิ่งเร้า ผู้ค้นพบการเรียนรู้ลักษณะนี้คือ อีวาน พาฟลอฟ (Ivan Palov, ๑๘๔๙-๑๙๓๖) ทฤษฎีการเรียนรู้

๑.๑ พฤติกรรมการตอบสนองของมนุษย์เกิดจากการวางเงื่อนไขที่ตอบสนองต่อความต้องการทางธรรมชาติ

๑.๒ พฤติกรรมการตอบสนองของมนุษย์สามารถเกิดขึ้นได้จากสิ่งเร้าที่เชื่อมโยงกับสิ่งเร้าตามธรรมชาติ

๑.๓ พฤติกรรมการตอบสนองของมนุษย์ที่เกิดจากสิ่งเร้าที่เชื่อมโยงกับสิ่งเร้าตามธรรมชาติจะลดลงเรื่อย ๆ และหยุดลงในที่สุดหากไม่ได้รับการตอบสนองตามธรรมชาติ

๑.๔ พฤติกรรมการตอบสนองของมนุษย์สิ่งเร้าที่เชื่อมโยงกับสิ่งเร้าตามธรรมชาติจะลดลงและหยุดไปเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามธรรมชาติ และจะกลับปรากฏขึ้นได้อีกโดยไม่ต้องใช้สิ่งเร้าตามธรรมชาติ

๑.๕ มนุษย์มีแนวโน้มที่จะจำแนกลักษณะของสิ่งเร้าให้แตกต่างกันและเลือกตอบสนองได้ถูกต้อง

๒. ทฤษฎีการเรียนรู้แบบการวางเงื่อนไขแบบโอเปอเรนท์ (Operant Conditioning Theory) ทฤษฎีการเรียนรู้แบบการวางเงื่อนไขแบบโอเปอเรนท์ ของ สกินเนอร์ (B.F. Skinner) มีแนวคิดว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไข และสภาวะแวดล้อม ที่เหมาะสม และทฤษฎีนี้ต้องการเน้นเรื่องสิ่งแวดล้อม สิ่งสนับสนุนและการลงโทษโดยพัฒนาจากทฤษฎีของพาฟลอฟและธอร์นไดค์ โดยสกินเนอร์มองว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นพฤติกรรมที่กระทำต่อสิ่งแวดล้อมของตนเองสิกรรมของมนุษย์จะคงอยู่ตลอดไปจำเป็นต้องมีการเสริมแรงซึ่งการเสริมแรงนี้มีทั้งเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) และเสริมแรงทางลบ (Negative Reinforcement)

พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive)

ความก้าวร้าวโดยธรรมชาติของมนุษย์นั้นเกิดจากสัญชาตญาณและเกิดจากการเรียนรู้ทางสังคม โดยที่สัญชาตญาณความก้าวร้าวเป็นส่วนหนึ่งของการอยู่รอด ไม่ว่าจะเป็นการแย่งชิงทรัพยากร การจับคู่ การป้องกันอาณาเขต มีปัจจัยทางชีวภาพหลายประการที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ยีนส์ ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน โครงสร้างของสมองและสารสื่อประสาทในสมอง ระดับน้ำตาลในเลือด และการเรียนรู้ทางสังคม ได้แก่ สภาพแวดล้อม การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ และการเห็นตัวแบบในสื่อต่าง ๆ ซึ่งเป็นส่วนที่สร้างบรรทัดฐานให้กับบุคคล ทำให้เกิดความชินชาต่อความรุนแรง หรือเป็นส่วนเสริมแรงเมื่อเห็นว่าการก้าวร้าวสามารถนำมาซึ่งสิ่งที่ต้องการได้ ทั้งสองส่วนนี้ได้สร้างแนวโน้มความก้าวร้าวที่แตกต่างไปในแต่ละบุคคล ทั้งรูปแบบวิธีการ และระดับความรุนแรง และบุคคลจะตอบสนองด้วยความก้าวร้าวเมื่อได้รับสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความคับข้องใจ หรือขัดขวางการบรรลุเป้าหมายของบุคคล (คณะจิตวิทยามหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, ๒๐๑๖)

องค์การอนามัยโลก (World health organization [WHO], ๒๐๑๓: อ้างถึงใน อัครชัย อรุณเหลือง และคณะ, (๒๕๖๑)) กล่าวว่าพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นความตั้งใจที่จะใช้กำลังทางกายเพื่อข่มขู่หรือทำอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคลหรือสังคม โดยจะส่งผลให้เกิดหรือมีความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ การเสียชีวิตและการกระทบกระเทือนทางจิตใจ พัฒนาการที่ผิดปกติหรือภาวะขาดแคลน

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง ความตั้งใจที่จะใช้กำลังทางกายเพื่อข่มขู่หรือทำอันตรายต่อตนเองบุคคลอื่นโดยการระบายสิ่งที่ไม่ดีต่างๆภายในจิตใจออกมาซึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะขาดการยับยั้งชั่งใจโดยจะส่งผลให้เกิดหรือมีความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ การเสียชีวิต การฆาตกรรม หากพฤติกรรมก้าวร้าวมีความทวีเพิ่มมากขึ้นอาจก่อให้เกิด การทำลายสิ่งของ การทำร้ายผู้อื่นและทำร้ายตนเองได้ในที่สุด (รัตนา ดาบัง, ๒๕๕๐)

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างรุนแรง ทั้งทางวาจาหรือทางกาย ซึ่งเกิดจาก ความคับข้องใจ / ไม่สมหวัง / ความโกรธ หรือถูกระราน อาจแสดงออกกับบุคคลอื่นกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อม (สมภพ เรื่องตระกูล, ๒๕๔๘)

โดยสรุป พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง ความตั้งใจที่จะใช้กำลังทางกาย ทางวาจาซึ่งอาจเกิดจาก ความคับข้องใจ / ไม่สมหวัง / ความโกรธ หรือถูกระราน เพื่อระบายสิ่งที่ไม่ดีต่างๆภายในจิตใจ ช่มชู้หรือทำอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่นหรือสิ่งแวดล้อม อย่างขาดการยับยั้งชั่งใจ โดยจะส่งผลให้เกิดหรือมีความเสี่ยงที่ก่อให้เกิด การบาดเจ็บ การเสียชีวิต การฆาตกรรม หากพฤติกรรมก้าวร้าวมีความทวีเพิ่มมากขึ้นอาจก่อให้เกิด การทำลายสิ่งของ การทำร้ายผู้อื่นและทำร้ายตนเองได้

ความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดและผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช สภาพแวดล้อมที่มีความตึงเครียดสูง วุ่นวายผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการต่างมีความวิตกกังวลใจปัจจัยเหล่านี้ ล้วนเสริมให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงมากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, ๒๕๔๘) เนื่องจากยาเสพติดทั้งหลาย เมื่อเกิดการเสพติดจะมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพ ซึ่งทำให้ลักษณะ และความประพฤติของผู้เสพยาเสพติดเปลี่ยนไปจากเดิม อารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย เอาแต่ใจตัวเอง อุปนิสัยเปลี่ยนไป เช่น จากเป็นคนเรียบร้อย เชื้อฟุ้ง กลายเป็นคนก้าวร้าว ดุดัน หงุดหงิดโมโหง่าย (สสส , ๒๕๕๓)

ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว (สมภพ เรื่องตระกูล, ๒๕๔๒)

๑. พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด: ใช้คำพูดตำหนิ ตีเตียน วิพากษ์วิจารณ์ พุดในแง่ร้าย เสียงดัง ชูตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจ วาจาหยาบคาย

๒. พฤติกรรมก้าวร้าวแสดงออกทางร่างกาย: มีสีหน้าบึ้งตึงแววตาไม่เป็นมิตร ท่าทางไม่พอใจ กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ไม่สนใจเรื่องการกินการนอน การขับถ่าย แบ่งออกเป็น ๓ ลักษณะได้แก่

๒.๑ พฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ ได้แก่ ทบทำลายสิ่งของเครื่องใช้ ทบกระจก จุดไฟเผา ปิดประตูเสียงดัง

๒.๒ พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายคนอื่น หาเรื่องวิวาททำร้าย และละเมิดสิทธิผู้อื่น โดยการกีดกัน การตี การผลัก และการใช้อาวุธทำร้ายคนอื่นให้ได้รับบาดเจ็บ

๒.๓ พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเอง เช่น การหยิกข่วนตนเอง การใช้มีดกรีดข้อมือตนเอง การตีขม จจุดไฟเผาตนเอง การฆ่าตัวตาย เป็นต้น

ปัจจัยการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้อย่างกว้างๆ เป็น ๓ ปัจจัยหลัก หรือ IES factors

๑. ปัจจัยภายใน (internal factors)

๑.๑ ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factors)

- พันธุกรรม ความผิดปกติทางประสาทวิทยา สารสื่อประสาท ความแตกต่างทางเพศ เซาว์ ปัญญาภาวะสมองเสื่อม โรคสมองเสื่อม อัลไซเมอร์เนื้องอกสมอง ฝืนสมอง

- โรคทางจิตเวช และโรคที่ไม่ใช่โรคจิตเวช ได้แก่ กลุ่มที่เป็นความผิดปกติของบุคลิกภาพและพฤติกรรม ชนิดที่พบได้บ่อยคือ ผู้ป่วยกลุ่มมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม และพวกหลงตัวเอง

๑.๒ ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (Psychological factors) เช่น

- ความต้องการทางเพศ อารมณ์ต่าง ๆ ความผูกพันทางอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะชีวิตปัจจัยด้านการเจ็บป่วยทั้งทางด้านกาย และจิตใจ ที่เป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรม ก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง

- โรคที่เกิดจากพยาธิสภาพทางสมอง (organic brain diseases) ภาวะ delirium ภาวะสมองเสื่อม โรคสมองเสื่อม อัลไซเมอร์เนื้องอกสมอง ฝืนสมอง สารพิษและสิ่งเสพติด
- โรคทางจิตเวช (psychotic diseases) กลุ่มคลั่งเฉียบพลัน โรคจิตเภท กลุ่มหวาดระแวง
- โรคที่ไม่ใช่โรคจิต (non-psychotic diseases) กลุ่มที่เป็นความผิดปกติของบุคลิกภาพและพฤติกรรม (personality and behavioral disease/trait) ชนิดที่พบได้บ่อย คือ ผู้ป่วยกลุ่มมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม (antisocial) ชนิดคาบเส้น (borderline) และพวกหลงตัวเอง (narcissistic personality disorder)
 - ความผิดปกติของพฤติกรรมแบบท้าทาย (Oppositional Defiant Disorder (ODD))
 - ความประพฤติดีผิดปกติ (Conduct Disorder : CD)
 - ความผิดปกติของสมาธิและพฤติกรรมอยู่นิ่ง (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)
- ความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder) เช่น โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder)
 - โรคจิต (Psychotic Disorder) ในผู้ป่วยโรคจิตอาจมีความคิดหลงผิด หวาดระแวงจึงตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่าย แต่ผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่ไม่ได้มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น (ศิริไชย หงส์สงวนศรี และนางพะงา ลี้มสุวรรณ ม.ป.ป.)

๒. ปัจจัยภายนอก (External factors)

๒.๑ ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม (sociocultural factors)

- การเรียนรู้ทางสังคม วัฒนธรรม
- ความยากจน และขัดสนในชีวิต การว่างงาน ชีวิตสมรสที่แตกแยกล้มเหลว ครอบครัวที่พ่อหรือแม่เลี้ยงลูก คนเดียว
 - ประสบการณ์การเลี้ยงดูในระยะแรกของชีวิต การถูกล่วงละเมิดในวัยเด็ก ครอบครัวที่มีความรุนแรง ขัดแย้งสูง

๒.๒ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติวัฒนธรรม และเศรษฐกิจ

- ความยากจน ความขัดสนในชีวิต และทักษะชีวิต (life skills) ชีวิตสมรสที่แตกแยกล้มเหลว

๒.๓ ปัจจัยทางกายภาพ

- สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยที่เป็นลักษณะทางกายภาพของหอผู้ป่วย โครงสร้างและการออกแบบ ระดับความเป็นส่วนตัว แสง เสียง ลานสายตาและระดับอุณหภูมิ มีผลต่อความก้าวร้าวทั้งในทางบวกหรือลบ สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย จำนวนและประเภทของผู้ป่วย

๓. ปัจจัยด้านสถานการณ์และการมีปฏิสัมพันธ์ (situational/interactional factors)

- การถูกบังคับ มีประสบการณ์ทางลบอย่างมากขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรือมีความกลัวความวิตกกังวลที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย
 - ความต้องการเป็นส่วนตัว ความปลอดภัย ผู้ป่วยอื่นรบกวน กฎข้อบังคับของหน่วยความไม่ชัดเจนในนโยบายการจัดการกับความก้าวร้าว/รุนแรง
 - ด้านปฏิสัมพันธ์ไม่รับฟังผู้ป่วย ล้มเหลวในการพบกับผู้ป่วย มีเจตนาต่อความก้าวร้าวรบกวนเพื่อนผู้ป่วยอื่น ไม่เข้าใจ

องค์ประกอบของความก้าวร้าวเผยแพร่โดยคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ได้กล่าวถึง Bryant และ Smith (๒๐๐๑) ได้นำมาตรวจวัดความก้าวร้าวของ Buss และ Perry (๑๙๙๒) อ้างถึงใน นฤมล อินทหมื่น. (๒๕๖๒) มาวิเคราะห์โครงสร้างและแบ่งองค์ประกอบของความก้าวร้าวได้ ๔ องค์ประกอบ ได้แก่

๑. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม

ความก้าวร้าวทางร่างกาย (physical aggression) หมายถึง การทำพฤติกรรมที่สามารถส่งผลให้บุคคลอื่นได้รับอันตรายอย่างฉับพลัน อาจมีการใช้อวัยวะทางร่างกายหรือใช้อาวุธในการทำร้ายบุคคลอื่น

ความก้าวร้าวทางวาจา (verbal aggression) หมายถึง การใช้คำพูดโดยมีเจตนาที่จะให้บุคคลอื่นได้รับความเจ็บปวดทางจิตใจ

๒. องค์ประกอบด้านอารมณ์

คือ ความโกรธ (anger) หมายถึง อารมณ์ที่ตอบสนองต่อภัยคุกคาม ความรำคาญ การโจมตี ความไม่เป็นธรรม และความผิดหวัง ความโกรธ จัดเป็นการกระตุ้นเร้าทางร่างกายเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการแสดง ความก้าวร้าว

๓. องค์ประกอบด้านปัญญา

คือ ความเป็นศัตรู (hostility) หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกเนื่องจากมีความไม่ไว้วางใจหรือหวาดระแวงว่าบุคคลอื่นจะคิดไม่ดีหรือทำไม่ดีกับตน

จากการศึกษา นักจิตวิทยาพบว่าความก้าวร้าวทางกายและทางวาจามีความสัมพันธ์กันสูง เพราะเป็นการแสดงถึงพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำร้ายผู้อื่น ส่วนความโกรธคือตัวเชื่อมระหว่างตัวแปรทั้งสาม โดยความโกรธเป็นตัวแปรทำนายความก้าวร้าวที่จะเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ความโกรธเป็นสภาวะที่สามารถลดลงได้เมื่อเวลาผ่านไป เหลือเพียงความคิดเชิงลบเข้ามาแทนที่ แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความโกรธและความเป็นศัตรู (นฤมล อินทหมื่น, ๒๕๖๒)

แบ่งพฤติกรรมรุนแรงออกเป็น ๔ ลักษณะ (Yudofsky and others (๑๙๘๖) อ้างถึงใน (นฤมล อินทหมื่น, ๒๕๖๒)

๑. ทางคำพูด เป็นการส่งเสียงดังหรือตะโกนด้วยความโกรธ ว่ากล่าวดูถูกคน อื่น

๒. ต่อร่างกายตนเอง เป็นการกระทำต่อตนเอง เช่น หยิก ข่วน ชกตีตัวเอง กระทบลำตัวหรือศีรษะกับผนังห้องใช้มีดหรือของมีคมกรีดแขนหรือตาม ร่างกายตนเอง

๓. ต่อร่างกายผู้อื่น เป็นการกระทำต่อผู้อื่นให้เกิดการบาดเจ็บ เช่น หยิกข่วน ชก ตบ ตี ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ทำให้เกิดฟกช้ำ บวม

๔. ต่อสิ่งของ เป็นการกระทำต่อสิ่งของ ทรัพย์สินให้เสียหาย เช่น เขย่าประตูดึงเสื้อผ้า ปิดสิ่งของลงจากโต๊ะ ทับทำลาย เผลสิ่งของ

แบ่งตามรูปแบบหรือวิธีการแสดงความก้าวร้าว แบ่งความก้าวร้าวออกเป็น ๕ ประเภท ดังนี้ (Cairns และ Cairns (๒๐๐๕) อ้างถึงใน นฤมล อินทหมื่น, ๒๕๖๒)

ตารางที่ ๑ แสดงรูปแบบหรือวิธีการแสดงความก้าวร้าว

	ทางตรง	ทางอ้อม
๑. ด้านร่างกาย	การทุบตี ชกต่อย	การทำร้ายสิ่งของ
๒. ด้านวาจา	การด่า การต่อว่า	การนินทาลับหลัง

๓. ด้านที่ไม่ใช่วาจา	การมองด้วยหางตา	การใช้สายตาล้อเลียนลับหลัง
๔. ด้านการกระทำระหว่างบุคคล	ให้เพื่อนต่อต้านและไม่รับเข้ากลุ่ม	กีดกันไม่ให้เข้าร่วมกลุ่ม
๕. ด้านที่ไม่ได้แสดงออก	ทำเป็นเพิกเฉย	ไม่เปิดเผยความลับหรือสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตัวบุคคล

ที่มา <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/aggression>)

นอกจากนี้ Archer และ Coyne (๒๐๐๕) อ้างถึงใน (นฤมล อินทหมื่น, ๒๕๖๒) ยังกล่าวถึงความก้าวร้าวเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ (relational aggression) คือการแสดงออกถึงความก้าวร้าวเพื่อทำลายความสัมพันธ์หรือความรู้สึก เช่นการต่อว่า การเมินเฉย และความก้าวร้าวทางสังคม (social aggression) คือการแสดงออกถึงความก้าวร้าวที่มีเจตนาทำลายความภาคภูมิใจในตนหรือสถานภาพทางสังคมของผู้อื่น เช่นการแสดงความรังเกียจ การล้อเลียน

สาเหตุพฤติกรรมก้าวร้าว

๑. ภาวะทางอารมณ์ เกิดจากถูกกดดัน หรือถูกรบกวนทางอารมณ์ ทำให้โกรธ หงุดหงิด
๒. โรคทางจิตเวช โรคทางพันธุกรรมทางอารมณ์ อาจเกิดจากอาการทางจิต ขาดยา หวาดระแวง ประสาทหลอน หงุดหงิด ซึมเศร้า อารมณ์ ๒ ขั้ว
๓. โรคทางกาย โรคทางระบบประสาท ภาวะทางสมอง ออทิสติก ลมชักบางชนิด หรือผู้ใช้สารเสพติด ได้รับสารที่ไปกระตุ้นอารมณ์ให้เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ
๔. ความรุนแรงในครอบครัว/สังคม เด็กที่เติบโตในครอบครัวที่มักใช้ความรุนแรงอยู่เสมอ มีการเลียนแบบ เลือกลงมือกำลังในการแก้ปัญหา

หากพิจารณาตามเจตนาหรือลักษณะของแรงจูงใจในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แบ่งความก้าวร้าวออกเป็น ๒ ประเภท ดังนี้

ความก้าวร้าวแบบโต้กลับ (reactive aggression)

เป็นความก้าวร้าวที่เกี่ยวข้องกับความเป็นปรีภัย ความหุนหันพลันแล่น ความโกรธ มีลักษณะของการตอบสนองกลับทันทีเมื่อเป้าหมายที่ต้องการถูกขัดขวาง หรือเมื่อเกิดความรู้สึกผิด มีความรู้สึกไวต่ออารมณ์ทางลบ และเกี่ยวข้องกับการควบคุมตนเองต่ำ ความก้าวร้าวชนิดนี้ต้องอาศัยสถานการณ์ภายนอกเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความก้าวร้าว โดยมีแนวโน้มตอบสนองต่อสถานการณ์กำหนดว่าเป็นเหตุการณ์ที่เข้ามาคุกคามตนเอง และมีแนวโน้มตีความสถานการณ์ไปในเชิงลบ ความก้าวร้าวแบบโต้กลับเกิดขึ้นเพื่อการป้องกันตนเองเป็นหลัก บางครั้งถูกเรียกว่าความก้าวร้าวแบบปรีภัย (hostile aggression)

ความก้าวร้าวแบบเชิงรุก (proactive aggression)

คือการที่บุคคลใช้ความก้าวร้าวเป็นเครื่องมือเพื่อแสวงหาประโยชน์จากบุคคลอื่น หรือเพื่อให้ได้มาซึ่งรางวัลหรือสิ่งของตนเองต้องการ เช่น เงินทอง การมีอำนาจเหนือ หรือการควบคุมบุคคลใดบุคคลหนึ่ง มีลักษณะของการยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง เชื่อว่าสิ่งที่ตนสนใจมีความสำคัญเหนือสิ่งอื่น ๆ และการกระทำก้าวร้าวของตนเป็นอันตรายน้อยกว่าความจริง นอกจากนี้ยังมีลักษณะของการโจมตีหรือรุกรานบุคคลอื่นก่อน ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องมีสถานการณ์ภายนอกมากระตุ้นให้เกิดความโกรธหรือความเป็นปรีภัย ความก้าวร้าวแบบ

เชิงรุกเกิดจากการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และการมีตัวแบบ บุคคลเก็บจำพฤติกรรมความก้าวร้าวของตัวแบบที่ได้รับผลลัพธ์ที่ดี และตั้งพฤติกรรมตามตัวแบบมาใช้โดยหวังจะได้รับผลลัพธ์ที่ดีตามที่เคยเรียนรู้มา ความก้าวร้าวชนิดนี้มีความหมายใกล้เคียงกับความก้าวร้าวแบบใช้เป็นเครื่องมือ (instrumental aggression) ซึ่งหมายถึงความก้าวร้าวเพื่อให้ได้มาซึ่งวัตถุประสงค์บางประการมากกว่าการมีเจตนาทำร้ายบุคคลเป้าหมาย

ความแตกต่างที่เด่นชัดระหว่างความก้าวร้าวแบบเชิงรุกและแบบโต้กลับคือ

บุคคลที่มีความก้าวร้าวแบบโต้กลับจะรับรู้ว่าการกระทำความก้าวร้าวต่อบุคคลอื่นเป็นสิ่งที่ผิดศีลธรรม ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีความก้าวร้าวแบบเชิงรุกจะไม่รับรู้ถึงความถูกต้องหรือศีลธรรมใด ๆ มากนัก นอกจากนี้ ความก้าวร้าวแบบโต้กลับขับเคลื่อนด้วยความกลัวและการป้องกันตนเอง ส่วนความก้าวร้าวแบบเชิงรุกมีพื้นฐานการขับเคลื่อนด้วยความรู้สึกโกรธแล้วจึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวบางอย่างเพื่อให้ได้ผลลัพธ์บางประการที่ตนเองต้องการ(Raine et al, ๒๐๐๖, อ้างถึงใน นฤมล อินทหมื่น, ๒๕๖๒)

การประเมินความรุนแรงที่เป็นสัญญาณเตือน ของพฤติกรรมรุนแรง

๑. การแสดงออกทางสีหน้า

- สีหน้าบึ้งตึง โกรธทำทางไม่พอใจ แววตาไม่เป็นมิตร กัดกรามแน่น ดวงตาเปิดกว้าง และ แข็งกร้าว ท่าทางเครียดไม่ผ่อนคลาย

๒. การเคลื่อนไหวและการกระทำ

- กระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง เดินไปเดินมา ตัวเกร็ง กำมือแน่น กำมัด กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง หยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างกระทันหันที่ทันใด

๓. การแสดงออกทางคำพูด

- เจ็บแค้นผิดปกติ โต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วนๆ พูดก้าวร้าวด่าคำหยาบ วิจารณ์ ต่ำหนิติเตียน สาปแช่ง พูดในแง่ร้าย การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างทันทีทันใด

๔. ประเมินประวัติพฤติกรรมรุนแรงจากญาติหรือผู้นำส่ง

๕. ประวัติการใช้สารเสพติด Intoxication, Delirium tremens, Drug overdose

แนวปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

- การตัดปัญหาการเกิดกรรมก้าวร้าวรุนแรง ควรทำเมื่อประเมินได้ว่า บุคคลมีความโกรธ
- เมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำให้เกิดความยุ่งยากในการจัดการ และมี ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจ การถูกร้องเรียน การ ละเมิดสิทธิ์และปัญหาข้อกฎหมายต่าง ๆ สูญเสีย ภาพลักษณ์ทั้งตัวผู้ป่วยและ บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

- แต่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป และ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช จึง จำเป็นต้องเรียนรู้วิธีปฏิบัติในการจัดการที่มีประสิทธิภาพ

วิธีจัดการ ๓ ด้าน

Herper-Jages and Reimer (๑๙๙๘) อ้างถึงใน ชนัญชิตา ทูมมานนท์ (๒๕๖๐) เสนอวิธีการจัดการ ๓ ด้าน ดังนี้

๑. ด้านชีวภาพ เช่น การฉีดยา การผูกมัดและการใช้ห้อง แยก
๒. ด้านจิตวิทยา เช่น การพูดคุยกับผู้ป่วย
๓. ด้านสังคม เช่น การลดสิ่งกระตุ้น

การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ตามสถานการณ์ PAPMS (Pre As Post Management Systems)

- การจัดการก่อนเกิด เหตุการณ์
- การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความ ปลอดภัย
- การประเมินสถานการณ์ความ เสี่ยง
- การป้องกันพฤติกรรมรบกวน
- การฝึกอบรมเพื่อเตรียมความพร้อม การจัดการขณะเกิด เหตุการณ์
- การจัดการขณะเกิด เหตุการณ์
- การจำกัดพฤติกรรมด้วยวาจา
- การจำกัดพฤติกรรมด้วยเทคนิคทางกายภาพ การจัดการหลังเกิด เหตุการณ์
- การจัดการหลังเกิดเหตุการณ์
- การทบทวนร่วมกับผู้ป่วยและ ครอบครัว
- การทบทวนแก้ไขปัญหาในหน่วย
- การทบทวนกระบวนการทาง คลินิกของหน่วยงาน การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
- การประเมิน สิ่งที่ควรคำนึงถึง อันดับแรก คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคคลรอบข้าง
- ผู้ป่วยที่มีประวัติก่อความรุนแรงก่อนที่จะมาโรงพยาบาลหรือ ผู้ป่วยที่มีท่าทีบ่งบอกถึงการใช้ความ

รุนแรง ควรมีทีมปฏิบัติงาน อยู่รอบๆตัวผู้ป่วย

การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงและ การรักษาพฤติกรรมก้าวร้าว

๑. การหาข้อมูลผู้ป่วย
๒. การแยกผู้ป่วยออกจากสถานการณ์อื่น
๓. การสนทนากับผู้ป่วย
 - ๓.๑ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร สงบ จริงใจ ให้เกียรติ ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย
 - ๓.๒ ให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกโดยการพูด พร้อมรับฟังอย่างใส่ใจ อาจสะท้อนความรู้สึกได้ตามความเหมาะสม
 - ๓.๓ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล มั่นคง ชัดเจน ไม่โต้เถียง หลีกเลียง การตอบรับหรือปฏิเสธ เรียกชื่อผู้ป่วยถูกต้อง ชัดเจน แสดงถึงความใส่ใจ
๔. การใช้ยา
 - ๔.๑ Benzodiazepine เช่น Diazepam
 - ๔.๒ Antipsychotic เช่น Haloperidol, CPZ, Olanzapine
๕. การจำกัดพฤติกรรม

๕.๑ วิเคราะห์ถึงปัจจัยความก้าวร้าว ทั้งทางชีวภาพ ทางด้านจิตใจ และทางด้านสังคม ประเมินความรุนแรงของอาการ ทำการรักษาตามสาเหตุ

๕.๒ การรักษาด้วยยาบางชนิด เพื่อควบคุมอาการ ลดความก้าวร้าว

๕.๓ จิตบำบัด พูดคุยให้คำปรึกษา ปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดและพฤติกรรม โดยให้เรียนรู้วิธีควบคุมอารมณ์ของตัวเอง การแสดงออกที่เหมาะสม การใช้หลักเหตุผลต่างๆที่เหมาะสม

สรุป

ความผิดปกติทางบุคลิก (Personality Disorder) หรือบุคลิกแปรปรวน ก้าวร้าว เจ้าอารมณ์เป็นโรคที่ซับซ้อนจากหลากหลายสาเหตุ พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นมานานและยึดติด การดูแลรักษา จึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในระยะเวลาอันสั้น หากแต่ผู้รักษาต้องพัฒนาวิธีการรักษาให้ตอบสนองต่อผู้ป่วยให้มากขึ้น ค้นหาสาเหตุ ทั้งแก้ปัญหาเฉพาะหน้าและการพัฒนาผู้ป่วยในระยะยาว ค่อยเป็นค่อยไป เช่น การฝึกทักษะชีวิต ทักษะสังคม เป็นต้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติและผู้รักษาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจ และปรารถนาที่จะปรับปรุงตนเอง ส่งผลให้ทีมบำบัดรักษา สามารถสร้างความสำเร็จในการรักษาได้

บทที่ ๓ การพยาบาล

พยาบาลเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพ มีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งทั้งนี้จะต้องค้นหาปัญหาเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ พยาบาลจึงต้องมีกรอบการทำงานที่ได้มาจากแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับโรคและความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆมาช่วยในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ความช่วยเหลือทางการพยาบาล ทั้ง ๔ มิติ ด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยยาเสพติดเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งทางกาย และทางใจ โรคทางกาย คือ การรักษาอาการติดยาทางกายให้บรรเทาหรือหมดไป บางรายมีโรคแทรกซ้อนต้องให้การรักษาโรคแทรกซ้อนไปพร้อมกัน โดยให้การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้คืนสู่สภาพปกติ นอกจากนี้ยังต้องรักษา โรคทางใจ ที่เกิดจากการหล่อหลอมบุคลิกภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการบำบัดรักษาและพยาบาลที่ซับซ้อนมาก พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดต้องมีความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการให้การพยาบาลแก้ไขปัญหาด้านกายจิต สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย แบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, ๒๕๕๗)

การพยาบาล (Nusing)

สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความของ “การพยาบาล” (Nursing) ไว้ว่า “การพยาบาลเป็นการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของประชาชน ตั้งแต่มีสุขภาพดีไปจนถึงมีการเจ็บป่วยโดยปราศจากเงื่อนไขใดๆ โดยการบูรณาการความรู้เชิงประจักษ์ร่วมกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเข้าในกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน โดยใช้ความสัมพันธ์ที่เอื้ออาทรเพื่อช่วยให้หายจากการเจ็บป่วย และได้สุขภาพดีกลับมา”

กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานของกรอบแนวคิดวิเคราะห์ทางการพยาบาลที่เป็นระบบเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางการพยาบาลทฤษฎีการพยาบาล หลักทางวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหา ที่มาของปัญหาเพื่อนำมาสู่การวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล ซึ่งรวมถึงทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในการเลือกกิจกรรมการพยาบาลในการแก้ปัญหา การค้นหาปัญหาหรือความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละคนมีความหลากหลายที่มีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความรุนแรงของโรคที่เป็นวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและความเชื่อ ดังนั้นกระบวนการพยาบาลจึงถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการหรือสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลได้ กระบวนการพยาบาลได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่พยาบาลได้นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ (อรนนท์ หาญยุทธ, ๒๕๕๗)

กระบวนการพยาบาล หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่มีขั้นตอนที่พยาบาลคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างมีวิจยารณญาณในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล กิจกรรมในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเป็นการใช้องค์ความรู้ (Knowledge based) ทางวิทยาศาสตร์ ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง และทักษะการคิดวิเคราะห์ (Critical thinking) สามารถคิดเป็นระบบ ตัดสินใจ (Decision-making) และการใช้เหตุและผล (Rational) ในการอ้างอิงได้อย่างถูกต้องตามหลักการแก้ปัญหา กระบวนการพยาบาล ใช้หลักของกระบวนการแก้ปัญหา (Problem-solving process) โดยมีเป้าหมายเป็นตัวกำหนด (Goal-directed) ดังนั้นก่อนนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ ควรทำความเข้าใจในกิจกรรมและเป้าหมายในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน (อรันันท์ หาญยุทธ, ๒๕๕๗) ได้แก่

๑. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment)
๒. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
๓. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)
๔. การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan)
๕. การประเมินผล (Evaluation)

กระบวนการพยาบาลทั้ง ๕ ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

๑. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) การประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล เป็นการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยตลอดจนความสามารถในการจัดการความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการจะต้องถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการอย่างแท้จริง การประเมินภาวะสุขภาพจะนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ควรเป็นการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของทุกความต้องการของผู้รับบริการ โดยใช้แนวคิดและรูปแบบการพยาบาลมาใช้เป็นกรอบแนวคิด การประเมินภาวะสุขภาพมีกิจกรรมที่พยาบาลต้องทำมี ๕ กิจกรรม ได้แก่

๑.๑ การเก็บข้อมูล (Collecting data) เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม-วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past health history) การเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present/Current illness) ผลการตรวจและการรักษาของแพทย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลที่เก็บจะต้องสะท้อนต่อภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective Data) ที่ได้มาจากผู้รับบริการโดยตรง เป็นความรู้สึกรหรืออาการ (Symptoms) โดยผู้รับบริการเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง วิธีการดำเนินชีวิตและความต้องการที่ต้องการการตอบสนอง ข้อมูลปรนัย (Objective Data) ที่เก็บมาจากอาการแสดง (Signs) เป็นข้อมูลพยาบาลรับรู้ได้จากการดู การสังเกต การวัด การตรวจ การฟัง การสัมผัส การดม และการตรวจร่างกาย (Physical Examination) เช่น สีหน้าที่แสดงออกมา ลักษณะการเดิน การยืน ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าของความดันโลหิต อุณหภูมิของร่างกาย เป็นต้น วิธีการเก็บข้อมูลเบื้องต้นที่ใช้ ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและจากประวัติสุขภาพ การตรวจสภาพจิต (mental health examination / mental status examination)

การตรวจสภาพจิตเป็นการตรวจเพื่อประเมินข้อมูลสำหรับพิจารณาให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การตรวจสภาพจิตเป็นเรื่องละเอียดอ่อนต้องอาศัยทักษะมากกว่าการตรวจชนิดอื่น เนื่องจากไม่มีเครื่องมือที่สามารถประเมินได้โดยตรง เป็นนามธรรมจับต้องไม่ได้ต้องอาศัยการสังเกต การสัมภาษณ์ และการแปลความ เพื่ออธิบายย้อนกลับไปถึงสภาพจิตของบุคคลอย่างปราศจากอคติ(สายฝน, ๒๕๕๙) องค์ประกอบของสภาพจิตมีดังนี้

๑. สภาพทั่วไปและพฤติกรรมการแสดงออก (general appearance and behavior)

๑.๑ การแต่งกาย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า ความเหมาะสมของการแต่งกายและเสื้อผ้า

๑.๒ การแสดงออกทางสีหน้า เช่น ไม่สดชื่น เศร้าหมอง ทุกข์ท้อแท้เสียใจ ผิดหวัง หมดหวัง โกรธ ฉุนเฉียว ก้าวร้าว วิตกกังวล หวาดกลัว หวาดระแวง เรียบเฉยไร้อารมณ์ เป็นต้น

๑.๓ ท่าทาง เช่น ผ่อนคลาย ตึงเครียด สับสน เกร็งขัดขืน อิริยาบถต่างๆ การนั่ง การยืน การเดิน ทรงตัว รวมถึงท่าทางการแสดงออกในสถานการณ์ต่างๆ เป็นต้น

๑.๔ การเคลื่อนไหว เช่น กระวนกระวาย กระสับกระส่าย เดินไปมา ขาสั่น มือสั่น ตัวสั่น กระตุก การเคลื่อนไหวช้าหรือเร็วกว่าปกติ มีการเคลื่อนไหวแตกต่างจากปกติ เป็นต้น

๑.๕ ลักษณะร่างกาย เช่น สูงเตี้ยอ้วนผอม สมส่วน แขนขาสั้นกว่าปกติ มีบาดแผล รอยฟกช้ำ รอยแผลเป็นบริเวณร่างกาย เป็นต้น

๑.๖ ปฏิกริยาขณะสนทนา เช่น เป็นมิตร ขาดความมั่นใจ หวาดระแวง ก้าวร้าว กลัว ไม่ตอบสนอง ไม่สนใจ เรียบเฉย มีลักษณะพึงพา ผ่อนคลาย เป็นต้น

๒. ลักษณะการติดต่อสื่อสาร (speech and communication)

๒.๑ ลักษณะเนื้อหาในการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ หลงผิด (delusion) เพ้อฝัน (fantasy)

๒.๒ ลักษณะวิธีการพูด แบ่งเป็นปริมาณการพูด (พูดมาก พูดน้อย ไม่พูด) ความเร็วในการพูด(พูดเร็ว พูดช้า พูดติดอ่าง) น้ำเสียงการพูด (เศร้า ตื่นเต้น ไม่มั่นใจ) สำเนียงการพูด (การเน้นหนักเบา) การใช้ภาษา (ภาษาแสดง ภาษาที่คิดขึ้นใช้คนเดียว)

๒.๓ ลักษณะภาษาท่าทาง เช่น การนั่งที่แสดงถึงการปิดตนเอง คือ นั่งกอดอก ไชวห่าง การแสดงภาวะเครียด กัดฟันและกังวล คือบิบบมือ เกร็ง จิก /กดปลายเท้า หรือการนั่งที่มีลักษณะผ่อนคลายคือวางมือไว้บนตัก โนม้ตัวตามสบาย เป็นต้น

๓. ลักษณะการแสดงอารมณ์ (affect, mood)

๓.๑ อารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น หัวเราะครื้นเครงในงานศพ ร้องไห้ในงานแต่งงาน เป็นต้น

๓.๒ อารมณ์ยินดีมากเกินไป เช่น การยินดีมากเกินไป (euphoria) ความยินดีที่รู้สึกว่าคุณเองเป็นผู้ยิ่งใหญ่ (exaltation) เป็นต้น

๓.๓ อารมณ์อื่นๆ เช่น อารมณ์ปกติ (normal) อารมณ์เศร้า (depress) อารมณ์สิ้นหวัง (despair) หงุดหงิด (irritable) ว่างเปล่า (empty) เป็นต้น

๓.๔ ไม่มีอารมณ์ใดๆเลยต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น แม้ว่าต้องเผชิญกับปัญหา (la belle indifference)

๔. กระบวนการคิด (thinking process)

๔.๑ กระบวนการคิดผิดปกติ เช่น พุดวากวน (circumstantiality) เป็นการพูดอ้อมค้อมไม่ตรงจุดหมายโดยจะพูดเพิ่มเติมรายละเอียดที่ไม่ตรงประเด็น แต่ก่อนจบจะกลับมาที่จุดหมายเดิมหรืออาจพูดได้ว่าเป็นการตอบคำถามแบบชักแม่น้ำทั้งห้า

๔.๒ การสร้างคำใหม่ขึ้นมาใช้เอง อาจเป็นคำใหม่หรือคำที่ใช้กันอยู่แต่ ถูกนำมาใช้ในความหมายที่แปลกไป โดยที่ผู้สัมภาษณ์หรือบุคคลทั่วไปฟังไม่เข้าใจไม่รู้เรื่อง

๔.๓ ความคิดเปลี่ยนแปลงรวดเร็วจากเรื่องหนึ่งไปอีกรื่อง (flight of ideas) คือ การพูดอย่างรวดเร็วเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่งเชื่อมโยงเนื้อหาต่อเนื่องกันไม่ได้

๔.๔ การพูดตอบในลักษณะเดียวกัน คำพูดเดียวกันแม้ว่าคำถามจะเปลี่ยนไปแล้ว (perseveration)

๔.๕ การนำคำต่างๆมาพูดต่อกันโดยไม่สามารถเชื่อมคำเหล่านั้นให้เกิดความเข้าใจได้ (word salad)

๔.๖ การหยุดกะทันหันโดยไม่มีสาเหตุในช่วงที่กำลังพูดอยู่กลางประโยคเพราะนึกไม่ออกว่าจะพูดอะไร (blocking)

๔.๗ การพูดที่มีเนื้อหาผิดปกติ/อาการหลงผิด มีลักษณะแปลกประหลาด(bizarre delusion)

๔.๘ การย้ำพูดย้ำคิดอยู่ประโยคเดียวแม้จะตอบคำถามหรืออยู่คนเดียว ก็พูดขึ้นมาเองด้วยประโยคเดียวนั้น

๕. การรับรู้ (perception) ผ่านทางประสาทสัมผัสทางการมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัสของบุคคล การรับรู้ที่ผิดปกติแบ่งออกเป็น ๒ ลักษณะคือ

๕.๑ ประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้ที่ผิดปกติของบุคคลโดยปราศจากสิ่งเร้า(stimuli) เข้ามากระตุ้น เช่น ประสาทหลอนทางตาเรียกว่าภาพหลอน (visual hallucination) ประสาทหลอนทางหูเรียกว่าหูแว่ว (auditory hallucination) ประสาทหลอนทางการรับรส (gustatory hallucination) เป็นการรับรสโดยที่ไม่มีอะไรอยู่ในปาก ประสาทหลอนทางการได้กลิ่น (olfactory hallucination) เป็นการได้กลิ่นโดยที่ไม่มีสิ่งเร้าใดมากระตุ้น ประสาทหลอนทางการสัมผัส (tactile hallucination) เป็นการรับรู้ว่ามีผิวหนังถูกสัมผัสโดยที่ไม่มีสิ่งเร้าใด มากระตุ้น

๕.๒ การแปลภาพผิด (illusion) เป็นการรับรู้ที่ผิดปกติโดยมีสิ่งเร้าเข้ามากระตุ้น

๖. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) เป็นการตระหนักรู้ถึงการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นในเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล

๗. ความจำ (memory) หมายถึง ลักษณะการให้ความสนใจและความสามารถในการเก็บข้อมูลไว้ในสมองโดยสามารถดึงข้อมูลดังกล่าวออกมาใช้ได้เมื่อต้องการ ดังนี้

๗.๑ ความจำในเรื่องที่ผ่านมาเป็นระยะเวลาต่างๆหรือความจำในอดีต(remote memory)

๗.๒ ความจำในเรื่องที่เรื่องที่เพิ่งจะเกิดขึ้นไปไม่นานหรือความจำในเรื่องปัจจุบัน (recent memory)

๗.๓ ความจำในเรื่องในขณะนั้น (immediate memory)

๘. ความตั้งใจและสมาธิ (attention and concentration) เช่น การทดสอบอ่านออกเสียงตัวเลขแล้วให้ผู้ป่วยพูดตามหรือสังเกตจากการให้ผู้ป่วยวาดภาพ การให้ความสนใจและตั้งใจฟังขณะสนทนา เป็นต้น

๙. สติปัญญา (intelligence) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความรู้โดยทั่วไป ความสามารถเรื่องการใช้ภาษา การคิดคำนวณ ความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม การคิดโดยใช้สัญลักษณ์ การคิดเชื่อมโยง การคิดสร้างสรรค์ตามพื้นฐานการศึกษาของผู้ป่วย

๑๐. การตัดสินใจ (judgment) โดยการกำหนดสถานการณ์ให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจ เช่น ถ้าคุณเดินไปเจอคุณจะเดินต่อไปหรือหนีไปทางอื่นเพราะอะไร เป็นต้น

๑๑. การรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง (insight) ประกอบด้วยความรู้และความเข้าใจในการเจ็บป่วยทางจิตของตนซึ่งมีระดับดังนี้

๑๑.๑ ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย

๑๑.๒ คิดว่าตนเองอาจป่วยและควรรักษาแต่ปฏิเสธการรักษา

๑๑.๓ คิดว่าตนเองป่วยแต่ไม่รู้ว่าป่วยเป็นอะไรและโทษไปที่ผู้อื่นหรือปัจจัยอื่นๆ

๑๑.๔ คิดว่าตนเองป่วยแต่เป็นการป่วยทางกาย

๑๑.๕ ยอมรับว่าป่วยเนื่องจากความผิดปกติทางจิตแต่ไม่ได้แก้ไขและไม่มีอะไร

เปลี่ยนแปลง

๑๑.๖ ยอมรับว่าป่วยเนื่องจากความผิดปกติของจิตใจพร้อมจะแก้ไขและได้แสดงให้เห็นว่าได้พยายามแก้ไขบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้กลับคืนสู่ลักษณะปกติ

๑.๒ การรวบรวมข้อมูล มีหลายแนวทางโดยใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาลเช่นกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework) หรือตามแนวคิดความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow's basic needs) หรือตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory) หรือตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self Care Theory) ทั้งนี้แล้วแต่สถานบริการสุขภาพจะเลือกใช้เพื่อทำให้การรวบรวมข้อมูลถูกรวบรวมมาอย่างเป็นระบบ

การรวบรวมข้อมูลตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework) (Gordon, ๑๙๙๔)

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแล ได้แก่ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะความเจ็บป่วย สาเหตุการเจ็บป่วย สาเหตุของการเข้าโรงพยาบาลครั้งนี้ความคาดหวังต่อความช่วยเหลือของแพทย์และพยาบาล ผลกระทบที่ผู้ป่วยคาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจากการออกจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใดๆในชีวิต หรือมีผลต่อครอบครัวหรือไม่

แบบแผนที่ ๒ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ได้แก่ การประเมินความเปลี่ยนแปลงในด้าน การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักที่มากหรือน้อยลง พร้อมทั้งระบุจำนวนและระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลง

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย ได้แก่ การประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะตามปกติ และการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เนื่องจากผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดฤทธิ์ของยาเสพติดมีผลต่อการขับถ่าย

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย ได้แก่ การใช้พลังงานตามปกติ การเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กิจกรรม

นั้นหนา การ กิจวัตรประจำวัน ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และการคาดหวังที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองหลังจากออกจากโรงพยาบาล

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ ได้แก่ แบบแผนการนอนตามปกติและ แบบแผนการนอนที่เปลี่ยนไปจากปกติเช่น หลับยาก ตื่นกลางดึก ตื่นเช้ามิด การหลับมากหรือน้อยกว่าปกติ

แบบแผนที่ ๖ การรู้และการรับรู้ ได้แก่ อาการอยากยาเสพติด ความรุนแรง ความถี่ และสิ่งที่ช่วยเหลือเพื่อลดอาการอยากยา ระดับการรู้จักตัวเอง การรับรู้กาล เวลา สถานที่ และบุคคล การพูด การติดต่อสื่อสาร อารมณ์กระบวนความคิด การรับรู้รูปแบบความคิด การตัดสินใจ ความจำในอดีต ความจำในปัจจุบัน

แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ได้แก่ ความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วยและสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล การเชื่ออำนาจภายในตน ความภาคภูมิใจ ของตนเอง ภาพลักษณ์ปัญหาของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อครอบครัว และความคาดหวังเกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการวางแผนชีวิต

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ ได้แก่ การประกอบอาชีพ ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการประกอบอาชีพ บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยคือใคร ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง บุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยคือใคร ความรู้สึกที่ตนเองแยกจากสังคม ประวัติการแยกตัวออกจากสังคม การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วย ปัญหาและการแก้ไขปัญหาภายในครอบครัว บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว บทบาทของบุคคลสำคัญของครอบครัว ขณะที่ผู้ป่วยพูดถึงครอบครัวมีความรู้สึกโกรธบุคคลใดบ้าง การติดต่อสื่อสารภายในครอบครัว เช่น พี่งา บังคับ ควบคุม การแสดงออกต่อกัน ความระแวงสงสัย มีลับลมคมใน ไม่สนใจใคร ลักษณะการตอบคำถามของผู้ป่วยเป็นไปอย่างเปิดเผยหรือปิดบัง และการสบตาขณะพูดคุย

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ ได้แก่ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเพศและระยะเวลาของความเปลี่ยนแปลง ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางเพศที่เกิดจากการเจ็บป่วยครั้งนี้หรือเหตุผลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด ได้แก่ ระดับความเครียดก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ความเครียดหลังจากที่กลับไป ความคาดหวังของผู้ป่วย ความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ความรู้สึกเศร้า ภาวะวิกฤติ สิ่งที่กระทบกระเทือนใจที่สุด เมื่อเผชิญกับสิ่งที่กระทบกระเทือนใจดังกล่าวผู้ป่วยแก้ปัญหาอย่างไร มีประวัติการทำร้ายตัวเองหรือไม่

แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าและความเชื่อ ได้แก่ การนับถือศาสนา วัฒนธรรมและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความสัมพันธ์ของความเจ็บป่วยและความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วย

๑.๓ การตรวจสอบข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาในขั้นตอนของการประเมินภาวะสุขภาพต้องสมบูรณ์ เป็นความจริงและถูกต้อง เพราะว่าการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการเลือกกิจกรรมการพยาบาลขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้มา การตรวจสอบข้อมูลจึงเป็นการตรวจสอบซ้ำหรือตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้อาจถูกต้องและเป็นความจริงมีความสอดคล้องกัน

๑.๔ การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการชี้เหตุและผลในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาทั้งหมด การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการส่งสัญญาณให้รู้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพหรือไม่ พิจารณาได้จากสิ่งบ่งบอกของปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ อาการและอาการแสดง สิ่งบ่งบอกจะนำไปสู่การค้นหาความต้องการหรือปัญหา

ถ้าข้อมูลถูกรวบรวมในรูปแบบของ ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน จะทำให้พยาบาลได้มุ่งความสนใจไปที่ความต้องการหรือปัญหาในแบบแผนสุขภาพนั้นๆ

๑.๕ การบันทึกข้อมูล ข้อมูลจะถูกบันทึกทุกขั้นตอนของการประเมินสุขภาพ รูปแบบของการบันทึกขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่จะนำออกแบบมาใช้ก่อนที่ข้อมูลจะถูกบันทึก จะต้องมีการรวบรวมข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ การบันทึกต้องบันทึกปราศจากอคติหรือลำเอียงหรือการใช้ความคิดเห็นส่วนตัว ต้องระบุว่าเป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) หรือข้อมูลปรนัย (Objective data) การบันทึกข้อมูลอัตนัยพยาบาลต้องบันทึกตามคำพูดที่ผู้บริการพูดออกมา โดยต้องไม่เอาคำพูดนั้นไปแปลความหรือสรุปความออกมา

๒. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ (Client's needs or problems) ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อเท็จจริงจนสรุปได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพ มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis Statement) NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association) ได้ให้ความหมายของการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ว่า “เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นหรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้ในกระบวนการของชีวิต การวินิจฉัยการพยาบาลใช้เป็นฐานสำหรับการจัดกิจกรรมการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่พยาบาลรับผิดชอบ จำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาลออกเป็น ๕ ประเภทดังนี้

๒.๑ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่บ่งบอกถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วในขณะที่ทำการประเมินภาวะสุขภาพ มีอาการและอาการแสดงให้เห็นชัดเจน (Signs and Symptoms) ได้มาจากการบอกเล่าของผู้รับบริการหรือจากการสังเกตของพยาบาลที่เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (Objective data) หรือจากการวินิจฉัยของแพทย์

๒.๒ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (Risk nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้ คือมีปัจจัยเสี่ยงปรากฏให้เห็นแต่ปัญหายังไม่เกิด ไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็นชัด และมีโอกาสพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพได้ ถ้าพยาบาลปล่อยให้ปัจจัยเสี่ยงได้พัฒนาจนเป็นปัญหา การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องระบุปัจจัยเสี่ยงที่แสดงว่าปัญหาทำท่าจะเกิดจากปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ พยาบาลต้องทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งกับปัจจัยเสี่ยงนั้นเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา การเขียนข้อวินิจฉัยประเภทนี้จะขึ้นต้นข้อความว่า “เสี่ยง” (Risk)

๒.๓ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น (Possible nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ปัญหาอาจเกิดขึ้นได้ แต่ยังไม่ชัดเจนและไม่สมบูรณ์ในข้อมูลที่มีและสาเหตุของปัญหาจึงระบุไม่ได้ ปัญหาเป็นเพียงพิจารณาได้ว่าอาจจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลต้องหาข้อมูลที่สำคัญและเกี่ยวข้องมาสนับสนุนเพิ่มเติมหรือตัดทิ้งออกไปถ้าแน่ใจว่าปัญหาจะไม่เกิด การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้ จะขึ้นต้นข้อความว่า “อาจ” (Possible)

๒.๔ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี (Wellness nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดีที่แสดงถึงภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับสุขภาพดีเป็นระดับที่ดีมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพสามารถพิจารณาได้จากพฤติกรรมของผู้รับบริการใน ๒ ประเด็นนี้ ได้แก่ ๑) พฤติกรรมที่แสดงถึงความต้องการที่จะมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น ๒) พฤติกรรมที่แสดงถึงการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะเริ่มต้นด้วยคำ “มีความพร้อมสำหรับ....” (Readiness for Enhanced) หรือขึ้นต้นด้วยข้อความที่เป็นการบ่งบอกถึงพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น เช่น ให้นมบุตรได้ถูกต้องจาก...

๒.๕ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกลุ่มของอาการ (Syndrome Nursing Diagnosis Statement) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อธิบายกลุ่มอาการที่เฉพาะเจาะจงของการวินิจฉัยการพยาบาล ที่เกิดขึ้นร่วมกันของข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้วกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกันที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ซึ่งจะบอกให้พยาบาลได้รับรู้ว่าสถานการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น

๓. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) มี ๔ ขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้

๓.๑ จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา การจัดลำดับมีหลักการพิจารณาปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลต่อชีวิตต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันทีเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis)

๓.๒ กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected out-comes) หรือเกณฑ์การประเมินผล (Evaluation criteria) เป็นการกำหนดข้อบ่งชี้ในกรณีการวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปตามที่คาดหวังไว้ว่าบรรลุตามที่คาดหวังไว้หรือไม่

๓.๓ การเลือกกิจกรรมการพยาบาล (Selecting Nursing Interventions /Activities) เป็นการเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการและเป้าหมายการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่ทำในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ไม่ขัดต่อความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรม รวมถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ เป็นกิจกรรมสำหรับผู้รับบริการ เฉพาะรายเน้นความเป็นปัจเจกบุคคลแบบองค์รวม

๓.๔ การเขียนแผนการพยาบาล (Writing nursing care plan) การเขียนแผนการพยาบาลเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลทุกคนที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการที่ได้รับมอบหมาย แผนการพยาบาลจะเขียนก่อนที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการ

๔. การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แผนการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์และถูกต้อง ก่อนนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ พยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการซ้ำ เพื่อตรวจสอบภาวะสุขภาพของผู้รับบริการอีกครั้งว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงจะได้มีการปรับกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถและทักษะทางการพยาบาล

๕. การประเมินผล (Evaluation) การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้รับบริการสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ การประเมินผลการพยาบาลช่วยทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการ

การวางแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD

D - Disease ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการติดยาและสารเสพติด อาการสำคัญภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นผลจากภาวะถอนพิษยา การเฝ้าระวังสังเกตอาการของผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถบอกอาการให้ทีมรักษาทราบได้ โดยแนวทางการปฏิบัติ คือ ผู้ป่วย ผู้ดูแลจะได้รับความรู้เรื่องโรคสมองติดยา อาการถอนพิษยา ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม รวมทั้งตัวกระตุ้นที่สำคัญจากแพทย์ผู้รักษา พยาบาลประจำตึก การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เช่น counseling, individual, BA, BI

M- Medication ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด โดยแพทย์ ผู้รักษา เภสัชกร หรือพยาบาล หรือจากเอกสารแผ่นพับความรู้เรื่องยา ได้แก่ ชื่อยา การออกฤทธิ์วัตถุประสงค์ ความจำเป็นในการใช้ยา วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา รวมทั้ง การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนวทางแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ความสามารถของผู้ดูแล หรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

E- Environment & Economic ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งของ และสถานที่ที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมซึ่งจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแล หรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัว ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยการทำสุขศึกษาเรื่องโรค สมอทดัดยา อาหารถอนพิษยา ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม รวมทั้งตัวกระตุ้นที่สำคัญและการจัดการกับตัวกระตุ้น การฝึกทักษะการปฏิเสธ การเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆภายในตึก การให้คำปรึกษาญาติทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตลอดจนการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ไกลบ้านหรือสำนักงานคุมประพฤติ

T- Treatment ผู้ป่วยยาและสารเสพติดและผู้ดูแลต้องทราบ และเข้าใจเป้าหมายแผนการรักษาและกระบวนการรักษา การปฏิบัติเกี่ยวกับโรค รวมทั้งต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และได้รับการเตรียมทักษะที่จำเป็น ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแล หรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวในการตรวจต่างๆ ทั้งขณะอยู่รักษา และเมื่อมาตามนัดหลังจำหน่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับความรู้เรื่องการรักษา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค และข้อจำกัดของตนเองในขณะที่อยู่รักษาโดยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลประจำตึก มีการให้ความรู้ในเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยาเสพติด เช่นผู้ป่วยสุรา มีอาการชัก ภาวะเพื่อสับสน ความจำเสื่อมจากการดื่มสุรา ภาวะตับแข็ง โรคกระเพาะอาหาร ฯลฯ ตลอดจนการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น การตรวจเลือด การตรวจสมอทดัด การตรวจปัสสาวะ เป็นต้น

H- Health ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของผู้ป่วยว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย การดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรม การเคลื่อนไหว การประกอบอาชีพ การเรียน และผู้ป่วยสามารถปรับวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะมีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ โดยแพทย์ผู้รักษา พยาบาลที่ผู้ป่วยนอก นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ที่ซีกประวัติผู้ป่วย พยาบาลประจำตึก การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาทั้งผู้ป่วย การทำกลุ่ม และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการให้คำปรึกษา ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล

O- Outpatient referral ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งเวลา และสถานที่ ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้างในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือมีอาการเฉียบพลัน โดยแพทย์ และพยาบาล นอกจากนี้ยังรวมถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการมาพบแพทย์ตามแพทย์นัด โดยหลังการจำหน่ายจะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

D- Diet ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารหรือสารน้ำได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ หรืออาหารที่มีปฏิกิริยาทางลบต่อยาที่รับประทานหรือ รวมทั้งวิธีการจัดทา/เตรียมอาหารเฉพาะโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคตับ โรคกระเพาะอาหาร โรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อม เป็นต้น

โดยพยาบาลประจำตึก โภชนากร และเภสัชกร การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตลอดจนการสอดแทรกความรู้ในการเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับ

รูปแบบทางการพยาบาล (Nursing Model)

ในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต พยาบาลต้องใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทฤษฎีทางการพยาบาลจะประกอบด้วย ๔ โนมตีหลัก คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า มีทฤษฎีการพยาบาลที่สามารถนำมาประยุกต์ได้ คือ ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปเปลว ทฤษฎีทางการพยาบาลของรอย ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ ๒๕๕๗ : วันดี สุทธิรังสี และคณะ, ๒๕๕๙)

ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปเปลว (Interpersonal Nursing Theory of Hildgard Peplau)

ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปเปลวเป็นทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้ความสำคัญตามความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นต้องได้รับอย่างเพียงพอ ทั้งความต้องการทางสรีระ และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งมีลักษณะคู่ขนานไปกับแรงผลักดัน ความพึงพอใจ และความมั่นคง บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะสามารถผสมผสานความต้องการ ประสบการณ์ได้อย่างมีแบบแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่คาดหวัง แต่หากถูกขัดขวาง ทำให้เกิดความไม่พอใจ คับข้องใจ เครียด วิตกกังวล บุคคลก็จะพยายามสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลเพื่อผสมผสานความต้องการ และประสบการณ์อย่างมีแบบแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความคาดหวัง ดังนั้น สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล พยาบาลต้องมีความเข้าใจตนเอง และมีความตระหนักในตนเองอยู่ตลอดเวลา เพื่อใช้ตนเองเป็นเครื่องมือ ในการทำความเข้าใจระบบความเป็นตนเองของผู้ป่วย เคารพซึ่งกันและกันในฐานะบุคคล พยาบาลใช้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ในการให้การพยาบาล และบำบัดรักษา พยาบาลและผู้ป่วยจะมีบทบาทและความรับผิดชอบ ของแต่ละคนในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ เพปเปลวเชื่อว่าผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหา และสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีคือ สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลสามารถสังเกตได้ ศึกษาได้ อธิบายได้ ทำความเข้าใจได้ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพปเปลวเชื่อว่าพฤติกรรมของพยาบาลในฐานะบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในฐานะบุคคลที่มีความสำคัญต่อสุขภาวะของผู้ป่วย และคุณภาพหรือผลลัพธ์ของการพยาบาล อธิบายได้ว่าสัมพันธภาพเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล มีจุดเริ่มต้น มีการดำเนินต่อไปในช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีจุดสิ้นสุด เป้าหมายของการพยาบาลคือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและสามารถแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของตนเองได้ ทั้งนี้การสร้างสัมพันธภาพประกอบด้วย ๓ ระยะสำคัญคือ

๑. ระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (orientation phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะเกิดปัญหา และต้องการความช่วยเหลือ พยาบาลจะต้องสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วยในการค้นหาปัญหา หรือความต้องการความช่วยเหลือนั้น ช่วยให้ทำความเข้าใจกับปัญหา และตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่ป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว

๒. ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ซึ่งประกอบด้วย

- ระยะกำหนดปัญหา (identification phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาก็หรือให้ความช่วยเหลือเขาได้ สามารถระบุได้ว่าใครควรเป็นผู้ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา และเริ่มรู้สึก

ว่ามีความสามารถในการจัดการกับปัญหา พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกของตน ก่อให้เกิดความเข้มแข็ง และสามารถตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น

- ระยะเวลาจัดการกับปัญหา (exploitation phase) เป็นระยะของการให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลต้องทำความเข้าใจ ให้การยอมรับ ห่วงใย เอาใจใส่ ไม่ตัดสินหรือใช้อารมณ์กับผู้ป่วย และช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองที่ดีขึ้น ค้นพบความสามารถของตนเองเพื่อนำมาพัฒนาความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด

๓. ระยะสิ้นสุด (termination phase) เป็นระยะสุดท้ายของการพยาบาลที่ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว โดยความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เป็นการยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งบางครั้งการยุติสัมพันธภาพ อาจทำได้ยาก เนื่องจากความต้องการพึ่งพา เพราะสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มักมีความต่อเนื่อง ถ้าการยุติสัมพันธภาพสำเร็จลงด้วยดี ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ อิสระโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล แสดงว่าผู้ป่วยเกิดการพัฒนาและเป็นความสำเร็จของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทุกระยะด้วย (ฉวีวรรณ สัตยธรรมและคณะ, ๒๕๕๗; วันดี สุทธิรังสี และคณะ, ๒๕๕๙)

การประยุกต์ในการพยาบาลจิตเวช ทฤษฎีการพยาบาลของเพปพลาว เป็นทฤษฎีที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการพยาบาลจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พยาบาลจึงต้องสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ โดยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพทั้งสามระยะ สิ่งสำคัญคือพยาบาลต้องประเมิน ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธภาพและสื่อสารระหว่างกัน (วันดี สุทธิรังสี และคณะ, ๒๕๕๙)

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้ (Muray, ๑๘๕๑ อ้างถึงใน สมบัติ ธิยาพันธ์, ๒๕๕๒: ๗๐)

๑. การเข้ากันได้ (Rapport) พยาบาลจะต้องเข้ากันได้ กับผู้รับบริการอย่างกลมกลืนซึ่งความรู้สึกเข้ากันได้จะต้องมีตั้งแต่แรกเริ่มของสัมพันธภาพ รวมทั้งให้เวลากับผู้รับบริการสร้างความรู้สึกรับบริการผ่อนคลาย และปฏิบัติกับผู้รับบริการในฐานะมนุษย์เท่าเทียมกัน

๒. การสร้างความไว้วางใจ (Trust) ซึ่งเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นอย่างจริงใจที่บุคคลหนึ่งมีต่ออีกบุคคลหนึ่ง โดยไม่เคลือบแคลงว่าจะเกิดอะไรขึ้น เพราะมีความเชื่อมั่นอยู่ภายในความไว้วางใจตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสมอดันเสมอปลายพยาบาลจะต้องมีความสม่ำเสมอและจริงใจ เพราะจะช่วยให้ผู้รับบริการค่อยๆ สร้างความเชื่อถือในตัวพยาบาล แม้ว่าในระยะแรกผู้รับบริการอาจจะยังทดสอบพยาบาลอยู่ก็ตาม

๓. การมองในแง่ดีและการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข (Unconditional Positive Regard and Acceptance) พยาบาลต้องมีความเต็มใจที่จะเข้าใจผู้รับบริการและเป็นบุคคลมองในแง่ดี ไม่ตัดสิน โดยมีความเชื่อในคุณค่า ศักดิ์ศรี

๔. การเข้าถึงความรู้สึกหรือเข้าใจตามการรับรู้ของผู้รับบริการ (Empathy) คือการที่พยาบาลเข้าใจความรู้สึก ของผู้รับบริการเหมือนกับที่ผู้รับบริการรู้สึก หรือเหมือนกับว่ามีความรู้สึก ที่เกิดขึ้นกับตนเอง แต่ต้องแยกตนเองไว้ต่างหาก ความรู้สึกเหล่านั้นไม่ได้มีผลต่อพยาบาล ความเข้าใจตนเองอย่างดี จะช่วยให้เกิดความตระหนักในความเป็นผู้อื่นได้อย่างแท้จริง

๕. มีการติดต่อสื่อสารที่มีจุดประสงค์ (Purposeful communication) เน้นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง พัฒนาส่งเสริมและป้องกันปัญหา

๖. มีการถ่ายโอนความรู้สึก (Tranference) อาจเป็นทั้งความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ที่ถ่ายโอนมายังพยาบาลจากความใกล้ชิด และรู้สึกกว่าพยาบาลเป็นเหมือนคนสำคัญของตนเองในด้านต่างๆ และอาจทำให้ผู้รับบริการจะแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมา

๗. การกำหนดหรือตั้งเป้าหมายชัดเจน (Goal Formulation) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจะต้องมีการตั้งเป้าหมายและปฏิบัติให้บรรลุตามที่ตั้งไว้

๘. การมีอารมณ์ขัน (Humor) เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด ในบางสถานการณ์ที่ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการกำลังเผชิญอยู่ ดังนั้นเมื่อพยาบาลใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษา พยาบาลจึงต้องพัฒนาตนเอง ให้มีคุณสมบัติ คือ ควรมีความอบอุ่นและจริงใจ (Warmth and genuineness) การเข้าใจความรู้สึก (Empathy) การยอมรับ (Acceptance) ความสม่ำเสมอ (Consistency) การใช้คำพูดให้ความมั่นใจหรือให้กำลังใจ (Verbal communication) และมีการตระหนัก

บทบาทของพยาบาลในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในแต่ละระยะ ดังนี้ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, ๒๕๓๙ : ๖๑-๖๒)

๑. คนแปลกหน้า (Stranger) : ในการพบกันครั้งแรก ช่วยทำให้ผู้รับบริการยอมรับและไว้วางใจพยาบาล เช่นเดียวกับคนแปลกหน้าที่สามารถพบได้ในสถานการณ์ทั่วไป

๒. ผู้ให้การสนับสนุน (Resource person) : ช่วยตอบคำถาม ให้ความรู้ ในข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อความเข้าใจปัญหา และสถานการณ์ใหม่ ๆ ที่ต้องเผชิญ

๓. ครู (Teacher) : ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความรู้การเรียนรู้ตามความต้องการหรือในสิ่งที่ผู้รับบริการสนใจทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

๔. ผู้นำ (Leader) : ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความคิดริเริ่ม และมีทิศทางที่ชัดเจนในการรับผิดชอบเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน

๕. ผู้ทดแทน (Surrogate) : ช่วยเป็นตัวแทนที่ทำหน้าที่ทดแทน โดยแสดงบทบาทนี้ในภาวะที่ผู้รับบริการอาจไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้

๖. ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) : ช่วยให้เกิดความเข้าใจและบูรณาการเป้าหมายของชีวิตและบริบทแวดล้อมส่งเสริมประสบการณ์และให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลง การประยุกต์ในการพยาบาลจิตเวช ทฤษฎีการพยาบาลของเพปเปลว เป็นทฤษฎีที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการพยาบาลจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พยาบาลจึงต้องสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ โดยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพทั้งสามระยะ สิ่งสำคัญคือพยาบาลต้องประเมิน ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธภาพและสื่อสารระหว่างกัน (วันดี สุทธิรังษี และคณะ, ๒๕๕๙)

การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด

การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัดรักษาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ติดยาเสพติดให้มีพฤติกรรมเหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสังคมสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดให้รู้จักช่วยตนเองโดยอาศัยปรัชญาของการพยาบาลยาเสพติดว่า “ช่วยเพื่อช่วยตนเอง” (Help to self-help) ทำให้ผู้ติดยาเสพติดรู้จักปรับปรุงตนเอง เผชิญปัญหาหรือวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ไปในทางที่เหมาะสม รับฟังคำแนะนำ ยินยอมรับการรักษาพยาบาลเพื่อเลิกยาเสพติดให้ได้ (โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น)

การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดต้องให้การพยาบาลครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน คือ ชีวจิต สังคมความรู้ (Cognitive) และจิตวิญญาณ และต้องปฏิบัติตามวินิจฉัยการพยาบาลและเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดมีดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ ๒๕๕๗ : วันดี สุทธิรังสี และคณะ, ๒๕๕๙)

๑. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปราศจากสิ่งผู้ป่วยจะเกิดความอยากได้ยา หรือสิ่งเสพติดต่างๆ จัดหาเครื่องมือให้พร้อมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วนในระยะถอนพิษยา (Detoxification) บรรยากาศของหอผู้ป่วยต้องรื่นรมย์ สงบ ไม่มีสิ่งกระตุ้นจนเกินไป

๒. การเข้าถึงผู้ป่วย (Approach) ผู้ป่วยที่อาศัยสิ่งเสพติดต่าง ๆ มักเป็นคนตามใจตัวเอง ทนกับอะไรไม่ค่อยได้ และคิดว่าคนอื่นไม่ชอบตน จึงจะแสดงกิริยาอาการต่อต้านบุคคลที่ไม่ชอบตน พยาบาลจะต้องเข้าใจถึงกลไกของการเกิดพฤติกรรมเช่นนี้ ความจริงแล้วผู้ป่วยต้องการได้รับความช่วยเหลือให้เขา

มีความภาคภูมิใจในตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง เคารพตนเอง ซึ่งจะทำให้อารมณ์ของเขาเป็นสุขและทำให้สังคมมีคุณค่าขึ้น

๓. ด้านความต้องการทางร่างกาย ขึ้นอยู่กับระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

๔. ให้ความคุ้มครองผู้ป่วย โดยป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันการทำร้ายตนเอง

๕. สัมพันธภาพภายในกลุ่ม จัดให้ผู้ป่วยได้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกันได้พูดคุยกัน จะได้เป็นการระบายทุกข์

๖. ระยะพักฟื้น จัดให้ผู้ป่วยมีงานประจำ ให้ผู้ป่วยได้ทำงาน ได้เล่นได้ฝึกนิสัยให้ผู้ป่วยหัดเป็นของตัวเอง

คาร์เรน ลี ฟอนเทน (Karen Lee Fontaine) กล่าวว่า ผู้ติดยาเสพติดนั้น พบเห็นได้ไม่ยาก แต่ยากที่จะบำบัดรักษา ตัวผู้ป่วยเองจะต้องให้ความสนใจการบำบัดรักษา ยาเสพติดเป็นอันดับแรก และต้องได้รับการประคับประคอง สนับสนุนจากครอบครัว ผู้บำบัดและชุมชนในภายหลัง การให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดควรครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

๑. ด้านพฤติกรรม

๑.๑ ดูแลเรื่องการขาดยา (Withdrawal) และการเกิดพิษ (Intoxication) ในระยะแรกผู้ป่วยจะเกิดอาการขาดยา หรืออาการเกิดพิษ ในรายที่ได้รับยาเสพติดมากพยาบาลจะต้องสามารถประเมินอาการให้เร็วที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่จะรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้

๑.๒ การบำบัดรักษา

๑.๒.๑ สอนทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving skill) ผู้ป่วยยาเสพติด มักจะหลีกเลี่ยงปัญหา โดยการเสพยาเสพติด การปฏิบัติพยาบาลที่สำคัญคือ การช่วยให้ผู้ป่วยเอาชนะการปฏิเสธการเสพยาเสพติดได้ ซึ่งให้ผู้ป่วยเห็นว่า ยาเสพติดเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดปัญหาต่างๆ ในชีวิตเขา แนะนำให้ผู้ป่วยคบหากับบุคคลที่จะชักจูงให้ผู้ป่วยหยุดการเสพยาเสพติด และจะต้องมีความยึดมั่นผูกพันที่จะเลิกให้ได้ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งและเชื่อมั่นว่าตัวเองมีความสามารถที่จะเลิกยาเสพติดได้ และลดความรู้สึกว่าขาดการช่วยเหลือ และสิ้นหวัง ซึ่งทั้งนี้พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยผ่านกระบวนการรับฟังและสนับสนุน

๑.๒.๒ การทำงาน ให้คำแนะนำเรื่องการทำงาน ให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะยังคงทำงานเดิมต่อไปหรือจะหางานใหม่อย่างไร ซึ่งการมีงานทำ มีอาชีพ เป็นเป้าหมายหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพพยาบาลอาจจะช่วยในการวางแผนทั้งเรื่องการศึกษาและการทำงาน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว บางครั้งอาจจะต้องจำลองสถานการณ์และสมมติให้ผู้ป่วยได้รับความกดดันเรื่องการทำงาน

๑.๒.๓ ด้านสุขภาพร่างกาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น โดยจัดโปรแกรมการออกกำลังกาย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า การออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง จะทำให้ร่างกายหลังสารเอนดอร์ฟิน ซึ่งเป็นสารธรรมชาติ ทำให้มีความสุข แทนที่จะได้รับความทุกข์จากยาเสพติด

๑.๒.๔ จัดให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help groups) จะช่วยให้เกิดความรู้สึกว่ามีประโยชน์และมีคุณค่า ในระยะเริ่มต้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพ จะต้องจัดและควบคุมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดยให้เป็นกลุ่มที่สนใจและเหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่มีทักษะการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ การจัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดด้วยกันจะช่วยให้เขาได้เรียนรู้ มีการเคารพนับถือ และดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ลดความต้องการความสมบูรณ์แบบ (Perfectionism) และช่วยให้ครอบครัวพัฒนาความรับผิดชอบ ให้กำลังใจในการแสดงพฤติกรรมใหม่ ๆ เพื่อเป็นการเสริมแรงในการเปลี่ยนพฤติกรรม

๑.๒.๕ การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม พบว่าเป็นข้อจำกัดของผู้ติดยาเสพติด การสอนให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสมและให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ปลอดภัยและดี ซึ่งกลุ่มบำบัดเป็นการรักษาที่ดีที่สุด ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะยอมรับผู้ป่วย และรู้จักการช่วยเหลือผู้อื่น กลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเป็นแหล่งของมิตรภาพให้เขารู้สึกว่าเขาไม่ได้อยู่ลำพังคนเดียว

การสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) พัฒนาโดยมิลเลอร์และโรลนิก (Miller & Rollnick ในปีค.ศ.๑๙๙๑ ภายใต้แนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยระบุขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ไว้อย่างชัดเจน (พิชัย , ๒๕๔๘)

ตารางที่ ๒ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ลักษณะสำคัญของผู้ติดยาเสพติดและการตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดในแต่ละขั้นตอน

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง	ลักษณะผู้ป่วย	พฤติกรรมที่แสดงออก	การช่วยเหลือ
ขั้นเฝ้าเฉย (pre-contemplation)	ไม่คิดจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไม่ตระหนักถึงปัญหา ไม่ยอมรับว่าการใช้ยาเสพติดจะก่อให้เกิดปัญหาหรือความเสี่ยงที่จะตามมาได้	ปกปิดพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ต่อต้านหรือโกรธเมื่อถูกกดดัน บังคับให้เลิกหรือเมื่อผู้อื่นพูดเรื่องการใช้ยาเสพติดของตน	เสนอข้อมูลที่เป็นจริงให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษาเมื่อผู้ป่วยพร้อม
ขั้นลังเลใจ (contemplation)	เริ่มตระหนักว่าเกิดปัญหาจากการใช้ยาเสพติด มักจะมีความคิดสองจิตสองใจระหว่างเหตุผลที่จะเลิกยากับเหตุผลที่ไม่เลิกยา	ยังคงใช้ยาเสพติดอยู่แต่มักจะเริ่มคิดถึงการเลิกยาหรือการลดปริมาณการเสฟลงในอนาคต ชั่งข้อดีข้อเสียของการเลิกยาเสพติด	ให้ผู้ป่วยค้นหาและชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อเสียของการใช้ยาเสพติดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระตุ้นให้พูดถึงการเปลี่ยนแปลงจากตัวผู้ป่วยเอง

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง	ลักษณะผู้ป่วย	พฤติกรรมที่แสดงออก	การช่วยเหลือ
ขั้นตัดสินใจ (determination)	วางแผนในการเลิกยาเสพติดที่เฉพาะเจาะจง เช่น ตัดสินใจเข้ารับการรักษา พิจารณาความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน	อาจจะลองหยุดหรือลดปริมาณการใช้ยาเสพติดลงด้วยวิธีของผู้ป่วยเอง เริ่มตั้งเป้าหมายในการเลิกยา	ช่วยผู้ป่วยวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสนอทางเลือก และให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุด
ขั้นลงมือแก้ไข (action)	เชื่อว่าตัวเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เริ่มพิจารณาถึงภาพลักษณ์ใหม่ของตัวเอง	เปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ยอมรับความช่วยเหลือและต้องการการสนับสนุนจากผู้บำบัดและครอบครัวมารับการบำบัดตามนัดอย่างสม่ำเสมอ	ช่วยให้ผู้ป่วยยึดมั่นและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ เรียนรู้การป้องกันการกลับไปใช้ยาซ้ำ
ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance)	พยายามคงความสำเร็จในการเลิกยาเสพติดไว้ เริ่มสนใจการดำเนินชีวิตของตน	ปรึกษาปัญหาอื่นๆ เช่น การจัดการทางอารมณ์ คนรอบข้าง ยังไม่ไว้วางใจ ลองทำกิจกรรมใหม่ๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด	ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะใหม่ๆ ที่จำเป็นในการเลิกยาเสพติด การรู้เพื่อนสัมพันธ์ภาพทางสังคม การหาความสุขโดยไม่ใช้ยาเสพติดเป็นต้น
ขั้นกลับไปติดซ้ำ (relapse)	ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถคงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ทันที ผู้ป่วยมักจะกลับไปเริ่มที่ระยะต้นของ stage of change อีกครั้ง	รู้สึกผิดและหมดหวัง คิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตัวเองได้ หลบเลี่ยงไม่มารับการบำบัดรักษา	ช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตัวเองให้ ความหวัง กำลังใจ ปรึกษาปรึกษาให้ผู้ป่วยอยู่ในการบำบัดรักษา

ที่มา : พิชัย แสงชาญชัย. (๒๕๔๘)

บทบาทของพยาบาลยาเสพติด

๑. ระยะเตรียมการก่อนบำบัดรักษา ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัว ศึกษาและรวบรวมข้อมูลบุคคล ประวัติสุขภาพ ข้อมูลที่เกี่ยวกับการเสพยาเสพติด ปัจจัยที่ทำให้ยังคงเสพยาอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการ คัดกรอง/การประเมินภาวะที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด ประวัติการเบิกด้วยตนเองหรือการรักษา การประเมินอาการทางกาย/ทางจิต ระดับความรุนแรงของปัญหา ประเมินขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับการติดยาเสพติด

๒. ระยะบำบัดยา การให้ยาตามแผนการรักษาทั้งการถอนพิษยาและภาวะแทรกซ้อน สังเกตและป้องกันพฤติกรรมรุนแรง กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลระดับประคอง ด้านจิตใจ การเสริมแรงทางบวก

๓. การฟื้นฟูสภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดของตนเอง วิเคราะห์สาเหตุ การเผชิญปัญหา ให้กำลังใจ สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมในการบำบัด เผื่อหวังให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น

๔. ติดตามผล ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ให้การสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ติดตามการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่าย ให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัว นัดพบแพทย์ ติดตาม สุ่มตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ

โดยส่วนใหญ่ผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติมักไม่ยอมรับการรักษา ดังนั้นการบำบัดทางการพยาบาลสำหรับผู้มีบุคลิกภาพผิดปกติ เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อนำไปสู่การเข้าใจและการยอมรับผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถเกิดขึ้นได้เมื่อพยาบาลได้สำรวจและทำความเข้าใจความหมายภายใต้พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ผู้ป่วยต้องการให้เกิดผลจากสิ่งที่ได้กระทำ นอกจากนี้ความเข้าใจจะช่วยให้พยาบาลสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองที่ถูกกระตุ้นโดยผู้ป่วยได้ อีกทั้งยังเป็นแบบอย่างที่ดี ในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้วย ซึ่งความเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยจะช่วยให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ด้วยวิธีที่ถูกต้อง เหมาะสมและยังเป็นการป้องกันปัญหารุนแรงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาได้ โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลิกภาพแปรปรวนและต่อต้านสังคมที่มักพบปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำร้ายตนเอง หรือทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บ บังการผู้อื่น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มักเริ่มจากความรู้สึกไม่พอใจ โกรธ และเริ่มมีพฤติกรรมก้าวร้าว ช่มชู้ตามมา จนถึงระดับก้าวร้าวรุนแรงได้ เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ สัมพันธภาพที่ดีและการเข้าใจพฤติกรรมที่เกิดขึ้น จะช่วยให้สามารถป้องกันปัญหารุนแรงและให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นได้ตั้งแต่ในระยะแรก (ขวัญพนมพร ธรรมไทย, ๒๕๕๔)

ตารางที่ ๓ แนวทางการพยาบาลในผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ

กลุ่ม	แนวทางการพยาบาล
กลุ่ม A	<ol style="list-style-type: none"> ๑. สร้างความไว้วางใจและเชื่อมั่น ๒. สนับสนุนการปฏิสัมพันธ์ สอนทักษะทางสังคมในกลุ่มขนาดเล็กและดูแลชีวิตความเป็นอยู่ ๓. สอนการตรวจสอบความจริงก่อนลงมือทำ ๔. สื่อสารตรง เปิดเผย ไม่มีลับลมคมใน ๕. สนับสนุนการมีบทบาทในชุมชน
กลุ่ม B	<ol style="list-style-type: none"> ๑. จำกัดพฤติกรรม รักษากฎกติกา ๒. ลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และดูแลความปลอดภัย เช่น ในกลุ่มที่บงการผู้อื่น ก้าวร้าว รุนแรง ๓. สอนการจัดการกับปัญหา การจัดการความโกรธและควบคุมตนเอง ๔. สนับสนุนการรับผิดชอบต่อหน้าที่ และการทำกิจกรรมสร้างสรรค์
กลุ่ม C	<ol style="list-style-type: none"> ๑. สอนการปรับเปลี่ยนความคิดที่มีผลต่อความวิตกกังวล ๒. เพิ่มคุณค่าในตนเอง เพิ่มการคิดเชิงบวก ๓. สอนทักษะสังคม การสื่อสาร และการปฏิเสธ ๔. สอนการจัดการกับปัญหา การตัดสินใจ การบริหารเวลา การจัดการความเครียด สร้างเสริมกิจกรรมครอบครัวและชุมชน

ที่มา : ขวัญพนมพร ธรรมไทย (๒๕๕๔)

การให้การพยาบาลผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ จะต้องมีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมถึงบุคลากรทีมการรักษาทั้งหมด ซึ่งทุกฝ่ายจะต้องตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหา ร่วมกัน จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติ รวมถึงปัญหาซับซ้อนอื่นๆได้ เนื่องจากผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติมักมีโรคร่วมอื่นด้วย เช่น โรควิตกกังวล การใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ หรือติดเชื้อ และสารเสพติดร่วมด้วย สำหรับพฤติกรรมที่อาจนำไปสู่ความรุนแรงจำเป็นต้องใช้การบำบัดทางการพยาบาลอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การบำบัดทางการพยาบาลสำหรับพฤติกรรมบงการ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ก้าวร้าวร่วมกับการจำกัดพฤติกรรมและการฝึกทักษะชีวิตที่จำเป็น เช่น การจัดการกับความเครียด ทักษะการแก้ปัญหา การฝึกควบคุมตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายด้วยวิธีสร้างสรรค์ แทนวิธีเดิมที่ทำให้เกิดปัญหามากยิ่งขึ้น

กระบวนการพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพประกอบด้วยหลักการพยาบาล ๕ ขั้นตอน ดังนี้

๑. การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินทำได้โดยการสังเกตอาการทางคลินิก การสัมภาษณ์ประสบการณ์ในชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงวัยรุ่นหนุ่มสาว กลไกการป้องกันตนเองและการเผชิญปัญหา แรงจูงใจในการบำบัดรักษา การรับรู้ เกี่ยวกับโรค ประวัติการถูกทำร้าย ประวัติทางคดีรวมถึงการใช้ผลการทดสอบทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น

แบบทดสอบบุคลิกภาพ แบบวัดโรคบุคลิกภาพแปรปรวน และประเมินแบบแผนสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งการประเมินแบบแผนสุขภาพจะประเมินได้ ดังนี้

๑. แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ ส่วนมากผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพมักไม่รู้ถึงความผิดปกติของตนเองไม่ยอมรับว่าตนเจ็บป่วย

๒. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร จะพบปัญหาในรายที่เรียกร้องความสนใจวิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวังหรือคุณค่าในตนเองลดลง อาจมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไป

๓. แบบแผนการขับถ่าย ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหา พิจารณาเป็นรายๆไป

๔. แบบแผนการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ในรายที่ท้อแท้สิ้นหวังอาจขาดความสนใจในการทำกิจกรรม หรือไม่ค่อยสนใจที่จะดูแลความสะอาดของเสื้อผ้าและร่างกาย

๕. แบบแผนการพักผ่อนและการนอนหลับ ในรายที่มีความเครียดวิตกกังวลอาจมีนอนไม่หลับได้

๖. แบบแผนการรู้คิดการรับรู้และการสื่อสาร ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบเจ้าอารมณ์มีความคิดระแวงสงสัยเมื่อเครียดจะมีความจำ การรับรู้เกี่ยวกับตนสูญเสียไป (dissociative symptoms) ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมจะขาดการไตร่ตรอง ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพาจะไม่กล้าสื่อสารตามความต้องการที่แท้จริงของตนเอง

๗. แบบแผนการรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์และสภาพอารมณ์ ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพาคิดว่าตนเป็นคนไม่มีคุณค่า มีอารมณ์วิตกกังวล เศร้า ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบเจ้าอารมณ์ จะสับสนในความเป็นตัวของตัวเอง รู้สึกหงุดหงิดโกรธง่าย อารมณ์ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงง่าย และผู้ต่อต้านสังคมจะหงุดหงิดก้าวร้าว

๘. แบบแผนบทบาทและสัมพันธ์ภาพ ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพามีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นแบบพึ่งผู้อื่น ยอมตามผู้อื่น ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบเจ้าอารมณ์สัมพันธ์ภาพไม่แน่นอนระหว่าง ดีสุด ๆ กับร้ายสุด ๆ และต่อต้านสังคมจะไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น ไม่ซื่อสัตย์โกหกหลอกลวงและทำร้ายผู้อื่น

๙. แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ มีท่าทางเฝ้าหวนทางเพศ บุคลิกภาพแบบเจ้าอารมณ์ บางรายมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม บางรายมีการกระทำผิดทางเพศ

๑๐. แบบแผนความเครียด ความทนต่อความเครียด และการจัดการกับความเครียด ผู้ที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนมักมีความเครียดและการแก้ปัญหาจะพยายามเปลี่ยนที่สิ่งแวดล้อมมากกว่าเปลี่ยนที่ตนเองผู้ที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนแบบเจ้าอารมณ์บางรายจะมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

๑๑. แบบแผนคุณค่าความเชื่อและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ พิจารณาในแต่ละรายไปซึ่งมักจะมี ความทุกข์ในการดำเนินชีวิต ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมการปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตมักจะขัดกับกฎเกณฑ์ของสังคม

๒. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตาม NANDA nursing diagnoses ที่พบได้ในผู้ที่มีบุคลิกภาพแปรปรวน ได้แก่

- เสี่ยงต่อการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา
- ขาดการดูแลตนเอง
- แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง
- บกพร่องในการสื่อสารด้วยวาจา
- กระบวนการคิดเปลี่ยนแปลง
- การนับถือคุณค่าในตนเองต่ำ

- เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
- วิตกกังวล
- แยกตัว การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่อง
- การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ
- เสี่ยงต่อการกระทำที่รุนแรงหรือทำร้ายบุคคลอื่น
- การแสดงแบบแผนทางเพศไม่มีประสิทธิภาพ
- การปฏิบัติทางเพศไม่เหมาะสม

๓. การวางแผนทางการพยาบาล

เป็นการเลือกสรรวิธีปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และเป็นการประสานความร่วมมือกับบุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นอยู่นานและมั่นคง ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ภายในข้ามคืน ต้องค่อยเป็นค่อยไป ดังนั้นพยาบาลจึงต้องอดทนและทำเรื่องตามลำดับขั้นตอน นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีอารมณ์มั่นคง หนักแน่น เสมอต้นเสมอปลาย และเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ควรวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา เช่น ปฏิบัติตามแผนการรักษาและรับรู้บุคลิกภาพของตนเองได้ถูกต้อง นอนหลับได้และความวิตกกังวลลดลง เห็นคุณค่าในตนเองและดูแลพึ่งพาตนเองได้ ไม่มีความเสี่ยงต่อการกระทำที่รุนแรงหรือทำร้ายบุคคลอื่นและพฤติกรรมรุนแรง

๔. การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพนั้น สิ่งสำคัญคือการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น นอกจากนี้การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นเรื่องยากและมักไม่ประสบความสำเร็จถ้าผู้ป่วยไม่คิดว่าเขาผิดปกติและไม่ต้องการปรับปรุงตนเอง ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจและปรารถนาที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง แนวทางการช่วยเหลือโดยทั่วไปดังนี้

- การให้เรียนรู้จากแบบอย่างของพฤติกรรมที่กล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (assertive behavior)
- แนะนำแนวทางให้พัฒนาการแสดงความคิดเห็นต่อผู้อื่นด้วยวิธีการที่เป็นที่ยอมรับได้ในสังคม
- ส่งเสริมทักษะที่จำเป็นทางสังคม เช่น วางแผนการใช้จ่าย การทำอาหาร วิธีแสวงหาความรู้และประสบการณ์ทางสังคม เป็นต้น
 - ส่งเสริมให้เลือกหาและทดลองใช้เทคนิคการแก้ปัญหาที่เป็นการแก้ที่ต้นเหตุของปัญหา
 - แนะนำเทคนิคการคลายเครียดต่างๆแล้วให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่เหมาะสมสำหรับตนเอง
 - ฝึกหรือจัดให้แสดงบทบาทสมมุติ (role-play) เกี่ยวกับทักษะที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต
 - นอกจากนี้ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพส่วนใหญ่ได้รับการรักษาอยู่ในชุมชน เช่น ศูนย์สุขภาพจิต ศูนย์ฮอทดไลน์คลินิกแพทย์ เป็นต้น พยาบาลจึงต้องมีบทบาทในการประสานงานกับชุมชนครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญ โดยให้ข้อมูลว่าเขาจะหาแหล่งช่วยเหลือได้จากที่ไหนและเมื่อไร
 - หลักการพื้นฐานในการทำงานกับผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพนอกโรงพยาบาลคือ การช่วยให้เขาได้รู้ถึงความเข้มแข็งที่เขามีและนำออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม

๕. การประเมินผล

การช่วยเหลือผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพต้องใช้เวลาและมักไม่ประสบความสำเร็จ เพราะการยึดมั่นในบุคลิกภาพมีอยู่สูง การประเมินผลมุ่งที่การรับรู้พฤติกรรมของตนเอง เทคนิคการแก้ปัญหาความร่วมมือในการรักษาและการพยายามปรับตัวเอง พฤติกรรมเป้าหมายของผู้ป่วยภายหลังการให้การพยาบาล ได้แก่

- ปฏิบัติร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดตามแผนการรักษา
- แสดงความรู้สึกของตนเองอย่างเปิดเผยและจริงใจ
- บอกคุณค่าของตนเองได้
- บอกว่าไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง
- เลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม
- ควบคุมพฤติกรรมหุนหันวุ่นวายได้
- ไม่ทำลายข้าวของและไม่ทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าว

เนื่องจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมักจะมีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ พยาบาลควรตระหนักและมองเห็นความสำคัญของปัญหานี้ และให้ความช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอารมณ์โกรธเข้าใจถึงความรู้สึกโกรธของตนเองในขณะนั้น ยอมรับว่ากำลังมีอารมณ์โกรธ และสามารถสื่อสารถึงอารมณ์โกรธ ให้ผู้อื่นได้รับทราบถึงการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ภาคภูมิใจที่ตนเองสามารถปกป้องสิทธิของตนเองโดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น

กระบวนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าว

- ๑ การประเมินสภาพ เพื่อประเมินความเสี่ยงมีพฤติกรรมก้าวร้าว ประเมินความรุนแรงที่เป็นสัญญาณเตือน ของพฤติกรรมรุนแรง
 - ๑.๑ การแสดงออกทางสีหน้า
 - สีหน้าบึ้งตึง โกรธทำทางไม่พอใจ แววตาไม่เป็นมิตร
 - กัดกรามแน่น ดวงตาเปิดกว้าง และแข็งกร้าว
 - ท่าทางเกรี้ยวไม่ผ่อนคลาย
 - ๑.๒ การเคลื่อนไหวและการกระทำ
 - กระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง เดินไปเดินมา ตัวเกร็ง กำมือแน่น กำมัด
 - กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง
 - หยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างกะทันหันที่ทันใด
 - ๑.๓ การแสดงออกทางคำพูด
 - เจ็บเฉยผิดปกติ
 - โต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วนๆ
 - พดก้าวร้าวตำหนิหาบ วิจารณ์ ตำหนิติเตียน สาปแช่ง พุดในแง่ ร้าย
 - การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างทันที่ทันใด
 - ๑.๔ ประเมินประวัติพฤติกรรมรุนแรงจากญาติหรือผู้นำส่ง

๑.๕ ประเมินจากประวัติการใช้สารเสพติด

- Intoxication
- Delirium tremens
- Drug overdose

สิ่งที่ควรคำนึงถึงในอันดับแรก คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคคลรอบข้างผู้ป่วยที่มีประวัติก่อนความรุนแรงก่อนที่จะมาโรงพยาบาลหรือ ผู้ป่วยที่มีท่าทีบ่งบอกถึงการใช้ความรุนแรง ควรมีทีมปฏิบัติงาน อยู่นอกตัวผู้ป่วย

๒ การวินิจฉัยการพยาบาล

- ผู้ป่วยไม่ปลอดภัยจากพฤติกรรมก้าวร้าว
- การเผชิญปัญหาและการจัดการอารมณ์ไม่เหมาะสม
- สัมพันธภาพระหว่างการเผชิญปัญหากับภาระการดูแลของญาติและผู้ดูแล

๓ การวางแผนทางการพยาบาล

พฤติกรรมก้าวร้าวมักเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง บุคลากรในทีมสุขภาพพยาบาลควรตระหนักในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว ต้องมีความเฉพาะ มีการวางแผนจัดการอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อลดความรุนแรงและผลกระทบที่อาจเกิดจากพฤติกรรมก้าวร้าว โดย พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกทางวาจาหรือการกระทำ เช่น การตะโกนเสียงดัง การข่มขู่ การทำลายข้าวของ การทำร้ายตัวเอง เช่น หยิกข่วนตัวเอง เอาศีรษะโขก หากมีพฤติกรรมที่รุนแรงอาจก่อให้เกิดการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้

วัตถุประสงค์กิจกรรม

๑. เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมปรับตัวได้
๓. เพื่อเสริมแรงจิตใจและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย
๔. ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อม มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น
๕. เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยและกิจวัตรประจำวันได้

๔. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าว

การตัดปัญหาการเกิดกรรมก้าวร้าวรุนแรง ควรทำเมื่อประเมินได้ว่า บุคคลมีความโกรธ จัดการอารมณ์ไม่เหมาะสม เมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำให้เกิดความยุ่งยากในการจัดการ และมี ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจของ ผู้ป่วย และบุคลากร เสี่ยงการถูกร้องเรียน การ ละเมิดสิทธิ์และปัญหาข้อกฎหมายต่าง ๆ สูญเสียภาพลักษณ์ทั้งตัวผู้ป่วยและ บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน แต่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป และ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช จึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีปฏิบัติในการจัดการที่มีประสิทธิภาพ

วิธีจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

Herper-Jages and Reimer (๑๙๙๘) เสนอวิธีการจัดการ ๓ ด้าน ดังนี้

๑. ด้านชีวภาพ เช่น การฉีดยา การผูกมัดและการใช้ห้อง แยก
๒. ด้านจิตวิทยา เช่น การพูดคุยกับผู้ป่วย
๓. ด้านสังคม เช่น การลดสิ่งกระตุ้น

การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ตามสถานการณ์ PAPMS (Pre As Post Management Systems)

- ๑.การจัดการก่อนเกิด เหตุการณ์
 - การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความ ปลอดภัย
 - การประเมินสถานการณ์ความ เสี่ยง
 - การป้องกันพฤติกรรมรบกวน
 - การฝึกอบรมเพื่อเตรียมความพร้อม การจัดการขณะเกิด เหตุการณ์
- ๒.การจัดการขณะเกิด เหตุการณ์
 - การจำกัดพฤติกรรมด้วยวาจา
 - การจำกัดพฤติกรรมด้วยเทคนิคทางกายภาพ การจัดการหลังเกิด เหตุการณ์
๓. การจัดการหลังเกิดเหตุการณ์
 - การทบทวนร่วมกับผู้ป่วยและ ครอบครัว
 - การทบทวนแก้ไข้ปัญหาในหน่วย
 - การทบทวนกระบวนการทาง คลินิกของหน่วยงาน การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ขั้นตอนการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง

- ๑.การหาข้อมูลผู้ป่วย
- ๒.การแยกผู้ป่วยออกจากสถานการณ์อื่น
- ๓.การสนทนากับผู้ป่วย
 - ๓.๑ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร สงบ จริงใจ ให้เกียรติ ยอมรับ พฤติกรรมของผู้ป่วย
 - ๓.๒ ให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกโดยการพูด พร้อมรับฟังอย่างใส่ใจ อาจสะท้อนความรู้สึกได้ตามความเหมาะสม
 - ๓.๓ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล มั่นคง ชัดเจน ไม่โต้เถียง หลีกเลียง การตอบรับหรือ ปฏิเสธ เรียกชื่อผู้ป่วยถูกต้อง ชัดเจน แสดงถึงความใส่ใจ
- ๔.การใช้ยา
 - ๔.๑ Benzodiazepine เช่น Diazepam
 - ๔.๒ Antipsychotic เช่น Haloperidol, CPZ ,Olanzapine
๕. การจำกัดพฤติกรรม

ขั้นตอนการเข้าผูกยึดผู้ป่วย (physical Restraints)

๑. การเตรียมอุปกรณ์
 - ผ้าผูกยึด
 - รถเข็นนอน,นั่ง
 - ผ้าปู ที่นอน,ผ้าห่ม,หมอน
๒. ทีมผู้ดูแลควรมีอย่างน้อย ๔-๕ คน มีผู้นำ ๑ คนและทีมต้องผ่านการฝึกอบรม
๓. ก่อนเข้าผูกยึดผู้ป่วยต้องทำข้อตกลงกับญาติก่อนการเข้าผูกยึดผู้ป่วย
๑. มีการวางแผนการเข้าผูกยึดต้องมีหัวหน้าทีม
๒. หัวหน้าทีม/สมาชิก ๑ คนชวนพูดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ
๓. ผู้นำทีมให้สัญญาณในการเข้าจับ
๔. จับล็อกผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเคลื่อนไหว
๕. สมาชิกที่เหลือช่วยจับ แขน ขา เพื่อเข้าผูกยึด
๖. ผู้นำทีมแจ้งอธิบายเหตุผลในการผูกยึดครั้งนี้
๗. เข้าผูกยึดอย่างถูกเทคนิค
 - จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย
 - การผูกยึดต้องหลวมให้ ๑-๒ นิ้วสอดใต้ผ้าได้ แขน ขา ต้องไม่บิดเบี้ยว ไม่แก้ผ้าผูกยึดขณะที่บุคลากรไม่พอ
๘. ยาฉีดเตรียมให้พร้อมก่อน(ถ้ามี)

การช่วยเหลือหลังการผูกยึด

ตรวจเยี่ยมและประเมินอาการทุก ๑๕-๓๐ นาที ดูแลความสุขสบาย พูดยให้กำลังใจและข้อเท็จจริง เปิดโอกาสให้ระบายความคิด ความรู้สึก เมื่ออาการสงบ ยุติการผูกมัดหลังปฏิบัติการเสร็จผู้นำทีม ทบทวน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ค้นหา ข้อบกพร่อง เพื่อปรับปรุงแก้ไขและให้กำลังใจ

ข้อห้ามในการผูกยึด

- ห้ามใช้เพื่อเป็นการลงโทษ
- ห้ามใช้เป็นการระบายความคับข้องใจ
- ห้ามใช้เพื่อเป็นการตอรอง
- ห้ามใช้การผูกยึดก่อนจะหาวิธีช่วยเหลือโดยวิธีอื่นก่อน

สรุป

การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใช้การปฏิบัติทั้งศาสตร์และศิลป์ ที่ได้รับการยอมรับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อสนองตอบความต้องการของสังคม ทั้งบุคคลปกติ เจ็บป่วยครบครัน และชุมชน การพยาบาลยังมีความเกี่ยวข้องโดยตรงต่อภาวะสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของชีวิตประชาชน ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถ ความชำนาญ มีเจตคติที่ดี และมีคุณธรรมจริยธรรมในการให้การพยาบาล ทั้งนี้เพื่อคุณภาพในการให้การพยาบาล พยาบาลต้องให้การพยาบาลบนพื้นฐานของหลักการพยาบาลเมื่อพิจารณาหลักการพยาบาลที่พัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญ หลักการพยาบาลพัฒนามาจากปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ๓ ด้าน ดังนี้ ความต้องการของผู้ใช้บริการ การร่วมมือระหว่างบุคลากร หน่วยงาน องค์กร และการพัฒนาการประยุกต์ และการนำความรู้ทางการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาล

ในบริบทของผู้ป่วยยาเสพติด การใช้ยาเสพติด จะส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย บุคคลรอบข้าง รวมทั้งครอบครัว และสังคม การออกฤทธิ์ของยาเสพติดทำให้เกิดรอยโรคได้มากขึ้นทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม ทำให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ร่วมด้วย พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ในศาสตร์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องแล้ว พยาบาลต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทั้งกับผู้รับบริการและครอบครัว ตลอดจนชุมชน ในกรณีที่ผู้ป่วยยาเสพติดมีบุคลิกภาพแปรปรวน ที่ก่อให้เกิดความยากที่จะเปลี่ยนแปลง พยาบาลจึงต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ยอมรับ อดทน สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ ดูแลอย่างใกล้ชิด มีความไวต่ออาการ และพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งการให้การพยาบาล เป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ทุกระยะของการบำบัดรักษาควบคู่ไปกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจิตเวช โดยพยาบาลเป็นตัวกลางในการประสาน ในลักษณะของทีมวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ตลอดจนญาติและตัวผู้ป่วยเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับการพัฒนาศักยภาพของตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่กลับไปพึ่งพายาเสพติด สามารถดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน และดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ต่อไป

บทที่ ๔ กรณีศึกษา

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าว

๑. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๔๑ ปี ๘ เดือน รูปร่างสมส่วน ส่วนสูง ๑๗๐ ซม. น้ำหนัก ๖๑ กก. BMI ๒๑.๐๘ (ปกติ) สถานภาพอยู่ย่าร้าง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษามัธยมตอนปลาย อาชีพ ว่างาน ภูมิลาเนา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพ

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาในระบบสมัครใจ บิดาเป็นผู้พามาบำบัดเป็นการบำบัดรักษาครั้งที่ ๑๖ ในวันที่ ๔ ม.ค ๒๕๖๖ รับไว้ในการดูแล ระหว่างวันที่ ๑๘ ม.ค ๒๕๖๖ - ๑๐ ก.พ ๒๕๖๖ (รวมระยะเวลาการบำบัดรักษา ๒๓ วัน) จำหน่ายด้วยแพทย์อนุญาต และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม

แหล่งข้อมูล : จากการซักประวัติผู้ป่วย ญาติ และแฟ้มประวัติผู้ป่วย

๒. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย

การวินิจฉัยแรกรับ

- F๑๕.๒๕ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารกระตุ้นระบบประสาทอื่นรวมทั้งกาแฟ กลุ่มอาการผิดปกติแบบโรคจิต (Mental and behavioral disorders due to use other stimulants including caffeine - caffeine dependence syndrome other stimulants including caffeine dependence syndrome, continuous use)

- F๑๙.๒๕ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม เนื่องจากการใช้ยาเสพติดหลายชนิดและใช้สารออกฤทธิ์อื่นๆกลุ่มอาการพึ่งพาทางจิต (Mental and behavioral disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances other psychoactive dependence syndrome)

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย

- F ๑๕.๒ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารกระตุ้นระบบประสาทอื่นรวมทั้งกาแฟ (Amphetamine induced psychotic)

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

๓ วันก่อน ตื่น ๔x๑๐๐ จำนวน ๑.๕ ลิตร เมื่อคืนก่อนมาโรงพยาบาล มีพฤติกรรมก้าวร้าว อาละวาด ใช้คำพูดก้าวร้าว ต่ำทอบิดา ญาตินำส่งโรงพยาบาลสงขลา แพทย์ฉีดยาสงบอาการและให้นอนรักษาตัว ๑ คืน วันนี้บิดาพามาบำบัดแบบผู้ป่วยใน ปฏิเสธหิวแหว่ ภาพหลอน สีหน้า อารมณ์ หงุดหงิดง่าย แพทย์ให้ Admit ตีกลีลาวดี

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ตื่มน้ำกระท่อมสีคุณร้อย ทุกวันๆละ๑-๑.๕ ลิตร ญาติให้ประวัติว่าเวลาไม่ได้ตื่มน้ำกระท่อมสีคุณร้อย มักจะหงุดหงิดง่าย และเมื่อถูกตำหนิในพฤติกรรมการตื่มน้ำกระท่อมสีคุณร้อย จะก้าวร้าวทางคำพูด พูดจาประชดประชัน ต่ำทอบิดา มีพฤติกรรมขาดความรับผิดชอบ ต่อต้านไม่ร่วมมือ ควบคุมอารมณ์ตัวเองได้น้อย แต่ไม่ทำร้ายบุคคลและไม่ทำลายข้าวของ มารดาขอร้องให้มาบำบัดรักษา

แแรกับ สีหน้าท่าทางไม่สดชื่น ถ้ามองตรงคำถาม ลักษณะการตอบสนองน้ำเสียงแข็งๆ มีพฤติกรรมต่อต้านกับญาติ ใช้คำพูดตำหนิติเตียน ไม่ค่อยให้ความร่วมมือ บอกว่าญาติขอร้องให้มาบำบัดรักษาในโรงพยาบาล

ประวัติการใช้สารเสพติด บำบัดครั้งที่ ๑๖

-เสพยาไอซ์ อายุ ๒๕ ปี ด้วยวิธีการสูบ ใช้อย่างต่อเนื่องในระยะ ๒ ปี หลังเข้ารับการบำบัดรักษายังมีการเสพยา

- กัญชา โดยวิธีการสูบโรยหน้าผสมกับบุหรี่ยี่สิบเสพนานๆครั้ง
- ยาบ้า (ปี ๕๖) ด้วยวิธีการสูบ ใช้อย่างต่อเนื่องในระยะ ๒ ปี เมื่อเข้ารับการรักษายังมีการเสพยา
- น้ำกระท่อม สี่คูณร้อย (ปี ๕๘) โดยวิธีการดื่มทุกวันๆละ ๑-๒ แก้ว อย่างต่อเนื่องและเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ ต่อเนื่อง ระยะ ๑-๒ ปีนี้มีการดื่มน้ำกระท่อมสี่คูณร้อยตลอดวัน ในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ทุกวันๆละ ๑-๑.๕ ลิตร

ประวัติส่วนตัว และลักษณะนิสัย

ด้านการเรียน ผู้ป่วยจบการศึกษาระดับ ปวช. มีทักษะในการพูดคุย การอ่าน การเขียนที่ดี

ลักษณะนิสัยผู้ป่วยเป็นคนชอบความสนุกสนาน พูดคุยเก่ง มีทักษะในการพูดหวานล่อม ยกย่องผู้อื่น ต้องการการยอมรับยกย่อง ใส่ใจจากผู้อื่น มีความพึงพอใจเมื่อได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างและรู้สึกรู้สึกว่าตนเองพิเศษกว่าคนอื่น ๆ

ชอบเที่ยวเตร่กับเพื่อน อารมณ์ หงุดหงิดง่าย ชี้น้อยใจ เอาแต่ใจตนเอง มีความรู้สึกคุณค่าในตัวเอง หากมีข้อผิดพลาดมักคิดว่าตนเองเป็นไม่ผิด ข้อผิดพลาดนั้นมาจากผู้อื่น อึดอัดคนในครอบครัวที่ควบคุม จับผิด ไม่เชื่อใจ อารมณ์หงุดหงิดง่าย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/การเจ็บป่วยด้านจิตเวช

- ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยทางกาย โรคประจำตัวใดๆ
- ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร
- ปฏิเสธการได้รับการผ่าตัดแต่เคยประสบอุบัติเหตุซ้ำจากรยานยนต์ล้มได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย
- ปี ๒๕๖๑ เข้ารับการรักษาที่ รพ.จิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ด้วยอาการประสาทหูได้ยินเสียงนกหวีดรับยารับประทานต่อเนื่อง ๖ เดือน

ประวัติครอบครัว

บิดากับมารดา ประกอบอาชีพรับราชการ อาศัยอยู่ด้วยกัน มีพี่น้อง ๒ คน ผู้ป่วยเป็นคนที่ ๑ ในวัยเด็กได้รับเลี้ยงดูจากพี่เลี้ยง ความผูกพันทางอารมณ์กับคนในครอบครัวค่อนข้างน้อย ผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองถูกควบคุม ติดตามจากบิดา ขณะบำบัดรักษาจะหลีกเลี่ยงการกล่าวถึงครอบครัวทั้งด้านบวกและด้านลบ

เคยแต่งงานและเลิกกับภรรยา ด้วยสาเหตุพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้ยา มีบุตรชาย ๑ คน อายุ ๘ ปี อยู่ในความดูแลของผู้ป่วย โดยมีบิดา มารดาของผู้ป่วยช่วยเหลือในการดูแลบุตรด้วย

สมาชิกในครอบครัว ปฏิเสธการใช้ยาและสารเสพติดทุกชนิด

ประวัติคคีความ ปฏิเสธประวัติทางคคีความ

๓. การประเมินสภาพผู้ป่วย

การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ

๑. การประเมินทางชีวภาพ

- อุณหภูมิ ๓๗ องศาเซลเซียส
- ชีพจร ๘๒ ครั้ง/นาที
- การหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที
- ความดันโลหิต ๑๑๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท
- น้ำหนัก ๖๑ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร BMI= ๒๑.๐๘ น้ำหนักเกณฑ์ปกติ

๒. การประเมินสภาพโดยทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๔๑ ปี ๘ เดือน รูปร่างสมส่วน ผิวบวสี ผมหงอก สีสหน้าท่าทางไม่เป็นมิตร ไม่เต็มใจบำบัดรักษา แต่ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว การเคลื่อนไหวปกติ ไม่มีบาดแผลและโรคผิวหนังตามร่างกาย

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

๑. ผิวหนัง

- ลักษณะผิวหนังแห้งสะอาด ไม่มีรอยสัก บาดแผลและผิวหนังตามร่างกาย เล็บมือ เล็บเท้าสะอาด

๒. ศีรษะ ใบหน้า ลำคอและทรวงอก

- ศีรษะ: ขนาดของศีรษะปกติ สมมาตรกัน ผมหงอก ตัดลองทรงสั้น สะอาด การกระจายของเส้นผมปกติ หนังศีรษะไม่มีผื่น ไม่มีรังแค หรือแผลที่ศีรษะ ต่อมเหงื่อบริเวณท้ายทอยไม่โต

- ใบหน้า: รูปร่างปกติเหมือนกันทั้งสองข้าง ไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า

- ตา: ตาทั้งสองข้างมองเห็นปกติ หนังตาไม่ตก ไม่บวม การเคลื่อนไหวของลูกตาปกติเยื่อตาไม่ซีด ตาขาวไม่เหลือง รูม่านตากกลมดำขนาด ๒.๕ มิลลิเมตร เท่ากันทั้งสองข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ

- หู: รูปร่างใบหูทั้งสองข้างปกติ การได้ยินเสียงปกติ ปกติ ไม่มีรอยโรค ไม่พบก้อนเนื้อบวมบริเวณหูด้านนอก หูทั้งสองข้างสมมาตรกันดี ไม่มีรอยถลอกหรือการอักเสบ ไม่มี discharge ออกจากหู

- จมูก: เยื่อจมูกสีชมพู ผนังกันจมูกอยู่ตรงกลาง ไม่มีของเหลวออกจากจมูกแผล หรือจุดเลือดออก

- ปากและช่องคอ: ริมฝีปากค่อนข้างคล้ำ เยื่อปากค่อนข้างซีด ไม่มีแผล เหงือกปกติ สีค่อนข้างซีด มีฟันผุ ๒ ซี่ ปฏิเสธอาการปวด ไม่มีฝ้าที่ลิ้น ต่อมทอนซิลไม่โต ช่องคอไม่พบสิ่งผิดปกติ

- คอ: หลอดลมอยู่ตรงกึ่งกลาง ตั้งสมมาตรกับลำตัว ต่อมไทรอยด์คล้ำไม่โต คอไม่แข็ง การเคลื่อนไหวปกติ ต่อมเหงื่อบริเวณคอ และใต้คางไม่โตทรวงอก และทางเดินหายใจ

- ลักษณะทั่วไปของทรวงอกปกติ: การหายใจเข้า ออกปกติ ทรวงอกขยายเท่ากัน ๒ ข้าง การหายใจสะดวก อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที คลำทรวงอกในส่วนต่างๆ ไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ การเคาะปอดได้ยินเสียง resonance, breath sound ของปอดทั้งสองข้างดังเท่ากัน ไม่มีเสียง crepitation

๓. ระบบหัวใจ และหลอดเลือด

- เส้นโลหิตดำที่คอไม่โป่ง หัวใจเต้นแรงสม่ำเสมอ ได้ยินเสียงชัดเจน อัตราการเต้นของหัวใจ ๘๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๘๐ mmHg ไม่มีเสียง murmur คลำชีพจรได้ชัดเจน

๔. ระบบทางเดินอาหาร และท้อง

- หน้าท้องราบเหมือนกันทั้งสองข้าง ไม่โป่งพอง ไม่เห็นเส้นโลหิตดำหรือจุดเลือดออก ไม่มีแผลเป็น เสียงลำไส้ปกติ เคาะท้องเสียงกังวานทั่วไป หน้าท้องคลำไม่พบก้อน ตับม้าม ไม่โต กดไม่เจ็บ ต่อม น้ำเหลืองชาหนีบไม่โต

๕. ระบบประสาท

- การทรงตัวดี ลักษณะการพูดปกติ ถ้ามตบตรงคำถาม การเคลื่อนไหวของแขนขาปกติ ระบบ motor กล้ามเนื้อ ไม่อ่อนแรงหรือตื้อ แขนขาไม่สั่น ทำเดินปกติ ประสาทสัมผัสการรับรู้รู้สึกเจ็บปวด สัมผัสความร้อน และสัมผัสเบาๆ ปกติ

๖. ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก

- ความตึงตัวของกล้ามเนื้อดี ตึงตัวดี กล้ามเนื้อไม่ลีบ กระดูกสันหลัง สะโพก ปกติลักษณะของข้อและการเคลื่อนไหวปกติ การเคลื่อนไหวของข้อมือ ข้อมือ ข้อศอก ข้อไหล่ ข้อเข่า ข้อเท้า และนิ้วเท้า ปกติ

๗. ระบบการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ

- ปัสสาวะสีเหลืองอ่อนปกติ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด กระทบกระปรอย
- อุจจาระปกติ

๘. ระบบสืบพันธุ์

- ปกติ ไม่มีลักษณะบวม

การตรวจสุขภาพจิต : MENTAL STATUS EXAMINATION

วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๖

๑. General: ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๔๑ ปี ๘ เดือน รูปร่างสมส่วน ผิวสีเข้ม ผมสีดำ ลองทรงสั้น สีหน้าไม่สดชื่น ท่าทางไม่เป็นมิตร แต่ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ท่าทางการเคลื่อนไหวปกติ ไม่มีบาดแผลและโรคผิวหนังตามร่างกาย

๒. Speech: normal speed (พูดคุ้ยเสียงดัง น้ำเสียงชัดเจน ถ้ามตบตรงประเด็นคำถาม กระแสความคิด ต่อเนื่อง)

๓. Affective and MOOD (อารมณ์และการแสดงออก): appropriate การแสดงออกด้านอารมณ์สอดคล้องกับเรื่องที่พูด ขณะพูดสีหน้าไม่สดชื่น อารมณ์หงุดหงิดเล็กน้อย

๔. Thought (ความคิด): ไม่มีความคิดหลงผิด ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง/ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

๕. Perception (การรับรู้): ปกติ ไม่มีอาการ หูแว่ว ประสาทหลอน

๖. Orientation: good to time place person (รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ได้ถูกต้อง)

Time: ผู้ป่วยบอก วัน เดือน ปี และบอกช่วงเวลาได้ถูกต้อง

Place: ผู้ป่วยบอกสถานที่อยู่ขณะรักษาได้ถูกต้อง

Person: ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าคนที่ตนเองกำลังคุยด้วยเป็นพยาบาลที่ปรึกษา

๗. Memory:

Remote memory: สามารถเล่าเรื่องลำดับเหตุการณ์ในอดีตได้ เล่าประวัติการใช้ยาเสพติดตามลำดับช่วงอายุได้ สามารถบอกวันเดือนปีเกิดได้

Recent memory: บอกอาหารมื้อเช้า มื้อเที่ยงได้ถูกต้อง

Recall memory: ให้จำ “ปากกา ก้อนหิน แมว” จำได้ทั้ง ๓ อย่าง เมื่อเวลาผ่านไปแล้ว กลับมาย้อนถามใหม่ (ประมาณ ๕ นาที)

๘. Attention & concentration: สามารถลบเลข จาก ๑๐๐ – ๗ ไปเรื่อยๆ ได้ถูกต้อง

Digit forward: สามารถพูดตัวเลขตามได้จนถึง ๕ หลัก

Digit backward: สามารถพูดทวนตัวเลขได้ ๔ หลัก

General Knowledge and abstract thinking: บอกชื่อนายกรัฐมนตรีคนปัจจุบันได้ถูกต้อง

คำถามเปรียบเทียบความต่าง

กลางวันกับกลางคืน มีดกับสว่าน = abstract

โพธิ์กับต้นมะเขือ เป็นต้นใหญ่กับต้นเล็ก = concrete

เด็กกับคนแคระ ต่างกันที่อายุ = abstract

สรุป : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract ๒ ข้อ concrete ๑ ข้อ

คำถามเปรียบเทียบความเหมือน

ส้มกับกล้วย เป็นผลไม้เหมือนกัน = abstract

เรือกับเครื่องบิน อยู่ในน้ำกับอยู่ในอากาศ = concrete

หมา กับแมว มี ๔ ขาเหมือนกัน = concrete

สรุป : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract ๑ ข้อ concrete ๒ ข้อ

อธิบายสุภาษิตคำพังเพย

น้ำขึ้นให้รีบตัก = สิ่งดีๆเข้ามาต้องรีบไขว้คว้า = abstract

หนีเสือปะจระเข้ = หนีสิ่งที่ไม่ดีไปเจอสิ่งที่ไม่ดีกว่า = abstract

ชี้ช้างจับตั๊กแตน = ทำไม่คุ้มค่า = abstract

สรุป : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract ๓ ข้อ

๙. Judgement (การตัดสินใจ) จากสถานการณ์

- ถ้าพบของจดหมายที่เจ้าหน้าที่ซองและปิดแสตมป์แล้วหล่นที่พื้น ตอบว่าจะหยิบขึ้นมาดูและช่วยส่งต่อให้ : ตัดสินใจเหมาะสม

- ปิดประตูหน้าต่างและล็อกกุญแจบ้านเรียบร้อยแล้ว แล้วลืมกุญแจไว้ในบ้าน ตอบว่าจะโทรหาพ่อกับแม่ : ตัดสินใจไม่เหมาะสม

- เมื่อไปพักผ่อนดูหนัง พบประกายไฟในโรงหนัง ตอบว่าจะดูให้แน่ใจ ไม่ไว้วางใจให้คนอื่นตกใจ แล้วออกมาบอกพนักงาน : ตัดสินใจเหมาะสม

๑๐. Insight: ผู้ป่วยคิดว่าการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดแล้วเลิกยาก การเสพแต่ละครั้งมีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้น ต้องบำบัดรักษา การใช้ยาเสพติดทำให้บกพร่องในการทำหน้าที่ดูแลครอบครัว มีความคิดอยากเลิกเสพเพื่อครอบครัว แต่บางครั้งเจอเรื่องไม่สบายใจขณะบำบัด ไม่อยากให้มีปัญหาจึงยอมปฏิเสธการบำบัดเอง

สรุป Intellectual Insight ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองติดยาเสพติด แต่มีมุมมองในการกล่าวโทษผู้อื่นเป็นสาเหตุของพฤติกรรมและการใช้ยาเสพติด

ประเมินแบบแผนสุขภาพ ประเมินโดยใช้กรอบแนวคิด ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน

๑. แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (health perception and health management pattern) ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบันเกี่ยวกับโรคอาการที่เป็นอยู่ตามรายละเอียด ดังนี้

๑.๑ โรคประจำตัว : ไม่มี

๑.๒ ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้ประจำ : ไม่มี

๑.๓ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย: จะซื้อยากินเอง ถ้าไม่หายจะไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน

๑.๔ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย: บิดา มารดา

๑.๕ การรักษา: รักษาเยาเสฟตีด ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จำนวน ๑๕ ครั้ง รวมครั้งนี้เป็นครั้งที่ ๑๖

๑.๖ การผ่าตัด: ไม่เคย

๑.๗ ความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยยอมรับว่าเป็นปัญหาอยู่ในระดับรุนแรง ทำให้มีปัญหาคอครบคร้ว จึงมารักษาเยาเสฟตีดตามต้องการ

๑.๘ สิ่งเสฟตีดที่ใช้

- น้ำกระท่อม สี่คุณร้อย โดยวิธีการดื่มทุกวันๆละ๑-๒แก้ว อย่างต่อเนื่องและเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ ต่อเนื่อง ระยะ ๑-๒ ปีนี้มีการดื่มน้ำกระท่อมสี่คุณร้อยตลอดวัน ในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ทุกวันๆละ๑-๑.๕ลิตร

๑.๙ การแพ้ (ยา/อาหาร/สารเคมี) : ไม่มี

๑.๑๐ ความคาดหวังในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : เลิกเยาเสฟตีดได้

สรุปแบบแผนที่ ๑ บทพร่องในการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง มีการเสฟยาและสารเสฟตีด เข้ารับการบำบัดรักษา รวม ๑๖ ครั้ง

๒. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (nutritional metabolic pattern)

๒.๑ การรับประทานอาหาร : รับประทานเองช่วยเหลือตัวเองได้

๒.๒ ปัญหาในการรับประทานอาหาร : ไม่มี

๒.๓ รสชาติอาหารที่ชอบ : อาหารรสจืด

๒.๔ การดื่มน้ำ : วันละ ๖-๘ แก้ว

๒.๕ น้ำหนักและส่วนสูง : น้ำหนัก ๖๑ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร

BMI = ๒๑ อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าปกติ ๑๘.๕ - ๒๒.๙) ในช่วงเวลา ๖ เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักคงที่

๒.๖ สุขภาพของผิวหนัง เล็บ ผม : ปกติ

๒.๗ ระบบย่อยอาหาร : ปกติ

สรุปแบบแผนที่ ๒ ปกติ

๓. แบบแผนการขับถ่าย (elimination pattern)

๓.๑ ปัสสาวะ : ๔-๕ ครั้ง/วัน ลักษณะปกติ สีเหลืองใส

๓.๒ อุจจาระ : ถ่ายปกติทุกวัน วันละ ๑ ครั้ง ไม่ใช้ยาระบาย

๓.๓ การสูญเสียเหงื่อ : ปกติ

สรุปแบบแผนที่ ๓ ปกติ

๔. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย (activity exercise pattern)

- ๔.๑ การเคลื่อนไหว : ปกติ
- ๔.๒ การทำกิจวัตรประจำวัน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง
- ๔.๓ การออกกำลังกาย : ปกติไม่ออกกำลังกาย
- ๔.๔ งานอดิเรกที่ทำ : ช่วยมารดาขายไก่ทอด และทำงานบ้านเป็นบางครั้ง

สรุปแบบแผนที่ ๔ บกพร่องไม่ออกกำลังกาย

๕. แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน (sleep rest pattern)

- ๕.๑ ลักษณะของการหลับ : นอนไม่ค่อยหลับ รู้สึกตัว ตื่นบ่อย
- ๕.๒ คุณภาพการนอนหลับ : นอนหลับไม่สนิท ประมาณ ๕-๖ ชม./วัน ช่วงเวลา ๒๔.๐๐ น. ถึง ๐๖.๐๐ น.
- ๕.๓ การนอนหลับกลางวัน : ตอนช่วงบ่าย
- ๕.๔ การใช้ยานอนหลับ : ใช้ยานอนหลับที่ได้จากโรงพยาบาล
- ๕.๖ การใช้เวลารว่างและการพักผ่อนหย่อนใจ: ไปเที่ยวกับเพื่อน ดูหนัง ฟังเพลง

สรุปแบบแผนที่ ๕ บกพร่องเรื่องการหลับไม่สนิท ใช้ยานอนหลับช่วยในการหลับ

๖. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (cognitive perceptual pattern)

- ๖.๑ ระดับความรู้สึกตัว : ปกติ ระดับสติปัญญาอยู่ในระดับปกติ
- ๖.๒ การมองเห็นปกติ : มองเห็นชัด ไม่มีสายตาสั้นหรือยาว ไม่มีต่อกระจก ตาไม่บอดสี
- ๖.๓ การพูด : ปกติ
- ๖.๔ การได้ยิน : ปกติ
- ๖.๕ การแสดงอารมณ์ : ไม่สดชื่น หงุดหงิดง่าย บางครั้งควบคุมอารมณ์ตนเองได้น้อยแต่ไม่ได้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว
- ๖.๖ ความคิด : ไม่มีอาการหลงผิดหรือหวาดระแวง
เคยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองด้วยการพยายามรับประทานเกินขนาดขณะรอพบแพทย์ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา เหตุการณ์ดังกล่าวผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยาเข้าไปจริงบอกเล่าทำเพื่อต่อรองกับญาติเท่านั้น ปฏิเสธความคิดฆ่าตัวตาย

สรุปแบบแผนที่ ๖ บกพร่องด้านการจัดการอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง พบการแสดงอารมณ์หงุดหงิดง่าย สร้างสถานการณ์ต่อรองกับญาติ

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

- ๗.๑ ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง การมองตนเอง (perceived self) : ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพตนเองติดยาเสพติด ทำให้ครอบครัวแยกกัน หากหยุดยาเสพติดได้จะทำให้ชีวิตดีขึ้น แต่คาดหวังการยอมรับจากครอบครัวสังคม หากมีการเสพยาจะมีสาเหตุมาจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อม
- ๗.๒ ตนเองตามการมองของผู้อื่นตามที่ มี ที่เป็น ที่เกิดขึ้นจริง (real self) : ผู้ป่วยคิดว่าถูกคนรอบข้างญาติพี่น้องมองว่าการเสพยาของตนเองทำให้ปัญหาของครอบครัว เกิดความเสียหายเสื่อมเสียหลายๆ ด้านและตนเองถูกกีดจากครอบครัว ขาดการยอมรับของสังคม

๗.๓ ตนเองในอุดมคติ (ideal self) : อยากเลิกยาเสพติด เป็นพ่อที่ดีของลูก ทำให้บิดา มารดา สบายใจ

๗.๕ การรับรู้หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) : มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

สรุปแบบแผนที่ ๗ บทพร่องด้านการยอมรับพฤติกรรมตนเอง มองว่าสิ่งแวดล้อมผลักดันให้เกิดพฤติกรรม การเสพยา มากกว่าความต้องการของตนเอง แต่รับรู้ในผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว

๘. แบบแผนการทำหน้าที่ตามบทบาทความสัมพันธ์ (role-relationship pattern)

๘.๑ สัมพันธภาพสมาชิกในครอบครัว : วัยเด็กผู้ป่วยได้รับการเลี้ยงดูจากพี่เลี้ยง เนื่องจากบิดา มารดาต้องทำงาน ความสัมพันธ์ทางอารมณ์ในครอบครัวมีน้อย แต่รับรู้ว่ามีปัญหาบิดามารดาจะช่วยเหลือตนเองทุกครั้ง

๘.๒ ผู้ที่หารายได้ หลักในครอบครัว คือ เงินเดือนของบิดาและรายได้จากการขายไก่ทอดของมารดา ผู้ป่วยก็จะช่วยมารดาขายไก่ทอดเป็นบางครั้ง

๘.๓ การเจ็บป่วยครั้งนี้ มีผลกระทบกับครอบครัว คือ ทำให้สภาพจิตใจของคนในครอบครัวรู้สึกไม่ดี เครียดกับเรื่องของตนเอง มีปัญหาให้กับครอบครัว ทั้งด้านการเงิน ความเป็นอยู่ ทำให้ครอบครัวเสียชื่อเสียงและมีผลต่อสุขภาพของบิดาที่เป็นโรคหัวใจ

๘.๔ ที่ผ่านมามีเคยเกิดปัญหาวิกฤตในครอบครัว : ผู้ป่วยกับภรรยาอย่าร้างกัน

๘.๕ การสื่อสารในครอบครัว: ใช้ลักษณะการพูดคุยกุญแจ แต่ผู้ป่วยรู้สึกกดดันตัวเอง บางครั้งถูกบิดามารดาพูดบ่นตักเตือนเกี่ยวพฤติกรรมการใช้ยาและความรับผิดชอบ

๘.๖ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือกับสังคม: มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นค่อนข้างดี มีเพื่อนเยอะ เป็นคนมีมนุษยสัมพันธ์ดี เพื่อนที่มีส่วนใหญ่มักเป็นเพื่อนในชุมชนเป็นกลุ่มที่เสพยาเสพติด

สรุปแบบแผนที่ ๘ บทพร่องในการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง ความผูกพันทางอารมณ์มีน้อย ความสัมพันธ์ในครอบครัวห่างเหิน แต่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้

๙. แบบแผนเพศสัมพันธ์ และการเจริญพันธุ์ (sexuality- reproductive pattern)

๙.๑ อวัยวะสืบพันธุ์: ปกติ

๙.๒ การมีเพศสัมพันธ์: มีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรค

สรุปแบบแผนที่ ๙ ปกติ

๑๐. แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญความเครียด (coping-stress tolerance pattern)

๑๐.๑ เมื่อเกิดความเครียดหรือปัญหาสำคัญต่างๆ จะพูดคุยกับเพื่อนและใช้สารเสพติด

๑๐.๒ สิ่งที่ทำให้เครียด กังวลใจ หรือทุกข์ใจ : บิดา มารดา พูดเตือนและตอกย้ำพฤติกรรม การใช้ยา

๑๐.๓ แก้ไขความเครียดหรือความทุกข์ใจ: เสพยาบ้า ยาไอซ์ ดื่มน้ำกระเทียมสุก ร้อย (๕๑๐๐) และดื่มสุราบางครั้ง

๑๐.๔ บุคคลที่มีความสำคัญและจะให้การช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ได้แก่ บิดา มารดา

๑๐.๕ ความต้องการการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาหรือจัดการกับความเครียดหรือความทุกข์ ครั้งนี้ เข้ารับการบำบัดรักษาเสพยาเสพติดตามที่ครอบครัวต้องการ

สรุปแบบแผนที่ ๑๐ บทพร่องในการปรับตัวและการเผชิญความเครียด มีพฤติกรรมการเสพยาหลายชนิด

๑๑. แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ (value-belief pattern)

๑๑.๑ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ได้แก่ ครอบครัว (บิดา มารดาและบุตรชาย)

๑๑.๒ ความคาดหวังในชีวิต: ต้องการ ดูแลตนเองได้ และมีโอกาสดูแลบิดา มารดาและเป็นตัวอย่างที่ดีให้บุตรชาย

สรุปแบบแผนที่ ๑๑ ปกติ

ผลการประเมินด้วยแบบประเมินอื่นๆ

๑. ประเมินทางสังคม

มีบุคลิกภาพและพฤติกรรมแบบไม่คำนึงถึงผู้อื่น สร้างความรู้สึกผิดหวังเสียใจให้ครอบครัว มีนิสัยชอบโกหก บงการ และหลอกลวงผู้อื่นเพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว โดยไม่รู้สึกละอาย มีความก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ความหุนหันพลันแล่นไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา มีการเสพยาเสพติดซ้ำ ล้มเหลวในการบำบัดรักษา ขณะบำบัดรักษาทำผิดกฎระเบียบ เพื่อให้ได้กลับบ้านเร็วขึ้น อีกทั้งยังขาดความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ของตนเอง ทั้งทำงาน การดูแลบุตร

๓. ผลการประเมินด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v.๒ : อยู่ในระดับ ๓๙ คะแนน แสดงว่า ระดับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูง อนุมานว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง

๔. ผลการประเมินด้วยแบบคัดกรอง ๒Q ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนน เท่ากับ ๐ ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า เฝ้าระวัง ประเมินซ้ำ ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนน เท่ากับ ๐ ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

๕. ผลการประเมินความเสี่ยง SAVE : S (suicide) = ๐ คะแนน , A (Accident) = ๐ คะแนน, V (Violen) = ๑๐ คะแนน (วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖) พบว่า ความเสี่ยงระดับ ๒ = มีความเสี่ยงปานกลาง (พฤติกรรมทำลายทรัพย์สิน), E (Escape) = ๖ คะแนน ความเสี่ยงระดับ ๒ = มีความเสี่ยงปานกลาง (ไม่เต็มใจเข้ารับบำบัดรักษา)

๖. ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) : อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) เข้าบำบัดรักษายาเสพติดตามที่ครอบครัวร้องขอ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (จาก รพ.สงขลา) เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖ ผลตรวจพิสูจน์ยาเสพติดในปีสภาวะ

Methamphetamine: Negative

Cannabis: Negative

Morphine: Positive

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

ตรวจหาเชื้อโควิด ๑๙ ด้วย ATK: Negative

แผนการรักษาของแพทย์

- Fluoxetine (๒๐mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า

- Benzhexol (๒ mg) ๑ x๒ oral pc

- Depakine (๒๐๐mg)	๒ tab oral hs
- Tranxene (๕ mg)	๑ tab oral hs
- Risperidone (๒ mg)	๑ tab oral เช้า-hs
- Haloperidol (๐.๕ mg)	๑ tab oral hs
- Clonazepam (๐.๕ mg)	๑ tab PRN for insomnia
- Multivitamin	๑ x ๓ oral pc
- Vitamin B๑-๖-๑๒	๑ x ๓ oral pc
- Chlorpromazine (๑๐๐mg)	๑ tab oral stat

มีอาการแทรกซ้อนทางกาย แพทย์ให้การรักษาดังนี้

- Dextromethorphan (๑๕mg)	๑ x ๓ oral pc
- Paracetamol (๕๐๐ mg)	๑ tab PRN q ๔-๖ hrs
-Diclofenac (๒๕ mg)	๑ x ๓ oral pc
-Omeprazole (๒๐mg)	๑ tab oral ac

ตารางที่ ๔ วิเคราะห์กรณีศึกษา การเปรียบเทียบข้อมูลวิชาการ/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมา

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>เกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติด</p> <p>การวินิจฉัยการเสพยาและสารเสพติดตามระบบ DSM-IV แบ่งเป็น ๒ ระดับคือ ภาวะเสพติด (dependence) และภาวะการใช้สารในทางที่ผิด (abuse) แต่ใน DSM-V ซึ่งมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเกณฑ์วินิจฉัย โดยไม่แบ่งระดับการติด แต่รวมเป็นความผิดปกติ ของการใช้ยาเสพติด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีการใช้ยาเสพติดจนก่อให้เกิดความบกพร่องหรือผลกระทบ อย่างน้อย ๒ ข้อ โดยเกิดขึ้นภายในช่วง ๑๒ เดือน ๒. มีการใช้เสพติดยาในปริมาณที่มากกว่า หรือใช้ระยะเวลาที่มากกว่าที่ตั้งใจไว้ ๓. มีความตั้งใจอย่างมากหรือพยายามที่จะลดหรือหยุดใช้ยาเสพติด แต่ทำไม่สำเร็จ ๔. ในวันที่ใช้ยาเสพติดนั้น ต้องใช้เวลามากในการเสาะหายาเสพติดในการเสพ หรือฟื้นจากฤทธิ์ของยาเสพติด มีความอยาก (craving) หรือความต้องการอย่างรุนแรงที่ต้องการใช้ 	<p>-มีการใช้ยาเสพติดจนก่อให้เกิดความบกพร่องหรือผลกระทบ อย่างน้อย ๒ ข้อ โดยเกิดขึ้นภายในช่วง ๑๒ เดือน ใช้ปริมาณเพิ่มขึ้น แม้จะเกิดปัญหาต่อตนเองและผู้อื่น ดังนี้</p> <p>เสพยาไอซ์ อายุ ๒๕ ปี ด้วยวิธีการสูบ ใช้อย่างต่อเนื่องในระยะ ๒ปี หลังเข้ารับการบำบัดรักษายังมีการเสพซ้ำ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กัญชา โดยวิธีการสูบโรยหน้าผสมกับบุหรี่ เสพนานๆครั้ง - ยาบ้า (ปี๕๖) ด้วยวิธีการสูบ ใช้อย่างต่อเนื่องในระยะ ๒ปี เมื่อเข้ารับการรักษายังมีการเสพซ้ำ - น้ำกระท่อม สี่คูณร้อย (ปี๕๘)โดยวิธีการดื่มทุกวันๆละ ๑-๒แก้ว อย่างต่อเนื่องและเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ ต่อเนื่อง ระยะ ๑-๒ ปีนี้มีการดื่มน้ำกระท่อมสี่คูณร้อยตลอดวัน ในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ทุกวันๆละ ๑-๑.๕ลิตร - ดื่มน้ำกระท่อมสี่คูณร้อย ทุกวันๆละ ๑-๑.๕ ลิตร ญาติให้ประวัติว่าเวลาไม่ได้ดื่มน้ำกระท่อมสี่คูณร้อย มักจะหงุดหงิดง่าย และเมื่อถูกตำหนิในพฤติกรรม การดื่มน้ำกระท่อมสี่คูณร้อย จะก้าวร้าวทางคำพูด พูดจาประชดประชัน ด่าทอบิดา มีพฤติกรรมขาด

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๕. ผลจากการใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ทำให้เกิดความล้มเหลวของกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเรียน</p> <p>๖. ยังคงมีการใช้อยู่ ถึงแม้มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง</p> <p>๗. จากการใช้ยาเสพติดทำให้กิจกรรมด้านสังคมที่สำคัญ การทำงาน การพักผ่อน ลดน้อยลง</p> <p>๘. มีการใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย</p> <p>๙. ยังคงมีการใช้ยาเสพติดอยู่ถึงแม้จะรู้ว่าการใช้ยาเสพติดนั้นก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ</p> <p>๑๐. ภาวะต้อยา มีความต้องการใช้ยาเสพติดปริมาณเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิมเมื่อใช้ปริมาณเท่าเดิม ฤทธิ์ที่ได้จากยาเสพติดลดลง</p> <p>๑๑. ภาวะถอนยา มีอาการถอนยา ต้องใช้ยาหรือสารเสพติดเพื่อให้ตัวเองหายจากอาการถอนยาหรือเพื่อให้รู้สึกดีขึ้น</p>	<p>ความรับผิดชอบ ต่อต้านไม่ร่วมมือ ควบคุมอารมณ์ตัวเองได้น้อย แต่ไม่ทำร้ายบุคคลและไม่ทำลายข้าวของ</p>
<p>สาเหตุของการติดยา</p> <p>การติดยาเสพติดมีสาเหตุที่ซับซ้อนประกอบด้วยหลายประการ โดยสามารถบ่งชี้ถึงสาเหตุการติดยาว่ามาจากปัจจัย ๓ ประการด้วยกัน โดยทุกปัจจัยต่างมีความเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน ดังนี้</p> <p>๑. ปัจจัยด้านตัวยาเสพติด ยาเสพติดแต่ละชนิดมีการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน การใช้ยาเสพติดเป็นเวลานานๆ ร่างกายจะเกิดความเคยชินต่อยา และการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของสารดังกล่าว เมื่อร่างกายขาดยาหรือสารเสพติดดังกล่าว จะเกิดอาการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน มีอาการผิดปกติกับร่างกายที่เราเรียกว่า อาการขาดยา ความรุนแรงของอาการ อาจมีมากจนทนไม่ไหวจนต้องพยายามหายาหรือสารเสพติดมาเสพเพื่อระงับอาการต่าง ๆ ให้ร่างกายสามารถทำงานได้ในระบบเดิม</p> <p>๒. ปัจจัยด้านบุคคลหรือผู้ป่วย มีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องและส่งเสริมให้ติดยาเสพติดสำคัญ ๒ ประการ คือ</p>	<p>๑. ปัจจัยด้านตัวยาเสพติด</p> <p>สารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้ ยาบ้า(Amphetamine) ,ยาไอซ์,น้ำกระท่อมสี่คูณร้อย (๔ x ๑๐๐)</p> <p>การใช้ยาเสพติดเป็นเวลานาน ร่างกายจะเกิดความเคยชินต่อยา เมื่อหยุดใช้ยา จะมี อาการขาดยา ไม่สดชื่น ไม่กระปรี้กระเปร่า จึงพยายามหายาหรือสารเสพติดมาเสพเพื่อให้เกิดความสุข สนุกสนาน ตื่นตัวตลอดเวลา</p> <p>๒. ปัจจัยด้านบุคคลหรือผู้ป่วย</p> <p>๒.๑ สภาพร่างกายผู้ป่วย พบว่าการใช้ ยาบ้า ยาไอซ์ น้ำกระท่อมซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นประสาททำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี กระปรี้กระเปร่าขึ้น สามารถทำกิจกรรมกับเพื่อนๆ ได้นานขึ้น</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๒.๑ สภาพร่างกาย พบว่า สาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยติดยาเสพติด เนื่องจากการเจ็บป่วยทางร่างกายและใช้ยาบำบัดรักษา กลุ่มผู้ใช้แรงงาน ต้องการเพิ่มรายได้ นักศึกษาที่ต้องการอ่านหนังสือได้นาน ช่วยทำให้ร่างกายไม่อ่อนเพลีย มีกำลังในการทำกิจกรรม ต่าง ๆ ได้มากขึ้น</p> <p>๒.๒ สภาพทางจิตใจ และบุคลิกภาพ บุคคลที่มีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดจะมีบุคลิกภาพอ่อนแอในทุกด้าน เช่น อารมณ์ และสติปัญญา ร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ ผู้ที่มีอารมณ์วู่วาม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การมีคุณค่าในตนเองต่ำ ส่วนบุคลิกภาพมักจะมีพฤติกรรมทำอะไรไม่ยั้งคิด เมื่อมีปัญหาจะแก้ปัญหาแบบง่าย ๆ ไม่ใช่เหตุผลทำตามอารมณ์ และมักจะมองตนเองในแง่ลบ ขาดวุฒิภาวะ มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial) และแบบก้ำกึ่ง (borderline) นอกจากนี้กลุ่มบุคคลบางลักษณะ เช่น บุคคลที่มีความอดทนต่อความขัดแย้งต่ำ บุคคลที่ไม่ยืดหยุ่น และบุคคลที่หลงตนเอง มีปัญหาไม่กล้าบอกใคร แก้ปัญหาโดย</p> <p>การใช้ยาเสพติด</p> <p>๓. สิ่งแวดล้อม มีผลต่อการผลักดันให้ไปติดยาเสพติดได้ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว การขาดความอบอุ่นในบ้าน ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาชีวิต สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม นอกจากจะส่งเสริมให้ติดยาเสพติดได้แล้ว ยังเป็นสิ่งที่เสริมให้กลับไปใช้ยาเสพติดอีก รวมทั้งการมียาเสพติดจำหน่าย การเข้าถึงและหาซื้อได้ง่าย</p>	<p>๒.๒ ผู้ป่วยรับรู้ถึงความบกพร่องของตนเอง ด้านความรับผิดชอบ การดูแลบุตร การประกอบอาชีพเลี้ยงตนเอง น้อยใจบิดามารดา รู้สึกกดดันตนเอง ทำให้ครอบครัวตนเองแตกแยก ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยติดยาเสพติดได้ง่าย ส่วนบุคลิกภาพมักจะมีพฤติกรรมทำอะไรไม่ยั้งคิด เมื่อมีปัญหาจะแก้ปัญหาแบบง่าย ๆ ขาดวุฒิภาวะไม่ใช่เหตุผล อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีบุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง (borderline) และต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder :ASPD)</p> <p>๓. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ในวัยเด็กได้รับเลี้ยงดูจากพี่เลี้ยง ความผูกพันทางอารมณ์กับคนในครอบครัวค่อนข้างน้อย ผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองถูกควบคุมติดตามจากบิดา ขณะบำบัดรักษาจะหลีกเลี่ยงการกล่าวถึงครอบครัวทั้งด้านบวกและด้านลบ</p> <p>เคยแต่งงานและเลิกกับภรรยา ด้วยสาเหตุพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้ยา มักคบหากับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเพื่อนในชุมชนที่ใช้ยาเสพติดด้วยกัน ยาเสพติดหาซื้อได้ง่าย ราคาถูก และอยู่ในแหล่งยาเสพติด</p>
<p>ยาบ้า (Amphetamine)</p> <p>ในปัจจุบันยาบ้ายังคงเป็นยาเสพติดที่เป็นปัญหามากที่สุดของประเทศไทย เพราะมีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับยาเสพติดชนิดอื่น ยาบ้าเป็นยาที่กระตุ้นประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย</p> <p>วิธีการเสพยาบ้า(Amphetamine)</p> <p>๑. การกิน เป็นวิธีการเสพที่นิยมใช้กันทั่วไป มีการออกฤทธิ์ภายใน ๑๕-๖๐ นาทีจะออกฤทธิ์สูงสุดภายใน ๒-๓ ชั่วโมง และหลังจากนั้นฤทธิ์ของตัวยาก็จะลดลงอยู่</p>	<p>ผู้ป่วยใช้วิธีการสูดดมไอระเหย โดยตัวยาก็จะซึมผ่านเนื้อเยื่อโพรงจมูก ใช้เวลาประมาณ ๑-๒ นาที ผู้ป่วยจะรู้สึกเคลิ้ม มีความสุข</p> <p>- เริ่มเสพยาบ้า (ปี ๕๖) ด้วยวิธีการสูบ ใช้อย่างต่อเนื่องในระยะ๒ปี เมื่อเข้ารับการรักษายังมีการเสพซ้ำ</p> <p>-การใช้ยาเสพติดมีผลต่อระบบหัวใจและ หลอดเลือด ความดันโลหิต ๑๒๓/๙๑-๑๓๖/๑๐๐ mmHg มีอาการใจสั่น และปวดศีรษะ</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>งรวดเร็ว (Angrist et al., ๑๙๘๗) แอมเฟตามีนมีกลไกในการขับตัวยาครึ่งหนึ่งอย่างทันทีทันใด ส่งผลให้มีการออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วและสูงสุด อีกครึ่งหนึ่งของตัวยาจะขับภายในเวลา ๔ ชั่วโมงต่อมา</p> <p>๒. การสูดดม ไอ เป็นวิธีการเสพที่นิยมรองลงมาจากการกิน (Uitermark et al., ๒๐๐๖) เป็น การสูดดมไอระเหยทางรูจมูกโดยตัวยาจะซึมผ่านทางเนื้อเยื่อโพรงจมูก มีการออกฤทธิ์ทันทีทันใดและรุนแรงปรากฏให้เห็นผลภายใน ๑ นาทีและการออกฤทธิ์จะส่งผลในระยะเวลายาว (Drugs-forum, ๒๐๐๙) โดยมีอาการเมายา เรียกว่า “แห้ง”</p> <p>๓. การฉีดเข้าหลอดเลือด ส่วนใหญ่นิยมใช้สำหรับการทดลองในสัตว์ มีการออกฤทธิ์อย่างทันทีทันใดต่อผู้เสพ (American Journal of Public Health, ๒๐๐๑) โดยวิธีการฉีดเข้าหลอดเลือดหรือใต้ผิวหนังซึ่งสามารถเข้าสู่ระบบการไหลเวียนเลือด ออกฤทธิ์ทันทีในระยะสั้น (Drugs-forum, ๒๐๐๙) และรุนแรงที่สุด</p> <p>๔. Rectal ซึ่งโดยปกติทั่วไปไม่นิยมเสพกันมีรายงานในผู้ที่เคยเสพ พบว่าการออกฤทธิ์เร็วกว่า การกินแต่ช้ากว่าวิธีการสูดดมไอหรือการฉีด (Drugs-forum, ๒๐๐๗)</p>	<p>- อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที จังหวะการหายใจปกติ</p> <p>- ขณะใช้ยาเสพติดผู้ป่วยรับประทาน อาหารได้น้อยวันละ ๑-๒ ครั้ง แต่รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่หิว ปากแห้ง</p> <p>- สอบถามผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศปกติ</p> <p>- ผลการตรวจยาบ้า (Amphetamine) ใน ปัสสาวะ positive</p>
<p>การติดยาเสพติดยาบ้า (Amphetamine)</p> <p>คือภาวะที่ร่างกายได้รับยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งไม่ว่าจะเป็น สารตามธรรมชาติหรือสารสังเคราะห์ซ้ำๆ บ่อยๆ โดยวิธีกิน ดม สูบ ฉีดหรือด้วยวิธีใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ในลักษณะดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เกิดอาการตื้อยา หรือต้านยา และเมื่อติดแล้วต้องการ ใช้สารนั้นในปริมาณมากขึ้น ๒. เกิดอาการขาดยา ถอนยา หรืออยากยา เมื่อใช้สารนั้น เท่าเดิม ลดลง หรือหยุดใช้ ๓. มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง ตลอดเวลา ๔. สุขภาพร่างกายทรุดโทรมลง เกิดโทษต่อตนเอง ครอบครัว ผู้อื่น ตลอดจนถึงสังคม และประเทศชาติ 	<p>- รายนี้วางแผนบำบัดรักษาระยะถอนพิษยาและเสริมแรงจิตใจเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อฝึกควบคุมอารมณ์ ความคิด และพัฒนาพฤติกรรมให้มีการปรับตัวอยู่ในสังคม มีความสมดุลในการดำเนินชีวิต ป้องกันการเสพซ้ำ</p> <p>- แรกเริ่มผู้ป่วยมีอาการถอนพิษยาเสพติด จะมีอาการอ่อนเพลีย สีหน้าไม่สดชื่น อารมณ์หงุดหงิดง่าย</p> <p>- ขณะรับการบำบัดรักษาระยะถอนพิษยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาผู้ป่วยมีอาการถอนพิษยา โดยมีอาการ ปวดเมื่อย นอนไม่หลับ วิตกกังวล กระวนกระวายในบางครั้ง การนอนหลับไม่สนิท</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาบ้า</p> <p>๑.ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central Actions) ทำให้มีการหลั่ง Noradrenaline ตำแหน่งที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่ อยู่บริเวณ Cerebral cortex และ Reticular activation system ทำให้ผู้ที่ได้รับ Amphetamine จะเพิ่ม Moter activity, Mental alertness ลด Sense of fatigue และมี Mild euphoria ถ้าใช้ขนาดสูงเกิดอาการมีนงงและอาจเกิด สภาวะตื่นกลัว (Panic) และภาวะโรคจิต (Psychosis)</p> <p>๒.ฤทธิ์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Peripheral locations) Amphetamine ทำให้มีการหลั่งของ Catecholamine และยังมีฤทธิ์กระตุ้นทั้ง A และ B Receptors โดยตรง เป็นผลให้ความดันเลือด Systolic สูงขึ้นมากกว่า Diastolic กระตุ้นหัวใจทำให้เกิดอาการใจสั่น และจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ปวดศีรษะ</p> <p>๓.ฤทธิ์ต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้อัตราการหายใจสูง และจังหวะการหายใจไม่ปกติ</p> <p>๔.ฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อเรียบทำให้หลอดลมขยายหลอดของกระเพาะอาหารหดตัว</p> <p>๕. ฤทธิ์ ต่อระบบทางเดินอาหารฤทธิ์ ของ Amphetamine จะไปควบคุมศูนย์ควบคุมแอฟพิไทด์ (Appetite) เพื่อควบคุม ความอยากอาหารเอาไว้ ทำให้ผู้เสพปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว คลื่นไส้ อาเจียนท้องเสีย เป็นตะคริวในช่วงท้อง</p> <p>๖. ผลต่อมดลูก มักทำให้ Tone เพิ่มขึ้น</p> <p>๗. อื่นๆ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ ไร้สมรรถภาพชั่วคราว เพิ่มการหลั่งปัสสาวะ</p> <p>การตรวจพิสูจน์ยาบ้าทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>การตรวจหายาบ้าทางห้องปฏิบัติการมีความสำคัญ เพราะจะยืนยันว่าผู้ป่วยมีการเสพยาบ้าจริงหรือไม่ ตัวอย่างที่นำมาใช้ ตรวจยาบ้ามีหลายชนิด เช่น ปัสสาวะ เลือด น้ำย่อยจากกระเพาะ เหงื่อ แต่ในทางปฏิบัติแล้วปัสสาวะเป็นตัวอย่างตรวจที่เหมาะสม ที่สุด เพราะ</p>	<p>อารมณ์แปรปรวนควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมตนเองได้น้อย</p> <p>- มีภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบร่วมกับการเสพยาบ้า (Amphetamine) รายนี้มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ เปลี่ยนแปลงง่าย ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง</p> <p>- มีการเสพติดต้องใช้ปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อยๆมีอาการถอนพิษเล็กน้อย ปวดเมื่อยตามตัว อารมณ์หงุดหงิดง่าย เมื่อหยุดเสพยา</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๑.ยาบ้าจะยังคงอยู่ในปัสสาวะได้นานกว่าตัวอย่างตรวจอื่นๆ</p> <p>๑.ปริมาณของยาบ้าในปัสสาวะมากกว่าในเลือด</p> <p>๒.การตรวจจากปัสสาวะทำให้ง่ายกว่าตัวอย่าง ตรวจอื่นๆ</p> <p>การบำบัดการเสพติดยาบ้า (Amphetamine Dependence Treatment) เดิมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ให้ความสำคัญกับการรักษาอาการขาดยา โดยเรียกว่าการถอนพิษยา (Detoxification) โดยนับเป็นขั้นตอนสำคัญของการบำบัดรักษาการเสพติด เพราะเห็นว่า ผู้ป่วยหยุดเสฟแล้วมีอาการทางกายมาก และต้องอาศัยแพทย์ในการสั่งใช้ยารักษา แล้วไปเรียกการรักษาการติดยาจริงๆว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ปัจจุบันเป็นที่เข้าใจและยอมรับว่าการติดยาเป็นโรคของสมองที่มีพฤติกรรมผิดปกติ ดังนั้นการรักษาให้เลิกเสฟติติจึงเป็นการฝึกควบคุมอารมณ์ ความคิด และพัฒนาพฤติกรรมให้เป็นปกติ และมีความสมดุลในการดำเนินชีวิตต่อไปเราอาจแบ่งระยะหลังจากการหยุดยาจนเลิกได้ (Roadmap of Recovery) เป็น ๔ ระยะ ดังนี้</p> <p>๑. ระยะขาดยา (Withdrawal Stage) ระยะนี้ใช้เวลาประมาณเป็นชั่วโมง จนถึง ๕-๑๐ วัน หลังจากหยุดยาในตอนเริ่มต้นผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า รู้สึกไม่เป็นสุข (Dysphoria) เครียด หงุดหงิด กระวนกระวาย นอนไม่หลับ และมีอาการอยากยามาก บางรายก็อาละวาด ต่อมาความอยากยาถูกแทนที่ด้วยความเหนื่อยล้า มีอาการอ่อนเพลีย หมดเรี่ยวแรง รู้สึกง่วงนอน หลับมากใน ๒๔ ชั่วโมง และบางรายยังหลับมากต่อไปอีก ๒-๓ วัน เมื่อตื่นขึ้นมาก็จะหิวมาก และอาการอยากยาจะค่อย ๆ ลดลงในบางรายเมื่อหมดฤทธิ์กระตุ้นของยาบ้า ผู้ป่วยบางรายกลับมีอาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression) จนถึงกับพยายามฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระยะนี้มักมีเพียงอาการเมื่อยล้า รู้สึกง่วงนอน หลับมาก แล้วตามด้วยการหิวมาก</p>	

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๒. ระยะหยุดเสพช่วงแรก (Early Abstinence or Honeymoon Stage) ถัดจากระยะแรกจนถึง ๔๕ วัน ยังมีอาการเครียด อ่อนเพลียอยู่บ้าง การนอนหลับและอารมณ์ยังมีการแปรปรวนและจะค่อย ๆ กลับมาเข้าสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยหลายรายเกิดความเชื่อมั่นเกิน (Overconfidence) เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกเสพได้ง่ายดาย และเลิกได้แน่นอน ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาเรื่อง สมาธิและความจำ อารมณ์มีการแปรปรวน (Mood Swings) บางรายจะมีอาการซึมเศร้า และกระวนกระวายซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาและขนาดของยาบ้าที่เสพ</p> <p>๓. ระยะผ่านอุปสรรค (Protracted Abstinence or The Wall Stage) ระยะเวลา ๔-๖ เดือน หลังจากหยุดยาบ้า ระยะนี้มีอาการเหมือนคนปกติ แต่บางรายมีการสูญเสียความจำ การเรียนรู้ (Cognitive) อาจมีอาการแปรปรวน และยังมีอาการซึมเศร้าได้ (Emotion Swings) จะยังมีอาการอยากยา เป็นพักๆ หรือมีอาการอยากยาเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น เพื่อนพูดชักชวน เห็นผู้อื่นเสพยาจะมีอาการอยากยาที่รุนแรงได้ ดังนั้นจึงพบได้ว่าผู้ป่วยบางรายที่ เลิกได้เป็นเดือนๆ ก็ยังหวนกลับมาเสพใหม่ได้อีก</p> <p>๔. ระยะปรับสู่ปกติ (Adjustment/Resolution Swings) เป็นระยะปรับตัวทางความคิด พฤติกรรม และสังคม ผู้ป่วยรู้สึกถึงความถูกต้อง เกิดความละอายยังขาดเป้าหมายของชีวิตอาจมีความเบื่อหน่ายและมีปัญหาในสถานะหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น การจัดสมดุลของชีวิต ในระยะนี้จึงมีความสำคัญที่จะทำให้การเลิกยายั่งยืนและไม่กลับไปติดซ้ำอีก (วิโรจน์, ๒๕๔๘)</p> <p>ผลของยาบ้า(Amphetamine)ต่อร่างกายและจิตใจ</p> <p>เนื่องจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปริมาณของยาบ้าที่ใช้ วิธีเสพ ความถี่ บ่อยของการใช้ยา ระยะเวลาที่ใช้ยา รวมทั้งร่างกายของผู้ป่วยเอง ในการรักษาก็มีความจำเป็นต้องรักษาให้</p>	

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>เหมาะสมตามลักษณะอาการของผู้ป่วย จึงขอแบ่งผลของยาบ้าออกเป็น ๓ ลักษณะ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พิษ ผลอย่างเฉียบพลันและภาวะพิษเฉียบพลันจากยาบ้า (Toxic Acute Effect and Acute Methamphetamine-intoxication) ๒. ผลในระยะยาว ภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบร่วมกับการเสพยาบ้า (Chronic Effect Chronic Methamphetamine use disorder) ๓. การเสพติดและการบำบัดรักษาการติดยาบ้า (Methamphetamine dependence and treatment) 	
<p>ยาไอซ์ (Ice)</p> <p>เป็นรูปแบบหนึ่งของ Methamphetamine หรือยาบ้า เนื่องจากมีรูปพรรณเป็นก้อนผลึกใสเหมือนน้ำแข็ง จึงมีชื่อเรียกขานในหมู่ผู้เสพยาว่า “ไอซ์” (Ice) เนื่องจากยาไอซ์มีความบริสุทธิ์เกือบ ๑๐๐% จึงมีฤทธิ์แรงกว่ายาบ้า (บางคนเรียกว่า หัวยาบ้า)</p> <p>การนำไปใช้</p> <p>ละลายน้ำแล้วฉีดเข้าเส้นเลือด บางคนนำไปเผาไฟแล้วสูดดมควันเหมือนการเสพยาบ้า ยาตัวนี้ทำให้อารมณ์เคลิบเคลิ้มสนุกสนานสดชื่นกระปรี้กระเปร่า ทำให้ติดได้ง่ายกว่า และมีอันตรายต่อร่างกาย อารมณ์และสังคมของผู้เสพมากกว่ายาในกลุ่มแอมเฟตามีนอื่นๆ ไม่ได้มีแพร่หลายกันทั่วไปเนื่องจากหายากและราคาค่อนข้างแพง มักจะใช้กันในสังคมไฮโซ นายทุนที่ซัดส์ถันท์ สกุลพงค์ นักจิตวิทยา ศูนย์บำบัดจังหวัดเชียงใหม่ ให้ข้อมูลว่า ยาไอซ์ จะใช้เหมือนกับยาในกลุ่มยาบ้าอื่นๆ คือ สูดดม กลืนหรือสอดใส่ทวารหรืออาจใช้วิธีการสูบหรือฉีด ซึ่งผลจากยาจะรวดเร็วกว่าผลกระทบของยาไอซ์จะแตกต่างกันไปในแต่ละคนขึ้นอยู่กับขนาดร่างกาย น้ำหนัก ปริมาณและวิธีการใช้ยาเสพติด</p> <p>วิธีสังเกตผู้เสพยาไอซ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ถูยาที่มีลักษณะเป็นผงใส - ฟอยล์ อลูมิเนียม - กระป๋องที่ถูกดัดแปลงเป็นเตาในการลนยาให้ระเหิด 	<p>เสพยาไอซ์ อายุ ๒๕ ปี ด้วยวิธีการสูบ ใช้อย่างต่อเนื่องในระยะ ๒ ปี หลังเข้ารับการบำบัดรักษาอาการเสพยา</p> <p>- ผู้ป่วยนำไปเผาไฟแล้วสูดดมควัน ทำให้อารมณ์เคลิบเคลิ้มสนุกสนานสดชื่นกระปรี้กระเปร่า</p> <p>- ผู้ป่วยใช้ ฟอยล์ อลูมิเนียม ใช้ไฟแช็คเผาใต้ฟอยล์เพื่อสูดดมควัน</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<ul style="list-style-type: none"> - เข้มงวด - แขนงแกว่งที่ใช้ในการเสพยา (หรือที่เรียกว่า โຈ) - อาการทางพฤติกรรม อารมณ์และทางร่างกาย ได้แก่ ผลจากการใช้ในระยะสั้น - ผู้เสพยามีความสุข มีความมั่นใจในตัวเอง - มีความตื่นตัวตลอดเวลา ไม่หลับไม่นอน - ไม่อยากอาหารและน้ำหนักลด - มีความต้องการทางเพศสูง - อารมณ์ไม่คงที่ - ม่านตาขยาย - หายใจถี่ - ตัวร้อนและหัวใจเต้นเร็ว - ผลจากการใช้ในระยะยาว - วิดกกังวลและหวาดระแวง - ขบกรามแบบควบคุมไม่ได้ มีกลิ่นปาก - เหงื่อออกมากกว่าปกติ มีกลิ่นตัว - ความดันโลหิตสูง - ไม่สนใจดูแลรูปลักษณ์และความสะอาดของตัวเอง - มีอาการตากระตุก - มีการทำพฤติกรรมบางอย่างซ้ำๆ เช่น การเกา เนื่องจากการใช้ยาไอซีไปนานๆ จะส่งผลให้ผิวหนังตลอกสะเก็ด <p>การออกฤทธิ์</p> <p>การใช้ปริมาณเล็กน้อยจะทำให้เกิดผลต่อร่างกาย เหมือนการใช้โคเคนหรือแอมเฟตามีนชนิดอื่น เช่น เพิ่มการตื่นตัว การออกฤทธิ์ต่อร่างกาย การออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีนจะส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งทำหน้าที่เก็บความจำความคิดและควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เช่นการเคลื่อนไหว การทรงตัว การถ่ายทอดความรู้สึกทำให้ตื่นตัว เคลิบเคลิ้ม ร่าเริง ไม่เหนื่อย ไม่ง่วง ตาแข็ง นอนไม่หลับคล้ายเป็นยาเพิ่มพลัง มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดกระตุ้นหัวใจทำให้เกิดอาการใจสั่น การไหลเวียนเลือดล้มเหลว เจ็บหน้าอกกระทบต่อทางเดินหายใจ จึงหวะการหายใจไม่ปกติ มีผลต่อระบบการเดินอาหาร ปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่หิว คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียและ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เมื่อเสพยาทำให้มีความสุข มีความมั่นใจในตัวเอง ตื่นตัวตลอดเวลา ไม่หลับไม่นอน ไม่อยากอาหารและน้ำหนักลด มีความต้องการทางเพศสูง อารมณ์ไม่คงที่ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว <p>- ความรู้สึกทำให้ตื่นตัว เคลิบเคลิ้ม ร่าเริง ไม่เหนื่อย ไม่ง่วง ตาแข็ง นอนไม่หลับ</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งเมื่อเสพติดยาแล้วจะส่งผลให้สมรรถภาพทางเพศลดลง แต่ในผู้ใช้ไอซ์บางกลุ่มก็มักเสพเพื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศหรือเพิ่มอรรถรสในการร่วมเพศ ทำให้ร่วมเพศได้นานขึ้นบางรายเสพแล้วมีความต้องการทางเพศสูง จึงมักเป็นที่นิยมในกลุ่มสาวไซด์ไลน์</p> <p>ผลของยาไอซ์</p> <p>ผลของยาไอซ์ที่มีต่อร่างกาย รุ่มาตาขยาย เหงื่อออกมาก การมองเห็นพร่ามัว วิงเวียน ร่างกายชুবวม ริมฝีปากแห้ง ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการหายใจสูงขึ้น อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ปวดหัวอย่างรุนแรง อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นและผิดปกติ มือและนิ้วสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ที่สำคัญคือ มีภาวะผิดปกติเสียหายอย่างถาวรของเส้นโลหิตในสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ใช้ในปริมาณสูง หรืออาจจะช็อกหมดสติไปได้ ผู้ใช้ยาไอซ์เป็นระยะเวลาานานจะมีคือ มีอาการซึมเศร้ารุนแรง ลดความอยากอาหารและน้ำหนักลดอย่างรวดเร็ว หวาดระแวง ย้ำคิดย้ำทำ มีความผิดปกติของปอดและไต ซึ่งอาจถึงตายได้ ประสาทหลอน มีปัญหาเกี่ยวกับฟัน มีโรคต่างๆ เกี่ยวกับหัวใจ นอกจากนั้นการฉีดยาไอซ์เข้าทางเลือดทำให้ผู้ใช้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสทางกระแสเลือด เช่น ตับอักเสบบ B และ C โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีการใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน</p>	<p>- น้ำหนักลด ริมฝีปากแห้ง หายใจเร็วขึ้น ปวดหัว ทำให้ตื่นตัว ไม้่ง่วง อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน</p>
<p>น้ำต้มกระท่อม สี่คูณร้อย (๔X๑๐๐)</p> <p>กระท่อม (Kratom) มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า <i>Mitragyna speciosa</i> Korth. จัดอยู่ในยาเสพติดประเภทออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทแบบกระตุ้นประสาท</p> <p>วิธีการเสพ ใบกระท่อมมีรสขมเหมือนเมา เคี้ยวใบสดหรือบดใบแห้งให้เป็นผง ละลายน้ำดื่ม บางรายเติมเกลือด้วยเล็กน้อยเพื่อป้องกันท้องผูก ส่วนมากจะเคี้ยวเพียง ๒-๓ ใบ และดื่มน้ำอุ่น หรือกาแฟร้อนตาม ใช้วันละ ๓-๑๐ ครั้งต่อวันตามอาการเหนื่อย เมื่อใช้ไประยะหนึ่ง ปริมาณการใช้จะเพิ่มขึ้น (ประมาณร้อยละ ๓๗ ใช้วันละ ๒๑-๓๐ ใบ) ปัจจุบันการใช้พืชกระท่อมได้เปลี่ยนแปลงไปจากรูปแบบเดิมจากเคี้ยวใบ</p>	<p>- น้ำกระท่อม สี่คูณร้อย (ปี๕๘) โดยวิธีการดื่มทุกวันๆ ละ ๑-๒ แก้ว อย่างต่อเนื่องและเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ ต่อเนื่อง ระยะ ๑-๒ ปีนี้มีการดื่มน้ำกระท่อมสี่คูณร้อยตลอดวัน ในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ทุกวันๆ ละ ๑-๑.๕ ลิตร -หลังจากหยุดใช้ยาผู้ป่วยมีอาการถอนพิษยา หงุดหงิด มีความต้องการเสพยา ร่างกาย ชืด ชุบชอม น้ำหนักลด</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>กระท่อมมาสู่การแปรรูปเป็นสารเสพติดชนิดใหม่ เรียกว่าสี่คูณร้อย (๔ X ๑๐๐) ยาเสพติดชนิด สี่คูณร้อย (๔ X ๑๐๐ หมายถึง ยาเสพติดที่มีส่วนผสมของน้ำกระท่อมเป็นหลัก มีสูตรผสมแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เช่น ผสมด้วยโค้ก ยาแก้ไอ ยาแก้ปวด หรือ บางพื้นที่ใช้นมเปรี้ยว หรือยากล่อมประสาท</p> <p>กระท่อมมีสรรพคุณทางยาสมัยโบราณที่ใช้เข้าเป็นตัวยาในตำรับพวกประเภทยาแก้ท้องเสีย สารสำคัญในใบกระท่อม คือ mitragynine จำนวนใบกระท่อม ๒๐ ใบ สกัดให้สาร mitragynine ประมาณ ๑๗ มิลลิกรัม สารนี้พบได้เฉพาะในพืชกระท่อมเท่านั้น จึงใช้เป็นสารพิสูจน์เอกลักษณ์พืชกระท่อมได้ มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางคล้ายโคเคน ฤทธิ์ระงับปวดจึงเป็นสารแก้ปวดที่แตกต่างจากมอร์ฟีนฝิ่น ฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งของกรดในกระเพาะอาหารได้เช่นเดียวกับมอร์ฟีน สรุปได้ว่า พืชกระท่อมมีสารอัลคาลอยด์ Mitragynine อยู่ในใบมีฤทธิ์ระงับอาการปวด เช่นเดียวกับมอร์ฟีน โดยมีความแรงต่ำกว่ามอร์ฟีนประมาณ ๑๐ เท่า และมีข้อดีกว่ามอร์ฟีนอยู่หลายประการ</p>	
<p>อาการของผู้ติดใบกระท่อม</p> <p>มีลักษณะคล้ายกับแอมเฟตามีน คือ เบื่ออาหาร ทำงานได้มากเกินปกติ ตื่นเต้น เพราะกระตุ้นระบบประสาท</p> <p>การรับรู้การเสพ สี่คูณร้อย (๔X๑๐๐) พบว่ารสชาติของน้ำต้มใบกระท่อม สี่คูณร้อย (๔X๑๐๐) ทำให้ผู้ติ่มมีความพึงพอใจ ส่วนใหญ่บอกว่ามีรสขมๆ หวานๆ อร่อย และรู้สึกติดใจในรสชาติ การติ่มในช่วงแรกรู้สึกมึนงง เมา เคลิ้มๆ เหมือนลอย ทำให้สบายใจสมองโล่งโปร่ง นอนหลับ รับประทานอาหารได้ กระปรี้กระเปร่า ขยันทำงาน ไม่เหนื่อย กินแล้วไม่ติด สุขภาพร่างกายปกติ ไม่โหมม ประหยัดค่าใช้จ่าย น้อยกว่ายาเสพติดชนิดอื่น ทำให้หยุดยาเสพติดได้อย่างอื่นได้เช่น ยาบ้ากัญชา</p> <p>การรับรู้ด้านลบส่วนใหญ่จะพบในช่วงที่หยุดเสพ ได้แก่ ผลด้านร่างกาย มีอาการปวดเมื่อยตามตัว</p>	<p>- ผู้ป่วยบอกว่าติดใจในรสชาติ ไม่ขมมาก มีรสหวานๆจากที่ใส่ยาแก้ไอกับโค้ก กินแล้วอร่อย การติ่มในช่วงแรกรู้สึกมึนงง เคลิ้มๆ เหมือนลอย ทำให้สบายใจสมองโล่งโปร่ง สดชื่น กระปรี้กระเปร่า</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ตามกระดุก น้ำหนักลดลง ไม่มีแรงทำงาน นอนไม่หลับ หาวนอน</p>	
<p>อาการเมื่อหยุดเสฟ</p> <p>ผลด้านร่างกาย มีอาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ และกระดุก อ่อนเพลีย ไม่สามารถทำงานได้ ไม่มีแรงทำงาน อารมณ์ซึมเศร้า น้ำตาไหล น้ำมูกไหล ก้าวร้าว แต่เป็นมิตร (Hostility) นอนไม่หลับ ร่างกายมี อุณหภูมิสูงผิดปกติ ถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่าปกติ เบื่ออาหาร(อยากอาหารยาก) อาเจียนคลื่นไส้ มีอาการ ไอมากขึ้น กระวนกระวายมากขึ้น ผลต่อ ความรู้สึกด้านจิตใจ รู้สึกอยากเสฟ พึงช่านกระวน กระวายหงุดหงิด</p>	<p>- เมื่อไม่ได้เสฟ แต่มีปวดเมื่อยบ้าง ไม่อยากทำอะไร รู้สึก ขี้เกียจ ไม่มีแรง หงุดหงิด บางครั้งก็ปวดศีรษะ</p>
<p>ยาแก้ไอ</p> <p>โคเดอีนจัดอยู่ในกลุ่มยาโอปิออยด์ (Opioids/ Narcotics) ผลิตมาจากฝิ่นซึ่งเป็นน้ำยาง ที่กรี๊ดได้จาก ผลฝิ่น มีชื่อทางพฤกษศาสตร์ว่า papaver somniferum ซึ่งหมายความว่า เหนียวน่าให้หลับ ฝิ่น ถือเป็นยาเสพติดร้ายแรงมีฤทธิ์ทำให้ผู้ใช้เกิดการติดยา</p> <p>โคเดอีนออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system , CNS) มีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยา คือ ระงับปวด และมีประสิทธิภาพในกา ระงับอาการไอได้ดีมาก</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์ของการใช้โคเดอีน ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนหัว ง่วงซึม ท้องผูก ท้องไส้ ปั่นป่วนกระสับกระส่าย มีฝิ่นขึ้นตามผิวหนังได้ เล็กน้อย เหงื่อออกมาก</p>	<p>- ผู้ป่วยใช้สี่คุณร้อย (๔X๑๐๐) ที่มีส่วนผสมของน้ำ กระเทียม ยาแก้ไอ โค้ก เนื่องจากจิตใจในรสนชาติ มี ความสุข เคลิ้มๆล่อยๆ ลืมความเครียด ลดวิตกกังวล</p>
<p>การบำบัดรักษายาเสพติด</p> <p>๑. ระบบสมัครใจ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดสารเสพติดที่ต้องการจะเลิกเสฟสารเสพติดโดยสมัครใจ สามารถขอรับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ โดยรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด แบ่งเป็น ๒ รูปแบบ คือ</p> <p>๑.๑ การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ภาย จิต สังคม บำบัด</p> <p>๑.๒ การบำบัดแบบผู้ป่วยใน คือ การค้างคืนใน สถานพยาบาล เพื่อดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะถอนพิษ ยา นอกจากนี้ยังมีการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ</p>	<p>ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ โดยครอบครัวขอรับรอง ให้บิดานำผู้ป่วยมารักษาตาม วางแผนการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล ธรรมนูญรักษสงขลาเนื่องจากผู้ป่วยเคยมารักษา ๑๖ ครั้งแล้ว กลับไปบ้านหยุดเสฟยาบางช่วงหรือหยุด เสฟบางชนิดได้ระยะหนึ่ง แล้วมีการเสฟซ้ำ แต่มี แนวคิด มีความรู้สึกว่าการเลิกเสฟยาจะช่วยลด ปัญหาต่างๆลงได้</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>รวมทั้งการให้ความรู้ด้วย เช่น การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค</p> <p>๒. ระบบบังคับบำบัด หมายถึง การใช้กฎหมายบังคับให้ผู้ติดสารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.๒๕๔๕</p> <p>๓. ระบบต้องโทษ เป็นการให้การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขังซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมายเรือนจำหรือทัณฑสถานบำบัดพิเศษต่างๆ ของกรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย กรมคุมประพฤติในกรณีที่เป็นเยาวชนอายุไม่เกิน ๑๘ ปี สถานพินิจได้จัดให้มีการบำบัดฟื้นฟูสำหรับเยาวชนในสถานพินิจ</p>	
<p>การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient programs)</p> <p>มีรูปแบบและขั้นตอน กระบวนการบำบัดรักษา ดังนี้</p> <p>๑. ชั้นเตรียมการ เป็นการสร้างแรงจูงใจ และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู</p> <p>๒. ชั้นถอนพิษยา เป็นการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ หลังจากหยุดเสพยาบ้าโดยให้ ยาทดแทนตามอาการของผู้ป่วย และใช้กลุ่มบำบัดต่างๆ</p> <p>๓. ชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูแบบ FAST Model ได้แก่ การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา (family) การมีกิจกรรมทางเลือกในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ (alternative activity treatment) การเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยเทคนิคช่วยเพื่อช่วยตนเอง (self- help) และการนำแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ "ชุมชนบำบัด" (therapeutics community) ซึ่งเป็นการสร้างชุมชนหรือสังคมจำลองให้ผู้ป่วยมาอยู่ร่วมกันเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยเหลือกันและกัน ฝึกความรับผิดชอบเรียนรู้ตนเอง และเรียนรู้การแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล เพื่อกลับไปมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ ร่วมกับการให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม</p>	<p>รับผู้ป่วยไว้ที่ตึกลีลาวดี เป็นตึกผู้ป่วยชายชั้นตอนการถอนพิษยาเมื่อบำบัดครบ๑๔วันจึงย้ายเข้าระยะฟื้นฟูสมรรถภาพชาย ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาในโรงพยาบาล รวมระยะเวลา ๓๗ วัน</p> <p>๑.ชั้นเตรียมการ สร้างแรงจูงใจ และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>๒. ในระยะบำบัดด้วยยา ๗ – ๑๔ วันแรก เป็นการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ หลังจากหยุดเสพยาบ้าเน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลักตามอาการถอนยาและภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยพักผ่อน ดูแลตนเองปฏิบัติตามตารางกิจวัตรประจำวัน</p> <p>๓.ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยรายนี้มีการย้ายเข้าระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ๒ครั้งที่๑ (วันที่๑๘ม.ค๖๗) ครบระยะการถอนพิษยา อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพได้๑๒วัน มีพฤติกรรมก้าวร้าวแพथย์ให้ย้ายกลับตึกถอนพิษยาชายเพื่อปรับยาให้เหมาะสมกับอาการและลดการกระตุ้น อารมณ์ พฤติกรรมก้าวร้าว เมื่ออาการสงบแพथย์ให้ย้ายเข้าฟื้นฟูฯครั้งที่๒(๓๐ ม.ค.๖๗) ปกติ ใช้รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูแบบ FAST Model ซึ่งเป็นการสร้างชุมชนหรือสังคมจำลองให้ผู้ป่วยมาอยู่ร่วมกันเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยเหลือกันและกัน ฝึกความรับผิดชอบ</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>นั้นทนทาน และการฝึกอาชีพ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมบำบัดรูปแบบอื่น เช่น การฟื้นฟูสภาพจิตใจด้วยหลักศาสนา โดยการนำผู้ป่วยเข้าศึกษาหลักธรรมเป็นต้น</p> <p>๔. การติดตามหลังการรักษาเป็นการดูแลหลังจำหน่ายออกจากการบำบัดรักษาเพื่อติดตามให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำ และเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ที่รักษาหายแล้วออกไปสู่สังคมได้ตามปกติ</p>	<p>เรียนรู้ตนเอง และเรียนรู้การแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล กิจกรรมบำบัด และงานบำบัด มีกฎระเบียบและแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน ความคิด และพฤติกรรม</p> <p>- ผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถเข้าสู่ระยะฟื้นฟูได้ ครบ ๔ เดือน เนื่องจากหลังการย้ายเข้าฟื้นฟูครั้งที่ ๒ ผู้ป่วยอยู่บำบัดได้ ๑๑วัน แพทย์พิจารณาจำหน่ายและปรับแผนการรักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าว เสี่ยงเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ๔. นัดติดตามผล ๗ ครั้ง ใน ๑ ปี (อย่างน้อย ๔ ครั้ง ใน ๑ ปี)</p>
<p>วินิจฉัยโรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder)</p> <p>การวินิจฉัยบุคลิกภาพผิดปกติ</p> <p>ทั้งนี้อาจใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder) ของ DSM-IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, text- Revised เพื่อความชัดเจนในการวินิจฉัยดังนี้</p> <p>A. บุคคลที่มีลักษณะการดำเนินชีวิตแตกต่างไปจากบุคคลอื่นที่อยู่ร่วมวัฒนธรรมเดียวกับตน โดยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย ๒ อย่าง</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง หรือต่อผู้อื่น หรือต่อเหตุการณ์ที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงที่คนอื่นรับรู้ ๒. มีอารมณ์ตอบสนองที่ไม่มั่นคง อาจมากหรือน้อยเกินไป ไม่เหมาะสม ๓. มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น ๔. มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นขาดการควบคุมที่ดี <p>B. ลักษณะดังกล่าวค่อนข้างเป็นอยู่ตลอด และไม่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์</p> <p>C. เกิดปัญหาอย่างมากในด้านอาชีพ การทำงานหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมที่สำคัญอย่างอื่น</p> <p>D. ลักษณะจะคงที่และเป็นระยะเวลายาวนาน อาการเริ่มเป็นมาตั้งแต่วัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาว</p>	<p>- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Borderline Personality Disorder: BPD ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคบุคลิกภาพผิดปกติดังนี้</p> <p>๑. บุคคลที่มีลักษณะการดำเนินชีวิตแตกต่างไปจากบุคคลอื่นที่อยู่ร่วมวัฒนธรรมเดียวกับตน โดยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย ๒ อย่าง ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง หรือต่อผู้อื่น หรือต่อเหตุการณ์ที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงที่คนอื่นรับรู้ เช่น การรับรู้ว่าตนเองไม่เป็นที่รักของบิดามารดา บิดาไม่รักตนเอง ทอดทิ้งตน - มีอารมณ์ตอบสนองที่ไม่มั่นคง ไม่เหมาะสม - มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น กับบุคคลในครอบครัว - มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นขาดการควบคุม ที่ดี เมื่อถูกห้ามปรามผู้ป่วยจะหงุดหงิด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายตนเอง - เกิดปัญหาอย่างมากในด้านอาชีพ สังคมการทำงาน ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการเรียน ไม่ เรียนหนังสือ ขาดการยอมรับในสังคม

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>E. อาการดังกล่าวไม่ใช่อาการของโรคทางจิตเวชหรือไม่เกิดภายหลังจากผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช</p> <p>F. อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติด ยา รักษาโรค หรือโรคทางกาย</p>	
<p>ลักษณะของบุคลิกภาพผิดปกติในแต่ละกลุ่ม</p> <p>จะพบว่ามีการปรับตัวผิดปกติจนเป็นเหตุให้การทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่องอย่างชัดเจน จนเกิดปัญหาที่เป็นผลให้เกิดความทุกข์ในการดำเนินชีวิต ซึ่งมีการจัดกลุ่มอาการของบุคลิกภาพผิดปกติเป็นกลุ่มใหญ่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ๓ กลุ่ม</p> <p>๑. กลุ่ม A (cluster A) มีลักษณะเฉพาะคือ เก็บตัวหรือแยกตัวจากผู้อื่น ความคิดหรือพฤติกรรมแปลกประหลาด ในกลุ่มนี้มีบุคลิกภาพแปรปรวน ๓ ชนิด ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - บุคลิกภาพแปรปรวนแบบหวาดระแวง (paranoid personality disorder) - บุคลิกภาพแปรปรวนแบบแยกตัว (schizoid personality disorder) - บุคลิกภาพแปรปรวนแบบคล้ายจิตเภท (schizotypal personality disorder) <p>๒. กลุ่ม B (cluster B) มีลักษณะเฉพาะคือ แสดงออกทางอารมณ์อย่างมากเกิน (dramatic) อารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็ว ในกลุ่มนี้มีบุคลิกภาพแปรปรวน ๔ ชนิด ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - บุคลิกภาพแปรปรวนแบบหลงตัวเอง (narcissistic personality disorder) - บุคลิกภาพแปรปรวนแบบเรียกร้องความสนใจ เหมือนแสดงละคร (histrionic personality disorder) - บุคลิกภาพแปรปรวนแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder) - บุคลิกภาพแปรปรวนแบบเจ้าอารมณ์ (borderline personality disorder) <p>๓. กลุ่ม C (cluster C) มีลักษณะเฉพาะคือ วิตกกังวล ในกลุ่มนี้มีบุคลิกภาพแปรปรวน ๓ ชนิด ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - บุคลิกภาพแปรปรวนแบบพึ่งพา (dependent personality disorder) 	<p>- ผู้ป่วยจัดอยู่ในกลุ่มอาการของบุคลิกภาพผิดปกติเป็นกลุ่ม B (cluster B) มีลักษณะเฉพาะคือ แสดงออกทางอารมณ์อย่างมากเกิน (dramatic) อารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็ว ในกลุ่มนี้มีบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดบุคลิกภาพแปรปรวนแบบเจ้าอารมณ์ (borderline personality disorder)</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบหลีกเลี่ยง (avoidant personality disorder)</p> <p>- บุคลิกภาพแปรปรวนแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive personality disorder)</p>	
<p>เกณฑ์การวินิจฉัยโรคบุคลิกภาพแปรปรวนแบบเจ้าอารมณ์ ตาม DSM-IV TR</p> <p>A. ผู้ป่วยมีลักษณะสัมพันธ์กับผู้อื่น ภาพลักษณ์ของตนและอารมณ์ที่ไม่คงที่ และควบคุมตนเองไม่ได้ อย่างมาก รูปแบบดังกล่าวเป็นไปแทบทุกเรื่อง เริ่มเป็นตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น และพบได้ในภาวะแวดล้อมหลายๆ รูปแบบ โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ ตั้งแต่ ๕ ข้อขึ้นไป</p> <p>(๑) พยายามอย่างยิ่งยวดที่จะหลีกเลี่ยงการถูกละทิ้ง ไม่ว่าจะจริงหรือเป็นสิ่งที่คิดเอง หมายเหตุ : ไม่รวมพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตนเองที่เข้ากับเกณฑ์ข้อ ๕</p> <p>(๒) ความสัมพันธ์ที่มีกับผู้อื่นเป็นไปในรูปแบบที่รุนแรงและไม่มั่นคง โดยมีลักษณะสลับเปลี่ยนไปมาระหว่างการยกย่องเทิดทูนอย่างมากกับการดูถูกไม่เห็นคุณค่าอย่างมาก</p> <p>(๓) มีปัญหาในเรื่องเอกลักษณ์แห่งตน : มีภาพลักษณ์ของตนเองและ sense of self ที่ไม่คงที่อย่างมาก และเป็นเช่นนี้อยู่ตลอด</p> <p>(๔) ควบคุมตนเองไม่ได้ในอย่างน้อย ๒ ด้านที่อาจก่อให้เกิดผลเสียแก่ตนเองได้ (เช่น การใช้จ่ายเรื่องทางเพศ การติดสารเสพติด การขับรถอย่างบ้าระห่ำ การกินไม่หยุด) หมายเหตุ : ไม่รวมพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตนเองที่เข้ากับเกณฑ์ข้อ ๕</p> <p>(๕) มีการชู้ แสร้งหรือพยายามฆ่าตัวตายอยู่เรื่อยๆ หรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง</p> <p>(๖) อารมณ์ไม่คงที่เนื่องจากการผันแปรของอารมณ์เปลี่ยนไปตามสิ่งแวดล้อมอย่างมาก (เช่น ไม่สบายใจอย่างมาก หงุดหงิด หรือวิตกกังวล มักเป็นไม่กี่ชั่วโมง น้อยรายที่จะเป็นนานกว่าหลายวัน)</p> <p>(๗) รู้สึกว่าตนเองว่างเปล่าอยู่ตลอด</p>	<p>- ผู้ป่วยมีลักษณะตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคบุคลิกภาพแปรปรวนแบบเจ้าอารมณ์</p> <p>ผู้ป่วยมีลักษณะสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อย และอารมณ์ที่ไม่คงที่ และควบคุมตนเองไม่ได้ โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้</p> <p>๑. ผู้ป่วยมีความพยายามอย่างยิ่งที่จะหลีกเลี่ยงการถูกละทิ้ง ซึ่งเป็นสิ่งที่คิดไปเองว่าบิดา มารดาสร้าง ความกดดันให้ตนเอง ตนเองทำให้ครอบครัวล้มเหลว เลิกกับภรรยา</p> <p>๒. มีปัญหาความบกพร่องของตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง บทบาทหน้าที่</p> <p>๓. ควบคุมตนเองไม่ได้ในใช้สารเสพติด ยาไอซ์ ยาบ้า น้ำกระท่อมสี่คูณร้อย (๔x๑๐๐) ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียแก่ตนเอง</p> <p>๔. มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น หลังการบำบัดรักษาแต่ละครั้งยังคงมีการใช้ยาเสพติด การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เป็นต้น</p> <p>๕. อารมณ์ไม่คงที่เนื่องจากการผันแปรของอารมณ์ เปลี่ยนไปตามสิ่งแวดล้อม เช่น เมื่อมีเรื่องที่ผู้ป่วยไม่สบายใจ หรือวิตกกังวล ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย กล่าวโทษผู้อื่น ไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ</p> <p>๖. ผู้ป่วยมักบอกเล่าความรู้สึกไม่มีใครเข้าใจ รู้สึกกดดัน เครียดอยู่คนเดียวไม่รู้จะปรึกษาใคร</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>(๘) มีอารมณ์โกรธที่ไม่เหมาะสม รุนแรง หรือมีปัญหาในการคุมอารมณ์โกรธ (เช่น อาละวาดบ่อยๆ โกรธฉุนเฉียวอยู่ตลอดเวลา มีเรื่องชกต่อยอยู่เรื่อยๆ)</p> <p>(๙) มีความคิดหวาดระแวงมากเกินไปหรือมีอาการ dissociative ที่รุนแรง โดยอาการเป็นไม่นาน และเกี่ยวข้องกับความคิดค้น</p>	
<p>ปัจจัยของการเกิดโรคบุคลิกภาพแปรปรวน</p> <p>๑. ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัญหาบุคลิกภาพแปรปรวนสัมพันธ์กับปัจจัยทางพันธุกรรมมากกว่าโรคทางจิตเวช</p> <p>๒. ปัจจัยด้านชีวประสาทวิทยา ความผิดปกติที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับรอยโรคความผิดปกติของสมองส่วนหน้า (frontal cortex) และการทำหน้าที่ของระบบลิมบิก (limbic system) โดยเฉพาะส่วนอมิกดาลา (amygdala) และฮิปโปแคมปัส (hippocampus) รวมถึงเทมโพลรัล (temporal lobe) อีกทั้งการที่ระดับซีโรโทนิน (serotonin) ต่ำ มีผลต่ออารมณ์ การมีพฤติกรรมก้าวร้าว ขาดความยับยั้งชั่งใจ และการมีท่าทีเหมือนพยายามจะฆ่าตัวตาย (suicidal gesture) พบบุคลิกภาพแปรปรวนใน cluster A โดยเฉพาะบุคลิกภาพแปรปรวนแบบ schizotypal และพบว่าความวิตกกังวลสัมพันธ์กับความผิดปกติของโดปามีนและซีโรโทนิน ในผู้มีบุคลิกภาพแปรปรวนใน cluster C แสดงถึงความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและโรคในกลุ่มอารมณ์สองขั้วและกลุ่มโรคซึมเศร้า</p> <p>๓. การเรียนรู้และความคิดการรับรู้พบว่ารูปแบบความผูกพัน (attachment pattern) การได้รับบาดเจ็บชอกช้ำในระหว่างพัฒนาการ (developmental trauma) เกี่ยวข้องกับการเกิดบุคลิกภาพผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลิกภาพแปรปรวนแบบ borderline</p> <p>๔. ปัจจัยด้านจิตสังคม บุคลิกภาพแปรปรวนมักพบในบุคคลที่เติบโตท่ามกลางความสับสนวุ่นวาย มีความรุนแรงในครอบครัว ถูกทารุณกรรมทางร่างกายและทางเพศ ถูกทอดทิ้ง</p>	<p>ผู้ป่วยมีพี่น้อง ๒ คน เป็นคนที่ ๑ ในวัยเด็กได้รับเลี้ยงดูจากพี่เลี้ยง ความผูกพันทางอารมณ์กับคนในครอบครัวค่อนข้างน้อย ผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองถูกควบคุม ติดตามจากบิดา ขณะบำบัดรักษาจะหลีกเลี่ยงการกล่าวถึงครอบครัวทั้งด้านบวกและด้านลบ เคยแต่งงานแต่เลิกกับภรรยา ด้วยสาเหตุพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้ยา มีบุตรชาย ๑ คน อายุ ๘ ปีอยู่ในความดูแลของผู้ป่วย โดยมีบิดา มาดาของผู้ป่วยช่วยเหลือในการดูแลบุตรด้วย</p> <p>สันนิษฐานว่ามีความเกี่ยวข้องกันกับปัจจัยด้านชีวประสาทวิทยา และการเลี้ยงดูในวัยเด็ก ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้ง เมื่อมาอยู่ร่วมกับบิดามารดา ไม่ได้รับการแสดงความรักอย่างตรงไปตรงมา มีการตำหนิ ดุด่า บ้ายครั้ง จึงอาจทำให้มีผลเกี่ยวข้องกับการเกิดบุคลิกภาพผิดปกติ</p>
<p>การทดสอบบุคลิกภาพ</p> <p>๑. แบบทดสอบประเภทรายงานด้วยตนเอง (Self-report inventories)</p>	

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๒. แบบทดสอบประเภทฉายภาพ (Projective tests)</p> <p>๑) DAP (Draw-a-Person Test) และ HTP (House-Tree-Person)</p> <p>๒) CAT (Children Apperception Test) และ TAT (Traumatic Apperception Test)</p> <p>๓) Rorschach</p> <p>๔) SCT (Sentence Completion Test)</p>	<p>- ผู้ป่วยรายนี้ยังไม่ได้รับการทดสอบบุคลิกภาพโดยนักจิตวิทยา เนื่องจากอารมณ์ พฤติกรรมไม่คงที่และมีระยะเวลาการบำบัดแบบผู้ป่วยในที่สั้นไป</p>
<p>การบำบัดรักษา</p> <p>๑. การรักษาด้วยยา (psychopharmacology) เป็นการรักษาตามอาการที่จำเป็นต้องควบคุม เช่น การให้ยาคลายกังวล (antianxiety) เพื่อลดความวิตกกังวล ยาลดอารมณ์เศร้า (antidepressant) และการให้ยาด้านโรคจิต (antipsychotic)</p> <p>๒. จิตบำบัด (psychotherapy) เป็นการรักษาทางด้านจิตใจ</p> <p>๓. พฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) การใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นการมุ่งเน้นที่ทั้งสถานการณ์ ความเครียดในปัจจุบัน และประสบการณ์ด้านลบในวัยเด็ก เรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เกิดความสุขในชีวิต และเป็นที่ยอมรับในสังคม</p> <p>๔. นิเวศบำบัด (milieu therapy)</p>	<p>- การรักษาด้วยยาเป็นการรักษาตามอาการที่จำเป็นต้องควบคุม ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluoxetine (๒๐mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า - Benzhexol (๒ mg) ๑ x ๒ oral pc - Depakine (๒๐๐mg) ๒ tab oral hs - Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral hs - Risperidone (๒ mg) ๑ tab oral เช้า-hs - Haloperidol (๐.๕ mg) ๑ tab oral hs - Clonazepam (๐.๕ mg) ๑ tab PRN for insomnia - Multivitamin ๑ x ๓ oral pc - Vitamin B๑-๖-๑๒ ๑ x ๓ oral pc - CPZ (๑๐๐mg) ๑ tab oral stat <p>- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในผู้ป่วยรายนี้ ใช้กิจกรรมบำบัด งานบำบัด การใช้เครื่องมือบ้านตามรูปแบบ FAST Model การให้คำปรึกษารายกลุ่มรายบุคคล ช่วยในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาลับแฝงเบื้องต้นให้กับผู้ป่วยผู้ป่วย เช่น ความวิตกกังวลใน</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
	<p>ระยะเวลาการบำบัดและการปรับตัวในการฟื้นฟูฯ ได้จัดพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือแนะนำ รับฟังความรู้สึก งดกิจกรรมในบางครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย แต่ผู้ป่วยยังกังวลและไม่ร่วมมือ ไม่เชื่อฟังพี่เลี้ยง ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้อารมณ์ การทำผิดกฎระเบียบขึ้น</p>
<p>ทฤษฎีสังคมศาสตร์</p> <p>การเจ็บป่วยทางจิต เกิดจากบุคคลถูกกดดันจากสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ เช่น ความยากจน ครอบครัวสับสนวุ่นวาย การศึกษาไม่เพียงพอ การขาดแคลนแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอ ทำให้บุคคลไม่มีทางเลือกที่เป็นอิสระของตนเอง</p> <p>Szasz & Gerald Caplan: เชื่อสังคมทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต หรือมีภาวะสุขภาพจิตเป็ยงเบน ได้รับตราประทับจากสังคม ส่งผลให้คนเหล่านั้นแยกตัวไปจากสังคม และถูกสังคมทอดทิ้ง</p> <p>Caplan: ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมแปรปรวนกับสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัจจัยทางสังคมบางอย่าง เช่น ความยากจน ความไม่มั่นคงของครอบครัว การได้รับการศึกษาน้อย สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวไม่ดีเป็นเหตุส่งเสริมให้คนเกิดพฤติกรรมแปรปรวนได้ เนื่องจากสาเหตุดังกล่าวทำให้เกิดความเครียด ความกดดันด้วยการมีพฤติกรรมที่แปลกไปจากคนส่วนใหญ่ของสังคม</p>	<p>ผู้ป่วยรายนี้มีสัมพันธภาพที่ไม่ค่อยดีในครอบครัว ขาดคนที่ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจให้คำปรึกษาพูดคุย ร่วมกับการปัญหาทางสุขภาพจิตที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ทำให้การแปลความหมายเชิงบวกคำพูด ตักเตือนหรือแสดงความรัก ความใส่ใจจากครอบครัว ถูกแปลความหมายในเชิงลบ รู้สึกกดดัน ไม่มีความสุขและมีผลต่อการใช้ยาเสพติด</p>
<p>ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์</p> <p>การเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง ไม่สมบูรณ์ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม B.F.Skinner, Joseph Wope, John B Watson (อ้างอิงมาจาก นฤมล, ๒๕๔๘) เชื่อว่า พฤติกรรมมนุษย์มีได้มาจากแรงผลักดันภายในตัวบุคคล หรือจากสัมพันธภาพที่บุคคลมีต่อกัน เชื่อว่า พฤติกรรมทุกชนิดเกิดจากการเรียนรู้ และเห็นว่า มนุษย์เป็นผลลัพธ์ของการเรียนรู้ มนุษย์มีการกระทำหรือแสดงพฤติกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการ</p>	<p>ผู้ป่วยรายนี้ การเรียนรู้พฤติกรรมไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด มีความพึงพอใจในการเสพยาใช้แล้วรู้สึกสบายใจ อารมณ์ดีไม่หงุดหงิด คลายความเครียด ความวิตกกังวลได้ จึงเกิดการพึงพอใจ ทำให้ผู้ป่วยเสพซ้ำเรื่อยๆ เมื่อเผชิญกับตัวกระตุ้นทั้งภายนอก ภายใน ผู้ป่วยใช้การเรียนรู้การตอบสนองของร่างกายจากการใช้ยา มากกว่าการฟื้นฟูอุปสรรค การแก้ปัญหาด้วยวิธีการอื่นที่ใช้เวลาและเห็นผลช้า</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>เพราะธรรมชาติของมนุษย์มีความต้องการที่จะได้ซึ่งความพอใจพฤติกรรมของมนุษย์อธิบายโดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ ๒ รูปแบบคือ Classical conditioning และ Instrumental conditioning</p> <p>๑. ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical Conditioning Theory) หรือแบบสิ่งเร้า ผู้ค้นพบการเรียนรู้ลักษณะนี้คือ อีวาน พาฟลอฟ (Ivan Palov, ๑๘๔๙-๑๙๓๖) ทฤษฎีการเรียนรู้</p> <p>๑.๑ พฤติกรรมการตอบสนองของมนุษย์เกิดจากการวางเงื่อนไขที่ตอบสนองต่อความต้องการทางธรรมชาติ</p> <p>๑.๒ พฤติกรรมการตอบสนองของมนุษย์สามารถเกิดขึ้นได้จากสิ่งเร้าที่เชื่อมโยงกับสิ่งเร้าตามธรรมชาติ</p> <p>๑.๓ พฤติกรรมการตอบสนองของมนุษย์ที่เกิดจากสิ่งเร้าที่เชื่อมโยงกับสิ่งเร้าตามธรรมชาติจะลดลงเรื่อย ๆ และหยุดลงในที่สุดหากไม่ได้รับการตอบสนองตามธรรมชาติ</p> <p>๑.๔ พฤติกรรมการตอบสนองของมนุษย์สิ่งเร้าที่เชื่อมโยงกับสิ่งเร้าตามธรรมชาติจะลดลงและหยุดไปเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามธรรมชาติ และจะกลับปรากฏขึ้นได้อีกโดยไม่ต้องใช้สิ่งเร้าตามธรรมชาติ</p> <p>๑.๕ มนุษย์มีแนวโน้มที่จะจำแนกลักษณะของสิ่งเร้าให้แตกต่างกันและเลือกตอบสนองได้ถูกต้อง</p> <p>๒. ทฤษฎีการเรียนรู้แบบการวางเงื่อนไขแบบโอเปอเรนท์ (Operant Conditioning Theory) ทฤษฎีการเรียนรู้แบบการวางเงื่อนไขแบบโอเปอเรนท์ ของ สกินเนอร์ (B.F. Skinner) มีแนวคิดว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไข และสภาวะแวดล้อม ที่เหมาะสม และทฤษฎีนี้ต้องการเน้นเรื่องสิ่งแวดล้อม สิ่งสนับสนุนและการลงโทษโดยพัฒนาจากทฤษฎีของพาฟลอฟและธอร์นไดค์ โดยสกินเนอร์มองว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นพฤติกรรมที่กระทำต่อสิ่งแวดล้อมของตนเองพฤติกรรมของมนุษย์จะคงอยู่ตลอดไปจำเป็นต้องมีการเสริมแรงซึ่งการเสริมแรงนี้มีทั้งเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) และเสริมแรงทางลบ (Negative Reinforcement)</p>	

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>พฤติกรรมก้าวร้าว</p> <p>ปัจจัยการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้อย่างกว้าง ๆ</p> <p>เป็น ๓ ปัจจัยหลัก หรือ IES factors</p> <p>๑. ปัจจัยภายใน (internal factors)</p> <p>๑.๑ ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factors)</p> <p>-พันธุกรรม ความผิดปกติทางประสาทวิทยา สารสื่อประสาท ความแตกต่างทางเพศ เซาว์ปัญญา ภาวะสมองเสื่อม โรคสมองเสื่อม อัลไซเมอร์เนื้องอกสมอง ฝึในสมอง</p> <p>-โรคทางจิตเวช และโรคที่ไม่ใช่โรคจิตเวช ได้แก่ กลุ่มที่เป็นความผิดปกติของบุคลิกภาพและพฤติกรรม ชนิดที่พบได้บ่อยคือ ผู้ป่วยกลุ่มมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม และพวกหลงตัวเอง</p> <p>๑.๒ ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (Psychological factors) เช่น</p> <p>-ความต้องการทางเพศ อารมณ์ต่าง ๆ ความผูกพันทางอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะชีวิต ปัจจัย</p> <p>ด้านการเจ็บป่วยทั้งทางด้านกาย และจิตใจ ที่เป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง</p> <p>-โรคที่เกิดจากพยาธิสภาพทางสมอง (organic brain diseases) ภาวะ delirium ภาวะสมองเสื่อม โรคสมองเสื่อม อัลไซเมอร์เนื้องอกสมอง ฝึในสมอง สารพิษและสิ่งเสพติด</p> <p>-โรคทางจิตเวช (psychotic diseases) กลุ่มคลั่งเหียบพลับ โรคจิตเภท กลุ่มหวาดระแวง</p> <p>-โรคที่ไม่ใช่โรคจิต (non-psychotic diseases) กลุ่มที่เป็นความผิดปกติของบุคลิกภาพและพฤติกรรม (personality and behavioral disease/trait) ชนิดที่พบได้บ่อย คือผู้ป่วยกลุ่มมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม (antisocial) ชนิดคาบเส้น (borderline) และพวกหลงตัวเอง(narcissistic personality disorder)</p> <p>-ความผิดปกติของพฤติกรรมแบบทำท่าย (Oppositional Defiant Disorder (ODD)</p>	<p>-ปัจจัยภายใน ทางชีววิทยา ไม่พบทางกรรมพันธุ์ทางประสาทวิทยา แต่พบว่า</p> <p>-ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาผู้ป่วยมีทักษะการสื่อสาร การแปลความหมายด้านลบกับครอบครัว ซึ่งมีผลต่อสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัวไม่ค่อยดี ใช้เหตุผลในลักษณะการกล่าวโทษผู้อื่นแทนการยอมรับข้อผิดพลาดของตนเอง</p> <p>-พยาธิสภาพทางสมองเนื่องจากผลมาจากการใช้สิ่งเสพติดเป็นเวลานานและหลายชนิด</p> <p>-โรคที่ไม่ใช่โรคจิต (non-psychotic diseases) กลุ่มที่เป็นความผิดปกติของบุคลิกภาพและพฤติกรรม</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>-ความประพฤตินีติผิดปกติ(Conduct Disorder : CD)</p> <p>-ความผิดปกติของสมาธิและพฤติกรรมอยู่นิ่ง (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)</p> <p>-ความผิดปกติทางอารมณ์(Mood Disorder) เช่น โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder)</p> <p>-โรคจิต (Psychotic Disorder) ในผู้ป่วยโรคจิตอาจมีความคิดหลงผิด หวาดระแวงจึงตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่าย แต่ผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่ไม่ได้มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น (ศิริไชย หงส์สงวนศรี และนางพะงา ลี้มสุวรรณ ม.ป.ป.)</p> <p>๒. ปัจจัยภายนอก (External factors)</p> <p>๒.๑ ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม(sociocultural factors)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเรียนรู้ทางสังคม วัฒนธรรม - ความยากจน และขัดสนในชีวิต การว่างงาน ชีวิตสมรสที่แตกแยกล้มเหลว ครอบครัวที่พ่อหรือแม่เลี้ยงลูก คนเดียว - ประสบการณ์การเลี้ยงดูในระยะแรกของชีวิต การถูกล่วงละเมิดในวัยเด็ก ครอบครัวที่มีความรุนแรง ชัดแย้งสูง <p>๒.๒ ปัจจัยที่เกี่ยวกับเชื้อชาติวัฒนธรรม และเศรษฐกิจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความยากจน ความขัดสนในชีวิต และทักษะชีวิต (life skills) ชีวิตสมรสที่แตกแยกล้มเหลว <p>๒.๓ ปัจจัยทางกายภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยที่เป็นลักษณะทางกายภาพของหอผู้ป่วย โครงสร้างและการออกแบบ ระดับความเป็นส่วนตัวแสง เสียงลานสายตาและระดับอุณหภูมิมีผลต่อความก้าวร้าวทั้งในทางบวกหรือลบ สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย จำนวนและประเภทของผู้ป่วย <p>๓. ปัจจัยด้านสถานการณ์และการมีปฏิสัมพันธ์ (situational/interactional factors)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การถูกบังคับ มีประสบการณ์ทางลบอย่างมากขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรือมีความกลัว ความวิตกกังวลที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย 	<p>-ปัจจัยภายนอกการเรียนรู้ทางสังคม วัฒนธรรม การว่างงาน การอยู่ในพื้นที่ที่มีการใช้ยาและสารเสพติด ประสบการณ์การเลี้ยงดูในระยะแรกของชีวิต ถูกเลี้ยงโดยผู้อื่นตั้งแต่เด็กเมื่อมาอยู่ร่วมกับครอบครัว กลับรู้สึกถูกคาดหวัง กดดัน</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>- ความต้องการเป็นส่วนตัว ความปลอดภัย ผู้ป่วยอื่น รบกวน กฎข้อบังคับของหน่วย ความไม่ชัดเจนใน นโยบายการจัดการกับความก้าวร้าว/รุนแรง</p> <p>- ด้านปฏิสัมพันธ์ไม่รับฟังผู้ป่วย ล้มเหลวในการพบกับ ผู้ป่วย มีเจตนาต่อความก้าวร้าวรบกวนเพื่อนผู้ป่วยอื่น ไม่เข้าใจ</p> <p>แบ่งพฤติกรรมรุนแรงออกเป็น ๔ ลักษณะ (Yudofsky and others (๑๙๘๖)</p> <p>๑. ทางคำพูด เป็นการส่งเสียงดังหรือตะโกนด้วยความ โกรธ ว่ากล่าวดูถูกคน อื่น</p> <p>๒. ต่อร่างกายตนเอง เป็นการกระทำต่อตนเอง เช่น หยิก ข่วน ชกตีตัวเอง กระแทกศีรษะหรือศีรษะกับ ผนังห้องใช้มีดหรือของมีคมกรีดแขนหรือตาม ร่างกาย ตนเอง</p> <p>๓. ต่อร่างกายผู้อื่น เป็นการกระทำต่อผู้อื่นให้เกิดการ บาดเจ็บ เช่น หยิกข่วน ชก ตบ ตีทำร้ายร่างกายผู้อื่น ทำให้เกิดฟกช้ำ บวม</p> <p>๔. ต่อสิ่งของ เป็นการกระทำต่อสิ่งของ ทรัพย์สินให้ เสียหาย เช่น เขย่าประตู ฉีกเสื้อผ้า ปิดสิ่งของลงจาก โต๊ะ ทูบทำลาย เผาสิ่งของ</p>	<p>๑. ทางคำพูด เป็นการส่งเสียงดังหรือตะโกนด้วย ความโกรธ เอะอะ โวยวาย</p> <p>๒. ต่อร่างกายตนเอง ไม่พบการกระทำต่อตนเอง ร่างกายไม่มีบาดแผลการทำร้ายตนเอง</p> <p>๓. ต่อร่างกายผู้อื่น เป็นการกระทำต่อผู้อื่นให้เกิด การบาดเจ็บ เช่น ทำร้ายร่างกายผู้อื่น กล่าวโทษแก่ ผู้อื่น</p> <p>๔. ต่อสิ่งของ เป็นการกระทำต่อสิ่งของ ทรัพย์สินให้ เสียหาย ทูบทำลาย สิ่งของ กระทำต่อสิ่งของด้วย ความรุนแรง</p>
<p>สาเหตุพฤติกรรมก้าวร้าว</p> <p>๑.ภาวะทางอารมณ์ เกิดจากถูกกดดัน หรือถูกรบกวน ทางอารมณ์ ทำให้โกรธ หงุดหงิด</p> <p>๒.โรคทางจิตเวช โรคทางพันธุกรรมทางอารมณ์ อาจ เกิดจากอาการทางจิต ซาดยา หวาดระแวง ประสาท หลอน หงุดหงิด ซึมเศร้า อารมณ์ ๒ ชั่วโมง</p> <p>๓.โรคทางกาย โรคทางระบบประสาท ภาวะทางสมอง ออทิสติก ลมชักบางชนิด หรือผู้ใช้สารเสพติด ได้รับ สารที่ไปกระตุ้นอารมณ์ให้เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ</p> <p>๔.ความรุนแรงในครอบครัว/สังคม เด็กที่เติบโตใน ครอบครัวที่มักใช้ความรุนแรงอยู่เสมอ มีการ เลียนแบบ เลือกลงมือกำลังในการแก้ปัญหา</p>	<p>- ภาวะทางอารมณ์ เกิดจากถูกกดดัน หรือถูกรบกวน ทางอารมณ์ ทำให้โกรธ หงุดหงิด</p> <p>- ใช้สารเสพติด ยาไอซ์ ยาบ้า น้ำกระท่อม สี่คูณร้อย (๔ X ๑๐๐)</p> <p>-มีความไม่เข้าใจในครอบครัว ครอบครัวมักใช้คำพูด ที่ตำหนิ ดุด่า</p>

ตารางที่ ๕ สรุปอาการและการเปลี่ยนแปลง แผนการรักษาและกิจกรรมพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาล

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
๔ มกราคม ๒๕๖๖	-ไอ ระคายคอ ไม่มีเสหะ ไม่มีไข้ -แพทย์ให้บำบัดแบบ ผู้ป่วยในตึกถิลาวดี -รับใหม่ เวลา ๑๔.๑๐ น. ผู้ป่วยสี หน้าไม่สดชื่น หงุดหงิด ง่าย ไม่เต็มใจบำบัดรักษา	-แพทย์ให้ตรวจ ATK ก่อน Admit -check V/S , ประเมินคัด กรองโรคโควิด-๑๙, ประเมิน SAVE, แบบคัดกรองโรค ซึมเศร้า ตามแผนรักษา ผู้ป่วย -ประเมิน แรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) - เฝ้าระวังอาการขาดนอนพิษ - ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น - ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด -ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ของแพทย์ - Fluoxetine (๒๐mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า - Benzhexol (๒ mg) ๑ x๒ oral pc - Depakine (๒๐๐mg) ๑ tab oral hs - Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral hs - Risperidone (๒ mg) ๑ tab oral เช้า-hs - Dextromethorphan (๑๕mg) ๑ x ๓ oral pc - Paracetamal (๕๐๐ mg) ๑ tab PRN q ๔-๖ hrs	-ผล Negative -สัญญาณชีพปกติ -สัญญาณชีพปกติ -ไม่พบความเสี่ยงโควิด- ๑๙ คะแนน SAVE : V (Violen) = ๑๐ คะแนน พบว่า ความเสี่ยงระดับ ๒ = มีความเสี่ยงปานกลาง, , E (Escape) = ๖ พบว่า ความเสี่ยงระดับ ๒ = มี ความเสี่ยงปานกลาง คะแนน ๒Q = ๐ -มีอาการนอนพิษยา ปวด เมื่อยร่างกาย pain score ๖ คะแนน แรง จูง ใจ ใน ก า ร เปลี่ ย น แปร ล ง พฤ ติ ก ร ร ม (stage of change) อยู่ ใน ชั้ น ลั ง เ ล ใจ (contemplation)

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
๕-๑๗ มกราคม ๒๕๖๖	-บำบัดในระยะถอนพิษยา	<ul style="list-style-type: none"> -check V/S และ ติดตาม ความเปลี่ยนแปลง -ส่งเสริมการปรับตัวต่อ กิจกรรม และกลุ่มบำบัด -ให้ยาตามแผนการรักษาและ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ จากยาที่ได้รับ -ประเมินและติดตามความ เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการถอนพิษยารุนแรง อารมณ์หงุดหงิด มีพฤติกรรม ก้าวร้าว เป็นต้น -ประเมินแรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) -วางแผนการบำบัดร่วมกับ ครอบครัว -จูงใจบำบัดอย่างต่อเนื่องใน ระยะฟื้นฟู -เตรียมย้ายเข้าระยะฟื้นฟู สมรรถภาพชาย 	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ สามารถปรับตัวต่อ กิจกรรมและกลุ่มบำบัดได้ ทำกิจวัตรส่วนตัวได้โดยไม่ต้องกระตุ้น อาการถอนพิษยาทุเลาอารมณ์สงบ ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้ โทรศัพท์พูดคุยให้กำลังใจ และร่วมวางแผนการ บำบัดกับบิดา ยินยอมที่จะ เข้าฟื้นฟูฯ แรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) อยู่ ใน ชั้น ลัง เล ใจ (contemplation)
๑๘ มกราคม ๒๕๖๖ -รับกรณีศึกษาไว้ในความดูแล	<ul style="list-style-type: none"> -ย้ายเข้าระยะฟื้นฟู สมรรถภาพชาย -วิตกกังวลการปรับตัวต่อ กิจกรรมการเป็นอยู่ และ กฎระเบียบในระยะฟื้นฟูฯ 	<ul style="list-style-type: none"> -สร้างสัมพันธภาพแบบ วิชาชีพ -check V/S และ ติดตาม ความเปลี่ยนแปลง -ประเมินความเสี่ยง ตาม แบบประเมิน SAVE -ประเมินแรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) -รับฟังความรู้สึก ความกังวล ใจ พร้อมปฐมนิเทศ และให้ ข้อมูลการฟื้นฟูฯ -เปิดโอกาสซักถาม 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยร่วมมือในการ ประเมิน ทำที่สงบ ถาม ตอบตรงคำถาม สัญญาณ ชีพปกติ มีความพยายาม ในการปรับตัว ไม่แยกตัว อารมณ์ไม่หงุดหงิด แต่ยังคงกังวลกับเรื่องกฎระเบียบ มีความกล้าในการพูดคุย ถามข้อมูลต่างๆจากพี่เลี้ยง และเจ้าหน้าที่ได้แรงจูงใจ ในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม (stage of change)

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		<p>-ให้ยาตามแผนการรักษาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับ</p> <p>-จัดพี่เลี้ยงคอยดูแลแนะนำการปรับตัว ในการเป็นอยู่ การเรียนรู้ในกิจกรรมและกลุ่มต่างๆ</p> <p>-แจ้งบิดาให้รับทราบช่องทางการติดต่อและการย้ายเข้าพื้นที่ฯ ให้ญาติรับทราบพร้อมเปิดโอกาสให้บิดาซักถาม</p>	<p>อยู่ในขั้น 'น ล ัง เ ล ใจ (contemplation)</p> <p>บิดารับทราบการย้ายพื้นที่ฯและช่องทางการติดต่อ</p>
๒๐ มกราคม ๒๕๖๖	<p>-วิตกกังวลระยะเวลาการบำบัด ต้องการให้ญาติมารับวันที่ ๓๐ มกราคม</p> <p>-สีหน้า อารมณ์หงุดหงิดเล็กน้อย แต่ยังร่วมมือและรับฟัง</p>	<p>-สร้างสัมพันธภาพแบบวิชาชีพ</p> <p>-ประเมินความเสี่ยง ตามแบบประเมิน SAVE เพื่อติดตามความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่น อารมณ์เศร้า แยกตัว หงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น</p> <p>-รับฟังความรู้สึก ความกังวลใจ</p> <p>-ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)</p> <p>-ให้ยาตามแผนการรักษาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับ</p> <p>-ติดตามความเปลี่ยนแปลงอารมณ์ พฤติกรรมอย่างใกล้ชิด</p> <p>-รายงานแพทย์ ให้ยา Depakine (๒๐๐mg) ๑ tab oral hs Tranxene (๕ mg)</p>	<p>หลังรับฟังความรู้สึกและให้ข้อมูลแผนการรักษา การติดต่อญาติ ทำที่สงบลง สีหน้าผ่อนคลาย ใน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้น 'น ล ัง เ ล ใจ (contemplation)</p>

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		๑ tab oral hs	
๒๑-๒๕ มกราคม ๒๕๖๖	-วิตกกังวลระยะเวลาการ บำบัดและสัมพันธ์ภาพใน ครอบครัว -เสี่ยงเกิดพฤติกรรม ก้าวร้าว -ขอรับคำปรึกษาจาก เจ้าหน้าที่หลายๆคน	-สร้างสัมพันธ์ภาพแบบ วิชาชีพ -ประเมินความเสี่ยง ตาม แบบประเมิน SAVE เพื่อ ติดตามความเสี่ยงที่อาจ เกิดขึ้น เช่น อารมณ์เศร้า แยกตัว หงุดหงิด มีพฤติกรรม ก้าวร้าว เป็นต้น -รับฟังความรู้สึก ความกังวล ใจ -ประเมินแรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) -ให้ยาตามแผนการรักษาและ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ จากยาที่ได้รับ -ติดตามความเปลี่ยนแปลง อารมณ์ พฤติกรรมอย่าง ใกล้ชิด -ส่งต่อข้อมูลกับทีมที่บำบัด ดูแล เพื่อการดูแลช่วยเหลือ อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง	หลังรับฟังความรู้สึกและ ให้ข้อมูลแผนการรักษา การติดต่อญาติ ท่าที่สงบ สีหน้าผ่อนคลายแรงจูงใจ ในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม (stage of change) อยู่ในชั้น (contemplation) ไม่เกิด พฤติกรรมก้าวร้าว
๒๖ มกราคม ๒๕๖๖	-เสี่ยงเกิดพฤติกรรม ก้าวร้าวทะเลาะวิวาท เนื่องจากมีพฤติกรรม โต้เถียงกับเพื่อนและได้รับ การแจ้งพฤติกรรม ผู้ป่วย ไม่ยอมรับ ทำให้ได้รับโดย การนั่งเก้าอี้ใช้ความคิด	-สร้างสัมพันธ์ภาพแบบ วิชาชีพ -ประเมินความเสี่ยง ตาม แบบประเมิน SAVE เพื่อ ติดตามความเสี่ยงที่อาจ เกิดขึ้น เช่น หงุดหงิด พฤติกรรมก้าวร้าวทะเลาะ วิวาท เป็นต้น -รับฟังเหตุการณ์ ความรู้สึก ความกังวลใจขณะนั่งเก้าอี้ใช้ ความคิด	ยอมรับในพฤติกรรม แต่ อ้างว่าตนเองป่วยด้าน สุขภาพจิต ทำให้ควบคุม ตนเองไม่ได้ มีพฤติกรรมทำตามใจ ตนเองไม่เชื่อฟังผู้ดูแล ทำ ผิดข้อตกลงในการนั่งเก้าอี้ ใช้ความคิด อารมณ์ไม่คงที่ แต่ไม่ได้ กระตุ้นอารมณ์ผู้อื่น ไม่เกิดการทะเลาะวิวาท

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		<p>-จูงใจทบทวนพฤติกรรมตนเอง พร้อมทำความเข้าใจต่อภาวะเสี่ยง การปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกัน ที่เหมาะสม</p> <p>-ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)</p> <p>-ให้ยาตามแผนการรักษาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับ</p> <p>-ติดตามความเปลี่ยนแปลงอารมณ์ พฤติกรรมอย่างใกล้ชิด</p> <p>-ส่งต่อข้อมูลกับทีมที่บำบัดดูแล เพื่อการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง</p>	<p>แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation)</p>
๒๗-๒๙ มกราคม ๒๕๖๖	-เสี่ยงเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทะเลาะวิวาท	<p>-สร้างสัมพันธภาพแบบวิชาชีพ</p> <p>-ประเมินความเสี่ยง ตามแบบประเมิน SAVE เพื่อติดตามความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่น หงุดหงิด พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น</p> <p>-รับฟังความรู้สึก ความกังวลใจ</p> <p>-ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)</p> <p>-ให้ยาตามแผนการรักษาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับ</p> <p>-ติดตามความเปลี่ยนแปลงอารมณ์ พฤติกรรมอย่างใกล้ชิด</p>	<p>ทำที่สงบลง สีหน้าไม่ค่อยสดชื่น แต่ยังสามารถร่วมกิจกรรมและกลุ่มบำบัดได้</p> <p>แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว</p>

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		-ส่งต่อข้อมูลกับทีมที่บำบัดดูแล เพื่อการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง	
๓๐ มกราคม ๒๕๖๖	-มีพฤติกรรมก้าวร้าวกับเจ้าหน้าที่ โดยอ้างว่า รู้สึกไม่ดีกับเจ้าหน้าที่ ตนเองถูกเจ้าหน้าที่ทำร้าย -ครบวันที่ผู้ป่วยบอกว่าจะกลับบ้าน	-สร้างสัมพันธภาพแบบวิชาชีพ -ประเมินความเสี่ยง ตามแบบประเมิน SAVE เพื่อติดตามความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่น หงุดหงิด พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น -รับฟังความรู้สึก ความกังวลใจ -สอบถามข้อเท็จจริงจากผู้อยู่ในเหตุการณ์ ผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเรื่อง that ผู้ป่วยกล่าวอ้าง -ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) -ให้ยาตามแผนการรักษาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับ -ติดตามความเปลี่ยนแปลงอารมณ์ พฤติกรรมอย่างใกล้ชิด -ส่งต่อข้อมูลกับทีมที่บำบัดดูแล เพื่อการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง	ทำที่สงบลง สิ้นสุดไม่ค่อยสดชื่น ให้งดร่วมกิจกรรมและกลุ่มบำบัด แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นเฝ้าระวัง (Pre-contemplation) ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ
๓๑ มกราคม ๒๕๖๖ เวลา ๒๑.๑๐ น.	-อารมณ์หงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าวกับเจ้าหน้าที่	-สร้างสัมพันธภาพแบบวิชาชีพ	พฤติกรรมก้าวร้าวสงบลง ไม่เกิดการทะเลาะวิวาท ย้ายผู้ป่วยไปตึกพหุศาสตร์

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		<p>-ประเมินความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว</p> <p>-จำกัดพฤติกรรม แยกผู้ป่วย</p> <p>-รับฟังความรู้สึก ความกังวลใจ</p> <p>-รายงานแพทย์ ให้ยา Risperidone (๒ mg) ๑ tab oral เช้า-hs ย้ายไปตึกพหุรชาต ให้ stat CPZ (๑๐๐mg) ๑ tab oral ที่ตึกพหุรชาต</p> <p>-ให้ยาตามแผนการรักษาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับ</p> <p>-ติดตามความเปลี่ยนแปลง อารมณ์ พฤติกรรมอย่างใกล้ชิด</p> <p>-ส่งต่อข้อมูลกับทีมที่บำบัดดูแล เพื่อการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง</p> <p>-แจ้งญาติรับทราบการย้ายไปตึกพหุรชาตและแจ้งเบอร์โทรศัพท์ในการติดต่อ</p>	<p>ส่งต่อข้อมูลพฤติกรรมและแผนการรักษาของแพทย์ ญาติรับทราบการย้ายตึกพหุรชาตและเข้าใจปัญหา ด้านอารมณ์ของผู้ป่วย</p>
๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖	-มีอาการแทรกซ้อนจากยาจิตเวช EPS (Extrapyramidal symptoms) โดยมีอาการลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด	<p>-ประเมินอาการ ความรุนแรง</p> <p>-check V/S</p> <p>-อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการเหล่านี้จะเกิดได้ในระยะแรกที่ได้รับยา เกิดขึ้นชั่วคราวเท่านั้น จะหายไปได้เมื่อใช้ยาแก้อาการ (Anticholinergic drugs /Antiparkinson drugs) และร่างกายจะค่อยๆ ปรับตัวได้ เพื่อลด ความวิตกกังวลของผู้ป่วย</p>	<p>อาการลิ้นแข็งลดลง พูดชัดมากขึ้น รับประทานอาหารได้ หลับพักผ่อนได้ สัญญาณชีพปกติ อารมณ์สงบ สีหน้าผ่อนคลาย</p> <p>รับทราบแผนการรักษาของแพทย์</p>

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		<p>-คอยสังเกตอาการและประเมินประเมินอาการข้างเคียงของยาต้านโรคลจิตที่ได้รับ ได้แก่อาการง่วงซึม อาการตาพร่า มิว หัวใจเต้นเร็ว น้ำนมไหล ปากแห้ง คอแห้งลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ตาเหลือกคอบิด หลังแอ่น น้ำลายไหล เป็นต้น หากพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์</p> <p>-รายงานแพทย์ ให้ยา Benzhexol (๒ mg) ๑ tab oral stat Depakine (๒๐๐mg) ๒ tab oral hs Fluoxetine (๒๐mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral hs Haloperidol (๐.๕ mg) ๑ tab oral hs</p> <p>-ให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอ่อน</p> <p>-ให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ</p> <p>-แนะนำผู้ป่วยให้พูดช้าๆ</p> <p>-รับฟังอาการและให้ผู้ป่วยพูดระบาย ความรู้สึก ความวิตกกังวล</p> <p>-ให้ยาตามแผนการรักษาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับ</p> <p>-ติดตามความเปลี่ยนแปลง อารมณ์ พฤติกรรมอย่างใกล้ชิด</p>	

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		-ส่งต่อข้อมูลกับทีมที่บำบัดดูแล เพื่อการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง	
๒-๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖	-เสี่ยงเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว -เสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาจิตเวชที่ได้รับ	สร้างสัมพันธภาพแบบวิชาชีพ -ประเมินความเสี่ยง ตามแบบประเมิน SAVE เพื่อติดตามความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่น หงุดหงิด พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น -รับฟังความรู้สึก ความกังวลใจ -ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) -ให้ยาตามแผนการรักษาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับ -ติดตามความเปลี่ยนแปลงอารมณ์ พฤติกรรมอย่างใกล้ชิด -ส่งต่อข้อมูลกับทีมที่บำบัดดูแล เพื่อการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง	อารมณ์สงบ สีหน้าผ่อนคลาย ร่วมกิจกรรมได้ ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ระยะ (Pre-contemplation)
๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖	-อารมณ์หงุดหงิดง่าย ปฏิเสธการร่วมกิจกรรม เสี่ยงเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว	สร้างสัมพันธภาพแบบวิชาชีพ -ประเมินความเสี่ยง ตามแบบประเมิน SAVE เพื่อติดตามความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่น หงุดหงิด พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น -รับฟังความรู้สึก ความกังวลใจ	อารมณ์หงุดหงิดง่าย ให้งดกิจกรรม หลังรับประทานยา สามารถหลับได้ ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		- รายงานแพทย์ให้ ยา Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral stat Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral เช้า เย็น hs -ให้ยาตามแผนการรักษาและ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ จากยาที่ได้รับ -ติดตามความเปลี่ยนแปลง อารมณ์ พฤติกรรมอย่าง ใกล้ชิด -ส่งต่อข้อมูลกับทีมที่บำบัด ดูแล เพื่อการดูแลช่วยเหลือ อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง	
๖-๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖	- ร่วมวางแผนการ บำบัดรักษา แพทย์ให้ย้าย ฟื้นฟูฯพร้อมด้วยยาจิต เวช	สร้างสัมพันธภาพแบบ วิชาชีพ -ประเมินความเสี่ยง ตาม แบบประเมิน SAVE เพื่อ ติดตามความเสี่ยงที่อาจ เกิดขึ้น เช่น หงุดหงิด พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น -จูงใจและให้ข้อมูลแผนการ บำบัดจากแพทย์ -รับฟังความรู้สึก เปิดโอกาส ถามและให้กำลังใจ -ประเมินแรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) -ให้ยาตามแผนการรักษาและ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ จากยาที่ได้รับ	อารมณ์สงบ สีสหน้าอ่อน คลายร่วมกิจกรรมได้ ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ยินยอมย้ายฟื้นฟูฯ แรงจูงใจ ในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ระยะ (contemplation)

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		<ul style="list-style-type: none"> -ติดตามความเปลี่ยนแปลง อาการ พฤติกรรมอย่าง ใกล้ชิด -ส่งต่อข้อมูลกับทีมที่บำบัด ดูแล เพื่อการดูแลช่วยเหลือ อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง 	
๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖	-ย้ายฟื้นฟูฯ เสียงเกิดพฤติกรรม ก้าวร้าว	<ul style="list-style-type: none"> -สร้างสัมพันธภาพแบบ วิชาชีพ -ประเมินความเสี่ยง ตาม แบบประเมิน SAVE เพื่อ ติดตามความเสี่ยงที่อาจ เกิดขึ้น เช่น หงุดหงิด พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น -รับฟังความรู้สึก เปิดโอกาส ถามและให้กำลังใจ -จัดพี่เลี้ยงช่วยดูแล ติดตาม การปรับตัวต่อกิจกรรมและ การเป็นอยู่ -ประเมินแรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) -ให้ยาตามแผนการรักษาและ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ จากยาที่ได้รับ -ติดตามความเปลี่ยนแปลง อาการ พฤติกรรมอย่าง ใกล้ชิด -ส่งต่อข้อมูลกับทีมที่บำบัด ดูแล เพื่อการดูแลช่วยเหลือ อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง 	<p>สีหน้าไม่สดชื่น ดูกังวล แต่ ร่วมกิจกรรมได้ ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ระยะ (contemplation)</p>
๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖	เสียงเกิดพฤติกรรม ก้าวร้าว	<ul style="list-style-type: none"> สร้างสัมพันธภาพแบบ วิชาชีพ -ประเมินความเสี่ยง ตาม แบบประเมิน SAVE เพื่อ 	<p>สีหน้าไม่สดชื่น ดูกังวล แต่ ร่วมกิจกรรมได้ ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว</p>

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		<p>ติดตามความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่น หงุดหงิด พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น</p> <p>--รับฟังความรู้สึก เปิดโอกาสถามและให้กำลังใจ</p> <p>-ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)</p> <p>-ให้ยาตามแผนการรักษาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับ</p> <p>-ติดตามความเปลี่ยนแปลงอารมณ์ พฤติกรรมอย่างใกล้ชิด</p> <p>-ส่งต่อข้อมูลกับทีมที่บำบัดดูแล เพื่อการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง</p>	<p>แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ระยะ (contemplation)</p>
๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖	ต้องการกลับบ้าน เสี่ยงเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว	<p>สร้างสัมพันธภาพแบบวิชาชีพ</p> <p>-ประเมินความเสี่ยง ตามแบบประเมิน SAVE เพื่อติดตามความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่น หงุดหงิด พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น</p> <p>-จูงใจและให้ข้อมูลแผนการบำบัดจากแพทย์</p> <p>-รับฟังความรู้สึก เปิดโอกาสถามและให้กำลังใจ</p> <p>-ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)</p> <p>-ให้ยาตามแผนการรักษาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับ</p>	<p>ผู้ป่วยและญาติรับทราบแนวทางการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก</p> <p>จำหน่ายจากระบบ โดยมีบัตรนัดในการติดตามผลหลังการบำบัดนัด วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ และยาจิตเวชรับประทานต่อเนื่อง ดังนี้</p> <p>Fluoxetine (๒๐mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า</p> <p>Benzhexol (๒ mg) ๑ x๒ oral pc</p> <p>Depakine (๒๐๐mg) ๒ tab oral hs</p> <p>Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral hs</p>

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		-ติดต่อบิดา แจ้งข้อมูลการรักษา พดติกรรมผู้ป่วยให้ญาติ รับทราบและร่วมพิจารณา การบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย -รายงานแพทย์ จำหน่ายครบกำหนด โดยให้ยาจิตเวชรับประทานต่อเนื่อง นัด F/U ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔	Risperidone (๒ mg) ๑ tab oral เช้า-hs Haloperidol (๐.๕ mg) ๑ tab oral hs Clonazepam (๐.๕ mg) ๑ tab PRN for insomnia

ทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วย

ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปเปลาว (Interpersonal Nursing Theory of Hildegard Peplau) เป็นทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ให้ความสำคัญกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ว่าจำเป็นต้องได้รับอย่างเพียงพอทั้งความต้องการทางสรีระและการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บุคคลมีความต้องการเฉพาะตน เมื่อความต้องการไม่ได้ รับการตอบสนอง จะเป็นผลให้เกิดความไม่พอใจ ความคับข้องใจ ความเครียด และความวิตกกังวลได้ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล ทั้งนี้พยาบาลและผู้ป่วยจะมีบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละคน ในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ เพปเปลาวเชื่อว่าผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหา และสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีคือ สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล สามารถสังเกตได้ ศึกษาได้ อธิบายได้ ทำความเข้าใจได้ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพปเปลาวเชื่อว่า พฤติกรรมของพยาบาลในฐานะบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุคคลที่มีความสำคัญต่อสุขภาวะของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการพยาบาล เป้าหมายของการพยาบาลคือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและสามารถแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเองได้ ทั้งนี้การสร้างสัมพันธภาพประกอบด้วย ๓ ระยะสำคัญคือ ระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (orientation phase) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ซึ่งประกอบด้วย ระยะกำหนดปัญหา (identification phase) ระยะจัดการกับปัญหา (exploitation phase) และระยะสิ้นสุด (termination phase) โดยบทบาทพยาบาลเป็นผู้ ให้ข้อมูลและตอบคำถามในสิ่งที่ผู้ป่วยสงสัย เป็นครูช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นผู้ชี้นำไปสู่วิถีทางที่ถูกต้อง เป็นตัวแทนของญาติ พี่น้องหรือผู้ ปกครองของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการ และเป็นผู้ให้การปรึกษา สนับสนุนประสบการณ์ต่างๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง มีปัญหาการจัดการอารมณ์และความรู้สึกของตัวเอง ขาดการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวและผู้อื่น มองคุณค่าในตนเองต่ำ ใฝ่หาเสพติดซ้ำเพื่อแก้ปัญหา หลีกหนีปัญหา ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลควรสร้างความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ยอมรับในความเป็นบุคคล เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วย ให้การปรึกษา ให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกออกมา บอกปัญหาความต้องการ ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธภาพและสื่อสารระหว่างกัน ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและอยู่ร่วมกับ

ผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม การจัดการกับอารมณ์ไม่พึงประสงค์ของตนเองเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาให้กับตนเองได้ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ทำร้ายตนเองและสามารถเลิกยาเสพติด ใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ตามกระบวนการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญ เรียงไปตามสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตมากไปน้อย) ประกอบด้วย

ปัญหาที่ ๑. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าว

(พบปัญหาระหว่างวันที่ ๑๘ มกราคม-๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (orientation phase) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพราว เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ/ผู้ป่วย เป็นการสร้างความไว้วางใจและเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วย ระยะกำหนดปัญหา (identification phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือเขาได้ และเริ่มรู้สึกว่ามีความสามารถในการจัดการกับปัญหา ระยะจัดการกับปัญหา (exploitation phase) เป็นระยะของการให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย นำความสามารถของตนเองมาพัฒนาในการปรับตัวและแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผมไม่ชอบเขา มาทำทำไมดีใส่ ผมไม่ยอมหรอก

O: ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด โต้เถียงกับเพื่อน มีท่าทีคุกคามผู้อื่น

O: จาก๑๑แบบแผนของกอร์ดอน แบบแผนที่ ๖ บทพร่องด้านการจัดการอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง พบการแสดงอารมณ์หงุดหงิดง่าย สร้างสถานการณ์ต่อรองกับญาติ

O:SAVE มีข้อมูล V (Violen) = ๑๐ คะแนน ระดับปานกลาง มีประวัติทำลายทรัพย์สิน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าว
๒. เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ
๓. ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัยจากพฤติกรรมก้าวร้าว

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ไม่เกิดพฤติกรรมพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสภาพผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว โดยประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนี้

๑.๑ ประเมินอาการและการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การแสดงออกทางสีหน้าบึ้งตึง แววตาไม่เป็นมิตร การเคลื่อนไหวกระวนกระวายอยู่นิ่งไม่ได้

๑.๒ ประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างเฉียบพลันในผู้ป่วยระยะถอนพิษยา และการศึกษาประวัติจากญาติ เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในอดีตมีหรือไม่อย่างไร

๒. พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สงบ และให้เกียรติผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ

๓. การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่

๓.๑ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยรวมทั้งลดสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม โดยลดเสียงดัง ลดแสงสว่าง ลดการที่มีคนพลุกพล่าน เพื่อลดสิ่งคุกคามความรู้สึกผู้ป่วย ตรวจสอบผู้ป่วยไม่ให้มีสิ่งของที่อาจใช้เป็นอาวุธได้

๓.๒ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะพฤติกรรมก้าวร้าวตามระดับความรุนแรงที่ประเมิน

- พยาบาลต้องเผชิญสถานการณ์ด้วยความมั่นใจ อย่างมีแผน ระวังตัว และมีการที่สงบ
- อยู่ห่างผู้ป่วยพอสมควร การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่เป็นมิตร ก้าวร้าวรุนแรง ควรตระหนักถึงช่องว่างระหว่างบุคคล และไม่ควรถูกเข้าหาตัวผู้ป่วยเพื่อลดความรู้สึกถูกคุกคาม
- เรียกชื่อผู้ป่วยและพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน ไม่ตำหนิ ใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยได้ระบายความไม่พอใจ และให้วิจารณ์ได้ แม้เป็นความรู้สึกในทางลบ
- ให้อาตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ในรายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
- จำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด หรือใช้ห้องแยกเมื่อจำเป็น

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด กับผู้ป่วยด้วยกัน และแสดงท่าทีคุกคามความปลอดภัย ต้องการทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่ แต่ถูกจำกัดพฤติกรรมไว้ก่อน จึงไม่เกิดการทำร้ายร่างกาย ได้รับยาปรับประทุกันและย้ายจากพื้นที่ที่มีสิ่งรบกวน อาการหงุดหงิดก้าวร้าวสงบลง

สรุป ปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อนี้ได้รับการช่วยเหลือ ติดตามและแก้ไข แต่ยังไม่สิ้นสุด ยังคงติดตามการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ พฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และให้ข้อมูลแก่ทีมที่ดูแล บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวัง ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย

ปัญหาที่ ๒. ผู้ป่วยขาดความตระหนักในผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดและขาดการใช้ทักษะในการจัดการความคิด อารมณ์ พฤติกรรมอย่างเหมาะสม

(พบปัญหาระหว่างวันที่ ๑๘ มกราคม-๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (orientation phase) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพราว เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ/ผู้ป่วย เป็นการสร้างความไว้วางใจและเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วย ระยะกำหนดปัญหา (identification phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือเขาได้ และเริ่มรู้สึกว่ามีความสามารถในการจัดการกับปัญหา และระยะจัดการกับปัญหา (exploitation phase) เป็นระยะของการให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย ค้นพบความสามารถของตนเองเพื่อนำมาพัฒนาความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด

ข้อมูลสนับสนุน

S: พ่อขอร้องเลยมา ผมไม่อยากมารักษาตั้งแต่แรก อยากกลับบ้าน ผมกลับวันที่ ๓๐ เลยได้ไหม

S: เขามาพูดกวนผมก่อน

O: ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด สีหน้าไม่สดชื่น กังวลระยะเวลาการบำบัด

O: มีพฤติกรรมขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่หลายคน พูดเรื่องเดิมซ้ำๆ

O: แสดงท่าทีฟังพอใจเมื่อคนอื่นสนใจ การพูดและพฤติกรรมไม่สอดคล้องกันและไม่ตรงไปตรงมา เพื่อให้ได้รับการตอบสนองมักจะกล่าวหาผู้อื่นในทางไม่ดี หรือมีพฤติกรรมประชดประชัน

O: SAVE มีข้อมูล V (Violen) = ๑๐ คะแนน ระดับปานกลาง มีประวัติทำลายทรัพย์สิน

O: จาก ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน แบบแผนที่ ๔ บทพร่องไม่ออกกำลังกาย แบบแผนที่ ๖ บทพร่องด้านการจัดการอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง พบการแสดงอารมณ์หงุดหงิดง่าย สร้างสถานการณ์ต่อรองกับญาติ และแบบแผนที่ ๑๐ บทพร่องในการปรับตัวและการเผชิญความเครียด มีพฤติกรรมทะเลาะหลายชนิด

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการหยุดความคิด พฤติกรรมด้านลบ
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการผ่อนคลายความกังวล ความรู้สึกด้านลบ
๓. ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด

เกณฑ์การประเมินผล

๑. สามารถบอกถึงวิธีการหยุดความคิด พฤติกรรมด้านลบและการผ่อนคลายอารมณ์อย่างเหมาะสมได้
๒. สามารถแสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสมในการร่วมกิจกรรมและกลุ่มบำบัดตามรูปแบบการปรับพฤติกรรมได้
๓. ทราบถึงผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร สงบ ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ความสนใจเอาใจใส่อย่างจริงจัง ต่อหน้าที่ของผู้ป่วย ให้เกียรติ และการยอมรับผู้ป่วยในเรื่องศักดิ์ศรีของ ความเป็นมนุษย์
๒. ค้นหาข้อมูลผู้ป่วย ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น
๓. สร้างเสริมทักษะเกี่ยวกับการจัดการความคิดและอารมณ์อย่างเหมาะสม ให้มีส่วนร่วมทั้งในกิจกรรมบำบัดและกลุ่มบำบัด เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เพิ่มการใช้พลังงานอย่างสร้างสรรค์
๔. กระตุ้น และสนับสนุนการดูแลตนเองในการทำกิจวัตร ประจำวัน เพื่อส่งเสริมการใช้ความคิด พฤติกรรมเชิงบวก และลดการมีเวลาว่าง การคิดด้านลบ
๕. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ป้องกันอันตรายทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น ให้อยู่ใกล้กับเจ้าหน้าที่ สังเกตความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ พฤติกรรมอย่างใกล้ชิด
๖. ให้คำปรึกษารายบุคคล ให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึก พร้อมรับฟังอย่างใส่ใจ อาจสะท้อนความรู้สึกได้ตามความเหมาะสม พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล มั่นคง ชัดเจน ไม่นัดเสียง หลีกเลี้ยง การตอบรับหรือ ปฏิเสธ เรียกชื่อผู้ป่วยถูกต้อง ชัดเจน แสดงถึงความใส่ใจ
๗. กำหนดพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน มีการบันทึกความเปลี่ยนแปลง ทั้งการทำกิจวัตร ประจำวัน การร่วมกลุ่มบำบัด กิจกรรมบำบัด ซึ่งชมให้กำลังใจ และกำหนดรางวัลเมื่อถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้
๘. วางแผนการบำบัดร่วมกับทีมสหวิชาชีพ สอนทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการกับ ความเครียด และการควบคุมพฤติกรรมที่เหมาะสมให้กับ ผู้ป่วยและครอบครัว
๙. ให้ข้อมูลยาที่ช่วยในการปรับลดความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสม

การประเมินผล

๑. ไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น
 ๒. ไม่สามารถบอกถึงวิธีการหยุดความคิด พฤติกรรมด้านลบ และการผ่อนคลายอารมณ์อย่างเหมาะสม และเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้จริง บอกเล่าความคิดว่าไม่สามารถทำได้ เพราะเหตุผลจากผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมมีผลกับตนเอง เช่น ถ้าพ่อไม่ตำหนิ ก็จะไม่หงุดหงิด
 ๓. ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสมในการร่วมกิจกรรมและกลุ่มบำบัดตามรูปแบบการปรับพฤติกรรมได้ ยังมีพฤติกรรมทำตามใจตนเอง ละเมิดข้อตกลง
- สรุป ปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อนี้ได้รับการช่วยเหลือ ติดตามและแก้ไข ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่จากตนเอง และจากการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม การจัดการ/ผ่อนคลาย ยังต้องฝึกอย่างต่อเนื่อง ปัญหาสิ้นสุด

เมื่อ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ แต่ยังไม่ให้ข้อมูลแก่เครือข่าย ทีมที่ดูแล บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เหมาะสม

ปัญหาที่ ๓ เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง

(พบปัญหาระหว่าง วันที่ ๓๑ มกราคม - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

เป็นระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ตามทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปพลาว ซึ่งประกอบด้วย ระยะกำหนดปัญหา (identification phase) ผู้ป่วยมีการตอบสนองและระบุได้ว่าใครควรเป็นผู้ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา ระยะจัดการกับปัญหา (exploitation phase) เป็นระยะของการให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผมรู้สึกหงุดหงิดๆ พุดก็ไม่ค่อยชัด

O: แพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ผู้ป่วยรับประทานยา ดังนี้

- Fluoxetine (๒๐mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า
- Benzhexol (๒ mg) ๑ x๒ oral pc
- Depakine (๒๐๐mg) ๒ tab oral hs
- Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral hs
- Risperidone (๒ mg) ๑ tab oral เช้า-hs
- Haloperidol (๐.๕ mg) ๑ tab oral hs
- Clonazepam (๐.๕ mg) ๑ tab PRN for insomnia

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุและได้รับอาการไม่พึงประสงค์จากฤทธิ์ของยาที่ใช้ในการบำบัด

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุใดๆในระหว่างการบำบัดรักษา
๒. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากอาการไม่พึงประสงค์จากฤทธิ์ของยาที่ใช้ในการบำบัด เช่น คอแข็ง ลิ้นแข็ง ง่วงซึมมาก มือสั่น ปากแห้งและคอแห้งมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น คอแข็ง ลิ้นแข็ง ง่วงซึมมาก มือสั่น ปากแห้งและคอแห้ง
๒. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการข้างเคียงของยาจิตเวชที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ คอแข็ง ลิ้นแข็ง ง่วงซึมมาก มือสั่น ปากแห้ง คอแห้ง เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น และจะได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด มีแผนการรักษาจากแพทย์เพื่อแก้ไขอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น
๓. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
๔. พิจารณารายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยามากขึ้นหรือไม่สุขสบายจนไม่สามารถรับประทานยาได้
๕. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๖-๘ แก้ว รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้
๖. เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ แนะนำการปฏิบัติตัว เช่น ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ ขณะลุกนั่งหรือเปลี่ยนจากนอนมาเป็นนั่งหรือยืน การรับประทานน้ำ และอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืน

๗. ประเมินสัญญาณชีพ หากพบอาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ทันที

ประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุใดๆในระหว่างการบำบัดรักษา
๒. ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาทางจิตเวชที่ไม่รุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยมีความสุขสบายอาการคอแข็ง ลิ้นแข็งลดลง รับประทานอาหารและน้ำได้ สัญญาณชีพปกติ เมื่อได้รับคำแนะนำ ผู้ป่วยเข้าใจ ไม่ได้กังวลกับอาการที่เกิดขึ้น
๓. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ
๔. ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้

สรุป ปัญหาข้อวินิจฉัยนี้ มีเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับนั้น ได้รับการแก้ไข และสิ้นสุดในวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ แต่ผู้ป่วยยังมียาทางจิตเวชที่แพทย์ให้รับประทานต่อเนื่อง จึงยังคงติดตามอาการ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๔ สัมพันธภาพและการสื่อสารในครอบครัวพร้อม

(พบปัญหาหาระหว่างวันที่ ๒๐ มกราคม - ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

จาก ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน แบบแผนที่ ๕ บกพร่องเรื่องการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว อึดอัดใจ ไม่มีใครพูดคุยด้วย แบบแผนที่ ๖ บกพร่องด้านการจัดการอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง พบการแสดงอารมณ์หงุดหงิดง่าย สร้างสถานการณ์ต่อรองกับญาติ แบบแผนที่ ๗ บกพร่องด้านการยอมรับพฤติกรรมตนเอง มองว่าสิ่งแวดล้อมผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการเสพยา มากกว่าความต้องการของตนเอง แต่รับรู้ในผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว แบบแผนที่ ๘ บกพร่องในการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง ความผูกพันทางอารมณ์มีน้อยความสัมพันธ์ในครอบครัวห่างเหิน แต่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้

ข้อมูลสนับสนุน

- S: พ่อไม่ฟังไม่เคยเชื่อผมเลย ผมรู้สึกอึดอัดใจมากไม่รู้จะคุยกับใคร
- S: พี่ช่วยบอกพ่อผมหน่อยผมอยากกลับบ้าน แม่ก็พูดไม่ได้เพราะแม่ตามพ่อ
- S: ผมอยากเป็นพ่อที่ดีให้กับลูกแต่ก็ไม่ค่อยได้คุยกับลูก
- O: ในวัยเด็กผู้ป่วยได้รับเลี้ยงดูจากพี่เลี้ยง ความผูกพันทางอารมณ์กับคนในครอบครัวค่อนข้างน้อย
- O: ผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองถูกควบคุม ติดตามจากบิดา ขณะบำบัดรักษาจะหลีกเลี่ยงการกล่าวถึงครอบครัว ทั้งด้านบวกและด้านลบ
- O: ญาติให้ข้อมูลผู้ป่วยมีพฤติกรรมขาดความรับผิดชอบ เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีให้กับลูก ยอมรับมีการตำหนิผู้ป่วย อยู่บ่อยครั้ง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้มีการสื่อสารในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ
๒. สร้างการรับรู้บทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลและสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดีขึ้น
๓. ผู้ป่วยและญาติมีการช่วยเหลือกันอย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยและครอบครัวมีการแสดงความใส่ใจ การสัมผัสอย่างอบอุ่น
๒. ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบบทบาทหน้าที่และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกันทั้ง ๒ ฝ่าย
๓. ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่นในครอบครัว
๔. ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ พุดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร สงบ ให้ความสนใจเอาใจใส่อย่างจริงใจต่อท่าทีของผู้ป่วยและญาติ

๒. ประเมินการรับรู้บทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล ความรู้ญาติเกี่ยวกับผู้ช้ยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและวิธีจัดการ รวมถึงการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องที่ต้องการทราบ เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแล การช่วยซึ่งกันและกัน

๓. สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานภาพทางครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีทักษะในการทำ ความเข้าใจกับปัญหา และดูแลด้านจิตใจของตนเองอย่างเหมาะสม

๔. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยระบายความรู้สึก เช่น การเขียนข้อความในกระดาษ การฝึกพูดกับตัวแทนหรือแก้วน้ำ การบอกเล่าประโยคสั้นๆ เป็นต้น ฝึกให้มีการสัมผัส การแสดงความรัก ความเข้าใจกันต่อกันและกระตุ้นการมีส่วนร่วมในครอบครัว

๕. สังเกตและติดตามสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วยและญาติหลังให้คำปรึกษา และฝึกการสร้าง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ

๖. วางแผนการทำครอบครัวบำบัดกับทีมสหวิชาชีพ และปรับรูปแบบการให้คำปรึกษาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยและญาติ

๗. บันทึกรายละเอียดและความเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

ประเมินผลการพยาบาล

-เนื่องจากช่วงเวลาการบำบัดผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ ยังไม่เหมาะสมที่จะทำครอบครัวบำบัดแบบเผชิญหน้า ทีมสหวิชาชีพพิจารณาว่าอาจเกิดผลเสียกับผู้ผู้ป่วยและญาติจึงให้คำปรึกษากับญาติทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ญาติยังมีความกังวลในพฤติกรรมการใช้ยา ความรับผิดชอบ แต่มีความเข้าใจในการลดการ กระตุ้นอารมณ์ การพูดชื่นชมให้กำลังใจผู้ป่วยและการผ่อนคลายความวิตกกังวลของญาติ

-ในส่วนของผู้ป่วย รับทราบหน้าที่ความรับผิดชอบของบิดามารดา ทราบการบกพร่องต่อหน้าที่ของตนเอง มีมุมมองของการผิดหวังต่อตนเอง ผิดหวังกับครอบครัวไม่กล้าแสดงความรัก การสัมผัสกับครอบครัว คิดว่า บางครั้งครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่ผลักดันให้ตนเองไปเสพยาผู้ป่วยไม่เชื่อมั่นในครอบครัวว่าจะช่วยตนเองได้ และไม่เชื่อว่าตนเองจะช่วยให้ครอบครัวมีความสุขได้

สรุป ปัญหาข้อวินิจฉัยนี้ ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น ได้รับความร่วมมือจากญาติ (บิดา) มีการพูดคุยกันได้มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทีมสหวิชาชีพจึงต้องนัดหมายกับผู้ผู้ป่วยและญาติอีกครั้ง

ปัญหาที่ ๕ มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ

(พบปัญหาระหว่างวันที่ ๒๐ มกราคม-๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

จาก ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน แบบแผนที่ ๗ บกพร่องด้านการยอมรับพฤติกรรมตนเอง มองว่าสิ่งแวดล้อมผลักดันให้เกิดพฤติกรรมเสพยา มากกว่าความต้องการของตนเอง แต่รับรู้ในผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง และครอบครัว

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า ตนเองทำให้ครอบครัวเสียใจ ทำให้ครอบครัวเดือดร้อน ไม่มีความสุข

S: ผู้ป่วยบอกว่า ตนเองใช้ยาเสพติด เสพซ้ำบ่อยๆ รักษาหลายครั้งแล้วไม่หายทำ

S: ผู้ป่วยบอกว่าบิดาไม่เชื่อใจตนเอง รู้สึกเครียด กัดฟัน

O: สีน้าเศร้า ร้องไห้ บางครั้งแสดงสีหน้าท่าทางหงุดหงิด เมื่อพูดถึงความผิดพลาดของตนเอง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยสร้างคุณค่าในตนเองได้ เห็นคุณค่าในตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น
๒. ผู้ป่วยบอกถึงความสำคัญของตนเองต่อครอบครัว และบอกความสามารถที่มีและการนำไปใช้ประโยชน์อย่างมีคุณค่า
๓. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามกำหนดเวลา

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร สงบ ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ความสนใจเอาใจใส่อย่างจริงใจ ต่อท่าทีของผู้ป่วย ให้เกียรติ และการยอมรับผู้ป่วยในเรื่องศักดิ์ศรีของ ความเป็นมนุษย์

๒. ประเมินความคิด ความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตัวเอง ค้นหาสาเหตุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

๓. ให้คำปรึกษารายบุคคล ร่วมกับการวางแผนการปรับ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมด้านลบ โดยการเพิ่มทักษะการเห็นคุณค่าในตัวเอง การลงมือทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามเวลา ฝึกค้นหาข้อดี สิ่งที่น่าประทับใจในตนเอง ความสำเร็จที่มีในแต่ละวัน การให้ดาวเมื่อทำสำเร็จ เป็นต้น สะท้อนคุณค่าในตัวเอง การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น การนำไปปรับใช้ในแต่ละวัน

๔. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหาแนวทางแก้ไขลักษณะความคิด การแปลความที่มีผลต่อการลดคุณค่าของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง อันจะเป็นแนวทางให้เกิดความภาคภูมิใจว่าผู้ป่วยมีความสามารถที่จะพัฒนาตนเองได้ รวมถึงการค้นหาความสามารถ หรือลักษณะเด่นที่ทำให้ภาคภูมิใจทั้งในอดีตและปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนลักษณะทางบวก เพื่อให้เกิดกำลังใจที่จะพัฒนาตัวเองต่อไป

๕. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้ อย่างเหมาะสมและให้ผู้ป่วยบอกคุณค่าในตัวเอง ความประทับใจ ความรู้สึกต่อตนเองในทางบวก เพื่อให้เกิดการรับรู้คุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งในจิตใจ และเสริมแรงจูงใจให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

๖. เสริมแรงจูงใจ โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม หรือให้โอกาสในการทำงาน เน้นการเห็นศักยภาพ การรับรู้ในการเป็นส่วนสำคัญของครอบครัว

๗. ประเมินภาวะซึมเศร้าทุกๆ ๑๔ วัน เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ พฤติกรรมเสี่ยงทำร้ายตนเอง

๘. บันทึกและส่งต่อข้อมูลกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

การประเมินผลการพยาบาล

- ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้
- รับรู้ความสนใจ ความสามารถพิเศษ ระดับความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น แต่ยังมีอาการแปลความหมายของเหตุการณ์ในทางลบมากกว่าทางบวก
- ปฏิเสธความคิดในการทำร้ายตนเองและผู้อื่น คะแนนการประเมินซึมเศร้า = ๐ คะแนน

สรุป ปัญหาข้อวินิจฉัยนี้ ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น ปรับตัวต่อกิจกรรมและทำกิจวัตรส่วนตัวได้ แต่เนื่องจาก อารมณ์ไม่คงที่ สิ้นสุดปัญหาเมื่อ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ทีมสหวิชาชีพวางแผนนัดหมายให้การช่วยเหลือ ต่อเนื่องตามรูปแบบที่เหมาะสมอีกครั้ง

ปัญหาที่ ๖ เสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากมีภาวะโรคสมองตึดยาและขาดแรงจูงใจในการเลิกยา (พบปัญหานี้ระหว่างวันที่ ๑๘ มกราคม-๑๐กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

จาก ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน แบบแผนที่ ๑ บกพร่องในการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง มีการเสพยาและสารเสพติด เข้ารับการบำบัดรักษา รวม ๑๖ ครั้ง แบบแผนที่ ๗ บกพร่องด้านการยอมรับพฤติกรรมตนเอง มองว่าสิ่งแวดล้อมผลักดันให้เกิดพฤติกรรมเสพยา มากกว่าความต้องการของตนเอง แต่รับรู้ในผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผมพยายามแล้วแต่มันทำไม่ได้ ยาเสพติดมีอยู่ทุกที่ มาส่งถึงบ้านเลย
- S: ส่วนใหญ่เรื่องที่เครียดก็มาจากที่บ้าน พ่อไม่ฟังผม เขาไม่เชื่อใจผมเลย จะทนอยู่ได้อย่างไร
- O: บำบัดรักษาครั้งที่ ๑๖
- O: เป็นผู้ว่างงาน มียาเสพติดอยู่ใกล้บ้าน
- O: สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ไม่สามารถพูดคุยบอกเล่าความรู้สึกหรือปรึกษาปัญหากับคนในครอบครัวได้
- O: มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (Low self- esteem) และ รู้สึกโดดเดี่ยว
- O: ผลการประเมินด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v.๒ = ๓๗ คะแนน แสดงว่า ผลอยู่ในระดับผู้ติดยาแรง ทำให้มีความยากในการเลิกยาเสพติด
- O: จากการประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change): อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation)

จุดประสงค์

๑. ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคสมองตึดยา
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการเผชิญปัญหา มีแหล่งในการให้คำปรึกษา
๓. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการฝึกควบคุมกำกับตนเองในการไม่เสพยาซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยบอกแนวทางในการจัดการเมื่อมีอาการ ความรู้สึกด้านลบ อย่างเหมาะสม
๒. ผู้ป่วยบอกแนวทางในการเผชิญปัญหา และแหล่งในการให้คำปรึกษาได้
๓. ผู้ป่วยบอกแนวทางในการฝึกควบคุมกำกับตนเอง การหลีกเลี่ยงการเสพยาซ้ำ
๔. ผู้ป่วยบอกแนวทางหลีกเลี่ยงการเสพยาซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินอาการอยากยา ภาวะแทรกซ้อน การให้ยาตามแผนการรักษา

๒. ประเมินและให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่อง โรคสมองติดยา โทษพิษภัย ผลกระทบ ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เป็นรูปธรรม รวมถึงการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในระยะต่างๆของการบำบัดรักษา

๓. ให้กำลังใจผู้ป่วยในช่วงนี้ที่หยุดยาได้ เพื่อให้เข้าใจ และเห็นถึงผลสำเร็จที่เกิดจากผลของความตั้งใจ

๔. ให้คำปรึกษารายบุคคล โดยยกตัวอย่างเหตุการณ์ ประสบการณ์ต่างๆที่ผ่านมาที่เคยทำให้กลับไปใช้ยา และเรียนรู้การมีพฤติกรรมใหม่ที่ไม่ต้องใช้ยาเสพติด ให้ผู้ป่วยค้นหาข้อดีและข้อเสียของการใช้ยาเสพติด และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระตุ้นให้พูดถึงการเปลี่ยนแปลงจากตัวผู้ป่วยเอง

๕. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการอยากยา วิธีการจัดการอาการอยากยา (craving) ที่เกิดขึ้น โดยให้ควบคุมตนเอง ให้หยุดความคิดอยากยาทันที หากิจกรรมอื่นทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและขอความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลอาการอยากยา และวิธีการจัดการอาการอยากยา

๖. สอนและฝึกหรือให้แสดงบทบาทสมมติ ที่เกี่ยวกับทักษะที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต เช่น ทักษะ ปฏิเสธ การจัดการกับอารมณ์ และเทคนิคการคลายเครียดต่างๆแล้วให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่เหมาะสมสำหรับตนเอง

๗. สอนวิธีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เช่น แนะนำผู้ป่วยทำงานอดิเรกที่ตนเองสนใจ การช่วยบิดามารดาทำงาน หลีกเลี่ยงการเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดเพราะจะชักชวนให้เสพยาเสพติดซ้ำ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

๘. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เพื่อมีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แนวทางการเลิกยาเสพติด

๙. ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม หรือตอบคำถามได้ถูกต้อง

๑๐. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใหม่ที่ต่างจากการใช้ยา การออกกำลังกาย การจัดตารางชีวิตประจำวันใหม่ การมีกิจกรรมนันทนาการใหม่ๆในชีวิต

๑๑. วางแผนการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องร่วมกับ ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางในการจัดการเมื่อมีอารมณ์ ความรู้สึกด้านลบได้ เช่น ถ้ารู้สึกโกรธจะขออยู่คนเดียว หรือหายใจลึกๆ เป็นต้น

๒. ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางในการเผชิญปัญหา เช่น การรับฟัง ไม่ได้เถียงกัน และแหล่งในการให้คำปรึกษาโดยบอกว่าจะมาติดตามผลทุกครั้งที่นัด ถ้ามีปัญหาจะโทรมาปรึกษากับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ธรรมนูญรักษ์สงขลา

๓. ผู้ป่วยบอกเล่าแนวทางในการฝึกควบคุมกำกับตนเอง การหลีกเลี่ยงการเสพยาซ้ำได้ว่า จะไม่เก็บเงินไว้เอง ถ้ารู้สึกเซ็งๆจะหากิจกรรมทำพยายามไม่ออกจากบ้านในช่วงเวลานั้น

สรุป ปัญหาข้อวินิจฉัยนี้ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น และวางแผนการช่วยเหลือตามรูปแบบที่เหมาะสม ควบคู่กับการรับประทานยา เนื่องจากอารมณ์ พฤติกรรมยังไม่คงที่

สรุป ปัญหาวินิจฉัยการพยาบาลข้อนี้ ได้รับการช่วยเหลือ ด้านข้อมูล แต่ยังคงเพิ่มการฝึกทักษะต่างๆ จึงถือว่าปัญหานี้ยังไม่สิ้นสุด และเสี่ยงมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ปัญหาที่ ๗. ขาดแรงจูงใจในการปรับตัวและการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (พบปัญหาระหว่างวันที่ ๑๘ มกราคม -๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (orientation phase) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพราว เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ/ผู้ป่วย เป็นการสร้างความไว้วางใจและเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ช่วยเหลือและแก้ไข้ปัญหาของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย ระยะกำหนดปัญหา (identification phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไข้ปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือเขาได้ และเริ่มรู้สึกว่ามีความสามารถในการจัดการกับปัญหา ระยะจัดการกับปัญหา (exploitation phase) เป็นระยะของการให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ไข้ปัญหาของผู้ป่วย นำความสามารถของตนเองมาพัฒนาในการปรับตัวและแก้้ปัญหาให้ได้มากที่สุด

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยอยากกลับบ้าน ต้องการให้พ่อมารับวันที่ ๓๐ ม.ค นี้
- O: stage of change = Contemplation (ลังเลใจ)
- O: มีพฤติกรรมทำผิดกฎระเบียบและไม่ยอมรับพฤติกรรมตนเอง
- O: กล่าวหาและใช้อารมณ์กับเจ้าหน้าที่

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อกิจกรรมและกลุ่มบำบัดในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพได้
๒. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาจนครบกำหนดในระยะ ๔ เดือน

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในกิจกรรมและกลุ่มบำบัดตามรูปแบบการบำบัดรักษา
๒. ผู้ป่วยบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพครบ ๔ เดือน
๓. ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือผิดกฎระเบียบ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจสร้างความเชื่อมั่นต่อการบำบัด ค้นหาปัญหาและทำความเข้าใจ ปัญหาข้อขัดแย้งในตัวผู้ป่วย
๒. ประเมินการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก เหตุผลที่ต้องบำบัดรักษา ประเมินแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดเน้นให้เห็นความสำคัญของการเลิกยาและผลกระทบหากบำบัดไม่ต่อเนื่อง
๓. ให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบถึงความเปลี่ยนแปลงของ อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการร่วมหาแนวทางในการแก้ไข้สถานการณ์นั้นๆ อย่างเหมาะสม
๔. ประเมินการรับรู้ การปฏิบัติตัว กฎระเบียบ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการบำบัด และให้ข้อมูลรูปแบบ ระยะเวลา รวมถึงบทบาทของญาติในการช่วยเหลือ ร่วมดูแลผู้ป่วยในการบำบัดรักษา
๕. เสริมสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสมจากการบำบัด ส่งเสริมการมีคุณค่า การมอบหมายงานที่เหมาะสม และให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อมีการพัฒนาตนเองดีขึ้น
๖. ประเมิน stage of change ผู้ป่วยอยู่ในระยะลังเล เสริมแรงจูงใจ ให้เห็นผลดีผลเสีย สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถบำบัดได้ครบ ๔ เดือน และชมเชยสิ่งที่ดีที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี เพื่อให้ทราบระดับขั้นตอนของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและให้คำแนะนำได้ถูกต้อง และเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติต่อเนื่อง

๗. ส่งเสริมการปรับตัวและเรียนรู้ โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมบำบัด กลุ่มบำบัด เพื่อให้เกิดการปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่น

๘. สังเกตและประเมินความก้าวหน้าในการปรับตัวในการบำบัดรักษา

ประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยอยู่ในความดูแล รวมระยะเวลาการบำบัดรักษา ๒๓ วัน

๒. ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดรักษาปานกลาง ยังคงมีพฤติกรรม การทำผิดกฎระเบียบ การใช้อารมณ์ไม่เหมาะสม ปฏิเสธการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพฤติกรรมของตนเอง

๓. มีพฤติกรรมก้าวร้าว ๒ ครั้ง เนื่องจากอยากกลับบ้าน ผิดกฎระเบียบของตึก มีข้อบกพร่อง ไม่ยอมรับข้อบกพร่อง และยอมรับการให้ความช่วยเหลือ

สรุป ปัญหาวินิจฉัยการพยาบาลข้อนี้ ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ แต่ไม่สามารถปรับตัวในระยะยาวได้ เนื่องจากความไม่พร้อมในการเข้าบำบัดรักษา และขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สิ้นสุดเมื่อ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

ปัญหาที่ ๘. ให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

(พบปัญหาระหว่างวันที่ ๑๘ มกราคม -๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ซึ่งประกอบด้วย

เป็นระยะกำหนดปัญหา (identification phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหา หรือให้ความช่วยเหลือเขาได้ และระยะจัดการกับปัญหา (exploitation phase) เป็นระยะของการให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยยังรวมถึงการเตรียมก่อนระยะสิ้นสุด (termination phase) ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของการพยาบาลที่ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว โดยความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เป็นการยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: บิดาถามว่า “หมอลูกก็เดือน นัดอีกเมื่อไหร่ครับ”

S: บิดาบอกว่า “เขาทำอะไรได้ไม่นาน ต้องขอโทษทางโรงพยาบาลด้วยนะครับ”

S: ผู้ป่วยบอกว่า “รู้ว่าต้องกินยาเวลาไหนบ้างและต้องมาตามนัด”

O: จากข้อมูลการบำบัดเป็นการบำบัดรักษาครั้งที่ ๑๖

O: การจำหน่ายด้วยอารมณ์ความรู้สึก ที่ไม่สงบและระยะเวลาการบำบัดไม่ครบโปรแกรมการรักษา

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบบทบาทหน้าที่ในการดูแล ช่วยเหลือกันอย่างเหมาะสมในการเลิกยาเสพติดอย่างต่อเนื่องและการใช้ชีวิตกับครอบครัวอย่างมีความสุข

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

๒. ผู้ป่วยและญาติรับทราบบทบาทหน้าที่ของตนเอง วิธีการช่วยเหลือในการเลิกยาเสพติดอย่างต่อเนื่องและการสร้างความสุขให้กับครอบครัว

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

๒. วางแผนการจำหน่าย ตามแผนการจำหน่าย D METHOD

- D Diagnosis ให้ความรู้เรื่องยาเสพติด สาเหตุ การป้องกันเสพยา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
- M Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย
- E Environment /Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่อาจจะทำให้กลับไปใช้ยา
- T Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษาเสพติด รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและการปรึกษาแพทย์ หรือการมาก่อนนัด
- H Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากยาเสพติด
- O Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง
- D Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
๓. ทบทวนบทบาท หน้าที่ในการดูแล ช่วยเหลือกันอย่างเหมาะสมในการเลิกยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง และการใช้ชีวิตกับครอบครัวอย่างมีความสุข เช่น รูปแบบการสร้างความสัมพันธ์ การตัดเตือน การให้กำลังใจ การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เป็นต้น
๔. ให้เอกสาร ยา ตามแผนการรักษา กับญาติ พร้อมเปิดโอกาสซักถามและให้กำลังใจ

ประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยและญาติบอกการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ เช่น การรับประทานยาตรงเวลา งดเหล้า เบียร์และเสพยาทุกชนิด
๒. ผู้ป่วยและญาติรับทราบบทบาท หน้าที่ของตนเอง วิธีการช่วยเหลือในการเลิกยาเสพติดอย่างต่อเนื่องและการสร้างความสุขให้กับครอบครัว เช่น ช่วยงานแม่ หากิจกรรมทำกับลูกชาย ถ้าทำผิดยอมให้พ่อ ตักเตือนได้ ถ้าผู้ป่วยทำถูกต้องเหมาะสมพอจะให้กำลังใจ เป็นต้น
- สรุป ปัญหาวินิจฉัยการพยาบาลนี้ได้ดำเนินการตามระยะของการบำบัด และสิ้นสุดเมื่อ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

สรุปผลการดูแลและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

๑. ผู้ป่วยมาบำบัดรักษา ด้วยญาติร้องขอให้มาบำบัด ไม่กำหนดจำนวนวันในการบำบัด เมื่อครบระยะถอนพิษยา(๑๔วัน) ผู้ป่วยเข้าบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพและได้รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ได้ทำการประเมิน Stage of change แรงจูงใจผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงระหว่างขั้นเฝ้าเฉย(Precontemplation)กับขั้นลังเล (Contemplation) ทำให้การปรับตัวอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก เพราะผู้ป่วยต้องปรับพฤติกรรมตนเอง แต่ผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง รวมระยะเวลาในความดูแลและบำบัดใน ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ๒๓ วัน จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตเนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดแบบผู้ป่วยใน อีกทั้งยังเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และญาติยินยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านตามการพิจารณาของแพทย์
๒. ในรายนี้เป็นรายที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจาก
- ๒.๑ ผู้ป่วยมีการใช้ยาเสพติดหลายชนิด มียาบ้า ยาไอซ์ น้ำกระท่อมสีคุณร้อย(๔X๑๐๐) และต่อเนื่องมาประมาณ ๑๕ ปี บำบัดรักษาเป็นครั้งที่ ๑๖ โดยมีพฤติกรรมเสพที่เพิ่มปริมาณ สลับสับเปลี่ยน ชนิดยาเสพติด การเสพยาเสพติดซ้ำหลังการบำบัดรักษา ซึ่งมีผลกระทบให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแปรปรวนทำให้

การคิดและการควบคุมตนเองไม่ดี มีพฤติกรรมก้าวร้าว ขาดการยอมรับ เอาแต่ใจตนเอง มองคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่สามารถควบคุมกำกับตนเองได้

๒.๒ มีประวัติการบำบัดรักษาอาการทางจิตเวช ที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ และรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง เมื่อเข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดในครั้งนี้ ถึงแม้จะได้รับยารักษาอาการจิตเวชต่อเนื่องมาตั้งแต่แรกก็ยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อบุคลิกภาพแปรปรวนเดิมของผู้ป่วย ทำให้การควบคุมตนเอง การจัดการอารมณ์ความรู้สึก การแก้ปัญหาไม่เหมาะสม

๒.๓ การที่ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการบำบัดพัฒนาตนเอง จึงมีผลต่อการปรับตัวในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่ยอมรับข้อบกพร่อง ข้อผิดพลาดของตนเอง ไม่ยอมรับการให้การช่วยเหลือตามรูปแบบการฟื้นฟูฯ ด้านอารมณ์ พฤติกรรมไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงและเสี่ยงต่อการเป็นอันตรายกับผู้อื่น จึงปรับรูปแบบการบำบัดรักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอกแทน

๓. ผู้ป่วยและญาติบกพร่องด้านการสื่อสารและการสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน อาจเนื่องมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน บุคลิกภาพแปรปรวน มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด ครอบครัวเข้มงวด กล่าวโทษรุนแรง กดดัน ใช้คำพูดที่สื่อสารไม่ตรงไปตรงมา รวมถึงความรู้สึกเหน้อยล้าจากการดูแล ช่วยเหลือและติดตามพฤติกรรมผู้ป่วยหลายปี รูปแบบการสื่อสาร ความรู้สึก มุมมองที่มีต่อกันนั้นอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความขัดแย้งทางอารมณ์ พฤติกรรมต่อกัน เมื่อผู้บำบัดได้ประสานครอบครัว เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดของญาติ และร่วมวางแผนการทำการครอบครัวบำบัด การให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยรายนี้ คำแนะนำเกี่ยวกับหน่วยงานในการช่วยเหลือด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วย การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว ทำให้ญาติรู้สึกผ่อนคลาย มีทัศนคติต่อผู้ป่วยในด้านการป่วยที่ต้องรับการรักษามากกว่าการมองเรื่องนิสัย ความไม่รับผิดชอบ ผู้ป่วยและญาติมีสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้น ถึงแม้ผู้ป่วยไม่บำบัดต่อ ญาติไม่ได้ใช้คำพูดหรืออารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย

๔. เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านบุคลิกภาพตามข้อวินิจฉัยของแพทย์และผลการประเมินซึ่งอาจเป็นผลมาจากหลายปัจจัยเช่น การเลี้ยงดู พันธุกรรม ผลกระทบจากการใช้ยา ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้น จึงควรนัดครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดและประสานงานกับเครือข่ายการบำบัดรักษา ยาเสพติด ติดตามหลังการรักษาหรือวางแผนการรักษาร่วมกันเพื่อดูแลเฉพาะรายได้ตรงประเด็นและป้องกันการเสพยา

๕. การทำงานร่วมกันของวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินของแต่ละวิชาชีพมาพูดคุย ปรึกษาหารือเพื่อวางแผนร่วมกันในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ได้ครอบคลุม และแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

๖. สภาพแวดล้อมอาคารสถานที่ สำหรับการบำบัด ปลอดภัย ผ่อนคลาย ลดสิ่งเร้า สิ่งเหล่านี้เป็นวิธีการบำบัดอย่างหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสงบเร็วขึ้น ในผู้ป่วยรายนี้มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมได้ง่ายจึงต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ประเมินภาวะเสี่ยง จัดที่เลี้ยงเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด มีห้องพักที่สงบลดการกระตุ้นอารมณ์พฤติกรรม เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

๗. รูปแบบ FAST MODEL การใช้เครื่องมือชุมชนบำบัด การบอกข้อบกพร่อง วิธีการช่วยเหลือพฤติกรรม บางกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด กดดัน ผู้ป่วยต่อต้าน ขาดการยอมรับ ทำให้แสดงออกทางพฤติกรรมก้าวร้าวได้

๘. กรณีศึกษาครั้งนี้มีความหลากหลายของปัญหา ตรงกับสถานการณ์ปัจจุบันโดยเฉพาะผู้ใช้สารเสพติดแนวโน้มมีปัญหาความผิดปกติของบุคลิกภาพและมีปัญหาทางจิตเพิ่มขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับรายอื่นๆที่ใกล้เคียงได้

บทที่ ๕

สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๔๑ ปี ๘ เดือน รูปร่างสมส่วน ส่วนสูง ๑๗๐ ซม. น้ำหนัก ๖๑ กก. BMI ๒๑.๐๘ (ปกติ) สถานภาพอยู่ย่ำร้าง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย อาชีพ ว่างงาน ภูมิลำเนา อำเภอมือง จังหวัดสงขลา

สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพ

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาในระบบสมัครใจ บิดาเป็นผู้พามาบำบัดเป็นการบำบัดรักษาครั้งที่ ๑๖ ในวันที่ ๔ ม.ค ๒๕๖๖ รับไว้ในการดูแล ระหว่างวันที่ ๑๘ ม.ค ๒๕๖๖ - ๑๐ ก.พ ๒๕๖๖ (รวมระยะเวลาการดูแล ๒๓ วัน) จำหน่ายด้วยแพทย์อนุญาต และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ๓ วันก่อน ตื่น ๔×๑๐๐ จำนวน ๑.๕ ลิตร เมื่อคืนก่อนมาโรงพยาบาล มีพฤติกรรมก้าวร้าว อาละวาด ใช้คำพูดก้าวร้าว ต่ำทอบิดา ญาตินำส่งโรงพยาบาลสงขลา แพทย์ฉีดยาสงบอาการและให้นอนรักษาตัว ๑ คืน วันนีบิดาพามาบำบัดแบบผู้ป่วยใน ปฏิเสธหิวแหว่ ภาพหลอน สีหน้า อารมณ์ หงุดหงิดง่าย แพทย์ให้ Admit ตักสิลาวดี

ผู้ป่วยเริ่มเสพยาไอซ์ อายุ ๒๕ ปี ด้วยวิธีการสูบ ใช้อย่างต่อเนื่องในระยะ ๒ ปี หลังเข้ารับการรักษา ยังมีการเสพยา สูบกัญชา โดยวิธีการสูบโรยหน้าผสมกับบุหรี่ เสพนานๆครั้ง สูบยาบ้า (ปี๕๖) ด้วยวิธีการสูบ ใช้อย่างต่อเนื่องในระยะ ๒ ปี เมื่อเข้ารับการรักษา ยังมีการเสพยา ตัมน้ำกระท่อม สี่คูณร้อย (ปี๕๘) โดยวิธีการต้มทุกวันๆละ ๑-๒ แก้ว อย่างต่อเนื่องและเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ ต่อเนื่อง ระยะ ๑-๒ ปีนี้มีการต้มน้ำกระท่อมสี่คูณร้อยตลอดวัน ในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ทุกวันๆละ ๑-๑.๕ ลิตร ญาติให้ประวัติว่าเวลาไม่ได้ต้มน้ำกระท่อมสี่คูณร้อย มักจะหงุดหงิดง่าย และเมื่อถูกตำหนิในพฤติกรรมการต้มน้ำกระท่อมสี่คูณร้อย จะก้าวร้าวทางคำพูด พูดจาประชดประชัน ต่ำทอบิดา มีพฤติกรรมขาดความรับผิดชอบ ต่อต้านไม่ร่วมมือ ควบคุมอารมณ์ตัวเองได้น้อย แต่ไม่ทำร้ายบุคคลและไม่ทำลายข้าวของ มารดาขอร้องให้มาบำบัดรักษา

ลักษณะนิสัยผู้ป่วยเป็นคนชอบความสนุกสนาน พูดคุยเก่ง มีทักษะในการพูดหวานล่อม ยกย่องผู้อื่น ต้องการการยอมรับยกย่อง ใส่ใจจากผู้อื่น มีความพึงพอใจเมื่อได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างและรู้สึกรู้สึกว่าตนเองพิเศษกว่าคนอื่น ชอบเที่ยวเตร่กับเพื่อน อารมณ์ หงุดหงิดง่าย ขึ้นง่าย เอาแต่ใจตนเอง มีความรู้สึกคุณค่าในตัวเอง หากมีข้อผิดพลาดมักคิดว่าตนเองเป็นไม่ผิด ข้อผิดพลาดนั้นมาจากผู้อื่น อึดอัดคนในครอบครัวที่ควบคุมจับผิด ไม่เชื่อใจ อารมณ์หงุดหงิดง่าย

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ยาเสพติด ที่รพ.ธัญญารักษ์สงขลา จำนวน ๑๖ ครั้ง โดยมีรูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วย ดังนี้

- บำบัดครบกำหนด จำนวน ๑๐ ครั้ง (ระยะถอนพิษยา จำนวน ๘ ครั้ง /ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ๑ ครั้ง และ รูปแบบผู้ป่วยนอก ๑ ครั้ง)
- ไม่สมัครใจบำบัด ๑ ครั้ง (บำบัดรวม ๓ วัน)
- ทำผิดกฎระเบียบ ๑ ครั้ง (บำบัดรวม ๕ วัน)

แรกรับ สีหน้าท่าทางไม่สดชื่น ถ้ามตบตรงคำถาม ลักษณะการตอบสนองน้ำเสียงแข็งๆ มีพฤติกรรมต่อต้านกับญาติ ใช้คำพูดต่ำทอญาติ ไม่ค่อยให้ความร่วมมือ บอกว่าญาติขอร้องให้มาบำบัดรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยแรกรับ

- F๑๕.๒๕ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาเสพติดระบบประสาทอื่นรวมทั้งกาแฟ กลุ่มอาการผิดปกติแบบโรคจิต (Mental and behavioral disorders due to use of other stimulants including caffeine - caffeine dependence syndrome other stimulants including caffeine dependence syndrome, continuous use)

- F๑๕.๒๕ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม เนื่องจากการใช้ยาเสพติดหลายชนิดและใช้สารออกฤทธิ์อื่นๆกลุ่มอาการพึ่งพาทางจิต (Mental and behavioral disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances other psychoactive dependence syndrome)
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย

- F๑๕.๒ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาเสพติดระบบประสาทอื่นรวมทั้งกาแฟ (Amphetamine induced psychotic)

ผลการประเมินด้วยแบบประเมินอื่นๆ

๑. ประเมินทางสังคม

มีบุคลิกภาพและพฤติกรรมแบบไม่คำนึงถึงผู้อื่น สร้างความรู้สึกผิดหวังเสียใจให้ครอบครัว มีนิสัยชอบโกหก บงการ และหลอกลวงผู้อื่นเพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว โดยไม่รู้สึกละอาย มีความก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ความหุนหันพลันแล่นไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา มีการเสพยาเสพติดซ้ำ ล้มเหลวในการบำบัดรักษา ขณะบำบัดรักษาทำผิดกฎระเบียบ เพื่อให้ได้กลับบ้านเร็วขึ้น อีกทั้งยังขาดความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ของตนเอง ทั้งทำงาน การดูแลบุตร

๓. ผลการประเมินด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v.๒ : อยู่ในระดับ ๓๙ คะแนน แสดงว่า ระดับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูง อนุมานว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง

๔. ผลการประเมินด้วยแบบคัดกรอง ๒Q ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนน เท่ากับ ๐ ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ใฝ่ระวัง ประเมินซ้ำ ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๖ คะแนน เท่ากับ ๐ ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

๕. ผลการประเมินความเสี่ยง SAVE : S (suicide) = ๐ คะแนน , A (Accident) = ๐ คะแนน, V (Violence) = ๑๐ คะแนน (วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖) พบว่า ความเสี่ยงระดับ ๒ = มีความเสี่ยงปานกลาง (พฤติกรรมทำลายทรัพย์สิน), E (Escape) = ๖ คะแนน ความเสี่ยงระดับ ๒ = มีความเสี่ยงปานกลาง (ไม่เต็มใจเข้ารับบำบัดรักษา)

๖. ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) : อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) อยากเลิกยาเสพติดตามที่ครอบครัวร้องขอ

๗. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (จาก รพ.สงขลา) เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖ ผลตรวจพิสูจน์ยาเสพติดในปัสสาวะ

Methamphetamine : Negative

Cannabis : Negative

Morphine : Positive

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

ตรวจหาเชื้อโควิด ๑๙ ด้วย ATK : Negative

แผนการรักษาของแพทย์

- Fluoxetine (๒๐mg)	๑ x ๑ oral pc เช้า
- Benzhexol (๒ mg)	๑ x ๒ oral pc
- Depakine (๒๐๐mg)	๒ tab oral hs
- Tranxene (๕ mg)	๑ tab oral hs
- Risperidone (๒ mg)	๑ tab oral เช้า-hs
- Haloperidol (๐.๕ mg)	๑ tab oral hs
- Clonazepam (๐.๕ mg)	๑ tab PRN for insomnia
- Multivitamin	๑ x ๓ oral pc
- Vitamin B๑-๖-๑๒	๑ x ๓ oral pc
- CPZ (๑๐๐mg)	๑ tab oral stat

มีอาการแทรกซ้อนทางกาย แพทย์ให้การรักษาดังนี้

- Dextromethorphan (๑๕mg)	๑ x ๓ oral pc
- Paracetamol (๕๐๐ mg)	๑ tab PRN q ๔-๖ hrs
-Diclofenac (๒๕mg)	๑ x ๓ oral pc
-Omeprazole (๒๐mg)	๑ tab oral ac

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

- เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าว
- ผู้ป่วยขาดความตระหนักในผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดและขาดการใช้ทักษะในการจัดการความคิด อารมณ์ พฤติกรรม
อย่างเหมาะสม
- เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง
- สัมพันธ์ภาพและการสื่อสารในครอบครัวบกพร่อง
- มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ
- เสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากมีภาวะโรคสมองตื้อและขาดแรงจูงใจในการเลิกยา
- ขาดแรงจูงใจในการปรับตัวและการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

ข้อวิเคราะห์ / วิจารณ์

ผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าว ที่มีผลสืบเนื่องจากการใช้ยาเสพติดเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลรอบข้าง และสังคม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทรัพย์สิน หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมของตนเองได้แล้วก็มีโอกาสเกิดความรุนแรงและปัญหาต่าง ๆ ตามมา การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลาย ๆ ครั้ง จะก่อให้เกิดปัญหาความเหนื่อยล้า ความเบื่อหน่ายของญาติ ไม่อยากมารับผู้ป่วยกลับ ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแล รับผิดชอบ ญาติไม่สามารถดูแลได้ ปัจจัยสำคัญของการกลับมารักษาซ้ำ คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาขณะอยู่ที่บ้าน เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงการรับประทานยา การเสพยาเสพติดซ้ำ การพูดคุยสื่อสารในครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ อาจเนื่องมาจากการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านยังไม่ดีพอ ผู้ป่วยอาจจะยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่

ตนเองเป็น ไม่ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอันเกิดจากการใช้ยาเสพติดและสามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้ พยาบาล ต้องศึกษาความรู้และเพิ่มทักษะในการให้การปรึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจิตเวช โดยเน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม การช่วยเหลือในภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ต้องใช้ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ ในการวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย การให้การพยาบาลเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ในขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ควบคู่ไปกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจิตเวช โดยให้การพยาบาลในลักษณะของทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวะบำบัด ตลอดจนญาติและตัวผู้ป่วยเอง พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความหวังกำลังใจ แก้ไขความเครียดวิตกกังวล เผชิญปัญหาอย่างถูกวิธี ให้การช่วยเหลือญาติ ครอบครัวในการผ่อนคลายความกังวล การปรับทัศนคติต่อผู้ป่วยและเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาทั้งที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับสู่สังคมให้เกิดการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องมากขึ้น เป็นตัวกลางเชื่อมระหว่างผู้ป่วยและญาติในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ระบายนความรู้สึกรู้สึก ผุดผุกแลกเปลี่ยนข้อมูลและแก้ปัญหา เสริมสร้างกำลังใจซึ่งกันและกันเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญอีกด้านที่จะช่วยให้ผู้ป่วย มีความหวังกำลังใจ และให้ผู้ป่วยปรับตัวผ่านระยะวิกฤตของชีวิตได้ ตลอดจนส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วย เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่กลับไปพึ่งพายาเสพติด สามารถดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน และดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขและให้ข้อมูลการช่วยเหลือ การดูแลผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งรับบริการที่เหมาะสมเมื่อเกินศักยภาพในการดูแล

ประเด็นหลักที่ได้จากการศึกษา ที่สำคัญ ได้แก่

๑. ด้านผู้ป่วย / ญาติ

- การดูแลผู้ป่วยรายนี้ถือว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหลายชนิด มียาบ้า(Amphatamine) ยาไอซ์ น้ำกระเทียมสีคุณร้อย (๔ X ๑๐๐) ซึ่งมีผลต่อระบบการหลั่งของสารสื่อประสาทเมื่อหยุดใช้ยาเสพติดอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแปรปรวนทำให้การคิดและการควบคุมตนเองไม่ดี ไม่สามารถควบคุมกำกับ จัดการกับอารมณ์ตนเองได้ กระบวนการคิดและตัดสินใจไม่ดี ใจร้อน หุนหันพลันแล่น ทำอะไรตามใจตนเอง การใช้ยาเสพติดทำลายเซลล์สมองส่วนคิด ทำให้ไม่สามารถนำประสบการณ์หรือคำแนะนำที่ได้รับมาปฏิบัติตามได้ ทำให้มีโอกาสกลับไปเสพซ้ำได้ง่าย

- ประวัติการเลี้ยงดู กรรมพันธุ์ สัมพันธภาพ ภายในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทำให้ผู้ป่วยหันไปพึ่งยาเสพติด ซึ่งการใช้ยาเสพติดหลายชนิดแบบผสมผสาน และเป็นเวลานาน ยิ่งทำให้ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทและสมอง เกิดความผิดปกติทางพฤติกรรมได้

- ญาติอาจจะขาดความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพอารมณ์แปรปรวน มีพฤติกรรมก้าวร้าว และเกิดความเหนื่อยล้าจากการไม่บำบัดรักษาหลายครั้ง มีการเสพยา มีพฤติกรรมเหมือนเดิมเป็นเวลานานหลายปี ประกอบกับผู้ป่วยขาดที่พึ่ง จึงมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดซ้ำๆ การแก้ปัญหาไม่ตรงกับปัญหาความต้องการที่แท้จริงเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมซึ่งกันและกันทำให้การแก้ไขปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น

๒. ด้านกิจกรรมการพยาบาล

- ระยะถอนพิษยา ต้องเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม เนื่องจากในระยะแรกๆ ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษยา และยังต้องปรับตัวกับอาการอยากยา ปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมก็เป็นความวิตกกังวลของผู้ป่วยระดับหนึ่งและการเลือกกิจกรรมที่เป็นภาพรวมของดีก็อาจไม่เป็นผลดีในผู้ป่วยบางรายที่ยังปรับตัวไม่ได้ทำให้เกิดความคับข้องใจ เพิ่มความเครียดให้กับผู้ป่วยได้ อีกทั้งการประเมินความเสี่ยง ตัวกระตุ้นต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างรวดเร็ว ช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัย จะทำให้การบำบัดรักษาประสบความสำเร็จมากขึ้น

- ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยรูปแบบ FAST MODEL การใช้เครื่องมือชุมชนบำบัด การบอกข้อบกพร่อง วิธีการช่วยเหลือพฤติกรรม บางกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด กัดฟัน ผู้ป่วยต่อต้านขาดการยอมรับ ทำให้แสดงออกทางพฤติกรรมก้าวร้าวได้ อาจจะต้องปรับกิจกรรมตามบริบท ตามสภาพข้อจำกัดของโรค ระยะและอาการของโรค โดยการประเมินความพร้อมเฉพาะราย

- ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ใช้กระบวนการดูแลแนวทางเดียวกับการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต พยาบาลต้องใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทฤษฎีทางการพยาบาลจะประกอบด้วย ๔ โมนมิติหลัก คือบุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่าทฤษฎีการพยาบาลที่สามารถนำมาประยุกต์ได้ คือ ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพพพลาว ทฤษฎีทางการพยาบาลของรอย ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (ฉวีวรรณ, แผล และศุภกรใจ, ๒๕๕๗; วันดี, ถนอมศรี และศรีสุตา, ๒๕๕๙) ซึ่งในรายนี้ ใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตอบโจทย์ปัญหาแก้ไขตามความเร่งด่วนคุกคามต่อชีวิต

- บทบาทพยาบาลที่สำคัญอีกอย่างคือต้องประสาน สนับสนุน ช่วยเหลือติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ให้มีการร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการแก้ปัญหาเป็นการเสริมแรงใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้ยั่งยืน

- ทีมจำกัดพฤติกรรม ต้องมีความพร้อมในการเรียกทีมทั้งในเวลา และนอกเวลาราชการ ควรฝึกปฏิบัติ ทบทวน ซักซ้อมอย่างสม่ำเสมอ

๓. ด้านการบำบัดรักษา

- การดูแลผู้ป่วยรายนี้ อาศัยการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การใช้ข้อมูลร่วมกันของทีม เนื่องจากความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทาง เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ โดยทุกวิชาชีพมีการวางแผนให้เข้าถึงผู้ป่วยเพื่อได้รับการช่วยเหลือ เพื่อการรักษาและการควบคุมความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ลดพฤติกรรมก้าวร้าว และการทำร้ายตนเองให้เร็วที่สุด

- การให้ยากรณีศึกษารายนี้เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช การใช้ยาอาจมีผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยดังต่อไปนี้ ภาวะสับสน ภาวะสับสน ปวดท้อง มีปัญหาในการนอนหลับ ลึนแข็ง ตัวแข็ง พุดไม่ชัด น้ำลายไหล กลืนหรือพูดลำบาก ท้องผูก ท้องเสีย เวียนศีรษะ ง่วงซึม ปากแห้ง ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ เป็นต้น การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และเกิดความพึงพอใจกับฤทธิ์ของยาทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ต่อเนื่อง ป้องกันอาการกำเริบของโรคได้

- เนื่องจากผลของยาเสพติดที่มีต่อสุขภาพโดยเฉพาะการเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงและเป็นอันตราย ทั้งต่อตัวผู้เข้ายาและผู้อื่น ควรมีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพในทิศทางที่จะช่วยผู้เสพติดให้สามารถเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน

๔. ด้านสิ่งแวดล้อม

- การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น การจัดสิ่งแวดล้อมช่วยผ่อนคลาย อากาศถ่ายเทได้ดี อากาศไม่ร้อน บรรยากาศสงบ เพื่อลดสิ่งเร้าและเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

- ควรจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่นการจัดห้องแยกหรือห้องจำกัดพฤติกรรม การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกมัด ทั้งนี้ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจความจำเป็นของการจำกัดพฤติกรรมเพื่อวัตถุประสงค์หลักให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีการติดกล้องวงจรปิด เพื่อควบคุมพฤติกรรมเพื่อการดูแลใกล้ชิด การติดตามอาการตลอดเวลา ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้เป็นอย่างดี แก้ไขปัญหาได้ทันเหตุการณ์ ป้องกันข้อร้องเรียน จากการดูแลผู้ป่วย

- ผู้ป่วยรายนี้มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมได้ง่ายจึงต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จึงควรจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย จัดการดูแลผู้ป่วยในห้องจำกัดพฤติกรรม หรือห้องที่กำหนด หรือ

ข้อเสนอแนะจากกรณีศึกษา

- เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านบุคลิกภาพตามข้อวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น การเลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัว พันธุกรรม ยาเสพติดฯ ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลและ สร้างสัมพันธภาพในครอบครัวให้มากขึ้น จึงควรนัดครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด บ่อยครั้งขึ้น และประสานงานกับเครือข่ายการบำบัดรักษาเสพติด ติดตามหลังการรักษาหรือวางแผนการรักษาร่วมกัน

- ควรนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินของแต่ละวิชาชีพมาพูดคุย การใช้ข้อมูลร่วมกันของทีม ร่วมปรึกษาหารือ เพื่อลดระยะเวลาในการสืบค้นข้อมูลเชิงวิชาชีพ ได้เห็นความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา เพื่อวางแผนร่วมกันในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ได้อย่างครอบคลุม รวดเร็ว

- ผู้ป่วยรายนี้ มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าว เปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมได้ง่ายจึงต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา นอกจากการจัดพี่เลี้ยงดูแลใกล้ชิดแล้ว ควรจำกัดทางกายภาพโดย ให้อยู่ในพื้นที่หรือห้องที่กำหนด จำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดซึ่งต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ทำข้อตกลงกันไว้ก่อนและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะจำกัดพฤติกรรม

- การติดตามเสพยาเสพติดเป็นภาวะที่เรื้อรังและกลับเป็นซ้ำได้จากสมองที่ยังไม่ฟื้นคืนเป็นปกติ อันเป็นผลระยะยาวจากฤทธิ์ของสารโดยตรงต่อสมอง การติดตามผลต่อเนื่องมีความจำเป็นอย่างมากในการเฝ้าระวังการเสพยาซ้ำ

- สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำงานกับผู้ป่วยจิตเวช จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดพยาบาลต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดฯ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตให้เกิดการผ่อนคลาย รู้สึกสบายใจ ไร้กังวล สิ่งจำเป็นสำหรับกระบวนการพยาบาลจิตเวช และกรณีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ต่อต้านสังคม ให้ความร่วมมือน้อย พยาบาลจึงต้องอาศัยความอดทนและความสม่ำเสมอในการพูดคุยกับผู้ป่วย ไม่ตำหนิและตัดสินความคิดของผู้ป่วยและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขและป้องกันจุดมุ่งหมาย คือ ให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถอยู่ในโลกของความเป็นจริงได้

- การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด คือขั้นตอนหรือกระบวนการที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดมีภาวะสุขภาพหรือชีวิตที่ดีขึ้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ กระบวนการบำบัดรักษา กระบวนการพยาบาลต้องผสมผสาน

รูปแบบต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ให้การช่วยเหลือภายหลังการบำบัด มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพ และมีทักษะทางสังคม ในการปรับตัวอยู่ร่วมกับสังคม ใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

- ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการ ปลดกระท่อมออกจากยาเสพติดให้โทษ ตาม พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๖๔ ประชาชนสามารถ ปลูกและบริโภคกระท่อมตามวิถีชาวบ้านรวมทั้งซื้อหรือจำหน่าย ใบกระท่อม โดยไม่ผิดกฎหมาย อาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้เสพเข้าถึงกระท่อมได้ง่ายขึ้น และโอกาสที่นำไปกระท่อมไปใช้ในทางที่ผิด โดยนำไปแปรรูป ผสมสูตรเป็น น้ำกระท่อมสีคุณร้อย (๔ X ๑๐๐) ได้ บุคลากรด้านยาเสพติดจึงต้องศึกษา ข้อกฎหมายที่ประกาศใช้ให้ชัดเจน เพื่อเป็นองค์ความรู้ที่ใช้ในการให้คำแนะนำผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องชัดเจน

- การวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากประสบการณ์ทำงาน เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ญาติมักคาดหวังว่านั่นคือ ความสำเร็จของการรักษา หากพิจารณาตามความเป็นจริงแล้ว ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลระยะหนึ่งเท่านั้น การดูแลรักษา ที่ได้รับ เป็นการช่วยเหลือ สะท้อนพฤติกรรม จูงใจให้มีเป้าหมายความต้องการในชีวิตที่ดีขึ้น สร้างแนวทางการวางแผนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลจากครอบครัวจึงเป็นส่วนสำคัญและต่อเนื่องกัน ดังนั้นหรือการได้รับบริการสุขภาพอื่นที่ผู้ป่วยต้องการนั้น เป็นสิ่งสำคัญในการประกันคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ เมื่อผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรมีการประสานงานกับเครือข่ายจะได้มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้กลับไปสู่ชุมชนได้อย่างปกติสุข