

ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

เรื่อง

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทยาเสพติดที่มีอาการหวาดระแวง

โดย

นางกฤษณวรรณ ขวัญทอง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ ๖๐๕๘

งานการพยาบาลผู้ป่วยในพื้นที่ฟูสมรรถภาพ
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา กรมการแพทย์

คำนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาแม้จะมีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตเวชร่วมด้วย การศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นงานสำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาล โดยเฉพาะโรคจิตเภทยาเสพติด ที่มีภาวะหวาดระแวง เพราะผู้ป่วยแต่ละคนมีปัญหาสลับซับซ้อนแตกต่างกัน การศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาจึงเป็นวิธีที่ดีวิธีหนึ่ง ช่วยให้พยาบาลเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

กลุ่มอาการหวาดระแวง (Paranoid) เป็นอาการชนิดหนึ่งของโรคจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยอาการหวาดระแวงสงสัย ระวังตนเองเป็นพิเศษ ไม่ไว้วางใจใคร ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น ไม่เป็นมิตรกับใครมีแนวโน้มที่จะตำหนิผู้อื่นอยู่เสมอ อาการดังกล่าวเป็นอาการที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา เนื่องจากหากปล่อยไว้อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น จนอาจเกิดการทำร้ายผู้อื่นตามมา การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การใช้กรอบแนวคิดตามแบบแผนสุขภาพ การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ การตรวจร่างกายทุกระบบ และการตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) เพื่อประเมินสภาพและวางแผน ให้การพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่มไว้ในความดูแลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รูปแบบทางการพยาบาล (Nursing Model) ในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดต้องใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่าง ๆ เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวจะประกอบด้วย ๔ มิโนมิติหลัก คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ยาเสพติดที่มีอาการหวาดระแวง การค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ร่วมกับการนำมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชมาประยุกต์ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พยาบาลจึงต้องสร้างความไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วย โดยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพทั้งสามระยะ สิ่งสำคัญคือ พยาบาลต้องประเมิน ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธภาพและสื่อสารระหว่างกัน ข้อวินิจฉัย การพยาบาลเรียงลำดับความสำคัญตามสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตจากมากไปน้อย ให้การดูแลตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์ ความคิดของตนเองอย่างเหมาะสม สามารถกลับไปอยู่ในครอบครัว และดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลงานเล่มนี้ จะให้ประโยชน์กับบุคลากรด้านการพยาบาล และบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด นักศึกษา ตลอดจนผู้ที่สนใจศึกษา ค้นคว้า และนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน อย่างมีประสิทธิภาพ ขอขอบพระคุณ ดร.บุบผา บุญญามณี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลที่ได้กรุณา ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะตลอดการทำงานมา ณ ที่นี้ด้วย

กฤษณวรรณ ขวัญทอง

๓๐ เมษายน ๒๕๖๗

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญรูปภาพ	ง
สารบัญตาราง	จ
บทที่ ๑ บทนำ	๑
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	๑
วัตถุประสงค์	๓
กลุ่มเป้าหมาย	๓
ระยะเวลาดำเนินการ	๓
วิธีดำเนินงาน	๓
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	๔
บทที่ ๒ ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่างๆที่เกี่ยวข้อง	๕
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด	๕
ยาบ้า	๑๘
๔x๑๐๐ (สี่คูณร้อย) และพืชกระท่อม (kratom)	๒๖
รูปแบบการบำบัดรักษา	๓๔
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและยาเสพติด	๓๙
บทที่ ๓ การพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาล	๖๓
กระบวนการพยาบาล.....	๖๓
หลักการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด	๗๖
ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว	๘๐
การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ	๘๔
การวางแผนการจำหน่ายแบบ D-METHOD	๘๘
บทที่ ๔ กรณีศึกษา	๙๐
กรณีศึกษา	๙๐
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	๑๐๙
สรุปลักษณะดูแลและสิ่งที่ได้เรียนรู้	๑๒๓
บทที่ ๕ สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ	๑๒๕
สรุปกรณีศึกษา	๑๒๕
ข้อวิเคราะห์ / วิวิจารณ์	๑๔๑
ประเด็นหลักที่ได้จากการศึกษา	๑๔๒

สารบัญ (ต่อ)

เนื้อหา	หน้า
บรรณานุกรม	๑๕๕
ภาคผนวก	๑๕๖

สารบัญรูปร่าง

ภาพ		หน้า
๑	แสดงส่วนประกอบและความสัมพันธ์ของทฤษฎีจิตสังคม อันประกอบไปด้วยปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางด้านสังคม	๑๒
๒	เปรียบเทียบภาวะจิตใจมนุษย์มีสภาพคล้ายภูเขาน้ำแข็งที่ลอยอยู่ในมหาสมุทร.....	๑๖

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
๑	ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ลักษณะสำคัญของผู้ติดยาเสพติดและการ ตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดในแต่ละขั้นตอน.....	๘๖
๒	สรุปอาการและการเปลี่ยนแปลง แผนการรักษาและกิจกรรมพยาบาลขณะอยู่ โรงพยาบาล.....	๑๐๐
๓	วิเคราะห์กรณีศึกษา การเปรียบเทียบข้อมูลวิชาการ/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ สืบค้นมา.....	๑๒๗

บทที่ ๑

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตจากสารเสพติดนับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยประมาณ ๒๙.๕ ล้านคน หรือร้อยละ ๐.๖ ของประชากรผู้ใหญ่ ทั่วโลกกำลังประสบปัญหาจากโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (United Nations office on Drugs and Crime, ๒๐๑๗) ยาเสพติดเป็นปัญหาที่สร้างความเดือดร้อน และส่งผลกระทบต่อสังคมชุมชนอย่างมาก ยาเสพติดที่เป็นปัญหาแพร่ ระบาดหลัก คือ ยาบ้า รองลงมาคือกัญชา พืชกระท่อม ไอซ์ และเฮโรอีน ในประเทศไทย พบผู้ที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีน ๓๑.๙๑ : ๑ : ๑,๐๐๐ ประชากร (มานพ คณะโต และคณะ, ๒๕๖๓) ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด จะส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้เสพ หากเสพในปริมาณที่สูงหรือเป็นเวลานาน ต่อเนื่อง ยังมีผลกระทบเป็นอย่างมากต่อความผิดปกติของบุคลิกภาพ การคิดการตัดสินใจบกพร่อง อาจเกิดภาวะฉุกเฉินได้ทั้งในช่วงเสพและช่วงหยุดเสพ จากสถิติกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา พบว่า ผู้เข้าบำบัดจำนวนมากที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีอาการทางจิตร่วมด้วย โดยมีจำนวนผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิต ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖ มีจำนวน ๙๐๖, ๘๔๗ และ ๑๐๘๖ ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา, ๒๕๖๖) เป็นผู้ป่วยยาเสพติดหญิงที่รับไว้ดูแลที่ตึกพวงชมพู (ตึกแรกรับหญิง) จำนวน ๑๖๘, ๑๖๖ และ ๒๐๘ ราย ซึ่งพบว่าเป็นผู้ใช้สารเสพติดหญิงที่มีอาการทางจิตรายใหม่ จำนวน ๕๔, ๕๑ และ ๑๐๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๑๔, ๓๐.๗ และ ๕๒.๔ ของจำนวนผู้ป่วยหญิงทั้งหมด นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุจากผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช ในปี ๒๕๖๔ มีอุบัติเหตุทำร้ายตนเอง ๔ ครั้ง/๔ ราย ทะเลาะวิวาท ๑๘ครั้ง/๑๒ราย ปี ๒๕๖๕ มีอุบัติเหตุทำร้ายตนเอง ๕ ครั้ง /๖ ราย ทะเลาะวิวาท ๑๒ ครั้ง ๑๗ ราย ปี ๒๕๖๖ มีอุบัติเหตุทำร้ายตนเอง ๖ ครั้ง /๖ ราย ทะเลาะวิวาท ๗ ครั้ง/๑๓ ราย จะเห็นว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบัน พบว่าผู้ใช้ยาเสพติดโดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่ มักจะได้รับการวินิจฉัยโรคร่วม (cooccurring substance use disorders: COD disorder) โดยผู้ที่มีการใช้ยาเสพติดในชั่วชีวิต (life time substance) ถึงร้อยละ ๕๐ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท และโรคทางจิตอื่นๆ ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่ม COD มักมีอัตราการกลับซ้ำสูงและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (กิตต์กวี โพธิ์โน และคณะ, ๒๕๖๑) ภาวะโรคจิตเวชร่วมกับโรคความผิดปกติของการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กันอย่างมาก เพราะโรคทั้งสองมีผลกระทบซึ่งกันและกันในทางลบ โดยเฉพาะด้านการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค ทำให้อาการของโรคทั้งสองแย่งลง

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชมีความผิดปกติของสมองแสดงออกทางความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม การทำงาน การดูแลตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะปรากฏกลุ่มอาการ ใน ๒ ลักษณะ คือ กลุ่มอาการทางบวก (positive symptoms) เช่น อาการหลงผิด (delusions) ประสาทหลอน (hallucinations) พฤติกรรมและการพูด ผิดปกติ (disorganized speech and behaviors) เป็นต้น และกลุ่มอาการทางลบ (negative symptoms) เช่น อารมณ์เรียบเฉย (flat affect) การเคลื่อนไหวช้าลง (slow movements) การดูแลตนเองบกพร่อง (poor self-care) เป็นต้น (American Psychiatric

Association, ๒๐๑๓) ซึ่งอาการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมี การแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติจากบุคคลทั่วไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม การทำงาน การดูแลตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Dziwota E, et. al., ๒๐๑๘) ลักษณะดังกล่าวจึงทำให้โรคจิตเภทกลายเป็นโรคเรื้อรังของสังคม ซึ่งหากไม่ได้รับการ ช่วยเหลืออย่างถูกต้องและทันท่วงที อาจทำให้อาการของโรคจิตเภทกำเริบได้ง่าย (American Psychiatric Association, ๒๐๑๓), (Kahn RS, & Keefe RS., ๒๐๑๓)

โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทชนิดที่พบมากที่สุด ลักษณะ สำคัญทางคลินิก คือ ความหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิด หรือหูแว่ว อาการหวาดระแวงเป็นอาการที่ไม่ไว้วางใจ ผู้อื่น จนหลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือคิดว่ามีคนชู่จะทำร้าย อาการหวาดระแวงจะมีผลทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่นการแยกตัว หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว (พิมพัลลัญช์ อายุวัฒน์ และคณะ, ๒๕๕๙) ความหลงผิดนี้อาจจะทำให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, ๒๕๕๔) การบำบัดรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันจะมีการรักษาโดยใช้ยาและการรักษาโดยไม่ใช้ยา (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๐) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาและการดูแลทางจิตสังคมร่วมกับญาติ มีการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดยาจะสามารถช่วยลดความรุนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติรวมถึงการส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม (กรมสุขภาพจิต และสำนักการพยาบาล, ๒๕๕๖) การบำบัดรักษาด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญเพื่อควบคุมอาการด้านบวกป้องกันอาการกำเริบซ้ำการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้นบุคลากรทางสุขภาพดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทั้งการดูแลและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย (สุดาพร สถิตยยุทธการ, ๒๕๕๙), (ธงรบ เทียนสันต์, ๒๕๖๑) และตีพิมพ์สมรรถภาพผู้ป่วยหญิงพบว่าผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเข้ามารับการบำบัดยาเสพติดจากข้อมูลในศึกพวงชมพูพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความซับซ้อนยุ่งยากในการดูแลและการจัดการกับปัญหาทางการพยาบาลเฉพาะรายและส่งผลถึงภาพรวมอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจิตเภทยาเสพติดที่มีอาการหวาดระแวงหากได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และวางแผนตัดสินใจให้การพยาบาลที่เหมาะสมก็จะส่งผลให้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นลดลง ลดผลกระทบที่ตามมาอีกทั้งช่วยลดความเสี่ยง และการป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้

จากปัญหาดังกล่าว จึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาลงในรายละเอียดของกรณีศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย ที่น่าสนใจ เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ข้อมูลรายละเอียด ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการใช้ยาเสพติด และผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด เปรียบเทียบกับทฤษฎีองค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดกระบวนการดูแลทางการพยาบาลทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็น สิ่งสำคัญที่จะช่วยลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการบริการ การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ การแก้ไข้ปัญหา การให้การพยาบาลที่ตอบสนองผู้ป่วยจิตเภทยาเสพติดที่มีอาการหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) ต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทยาเสพติดที่มีอาการหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา อย่างมีประสิทธิภาพ
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทยาเสพติดที่มีอาการหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมปลอดภัยจากอาการทางจิต ปลอดภัยจากอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิตเวช
๓. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกับทฤษฎี การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทยาเสพติดที่มีอาการหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia)
๔. เพื่อทบทวนปัจจัยเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยเฉพาะรายจิตเภทยาเสพติดที่มีอาการหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) (ตึกฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิง)

ตัวชี้วัด

กรณีศึกษาได้รับการนำมาประยุกต์ใช้เป็นเอกสารวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) ในหน่วยงาน

ระยะเวลาดำเนินการ : เริ่มศึกษาตั้งแต่วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๗

วิธีการดำเนินงาน :

๑. วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหา โอกาสพัฒนา ในการดูแลผู้ป่วย
๒. การเตรียมการ
 - ๒.๑ กำหนดกรอบทิศทางการเขียน
 - 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 โดยศึกษาค้นคว้า จากเอกสาร ตำรา งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์อื่น ๆ ทั้งด้านการแพทย์และการพยาบาล

- องค์ความรู้ยาเสพติด แอมเฟตามีน น้ำกระท่อม ๔ X ๑๐๐ และความเกี่ยวข้องกับ
กับโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง

- ผลกระทบโรคจิตเภทจากการใช้ยาเสพติดที่มีอาการหวาดระแวง
- เปรียบเทียบทฤษฎีกับรายกรณีศึกษา

๕.๓ การพยาบาล

- กรอบแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์
- การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทยาเสพติดที่มีอาการหวาดระแวง
- ประมวลผลการพยาบาลรายกรณีศึกษา และประโยชน์ของผลงาน

๕.๔ กรณีศึกษา

- ศึกษาประวัติผู้ป่วย ประเมินอาการ รวบรวมข้อมูล จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและ
ญาติ และจากการสังเกต

- สรุปผลกรณีศึกษา

๕.๕ สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

กิจกรรม

๑. การให้คำปรึกษา

๒. กิจกรรมทางการพยาบาล

๓. การประเมินผลทางการพยาบาลเฉพาะราย

๔. แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทยาเสพติดที่มีอาการ
หวาดระแวง

๕. กำหนดแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทยาเสพติดที่มีอาการหวาดระแวง

๖. จัดทำรูปเล่มและเผยแพร่ผลงาน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ :

๑. เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทยาเสพติดที่มีอาการหวาดระแวง
๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลเฉพาะรายตรงกับปัญหาและความต้องการ
๓. เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ
๔. ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์
๕. บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการพยาบาลและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ
ผู้ป่วยจิตเภทยาเสพติดที่มีอาการหวาดระแวง
๖. บุคลากรมีทักษะ และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทยาเสพติดที่มีอาการหวาดระแวง

บทที่ ๒

ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่างๆที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด

ยาเสพติด หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกาย จิตใจ ในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องการเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา รวมถึงพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ หรืออาจใช้เป็น ยาเสพติดให้โทษ และสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ สารระเหย ฯลฯ โดยรวมถึงการใช้ยารักษาโรคในทางที่ผิดด้วย (กัมปนาท รูปขาว, ๒๕๖๕)

ลักษณะสำคัญของสารเสพติด จะทำให้เกิดอาการ และอาการแสดงต่อผู้เสพดังนี้

๑. เกิดอาการตื้อยา หรือต้านยา และเมื่อติดแล้ว ต้องการใช้สารนั้นในปริมาณมากขึ้น
๒. เกิดอาการขาดยา ถอนยา หรืออยากยา เมื่อใช้สารนั้นเท่าเดิม ลดลง หรือหยุดใช้
๓. มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจ อย่างรุนแรงตลอดเวลา
๔. สุขภาพร่างกายทรุดโทรมลง เกิดโทษต่อตนเอง ครอบครัว ผู้อื่น ตลอดจนสังคมและประเทศชาติ

ประเภทของยาเสพติด

วิธีการแบ่งได้หลากหลาย ทั้งตามกฎหมาย ชนิดหรือ ประเภท และการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน โดยการแบ่งตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ใน พ.ร.บ.ให้ใช้ประมวล กฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ จะแบ่งได้เป็น ๕ ประเภท ดังนี้ (พระราชบัญญัติ ให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔)

ประเภทที่ ๑ ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin)

ประเภทที่ ๒ ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (Morphine) โคคาอีน (Cocaine) โคเดอีน (Codeine) หรือฝิ่นยา (Medicinal Opium)

ประเภทที่ ๓ ยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะเป็นตำรับยา และมียาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ผสมอยู่ ด้วย ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยการเสนอแนะของคณะกรรมการควบคุม ยาเสพติดประกาศกำหนด

ประเภทที่ ๔ สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท ๑ หรือประเภท ๒ เช่น อาเซติก แอนไฮไดรด์ (Acetic Anhydride)

ประเภทที่ ๕ ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท ๑ ถึงประเภท ๔ เช่น พืชฝิ่น

ด้านการแบ่งสารเสพติดตามการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท สามารถแบ่งได้เป็น ๔ ประเภท (อัญชลี จุมพฏจามิกร, ม.ป.ป.) ได้แก่

๑) สารที่ออกฤทธิ์กดประสาท เช่น ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน เซโคบาร์ทบาท (บาร์บิทูเรต) เหล้าแห้ง หรือ โซโคบาล ทำให้ประสาทมึนชา สมอ อารมณ์ จิตใจ เฉื่อยชา

๒) สารที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท เช่น แอมเฟตามีน กระท่อม โคเคน ยาม้า ยากระตุ้นประสาทที่ทำให้ตื่นตัว กระวนกระวาย ประสาทไหวตัวอยู่เสมอ

๓) สารที่ออกฤทธิ์หลอนประสาท เช่น แอลเอสดี ทำให้เกิดประสาทหลอนเห็นภาพผิดไปจากปกติ

๔) สารที่ออกฤทธิ์ผสมผสานกัน ทั้งกดประสาท กระตุ้นประสาท และหลอนประสาท เช่น กัญชา

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)

ลักษณะการติดยาเสพติด

ยาเสพติดบางชนิดก่อให้เกิดการติดได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่ยาเสพติดบางชนิดก่อให้เกิดการติดทางด้านจิตใจเพียงอย่างเดียว คือ

๑. ลักษณะทั่วไป

๑.๑ ตาโรยขาดความกระปรี้กระเปร่า น้ำมูกไหล น้ำตาไหล ริมฝีปาก เขียวคล้ำแห้งแตก (เสพโดยการสูบ)

๑.๒ เหงื่อออกมาก กลิ่นตัวแรง พุดจาไม่สัมพันธ์กับความจริง

๑.๓ บริเวณแขนตามแนวเส้นโลหิต มีร่องรอยการเสพยาโดยการฉีดให้เห็น

๑.๔ ที่ห้องแขนมีรอยแผลเป็นโดยกรีดด้วยของมีคมตามขวาง (ติดเหล้าแห้ง ยากล่อมประสาท ยาระงับประสาท)

๑.๕ ใส่แว่นตากรองแสงเข้มเป็นประจำ เพราะม่านตาขยายและเพื่อปิดนัยน์ตาสีแดงกำ

๑.๖ มักสวมเสื้อแขนยาวปกปิดรอยฉีดยา

๑.๗ มีความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะเสพยานั้นต่อไปอีกเรื่อย ๆ

๑.๘ มีความโน้มเอียงที่จะเพิ่มปริมาณของสิ่งเสพติดให้มากขึ้นทุกขณะ

๒. การติดยาทางกาย

เป็นการติดยาเสพติดที่ผู้เสพมีความต้องการเสพอย่างรุนแรง ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ เมื่อถึงเวลาอยากเสพแล้วไม่ได้เสพ จะเกิดอาการผิดปกติอย่างมาก ทั้งทางร่างกาย และจิตใจซึ่งเรียกว่า “อาการขาดยา” เช่น การติดฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน เมื่อขาดยา จะมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน หาว น้ำมูก น้ำตาไหล นอนไม่หลับ เจ็บปวดทั่วร่างกาย เป็นต้น

๓. การติดยาทางใจ

เป็นการติดยาเสพติดเพราะจิตใจเกิดความต้องการหรือเกิดการติดเป็นนิสัย หากไม่ได้เสพร่างกาย ก็จะไม่เกิดอาการผิดปกติ หรือทรนทรายแต่อย่างใด จะมีบ้างก็เพียงเกิด อาการหงุดหงิดหรือ กระวนกระวายใจเท่านั้น

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ติดยาเสพติด

สาเหตุของการติดยาเสพติดมีอยู่หลายสาเหตุโดยขึ้นอยู่กับปัจจัยและสภาวะแวดล้อมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสถานศึกษา ครอบครัว การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและสังคม หรือ ปัญหาจากทางร่างกายและจิตใจของคนผู้นั้น ซึ่งเกิดได้จากหลายปัจจัยดังนี้

๑. อยู่ใกล้ชิดกับแหล่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเสพติดไม่ว่าจะเป็น แหล่งจำหน่าย แหล่งผลิต หรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้จำหน่าย

๒. อยู่ใกล้ชิดกับผู้เสพสิ่งเสพติด อาจเกิดจากการที่มีพ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน หรือคนรักที่เสพยาเสพติด ซึ่ง จะทำให้ผู้นั้นได้เห็นพฤติกรรมและวิธีการใช้สารเสพติดไปด้วย หรืออาจได้รับการชักชวนจากบุคคล ใกล้ชิด จนทำให้เกิดพฤติกรรมการเลียนแบบและเห็นว่าเป็นสิ่งที่น่าลอง หรืออาจเสพยาเพราะต้องการที่จะได้รับการยอมรับจากกลุ่มหรือบุคคลที่ใกล้ชิดนั้น

๓. การประชดชีวิต เพราะมีความผิดหวังในชีวิตตนเอง ผิดหวังในชีวิตครอบครัวหรือผิดหวังต่อการใช้ชีวิตในสังคม ส่งผลให้ขาดความยึดติด ไตร่ตรอง จึงใช้สารเสพติดประชดตนเองหรือคนอื่น

๔. การอยากรู้ อยากรลองซึ่งการอยากรู้ อยากรลอง นับว่าเป็นนิสัยของคนปกติทั่วไปของมนุษย์ โดยไม่คำนึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติดนั้นๆ ซึ่งเมื่อลองแล้วมีความรู้สึกที่ดีเนื่องจาก ฤทธิ์ของการเสพยา จึงทำให้มีความต้องการที่จะใช้สารเสพติดนั้นอีก และใช้ในปริมาณที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

๕. ความศีกคะนอง โดยเฉพาะในวัยรุ่นมักจะมีนิสัยที่ชอบแสดงความเก่ง กล้า ของตนในกลุ่มเพื่อน และมองว่าการใช้สารเสพติดเป็นเรื่องสนุกสนาน น่าตื่นเต้น ทำให้เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อนๆ ว่าตนนั้นเก่ง โดยมีได้คำนึงว่าอาจส่งผลให้ตนติดสารเสพติดในที่สุด

๖. เกิดจากการเจ็บป่วยทางกาย เจ็บป่วยทางจิต หรืออาจเกิดจากการปฏิบัติไม่ถูกต้องในการใช้ยา

๖.๑ การเจ็บป่วยทางกาย เช่น ในคนที่เป็โรคที่มีความเจ็บปวดอยู่เป็น ประจำ และได้รับความทรมานจากโรคที่เป็นนั้น ซึ่งต้องพยายามหาวิธี ที่จะทำให้ตนเองหลุดพ้นจาก ความทรมานดังกล่าวโดยการใช้สารเสพติด ซึ่งนั่นไม่ใช่การรักษาที่ถูกต้อง เพราะฤทธิ์ของสารเสพติด นั้นเพียงแค่ระงับความเจ็บปวดได้ชั่วคราวในช่วงหนึ่งเท่านั้น เมื่อฤทธิ์ของสารนั้นหมดไปก็จะทำให้กลับมาเจ็บปวดเช่นเดิม และผู้ป่วยก็จะมีความต้องการที่จะใช้สารนั้นอีกต่อไปเรื่อยๆ จนติดสารเสพติดดังกล่าวในที่สุด

๖.๒ การเจ็บป่วยทางจิต เช่น ผู้ที่เป็นโรคเครียด จิตวิตกกังวล โรคซึมเศร้า หรือในผู้ที่สภาวะจิตไม่ปกติ จึงพยายามใช้ยาหรือสารเสพติดที่มีฤทธิ์คลายความเครียดจากอาการ ทางจิตได้ชั่วคราวหนึ่ง ซึ่งเมื่อสารดังกล่าวหมดฤทธิ์ไปก็จะทำให้ผู้เสพนั้นกลับมาเครียดอีก และเมื่อผู้ เสพเกิดอาการเครียดก็จะกลับมาใช้ยานี้เช่นเดิม และใช้ต่อเนื่องจนติดในที่สุด

๖.๓ การปฏิบัติไม่ถูกต้องในการใช้ยา คือ การนำยาหรือสารเสพติดมารับประทานเอง โดยไม่ทราบถึงสรรพคุณที่แท้จริง และไม่ทราบถึงวิธีการใช้ยาดังกล่าวที่ถูกต้อง หรือใช้เกินกว่าที่แพทย์จริงสั่ง ซึ่งเมื่อมีการใช้ยาติดต่อกันนานๆ ก็อาจทำให้ติดยานั้น หรือในบางรายอาจ ส่งผลถึงขั้นเสียชีวิตได้

๗. การได้รับข้อมูลหรือความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด การเสพยาไอซ์ทำให้หอม หุ่นดี และผิวขาว หรือการเสพยาบ้าจะทำให้ สมรรถภาพทางเพศดีขึ้น (ทำให้มีเซ็กส์ได้นานขึ้น) ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว ฤทธิ์ของยาไอซ์ทำให้ไม่ รู้สึกอยากอาหารซึ่งเป็นสาเหตุให้น้ำหนักลง ส่วนยาบ้านั้น

เป็นยาเสพติดสังเคราะห์ ทำให้ผู้ใช้ยา มีความรู้สึกดีและอารมณ์ดี มีความกระตือรือร้นมากขึ้น ทำให้ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ไม่ได้ส่งผล ต่อสมรรถภาพทางเพศแต่อย่างใด

การติดยาเสพติดมีสาเหตุที่ซับซ้อนประกอบด้วยหลายประการ โดยสามารถแบ่งขึ้นถึงสาเหตุ การติดยาว่ามาจากปัจจัย ๓ ประการด้วยกัน โดยทุกปัจจัยต่างมีความเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน ดังนี้

๑. ปัจจัยด้านตัวยาเสพติด ยาเสพติดแต่ละชนิดมีการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน การใช้ยาเสพติด เป็นเวลานานๆ ร่างกายจะเกิดความเคยชินต่อยา และการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายจะอยู่ ภายใต้อิทธิพลของสารดังกล่าว เมื่อร่างกายขาดยาหรือสารเสพติดดังกล่าว จะเกิดอาการเปลี่ยนแปลง อย่างกะทันหัน มีอาการผิดปกติกับร่างกายที่เราเรียกว่า อาการขาดยา ความรุนแรงของอาการอาจมี มากจนทนไม่ไหวจนต้องพยายามหายาหรือสารเสพติดมาเสพ เพื่อระงับอาการต่างๆ ให้ร่างกาย สามารถ ทำงานได้ในระบบเดิม

๒. ปัจจัยด้านบุคคลหรือผู้ป่วย มีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องและส่งเสริมให้ติดยาเสพติดสำคัญ ๒ ประการ คือ

๒.๑ สภาพร่างกาย พบว่า สาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยติดยาเสพติด เนื่องจากการเจ็บป่วยทาง ร่างกายและใช้ยาบำบัดรักษา เช่น การใช้ฝิ่นเป็นยาระงับความเจ็บปวดในพวกชาวเขา การที่แพทย์ใช้ มอร์ฟีนแก้ปวดในผู้ป่วยเนื้องอก มะเร็ง กระดูกหักหรือหลังผ่าตัด นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ชีบรรณรทุกที่ที่ต้องการทำงานให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มรายได้ นักศึกษาที่ต้องการอ่านหนังสือได้นาน โดยไม่่วงก็อาจใช้ยาบ้าช่วยทำให้ร่างกายไม่อ่อนเพลีย มีกำลังในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น

๒.๒ สภาพทางจิตใจและบุคลิกภาพ บุคคลที่มีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดจะมีบุคลิกภาพ อ่อนแอในทุกด้าน เช่น อารมณ์ และสติปัญญา ร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ ผู้ที่มีอารมณ์วู่วาม อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย บางกลุ่มใช้ยาบ้าเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง ผู้ติดยาเสพติดเป็นบุคคลที่มีความ แปรปรวนของอารมณ์รุนแรง มีภาวะของการพึ่งพาสูง ร่วมกับมีลักษณะของความสามารถในการ ควบคุมความต้องการของตนเองต่ำ มีความอดทนต่อความขัดข้องใจและความรู้สึกการมีคุณค่า ในตนเองต่ำซึ่งเป็นความรู้สึกที่ฝังแน่นในระยะพัฒนาการระยะปาก (oral stage) ตรงกับวัยทารก ๐-๑ ปี เป็นระยะที่บุคคลแสวงหาความพึงพอใจโดยการผ่านทางปาก ดังนั้นการใช้สารเสพติดจึงเป็นการ พยายามแสวงหาความพึงพอใจของผู้ใช้ซ้ำแล้วซ้ำอีกเพื่อแก้ไขความขัดแย้งในใจที่มีอยู่ในตนเอง สารเสพติด เข้ามาช่วยแก้บดความรู้สึกที่ไม่ต้องการเป็นการหลีกหนีความจริง (อาไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, ๒๕๔๓) ส่วนบุคลิกภาพมักจะมีพฤติกรรมทำอะไรไม่ยั้งคิด เมื่อมีปัญหาจะแก้ปัญหาแบบง่ายๆ ไม่ใช่ เหตุผล ทำตามอารมณ์ และมักจะมองตนเองในแง่ลบ ขาดวุฒิภาวะ มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial) และแบบก้ำกึ่ง (borderline) แสดงการตอบโต้ในลักษณะที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อน ทั้งตนเองและสังคม นอกจากนี้กลุ่มบุคคลบางลักษณะ เช่น บุคคลที่ไม่มั่นใจในตนเองหรือมีความ ภูมิใจในตนเองต่ำ บุคคลที่มีความอดทนต่อความขัดแย้งต่ำ บุคคลที่ไม่ยืดหยุ่น และบุคคลที่หลงตนเอง เป็นบุคคลที่เชื่อว่าเมื่อมีความไม่สบายใจมักแยกตัวชอบอยู่ตามลำพัง มีปัญหาไม่กล้าบอกใคร แก้ปัญหาโดยการใช้ยาเสพติด

๓. สิ่งแวดล้อม มีผลต่อการผลักดันให้ไปติดยาเสพติดได้ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว การขาดความอบอุ่นในบ้าน ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาชีวิต สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม นอกจากจะ ส่งเสริมให้ติดยาเสพติดได้แล้ว ยังเป็นสิ่งที่เสริมให้กลับไปใช้ยาเสพติดอีกเพราะสภาพแวดล้อมเดิม ๆ จะกดดันให้กลับไปใช้ยาเสพติด ความอยากรู้อยากลอง เพื่อนชวน ค่านิยมในกลุ่มเพื่อน การมีปัญหาค ครอบครัวย รวมทั้งการมียาเสพติดจำหน่าย การเข้าถึงและหาซื้อได้ง่ายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ

เสพยาเสพติด นอกจากนี้การเลียนแบบ (social learning) เด็กเรียนรู้จากการเอาอย่าง การเลียนแบบ พฤติกรรม ซึ่งได้จากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน พบว่าเด็กวัยรุ่นที่ติดยาเสพติด มักมาจากครอบครัวที่พ่อแม่ใช้ยาเสพติดหรือเกี่ยวข้องกับยาเสพติด กลุ่มเพื่อนของเด็กและวัยรุ่นเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการกระตุ้นให้เกิดการติดยาเสพติด การเรียนรู้ทางสังคมอาจเกิดจากการถูกชักจูงหรือกระตุ้นให้ทดลองใช้ยาเสพติด ประกอบกับความอยากรู้อยากเห็น หรือมีความทุกข์และต้องการจะหนีความทุกข์นั้น เมื่อมีผู้นำเสนอและใช้ยาเสพติด ประกอบกับยาเสพติดส่วนมากทำให้ผู้เสพมีความสุข อารมณ์แจ่มใส รู้สึกไร้กังวล มีพลังกำลังมากขึ้น มีความมั่นใจมากขึ้นและกระตุ้นอารมณ์ ทางเพศได้ดี ซึ่งส่วนมากเป็นฤทธิ์ของยาเสพติดในช่วงแรกและในปริมาณที่พอเหมาะจึงทำให้ผู้เสพพอใจ อันเป็นแรงเสริมให้บุคคลกลับมาใช้ยาเสพติดที่ตนพอใจ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญความเครียด ความเบื่อหน่ายหรือความไม่สบายใจต่างๆ จากการเรียนรู้เช่นนี้เป็นการส่งเสริมให้บุคคลติดยาเสพติดได้ง่าย (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, ๒๕๔๓) จึงใช้ไปเรื่อยๆ และเพิ่มขนาดยาขึ้นเรื่อยๆ จนเกิดการติดยาเสพติด

จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหวนกลับมาติดยาเสพติดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบำบัดซ้ำที่อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะบรรยากาศในครอบครัว ก่อนการบำบัดในลักษณะทำอะไรก็ได้โดยไม่มีกฎเกณฑ์ ก่อนเสพยาบ้าได้รับการสั่งสอนแบบดุด่าและทำโทษ มีความสัมพันธ์กับบิดามารดาโดยทะเลาะกันบางครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีเพื่อนติดยาเสพติดและยังคบกันอยู่ เพื่อนเป็นผู้ชักชวนให้เสพยา ยานที่พกอาศัยหาซื้อยาบ้าได้ง่าย สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการหวนกลับไปเสพยาคือเพื่อน อาศัยอยู่ในแหล่งที่มีการเสพและขายยาบ้า มีปัญหาความคับข้องใจในครอบครัว (สาวตรี อัจฉรงค์กรชัย, ๒๕๕๒) ในปัจจุบันพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดสิ่งที่น่าสนใจคือการ ใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิด โดยมีการนำตัวยาเสพติดและกลุ่มยารักษาโรคมาร่วมกันโดยเฉพาะ สี่คูณร้อย ปัจจุบันการใช้พืชกระท่อมได้เปลี่ยนแปลงไปจากรูปแบบเดิม จากเคี้ยวใบกระท่อมมาสู่การแปรรูปเป็นสารเสพติดชนิดใหม่เรียกว่า ๔X๑๐๐ (สี่คูณร้อย) โดยการนำน้ำต้มใบกระท่อมไปผสมกับสารตัวอื่น เช่น ยาแก้ไอเครื่องตีมน้ำคั๊ก ยากล่อมประสาทประเภทอัลปราโซแลม (alprazolam) เป็นต้น ซึ่งผู้ใช้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชนที่รวมกลุ่มกันใช้เพื่อความสนุกสนาน ยาเสพติดชนิดนี้มีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้นเนื่องจากการผลิตที่ไม่ยุ่งยากราคาไม่แพง หาซื้อง่าย (สุไหวดี บุษลาด, ๒๕๕๘) แต่ส่งผลต่อการบำบัดรักษาให้มีความยุ่งยากและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

ทฤษฎีการติดยาเสพติด

๑. ทฤษฎีการติดยาเสพติดเพราะจิตใจ (Psychic Dependence)

ทฤษฎีการติดยาเสพติดเพราะจิตใจ หมายถึง การใช้ยาเพื่อตอบสนองความรู้สึกอยากที่จะใช้ยานั้น รู้สึกสบายและเป็นสุขหลังจากที่ได้ใช้ยานั้นแล้ว แต่เมื่อใดยานั้นหมดฤทธิ์ลงสภาพชีวิตจริงที่เกิดขึ้นจะไม่มีความสุขสมหวังก็จะหวนกลับมาปรากฏให้เห็นอีกครั้ง และทำให้เกิดความทุกข์ และจะต้องหันกลับมาเสพยาอีกครั้ง เพื่อจะได้ไม่ต้องตกอยู่ในโลกแห่งความจริงของสังคมอาจกล่าวได้ว่า หากผู้นั้นมีจิตใจที่แข็งแกร่งก็หายจากยาได้ง่าย หากผู้นั้นมีจิตใจที่ไม่แข็งแกร่งก็หายจากยาได้ยาก และอาจแตกต่างกันไปติดง่ายบ้างยากบ้างซึ่งเป็นเรื่องของบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล (ทวิรัตน์ พรหมรัตน์, ๒๕๕๙; พิษเยศ ชูเมือง, ๒๕๖๓)

๒. ทฤษฎีการติดยาเสพติดเพราะร่างกาย (Physical Dependence)

ทฤษฎีการติดยาเสพติดเพราะร่างกาย หมายถึง การติดยาซึ่งเมื่อหยุดแล้วใช้ยาแล้วจะมีอาการผิดปกติต่างๆ เรียกว่า อาการลงแดง (Withdrawal Symptoms) ผู้ติดยาจะต้องใช้ยาต่อไป

เรื่อยๆ เพราะถ้าหยุดยาทันทีทันใดแล้วจะมีอาการผื่นตกสะเก็ดเกิดขึ้น คือมีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้นทำให้เหงื่อออก น้ำตาไหล ความดันโลหิตสูง อาเจียนปวดท้อง ท้องเดิน และมีอาการสมองถูกกระตุ้นร่วมด้วย คือการเกิดความกังวล อารมณ์หงุดหงิด นอนไม่หลับ ถ้าเป็นรุนแรงอาจชักได้ นอกจากนี้อาจมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ข้อต่างๆ ตามร่างกายได้ (พยอม ตันติวัฒน์, ม.ป.ป.)

๓. ทฤษฎีการติดยาเสพติดเพราะสังคมและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากภาวะสิ่งแวดล้อม

สังคมรอบตัว มีอิทธิพลที่ผลักดันให้ไปติดยาเสพติดและเอื้ออำนวยที่จะส่งเสริมและผลักดันให้เห็นเข้าหายาเสพติด เป็นต้นว่าสถานที่อยู่อาศัยเต็มไปด้วยแหล่งค้ายาเสพติดสภาพแวดล้อมภายในบ้านขาดความอบอุ่น ครอบครัวแตกแยก เช่น สมาชิกในครอบครัวขาดความเข้าใจซึ่งกันและกันรวมไปถึงสถานะทางเศรษฐกิจบีบบังคับให้ทำเพื่อความอยู่รอด และปัญหาชีวิตสิ่งแวดล้อมที่เลวร้าย ภาวะเศรษฐกิจ อยากรวยเร็วไม่เพียงแต่จะช่วยเร่งให้ใช้ยาเสพติดแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้ผู้เสพสามารถเลิกใช้ยาเสพติดและอาจเป็นเหตุให้หวนกลับมาใช้ยาถึงแม้ว่าจะรักษาให้หายได้แล้วก็ตาม แต่เพียงเพราะสิ่งแวดล้อมเก่าๆ จะเป็นตัวกดดันให้ผู้เสพต้องกลับไปใช้ยาเสพติดนั้นๆ อีกครั้งหนึ่งโดยมูลเหตุที่ทำให้ติดยาเสพติดแยกได้ (พิชยศ ชูเมือง, ๒๕๖๓) ดังนี้

๓.๑ เหตุจากการทดลองเนื่องจากสัญชาตญาณอย่างหนึ่งของมนุษย์ คือ การอยากรู้อยากเห็นอยากทดลองอยากจรรู้รสชาติของยาเสพติดว่าเป็นอย่างไรโดยคิดว่าคงไม่ติดง่ายๆ แต่เมื่อได้ทดลองเสพเข้าไปแล้วอาจทำให้ติดได้โดยง่าย เช่น สารประเภทเฮโรอีนเมื่อได้เสพเพียงไม่กี่ครั้งอาจติดได้ โดยผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งในวัยนี้จะเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอันก่อให้เกิดความสงสัยและความรู้สึกใหม่ ๆ แก่เด็กเหล่านั้นเหตุความอยากรู้อยากเห็นอยากทดลองในเรื่องยาเสพติดนี้อาจเกิดขึ้นจากเห็นตัวอย่างหรือได้ยินได้ฟังมาและได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลหรือแหล่งที่สามารถจะหายาเสพติดได้โดยง่าย เป็นต้นว่าสถานที่อยู่อาศัยมีแต่การค้ายาเสพติด มีเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องที่ติดยาเสพติด อาจเป็นต้นเหตุให้มีความสงสัยและอยากรู้อะไรที่มีความสุขจริงหรือไม่

๓.๒ เหตุจากการถูกชักชวน อาจเกิดจากเพื่อนฝูงที่กำลังใช้ยาเสพติดอยู่และอาจจะเป็นการกระทำเพื่อสนองความต้องการที่เป็นไปตามวัย เนื่องจากในวัยรุ่นนั้นมีพลังของกลุ่มเป็นพลังที่สำคัญในอันที่จะดึงสมาชิกในกลุ่มให้เอนเอียงได้และผู้ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยเพื่อนฝูงที่ติดยาเสพติดจะสังเกตหรือลอกเลียนแบบพฤติกรรมที่เพื่อนฝูงหรือกลุ่มยอมรับนิยมปฏิบัติ

๓.๓ เหตุจากการถูกหลอกลวง เนื่องจากในปัจจุบันยาเสพติดได้มีการพัฒนาไปตามยุคสมัยมีชนิดใหม่ๆ รูปแบบต่างๆ มากมาย เช่น เป็นลูกกวาด ทอฟฟี่แคปซูล จนบางครั้งที่ผู้รับของสิ่งนั้นมาอาจไม่ทราบว่าสิ่งที่ตนเองได้รับเป็นยาเสพติดให้โทษร้ายแรงและอาจจะเข้าใจว่าเป็นของกินหรือยาธรรมดาที่ไม่มีพิษร้ายแรง แต่ผลสุดท้ายกลายเป็นผู้ติดยาเสพติดไปในที่สุด

๓.๔ เหตุเกิดจากปัญหาครอบครัว เนื่องจากเหตุการณ์ ดังนี้

๓.๔.๑ ความแตกร้าง ไม่เป็นสุขในครอบครัว เป็นสาเหตุที่สำคัญอันหนึ่งที่ทำให้เด็กมีความวุ่นวายใจ

๓.๔.๒ ผู้ปกครองมีฐานะดี แต่ไม่มีเวลาไม่เอาใจใส่บุตรหลาน อาจทำให้เด็กเกเรและใช้เงินมากและฟุ้งเฟ้อเกินวัย คบเพื่อนและเที่ยวเตร่ไปกับเพื่อนต่างเพศ

๓.๔.๓ ปัญหาเศรษฐกิจ ในปัจจุบันที่ผู้ปกครองส่วนมาก ต้องทำงานหนักไม่มีเวลาอบรมสั่งสอนเด็ก

๓.๔.๔ บิดา – มารดาและผู้ปกครอง ขาดความรู้ที่เป็นธรรมชาติของจิตใจรวมทั้งความประพฤติของเด็กตามวัยทำให้ไม่สามารถแนะแนวทางให้เด็กได้เผชิญชีวิตได้อย่างถูกต้อง

๓.๔.๕ ผู้ปกครอง อยู่ไกลกับเด็กไม่สามารถที่จะตักเตือนเด็กได้

๓.๔.๖ ผู้ปกครอง ส่งเสริมไปในทางที่ผิด เช่น เมื่อเด็กมีคดียุติกันหรือประพฤติผิด ผู้ปกครองบางรายจะให้ท้ายและหาทางช่วยเหลือเด็กให้พ้นโทษ ทำให้เด็กไม่สำนึกถึงความผิด

๓.๔.๗ สภาพบ้านแตกสาแหรกขาด ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับบิดาเลี้ยง หรือมารดาเลี้ยงได้ หรือผู้ปกครองไม่ปรองดองกัน

๓.๔.๘ บิดา – มารดาไม่ให้ความร่วมมือกับโรงเรียนในการอบรมสั่งสอนเด็ก

๓.๔.๙ ครอบครัวติดอบายมุขต่างๆ เช่น การพนัน ดื่มจนเด็กเกิดความเคยชินกับสิ่งอบายมุข

ดังนั้น ความสัมพันธ์ในครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่สนับสนุนหรือขัดขวางความประพฤติที่ติงามของบุคคลในครอบครัว เพราะถ้าชีวิตในครอบครัวราบรื่นไม่ทะเลาะเบาะแว้งกันมีความเข้าใจกันรู้จักการให้อภัยและร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาต่างๆ เป็นแบบอย่างดีของผู้ที่เป็นพ่อเป็นแม่แล้ว นอกจากจะเป็นการสร้างความสุขให้แก่ผู้ที่เป็นหัวหน้าครอบครัวในทางตรงแล้วสิ่งที่เป็นผลทางอ้อมก็คือการที่บิดา – มารดาให้ความเอาใจใส่ดูแลให้ความรักแก่บุตรก็จะทำให้เยาวชนเหล่านี้เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการกระทำของตนเองเพราะมีแบบอย่างที่ดีงามจากบิดา – มารดาและอีกประการหนึ่งที่สำคัญคือการที่เยาวชนมีปัญหาในทางจิตใจที่จะต้องคิดในเรื่องที่บิดา - มารดาแยกกันอยู่ หรือบิดา - มารดาไปมีสามีหรือภรรยาใหม่ถึงแม้ว่าเยาวชนเหล่านี้จะประพฤติผิดไปบ้าง เพราะความรู้เท่าไม่ถึงการณ์เพราะอยากทดลอง หรือเพราะได้รับการแนะนำชักชวนจากผู้อื่นก็ตามถ้าชีวิตของเยาวชนเหล่านี้ตั้งอยู่บนรากฐานของความรักความเข้าใจและการให้อภัยการพยายามหาทางที่จะแก้ไขช่วยเหลือจากบิดา-มารดาและคนในครอบครัวแล้วก็เชื่อได้ว่า “พลังของความรัก” เหล่านี้จะเป็นแรงผลักดันให้เยาวชนที่หลงผิดได้กลับตนเป็นคนดีได้เป็นที่พึงปรารถนาของครอบครัว และสังคมในที่สุด (พิชเยศ ชูเมือง, ๒๕๖๓)

๔. ทฤษฎีการติดยาเสพติดเพราะฤทธิ์ของยาเสพติด

ในทฤษฎีนี้ผู้นั้นทราบว่าสิ่งที่นำเข้ร่างกายเป็นยาเสพติดย่อมแสดงความหมายในตัวแล้วว่าถ้าหากเสพติดแล้วจะต้องติด กล่าวคือเมื่อร่างกายของมนุษย์ได้รับยาเสพติดประเภทนี้เข้าไปแล้วอำนาจของยาเสพติดก็จะทำให้การทำงานในระบบต่างๆ ของร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงไปเป็นอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งถ้าหากใช้ยานี้ไม่บ่อยหรือนานๆ ครั้ง ร่างกายก็ไม่รู้สึกกระทบกระเทือนมากเกี่ยวกับการทำงานในร่างกายที่เปลี่ยนแปลงหรือเกิดขึ้นกับระบบต่างๆ แต่ถ้าหากมีการใช้หรือเสพโดยสม่ำเสมอจนถึงขั้นติดแล้วร่างกายก็จะเกิดสภาพความเคยชินต่อการทำงานของร่างกายในรูปแบบนั้น ซึ่งถ้าไม่ได้รับการเสพแล้วการทำงานของร่างกายก็จะพยายามกลับคืนตัว เพื่อเข้าสู่สภาพปกติและในการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกายที่เกิดขึ้นโดยกะทันหัน และทันทีจะทำให้ผู้เสพติดแล้วอาจเกิดอาการผิดปกติขึ้นกับร่างกาย ซึ่งอาจมีความรุนแรงมากจนผู้นั้นไม่อาจทนได้และจะต้องเสาะแสวงหา มาเสพ เพื่อระงับอาการให้กับร่างกายสามารถทำงานอยู่ในระบบเดิมต่อไป เช่น การใช้ยาเพื่อลดความเจ็บปวดทางกายอันเนื่องมาจากโรคภัยไข้เจ็บ จนเกิดการติดยาเพราะใช้เป็นประจำ เป็นต้น ในส่วนนี้เป็นทฤษฎีค่อนข้างใหม่ และได้รับความนิยมแพร่หลายเป็นทฤษฎีทางชีวเคมี ในแง่ของการสันดาปถือว่าการติดยาพวกอนุพันธ์ฝิ่น เป็นความไม่สมดุลของสันดาปที่ยืดเยื้อ หรือโรคที่เกิดจากการสันดาปของเซลล์ ร่างกายส่วนประสาทเสื่อมลง เหมือนกับคนเป็นโรคเบาหวานที่ต้องการใช้ยาพวก

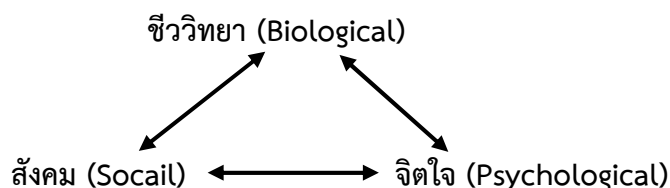
อินซูลินอยู่ตลอดเวลา ซึ่งผู้ติดยาเสพติดประเภทนี้สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติ (พิชเยศ ชูเมือง, ๒๕๖๓)

๕. ทฤษฎีที่ยึดหลักทางศีลธรรม (Moral model)

ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีแรกๆที่เริ่มมีมาช้านาน โดยได้รับอิทธิพลจากศาสนาที่มองว่าพฤติกรรมเสพติดเป็นความอ่อนแอทางจิตวิญญาณ หรือศีลธรรมที่บกพร่อง เป็นสิ่งที่ผู้เสพติดเองในปัจจุบันถึงแม้ว่าทฤษฎีที่ยึดหลักทางศีลธรรมจะไม่ได้รับการกล่าวถึงในทางวิชาการ มากเท่าใดนักหากแต่ยังส่งผลต่อทัศนคติต่อตัวผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดเอง บุคคลรอบข้าง ผู้ที่มีพฤติกรรมดังกล่าวรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ในกลุ่มบุคคลที่สนับสนุนทฤษฎีนี้จะมีท่าทีต่อพฤติกรรมเสพติดในเชิงตำหนินำไปสู่กฎหมายที่เน้น การลงโทษต่อบุคคลที่มีพฤติกรรมเสพติดมากกว่าให้การบำบัดรักษา อย่างไรก็ตาม ข้อดีของทฤษฎีนี้คือเป็นทฤษฎีที่ชักนำให้ผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตนและเน้นย้ำว่าทุกคน สามารถเลือกที่จะไม่ทำพฤติกรรมดังกล่าวได้นอกจากนี้ ทฤษฎีนี้ช่วยให้เข้าใจผลกระทบทางด้านจิตใจของการเสพติด ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นคนผิดบาปเนื่องจากทำพฤติกรรมไปตามอารมณ์โดยขาดความยับยั้งชั่งใจ และในที่สุดจะขาดความเคารพนับถือตนเองทำให้ผู้มีพฤติกรรมเสพติด กลับไปเสพติดเพื่อประชดตนเอง ติดอยู่ในวังวนของพฤติกรรมเสพติด ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพทางจิตวิญญาณ (Spiritual recovery) และศาสนบำบัดจึงมีส่วนช่วยให้ผู้ที่มีพฤติกรรมดังกล่าวเลิกยาเสพติดได้สำเร็จเพิ่มมากขึ้น เช่น ผิกเจริญสติสมาธิการปฏิบัติตามหลักธรรมคำสอนของศาสนาที่ตนเคารพนับถือ เป็นต้น (วนิดา รัตนสุมาวงศ์ และคณะ, ๒๕๖๑) อย่างไรก็ตามข้อด้อยของทฤษฎีนี้คือ เกิดการตีตรา (Stigma) ต่อผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติด อีกทั้งยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมเสพติด นอกเหนือจากเป็นการกระทำที่ไม่ดี

๖. ทฤษฎีชีวจิตสังคม (Bio-psycho-social Model, BPS)

มีหลักการว่าพฤติกรรมเสพติดมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย โดยแต่ละปัจจัยมีส่วนเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน ๗ อันได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological) รวมถึงปัจจัยทางด้านสังคม (Social) (ในบางตำรายังพุดรวมถึงปัจจัยทางจิตวิญญาณ (Spiritual) ทฤษฎีชีวจิตสังคมให้ความสำคัญกับสาเหตุปัจจัยแต่ละอย่างเท่ากัน โดยอธิบายว่า บุคคลมีปัจจัยทางชีววิทยาเป็นพื้นฐานอันเป็นจุดเริ่มต้นให้เกิดความเสี่ยง ปัจจัยอื่นๆ อันได้แก่ ปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สำคัญให้บุคคลผู้นั้นเข้าสู่กระบวนการ



รูปที่ ๑ แสดงส่วนประกอบและความสัมพันธ์ของทฤษฎีจิตสังคม อันประกอบไปด้วยปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางด้านสังคม (วนิดา รัตนสุมาวงศ์, และคณะ, ๒๕๖๑)

รูปแบบการบำบัดที่มาจากแนวคิดของทฤษฎีชีวจิตสังคมจะมีลักษณะให้การรักษาพฤติกรรมเสพติดมากกว่า การลงโทษ เน้นให้ความสำคัญกับการมองพฤติกรรมเสพติดแบบองค์รวมมีสาเหตุจากหลายปัจจัยและในการบำบัดรักษา จำเป็นต้องมองปัจจัยทุกส่วนร่วมกันเพื่อให้การรักษาเกิด ประสิทธิภาพสูงสุด การใช้ยาเพื่อช่วยรักษา หรือ medication assisted treatment or recovery (MAT or

MAR) เป็นเพียงตัวช่วยในการรักษาหากแต่ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรักษาอย่างมาก คือ การรักษาแบบจิตสังคมบำบัด (psychosocial treatment) ความสัมพันธ์ที่ีระหว่างผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติด ผู้ให้การบำบัดรักษา คนรอบข้างและครอบครัวของผู้ที่มีพฤติกรรมดังกล่าว เป็นสิ่งที่สำคัญ และเป็นตัวขับเคลื่อน ให้ผู้มีพฤติกรรมเสพติดตระหนักในการเปลี่ยนแปลง ตนเองเพื่อเข้าสู่พฤติกรรมที่ดีขึ้น ผู้บำบัดรักษาจำเป็นต้องออกแบบการรักษาให้เหมาะสมกับบุคคลนั้นๆ เพราะในบุคคลแต่ละคนมีสัดส่วนของปัจจัยที่ทำให้เกิด พฤติกรรมเสพติดรวมถึงปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมเสพติด ยังคงอยู่แตกต่างกัน The American Society of Addiction Medicine's (ASAM) ๑๐ ได้ให้หลักการบำบัด พฤติกรรมเสพติดโดยใช้พื้นฐานสำคัญของทฤษฎีชีวจิตสังคมซึ่งมองการบำบัดเป็น ๖ มิติ ดังนี้

มิติ ๑: พืชเฉียบพลัน/การถอนออก

มิติ ๒: เงื่อนไข/ภาวะแทรกซ้อนทางชีวการแพทย์

มิติ ๓: เงื่อนไขทางอารมณ์/พฤติกรรม/ความรู้ความเข้าใจและภาวะแทรกซ้อน

มิติ ๔: ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง

มิติ ๕: การก าเริบของโรค/การใช้อย่างต่อเนื่อง / อาจเกิดปัญหา

มิติ ๖: การกลับคืนสู่สภาพแวดล้อมเดิม

ปัจจุบันทฤษฎีชีวจิตสังคมได้รับการยอมรับ ว่าเป็นทฤษฎีที่มีความเหมาะสมในการบำบัดรักษาพฤติกรรมเสพติด และได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ข้อดีของทฤษฎีนี้คือมีหลักการบำบัด ที่ให้ความสนใจกับปัจจัยทุกด้านไม่จำกัดเพียงแค่ผู้เสพติด (Dependence) แต่ยังสามารถประยุกต์ใช้ กับผู้ใช้สารหรือผู้เสพ (Users) ได้สามารถใช้ทฤษฎีนี้กับนโยบายการลดอันตรายในผู้มีพฤติกรรม การเสพติด (Harm reduction) ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้หรือผู้เสพติดที่ยังไม่พร้อมกับการเลิกการเสพติด อย่างเด็ดขาด ข้อดีของทฤษฎีนี้คือ จำเป็นต้องมีข้อมูลจำนวนมากเพราะมีหลายองค์ประกอบในการรักษา ผู้ให้การบำบัดรักษาต้องใช้เวลาและทำความเข้าใจกับผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดเพื่อทำความเข้าใจองค์ประกอบในแต่ละ ส่วนเพราะในแต่ละบุคคลมีสัดส่วนปัจจัยที่แตกต่างกัน (วนิดา รัตนสุมาวงศ์ และคณะ, ๒๕๖๑)

๗. ทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมอง (Brain-disease model of addiction)

ในช่วง ๒๐ ปีที่ผ่านมา ความเจริญก้าวหน้าของงานวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์และพฤติกรรม เป็นไปอย่างก้าวกระโดดนำมาซึ่ง แนวคิดใหม่ในเรื่องพฤติกรรมเสพติด ความรู้ดังกล่าวส่วนใหญ่ได้รับการค้นพบจากการศึกษาวิจัยในสัตว์ (Animal study) การศึกษาวิจัยทางพันธุกรรม (Genetic study) รวมถึงการศึกษาวิจัยจากการสร้างภาพสมอง (Neuroimaging study) ข้อสรุปของงานวิจัยในช่วง ๒๐ ปีที่ผ่านมาได้นำมาเป็นหลักฐานอ้างอิงว่าพฤติกรรมเสพติดเป็น ความเจ็บป่วยทางสมองที่ซับซ้อนเรื้อรังและเกิดเป็นทฤษฎีใหม่ที่เรียกว่า ทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมอง (Brain-disease model of addiction) ซึ่งมีมุมมองต่อพฤติกรรมเสพติดว่ามีปัจจัยที่สำคัญมาจากพันธุกรรมในครอบครัว (Genetic vulnerabilities) ถึงแม้ว่าการเริ่มต้นใช้สารนั้นเกิดจากการเลือกเองของผู้ใช้แต่ผลจากพันธุกรรมทำให้เกิดความเปราะบางใน แต่ละบุคคลแตกต่างกัน อันส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองความพึงพอใจต่อการเสพที่แตกต่างกันไป (The initial reinforcing effects) ผู้ที่มีการตอบสนองทางบวก (Positive reinforce effect) ต่อสารมากจะมีแนวโน้ม ที่จะใช้สารต่อไปมากกว่า ผู้ที่มีการตอบสนองทางบวกน้อยกว่า (การใช้สารในช่วงนี้ยังไม่ถือว่าเข้าสู่การเสพติด) ในช่วงนี้ปัจจัยทางด้านจิตสังคม การเลี้ยงดูกลุ่มเพื่อน สิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยร่วมในการส่งเสริมให้บุคคลนั้นมี พฤติกรรมการเสพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ปัจจัยทางชีววิทยา สังคม และ สิ่งแวดล้อมจะมีปฏิกิริยาต่อกัน

อย่างซับซ้อน (Complex interaction) เมื่อเกิดการเสพซ้ำๆ จะนำมาซึ่งความเปลี่ยนแปลงในระดับสมองทั้งด้านโครงสร้าง (Structure) และการทำงาน (Function) จนในที่สุดจะเกิดรูปแบบของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอันเรียกว่า พฤติกรรมเสพติด (Addiction behavior) (วนิดา รัตนสุมาวงศ์, และคณะ, ๒๕๖๑)

๘. ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-control Theory) ของ Gottfredson and Hirschi

เพื่ออธิบายความแตกต่างของปัจเจกชนในเรื่องคุณสมบัติส่วนบุคคลที่สามารถระงับหรือควบคุมตนเองไม่ให้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ซึ่งในที่นี้หมายถึงความรวมถึงอาชญากรรมทุกประเภทและทุกสภาวะแวดล้อม โดยบุคคลที่มีการควบคุมตนเองสูงจะมีแนวโน้มที่จะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับอาชญากรรมหรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและกระทำผิดค่อนข้างต่ำตลอดเวลา ในขณะที่บุคคลที่มีการควบคุมตนเองต่ำจะมีแนวโน้มที่จะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับอาชญากรรมหรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและกระทำผิดสูงมาก ดังนั้น การควบคุมตนเองจึงเป็นเครื่องยับยั้งสามารถป้องกันไม่ให้คุณคนเข้าไปเกี่ยวข้องกับอาชญากรรมหรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจนนำไปสู่การกระทำความผิด (จิริทธ์พล ภูไชยจิรภัทร และประพนธ์ สหพัฒนา, ๒๕๖๑) การควบคุมตนเองต่ำ (Low Self-control) เกิดจากการไม่มีประสิทธิภาพของกระบวนการขัดเกลากทางสังคม (Ineffective or Incomplete Socialization) ซึ่งพ่อแม่เป็นกุญแจสำคัญในการสร้างการควบคุมตนเองให้กับเด็กและเยาวชน (Gottfredson & Hirschi, ๑๙๙๐) โดยพ่อแม่ที่มีความผูกพันและมีการอบรมสั่งสอนลูกอย่างใกล้ชิดจะสร้างให้เด็กมีการควบคุมตนเองได้เป็นอย่างดี ในทางตรงกันข้ามถ้าถูกเลี้ยงดูโดยไม่เอาใจใส่เด็กจะมีแนวโน้มเป็นบุคคลที่ไม่มีความคิดไตร่ตรองและไม่คำนึงถึงบุคคลอื่นที่มีลักษณะชอบความเสี่ยงและมีความคิดอ่านไม่กว้างไกล ซึ่งถือว่าเป็นลักษณะของบุคคลที่มีการควบคุมตนเองต่ำ (Gottfredson & Hirschi, ๑๙๙๐) นอกจากนี้ปัจจัยจากชุมชนหรือสังคมที่รวมถึงโรงเรียนและสถาบันทางสังคมอื่นๆ ยังมีอิทธิพลต่อการควบคุมตนเอง แต่สถาบันครอบครัวจะมีส่วนสำคัญที่สุดในการสร้างการควบคุมตนเอง และหลังจากที่บุคคลได้มีการสร้างการควบคุมตนเองแล้วเป็นการยากที่การควบคุมตนเองนั้นจะสูญหายไป (จิริทธ์พล ภูไชยจิรภัทร และประพนธ์ สหพัฒนา, ๒๕๖๑)

๙. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Theory)

ฟรอยด์ (Freud, ๑๙๗๓ อ้างถึงใน ไพฑูรย์ แสงพุ่ม, ๒๕๔๓) ได้ให้ความสำคัญต่อกระบวนการทำงานของจิตใจอันเกิดขึ้นจากแรงขับภายในของมนุษย์เพื่อตอบสนองต่อสัญชาติในการดำรงชีวิตอยู่ของตนเอง แรงขับดังกล่าวเป็นส่วนของพัฒนาการทางบุคลิกภาพที่เกิดขึ้นจากการสั่งสมจากการเลี้ยงดูประสบการณ์ของแต่ละบุคคลโดยเฉพาะการเลี้ยงดูตั้งแต่วัยเด็ก ที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาทางบุคลิกภาพบนแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับแรงขับภายในของมนุษย์ ฟรอยด์ อธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ว่าเกิดจากแรงขับที่เป็นผลมาจากการทำงานร่วมกันของสภาวะจิต ๓ ส่วนประกอบด้วย

id เป็นสภาวะจิตที่ติดตัวมนุษย์ตั้งแต่เกิด จึงหมายรวมถึงสัญชาติญาณด้วย มักเกี่ยวข้องกับการตอบสนองความปรารถนาทางกาย เป็นพลังให้ได้มาซึ่งความพอใจ โดยไม่คำนึงถึงเหตุผลและความเป็นจริง หรือถูกต้องดงาม id จึงมีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าพลังแสวงหาความสุข (Pressure Seeking)

ego เป็นสภาวะจิตแห่งการรู้และเข้าใจ การรับรู้ข้อเท็จจริง การใช้เหตุผล การดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมาย การแสวงหาวิธีการเพื่อตอบสนองพลัง id เช่น เมื่อหิว (id) พลัง ego ก็จะใช้เหตุผลตรึกตรองว่าจะบำบัดความหิวโดยวิธีใด ตามสภาพแวดล้อม เช่น ไปสำรวจตู้เย็นทำอาหารเอง

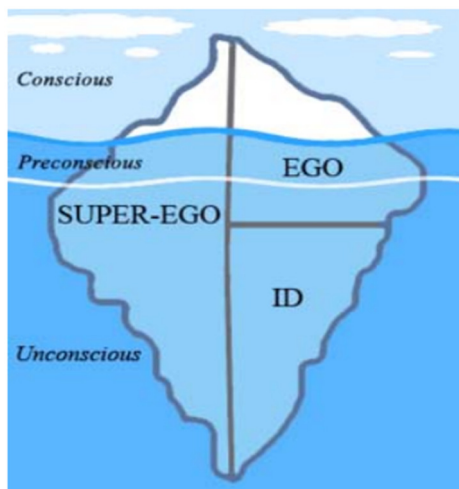
ไปรับประทานอาหารนอกบ้าน ฯลฯ จึงมีชื่อเรียก ego จึงมีชื่อเรียกอีกอย่างว่าพลัง “รู้ความจริง” (Reality Principle)

superego เป็นสภาวะจิตที่เกิดจากการเรียนรู้ เช่นเดียวกับ ego แต่แตกต่างจาก ego คือ เป็นส่วนที่เกี่ยวกับคุณค่าที่เป็นสภาพในอุดมคติต่างๆ เช่น ความถูกต้อง - ผิด มโนธรรม ความยุติธรรม ฯลฯ superego จึงไม่ทำงานตอบสนอง id แต่จะหักห้ามความรุนแรงของพลัง id โดยเฉพาะพลังจากสัญชาตญาณแรงขับทางเพศและความก้าวร้าว (มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๕๕) พฤติกรรมและบุคลิกภาพของคนจะเป็นเช่นไรนั้น ขึ้นอยู่กับการทำงานของทั้ง ๓ ส่วน ว่ามีความสอดคล้องและสามารถทำงานร่วมกันได้หรือไม่สภาวะจิตใดมีอิทธิพลเหนือตัวอื่นย่อมเป็นตัวชี้ลักษณะของคนนั้น เช่น ถ้าพลังของ id มีอำนาจสูง บุคลิกภาพของคนผู้นั้นจะเป็นแบบเด็กไม่รู้จักรัดเอาแต่ใจตนเอง ถ้า ego มีอำนาจสูง คนนั้นจะเป็นคนมีเหตุผล เป็นนักปฏิบัติ ถ้า superego มีอำนาจสูงก็เป็นนักอุดมคตินักทฤษฎี

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

ในทัศนะของ فروยด์ สภาวะจิต อีกเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานของแรงขับภายในตัวมนุษย์ที่ออกมาเป็นพฤติกรรมและบุคลิกภาพ ก็คือ สภาวะจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก สภาวะจิตทั้งสอง เปรียบเทียบว่าจิตใต้นุษย์มีสภาพคล้ายภูเขาน้ำแข็งที่ลอยอยู่ในมหาสมุทร สภาวะจิตสำนึก คือ สภาวะจิตระดับที่มีความสำนึกควบคุมอยู่ คือ ส่วนของน้ำแข็งที่อยู่เหนือผิวน้ำ ในขณะที่สภาวะจิตระดับใต้สำนึกเหมือนส่วนที่อยู่ใต้ผิวน้ำ ซึ่งปริมาณมากกว่าแต่ไม่ปรากฏแก่สายตาโลก คือ จิตใจอันเป็นภาคสะสมประสบการณ์ในอดีตมากมาย ถูกบีบอัดเก็บกดหรือคอยเพื่อให้สมปรารถนา เพื่อให้ได้จังหวะเหมาะสำหรับการตอบสนองสิ่งเร้า อันยังไม่ได้ทำหรือทำไม่ได้ในภาวะปกติ (เช่น กฎหมายห้ามประเพณีไม่ยอมรับว่าถูก สังคมไม่นิยม ฯลฯ)

فروยด์ อธิบายว่าจิตระดับใต้สำนึกนี้มีกลไกทางจิตหลายประเภทด้วยกัน เช่น แรงจูงใจ อารมณ์ที่ถูกเก็บกด ความรู้สึกนึกคิด ความฝัน ความทรงจำ ฯลฯ พลังจิตใต้สำนึกมีอิทธิพลเหนือจิตสำนึก กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมประจำวันต่างๆ ไป เป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมไร้เหตุผลและผิดปกติในลักษณะต่างๆ ยามปกติบุคคลย่อมรู้สึกสงบ สบาย มีสติพลังจิตสำนึกควบคุมพฤติกรรมทั้งหลายให้เป็นไปตามที่เขาเห็นว่าถูกต้อง สมควรทำโดยเคารพกฎหมายและระเบียบของสังคม แต่เมื่อเวลาลมฟ้าอากาศแปรปรวน มหาสมุทรมีคลื่นจัด ทำให้ภูเขาน้ำแข็งโคลงเคลงส่วนที่เคยจมอยู่ใต้น้ำ โผล่ขึ้นเหนือน้ำให้มองเห็นได้เทียบได้กับยามบุคคลมีอารมณ์ขุ่นมัวเคร่งเครียดด้วยความโกรธเกลียด อิจฉา พยาบาท กลัว ตื่นเต้น วิตก เจ็บป่วย ฯลฯ จิตใต้สำนึก มีพลังขับดันให้แสดงพฤติกรรมต่างๆ



รูปที่ ๒ เปรียบเทียบภาวะจิตใจมนุษย์มีสภาพคล้ายภูเขาน้ำแข็งที่ลอยอยู่ในมหาสมุทร

ที่มา: มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๕๕

ฟรอยด์ มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ถูกกำหนดโดยพลังพื้นฐานสองอย่าง คือ สัญชาตญาณแห่งชีวิต (Life Instincts) ซึ่งแสดงออกมา เป็นพฤติกรรมทางเพศ และสัญชาตญาณแห่งความตาย (Death Instincts) ซึ่งผลักดันให้เกิดเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว สัญชาตญาณ ทั้งสองอย่างนี้เป็นแรงจูงใจที่ทรงพลังอย่างยิ่งและอยู่ในจิตไร้สำนึก บ่อยครั้งคนเรามักจะไม่ว่าอะไรคือแรงจูงใจ หรือเป้าประสงค์ที่แท้จริง เขาอาจให้เหตุผลที่ดีบางอย่างสำหรับพฤติกรรมของเขา แต่เหตุผลเหล่านั้นมักไม่ถูกต้อง ตามความเป็นจริงอยู่เสมอ

การติดยาเสพติดกับแนวคิดจิตวิเคราะห์

การใช้ยาเสพติดเป็นอีกหนึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการทำงานไม่เหมาะสมของทั้ง ๓ ส่วน (id ego และ superego) ในบุคคลนั้นๆ โดยการทำงานของทั้ง ๓ ส่วน จะให้น้ำหนักไปทางสัญชาตญาณดิบ (id) มากกว่าส่วนอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อตอบสนองต่อการแสวงหาความสุขและความพึงพอใจตามสัญชาตญาณดิบของบุคคลที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองหรือได้รับการตอบสนองไม่เพียงพออันเนื่องมาจากการขาด หรือไม่สามารถแสวงหาความสุขและความพึงพอใจในรูปแบบพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม (พฤติกรรมที่มีได้ถูกบับบั้งคับจากสภาพแวดล้อมภายนอก อาทิ เช่น วัฒนธรรม กฎหมาย จารีต ประเพณี เป็นต้น)

การสังเกตลักษณะของผู้ติดยาเสพติด

ส่วนวิชาการด้านยาเสพติด สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (๒๕๕๓) ได้กล่าวถึงวิธีการสังเกตอาการคนติดยาเสพติด โดยผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่มี ลักษณะทางพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก บุคลิกและสภาพจิตใจที่สามารถสังเกตได้ดังนี้

๑. ด้านร่างกาย ได้แก่

- ๑.๑ สุขภาพทรุดโทรม ผอม ซูบซีด น้ำหนักลด
- ๑.๒ ริมฝีปากเขียวช้ำแห้ง แตก
- ๑.๓ น้ำมูก น้ำตาไหลเหงื่อออกมากกลิ่นตัวแรง
- ๑.๔ มีร่องรอยการเสพยาเสพติด บริเวณแขน สะโพกและหัวไหล่

- ๑.๕ มีรอยแผลเป็น/รอยกรีดที่ท้องแขน
- ๑.๖ นิ้วมือนิ้วมือมีรอยคราบเหลืองสกปรก
- ๑.๗ ผิวหนังหยาบกร้านเป็นแผลพุพองมีใบหน้าหมองคล้ำ
- ๑.๘ มีการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้น เช่น แขน ขา ใบหน้า ฯลฯ
- ๑.๙ มีอาการขาดยา (ลงแดง)
๒. ด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่
 - ๒.๑ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง
 - ๒.๒ ขาดความอดทนอดกลั้นเป็นคนเจ้าอารมณ์หงุดหงิดเอาแต่ใจตนเอง ขาดเหตุผล
 - ๒.๓ พฤติกรรมสับสน
 - ๒.๔ รู้สึกหวาดระแวงไม่ปลอดภัย
 - ๒.๕ อารมณ์ฉุนเฉียว ขวนทะเลาะวิวาท และทาร้ายกัน
 - ๒.๖ ไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม
 - ๒.๗ มีความวิตกกังวลซึมเศร้า
 - ๒.๘ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
 - ๒.๙ นิสัยเปลี่ยนไป เช่น จากคนเรียบร้อยกลายเป็นคนก้าวร้าว
๓. ด้านพฤติกรรม ได้แก่
 - ๓.๑ การใช้เงินสิ้นเปลือง
 - ๓.๒ การพูดโกหกเพื่อเอาตัวรอด
 - ๓.๓ การลักขโมยเงินหรือทรัพย์สินมีค่า
 - ๓.๔ ขี้เกียจโดยไม่สนใจความเป็นอยู่ของตนเองและครอบครัว ไม่มีระเบียบวินัย ขาดความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน และการเรียน
 - ๓.๕ ก้าวร้าว คือ อารมณ์แปรปรวนหงุดหงิดง่าย ไม่ยอมรับข้อบกพร่อง ไม่ยอมรับความจริง
 - ๓.๖ เก็บตัวเงียบขรึมผิดปกติชอบอยู่คนเดียวและทำตัวลึกลับไม่รู้ความเป็นไปรอบตัว
 - ๓.๗ การคบเพื่อนมักคบเพื่อนที่ใช้จ่ายด้วยกันชอบเที่ยวกลางคืนกลับดึก
 - ๓.๘ การแต่งกายไม่สุภาพเรียบร้อย สกปรก ไม่หวีผม ไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน ไม่ตัดผม ขอบใส่เสื้อแขนยาว

๔. การติดยาทางกายเป็นการติดยาเสพติดที่ผู้เสพมีความต้องการเสพอย่างรุนแรง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อถึงเวลาอยากเสพแล้วแต่กลับไม่ได้เสพาก็จะเกิดอาการผิดปกติอย่างมาก ทั้งทางร่างกายและจิตใจซึ่ง เรียกว่า “อาการขาดยา” เช่น การติดฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน เมื่อขาดยาจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หาว น้ำมูก น้ำตาไหล นอนไม่หลับ เจ็บปวดทั่วร่างกาย เป็นต้น (เจริญ แฉกพิมาย และ ปณิตดา ศรีธนสาร, ๒๕๕๕)

๕. การติดยาทางใจเป็นการติดยาเสพติดเพราะจิตใจเกิดความต้องการหรือเกิดการติดเป็นนิสัยหากไม่ได้เสพร่างกายก็จะไม่เกิดอาการผิดปกติหรือทรมานทรมายแต่อย่างไรก็เพียงเกิดอาการหงุดหงิด หรือกระวนกระวายใจเท่านั้น (เจริญ แฉกพิมาย และ ปณิตดา ศรีธนสาร, ๒๕๕๕)

การวินิจฉัยการติดยาเสพติด

การวินิจฉัยการเสพยาและสารเสพติดตามระบบ DSM-IV แบ่งเป็น ๒ ระดับคือ ภาวะเสพติด (dependence) และภาวะการใช้สารในทางที่ผิด (abuse) แต่ใน DSM-V ซึ่งมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเกณฑ์

วินิจฉัยโดยไม่แบ่งระดับการติดแต่รวมเป็นความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (วาทีนี สุขมาก, ๒๕๕๗) มีเนื้อหา ดังนี้

๑. มีการใช้ยาเสพติดจนก่อให้เกิดความบกพร่องหรือผลกระทบอย่างน้อย ๒ ข้อ โดยเกิดขึ้นภายในช่วง ๑๒ เดือน

๒. มีการใช้เสพยาในปริมาณที่มากกว่า หรือใช้ระยะเวลาที่มากกว่าที่ตั้งใจไว้

๓. มีความตั้งใจอย่างมากหรือพยายามที่จะลดหรือหยุดใช้ยาเสพติด แต่ทำไม่สำเร็จ

๔. ในวันที่ใช้ยาเสพติดนั้น ต้องใช้เวลามากในการเสาะหายาเสพติดในการเสพ หรือพ้นจากฤทธิ์ของยาเสพติด มีความอยาก (craving) หรือความต้องการอย่างรุนแรงที่ต้องการใช้

๕. ผลจากการใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ทำให้เกิดความล้มเหลวของกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเรียน

๖. ยังคงมีการใช้อยู่ถึงแม้มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง

๗. จากการใช้ยาเสพติดทำให้กิจกรรมด้านสังคมที่สำคัญ การทำงาน การพักผ่อน ลดน้อยลง

๘. มีการใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย

๙. ยังคงมีการใช้ยาเสพติดอยู่ถึงแม้จะรู้ว่าการใช้ยาเสพติดนั้นก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

๑๐. ภาวะดื้อยา มีความต้องการใช้ยาเสพติดปริมาณเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิมเมื่อใช้ปริมาณเท่าเดิมฤทธิ์ที่ได้จากยาเสพติดลดลง

๑๑. ภาวะถอนยา มีอาการถอนยา ต้องใช้ยาหรือสารเสพติดเพื่อให้ตัวเองหายจากอาการถอนยาหรือเพื่อให้รู้สึกดีขึ้น

ยาบ้า (Amphetamine)

ยาบ้า เดิมชื่อว่า ยาม้า หรืออาจเรียกว่ายาขยัน ยาแก้ง่วง ยาโด๊ป เป็นยาเสพติดที่มีส่วนประกอบหลักคือสารสังเคราะห์กลุ่มแอมเฟตามีน แพร่ระบาดอยู่ ๓ รูปแบบด้วยกัน คือแอมเฟตามีนซัลเฟต (Amphetamine Sulfate) เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) และเมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์ (Methamphetamine Hydrochloride) ซึ่งส่วนใหญ่ที่พบในเมืองไทยจะเป็นเมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์ นิยมเสพโดยรับประทานโดยตรงหรือผสมในอาหารหรือเครื่องดื่ม หรือสูดดมเป็นไอระเหยของยาบ้าที่บดแล้วนำไปลงไฟ (สามารถเสพโดยวิธีฉีดเข้าเส้นเลือดได้แต่ ไม่เป็นที่นิยมในเมืองไทย) จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ ๑ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ยาบ้าเป็นยาที่กระตุ้นประสาท ส่วนกลางและส่วนปลาย พบครั้งแรกในปี ค.ศ. ๑๘๘๗ และนำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์เมื่อ ปี ค.ศ. ๑๙๒๗ โดย Gordon Alles เพื่อรักษาโรคหืด และโรคง่วงหลับ (narcolepsy) และแก้อาการ ซุกซนของเด็ก (hyperkinetic child) สารนี้เป็นผลึก สีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขม มีฤทธิ์ทำให้สุขสบาย (euphoric) เมื่อเสพยาผู้เสพจะรู้สึกสดชื่น ตื่นตัว ไม่เมื่อยล้า และไม่ง่วง กระปรี้กระเปร่า สบายใจ ชีพจรเร็ว พุดคุยแก่ง รู้สึกพอใจในการใช้ยาเมื่อยาหมดฤทธิ์จึงพอใจที่จะเสพใหม่ทำให้เกิดการเสพติด การแพร่ระบาดของยาบ้าเป็นไปอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่น (ธงชัย อุ่นเอกลาภ, ๒๕๕๖) นอกจากนี้ยาบ้ายังทำให้หลอดเลือดตีบเล็กลง หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น มือสั่น ใจสั่น ม่านตาขยาย เบื่ออาหาร จึงมีผู้นำไปใช้ลดความอ้วน หากเสพมากเกินไปจะมีอาการนอนไม่หลับ ใจสั่น ตกใจง่าย ประสาท ตึงเครียด ปวดท้องท้องเดิน มีอาการชักหรือหมดสติ และถึงแก่กรรมเนื่องจากหลอดเลือดในสมองแตกได้ ฤทธิ์ยาจะกระตุ้นสมองส่วนที่ควบคุมความก้าวร้าว เมื่อเสพไปนานๆ จะทำให้พฤติกรรม เปลี่ยนไปผู้เสพจะเป็นคนก้าวร้าวขึ้น หากใช้ไปนานๆ

มีโอกาสจะเป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวง เกรงว่า จะมีคนมาทำร้ายตนเองจึงทำร้ายผู้อื่นก่อน (วิโรจน์ วีรชัย และคณะ, ๒๕๕๒)

เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine; MA) หรือที่เรียกกันทั่วไปว่ายาบ้าเป็นอนุพันธ์หนึ่งของแอมเฟตามีน ซึ่งมีน้ำหนักโมเลกุลเท่ากับ ๑๔๔.๒๓ กรัม/โมล และจุดหลอมเหลวอยู่ในช่วง ๑๗๐ - ๑๗๕ องศาเซลเซียส มีลักษณะเป็นยาเม็ดกลมแบนขนาดเล็กเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๖-๘ มิลลิเมตร ความหนาประมาณ ๓ มิลลิเมตร น้ำหนักเม็ดยาประมาณ ๘๐-๑๐๐ มิลลิกรัมมีสีต่างๆ กัน เช่น สีส้ม สีน้ำตาล สีม่วง สีชมพู สีเทา สีเหลืองและสีเขียว มีสัญลักษณ์ที่ปรากฏบนเม็ดยา เช่น M, PG, WY สัญลักษณ์รูปดาว, รูปพระจันทร์เสี้ยว, ๙๙ หรืออาจเป็นลักษณะของเส้นแบ่งครึ่งเม็ด ซึ่งสัญลักษณ์เหล่านี้ อาจปรากฏบนเม็ดยา ด้านหนึ่งหรือทั้งสองด้านหรืออาจเป็นเม็ดเรียบทั้งสองด้านก็ได้

การออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้รู้สึกตื่นตัว กระฉับกระเฉง ลดอาการง่วง ซึม ลดความอยากอาหาร เนื่องจากแอมเฟตามีนมีฤทธิ์กระตุ้นและทำให้อารมณ์เป็นสุข (euphoria) จึงมีการนำมาใช้ในทางที่ผิดกันมาก เช่น ผู้ขับรถบรรทุกและนักศึกษาใช้เพื่อมิให้เกิดความง่วงนอนใน เวลาทำงาน โดยมีชื่อรู้จักกันทั่วไปว่า ยาบ้า ยาม้า ยาขยัน ฯลฯ

วิธีการเสพยาบ้า

๑. การกิน เป็นวิธีการเสพที่นิยมใช้กันทั่วไป มีการออกฤทธิ์ภายใน ๑๕-๖๐ นาทีที่จะออกฤทธิ์ สูงสุดภายใน ๒-๓ ชั่วโมง และหลังจากนั้นฤทธิ์ของตัวยาก็จะลดลงอย่างรวดเร็ว แอมเฟตามีนมีกลไกในการจับตัวยาค้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด ส่งผลให้มีการออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วและสูงสุด อีกครั้งหนึ่งของ ตัวยาก็จะจับภายในเวลา ๔ ชั่วโมงต่อมา

๒. การสูดดมไอน้ำเป็นวิธีการเสพที่นิยมรองลงมาจากกรกิน เป็นการสูดดมไอน้ำระเหยทางรูจมูก โดยตัวยาก็จะซึมผ่านทางเนื้อเยื่อโพรงจมูก มีการออกฤทธิ์ทันทีทันใดและรุนแรงปรากฏให้เห็นผล ภายใน ๑ นาทีและการออกฤทธิ์จะส่งผลในระยะเวลานั้นๆ โดยมีอาการเมายา เรียกว่า “แห่ง”

๓. การฉีดเข้าหลอดเลือด ส่วนใหญ่นิยมใช้สำหรับการทดลองในสัตว์ มีการออกฤทธิ์อย่างทันทีทันใดต่อผู้เสพ โดยวิธีการฉีดเข้าหลอดเลือดหรือใต้ผิวหนังซึ่งสามารถเข้าสู่ระบบการไหลเวียน เลือด ออกฤทธิ์ทันทีในระยะสั้น และรุนแรงที่สุด

๔. Rectal ซึ่งโดยปกติทั่วไปไม่นิยมเสพกันมีรายงานในผู้ที่เคยเสพ พบว่าการออกฤทธิ์เร็วกว่าการกินแต่ช้ากว่าวิธีการสูดดมไอน้ำหรือการฉีด ยาบ้าเป็นชื่อที่ใช้เรียกยาเสพติดที่มีส่วนผสมของ สารเคมี ประเภทแอมเฟตามีน (Amphetamine) สารประเภทนี้แพร่ระบาดอยู่ ๓ รูปแบบด้วยกัน คือ แอมเฟตามีนซัลเฟต (Amphetamine Sulfate) เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) และเมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์ (Methamphetamine Hydrochloride) ซึ่งจากผลการตรวจพิสูจน์ยาบ้าปัจจุบันที่พบอยู่ใน ประเทศไทยมัก พบว่า เกือบทั้งหมดมีเมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์ผสมอยู่ ยาบ้าจัดอยู่ในกลุ่มยาเสพติด ที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท มีลักษณะเป็นยาเม็ดกลมแบนขนาดเล็ก เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๖-๘ มิลลิเมตร ความหนาประมาณ ๓ มิลลิเมตร น้ำหนักเม็ดยาประมาณ ๘๐-๑๐๐ มิลลิกรัม มีสีต่างๆ กัน เช่น สีส้ม สีน้ำตาล สีม่วง สีชมพู สีเทา สีเหลืองและสีเขียว มีสัญลักษณ์ที่ปรากฏบนเม็ดยา เช่น M, PG, WY สัญลักษณ์รูปดาว, รูปพระจันทร์เสี้ยว, ๙๙ หรืออาจเป็นลักษณะของเส้นแบ่งครึ่งเม็ด ซึ่งสัญลักษณ์เหล่านี้ อาจปรากฏ บนเม็ดยาด้านหนึ่งหรือทั้งสองด้าน หรืออาจเป็นเม็ดเรียบทั้งสองด้านก็ได้

การดูดซึม การกระจาย การเปลี่ยนแปลงและการขับถ่าย

แอมเฟตามีนถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร การใช้แอมเฟตามีนจึงใช้ได้ทั้งวิธีกินและ ฉีด แอมเฟตามีนจะออกฤทธิ์ภายใน ๑/๒ - ๑ ชั่วโมงหลังจากรับประทานเข้าไป แอมเฟตามีนที่พบแพร่ระบาดในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นเมทแอมเฟตามีนซึ่งดูดซึมได้ดีทั้งวิธีสูบและกิน หลังจากถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตจะไปออกฤทธิ์ที่สมอง มีบางส่วนจะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ แต่ส่วนใหญ่จะถูกขับออกจากร่างกายในรูปเดิม ความเป็นกรด - ด่างของปัสสาวะมีผลต่อการขับถ่ายแอมเฟตามีนออกจากร่างกายมาก ถ้าปัสสาวะเป็นด่าง แอมเฟตามีนจะอยู่ในสภาพแตกตัวและถูกดูดซึมกลับได้มาก การขับถ่ายจึงเป็นไปอย่างช้าๆ การออกฤทธิ์จะเป็นไปได้ยาวนานขึ้น ในขณะที่ถ้าปัสสาวะเป็นกรด แอมเฟตามีนจะอยู่ในสภาพแตกตัวได้มาก ถูกดูดซึมกลับน้อย การขับถ่ายออกจากร่างกายจึงเร็วขึ้น ค่ากึ่งชีวิตของแอมเฟตามีนจึงผันแปรได้มากระหว่าง ๒-๖ ชั่วโมงไปจนกระทั่งถึง ๘-๑๒ ชั่วโมง

เภสัชวิทยาของยาบ้า

เมทแอมเฟตามีนหรือยาบ้า เป็นสารสังเคราะห์ทางเคมี มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทอย่างรุนแรง ถึงแม้จะมีรูปพรรณที่แตกต่างกันออกไปหลายรูปแบบ แต่เมื่อถูกนำเข้าสู่ร่างกายแล้ว เมทแอมเฟตามีนในทุกุรูปพรรณจะไม่มี ความแตกต่างกันในด้าน การออกฤทธิ์ ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของแอมเฟตามีนจะเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมองประเภทแคททีโคลามีน (catecholamines) ซึ่งประกอบด้วยระบบนอร์อิพิเนพรินและระบบโดปามีน (norepinephrine and dopaminergic systems) แอมเฟตามีนจะเพิ่มปริมาณของนอร์อิพิเนพรินและโดปามีน โดยยับยั้งการเก็บกลับและเพิ่มการหลั่งโดยตรงที่ปลายประสาท ส่วนใหญ่แล้ว classic amphetamine (เช่น methamphetamine) จะออกฤทธิ์เกี่ยวข้องกับสารแคททีโคลามีน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโดปามีน ในขณะที่ designer amphetamine (เช่น MDMA, MDEA, MDA) จะออกฤทธิ์เพิ่มการหลั่งของทั้งแคททีโคลามีนและซีโรโตนิน (serotonin) ซีโรโตนินเป็นสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอน (hallucinogens) ดังนั้นผลการออกฤทธิ์ทางคลินิกของ designer amphetamine จึงเป็นผลผสมระหว่าง classic amphetamine กับสารหลอนประสาท

๑) Central effects Amphetamines เป็น indirect catecholamine agonists มีผลต่อการ reuptake catecholamine กับการทำลายโดยเอนไซม์ monoamine oxidase มีข้อมูลที่สนับสนุน คือการใช้ reserpine ที่ลดการสะสม catecholamines ใน synaptic vesicles ไม่มีผลกระทบบต่อ amphetamine แต่เมื่อใช้ alpha - methyltyramine มีหน้าที่ยับยั้งกระบวนการสร้าง catecholamine พบว่ามีผลยับยั้งผลกระตุ้นสมองจาก amphetamine และการใช้ amphetamines ปริมาณสูงทำให้เกิดการปล่อย ๔-hydroxytryptamine และมีผลกระทบบ โดยตรงต่อ 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 หัวใจเต้นผิดจังหวะพบได้ไม่บ่อยแต่จะพบในพวกที่ใช้ปริมาณมาก

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 ก็มีผลกระตุ้นด้วยแต่น้อยกว่า nucleus accumbens

๓.๒ พฤติกรรมทำซ้ำๆ (Stereotypies) การใช้ amphetamine ปริมาณสูงมีผลกระตุ้นด้วยเช่นกันเช่น ปิด-เปิดวิทยุ หรือแกะประกอบอุปกรณ์เครื่องใช้ ใหม่ๆ ที่ผู้ป่วยก็ทราบว่าการกระทำดังกล่าวนี้ไม่มีความหมายหรือไม่มีประโยชน์ แต่ก็ไม่สามารถหยุดพฤติกรรมเหล่านี้ได้ ไม่เช่นนั้นจะยิ่งเกิดอาการกระสับกระส่ายหงุดหงิดและวิตกกังวลมากขึ้นในผู้ป่วยที่เสพรื้อรังในขนาดสูง ผู้ป่วยมักแยกตัว ไม่สนใจคนอื่น และเริ่มมีพฤติกรรมประหลาด (bizarre behaviors)

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

๓.๓ Aggression การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเกี่ยวข้องกับปริมาณการใช้สิ่งแฉ้วล่อม และบุคคลส่วนใหญ่เป็นผลจาก amphetamine intoxication และบางครั้งจากอาการหวาดระแวง (paranoid delusion) ของบุคคลที่เป็น amphetamine psychosis

๓.๔ Anorexia จากการที่ amphetamine มีผลต่อการลดความอยากอาหารจึงถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคอ้วน 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) อื่นๆ ขณะใช้ amphetamines มีผลต่อการนอนหลับ คือ ช่วงเวลา REM sleep จะสั้นลง แต่ถ้าหยุดการใช้ amphetamines จะกระตุ้นทำให้เกิด rebound REM sleep

ผลการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

๑. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง แอมเฟตามีนออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ลดความง่วงซึม ทำให้ออนไม่หลับ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ให้ครึกครื้น รื่นเริง เป็นสุข ไม่เหนื่อยขนาดสูงเกิดอาการมึนงงและอาจเกิดภาวะตื่นกลัว (panic) และสภาวะโรคจิตได้

๒. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เร่งอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้เกิดอาการใจสั่น และจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ปวดศีรษะ

๓. ผลต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้อัตราการหายใจเร็วขึ้นและจังหวะการหายใจไม่ปกติ

๔. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่รู้สึกริว

๕. อื่นๆ มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ อาจไร้สมรรถภาพชั่วคราว เพิ่มการหลั่งของปัสสาวะ การใช้ยาพวกแอมเฟตามีนเป็นประจำติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายได้มาก แอมเฟตามีนทำให้รู้สึกไม่หิว ทำให้ผู้ใช้ขาดอาหาร ขาดวิตามิน การกระตุ้นประสาททำให้นอนไม่หลับจะทำให้ร่างกายไม่ได้พักผ่อน สุขภาพจึงทรุดโทรมลงซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ง่าย (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ, ๒๕๕๒; สมภพ เรื่องตระกูล, ๒๕๔๖)

อาการที่เกิดจากการเสพยาบ้า (Amphetamine)

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

๒. อาการเรื้อรัง เกิดจากการใช้ยาเสพยาบ้า ติดต่อกันเป็นเวลานาน กรณีใช้ยาขนาดไม่มากจะมีผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่สามารถควบคุมได้จะทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายได้มาก โดยจะทำให้ไม่รู้สึกริว ทำให้ขาดอาหาร ขาดวิตามิน การกระตุ้นประสาททำให้ร่างกายนอนไม่หลับจะทำให้ร่างกายไม่ได้พักผ่อน สุขภาพจึงทรุดโทรม ซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ง่าย การใช้ยาเป็นประจำทำให้เกิดการติดยาซึ่งต้องเพิ่มขนาดของยาที่ใช้ขึ้นเรื่อยๆ ถ้าใช้ไปนานๆ ทำให้เกิดการติดยาทั้งทางจิตและทางกาย การติดยาทางจิตเกี่ยวกับความคิด อารมณ์และสมรรถภาพต้องการยาอยู่เรื่อยๆ เมื่อหยุดใช้ยาทันทีจะมีอาการขาดยาเกิดขึ้น อาการขาดยาที่เกิดขึ้นในผู้ที่เสพยาบ้าในขนาดสูง ได้แก่อ่อนเพลีย ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานถดถอย นอนหลับคล้ายคนหมดสติเกิดโรคจิตชนิดหวาดระแวง (Paranoid delusions) ประสาทหลอนทางจิต หูแว่วและกระวนกระวายหิวอาหารอย่างรุนแรงในระยะ ๓-๔ วัน หลังจากหยุดยาจะเกิดอาการสะท้อนกลับของอารมณ์ (rebound phenomena) จากอารมณ์ตื่นตัว ร่าเริง เป็นอารมณ์ซึมเศร้า จนอาจถึงคลุ้มคลั่ง ทำร้ายผู้อื่นหรือฆ่าตัวตายได้ อาการถอนยา (Withdrawal symptoms) มักเกิดกับ ผู้ที่เสพยาบ้า (Amphetamine) ในขนาดที่สูงเป็นเวลานาน จะทำให้หลับนาน (hypersomnia) มีอาการซึมเศร้า โดยอาการจะรุนแรงสุดในช่วง ๔๘-๗๒ ชั่วโมงหลังหยุดยา และคงอยู่ได้นานเป็นเดือน บางรายอาจถึงขั้นทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย

๓. พิษจากการได้รับยาเกินขนาด จะเกิดการกระตุ้นอะดรีเนอร์จิก ทำให้ม่านตา ขยาย หัวใจเต้นเร็วความดันโลหิตสูงและมักพบอาการทางจิตร่วมด้วยเช่น หวาดระแวง วิตกเพื่อคลั่ง หากใช้ยาในขนาดที่สูงจะทำให้ชักกระตุก หลอดเลือดหัวใจตีบ

ผลกระทบของยาบ้า

เนื่องจากอาการที่แสดงออกของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปริมาณของยาบ้าที่ใช้ วิธีเสพ ความถี่บ่อยของการใช้ยา ระยะเวลาที่ใช้ยา รวมทั้งร่างกายของผู้ป่วยเองจึงแบ่งผลของยาบ้าออกเป็น ๒ ลักษณะ ดังนี้

๑. ผลของยาบ้าต่อร่างกายอย่างเฉียบพลัน (Acute Effect of Methamphetamine)

เมทแอมเฟตามีนจะมีผลต่อร่างกายและจิตใจ มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันเลือดสูง อุณหภูมิในร่างกายเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้นและม่านตาขยาย บางรายมีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการผิดปกติของเส้นเลือดในสมอง อาจมีอาการชักจนถึง Coma ได้

ผู้ที่ได้รับเมทแอมเฟตามีนจะเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อ เพิ่มการตื่นตัว ลดความรู้สึกเมื่อยล้า ลดความอยากอาหาร ไม่่วงนอน และมีอาการเมาแบบเคลิ้มอ่อนๆ

ผลต่อพฤติกรรม

ความก้าวร้าว ผลของแอมเฟตามีนต่อความก้าวร้าวมีความซับซ้อน ผู้ที่เสพแอมเฟตามีน มักจะมีความก้าวร้าวชนิดที่ระเบิดทันทีในช่วงสั้นๆ ความก้าวร้าวนี้จะสัมพันธ์กับขนาด ปริมาณที่เสพ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นอาจมาจนถึงกับเป็นฆาตกร เนื่องจากอาการประสาทหลอนและหวาดระแวง และบางรายอาจฆ่าคนในครอบครัวได้ การเบื่ออาหาร แอมเฟตามีนจัดเป็นสารทำให้เบื่ออาหารชนิด ร้ายแรง โดยออกฤทธิ์ผ่านทาง Dopamine บริเวณ Lateral hypothalamus ซึ่งแตกต่างจาก Fenfluramine ที่ออกฤทธิ์ทาง กลไกของ Serotonin (วิโรจน์ วีรัชย์ และคณะ, ๒๕๕๒; เท็ดคักด์ เดชคง, ๒๕๔๖)

ผลต่อจิตใจ

อาการผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นจากเมทแอมเฟตามีนจะคล้ายกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท โดยอาการที่พบบ่อยเป็นอาการทางสมอง มีสับสน Delusion และหวาดระแวง (Paranoid) ประสาทหลอน หูแว่ว และมีความคิดแบบหลงผิด คิดฆ่าตัวตาย กลัวคนจะมาทำร้าย เป็นอาการเด่นในผู้ป่วย ที่อาการ ไม่รุนแรงมาก จะยังพอเล่าอาการของตนได้ และรู้ว่าอาการเหล่านี้สัมพันธ์กับการเสพยาบ้า แต่ในราย ที่อาการรุนแรงมากก็จะจำแนกจากผู้ป่วยจิตเภทได้ยากมาก ส่วนใหญ่อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นเร็ว และหายขาดได้ แต่บางรายอาจใช้เวลาหลายอาทิตย์หรือหลายเดือน โดยเฉพาะผู้ที่เสพมาอย่างเรื้อรัง (วิโรจน์ วีรัชย์ และคณะ, ๒๕๕๒)

๒. ภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบร่วมกับการเสพยาบ้า (Chronic Effect of Methamphetamine)

ภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆประการ เช่น วิธีการเสพ กิน สูบ หรือฉีด ปริมาณที่ใช้ ระยะเวลาที่สารเสพติดอื่นๆ ที่ใช้ร่วมกัน โรคและอาการที่พบ ได้แก่

- สมองและระบบประสาท - อาการชัก เส้นสมองตีบ แตก และอาจพบประสาทตาเสื่อม
- หลอดเลือดและหัวใจ - เส้นเลือดหัวใจตีบ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ หวหะ ความดันเลือดสูง
- การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย - อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้นจากการกระตุ้น

Sympathoadrenal system แต่อุณหภูมิส่วนกลางของร่างกายลดลง จากการกระตุ้น Anterior hypothalamus

- ทางเดินอาหารและปอด - อาจพบ Acute Pulmonary Congestion จนถึง Acute pulmonary edema และบางรายที่เสพเรื้อรังนานๆ โดยการสูบ พบเป็นถุงลมโป่งพองเรื้อรัง

- กล้ามเนื้อและไต - อาจพบอาการปวดกล้ามเนื้อ มือสั่น หนาวสั่นและกล้ามเนื้อกระตุก น้อยรายที่จะพบอาการไตวายเฉียบพลัน (สมภพ เรืองตระกูล, ๒๕๔๖)

- กระเพาะและลำไส้ - พบอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อาจเกิดจากขาดเลือดไปเลี้ยง

- ภาวะทุโภชนาการ - เนื่องจากเมื่อเสพยาบ้าแล้วจะไม่หิว กินอาหารน้อยลง

- ฝันลมพิซขึ้นตามร่างกายและผมร่วง

- พบโรคติดต่อทางเพศได้มากขึ้นโดยเฉพาะโรคเอดส์ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมักมีเพศสัมพันธ์

โดยขาดการป้องกัน บางรายมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับยาบ้า ในบางรายใช้ยามานานๆ พบว่า สมรรถภาพทางเพศเสื่อมลง ในชายอวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัว ไม่หลั่งน้ำอสุจิ ในหญิงประจำเดือน

มาไม่สม่ำเสมอ โอกาสมีบุตรน้อยกว่าคนปกติ ในบางรายต้องหยุดยาเป็นเวลานานกว่าจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

- ในหญิงมีครรภ์ที่ติดยาบ้า พบทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ และทารกบางรายมีอาการเซื่องซึม จนต้องใส่สายอาหารแทนการให้ดูตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อลูกที่เกิดมาโตขึ้นมีบุคลิกภาพที่ก้าวร้าว น้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

- ภาวะการฉีกเยื่อไตในเด็กไม่สมวัย การเจริญเติบโตของเด็กจะหยุดชะงัก เมื่อเสพยาบ้าในกรณีนี้ให้บำบัดรักษาการเสพติดให้หาย เพื่อให้มีการเจริญเติบโตต่อไป

- ในรายที่ใช้วิธีการฉีดกักพบโรคแทรกซ้อนแบบเดียวกับยาเสพติดตัวอื่นๆ ที่เสพโดยการฉีด ได้แก่ โรคแทรกซ้อนจากการใช้เข็มและน้ำไม่สะอาดหรือส่วนผสมที่ไม่บริสุทธิ์ เช่น ฝีบริเวณที่ฉีด การติดเชื้อในกระแสโลหิต ลิ้นหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ ปวดบวม โรคแทรกซ้อนจากการใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น ได้แก่ โรคติดเชื้อต่างๆ เช่น โรคเอดส์ โรคตับอักเสบชนิด B C และ D ฯลฯ

ภาวะแทรกซ้อนด้านจิตใจ ที่อาจพบร่วมกับการเสพยาบ้า ได้แก่

- โรคซึมเศร้า โรคประสาทวิตกกังวล โรคอารมณ์แปรปรวนแบบแมนีย์ โรคหวาดระแวง

- โรคจิตจากพิษของสาร (Toxic psychosis) เกิดหลังจากใช้นานและขนาดสูง (๑๐๐ mg ต่อวัน) หรือบางรายใช้ขนาดสูงมาก แม้ใช้ไม่นานบางรายงานพบว่า หนึ่งในสี่ของผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านจิตใจอยู่แล้ว เช่น จิตเภท

การบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้า

ในผู้ป่วยยาและสารเสพติด เมื่อหยุดยาจะมีทั้งอาการขาดยา (Withdrawal symptoms) และอาการอยากยา (Craving symptoms) อาการขาดยา (Withdrawal symptoms) หมายถึงอาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหยุดสารเสพติด เช่น ผู้ป่วยติดสารตระกูลฝิ่น เมื่อขาดยาจะมีอาการที่มักเรียกว่าลงแดง คือมีอาการท้องเสีย เหงื่อแตก หาว มีน้ำมูก ปวดกระดูก นอนไม่หลับหรือหลับมากอ่อนเพลีย (วิโรจน์ วีรชัย และคณะ, ๒๕๕๒; สมภพ เรื่องตระกูล, ๒๕๔๖) เป็นต้น ส่วนในผู้ป่วยเสพยาบ้าเมื่อหยุดเสพยาอาการขาดยาจะมีมากน้อยแตกต่างกันไป แต่ส่วนใหญ่อาการทางร่างกายไม่รุนแรงนัก เช่น มีอาการอยู่ไม่เป็นสุข หงุดหงิด กระวนกระวาย อาการอยากยา (Craving symptoms) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากจะใช้สารเสพติด ซึ่งอาจเกิดขึ้นในช่วงใดของการหยุดยาก็ได้ โดยทั่วไปมักมีอาการอยากยามากในระยะแรกๆ ของการหยุดยา แม้แต่ในขณะที่เพิ่งเสพยาไปผู้ป่วยก็อาจมีอาการอยากยาเกิดขึ้น โดยที่ยังไม่มีอาการขาดยาเลยก็ได้ ในผู้ป่วยเสพยาบ้าอาการอยากยาทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดซ้ำอีก

การบำบัดรักษาอาการขาดยาบ้า (Management of MA Withdrawal)

ในการบำบัดรักษาอาการขาดยาบ้า มีหลักปฏิบัติในการบำบัดรักษาหลายประการ คือ

- การรักษาผู้เสพยาบ้า ควรจะให้หยุดยาทันที โดยไม่ต้องค่อยๆ ลดยา อาการขาดยาไม่เป็นอันตรายรุนแรง

- ถ้าเสพยาเสพติดอื่นๆ ด้วย เช่น กัญชา สุรา ยานอนหลับ ต้องหยุดพร้อมกันหมดเนื่องจากเมื่อหยุดยาบ้า แม้จะไม่มีอาการรุนแรงที่เป็นอันตราย เช่นเดียวกับการหยุดเหล้าหรือบาร์บิทูเรต แต่การให้ยารักษาอาการต่างๆ ระยะเวลาหยุดเสพยาก็ยังมีผลสำคัญในบางรายการรักษาจะต้องเน้นในแบบประคับประคอง 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 การดูแลผู้ป่วย อาจมีความจำเป็นต้องยึดผู้ป่วยไว้และทำให้สงบในที่ปลอดภัย ให้ Benzodiazepines เช่น Diazepam เพื่อควบคุม Agitation ถ้าผู้ป่วยยังกระสับกระส่าย และไม่หลับอาจให้ Trazodone (Desyrel) ในรายที่มีอาการทางผิวหนัง ทั้งอาการคัน หรือการแพ้ อาจให้ Benadryl

๓. การหมดแรง หลับมาก หลังจากเสพหนัก (Crash) มักพบหลังยาบ้าหมดฤทธิ์ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่สนใจสิ่งรอบตัว จะเป็นอยู่นาน ๑๒-๙๖ ชั่วโมง อาจหลับอยู่เป็นวันๆ (Hypersomnolence) การดูแลผู้ป่วยควรระวัง ต้องให้น้ำและอาหารผู้ป่วยตามสมควร แต่อย่าให้ยาที่มีฤทธิ์ง่วงนอน การให้ยาทำให้ง่วงทั้ง Benzodiazepines และ Antipsychotic Drugs ในระยะนี้ต้องระวังอย่างยิ่งเพราะอาจเกิดการหายใจได้ ผู้ป่วยที่หลับมากในช่วงนี้ การปลุกผู้ป่วยต้องดูให้เหมาะสม การปลุกผู้ป่วยบ่อยครั้งเกินไปก็อาจเป็นการรบกวน เพราะระยะนี้ถ้าผู้ป่วยหลับก็จะสงบได้ การปลุกผู้ป่วยบ่อยเกินไปจะทำให้หงุดหงิด จนถึงมีอาการอะอะหรืออาละวาดได้

๔. อาการซึมเศร้า (Depression) มักพบหลังหยุดเสพ ๓ - ๔ วัน ในรายที่มีอาการซึมเศร้า ควรให้ยาต้านซึมเศร้า โดยเฉพาะกลุ่มที่ออกฤทธิ์ทั้ง Dopamine และ Serotonin หรือกลุ่ม Selective serotonin receptor inhibitors (SSRI) ซึ่งจะช่วยให้เพิ่ม Serotonin ในสมอง ช่วยไม่ให้คิดฆ่าตัวตายได้

การบำบัดการเสพติดยาบ้า (Methamphetamine Dependence Treatment)

เดิมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ให้ความสำคัญกับการรักษาอาการขาดยา โดยเรียกว่า การถอนพิษยา (Detoxification) โดยนับเป็นขั้นตอนสำคัญของการบำบัดรักษาการเสพติด เพราะเห็นว่าผู้ป่วยหยุดเสพแล้วมีอาการทางกายมากและต้องอาศัยแพทย์ในการสั่งใช้ยารักษา แล้วไปเรียก การรักษาการติดยาจริงๆ ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ปัจจุบันเป็นที่เข้าใจและยอมรับว่า การติดยาเป็นโรคของสมองที่มีพฤติกรรมผิดปกติ ดังนั้นการรักษาให้เลิกเสพติดจึงเป็นการฝึกควบคุม อารมณ์ ความคิด และพัฒนาพฤติกรรมให้เป็นปกติและมีความสมดุลในการดำเนินชีวิตต่อไป เราอาจแบ่งระยะหลังจากการหยุดยาจนเลิกได้ (Roadmap of Recovery) เป็น ๔ ระยะ ดังนี้

๑. **ระยะขาดยา (Withdrawal Stage)** ระยะนี้ใช้เวลาประมาณเป็นชั่วโมง จนถึง ๕-๑๐ วัน หลังจากหยุดยา ในตอนเริ่มต้นผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า รู้สึกไม่มีความสุข (Dysphoria) เครียด หงุดหงิด กระวนกระวาย นอนไม่หลับ และมีอาการอยากยามาก บางรายก็อาละวาด ต่อมาความอยากยาถูกแทนที่ด้วยความเหนื่อยล้า มีอาการอ่อนเพลีย หมดเรี่ยวแรง รู้สึกง่วงนอน หลับมากใน ๒๔ ชั่วโมง และบางรายยังหลับมากต่อไปอีก ๒-๓ วัน เมื่อตื่นขึ้นมาก็จะหิวมาก และอาการอยากยาจะค่อยๆ ลดลงในบางราย เมื่อหมดฤทธิ์กระตุ้นของยาบ้าผู้ป่วยบางรายกลับมีอาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression) จนถึงกับพยายามฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระยะนี้มักมีเพียงอาการเมื่อยล้า รู้สึกง่วงนอน หลับมาก แล้วตามด้วยการหิวมาก

๒. **ระยะหยุดเสพช่วงแรก (Early Abstinence or Honeymoon Stage)** ถัดจาก ระยะแรกจนถึง ๔๕ วัน ยังมีอาการเครียด อ่อนเพลียอยู่บ้าง การนอนหลับและอารมณ์ยังมีการแปรปรวน และจะค่อยๆ กลับมาเข้าสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยหลายรายเกิดความเชื่อมั่นเกิน (Overconfidence) เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกเสพได้ง่ายดายและเลิกได้แน่นอน ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาเรื่อง สมาธิ

และความจำ อารมณ์มีการแปรปรวน (Mood Swings) บางรายจะมีอาการซึมเศร้าและกระวนกระวายซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาและขนาดของยาบ้าที่เสพ

๓. ระยะผ่านอุปสรรค (Protrated Abstinence or The Wall Stage) ระยะเวลา ๔-๖ เดือน หลังจากหยุดยาบ้า ระยะนี้มีอาการเหมือนคนปกติ แต่บางรายมีการสูญเสียความจำ การเรียนรู้ (Cognitive) อาจมีอาการแปรปรวน และยังมีอาการซึมเศร้าได้ (Emotion Swings) จะยังมีอาการอยากยาเป็นพักๆ หรือมีอาการอยากยาเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น เพื่อนพูดชักชวน เห็นผู้อื่นเสพยาจะมีอาการอยากยาที่รุนแรงได้ ดังนั้นจึงพบได้ว่าผู้ป่วยบางรายที่เลิกได้เป็นเดือนๆ ก็ยังหวนกลับมาเสพยาใหม่ได้อีก

๔. ระยะปรับสภาวะ (Adjustment/Resolution Swings) เป็นระยะปรับตัวทางความคิด พฤติกรรมและสังคม ผู้ป่วยรู้สึกถึงความถูกต้อง เกิดความละอาย ยังขาดเป้าหมายของชีวิตอาจมีความเบื่อหน่ายและมีปัญหาในสถานะหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น การจัดสมดุลของชีวิต ในระยะนี้จึงมีความสำคัญที่จำทำให้การเลิกยายั่งยืนและไม่กลับไปติดซ้ำอีก (วิโรจน์ วีรชัย และคณะ, ๒๕๔๘)

๔x๑๐๐ (สี่คูณร้อย) และพีชกระท่อม (kratom) (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และคณะ, ๒๕๕๒; สุรพร ชลสาคร, ๒๕๕๖)

รูปแบบดั้งเดิมการใช้ใบกระท่อมซึ่งเป็นสารตั้งต้นสำคัญของยาเสพติด ๔ x ๑๐๐ เริ่มจากจังหวัดทางภาคใต้ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม และเป็นศาสนาที่มีบทบัญญัติที่เคร่งครัดในการห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พีชกระท่อมจึงเป็นสิ่งทดแทน เนื่องจากพีชกระท่อมไม่เป็นสิ่งต้องห้ามตามหลักศาสนาอิสลามแต่เป็นสิ่งต้องห้ามตามกฎหมายของรัฐ จากงานวิจัยพบว่าพีชกระท่อมมีคนใช้โดยทั่วไปทุกจังหวัด และในภาคใต้ รูปแบบการใช้พีชกระท่อมในการเสพมีอยู่ด้วยกัน ๒ แบบ คือการใช้แบบดั้งเดิมคือการเคี้ยวใบสดหรือการกินผงที่ได้จากใบ พบว่าบางคนเริ่มเคี้ยวเมื่ออายุ ๒๕ ปี และหลายคนเคยเคี้ยวใบกระท่อมไปตลอดชีวิต แบบที่ ๒ เริ่มจากการแพร่ระบาดของยาเสพติดในภาคใต้ก่อนปี ๒๕๔๘ ประกอบด้วย เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า สารระเหย ยาแก้ไอสูตรโคเคอีน เนื่องจากในช่วงสงครามยาเสพติด ปี ๒๕๔๘ รัฐบาลมีการปราบปรามยาเสพติดอย่างจริงจังทำให้ยาเสพติดในช่วงนั้นหายากขึ้น ราคาแพงจากเดิมหลายเท่าตัว จึงมีกลุ่มวัยรุ่นส่วนหนึ่งได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพใบกระท่อมมาเป็นสารเสพติดชนิดใหม่เข้ามาแทน โดยนำน้ำต้มกระท่อม (ครั้งละ ๕๐ - ๑๐๐ ใบ) เพื่อใช้เป็นสารตั้งต้นในการผลิตเครื่องดื่มผสมกับสารตัวอื่น เช่น ยาแก้ไอ น้ำโค้ก ยาแก้ปวด น้ำแข็ง เรียกยาเสพติดสูตรใหม่นี้ว่า ๔ x ๑๐๐ (สุรพร ชลสาคร, ๒๕๕๖)

ความหมาย

ยาเสพติดที่มีน้ำกระท่อมเป็นส่วนผสมหลัก และมีส่วนประกอบอื่นร่วม ได้แก่ ยาแก้ไอที่มีส่วนผสมของ โคเคอีน น้ำโค้ก หรือหรือส่วนผสมอื่น ๆ ที่ผสมลงไปแล้วทำให้เกิดอาการมึนเมา เช่น ยาแก้ปวด สารเคลือบสีขาในหลอดหลอดฟลูออเรสเซนต์ยาแก้แพ้หรือยาก่ออมประสาท (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และคณะ, ๒๕๕๒)

การเรียกชื่ออื่นของยาเสพติด ๔ x ๑๐๐ อาจเรียกไปตามสูตรผสมซึ่งในแต่ละพื้นที่ไม่มีสูตรตายตัวขึ้นอยู่กับความนิยมการปรุงและรสนิยมของผู้เสพ แต่ส่วนผสมหลักยังคงเดิม ชื่ออื่นที่พบ เช่น OTOP หรือน้ำกระท่อมต้ม ถ้าวัดส่วนผสมเหลือ ๓ ชนิด เรียก ๓ x ๑๐๐ ถ้าเพิ่มส่วนผสมเข้าไปจำนวนมาก เรียก ๘ x ๑๐๐ หรือ ๑๐ x ๑๐๐ กระท่อมบดผสมนมเปรี้ยว เรียกว่า วันทูกอล (ภาคใต้ตอนบน) (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และคณะ, ๒๕๕๒)

ส่วนผสมหลักที่ใช้ผสมยาเสพติด ๔ x ๑๐๐

๑. ใบกระท่อม (Kratom)

พืชกระท่อมเป็นพืชวงศ์เดียวกับกาแฟ เป็นไม้ยืนต้นขนาดกลางสูงประมาณ ๑๕-๓๐ เมตร เปลือกต้นสีเทา ลำต้นของกระท่อมมีลักษณะตรง แตกกิ่งก้านน้อย ลักษณะเป็นใบเดี่ยว เรียงเป็นคู่ ตรงกันข้าม ใบเป็นรูปไข่ ปลายใบแหลม โคนใบป้านขอบใบเรียบ ผิวใบเรียบลื่น แผ่นใบบาง ด้านท้องใบมีเส้นใบเป็นสันเห็นได้ชัดเจนยอดอ่อนเห็นหูใบรูปใบหอกอยู่ตรงกลางระหว่างกันใบอ่อนทั้งสองข้าง จำนวน ๑ คู่ เส้นบริเวณท้องใบเป็นสัน เส้นใบเป็นสีแดง เรียก ชนิดก้านแดง และเส้นใบเป็นสีเขียว เรียก ชนิดก้านเขียว บางชนิดอาจมีปลายใบเป็นหยัก เรียก ชนิดหางกั้ง หรือ ยักษ์ใหญ่ สารสกัดจากพืชกระท่อมมีสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลางโดยพบว่ามีมัยตราจันนิน เป็นสารหลักที่พบมากในใบกระท่อม มีฤทธิ์ผ่านตัวรับออปิออยด์ (opioid receptor) ในสมองจึงมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับยาแก้ปวดกลุ่มออปิออยด์ (opioid analgesic) เช่น มอร์ฟีน และมีผลลดความอยากอาหาร ทำให้น้ำหนักลดลง (สุรพร ชลสาคร, ๒๕๕๖) การเสพพืชกระท่อมในขนาดต่ำๆ มีฤทธิ์กระตุ้นคล้ายใบโคคา และสามารถนำมาใช้ทดแทนการใช้ฝิ่นได้โดยรูปแบบการเสพที่นิยมได้แก่ ชงน้ำดื่ม เคี้ยวใบสด เป็นต้น การกินใบกระท่อมจะทำให้ทนต่อความร้อน อดทน และทำงานได้นานมากขึ้น แต่เมื่อเสพติดต่อกันเป็นระยะเวลาสั้นๆ จะมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผิวดำเกรียม ท้องผูก เมื่อใช้ติดต่อกัน อาจทำให้เกิดการเสพติด และถ้าไม่ได้เสพ อาจมีอาการถอนยา (withdrawal) เช่น มีอาการกำร้าว น้ำตาไหล น้ำมูกไหล ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เป็นต้น สารมัยตราจันนินที่เป็นสาระสำคัญที่เป็นองค์ประกอบหลักจากพืชกระท่อม มีการศึกษาพบว่ามีผลต่อความจำ (cognitive function) และหากได้รับในขนาดสูง ๕ - ๑๕ มก.ต่อกก.ผ่านการฉีดเข้าช่องท้องของหนู เป็นเวลานาน ๒๘ วัน มีผลลดความสามารถในการจดจำ และลดกิจกรรมการเคลื่อนไหวในการทดสอบ open field test นอกจากนี้มีการศึกษาสารสกัดเมทานอล (ขนาด ๕๐ ๑๐๐ และ ๒๐๐ มก.ต่อกก.) และสารสกัดอัลคาลอยด์ (ขนาด ๕ ๑๐ และ ๒๐ มก.ต่อกก.) จากใบกระท่อมต่อกิจกรรมการเคลื่อนไหว พบว่าสารสกัดทั้งสองไม่ได้มีผลต่อกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญ แต่มีแนวโน้มลดลง

สรรพคุณทางยา

ใบกระท่อมมีสรรพคุณทางการรักษาของแพทย์แผนไทย โดยใช้ใบกระท่อมปรุงเป็นยา เรียกว่าปะสะกระท่อม ใช้รักษาโรคบิด แก้ปวดมวนท้อง ปวดเบ่ง ปวดเมื่อยร่างกาย ท้องเฟ้อ ท้องเสีย ท้องร่วง ทำให้อนหลับและระงับประสาท ซึ่งตรงกับทางการแพทย์แผนปัจจุบันจะพบว่า มีฤทธิ์ระงับอาการปวดได้เช่นเดียวกับมอร์ฟีน แต่อ่อนกว่า ๑๐ เท่าประเทศไทยเดิมนิยมใช้กระท่อม มีจุดประสงค์ในการใช้เพื่อให้ทำงานได้ทนขึ้น ทนต่อแสงแดด การใช้ใบกระท่อมในคนไทยนั้นนิยมเสพโดยการเคี้ยวใบสดหรือใบแห้งและผสมเกลือเพื่อป้องกันภาวะท้องผูก (สาวิตรี อัจฉนาภรณ์ชัย และคณะ, ๒๕๖๓)

อาการอันไม่พึงประสงค์ อาการข้างเคียงแบบเฉียบพลันของ Mitragynine คล้ายกับมอร์ฟีน คือทำให้ปากแห้ง ปัสสาวะบ่อย เบื่ออาหาร ท้องผูก อุจจาระดำและก้อนเล็กคล้ายอุจจาระแพะ ที่แตกต่างจากฝิ่นคือ ไม่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน รายที่ใช้มาก นอนหลับยาก เมื่อใช้เป็นเวลานานจะมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด นอนไม่หลับ ผิวหนังคล้ำ โดยเฉพาะบริเวณแก้มมีสีคล้ำขึ้นคล้ายหน้าผู้ป่วยโรคตับ ประมาณร้อยละ ๓๐ ของผู้ติดกระท่อม รายงานว่ามีความต้องการทางเพศลดลง และต้องการใช้กระท่อมร่วมกับแอลกอฮอล์เพื่อกระตุ้นความต้องการทางเพศ ดังนั้น การติดยาจึงเกิดจากการใช้ยาในขนาดสูงการติดกระท่อมเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ โดยการเพิ่มขนาด

ปริมาณ และความถี่ในการใช้ในระยะเวลาของการติด ผู้ใช้จะยังสามารถทำงานหนักซึ่งไม่ต้องใช้ทักษะมากนักได้เป็นอย่างดี เมื่อการติดยาดำเนินไปนานขึ้น ผู้ติดกระท่อมจะหมดแรงลง และมีอาการในทางตรงกันข้ามกับผลที่ได้ในระยะแรกๆ ของการเสพในกรณีที่มีอาการติดยา (Addiction) อาการจะคล้ายกับแอมเฟตามีน คือ เบื่ออาหาร ทำงานได้มากเกินไป ตื่นเต้น ตื่นตัวเพราะประสาทถูกกระตุ้น แต่ยังไม่เคยมีรายงานผู้เสพติดกระท่อมก่อปัญหาอาชญากรรม หรืออุบัติเหตุเหมือนที่ได้รับรายงานกรณีผู้เสพยาแอมเฟตามีน ซึ่งพบอาการโรคจิตหวาดระแวง เห็นภาพหลอน คิดว่าคนจะมาทำร้ายตน และพูดไม่ค่อยรู้เรื่อง ส่วนอาการขาดยา (Withdrawal Symptom) จะทำให้ไม่มีแรง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูก แขนขากระตุก รู้สึกอ่อนเพลียไม่สามารถทำงานได้ อารมณ์ซึมเศร้า ฉุนเฉียว น้ำตาไหล บางรายก้าวร้าว แต่เป็นมิตร (Hostility) นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึ่งตรงข้ามกับอาการขาดยาแอมเฟตามีนที่จะทำให้รู้สึกง่วงนอนมาก หิวจัด และมีอัส

พฤติกรรมเสพ/การใช้พืชกระท่อม

พืชกระท่อมเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย โดยเฉพาะจังหวัดทางตอนใต้ การเสพพืชกระท่อมมีรูปแบบการเสพที่แตกต่างกัน ๒ แบบ คือ

๑. แบบดั้งเดิมเป็นการเคี้ยวใบสดหรือการกินผงที่ได้มาจากใบ ตากใบแห้งขงน้ำร้อนกินหั่นตากแห้งขงเหมือนใบชา สูบใบแห้ง สูบยางท่อม พฤติกรรมการเสพส่วนใหญ่มักเสพเพื่อการใช้แรงงานหรือการกินใบกระท่อมเป็นธรรมเนียมที่สืบทอดกันมาเป็นเวลานาน การเสพใบกระท่อมบางคนกินทุกมิกจะใช้กระท่อมภายในบ้านพักของตนเอง

๒. การเสพน้ำกระท่อมผสมกับสารตัวอื่นในกลุ่มวัยรุ่นทางภาคใต้ ที่เรียกว่ายาเสพติด ๔ x ๑๐๐ เนื่องจากเมื่อ ๕ ปีที่ผ่านมา กลุ่มวัยรุ่นได้คิดค้นผลิตเครื่องดื่มตัวใหม่ โดยการใช้น้ำต้มใบกระท่อม (ครั้งละประมาณ ๑๕ - ๑๐๐ ใบ) ได้นำชาใบกระท่อมเพื่อใช้เป็นสารตั้งต้น นำไปผสมกับน้ำโค้ก ยาแก้ไอ และน้ำแข็ง ผู้เสพจะมีการนัดมานั่งเสพด้วยกัน และพูดคุยกันในเรื่องทั่ว ๆ ไปเหมือนการเสพน้ำชาหรือกาแฟ หรือคล้ายการตั้งวงเสพเหล้า กินกันจนหมดก็แยกย้ายกันกลับ ผู้เสพจะบอกว่าเสพแล้วรู้สึกสบายหายเครียด พูดคุยได้สนุกขึ้นต่อมาก็จะเริ่มมีมันๆ ง่วงๆ เหมือนเมาเหล้าแต่น้อยกว่ามาก โดยส่วนใหญ่ใช้สัปดาห์ละ ๓ - ๔ ครั้ง (สุรพร ชลสาคร, ๒๕๕๖)

ผลของกระท่อมต่อร่างกาย

สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาคใต้ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเสพพืชกระท่อมในพื้นที่ภาคใต้ดังนี้

อาการเมื่อเสพใบกระท่อม

ช่วงแรกทำให้รู้สึกสบาย ว่องไว คล่องแคล่ว มีแรงในการทำงาน ถ้าได้ออกแรงออกกำลังกาย จะรู้สึกสูงชัน ทนแดด ทำงานได้ทนเมื่อต้องทำงานกลางแดดจัด หายเหนื่อย หายปวดเมื่อย รู้สึก กระชุ่มกระชวย กระปรี้กระเปร่า ใจเย็น สบายเนื้อสบายใจ บางคนกินแล้วรู้สึกเมา โดยเฉพาะกินกระท่อมพันธุ์กันใบแดง บางคนรู้สึกห่วงนอน อาการหนาวสั่นเวลาอากาศครึ้มฝน ลดอาการปวดเมื่อยขนาดต่ำๆ มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทคล้ายยาบ้าอ่อนๆ ถ้ากินขนาดสูงมีฤทธิ์ เชื่องซึม ชา เคลิบเคลิ้ม กดประสาทคล้ายฝิ่นมีฤทธิ์ Psychedelic สุขภาพผู้ที่กินใบกระท่อมสำหรับคนที่กินต่อเนื่องเป็นเวลานานระบบขับถ่ายผิดปกติ ท้องผูกบ่อยๆ อุจจาระแข็งอุจจาระเป็นก้อนดำคล้ายมูลแพะ บางคนผอมผิวพรรณแห้งดำเกรียม ใบหน้าหมอง ไม่มีราศี ไม่มีแรงหน้ามืด ใจสั่น เป็นลมง่าย บางคนปวดท้องมีปัญหาเรื่องกระเพาะอาหาร และลำไส้ อาการเมื่อไม่ได้กินใบกระท่อมสำหรับคนที่กินต่อเนื่องเป็นเวลานาน ไม่มีแรงเหนื่อยง่าย คออ่อน ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดในข้อ เดินไม่คล่องตัว หาว นอนไม่หลับ

น้ำมูกน้ำตาไหลเหงื่อออกตามร่างกาย มักมีกลิ่นปาก กลิ่นตัว ผิดปกติ ยิ่งในช่วงมีอาการขาดยาคลื่นจะรุนแรงขึ้น

ผลกระทบทางด้านจิตใจ

หงุดหงิด น้อยใจง่าย กระสับกระส่าย ฟุ้งซ่าน สับสน ประสาทหลอน

ผลต่อระบบอื่นๆ

การศึกษาฤทธิ์ของมัยตราจัยนิน ที่เป็นแอลคาลอยด์หลักของใบกระท่อมพบว่า เมื่อทดลองใช้มัยตราจัยนินกับโคโคเดอีนในขนาดที่เท่ากันเพื่อเปรียบเทียบฤทธิ์ของแอลคาลอยด์ทั้งสองชนิดนี้ มัยตราจัยนินจะไม่ทำให้เกิดการอาเจียน หายใจลำบาก และไม่มีกลุ่มอาการติดยาคล้ายกับการติดสารฝิ่น และไม่สามารถต้านฤทธิ์ได้ด้วย Nalorphine และไม่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก เมื่อให้ในขนาดที่เกิดผลบรรเทาปวดจะมีผลต่อการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารน้อย นอกจากนี้มีผลไม่มากนักต่อความดันโลหิตในสุนัข แต่อย่างไรก็ตามเมื่อให้มัยตราจัยนินในขนาดสูงจะมีผลลดความดันโลหิตในแมว แต่มีผลลดการหายใจน้อยกว่าโคโคเดอีน เมื่อให้มัยตราจัยนินใต้ผิวหนังจะให้ผลในการบรรเทาปวดน้อยกว่าการให้โดยการรับประทานเชื่อว่าอาจเป็นผลจากการที่มัยตราจัยนินต้องถูกแปรรูปก่อนที่จะออกฤทธิ์ นอกจากนี้มัยตราจัยนินยังมีความเป็นพิษน้อยเมื่อเทียบกับสารฝิ่น

อาการเมาใบกระท่อม

อาการเมาหรือภาวะเป็นพิษจากยาหรือสารเสพติดที่ใช้ (Intoxication) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมหรือจิตใจ ร่วมกับอาการและอาการแสดงทางร่างกาย (Symptoms and Signs) ที่เกิดขึ้นทันทีหลังจากใช้สารตัวใดตัวหนึ่งในปริมาณมากเกินระดับที่ทนได้ เช่น ในคนที่เพิ่งใช้สารตัวนั้นเพียงครั้งแรก หรือผู้ที่ใช้ในปริมาณที่มากกว่าที่เคยใช้มาก่อน อาการที่เกิดขึ้นจะเป็นฤทธิ์ของยา หรือสารหลักในสารชนิดนั้น อาการเมาใบกระท่อมมีลักษณะคล้ายคลึงกับอาการเมาหรือภาวะเป็นพิษจากสารหลายชนิด เช่น จากสาร Tetra Hydro Cannabinols (THC) ซึ่งเป็นสารออกฤทธิ์หลักในกัญชา เป็นต้น คือ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเกิดขึ้น ในลักษณะที่เป็นการแปรปรวนของระบบประสาทอัตโนมัติ กล้ามเนื้อการทรงตัว และระบบประสาทสัมผัส มักจะมีอาการตัวสั่น มือสั่น อุณหภูมิร่างกายลดลงเล็กน้อยทำให้รู้สึกตัวเย็น หนาว ความแข็งแรงและสมดุลของร่างกายลดลง จึงทำให้รู้สึกว้าวุ่น ขาอ่อนแรง ยืนเดินไม่ไหว ระดับการประสานงานของกล้ามเนื้อลดลงจึงเดินเซ หรือทำของตกหล่น คลื่นไส้ ปวดหัวเวียนหัว และอาจมีความดันโลหิตลดลง หายใจเร็วขึ้น และหัวใจเต้นเร็วขึ้น อาการเหล่านี้อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคของหัวใจและหลอดเลือดได้ เพราะไปเพิ่มการทำงานของหัวใจมากขึ้นอาจเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บได้ หากผู้เสพไปขับรถหรือใช้เครื่องจักรเครื่องยนต์เมื่อมีอาการ เพราะการทำงานของระบบประสาทสัมผัสการประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อและระบบประสาทควบคุมบกพร่องการตอบสนองต่อการกระตุ้นช้าลง และแปลสิ่งเร้าผิดไป

อาการถอนพิษกระท่อม

อาการที่เกิดขึ้นเมื่อหยุดใช้ใบกระท่อม คือ ความรู้สึกอยากใช้ใบกระท่อมอย่างรุนแรงร่วมกับอาการ ๔ กลุ่มใหญ่ๆ คือ มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามร่างกาย แขนขา หลัง เส้นสายตึง และกล้ามเนื้อกระตุก รู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่อยากทำงานหรือไม่ทำอะไรเลย หดหู่เศร้าหมองไม่แจ่มใส รู้สึกไม่สบายเหมือนกำลังเจ็บป่วย หนาวมาก น้ำตาไหลเหมือนง่วงนอน รู้สึกหิว หัวใจเต้นแรง ใจสั่น และรู้สึกเหมือนเป็นไข้ร้อนๆ หนาวๆ สั่น อาการด้านความรู้สึกวิตกกังวล คือ รู้สึกเครียด วิตกกังวล

หงุดหงิดโมโหง่าย กระสับกระส่าย กระวนกระวาย ไม่สามารถจะผ่อนคลายได้ สามารถพบได้ในผู้ใช้ประจำมากกว่าในผู้ใช้เป็นครั้งคราว

๒. ยาน้ำแก้ไอ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, ๒๕๖๖; อีริตล์ เหลืองมั่นคง, ม.ป.ป.)

ประเภทของยาแก้ไอ สามารถแบ่งตามลักษณะการออกฤทธิ์ ได้ ๒ ประเภท คือ

๑. ยาระงับอาการไอ ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ที่ศูนย์ควบคุมการไอในสมอง ใช้รักษาอาการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ

๒. ยาขับเสมหะ เป็นยาที่ช่วยกระตุ้นการขับเสมหะออกจากทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นผลให้อาการไอลดลงยาแก้ไอที่ออกฤทธิ์ที่ศูนย์ควบคุมการไอในสมอง นั้นแบ่งได้เป็นยาแก้ไอที่มียาเสพติดเป็นส่วนผสม และไม่มียาเสพติดเป็นยาแก้ไอที่มียาเสพติดเป็นส่วนผสม มีสารออกฤทธิ์ที่เป็นส่วนประกอบที่สำคัญคือ โคเดอีน (Codeine) หรือฝิ่นยา (Tincture Opium) ยาแก้ไอกลุ่มนี้เป็นยาแก้ไอที่กลุ่มวัยรุ่นนิยมนำไปใช้ดื่มเพื่อความสนุกสนาน ซึ่งกำลังแพร่ระบาดอยู่ในปัจจุบัน

ส่วนผสม

โคเดอีนเป็นสารอัลคาลอยด์ที่สกัดออกมาจากฝิ่น ซึ่งเป็นน้ำยาง (Juice) ที่กรีดได้จากผลฝิ่นมีชื่อทางพฤกษศาสตร์ว่า Papaver Somniferum ซึ่งหมายความว่า เหนียวน้ำให้หลับ ฝิ่นถือเป็นยาเสพติดร้ายแรงที่สร้างปัญหาให้แก่มวลมนุษยชาติ และเป็นยาเสพติดชนิดแรกที่คนไทยรู้จัก “ฝิ่น” เนื่องจากโคเดอีน มอร์ฟีน และเฮโรอีน มีแหล่งกำเนิดหรือผลิตมาจากแหล่งเดียวกันคือ ฝิ่น ดังนั้นจึงมีสูตรโครงสร้างโมเลกุลและคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาคล้ายกัน โดยตำรับยาน้ำแก้ไอที่มีโคเดอีนเป็นส่วนผสม จะมีโคเดอีนเป็นส่วนประกอบ ประมาณ ๙ - ๑๐ มิลลิกรัมต่อ ๕ มิลลิลิตร ขนาดรับประทานครั้งละ ๕ - ๑๐ มิลลิลิตร ส่วนตำรับยาแก้ไอที่มีโคเดอีนเป็นส่วน ผสมชนิดเม็ด จะมีโคเดอีนเป็นส่วนประกอบ ประมาณ ๑๐ มิลลิกรัม เม็ด หรือแคปซูล

สรรพคุณ

ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System: CNS) มีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาคือ ระงับปวด และมีประสิทธิภาพในการระงับอาการไอได้ดีมาก โดยออกฤทธิ์กดศูนย์ควบคุมการไอในสมองด้วยคุณสมบัติของโคเดอีนที่มีฤทธิ์ระงับอาการไอ ในทางการแพทย์จึงนำโคเดอีนเป็นส่วนผสมที่สำคัญในการผลิตยาแก้ไอ ซึ่งปัจจุบันได้มีการขออนุญาตผลิตยาแก้ไอที่ผสมโคเดอีนหลายชื่อการค้าด้วยกัน มีทั้งชนิดน้ำและชนิดเม็ด

ผลกระทบต่อร่างกาย

ยาแก้ไอที่ผสมโคเดอีน มีส่วนประกอบที่สำคัญที่เป็นยาเสพติดที่ได้มาจากฝิ่น จึงมีฤทธิ์ทำให้ผู้ใช้เกิดการติดยาจะทำให้มีข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม ท้องผูก การใช้ยาในขนาดที่สูงๆ ทำให้การหายใจหยุด ช็อก และหัวใจหยุดเต้น การใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้เกิดการติดยาได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจข้อควรระวัง ขณะที่ใช้ยาไม่ควรขับรถหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร

ผลกระทบด้านจิตใจ

เนื่องจากการออกฤทธิ์ของยาแก้ไอที่ผสมโคเดอีน ออกฤทธิ์ที่ศูนย์ควบคุมการไอในสมอง และส่วนประกอบของสารเป็นยาเสพติดที่สกัดได้จากฝิ่น จึงทำให้ผู้ใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้ติดยาได้

อาการขาดยา

เมื่อหยุดการใช้ยาจะมีอาการขาดยาคล้ายเสียนเฮโรอีน แต่อาการน้อยกว่า เช่น หาว น้ำมูกไหล ถ่ายเหลว ปวดท้อง ปวดกล้ามเนื้อ หน้าแดง ความดันโลหิตสูง เครียด นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย

การแพร่ระบาดของยาน้ำแก้ไอที่ผสมโคเคอีนมาใช้ในทางที่ผิด

ช่วงก่อนประกาศสงครามยาเสพติดของรัฐบาลปี ๒๕๔๖ มีการระบาดของยาเสพติดมารวมทั้งยาแก้ไอผสมโคเคอีน เนื่องจากสภาพภูมิประเทศมีความคาบเกี่ยวเขตแดนไทย มาเลเซีย จึงมีการลักลอบนำเข้าจากประเทศเพื่อนบ้าน โดยลักลอบนำมาจากร้านขายยาแถวปิ่น และ กัวลาลัมเปอร์ผ่านมาเลเซีย เข้ามายังจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ซึ่งส่วนใหญ่บรรจุเป็นแกลลอน ๔ ลิตร ราคา ๑,๘๐๐ บาท นำมาขายให้กับพ่อคนไทย แกลลอนละ ๓,๐๐๐ - ๔,๐๐๐ บาท แล้วนำไปแบ่งขายเป็นถุงหรือขวดเล็กๆ ๓๐, ๕๐ และ ๑๐๐ ซีซี ราคา ๕๐, ๖๐ และ ๑๒๐ บาท (ศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำภาคใต้, ๒๕๕๖)

การนำยาแก้ไอที่ผสมโคเคอีนมาใช้ในทางที่ผิดเริ่มปรากฏการแพร่ระบาดขึ้นใน กลุ่มวัยรุ่นบริเวณจังหวัดชายแดนทางภาคใต้ของประเทศ โดยใช้ผสมกับน้ำอัดลมและใส่น้ำแข็งดื่ม อาจผสมกับยาบางชนิด หรือดื่มโดยไม่ผสมอะไรเลย ทั้งนี้แหล่งกระจายยาไปสู่ผู้ใช้ พบว่า มาจากร้านขายยาหรือโรงงานผลิตยาบางแห่ง และบางส่วนก็มีการลักลอบนำเข้าจากต่างประเทศเพื่อนำมาขายในตลาดมืด ผลของการใช้ยาแก้ไอที่มีโคเคอีนเป็นส่วนผสม ในกรณีที่น่าไปใช้ในทางที่ผิดจะเกิดอันตรายต่อสุขภาพ อาทิ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม และที่สำคัญการใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้เกิดการติดยาทั้งทางกายและจิตใจ และมีอาการถอนยาเมื่อขาดยา เช่นเดียวกับการติดยาฝิ่นหรือเฮโรอีน ซึ่งจะต้องเข้ารับการบำบัดรักษาจึงจะหายจากการติดยาได้

พฤติกรรมกาเสพติด

พบว่า ผู้เสพยาแก้ไอส่วนใหญ่จะผสมกับน้ำอัดลม น้ำโค้ก ผู้เสพบอกว่าทำให้รู้สึกซ่าๆ และคนอื่นสังเกตไม่เห็น เข้าใจว่าดื่มน้ำอัดลมธรรมดา เสพกันเป็นกลุ่ม ๒ - ๕ คน ตามร้านน้ำชาร้านคาราโอเกะหรือแหล่งบันเทิงเรียงรายต่างๆ บางคนที่เสพหนักจะเสพคนเดียวที่บ้าน บางคนใช้เฮโรอีนอยู่เมื่อไม่มียาให้เสพก็อาจใช้ยาแก้ไอและยานอนหลับเพื่อลดอาการเสียน วัยรุ่นที่เสพยาเป็นกลุ่มจะใช้วิธีการทยาแก้ไอลงในแก้วปริมาณเท่าๆ กันแล้วเทน้ำโค้กลงในแก้ว ดื่มไปพูดคุยกันไปตามประสา วัยรุ่นบางคนผสมยากล่อมประสาหรือยานอนหลับ ทำให้เมามากขึ้น (วิภา ด้านดำรงกุล และสมปอง สิมมา, ๒๕๕๗)

๒.๑ ยาน้ำแก้ไอไดเฟนไฮดรามีน

ข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างของกลาง ประเภทยาเสพติดให้โทษที่ถูกจับได้ในพื้นที่ ๕ จังหวัดภาคใต้ โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สงขลา พบว่า มีจำนวนมากถึง ๖๗๒ ตัวอย่าง ที่มีส่วนผสมของยาน้ำแก้ไอที่มีสารไดเฟนไฮดรามีน สารตั้งต้นสายพันธุ์ใหม่ในยาเสพติด ๔ x ๑๐๐ ที่ใช้แทนยาน้ำแก้ไอชนิดโคเคอีน สารตั้งต้นตัวเดิมที่หาซื้อยากขึ้น ไดเฟนไฮดรามีนจัดเป็นยาอันตรายตามพระราชบัญญัติยา และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องยาอันตราย

ส่วนผสม

Diphenhydramine (ไดเฟนไฮดรามีน) มีฤทธิ์ต่อระบบประสาท ลักษณะเป็นน้ำยาเหลวข้นหนืดเล็กน้อย มีทั้งสีชมพูแดง และสีน้ำตาลแดง

สรรพคุณ

ใช้เป็นยาแก้แพ้สำหรับลดน้ำมูก บรรเทาอาการหวัดและไอเนื่องจากเสมหะ

ผลกระทบต่อร่างกาย

หากนำยาแก้แพ้ที่มีส่วนผสมของไดเฟนไฮดรามีน ไปใช้ในปริมาณที่สูงกว่าปกติ จะทำให้ผู้ใช้มีอาการง่วงซึม มึนงง ปากแห้ง ใจสั่น และหงุดหงิดง่าย จึงต้องมีการใช้อย่างระมัดระวัง และห้ามใช้เสริมฤทธิ์กับยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาทและแอลกอฮอล์

ผลกระทบด้านจิตใจ

ส่วนพิษสงของสารเสพติดชนิดนี้ เมื่อเสพเข้าไปแล้วจะออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้เคลิบเคลิ้มไม่เป็นตัวของตัวเอง ถูกชักจูงให้ทำในสิ่งต่างๆ ได้ง่าย และหากเสพถึงขั้นเสพติดสุดท้ายเวลาไม่ได้เสพก็จะทรมานทรมายมีอาการลงแดง เช่นเดียวกับยาเสพติดสายพันธุ์อื่นๆ

๓. น้ำโค้ก (โคคา - โคล่า)

เครื่องดื่มยอดนิยมชนิดหนึ่ง มีทั้งน้ำอัดลมน้ำดำหรือน้ำโคล่า ซึ่งได้รับการคิดค้นโดย จอห์น เพ็มเบอร์ตัน เกสเซอร์ชาวอเมริกัน เมื่อปี ๑๘๘๖ การค้นพบสูตรได้รับรายงานว่ามีผลกระทบต่อปริมาณการซั่งดวงส่วนผสมต่างๆ ของ"สารสกัด"ที่จำเป็นสำหรับส่วนผสมของเครื่องดื่มโคคา - โคล่า อย่างแม่นยำแม้ว่าจะใช้ส่วนผสมต่างๆ ของสารสกัดเข้าด้วยกันในปริมาณเพียง ๑% ของปริมาณเครื่องดื่มทั้งหมด แต่สูตร Merchandise ๗X ก็ยังคงรักษารสชาติที่เป็นเอกลักษณ์ของเครื่องดื่มชนิดนี้ไว้ได้อย่างไรก็ตาม สูตรอย่างเป็นทางการของน้ำโค้ก มีการเก็บรักษาอย่างดีตลอด ๒๔ ชั่วโมง ในตู้নিরภัยที่สำนักงานใหญ่ของโคคา - โคล่า เมืองแอตแลนต้า สหรัฐอเมริกา น้ำโค้ก พบว่า มีสารสกัดจากใบโคคา (Erythroxylum Novogranatense Morris Hieron) ผลการตรวจวิเคราะห์ทางการแพทย์พบว่าใบโคคามีสารโคเคน (Cocaine) อยู่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ ๔ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๒๒ คาเฟอีน ซึ่งเป็นสารอัลคาลอยด์ จัดอยู่ในตระกูลเมทิลแซนทีน มีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำให้รู้สึกตื่นตัว (สำนักงานปราบปรามยาเสพติด, ๒๕๕๐) ออกฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอะดรีนาลีน (Adrenaline) และโดปามีน ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ใจสั่น ความดันโลหิตสูง ตับเร่งผลิตน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือด กล้ามเนื้อตึงตัวพร้อมทำงาน ทำให้เหมือนเป็นยาชูกำลัง การบริโภคคาเฟอีนมีผลทำให้หัวใจเต้นช้าลงเล็กน้อยในช่วงแรก และกลับเต้นเร็วขึ้นเล็กน้อยในช่วงที่ ๒ และ ๓ ความดันโลหิตจะเพิ่มประมาณ ๕ - ๑๐ มิลลิเมตรปรอท และเพิ่มขึ้นนานประมาณ ๒ - ๓ ชั่วโมงแล้วอาการดังกล่าวจะหายไป ส่วนฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งโดปามีน (Dopamine) ทำให้รู้สึกผ่อนคลายสบายใจ สุขลึกลง เชื่อว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสพติดคาเฟอีนทั้งฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งสารอะดรีนาลีนและโดปามีน มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ผลกระทบต่อร่างกาย

คาเฟอีนเป็นสารที่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาท และมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ รวมถึงพัฒนาการของเด็กๆ ในวัยเรียน การบริโภคคาเฟอีนในปริมาณสูงเกินไปอาจจะเกิดพิษขึ้นได้ คาเฟอีนในปริมาณครั้งละ ๒๐๐ - ๕๐๐ มิลลิกรัม อาจทำให้ปวดศีรษะ เกิดภาวะเครียด กระวนกระวาย มือสั่นและประสิทธิภาพ การทำงานลดลง คาเฟอีนประมาณ ๑,๐๐๐ มิลลิกรัม อาจทำให้ผู้บริโภคมีไข้สูง วิดกกังวล กระสับกระส่าย พุดตะกุกตะกัก ควบคุมตัวเองไม่ได้ ซึมเศร้า นอนไม่หลับ หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียนปัสสาวะบ่อย ขนาดของคาเฟอีนที่อาจทำให้เสียชีวิตได้ ประมาณ ๑๐๐

มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม ในเด็กเล็กหรือประมาณ ๓,๐๐๐ มิลลิกรัมในเด็กโต ๕,๐๐๐ - ๑๐,๐๐๐ มิลลิกรัมในผู้ใหญ่ตามลำดับ เครื่องดื่มน้ำโค้กเป็นเครื่องดื่มที่ผสมน้ำอัดลมซึ่งมีสารอธีลีนไกลคอลเป็นตัวทำให้น้ำอัดลมเย็นจัดและช่วยป้องกันการแข็งตัวที่อุณหภูมิ ๐ องศา โดยจะทำให้ น้ำอัดลมแข็งตัวที่อุณหภูมิต่ำกว่านั้น คือ -๔ หรือ -๕ องศา สารเคมี ตัวนี้ยังเป็นสารพิษอย่างอ่อนๆ ที่จัดอยู่ในกลุ่มของสารหนู เพราะฉะนั้นถ้าดื่มน้ำโค้ก ๔ ลิตร ภายในเวลาประมาณ ๑ ชั่วโมง อาจตายได้ และค่า pH (ค่าความเป็นกรด - ด่าง) ของน้ำอัดลมมีค่าเท่ากับ ๓.๔ ความเป็นกรดขนาดนี้สามารถ ทำให้ กระดูกและฟันผุกร่อนได้ ซึ่งร่างกายคนเราจะหยุดสร้างกระดูกเมื่ออายุ ๓๐ เท่านั้นเอง และการกินน้ำอัดลมหลังอาหารจะมีผลต่อระบบย่อยอาหารเนื่องจากเอนไซม์ย่อยอาหารจะทำงานได้ดีที่ระดับ อุณหภูมิ ๓๗ องศา แต่อุณหภูมิ น้ำอัดลมแช่เย็นจะต่ำกว่านี้มาก บางครั้งอาจต่ำจนเกือบถึง ๐ องศา ซึ่งความเย็นจะทำให้เอนไซม์เจือจาง และระบบย่อยอาหารผิดปกติ อาหารที่เรากินเข้าไปจะไม่ย่อยซ้่า ยังหมักหมมจนเกิดแก๊สและของเสียที่จะกลายเป็นพิษสารพิษและจะถูกดูดซึมไปทั่วร่างกาย นั่นก็คือ คาร์บอนไดออกไซด์จึงเป็นต้นเหตุให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา

๔. ยากันยุง

ผลิตภัณฑ์ยากันยุงเป็นผลิตภัณฑ์ที่เมื่อใช้จุดไฟแล้วไอที่ระเหยออกมามีคุณสมบัติในการไล่ ยุงไม่ให้เข้ามาในบริเวณดังกล่าวปัจจุบันมีผลผลิตออกมาในท้องตลาด มีทั้งชนิดเป็นขดกลมและเป็นแท่ง ยากจุด ซึ่งพบพฤติกรรมคึกคะนองของวัยรุ่น โดยการนำน้ำต้มใบกระท่อมไปผสมกับส่วนผสมอื่น เช่น ยากันยุงชนิดขด และผสมยากันยุงเนื่องจากมีความเชื่อว่าจะทำให้เมาเหมือนยุง ซึ่งเป็นความเชื่อที่ อันตรายมาก

ส่วนผสม

สารเคมีในยากันยุงเป็นกลุ่มสารเคมีที่นิยมใช้เป็นสารออกฤทธิ์ในกลุ่มไพรีทรอยด์ (Pyrethroids) เป็นกลุ่มสารเคมีสังเคราะห์ที่เลียนแบบสารสกัดจากธรรมชาติ ไพรีทรัม (Pyrethrum) หรือไพรีทริน (Pyrethrins) ที่พบในพืชตระกูลดอกเบญจมาศ (Chrysanthemum Flowers) Synthetic Pyrethroids คล้ายกับไพรีทรินตามธรรมชาติแต่ได้รับการปรับปรุงเพิ่มความคงอยู่ได้ในสิ่งแวดล้อมปัจจุบันทั้ง ไพรีทริน และไพรีทรอยด์ได้ถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการฆ่าและกำจัดแมลงชนิดต่างๆ ทั้งทางการ เกษตรและทางสาธารณสุขโดยนิยมใช้ไพรีทรอยด์เป็นสารออกฤทธิ์ ในผลิตภัณฑ์กำจัดยุงและแมลงใน บ้านเรือน

สรรพคุณ

สารกำจัดแมลงกลุ่มไพรีทรอยด์ สลายตัวได้ง่าย กลไกการออกฤทธิ์ของสารในกลุ่มไพรีทรอยด์ ที่นิยมใช้กันในยากจุดกันยุง มีฤทธิ์ทำลายระบบประสาท มีคุณสมบัติในการทำให้ยุงเกิดอาการ KnockDown โดยรบกวนการทำงานของระบบประสาททำให้แมลงบินเป็นอัมพาตอย่างรวดเร็ว และร่วงหล่นได้ภายใน ๒ - ๓ นาที สารเหล่านี้จะปล่อยออกมาจากยากันยุงในรูปของควันดังนั้นการใช้ยากจุดกันยุงจึงช่วยป้องกันการรบกวนจากยุงรวมทั้งแมลงบินอื่นๆ และลดอัตราการกัดของยุงในบริเวณที่ จุดได้มากถึงร้อยละ ๘๐ ทั้งนี้ประสิทธิภาพของยากันยุงจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับอัตราการเผาไหม้ของยากันยุงและขนาดของห้องที่วางยากันยุงด้วย

ผลกระทบต่อร่างกาย

อันตรายจากไพรีทรอยด์ อาการพิษในคนเกิดจากการที่สารไพรีทรอยด์ ออกมีฤทธิ์ทำลาย ระบบประสาท จึงส่งผลกระทบต่อระบบประสาทและความรุนแรงของอาการพิษขึ้นอยู่กับชนิดและ ปริมาณของไพรีทรอยด์ที่เข้าสู่ร่างกายโดยทั่วไปมักจะไม่มีอาการเกิดพิษจากไพรีทรอยด์ ในขนาดที่

ปรากฏในสิ่งแวดล้อมหรือจากการใช้กำจัดแมลงในขนาดและวิธีการใช้ปกติ อาการพิษเฉียบพลันจากการได้รับไพรีทรอยด์ในปริมาณสูงได้แก่ มึนงง ปวดศีรษะ อาเจียน กล้ามเนื้อกระตุก อ่อนเพลีย การรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ชักหมดสติ เสียชีวิต อาการพิษอื่นๆ ที่พบได้แก่ อาการแพ้ทางผิวหนังคัน มีผื่นแดง หากเข้าตาอาจก่อให้เกิดการระคายเคือง เป็นอันตรายเมื่อกลิ้งกิน และเมื่อสูดดมอาจก่อให้เกิดการแพ้ระคายเคืองที่แผ่นเยื่อเมือกและบริเวณทางเดินหายใจส่วนบนถ้าสูดดมเข้าไปมากจะทำให้คลื่นไส้ตัวสั่นหงุดหงิดง่ายเป็นลมหมดสติในระยะยาวอาจทำลายตับและไต นอกจากนี้ Allethrin ยังเป็นพิษอย่างมากต่อสิ่งมีชีวิตในน้ำอาจก่อให้เกิดผลเสียระยะยาวต่อสิ่งแวดล้อมทางน้ำ

ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็นมาตรการหนึ่งในการแก้ไขปัญหาเสพติด ซึ่งจะส่งผลให้จำนวนผู้ติดยาเสพติดลดน้อยหรือหมดไป การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็นวิทยาการทางการแพทย์แขนงหนึ่งที่มีความสลับซับซ้อนยุ่งยากไม่เหมือนกับการรักษาโรคอื่น เนื่องจากผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ที่มีปัญหาเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม การบำบัดรักษาจึงต้องบำบัดทุกอย่างไปพร้อมกันทั้งตัวผู้ติดยา ครอบครัว และสังคม เพื่อให้การบำบัดรักษานั้นมีประสิทธิภาพ และผู้ติดยาเสพติดไม่กลับมาติดซ้ำได้อีกโดยง่าย

ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในปัจจุบัน การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยแบ่งออกเป็น ๓ ระบบ คือ

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

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 การป้องกันโรค

จุดแข็ง ของระบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ระบบสมัครใจ

๑. ผู้ทำหน้าที่บำบัดรักษาฯ เป็นผู้มีความรู้พื้นฐานด้านสาธารณสุข และ/หรือมีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้เสพติดเป็นอย่างดี

๒. สถานบำบัดรักษาที่รองรับผู้เสพยาติมีจำนวนมาก โดยเฉพาะการบำบัดรักษาผู้เสพยาติแบบผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีกระจายจนถึงระดับอำเภอ มีทั้งภาครัฐและเอกชน และมีความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย

๓. ผู้เสพยาติเข้ารับการรักษาเพราะมีความตั้งใจต้องการให้ตนเองหลุดพ้นจากสภาพการเสพยาติไม่ได้เข้ามาเพราะถูกจับกุม ดังนั้นจึงมีโอกาที่ทำให้การบำบัดรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๔. สะดวกในการปรับแผนการบำบัดฟื้นฟู เพื่อให้เหมาะสมกับความรุนแรงของสภาพการเสพยาติของผู้เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นรายบุคคล

๕. มีกระบวนการและกลไกในการติดตามภายหลังการบำบัดรักษาที่ชัดเจน และมีประสิทธิภาพ

๒. ระบบต้องโทษ (Correction System) ผู้ติดยาเสพยาติที่ถูกจับกุมคดีความผิดยาเสพยาติ จะได้รับการบำบัดรักษาในทัณฑสถานและเรือนจำ โดยใช้รูปแบบชุมชนบำบัดเป็นพื้นฐานการบำบัดรักษา ผู้รับการบำบัดรักษาถือเป็นผู้ต้องโทษ และต้องได้รับการควบคุมตัวแบบเข้มงวด

ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพยาติ

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

๒. ขั้นตอนพิษยา (detoxification) เป็นการรักษาอาการทางกาย ที่เกิดจากการใช้ยาเสพยาติ ด้วยการบำบัดด้วยยา แพทย์จะพิจารณาให้ยาตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย การบำบัดในขั้นตอนนี้ แบ่งเป็น ๒ รูปแบบ คือ

๒.๑ การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยไม่ต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาล แต่ต้องมารับยาตามที่แพทย์กำหนด ทีมสหวิชาชีพ อาทิ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่บำบัดด้านจิตใจด้วยกิจกรรมกลุ่มบำบัด

๒.๒ การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาลโดยให้การบำบัดด้วยการถอนพิษยาเสพยาติร่วมกับการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งให้ความรู้ร่วมกับกิจกรรมบำบัดโดยทีม สหสาขาวิชาชีพ อาทิ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

๓. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เป็นกระบวนการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้สามารถกลับสู่สังคมได้โดยทีมนักบำบัด กิจกรรมบำบัดที่ใช้กับผู้ป่วยตามแนวคิดของ FAST Model ได้แก่ การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา (family) การมีกิจกรรมทางเลือกในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ (alternative activity treatment) การเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยเทคนิคช่วย เพื่อช่วยตนเอง (self-help) และการนำแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ "ชุมชนบำบัด" (therapeutics community) ซึ่งเป็นการสร้างชุมชนหรือสังคมจำลองให้ผู้ป่วยมาอยู่ร่วมกันเพื่อ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยเหลือกันและกัน ฝึกความรับผิดชอบเรียนรู้ตนเอง และเรียนรู้การแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล เพื่อกลับไปมีชีวิต

อยู่ในสังคมได้ ร่วมกับการให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม นันทนาการและการฝึกอาชีพ เป็นต้น

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ประกอบด้วย

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

๑.๑ การให้ความรู้ครอบครัว (Family Education) ในเรื่องต่างๆ ได้แก่ (๑) ครอบครัวคืออะไร ลักษณะของครอบครัว ภารกิจของครอบครัว การทำหน้าที่ครอบครัว ทั้ง ๕ ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การควบคุมพฤติกรรม การทำบทบาทหน้าที่ของตนเอง ความผูกพันทางอารมณ์ การเป็นที่พึ่งทางใจ และการสื่อสารภายในครอบครัว (๒) ความรู้เรื่องยาเสพติด สมอทดยา ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูฯ ระเบียบ ปฏิบัติ การเสด็จชำระธรรมชาติของวัยรุ่นและการอยู่ร่วมกับวัยรุ่น เป็นต้น

๑.๒ การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family Counseling) เป็นกิจกรรมเสริมสร้างให้ครอบครัวมีทักษะการแก้ปัญหาาร่วมกัน

๑.๓ ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) เป็นการจัดกิจกรรมขึ้น เพื่อนำครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ครอบครัวสัมพันธ์ ครอบครัวศึกษา เป็นต้น

๒. กิจกรรมทางเลือก (A: Alternative Treatment Activity) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ประกอบด้วย

๒.๑ ชมรมที่ชื่นชอบ 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 เจตคติความรู้สึกของตนเองด้วยตนเอง จนสามารถอยู่ในสังคมได้โดยไม่พึ่งพาสมาชิก มีกิจกรรม ดังนี้

๓.๑ การบันทึกประจำวัน เป็นการสร้างนิสัยใหม่ด้วยการเขียนความรู้สึกส่วนตัวใน บันทึกที่จัดให้ เพื่อทบทวนตัวเองว่าในแต่ละวันทำอะไร ไม่ดีบ้าง ควรปรับปรุง และได้เรียนรู้อะไรใน แต่ละวันที่ผ่านมา

๓.๒ การสำรวจตนเอง เป็นการสำรวจตนเองเพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ เข้าใจและยอมรับตนเอง รวมถึงสามารถประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง

๓.๓ การตั้งเป้าหมายในชีวิต เป็นการฝึกทักษะการสร้างเป้าหมาย และกำหนดแนวทางที่จะนำตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

๓.๔ ทักษะการปฏิเสธ เป็นการฝึกทักษะการปฏิเสธในสถานการณ์ฉุกเฉินตาม หลักการที่ถูกต้อง เช่น เมื่อผู้ป่วยถูกชักชวนให้ไปใช้ยาเสพติด เป็นต้น

๓.๕ ทักษะการควบคุมตนเอง เป็นการฝึกทักษะการรับรู้และบอกอารมณ์ความรู้สึกของตนเองแก่ผู้อื่นได้ 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) เป็นกระบวนการในการบำบัดรักษาในชั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพที่ให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาช่วยเหลือตนเองได้โดยจำลองรูปแบบการดำรงชีวิตในสังคม เป็นชุมชน ศูนย์จำลอง มีบุคคลเข้ามาอยู่ร่วมกัน เสมือนครอบครัวเดียวกัน ย่อมมีความจำเป็นในการอยู่ร่วมกันภายใต้หลักการกฎเกณฑ์ ที่สมาชิก ร่วมกันกำหนดไว้ เพื่อสร้างการพัฒนาที่ครอบคลุมในด้านต่างๆ เริ่มตั้งแต่จัดการพฤติกรรม ความสามารถ แนวคิด ทัศนคติและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ให้สามารถอยู่ร่วมกันอย่างสมดุล ในสังคมประกอบด้วย 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) เป็นการจัดแบ่งหน้าที่รับผิดชอบให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติงาน ตามทีมงานต่างๆ อาทิ ทีมงานเกษตร งานเลี้ยงสัตว์ งานครัว งานธุรการ-การตลาด งานตัดเย็บ งานอาหาร งานช่างไม้ งานตกแต่งตึก งานประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

๔.๓ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Re-Shape Behavior) เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วย เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองได้ด้วย การลงโทษและการให้รางวัล

๔.๓.๑ เครื่องมือบ้าน (Tools of the House) เป็นกิจกรรมการลงโทษที่ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบ้าน จึงเป็นกิจกรรมที่ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ที่ตอบสนองพฤติกรรมที่สมาชิก กระทำพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น สมาชิกกระทำข้อบกพร่อง ขาดความรับผิดชอบทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น งานในหน้าที่ หรือกระทำผิดกฎระเบียบ ให้เกิดการเรียนรู้ฝึกฝนจนเป็นอุปนิสัย สามารถเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม สร้างความมั่นใจ จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ชนิดของเครื่องมือบ้าน

การแบ่งชนิดของเครื่องมือของบ้านจะแบ่งตามระดับเบาไปหนัก โดยพิจารณา จากกฎระเบียบหลัก กฎระเบียบรอง พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เจตนาและเหตุผลของผู้กระทำ ข้อบกพร่อง

๑. การพูดคุยตักเตือน (Talking To) เป็นการพูดคุยตักเตือนบอกข้อบกพร่อง และให้คำแนะนำแนวทางการแก้ไข

๒. การบอกข้อบกพร่อง (Pull Up) เป็นการบอกข้อบกพร่อง /การกระทำที่ไม่เหมาะสมต่อหน้าเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ไม่กระทำซ้ำอีก

๓. การทำกลุ่มให้คำแนะนำ (Hair Cut) เป็นการให้คำแนะนำตักเตือนสมาชิกที่มีข้อบกพร่อง สามารถนำวิธีการ หลักการ และเหตุผลไปใช้ได้

๔. การเรียนรู้ประสบการณ์ (Learning Experience) เป็นการให้การช่วยเหลือสมาชิกที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ผลจากพฤติกรรมที่ตนเองกระทำ

๕. การนั่งเก้าอี้ใช้ความคิด (Prospective Chair/ Hot Chair) เป็นวิธีการที่ให้ผู้สมาชิกได้ใช้เวลาหนึ่งคิดทบทวนพฤติกรรมหรือความคิดของตนเองว่าผิดหรือถูกและควรแก้ไขอย่างไร

๖. การทำงานใช้ความคิด (Shot Down) เป็นวิธีการให้การช่วยเหลือสมาชิกที่มีพฤติกรรมไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นการให้สมาชิกได้เรียนรู้ใช้เวลาคิดทบทวนพฤติกรรมของตนเอง รู้จักสำนึกผิดและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม

๗. การประชุมทั้งบ้าน (House Meeting) เป็นวิธีการในการช่วยเหลือสมาชิกที่กระทำความผิดรุนแรง ให้ได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับ เพื่อให้ผู้กระทำความผิดได้เปลี่ยนแปลงแก้ไขตนเองและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในทางที่ถูกต้องโดยมีสมาชิกทั้งหมดในบ้านและนักบำบัดทั้งหมดเป็นผู้ให้คำแนะนำ

๔.๓.๒ การให้รางวัล เช่น การเลื่อนให้เป็นหัวหน้าทีมงาน ตามตำแหน่งโครงสร้างของชุมชนบำบัด การคัดเลือกให้เป็นสมาชิกดีเด่นประจำเดือน การชมเชย การอนุญาตให้สวมเครื่องประดับ การให้ร้องขอ การลาเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

การจัดการกับสมาชิกในชุมชนบำบัดให้ดำเนินไปได้ด้วยดี ชุมชนมีความจำเป็นต้องมีเครื่องมือของบ้าน (Tools of house) เป็นหัวใจสำคัญที่จะใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทักษะคติ ตลอดจนการพัฒนาทางอารมณ์และจิตใจ ส่งเสริมความสามารถของบุคคลทั้งในการทำงาน การแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง การยอมรับ การเข้าใจตนเอง การปรับตัวในอยู่ร่วมกัน เพื่อให้เขาสามารถ ดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพสิทธิผู้ป่วย/เสมอภาคเท่าเทียม มีคุณธรรม จริยธรรม มีความยุติธรรม ตัดสินตรงไปตรงมา และมีความเป็นแบบอย่างที่ดี (Role model)

๔. **ขั้นติดตามหลังรักษา (after-care)** เป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาครบทั้ง ๓ ขั้นตอน ด้วยการให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเสถียรซ้ำดำเนินการ โดยการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ หรือนัดให้มาพบ ณ สถานบำบัด ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ติดตามจะสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติที่ใกล้ชิดร่วมกับการตรวจปีสภาวะของผู้ป่วย เพื่อหาสารเสถียรประเมินพฤติกรรมเสี่ยงเมื่อพบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงผู้บำบัดจะให้ช่วยเหลือที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่พบ หากพบผู้ป่วยกลับไปเสถียรซ้ำจะใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการบำบัดโดยเร็วมีการติดตาม ๗ ครั้ง ใน ๑ ปี หลังจำหน่าย (๒ สัปดาห์ /๑ เดือน /๒ เดือน /๓ เดือน /๖ เดือน /๙ เดือน /๑๒ เดือน)

รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสถียร

การสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI)

เป็นการบำบัดที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถ้าผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงแล้วผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ด้วยตัวเอง ดังนั้นผู้บำบัดต้องทำหน้าที่ในการกระตุ้นหรือเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีหลักการสำคัญคือ ๑) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ๒) ผู้ป่วยต้องแก้ไขความรู้สึกเลวด้วยตนเอง ๓) การชักจูงให้ผู้ป่วยเห็นข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ๔) เป็นรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่ควรเจียบและกระตุ้น โดยไม่ได้แย้งกับผู้ป่วย ๕) ผู้บำบัดต้องเอาใจใส่และตอบสนองต่อลักษณะของแรงจูงใจ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, ๒๕๕๓) การใช้เทคนิค MI ให้ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นหลักขึ้นอยู่กับอาการทางจิตหรือความผิดปกติของผู้ป่วย ซึ่งในกลุ่มโรคจิตเภทมีความบกพร่องเรื่องความคิดและการสื่อสาร ควรใช้เทคนิคที่สั้น ไม่มีแบบแผนมาก เช่น การใช้เทคนิคการแนะนำ การสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) เป็นแนวทางการให้การปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตนเองเข้าใจตนเองมากขึ้น เกิดความคิดที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น โดยผู้บำบัดใช้เทคนิค OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning: O) การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation: A) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening: R) การสรุปความ (Summarization: S) เพื่อให้ผู้ป่วยคิดและกล่าวข้อความที่จูงใจตนเองออกมามากขึ้นตลอดการสนทนา ทำให้แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากยิ่งขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, ๒๕๕๓)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ร่วมกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ลดการใช้หรือหยุดดื่มได้ โดยมีหลักการบำบัด ได้แก่ ความคิดมีผลต่อพฤติกรรม ความคิดสามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ สร้างความคิดใหม่และทำให้ผู้ป่วยเห็นว่า สถานการณ์เสี่ยงใดที่เป็นปัญหาและอาจนำไปสู่การกลับไปใช้สุราและสารเสพติดซ้ำ (บุญศิริ จันศิริมงคล, ๒๕๕๖)

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและยาเสพติด (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๔)

อาการโรคจิตเป็นความเจ็บป่วยทางสมองชนิดหนึ่ง มีผลต่อการรับรู้และความคิดที่ผิด ไปจากความเป็นจริง เช่น อาการประสาทหลอน ที่มีการได้ยินเสียงคนรอบข้างพูดนินทา หรือสั่งให้ทำสิ่งต่างๆ โดยที่ไม่มีเสียงนั้นอยู่จริง อาการเห็นภาพหลอนต่างๆ ที่ผิดไปจากความเป็นจริง อาการคิดไปเอง ที่มักคิดว่าคนอื่นจะมาคิดร้าย ทั้งที่ไม่เคยมีปัญหากับบุคคลนั้นๆ หรืออาการคิดว่าตนเองมีพลังวิเศษ เป็นต้น ทั้งหมดนี้ถือเป็นความไม่สบายทางสมองแบบหนึ่งที่ทำให้ความคิดและการรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง เรียกว่า “โรคจิต” โรคจิตนั้นแบ่งออกเป็นหลายชนิดมาก แต่ละชนิดยังอาจแบ่งออกเป็นกลุ่ม อาการย่อยๆ ลงไปอีก พอจะจัดเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ ๖ กลุ่ม ดังนี้

๑. โรคจิตเภท
๒. โรคจิตหลงผิด
๓. โรคจิตที่เกิดจากโรคอารมณ์แปรปรวน
๔. โรคจิตชนิดเฉียบพลัน
๕. โรคจิตที่เกิดจากโรคทางร่างกาย
๖. โรคจิตที่เกิดจากสารต่างๆ หรือยา

โรคจิตเภทและโรคจิตหลงผิดนั้นจะค่อนข้างเรื้อรัง ส่วนโรคจิตที่เกิดจากโรคอารมณ์แปรปรวน และโรคจิตชนิดเฉียบพลันมักเป็นไม่นาน โรคจิตที่เกิดจากโรคทางร่างกายหรือสารต่างๆ นั้น ส่วนใหญ่แล้วเมื่อรักษาโรคทางร่างกาย หรือหยุดการใช้สารหรือยาต่างๆ แล้วอาการก็จะหายหรือดีขึ้น ยาเสพติดและกลไกการเสพติด การติตสารเสพติดเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกิดขึ้นทีละน้อยจากการใช้ยาเป็นครั้งคราวสู่การใช้ถี่ขึ้นจนใช้ทุกวัน วันละหลายครั้ง ซึ่งเมื่อใช้บ่อยๆ อย่าง ต่อเนื่องจะนำไปสู่ภาวะ "สมองตึดยา" โดยสารในตัวยาคจะเข้าไปทำลายสมองส่วนคิด ทำให้การใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลเสียไปทำให้สมองส่วนอยากมีอิทธิพลเหนือสมองส่วนคิดโดยเฉพาะช่วงอาการอยากสารเสพติด ทำให้ผู้เสพติดทำอะไรตามใจตามอารมณ์มากกว่าเหตุผล ผู้ที่ใช้สารเสพติดจึงมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา เช่น อารมณ์ฉุนเฉียว ก้าวร้าว หงุดหงิด สมองตึดยาและภาวะโรคร่วมทางจิตเวชสารเสพติด รักษาได้ ด้วยการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและกระบวนการคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยให้กลับสู่สภาพปกติ ผ่านกระบวนการบำบัดด้วยวิธีต่างๆ และขึ้นติดตามและดูแลต่อเนื่อง โดยให้คำแนะนำให้กำลังใจช่วยแก้ไขปัญหาไม่ให้เป็นซ้ำอีก โดยดำเนินการผ่านระบบการรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สิ่งสำคัญคือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตั้งแต่วัยเด็ก ทั้งในครอบครัว โรงเรียน และชุมชน รายงานการวิจัยพบว่า เด็กที่มีความเข้มแข็งทางใจส่วนมากมีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ใหญ่อย่างน้อยหนึ่งคน ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นบิดา มารดา อาจเป็นญาติ ครูอาจารย์ หรือผู้นำศาสนาในชุมชน ซึ่งสามารถให้การดูแลที่มั่นคง ให้ความรัก ความเอาใจใส่ที่เหมาะสมและ เพียงพอต่อความต้องการของเด็ก กระตุ้นให้เด็กคิดอย่างอิสระ เป็นตัวของตัวเองตามความเหมาะสมกับผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชเป็นผู้ป่วยซ้ำซ้อนที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๔๕ และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ๒๕๕๑ เพื่อคุ้มครองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ให้ได้รับการบำบัดรวมทั้งเป็นการป้องกันอันตรายอันเกิดจาก ผู้ป่วยจิตเวชที่มีต่อตนเองผู้อื่นและสังคม การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ได้รับบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยทางกายและจิต อีกทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เรียกว่าพฤติกรรมเสพติดไปพร้อมๆกัน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากการเสพยาเสพติดมาเป็นเวลานานทำให้สมองไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมเดิมๆ ก่อนเสพยาเสพติด เช่น เป็นคนขยันทำงาน เรียบเก่ง มีน้ำใจรักครอบครัว สุขภาพเรียบร้อย กลายเป็นขี้เกียจ ก้าวร้าว โทก ไม่รับผิดชอบ เอาแต่ใจ โดยอาศัยสัมพันธภาพที่ตึงระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลที่ใกล้ชิดไม่ว่าจะเป็นผู้ให้การบำบัด ครอบครัว ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล เพื่อกระตุ้นผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ได้เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

โรคจิตจากยาบ้า Amphetamine - Induced Psychotic Disorder (Amphetamine Psychosis) (ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ และคณะ, ๒๕๔๔)

สารในกลุ่ม amphetamine ทำให้เกิดอาการทางจิตคล้ายกับผู้ป่วย Schizophrenia ได้โดยเป็นที่ทราบกันมานาน (มีรายงานการเกิดอาการทางจิต จาก Benzedrine เป็นครั้งแรกใน ปีค.ศ. ๑๙๓๘) มักพบเมื่อเสพปริมาณมากและเป็นเวลานาน เดิมกล่าวว่า อาการทางจิตจาก amphetamine มักจะหายไปภายใน ๑ สัปดาห์หลังหยุดเสพ แต่จากรายการการศึกษาในญี่ปุ่นกลับพบว่า ผู้ป่วยบางรายคงมีอาการได้นานหลายเดือนหรือเป็นปีหลังหยุดเสพแล้ว และยังพบว่ามีอาการทางจิตกลับซ้ำได้อีกเมื่อกลับไปเสพใหม่ แม้ในปริมาณที่น้อยกว่าเดิม หรือจากการเสพสารกระตุ้นประสาทประเภทอื่น หรือเมื่อเผชิญกับความเครียด Pharmacology อาการทางจิตจาก amphetamine เกิดจากการที่

amphetamine มี potent pharmacological effects on dopamine neuron โดยมี predominant action ต่อการ release dopamine จากpresynaptic vesicle ออกสู่ synapses ทำให้เพิ่ม dopamine level และ activity ใน synaptic cleft โดยเฉพาะใน mesolimbic dopamine pathway และยังมี secondary effects ในการยับยั้ง dopamine reuptake ที่ dopamine transporter นอกจากนี้ยังมีกล่าวถึง weaker releasing action ที่ noradrenergic synapses และamphetamine derivatives บางตัวอาจมีผลต่อการ release serotonin และยังมี การ adaptation ของ dopamine system ในการเกิดอาการซ้ำซึ่งได้แก่ การเกิด sensitization หรือ reverse tolerance และ cross – sensitization

ลักษณะอาการทางจิตจาก amphetamine มักจะเริ่มจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ร่วมกับ ความรู้สึกสงสัยไม่แน่ใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว และพยายามแสวงหาคำตอบที่สงสัย หลังจากนั้นเมื่ออาการมากขึ้นผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกจากค้นหาคำตอบจากสิ่งแวดล้อม (watching the world) กลายเป็นถูกสังเกตจากภายนอก (being watched) พฤติกรรมเหล่านี้เริ่มจากเป็นพักๆ จนเป็นเกือบตลอดเวลา ผู้ป่วยจะมีความเชื่อที่สะสมความสงสัยมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงมีอาการหลงผิดชัดเจนและหูแว่ว (auditory hallucination) และพบภาพหลอน (visual hallucination) ร่วมด้วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตเต็มทีในระยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง มีอาการหลงผิด หวาดระแวงอย่างมาก ยิ่งในผู้ป่วยที่เสพอย่างหนักจนหมดเรี่ยวแรง (exhausted) ผู้ป่วยจะถูกเร้าจากสิ่งกระตุ้นภายนอกได้ง่าย และสับสน (confusion) ทำให้เกิดภาวะ panic ก้าวร้าว หรือทำร้ายผู้อื่น (homicide) ได้ อาการที่พบบ่อยก่อนที่จะมีอาการทางจิตชัดเจนอีกอาการหนึ่งคือ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมซ้ำๆ (stereotypy) เช่น ปิดเปิดวิทยุ หรือแกะประกอบอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ที่ผู้ป่วยก็ทราบว่าอาการกระทำนั้นไม่มีความหมาย หรือไม่มีประโยชน์ แต่ก็ไม่สามารถหยุดพฤติกรรมเหล่านี้ได้ไม่เช่นนั้นจะยิ่งเกิดอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิดและวิตกกังวลมากขึ้น ในผู้ป่วยที่เสพรื้อรังในขนาดสูงผู้ป่วยมักจะแยกตัวไม่สนใจคนอื่น 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 นั้นผู้ป่วยยังรู้ตัวคืออยู่ว่าอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดขึ้นจริง (intact reality testing) ส่วนภาวะหลังนั้นผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนและหลงผิดอย่างชัดเจน และจำกัดระยะเวลาที่เริ่มเกิดอาการอยู่ในช่วง ๑ เดือนหลังจากมี toxicity หรือ withdrawal จากสารพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากสารกระตุ้นประสาทจะพบอาการหวาดระแวง (paranoid delusion) ประมาณ ๘๐%, อาการประสาทหลอนประมาณ ๖๐-๗๐%, ซึ่งส่วนใหญ่เป็น auditory hallucination, ส่วนอาการ tactile hallucination เช่น เหมือนมีแมลงไต่ตามตัว พบได้ ๑๒% (มักพบในผู้เสพโคเคน), olfactory hallucination พบได้น้อยกว่า ๑๐% และผู้ป่วยมีอาการสับสนพบได้ประมาณ ๗% ส่วนภาวะตื่นเต้น กระสับกระส่ายอยู่ไม่ติดที่ (hyperactivity and excitement) พบได้ค่อนข้างบ่อย ผู้ป่วยมักจะมีระดับความรู้สึกตัวปกติ ความจำปกติ และมักจะจำเหตุการณ์ในช่วงที่เกิดอาการทางจิตได้ดี มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่มีอาการสับสนอย่างรุนแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าว อาละวาดทำร้ายผู้อื่น บางรายงานพบว่าผู้ป่วยที่เสพเป็นเวลานานอาการทางจิตไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่เพิ่งเสพ แต่บางรายงานพบว่าผู้ที่เพิ่งเสพในขนาดสูงมักจะมีอาการหลงผิดและประสาทหลอนที่รุนแรง และไม่ต่อเนื่อง (disorganized)

เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เสพเป็นเวลานานอาการหลงผิดจะเป็นแบบเป็นเรื่องราวดูสมจริงมากกว่า (systematic delusion)

ลักษณะอาการทางจิต แบ่งได้เป็น

๑. Toxic psychosis: เป็นอาการทางจิตที่เกิดอย่างฉับพลัน สัมพันธ์กับปริมาณที่เสพส่วนใหญ่จะเป็นอาการทาง positive symptoms เช่น หวาดระแวง (paranoid symptom) หูแว่ว หงุดหงิด ก้าวร้าว ส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากที่ยาถูกขับออกทางปัสสาวะ การให้ยา antipsychotic drug อาจให้ในระยะสั้น

๒. Chronic amphetamine psychosis: ในกรณีเสพเรื้อรัง อาจเกิดอาการทางจิตได้นาน บางรายอาการเป็นครั้งคราวสัมพันธ์กับการเสพ บางรายแม้หยุดเสพแล้วก็ยังมีอาการทางจิตอยู่ (persistence and transient type) กล่าวได้ว่า Toxic หรือ Acute psychosis อาการ delusion และ hallucination จะ realistic กว่าและมีลักษณะ great suspiciousness ส่วน Chronic MAP psychosis จะ bizarre และ unrealistic กว่า

มีรายงานวิจัยหลายฉบับที่พยายามอธิบายถึงอาการทางจิตเรื้อรัง พอสรุปได้ดังนี้

- กลุ่มที่เชื่อว่า amphetamine แม้ในปริมาณน้อยๆ จะกระตุ้นให้คนที่ มี genetic or biologically prone ต่อ Schizophrenia เกิดอาการขึ้นทำให้มีอาการในระยะยาว และต้องการการรักษาด้วย antipsychotic drug เป็นเวลานาน

- การเสพ amphetamine เป็นเวลานานและในปริมาณที่มากพอจะทำให้เกิดอาการทางจิตเรื้อรังได้โดยอธิบายจาก amphetamine ทำให้มีการทำงานเพิ่มขึ้นของ presynaptic dopamine ทำให้เกิดอาการ positive symptoms คือ หูแว่ว หวาดระแวง ก้าวร้าว แต่หลังจากมีการเสพต่อเนื่องระยะหนึ่งจะทำให้ presynaptic neuron ไม่สามารถทำงานต่อได้เกิดภาวะ dopamine depletion ผู้ป่วยจะแสดงอาการ negative symptoms คือ เฉื่อยชา ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ดูแลตัวเอง จากผลของ dopamine depletion ดังกล่าว ทำให้เกิด post - synaptic neuronal sensitivity ผู้เสพจะเกิดอาการทางจิตอย่างฉับพลันและรุนแรง เมื่อมีการเพิ่มขึ้นของ dopamine เพียงเล็กน้อย เช่น มีการกลับไปเสพซ้ำ แม้ในปริมาณที่น้อยกว่าเดิม

- กลุ่มที่เชื่อว่าการได้รับ amphetamine ซึ่งมี neurotoxicity ในสัตว์ทดลอง โดยเฉพาะต่อ dopamine และ serotonin cells สามารถทำให้เกิดอาการทางจิตในคนปกติได้ถ้ารับสารนั้นเป็นเวลานาน

- อธิบายการกลับซ้ำของอาการทางจิตในผู้ที่เคยมีอาการโรคจิตจาก amphetamine มาก่อนพบว่า ถ้าผู้ป่วยยังคงเสพอยู่เรื่อยๆ ก็จะทำให้เกิดอาการทางจิตได้ง่ายขึ้น (sensitization) แม้จะเสพในปริมาณน้อยๆ ก็ตาม นอกจากนี้ยังพบว่าการดื่มเหล้าหรือเสพสารกระตุ้นประสาทอื่นๆ หรือเผชิญกับความเครียด ก็สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการได้เช่นกัน (cross - sensitization) ซึ่งได้รับการยืนยันจากการศึกษาในสัตว์ทดลอง

โรคจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล, ๒๕๕๖; สำนักวิชาการสุขภาพจิต, ๒๕๖๒)

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่พบมากที่สุดตามจำนวนโรคจิตชนิดต่างๆ มีความบกพร่องด้านมนุษย์สัมพันธ์ เช่น เงียบเฉย ไม่ค่อยสนใจผู้อื่น เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดมากกระตุ้นอาจทำให้มีอาการ ผิดปกติเด่นชัดขึ้นมา มักเริ่มปรากฏเด่นชัดในช่วงวัยที่กำลังเจริญเติบโตหรือวัยรุ่น สาเหตุของความผิดปกติ ยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนจึงทำให้การป้องกันการเกิดโรคทำได้ค่อนข้างยาก โรคจิต

เภทส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคมค่อนข้างมาก จำเป็นที่พยาบาลควรมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทในทุกด้าน (สมภพ เรื่องตระกูล, ๒๕๕๖)

ความหมายของโรคจิตเภท

World Health Organization [WHO], (๒๐๑๑) ได้ให้ความหมายโรคจิตเภทว่า เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลายและมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาวโดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ อาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย ๖ เดือน และส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงาน หรือสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยถ้าไม่ได้รับการรักษา หรือใช้สารเสพติดจะยิ่งอาการรุนแรงมากขึ้น และยิ่งป่วยนานจะยิ่งมีอาการด้านลบมากขึ้น (กนกวรรณ ลิ่มศรีเจริญ, ๒๕๕๘)

สำนักวิชาการสุขภาพจิต (๒๕๖๒) อธิบายว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะความผิดปกติทางจิตใจหลายมิติ ได้แก่ ความคิด (thinking) การรับรู้ (perception) ประสบการณ์ส่วนตัว (self-experiences) การรู้คิด (Cognition) ความเข้าใจสังคม (social cognition) และขาดความกระตือรือร้น (volition) เป็นต้น

ลักษณะ สุวรรณไมตรี และคณะ (๒๕๖๐) อธิบายว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ และยังพยากรณ์ว่าเป็นกลุ่มอาการที่เรื้อรังต้องรับการรักษาต่อเนื่องในอนาคต

นันทวิช สิริธิรักษ์ และคณะ (๒๕๕๘) อธิบายว่า โรคจิตเภทมีความหมายโดยรวม คือ โรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม อาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย ๖ เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด และส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงาน หรือสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย

ดังนั้น โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติทางด้านของความคิด พฤติกรรม การรับรู้ ซึ่งสะท้อนการรู้คิดของสมองที่แปรปรวน ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ความคิดของตนเองได้ในขณะที่มีอาการกำเริบ โรคจิตเภทจึงเป็นโรคที่มีสถิติมารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนมากที่สุด พบว่าการเกิดโรคจิตเภทมีปัจจัยเสี่ยง สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

โรคจิตเภทมีรหัสโรคที่ระบุตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกโดยใช้บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ ๑๑ (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems version ๑๑) มีรหัสโรคคือ F ๒๐ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต, ๒๕๖๒) จากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคจิตเภท ดังนี้

การวินิจฉัยโรคจิตเภท

นันทวิช สิริธิรักษ์, และคณะ (๒๕๕๘) ได้อธิบายหลักการวินิจฉัยตามเกณฑ์ว่า ประกอบด้วย ๖ หัวข้อ

๑. ลักษณะอาการจำเพาะ มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อยสองข้อขึ้นไป โดยมีอาการอยู่นานพอสมควรในช่วงเวลา ๑ เดือน อาทิเช่น อาการหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ลักษณะคำพูดไม่ต่อเนื่องกัน พูดจาสับสน เข้าใจยาก (Disorganized Speech) มีพฤติกรรมที่ผิดปกติอย่างเห็น

ได้ชัด (Disorganized Behavior) หรือมีพฤติกรรมไม่เคลื่อนไหว (Catatonic Behavior) อาการด้านลบ ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (Flattening Affect) พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) หรือขาดความกระตือรือร้น (Avolition)

๒. มีความเสื่อมหรือปัญหาในด้าน social/occupational มาก เช่น ด้านการทำงานสัมพันธ์ภาพต่อผู้อื่น หรือสุขอนามัยของตนเอง

๓. มีอาการต่อเนื่องกันนาน ๖ เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase และระยะที่เหลืออาจเป็น prodromal หรือ residual phase

๔. ไม่รวมถึง schizoaffective disorder และ mood disorder ต้องแยกโรค schizoaffective disorder และ mood disorder ที่มีอาการโรคจิต

๕. ไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารเคมีหรือโรคทางกาย อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้าน สรีรวิทยาจากสารเสพติด ยา หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

๖. มีความเกี่ยวเนื่องกับ pervasive developmental disorder หากมีประวัติ autistic disorder หรือ pervasive developmental disorder อื่น ๆ จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิด หรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย ๑ เดือน

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (๒๕๖๒) อธิบายหลักการวินิจฉัยตามเกณฑ์การ จำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (The Diagnostic and Static Manual of Mental Disorders, Five edition; DSM-๕) ว่าประกอบด้วย ๙ หัวข้อ ดังนี้

๑. ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Thought echo) ความคิดของตนเองถูกแทรกแซง หายไป กระทั่งหันหรือถูกดึงไปจากบุคคลหรืออำนาจภายนอก (Thought insertion or withdrawal) และความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน รู้หมดว่าตนคิดอะไรอยู่ (Thought broadcasting)

๒. มีอาการหลงผิดว่าตนเองถูกอำนาจจากภายนอกควบคุมชักจูงควบคุมบังคับให้ทำ (Delusion of control, Influence or passivity) โดยอาจแสดงออกทางร่างกาย การเคลื่อนไหว ของแขนขา ความคิดหรือความรู้สึกสัมผัส (Sensation) หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (Delusion perception) คือ ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ปกติ แต่เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับอาการ หลงผิดตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะนั้นที่ไม่มีความเกี่ยวเนื่องกัน เช่น เห็นจรรยาโบกมือให้สัญญาณเกิด ความคิดว่าสัญญาณนั้นบอกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของประเทศ

๓. มีประสาทหลอน ได้ยินเสียงคนพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือเสียงคน ถกเถียงกันเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือได้ยินเสียงจากบางส่วนของร่างกาย

๔. มีความหลงผิดชนิดอื่นๆ เป็นอยู่ยาวนาน ซึ่งไม่สอดคล้องตามความเชื่อของสังคม วัฒนธรรม และศาสนา เช่น หลงผิดว่าสามารถควบคุมดินฟ้าอากาศได้ สามารถติดต่อกับพระเจ้าหรือมี อาการ ต่อไปน้อยอย่างชัดเจนอย่างน้อย ๒ อาการในช่วงเวลา ๑ เดือน

๕. มีอาการประสาทหลอนชนิดอื่นๆ เป็นอยู่ยาวนาน อาจเกิดร่วมกับอาการหลงผิดซึ่งเป็น ชั่วคราว โดยไม่มีอาการทางอารมณ์อย่างชัดเจน หรือความรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าอย่างมาก (over-valued idea) ประสาทหลอนนี้เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลานานเป็นอาทิตย์หรือเป็นเดือน

๖. มีความคิดแตกแยก หรือสอดแทรกในกระแสความคิด ทำให้เกิดลักษณะความคิด ไม่ปะติดปะต่อฟังไม่รู้เรื่อง (Incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (Irrelevant) หรือพูดภาษาที่สร้างขึ้น มาใหม่ (Neogisms)

๗. พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Catatonic behavior) อาจมีลักษณะมีอาการ เคลื่อนไหว อย่างมากแบบคลั่ง (Excitement) จับผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง ผู้ป่วยจะอยู่ในท่านั้นเป็น เวลานาน

ผิดปกติ (Waxy flexibility) ไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Stupor) การกระทำต่อต้าน (Negativism) เช่น ให้นั่งผู้ป่วยจะยืน

๘. มีอาการด้านลบ (Negative symptoms) เช่น สิ้นน้ำเฉยเมย (Apathy) พูดน้อย (Paucity of speech) อารมณ์ที่อ้อๆ (Blunt) ไม่มีอารมณ์ตอบสนอง ซึ่งต้องแยกออกจากอารมณ์ ซึมเศร้า หรือจากผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

๙. มีอุปนิสัยบางด้านเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน โดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจ สิ่งต่างๆ ไม่มีจุดมุ่งหมาย เกียจคร้านปลีกตัวออกจากสังคม หกมุ่นในตัวเอง

ส่วนการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (International Classification of diseases and Related Health Problem, ๑๑th revision: ICD-๑๑) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะต้องมีอาการอย่างน้อย ๑ อาการที่ชัดเจน ถ้ามีอาการไม่ชัดเจนมากนั้ต้องมี ๒ อาการ หรือมากกว่า ตามอาการที่ระบุได้จากอาการที่ ๑ ถึง ๔ หรือมีอย่างน้อย ๒ อาการที่ระบุไว้จากอาการที่ ๕-๘ และอาการดังกล่าวจะมีอยู่ตลอดเวลา ๖ เดือนขึ้นไป ซึ่งอาการต่างๆ ในแต่ละข้อมีดังนี้

๑. ความผิดปกติของกระบวนการคิด เช่น ความคิดสะท้อนกลับ (Thought echo) ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง ความคิดถูกสอดแทรก (Thought insertion) เชื่อว่าความคิดที่มีอยู่ ไม่ใช่ของตนเอง หรือความคิดกระจาย (Thought broadcasting) คือการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าความคิดของตนส่งออกไปเป็นเสียงทำให้ผู้อื่นล่วงรู้ความคิดของตนเอง

๒. หลงผิดว่าถูกควบคุมโดยภายนอก (Delusion of control) มีความคิดว่ามีใครกระทำหรือความรู้สึกพิเศษเฉพาะโดยแสดงออกในเรื่องทางกาย การเคลื่อนไหวของแขนขา ความคิดหรือความรู้สึกสัมผัส (Sensations) หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (Delusional perception)

๓. หูแว่วเป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์การกระทำของผู้ป่วย ถกเถียงกันเกี่ยวกับตนเองหรือได้ยินเสียงต่างๆ ของร่างกาย

๔. ประสาทหลอน อาจมีความคิดหลงผิดร่วมด้วย อาการนี้มีทุกวันหรือมีอยู่นานหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน

๕. ความผิดปกติของความคิด (Thought disorder) พูดจาวกวนไม่ตรงประเด็นหรือใช้คำพูดที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง

๖. พฤติกรรมแบบคงทำเป็นเวลานาน (Catatonic) เช่น วางท่าแปลกๆ คงท่าตามที่ถูกจัดต่อต้านการเคลื่อนไหว ไม่พูดหรือไม่เคลื่อนไหวตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมแต่อย่างใด

๗. อาการทางลบ (Negative symptoms) เช่น ไร้อารมณ์ อารมณ์เฉยเมย ไม่เหมาะสม คำพูดขาดช่วง แยกตัวออกจากสังคม ความสามารถในการเข้าสังคมเสื่อมลง ซึ่งไม่ได้เกิดจากความซึมเศร้าหรือยาต้านโรคจิต

๘. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีจุดมุ่งหมาย เกียจคร้าน มีความหมกมุ่นอยู่แต่ในเรื่องของตนเอง และแยกตัวออกจากสังคม

สรุปได้ว่า โรคจิตเภท มีเกณฑ์การวินิจฉัยเกี่ยวกับกลุ่มอาการที่สำคัญ ๒ ระบบ หนึ่ง เกณฑ์ตามการวินิจฉัยโรคตามสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ฉบับที่ ๕ และสองเกณฑ์การวินิจฉัยตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ ๑๑ ซึ่งทั้งสองเกณฑ์ มีขั้นตอนการวินิจฉัยรายโรค ประกอบด้วยกลุ่มอาการ และมีการกำหนดระยะเวลาการดำเนินของอาการที่เกิดขึ้น มีระยะเวลาดำเนินของโรคอย่างน้อย ๖ เดือน สามารถอธิบายความหมายของโรคจิตเภทได้ดังต่อไปนี้

ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท

ในปัจจุบันมีแนวคิดเกี่ยวกับกำการเกิดโรคจิตเภทคือ มองว่าโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสมอง และจัดเป็น Neurodevelopmental disorder แม้อาการของโรคจะแสดงออกในราวช่วงต้นวัย ๒๐ ปีแต่ผู้ป่วยเองมีความผิดปกติตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิตอยู่แล้ว จากการมีความเสี่ยงทางพันธุกรรมร่วมกับถูกกระทบจากปัจจัยต่างๆ ขณะตั้งครรภ์หรือขณะคลอด เช่น มารดาขาดสารอาหาร การติดเชื้อในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์การบาดเจ็บขณะคลอด เป็นต้น ผลกระทบดังกล่าว ส่งผลต่อการพัฒนาของเซลล์สมองในด้านต่างๆ ในช่วงวัยเด็กอาจมีอาการแสดงออกมาเล็กน้อยไม่ชัดเจนเมื่อถึงวัยหนุ่มสาวซึ่งผู้ป่วยมีสภาพสมดุลสมองในด้าน Excitatory inhibitory pathway ของ Prefrontal cortex เปลี่ยนไปมากร่วมกับการมีภาวะ Myelination ที่ลดลงจนส่งผลกระทบต่อการทำงานเชื่อมต่อระหว่าง เซลล์ในส่วนต่าง ๆ ภาวะเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคขึ้นมาในที่สุด (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, ๒๕๕๘) ซึ่งโรคจิตเภทมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลายปัจจัย (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, ๒๕๕๒) ดังนี้

๑. ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors)

๑.๑ ยีนส์ หรือพันธุกรรม จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทพบว่าการถ่ายทอดทางพันธุกรรมระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับญาติสายตรงมีผลทำให้บุคคลนั้นมีความพร่องหรือจุดอ่อนในยีนส์ และโอกาสการเกิดโรคมามากถึงร้อยละ ๘-๕๐ เมื่อเทียบกับคนทั่วไปยังมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิดมากยิ่งขึ้นมีโอกาสสูงขึ้น นอกจากนี้ คู่แฝดเหมือน ประมาณร้อยละ ๔๐ ก็เป็นโรคตามคู่ด้วย (Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T., ๒๐๐๕)

๑.๒ สารสื่อประสาทในสมอง เชื่อว่า สารสื่อประสาทที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคจิตเภทคือ โดปามีน (dopamine) นอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) ซีโรโทนิน (serotonin) และแกมมาอะมิโนบูไทริก แอซิด หรือกาบา (gamma-aminobutyric acid; GABA) โดยพบว่าโดปามีนนอร์อิพิเนพริน และซีโรโทนินทำงานมากเกินไป

๑.๓ ฮอร์โมน มีการศึกษาพบว่า ระดับฮอร์โมนทางเพศ ได้แก่ เอสโตรเจนเทสโตสเตอโรน และโพรเจสเตอโรนในผู้ป่วยจิตเภทมีระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติทั่วไป

๑.๔ ภูมิคุ้มกัน มีการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดโรคจิตเภทที่สูงขึ้นในผู้ที่มีการตรวจพบในโรงพยาบาลจากการติดเชื้อในวัยทารกในช่วงสามปีแรกของชีวิต

๑.๕ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ของมารดา มีการศึกษาพบว่าการป่วยเป็นเบาหวาน การเสียชีวิตมากในขณะคลอด การติดเชื้อของมารดา มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภทในบุตรได้

๒. ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors)

๒.๑ การถูกกดขี่ข่มเหงในวัยเด็ก (child abuse) หรือการได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจในวัยเด็ก (childhood trauma)

๒.๒ การใช้สารเสพติด โดยพบว่า พิษกระท่อมที่นำมาใช้ในกลุ่มวัยรุ่นทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ ๔๐

๓.๓ การสูบบุหรี่ เชื่อว่า บุหรี่และสารเสพติดตัวอื่นเมื่อใช้ร่วมกันมีผลต่อการควบคุมของระบบการหลั่งสารโดปามีน และโคลิเนจิก ซึ่งมีผลต่อการเกิดพยาธิสภาพในผู้ป่วยจิตเภท

๔.๔ ความสามารถทางเชาว์ปัญญา และการรู้คิด พบความสัมพันธ์ของการเกิดโรคจิตเภทแต่ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าเป็นไปในทิศทางใด

๓. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors) พบว่า ความเครียดจากสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพัฒนาการเกิดโรค

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยทางด้านพันธุกรรมปัจจัยด้านชีวภาพ ชีวเคมีในสมอง ด้านจิตสังคม และสิ่งแวดล้อม สภาพสังคม เศรษฐกิจ ครอบครัวการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคล การเลี้ยงดูการได้รับการกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจการใช้สารเสพติด การอยู่ในสังคมที่วุ่นวาย การเผชิญความเครียด สิ่งต่างๆ เหล่านี้นำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตได้หรือเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคได้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเภทมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านพันธุกรรม (genetic factors) ปัจจัยด้านชีววิทยา (biological factors) ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) และปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (sociocultural factors) ซึ่งในทางคลินิกโรคจิตเภทประกอบด้วยหลายกลุ่มอาการ เช่น อาการด้านบวกที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด ความผิดปกติของพฤติกรรม หรืออาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และอาการด้านลบ ที่ผู้ป่วยผิดปกติ ขาดหรือบกพร่อง เช่น อาการเฉยเมยไม่แสดง อารมณ์ความรู้สึกลึกซึ้ง พูดน้อยหรือไม่พูด เฉื่อยชา แยกตัวมากไม่เข้าสังคม และการดำเนินโรคมักจะค่อยเป็นค่อยไป เริ่มมีปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม ความจำ สมาธิ และมีการกำหนดระยะเวลาการดำเนินของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีระยะเวลาดำเนินของโรคอย่างน้อย ๖ เดือน อาการของโรคจิตเภทสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

การดำเนินของโรคในผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น ๓ ระยะ

๑ ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย เขาอาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ อาจออกกระแวงนิดๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนโดยทั่วไปบอกยากกว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ ๑ ปี ก่อนอาการกำเริบการพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแย่ลงเรื่อยๆ

๒ ระยะอาการกำเริบ (active phase) ผู้ป่วยจะมีอาการทั้งกลุ่มอาการด้านบวกและด้านลบ โดยส่วนใหญ่มีอาการด้านบวกมากกว่าด้านลบ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด และมีพฤติกรรมแปลกๆ เป็นต้น เมื่อได้รับการรักษาจนสงบแล้ว ส่วนใหญ่อาการกำเริบจะปรากฏรุนแรงเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมาร่วมกับมีอาการหวาดระแวงและปฏิเสธการรักษา เมื่อครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษาและได้รับสาเหตุส่งเสริม เช่น การใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ หรือชื้อยามารับประทานเอง

๓ ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่าอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ ๒๕ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิด

ฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเองมีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่ง ที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น ๒ - ๓ ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็ยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่าลักษณะการเกิดโรค ระยะแรกไม่ค่อยบอกถึงผลลัพธ์ในระยะยาว

การดำเนินโรค แบ่งเป็น ๓ ระยะ ๑) ระยะก่อนอาการกำเริบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ๒) ระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยจะมีอาการทั้งกลุ่มอาการด้านบวกและด้านลบ โดยส่วนใหญ่มีอาการด้านบวกมากกว่าด้านลบ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด และมีพฤติกรรมแปลกๆ ๓) ระยะอาการหลงเหลือ ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาการเสื่อมลงและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ระยะนี้มักมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ยิ่งเป็นบ่อยครั้งจะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นด้วย

อาการผู้ป่วยโรคจิตเภท

ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ (๒๕๖๑) และสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต (๒๕๖๐) อธิบายอาการของโรคจิตเภทว่าเกี่ยวข้องกับ ๓ กลุ่มอาการ ประกอบด้วย ประการที่หนึ่ง อาการด้านบวก (positive symptoms) ตัวอย่างเช่น มี อาการหลงผิด (delusion) ที่มีความเชื่อฝังแน่น หยั่งรากลึกจนไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ถึงแม้จะมีการอธิบาย หรือใช้หลักฐานเป็นข้อมูลแย้ง อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน (prominent hallucination) การพูด แบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) พฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดแปลกไปจากปกติ (catatonic behavior) ประการที่สอง อาการด้านลบ (negative symptoms) ตัวอย่างเช่น อารมณ์ทื่อและเฉยเมย (blunted affect) ความคิดอ่านและการพูดลดลง ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคย สนใจ ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว และประการที่สาม อาการด้านการรู้คิด (Cognitive symptoms) ตัวอย่างเช่น ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function) ลดลง ความสามารถในการคงความใส่ใจ (attention) ลดลง ความจำเพื่อใช้งาน (working memory) และ มีความบกพร่องความสามารถในการจดจำข้อมูลเฉพาะหน้าลดลง

อาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่ปราศจากสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้น เช่น หูแว่ว ภาพหลอน การได้กลิ่น การรับรส หรือการสัมผัสทางร่างกายที่ผิดปกติ ความผิดปกติของความคิด (disorganized thinking) โดยผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การแสดงออกทางคำพูดที่ไม่สามารถแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ (disorganized speech) ความผิดปกติของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่มีจุดมุ่งหมาย ประการที่สอง อาการด้านลบ (negative symptoms) เช่น พูดน้อยหรือไม่พูด อารมณ์เฉยเมย ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมทุกชนิด ขาดความสุข และไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ประการที่สาม อาการด้านความรู้คิด (Cognitive symptoms) ลักษณะอาการ เช่น สมาธิแย่ลง ไม่จดจ่อกับสิ่งที่ทำการตีความ หรือการตอบสนอง บกพร่อง หรือไม่สามารคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล ประการที่สี่ อาการด้านอารมณ์ (affective symptoms) มักเป็นลักษณะอาการร่วมที่พบบ่อย เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกผิด หรือหงุดหงิด หรือ อารมณ์ครุ่นเคร่ง แต่อารมณ์เหล่านี้อาจจะยังไม่ชัดแจ้งและอาการอื่นๆ

ที่อาจจะพบได้ เช่น ไม่ตระหนักว่าตนเองผิดปกติไป มีอาการความผิดปกติทางความคิดเกี่ยวกับสังคมหรืออื่นๆ

อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ, ๒๕๖๑; สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, ๒๕๖๐)

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่สามารถแสดงออกทางจิตออกมาได้หลายรูปแบบที่แตกต่างกัน ในผู้ป่วยแต่ละราย อาการทางจิตสามารถแบ่งออกเป็น ๓ อาการหลักๆ คือ กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) และอาการด้านการรู้คิด (Cognitive symptoms) โดยมีรายละเอียดดังนี้ (สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, ๒๕๖๐)

๑ กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) เป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม อาการส่วนใหญ่จะแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนกว่าอาการด้านลบ โดยอาการสามารถเกิดขึ้นในช่วงใดของโรคก็ได้ ตั้งแต่ระยะช่วงอาการนำไปจนถึงช่วงที่มีอาการโรคจิตระยะเฉียบพลันไปจนถึงช่วงที่มีอาการโรคเฉียบพลันและระยะหลงเหลือ อาการกลุ่มอาการด้านบวก ประกอบด้วย อาการหลงผิด ประสาทหลอน และพฤติกรรมแปลกประหลาด ได้แก่

๑.๑ อาการหลงผิด (Delusion) คือ ความเชื่อที่ไม่เป็นความจริงหรือไม่มี หลักฐานสนับสนุน และเป็นความเชื่อที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยความหลงผิดนี้ต้องแยกออก จากความเชื่อที่เชื่อกันโดยทั่วไปในสังคมที่ผู้ป่วยอยู่ และไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยเหมือนอาการหลงผิดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภท อาการหลงผิดแบ่งออกเป็น ๙ ชนิดได้แก่

- ๑) อาการหลงผิดว่าถูกกลั่นแกล้งปองร้าย (Persecutory delusion)
- ๒) อาการหลงผิดว่าถูกพาดพิงถึง (Delusions of reference)
- ๓) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกควบคุมจากอำนาจภายนอก (Delusion of being controlled)
- ๔) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกสอดแทรกความคิด (Thought insertion)
- ๕) อาการหลงผิดว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปหรือกระจายออกนอกตัว (Thought withdrawal and thought broadcasting)
- ๖) อาการหลงผิดเรื่องความรู้สึกผิดที่มากเกินไป (Delusions of sin or guilt)
- ๗) อาการหลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ ความสามารถ หรือมีความสำคัญ (Grandiose delusions)
- ๘) อาการหลงผิดที่เกี่ยวข้องกับศาสนา (Religious delusions)
- ๙) อาการหลงผิดทางกาย (Somatic delusions)

๑.๒ อาการประสาทหลอน (Hallucination) คือ เป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก ซึ่งต้องแยกออกจากการรับรู้ที่ผิดปกติ (abnormal sensory perception) ที่ผู้ป่วยแปลสิ่งเร้าที่เข้ามาผิดหรือที่เรียกว่า illusion ซึ่งรวมไปถึงการที่ผู้ป่วยมีความไวอย่างผิดปกติต่อเสียง แสง กลิ่น การเคลื่อนไหว ได้แก่

- ๑) อาการหูแว่ว (Auditory hallucinations)
- ๒) อาการเห็นภาพหลอน (Visual hallucinations)
- ๓) ประสาทหลอนทางร่างกายและประสาทสัมผัส (Somatic and tactile hallucinations)
- ๔) ประสาทหลอนในการได้กลิ่น (Olfactory hallucination)

๑.๓ อาการพฤติกรรมแปลกประหลาด (Bizarre behavior) คือ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแปลกประหลาดเมื่อเทียบกับคนทั่วไปในสังคม ซึ่งอาจแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

๑) การแต่งตัวและลักษณะภายนอก (Clothing and appearance) คือ ผู้ป่วยจะแต่งตัวไม่เหมือนคนทั่วๆ ไปมองดูแล้วแปลกประหลาด และที่พบบ่อยกว่าคือ ผู้ป่วยไม่ดูแลตัวเอง ดูร่างกายสกปรก สุขอนามัยไม่ดี

๒) สังคมและพฤติกรรมทางเพศ (Social and sexual behavior) คือ ผู้ป่วยจะมีสังคมและพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยจะผิดไปจากแบบแผนของสังคม เช่น ผู้ป่วยอาจปัสสาวะในที่สาธารณะ ทำท่าล้อเลียนบุคคลอื่นโดยไม่เหมาะสม หัวเราะอย่างไม่มีเหตุผล เป็นต้น

๓) การเคลื่อนไหว (Motor behavior) คือ อาการผิดปกติทางการเคลื่อนไหวมิได้หลายแบบ ไม่ว่าจะเป็นแบบ Mannerism ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่แปลกเฉพาะตัวและกระทำโดยมีเป้าหมาย (Goal-directed movement) ทำหน้าตาบิดเบี้ยวแสดงความเจ็บปวด (Grimacing) หรืออาจเคลื่อนไหวซ้ำๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานานโดยไม่มีเป้าหมายของการกระทำที่ชัดเจน (Stereotypy) หรืออาจค้างอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ (Catatonic motor behavior) รวมทั้งการท่าแบบที่มีเฉพาะตัวมักเป็นท่าที่แปลกไม่น่าสบาย และต้านแรงที่พยายามทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว (Rigid posture)

๔) การแสดงออกทางอารมณ์อย่างไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) โดยการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยจะไม่เหมาะสมกับสถานการณ์

๑.๔ อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement symptoms) อาการที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement) การไม่ให้ความร่วมมือ (Uncooperativeness) การควบคุมแรงผลักดันเองไม่ได้ (Poor impulse control) การไม่เป็นมิตร (Hostility) และก้าวร้าว (Aggression)

๒ กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดไปในสิ่งที่คนทั่วๆ ไปควรมี เช่น ด้านความรู้สึกความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่

๒.๑ อารมณ์เฉยเมยและจำกัด (Flat, Blunt, or Restrict affect) คือการไม่มีหรือการลดลงของการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ร่วมกับไม่สบตา เคลื่อนไหวน้อยลง หน้าตาเฉยเมย พูดด้วยน้ำเสียงโทนเดียวกันหมด

๒.๒ การไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (Poor rapport) หลีกเลี่ยงการสบตา ไม่ตอบคำถาม และสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลง

๒.๓ การคิดซ้ำๆ หรือคิดอะไรเพียงเรื่องเดียว (Stereotyped thinking) คือ ผู้ป่วยมักคิดอะไรซ้ำๆ หรือมีความคิดในลักษณะที่น่าสงสัย อาจมีความเชื่อที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ในเรื่องที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล

๒.๔ ขาดความกระตือรือร้น (Avolition) และสีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (Apathy) คือ ผู้ป่วยจะแสดงออกมาในรูปแบบของการหมดพลังงาน ไม่มีแรงขับ ไม่มีแรงจูงใจ

๓. อาการด้านการรู้คิด (cognitive symptoms)

๓.๑ ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function) ลดลง

๓.๒ ความสามารถในการคงความใส่ใจ (attention) ลดลง

๓.๓ ความจำเพื่อใช้งาน (working memory) บกพร่องคือความสามารถในการจดจำข้อมูลเฉพาะหน้าลดลง

ชนิดของโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, ๒๕๕๘; สมภพ เรื่องตระกูล, ๒๕๕๖)

๑. Paranoid Schizophrenia (F๒๐.๐) จิตเภทชนิดหวาดระแวง เป็นจิตเภทที่พบได้มากที่สุดเกือบทุกส่วนของโลก อาการทางคลินิกที่เด่นๆ ก็คือ อาการหลงผิด ซึ่งมักเป็นชนิดหวาดระแวงอย่างคงที่โดยปกติจะมีอาการประสาทหลอนร่วมด้วยโดยเฉพาะอาการหูแว่ว และพบความแปรปรวนของการรับรู้ สำหรับความคิดผิดปกติทางอารมณ์ ความตั้งใจ (Volition) คำพูดและอาการการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (Catatonia) ไม่ใช่อาการสำคัญ

๒. Hebephrenic Schizophrenia (F๒๐.๑) เป็นโรคจิตเภทชนิดหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เป็นอาการเด่น อาการหลงผิดและประสาทหลอนจะเป็นช่วงสั้นๆ และมีลักษณะแตกกระจาย พฤติกรรมคาดการณ์ไม่ได้และขาดความรับผิดชอบ และพบmannerisms (อาการทำท่าทางซ้ำๆ) ได้บ่อยอารมณ์มีลักษณะตื้นๆ (Shallow) และแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยหัวเราะคิกคักหรือยิ้มให้กับตนเอง หรือทำทางหยิ่งทำหน้าตาบูดบึ้ง mannerisms ทำตลก บ่นว่าตนเองมีโรคใดโรคหนึ่งอยู่และพูดลิซ้ๆ สำหรับความคิดของผู้ป่วยมีลักษณะไม่เป็นระบบ (disorganized) และพูดจาไม่ต่อเนื่องทำให้ฟังไม่รู้เรื่อง ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะแยกตัวตามลำพังและพฤติกรรมดูเหมือนจะไร้จุดหมายและความรู้สึกจิตเภทชนิดนี้เริ่มแสดงอาการครั้งแรกระหว่างอายุ ๑๕ - ๒๕ ปี การพยากรณ์โรคไม่ดีเพราะอาการ negative symptoms เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอาการไม่แสดงอารมณ์และความตั้งใจ นอกจากนี้พบว่าความแปรปรวนทางอารมณ์และความตั้งใจ และความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น อาจพบอาการประสาทหลอนและหลงผิด แต่ไม่ใช่อาการเด่น แรงขับของจิตใจและความคิดตกลงใจแน่วแน่จะหายไปและไม่มีเป้าหมาย ดังนั้นพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงดูไร้จุดหมายและไม่มีวัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีแนวคิดตื้นๆ เกี่ยวกับศาสนา ปรัชญา และแนวคิดนามธรรมอื่นๆ ทำให้ผู้ฟังติดตามเรื่องราวได้ลำบาก

๓. Catatonic schizophrenia (F๒๐.๒) อาการเด่น คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายและจิตใจ (Psychomotor) ผิดปกติ อาจมีการเคลื่อนไหวมาก (hyperkinesia) สลับกับอาการซึม เคลื่อนไหวน้อย (Stupor) หรืออาการเคลื่อนไหวตามคำบอก (automatic obedience) สลับกับอาการต่อต้านทำตาม (negativism) อาการเด่นของกลุ่มนี้ได้แก่

๓.๑ ไม่เคลื่อนไหวทางกาย

๓.๒ มีการเคลื่อนไหวทางกายมาก และอย่างไร้จุดหมายและไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งเร้าภายนอกร่างกาย

๓.๓ Negativism อย่างรุนแรง

๓.๔ เคลื่อนไหวแบบประหลาดพิกล เช่น อยู่ในท่าประหลาดไม่เหมาะสม

๓.๕ Echolalia หรือ Echopaxia

๔. Undifferentiated schizophrenia (F๒๐.๓) เป็นสภาวะเข้าได้กับเกณฑ์ทั่วไป สำหรับการวินิจฉัยโรคจิตเภท แต่อาการไม่เข้ากับจิตเภทชนิดย่อยใน รหัส F๒๐.๐ - F ๒๐.๒ หรือมีอาการของชนิดย่อยเหล่านั้นมากกว่า ๑ อย่าง แต่อาการไม่เด่นพอที่จะวินิจฉัยเป็นชนิดย่อยชนิดใดชนิดหนึ่ง

๕. Post - schizophrenia depression (F๒๐.๔) เป็นสภาวะซึมเศร้าซึ่งอาจจะเป็นนาน และเกิดตามหลังโรคจิตเภท อาการของโรคจิตเภทบางอย่างต้องคงอยู่แต่ไม่เด่น อาการเหล่านี้อาจเป็นแบบ positive หรือ negative ก็ได้แต่แบบหลังพบได้มากกว่า

๖. Residual schizophrenia (F๒๐.๕) เป็นโรคจิตเภทที่มีลักษณะเรื้อรัง มีการดำเนินโรคตั้งแต่ระยะต้น (คือ มีอาการของโรคจิตเภทตั้งแต่ ๑ ครั้งขึ้นไป) ถึงระยะท้ายอย่างชัดเจน ลักษณะของโรคจิตเภทชนิดนี้ คือ มีอาการ negative symptoms อย่างยาวนาน

๗. Simple schizophrenia เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย อาการค่อยเป็นค่อยไป แต่ดำเนินไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่แปลกประหลาดไม่สามารถทำตามสิ่งที่สังคมต้องการ และความสามารถทั้งหมดเสื่อมลงไป อาการหลงผิดและประสาทหลอนไม่ชัดเจน อาการโรคจิตไม่ชัดเจนเหมือนจิตเภทชนิดอื่น จะเกิดขึ้นโดยที่ไม่มีอาการโรคจิตที่ชัดเจนนำมาก่อนความบกพร่องของสังคมที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จะตามมาด้วยอาการเรื้อรัง ผู้ป่วยสนใจแต่เรื่องราวของตนเอง เกียจคร้านและไร้จุดหมาย

ผลกระทบของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทนั้นมีความรุนแรงทำให้มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังมีระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานทำให้เกิดผลกระทบดังต่อไปนี้

๑. ผลกระทบต่อบุคคล ซึ่งเป็นผลจากการผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีความคิดและพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับคนส่วนใหญ่ และมักจะไม่มี การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง จึงมักจะพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มักจะอยู่คนเดียว หมกมุ่น และครุ่นคิดอยู่กับความคิดของตนเองไม่สนใจคนอื่น หรือสิ่งแวดล้อมไม่สนใจกิจกรรมทางสังคม บางคนมีการพูดหรือการกระทำที่ทำให้คนอื่นรังเกียจ จนไม่ยอมเข้าใกล้ ไม่มีใครคบค้าสมาคมด้วยทำให้มีความบกพร่องในทักษะทางสังคมหลายๆ อย่างรวมถึงการส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันได้

๒. ผลกระทบต่อครอบครัว การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาที่ยาวนาน การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้เกิดปัญหา ด้านการปรับตัวต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยจะมีความเครียด อันเนื่องมาจากความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยที่ไม่มีความแน่นอน มีความวิตกกังวลต่ออนาคตของผู้ป่วย กลัวที่จะไม่มีใครดูแลผู้ป่วย รวมถึงปัญหาผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา การที่ต้องคอยเป็นธุระจัดการทุกอย่างให้กับผู้ป่วย ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ครอบครัวมีความอายต่อคนรอบข้าง การถูกรังเกียจจากสังคมต่อการที่ผู้ป่วยไม่ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง

๓. ผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลต้องเผชิญกับ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ หรือบางรายมีอาการกำเริบไม่คงที่ ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ความช่วยเหลือหลายๆ ด้าน เช่น การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลการดูแลเรื่องการรับประทานยา หรือแม้แต่ต้องคอยระวังไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายคนอื่น ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย และรับผิดชอบมากขึ้นตามหน้าที่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจเกิดในรูปของความทุกข์ใจ ความเครียด ความวิตกกังวล จึงมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

๔. ผลกระทบต่อสังคม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เมื่อจำหนายกลับไปในชุมชน บางรายมีอาการกำเริบของโรคไม่สามารถควบคุมตนเองได้เกิดการ ทำร้ายตนเอง หรือแม้แต่บุคคลในสังคม ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรงทำให้คนในชุมชนรู้สึกกลัวเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว หรือมีพฤติกรรมรุนแรง

การรักษาโรคจิตเภท

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (antipsychotic drug) เป็นหลัก และหากมีอาการอย่างอื่นร่วมด้วยก็รักษาตามกลุ่มอาการ เช่น อารมณ์เศร้า อารมณ์ครื้นเครง ใช้ยารักษาควบคู่กันไป ประกอบกับวิธีการรักษาด้วยการทำจิตบำบัด โดยวิธีบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) หรือเรียกว่า CBT จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) การรักษาโรคจิตเภทที่เป็นการรักษาแบบ ผู้ป่วยในใช้สำหรับในกรณีผู้ป่วยเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น เกิดผลข้างเคียงจากยารุนแรง ไม่รวมเมื่อรักษาในการกินยา ไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างมาก มีอาการของโรคทางกายหรืออาการทางจิตซึ่งไม่ปลอดภัย ไม่สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ หรือมีปัญหาในการวินิจฉัยโรค (น้ำหนัก สิวพิษ และคณะ, ๒๕๕๘) การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งเป็น การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาทางจิตสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. การรักษาด้วยยา (Antipsychotic drug treatment) เป็นการให้ยารักษาอาการทางจิต (Antipsychotic drug) ในการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมองที่ผิดปกติ ให้กลับมาอยู่ในระดับปกติ ปัจจุบันยารักษาโรคจิตเภทสามารถแบ่งออกได้เป็น ๒ กลุ่ม (มาโนช หล่อตระกูล, ๒๕๕๐) คือ

๑.๑ ยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มเก่า (Conventional antipsychotics) เป็นยารักษาอาการทางจิตที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่จะไปปิดกั้นการทำงานของสารสื่อประสาท ทำให้มีระดับของสารสื่อประสาทโดปามีนลดลง ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการทางบวก แต่จะได้ผลไม่ค่อยดีนักในผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการทางด้านลบ ได้แก่ Chlorpromazine, Thioridazine, Perphenazine, Fluphenazine, Trifluoperazine, Haloperidol

๑.๒ ยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มใหม่ (Atypical Antipsychotics) ยากลุ่มนี้มีกลไกการออกฤทธิ์ โดยจะไปปิดกั้นการทำงานของสารสื่อประสาททั้งโดปามีน และซีโรโตนิน ทำให้สามารถควบคุมได้ทั้งลักษณะอาการทางด้านบวก และอาการทางด้านลบ ทำให้พบอาการข้างเคียงน้อยกว่ายากลุ่มเดิม แต่อาจราคาสูงกว่ายากลุ่มเดิมจึงต้องเริ่มจากการใช้ยากลุ่มเดิมก่อน เมื่อการใช้ยาเดิมไม่ได้ผลมา ๒ ชนิด หรืออาจมีผลข้างเคียงมากจึงพิจารณาใช้ยากลุ่มใหม่ยากลุ่มนี้ได้แก่ Risperidone, Clozapine, Olanzapine, Quetiapine เป็นต้น

๒. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy [ECT]) จะให้ผลการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท แต่ผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา จะใช้ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย ได้แก่อาการคลุ้มคลั่งมาก ซึมเศร้า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบค้างแข็ง (Catatonic) ซึมเฉยไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ โดยการรักษาด้วยไฟฟ้าทำสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง ห่างกัน ๑-๒ วัน จำนวนทั้งหมดประมาณ ๖-๑๒ ครั้ง

๓. การรักษาด้านจิตสังคม (Psycho social therapy) เป็นส่วนที่สำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้อาการจะดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่างเช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาจึงจำเป็นที่ผู้รักษาต้องคำนึงถึงปัจจัยทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน

๓.๑ จิตบำบัด (Psychotherapy) การบำบัดทางจิตมี ๒ ลักษณะคือ บำบัดรายบุคคล และบำบัดแบบกลุ่ม บำบัดรายบุคคลมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ โดยใช้ศักยภาพของตนเองให้มากที่สุด เช่น การบำบัดด้วย CBT เป็นการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรมต่างๆ เป็นการบ้านเพื่อช่วยให้เขาประเมินปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วยตนเองกลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริง ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

๓.๒ การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตัวเอง นอกจากนี้บางครอบครัวยังมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง อาจเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัด หรือการให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้เป็นอย่างดีเนื่องจากเป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

๓.๓ กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

๓.๔ นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, ๒๕๕๘)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยาบาลแบ่งเป็น ๓ ระยะ ตามระดับความรุนแรงของโรค ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) ระยะทำให้คงสภาพ (Stabilization phase) และระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) ดังนี้ (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, ๒๕๖๐)

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

๒. การพยาบาลเมื่อเข้าสู่ระยะทำให้คงสภาพ (Stabilization phase) ในระยะนี้การพยาบาลเน้นแก้ไขอาการทางจิต โดยเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม การดูแลตนเอง เพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยให้กลับไปอยู่ในชุมชนและระยะนี้ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการรักษา

๓. การพยาบาลเมื่อเข้าสู่ระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) ในระยะนี้จะเน้นการดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ลดอาการทางลบและส่งเสริมทักษะทางสังคม ได้แก่ พัฒนาการทำหน้าที่ด้านต่างๆ พัฒนาคูณภาพชีวิต ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา ติดตามอาการของผู้ป่วยลดความเสี่ยงการป่วยซ้ำ

หลักการพยาบาลทั่วไป (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, ๒๕๕๔)

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลต้องมีลักษณะตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อมเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมาย และด้านสังคม การพูดยาวทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือนและทำให้ความหมายของสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น และสิ่งสำคัญ คือเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดจริงได้ โดยทั่วไปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย

๑. การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดตนเองและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านการดูแลตนเอง สุขอนามัยไม่ดีผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลายๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกายและสุขอนามัยตนเอง

๒. การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่ผู้ให้การพยาบาลควรทำ คือ การหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกจะช่วยให้เข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรมได้มากขึ้นและสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำ คือ การให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริงโดยมีรายละเอียด ดังนี้

๒.๑ การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหลายๆ อย่างของผู้ป่วยถูกถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ ดังนั้น สิ่งแรกที่พยาบาลจะต้องทำเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ พยาบาลฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมายบางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

๒.๒ การส่งเสริมให้ความจริงแก่ผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น เห็นบางภาพที่พยาบาลมองไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็น ขณะเดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้น เป็นต้น

๓. การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนคือ อารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าทีนิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์ตอบสนองเหตุการณ์ ไม่สบตาอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

๔. การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคมและไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไขแม้ว่าจะเป็นปัญหาที่ใช้ระยะเวลา จะเห็นผู้ป่วยเดินอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น พยาบาลอาจจะพยายามนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับผู้อื่นโดยที่ยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยอาจทำร้ายพยาบาลได้ด้วยความหวาดระแวงและหลงผิด นอกจากนี้ สิ่งที่ผู้ป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจจะมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ พฤติกรรมแปลกๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางด้านสังคมพื้นฐานที่ยัง

หลงเหลืออยู่ ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลเพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างรังเกียจผู้ป่วย พัฒนาทักษะทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

พฤติกรรมหวาดระแวง (สวานีย์ เกียวกิ่งแก้ว, ๒๕๕๔)

พฤติกรรมหวาดระแวง (Paranoid behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหวาดระแวง กลัวอย่างขาดเหตุผล และขาดความไว้วางใจผู้อื่นอย่างมาก พบได้ในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตใจและ อารมณ์หลายประเภท คำว่า Paranoid เครพลิน (Emil kraepelin) จิตแพทย์ชาวเยอรมันเป็นผู้ริเริ่มใช้ตั้งแต่ ค.ศ. ๑๘๖๓ เพื่ออธิบายลักษณะของโรคทางจิตเวช ที่มีอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวงที่ผูกเป็นเรื่องราวโดยมี รากฐาน จากการตีความหมายผิดไปจากความเป็นจริง และได้ยึดถือเชื่อไว้อย่างเหนียวแน่นเป็นเวลานานโรคนี้อาจรักษา ไม่หาย แต่บุคลิกโดยทั่วๆ ไปไม่เสื่อม พบว่ามีอาการประสาทหลอน แต่ปัจจุบันได้เปลี่ยนมาใช้ คำว่า Paranoid states แทน

ความหวาดระแวงเป็นเรื่องของการคิด และอารมณ์ที่ผิดปกติ ซึ่งยากเกินกว่าที่จะใช้เหตุผลตาม ความเป็นจริงมาลบล้าง ต้นเหตุของการคิดเช่นนี้ก็คือ ความกลัวจากประสบการณ์สูญเสีย ผิดหวัง หรือ เจ็บปวดที่เคยได้รับมาอย่างหนัก พฤติกรรมที่สื่อความหวาดระแวงอาจพบได้ในคนปกติ เป็นครั้งคราว เช่น การที่บุคคลตำหนิติเตียนผู้อื่น เมื่อรู้สึกหวาดระแวงกลัวผู้อื่นจะทำให้ตนโชคไม่ดี หรือการที่แม่บ้านเผลอ อุ้งกับข้าวจนหม้อใหม่แต่กลับโยนความผิดไปว่าสามีกลับบ้านช้า เป็นต้น ความหวาดระแวงลักษณะนี้ จัดเป็นความผิดปกติระดับอ่อน ส่วนความหวาดระแวงที่ติดเป็นนิสัยพบ ในบุคคลที่มีบุคลิกภาพ หวาดระแวง (Paranoid personalities) ความหวาดระแวงจนถึงขั้นหลงผิดคิดว่าตนถูกกลั่นแกล้ง ถูกปองร้ายหรือผูกพันเป็นเรื่องราวเหมือนกับจะเป็นจริง พบในโรคจิตทาง อารมณ์ชนิด paranoid states depressive states แต่ถ้ามีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพร่วมด้วย มักจะพบว่าอยู่ในโรคจิตชนิด paranoid schizophrenia และนอกจากนี้ความคิดหวาดระแวงอาจพบ ในผู้ที่ได้รับสารพิษ หรือผู้ที่มีความผิดปกติของสมอง เช่น ได้รับพิษสุรา จากสารกระตุ้นประสาทพวก amphetamine และ LSD หรือมีการเปลี่ยนแปลงของระบบ ต่อมไร้ท่อ เป็นต้น

พฤติกรรมหวาดระแวงทำความยุ่งยากแก่บุคคลรอบข้างและเป็นปัญหาใหญ่ปัญหาหนึ่งในการ รักษาพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีความคิดหวาดระแวงจะคอยมองผู้อื่นว่าไม่เป็นมิตรกับตน หรือ จะมาคุกคามมาทำร้ายตนตลอดเวลา ความที่เข้าใจต่อการรับรู้ และแปลเจตนาผิดเช่นนั้นจึงทำให้เขา ต้องรีบป้องกันตนเองไว้ก่อน โดยอาจจะ โต้เถียง รุกราน หรือทำร้ายผู้อื่นก่อน นอกจากนี้ความไม่ไว้วางใจผู้อื่น อย่างมากยังทำให้เขาแยกตัว ระมัดระวัง ทำเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่ มีท่าทีหยิ่งไว้ภูมิ จนผู้อื่นไม่อยาก เข้าใกล้ ไม่อยากคบหาสมาคมด้วย และจากปฏิกิริยาของผู้อื่นก็จะทำให้เขาหวั่นไหว หวาดระแวง กลัว มากขึ้น การป้องกันตัวเองก็ยิ่งมากและเพิ่มความรุนแรง ยิ่งกว่านั้นยังพบว่าผู้ที่มีความคิดหวาดระแวงมักมี สติปัญญาอยู่ในขั้นปกติและค่อนข้างดี จึงทำให้เขาหาเหตุผลมาตั้งได้ อย่างเป็นเรื่องราวจนทำให้ผู้อื่น เข้าใจผิดได้ถ้าผู้นั้นไม่ร่วมรู้ในเหตุการณ์และอาจเสริมสนับสนุน ก็เท่ากับเป็นการให้ความคิดหลงผิดนั้นหนักแน่นมากขึ้นอีก จึงแทนที่จะดีขึ้นกลับเพิ่มความรุนแรงจน ยากแก่การแก้ไขต่อไป

ลักษณะของผู้มีพฤติกรรมหวาดระแวง พฤติกรรมหวาดระแวงที่พบบ่อยๆ มีลักษณะดังนี้

๑. วางท่าหยิ่ง ไว้ภูมิ สงวนท่าที เป็นคนลึกลับ
๒. อิจฉาริษยา สงสัยในการกระทำของผู้อื่น ขาดความไว้วางใจ
๓. พิถีพิถัน ระมัดระวัง ไม่ยืดหยุ่น

๔. ไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น เกลียดชังผู้อื่น มองไม่เห็นคุณค่าผู้อื่น
 ๕. มีพลังผลักดัน ของความก้าวร้าว อารมณ์ผุยนผิ้นและรุนแรง
 ๖. หลีกเลียงที่จะพูดเรื่องของตนเอง ไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่นและเห็นแก่ตัว
 ๗. ความสัมพันธ์กับผู้อื่นเสียและแยกตัว
 ๘. มีความคิดพาดพิง (Idea of reference) คือคิดว่าที่ผู้อื่นพูดหรือทำอะไรนั้นเป็นเรื่อง ของตนเอง เข้าไปเกี่ยวข้องด้วย
 ๙. หลงผิดในลักษณะเป็นใหญ่เป็นโต (grandiose delusion) และหลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย (persecutory delusion)
 ๑๐. บางครั้งมีประสาทหลอนทางหู
 ๑๑. มีพฤติกรรมซึมเศร้า
 ๑๒. ถ้าหวาดระแวงมาก มักจะขาดความรับผิดชอบและทำงานไม่ได้
- พฤติกรรมหวาดระแวงดังกล่าวมาถ้าจะนำมาแยกให้เห็นอาการที่เด่นชัด อาจแยกได้ ๔ กลุ่มดังนี้
๑. **หวาดระแวงแบบอิจฉาริษยา** ด้วยการเปรียบเทียบการแข่งขัน และตนเองด้อยกว่า ด้วยความคิดความรู้สึกที่อาจจะคิดขึ้นเอา หรือเป็นเรื่องจริงที่ยอมรับไม่ได้ ทำให้ต้องโยนเป็น ความรู้สึกของผู้อื่นจึงมี อาการอิจฉาริษยาด้วยคำพูด หรือการกระทำออกมาชัดเจน
 ๒. **หวาดระแวงในรูปแบบของความรัก** ด้วยพลังความต้องการทางเพศที่ยอมรับไม่ได้จึงโยน ไปสู่ผู้ที่ตนถูกใจชอบใจ พวกนี้มักคิดว่าผู้อื่นกำลังมีความรักหรือมาชอบตนในทางชู้สาว ความหวาดระแวง แบบนี้พบบ่อยในเพศหญิง เธอจะสร้างเรื่องราวว่าผู้ชายที่เธอชอบมามีท่าที ความสนใจหรือมาแสดง ความรักกับเธอ และบางครั้งปรากฏออกมาในรูปของความฝันซ้ำๆ
 ๓. **หวาดระแวงแบบสำคัญตนผิด** ด้วยความหลงผิดคิดว่าตนเป็นใหญ่เป็นโต มีอนุภาพ มีอำนาจวิเศษ ที่จะบันดาลสิ่งใด ๆ ก็ได้จึงทำให้ตนเป็นคนยิ่งใหญ่ เป็นคนมีตำแหน่งสูงเป็นเทพเจ้า เป็นผู้มีฐานะ เศรษฐกิจดี เป็นต้น
 ๔. **หวาดระแวงหลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย** ผู้ที่มีอาการหวาดระแวงลักษณะนี้ จะไม่ไว้วางใจ ผู้อื่นอย่างมากคิดว่าผู้อื่นไม่ยุติธรรมกับตน คิดว่าตนถูกกลั่นแกล้ง ถูกปองร้าย จึงมักมีปฏิกิริยา ตอบสนองในลักษณะเดียวกัน หรือรุนแรงกว่าโดยการทำร้ายผู้อื่นด้วย

กลไกการเกิดพฤติกรรมระแวง

พัฒนาการในวัยเด็ก ตามแนวคิดในการวิเคราะห์ความเป็นมาของจิตใจ (Psychodynamic approach) เชื่อว่าผู้มีพฤติกรรมหวาดระแวง มักขาดความสมบูรณ์ในการพัฒนาการไว้วางใจพื้นฐาน (lack of basic trust) ปกติเด็กในวัยระหว่าง ๑-๓ ปี ควรจะเจริญและพัฒนามาด้วยความรู้สึกที่ว่าถ้าตนเกิดความ ไม่สุขสบาย จะมีพ่อแม่ คนใกล้ชิด มาช่วยคลี่คลายแก้ไขสถานการณ์ให้ตนได้รับความสุข ความอบอุ่น ปลอดภัย ซึ่งความรู้สึกทำนองนี้ เป็นความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อมั่นว่าตนเองมีสิ่งที่ดี และบุคคลรอบข้างมอง ตนในแง่ดี ความรู้สึกลักษณะนี้เด็กควรได้รับการพัฒนาอย่างเพียงพอ เพื่อให้เป็น ฐานรองรับความรู้สึกอื่นๆ ที่จะพัฒนาต่อไป

ส่วนบุคคลที่มีพฤติกรรมหวาดระแวง มักพบว่าในวัยเด็กได้รับการปฏิบัติจากบุคคลรอบข้าง อย่าง ที่ทำให้รู้สึกขาดความอบอุ่น ขาดความเชื่อมั่น มีแต่ความผิดหวัง ความเจ็บปวดที่ต้องเก็บซ่อนไว้ จึงเกิด การป้องกันตัวด้วยการแยก การเห็นห่างจากผู้อื่นและถ้าการเจริญพัฒนาในช่วงต่อมาไม่ได้รับความ ยุติธรรม ผิดหวัง ไม่ประสบผลสำเร็จในชีวิตด้วย แล้วเขาจะยิ่งรู้สึกขมขื่นเจ็บช้ำและพยายาม

ปกป้องตัวเองมากขึ้น ด้วยการระแวงระวัง ไวต่อท่าทีและความคิดอ่านของผู้อื่น กลัวว่าผู้อื่นจะคิดร้าย และเป็นศัตรู กับตน ความรู้สึกเหล่านี้จะค่อยๆ สะสมเรื่อยมาสุดแต่ความรุนแรงของเหตุการณ์จนบางคนมีพฤติกรรมหวาดระแวงติดอยู่เป็นพื้นฐานบุคลิกภาพ (paranoid personality) บางคนเป็นมาจนกลายเป็นความหวาดระแวงอย่าง หลงผิดต่อไป

ขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมหวาดระแวง แบ่งได้ ๔ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นแรก เริ่มด้วยบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่รู้สึกสูญเสีย รู้สึกผิดหวังและมีความเจ็บปวดทางด้านจิตใจ สะสมซ่อนไว้ในส่วนลึกของจิตใจ

ขั้นที่สอง มีเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกกลัว ไม่ไว้วางใจ จึงมีการป้องกันตัวเองโดยกลไกชนิดโยนสู่ผู้อื่น (Projection)

ขั้นที่สาม กลไกป้องกันตัวเองทำงานอย่างซับซ้อนจนกลายเป็นสิ่งกระตุ้นภายในตัวเองที่มีพลัง เหนือกว่าสิ่งกระตุ้นภายนอก

ขั้นที่สี่ พฤติกรรมหวาดระแวงแสดงออกมาจากความคิด คำพูด การกระทำ

สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหวาดระแวง (ลำเนาวัลย์ เรืองยศ, ๒๕๔๓)

๑. สาเหตุทางด้านร่างกาย ได้แก่

๑.๑ มีความผิดปกติของระบบประสาท (Neurological disorder) ได้แก่ เนื้องอกในสมอง (brain tumor) อากาโรเพื่อ (delirium) สมองเสื่อม (dementia) สมองได้รับการกระทบกระเทือน (brain trauma)

๑.๒ ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม และต่อมไร้ท่อ (Metabolic endocrine disorder) ได้แก่ การมีแคลเซียมในเลือดสูง มีน้ำตาลในเลือดต่ำ โรคขาดอาหาร การขาดวิตามิน โรคต่อมไทรอยด์

๑.๓ การติดเชื้อ (Infection) ได้แก่ มาเลเรีย และซิฟิลิส

๑.๔ สารเสพติด (Substance abuse) ได้แก่ สุรา แอมเฟตามีนและโคเคน

๑.๕ สารพิษ (Toxic Agent) ได้แก่ คาร์บอนมอนอกไซด์ แมงกานีส และสารปรอท

๑.๖ ยาบางชนิด (pharmacological agent) ได้แก่ L-dopa

๒. สาเหตุทางด้านจิตใจ

จากการเลี้ยงดูในวัยเด็กที่ไม่มีความสม่ำเสมอ บางครั้งได้รับการดูแลบางครั้งก็ถูกละเลย บางครั้งก็ได้รับรางวัลบางครั้งก็ถูกทำโทษ ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่มั่นใจคนรอบข้าง มองโลกในแง่ร้ายเกิดความคิดสงสัยและไม่ไว้วางใจบุคคลอื่น และคิดว่าคนอื่นไม่เป็นมิตรกับตน เมื่อเด็กเกิดความสงสัยที่รุนแรงขึ้น จะกลายเป็นความหวาดระแวงได้

แนวความคิดฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

เป็นกระบวนการที่ริเริ่มโดยบุคลากรสาธารณสุขทางด้านสุขภาพจิต ให้บริการแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และคนในชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนจากนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพ มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อลดความบกพร่อง ความเสียหายให้เหลือน้อยที่สุด การฟื้นฟูสมรรถภาพจะครอบคลุมทั้งด้านสังคม อาชีพโดยมีแนวคิดว่าจะต้องใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้คุ้มค่า และมีการกระจายสู่ชุมชน เพื่อเป้าหมายสุดท้าย คือ ให้ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้บริการการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อคืนสู่สุขภาพเป็นการบูรณาการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช กับการรักษา ให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับการตัดสินใจของผู้เข้ารับการฟื้นฟูเห็นความสำคัญของเป้าหมาย และความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฟื้นฟูบนพื้นฐานความเป็นจริง มุ่งไปที่จุดแข็งของผู้เข้ารับการฟื้นฟู ฝึกทักษะที่จำเป็นปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม บูรณาการร่วมกับ ชุมชน และมีความต่อเนื่องของการให้บริการได้จึงเป็นกระบวนการที่ให้โอกาสแก่บุคคลที่มีความ บกพร่องจากความเจ็บป่วยทางจิตให้สามารถพึ่งพาตนเอง และปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนได้ การฟื้นฟู สมรรถภาพจะใช้ทั้งการเพิ่มศักยภาพของบุคคล และแนะนำในการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะ ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยมีจุดประสงค์เพื่อยกระดับความสามารถของบุคคลถึงระดับสูงสุด ลดความ พิกการ มุ่งเน้นให้บุคคลมีทางเลือกการใช้ให้ดีขึ้น และเป็นการคืนสู่สุขภาพได้

หลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

เป็นการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของบุคคลที่เคยสูญเสียไปเมื่อประสบปัญหาวิกฤตต่าง ๆ และส่งผลกระทบต่อจิตใจจนไม่สามารถปฏิบัติตนได้อย่างปกติการพัฒนาศักยภาพให้ฟื้นตัวดีขึ้น กว่าเดิม จะต้องมีหลักการที่สำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

๑. การคำนึงถึงความสามารถและการตัดสินใจด้วยตนเอง
๒. เน้นไปที่เป้าหมาย และความชอบส่วนตัว
๓. มุ่งเป้าไปสู่ความเป็นจริง
๔. ยืนหยัดบนความแข็งแรง
๕. ให้ความสำคัญกับการฝึกทักษะต่าง ๆ
๖. มีการปรับเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อม และการสนับสนุน
๗. การฟื้นฟู ร่วมกับการบำบัดรักษาไปด้วยกัน
๘. เน้นทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ
๙. มีบริการที่ต่อเนื่อง บูรณาการร่วมกับการทำงานในชุมชน
๑๐. คืนสู่สุขภาพ

การฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภท

เป็นกระบวนการฟื้นฟูที่มีทีมจิตเวชร่วมกับครอบครัว ชุมชน องค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนา ฝึกฝน เพิ่มพูนทักษะแก่ผู้ป่วย และจัดการสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย ดำเนินชีวิตในครอบครัวได้ช่วยเหลือตนเอง ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลืองานบ้าน หรือทำงานหาเลี้ยงชีพตนเองได้ตลอดจนชุมชนให้การยอมรับและสนับสนุนผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้พวกเขา เหล่านี้กลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติสามารถใช้ชีวิตเหมือนคนทั่วๆ ไปในสังคม (พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, ๒๕๕๒)

ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการฟื้นฟูจิตสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ดูแล และผู้ป่วยบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้มีสุขภาพจิตที่ดีมีความสุขมากขึ้น มีดังนี้ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, ๒๕๕๙)

๑. มีอิสระในการตัดสินใจ (Self-direction) เลือกจุดมุ่งหมายในชีวิตและออกแบบเส้นทาง เดินเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์เหล่านั้น

๒. มีการวางแผนเป็นรายบุคคล (Individualized and person-centered) โดยการคืนสู่สุขภาพของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับจุดเด่นความต้องการความชอบประสบการณ์และพื้นฐานทางวัฒนธรรม

๓. การเสริมสร้างพลัง (Empowerment) ให้กับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถเลือกและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกอย่าง ที่จะมีผลต่อการดำเนินชีวิตมีความสามารถที่จะร่วมกับผู้อื่นในการเรียกร้องตามความต้องการ และสามารถควบคุมเส้นทางชีวิตของตนเองได้

๔. บริการแบบองค์รวม (Holistic) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมครอบคลุมทุกด้านของชีวิต เช่น การประกอบอาชีพ การศึกษา สุขภาพจิต ยาเสพติด สื่อทางสังคมและการสนับสนุนจากครอบครัว ฯลฯ

๕. ขบวนการที่มีพื้นฐาน (Nonlinear) จากการเจริญเติบโต และการเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคล ระยะเวลาต้องตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้แล้วจึงเริ่มดำเนินการสู่การคืนสู่สุขภาพ

๖. การนำจุดเด่นและความสามารถของบุคคลนั้นมาใช้ (Strengthsbased) โดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ในลักษณะการให้การสนับสนุน และการให้ความเชื่อถือซึ่งกันและกัน

๗. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Peer support) บุคคลที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิต มีบทบาทสำคัญในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน กระตุ้นให้เกิดพลังทำให้ทุกคนมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและชุมชน

๘. การยอมรับการชื่นชมและการให้เกียรติบุคคล (Respect) รวมทั้งการปกป้องสิทธิส่วนบุคคล และลดการถูกกีดกันทางสังคม

๙. บุคคลจะต้องมีความรับผิดชอบ (Responsibility) เรื่องการดูแลตนเองการทำงานโดยมุ่งไปที่เป้าหมาย

๑๐. การมีความหวัง (Hope) คือจุดเริ่มต้นของการคืนสู่สุขภาพที่บุคคลจะสามารถเอาชนะสิ่งกีดขวาง และอุปสรรคที่คุกคามอยู่ โดยเพื่อน ครอบครัว และสังคม สามารถช่วยประคับประคองความหวังที่ตั้งไว้

การให้การปรึกษารายบุคคล/การบำบัดรายบุคคล (Individual Counseling/ Individual Therapy)
(วีณา บุญแสง, ๒๕๖๔)

กรณีผู้ป่วยสารเสพติดที่มีโรคจิตเภท

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

๑.๑ ค้นหาปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลง Stage of Change ว่าอยู่ในระดับใด เพื่อให้ผู้บำบัดวางแผนใช้เครื่องมือและเทคนิคในการบำบัดได้อย่างเหมาะสม

๑.๒ ผู้บำบัดต้องใช้เทคนิคของ MI ในการสนทนา เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลใจ โดยเน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปหากผู้ป่วยเลิกติ่มสุรา / สารเสพติดได้

๑.๓ ไม่บังคับให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง แต่ผู้บำบัดควรชี้ให้เห็นแง่มุม ทั้ง ๒ ด้านคือ ด้านบวก และด้านลบของการดื่ม และไม่ได้เถียงผู้ป่วย

๑.๔ ตั้งเป้าหมายของระยะนี้คือ ต้องการให้ผู้ป่วยเกิด Change Talk ด้วยตนเอง และสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุรา / สารเสพติด

๑.๕ ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะแรก ๑-๕ สัปดาห์ หลังพ้นระยะถอนพิษ

๑.๖ การเพิ่มจำนวนครั้งในการรักษาจะทำให้เกิดการทบทวนเนื้อหาซ้ำๆ ซึ่งได้รับการแนะนำให้ทำร่วมกับผู้ป่วย Schizophrenia

๑.๗ ทำให้เกิดการบูรณาการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงเป็นสิ่งที่ดีในการอภิปราย เพราะผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ทำให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและการกระตือรือร้นที่จะเลิกสุราและสารเสพติด

๑.๘ ผู้ป่วยโรคร่วมอาจใช้เทคนิคการฟื้นฟูเรื่องภาษาที่ได้รับการเรียนรู้ในการบำบัดสุรา ก่อนหน้านี้ เช่น การใช้คำพังเพยเข้าร่วมกับ เทคนิค MI มีประโยชน์เสริมสร้างความมั่นใจด้วยคำพูดด้วยความหมายของตนเอง

๑.๙ สนับสนุนให้ใช้ MI เพื่อให้เกิดการเข้าร่วมในการรักษา ซึ่งมุ่งเน้นการสนับสนุนให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการตัดสินใจได้ด้วยตนเองในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง

๑.๑๐ ในกลุ่มภาวะโรคจิตเภทให้ใช้เทคนิคการแนะนำ ซึ่งการใช้เทคนิคที่ยืดผู้ป่วยเป็นหลักนั้น ขึ้นอยู่กับอาการทางจิตหรือความผิดปกติของผู้ป่วย ซึ่งมีความบกพร่องเรื่องความคิด และการสื่อสารจึงอาจต้อง MI ที่มีการดัดแปลงให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย ใช้เทคนิคที่สั้นไม่เป็นแบบแผนมาก

๑.๑๑ การเสริมสร้างแรงจูงใจควรใช้ทั้งเทคนิคของ MI และกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาด้วยยา

๑.๑๒ การรักษาผู้ป่วยด้วยระยะเวลาอนามีผลต่อการเพิ่มสมรรถภาพในการทำให้เข้าร่วมการรักษา MI จะมีประสิทธิภาพมากขึ้นหากทำในช่วงผู้ป่วยใกล้จะกลับบ้าน หรือทำเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้กลับบ้าน

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

๒.๑ สร้างความคิดใหม่และทำให้ผู้ป่วยเห็นว่า สถานการณ์เสี่ยงใดที่เป็นปัญหาและอาจนำไปสู่การกลับไปใช้สุรา สารเสพติดซ้ำ

๒.๒ การเน้นย้ำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเตือนของตนเองที่อาจทำให้มีโอกาสกลับไปใช้สุรา และสารเสพติดซ้ำ

๒.๓ ใช้ CBT เพื่อทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดและหูแว่วประสาทหลอนดีขึ้น ๔. การให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเรื่องอาการทางจิต และการใช้สุรา สารเสพติด (Comorbid Psychoeducation) เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว หรือระแวง นอนไม่หลับ หากใช้สุรา สารเสพติดซ้ำอาจทำให้อาการทางจิตเพิ่มขึ้นได้

๒.๕ สอนวิธีการจัดการอาการทางจิตที่เหมาะสม

๒.๖ ใช้เทคนิค CBT ในสัปดาห์ที่ ๖ โดยทำสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง จนครบการบำบัด ๒๔ สัปดาห์

๒.๗ เทคนิค CBT โดยรวมจะต้องใช้ระยะเวลาหลายครั้ง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีหลายแนวทางที่จะให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการเพิ่มพูนทักษะต่างๆ ระดับบุคคล เป็นการรักษาด้วยยา และการพัฒนาทักษะชีวิตพื้นฐาน ระดับครอบครัวการปรับประคองการอยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจ ให้การสุศึกษา การให้คำปรึกษาครอบครัว และระดับสังคมสิ่งแวดล้อม เป็นการบูรณาการภาคสังคม ร่วมในการระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่นการสนับสนุนการจ้างงาน การประกอบอาชีพ การรวมกลุ่มทางสังคม เพื่อยกระดับความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณค่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ ๓

การพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักการและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พยาบาลใช้ในการดำเนินการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่สำคัญของระบบที่นำมาสู่การจัดการให้มีปัจจัยนำเข้าพร้อมที่จะดำเนินการตามกระบวนการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง การนำทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล จำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้เป็นไปตามหลักการของแต่ละทฤษฎี โดยพยาบาลจะต้องประเมินผู้ป่วยตามแนวทางที่ทฤษฎีกำหนดไว้ และวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับโมทัศน์ของทฤษฎี รวมทั้งมีการตั้งเป้าหมายของการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลตามแนวทางของทฤษฎีการพยาบาลแต่ละทฤษฎี แล้วนำแผนการพยาบาลที่วางไว้นั้นไปปฏิบัติและประเมินผล จึงจะเป็นการนำทฤษฎีการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะเลือกใช้ทฤษฎีการพยาบาลใด พยาบาลจำเป็นต้องต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลและประยุกต์ความรู้จากศาสตร์สาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม และนอกจากนี้ต้องรู้จักพัฒนาตนเองอยู่เสมอ เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ รวมทั้งรู้ให้ความสำคัญและสนใจเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของผู้ใช้บริการ

กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานของกรอบแนวคิดวิเคราะห์ทางการพยาบาลที่เป็นระบบ เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาล หลักทางวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหา ที่มาของปัญหาเพื่อนำมาสู่การวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล ซึ่งรวมถึงทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในการเลือกกิจกรรมการพยาบาลในการแก้ปัญหา การค้นหาปัญหาหรือความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละคนมีความหลากหลายที่มีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความรุนแรงของโรคที่เป็นวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและความเชื่อ ดังนั้นกระบวนการพยาบาลจึงถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการหรือสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลได้ กระบวนการพยาบาลได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่พยาบาลได้นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ (อรนนท์ หาญยุทธ, ๒๕๕๓)

จากความหมายที่กล่าวมาพอสรุปคุณสมบัติของกระบวนการพยาบาลได้ดังนี้ (ศิริพร ชัมภลิจิต, ๒๕๕๓)

๑. กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ ทั้งที่เป็นบุคคล ครอบครัว และชุมชน
๒. กระบวนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนที่เป็นระบบ
๓. กระบวนการพยาบาล ประยุกต์ใช้ได้กับผู้รับบริการที่อาจมีปัญหามีปัญหาทางสุขภาพ
๔. กระบวนการพยาบาล นำมาใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทางการพยาบาล คือให้ผู้รับบริการมีสุขภาพดี หรือมีชีวิตที่มีคุณภาพเท่าที่จะเป็นไปได้ตามศักยภาพที่มี

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (วิมล ลักษณะภิกขชนชัช, ๒๕๖๓)

เมื่อผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในสถานบำบัด พยาบาลซึ่งถือเป็นวิชาชีพที่สำคัญที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้าสู่ กระบวนการบำบัดรักษา โดยให้การพยาบาลในระยะบำบัดด้วยยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และติดตามการรักษา ซึ่งพยาบาลมีบทบาทให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในทุกขั้นตอนของการบำบัดรักษา ดังนี้

๑. ประเมินสภาพผู้ป่วยยาเสพติด พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพ และระดับการติดยาเสพติดด้วยการซักประวัติการใช้ยาเสพติด ตรวจร่างกาย ดำเนินการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตาม แผนการรักษาของแพทย์และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินอาการถอนพิษยาด้วยแบบประเมินตามประเภทยาเสพติดที่ผู้ป่วยเสพ ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย ทางจิตประสาท ตลอดจนประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ พฤติกรรม ครอบครัว และสังคม เพื่อนำเสนอข้อมูลให้แพทย์ประกอบการวินิจฉัย และพยาบาลใช้เป็นข้อมูลในการตั้ง เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายตามการวินิจฉัยการพยาบาล และมีการส่งต่อทีมสหวิชาชีพอื่นอย่างเหมาะสมร่วมให้การดูแลด้วย เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

๒. ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดให้พ้นภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ซึ่งภาวะวิกฤติฉุกเฉินในผู้ป่วยยาเสพติด ได้แก่ ภาวะถอนพิษยา เช่น ภาวะถอนพิษสุรา ซัก เพื่อสืบสนภาวะถอนพิษสารกระตุ้น ประสาทหลอน เอะอะไวยวาย ก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง ภาวะได้รับสารเฮโรอีนหรือเมทาโดนเกินขนาดมีภาวะกตกรหายใจในผู้ป่วย เสพติดเฮโรอีน หรือภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เป็นโรคร่วมที่เกิดจากการใช้ยาหรือสารเสพติด เช่น เลือดออกในกระเพาะ อาหาร ปอดอักเสบ เป็นต้น ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทในการประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วย เพื่อประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ประสานกับครอบครัวเพื่อรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนการบำบัดรักษาผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการบำบัดรักษา

๓. ให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะถอนพิษยา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนทางกาย และทางจิต สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา เมื่อหยุดใช้ยาเสพติดจะเกิดอาการถอนพิษหรืออาการขาดยา ซึ่งความรุนแรงของอาการถอนพิษยาอาจเกิดได้ตั้งแต่เล็กน้อย ปานกลาง จนถึงรุนแรงมากขึ้นกับระดับการติดยา ระยะเวลาในการเสพติด ปริมาณ การใช้ยาเสพติด ซึ่งอาการถอนพิษยานี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย จนถึงทุกข์ทรมาน หากไม่ได้รับการรักษาหรือดูแลอย่างเหมาะสมอาจทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นได้ หรือหากผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจะทำให้ไม่สามารถก้าวผ่านระยะนี้ได้ การเลิกยาเสพติดจะไม่ประสบผลสำเร็จ บทบาทของพยาบาลจะเป็นการประเมินอาการถอนพิษยาอย่างต่อเนื่อง ให้ยาตามแผนการรักษา ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการถอนพิษยา ได้รับความปลอดภัยเมื่อเกิดอาการถอนพิษยา หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น จนผู้ป่วยปลอดภัยและกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

๔. ค้นหาปัญหาด้านจิตใจ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยยาเสพติดตลอดจนให้การช่วยเหลือ เนื่องจากปัญหาเสพติดเกี่ยวข้องกับปัญหาอื่น ๆ รอบตัวผู้ป่วย จนทำให้เกิดการใช้ยาเสพติดและติดในที่สุด ดังนั้นการช่วยแก้ปัญหาด้านอื่นๆของผู้ป่วยจึงเป็นการช่วยในเรื่องการเลิกใช้

ยาเสพติดควบคุมกันไปด้วย เช่น ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การตั้งครมไม่พึงประสงค์ บกพร่องในสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ปัญหาการว่างงาน ปัญหาบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม เป็นต้น พยาบาลมีบทบาทในการค้นหาปัญหา ให้คำปรึกษา หากต้องให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา พยาบาลมีบทบาทในการประสานผู้เกี่ยวข้องให้ร่วมแก้ไขด้วย เช่น ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวของผู้ป่วย หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อคลี่คลายปัญหาให้ผู้ป่วยจนผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ต่อไปเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

๕. เสริมสร้างความตระหนักในโทษพิษภัยยาเสพติด และสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้ยาเสพติด เนื่องจากการใช้ยาเสพติดส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่การใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุข ความพึงพอใจในฤทธิ์ของยาเสพติด ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงต้องเสริมสร้างความตระหนักในโทษพิษภัยของยาเสพติด และสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้ยา โดยการให้ความรู้ให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการเลิกยาเสพติดและลดผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด

๖. จัดกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด เมื่อผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาอาการถอนพิษยาจนทุเลาลงหรือหมดไป หรือผู้ป่วยยาเสพติดบางรายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิตร่วมด้วย จะได้รับการรักษาควบคู่ไปกับอาการถอนพิษยาจนอาการทุเลาลงหรืออยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ ผู้ป่วยยาเสพติดจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยาเสพติด ซึ่งพยาบาลเป็นวิชาชีพที่สำคัญที่มีบทบาทในการจัดกลุ่มบำบัดกิจกรรมบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในก็ตาม

๗. ประสานครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยยาเสพติดกลับสู่สังคม โดยพยาบาลจะประสานกับครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

๘. ค้นหาสาเหตุและวางแผนป้องกันการติดซ้ำ สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อให้เลิกยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง การป้องกันการติดซ้ำจึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการค้นหาสาเหตุหรือโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดซ้ำ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงโอกาสเสี่ยงดังกล่าว และร่วมกันวางแผนป้องกันการเสพติดซ้ำ โดยฝึกทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การจัดการตัวกระตุ้นภายนอก ตัวกระตุ้นภายใน การจัดการความอยาก (Craving Management) ทักษะการจัดการความเครียด การเผชิญปัญหา ทักษะการปฏิเสธ ฯลฯ ตลอดจนเสริมสร้างแรงจูงใจในการหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่อง

๙. ประสานทีมสหวิชาชีพหรือเครือข่ายต่างๆในการจัดกิจกรรม/แก้ไขปัญหามอบให้ผู้ป่วยยาเสพติด ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดต้องใช้ศาสตร์ในการดูแลรักษานั้นต้องมีการผสมผสานศาสตร์ต่าง ๆ ในการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหามา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์เฉพาะทาง นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จึงมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา หรือกรณีผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพด้านอื่น เช่น โรคในช่องปาก พยาบาลมีบทบาทในการประสานทันตแพทย์ให้การบำบัดรักษาโรคในช่องปาก เป็นต้น หากผู้ป่วยมีปัญหาด้านอื่น เช่น ปัญหาทางด้านสังคม การประกอบอาชีพ พยาบาลมีบทบาทช่วยในการประสานเครือข่ายอื่นเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดในการแก้ปัญหาทั้ง

ทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติตลอดโอกาสกลับไปพึ่งพาอาศัย

๑๐. ให้การดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการเสถียรซ้ำ เมื่อผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาครบขั้นตอน และพร้อมกลับสู่สังคม ขั้นตอนการบำบัดยังคงมีต่อเนื่องในเรื่องของการติดตามการรักษา หรือให้การดูแลหลังรักษา โดยส่งเสริมการหยุดใช้ยาต่อเนื่อง ค้นหาปัญหา ความเสี่ยงในการเสถียรซ้ำ และร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา หรือหากกรณีผู้ป่วยเสถียรซ้ำ นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา บทบาทนี้หากเป็นโรงพยาบาลทั่วไปพยาบาลคลินิกยาเสถียรจะเป็นผู้ติดตามการรักษา แต่หากเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจะมีนักสังคมสงเคราะห์หรือทีมสหวิชาชีพติดตามดูแลหลังรักษา ซึ่งบทบาทต่าง ๆ ที่พยาบาลได้กระทำเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสถียรนั้น ต้องใช้องค์ความรู้ และประสบการณ์ในการทำงาน ดังนั้นพยาบาลยาเสถียรจำเป็นจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยยาเสถียร เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสถียรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

งานพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้อย่างเป็นอิสระ ได้แก่

๑. การเอาใจใส่ดูแลให้ผู้ป่วยทุกคน ได้รับการรักษาพยาบาลถูกต้องตรงกับความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และปัญหาของผู้ป่วย

๒. การสังเกตเกี่ยวกับอาการแสดงและปฏิกิริยาต่าง ๆ ของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และความต้องการทุกชนิด เพื่อเป็นการประเมินความต้องการและหาวิธีตอบสนองความต้องการนั้น ๆ ให้แก่ผู้ป่วย

๓. บันทึกรายงานที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

๔. การนิเทศบุคลากรในระดับต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

๕. การให้การพยาบาลที่ถูกต้องตามเทคนิคแก่ผู้ป่วย

๖. ให้คำแนะนำชี้แจง และให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัยทั้งด้าน ร่างกาย และจิตใจแก่บุคคลทั่วไป

งานพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระ ได้แก่ การให้ยาและการรักษาโรคบางชนิดที่จะต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

คุณสมบัติของพยาบาล

ผู้ป่วยยาเสถียรเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การพยาบาลผู้ป่วยยาเสถียรจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เฉพาะทาง พยาบาลจะต้องผสมผสานความรู้ทั้งในเรื่องของยาเสถียรและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งตัวพยาบาลเองเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย (Therapeutic use of self) คุณสมบัติของพยาบาลผู้ป่วยยาเสถียร มีดังนี้

๑. เป็นผู้มีความรัก หมายถึง มีความรักในการทำงาน การทำงานกับผู้ป่วยยาเสถียรจะเกิดความเบื่อหน่าย เนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วย มักพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว และกลับไปเสถียรซ้ำ วนเวียนเข้ามารักษาซ้ำแล้วซ้ำอีก พยาบาลต้องยอมรับในพฤติกรรมของผู้รับบริการ และบังคับจิตใจของตนเองไม่ให้เกิดความเบื่อหน่าย โดยการให้อภัย มีความยืดหยุ่น ชี้แนะสิ่งที่ดีงามให้กับคนไข้ และหาแนวทางแก้ไขให้ดีขึ้น

๒. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีการติดยาเสถียร การพยาบาล จิตวิทยาสังคมวิทยา ปัญหาสังคม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้รับบริการได้ถูกต้อง

๓. มีความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ทั้งในงานการพยาบาลโดยตรง และงานที่ต้องปฏิบัติร่วมกับบุคลากรอื่นอย่างเต็มที่

๔. มีความจริงใจ แสดงให้ผู้รับบริการเห็นว่าพยาบาลสนใจ ให้กำลังใจและยินดีช่วยเหลืออย่างจริงใจ

๕. มีความอดทน

๖. สนใจผู้อื่น การเปลี่ยนแปลงในสังคม มีความเห็นอกเห็นใจ

๗. มีภาวะสมดุลอารมณ์

๘. มีทักษะ (Skill) ได้แก่

๘.๑ ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ โดยการยิ้ม การทักทาย เป็นผู้ฟังที่ดี หลีกเลี่ยงการพูดตำหนิติเตียน กล่าวคำชมเชยเมื่อเขาทำดี กล่าวคำขอบคุณ ขอโทษให้ติดปาก ฯลฯ

๘.๒ ทักษะในการติดต่อสื่อสาร สื่อความหมายให้ชัดเจนมีการให้ และรับข้อมูลย้อนกลับ

๙. มีทัศนคติที่ดี ควรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อสร้างความเข้าใจที่ดีต่อกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการ จะช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการบำบัดให้ดียิ่งขึ้น

๑๐. มีคุณธรรมและจริยธรรม

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

ในการแบ่งขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลนั้น ผู้รู้ได้แบ่งจำนวนขั้นตอนที่แตกต่างกันออกไป ตั้งแต่ ๓ ขั้นตอนจนถึง ๖ ขั้นตอน แต่ในปัจจุบันส่วนใหญ่จะแบ่งออกเป็น ๕ ขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน (อรนนท์ 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 ข้อมูล

ที่เก็บจะต้องสะท้อนต่อภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective Data) ที่ได้มาจากผู้รับบริการโดยตรง เป็นความรู้สึกหรืออาการ (Symptoms) โดยผู้รับบริการเป็นผู้ให้ข้อมูล เกี่ยวกับการป่วยเจ็บของตนเอง วิธีการดำเนินชีวิตและความต้องการที่ต้องการการตอบสนอง ข้อมูล ปรนัย (Objective Data) ที่เก็บมาจากอาการแสดง (Signs) เป็นข้อมูลพยาบาลรับรู้ได้จากการดู การ สังเกต 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) การตรวจสภาพจิตเป็นการตรวจ เพื่อประเมินข้อมูลสำหรับพิจารณาให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การตรวจสภาพจิตเป็นเรื่อง ละเอียดอ่อนต้องอาศัยทักษะมากกว่าการตรวจชนิดอื่น เนื่องจากไม่มีเครื่องมือที่สามารถประเมินได้ โดยตรง เป็นนามธรรมจับต้องไม่ได้ต้องอาศัยการสังเกต การสัมภาษณ์ และการแปลความ เพื่ออธิบาย ย้อนกลับไปถึงสภาพจิตของบุคคลอย่างปราศจากอคติ (สายฝน เอกวารงกูร, ๒๕๕๙) องค์ประกอบ ของสภาพจิตมีดังนี้

๑. สภาพทั่วไปและพฤติกรรมการแสดงออก (general appearance and behavior)

๑.๑ การแต่งกาย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า ความเหมาะสมของการ แต่งกายและเสื้อผ้า

๑.๒ การแสดงออกทางสีหน้า เช่น ไม่สดชื่น เศร้าหมอง ทุกข์ท้อแท้เสียใจ ผิดหวัง หมัดหวัง โกรธ ฉุนเฉียว ก้าวร้าว วิดกกังวล หวาดกลัว หวาดระแวง เรียบเฉยไร้อารมณ์ เป็นต้น

๑.๓ ท่าทาง เช่น ผ่อนคลาย ตึงเครียด สับสน เกร็งขัดขึ้น อิริยาบถต่าง ๆ 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) ความเร็ว ในการพูด (พูดเร็ว พูดช้า พูดติดอ่าง) น้ำเสียงการพูด (เศร้า ตื่นเต้น ไม่มั่นใจ) สำเนียงการพูด (การเน้นหนัก-เบา) การใช้ภาษา (ภาษาแสดง ภาษาที่คิดขึ้นใช้คนเดียว)

๒.๓ ลักษณะภาษาท่าทาง เช่น การนั่งที่แสดงถึงการปิดตนเอง คือ นั่งกอดอก ไชว่ห้าง การแสดงภาวะเครียด กัดฟันและกั๊กวล คือบีบมือ เกร็ง จิก /กดปลายเท้า หรือการนั่งที่มี ลักษณะผ่อนคลายคือวางมือไว้บนตัก โนม้ตัวตามสบาย เป็นต้น

๓. ลักษณะการแสดงอารมณ์ (affect, mood)

๓.๑ อารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น หัวเราะครื้นเครงในงานศพ ร้องไห้ในงานแต่งงาน เป็นต้น

๓.๒ อารมณ์ยินดีมากเกินไป เช่น การยินดีมากเกินไป (euphoria) ความยินดีที่รู้สึก
ว่าตนเองเป็นผู้ยิ่งใหญ่ (exaltation) เป็นต้น

๓.๓ อารมณ์อื่น ๆ เช่น อารมณ์ปกติ (normal) อารมณ์เศร้า (depress) อารมณ์สิ้น
หวัง (despair) หงุดหงิด (irritable) ว่างเปล่า (empty) เป็นต้น

๓.๔ ไม่มีอารมณ์ใด ๆ เลยต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น แม้ว่าต้องเผชิญกับปัญหา
(la belle indifference)

๔. กระบวนการคิด (thinking process)

๔.๑ กระบวนการคิดผิดปกติ เช่น พุดวกวน (circumstantiality) เป็นการพูดอ้อม
ค้อมไม่ตรงจุดหมายโดยจะพูดเพิ่มเติมรายละเอียดที่ไม่ตรงประเด็น แต่ก่อนจบจะกลับมาที่จุดหมาย
เดิมหรืออาจพูดได้ว่าเป็นการตอบคำถามแบบชกแม่ น้ำทั้งห้า

๔.๒ การสร้างคำใหม่ขึ้นมาใช้เอง อาจเป็นคำใหม่หรือคำที่ใช้กันอยู่แต่ ถูกนำมาใช้ใน
ความหมายที่แปลกไป โดยที่ผู้สัมภาษณ์หรือบุคคลทั่วไปฟังไม่เข้าใจไม่รู้เรื่อง

๔.๓ ความคิดเปลี่ยนแปลงรวดเร็วจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่อง (flight of ideas) คือการ
พูดอย่างรวดเร็วเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่งเชื่อมโยงเนื้อหาต่อเนื่องกันไม่ได้

๔.๔ การพูดตอบในลักษณะเดียวกัน คำพูดเดียวกันแม้ว่าคำถามจะเปลี่ยนไปแล้ว
(perseveration)

๔.๕ การนำคำต่างๆมาพูดต่อกันโดยไม่สามารถเชื่อมคำเหล่านั้นให้เกิดความเข้าใจ
ได้ (word salad)

๔.๖ การหยุดกะทันหันโดยไม่มีสาเหตุในช่วงที่กำลังพูดอยู่กลางประโยคเพราะนึกไม่
ออกว่าจะพูดอะไร (blocking)

๔.๗ การพูดที่มีเนื้อหาผิดปกติ/อาการหลงผิด มีลักษณะแปลกประหลาด(bizarre
delusion)

๔.๘ การย้ำพูดย้ำคิดอยู่ประโยคเดียวแม้จะตอบคำถามหรืออยู่คนเดียว ก็พูดขึ้นมา
เองด้วยประโยคเดียวนั้น

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

๕.๑ ประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้ที่ผิดปกติของบุคคลโดย
ปราศจากสิ่งเร้า(stimuli) เข้ามากระตุ้น เช่น ประสาทหลอนทางตาเรียกว่าภาพหลอน (visual
hallucination) ประสาทหลอนทางหูเรียกว่าหูแว่ว (auditory hallucination) ประสาทหลอน
ทางการรับรส (gustatory hallucination) เป็นการรับรสโดยที่ไม่มีอะไรอยู่ในปาก ประสาทหลอน
ทางการได้กลิ่น (olfactory hallucination) เป็นการได้กลิ่นโดยที่ไม่มีสิ่งเร้าใดมากระตุ้น ประสาท
หลอนทางการสัมผัส (tactile hallucination) เป็นการรับรู้ว่ามีผิวหนังถูกสัมผัสโดยที่ไม่มีสิ่งเร้าใดมา
กระตุ้น

๕.๒ การแปลภาพผิด (illusion) เป็นการรับรู้ที่ผิดปกติโดยมีสิ่งเร้าเข้ามากระตุ้น

๖. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) เป็นการตระหนักรู้ถึงการมีสัมพันธ์ภาพ
กับผู้อื่นในเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล

๗. ความจำ (memory) หมายถึง ลักษณะการให้ความสนใจและความสามารถในการ
เก็บข้อมูลไว้ในสมองโดยสามารถดึงข้อมูลดังกล่าวออกมาใช้ได้เมื่อต้องการ ดังนี้

๗.๑ ความจำในเรื่องที่ผ่านมาเป็นระยะเวลาสั้นๆหรือความจำในอดีต (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 คิดว่าตนเองป่วยแต่ไม่รู้ว่าเป็นอะไรและโทษไปที่ผู้อื่นหรือปัจจัยอื่น ๆ

๑๑.๔ คิดว่าตนเองป่วยแต่เป็นการป่วยทางกาย

๑๑.๕ ยอมรับว่าป่วยเนื่องจากความผิดปกติทางจิตแต่ไม่ได้แก้ไขและไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง

๑๑.๖ ยอมรับว่าป่วยเนื่องจากความผิดปกติของจิตใจพร้อมจะแก้ไขและได้แสดงให้เห็นว่าได้พยายามแก้ไขบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้กลับคืนสู่ลักษณะปกติ

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

การรวบรวมข้อมูลตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework) (จินตนา สุวิทวัส, ๒๕๕๗; ภิญญาตา ภัทรกิจจาธรร และ จิรวรรณ ชัยวิศิษฏ, ๒๕๖๓)

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแล ได้แก่ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะความเจ็บป่วย สาเหตุการเจ็บป่วย สาเหตุของการเข้าโรงพยาบาลครั้งนี้ความคาดหวังต่อความช่วยเหลือของแพทย์และพยาบาล ผลกระทบที่ผู้ป่วยคาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจากการออกจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใดๆในชีวิต หรือมีผลต่อครอบครัวหรือไม่

แบบแผนที่ ๒ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ได้แก่ การประเมินความเปลี่ยนแปลงในด้านการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักที่มากหรือน้อยลง พร้อมทั้งระบุจำนวนและ ระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลง

แบบแผนที่ ๓ การขยับถ่าย ได้แก่การประเมินแบบแผนการขยับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะตามปกติและ การเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เนื่องจากผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดฤทธิ์ของยาเสพติดมีผลต่อการขยับถ่าย

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย ได้แก่ การใช้พลังงานตามปกติ การเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมนันทนาการ กิจวัตรประจำวัน ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และการคาดหวังที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองหลังจากออกจากโรงพยาบาล

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ ได้แก่ แบบแผนการนอนตามปกติและ แบบแผนการนอนที่ เปลี่ยนไปจากปกติเช่น 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 ความรู้สึกว่าตนเองแยกจากสังคม ประวัติการแยกตัวออกจากสังคม การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วย ปัญหาและการแก้ไขปัญหาภายในครอบครัว บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว บทบาทของบุคคลสำคัญของครอบครัว ขณะที่ผู้ป่วยพูดถึงครอบครัวมีความรู้สึกโกรธบุคคลใดบ้าง การติดต่อสื่อสารภายในครอบครัว เช่น ฟังพา บังคับ ควบคุม การแสดงออกต่อกัน ความระแวงสงสัย มีลบลมคมใน ไม่สนใจใคร ลักษณะการตอบ คำถามของผู้ป่วยเป็นไปอย่างเปิดเผยหรือปิดบัง และการสบตาขณะพูดคุย

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ ได้แก่ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเพศและระยะเวลาของความเปลี่ยนแปลง ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางเพศที่เกิดจากการเจ็บป่วยครั้งนี้หรือเหตุผลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

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

แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าและความเชื่อ ได้แก่ การนับถือศาสนา วัฒนธรรมและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความสัมพันธ์ของความเจ็บป่วยและความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วย

๑.๓ การตรวจสอบข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาในขั้นตอนของการประเมินภาวะสุขภาพต้องสมบูรณ์ เป็นความจริงและถูกต้อง เพราะว่าการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการเลือก

กิจกรรมการพยาบาลขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้มา การตรวจสอบข้อมูลจึงเป็นการตรวจสอบซ้ำหรือตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้มาถูกต้องและเป็นความจริงมีความสอดคล้องกัน

๑.๔ การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการใช้เหตุและผลในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาทั้งหมด การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการส่งสัญญาณให้รู้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพหรือไม่ พิจารณาได้จากสิ่งบ่งบอกของปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ อาการและอาการแสดง สิ่งบ่งบอกจะนำไปสู่การค้นหาคำถามหรือปัญหา ถ้าข้อมูลถูกรวบรวมในรูปแบบของ ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน จะทำให้พยาบาลได้มุ่งความสนใจไปที่ความต้องการหรือปัญหาในแบบแผนสุขภาพนั้นๆ

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

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

๒.๑ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่บ่งบอกถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วในขณะที่ทำการประเมินภาวะสุขภาพมีอาการและอาการแสดงให้เห็นชัดเจน (Signs and Symptoms) ได้มาจากการบอกเล่าของผู้รับบริการ หรือจากการสังเกตของพยาบาลที่เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (Objective data) หรือจากการวินิจฉัยของแพทย์

๒.๒ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (Risk nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้ คือมีปัจจัยเสี่ยงปรากฏให้เห็นแต่ปัญหายังไม่เกิด ไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็นชัด และมีโอกาสพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพได้ ถ้าพยาบาลปล่อยให้ปัจจัยเสี่ยงได้พัฒนาจนเป็นปัญหา การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องระบุปัจจัยเสี่ยงที่แสดงว่าปัญหาจะทำท่าจะเกิดจากปัจจัยเสี่ยงนั้น ๆ พยาบาลต้องทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งกับปัจจัยเสี่ยงนั้นเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา การเขียนข้อวินิจฉัยประเภทนี้ จะขึ้นต้นข้อความว่า “เสี่ยง” (Risk)

๒.๓ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น (Possible nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ปัญหาอาจเกิดขึ้นได้ แต่ยังไม่ชัดเจนและไม่สมบูรณ์ในข้อมูลที่มีและสาเหตุของปัญหายังไม่ชัดเจน ปัญหาเป็นเพียงพิจารณาได้ว่าอาจจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลต้องหาข้อมูลที่ สำคัญและเกี่ยวข้องมาสนับสนุนเพิ่มเติมหรือตัดทิ้งออกไปถ้าแน่ใจว่าปัญหาจะไม่เกิด การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้ จะขึ้นต้นข้อความว่า “อาจ” (Possible)

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

๒.๕ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกลุ่มของอาการ (Syndrome Nursing Diagnosis Statement) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อธิบายกลุ่มอาการที่เฉพาะเจาะจงของการวินิจฉัยการพยาบาล ที่เกิดขึ้นร่วมกันของข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้ว กับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกันที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ซึ่งจะบอกให้พยาบาลได้รับรู้ว่ามีสถานการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น

๓. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) มี ๔ ขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้

๓.๑ จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหาการจัดลำดับมีหลักการพิจารณาปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลต่อชีวิตต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันทีเป็นปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis)

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

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

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 การประเมินผลการ

พยาบาลช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการ

รูปแบบทางการพยาบาล (Nursing Model)

ในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต พยาบาลต้องใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทฤษฎีทางการพยาบาลจะประกอบด้วย ๔ มโนทัศน์หลัก คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า มีทฤษฎีการพยาบาลที่สามารถนำมาประยุกต์ได้ คือ ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพบพลาว ทฤษฎีทางการพยาบาลของรอยด์ ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, ๒๕๕๗)

หลักการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด (วิมล ลักษณะภูมิชนชัช, ๒๕๖๓)

การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด พยาบาลจะต้องคำนึงถึงหลักการและแนวคิดที่จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลนั้นบรรลุเป้าหมายของการพยาบาลโดยสมบูรณ์ นอกจากพยาบาลจะต้องประยุกต์หลักการและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยทั่วไปแล้ว พยาบาลจะต้องมีแนวคิดที่เน้นเฉพาะสาขา ซึ่งในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดนั้นคล้ายกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่เน้นการช่วยเหลือด้านจิตอาารมณ์ ซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรม มองเห็นยากและมีความเฉพาะราย หลักการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด มีดังนี้

๑. มีจิตสำนึกของผู้ให้บริการ ตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

๒. ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ในการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดต้องคำนึงถึงตัวผู้รับบริการ ปัญหา ความต้องการ สิ่งแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเป็นพื้นฐานในการพิจารณา รวมทั้งคำนึงความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ โดยเฉพาะสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์เสมอ ตามแนวคิดที่ว่ามนุษย์ทุกคนต้องการเป็นคนดีอยู่แล้ว สามารถพัฒนาตนเองได้ หากมีปัจจัยเกื้อหนุน และได้รับโอกาสที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนา ผู้ให้บริการควรเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดคิดพิจารณา และเลือกตัดสินใจด้วยตนเอง และยอมรับในทางเลือกนั้น โดยผู้ให้บริการเป็นปัจจัยเกื้อหนุนกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา

๓. ให้การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม เนื่องจากผู้ติดยาเสพติดมีสาเหตุที่ซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน การดูแลเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง อาจทำให้การช่วยเหลือไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

๔. คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล มนุษย์ทุกคนมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง บุคคลมีศักยภาพที่จะดำรงชีวิตในสังคมได้ดีหากได้รับโอกาส มีศักดิ์ศรี และคุณค่า ได้รับการยอมรับ ผู้ให้บริการต้องปฏิบัติต่อเขาในฐานะที่เขาเป็นบุคคลที่มีคุณค่าความเป็นบุคคลอย่างสมบูรณ์ ปฏิบัติต่อเขาเช่นบุคคลทั่วไปให้เหมาะสมกับวัย ไม่ใช่ปฏิบัติเขาแบบเด็กทารก เช่น การหลอกหลอ ยกยอปอขึ้น โดยไม่เกิดประโยชน์แต่อย่างใด ควรให้กำลังใจด้วยคำพูดที่เป็นจริง และไม่บ่อยเกินไป พร้อมทั้งไม่คาดหวังไว้สูงว่าพฤติกรรมของเขาจะดีขึ้นเสมอไป

๕. ให้การยอมรับอย่างจริงจัง (Mutual acceptance) ผู้ให้บริการต้องยอมรับว่าผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ที่มีปัญหา ยอมรับสภาพที่เขาเป็นและยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ติดยาเสพติดแสดงออกมา ไม่ว่าจะโดยการกระทำ คำพูด หรือความคิด โดยทำความเข้าใจว่าที่ผู้ติดยาเสพติดแสดงออกมานั้น เนื่องจากเกิดจากความเจ็บป่วยของเขา ไม่ใช่การยอมรับว่าพฤติกรรมนั้นถูกต้อง วิธีการยอมรับอาจทำ

ได้โดยคำพูด (verbal) เช่น “คะ” หรือ “เล่าต่อไปซิคะ” และสีหน้าท่าทางที่ไม่ใช่คำพูด (non-verbal) เช่นการนั่งเป็นเพื่อน การมองสบตาเป็นต้น

๖. เข้าใจพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติด ผู้ที่ต้องดูแลผู้ติดยาเสพติดต้องใช้ความอดทนสูง เพราะต้องเผชิญกับความทุกข์ ปัญหา อารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ติดยาเสพติด แต่ความอดทนนี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อมีความเข้าใจพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติด ช่วยให้รู้จักให้อภัยในการกระทำของผู้ติดยา รู้จักผ่อนคลายความตึงเครียดที่ได้รับมาจากผู้ติดยาด้วยวิธีที่เหมาะสม และประการสำคัญคือ ช่วยปรับเปลี่ยนและแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อันเป็นจุดมุ่งหมายของการบำบัดรักษา

๗. เข้าใจตนเอง (Self-understanding) การเข้าใจตนเอง ใช้เป็นเครื่องมือในการรักษาได้ อย่างหนึ่ง ผู้ให้บริการต้องหมั่นสำรวจตรวจตราตัวเองถึงพฤติกรรม ความคิด และความรู้สึกของตนเองและเข้าใจด้วยว่าพฤติกรรม ความคิด และความรู้สึกของตนเองนั้นมีผลต่อผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ติดยาเสพติด เราจึงต้องทำความเข้าใจตนเองตลอดเวลา รับฟังข้อคิดเห็นของผู้ร่วมงาน แล้วนำมาปรับปรุงข้อเสียเสียใหม่ ซึ่งการทำความเข้าใจตนเองนั้นอาจทำได้โดยใช้หลักการ ๗ ประการสำหรับคนดี (สี่ปฐพีธรรม ๗) ดังนี้

๗.๑ การเป็นผู้รู้จักตนเอง ให้พิจารณาตนเกี่ยวกับตนชาติกำเนิด วุฒิ ตำแหน่ง หน้าที่ ความรับผิดชอบ อันแท้จริงว่ามีอยู่ประการใด ควรประพฤติปฏิบัติเช่นไร จึงจะถูกต้องตามฐานะและตำแหน่งหน้าที่อันแท้จริง เมื่อเห็นว่าสิ่งใดที่เป็นลักษณะไม่ดีก็ปรับปรุง และพัฒนาลักษณะที่ดีให้เป็นบุคลิกภาพต่อไป

๗.๒ การเป็นผู้รู้จักเหตุ ให้พิจารณาตนเองว่าการพูด การคิด และการกระทำใด ๆ จะเป็นสาเหตุให้เกิดผลดีหรือไม่อย่างไร ก่อนจะพูดจะคิดหรือกระทำสิ่งใด จะต้องคำนึงถึงผลที่จะตามมาด้วย

๗.๓ การเป็นผู้รู้จักผล ให้รู้สึกตัวอยู่เสมอว่า ความสุข ความทุกข์ ความพอใจ ความไม่พอใจ ความดีใจ ความเสียใจ ที่ได้รับอยู่นั้นเป็นผลเกิดจากเหตุอะไร โดยเฉพาะเหตุจากการกระทำหรือคำพูดของตนเอง เพื่อจะได้หาทางแก้ไขเหตุของความทุกข์นั้นได้ถูกต้อง

๗.๔ การเป็นผู้รู้จักชุมชน ให้พิจารณาสังเกตสิ่งแวดล้อมทางสังคมเพื่อช่วยให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมทางสังคมได้

๗.๕ การเป็นผู้รู้จักกาล การพูดหรือกระทำสิ่งใดก็ตาม ถ้าหากไม่เหมาะสมกับเวลาและโอกาสก็อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อสัมพันธภาพอันดีได้

๗.๖ การเป็นผู้รู้จักประมาณ หลักธรรมข้อนี้เตือนใจให้ผู้ปฏิบัติพยายามแสวงหาความพอดี มีสติ คอยระวังการพูด และการกระทำให้อยู่ในสายกลาง ไม่เข้มงวดหรือปล่อยปละละเลยจนเกินไป

๗.๗ การเป็นผู้รู้จักบุคคล รู้ว่าบุคคลใดควรปฏิบัติด้วยท่าทีเช่นไร อาจใช้ความอ่อนหวาน นุ่มนวล หรือแข็งกร้าว หรือมั่นคง อดทน อดกลั้น ต้องพิจารณาว่าแต่ละคนย่อมแตกต่างกัน

๘. เน้นความเข้มแข็งและประโยชน์ของผู้ติดยาเสพติดเป็นหลักไม่ใช่เน้นความอ่อนแอและความผิดปกติของผู้ติดยา ผู้ให้บริการต้องทำให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดการรู้ตนเองในส่วนที่เข้มแข็ง จะได้กระตุ้นให้มีการเจริญเติบโตทางอารมณ์ด้วย จะต้องพยายามค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าที่ยังคงมีอยู่ และนำส่วนที่เข้มแข็งมาใช้กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาตนเองในการเผชิญปัญหาต่างๆในชีวิต

การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน คือ ชีวิตจิตสังคม ความรู้ (cognitive) และจิตวิญญาณ และต้องปฏิบัติตามการวินิจฉัยทางการพยาบาล และเป้าหมายที่กำหนดไว้ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดมี ดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, ๒๕๕๖)

๑. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปราศจากสิ่งซึ่งผู้ป่วยจะเกิดความอยากได้ยา หรือสิ่งเสพติดต่างๆ จัดหาเครื่องมือให้พร้อมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วน ในระยะถอนพิษยา (Detoxification) บรรยากาศของหอผู้ป่วยต้องรื่นรมย์ สงบ ไม่มีสิ่งกระตุ้นจนเกินไป

๒. การเข้าถึงผู้ป่วย (Approach) ผู้ป่วยที่อาศัยสิ่งเสพติดต่างๆ มักจะเป็นคนตามใจตนเอง หนองอะไรไม่ค่อยได้ และคิดว่าคนอื่นไม่ชอบตน จึงจะแสดงกิริยาอาการต่อต้านบุคคลที่ไม่ชอบตน พยาบาลจะต้องเข้าใจถึงกลไกการเกิดพฤติกรรมเช่นนี้ ความจริงแล้วผู้ป่วยต้องการได้รับการช่วยเหลือ ให้เขามีความภาคภูมิใจในตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง เคารพตนเอง ซึ่งจะทำให้อารมณ์ของเขาเป็นสุข และทำให้สังคมมีคุณค่าขึ้น

๓. ด้านความต้องการทางร่างกาย ขึ้นอยู่กับระดับของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเช่นผู้ที่ได้ยา Barbiturate และมีอาการหมดสติ ต้องดูแลเรื่องการหายใจ การดูแลเสมหะออก ระวังอาการชัก ผู้ป่วยเพื่อหรือผู้ป่วยถอน Morphine, Heroin ต้องดูแลสุขภาพทางร่างกาย ดูแลอาการที่เกิดจากการถอนยา การเจ็บป่วยมาก ทรมานมาก รีบรายงานแพทย์ เพื่อสั่งการรักษา ให้ยาทดแทนการถอนยา ให้น้ำมากๆ ให้อาหารให้เพียงพอ ครั้งแรกที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง ต่อไปให้ตามเวลา

๔. ให้การปกป้องคุ้มครองผู้ป่วยโดยป้องกันอุบัติเหตุป้องกันการทำร้ายตนเอง เก็บของใช้ประจำตัวผู้ป่วยที่อาจจะเป็นอันตราย ห้ามญาติเยี่ยมหรือให้เยี่ยมห่างๆ ประคับประคองทางอารมณ์ เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างไม่รู้สึกรู้สีกตัวต้องกันเตียง ป้องกันการตกเตียง

๕. สัมพันธภาพในกลุ่มจัดให้ผู้ป่วยได้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกันได้พูดคุยกัน จะได้เป็นการระบายทุกข์

๖. ระยะเวลาพักผ่อน จัดให้ผู้ป่วยมีงานประจำให้ผู้ป่วยได้ทำงานได้เล่นได้ฝึกนิสัยให้ผู้ป่วยหัดเป็นตัวของตัวเอง

การให้การพยาบาลผู้ป่วยติดยาเสพติด ควรให้ครอบคลุมในเรื่องดังต่อไปนี้

๑. ด้านพฤติกรรม

๑.๑ การดูแลเรื่องการขาดยา (Withdrawal) และอาการเกิดพิษ (Intoxication) ในระยะแรกผู้ป่วยจะเกิดอาการขาดยา หรืออาการเกิดพิษ ในรายที่ได้รับยาเสพติดมาก พยาบาลจะต้องสามารถประเมินอาการให้โดยเร็วที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่จะรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ เช่น ผู้ป่วยที่ติดสุรา ต้องตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือด เพื่อประเมินระดับอาการเกิดพิษ วัดสัญญาณชีพ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่หรือบรรยากาศที่สงบ ไม่มีสิ่งรบกวน และให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอโดยเฉพาะในเวลา กลางคืน จัดให้อยู่ในบริเวณที่จะให้การดูแลหรือช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ควรให้มีคนดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ถ้าไม่มีคนดูแลอาจจะต้องผูกมัดผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเพราะผู้ป่วย อาจเกิดอาการชักได้ ในผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดอื่นๆ เช่น แอมเฟตามีน ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการทางจิตได้ เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน ปฏิบัติการพยาบาลอันดับแรก คือ ลดการใช้พลังงานของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ลดสิ่งกระตุ้น ทั้งในเรื่องของสิ่งแวดล้อมและตัวบุคคล ถ้าไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ อาจจะต้องทำการผูกมัด

๑.๒ การบำบัดรักษา

๑.๒.๑ สอนทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving skill) ผู้ป่วยติดยาเสพติด มักจะหลีกเลี่ยงปัญหา โดยการเสพยาเสพติด ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ คือ การช่วยให้ผู้ป่วย เอาชนะการปฏิเสธการเสพยาเสพติดให้ได้ ซึ่งให้ผู้ป่วยเห็นว่า ยาเสพติดเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิด ปัญหาต่างๆในชีวิตเขา แนะนำให้ผู้ป่วยคบหากับบุคคลที่จะชักจูงให้ผู้ป่วยหยุดการเสพยาเสพติด และ จะต้องมีความยึดมั่นผูกพันที่จะเลิกให้ได้ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งและเชื่อมั่นว่าตัวเอง มีความสามารถที่จะเลิกเสพยาเสพติดได้ และลดความรู้สึกว่าขาดการช่วยเหลือ และสิ้นหวัง ซึ่ง ทั้ทั้งนี้พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้โดยผ่านกระบวนการรับฟังและให้การสนับสนุน

๑.๒.๒ การทำงาน ให้คำแนะนำในเรื่องการทำงาน ให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะยังคง ทำงานเดิมต่อไปหรือจะหางานใหม่ อย่างไร ซึ่งการมีงานทำ มีอาชีพ เป็นเป้าหมายหนึ่งของการฟื้นฟู สมรรถภาพ พยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยในการวางแผนทั้งเรื่องการศึกษาและการทำงาน ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว บางครั้งอาจจะต้องจำลองสถานการณ์สมมติให้กับผู้ป่วยในเรื่องการได้รับความกดดัน ในการทำงาน

๑.๒.๓ ด้านสุขภาพร่างกาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น โดยการจัด โปรแกรมการออกกำลังกายอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า การออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง จะทำให้ร่างกาย หลังสารเอ็นโดฟิน ซึ่งเป็นสารธรรมชาติ ทำให้มีความเคลิ้มสุขแทนที่จะได้รับความเคลิ้มสุขจากยาเสพติด

๑.๒.๔ จัดให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) จะช่วยให้เกิดความรู้สึกว่ามีประโยชน์และมีคุณค่าในระยะเริ่มต้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพ จะต้องจัดและควบคุมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดยให้เป็นกลุ่มที่สนใจและเหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่มีทักษะการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพการจัดให้ทั้ง ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดด้วยกันจะช่วยให้พวกเขาได้เรียนรู้มีการเคารพ นับถือ และดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันลดความต้องการความสมบูรณ์แบบ (perfectionism) และช่วยให้ครอบครัวพัฒนาความรับผิดชอบให้กำลังใจในการแสดงพฤติกรรมใหม่ๆ เพื่อเป็นการเสริมแรงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

๑.๒.๕ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเป็นข้อจำกัดของผู้ติดยา เสพติด การสอนให้ผู้ป่วยรู้จักการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาระบบสนับสนุน ทางสังคมได้อย่างเหมาะสมและให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ให้ผู้ป่วยมี กิจกรรมทางสังคมที่ปลอดภัยเสพติดซึ่งกลุ่มบำบัดเป็นการรักษาที่ดีที่สุด ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะ ยอมรับผู้อื่น และรู้จักการช่วยเหลือผู้อื่น กลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเป็นแหล่ง ของมิตรภาพ ให้เขารู้สึกว่าเขาไม่ได้อยู่ลำพังเพียงคนเดียว

๑.๓ ฝึกการควบคุมอารมณ์ (Impulse Control Training) การฝึกควบคุมอารมณ์ เป็นสิ่ง สำคัญส่วนหนึ่งของการป้องกันการติดซ้ำ ขั้นแรก คือ ให้ผู้ป่วยเปิดเผยความรู้สึก โดยการอธิบาย พูดคุย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักว่า การที่เขาเสพยาเสพติดเป็นเพียงเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดใน อารมณ์เท่านั้น ขั้นต่อไปให้ผู้ป่วยพิจารณาสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงที่จะกลับไปเสพยาเสพติดสูง เช่น กลุ่มเพื่อนที่เสพยาเสพติด สถานที่ เช่น บาร์ หรือการมีกิจกรรมต่างๆเช่น ปาร์ตี้ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้ ก่อให้เกิดการเสพยาเสพติดได้ให้ผู้ป่วยหาเทคนิคหรือวิธีการอาจจะเป็นจากอดีต ที่นำมาใช้แล้ว ประสบความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด ขั้นต่อไป คือ ให้ผู้ป่วยคาดการณ์และวางแผน ถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหานั้น และหาวิธีการหรือกลยุทธ์ในการหลีกเลี่ยงหรือการเผชิญปัญหา

เมื่อต้องเผชิญกับแต่ละสถานการณ์อย่างเหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยติดยาเสพติดส่วนใหญ่จะใช้เวลาในแต่ละวันด้วยการคิดถึงการเสพยา เพราะฉะนั้นต้องช่วยพัฒนาทักษะการวางแผนในการเปลี่ยนกิจกรรมในแต่ละวันโดยการไม่ใช้ยาเสพติด

๒. การช่วยเหลือในการเผชิญปัญหา (Coping Assistance)

๒.๑ การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ (Spiritual support) การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดต้องเข้าถึงจิตวิญญาณที่เข้มแข็ง ซึ่งอาจจะใช้ ๑๒ ขั้นตอนของกลุ่ม Alcoholics Anonymous (AA) ที่เน้นด้านจิตวิญญาณ และส่งต่อให้กับที่ปรึกษาด้านจิตวิญญาณให้ผู้ป่วยรู้จักการไตร่ตรอง (Meditation) การสวดมนต์ (prayer) และประเพณีหรือพิธีกรรมทางศาสนา (others religious tradition and ritual)

๒.๒ การสร้างความหวัง (Hope Instillation) การสร้างความหวัง โดยการแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีศักดิ์ศรี ให้ทบทวนถึงการเสพยาเสพติดและประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาและยังคงให้ดำเนินต่อไปแต่เปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ผ่านมา ส่งเสริมประสบการณ์ทางบวก และตั้งความหวังว่า ชีวิตจะดีกว่านี้ถ้าปราศจากยาเสพติด และสร้างเสริมทัศนคติในการสร้างความหวัง ความมีคุณค่า ความไว้วางใจ มีการคาดการณ์ในทางที่ดี ให้มองถึงอนาคตข้างหน้า และมีความเชื่อมั่น

๓. ด้านร่างกาย (Physiological): การปฏิบัติกรเรื่องอาหาร

การปฏิบัติกรเรื่องอาหาร ช่วยให้ประสบความสำเร็จในการบำบัดรักษาเบื้องต้น ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพแนะนำว่า ควรเติมกรดอะมิโน (Amino acid) ในอาหารเพื่อช่วยในการสร้างสาร neurotransmitters กรดแอสคอร์บิก (ascorbic acid) และกรดโฟลิก (folic acid) นั้นมีความจำเป็นต่อการเผาผลาญ Tyrosine มีการค้นพบว่า Troponin ซึ่งเป็น neurotransmitters ตัวหนึ่งจะช่วยยับยั้งการทำลายของ neuropeptide ซึ่งมีผลต่อการลดอาการอยากยา (Craving) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงควรให้อาหารที่มีวิตามินและเกลือแร่สูงในผู้ป่วยยาเสพติด

บทบาทของพยาบาลยาเสพติด

๑. ระยะเตรียมการก่อนบำบัดรักษา ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัว ศึกษาและรวบรวมข้อมูลบุคคล ประวัติสุขภาพ ข้อมูลที่เกี่ยวกับการเสพยาเสพติด ปัจจัยที่ทำให้ยังคงเสพยาอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการคัดกรอง/การประเมินภาวะที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด ประวัติการเบียดเบียนตนเองหรือการรักษา การประเมินอาการทางกาย ทางจิต ระดับความรุนแรงของปัญหา ประเมินขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับการติดยาเสพติด

๒. ระยะบำบัดยา การให้ยาตามแผนการรักษาทั้งการถอนพิษยาและภาวะแทรกซ้อน สังเกตและป้องกันพฤติกรรมรุนแรง กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลประคับประคองด้านจิตใจ การเสริมแรงทางบวก

๓. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดของตนเอง วิเคราะห์สาเหตุ การเผชิญปัญหา ให้กำลังใจ สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมในการบำบัด เผื่อระวังให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น

๔. ติดตามผล ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ให้การสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ติดตามการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่าย ให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัว นัดพบแพทย์ ติดตามสุ่มตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม กระหม่อมระแวง

ในการให้การพยาบาล พยาบาลต้องตระหนักไว้เสมอว่า การพยาบาลผู้ที่โทษคนอื่น เห็นผู้อื่นเป็นศัตรูและก้าวร้าวนี้ ถ้าไม่สามารถประเมินสภาพตั้งแต่ต้น เพื่อช่วยเหลือแล้ว อาจเกิดพฤติกรรมรุนแรงและเป็นอันตรายได้ ซึ่งมีจุดประสงค์ของการพยาบาลดังนี้

๑. ป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม
๒. สนองความต้องการทางด้านร่างกายอย่างเหมาะสม
๓. ส่งเสริมความรู้สึกไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น
๔. ช่วยให้ผู้สามารถปรับตัวเข้ากับกฎเกณฑ์ของสังคมและตระหนักในบทบาทของแต่ละคน
๕. พัฒนาความมีคุณค่าของตนเองและการรู้สติ ทั้งนี้เพื่อลดการพึ่งพาและความอดทนต่อภาวะคับข้องใจ

๖. ช่วยให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ออกอย่างเหมาะสม และควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้
๗. วางแผนให้สังคม ครอบครัว ได้เข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนที่จะเกิดปัญหา

กิจกรรมการพยาบาล

๑. การสัมภาษณ์และประเมินสภาวะนั้น จะต้องทำอย่างเปิดเผย ให้ผู้ป่วยรับรู้เพื่อป้องกันความวิตกกังวลจากการระแวง และการแปลความผิด ๆ

๒. การรับประทานอาหาร ถ้าระแวงว่าจะมียาพิษก็อาจช่วยการซึมให้ผู้ป่วยดูหรือให้ผู้ป่วยปรุงอาหารเองถ้าทำได้ ลักษณะอาหารก็ควรมีฝาปิด ถ้าเป็นผลไม้ไม่มีเปลือกไม่ควรปอกให้

๓. กิจกรรมของดีและการบำบัดรักษา ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนเสมอ กลางคืนถ้านอนไม่หลับอาจเปิดไฟเพื่อลดความหวาดกลัว และช่วยลดการแปลภาพผิด

๔. การติดต่อสนทนากับผู้ป่วยควรรักษาระยะห่างพอประมาณ เพื่อลดความอึดอัดของผู้ป่วยจากการไม่ไว้วางใจคนอื่น การสนทนากับผู้อื่นในระยะที่ผู้ป่วยได้ยินการพูดให้ผู้ป่วยได้รับรู้ด้วย เพื่อลดความคิดหลงผิดว่าผู้อื่นนินทา

๕. พฤติกรรมควบคุมผู้อื่น พยาบาลอาจรู้สึกรำคาญ แต่จำใจทำเพื่อรักษาสัมพันธภาพ บางคนก็อาจจะปฏิเสธ วิธีปฏิบัติก็คือ ควรพูดทำความเข้าใจโดยตรงไปตรงมากับผู้ป่วยแทนการปฏิบัติตามทุก กรณิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงจุดมุ่งหมายและบทบาทของแต่ละคน

๖. พฤติกรรมหุนหันควบคุมตนเองไม่ได้ จะช่วยโดยการลดสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยตกใจด้วยการที่พยาบาลแสดงท่าทีอย่างมั่นคง พร้อมทั้งจะช่วยเหลือ บอกให้เขาเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขา และใช้การชักชวนแทนการออกคำสั่งเมื่อต้องการความร่วมมือการพูดคุยถึงประสบการณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วย จะช่วยให้เขารู้จักตัวเองและเลือกวิธีการแสดงออกในทางที่สังคมยอมรับมากขึ้น แต่เมื่อจำเป็นก็ควรจำกัดพฤติกรรมและควรให้ผู้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงการจำกัดพฤติกรรม เพราะพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่เหมาะสมแบบใด

๗. ลดพฤติกรรมระแวงสงสัยด้วยการให้ข้อมูลความจริงที่ชัดเจนแทนการให้การปลอมโยนแบบนุ่นนวล หรือการพูดที่ปิดให้พ้นไป การแสดงออกอย่างตรงไปตรงมา ชื่อตรงและให้เขาร่วมรับรู้ด้วย อย่างซื่อซิบหรือพูดเรื่องผู้อื่นให้ผู้ผู้ป่วยได้ยิน การสัมผัสตัวผู้ป่วยต้องระวังเพราะผู้ป่วยอาจเข้าใจผิดได้ว่า พยาบาลจะทำร้ายพยาบาลจึงควรบอกวัตถุประสงค์ให้ผู้ผู้ป่วยรับทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล เช่น การฉีดยา

๘. ความวิตกกังวลสูงจากความรู้สึกไม่เป็นมิตรกับผู้อื่นจำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรมโดยบอกให้เขาทราบว่าเราห้ามเขาไม่ใช่การทำโทษ เมื่อความวิตกกังวลลดลงก็บอกให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า เรายอมรับเขา แต่ไม่ยอมรับพฤติกรรมของเขา

๙. เตรียมผู้ป่วยกลับชุมชน ด้วยการฝึกให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ในลักษณะที่สังคมยอมรับ เตรียมพัฒนาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย การส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี ด้วยการแสดงท่าทีพอใจยอมรับต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ช่วยให้ครอบครัวรู้จักวิธีการที่จะดูแลช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวลเพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นได้

จากสิ่งที่กล่าวมาข้างต้น หากผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาในระยะเริ่มแรกการวางแผนเพื่อให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล กับผู้ป่วยจะเป็นพื้นฐานให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจสามารถเล่าระบายความคับข้องใจที่มีอยู่ในขณะนั้นออกมาเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองมีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและสังคมได้ ผู้เขียนในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาล ช่วยเหลือ แนะนำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมหวาดระแวง และครอบครัวมีความรู้และเข้าใจถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือ และครอบครัวดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี และต่อเนื่อง

กระบวนการสร้างสัมพันธภาพ

ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหวาดระแวง จะขาดความไว้วางใจผู้อื่นอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีความคิดหวาดระแวงจะคอย คอยมองผู้อื่นว่าไม่เป็นมิตรกับตน หรือจะมาคุกคาม มาทำร้าย ความที่ไวต่อการรับรู้ และแปลเจตนาผิดจึงทำให้ผู้ป่วยป้องกันตนเองไว้มาก่อน โดยอาจจะโต้เถียง รุกราน ทำร้ายผู้อื่นก่อน นอกจากนี้ความไม่ไว้วางใจผู้อื่นอย่างมาก อาจทำให้ผู้ป่วยแยกตัว ระวังตัว ระวัง ดังนั้นในการให้การพยาบาล ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นพื้นฐานเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ผู้ศึกษาตระหนักว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะเป็นพื้นฐานให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ สามารถเล่าความคับข้องใจที่มีอยู่ในขณะนั้นออกมา จะช่วยให้ ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับกฎเกณฑ์ของสังคมได้ แล้วร่วมมือในการให้การรักษาพยาบาลเป็นอย่างดีและต่อเนื่อง กระบวนการสร้างสัมพันธภาพในกรณีศึกษาครั้งนี้ ตั้งอยู่บนพื้นฐานทฤษฎีสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว (Peplau's interpersonal theory)

มโนทัศน์หลักของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว (Peplau's interpersonal relations theory) เพปพลาว (Peplau, ๑๙๙๑) ได้กล่าวถึงมโนทัศน์หลักทางการพยาบาล (nursing metaparadigm) ไว้ ๔ ด้าน ดังนี้ ๑) คน คือ บุคคล (person) ซึ่งแสดงออกซึ่งพฤติกรรมทั้งด้วยคำพูดและท่าทางที่บอกถึงความต้องการเฉพาะตัวและยังต้องการความช่วยเหลือให้แก่ปัญหา ๒) สิ่งแวดล้อม (environment) จะกำหนดด้วยสถานการณ์ที่มีพยาบาลและผู้รับบริการและระบบการพยาบาลไม่ได้เจาะจงสิ่งแวดล้อมในด้านผู้ป่วย ๓) สุขภาพ (health) เป็นความรู้สึกสบาย เพียงพอ และมีสุขอิสระจากความไม่สุขสบายกายและใจ และ ๔) การพยาบาล (nursing) เป็นสถานการณ์เกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา หรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา เป็นการใช้กระบวนการลดความไม่สุขสบายหรือภาวะหมดทางช่วยเหลือโดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ

และให้การช่วยเหลือ ลดความไม่สุขสบาย ปรับปรุงพฤติกรรมและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง แลกเปลี่ยนข้อมูลและการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความสอดคล้อง ระหว่างพฤติกรรมของผู้รับบริการ ปฏิกริยาของพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงองค์รวมของผู้รับบริการ (นริสา วงศ์พนารักษ์, ๒๕๕๗)

เพปพลา (Peplau, ๑๙๕๑) สัมพันธภาพระหว่าง พยาบาลกับผู้รับบริการ โดยการเปลี่ยนบทบาทของพยาบาลจากการกระทำต่อผู้รับบริการ เป็นผู้กระทำ ร่วมกับผู้รับบริการ กล่าวคือ พยาบาลและผู้รับบริการต่างเคารพซึ่งกันและกันในความเป็นปัจเจกบุคคลและทั้งสองฝ่ายต่างเกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นอันเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน สัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม ได้อย่างเหมาะสม เพราะในกระบวนการนี้ พยาบาลจะต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดการหยั่งรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง จนกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหาได้ และการที่ ผู้รับบริการจะกลับไปมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลต่างๆ ในสังคมได้นั้นจะต้องมี การเรียนรู้วิธีที่จะสร้างสัมพันธภาพได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเริ่มต้นจากการมีสัมพันธภาพกับพยาบาล นั่นคือสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ (therapeutic nurseclient relationship) (นริสา วงศ์พนารักษ์, ๒๕๕๗)

ลักษณะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามแนวคิดของเพปพลา มีลักษณะสำคัญดังนี้ (นริสา วงศ์พนารักษ์, ๒๕๕๗; อัจรา จิตวิวัฒนกุล, ๒๕๕๘)

๑. การเข้ากันได้ (rapport) พยาบาลจะต้องเข้ากันได้กับผู้รับบริการอย่างกลมกลืน ซึ่งความรู้สึกเข้ากันได้จะต้องมีตั้งแต่แรกเริ่มของสัมพันธภาพ รวมทั้งให้เวลากับผู้รับบริการสร้างความรู้สึกรู้ใจให้ผู้รับบริการผ่อนคลาย และปฏิบัติกับผู้รับบริการในฐานะมนุษย์เท่าเทียมกัน

๒. การสร้างความไว้วางใจ (trust) ซึ่งเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นอย่างจริงใจที่บุคคลหนึ่งมีต่ออีกบุคคลหนึ่ง โดยไม่เคลือบแคลงว่าจะเกิดอะไรขึ้นเพราะมีความเชื่อมั่นอยู่ภายในความไว้วางใจ ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเสมอต้นเสมอปลายพยาบาลจะต้องมีความสม่ำเสมอและจริงใจ เพราะจะช่วยให้ผู้รับบริการค่อยๆ สร้างความเชื่อถือในตัวพยาบาล (นริสา วงศ์พนารักษ์, ๒๕๕๗)

๓. การมองในแง่ดีและการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข (unconditional positive regard and acceptance) พยาบาลต้องมีความเต็มใจที่จะเข้าใจผู้รับบริการและพยายามมองในแง่ดีไม่ตัดสิน โดยมีความเชื่อในคุณค่า ศักดิ์ศรี และความสำคัญของความเป็นบุคคล

๔. การเข้าถึงความรู้สึกหรือเข้าใจตามการรับรู้ของผู้รับบริการ (empathy) คือการที่พยาบาลเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการเหมือนกับที่ผู้รับบริการรู้สึก หรือเหมือนกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง แต่ต้องแยกตนเองไว้ต่างหาก ความรู้สึกเหล่านั้นไม่ได้มีผลต่อพยาบาล ความเข้าใจตนเอง อย่างดีจะช่วยให้เกิดความตระหนักในความเป็นผู้อื่นได้อย่างแท้จริง

๕. มีการติดต่อสื่อสารที่มีจุดประสงค์ (purposeful communication) เน้นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง พัฒนา ส่งเสริม และป้องกันปัญหา

๖. มีการถ่ายโอนความรู้สึก (transference) อาจเป็นทั้งความรู้สึกทั้งด้านบวก และด้านลบ ที่ถ่ายโอนมายังพยาบาลจากความใกล้ชิดและรู้สึกว่ายพยาบาลเป็นเหมือนคนสำคัญของตนเองในด้านต่างๆ และอาจทำให้ผู้รับบริการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา

๗. การกำหนดหรือตั้งเป้าหมายชัดเจน (goal formulation) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จะต้องมีการตั้งเป้าหมาย และปฏิบัติให้บรรลุตามที่ตั้งไว้

๘. การมีอารมณ์ขัน (humor) เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดในบางสถานการณ์ที่ทึง พยาบาล และผู้รับบริการกำลังเผชิญอยู่

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามแนวคิดของเพบพลาฟ พยาบาล และผู้รับบริการ จะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันตั้งแต่เริ่มแรกของสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการพยาบาล และพยาบาลควรให้ความสม่ำเสมอในการให้การพยาบาลผู้รับบริการ มองผู้รับบริการในแง่ดี ไม่ตัดสิน เคารพในตัวผู้รับบริการ เข้าใจในตัวผู้รับบริการ และในสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พยาบาลและผู้รับบริการต้องมีการตั้งเป้าหมายในการบำบัด

คุณสมบัติของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

คุณสมบัติของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดคือการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดผู้ป่วย เมื่อพยาบาลต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษา พยาบาลจึงควรพัฒนาตนเองให้มีคุณสมบัติ คือ ๑) พยาบาลควรมีความอบอุ่นและจริงใจให้ผู้รับบริการ (warmth and genuineness) พยาบาลควรมีความตั้งใจในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างตั้งใจจริง ทั้งคำพูด และการกระทำ ไม่เสแสร้ง ๒) การเข้าใจความรู้สึกผู้รับบริการ (empathy) พยาบาลต้องให้ความเข้าใจ ความรู้สึกของ ผู้รับบริการ ๓) การให้การยอมรับในตัวผู้รับบริการ (acceptance) พยาบาลต้องยอมรับในพฤติกรรมที่ ผู้ป่วยแสดงออกไม่ว่าจะเป็นการกระทำ คำพูด หรือความคิดโดยไม่ได้แย้ง หรือ แสดงความไม่เห็นด้วย ๔) การให้ความสม่ำเสมอในการดูแลผู้รับบริการ (consistency) พยาบาลต้องมีความสม่ำเสมอกับผู้ป่วย ทั้งคำพูด และการกระทำ ๕) การใช้คำพูด การให้ความมั่นใจ หรือให้กำลังใจผู้รับบริการ (verbal communication) พยาบาลควรให้กำลังใจผู้ป่วยในลักษณะที่เหมาะสม ที่เหมาะสม และ ๖) พยาบาลควรมีการ ตระหนักในตนเอง (self-awareness) (อัจรา ฐิตวัฒน์กุล, ๒๕๕๘)

ระยะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ระยะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดแบ่งออกเป็น ๔ ระยะ (นริสา วงศ์พนารักษ์, ๒๕๕๗; อัจรา ฐิตวัฒน์กุล, ๒๕๕๘; Peplau, ๑๙๙๑) ดังนี้

๑. ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพหรืออุปฐมนิเทศ (introduction of orientation phase) เป็นระยะที่พยาบาลและผู้รับบริการทำความรู้จักกันครั้งแรก ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการได้แก่ ค่านิยม วัฒนธรรม เชื้อชาติ ความคิดเดิม ความเชื่อ ประสบการณ์ ในอดีต ความคาดหวัง ในระยะนี้ทั้งผู้รับบริการและพยาบาลต่างเป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกันหากการสร้างสัมพันธภาพในขั้นต้นดำเนินไปด้วยดีก็จะทำให้ทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะดำเนินในขั้นตอนต่อไปได้ พยาบาลและผู้รับบริการเข้าใจกันและกัน ผู้รับบริการต้องการความช่วยเหลือ ต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถซักถามข้อสงสัย

๒. ระยะระบุปัญหา (identification phase) เป็นขั้นตอนของการมองปัญหา ผู้รับบริการจะเลือกตอบสนองต่อบุคคลที่ทำให้มองเห็นปัญหา ผู้รับบริการบางรายอาจจะให้ความร่วมมือมากขึ้น และพึ่งพาตนเองบ้างบางเรื่อง บางรายอาจพึ่งพิงพยาบาลมากคือ ไม่ช่วยเหลือตนเองเลย และบางรายอาจมีอิสระและไม่พึ่งพิงพยาบาลคือช่วยเหลือตนเองเต็มที่ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการแลกเปลี่ยนการรับรู้ และความคาดหวังระหว่างกัน เมื่อมีสัมพันธภาพระหว่างกันเกิดขึ้น ในระยะนี้พยาบาลมีแนวทาง

ปฏิบัติ คือ ค้นหาสาเหตุของปัญหาของผู้รับบริการ พยายามใช้เทคนิคการสนทนาที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้รับบริการ ได้ระบายปัญหาความวิตกกังวลออกมาให้มากที่สุด เพื่อช่วยให้สามารถระบุปัญหา (นริสา วงศ์พนารักษ์, ๒๕๕๗)

๓. ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (exploitation phase) เป็นขั้นตอนการแก้ปัญหาหลังจากที่สามารถระบุปัญหาได้แล้ว ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต่างรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของบรรยากาศการช่วยเหลือ ผู้รับบริการเห็นคุณค่าของสัมพันธภาพและเห็นประโยชน์

๔. ระยะสรุปผล (resolution phase) เป็นระยะที่เมื่อความต้องการของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองจากความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ผู้รับบริการเข้าใจตนเองและสามารถแก้ไขปัญหาได้แล้ว ความต้องการในการช่วยเหลือก็ลดน้อยลง สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการสิ้นสุด ระยะนี้มีการประเมินผลและอาจมีการสร้างเป้าหมายใหม่เพื่อการรักษาและการดำรง ภาวะสุขภาพต่อไป

เพปเปลว ได้เสนอโมเดลหลักของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Peplau, ๑๙๙๑) ไว้ดังนี้

บุคคล (Person) เป็นระบบตัวตนซึ่งประกอบด้วยลักษณะและความต้องการทางชีวเคมี สรีระ และสัมพันธภาพ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะสามารถผสมผสานความต้องการและประสบการณ์อย่างมีแบบแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ แต่หากกระบวนการผสมผสานนี้ไม่ประสบความสำเร็จก็อาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ คับข้องใจ เครียด และวิตกกังวล บุคคลจึงพยายามหาหนทางให้ตนเองสมหวังซึ่งจำเป็นต้องมีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ

สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการเป็นหน้าที่หลักที่พยาบาลต้องรับผิดชอบและดำเนินการเพื่อให้ผู้ใช้บริการบรรลุเป้าหมายของการมีภาวะสุขภาพที่ดี

สุขภาพ (Health) เป็นการเปลี่ยนแปลงของบุคคลไปในทางที่ดีและมีประสิทธิภาพ ซึ่งภาวะสุขภาพจะเกิดขึ้นได้เมื่อความเครียดในบุคคลลดลงและถ่ายทอดออกมาเป็นพลังในทางสร้างสรรค์ พลังนี้จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีจะเป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกพึงพอใจ

บทบาทของพยาบาลในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในแต่ละระยะดังนี้ (นริสา วงศ์พนารักษ์, ๒๕๕๗; อัจรา จิตวิวัฒนกุล, ๒๕๕๘)

๑. คนแปลกหน้า (stranger) ในการพบกันครั้งแรก ช่วยทำให้ผู้รับบริการยอมรับและไว้วางใจพยาบาล เช่นเดียวกับคนแปลกหน้าที่สามารถพบได้ในสถานการณ์ทั่วไป

๒. ผู้ให้การสนับสนุน (resource person) ช่วยตอบคำถาม ให้ความรู้ในข้อมูลที่ เฉพาะเจาะจง ข้อมูลที่จำเป็น เพื่อความเข้าใจปัญหา และสถานการณ์ใหม่ๆ ที่ต้องเผชิญ

๓. ครู (teacher) ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความรู้การเรียนรู้ตามความต้องการหรือในสิ่งที่ผู้รับบริการสนใจทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

๔. ผู้นำ (leader) ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความคิดริเริ่ม และมีทิศทางที่ชัดเจนในการรับผิดชอบต่อเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน

๕. ผู้ทดแทน (surrogate) ช่วยเป็นตัวแทนที่ทำหน้าที่ที่ทดแทน โดยแสดงบทบาทนี้ในภาวะที่ผู้รับบริการอาจไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้

๖. ผู้ให้คำปรึกษา (counselor) ช่วยให้เกิดความเข้าใจและบูรณาการเป้าหมายของชีวิต และบริบทแวดล้อมส่งเสริมประสบการณ์และให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลง

การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Counseling/Interviewing)

สร้างขึ้นโดยวิลเลียม และ มิลเลอร์ (William & Miller, ๒๐๐๒) เป็นรูปแบบหนึ่งของการช่วยเหลือด้านจิตใจโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะให้คำชี้แนะ (Directive) และให้ความสำคัญกับผู้รับบริการในการมีส่วนร่วม และรับผิดชอบต่อการรักษาทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและแก้ไขความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตลอดจนมีแรงจูงใจให้ความร่วมมือในการรักษาการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะเวลาผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุรา และยาเสพติด เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่เน้นผู้รับบริการบำบัดเป็นศูนย์กลาง มุ่งตรงปัญหาของผู้รับบริการบำบัด เพื่อสร้างความตระหนักในปัญหาการติ่มสุราและยาเสพติดให้แก่ผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคให้ผู้รับบริการบำบัดค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพูดถึงประโยชน์และผลเสียจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยคำนึงถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งผู้บำบัดต้องให้การบำบัดตามขั้นตอนของแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากระยะเมินเฉย ลังเล และตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลง (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, ๒๕๕๓) โดยมีพื้นฐานความเชื่อที่ว่า การรักษาที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เป็นธรรมชาติ แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นภายใต้บรรยากาศความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รักษาและผู้รับบริการ และท่าทีและจิตวิญญาณของผู้รักษาโดยเฉพาะความเห็นอกเห็นใจจะเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การรักษาประสบความสำเร็จ หลักการและเทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจคือ DARES (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, ๒๕๕๓) ได้แก่ D: Develop discrepancy การทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากเป็น โดยการเล่าถึงผลลัพธ์ที่เกิดตามหลังการติ่ม และผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยคิดว่าจะเป็นอย่างหากไม่ติ่มและเสพยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่แตกต่าง จนเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง A: Avoid argumentation การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง ผู้ป่วยอาจใช้กลไกการป้องกันตนเองที่จะลดความรู้สึกไม่สบายใจให้น้อยลง และไม่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มและเสพยา การจุ่มใจอย่างจริงจังจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อต้านและรู้สึกว่าผู้บำบัดไม่เข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ควรหลีกเลี่ยงการโต้แย้งซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกต่อต้านไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยยอมรับการวินิจฉัย ไม่ต้องยืนยันที่จะเอาความถูกต้องหรือชนะ ควรหาวิธีอื่นๆ ที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์และโทษที่เกิดขึ้นตามหลังการติ่ม ในขณะที่เดียวกันก็เห็นผลดีจากการติ่มน้อยลง R: Roll with resistance การตะล่อมหมุนไปกับแรงต้าน เมื่อผู้บำบัดมีความรู้สึกต่อต้าน ไม่ควรปล่อยให้ความรู้สึกต่อต้านนั้นดำเนินการต่อไป แต่จะค่อยๆ ตะล่อมหมุนไปกับความรู้สึกต่อต้านนั้นโดยมีเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้บำบัดจะเสนอแนวทางใหม่ในการคิดเกี่ยวกับปัญหา แต่ไม่ใช่เอามาบังคับใช้ การเกิดความรู้สึกสับสนถือเป็นเรื่องปกติ และการพูดคุยกันถึงความรู้สึกสับสนนี้อย่างเปิดเผยก็จะเป็นประโยชน์ การสรุปความจะต้องมาจากผู้ป่วย ไม่ใช่ผู้บำบัด E: Express empathy การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ผู้ให้การบำบัดต้องสื่อสารที่แสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำต่ำสูงระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะเลือกอย่างอิสระ และกำหนดทิศทางเป้าหมายของตนเอง ผู้ให้การบำบัดต้องพูดนุ่มนวลและบอกเสมอว่าการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ทั้งหมดขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเอง S: Support self-efficacy ส่งเสริม

ศักยภาพที่มีอยู่ในตัว ความรู้สึกว่าตนเองมีศักยภาพ คือ ความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำอะไรให้สำเร็จได้หน้าที่ของผู้ให้การบำบัดคือ การชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ และหากผู้ป่วยทำการปรับพฤติกรรมการดื่มและเสพยา จะมีผลในการลดปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นผลจากการดื่มและเสพยา ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังและมองโลกในด้านบวกถ้าความเชื่อมั่นนั้นไม่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยมีความสับสน สิ่งที่จะเกิดตามมาคือ ผู้ป่วยจะแก้ปัญหาโดยใช้กลไกการป้องกันตนเอง โดยการปฏิเสธเพื่อลดความรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจโดยไม่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ขั้นตอนหรือระยะของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (phase of motivational enhancement therapy) ได้มีการแบ่งเป็น ๓ ระยะ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, ๒๕๕๓; Miller, ๑๙๙๕) ดังนี้

ระยะที่ ๑ คือ การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (phase ๑ : building motivation for change) มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ และมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการให้สุขศึกษา ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (health education & feedback) พูดคุยอย่างตรงไปตรงมา ช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจถึงความรู้สึกถึงเลิกละความรูสึก และความต้องการหรือความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงในส่วนที่เป็นปัญหา ให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของการกำเริบของโรค เนื่องจากความร่วมมือในการรับประทานยา (จากการประเมิน และประวัติการรักษา)

ระยะที่ ๒ การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (phase ๒ : strengthening commitments to change) มุ่งสู่ขั้นตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้วและผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงบทบาทที่สำคัญของผู้บำบัด คือ ต้องคอยสนับสนุนให้กำลังใจ ประคับประคองแรงจูงใจให้คงอยู่กิจกรรมที่ต้องทำคือนำแผนที่วางไว้มาพูดคุย ให้ทางเลือกกับผู้ป่วยโดยอิสระ ให้ข้อมูลและแนะนำในสิ่งที่จำเป็น

ระยะที่ ๓ การติดตามต่อเนื่อง (phase ๓ : follow through strategies)) หลังจากได้ดำเนินการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะที่ ๑, ๒ แล้วผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงในระยะติดตามต่อเนื่อง ผู้บำบัดต้องเริ่มต้นด้วยการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะการบำบัดที่ ๑, ๒ ซึ่งประกอบด้วย การตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังมีมั่นคงอยู่หรือไม่ (reviewing progress) การสร้างแรงจูงใจ (reviewing motivation) และการทำให้มั่นคงในการเปลี่ยนแปลง (redoing commitment)

การสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) พัฒนาโดยมิลเลอร์และโรลนิก (Miller & Rollnick) ในปีค.ศ.๑๙๙๑ ภายใต้แนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยระบุขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ไว้อย่างชัดเจน (พิชัย แสงชาญชัย, ๒๕๕๘)

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) เป็นทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & DiClemente อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตั้งแต่ขั้นที่ไม่ใส่ใจปัญหาจนถึงขั้นลงมือเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง แนวทางในการบำบัดผู้ป่วยสารเสพติดหรือติดสุราที่เหมาะสมพบว่า พฤติกรรมและแรงจูงใจของผู้ป่วยส่วนใหญ่หมุนวนอยู่ในวัฏจักรของการเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาหลายรอบก่อนที่จะเปลี่ยนหรือเลิกดื่ม และเสพยาได้ในที่สุด ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมี ๖ ขั้นตอน (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, ๒๕๕๓; Miller & Rollnick, ๑๙๙๑)

๑ ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) ในขั้นนี้ผู้ป่วยไม่คิดว่าตัวเองมีปัญหา ปฏิเสธการเข้าร่วมการบำบัดไม่ตระหนักถึงผลเสียที่เกิดขึ้น มักโทษคนรอบข้างหรือสิ่งแวดล้อมว่าเป็นปัญหา การตอบสนองในขั้นนี้คือ การสะท้อนกลับ (feed back) และการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (Information) อย่างตรงไปตรงมา ไม่ชี้หน้าหรือชี้ให้กลัว

๒. ขั้นลังเลใจ (contemplation) ในขั้นนี้ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกว่าเป็นปัญหาบ้างแต่ยังลังเลไม่มั่นใจ การตอบสนองที่เหมาะสมในขั้นนี้คือ พุดถึงข้อดีข้อเสีย ของการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (pros & cons) ผู้บำบัดให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพิ่มเติมได้

๓. ขั้นตัดสินใจ หรือขั้นเตรียมการเปลี่ยนแปลง (determination or preparation) ในขั้นนี้ผู้ป่วยตระหนักถึงโทษและปัญหา มีความต้องการตั้งใจและตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงการตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดคือการเสนอทางเลือก (menu) ซึ่งทางเลือกไม่ควรมีมากเกินไปจนสับสนหรือน้อยเกินไปเหมือนถูกบังคับและควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกอย่างอิสระ (freedom of choice) เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง (responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำของผู้ป่วย (self-efficacy)

๔. ขั้นลงมือปฏิบัติ (action) ในขั้นนี้ผู้ป่วยอยู่ในช่วงกำลังลงมือปฏิบัติจริงตามวิธีหรือแนวทางที่ได้เลือกไว้และอาจจะยังไม่สม่ำเสมอในช่วงการตอบสนองของผู้บำบัดคือส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามวิธีที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง (compliance or adherence) ความเข้าใจในวิธีการ ความชำนาญในการกระทำ ขจัดอุปสรรคที่อาจทำให้กระทำไม่ได้ต่อเนื่อง

๕. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance) ในขั้นนี้ผู้ป่วยจะมีความมั่นคงต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงและกระทำตามวิธีการที่ตัวเองเลือกอย่างต่อเนื่อง และมีความมั่นใจในตัวเองว่าสามารถจะรับประทานยาได้ต่อเนื่องและถูกต้องการตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดคือ ป้องกันการเกิดความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (relapse prevention) เช่น การรับประทานยาตรงตามเวลาไม่ปรับลดหรือเพิ่มขนาดยา ไม่หยุดยาเองเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เป็นต้น

๖. ขั้นกลับสู่พฤติกรรมเดิมซ้ำ (relapse) ในขั้นนี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะกลับเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยง เช่น รับประทานยาแล้วมีอาการข้างเคียงของยา เจอกลุ่มเพื่อนที่ดื่มสุราและไม่ต้องรับประทานยารักษาอาการทางจิต เป็นต้น สถานการณ์เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพลอยใจและกลับมาปฏิเสธความจริง โทษว่าเป็นเพราะยาที่ทำให้ตนเองเป็นแบบนี้การตอบสนองของผู้บำบัดที่เหมาะสมในขั้นนี้คือ การดึงผู้ป่วยให้กลับมาสู่หนทางความเชื่อมั่นในการรับประทานยาให้เร็วที่สุด (recovery process) การให้ความหวังกำลังใจ (hope) การประคับประคอง (support) สนับสนุนศักยภาพที่มีในตัวผู้ป่วยในการรับประทานยา ว่าสามารถปฏิบัติได้ดีต่อเนื่อง (self-efficacy)

ตารางที่ ๑. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ลักษณะสำคัญของผู้ติดยาเสพติดและการตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดในแต่ละขั้นตอน

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง	ลักษณะผู้ป่วย	พฤติกรรมที่แสดงออก	การช่วยเหลือ
ขั้นเมินเฉย (pre-contemplation)	ไม่คิดจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไม่ตระหนักถึงปัญหา ไม่ยอมรับว่าการใช้ยาเสพติดจะก่อให้เกิดปัญหาหรือความเสี่ยงที่จะตามมาได้	ปกปิดพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดต่อต้านหรือโกรธเมื่อถูกกดดัน บังคับให้เลิกหรือเมื่อผู้อื่นพูดเรื่องการใช้ยาเสพติดของตน	เสนอข้อมูลที่เป็นจริงให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมารับการบำบัด รักษาเมื่อผู้ป่วยพร้อม

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง	ลักษณะผู้ป่วย	พฤติกรรมที่แสดงออก	การช่วยเหลือ
ขั้นลึกลับใจ (contemplation)	เริ่มตระหนักว่าเกิดปัญหาจากการใช้ยาเสพติดมักจะมีความคิดสองจิตสองใจระหว่างเหตุผลที่จะเลิกยากับเหตุผลที่ไม่เลิกยา	ยังคงใช้ยาเสพติดอยู่ แต่มักจะเริ่มคิดถึงการเลิกยาหรือการลดปริมาณการเสพยาในอนาคต ชั่งข้อดีข้อเสียของการเลิกยาเสพติด	ให้ผู้ป่วยค้นหาและชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อเสียของการใช้ยาเสพติดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระตุ้นให้พูดถึงการเปลี่ยนแปลง จากตัวผู้ป่วยเอง
ขั้นตัดสินใจ (determination)	วางแผนในการเลิกยาเสพติดที่เฉพาะเจาะจงเช่น ตัดสินใจเข้ารับการรักษา พิจารณาความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน	อาจจะลองหยุดหรือลดปริมาณการใช้ยาเสพติดลงด้วยวิธีของผู้ป่วยเอง เริ่มตั้งเป้าหมายในการเลิกยา	ช่วยผู้ป่วยวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสนอทางเลือกและให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุด
ขั้นลงมือแก้ไข (action)	เชื่อว่าตัวเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เริ่มพิจารณาถึงภาพลักษณ์ใหม่ของตัวเอง	เปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตยอมรับความช่วยเหลือและต้องการการสนับสนุนจากผู้บำบัดและครอบครัวมารับการบำบัดตามนัดอย่างสม่ำเสมอ	ช่วยให้ผู้ป่วยยึดมั่นและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้เรียนรู้การป้องกันการกลับไปใช้ยาซ้ำ
ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance)	พยายามคงความสำเร็จในการเลิกยาเสพติดไว้เริ่มสนใจการดำเนินชีวิตของตน	ปรึกษาปัญหาอื่นๆเช่น การจัดการทางอารมณ์คนรอบข้างยังไม่ไว้ใจ ลองทำกิจกรรมใหม่ๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด	ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะใหม่ๆที่จำเป็นในการเลิกยาเสพติด การรื้อฟื้นสัมพันธภาพทางสังคม การหาความสุขโดยไม่ใช้ยาเสพติด เป็นต้น
ขั้นกลับไปติดซ้ำ (relapse)	ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถคงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	รู้สึกผิดและหมดหวัง คิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลง	ช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง	ลักษณะผู้ป่วย	พฤติกรรมที่แสดงออก	การช่วยเหลือ
	ได้ทันที ผู้ป่วยมักจะกลับไปเริ่มที่ระยะต้นของ stage of change อีกครั้ง	พฤติกรรมตัวเองได้ หลบเลี่ยงไม่มารับการบำบัดรักษา	พฤติกรรมตัวเองให้ ความหวัง กำลังใจ ประคับประคองให้ผู้ป่วยอยู่ในการบำบัดรักษา

ที่มา: การบำบัดรักษา ยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ (พิชัย แสงชาญชัย, ๒๕๔๘)

การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนโดยเฉพาะผู้ป่วยยาเสพติด ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ใน ศาสตร์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องแล้ว พยาบาลต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ทั้งกับผู้รับบริการและครอบครัว ตลอดจน ชุมชน ในต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ยอมรับ อดทน สร้าง สัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ ดูแลอย่างใกล้ชิด มีความไวต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รวมทั้งการให้การพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ทุกระยะของการบำบัดรักษา ควบคู่ไปกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจิตเวช โดยพยาบาลเป็นตัวกลางในการประสาน ใน ลักษณะของทีมวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ตลอดจนญาติ และตัวผู้ป่วยเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับการพัฒนาศักยภาพของตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่กลับไปพึ่งพายาเสพติด และดำเนินชีวิตต่อไปในสังคมได้อย่างมีความสุข

การวางแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD

D - Disease ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการติดยาและสารเสพติด อาการสำคัญภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น จะเกิดขึ้นผลจากภาวะถอนพิษยา การเฝ้าระวังสังเกตอาการของผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถบอกอาการให้ทีมรักษาทราบได้ โดยแนวทางการปฏิบัติ คือ ผู้ป่วย ผู้ดูแลจะได้รับ ความรู้เรื่องโรคสมองติดยา อาการถอนพิษยา ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม รวมทั้งตัวกระตุ้นที่สำคัญ จากแพทย์ผู้รักษา พยาบาลประจำตึกการให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เช่น counseling, Individual, Brief Motivational Advice (BA), Brief Motivational Intervention (BI)

M - Medication ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด โดยแพทย์ผู้รักษา เกสัชกร หรือพยาบาล หรือจากเอกสารแผ่นพับความรู้เรื่องยา ได้แก่ ชื่อ ยา การออกฤทธิ์ วัตถุประสงค์ ความจำเป็นในการใช้ยา วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แนวทางแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ความสามารถของผู้ดูแล หรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

E - Environment & Economic ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งของ และสถานที่ที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมซึ่งจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแล หรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัวก่อนจำหน่ายกลับชุมชน โดยการให้สุข

ศึกษาเรื่องโรค สมอติดยา อาการถอนพิษยา ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม รวมทั้งตัวกระตุ้นที่สำคัญ และการจัดการกับตัวกระตุ้น การฝึกทักษะการปฏิเสธ การเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ ภายในตึก การให้คำปรึกษาญาติทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตลอดจนการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ไกล่บ้านหรือสำนักงานคุมประพฤติ

T- Treatment ผู้ป่วยยาและสารเสพติดและผู้ดูแลต้องทราบ และเข้าใจเป้าหมายแผนการรักษาและกระบวนการรักษา การปฏิบัติเกี่ยวกับโรค รวมทั้งต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และได้รับการเตรียมทักษะที่จำเป็น ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและความสามารถของผู้ดูแล หรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวในการตรวจต่างๆ ทั้งขณะอยู่รักษา และเมื่อมาตามนัดหลังจำหน่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับความรู้เรื่องการรักษา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค และข้อจำกัดของตนเองในขณะอยู่รักษาโดยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลประจำตึก มีการให้ความรู้ในเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยาเสพติด เช่นผู้ป่วยสุรา มีอาการชักภาวะเพื่อสับสน ความจำเสื่อมจากการดื่มสุรา ภาวะตับแข็ง โรคระเพาะอาหาร ฯลฯ ตลอดจนการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น การตรวจเลือด การตรวจสมอ การตรวจปัสสาวะ เป็นต้น

H - Health ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของผู้ป่วยว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย การดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรม การเคลื่อนไหว การประกอบอาชีพ การเรียน และผู้ป่วยสามารถปรับวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับข้อจำกัด ด้านสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริม ฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อผู้ป่วย จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะมีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ โดยแพทย์ ผู้รักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยนอก นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ที่ซึกประวัติผู้ป่วย พยาบาลประจำตึก การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาทั้งผู้ป่วย การทำกลุ่ม และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการให้คำปรึกษาให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล

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

D - Diet ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารหรือสารน้ำได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ หรืออาหารที่มีปฏิกิริยาทางลบต่อยาที่รับประทานหรือรวมทั้งวิธีการจัดหาเตรียมอาหารเฉพาะโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคตับ โรคระเพาะอาหาร โรคเบาหวาน โรคสมอเสื่อม เป็นต้น โดยพยาบาลประจำตึก โภชนากร และเภสัชกร การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตลอดจนการสอดแทรกความรู้ในการเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ

บทที่ ๔

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทยาเสพติดที่มีอาการหวาดระแวง

๑. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๑๙ ปี รูปร่างสมส่วน ส่วนสูง ๑๖๗ ซม. น้ำหนัก ๖๓ กก. สถานภาพ โสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ป.๖ อาชีพ ว่างาน ภูมิลำเนา อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาในระบบสมัครใจ เป็นครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖ วันที่ยู่ในความดูแล ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๗ รวมระยะเวลา ๗๓ วัน จำหน่ายด้วยแพทย์อนุญาต

แหล่งข้อมูล : จากการซักประวัติผู้ป่วย ญาติ และแฟ้มประวัติผู้ป่วย

๒. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย

การวินิจฉัยแรกรับ

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

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย

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

- F๒๐.๐ : Paranoid schizophrenia

๓. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

รับส่งต่อจากโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์เพื่อมารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

๔. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเริ่มเสพยาเสพติด ตั้งแต่อายุ ๑๕ ปี ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลอง เริ่มเสพยาบ้า จำนวน ๒-๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ลองดื่มน้ำกระท่อมปริมาณ ๑/๒ แก้ว ลอง ๓ ครั้ง ซึ่งน้ำกระท่อมดื่มประกอบด้วย น้ำต้มใบกระท่อมผสมกับยาแก้ไอ น้ำคั๊ก และน้ำแข็ง ต่อมาใช้น้ำกระท่อมสีคูน ร้อย เพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ มีประวัติบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ๓ ครั้ง

๖ - ๗ เดือนที่ผ่านมาญาติให้ประวัติว่ามีพฤติกรรม อาละวาด ก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ ทำร้ายน้องเสียชีวิต ทางญาติแฟนบาดเจ็บถูกนำส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ รับการรักษาเป็นเวลา ๒ เดือนจำหน่ายกลับบ้าน

๒ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ โดยใช้ยาบ้า ๓-๕ เม็ด/วัน ๓ - ๔ ครั้งต่อสัปดาห์ น้ำกระท่อมสีคูนร้อย ๒ ลิตรต่อวัน ๔ วันต่อสัปดาห์ ๒ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เสพยาบ้า จำนวน ๓ เม็ด ดื่มน้ำกระท่อมสีคูนร้อย ๒ ลิตร มีอาการควบคุมตัวไม่ได้ มีอาการอาละวาด คลุ้มคลั่ง ญาตินำส่งโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ รับการรักษาเป็นเวลา ๒ เดือนจำหน่ายผู้นำชุมชน นำส่งรักษาต่อเพื่อรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

แรกรับ สีสหน้าท่าทางไม่สดชื่น พูดคุยรู้เรื่องดี ถาม - ตอบตรงคำถาม ให้ความร่วมมือดี บอกว่าไม่อยากมาบำบัดรักษา มารพ.ครั้งนี้เนื่องจากผู้นำชุมชนให้มาบำบัดพร้อมกับบิดาซึ่งเข้ารับการบำบัดด้วย

๕. ประวัติการใช้สารเสพติด

ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาที่ รพ.ธัญญารักษ์สงขลา ครั้งนี้เป็นครั้งแรก

๕ ปีก่อนมาเริ่ม เสพยาบ้า ๑-๒ เม็ด/วัน ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ ดื่มน้ำกระท่อมสีคูณร้อย ๑ แก้ว ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ แล้วเพิ่มปริมาณของการใช้และระยะเวลาการใช้ต่อสัปดาห์ขึ้นเรื่อย ๆ

๖-๗ เดือนก่อนมามีประวัติอาการทางจิตเวช ควบคุมตัวเองไม่ได้ อาละวาดคลุ้มคลั่ง ทำร้ายน้องเสียชีวิต ทางญาติแฟนบาดเจ็บ ญาติ (ผู้นำชุมชน) นำตัวส่งโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ รับการรักษาเป็นเวลา ๒ เดือน

๒ เดือนก่อนมาใช้ยาบ้าครั้งละ ๓-๕ เม็ดต่อครั้ง ๓-๔ ครั้งต่อสัปดาห์ ดื่มน้ำกระท่อมสีคูณร้อย ครั้งละ ๒ ลิตร ๔ ครั้งต่อสัปดาห์ ญาติ (ผู้นำชุมชน) นำตัวส่งโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ รับการรักษาเป็นเวลา ๒ เดือน ครอบกำหนดจำหน่าย ญาติ (ผู้นำชุมชน) ให้มาบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพต่อ

๖. ประวัติส่วนตัว และลักษณะนิสัย

ผู้ป่วยเป็นคนชอบความสนุกสนาน ชอบเที่ยวเตร่กับเพื่อน อารมณ์หงุดหงิดง่าย โมโหง่าย ขี้น้อยใจเอาแต่ใจตนเอง พูดจาหยาบคาย ใช้เงินเปลือง มีความรู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำ มักคิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่เก่ง คนในครอบครัวไม่สนใจ มักคบหากับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเพื่อนในชุมชนที่ใช้จ่ายเสพติดด้วยกัน ด้านพฤติกรรมทางเพศ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศปกติ มีแฟน ๑ คน ปัจจุบันแยกกันทางกัน

ประวัติด้านการเรียน ผู้ป่วยเรียนหนังสือในโรงเรียน ตามหลักสูตรภาคบังคับของกระทรวงศึกษาธิการ ผู้ป่วยอ่าน เขียนหนังสือได้ ไม่มีอาชีพหลัก มารดาเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

๗. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

- ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยทางกาย โรคประจำตัวใดๆ
- ประวัติโรคติดต่อ ปฏิเสธการติดโรคติดต่อใดๆ
- ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร
- ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุและการผ่าตัด

๘. ประวัติครอบครัว

บิดากับมารดาผู้ป่วย อาศัยอยู่ด้วยกัน บิดาช่วยมารดาประกอบอาชีพ ค้าขายตามตลาดนัด มีรายได้ไม่แน่นอน เดือนละ ๓,๐๐๐ - ๕,๐๐๐ บาท รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ผู้ป่วยขอเงินจากครอบครัวในการใช้จ่าย และบางครั้งจะขโมยเงินของมารดาจากการค้าขาย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ไม่ค่อยราบรื่น บิดามารดามีปัญหากันบ้างไม่ถึงขั้นรุนแรง สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ห่างเหิน หลังจากจบการศึกษาประถมศึกษา ผู้ป่วยหนีเที่ยวบ่อยครั้ง และออกไปใช้ชีวิตนอกบ้าน เริ่มมีแฟนแต่ก็มีปัญหาทะเลาะกับแฟน เรื่องผู้ป่วยไปใช้จ่ายเสพติด และไปเที่ยวเตร่ แต่ห้ามปรามไม่ฟัง ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเอาแต่ใจ โมโหง่าย อาละวาดควบคุมตนเองไม่ได้ ทำร้ายคนในครอบครัวบ่อยครั้ง

สมาชิกในครอบครัว บิดาผู้ป่วยใช้จ่ายเสพติดชนิดยาบ้า

ประวัติคคีความ ไม่มีประวัติทางคคีความ

๙. การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ

๙.๑ การประเมินทางชีวภาพ

- อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศาเซลเซียส
- ชีพจร ๑๒๐ ครั้ง/นาที
- การหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที
- ความดันโลหิต ๑๒๓/๙๑ มิลลิเมตรปรอท
- น้ำหนัก ๖๓ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๗ เซนติเมตร BMI= ๒๒.๐๖ น้ำหนักเกณฑ์ปกติ

๙.๒ การประเมินสภาพโดยทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยวัยรุ่นตอนปลาย ลักษณะโดยทั่วไป รูปร่างสมส่วน ผิวสีดําแดง สีหน้าท่าทางไม่สดชื่น ไม่เต็มใจบำบัดรักษา ต่อรอระยะเวลาการบำบัด ร้องไห้บ่อยครั้ง

๑๐. การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

๑๐.๑ ผิวหนัง

- ลักษณะผิวหนังแห้งสะอาด มีรอยแผลถลอกตามแขน ขาเล็กน้อย เล็บมือ เล็บเท้าสะอาด

๑๐.๒ ศีรษะ ใบหน้า ลำคอและทรวงอก

- ศีรษะ : ขนาดของศีรษะปกติ สมมาตรกัน ผมสีดํายาว สะอาด การกระจายของเส้นผมปกติ หนังศีรษะไม่มีผื่น ไม่มีรังแค หรือแผลที่ศีรษะ ต่อมเหงื่อบริเวณท้ายทอยไม่โต

- ใบหน้า : รูปร่างปกติเหมือนกันทั้งสองข้าง ไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า

- ตา : ตาทั้งสองข้างมองเห็นปกติ หนังตาไม่ตก ไม่บวม การเคลื่อนไหวของลูกตาปกติ เยื่อบุตาไม่ซีด ตาขาวไม่เหลือง รูม่านตากลม น้ำตาลเข้มขนาด ๒.๕ มิลลิเมตร เท่ากันทั้งสองข้างมีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ

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

- จมูก : เยื่อบุจมูกสีชมพูผนังกันจมูกอยู่ตรงกลาง ไม่มีของเหลวออกจากจมูกแผลหรือจุดเลือดออก

- ปากและช่องคอ : ริมฝีปากค่อนข้างคล้ำ เยื่อบุปากค่อนข้างซีด ไม่มีแผล เหงือกปกติ สีค่อนข้างซีด ไม่มีฟันผุ ไม่มีฝ้าที่ลิ้น ต่อมทอนซิลไม่โต ช่องคอไม่พบสิ่งผิดปกติ

- คอ : หลอดลมอยู่ตรงกึ่งกลาง ตั้งสมมาตรกับลำตัว ต่อมไทรอยด์คล้ำไม่โต คอไม่แข็ง การเคลื่อนไหวปกติ ต่อมเหงื่อบริเวณคอ และใต้คางไม่โต

ทรวงอก และทางเดินหายใจ

- ลักษณะทั่วไปของทรวงอกปกติ: การหายใจเข้า ออกปกติ ทรวงอกขยายเท่ากัน ๒ ข้าง การหายใจสะดวก อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที คลำทรวงอกในส่วนต่าง ๆ ไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ การเคาะปอดได้ยินเสียง resonance, breath sound ของปอดทั้งสองข้างดังเท่ากัน ไม่มีเสียง crepitation

๑๐.๓ ระบบหัวใจ และหลอดเลือด

- เส้นโลหิตดำที่คอไม่โป่ง หัวใจเต้นแรงสม่ำเสมอ ได้ยินเสียงชัดเจน อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๗/๗๙ mmHg ไม่มีเสียง murmur คลำชีพจรได้ชัดเจน

๑๐.๔ ระบบทางเดินอาหาร และท้อง

- หน้าท้องราบเหมือนกันทั้งสองข้าง ไม่โป่งพอง ไม่เห็นเส้นโลหิตดำหรือจุดเลือดออก ไม่มีแผลเป็น เสียงลำไส้ปกติเคาะท้องเสียงกังวานทั่วไป หน้าท้องคล้ำไม่พบก้อน ตับม้ามไม่โต กดไม่เจ็บ ต่อมไทรอยด์ไม่โต

๑๐.๕ ระบบประสาท

- การทรงตัวดี ลักษณะการพูดปกติ ถามตอบตรงคำถาม การเคลื่อนไหวของแขน ขา ปกติระบบ motor กล้ามเนื้อ ไม่อ่อนแรงหรือตื้อ แขนขาไม่สั่น ทำเดินปกติประสาทสัมผัสการ รับความรู้สึกเจ็บปวด สัมผัสความร้อน และสัมผัสเบา ๆ ปกติ

๑๐.๖ ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก

- ความตึงตัวของกล้ามเนื้อตึงตัวดีกล้ามเนื้อไม่ลีบ กระดูกสันหลัง สะโพก ปกติ ลักษณะของข้อและการเคลื่อนไหวปกติการเคลื่อนไหวของข้อนิ้วมือ ข้อมือ ข้อศอก ข้อไหล่ ข้อเข่า ข้อเท้า และนิ้วเท้าปกติ

๑๐.๗ ระบบการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ

- ปัสสาวะสีเหลืองอ่อนปกติ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด กะปริดกะปรอย
- อุจจาระปกติ

๑๐.๘ ระบบสืบพันธุ์

- ปกติ ไม่มีลักษณะบวม ไม่มีตกขาว
- ประจำเดือน มาปกติ ๒๘-๓๐ วันครั้ง

๑๑. การตรวจสุขภาพจิต : MENTAL STATUS EXAMINATION

วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖

๑๑.๑ General : ผู้ป่วยหญิงไทยวัยรุ่นตอนปลาย รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ตัดผมสั้น ผมสีดำ แต่งกายชุดผู้ป่วยเหมาะสม สะอาด ท่าทางเป็นมิตร สีหน้าไม่สดชื่น ท่าทางการเคลื่อนไหวปกติ

๑๑.๒ Speech : normal speed (พูดคุยเสียงดัง น้ำเสียงชัดเจน ถามตอบตรงประเด็น คำถาม กระแสความคิด ต่อเนื่อง)

๑๑.๓ Affective and MOOD (อารมณ์และการแสดงออก) : appropriate การแสดงออกด้านอารมณ์ สอดคล้องกับเรื่องที่พูด ขณะพูดสีหน้าเรียบเฉย

๑๑.๔ Thought (ความคิด) : ไม่มีความคิดหลงผิด ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง/ ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

๑๑.๕ Perception (การรับรู้) : ปกติ ไม่มีอาการ หูแว่ว ประสาทหลอน

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

Time: ผู้ป่วยบอก วัน เดือน ปี และบอกช่วงเวลาได้ถูกต้อง

Place: ผู้ป่วยบอกสถานที่อยู่ขณะรักษาได้ถูกต้อง

Person: ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าคนที่ตนเองกำลังคุยด้วยเป็นพยาบาลที่ปรึกษา

๑๑.๗ Memory :

Remote memory: สามารถเล่าเรื่องลำดับเหตุการณ์ในอดีตได้ เล่าประวัติการใช้ยาเสพติดตามลำดับช่วงอายุได้ สามารถบอกวันเดือนปีเกิดได้

Recent memory: บอกอาหารมื้อเช้า มื้อเที่ยงได้ถูกต้อง

Recall memory: ให้จำ “ดอกไม้ เครื่องบิน กระจาด” จำได้ ๓ อย่าง เมื่อเวลาผ่านไป แล้ว กลับมาย้อนถามใหม่ (ประมาณ ๕ นาที)

๑๑.๘ Attention & concentration : สามารถลบเลข จาก ๑๐๐ – ๗ ไปเรื่อย ๆ ได้ถูกต้อง ๒ ครั้ง ติดต่อกันและ ๒๐ - ๓ ถูกต้อง ๔ ครั้ง ครั้งต่อไปผู้ป่วยคิด และตอบไม่ถูกต้อง

Digit forward: สามารถพูดตัวเลขตามได้จนถึง ๕ หลัก

Digit backward: สามารถพูดทวนตัวเลขได้ ๓ หลัก

General Knowledge and abstract thinking: บอกชื่อนายกรัฐมนตรีคนที่ผ่าน มาได้ถูกต้องบอกว่าชื่อ “ลุงตู่”

คำถามเปรียบเทียบความต่าง

กลางวันกับกลางคืน มีดกับสว่าน = abstract

โพธิ์กับต้นมะเขือ เป็นต้นเล็กกับต้นใหญ่ = concrete

เด็กกับคนแคระ ต่างกันที่อายุ = abstract

สรุป : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract ๒ ข้อ concrete ๑ ข้อ

คำถามเปรียบเทียบความเหมือน

ส้มกับกล้วย เป็นผลไม้เหมือนกัน = abstract

โต๊ะกับเก้าอี้ ใช้ร่วมกัน = abstract

หมา กับแมว มี ๔ ขา มีหางเหมือนกัน = concrete

สรุป : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract ๒ ข้อ concrete ๑ ข้อ

อธิบายสุภาษิตคำพังเพย

น้ำขึ้นให้รีบตัก = สิ่งดี ๆ เข้ามาต้องรีบไขว่คว้า = abstract

หนีเสือปะจระเข้ = หนีสิ่งที่น่ากลัวไปเจอสิ่งที่น่ากลัวกว่า = abstract

ชี้ช้างจับตั๊กแตน = ทำอะไรไม่คุ้มค่า = abstract

สรุป : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract ๓ ข้อ

๑๑.๙ Judgement (การตัดสินใจ) จากสถานการณ์

- ถ้าพบของจดหมายที่จำหน้าซองและปิดแสตมป์แล้ว ตอบว่าจะเปิดดู : ตัดสินใจเหมาะสม

- ล้อคประตูบ้านแล้วลืมกุญแจไว้ในบ้าน ตอบว่าจะงัดกุญแจ : ตัดสินใจไม่เหมาะสม

- พบเหตุการณ์ไฟไหม้ในโรงหนัง ตอบว่าจะโกนไฟไหม้ ๆ : ตัดสินใจไม่เหมาะสม

๑๑.๑๐ Insight : ผู้ป่วยคิดว่า การเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดแล้วเลิกยาก ไม่สามารถเลิกได้ด้วยตนเองต้องบำบัดรักษา การติดยาเสพติดทำให้การทำบาทหน้าที่ของครอบครัวไม่สมบูรณ์ และทำลายทุกสิ่ง รอบนี้ อยากเลิกให้ได้เพื่อครอบครัว

สรุป Intellectual Insight ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง ยอมรับว่าตนเองติดยาเสพติด ต้องได้รับการรักษา

สรุปสาเหตุการเกิดอาการหงุดหงิดง่าย อาละวาด คลุ้มคลั่ง มีผลมาจากการใช้ยาเสพติดใน ปริมาณมากติดต่อกันเป็นเวลานาน

๑๒. ประเมินแบบแผนสุขภาพ ประเมินโดยใช้กรอบแนวคิด ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน

๑. แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (health perception and health management pattern) ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบัน เกี่ยวกับโรคอาการที่เป็นอยู่ตามรายละเอียด ดังนี้

๑.๑ โรคประจำตัว : ไม่มี

๑.๒ ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้ประจำ : ไม่มี

- ๑.๓ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย : จะซื้อยากินเอง ไม่ชอบไปโรงพยาบาล
- ๑.๔ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย : ไม่มีผู้ดูแลหลัก
- ๑.๕ การรักษา : รักษาอาการทางจิตเวช ที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน ๓ ครั้ง เข้ารับการบำบัดรักษาโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ครั้งนี้เป็นครั้งแรก
- ๑.๖ การผ่าตัด : ปฏิเสธการผ่าตัด
- ๑.๗ ความรู้สึกรู้สึต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยยอมรับว่าเป็นปัญหาอยู่ในระดับรุนแรง ทำให้มีปัญหาครอบครัว จึงมารักษา ยาเสพติดตามที่ญาติและชุมชนต้องการ
- ๑.๘ สิ่งเสพติดที่ใช้
- ใข้ยาบ้า ๓ - ๕ เม็ด/วัน ๓ - ๔ ครั้ง/สัปดาห์
 - น้ำกระท่อมสีคุณร้อย (๔X๑๐๐) ๒ ลิตร/ ๔ วัน/สัปดาห์
- ๑.๙ การแพ้ (ยา/อาหาร/สารเคมี) : แพ้ยาลดไข้เม็ดสีชมพู มีประวัติกินยา sertraline แล้วผมร่วง
- ๑.๑๐ ความคาดหวังในการเข้ารับการรักษาคครั้งนี้ : เลิกยาเสพติดได้

สรุปผล แบบแผนที่ ๑ : การรับรู้ปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองบกพร่อง

๒. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (nutritional metabolic pattern)

- ๒.๑ การรับประทานอาหาร : รับประทานอาหารช่วยเหลือตัวเองได้
- ๒.๒ ปัญหาในการรับประทานอาหาร : ไม่มี
- ๒.๓ รสชาติอาหารที่ชอบ : อาหารรสจัด
- ๒.๔ การดื่มน้ำ : วันละ ๖-๘ แก้ว
- ๒.๕ น้ำหนักและส่วนสูง : น้ำหนัก ๖๓ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๙ เซนติเมตร BMI = ๒๒.๐๖ อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าปกติ ๑๘.๕ - ๒๒.๙) ในช่วงเวลา ๖ เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักคงที่
- ๒.๖ สุขภาพของผิวหนัง เล็บ ผม : ปกติ
- ๒.๗ ระบบย่อยอาหาร : ปกติ

สรุปผล แบบแผนที่ ๒ : ปกติ

๓. แบบแผนการขับถ่าย (elimination pattern)

- ๓.๑ ปัสสาวะ : ๔-๕ ครั้ง/วัน ลักษณะปกติสีเหลืองใส
- ๓.๒ อุจจาระ : ถ่ายปกติทุกวัน วันละ ๑ ครั้ง ไม่ใช้ยาระบาย
- ๓.๓ การสูญเสียเหงื่อ : ปกติ

สรุปผล แบบแผนที่ ๓ : ปกติ

๔. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย (activity exercise pattern)

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

สรุปผล แบบแผนที่ ๔ : ปกติ

๕. แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน (sleep rest pattern)

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

๕.๓ การนอนหลับกลางวัน : ตอนช่วงบ่าย ในช่วงใช้ยาเสพติดนอนหลับไม่เป็นเวลา

๕.๔ การใช้ยานอนหลับ : ไม่ใช่

๕.๖ การใช้เวลาว่างและการพักผ่อนหย่อนใจ: ไปเที่ยวกับเพื่อน ถ้ามีเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษาเพื่อนในกลุ่มที่เกี่ยวข้องด้วยกัน

สรุปผล แบบแผนที่ ๕ : แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ

๖. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (cognitive perceptual pattern)

๖.๑ ระดับความรู้สึกตัว : ปกติระดับสติปัญญาอยู่ในระดับปกติ

๖.๒ การมองเห็นปกติ: มองเห็นชัด ไม่มีสายตาสั้นหรือยาว ไม่มีต่อกระจก ตาไม่บอดสี

๖.๓ การพูด : ปกติ

๖.๔ การได้ยิน : ปกติ

๖.๕ การแสดงอารมณ์: ไม่ค่อยสดชื่น โกรธง่าย บางครั้งควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะโวยวายเมื่อไม่พอใจ

๖.๖ ความคิด : ไม่มีอาการหลงผิดหรือหวาดระแวง ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ถ้ารู้สึกน้อยใจ เสียใจ หงุดหงิด โกรธไม่ได้ตั้งใจมักจะทำร้ายคนอื่นโดยการทุบตี

สรุปผล แบบแผนที่ ๖ : การแสดงอารมณ์และความคิดผิดปกติ

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

๗.๑ ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง การมองตนเอง (perceived self) : ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณติดยาเสพติด ทำให้มีปัญหาครอบครัว หากหยุดยาเสพติดได้จะทำให้อาการดีขึ้น

๗.๒ ตนเองตามการมองของผู้อื่นตามที่มี ที่เป็นที่เกิดขึ้นจริง (real self) : ผู้ป่วยคิดว่าถูกครอบครัวข้างญาติพี่น้องมองว่าตนเองเป็นตัวปัญหาของครอบครัว ตนเองใช้ยาเสพติดทำให้มีการทะเลาะกันในครอบครัว ทำร้ายคนในครอบครัว เนื่องจากตนเองไปเที่ยวเตร่กับเพื่อน และเสพยาตามมาเกิดความเสียหายกับครอบครัว ขาดการยอมรับของสังคม

๗.๓ ตนเองในอุดมคติ (ideal self) : อยากเลิกยาเสพติดตามที่ครอบครัวและญาติขอร้อง

๗.๔ การรับรู้หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self – esteem) : มีความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองเรื่องที่ตนเองเป็นตัวปัญหาของครอบครัว ทำให้น้องเสียชีวิต ญาติแฟนบาดเจ็บ พ่อแม่ต้องเดือดร้อนและเสียใจ

สรุปผล แบบแผนที่ ๗ : การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ผิดปกติ

๘. แบบแผนการทำหน้าที่ตามบทบาทความสัมพันธ์ (role - relationship pattern)

๘.๑ สัมพันธภาพสมาชิกในครอบครัว : บิดากับมารดาผู้ป่วย อาศัยอยู่ด้วยกัน มีพี่น้องพ่อแม่เดียวกัน ๒ คนผู้ป่วยเป็นคนพี่ ๑ ผู้ป่วยไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดาเป็นหลัก แต่จะออกจากบ้านอยู่คนเดียวที่อำเภอหาดใหญ่ ไปมาหาสู่บิดามารดานานๆ ครั้ง ผู้ป่วยมีนิสัยลึกลับขโมยน้อยมักจะขโมยเงินมารดาทุกครั้งที่บ้าน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ห่างเหิน ผู้ป่วยมองว่าตนเองขาดที่พึ่ง จนไปคบเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตเวชและถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาบำบัดครบจำหน่ายจึงกลับมาอยู่กับบิดามารดา

ผู้ป่วยกับแฟนไม่ได้แต่งงาน แฟนไม่ได้อยู่ในกลุ่มใช้ยาเสพติดผู้ป่วยจะออกไปใช้ยาเสพติดกับเพื่อนแฟนห้ามปรามไม่รับฟัง มีการทะเลาะกันบ่อย

หลังจากผู้ป่วยกลับจากบำบัดรักษาอาการทางจิตเวชยังมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด บิดามารดาเตือนไม่เชื่อฟัง ยังคงใช้ยาต่อเนื่องจนเกิดอาการทางจิต ควบคุมตัวเองไม่ได้ทำร้ายน้องเสียชีวิต ทำร้ายญาติบาดเจ็บแฟนจนแฟนต้องขอแยกทาง

๘.๒ ผู้ที่หารายได้ หลักในครอบครัว คือ มารดาของผู้ป่วยมีบิดาคอยช่วย ซึ่งประกอบอาชีพค้าขาย มีรายได้เดือนละ ๓,๐๐๐ - ๕,๐๐๐ บาท ส่วนตัวผู้ป่วยก็จะกลับมาช่วยมารดาขายของเป็นครั้งคราว

๘.๓ การเจ็บป่วยครั้งนี้ มีผลกระทบกับครอบครัว คือ ทำให้สภาพจิตใจของคนในครอบครัวรู้สึกไม่ดี เครียดกับเรื่องของตนเอง และทำให้มีการทะเลาะกันในครอบครัว ตนสร้างปัญหาให้กับครอบครัวมาก ทั้งด้านการเงิน ความเป็นอยู่

๘.๔ ที่ผ่านมามีเคยเกิดปัญหาวิกฤตในครอบครัว : ทำร้ายน้องจนเสียชีวิต

๘.๕ การสื่อสารในครอบครัว: ต่างคนต่างอยู่ พูดคุยกันปกติมีทะเลาะกันบ้าง

๘.๖ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือกับสังคม : ก่อนใช้ยาเสพติดผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นค่อนข้างดีมีเพื่อนเยอะ เป็นคนมีมนุษยสัมพันธ์ดี เพื่อนที่มีส่วนใหญ่มักเป็นเพื่อนในชุมชนเป็นกลุ่มที่เสพยาเสพติดด้วยกัน

สรุปผล แบบแผนที่ ๘ : ผิดปกติเรื่อง สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี

๙. แบบแผนเพศสัมพันธ์ และการเจริญพันธุ์ (sexuality - reproductive pattern)

๙.๑ อวัยวะสืบพันธุ์: ปกติ ประจำเดือนมาครั้งแรก อายุ ๑๓ ปีครั้งสุดท้าย วันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

๙.๒ การมีเพศสัมพันธ์: มีเพศสัมพันธ์กับแฟนไม่ได้ป้องกัน ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่แฟน ไม่เคยตั้งครรภ์

สรุปผล แบบแผนที่ ๙ : ปกติ

๑๐. แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญความเครียด (coping - stress tolerance pattern)

๑๐.๑ เมื่อเกิดความเครียดหรือปัญหาสำคัญต่างๆ : ถ้ามีความเครียดจะโทรหาเพื่อนไปเที่ยวกับกลุ่มเพื่อน คุยกับเพื่อนทำให้สนุกสนาน

๑๐.๒ สิ่งที่ทำให้เครียด กังวลใจ หรือทุกข์ใจ : ปรึกษาใครไม่ได้ ทำให้น้องเสียชีวิต ทำร้ายญาติแฟนบาดเจ็บ

๑๐.๓ แก้ไขความเครียดหรือความทุกข์ใจ: เสพยาบ้า และดื่มน้ำกระท่อมสี่คูณร้อย (๕x๑๐๐)

๑๐.๔ บุคคลที่มีความสำคัญ และจะให้การช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด : ไม่มี

๑๐.๕ ความต้องการการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาหรือจัดการกับความเครียดหรือความทุกข์ ครั้งนี้ อยากเลิกยาเสพติดให้ได้ อยากกลับไปดูแลคนที่บ้าน

สรุปผล แบบแผนที่ ๑๐ : ผิดปกติ เรื่อง มีการปรับตัวและการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม

๑๑. แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ (value - belief pattern)

๑๑.๑ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ : ผู้ป่วยปฏิเสธการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

๑๑.๒ ขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาลท่านต้องการทำศาสนกิจหรือกิจกรรมพิเศษเกี่ยวกับความเชื่อหรือไม่ : ไม่ต้องการ ไม่ค่อยปฏิบัติตามหลักศาสนา

๑๑.๓ การมีความหวังในชีวิต คือ หวังว่าอยากเลิกยาเสพติด

สรุปผล แบบแผนที่ ๑๑ : ไม่ปฏิบัติตามหลักศาสนา

ผลการประเมินด้วยแบบประเมินอื่นๆ

๑. ประเมินทางจิต (โดยนักจิตวิทยา)

๒ ต.ค. ๒๕๖๖ (Group Psychotherapy) มีความคิดที่ไม่เชื่อมโยงกับประเด็นที่พูดคุย

๖ ต.ค. ๒๕๖๖ (SPM. IQ test, HTP. Personality test) ผู้ป่วยยังเห็นภาพหลอน พูดไปเรื่อยไม่เชื่อมโยง ตัวแข็งและมือสั่น

๑๒ ต.ค. ๒๕๖๖ (MoCA, Rorschach)

ผลการทดสอบ

SPM : จากผลการทดสอบเทียบเท่ากับคะแนน IQ = ๙๑ (๙๐ - ๑๐๙) อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย (Average)

MoCA : ผู้เข้ารับการทดสอบได้คะแนน ๒๐ คะแนน (ค่าปกติ ≥ 25 คะแนน) คะแนนอยู่ในระดับ Mild Cognitive Dysfunction ผู้รับการทดสอบทำคะแนนใน Language, Delayed Recall, Naming และ Executive ได้น้อย

HTP : พบว่าผู้รับการทดสอบปรับตัวไม่ดี มีภาวะความเสื่อมทางจิตใจ มีสัญญาณพยาธิทางสมอง พยาธิสภาพทางจิต ผู้รับการทดสอบอาจมีปัญหาทางอารมณ์จิตใจ จึงมักหมกมุ่นซึมซับกับตนเอง ความคิดคลุมเครือ ชอบเพื่อฟันหลิกหนีความเป็นจริงแบบเด็กๆ ขาดความคิดความอ่าน การเป็นตัวของตัวเอง ขาดการประสานกันระหว่างการควบคุมแรงขับ กับความคิดและอารมณ์ มีความมุงร้าย ยับยั้ง เกือบตัว ไม่เข้าสังคม แยกตัว ไม่สนใจต่อการรับรู้ของสิ่งแวดล้อมรอบตัว แต่ขาดความสุขเนื่องจากภายในผู้รับการทดสอบยังคงต้องการความสนใจเข้าใจ ผู้รับการทดสอบมีความคิดคลุมเครือพยายามปกป้องตัวเองจากการถูกเข้าถึง ผู้รับการทดสอบมีอัตตาอ่อนแอ รู้สึกบกพร่อง ถูกบีบรัดจากสิ่งแวดล้อม ต้องการพึ่งพา ถดถอย เอาตนเองเป็นศูนย์กลาง เกรตรง ขาดความยืดหยุ่นในการควบคุมแรงผลักดันภายใน เจ้าอารมณ์ มีความรู้สึกไม่มั่นคง วิตกกังวล ขาดความมั่นใจในตนเอง พยายามแสดงออกตรงข้าม ขดเซยความรู้สึกด้อย ผู้รับการทดสอบชอบทำตรงข้าม มีความคิดคุกคามมุงร้ายต่อผู้อื่น มีลักษณะไม่เป็นมิตร มีแนวโน้มแสดงความก้าวร้าวออกมาเป็นการกระทำ เมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ที่กดดัน ยับยั้งไม่เพียงพอ

Rorschach : พบว่าผู้รับการทดสอบปรับตัวไม่เหมาะสม พยายามแสดงออกเพื่อขดเซยความรู้สึกอ่อนแอ บกพร่อง มีอัตตาอ่อนแอ อาจมีลักษณะเซวาร์ปัญญาไม่สูงนัก ใช้ศักยภาพไม่เต็มที่ ปัญหาทางอารมณ์จิตใจ พยาธิสภาพทางจิตทำให้ปรับตัวได้ไม่เหมาะสม ยังสามารถรับรู้ความเป็นจริงได้ แต่อาจทำได้ไม่เต็มที่ ชอบเพื่อฟันตบสนองความต้องการของตนเองในความคิดจินตนาการ เกือบตัว แยกตัว ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม มีความยากลำบากด้านความสัมพันธ์อย่างมาก ไม่สามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากขาดการยอมรับ เข้าใจบุคคลอื่น มีแนวโน้มแสดงออกโดยการขาดการยับยั้งในการปรับตัวต่อบุคคลอื่น รับรู้แรงผลักดันความต้องการตามสัญชาตญาณ แต่ทำได้ในความคิด ไม่สามารถแสดงออกเป็นการกระทำ ด้านอารมณ์ โดยปกติผู้รับการทดสอบจะอยู่ในลักษณะอารมณ์นิ่งเฉย และขาดการรับรู้ความเป็นจริงเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ที่ถูกกระตุ้นทางอารมณ์

สรุป จากแบบทดสอบ พบสัญญาณบางประการพยาธิสภาพทางจิต และทางสมอง Mild Cognitive Dysfunction มีปัญหาทางจิตใจทำให้ใช้ศักยภาพไม่เหมาะสม ขาดความตั้งใจที่ดี ผู้รับการทดสอบมีเซวาร์ปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย (Average) IQ=๙๑ มีการปรับตัวไม่เหมาะสม เอาตนเองเป็นศูนย์กลาง ใช้ศักยภาพอย่างไม่เต็มที่ มีภาวะความเสื่อมทางจิตใจ อัตตาอ่อนแอ ผู้รับการทดสอบยึด

เกาะความเป็นจริงได้ไม่ค่อยดีนัก มักหมกมุ่นกับความคิดที่คลุมเครือของตนเอง ชอบเพื่อฝัน หลีกหนีความจริงแบบเด็กๆ อีกทั้งขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม เก็บตัว แยกตนเอง พยายามป้องกันตนเองจากการถูกเข้าถึง จึงทำให้มีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้รับการทดสอบมีลักษณะถดถอย ต้องการความสนใจ แต่ขาดความเข้าใจ ยอมรับผู้อื่น มีความคิดมุงร้าย มีความรู้สึกบกพร่อง และถูกปิดกั้นจากสิ่งแวดล้อม มีแนวโน้มแสดงออกโดยการขาดการยับยั้งในการปรับตัวต่อบุคคลอื่น ไม่เป็นมิตร แสดงความรู้สึกออกมาเป็นการกระทำ ชอบทำตรงข้าม ผู้รับการทดสอบรับรู้ความต้องการตามสัญชาตญาณและมีความยากลำบากในการควบคุมอย่างเหมาะสม มีความวิตกกังวล และเก็บกดยับยั้ง ไม่สามารถแสดงออกมาเป็นการกระทำได้ จึงมักเก็บอยู่ในความ ผู้รับการทดสอบแสดงอารมณ์ในลักษณะนิ่งเฉย ซึ่งมาจากภาวะขาดการรับรู้ความเป็นจริง แต่เมื่อตกอยู่ในภาวะกดดัน กระตุ้นเร้าผู้รับการทดสอบมีแนวโน้มแสดงความก้าวร้าวออกมาเป็นการกระทำ

๑๖ ต.ค. ๒๕๖๖ (Group Psychotherapy) เหมือนลอย ใจลอย ไม่มีสมาธิ

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

๓. ผลการประเมินด้วยแบบคัดกรอง ๒Q

ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖ คะแนน เท่ากับ ๐ ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

ประเมินซ้ำ ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๖ คะแนน เท่ากับ ๐ ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

ประเมินซ้ำ ครั้งที่ ๓ เมื่อวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ คะแนน เท่ากับ ๐ ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

๔. ผลการประเมินความเสี่ยง SAVE :

S (suicide) = ๒ คะแนน พบว่า ความเสี่ยงระดับ ๑ = มีความเสี่ยงน้อย

A (Accident) = ๖ คะแนน พบว่า ความเสี่ยงระดับ ๒ = มีความเสี่ยงปานกลาง

V (Violence) = ๑๐ คะแนน พบว่า ความเสี่ยงระดับ ๒ = มีความเสี่ยงปานกลาง

E (Escape) = ๐ คะแนน พบว่า ไม่มีความเสี่ยง

๕. ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) : อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) อยากเลิกยาเสพติดตามที่ครอบครัวอยากให้เลิก แต่ไม่แน่ใจว่าการควบคุมตนเองได้ดีหรือไม่ยังไม่มั่นใจกับการมาบำบัดเพื่อเลิกยาครั้งนี้

๖. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- เมื่อวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖ ผลตรวจพิษสุรจนยาเสพติดในปัสสาวะ : Negative

- เมื่อวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖ ผลการตรวจการตั้งครรภ์ : Negative

แผนการรักษาของแพทย์

- Risperidone (๒mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า
- Risperidone (๒mg) ๒ tab oral hs
- Benzhexol (๕ mg) ๑ tab oral hs
- Lithium (๓๐๐mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า
- Lithium (๓๐๐mg) ๑ tab oral hs

- Clopromazine (๑๐๐ mg) ๑ tab PRN for insomnia
- Clopromazine (๑๐๐ mg) ๑ tab oral hs
- Clozapine (๒๕ mg) ๑ tab oral hs
- Fluphenazine (๒๕ mg) inject. ทุก ๔ สัปดาห์
- Multivitamin ๑ x ๓ oral pc
- Vitamin B๑-๖-๑๒ ๑ x ๓ oral pc

ตารางที่ ๒. สรุปอาการและการเปลี่ยนแปลง แผนการรักษาและกิจกรรมพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาล

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
๒๙ กันยายน ๒๕๖๖ (แรกรับตีกลอนพิษยา)	รับใหม่ เวลา ๑๒.๒๕ น. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สด ชื่น อารมณ์สงบ ไม่เต็มใจ บำบัดรักษา	check V/S , ประเมิน SAVE, แบบคัดกรองโรค ซึมเศร้า ตามแผนรักษา ผู้ป่วย - เผื่อระวังอาการขาดถอน พิษ - ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น - ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด - ดูแลให้ยาตามแผนการ รักษาของแพทย์ - Risperidone (๒mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า - Risperidone (๒mg) ๒ tab oral hs - Benzhexol (๕ mg) ๑ tab oral hs - Lithium (๓๐๐mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า - Lithium (๓๐๐mg) ๑ tab oral hs - Clopromazine (๑๐๐ mg) ๑ tab PRN for insomnia - Clopromazine (๑๐๐ mg) ๑ tab oral hs	สัญญาณชีพปกติ คะแนน SAVE : S (suicide) = ๒ คะแนน พบว่า ความ เสี่ยงระดับ ๑ = มี ความเสี่ยงน้อย, A (Accident) = ๖ คะแนน พบว่า ความ เสี่ยงระดับ ๒ = มี ความเสี่ยงปานกลาง , V (Violen) = ๑๐ คะแนน พบว่า ความ เสี่ยงระดับ ๒ = มี ความเสี่ยงปานกลาง , E (Escape) = ๐ พบว่า ไม่มี ความ คะแนน ๒Q = ๐ - ไม่มีอาการถอนพิษ ยา

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		- Clozapine (๒๕ mg) ๑ tab oral hs - Fluphenazine (๒๕ mg) inject. ทุก ๓ สัปดาห์ - Multivitamin ๑ x ๓ oral pc - Vitamin B๑-๖-๑๒ ๑ x ๓ oral pc	
๑ ตุลาคม ๒๕๖๖	ร้องให้ บอกกลัวว่า ถ้าตนเอง รับประทานยาต้าน อาการทางจิตเวช ต้องเกิดอาการ ช้างเคี้ยวแน่นอน ไม่ ยอมรับประทานยา ตามแผนการรักษา	- อธิบายให้รับฟังถึง ความสำคัญที่ต้อง รับประทานยาต้านอาการ ทางจิตเวช/อาการช้างเคี้ยว ที่อาจเกิดขึ้น/ให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัว ขณะมี รับประทานยาต้านอาการ ทางจิตเวช /ป้องกัน อุบัติเหตุ -ให้กำลังใจในการปรับตัว เพื่ออยู่บำบัดรักษาครบ ขึ้นตอน	- ผู้ป่วยรับฟัง ปฏิบัติ ตามคำแนะนำ - ร่วมมือในการ รับประทานยาตาม แผนการรักษา - ไม่เกิดอาการ ช้างเคี้ยวจากยาต้าน อาการทางจิตเวช
๔ ตุลาคม ๒๕๖๖	- อยากกลับบ้าน ไม่ อยากรักษาต่อ	-เปิดโอกาสให้ระบาย ความรู้สึก ความต้องการใน การบำบัดรักษา -ให้ข้อมูลแผนการรักษา -ประเมินแรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) อยู่ใน ขั้นเฉยเมย (Pre - contemplation) - เสริมสร้างแรงจูงใจในการ บำบัด -ให้กำลังใจในการ บำบัดรักษา	หลังให้คำแนะนำ ผู้ป่วยบอกจะอยู่ บำบัดให้ครบ ๒ สัปดาห์

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
๖ ตุลาคม ๒๕๖๖	- บ่นอยากกลับบ้าน ไม่ยอมรับรักษา มากกว่า ๒ สัปดาห์	- ประเมินแรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) - เสริมแรงจูงใจในการ บำบัดรักษา	- ผู้ป่วยปรับตัวได้ - หลังให้คำแนะนำ ผู้ป่วยรับการบำบัด ต่อเนื่อง
๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๖	ผู้ป่วยบอกว่าเริ่ม ปรับ ตัวได้ มีความ พร้อมในการอยู่ บำบัดรักษามากขึ้น	- กระตุ้นเข้าร่วมกิจกรรม บำบัด - ดูแล ให้คำแนะนำการ ปฏิบัติตามตารางกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วย	- ผู้ป่วยปรับตัวได้ - ปฏิบัติตามตาราง กิจวัตรประจำวัน
๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๖	- บ่นกังวลเรื่องที่ บ้านอยากกลับบ้าน	- ประเมินแรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) - เสริมแรงจูงใจในการ บำบัดรักษา	- ผู้ป่วยปรับตัวได้ - หลังให้คำแนะนำ ผู้ป่วยรับการบำบัด ต่อเนื่อง
๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๖	- รู้สึกไม่พอใจเพื่อน ผู้ป่วย บอกเพื่อนให้ ผ้าห่มมากกว่าคนอื่น เพื่อนได้ย้ายเข้า ระยะฟื้นฟูก่อน ตนเอง รู้สึกหึงหวง เพื่อนผู้ป่วยใหม่ ไม่ให้เพื่อนผู้ป่วยอื่น เข้ามายุ่งเกี่ยวกับ	- ประเมินพฤติกรรมด้วย แบบประเมิน SAVE ซ้ำ - จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความ ปลอดภัยป้องกันการทำ ผู้อื่น - ให้ความรู้ความรู้สึก แยก ผู้ป่วยให้พักคนละห้องกับ เพื่อนที่มีปัญหา - ประเมินทัศนคติและ การปฏิบัติตัวซ้ำ - ติดตามสังเกตพฤติกรรม รุนแรง	- ผลการประเมิน SAVE = SoAbV๑๐ E๐ - ผู้ป่วยและเพื่อน ผู้ป่วยปลอดภัย
๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖	กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ไม่มีเงินซื้อของ ไม่มี ของใช้	- ประเมินปัญหา และความ ต้องการ - ให้คำแนะนำเรื่องการ ประหยัดค่าใช้จ่าย	หลังให้คำแนะนำ ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		- ให้หาแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อลดปัญหาค่าใช้จ่าย - ติดต่อผู้ดูแลประสานเรื่องค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล	ถูกต้อง ไม่เกิดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย
๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖	ให้ความร่วมมือดี มีพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคะแนนอยู่ในเกณฑ์ดี ย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความมั่นใจในการเลิกยาเสพติด	- ประเมินพฤติกรรม - ประเมิน stage of change -เสริมแรงจิตใจในการเลิกยาเสพติด	- คะแนนพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ ดี ปานกลาง - stage of change อยู่ในระยะตัดสินใจ (Determination)
๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖		ย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ - รับผิดชอบต่อความดูแล	
๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๖	บอกคั่นหนังสือรีดเดอร์พบเป็นหา	-ตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผมและศีรษะ -รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา -ดูแลและกระตุ้นให้สระผมด้วยแชมพูกำจัดเหา -ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาวะส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ การดูแลความสะอาดหนังศีรษะและเส้นผม -แนะนำการหลีกเลี่ยงใช้ของใช้ส่วนบุคคลร่วมกับคนอื่น	-ปฏิบัติตามแนะนำสระผมทุกครั้งเมื่ออาบน้ำ -หนังศีรษะและเส้นผมสะอาดไม่มีเหา ไม่มีกลิ่น
๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๖	กังวลเรื่องระยะเวลาการบำบัด สอบถามว่าจะต้องอยู่ไหม	- ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)	ผู้ป่วยยอมรับการบำบัดรักษาต่อบอกจะรอจนกว่าจะมา

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
	เมื่อไหร่จะได้กลับบ้าน	อยู่ในขั้นลึกลับ (contemplation) - ติดต่อประสานญาติ (ผู้ใหญ่บ้าน) เกี่ยวกับ แผนการรักษา/ความพร้อม ในการรับผู้ป่วยกลับสู่สังคม พร้อมให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย - เสริมแรงจูงใจในการ บำบัดรักษา	รับ ยังมีสีหน้าไม่สด ชื่น
๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๖	อีตอัดแน่นท้องไม่ ถ่ายอุจจาระเป็น เวลา ๑ สัปดาห์	- ประเมินอาการอีตอัดแน่น ท้อง แนะนำการปฏิบัติตัว เช่น รับประทานอาหารที่มีกาก ใยเยอะ ดื่มน้ำ ๒-๓ ลิตร/ วัน - แนะนำให้ออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหว ของลำไส้ - รายงานแพทย์พิจารณา การรักษา - ดูแลให้รับยาตามแผนการ รักษาของแพทย์	- ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ขับถ่ายได้ปกติ - ได้รับยาตาม แผนการรักษาของ แพทย์
๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖	มีความคิดหลงผิด ระแวงเพื่อนผู้ป่วย คิดว่ามาสิงอยู่ในร่าง ตนเองออกคำสั่งให้ ตนเองทำในสิ่งต่างๆ ตนไม่ยอมทำแต่ ควบคุมตนเองไม่ได้ บอกว่าคนที่สิงร่าง ตนคือเพื่อนผู้ป่วยใน ตึก	- ประเมินอาการทางจิตเวช ให้ผู้ป่วยเล่าและอธิบาย เหตุการณ์ที่มีวิญญานสิง ตามที่ผู้ป่วยคิด - รับฟังแสดงความเข้าใจให้ ข้อมูลที่เป็นจริง - จัดสถานที่ให้ปลอดภัย - แนะนำการปฏิบัติตัวหาก มีคำสั่งจากวิญญานซ้ำให้ บอกแก่เจ้าหน้าที่ก่อนทุก ครั้ง และห้ามทำตามคำสั่ง ก่อนที่จะบอกเจ้าหน้าที่ - รายงานแพทย์ให้ยา	- ผู้ป่วยรับฟัง คำแนะนำ บอกยังมี คำสั่งให้กวาดพื้นซ้ำ ๆ - ยังคิดว่ามีวิญญาน มาสิงในตนเองจริง - ผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่น ปลอดภัย

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		Fluphenazine (๒๕ mg) IM stat at ๑๐.๐๐ น.	
๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖	- กังวลอยากกลับบ้าน ไม่อยากอยู่ บำบัดต่อ	- ประเมินแรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) - เสริมแรงจูงใจในการ บำบัดรักษา	- ผู้ป่วยปรับตัวได้ - หลังให้คำแนะนำ ผู้ป่วยรับการบำบัด ต่อเนื่อง
๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๖	เป็นเหา ผู้ป่วย ปฏิเสธตัดผมสั้น แต่ ไม่ค่อยชอบสระผม จะสระผม ๔-๕ วัน/ ครั้ง	- ประเมินสุขภาวะส่วน บุคคล - แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว สระผมให้สะอาด สระทุกวัน หมั่นหวีผมบ่อยๆ - แนะนำหลีกเลี่ยงใช้ของใช้ ร่วมกับคนอื่น เช่น หวี ผ้าเช็ดตัว - รายงานแพทย์เพื่อ พิจารณาให้ยา ดูแลให้รับยา ตามแผนการรักษา	- รับฟังคำแนะนำ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖	ควบคุมตนเองไม่ได้ อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย พูดโดยไม่ควบคุมต่อ ว่า ช่มชู้เพื่อนผู้ป่วย	- ประเมินอาการทางจิตเวช อารมณ์ ความคิด - ให้คำแนะนำการจัดการ กับอารมณ์ ความอดทน - ดูแลให้รับประทานยาตาม แผนการรักษา - ดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมให้ ปลอดภัย - สังเกตพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ อย่างใกล้ชิด	- รับฟังคำแนะนำ - ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับยาตามแผนการ รักษา
๘ ธันวาคม ๒๕๖๖	มีความคิดหลงผิด ระแวงเพื่อนผู้ป่วย คิดว่ามาสิงอยู่ในร่าง ตนเอง แสดง	- ประเมินอาการทางจิตเวช ให้ผู้ป่วยเล่าและอธิบาย เหตุการณ์ที่มีวิญญานสิง ตามที่ผู้ป่วยคิด	- ผู้ป่วยรับฟัง คำแนะนำ บอกรู้สึก ว่ามีเพื่อนมาสิงร่าง

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
	อารมณ์ไม่สัมพันธ์กันบางครั้งร้องไห้ บางครั้งทำทางเศร้า	<ul style="list-style-type: none"> - รับฟังแสดงความเข้าใจให้ข้อมูลที่แท้จริง - จัดสถานที่ให้ปลอดภัย - ประเมินความรู้สึก ความคิด - แนะนำเมื่อความรู้สึกว่ามีคนมาสิงร่าง มีคนมาคุยด้วยมาสั่ง ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนทุกครั้ง 	เมื่อคืนแต่หายไปแล้ว - ผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่นปลอดภัย
๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๖	หวาดระแวงเพื่อน คิดว่าเพื่อนมาสิงร่างตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการทางจิตเวช ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง - จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัย ลดสิ่งเร้า - ให้ข้อมูลที่แท้จริง แนะนำเรื่องการจัดการ อารมณ์ ความรู้สึก - รายงานแพทย์พิจารณา ปรับ Fendec ๒๕ mg IM q ๔ สัปดาห์. เดิมปรับเป็น Fendec ๒๕ mg IM q ๓ สัปดาห์ และ stat - ดูแลให้รับยาตามแผนการรักษา - ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยรับฟังคำแนะนำ - ได้รับความปลอดภัย - ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรง - ผู้ป่วยปลอดภัย
๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๖	หวาดระแวงเพื่อน บอกรู้เพื่อนแอบลั่นใส่ตนเอง อยากทำร้ายเพื่อนแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการทางจิตเวช ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง - จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัย ลดสิ่งเร้า - ให้ข้อมูลที่แท้จริง แนะนำเรื่องการจัดการ อารมณ์ ความรู้สึก 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยรับฟังคำแนะนำ - ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรง - ผู้ป่วยปลอดภัย

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		- ให้เข้าร่วมกลุ่ม Self-help	
๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๖	แพทย์ปรับเปลี่ยนยาในการรักษา	- ดูแลให้รับยาตามแผนการรักษา - off ยา Lithium ๓๐๐ mg - ให้ Depakin (๒๐๐ mg) ๑x๑ pc เช้า - Depakin (๕๐๐ mg) ๑ po hs	
๓ มกราคม ๒๕๖๗	อาการสงบ ยอมรับพฤติกรรม ให้ความร่วมมือดี	- เสริมแรงจูงใจในการบำบัดรักษา - ให้คำแนะนำรายบุคคล - กระตุ้นเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด	- ผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำ - ยังไม่แน่ใจระยะเวลาการอยู่บำบัด - เข้าร่วมกิจกรรมทุกกลุ่มกิจกรรม
๒๓ มกราคม ๒๕๖๖	ญาติ (ผู้ใหญ่บ้าน) ขอรับตัวผู้ป่วยกลับบ้านไป โดยแพทย์อนุญาต นัดให้ยา กลับไปรับประทาน ต่อที่บ้าน ติดตามผล ๒ สัปดาห์	- ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการจำหน่าย - รายงานแพทย์ รับยา กลับไปรับประทานต่อเองที่บ้าน - Risperidone (๒mg) ๑ x ๑ pc เช้า - Risperidone (๒mg) ๑ tab hs - Benzhexol (๕mg) ๑ x ๑ pc เช้า - Clopromazine (๑๐๐mg) ๑ tab hs - Clozapine (๑๐๐mg) ๑/๔ tab hs - Depakine (๒๐๐mg) ๑ x ๑ pc เช้า - Depakine (๒๐๐mg) ๑ tab hs	- ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เข้าใจคำแนะนำ

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		- ให้คำแนะนำเมื่อกลับไป อยู่ที่บ้าน - นัดติดตามผล ๒ สัปดาห์	

ทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วย

ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปเปลาว (Interpersonal Nursing Theory of Hildegard Peplau) เป็นทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ให้ความสำคัญกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ว่าจำเป็นต้องได้รับอย่างเพียงพอทั้งความต้องการทางสรีระและการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บุคคลมีความต้องการเฉพาะตน เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง จะเป็นผลให้เกิดความไม่พอใจ ความคับข้องใจ ความเครียด และความวิตกกังวลได้ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล ทั้งนี้พยาบาลและผู้ป่วยจะมีบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละคน ในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ เพปเปลาวเชื่อว่าผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหาและสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีคือ สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลสามารถสังเกตได้ ศึกษาได้ อธิบายได้ ทำความเข้าใจได้ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพปเปลาวเชื่อว่าพฤติกรรมของพยาบาลในฐานะบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุคคลที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการพยาบาล เป้าหมายของการพยาบาลคือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและสามารถแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเองได้ ทั้งนี้การสร้างสัมพันธภาพประกอบด้วย ๓ ระยะสำคัญคือ ระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (orientation phase) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ซึ่งประกอบด้วย ระยะกำหนดปัญหา (identification phase) ระยะจัดการกับปัญหา (exploitation phase) และระยะสิ้นสุด (termination phase) โดยบทบาทพยาบาลเป็นผู้ ให้ข้อมูลและตอบคำถามในสิ่งที่ผู้ป่วยสงสัย เป็นครูช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นผู้ชี้แนะไปสู่วิถีทางที่ถูกต้อง เป็นตัวแทนของญาติ พี่น้องหรือผู้ปกครองของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการ และเป็นผู้ให้การปรึกษา สนับสนุนประสบการณ์ต่างๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ผู้ป่วยมีปัญหาการจัดการอารมณ์และความรู้สึกของตัวเอง ขาดการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวและผู้อื่น ไม่มีที่ปรึกษาที่ตนเองวางใจ มองคุณค่าในตนเองต่ำใช้ยาเสพติดซ้ำเพื่อแก้ปัญหา หลีกหนีปัญหา หวาดระแวงคนรอบข้างก่อให้เกิดการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองไม่ได้จนถึงขั้นลงมือทำร้ายน้องจนเสียชีวิตและทำร้ายร่างกายคนอื่นจนบาดเจ็บ ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลควรสร้างความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ยอมรับในความเป็นบุคคล เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วย ให้การปรึกษา ให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกออกมา บอกปัญหาความต้องการ ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธภาพและสื่อสารระหว่างกัน ให้ข้อมูลที่เป็นจริง ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม การจัดการกับความคิด อารมณ์ไม่พึงประสงค์ของตนเองเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาให้กับตนเองได้ไม่เกิดโรคจิตเภทมีอาการหวาดระแวงซ้ำ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ทำร้ายผู้อื่นและสามารถเลิกยาเสพติด ใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล (ตามกระบวนการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญ เรียงไปตามสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตมากที่สุดไปน้อย ประกอบด้วย)

ปัญหาที่ ๑ เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากพร่องในการควบคุมอารมณ์

(พบปัญหาระหว่างวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะระบุปัญหา (identification phase) โดยการค้นหาสาเหตุปัญหาของผู้ป่วย และระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) โดยการพัฒนาการเข้าใจตนเอง และการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ในแนวทางที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางสร้างสรรค์ และเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

S: จากประวัติ ไม่นอน มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายร่างกายน้องจนเสียชีวิตและทำร้ายญาติแฟนบาดเจ็บ

O: ตาขวาง ท่าทางไม่เป็นมิตร

O: จากการสังเกตผู้ป่วย พบว่า มีสีหน้าท่าทางหงุดหงิด และพูดต่อว่าเพื่อนสมาชิก

เป้าหมายทางการแพทย์พยาบาล

ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้ไม่ทำร้ายตนเองและผู้อื่น

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถอยู่รวมกับผู้อื่นได้
๒. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
๓. ผู้ป่วยไม่หงุดหงิด มีท่าทางที่เป็นมิตร

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างหรือไม่ และเกิดขึ้นตอนใดมีการตอบสนองอย่างไร โดยการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับประสาทสัมผัสทั้ง ๕ คือ ตา หู จมูก ลิ้น และสัมผัสทางกายเพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือ ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

๒. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ครั้งละ ๔๕ นาที โดยรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดด้วยความใส่ใจ อดทน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เพื่อกำหนดปัญหาของผู้ป่วย และเพื่อการวางแผนแก้ไขปัญหา

๓. ให้การยอมรับผู้ป่วยในเรื่องของความคิดของผู้ป่วย ซึ่งทำได้โดยการรับฟังและไม่ได้แย้งและบอกความเป็นจริงให้กับผู้ป่วยได้รู้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือกคิดและตัดสินใจเองจากความจริงที่ได้บอกแก่ผู้ป่วย

๔. พยาบาลประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายคนอื่น โดยสังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามีอารมณ์หงุดหงิด ตาขวาง อาการหุนหันพลันแล่นมาชู่ทำร้ายหรือมาด่าหรือไม่

๕. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และปัญหาของตนเองเพื่อกำหนดปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและหาแนวทางแก้ไข

๖. แนะนำวิธีการควบคุมอารมณ์ และการระบายอารมณ์ที่เหมาะสม โดยให้ผู้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลายหายใจ และให้ผู้ผู้ป่วยเดินหนีสถานการณ์ที่ทำให้โกรธ และให้ผู้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้

๗. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และประเมินอาการข้างเคียงของยา ซึ่งในการรักษาครั้งนี้ผู้ป่วยได้รับยา

- Risperidone (๒mg) ๑ x ๑ pc เช้า
- Risperidone (๒mg) ๑ tab hs
- Benzhexol (๕mg) ๑ x ๑ pc เช้า
- Clopromazine (๑๐๐mg) ๑ tab hs
- Clozapine (๑๐๐mg) ๑/๔ tab hs
- Depakine (๒๐๐mg) ๑ x ๑ pc เช้า
- Depakine (๒๐๐mg) ๑ tab hs
- Litium (๓๐๐ mg) ๑ x ๑ pc เช้า
- Litium (๓๐๐ mg) ๒ tab hs

๑๑. นำผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับผู้อื่นกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร การแนะนำตนเองให้ผู้อื่นได้รู้จัก เช่น กิจกรรมนันทนาการ หลีกเลี้ยงกิจกรรมที่ต้องแข่งขัน ต่อสู้เอาชนะเพราะอาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมระแวงหรือก้าวร้าวมากขึ้น

๑๒. มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด สังเกตพฤติกรรมและอาการเปลี่ยนแปลงตลอด ๒๔ ชั่วโมง ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่นให้รายงานให้หัวหน้าทีมทราบ เพื่อวางแผนการพยาบาลต่อไป

๑๓. สังเกตอาการ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก และบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงอย่างละเอียดลงในบันทึกทางการพยาบาล และส่งเวรต่อ ระวังอันตรายต่อผู้อื่น

ประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่มีอารมณ์หงุดหงิด และควบคุมตนเองได้ดีสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้
- ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอื่น และเจ้าหน้าที่

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข แต่ยังไม่สิ้นสุดพยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมและ ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๒ เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง (พบปัญหาหาระหว่าง ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๗)

อยู่ในระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) โดยการพัฒนาการเข้าใจตนเอง และการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ในแนวทางที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางสร้างสรรค์ และเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าปากแห้งเล็กน้อย ง่วง มีน้

O : แพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาดังนี้

- Risperidone (๒mg) ๑ x ๑ pc เช้า
- Risperidone (๒mg) ๑ tab hs
- Benzhexol (๕mg) ๑ x ๑ pc เช้า
- Clopromazine (๑๐๐mg) ๑ tab hs
- Clozapine (๑๐๐mg) ๑/๔ tab hs
- Depakine (๒๐๐mg) ๑ x ๑ pc เช้า

- Depakine (๒๐๐mg) ๑ tab hs

เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุและได้รับพิษจากฤทธิ์ของยาที่ใช้ในการบำบัด

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุใดๆในระหว่างการบำบัดรักษา
๒. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะพิษของยาที่ใช้ในการบำบัด ได้แก่ ง่วงซึมมาก มือสั่น ปากแห้งและคอแห้งมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ง่วงซึม เดี๋ยวเซ
๒. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการข้างเคียงของยาจิตเวชที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ง่วงนอน เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง เป็นต้น
๓. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
๔. พิจารณารายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยามากขึ้น หรือไม่สุขสบายจนไม่สามารถรับประทานยาได้
๕. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๖ - ๘ แก้ว รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ เปลี่ยนอิริยาบถบ้าง เช่น ขณะลูกนั่งหรือเปลี่ยนจากนอนมาเป็นนั่งหรือยืน
๖. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ้าง ระวังการเกิดอุบัติเหตุ
๗. ประเมินสัญญาณชีพ หากพบอาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ทันที

ประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุใดๆในระหว่างการบำบัดรักษา ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะพิษของยาที่ใช้ในการบำบัด ได้แก่ ง่วงซึมมาก มือสั่น ปากแห้งและคอแห้งมากขึ้น สัญญาณชีพปกติ BP = ๑๑๐/๗๐ mm, PR=๖๘ BPM, RR=๑๘ BPM

๒. ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาทางจิตเวชที่ไม่รุนแรง ได้แก่ มีอาการง่วงนอนมากในเวลากลางวัน มึนศีรษะ ปากแห้ง เมื่อได้รับคำแนะนำผู้ป่วยเข้าใจ กังวลกับอาการที่เกิดขึ้นเล็กน้อย

๓. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ
๔. รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์
๕. สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข แต่ยังไม่สิ้นสุด พยาบาลต้องให้การดูแลต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๓ อ่อนเพลียเนื่องจากแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง

(พบปัญหาหาระหว่างวันที่ ๒๒ ถึงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๕)

อยู่ในระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพปพลาว สามารถวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบ่นว่าเบื่อ อยากกลับบ้านไม่อยากทำกิจกรรม นอนกลางวันมากไม่ได้ทำกิจกรรมเพื่อนสมาชิกว่าขี้เกียจ

O: มีอาการอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง ไม่กระตือรือร้นในการพูด เดินช้า เคลื่อนไหวร่างกายช้า

- O: ง่วงหลับ ขณะทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด
- O: นอนหลับกลางวันไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด

เป้าหมายทางการพยาบาล

๑. นอนหลับได้ปกติมากขึ้น
๒. อาการอ่อนเพลียลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. นอนหลับได้ปกติมากขึ้น
๒. ผู้ป่วยสดชื่น แจ่มใสขึ้น อาการอ่อนเพลียลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วย โดยซักถามถึงเวลาในการเข้านอนและเวลาตื่นนอนของผู้ป่วย สังเกตอาการนอนไม่หลับ เช่น ขอบตาคั่ว อาการหาวนอนสีหน้าไม่สดชื่น ไม่มีสมาธิ เป็นต้น เพื่อประเมินถึงการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย

๒. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลจนนอนไม่หลับ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและคลายความวิตกกังวล

๓. แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมที่ต้องใช้แรง เช่น การออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อให้ร่างกายได้มีการใช้แรงในตอนกลางวัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอนหลับในตอนกลางคืนได้ง่ายขึ้น

๔. แนะนำเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น และสังเกตอาการข้างเคียงภายหลังการให้ยา เช่น รีเฟล็กซ์ลดลง ง่วงซึม สับสน มองภาพไม่ชัด เป็นต้น

ประเมินผล

ผู้ป่วยสดชื่น แจ่มใสขึ้น อาการอ่อนเพลียลดลง นอนหลับได้ปกติมากขึ้น ไม่บ่นเรื่องการนอนหลับ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดได้ดีขึ้น การเคลื่อนไหวร่างกายว่องไวขึ้น

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข และสิ้นสุด เมื่อวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

ปัญหาที่ ๔ มีสัมพันธภาพบกพร่องเนื่องจากไม่ไว้วางใจผู้อื่น

(พบปัญหาระหว่างวันที่ ๑๔ ถึง ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพปพลาว สามารถวางแผน และให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าไม่อยากคุยกับใคร ไม่อยากอยู่ใกล้คนอื่น กลัวเขาจะตี

O: จากการสังเกต พบว่า ผู้ป่วยไม่ค่อยคุยกับใครเลย ถ้าไม่มีใครชวนคุย

O: เมื่อเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยไม่ค่อยพูด ผู้ป่วยจะนั่งก้มหน้า ไม่กล้าแสดงออก ต้องคอยกระตุ้นอยู่บ่อย ๆ

O: เวลาคนเข้าไปคุยด้วยจะมองซ้าย มองขวาทำทางระมัดระวัง

เป้าหมายทางการพยาบาล

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสาร และร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยสื่อออกถึงความต้องการของตนเองกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้ป่วยอื่นได้ตามปกติ
๒. ผู้ป่วยแยกตัวลดลง สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยอื่นได้อย่างน้อยวันละ ๒ - ๓ คน
๓. ผู้ป่วยสามารถระบุ และบอกชื่อเพื่อนผู้ป่วยที่สนิทได้อย่างน้อย ๒ - ๓ คน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อพัฒนาความไว้วางใจ โดยการทักทาย แนะนำตัวเอง บอกความตั้งใจในการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาล
๒. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพุดคุยระบายความรู้สึก เกี่ยวกับการที่แยกตัวอยู่ลำพัง รับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ไม่ตำหนิ และไม่แสดงความคิดเห็นขัดแย้งในการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วย
๓. อธิบายถึงประโยชน์ของการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น และวิธีการสื่อสาร เช่น การกล่าวคำทักทาย
๔. พยาบาลบอกถึงผลดีของการมีเพื่อนและแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรู้จักผู้ป่วยอื่น อยากรู้จักอยากคุยด้วยก่อน ๑-๒ คน และไม่ใช่คำพุดกระชิบ โดยเริ่มจากผู้ผู้ป่วยที่ผู้ป่วยอยากคุยด้วยก่อน เมื่อผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยกันดีแล้วจัดให้ผู้ผู้ป่วยได้พุดคุยกันเอง และค่อยแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรู้จักกับผู้ป่วยอื่นเพิ่มขึ้นอีก
๕. ให้คำชมเชยทุกครั้งและผู้ผู้ป่วยเริ่มมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น บอกว่าดีแล้วคุณทำถูกต้องแล้ว เพื่อส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วย
๕. บอกถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกิจกรรมบำบัด
๖. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่จัดในหอผู้ป่วย โดยเริ่มจากกิจกรรมกลุ่มย่อยก่อน เช่น ทำไม้พันสาลี ต่อภาพ เล่นหมากรุก ครั้งละ ๓๐ นาที เมื่อผู้ป่วยมีสมาธิสามารถร่วมกิจกรรมได้นำผู้ป่วยเข้ากลุ่มปกติ
๗. ให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อผู้ป่วยสามารถร่วมกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม
๘. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถพุดคุยกับผู้อื่นได้ ๔-๕ คน เมื่อคนอื่นหรือพยาบาลเข้าไปคุยด้วย ไม่มีท่าทางมองซ้าย มองขวา ระมัดระวังตัวลดลง ไม่แยกตัวอยู่คนเดียว สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้ป่วยอื่นได้ และสามารถระบุชื่อเพื่อนผู้ป่วยได้

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข แต่ยังไม่สิ้นสุด ดังนั้นพยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมและ ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๕ สุขวิทยาส่วนบุคคลบกพร่อง เนื่องจากขาดความสนใจในตนเอง

(พบปัญหาหาระหว่างวันที่ ๑๓ - ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพปพลาว สามารถวางแผน และให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบอกว่าไม่ชอบอาบน้ำ ไม่ชอบสระผม
- S: ผู้ป่วยบอกว่าไม่อยากตัดผมสั้น
- O: ผู้ป่วยมีเหา เส้นผมมัน เส้นผมมีรังแคเกาะ มีกลิ่นปาก มีกลิ่นตัว
- O: ตรวจร่างกายพบว่ามีเกลื้อนตามตัว

เป้าหมายทางการพยาบาล

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสนใจ และใส่ใจการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลในเรื่องต่างๆ โดยที่ไม่ต้องมีคนคอยกระตุ้น

๒. ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาด ไม่เป็นเหา

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม ตัดเล็บมือเล็บเท้าได้เองโดยไม่ต้องมีคนคอยกระตุ้น หรือกระตุ้นน้อยลง

๒. ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาด เปลี่ยนเสื้อผ้าชุดใหม่ตามกำหนด เล็บมือเล็บเท้าตัดสั้น และสะอาด ผมไม่มัน ไม่มีรังแคเกาะตามเส้นผม ปากและฟันสะอาด ไม่มีกลิ่น

๓. เคลื่อนตามร่างกายของผู้ป่วยจางลง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อพัฒนาความไว้วางใจ โดยการทักทาย แนะนำตัวเอง บอกความตั้งใจในการช่วยเหลือ

๒. ชี้ให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ของการดูแลความสะอาดของร่างกายรวมทั้งการดูแลสุขวิทยาต่าง ๆ

๓. กระตุ้นผู้ป่วยให้สนใจเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกาย และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง

๔. สังเกตความสนใจในการทำกิจวัตรต่าง ๆ

๕. ประเมินความสะอาดของร่างกาย เช่น เส้นผมและหนังศีรษะ เล็บมือ เล็บเท้า ปาก ฟัน และกลิ่นปาก ว่าสะอาดหรือไม่

๖. อำนวยความสะดวกเกี่ยวกับอุปกรณ์ทำความสะอาดร่างกาย เช่น สบู่ ยาสระผม แปรงสีฟัน ยาสีฟัน เสื้อผ้าชุดใหม่ ผ้าเช็ดตัว แป้ง หวี หรือกรรไกรตัดเล็บ

๗. สนับสนุน ชมเชย และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สำเร็จ หรือแสดงออกในพฤติกรรมที่เหมาะสม

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยร่วมมือในการเปลี่ยนเสื้อผ้า แปรงฟัน สระผม ตัดเล็บเอง โดยที่ไม่ต้องให้คนไปกระตุ้นมาก ร่างกายบางส่วนสะอาดขึ้น ตรวจจับร่างกายไม่พบเหาและไข่เหา เคลื่อนจางลงไม่มีการกระจายเพิ่มขึ้น

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไขสิ้นสุดเมื่อวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

ปัญหาที่ ๖ วิดกกังวลเนื่องจากอยากกลับบ้าน

(พบปัญหาระหว่างวันที่ ๑๔, ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพปพลาว สามารถวางแผน และให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “อยากกลับบ้านคิดถึงพ่อ ติดพ่อไม่ได้”

O: ผู้ป่วยร้องขอโทรศัพท์ติดต่อญาติบ่อยครั้ง

O: ผู้ป่วยสีหน้าไม่แจ่มใส หงุดหงิด ครุ่นคิด วิดกกังวล นั่งคนเดียว

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยบ่นเรื่องกลับบ้านน้อยลง ภายใน ๑ สัปดาห์

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างความสม่ำเสมอในการสนทนา เพื่อการบำบัดการรักษาแบบตัวต่อตัว กับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอทุกวัน วันละ ๓๐ นาที ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและสามารถระบายความรู้สึกไม่สบายใจกับพยาบาลได้

๒. รับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ ช่วยเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจเอง

๓. แนะนำการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล เช่น การรับประทานยาสม่ำเสมอ เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วย การพักผ่อนหย่อนใจ และการผ่อนคลายความเครียดอย่างถูกวิธี

๔. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เช่น การรับประทานยาต่อเนื่อง การมาพบแพทย์ตามนัดการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น หวาดกลัวมากขึ้น มีเสียงหูทำร้ายโดยไม่เห็นตัว (หูแว่ว-ภาพหลอน) เป็นต้น

๕. กระตุ้นให้ผู้ป่วย เข้าร่วมกิจกรรมของหอผู้ป่วยตามความสามารถพร้อมทั้งให้แรงเสริมทางบวกเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

๖. สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม

ประเมินการพยาบาล

ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น หลังจากได้รับคำแนะนำเรื่องการรักษาตัวในโรงพยาบาล และเรื่องการติดต่อประสานงานญาติ ไม่บ่นอยากกลับบ้าน

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข แต่ยังไม่สิ้นสุด พยาบาลต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๗ ผู้ป่วยขาดความตระหนักและการรับรู้ถึงโทษพิษภัยของยาเสพติด

(พบปัญหาหาระหว่างวันที่ ๑๔ และ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพปเปลว และแบบแผนที่ ๑ ของกอร์ดอน ให้คำแนะนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษพิษภัยของยาเสพติด และการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งเสริมสร้างความตระหนัก การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นพบศักยภาพในตนเอง และนำมาใช้ในการปรับตัว แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าที่ชุมชนแถวบ้านผู้ป่วยมีการใช้ยาเสพติดกันเกือบทุกบ้าน มีเพื่อนเสพยาทุกคน ไม่เห็นเขาเดือดร้อนอะไร

S: ผู้ป่วยบอกว่าจะเลิกหรือใช้ขึ้นอยู่กับจิตใจ ที่ผ่านมาร่างกาย จิตใจแกร่ง รับผิดชอบได้ จึงกลับไปเสพยาซ้ำอีก

O : สีหน้าท่าทางเรียบเฉย เฉยเมยขณะพูด

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีความรู้ถึงโทษพิษภัยจากการใช้ยาเสพติด มีความคิดไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. บอกผลกระทบหรือโทษจากการเสพยาเสพติดได้ ๑-๒ ข้อ

๒. บอกวิธีการจัดการอาการอยากยาของตนเองได้ ๑-๒ วิธี

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการบำบัดและเปิดเผยความรู้สึก ความคิด ได้ค้นหาปัญหาาร่วมกัน

๒. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบหรือโทษจากการเสพยาเสพติด เพื่อทราบความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบและโทษของสารเสพติดตามความเข้าใจของผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่

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

๔. ให้กำลังใจผู้ป่วยในช่วงนี้ที่หยุดยาได้ เพื่อให้เข้าใจ และเห็นถึงผลสำเร็จที่เกิดจากผลของความตั้งใจ

๕. พูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุการณ์ ประสบการณ์ต่างๆที่ผ่านมาที่เคยทำให้กลับไปใช้ยา และเรียนรู้การมีพฤติกรรมใหม่ที่ไม่ต้องใช้ยาเสพติด

๗. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใหม่ที่ต่างจากการใช้ยา การออกกำลังกาย การจัดตารางชีวิตประจำวันใหม่ การมีกิจกรรมนันทนาการใหม่ๆในชีวิต

๘. แนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือ หากมีปัญหาสุขภาพฉุกเฉิน หรือต้องการรับการปรึกษา เพื่อให้ข้อมูลแหล่งให้ความช่วยเหลือที่สำคัญให้ผู้ป่วยได้ทราบ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยเรียนรู้เข้าใจโทษพิษภัยของการใช้ยาเสพติด ตอบคำถาม เรื่องโทษพิษภัยได้ถูกต้อง

๑. บอกผลกระทบหรือโทษจากการเสพยาเสพติดได้ ๓ ข้อ คือ ทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนทางจิตเวช

๒. บอกวิธีการจัดการอาการอยากยาของตนเองได้ ๒ วิธี คือ คล้องหนังยางไว้ที่แขน หากิจกรรมอย่างอื่นทำ

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข สิ้นสุดเมื่อวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

ปัญหาที่ ๘. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา

(พบปัญหาระหว่างวันที่ ๑๔, ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี มีแนวคิดในการเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าใช้ยาเสพติดตั้งแต่อายุ ๑๕ ปี โดยด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและช่วยคลายเครียด

S: ผู้ป่วยบอกว่า เวลามีปัญหาไม่สามารถปรึกษาใครได้ หรือคนอื่นมองว่าตนเองไม่ดี มักจะหายาเสพติดมาใช้เพื่อเป็นการประชด

O: จากการประเมิน ผู้ป่วยจบการศึกษาระดับประถมศึกษาไม่เรียนต่อ ผู้ป่วยมีเซาว์ปัญญาไม่สูงนักโดยรับรู้ถึงความบกพร่องของตนเอง เอาแต่ใจ หุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ

O: ผลการประเมินด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติด ของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v.๒ = ๓๙ คะแนน แสดงว่า ผลอยู่ในระดับผู้ติดยาแรง ทำให้มีความยากในการเลิกยาเสพติด

O: จากการประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) : อยู่ในขั้นลังเล (contemplation)

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโทษพิษภัยยาเสพติด ทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและโรคสมองตื้อยา

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม

๓. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยบอกผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด

๒. ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลตนเองไม่ให้กลับไปเสพซ้ำได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินอาการถอนพิษยา ภาวะแทรกซ้อน การให้ยาตามแผนการรักษา

๒. ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด น้ำกระท่อม ยาแก้ปวดชนิดรุนแรง โรคสมองตื้อยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เป็นรูปธรรม

๓. ให้ผู้ป่วยค้นหาข้อดีและข้อเสียของการใช้ยาเสพติดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระตุ้นให้พูดถึงการเปลี่ยนแปลงจากตัวผู้ป่วยเอง

๔. สอนและฝึกหรือให้แสดงบทบาทสมมติ ที่เกี่ยวกับทักษะที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต เช่น ทักษะปฏิเสธ การจัดการกับอารมณ์ และเทคนิคการคลายเครียดต่างๆ แล้วให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่เหมาะสมสำหรับตนเอง

๕. สอนวิธีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เช่น แนะนำผู้ป่วยทำงานอดิเรกที่ตนเองสนใจ การช่วยบิดามารดาทำงาน หลีกเลี่ยงการเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดเพราะจะชักชวนให้เสพยาเสพติดซ้ำ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

๖. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เพื่อมีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แนวทางการเลิกยาเสพติด

๗. ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม หรือตอบคำถามได้ถูกต้อง

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยบอกผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดได้ คือ ทำให้ร่างกายทรุดโทรม และอาจจะเป็นโรคจิตเวชได้

๒. ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลตนเองไม่ให้กลับไปเสพซ้ำได้ถูกต้อง คือ หาที่ปรึกษา และหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข แต่ยังไม่สิ้นสุด ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๙ ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

(พบปัญหาระหว่างวันที่ ๑๔, ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี มีแนวคิดในการเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยอยากกลับบ้าน อยากกลับไปอยู่บ้านกับพ่อ
- S: คิดถึงบ้าน คิดถึงพ่อ ไม่ได้ป่วยอะไร ไม่อยากรักษาต่อ
- O: stage of change = Contemplation (ลังเลใจ)

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาจนครบกำหนดในระยะ ๔ เดือน

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในครบ ๔ เดือน
๒. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบเหตุผลที่ไม่ต้องการอยู่บำบัดรักษาครบกำหนดระยะเวลา ๔ เดือน
๓. ประเมิน stage of change ผู้ป่วยอยู่ในระยะลังเล เสริมสร้างแรงจูงใจ ให้เห็นผลดี ผลเสีย สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถบำบัดได้ครบ ๔ เดือน และชมเชยสิ่งที่ดีที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี เพื่อให้ทราบระดับขั้นตอนของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและให้คำแนะนำได้ถูกต้อง และเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติต่อเนื่อง
๔. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลดความวิตกกังวล

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา มีบางครั้งที่ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ เมื่อให้คำแนะนำสามารถปรับตัวได้
 ๒. ผู้ป่วยร่ำวาทที่จะขอติดต่อญาติทางโทรศัพท์เพื่อยกกลับบ้าน หลังพูดคุยกับญาติแล้วจึงมีการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยรับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์สงขลารวม ๑๑๕ วัน
- ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข แต่ยังไม่สิ้นสุดผู้ป่วยมีโอกาสที่แรงจูงใจในการบำบัดรักษาเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นพยาบาลต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๑๐ วิตกกังวลเรื่องการกลับบ้าน เนื่องจากญาติขาดการติดต่อ

(พบปัญหาระหว่างวันที่ ๑๔ และ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖)

ระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบอกว่า “พ่อไม่ติดต่อมาเลย” “อยากติดต่อพ่อ”
- S: ผู้ป่วยถามว่า “เมื่อไหร่พ่อจะมารับ” “ขอกลับบ้านเองได้ไหม”
- S: ผู้ป่วยบอก “ขอนั่งรอญาติมารับ” “ขอไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด”
- S: ผู้ป่วยสอบถามถึงเรื่องการตามญาติบ่อยครั้ง
- O: ผู้ป่วยมีสีหน้า แววตาไม่แจ่มใส กระวนกระวาย ไม่ร่วมกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ

เป้าหมายทางการพยาบาล

๑. เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีสีหน้า แววตาแจ่มใสขึ้น
๒. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงขั้นตอนการกลับบ้านได้ถูกต้อง
๓. ผู้ป่วยซักถามเรื่องการกลับบ้าน และการตามญาติน้อยลง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายปัญหาความคับข้องใจ พร้อมทั้งประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
๒. ให้ข้อมูลเรื่องการกลับบ้านแก่ผู้ป่วย
๓. จัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน เพื่อจะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนผู้ป่วยคนอื่น
๔. แนะนำถึงข้อปฏิบัติที่จะแสดงให้พยาบาลและแพทย์เห็นว่า ผู้ป่วยอาการดีขึ้นและพร้อมที่จะกลับบ้านได้
๕. แนะนำข้อควรปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่แอบทิ้งยา เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดให้ได้

การประเมินผล

เมื่อให้ข้อมูลเรื่องขั้นตอนการกลับบ้าน และการตามญาติมารับผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับได้มีสีหน้าสดชื่น ไม่ถามเรื่องการกลับบ้านและเรื่องการตามญาติบ่อย ๆ เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดให้ได้ และสามารถบอกถึงขั้นตอนการกลับบ้าน พร้อมทั้งการปฏิบัติตัวที่แสดงให้เห็นว่าอาการดีขึ้น

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข สิ้นสุดเมื่อวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

ปัญหาที่ ๑๑ มีโอกาสอาการกำเริบซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (exploitation phase) เป็นขั้นตอนการแก้ปัญหาหลังจากที่สามารถระบุปัญหาได้แล้ว เพื่อการช่วยเหลือ ผู้รับบริการเห็นคุณค่าของสัมพันธภาพและเห็นประโยชน์ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยถามว่า “หนูต้องกินยาอีกนานไหม หยุดกินยาไม่ได้เหรอ”
- S: ผู้ป่วยพูดว่า “ที่จริงหนูไม่ได้เป็นอะไรหรอก”
- O: จากประวัติการเจ็บป่วยผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำด้วยสาเหตุการกลับไปใช้ยาบ้า
- O: มีประวัติการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ
- O: ขาดคนกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยา

เป้าหมายทางการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยอาการทุเลา ไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำของโรค
๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยได้รับประทานยาทุกวัน และรับยาที่โรงพยาบาลชุมชนตามนัด
๓. สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามศักยภาพ

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการปฏิบัติตน ในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

๒. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัจจัยกระตุ้น ที่เป็นสาเหตุให้อาการทางจิตกำเริบได้ง่าย ตลอดจน การหาแหล่งให้ความช่วยเหลือ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเกี่ยวกับโรคที่ตนเองกำลังเจ็บป่วย อาการและพฤติกรรมที่ เปลี่ยนไป สาเหตุของการเจ็บป่วยแต่ละครั้งจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลรับฟังด้วย ความตั้งใจและใส่ใจ โดยไม่โต้แย้งหรือตำหนิ

๓. อธิบายถึงผลดีของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการสังเกตอาการข้างเคียงของยา และการดูแลตนเองเบื้องต้น เช่น คอแห้งให้ดื่มน้ำบ่อยๆ ถ้ามีอาการวิงเวียน หน้ามืด เวลาเปลี่ยน ท่าให้ระวังอุบัติเหตุ น้ำลายมาก หรือตัวแข็ง ลื่นแข็ง มียาแก้อาการ แต่ถ้ามีอาการมากปรึกษาแพทย์ เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษา

๔. พยาบาลอธิบายถึงวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

- การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรขาดยา หยุดยาเอง ไม่ควรลดหรือเพิ่มเอง
- สังเกตอาการฤทธิ์ข้างเคียงของยา ถ้าเป็นมากให้มาพบแพทย์ ขอปรับการรักษา
- ไม่ควรใช้สารเสพติด หรือดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลังที่มีสารกระตุ้น
- ไม่ควรอยู่ว่างๆ ให้รู้จักทำงานช่วยครอบครัว
- ให้มาพบแพทย์ตามนัด

๕. พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักว่าตัวผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญมากในบทบาท การดูแลตนเองให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และเป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

๖. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยา

๗. สนทนาเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง เข้าใจทั้งเรื่องปัญหาความต้องการ การรับรู้ต่อปัญหา และค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหา ฝึกทักษะของผู้ป่วยในการเผชิญกับตัวกระตุ้น คือ ยาเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดซ้ำเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

๘. นำผู้ป่วยเข้ากลุ่มทักษะพื้นฐานการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา และการเตรียม ความรู้ก่อนกลับบ้าน

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยมากขึ้น สามารถบอกถึงอาการทางจิตเวชได้ บอกเกี่ยวกับการ รับประทานยาได้ถูกต้อง และสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ไม่ใช้สารเสพติด สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ดีขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ไม่ต้องกระตุ้น

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข สิ้นสุดเมื่อ วันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๗

ปัญหาที่ ๑๒ เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

อยู่ในระยะสิ้นสุด (Interminate phase) ของทฤษฎีเพปพลาว ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ และมีความพร้อม สามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการปัญหาได้ ซึ่งมีแรงจูงใจในการเลิกยา

ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติสอบถามการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ญาติต้องทำอะไรถ้ากลับไปใช้ยาอีก จะกลับไปมีอาการเหมือนเดิมอีกไหม และการนัดติดตามอาการ

S: ผู้ป่วยบอกแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ไม่ครอบคลุม

O: -

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการเตรียมตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. วางแผนการจำหน่าย ตามแผนการจำหน่าย D METHOD

๑.๑ D = Disease ให้ความรู้เรื่องยาเสพติด สาเหตุ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ ตลอดจนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการที่ผู้ป่วย เป็นอยู่สรุปเนื้อหาได้ดังนี้ “อาการหูแว่ว นอนไม่หลับกลางคืนที่เกิดขึ้น มีสาเหตุมาจากการใช้ยาเสพติด ยาบ้า สี่คูณร้อย (๔X๑๐๐) การสูบบุหรี่และการดื่มกาแฟ สิ่งเหล่านี้ส่งผลของต่อสารเคมีในสมองทำให้เกิดการรับรู้ที่ผิดปกติไปซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นี้จำเป็นต้องรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องอาจเกิดการกลับเป็นซ้ำได้ หากรับประทานยาไม่ต่อเนื่องร่วมกับมีการใช้ สารเสพติดและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนเพราะมีผลทำให้การออกฤทธิ์ของยาลดลง”

๑.๒ M = Medicine เน้นย้ำการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแผนการรักษา รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาหากมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ปากแห้ง คอแห้ง เวียนศีรษะ ตาพร่ามัว ง่วงนอน เป็นต้น หากอาการไม่รุนแรงสามารถลดอาการข้างเคียงด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ถ้าปากแห้ง คอแห้ง แก้ไขด้วยการจิบน้ำบ่อยๆหรืออมน้ำแข็ง ถ้ามีอาการรุนแรงควรรีบไปพบแพทย์ ไม่หยุดหรือปรับขนาดยาเอง ให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงระยะเวลาผลของการรักษา ซึ่งมักจะเริ่มเห็นผลหลังจากได้รับประทานยาไปแล้ว ๑-๒ สัปดาห์ อย่อย่างละเอียด ดังนี้

- Risperidone (๑) ๑ tab oral pc เช้า,ก่อนนอน
- Benzhexol (๒) ๑ tab oral pc เช้า,ก่อนนอน
- Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral เย็น
- Depakin (๒๐๐) ๑ tab oral เช้า
- Depakin (๕๐๐) ๑ tab oral hs.
- Clonazepam (๐.๕) ๑ tab oral prn for insomnia

๑.๓ E = Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม การจัดการตัวกระตุ้นและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่จะทำให้กลับไปเสพซ้ำให้คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมด้านสถานที่บรรยากาศให้น่าอยู่อาศัย อบอุ่นและปลอดภัยรวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมที่เป็นบุคคล ครอบครัว และสังคมให้อุ่นเป็นมิตร ยอมรับในตัวผู้ป่วย ไม่แสดงท่าทีรังเกียจผู้ป่วยรวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าร่วม กิจกรรมในครอบครัวและสังคม เพื่อป้องกันความเครียดและภาวะถดถอยทางสังคม ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีคนในครอบครัวใช้ยาเสพติด คือ บิดา พยาบาลจึงต้องทำหน้าที่ประสานครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยตระหนักถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลิกยา ในการบำบัดครั้งนี้บิดาได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษายาเสพติดด้วย และพยาบาลมีบทบาท

ในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้สำเร็จ และไม่กลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท

๑.๔ T = Treatment ทักษะที่จำเป็นตามแผนการรักษา ยาเสพติด ได้แก่ ทักษะที่ป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ทักษะการปฏิเสธ การจัดการความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติด การเข้าใจถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกอยากยา ผิดสติให้รับรู้ความรู้สึกอยากยา สามารถจดจำสิ่งกระตุ้นและพยายามหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นนั้น หรือเมื่อต้องเผชิญสิ่งกระตุ้นที่เป็นความคิด ความรู้สึกตนเอง ผู้ป่วยสามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นนั้นได้ทันที โดยการหันเหความสนใจไปทำกิจกรรมอื่น การใช้คำพูดที่เตือนตนเอง (self-talk) อย่างเข้มแข็งและมีพลัง การนึกถึงข้อดีข้อเสียของความคิดนั้น พยายามคิดถึงเหตุการณ์อื่นที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่เป็นสุขแทน จะเป็นการช่วยลดหรือทำให้ความรู้สึกอยากเสพยา นั้นหายไป อีกทั้งเมื่อมีอาการอยากยาให้พูดบอกกับบุคคลที่ไว้ใจได้ เพื่อให้เขาช่วยเหลือออกจากสถานการณ์นั้น หรืออยู่เป็นเพื่อนคอยดูแล ให้กำลังใจ หรือช่วยพาไปหา กิจกรรมอื่น ๆ ที่ปลอดภัยเสพติด นอกจากนี้ครอบครัวของผู้ป่วยควรหมั่นสังเกต ฝ้าติดตามอาการและไต่ถามอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งหากมีการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำหรือมีอาการแย่ง เช่น หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด แยกตัว เป็นต้น ควรให้การช่วยเหลือและรับนำมาพบแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องให้ถึงวันนัด เพื่อรับการรักษาไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น และแนะนำให้ญาติและผู้ป่วยทราบรูปแบบการรักษารวมทั้งการใช้ยา และวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค

๑.๕ H = Health การส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายโดยให้คำแนะนำเรื่องวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองด้วยวิธีการที่เหมาะสม การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามที่ผู้ป่วยชอบและสนใจรวมทั้งการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล หางานอดิเรก หรือเลือกกิจกรรมที่ทำแล้วเกิดความรู้สึกดีหรือทำกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว เพื่อนสนิท หรือคนที่รู้สึกไว้วางใจ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

๑.๖ O = Out patient การมาตรวจและรับยาตามนัด รวมทั้งสังเกตอาการเตือนของอาการทางจิตกำเริบ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด เป็นต้น ซึ่งควรไปพบแพทย์ทันที หากทราบล่วงหน้าว่าไม่สามารถมาในวันนัดได้ ให้แจ้งแพทย์ที่รักษาเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา การที่มาพบแพทย์ตามนัดจะทำให้แพทย์ได้ประเมินอาการ ความก้าวหน้าของการรักษา อาการหรือผลข้างเคียงจากการรับประทานยา เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดกับผู้ป่วย ตลอดจนการขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้านในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

๑.๗ D = Diet การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายคุณค่าครบ ๕ หมู่ รับประทานอาหารครบ ทุกมื้อ หลีกเลี่ยงของหมักดอง ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๘-๑๐ แก้ว หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ น้ำอัดลม งดการใช้สารเสพติด บุหรี่ เพราะจะทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลงและอาการกำเริบได้

๒. การฝึกทักษะการปฏิเสธให้กับผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยถูกชักชวนจากคนในชุมชนหรือเพื่อน โดยการให้ผู้ป่วยคิดถึงผลที่จะตามมาหากไม่กล้าปฏิเสธจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองบ้าง

๓. การเตรียมครอบครัวและเตรียมชุมชน เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนให้ครอบครัวและ

ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบลดลง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพไม่รู้สึกรับภาระของครอบครัวอีกด้วย

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วย ครอบครัว บอกว่าเข้าใจคำแนะนำและมีความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน แต่ยังคงมีความกังวลเล็กน้อยว่าผู้ป่วยจะกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ และส่งผลให้อาการของโรคจิตเภทกลับเป็นซ้ำอีก

สรุปผลการดูแลและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

๑. จากกรณีศึกษาผู้ป่วยไม่ได้สมัครใจเข้ารับการรักษาด้วยตนเอง ผู้นำชุมชนวางแผนให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยการไปรับตัวผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และบิดาของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาติดนอนพิษยาชายในวันเดียวกันกับผู้ป่วย ขณะอยู่บำบัดระยะถอนพิษยาผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดรักษาต่อระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมระยะเวลาอยู่บำบัดระยะถอนพิษยาจำนวน ๔๓ วัน แต่หลังจากการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา เสริมแรงใจในการบำบัดรักษา การมีเป้าหมายชีวิต จนผู้ป่วยยินยอมอยู่บำบัดรักษาต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีเป้าหมายการกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับบิดา มารดา ช่วยมารดาทำงานอย่างเต็มที่ โดยมีระยะเวลาการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะถอนพิษยาจนถึงระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และญาติมารับตัวกลับบ้าน รวม ๑๑๕ วัน จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต นัดติดตามผลหลังการรักษา ๒ สัปดาห์

๒. ผู้ป่วยรายนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยมีการใช้ยาเสพติดหลายชนิด มียาบ้า ๕๐๐๐ มาประมาณ ๔ ปี และมีการเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อย ๆ จนเกิดโรคจิตเภท ชนิดหวาดระแวง มีหูผุดหูจิด ไม่นอน แยกตัวเอง ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ทำร้ายน้องจนเสียชีวิต ทำร้ายญาติ แฟนได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยรับรู้ความมีคุณค่าในตัวเองต่ำ มีความพร่องในกระบวนการคิด ตัดสินใจ อารมณ์ไม่มั่นคง นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วยังต้องอาศัยการทำงานร่วมกันจากสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ร่วมกันประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครอบคลุม พบว่าขณะบำบัดผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาดี แต่มีความรู้สึกเบื่อหน่ายเป็นครั้งคราว ขาดแรงใจในการบำบัด ต้องการอยู่บำบัดเฉพาะระยะถอนพิษยาไม่ต้องการย้ายเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีอารมณ์ไม่คงที่ ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ หวาดระแวงเพื่อนผู้ป่วย แสดงท่าทีไม่เป็นมิตรพยาบาลต้องมีความไวในการสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีบทบาทในการช่วยเหลือ ค้นหาปัญหา และทำความเข้าใจผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาลในการประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย สามารถร่วมมือกับผู้ป่วยในการวางแผนการแก้ไขปัญหาขึ้น นอกจากนี้การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการบำบัดในหอผู้ป่วยจึงต้องมีความผ่อนคลาย ปลอดภัย ปลอดภัย ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมให้อาการของผู้ป่วยสงบเร็วขึ้น และผู้ป่วยยินยอมย้ายเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๓. ผู้ป่วยรายนี้ต้องการอยู่บำบัดรักษาแค่ระยะถอนพิษยา พยาบาลต้องใช้เทคนิคสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างแรงใจให้ผู้ป่วยเข้าบำบัดต่อระยะฟื้นฟู รวมทั้งอธิบายชี้แจงให้รับฟังว่าบิดาของผู้ป่วยยังคงรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา โดยการส่งต่อข้อมูลให้พื้นที่ เปิดโอกาสให้ญาติได้พูดคุยกับผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจอยู่บำบัดต่อ ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้งและเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดต่อระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงต้องมีการวางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการกลับไปใช้ชีวิตอยู่

ในสังคมโดยไม่พึ่งพายาเสพติด ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวชและญาติสามารถดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกใช้ยาเสพติดได้สำเร็จ

๔. ผู้ป่วยและญาติบพร่องด้านสัมพันธภาพ อาจขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดมาเป็นระยะเวลาานาน ครอบครัวค่อนข้างห่างเหิน เนื่องจากฐานะทางครอบครัวค่อนข้างยากจนต้องทำงานเพื่อหารายได้ทำให้ผู้ป่วยขาดที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา ซึ่งเหล่านี้ เป็นปัจจัยหลักก่อให้เกิดความขัดแย้ง เมื่อผู้บำบัดได้ประสานครอบครัว ให้คำแนะนำด้านองค์ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยรายนี้ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้น บิดาที่จำหน่ายกลับบ้านก่อนผู้ป่วยและผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยการประสานพูดคุยทางโทรศัพท์ ได้เข้ามาร่วมพูดคุยถึงการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ชุมชน

๕. ผู้ป่วยรายนี้มีความหลากหลายของปัญหา มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา ตรงกับสถานการณ์ปัจจุบันโดยเฉพาะผู้ใช้สารเสพติด จนเกิดอาการทางจิตเวช มีภาวะหวาดระแวง มีพฤติกรรมรุนแรง ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เพิ่มมากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับรายอื่นๆที่ใกล้เคียงได้

บทที่ ๕

สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๑๙ ปี รูปร่างสมส่วน ส่วนสูง ๑๖๗ ซม. น้ำหนัก ๖๓ กก. สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ เรียนจบระดับประถมศึกษา อาชีพว่างงาน ภูมิลำเนา อำเภอบ้านนา จังหวัดพิจิตร สหิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ สงขลาในระบบสมัครใจ เป็นครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖ วันที่อยู่ในความดูแล ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๗ รวมระยะเวลา ๗๓ วัน จำหน่ายด้วยแพทย์อนุญาต

รับส่งตัวจากโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเริ่มเสพยาเสพติด ตั้งแต่อายุ ๑๕ ปี ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลอง เริ่มเสพยาบ้า จำนวน ๒-๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ลองดื่มน้ำกระท่อมปริมาณ ๑/๒ แก้ว ลอง ๓ ครั้ง ซึ่งน้ำกระท่อมต้มประกอบด้วย น้ำต้มใบกระท่อมผสมกับยาแก้ไอ น้ำโค้ก และน้ำแข็ง ต่อมา ใช้ยาบ้า น้ำกระท่อมสีคูนร่อย เพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อย ๆ มีประวัติบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ๓ ครั้ง ๒ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลับไปเสพยาบ้า โดยใช้ยาบ้า ๓-๕ เม็ด/วัน ๓ - ๔ ครั้งต่อสัปดาห์ น้ำกระท่อมสีคูนร่อย ๒ ลิตรต่อวัน ๔ วันต่อสัปดาห์ ญาติให้ประวัติว่ามีพฤติกรรม อาละวาด ก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ ทำร้ายน้องเสียชีวิต เมื่อ ๖ - ๗ เดือนที่ผ่านมา ๒ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เสพยาบ้าจำนวน ๓ เม็ด ดื่มน้ำกระท่อมสีคูนร่อย ๒ ลิตร มีอาการควบคุมตัวไม่ได้ มีอาการอาละวาด คลุ้มคลั่ง ทางญาติแพนขาดเจ็บญาตินำส่งโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ รับการรักษาเป็นเวลา ๒ เดือนจำหน่ายผู้นำชุมชนนำส่งรักษาต่อเพื่อรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

แรกรับ สีน้าทาทางไม่สดชื่น พูดคุยรู้เรื่องดี ถาม - ตอบตรงคำถาม ให้ความร่วมมือดี บอกว่าไม่อยากมาบำบัดรักษา มารพ.ครั้งนี้เนื่องจากผู้นำชุมชนให้มาบำบัดพร้อมกับบิดาซึ่งเข้ารับการรักษาบำบัดด้วย

แพทย์วินิจฉัย

- F๑๕.๕๐: Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants\, including caffeine at psychotic disorder, Schizophrenia-like

- F๒๐.๐: Paranoid schizophrenia, Continuous

ผลการประเมินด้วยแบบประเมินอื่นๆ

๑. ประเมินทางจิต (โดยนักจิตวิทยา)

๒ ต.ค. ๒๕๖๖ (Group Psychotherapy) มีความคิดที่ไม่เชื่อมโยงกับประเด็นที่พูดคุย

๖ ต.ค. ๒๕๖๖ (SPM. IQ test, HTP. Personality test) ผู้ป่วยยังเห็นภาพหลอน พูดไปเรื่อยไม่เชื่อมโยง ตัวแข็งและมือสั่น

๑๒ ต.ค. ๒๕๖๖ (MoCA, Rorschach)

ผลการทดสอบ

SPM : จากผลการทดสอบเทียบกับคะแนน IQ = ๙๑ (๙๐ - ๑๐๙) อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย (Average)

MoCA: ผู้เข้ารับการทดสอบได้คะแนน ๒๐ คะแนน (ค่าปกติ ≥ 25 คะแนน) คะแนนอยู่ในระดับ Mild Cognitive Dysfunction ผู้รับการทดสอบทำคะแนนใน Language, Delayed Recall, Naming และ Executive ได้น้อย

HTP : พบว่าผู้รับการทดสอบปรับตัวไม่ดี มีภาวะความเครียดทางจิตใจ มีสัญญาณพยาธิทางสมอง พยาธิสภาพทางจิต ผู้รับการทดสอบอาจมีปัญหาทางอารมณ์จิตใจ ผู้รับการทดสอบมีความคิดคลุมเครือ พยายามปกป้องตัวเองจากการถูกเข้าถึง ผู้รับการทดสอบมีอัตตาอ่อนแอ รู้สึกบกพร่อง ถูกบีบรัดจากสิ่งแวดล้อม ต้องการพึ่งพา ผู้รับการทดสอบชอบทำตรงข้าม มีความคิดคุกคามมุ่งร้ายต่อผู้อื่น มีลักษณะไม่เป็นมิตร มีแนวโน้มแสดงความรู้สึกก้าวออกมาเป็นการกระทำ เมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ที่กดดัน ยับยั้งไม่เพียงพอ

Rorschach : พบว่าผู้รับการทดสอบปรับตัวไม่เหมาะสม พยายามแสดงออกเพื่อชดเชยความรู้สึกอ่อนแอ บกพร่อง ใช้ศักยภาพไม่เต็มที่ ปัญหาทางอารมณ์จิตใจ พยาธิสภาพทางจิตทำให้ปรับตัวได้ไม่เหมาะสม ยังสามารถรับรู้ความเป็นจริงได้ แต่อาจทำได้ไม่ดีนัก ชอบเพื่อฝันตอบสนองความต้องการของตนเองในความคิดจินตนาการ มีความยากลำบากด้านความสัมพันธ์อย่างมาก ไม่สามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากขาดการยอมรับ เข้าใจบุคคลอื่น มีแนวโน้มแสดงออกโดยการขาดการยับยั้งในการปรับตัวต่อบุคคลอื่น รับรู้แรงผลักดันความต้องการตามสัญชาตญาณ แต่ทำได้ในความคิด ไม่สามารถแสดงออกเป็นการกระทำ

๑๖ ต.ค. ๒๕๖๖ (Group Psychotherapy) เหม่อลอย ใจลอย ไม่มีสมาธิ

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

๓. ผลการประเมินด้วยแบบคัดกรอง ๒Q

ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖ คะแนน เท่ากับ ๐ ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า เฝ้าระวัง

ประเมินซ้ำ ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๖ คะแนน เท่ากับ ๐ ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

ประเมินซ้ำ ครั้งที่ ๓ เมื่อวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ คะแนน เท่ากับ ๐ ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

๔. ผลการประเมินความเสี่ยง SAVE :

S (suicide) = ๒ คะแนน พบว่า ความเสี่ยงระดับ ๑ = มีความเสี่ยงน้อย,

A (Accident) = ๖ คะแนน พบว่า ความเสี่ยงระดับ ๒= มีความเสี่ยงปานกลาง,

V (Violen) = ๑๐ คะแนน ความเสี่ยงระดับ ๒= มีความเสี่ยงปานกลาง,

E (Escape) = ๐ คะแนน พบว่า ไม่มีความเสี่ยง

๕. ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) : อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) อยากเลิกยาเสพติดตามที่ครอบครัวอยากให้เลิก แต่ไม่แน่ใจว่าการควบคุมตนเองได้ดีหรือไม่ยังไม่มั่นใจกับการมาบำบัดเพื่อเลิกยาครั้งนี้

๖. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- เมื่อวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖ ผลตรวจพิษสุรณียาเสพติดในปัสสาวะ : Negative

- เมื่อวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖ ผลการตรวจการตั้งครรภ์ : Negative

แผนการรักษาของแพทย์

- Risperidone (๒mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า
- Risperidone (๒mg) ๒ tab oral hs
- Benzhexol (๕ mg) ๑ tab oral hs
- Lithium (๓๐๐mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า
- Lithium (๓๐๐mg) ๑ tab oral hs
- Clopromazine (๑๐๐ mg) ๑ tab PRN for insomnia
- Clopromazine (๑๐๐ mg) ๑ tab oral hs
- Clozapine (๒๕ mg) ๑ tab oral hs
- Fluphenazine (๒๕ mg) inject. ทุก ๓ สัปดาห์
- Multivitamin ๑ x ๓ oral pc
- Vitamin B๑-๖-๑๒ ๑ x ๓ oral pc

ตารางที่ ๓ วิเคราะห์กรณีศึกษา การเปรียบเทียบข้อมูลวิชาการ/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมา

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>เกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติด</p> <p>การวินิจฉัยการเสพยาและสารเสพติดตามระบบ DSM-IV แบ่งเป็น ๒ ระดับคือภาวะเสพติด (dependence) และภาวะการใช้สารในทางที่ผิด (abuse) แต่ใน DSM-V ซึ่งมี การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเกณฑ์วินิจฉัย โดยไม่แบ่งระดับการติด แต่รวมเป็นความผิดปกติ ของการใช้ยาเสพติด ดังนี้</p> <p>๑. มีการใช้ยาเสพติดจนก่อให้เกิดความบกพร่องหรือผลกระทบ อย่างน้อย ๒ ข้อ โดยเกิดขึ้นภายในช่วง ๑๒ เดือน</p> <p>๒. มีการใช้เสพยาในปริมาณที่มากกว่า หรือใช้ระยะเวลาที่มากกว่าที่ตั้งใจไว้</p> <p>๓. มีความตั้งใจอย่างมากหรือพยายามที่จะลดหรือหยุดใช้ยาเสพติด แต่ทำไม่สำเร็จ</p> <p>๔. ในวันที่ใช้ยาเสพติดนั้น ต้องใช้เวลามากในการเสาะหายาเสพติดในการเสพ หรือฟื้นจากฤทธิ์ของยาเสพติด มีความอยาก (craving) หรือความต้องการอย่างรุนแรงที่ต้องการใช้</p> <p>๕. ผลจากการใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ทำให้เกิดความล้มเหลวของกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเรียน</p> <p>๖. ยังคงมีการใช้อยู่' ถึงแม้มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง</p>	<p>แพทย์วินิจฉัยเป็น</p> <p>- F๑๕๕๐ : Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants\, including caffeine at psychotic disorder</p> <p>- มีการใช้ยาเสพติดจนก่อให้เกิดความบกพร่องหรือผลกระทบ อย่างน้อย ๒ ข้อ โดยเกิดขึ้นภายในช่วง ๑๒ เดือน ใช้ปริมาณเพิ่มขึ้น แม้จะเกิดปัญหาต่อตนเองและผู้อื่น ดังนี้</p> <p>- ๔ ปีก่อนผู้ป่วย เริ่มลองเสพยาบ้า ๒ -๓ ครั้ง/สัปดาห์ ลองดื่มน้ำกระท่อมสี่คูณร้อย ครั้งแก้ว ๓ ครั้ง</p> <p>- หลังจากนั้น ๓ เดือน เพิ่มปริมาณการใช้ยาบ้า โดยใช้ยาบ้า ๒-๓ เม็ด/วัน น้ำกระท่อมสี่คูณร้อย ๑ ลิตร ทุกวัน</p> <p>- มีประวัติรักษาโรงพยาบาลจิตเวชสงขลา ราชนครินทร์ หลังจำหน่ายยังคงใช้ยาบ้า ๓-๕ เม็ด/ครั้ง ๔ ครั้ง/สัปดาห์ และดื่ม ๔x๑๐๐ ๒ ลิตร/วัน ๔ วัน/สัปดาห์</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๗. จากการใช้ยาเสพติดทำให้กิจกรรมด้านสังคมที่สำคัญ การทำงาน การพักผ่อน ลดน้อยลง</p> <p>๘. มีการใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย</p> <p>๙. ยังคงมีการใช้ยาเสพติดอยู่ถึงแม้จะรู้ว่าการใช้ยาเสพติดนั้นก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ</p> <p>๑๐. ภาวะติดยา มีความต้องการใช้ยาเสพติดปริมาณเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิมเมื่อใช้ปริมาณเท่าเดิมฤทธิ์ที่ได้จากยาเสพติดลดลง</p> <p>๑๑. ภาวะถอนยา มีอาการถอนยา ต้องใช้ยาหรือสารเสพติดเพื่อให้ตัวเองหายจากอาการถอนยาหรือเพื่อให้รู้สึกดีขึ้น</p> <p>สาเหตุของการติดยา</p> <p>การติดยาเสพติดมีสาเหตุที่ซับซ้อนประกอบด้วยหลายประการ โดยสามารถบ่งชี้ถึงสาเหตุการติดยาว่ามาจากปัจจัย ๓ ประการด้วยกัน โดยทุกปัจจัยต่างมีความเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน ดังนี้</p> <p>๑. ปัจจัยด้านตัวยาเสพติด ยาเสพติดแต่ละชนิดมีการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน การใช้ยาเสพติดเป็นเวลานาน ๆ ร่างกายจะเกิดความเคยชินต่อยา และการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของสารดังกล่าว เมื่อร่างกายขาดยาหรือสารเสพติดดังกล่าว จะเกิดอาการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน มีอาการผิดปกติกับร่างกายที่เราเรียกว่า อาการขาดยา ความรุนแรงของอาการ อาจมีมากจนทนไม่ไหวจนต้องพยายามหายาหรือสารเสพติดมาเสพเพื่อระงับอาการต่าง ๆ ให้ร่างกายสามารถทำงานได้ในระบบเดิม</p> <p>๒. ปัจจัยด้านบุคคลหรือผู้ป่วย มีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องและส่งเสริมให้ติดยาเสพติดสำคัญ ๒ ประการ คือ</p> <p>๒.๑ สภาพร่างกาย พบว่า สาเหตุหนึ่งที่ผู้ป่วยติดยาเสพติด เนื่องจากการเจ็บป่วยทางร่างกายและใช้ยาบำบัดรักษา กลุ่มผู้ใช้แรงงาน ต้องการเพิ่มรายได้ นักศึกษาที่ต้องการอ่านหนังสือได้นาน ช่วยทำให้</p>	<p>กรณีศึกษา</p> <p>๑. ปัจจัยด้านตัวยาเสพติด</p> <p>สารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้ ยาบ้า (Amphetamine) , น้ำกระท่อมสีคุณร้อย (๔ x ๑๐๐) การใช้ยาเสพติดเป็นเวลานาน ร่างกายจะเกิดความเคยชินต่อยา เมื่อหยุดใช้ยาจะมีอาการขาดยา ไม่สดชื่น ไม่กระปรี้กระเปร่า จึงพยายามหายาหรือสารเสพติดมาเสพเพื่อให้เกิดความสุข สนุกสนาน ตื่นตัว ตลอดเวลา</p> <p>๒. ปัจจัยด้านบุคคลหรือผู้ป่วย</p> <p>๒.๑ สภาพร่างกายผู้ป่วย พบว่าการใช้ ยาบ้า น้ำกระท่อม (๔x๑๐๐) ซึ่งมีฤทธิ์ กระตุ้น ประสาททำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี กระปรี้กระเปร่า</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ร่างกายไม่อ่อนเพลีย 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 บุคคลที่ไม่ยึดหยุ่น และบุคคลที่หลงตนเอง มีปัญหาไม่กล้าบอกใคร แก้ปัญหาโดยใช้ยาเสพติด</p> <p>๓. สิ่งแวดล้อม มีผลต่อการผลักดันให้ไปติดยาเสพติดได้ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว การขาดความอบอุ่นในบ้าน ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาชีวิต สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม นอกจากจะส่งเสริมให้ติดยาเสพติดได้แล้ว ยังเป็นสิ่งที่เสริมให้กลับไปใช้ยาเสพติดอีก รวมทั้งการมียาเสพติดจำหน่าย การเข้าถึงและหาซื้อได้ง่าย</p> <p>ยาบ้า (Amphetamine)</p> <p>ในปัจจุบันยาบ้ายังคงเป็นยาเสพติดที่เป็นปัญหา มากที่สุดของประเทศไทย เพราะมีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับยาเสพติดชนิดอื่น ยาบ้าเป็นยาที่กระตุ้นประสาทส่วนกลาง และส่วนปลาย</p> <p>วิธีการเสพยาบ้า (Amphetamine)</p> <p>๑. การกิน เป็นวิธีการเสพที่นิยมใช้กันทั่วไป มีการออกฤทธิ์ภายใน ๑๕-๖๐ นาทีจะออกฤทธิ์สูงสุดภายใน ๒-๓ ชั่วโมง และหลังจากนั้นฤทธิ์ของตัวยาจะลดลงอย่างรวดเร็ว (Angrist et al., ๑๙๘๗) แอมเฟตามีนมีกลไกในการจับตัวยาคั้งหนึ่งอย่าง</p>	<p>ขึ้น สามารถทำกิจกรรมกับเพื่อน ๆ ได้นานขึ้น</p> <p>๒.๒ ผู้ป่วยรับรู้ถึงความบกพร่องของตนเอง ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่เก่ง ทำงานอะไรได้น้อย เอาแต่ใจตนเอง เป็นคนอารมณ์ร้าย โมหะง่าย ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยติดยาเสพติดได้ง่าย ส่วนบุคลิกภาพมักจะมีพฤติกรรมทำอะไรไม่ยั้งคิด เมื่อมีปัญหาจะแก้ปัญหาแบบง่าย ๆ ขาดวุฒิภาวะไม่ใช่เหตุผล อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย</p> <p>๓. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพในครอบครัว การขาดความอบอุ่น ผู้ป่วยบอกว่า พ่อแม่ไม่ค่อยสนใจดูแลผู้ป่วย ฐานะทางครอบครัวไม่ดี มารดาเป็นเสาหลักมีอาชีพค้าขาย ตนเองมาใช้ชีวิตคนเดียวนอกบ้าน ตนมีปัญหาในชีวิตไม่มีที่พึ่ง มักคบหากับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเพื่อนในชุมชนที่ใช้ยาเสพติดด้วยกัน ยาเสพติดหาซื้อได้ง่าย ราคาถูก และอยู่ในแหล่งยาเสพติด</p> <p>- ผู้ป่วยใช้วิธีการสูดดมไอระเหย โดยตัวยาจะซึมผ่านเนื้อเยื่อโพรงจมูก ใช้เวลาประมาณ ๑-๒ นาที ผู้ป่วยจะรู้สึกเคลิ้ม มีความสุข</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ทันทีทันใด ส่งผลให้มีการออกฤทธิ์อย่างรวดเร็ว และสูงสุด อีกครั้งหนึ่งของตัวยาคจะขับภายในเวลา ๔ ชั่วโมงต่อมา</p> <p>๒. การสูดดมไอเป็นวิธีการเสพที่นิยมรองลงมาจาก การกิน (Uitermark et al., ๒๐๐๖) เป็นการสูดดม ไอระเหยทางจมูกโดยตัวยาคจะซึมผ่านทางเนื้อเยื่อ โพรงจมูก มีการออกฤทธิ์ทันทีทันใดและรุนแรง ปรากฏให้เห็นผลภายใน ๑ นาทีและการออกฤทธิ์ จะส่งผลในระยะเวลาดสั้นๆ (Drugs-forum, ๒๐๐๙) โดยมีอาการเมายา เรียกว่า “แห่ง”</p> <p>๓. การฉีดเข้าหลอดเลือด ส่วนใหญ่นิยมใช้สำหรับ ทำการทดลองในสัตว์ มีการออกฤทธิ์ อย่าง ทันทีทันใดต่อผู้เสพ (American Journal of Public Health, ๒๐๐๑) โดยวิธีการฉีดเข้าหลอดเลือดหรือใต้ผิวหนังซึ่งสามารถเข้าสู่ระบบการ ไหลเวียนเลือด ออกฤทธิ์ทันทีในระยะสั้น (Drugs-forum, ๒๐๐๙) และรุนแรงที่สุด</p> <p>๔. Rectal ซึ่งโดยปกติทั่วไปไม่นิยมเสพกันมี รายงานในผู้ที่เคยเสพ พบว่าการออกฤทธิ์เร็วกว่า การกินแต่ช้ากว่าวิธีการสูดดมไอหรือการฉีด (Drugs-forum, ๒๐๐๗)</p> <p>การติดยาเสพติดยาบ้า (Amphetamine)</p> <p>คือภาวะที่ร่างกายได้รับยาเสพติดชนิดใดชนิด หนึ่งไม่ว่าจะเป็น สารตามธรรมชาติหรือสาร สังเคราะห์ซ้ำๆบ่อยๆโดยวิธีกิน ดม สูบ ฉีดหรือด้วย วิธีใดๆแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ใน ลักษณะดังนี้</p> <p>๑. เกิดอาการดี้อยา หรือต้านยา และเมื่อติดแล้ว ต้องการ ใช้สารนั้นในปริมาณมากขึ้น</p> <p>๒. เกิดอาการขาดยา ถอนยา หรืออยากยา เมื่อใช้ สารนั้น เท่าเดิม ลดลง หรือหยุดใช้</p> <p>๓. มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่าง รุนแรง ตลอดเวลา</p> <p>๔. สุขภาพร่างกายทรุดโทรมลง เกิดโทษต่อตนเอง ครอบครัว ผู้อื่น ตลอดจนสังคม และประเทศชาติ</p>	<p>- เริ่มใช้ยา อายุ ๑๕ ปี ใช้ยาบ้า ๒ - ๓ เม็ด/วัน ทุกวัน เพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจุบัน ใช้ ยาบ้า ๓ - ๕ เม็ด/วัน ทุกวัน ปฏิเสธอาการหูแว่ว ภาพหลอน ญาติให้ประวัติว่ามีมักจะหงุดหงิด โวยวาย โมโหง่าย เอาแต่ใจตนเอง ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ มักใช้อารมณ์รุนแรง ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้</p> <p>๒ เดือนที่ผ่านมา ควบคุมตนเองไม่ได้ อาละวาด คลุ้มคลั่ง ทำร้ายร่างกายน้อง เสียชีวิต ทางญาติแฟนบาดเจ็บ</p> <p>- หลังจากหยุดใช้ยาผู้ป่วยมีอาการถอนพิษยา หงุดหงิด มีความต้องการเสพยา ร่างกาย ซีด ซุบซอม น้ำหนักลด</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, Central alertness ลด Sense of fatigue และมี Mild euphoria ถ้าใช้ขนาดสูงเกิดอาการมึนงงและอาจเกิด สภาวะตื่นกลัว (Panic) และภาวะโรคจิต (Psychosis)</p> <p>๒. ฤทธิ์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Periphera lactions) 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. ฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อเรียบทำให้หลอดเลือดขยายตัวของกระเพาะอาหารหดตัว</p> <p>๕. ฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหารฤทธิ์ของ Amphetamine จะไปควบคุมศูนย์ควบคุมแอฟพิไทต์ (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>- หลังใช้ยาเสพติดผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด โวยวาย โมโหง่าย เอาแต่ใจตนเอง ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ มักใช้อารมณ์รุนแรง ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้</p> <p>- อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ ๑๐๖ ครั้ง/นาที</p> <p>- อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที จังหวะการหายใจปกติ</p> <p>- ขณะใช้ยาเสพติดผู้ป่วยรับประทาน อาหารได้น้อย วันละ ๒ ครั้ง รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่หิวปากแห้ง</p> <p>- สอบถามผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศปกติ</p>
<p>การบำบัดการเสพติดยาบ้า (Amphetamine Dependence Treatment)</p> <p>เดิมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ให้ความสำคัญกับการรักษาอาการขาดยา โดยเรียกว่า การถอนพิษยา (Detoxification) โดยนับเป็นขั้นตอนสำคัญของการบำบัดรักษาการเสพติด เพราะเห็นว่า ผู้ป่วยหยุดเสพแล้วมีอาการทางกาย</p>	<p>- รายนี้วางแผนบำบัดรักษาระยะถอนพิษยา และเสริมแรงจิตใจเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อฝึกควบคุมอารมณ์ ความคิด และพัฒนาพฤติกรรม</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>มากและต้องอาศัยแพทย์ในการสั่งใช้ยารักษา แล้วไปเรียกการรักษาการติดยาจริงๆว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ปัจจุบันเป็นที่เข้าใจและยอมรับว่า การติดยาเป็นโรคของสมองที่มีพฤติกรรมผิดปกติ ดังนั้นการรักษาให้เลิกเสพติดจึงเป็นการฝึกควบคุมอารมณ์ ความคิด และพัฒนาพฤติกรรมให้เป็นปกติและมีความสมดุลในการดำเนินชีวิตต่อไปเราอาจแบ่งระยะหลังจากการหยุดยาจนเลิกได้ (Roadmap of Recovery) เป็น ๔ ระยะ ดังนี้</p> <p>๑. ระยะขาดยา (Withdrawal Stage) ระยะนี้ใช้เวลาประมาณเป็นชั่วโมง จนถึง ๕-๑๐ วัน หลังจากหยุดยา ในตอนเริ่มต้นผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า รู้สึกไม่เป็นสุข (Dysphoria) เครียด หงุดหงิด กระวนกระวาย นอนไม่หลับ และมีอาการอยากยา มาก บางรายก็อาละวาด ต่อมาความอยากยาถูกแทนที่ด้วยความเหนื่อยล้า มีอาการอ่อนเพลีย หมด เร็วแรง รู้สึกง่วงนอน หลับมากใน ๒๔ ชั่วโมง และบางรายยังหลับมากต่อไปอีก ๒-๓ วัน เมื่อตื่นขึ้นมา ก็จะหิวมาก และอาการอยากยาจะค่อย ๆ ลดลงในบางรายเมื่อหมดฤทธิ์กระตุ้นของยาบ้า ผู้ป่วยบางรายกลับมีอาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression) จนถึงกับพยายามฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระยะนี้มักมีเพียงอาการเมื่อยล้า รู้สึกง่วงนอน หลับมาก แล้วตามด้วยการหิวมาก</p> <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 และกระวนกระวายซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลา และขนาดของยาบ้าที่เสพ</p>	<p>ให้เป็นปกติและมีความสมดุลในการดำเนินชีวิต ป้องกันการเสพซ้ำ</p> <p>- แรกผู้ป่วยไม่มีอาการถอนพิษยาเสพติด จะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร</p> <p>- ขณะรับการบำบัดรักษาโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราษฎร์สงขลาผู้ป่วยมีอาการถอนพิษยาเล็กน้อย เฉพาะเรื่องการนอนไม่หลับ เนื่องจากผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดโรงพยาบาลจิตเวชสงขลา ราชนครินทร์มาก่อน</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๓. ระยะผ่านอุปสรรค (Protrated Abstinence or The Wall Stage) ระยะเวลา ๔-๖ เดือน หลังจากหยุดยาบ้า ระยะนี้มีอาการเหมือนคนปกติ แต่บางรายมีการสูญเสียความจำ การเรียนรู้ (Cognitive) อาจมีอาการแปรปรวน และยังมีอาการซึ่มเศร้าได้ (Emotion Swings) จะยังมีอาการอยากยา เป็นพักๆ หรือมีอาการอยากยาเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น เพื่อนพูดชักชวน เห็นผู้อื่นเสพยา จะมีอาการอยากยาที่รุนแรงได้ ดังนั้นจึงพบได้ว่าผู้ป่วยบางรายที่ เลิกได้เป็นเดือนๆ ก็ยังหวนกลับมาเสพยาใหม่ได้อีก</p> <p>๔. ระยะปรับสภาวะ (Adjustment/Resolution Swings) เป็นระยะปรับตัวทางความคิด พฤติกรรม และสังคม ผู้ป่วยรู้สึกถึงความถูกต้อง เกิดความละอาย ยังขาดเป้าหมายของชีวิตอาจมีความเบื่อหน่ายและมีปัญหาในสถานะหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น การจัดสมดุลของชีวิต ในระยะนี้จึงมีความสำคัญที่จะทำให้การเลิกยายั่งยืนและไม่กลับไปติดซ้ำอีก (วิโรจน์, ๒๕๔๘)</p> <p>ผลของยาบ้า(Amphetamine)ต่อร่างกายและจิตใจ</p> <p>เนื่องจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปริมาณของยาบ้าที่ใช้ วิธีเสพ ความถี่บ่อย ของการใช้ยา ระยะเวลาที่ใช้ยา รวมทั้งร่างกายของผู้ป่วยเอง ในการรักษาก็มีความจำเป็นต้องรักษาให้เหมาะสมตามลักษณะอาการของผู้ป่วย จึงขอแบ่งผลของยาบ้าออกเป็น ๓ ลักษณะ ดังนี้</p> <p>๑. พิษ ผลอย่างเฉียบพลันและภาวะพิษเฉียบพลันจากยาบ้า (Toxic Acute Effect and Acute Methamphetamine - intoxication)</p> <p>๒. ผลในระยะยาว ภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบร่วมกับการเสพยาบ้า (Chronic Effect Chronic Methamphetamine use disorder)</p>	<p>- มีวิตกกังวล เครียด การนอนหลับและอารมณ์ยังมีการแปรปรวน ยังมีควบคุมอารมณ์ได้น้อย ผู้ป่วยจำหน่าย วันที่ ๑๑๖ ของการอยู่บำบัด</p> <p>- ผู้ป่วยไม่เกิดพิษเฉียบพลัน เนื่องจากผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาโรงพยาบาลจิตเวช สงขลาธาราชนครินทร์ ๒ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล</p> <p>- มีภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบร่วมกับการเสพยาบ้า (Amphetamine) รายนี้มีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๓. การเสพติดและการบำบัดรักษาการติดยาบ้า (Methamphetamine dependence and treatment)</p> <p>น้ำต้มกระท่อม สี่คูณร้อย (๔X๑๐๐)</p> <p>กระท่อม (Kratom) มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า <i>Mitragyna speciosa</i> Korth. จัดอยู่ในยาเสพติดประเภทออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทแบบกระตุ้นประสาท</p> <p>วิธีการเสพ ใบกระท่อมมีรสขมฝื่อนเมา เคี้ยวใบสดหรือบดใบแห้งให้เป็นผง ละลายน้ำดื่ม บางรายเติมเกลือด้วยเล็กน้อยเพื่อป้องกันท้องผูก ส่วนมากจะเคี้ยวเพียง ๒-๓ ใบ และดื่มน้ำอุ่น หรือกาแฟร้อนตาม ใช้วันละ ๓-๑๐ ครั้งต่อวันตามอาการเหนื่อย เมื่อใช้ไประยะหนึ่ง ปริมาณการใช้จะเพิ่มขึ้น (ประมาณร้อยละ ๓๗ ใช้วันละ ๒๑-๓๐ ใบ) ปัจจุบันการใช้พืชกระท่อมได้เปลี่ยนแปลงไปจากรูปแบบเดิมจากเคี้ยวใบกระท่อมมาสู่การแปรรูปเป็นสารเสพติดชนิดใหม่เรียกว่าสี่คูณร้อย (๔ x ๑๐๐) ยาเสพติดชนิด สี่คูณร้อย (๔ X ๑๐๐) หมายถึง ยาเสพติดที่มีส่วนผสมของ น้ำกระท่อมเป็นหลัก มีสูตรผสมแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เช่น ผสมด้วยโค้ก ยาแก้ไอ ยาแก้ปวด หรือ บางพื้นที่ใช้นมเปรี้ยว หรือยากล่อมประสาท</p> <p>กระท่อมมีสรรพคุณทางยาสมัยโบราณที่ใช้เข้าเป็นตัวยาในตำรับพวกประเภทยาแก้ท้องเสีย สารสำคัญในใบกระท่อม คือ mitragynine จำนวนใบกระท่อม ๒๐ ใบ สกัดให้สาร mitragynine ประมาณ ๑๗ มิลลิกรัม สารนี้พบได้เฉพาะในพืชกระท่อมเท่านั้น จึงใช้เป็นสารพิสูจน์เอกลักษณ์พืชกระท่อมได้ มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง คล้ายโคเคน ฤทธิ์ระงับปวดจึงเป็นสารแก้ปวดที่แตกต่างจากมอร์ฟีนฝิ่น ฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งของกรดในกระเพาะอาหารได้เช่นเดียวกับมอร์ฟีน สรุปได้ว่า พืชกระท่อมมีสารอัลคาลอยด์ Mitragynine</p>	<p>- น้ำกระท่อมสี่คูณร้อย (๔ x ๑๐๐) ที่ผู้ป่วยเสพ มีส่วนผสมของน้ำกระท่อมเป็นหลักซึ่งผสมด้วยโค้ก ยาแก้ไอ และเพิ่มน้ำแข็งตอนดื่ม</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>อยู่ในใบมีฤทธิ์ระงับอาการปวด เช่นเดียวกับมอร์ฟิน โดยมีความแรงต่ำกว่ามอร์ฟินประมาณ ๑๐ เท่า และมีข้อดีที่มอร์ฟินอยู่หลายประการ</p> <p>อาการของผู้ติดใบกระท่อม</p> <p>มีลักษณะคล้ายกับแอมเฟตามีน คือ เบื่ออาหาร ทำงานได้มากเกินปกติ ตื่นเต้น เพราะกระตุ้นระบบประสาท</p> <p>การรับรู้การเสพ สี่คูณร้อย (๔x๑๐๐) พบว่ารสชาติของน้ำต้มใบกระท่อม สี่คูณร้อย (๔x๑๐๐) ทำให้ผู้ดื่มมีความพึงพอใจ ส่วนใหญ่บอกว่ามีรสขมๆหวานๆ อร่อย และรู้สึกติดใจในรสชาติ การดื่มในช่วงแรกรู้สึกมีพลัง เม้า เคลิ้มๆ เหมือนลอย ทำให้สบายใจสมองโล่งโปร่ง นอนหลับ รับประทานอาหารได้ กระปรี้กระเปร่า ขยันทำงาน ไม่เหนื่อย กินแล้วไม่ติด สุขภาพร่างกายปกติ ไม่โทรม ประหยัดค่าใช้จ่ายน้อยกว่ายาเสพติดชนิดอื่น ทำให้หยุดยาเสพติดอย่างอื่นได้เช่น ยาบ้ากัญชา</p> <p>การรับรู้ด้านลบส่วนใหญ่จะพบในช่วงที่หยุดเสพ ได้แก่ ผลด้านร่างกาย มีอาการปวดเมื่อยตามตัวตามกระดูก น้ำหนักลดลง ไม่มีแรงทำงาน นอนไม่หลับ หวานนอน</p> <p>อาการเมื่อหยุดเสพ</p> <p>ผลด้านร่างกาย มีอาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อและกระดูก อ่อนเพลีย ไม่สามารถทำงานได้ ไม่มีแรงทำงาน อารมณ์ซึมเศร้า น้ำตาไหล น้ำมูกไหล ก้าวร้าว แต่เป็นมิตร (Hostility) นอนไม่หลับ ร่างกายมีอุณหภูมิสูงผิดปกติ ถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่าปกติ เบื่ออาหาร (อยากอาหารยาก) อาเจียนคลื่นไส้ มีอาการไอมากขึ้น กระวนกระวายมากขึ้น</p> <p>ผลต่อความรู้สึกด้านจิตใจ รู้สึกอยากเสพ ฟุ้งซ่านกระวนกระวายหงุดหงิด</p> <p>ยาแก้ไอ</p> <p>โคเดอีนจัดอยู่ในกลุ่มยาโอปิออยด์ (Opioids/ Narcotics) ผลิตมาจากฝิ่นซึ่งเป็นน้ำยาง ที่กรี๊ดได้</p>	<p>- ผู้ป่วยบอกว่าติดใจในรสชาติ ไม่ขมมาก มีรสหวานๆ จากที่ใส่ยาแก้ไอกับโค้ก กินแล้วอร่อย การดื่มในช่วงแรกรู้สึกมีพลัง เคลิ้มๆ เหมือนลอย ทำให้สบายใจสมองโล่งโปร่ง สดชื่น กระปรี้กระเปร่า</p> <p>- เมื่อไม่ได้เสพ แต่มีปวดเมื่อยบ้าง ไม่อยากทำอะไร รู้สึก ซึ่เกียจ ไม่มีแรง หงุดหงิด บางครั้งก็ปวดศีรษะ</p> <p>- ผู้ป่วยใช้สี่คูณร้อย (๔x๑๐๐) ที่มีส่วนผสมของน้ำกระท่อม ยาแก้ไอ โค้ก เนื่องจากติด</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>จากผลฝิ่น มีชื่อทางพฤกษศาสตร์ว่า papaver somniferum ซึ่งหมายความว่า เหนียวน้ำให้หลับ ฝิ่นถือเป็นยาเสพติดร้ายแรงมีฤทธิ์ทำให้ผู้ใช้เกิดการติดยา</p> <p>โคเดอีนออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system ,CNS) มีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยา คือ ระงับปวด และมีประสิทธิภาพในการระงับอาการไอได้ดีมาก</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์ของการใช้โคเดอีน ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนหัว ง่วงซึม ท้องผูก ท้องไส้ปั่นป่วน กระสับกระส่าย</p> <p>มีฝิ่นขึ้นตามผิวหนังได้เล็กน้อย เหงื่อออกมาก</p> <p>การวินิจฉัยโรคจิตเภท</p> <p>หลักการวินิจฉัยตามเกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (The Diagnostic and Static Manual of Mental Disorders, Five edition; DSM-๕) ว่าประกอบด้วย ๙ หัวข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Thought echo) ความคิดของตนเองถูกแทรกแซง หายไป กระทั่งหันหรือถูกดึงไปจากบุคคลหรืออำนาจภายนอก (Thought insertion or withdrawal) และความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน รู้หมดว่าตนคิดอะไรอยู่ (Thought broadcasting) ๒. มีอาการหลงผิดว่าตนเองถูกอำนาจจากภายนอกควบคุมชักจูงควบคุมบังคับให้ทำ (Delusion of control, Influence or passivity) โดยอาจแสดงออกทางร่างกาย การเคลื่อนไหว ของแขนขา ความคิดหรือความรู้สึกสัมผัส (Sensation) หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (Delusion perception) คือ ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ปกติ แต่เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับอาการหลงผิดตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะนั้นที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน เช่น เห็นจรรยาจรโบกมือให้สัญญาณเกิด ความคิดว่าสัญญาณนั้นบอกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของประเทศ ๓. มีประสาทหลอน ได้ยินเสียงคนพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือเสียคนถกเถียงกัน 	<p>ใจในรสชาติ มีความสุข เคลิ้ม ๆ ลอย ๆ ลืมความเครียด ลดวิตกกังวล</p> <p>ขั้นตอนการวินิจฉัยรายโรค ประกอบด้วย กลุ่มอาการ และมีการกำหนดระยะเวลาการดำเนินของ อาการที่เกิดขึ้น มีระยะเวลาดำเนินของโรคอย่างน้อย ๖ เดือน</p> <p>ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง หรือต่อผู้อื่น หรือต่อเหตุการณ์ที่คลาดเคลื่อนจากความ เป็นจริงที่คนอื่นรับรู้ เช่น การรับรู้ว่าตนเอง ไม่เป็นที่รักของบิดามารดา บิดามารดาไม่รักตนเองไม่สนใจ ทอดทิ้งตน - มีอารมณ์ตอบสนองที่ไม่มั่นคง ไม่เหมาะสม - มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น กับบุคคลในครอบครัว - มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นขาดการควบคุมที่ดี เมื่อถูกห้ามปรามผู้ป่วยจะ หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายตนเอง - ขาดความสนใจตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ดูแลตนเอง

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือได้ยินเสียงจากบาง ส่วนของร่างกาย</p> <p>๔. มีความหลงผิดชนิดอื่น ๆ เป็นอยู่นาน ซึ่งไม่สอดคล้องตามความเชื่อของสังคม วัฒนธรรม และศาสนา เช่นหลงผิดว่าสามารถควบคุมดินฟ้าอากาศได้ สามารถติดต่อกับพระเจ้าหรือมี อากาโรต่อไปนี้อย่างชัดเจนอย่างน้อย ๒ อากาโรในช่วงเวลา ๑ เดือน</p> <p>๕. มีอาการประสาทหลอนชนิดอื่น ๆ เป็นอยู่นาน อาจเกิดร่วมกับอาการหลงผิดซึ่งเป็นชั่วคราว โดยไม่มีอาการทางอารมณ์อย่างชัดเจน หรือความรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าอย่างมาก (over-valued idea) ประสาทหลอนนี้เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลานานเป็นอาทิตย์หรือเป็นเดือน</p> <p>๖. มีความคิดแตกแยก หรือสอดแทรกในกระแสดความคิด ทำให้เกิดลักษณะความคิด ไม่ปะติดปะต่อ ฟังไม่รู้เรื่อง (Incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (Irrelevant) หรือพูดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่ (Neogisms)</p> <p>๗. พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Catatonic behavior) อาจมีลักษณะมีอาการ เคลื่อนไหวอย่างมากแบบคลั่ง (Excitement) จับผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง ผู้ป่วยจะอยู่ในท่านั้นเป็น เวลานานผิดปกติ (Waxy flexibility) ไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Stupor) การกระทำต่อต้าน (Negativism) เช่น ให้นั่งผู้ป่วยจะยืน</p> <p>๘. มีอาการด้านลบ (Negative symptoms) เช่น สีหน้าเฉยเมย (Apathy) พูดน้อย (Paucity of speech) อารมณ์ทื่อ ๆ (Blunt) ไม่มีอารมณ์ตอบสนอง ซึ่งต้องแยกออกจากอารมณ์ ซึมเศร้า หรือจากผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต</p> <p>๙. มีอุปนิสัยบางด้านเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน โดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจ สิ่งต่าง ๆ ไม่มีจุดมุ่งหมาย เกี่ยวจรร้านปลีกล้วยออกจากสังคม หมกมุ่นในตัวเอง</p> <p>ขั้นตอนการวินิจฉัยรายโรค ประกอบด้วยกลุ่มอาการ และมีการกำหนดระยะเวลาการดำเนินของ</p>	

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>อาการที่เกิดขึ้น มีระยะเวลาดำเนินของโรคอย่างน้อย ๖ เดือน</p> <p>พฤติกรรมหวาดระแวง</p> <p>พฤติกรรมหวาดระแวงดังกล่าวมาถ้าจะนำมาแยกให้เห็นอาการที่เด่นชัด อาจแยกได้ ๔ กลุ่มดังนี้</p> <p>๑. หวาดระแวงแบบอิจฉาริษยา ด้วยการเปรียบเทียบการแข่งขัน และตนเองด้อยกว่า ด้วยความคิดความรู้สึกที่อาจจะคิดขึ้นเอา หรือเป็นเรื่องจริงที่ยอมรับไม่ได้ ทำให้ต้องโยนเป็นความรู้สึกของผู้อื่นจึงมี อาการอิจฉาริษยาด้วยคำพูด หรือการกระทำออกมาชัดเจน</p> <p>๒. หวาดระแวงในรูปแบบของความรัก ด้วยพลังความต้องการทางเพศที่ยอมรับไม่ได้จึงโยนไปสู่ผู้ที่ตนถูกใจชอบใจ พวกนี้มักคิดว่าผู้อื่นกำลังมีความรักหรือมาชอบตนในทางชั่วสาว ความหวาดระแวงแบบนี้พบบ่อยในเพศหญิง เธอจะสร้างเรื่องราวว่าผู้ชายที่เธอชอบมาทำที่ ความสนใจหรือมาแสดงความรักกับเธอ และบางครั้งปรากฏออกมาในรูปของความฝันซ้ำ ๆ</p> <p>๓. หวาดระแวงแบบสำคัญตนผิด ด้วยความหลงผิดคิดว่าตนเป็นใหญ่เป็นโต มีอนุภาพมีอำนาจวิเศษ ที่จะบันดาลสิ่งใด ๆ ก็ได้จึงทำให้ตนเป็นคนยิ่งใหญ่ เป็นคนมีตำแหน่งสูงเป็นเทพเจ้า เป็นผู้มีความเคร่งขรึมจริงจัง เป็นต้น</p> <p>๔. หวาดระแวงหลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย ผู้ที่มีอาการหวาดระแวงลักษณะนี้ จะไม่ไว้วางใจผู้อื่นอย่างมากคิดว่าผู้อื่นไม่ยุติธรรมกับตน คิดว่าตนถูกกลั่นแกล้ง ถูกปองร้าย จึงมักมีปฏิกิริยาตอบสนองใน ลักษณะเดียวกัน หรือรุนแรงกว่า โดยการทำร้ายผู้อื่นด้วย</p> <p>กลไกการเกิดพฤติกรรมหวาดระแวง</p> <p>ขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมหวาดระแวง แบ่งได้ ๔ ขั้นตอน ดังนี้</p>	<p>- ผู้ป่วยรายนี้ไม่พอใจเพื่อนผู้ป่วยที่ชอบเล่าเรื่องที่บ้าน ชวนเพื่อนผู้ป่วยอื่นไปเที่ยวบ้านผู้ป่วยได้พูดว่าเพื่อนผู้ป่วย “ซีไม่” ตนก็มีพี่สาวที่ทำงานดี ๆ เช่นกัน</p> <p>- คิดว่าผู้ป่วยรายใหม่เป็นแฟนของตนเอง หลงรักตนเอง</p> <p>- ผู้ป่วยจัดอยู่ในกลุ่มหวาดระแวงหลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย ผู้ที่มีอาการหวาดระแวงลักษณะนี้ จะไม่ไว้วางใจผู้อื่น อย่างมากคิดว่าผู้อื่นไม่ยุติธรรมกับตน คิดว่าตนถูกกลั่นแกล้ง ถูกปองร้าย จึงมักมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะเดียวกัน หรือรุนแรงกว่า โดยการทำร้ายน้องจนเสียชีวิต และแทงญาติแฟนบาดเจ็บ</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ขั้นแรก เริ่มด้วยบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่รู้สึกสูญเสีย รู้สึกผิดหวังและมีความเจ็บปวดทางด้านจิตใจ สะสมซ่อนไว้ในส่วนลึกของจิตใจ</p> <p>ขั้นที่สอง เหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกกลัว ไม่ไว้วางใจ จึงมีการป้องกันตัวเองโดย กลไกชดเชยในตัวเอง (projection)</p> <p>ขั้นที่สาม กลไกการป้องกันตัวเอง ทำงานอย่างซับซ้อน จนกลายเป็นสิ่งกระตุ้นภายในตนเอง ที่มีพลังเหนือกว่าส่งกระตุ้นภายนอก</p> <p>ขั้นที่สี่ พฤติกรรมหวาดระแวงปรากฏออกมาทางความคิด คำพูดและ/หรือการกระทำ</p> <p>สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหวาดระแวง</p> <p>๑. สาเหตุทางด้านร่างกาย ได้แก่</p> <p>๑.๑ มีความผิดปกติของระบบประสาท (Neurological disorder) ได้แก่เนื้องอกในสมอง (brain tumor) อากาโรเพื้อ (delirium) สมองเสื่อม (dementia) สมองได้รับการกระทบกระเทือน (brain trauma)</p> <p>๑.๒ ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม และต่อมไร้ท่อ (Metabolic endocrine disorder) ได้แก่ การมีแคลเซียมในเลือดสูง มีน้ำตาลในเลือดต่ำ โรคขาดอาหาร การขาดวิตามิน โรคต่อมไทรอยด์</p> <p>๑.๓ การติดเชื้อ (Infection) ได้แก่มาเลเรีย และซิฟิลิส</p> <p>๑.๔ สารเสพติด (Substance abuse) ได้แก่ สุรา แอมเฟตามีนและโคเคน</p> <p>๑.๕ สารพิษ (Toxic Agent) ได้แก่คาร์บอนมอนนอกไซด์ แมงกานีส และสารปรอท</p> <p>๑.๖ ยาบางชนิด (pharmacological agent) ได้แก่ L-dopa</p> <p>๒. สาเหตุทางด้านจิตใจ</p> <p>จากการเลี้ยงดูในวัยเด็กที่ไม่มีความสม่ำเสมอ บางครั้งได้รับการดูแลบางครั้งก็ถูกละเลยบางครั้งก็ได้รับรางวัลบางครั้งก็ถูกทำโทษ ทำให้เกิดความหวาดหวั่น ไม่มั่นใจคนรอบข้าง มองโลกในแง่ร้ายเกิดความคิดสงสัยและไม่ไว้วางใจบุคคล</p>	<p>- ผู้ป่วยทำร้ายน้องจนเสียชีวิตแต่ปฏิเสธการยอมรับว่าตนเองเป็นผู้กระทำ ไม่รู้ว่าใครทำญาติโกหก</p> <p>- ผู้ป่วยบอกว่ามีคนอื่นมาสิงในร่างกายตนเอง บอกว่ามีเพื่อนแอบลื่นใส่ตนเอง</p> <p>- ผู้ป่วยมีสาเหตุของพฤติกรรมหวาดระแวงจากการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน</p> <p>- ประวัติการเลี้ยงดูในครอบครัวค่อนข้างห่างเหิน ไม่สนิทกับใครในบ้าน มีน้องที่อายุห่างกันระแวงว่าพ่อแม่รักน้องมากกว่าตน</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>อื่น และคิดว่าคนอื่นไม่เป็นมิตรกับตน เมื่อเด็กเกิด ความสงสัยที่รุนแรงขึ้น จะกลายเป็นความคิดหวาดระแวงได้</p> <p>การบำบัดรักษา</p> <p>๑. การรักษาด้วยยา (psychopharmacology) เป็นการรักษาตามอาการที่จำเป็นต้องควบคุม เช่น การให้ยาต้านโรคจิต(antipsychotic)</p> <p>๒. การรักษาด้านจิตสังคม (Psycho social therapy) เป็นส่วนที่สำคัญของการรักษาเนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง</p> <p> ๒.๑ จิตบำบัด (Psychotherapy)</p> <p> ๒.๒ การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counseling)</p> <p> ๒.๓ กลุ่มบำบัด (Group therapy)</p> <p> ๓.๔ นิเวศบำบัด (Milieu therapy)</p> <p>๓. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy [ECT]) จะให้ผลการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท แต่ผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา จะใช้ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย๔. นิเวศบำบัด (milieu therapy)</p>	<p>การรักษาด้วยยาเป็นการรักษาตามอาการที่จำเป็นต้องควบคุม ได้แก่</p> <p>- Risperidone (๒mg) ๑ x ๑ oral pc</p> <p>เช้า</p> <p>- Risperidone (๒mg) ๒ tab oral hs</p> <p>- Benzhexol (๕ mg) ๑ tab oral hs</p> <p>- Lithium (๓๐๐mg) ๑ x ๑ oral pc</p> <p>เช้า</p> <p>- Lithium (๓๐๐mg) ๑ tab oral hs</p> <p>- Clopromazine (๑๐๐ mg) ๑ tab PRN for insomnia</p> <p>- Clopromazine (๑๐๐ mg) ๑ tab oral hs</p> <p>- Clozapine (๒๕ mg) ๑ tab oral hs</p> <p>- Fluphenazine (๒๕ mg) inject. ทุก ๓ สัปดาห์</p> <p>- กลุ่มบำบัด ในผู้ป่วยรายนี้ ให้เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดรายกลุ่มและคำแนะนำรายบุคคลในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นของผู้ป่วย เช่น การจัดการกับความเครียด ผู้ป่วยรับฟังปฏิบัติตามได้บ้าง และไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้</p> <p>- จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย รู้สึกผ่อนคลาย ไม่กดดันหรือสร้างความเครียด จัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องมือที่สามารถเป็นอันตรายได้ จัดพีเลียง บัดดี้ ดูแลใกล้ชิด</p>

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

๑. เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เนื่องจากพร่องในการควบคุมอารมณ์
๒. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง
๓. อ่อนเพลีย เนื่องจากแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง

๔. มีสัมพันธ์ภาพบกพร่องเนื่องจากไม่ไว้วางใจผู้อื่น
๕. สุขวิทยาส่วนบุคคลบกพร่อง เนื่องจากขาดความสนใจในตนเอง
๖. วิตกกังวลเนื่องจากอยากกลับบ้าน
๗. ผู้ป่วยขาดความตระหนัก และการรับรู้โทษพายุภัยของยาเสพติด
๘. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา
๙. ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
๑๐. วิตกกังวลเรื่องการกลับบ้านเนื่องจากญาติขาดการติดต่อ
๑๑. มีโอกาสอาการกำเริบซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
๑๒. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

ข้อวิเคราะห์ / วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเสพยาเสพติดที่มีอาการหวาดระแวง โรคจิตเภทจากยาเสพติดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่น ๆ ซึ่งมีอัตราการเกิดโรคสูง ๑ - ๒ ของประชากรโลก เป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิดร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม การตัดสินใจ บุคลิกภาพ ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย บุคคลรอบข้าง รวมทั้งครอบครัว และสังคม หากไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยได้แล้วก็จะเกิดปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะเจ็บป่วยมานานอาจต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลาย ๆ ครั้ง จะก่อให้เกิดปัญหาผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแล ญาติเกิดความเบื่อหน่าย จนในที่สุดจะพบว่าญาติไม่ยอมมารับผู้ป่วยกลับ ซึ่งการกลับมารักษาซ้ำ คือ การรับประทุษร้ายไม่ต่อเนื่อง ญาติไม่สามารถดูแลได้ อาจเนื่องมาจากการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านยังไม่ดีพอ ผู้ป่วยอาจจะยังขาดความริ่ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น ไม่ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอันเกิดจากการใช้ยาเสพติด พยาบาล ต้องศึกษาความรู้และเพิ่มโดยยึดหลักมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหวาดระแวง และใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของแพลบลาว เป็นแนวทางในการพยาบาล ทักษะในการให้การปรึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจิตเวช โดยเน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม การช่วยเหลือในภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ต้องใช้ความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ ในการวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย การให้การพยาบาลเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ในขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ควบคู่ไปกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจิตเวช โดยให้การพยาบาลในลักษณะของทีมิวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ตลอดจนญาติและตัวผู้ป่วยเอง พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาอย่างถูกวิธี แก้ไขความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ควรที่จะมีการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษามากขึ้น โดยพยายามให้ข้อมูลให้เห็นความสำคัญ และพยาบาลเป็นตัวกลางเชื่อมระหว่างผู้ป่วยและญาติในการสร้างสัมพันธ์ภาพ เพื่อให้ระบายความรู้สึก พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลและแก้ปัญหา เสริมสร้างกำลังใจซึ่งกันและประสานงานกับชุมชนเพื่อให้ชุมชนยอมรับและเข้าใจผู้ป่วย เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญอีกด้านที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และให้ผู้ป่วยปรับตัวผ่านระยะวิกฤตของชีวิตได้ ตลอดจนส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้ศึกษาคาดว่าผู้ป่วยจะสามารถกลับไปอยู่ที่บ้านได้นาน ๖ เดือนขึ้นไป ไม่กลับไปพึ่งพายาเสพติด สามารถดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน และดำเนินชีวิตต่อไปได้

อย่างมีความสุขและควรมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งรับบริการที่เหมาะสมเมื่อเกินศักยภาพในการดูแล

ประเด็นหลักที่ได้จากการศึกษา ที่สำคัญ ได้แก่

๑. ด้านผู้ป่วย / ญาติ

- การดูแลผู้ป่วยรายนี้ถือว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหลายชนิด มียาบ้า (Amphetamine) น้ำกระท่อมสีคุณร้อย (๔ X ๑๐๐) ซึ่งมีผลต่อระบบการหลังของสารสื่อประสาทเมื่อหยุดใช้ยาเสพติดอาจส่งผลกระทบต่อ ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต เกิดโรคแทรกซ้อนทางจิตเวช ทำให้กระบวนการคิด สัมพันธภาพ และการควบคุมตนเองไม่ดี ไม่สามารถควบคุมกำกับ จัดการกับอารมณ์ตนเองได้ กระบวนการคิดและตัดสินใจไม่ดี ใจร้อน หุนหันพลันแล่น ทำอะไรตามใจตนเอง การใช้ยาเสพติดทำลายเซลล์สมองส่วนคิด ทำให้ไม่สามารถนำประสบการณ์หรือคำแนะนำที่ได้รับมาปฏิบัติตามได้ ทำให้มีโอกาสกลับไปเสพติดซ้ำได้ง่าย

- ประวัติการเลี้ยงดู กรรมพันธุ์ สัมพันธภาพ ภายในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทำให้ผู้ป่วยหันไปพึ่งยาเสพติด ซึ่งการใช้ยาเสพติดหลายชนิดแบบผสมผสาน และเป็นเวลานาน ยิ่งทำให้ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทและสมอง เกิดความผิดปกติทางพฤติกรรมได้

- ญาติอาจจะขาดความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเวชอารมณ์ ความคิดแปรปรวน หวาดระแวง ก้าวร้าว และทำร้ายผู้อื่น ประกอบกับผู้ป่วยขาดที่พึ่ง จึงมีพฤติกรรมใช้สารเสพติดซ้ำ ๆ การแก้ปัญหาไม่ตรงกับปัญหาความต้องการที่แท้จริงเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมซึ่งกันและกันทำให้การแก้ไขปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น

๒. ด้านกิจกรรมการพยาบาล

- ระยะถอนพิษยา ต้องเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม เนื่องจากในระยะแรกๆ ผู้ป่วยไม่มีอาการถอนพิษยาเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และยังคงปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมก็เป็นความวิตกกังวลของผู้ป่วยระดับหนึ่งและการเลือกกิจกรรมที่เป็นภาพรวมของดีก็อาจจะไม่เป็นผลดีในผู้ป่วยบางรายที่ยังปรับตัวไม่ได้ทำให้เกิดความคับข้องใจ เพิ่มความเครียดให้กับผู้ป่วยได้ ซึ่งถ้าขาดการประเมินความพร้อมผู้ป่วยรายบุคคล จะทำให้การบำบัดรักษาไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

- ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยรูปแบบ FAST MODEL การใช้เครื่องมือชุมชนบำบัด การบอกข้อบกพร่อง วิธีการช่วยเหลือพฤติกรรม บางกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด กัดดัน ผู้ป่วยต่อต้าน หวาดระแวงบุคคลอื่น ทำให้แสดงทางด้านอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ อาจจะต้องปรับกิจกรรมตามบริบท ตามสภาพข้อจำกัดของโรค ระยะและอาการของโรค โดยการประเมินความพร้อมเฉพาะราย

- ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ใช้กระบวนการดูแลแนวทางเดียวกันตามมาตรฐานการพยาบาลจิตเวช พยาบาลต้องใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทฤษฎีทางการพยาบาลจะประกอบด้วย ๔ มโนคติหลัก คือบุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่ามโนคติทางการพยาบาลที่สามารถนำมาประยุกต์ได้ คือ ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปพลาว ทฤษฎีทางการพยาบาลของรอย ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอริเม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, ๒๕๕๗; วันดี สุทธิรังษี และคณะ, ๒๕๕๙) ซึ่งในรายนี้ ใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ

เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตอบ
โจทย์ปัญหาแก้ไขตามความเร่งด่วนคุกคามต่อชีวิต

- บทบาทพยาบาลที่สำคัญอีกอย่างคือต้องประสาน สนับสนุน ช่วยเหลือติดตามอย่างต่อเนื่อง
โดยการสนับสนุนการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ให้มีการร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ
แก้ปัญหา เป็นการเสริมแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้ยั่งยืน

๓. ด้านการบำบัดรักษา

- การดูแลผู้ป่วยรายนี้ อาศัยการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การใช้ข้อมูลร่วมกันของทีม
เนื่องจาก ความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทาง เช่น แพทย์
พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ โดยทุกวิชาชีพมีการวางแผนให้เข้าถึงผู้ป่วยเพื่อได้รับการ
ช่วยเหลือ เพื่อการรักษาให้เร็วที่สุด

- การให้ยากรณีศึกษาเรื่องนี้เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช การใช้ยาอาจมี
ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยดังต่อไปนี้ กระสับกระส่าย ปวดท้อง มีปัญหาในการนอนหลับ ลึนแข็ง ตัวแข็ง
พูดไม่ชัด น้ำลายไหล กลืนหรือพูดลำบาก ท้องผูก ท้องเสีย เวียนศีรษะ ง่วงซึม ปากแห้ง ปวดศีรษะ
เบื่ออาหาร คลื่นไส้ เป็นต้น การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และ
เกิดความพึงพอใจกับฤทธิ์ของยาทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ต่อเนื่อง ป้องกันอาการกำเริบของโรคได้

- เนื่องจากผลของยาเสพติดที่มีต่อสุขภาพโดยเฉพาะการเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงและเป็น
อันตรายทั้งต่อตัวผู้ช้ยาและผู้อื่น ควรมีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพในทิศทางที่จะช่วยผู้เสพผู้ติด
ให้สามารถเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน

๔. ด้านสิ่งแวดล้อม

- การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ยา
เสพติดที่มีอาการหวาดระแวง การจัดสิ่งแวดล้อมช่วยผ่อนคลาย อากาศถ่ายเทได้ดี อากาศไม่ร้อน
บรรยากาศสงบ เพื่อลดสิ่งเร้าและเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

- ควรจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่นการจัดห้องแยกหรือห้องจำกัดพฤติกรรม เพื่อการดูแล
ใกล้ชิด การติดตามอาการตลอดเวลา ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้เป็นอย่างดี แก้ไขปัญหาได้ทัน
เหตุการณ์ ป้องกันข้อร้องเรียน จากการดูแลผู้ป่วย

- ผู้ป่วยรายนี้มีความผิดปกติด้านความคิด มีความคิดหวาดระแวงบุคคลอื่น ทำให้เกิดการ
เปลี่ยนแปลงอารมณ์ อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย บางครั้งไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้จึงต้องม
ีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จึงควรจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย จัดการดูแลผู้ป่วยในห้องจำกัด
พฤติกรรม หรือห้องที่กำหนด หรือมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลอย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะจากกรณีศึกษา

- ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะหวาดระแวง ถึงแม้ว่าจะได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่ง
อาการทุเลาลง ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจใน
เรื่องโรคและการรักษา จะรับประทานยาไม่ต่อเนื่องทำให้อาการกำเริบได้ หากญาติมีความรู้ความ
เข้าใจในเรื่องเหล่านี้จะไม่เกิดปัญหาดังกล่าวขึ้น ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ในการ
ปฏิบัติตัวรู้จักแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ที่จะรับบริการปรึกษา
เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ

- ควรนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินของแต่ละวิชาชีพมาพูดคุย การใช้ข้อมูลร่วมกันของทีมร่วมปรึกษาหารือ เพื่อลดระยะเวลาในการสืบค้นข้อมูลเชิงวิชาชีพ ได้เห็นความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา เพื่อวางแผนร่วมกันในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ได้อย่างครอบคลุม รวดเร็ว

- สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำงานกับผู้ป่วยจิตเวช จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดพยาบาลต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษา เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตให้สุขสบาย พื้นดินสภาพผู้สังคมในทางที่ดีขึ้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกระบวนการพยาบาลจิตเวช และกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจใคร พยาบาลจึงต้องอาศัยความอดทนและความสม่ำเสมอในการพูดคุยกับผู้ป่วย ไม่ตำหนิและตัดสินความคิดของผู้ป่วย และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขและป้องกันจุดมุ่งหมาย คือ ให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถอยู่ในโลกของความเป็นจริงได้

- การติดสารเสพติดเป็นภาวะที่เรื้อรังและกลับเป็นซ้ำได้จากสมองที่ยังไม่ฟื้นเป็นปกติ อันเป็นผลระยะยาวจากฤทธิ์ของสารโดยตรงต่อสมอง การติดตามผลต่อเนื่องมีความจำเป็นอย่างมากในการเฝ้าระวังการเสพซ้ำ

- การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด คือ ขั้นตอนหรือกระบวนการที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดภาวะสุขภาพหรือชีวิตที่ดีขึ้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ กระบวนการบำบัดรักษา กระบวนการพยาบาลต้องผสมผสานรูปแบบต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้การช่วยเหลือภายหลังการบำบัด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพ กลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

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

- การวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากประสบการณ์ทำงาน เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วนั่นคือ ความสำเร็จของการรักษาพยาบาล โดยความเป็นจริงของผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลเพียงแต่ได้รับการดูแลรักษาระยะหนึ่งเท่านั้น แต่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน หรือการได้รับบริการสุขภาพอื่นที่ผู้ป่วยต้องการนั้น เป็นสิ่งสำคัญในการประกันคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ เมื่อผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรมีการประสานงานกับเครือข่ายจะได้มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้กลับไปสู่ชุมชนได้อย่างปกติสุข

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (๒๕๕๘). *จิตเวชศิริราช DSM-๕*. ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์, กรมสุขภาพจิต. (๒๕๖๐). *คู่มือวิทยาการหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง.บริษัท ดินาคู มีเดีย พลัส จำกัด.*
- กรมสุขภาพจิต. (๒๕๖๔). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช*. บริษัท ดินาคู มีเดีย พลัส จำกัด. กรมสุขภาพจิต และสำนักการพยาบาล. (๒๕๕๖). *มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. [มปท.].
- กัมปนาท รูปขาว. (๒๕๖๕). *ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดจังหวัดเพชรบูรณ์*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, ปราณี ฉันทพจน์, สุพัตรา สุขาวท. (๒๕๖๑). ประสิทธิผลการบำบัด Co-occurring disorder (COD) Intervention ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; ๖๓(๒), ๑๒๗-๔๐*.
- งานเวชระเบียน, โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา. (๒๕๖๖). *สถิติผู้ป่วยยาเสพติด*. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา.
- จิรสิทธิ์ พล ภูวไชยจิรภัทร, และ ประพนธ์ สหพัฒน์นา. (๒๕๖๑). ปัจจัยกีดกันและปัจจัยการควบคุมตนเองกับการกระทำความผิดของเด็กและเยาวชน. *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย, ๔๒๕-๔๕๑*.
- เจริญ แฉกพิมาย และปนัดดา ศรีธนสาร. (๒๕๕๕). *พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ*. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (๒๕๕๖). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่ม ๒*. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แฝ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข. (๒๕๕๗). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ ๑*. (พิมพ์ครั้งที่ ๒). ธนาเพรส.
- ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ, ธนิตา ลดาวัลย์, และหทัยชนนี บุญเจริญ. (๒๕๕๔). Interesting Topic เรื่อง Amphetamine. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. ค้นเมื่อ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/Amphetamine%๒๐%๒๘Interesting%๒๐topic%๒๙.pdf>.
- ทวีรัตน์ พรหมรัตน์. (๒๕๕๙). *การแปรเปลี่ยนผลงานสร้างสรรค์ของผู้ติดสารเสพติด สู่รูปลักษณ์ในการสร้างสรรค์*. คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เทิดศักดิ์ เดชคง. (๒๕๖๖). *คู่มือความรู้เรื่อง ยาบ้าสำหรับประชาชน*.: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- ธงชัย อุ่นเอกกลาง. (๒๕๔๖). *ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด* (พิมพ์ครั้งที่๒). สำนักงานกิจการโรงพยาบาลพิฆังค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ธงรบ เทียนสันต์. (๒๕๖๑). พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กับบทบาทการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. ๓๐(๒), ๑-๑๕.
- ธีรต์ถ์ เหลืองมันคง. (ม.ป.ป.). *ยาแก้ไอ มีกี่แบบ ??*. ค้นเมื่อ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ จาก <https://pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/๐๑๖๙.pdf>
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (๒๕๕๗). สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, ๑๕(๒), ๘๔-๙๑
- นันทวิช สีทธิรักษ์, กมลเนตร วรณเสวก, กมลพร วรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, และพนม เกตุมาน. (๒๕๕๘). *จิตเวชศิริราช DSM-๕*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- บุญศิริ จันศิริมงคล. (๒๕๕๖). *การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา*. วนิดาการพิมพ์.
- พยอม ต้นดีวัฒน์. (ม.ป.ป.). *ยาเสพติดและยาต้านฤทธิ์ยาเสพติด*. ค้นเมื่อ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ จาก <http://www.ddrc.ihr.chula.ac.th/Knowledge%๒๐and%๒๐Reviews/narcotics.pdf>
- พระราชบัญญัติ ให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ ค้นเมื่อ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗. <https://ockt.dtam.moph.go.th/index.php/law/๒๖๘-law๒๕๖๔-๑>
- พิชัย แสงชาญชัย. (๒๕๔๘). การบำบัดรักษายาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ. ใน วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรากกร, ลำชา ลักขณาภินชัช, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, และนิภา กิมสูงเนิน (บ.ก.). *ตำราเวชศาสตร์การเสพติด* (น. ๑๔๗-๑๖๗). สำนักงานกิจการโรงพยาบาลพิฆังค์การทหารผ่านศึก.
- พิชัย แสงชาญชัย, ดร.ณิ ภูขาว, สัจจ สมนัติใหม่, ณัฐนาฏ สระอุบล, สายรัตน์ นกน้อย, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (๒๕๕๓). *การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา*. วนิดาการพิมพ์.
- พิชเยศ ชูเมือง. (๒๕๖๓). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดของผู้ต้องหาคดียาเสพติด : กรณีศึกษาในพื้นที่จังหวัดสงขลา [สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. จาก <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/๒๐๑๖/๑๗๒๒๒>
- พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (๒๕๕๒). *ตำราโรคจิตเภท*. ชานเมืองการพิมพ์.
- พิมพ์วัลย์ อายุวัฒน์, ภาสินี ไทอินทร์ และปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี. (๒๕๕๙). *F ๒๐: โรคจิตเภท (Schizophrenia)*. สถาบันพระบรมราชชนก.
- ไพฑูรย์ แสงพุ่ม. (๒๕๔๓). *ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ Sigmend Freud*. ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติดสำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด.
- ภิญญาดา ภัทรกิจจารุ และจิวรรณ ชัยวิศิษฐ์. (๒๕๖๓). แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชตามแบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย*, ๑๐(๑), ๑๕๖-๑๕๙.

- มหาวิทยาลัยบูรพา. (พฤษภาคม ๒๕๕๕). *ความคิดเห็นของเยาวชนต่อการแพร่ระบาดของยาเสพติด*. จาก http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/๕๓๙๓๐๐๗๖/title.pdf.
- มาโนช หล่อตระกูล. (๒๕๕๐). *คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ ๔). หมอชาวบ้าน.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (๒๕๕๘). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- ยาใจ สิทิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, และ สุดารัตน์ เพียรชอบ. (๒๕๖๑). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ Psychiatric Nursing*. (พิมพ์ครั้งที่ ๓). ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลศรีธัญญากรมสุขภาพจิต (๒๕๕๙). *การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแนวคิดการคืนสู่สุขภาพ (Recovery Model)*
- ลักษณะ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโครก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุริภรณ์ เสี่ยงล้ำ, และวีร์ เมฆวิสัย. (บ.ก.). (๒๕๖๐). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข)* (พิมพ์ครั้งที่ ๒). บริษัท วิคทอเรียอิมเมจ จำกัด.
- ลำเนาวัลย์ เรืองยศ. (๒๕๕๓). *ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ ๓ (ฉบับปรับปรุง). โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วนิดา รัตนสุมาวงศ์, รัตมน กัลยาณศิริ, และ พิชัย แสงชาญชัย. (๒๕๖๑). *ทฤษฎีของพฤติกรรมเสพติด และข้อถกเถียงที่มีในปัจจุบัน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ๖๓(๓), ๒๙๕-๓๐๖*.
- วันดี สุทธิรังษี, ถนอมศรี อินทนนท์, และ ศรีสุดา วนาลีสิน. (๒๕๕๙). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เล่ม ๒*. นีโอพอยด์.
- วาทีณี สุขมาก. (๒๕๕๗). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ๒*. พิมพ์ครั้งที่ ๒, สำนักพิมพ์กาะเยี่ย.
- วิภา ต่านดำรงกุล และสมปอง สิมมา. (๒๕๕๗). *ปัญหาเสพติดในวัยเสี่ยง : ที่สังคมต้องเข้าใจ*. วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมล ลักษณะานิชนชัย. (๒๕๖๓). *คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด*. ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วิโรจน์ วีรชัย, ลำซำ ลักษณะานิชนชัย, อังกูร ภัทรากร, นิภา กิมสูงเนิน และ ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์. (๒๕๕๒). ในวิโรจน์ วีรชัย (บ.ก.), *ตำราเวชศาสตร์สารเสพติด*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วิโรจน์ สุ่มใหญ่. (๒๕๕๓). *ยาบ้า : มหันตภัยข้ามสหัสวรรษ*. ธีระการพิมพ์.
- วิณา บุญแสง. (บ.ก.). (๒๕๖๔). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต*. บริษัท ดีน่าคู มีเดีย พลัส จำกัด

- ศิริพร ชัมภลิต. (๒๕๕๓). มายาคติในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล. *การประชุมวิชาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล: สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ จัดโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทร์ราชบรมราชชนนี.*
- ศุภกรใจ เจริญสุข. (๒๕๕๗). *แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (Theoretical Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing).* ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บ.ก.), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง)* เล่มที่ ๑. (พิมพ์ครั้งที่ ๒). ธนาเพรส.
- ศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำภาคใต้. (๒๕๕๖). *รูปแบบการบำบัดรักษายาเสพติดชนิด ๔ x ๑๐๐ (ออนไลน์).* จาก www.dms.moph.go.th/dmsweb/rspaper/rspaper๕๔/Patani_๔.doc.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (๒๕๕๖). *เวชศาสตร์การติดสารเสพติด ฉบับปรับปรุงตาม DSM-V* พิมพ์ครั้งที่ ๑๐. โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สาวิตรี อัจฉนากรชัย, ฌนอมศรี อินทนนท์, สมสมร ชิตตระกูล, อุไรวรรณ พัฒนสัตยวงศ์ และวาริศา ชูแก้ว. (๒๕๕๒). *รูปแบบและผลกระทบจากการใช้พีชกระท่อมและ/หรือสารเสพติดที่มีส่วนผสมของพีชกระท่อมในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน.* จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์.
- สาวิตรี อัจฉนากรชัย, อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, ไพศาล ลิ้มสถิต, นิวัต แก้วประดับ, สมสมร ชิตตระกูล, จุไรทิพย์ หวังสินทวีกุล, เอกสิทธิ์ กุมารสิทธิ์, สมชาย ศรีวิริยะจันทร์, ดาร์เนีย เจ๊ะหะ, วัชรพงศ์ พุ่มชื่น, และดาริกา ไสงาม. (๒๕๖๓). *บทสรุปของพีชกระท่อม ในสมสมรบรรณาธิการ. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)*
- สายฝน เอกวางกูร. (๒๕๕๙). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ ๑.* (พิมพ์ครั้งที่ ๓). สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.
- สุรพร ชลสาคร. (๒๕๕๖). *ปัญหาสุขภาพจิตพีชกระท่อมในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้กับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด* หลักสูตรผู้พิพากษาผู้บริหารในศาลชั้นต้น รุ่นที่ ๑๑. สถาบันพัฒนาข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรม.
- สุดาพร สถิตยยุทธการ. (๒๕๕๙). *การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์ และแนวทางการป้องกัน.* *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๘(๓), ๑-๑๔.*
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (๒๕๕๔). *การพยาบาลจิตเวช* พิมพ์ครั้งที่ ๒. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุโหวด้า บุหลาด. (๒๕๕๘). *ประสบการณ์ผู้ติดยาเสพติด ๔x๑๐๐ ของวัยรุ่นในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดกระบี่.* *พินเนศวร์สาร. ๑๑(๒), ๔๑ - ๔๙.*
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (๒๕๕๓). *แบบสำรวจสถานะความเข้มแข็งของสถานศึกษาในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด.* [ออนไลน์]. จาก <http://drugfree.school.oncb.go.th/files/distinguish%๒๐๒.pdf>.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (๒๕๖๖, ๒๘ สิงหาคม). *ไอ...ใช้ยาอะไรดี.* จาก https://oryor.com/media/infoGraphic/media_printing/๒๑๖๑

- สำนักงานปราบปรามยาเสพติด. (๒๕๕๐). *การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา*. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- สำนักวิชาการสุขภาพจิต. (๒๕๖๒). *ICD-๑๑ บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับที่ ๑๑ โรคจิตเวช ความผิดปกติทางพฤติกรรมหรือความผิดปกติ พัฒนาการระบบประสาทและโรคในหมวดอื่นที่เกี่ยวข้อง*. วนิดาการพิมพ์, นนทบุรี.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโศรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชูริภรณ์ เสียงล้ำ, และวีร์ เมฆวิสัย. (บ.ก.). (๒๕๖๐). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข)*. (พิมพ์ครั้งที่ ๒). วิคทอเรียอิมเมจ.
- อัญชลี จุมพฏจามีกร. (ม.ป.ป.). *เด็กติดยาเสพติด*. จาก <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/๐๖๒๑๒๐๑๔-๑๖๑๓>
- อรนันท์ หาญยุทธ. (๒๕๕๗). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, ๑๕ (๓), ๑๓๗-๑๔๓.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (๒๕๕๖). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ ๕). วี.พรินท์.
- อัจรา ฐิตวัฒน์กุล. (๒๕๕๘). *ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของเด็กหญิงที่ถูกกระทำรุนแรง ในสถานแรกรับเด็กหญิง เขตภาคกลาง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (๒๕๔๓). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ ๒. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- American Psychiatric Association. (๒๐๑๓). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-๕™* (๕th ed.). American Psychiatric Publishing
- American Medical Association. (๒๐๒๐). *ICD-๑๐-CM ๒๐๒๑: The Complete Official Codebook with Guidelines*. Retrieved from <http://www.imecode.com/coding/icd10Cm/book/section/F๑๐-F๑๙>
- Dziwota, E., Stepulak, M.Z., Włoszczak-Szubzda, A., and Olajossy, M. (๒๐๑๘). Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Annals of Agricultural and Environment Medicin*, ๒๕(๑), ๕๐-๕๕. doi: ๑๐.๕๖๐๔/๑๒๓๒๑๙๖๖.๑๒๓๓๕๖๖.
- Gottfredson, M. R., and Hirschi T. (๑๙๙๐). *A general theory of crime*. Stanford, CA: Stanford University Press
- Kahn, R. S. & Keefe, R. S. E. (๒๐๑๓). Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. *JAMA Psychiatry*, ๗๐(๑๐), ๑๑๐๗-๑๑๑๒.
- Miller, A. (๑๙๙๕). *Building grounded theory within educational psychology practice*. *Educational and Child Psychology*, ๑๒(๒), ๕-๑๔.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (๑๙๙๑). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. The Guilford Press.

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (୨୦୦୨). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (୨nd ed.). The Guilford Press.
- Peplau, H. E. (୧୯୯୧). *Interpersona relations in Nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Spring Public.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (୨୦୧୩). *World Drug Report ୨୦୧୩*. Retrieved January ୧୩, ୨୦୧୫, from https://www.unodc.org/wdr୨୦୧୩/field/Booklet_୧_EXSUM.pdf.
- Videbeck, S. L. (୨୦୧୫). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. (୬th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- World Health Organization. (୧୯୯୫). *The international classification of diseases and related health problem ୧୦th revision [ICD-୧୦]*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (୨୦୧୧). Schizophrenia. ww.who.int/informationmanagement/schizophrenia/en/
- World Health Organization. (୨୦୧୫). *Who study group on tobacco product regulation: Report on the scientific basis of tobacco product regulation: Seventh report of a who study group*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/୧୦୬୬୫/୩୨୯୫୫୫>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายการยาที่ใช้ในกรณีศึกษา

มีดังนี้

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ ยาในผู้รับบริการ
Risperidone (๒mg) ๑ tab oral pc เช้า , Risperidone (๒mg) ๒ tab oral hs	<p>สรรพคุณ เป็นยาในกลุ่มรักษาอาการทางจิต (Antipsychotic) ทำงานโดยปรับปริมาณของสารส่งผ่านประสาทในสมองที่ไม่สมดุล ที่อาจเกิดจากโรคต่าง ๆ เช่น โรคจิตเภท โรคไบโพลาร์ และโรคออทิซึม รวมไปถึงใช้รักษาปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ในเด็กอายุ ๕-๑๖ ปีและวัยรุ่น เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงฉับพลัน ทำร้ายตัวเอง หรือก้าวร้าว</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ปากแห้ง ปวดหัว เจ็บคอ ท้องเสีย น้ำหนักขึ้นหรือวงงซึม อาจไม่จำเป็นต้องใช้การรักษาทางการแพทย์ เพราะเมื่อร่างกายคุ้นชินกับตัวยาแล้ว อาการอาจหายไปเอง แต่ถ้าผู้ใช้รู้สึกกังวลหรือยังปรากฏอาการอย่างต่อเนื่อง อาจต้องไปปรึกษาแพทย์ โดยเฉพาะหากปรากฏอาการดังต่อไปนี้ ควรรีบไปพบแพทย์ทันที</p> <ul style="list-style-type: none"> - คับหรือมีผื่นผิวหนัง - เดินชอยเท้า - ไม่มีสมาธิ กระสับกระส่าย ไม่ยอมอยู่กับที่ อยู่นิ่งไม่ได้ - มีพฤติกรรมก้าวร้าว <p>วิตกกังวล</p> <ul style="list-style-type: none"> - หน้าตาไม่แสดงอารมณ์ 	รักษาโรคจิตเภทและโรคไบโพลาร์

ชื่อยาและสารนำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ ยาในผู้รับบริการ
Benzhexol (๕ mg) ๑ tab oral ก่อนนอน	<ul style="list-style-type: none"> - เห็นภาพไม่ชัดหรือการมองเห็นเปลี่ยนแปลงไป - ไม่สามารถขยับหรือเคลื่อนไหวดวงตาได้ - มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน พุดหรือกลืน - มีปัญหาเกี่ยวกับการปัสสาวะหรือปัสสาวะมากผิดปกติ - มีปัญหาเกี่ยวกับการจดจำ - นิ้วสั่น มือสั่น - แขนหรือขาเมื่อยล้าหรือไม่มีแรง <p>มีอาการกล้ามเนื้อกระตุก บริเวณหลัง คอและใบหน้า หรือกระตุกเมื่อเคลื่อนไหว สูญเสียการทรงตัว</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การใช้ยานี้ในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับหรือไต ควรลดขนาดยาลงครึ่งหนึ่งทั้งขนาดยาเริ่มต้นและขนาดยาในครั้งต่อไป (maintenance dose) - ควรงดดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างการใช้ยาและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมากเกินไป เนื่องจากมีความเป็นไปได้ที่จะทำให้น้ำหนักตัวสูงขึ้น <p>สรรพคุณ</p> <p>เป็นยาต้านการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ให้ผลยับยั้งโดยตรงต่อระบบประสาทพาราซิมพาเตติก จะไปออกฤทธิ์โดยการต้านการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ปิดกั้นตัวรับ Acetylcholine ยังมีผลทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว ใช้รักษาโรคพาร์กินสัน และใช้ควบคุมอาการ Extrapyrarnidal Side Effect ที่เกิดจากการใช้ยาจิตเวช เช่นกระวน</p>	ใช้รักษาอาการของโรคพาร์กินสัน (Parkinsons Disease) และ อาการสั่นที่เป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางอย่าง

ชื่อยาและสารนำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ ยาในผู้รับบริการ
	<p>กระวายเป็น ลึน กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ลึน แข็ง</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์</p> <p>อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย: เช่น วิงเวียน คลื่นไส้เล็กน้อย กระสับกระส่าย</p> <p>อาการข้างเคียงที่พบได้แต่น้อย: เช่น ปวดท้อง ท้องอืด ท้องผูก ปากแห้ง เบื่ออาหาร และมีผื่นคัน</p> <p>อาการของผู้ที่ได้รับยานี้เกินขนาด: จะพบอาการหัวใจเต้นเร็วหรือช้า ผิดปกติ ชขาดสติ หายใจลำบาก มี ภาวะชัก มีไข้ ตัวร้อน ผิวแห้ง รุมนาน ตาขยาย ตาพร่า มีอาการสับสน หรือ เกิดประสาทหลอน หากพบอาการ ดังกล่าวควรรีบนำตัวผู้ป่วยส่ง โรงพยาบาลทันที/ฉุกเฉิน</p> <p>ข้อควรระวังในการใช้ยา</p> <p>หากรับประทานยาเข้าไปเยอะๆ จะ ไปสะสมในกระแสโลหิตในปริมาณที่มี ขนาดยาสูง ๆ เมื่อยาเดินทางไปถึง สมองและระบบประสาท จะมีฤทธิ์ Hallucinate (ประสาทหลอน) กับ Euphoria (ภาวะเคลิ้มสุข) เด็กวัยรุ่น จึงนิยมนำมาเสพร่วมกับยาอื่นๆ เช่น tramadol แทนยาแก้ไอหรือนำไป เสพพร้อมกับ ยา ๔ x ๑๐๐ เพราะมี ฤทธิ์เป็น Opioid potentiator ด้วย อยากเมานาน</p> <p>- ห้ามใช้กับผู้ที่มีแพ้ยานี้ ห้ามใช้ยานี้กับผู้ป่วยโรคต่อหิน โรค ลำไส้ไม่ทำงานหรือลำไส้เคลื่อนตัว น้อย โรคต่อมลูกหมากโต</p>	

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ ยาในผู้รับบริการ
Lithium (๓๐๐mg) ๑ tab oral pc เช้า , Lithium (๓๐๐mg) ๑ tab oral ก่อนนอน	<p>- ห้ามปรับขนาดรับประทานยานี้ด้วยตนเอง</p> <p>- ห้ามใช้ยานี้ที่สภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม</p> <p>- หลีกเลี่ยงการใช้ยานี้กับเด็ก สตรีตั้งครรภ์ และสตรีที่อยู่ในภาวะให้นมบุตร</p> <p>- ระวังการใช้ยานี้กับผู้ป่วยโรคหัวใจ ตันผดผื่นหฐะ ผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ (ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยโรคตับ โรคไต</p> <p>- ห้ามแบ่งยาให้ผู้อื่นใช้</p> <p>สรรพคุณ เป็นยากลุ่ม mood-stabilizing drugs รูปแบบยา Capsule กลไกการออกฤทธิ์ ยังไม่ชัดเจน แต่คาดว่ากระตุ้น GABA receptor, ยับยั้ง NMDA receptorบรรเทาหรือป้องกันการเกิดซ้ำของอาการจากโรคอารมณ์สองขั้ว ภาวะอารมณ์ตื่นตัวผิดปกติ</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์ คลื่นไส้ อาเจียน ระบายน้ำ หากกินยาแล้วเกิดอาการเหล่านี้หลายอาการร่วมกัน ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เดี๋ยวเซ เวียนหัว พุดไม่ชัด กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อกระตุก สับสน ซึม ควรหยุดยาแล้วพบแพทย์ทันที</p> <p>ข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง ๑.ห้ามใช้ยานี้ในผู้ที่มีประวัติเคยแพ้ยาหรือส่วนประกอบของยานี้</p>	เพื่อรักษาโรคซึมเศร้า ยา นี้จะรักษาความสมดุลของอารมณ์และพฤติกรรม เนื่องจากสารสื่อประสาทในสมอง ยานี้ อาจจะลดความถี่ในการเกิดอาการคลุ้มคลั่ง ความรู้สึกเกินจริง ความหงุดหงิด วิตกกังวล พฤติกรรมก้าวร้าว และไม่เป็นมิตร

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ ยาในผู้รับบริการ
<p>- Clopromazine (๑๐๐ mg) ๑ tab oral hs</p> <p>- Clopromazine (๑๐๐ mg) ๑ tab PRN for insomnia</p>	<p>๒. ห้ามใช้ยานี้ในหญิงมีครรภ์ โดยเฉพาะใน ๓ เดือนแรก และหญิงให้นมบุตร</p> <p>๓. ระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยลมชักและยานี้อาจจำเป็นต้องปรับขนาดในผู้ป่วยโรคตับหรือโรคไต หรือกำลังกินยาบางชนิด หากท่านมีภาวะเหล่านี้ ควรแจ้งแพทย์</p> <p>๔. หลีกเลี่ยงหรืองดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระหว่างการรักษา</p> <p>๕. ระมัดระวังการขับชี่ยานยนต์ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล หรือทำงานที่เสี่ยงต่อการพลัดตกจากที่สูง</p> <p>สรรพคุณ</p> <p>ยาคลอโรโพรมาซีนมีกลไกการออกฤทธิ์กับตัวรับ (Receptor) ที่อยู่ในสมองซึ่งถูกเรียกว่า Postsynaptic dopamine receptor จึงมีผลต่อสารสื่อประสาทต่างๆที่หลั่งออกมาจากสมองและส่งผลให้เกิดฤทธิ์รักษาตามสรรพคุณบำบัดอาการทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนระหว่างที่ได้รับการผ่าตัด เป็นยาสงบประสาท/ยาคลายเครียดอย่างอ่อน ๆ</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์</p> <p>ยาคลอโรโพรมาซีนสามารถก่อให้เกิดผล/ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ท้องผูก วิงเวียน ง่วงนอน ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว ตัวสั่น ชัก ปากคอแห้ง รุ่่านตาขยายคลื่นไส้</p>	<p>มีข้อบ่งใช้ในรักษาอาการทางจิต ได้แก่ โรคจิตเภทที่มีอาการประสาทหลอน ก้าวร้าว โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar) ที่มีอารมณ์คลุ้มคลั่ง</p>

ชื่อยาและสารนำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ ยาในผู้รับบริการ
<p>- Clozapine (๒๕ mg) ๑ tab oral hs</p>	<p>*อนึ่ง: อาการของผู้ที่ได้รับยานี้เกิน ขนาด: จะพบภาวะความดันโลหิตต่ำ อย่างรุนแรง มีภาวะโคม่า มีอาการชัก มีไข้ ปากคอแห้ง หัวใจเต้นผิดปกติ หากพบอาการเหล่านี้ต้องรีบนำตัว ผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที/ฉุกเฉิน</p> <p>ข้อควรระวังการใช้</p> <p>มีข้อควรระวังการใช้ยาคลอโรโพร มาซีน เช่น ห้ามใช้กับผู้แพ้ยานี้ ห้ามปรับเปลี่ยนขนาดรับประทานเอง การใช้ยานี้ในสตรีตั้งครรภ์ สตรีที่อยู่ ในภาวะให้นมบุตร เด็ก(นิยามคำว่า เด็ก) และผู้สูงอายุ จะต้องใช้ความ ระมัดระวังอย่างสูง แพทย์ผู้รักษา เท่านั้นที่จะเป็นผู้คัดเลือกตัวยาได้ อย่างเหมาะสมให้กับผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระวังการใช้ยานี้กับผู้ที่มีโรค ประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคต่อหิน ผู้ที่มีภาวะ ไชกระตุก ทำงานผิดปกติ โรคซีด โรคตับ โรคไต หรือโรคเบาหวาน - การใช้ยาทุกตัวมีระยะเวลาของการ รักษารวมถึงยาคลอโรโพรมาซีน หาก พบว่าอาการไม่ดีขึ้นหลังจากการใช้ยา ควรกลับไปปรึกษาแพทย์/ไป โรงพยาบาลเพื่อแพทย์พิจารณาปรับ แนวทางการรักษา - ห้ามแบ่งยาให้ผู้อื่นใช้ใช้ยาหมดอายุ ห้ามเก็บยาหมดอายุ <p>สรรพคุณ เป็น antipsychotic drug ที่มี ประสิทธิภาพมากในการรักษาโรคจิต เภท (schizophrenia) กลไกการออก</p>	<p>ใช้รักษาโรคจิตเภท (Schizophrenia)</p>

ชื่อยาและสารนำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ ยาในผู้รับบริการ
	<p>ฤทธิ์ของยาโคลซาพินคือ ตัวยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของตัวรับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านอารมณ์/จิตใจของสมองเช่น ตัวรับที่เรียกว่า Dopamine receptor ชนิด D๑, D๒, D๓, D๔ และ D๕ นอกจากนี้ยังเข้ายับยั้งการทำงานของตัวรับที่เรียกว่า Serotonin receptor, Alpha-adrenergic receptor, Histamine H๑ receptor และ Cholinergic receptor</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์</p> <p>ก. อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย: เช่น มีอาการตาพร่า รู้สึกสับสน วิงเวียน เป็นลม มีไข้ หัวใจเต้นผิดจังหวะ แขน-ขา-มือ-เท้ามีอาการสั่น เหงื่อออกมาก และอ่อนเพลีย</p> <p>ข. อาการข้างเคียงที่พบน้อย: เช่น มีอาการวิตกกังวล อุดจระมีสีคล้ำ เจ็บหน้าอก หนาวสั่น มีภาวะชัก เกิดขึ้น ไอ ปัสสาวะน้อยลง อึดอัด/รู้สึกไม่สบาย ปากแห้ง รู้สึกหุดหู่/ซีมีเศร้า มีไข้ เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ควบคุมการกลืนปัสสาวะได้ไม่ดี ปวดหลัง มีอาการกล้ามเนื้อเกร็งตัว/เป็นตะคริว เจ็บคอ มีแผลในปาก สูญเสียการควบคุมสติ นอนไม่หลับ</p> <p>ค. อาการข้างเคียงที่ไม่ค่อยพบเห็นแต่มีโอกาสเกิดขึ้นได้: เช่น ปัสสาวะมีสีคล้ำ ระบายน้ำ ปัสสาวะบ่อย สมรรถภาพทางเพศลดลง คลื่นไส้</p>	ใช้รักษาอาการของโรคไบโพลาร์/อารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder)

ชื่อยาและสารนำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ ยาในผู้รับบริการ
	<p>อาเจียน การควบคุมการเคลื่อนไหว ของแขน-ขาผิดปกติ ตาเหลือง ง. ยังพบอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ประเภทที่อธิบายกลไกการเกิดไม่ได้: เช่น ปวดท้อง ท้อง อืด ท้องผูกหรือไม่ ก็ท้องเสีย เกิดภาวะชักกระตุก แบบต่อเนื่อง รู้สึกได้ยั้งความคิดของ ตัวเอง/ประสาทหลอน ไม่สามารถ กลอกตาไปมาได้ ผื่นคัน ปวดข้อ ปวดจาทัดขัด พฤติกรรมเปลี่ยนไป น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และอาจมีอาเจียน เป็นเลือด</p> <p>ข้อควรระวังการใช้</p> <ul style="list-style-type: none"> -ห้ามใช้กับผู้ที่พักยานี้ -ห้ามใช้ยากับผู้ที่มีภาวะโลหิตจาง ผู้ที่ ไขกระดูกทำงานผิดปกติ ผู้ป่วยโรค ลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคไตระยะ รุนแรง ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคตับ ในระยะลุกลามซึ่งมักมีอาการคลื่นไส้ ร่วมด้วยหรือผู้ป่วยตับวาย ผู้ที่มีภาวะ ดีซ่าน ผู้ที่เสพติดสุรา -ห้ามปรับขนาดรับประทานยานี้ด้วย ตนเอง -ระวังการใช้ยานี้กับเด็ก สตรีตั้งครรภ์ สตรีที่อยู่ในภาวะให้นมบุตร และ ผู้สูงอายุ การจะใช้นี้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่าง ใกล้ชิด -ระวังการใช้ยานี้กับผู้ป่วยที่เป็นโรค เลือดชนิดต่างๆ <p>ระหว่งการใช้ยานี้ให้หลีกเลี่ยงการขับ ชิวดยานพาหนะหรือการทำงานที่ ต้องเกี่ยวข้องกับการควบคุม</p>	

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ ยาในผู้รับบริการ
<p>- Depakine (๒๐๐mg) ๑ x ๑ pc เช้า</p> <p>- Depakine (๕๐๐mg) ๑ tab hs</p>	<p>เครื่องจักรเพราะอาจเกิดอันตราย กรณีมีผลข้างเคียงวิงเวียนมาก -ระวังการใช้ยานี้กับผู้ป่วยโรคต่อม ลูกหมากโต โรคต่อหิน</p> <p>สรรพคุณ กลไกการออกฤทธิ์ของยากรดวาล โพรอิก คือ ตัวยาจะออกฤทธิ์โดย กระตุ้นให้มีการลดปริมาณสาร Phosphatidyl inositol (๓, ๔, ๕) - trisphospate (PIP๓, สารที่เกี่ยวข้อง กับการทำงานของเซลล์) และเข้าไป ปิดกั้นกระบวนการทำงานของเกลือ โซเดียมที่เรียกว่า Voltage - dependent sodium channels รวมถึงทำให้เกิดการเพิ่มสารสื่อ ประสาทบางตัวในสมองที่มีชื่อว่า Gamma - amino butyric acid (GABA, สารสื่อประสาทที่สัมพันธ์กับ การตื่นตัวของสมอง) ส่งผลโดยรวมให้ เกิดฤทธิ์ในการรักษาและป้องกันโรค อารมณ์แปรปรวนชนิดอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorders) รักษาอาการ ของโรคลมชัก</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องร่วง - สับสน - ไม่ค่อยมีความเสียหายของตับและ ตับอ่อนอีกเสบ (บางกรณีถึงแก่ชีวิต) - อาการพาร์กินสันชั่วคราว (ไม่ค่อย) - อาการทางระบบประสาท (สับสน ใจเย็น) - ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ความ เข้มข้นของโซเดียมในเลือดลดลง) 	<p>ใช้เป็นยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizer) ใน โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) รักษาอาการของโรค ลมชัก</p>

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ ยาในผู้รับบริการ
	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิกริยาภูมิแพ้ทางผิวหนัง - น้ำหนักเพิ่มขึ้น - ผม่วรง - ประจำเดือนผิดปกติในผู้หญิงหรือ ภาวะมีบุตรยากในผู้ชาย - ความผิดปกติของเลือดและระบบ น้ำเหลือง เช่น เม็ดเลือดขาว นิวโทรฟิล เนี้ย โลหิตจาง) <p>ข้อควรระวังในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากทำ ให้ทารกทวิรูป (อวัยวะเด็กพิการแต่ กำเนิด) - ระวังการใช้ในผู้ป่วยเด็กอายุน้อย กว่า ๒ ปี เนื่องจากมีข้อมูลการ เสียชีวิตจากภาวะตับวาย - ระวังการใช้ในที่ใช้อย่างกันซักร่วมกัน หลายชนิด - ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของ ระบบกำจัดยูเรีย (Urea cycle disorders) - หากใช้ยาและมีอาการหายใจไม่ สะดวก ลำคอตีบตัน ผื่นขึ้นตามตัว เนื้อเยื่ออ่อนต่างๆ บวม เช่น บริเวณ ตาและปาก ควรหยุดยาและพบแพทย์ ทันที เนื่องจากผู้ใช้ อาจเกิดอาการแพ้ ยาได้ - ยานี้ อาจทำให้เกิดอาการง่วงซึม ควร ระมัดระวังการขับชี่ยานพาหนะ และ การใช้เครื่องจักร - มีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคตับชนิด เฉียบพลัน (Acute liver disease) หรือมีการทำงานของตับผิดปกติ (Hepatic dydfnction) 	

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ ยาในผู้รับบริการ
	<p>- ควรมีการติดตามอาการปวดเมื่อย อ่อนแรง หน้าบวม ภาวะเบื่ออาหาร (Anorexia) ดีซ่าน และ อาการ อาเจียน ที่เกิดในผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เนื่องจากพบภาวะตับวายเกิดขึ้นใน ช่วงเวลาภายใน ๖ เดือนของการ รักษาในผู้ป่วยบางราย</p> <p>- ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ยา valproic acid และ อนุพันธ์ของยา</p>	
<p>Fluphenazine (๒๕ mg) inject. ทุก ๓ สัปดาห์</p>	<p>สรรพคุณ ออกฤทธิ์โดย ด้วยจะปิดกั้นการ ทำงานของตัวรับ(Receptor)ในสมอง ที่มีชื่อว่า โพลไซแนปติก โดพามิเนอร์ จิก รีเซพเตอร์ (Postsynaptic dopaminergic receptors) ส่งผล ยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาทของ สมองส่วนไฮโปทาลามัส รวมถึง ฮอร์โมนบางตัว เช่น ไฮโปไฟเซียม ฮอร์โมน (Hypophyseal hormones, ฮอร์โมนจากต่อมใต้ สมอง) ทำให้มีสมดุลของสารสื่อ ประสาทในสมองเหมาะสมมากขึ้น</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์ ผลต่อระบบประสาท: เช่น ปวดศีรษะ อาจทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกาย ทำได้ช้าลงกว่าเดิม</p> <p>ผลต่อกล้ามเนื้อ: เช่น กล้ามเนื้อหด เกร็งตัวทั้งที่ ใบหน้า คอ ตา และแผ่น หลัง</p> <p>ผลต่อระบบทางเดินอาหาร: เช่น ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน ระบายเคือง ที่กระเพาะอาหาร ท้องผูก</p>	<p>เป็นยาที่ใช้รักษาอาการ ทางจิตเวช เช่น อาการ ประสาทหลอน (Hallucinations) รวมถึง อาการอาการหลงผิด (Delusions)</p>

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ ยาในผู้รับบริการ
	<p>ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ: เช่น เกิดปัสสาวะขัด/ปัสสาวะลำบาก/ กระเพาะปัสสาวะไม่ทำงาน ปัสสาวะ ถี่/บ่อย</p> <p>ผลต่อระบบทางเดินหายใจ: เช่น เกิดอาการ หอบหืด คัดจมูก หายใจไม่ออก/หายใจลำบาก</p> <p>ผลต่อตา: เช่น รูม่านตาขยาย ตาพร่า เกิดภาวะต้อหิน</p> <p>ผลต่อหัวใจ: เช่น มีความดันโลหิตสูงหรือไม่ก็ต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ บวม ปลายมือ-เท้า</p> <p>ผลต่อผิวหนัง: เช่น เกิด เม็ดผด ผื่น คัน ลมพิษ ผิวแพ้ง่าย แดงได้ง่าย</p> <p>ผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ: เช่น มีระดับ ฮอร์โมนโปรแลกตินในเลือดสูง หน้าอก/เต้านมโต</p> <p>ผลต่อระบบเลือด: เช่น ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวในเลือดเพิ่มหรือไม่ก็ต่ำ</p> <p>ผลต่อสภาพจิตใจ: เช่น กระสับกระส่าย ตื่นเต้น นอนไม่หลับ มีอารมณ์ก้าวร้าว</p> <p>ผลต่อตับ: เช่น พบภาวะดีซ่าน ตับอักเสบ</p> <p>ผลต่อไต: เช่น ไตวาย</p> <p>ผลต่อระบบเผาผลาญพลังงานของร่างกาย: เช่น ไนมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูง</p> <p>อื่นๆ: เช่น ประจำเดือนขาด(ในสตรี)</p> <p>ข้อควรระวังในการใช้ยา - ห้ามใช้ฟลูเฟนาซีนกับผู้ที่มึประวัติแพ้ยาชนิดนี้</p>	

ชื่อยาและสารนำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ ยาในผู้รับบริการ
	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้ยานี้กับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทาง สมอง ผู้ที่มีโรคตับระยะรุนแรง ผู้ที่มี โรค ระบบเลือด ตลอดจนกระทั่งผู้ที่มี อาการง่วงนอนอย่างมาก แพทย์ก็ไม่ แนะนำให้ใช้ยานี้ - ห้ามใช้ยานี้ขณะที่เพิ่งดื่มเครื่องดื่ม ประเภทแอลกอฮอล์มาใหม่ๆ ด้วยจะ ส่งผลให้ผลข้างเคียงจากยานี้รุนแรง ขึ้น - ห้ามใช้ยานี้ร่วมกับยาอื่นๆบาง ประเภท อาทิยา Astemizole, Cabergoline, Cisapride, Metoclopramide, Pergolide, Terfenadine, Tramadol, ด้วยจะทำให้ เกิดอาการข้างเคียง(ผลข้างเคียง) รุนแรงตามมาจากยาทั้ง ๒ กลุ่ม เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ มีอาการซึม ระดับ เกลือแร่ในกระแสเลือดผิดปกติ - สตรีมีครรภ์/ตั้งครรภ์ และสตรีที่อยู่ ในภาวะให้นมบุตร อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ ต้องให้ความระมัดระวังเป็นอย่างมาก ต่อการใช้ยาทุกประเภทซึ่งรวมยา เพอร์เฟนาซีน ด้วยจะเกิดผลข้างเคียง ที่รุนแรงต่อยาต่างๆได้สูง - การใช้ยานี้เพื่อรักษาอาการทางจิต ประสาทต้องอาศัยความต่อเนื่อง กรณีผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังใช้ยานี้ ห้ามหยุดการใช้ยานี้กะทันหัน เพราะ ต้องค่อยๆปรับลดขนาดยานี้ลงช้าๆ ซึ่งการปรับลดขนาดการใช้ยานี้ ต้อง เป็นไปตามคำสั่งแพทย์เท่านั้น - ห้ามผู้ป่วยที่ได้รับยานี้ไปอยู่ในที่มี อากาศร้อนจัด ด้วยตัวยาฟลูเฟนาซีน 	

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ ยาในผู้รับบริการ
	<p>สามารถกระตุ้นให้ร่างกายผู้ป่วยเกิด ภาวะลมแดดได้ง่ายมากยิ่งขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ที่ได้รับยานี้ ควรหลีกเลี่ยงการอยู่ใน ในกลุ่มชนหนาแน่น เพราะตัวยาจะทำให้ ให้ร่างกายผู้ป่วยมีภาวะภูมิต้านทาน/ ภูมิคุ้มกัน/ภูมิคุ้มกันต้านทานโรค อ่อนแอ และติดเชื้อต่างๆได้ง่ายขึ้น - กรณีที่ใช้ยาฟลูเฟนาซีนแล้วเกิด อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง การบังคับ อวัยวะต่างๆอย่าง แขน ขา ใบหน้า ลิ้น ทำได้ไม่เหมือนเดิม ผู้ป่วยควรรีบ เข้ามาปรึกษาแพทย์/มาโรงพยาบาล ทันที ไม่ต้องรอถึงวันแพทย์นัด - หากมีอาการหน้าอก/เต้านมโตขึ้น หลังใช้ยาชนิดนี้ น่าจะเป็นสาเหตุจาก ตัวยา ฟลูเฟนาซีนกระตุ้นให้ร่างกาย ผลิตฮอร์โมนโปรแลกตินออกมา ได้มากขึ้น กรณีนี้ต้องรีบนำผู้ป่วยมา พบแพทย์/มาโรงพยาบาลโดยเร็ว ไม่ ต้องรอถึงวันแพทย์นัด 	
<p>Multivitamin ๑ x ๓ oral pc</p>	<p>สรรพคุณ คือวิตามินเสริมที่ประกอบด้วยวิตามิน หลากหลายชนิดซึ่งพบได้ในอาหารที่ รับประทานในแต่ละวัน โดยจะ นำมาใช้ในกรณีที่อาจได้รับวิตามิน จากอาหารไม่เพียงพอ หรือเพื่อรักษา ภาวะขาดวิตามินของร่างกายที่อาจ เกิดจากอาการป่วยบางชนิด เช่น การ ขาดสารอาหาร โรคเกี่ยวกับการย่อย อาหาร และอื่น ๆ เป็นต้น</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับประทานวิตามินรวมตาม ปริมาณที่ แนะนำมักไม่ก่อให้เกิด</p>	<p>เพื่อบำรุงร่างกาย จากการ ขาดวิตามินหลายชนิด</p>

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ ยาในผู้รับบริการ
	<p>ผลข้างเคียงร้ายแรงใด ๆ ผลข้างเคียงชนิดไม่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ อาหารไม่ย่อย ปวดศีรษะ รู้สึกถึงรสชาติผิดปกติหรือไม่พึงประสงค์ในปาก ทั้งนี้หากพบอาการที่แสดงถึงการแพ้อันรุนแรงต่อไปนี้ควรต้องรีบไปพบแพทย์ทันที</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้ามรับประทานหากมีอาการแพ้ส่วนผสมใด ๆ ในวิตามินรวม - วิตามินรวมอาจทำปฏิกิริยากับยาบางชนิด หากกำลังใช้ยา สมุนไพร หรืออาหารเสริมชนิดใดก็ตาม ควรแจ้งให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบก่อนเริ่มใช้ยา 	
<p>Vitamin B๑-๖-๑๓ ๑ x ๓ oral pc</p>	<p>สรรพคุณ</p> <p>เป็นกลุ่มของวิตามินบีที่ใช้รักษาและป้องกันการขาดวิตามินบีชนิดต่างๆ เนื่องมาจากทุกภาวะโภชนาการ โรคบางชนิด ติดสุรา หรืออยู่ในช่วงตั้งครรภ์ ซึ่งจะช่วยเสริมการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายที่แตกต่างกันออกไปตามชนิดของวิตามินบี โดยส่วนประกอบของวิตามินบีรวมในแต่ละสูตรอาจจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละประเภทของยา บางตัวยามีวิตามินบีเพียง ๔ ชนิด แต่บางสูตรอาจมีวิตามินบีถึง ๘ ชนิด</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <p>วิตามินบีรวมแทบไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียง บางส่วนอาจมีอาการปวด</p>	<p>เพื่อบำรุงร่างกายจากการขาดวิตามิน</p>

ชื่อยาและสารนำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ ยาในผู้รับบริการ
	<p>ท้อง ท้องเสีย รู้สึกวูบวาบได้เล็กน้อย ขึ้นอยู่กับสูตรและปริมาณของ ส่วนผสมที่ออกฤทธิ์ แต่ในบางราย อาจเกิดอาการแพ้ยาจนทำให้มีอาการ รุนแรงขึ้น เช่น วิงเวียนศีรษะอย่าง รุนแรง มีปัญหาในการหายใจ เกิดผื่น แดง คัน และมีอาการบวมบริเวณ ใบหน้า คอ ลิ้น ซึ่งควรรีบไปพบแพทย์</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปีไม่ควรใช้วิตามิน ชนิดนี้ - ห้ามรับประทานหากมีอาการแพ้ ส่วนผสมใดๆ ในวิตามินปีรวม 	
Risperidone (๒mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า	<p>สรรพคุณ</p> <p>เป็นยาในกลุ่มรักษาอาการทางจิต (Antipsychotic) ทำงานโดยปรับ ปริมาณของสารส่งผ่านประสาทใน สมองที่ไม่สมดุล ที่อาจเกิดจากโรค ต่าง ๆ เช่น โรคจิตเภท โรคไบโพลาร์ และโรคออทิซึม รวมไปถึงใช้รักษา ปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ในเด็กอายุ ๕-๑๖ ปีและวัยรุ่น เช่น อารมณ์ เปลี่ยนแปลงฉับพลัน ทำร้ายตัวเอง หรือก้าวร้าว</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <p>เช่น ปากแห้ง ปวดหัว เจ็บคอ ท้องเสีย น้ำหนักขึ้นหรือวงซึม อาจ ไม่จำเป็นต้องใช้การรักษาทาง การแพทย์ เพราะเมื่อร่างกายคุ้นชิน กับตัวยาแล้ว อาการอาจหายไปเอง แต่ถ้าผู้ใช้รู้สึกกังวลหรือยังปรากฏ อาการอย่างต่อเนื่อง อาจต้องไป</p>	รักษาโรคจิตเภทและโรค ไบโพลาร์

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ ยาในผู้รับบริการ
	<p>ปรึกษาแพทย์ โดยเฉพาะหากปรากฏ อาการดังต่อไปนี้ ควรรีบไปพบแพทย์ ทันที</p> <ul style="list-style-type: none"> - คับหรือมีผื่นผิวหนัง - เดินชอยเท้า - ไม่มีสมาธิ กระสับกระส่าย ไม่ยอม อยู่กับที่ อยู่นิ่งไม่ได้ - มีพฤติกรรมก้าวร้าว <p>วิตกกังวล</p> <ul style="list-style-type: none"> - หน้าตาไม่แสดงอารมณ์ - เห็นภาพไม่ชัดหรือการมองเห็น เปลี่ยนไป - ไม่สามารถขยับหรือเคลื่อนไหว ดวงตาได้ - มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน พุดหรือกลืน - มีปัญหาเกี่ยวกับการปัสสาวะหรือปัสสาวะ มากผิดปกติ - มีปัญหาเกี่ยวกับการจดจำ - นิ้วสั่น มือสั่น - แขนหรือขาเมื่อยล้าหรือไม่มีแรง <p>มีอาการกล้ามเนื้อกระตุก บริเวณ หลัง คอและใบหน้า หรือกระตุกเมื่อ เคลื่อนไหว สูญเสียการทรงตัว</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การใช้ยานี้ในผู้ป่วยสูงอายุหรือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับหรือไต ควรลดขนาดยาครั้งหนึ่งทั้งขนาด ยาเริ่มต้นและขนาดยาในครั้งต่อไป (maintenance dose) - ควรงดดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างการ ใช้ยาและหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารมากเกินไป เนื่องจากมีความ เป็นไปได้ที่จะทำให้น้ำหนักตัวสูงขึ้น 	

