

ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

เรื่อง กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยแอมเฟตามีน
ที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

โดย

นางสุดใจ พันธุ์ภักดี

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ ๖๐๔๙

งานการพยาบาลผู้ป่วยในฟื้นฟูสมรรถภาพ
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา กรมการแพทย์

คำนำ

รายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา โดยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ การตรวจร่างกายทุกระบบและการตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) รวมทั้งการใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและวางแผนให้การพยาบาล ร่วมกับใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic approach) เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และผสมผสานแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivation interviewing: MI) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจจากภายใน มีแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน และตัดสินใจกระทำการเปลี่ยนแปลงตามแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง นำทฤษฎีทางการพยาบาลของเพ็พพลาวมาประยุกต์ใช้ ซึ่งประกอบด้วย ๔ มโนคติหลัก คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพ็พพลาว เป็นทฤษฎีที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พยาบาลจึงต้องให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ โดยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพทั้งสามระยะ สิ่งสำคัญคือพยาบาลต้องประเมิน ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธภาพและสื่อสารระหว่างกัน ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเรียงลำดับความสำคัญ ตามสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตจากมากไปน้อย ให้การดูแลตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อเนืองที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัว และชุมชนได้อย่างปกติสุข

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานเล่มนี้จะให้ประโยชน์กับบุคลากรด้านยาเสพติด และผู้สนใจศึกษา ค้นคว้าและนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาวิทยากรณีครั้งนี้ขอขอบพระคุณ ดร.บุบผา บุญญามณี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะตลอดการทำงานมา ณ ที่นี้ด้วย

สุดใจ พันธุ์ภักดี

๒๐ มกราคม ๒๕๖๗

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
คำนำ.....	ก
สารบัญ.....	ข
สารบัญภาพ	ง
สารบัญตาราง.....	จ
บทที่ ๑ บทนำ.....	๑
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	๑
เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา.....	๒
วัตถุประสงค์.....	๒
วิธีการดำเนินงาน.....	๓
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	๔
บทที่ ๒ ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	๕
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด.....	๕
ประเภทยาเสพติด.....	๕
ลักษณะโรคติดยาเสพติด	๗
สาเหตุของการติดยา.....	๘
ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด.....	๑๑
แอมเฟตามีน (Amphetamine).....	๑๒
เภสัชวิทยาของแอมเฟตามีน (Amphetamine).....	๑๔
ผลของแอมเฟตามีน (Amphetamine) ต่อร่างกายและจิตใจ.....	๒๔
การบำบัดรักษาผู้ป่วยแอมเฟตามีน (Amphetamine).....	๒๖
โรคจิตเภท (Schizophrenia).....	๓๒
สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท.....	๓๓
การจำแนกโรคจิตเภท.....	๓๔
ผลกระทบของโรคจิตเภท.....	๓๗
การดำเนินโรค.....	๓๘
การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	๓๙
การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	๔๓
การปฏิบัติตัวของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	๔๕

การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ.....	๔๗
ทฤษฎีสังคมศาสตร์.....	๕๐
ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์.....	๕๐
บทที่ ๓ ทฤษฎีทางการพยาบาลและการพยาบาล.....	๕๑
ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพ็พพลาว.....	๕๑
กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน.....	๕๘
กระบวนการพยาบาล.....	๖๑
การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด.....	๖๘
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด.....	๗๕
การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน	๗๗
บทบาทหน้าที่ของพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช.....	๗๙
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในระยะต่างๆ ที่ได้รับการรักษาด้วยยา.....	๘๑
การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	๘๗
การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจในผู้ป่วยจิตเภท.....	๘๘
บทที่ ๔ กรณีศึกษา.....	๙๔
กรณีศึกษา.....	๙๔
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล.....	๑๒๙
สรุปผลการดูแลและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ.....	๑๔๑
บทที่ ๕ สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ.....	๑๔๓
บรรณานุกรม.....	๑๕๓
ภาคผนวก	๑๕๗

สารบัญรูปภาพ

เนื้อหา	หน้า
ภาพโครงสร้างทางเคมีของยาบ้า (Amphetamine).....	๑๒
ภาพกลไกการออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีนต่อปลายประสาท.....	๑๓
ภาพแสดงตำแหน่งการออกฤทธิ์ของกลุ่มยาที่มีฤทธิ์เป็นสารเสพติด.....	๑๖

สารบัญตาราง

เนื้อหา	หน้า
ตารางที่ ๑. อาการเอกซ์ตราไพรามิคัล (extrapyramidal effect) และการดูแลรักษา.....	๔๐
ตารางที่ ๒. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ลักษณะสำคัญของผู้ติดยาเสพติดและ การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดในแต่ละขั้นตอน.....	๔๘
ตารางที่ ๓. กระบวนการพยาบาลถูกใช้เป็นเครื่องมือพื้นฐานในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ.....	๕๔
ตารางที่ ๔. วิเคราะห์กรณีศึกษา การเปรียบเทียบข้อมูลวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์.....	๑๐๙

บทที่ ๑ บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันยาเสพติดได้สร้างปัญหาใหญ่และเป็นภัยคุกคามกับประชาชน โดยเฉพาะประชาชนที่เป็นเยาวชนและทำให้เกิดผลเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของทุกประเทศในโลก สถานการณ์ยาเสพติดโลก จากข้อมูลรายงาน World Drug Report ๒๐๒๒ ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC) พบว่ามีผู้ใช้ยาเสพติด จำนวนกว่า ๒๘๔ ล้านคนจากทั่วโลกที่ติดยาเสพติด โดยในจำนวนนี้มีผู้ใช้แอมเฟตามีนถึง ๓๕ ล้านคน ซึ่งคิดเป็น ๐.๗ % ของจำนวนประชากรโลก (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime, ๒๐๒๒) สำหรับสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย จากสถิติปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ มีผู้เข้ารับการรักษาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดสูงถึง ๑๒๐,๙๑๕ ราย โดยเป็นผู้ที่เสพยาแอมเฟตามีนมากที่สุด จำนวน ๙๖,๒๔๘ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๗๙.๖ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, ๒๕๖๕) สอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวนผู้เข้ารับการรักษาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดแบบผู้ป่วยใน จำนวน ๑,๖๑๒ ราย, ๙๘๙ ราย และ ๙๗๐ ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ที่เสพยาแอมเฟตามีนมากที่สุด จำนวน ๔๖๕ ราย, ๓๒๔ ราย และ ๖๖๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๘๕, ๓๒.๗๖ และ ๖๘.๒๕ ตามลำดับ ในจำนวนผู้ที่เสพยาแอมเฟตามีนนี้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนจำนวน ๖๘ ราย, ๑๐๔ ราย และ ๓๕๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๖๒, ๓๒.๐๙ และ ๕๔.๐๘ ตามลำดับ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา, ๒๕๖๖)

ผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีนในปริมาณมากและต่อเนื่องติดต่อกันเป็นระยะเวลาานานจะทำให้ลายสมอง ทำให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทผิดปกติ จะทำให้เซลล์ประสาทถูกทำลาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม และความคิด ส่งผลให้เกิดอาการสับสน มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง เดินไปเดินมา ก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น บางรายมีอาการซึมเศร้ามีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ส่งผลให้เกิดโรคทางจิตเวชอย่างถาวรได้ และพบแนวโน้มเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) มากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทที่พบมากที่สุดคือโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๓) ผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทมีความซับซ้อนและมีความเฉพาะของโรค มีปัญหาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลมากขึ้น การบำบัดรักษาจำเป็นต้องได้รับการรักษาการเลิกเสพยาเสพติดควบคู่กับการรักษาอาการทางจิต เมื่อผู้ป่วยผ่านการบำบัดขั้นตอนการถอนพิษยาแล้ว มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น อาการทางจิตสงบลง จำเป็นต้องเข้าสู่การบำบัดขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นขั้นตอนสำคัญเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม การฝึกทักษะชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมออกไปใช้ชีวิตในสังคมภายนอกได้และมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมสุขภาพจิต และสำนักงานพยาบาล, ๒๕๕๖)

ผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง แต่ละรายจะมีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นไม่ใช่เรื่องง่ายสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากความซับซ้อน

ของอาการทางจิตและสารเสพติด ทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะการดูแลตนเองและสัมพันธ์ภาพทางสังคม การเข้าไม่ถึงการรักษา และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจเป็นอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกเสพยาเสพติดได้ จึงมีความซับซ้อน ยุ่งยากในการดูแลและการจัดการกับปัญหาทางการพยาบาลเฉพาะรายและส่งผลถึงภาพรวมมาอย่างต่อเนื่อง

จากความเป็นมาและปัญหาดังกล่าว ในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงเห็นความสำคัญในการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภท ชนิดหวาดระแวงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ บนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวคิดเกี่ยวกับผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีภาวะทางจิต แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivation interviewing: MI) ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพ็พพลาว และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเสพยาเสพติด โดยมีกระบวนการที่สำคัญ คือ การปรับพฤติกรรม เข้าใจธรรมชาติผู้ป่วยยาเสพติด มีทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน การทำงานร่วมสหวิชาชีพโดยยึดเป้าหมายที่ตัวผู้ป่วย การสื่อสารและส่งต่อข้อมูลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ประสานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์กับทั้งผู้รับบริการและพยาบาลผู้ดูแล

เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา

พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นำมาสู่ปัญหาการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชที่เพิ่มสูงขึ้นและมีผลกระทบต่ออาการดำเนินโรค มีผลให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตมีความยุ่งยากมากขึ้น ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลด ละ และเลิกยาเสพติดได้ รวมทั้งป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะทางจิตเวช

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ มีความสนใจในกรณีศึกษาผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกำหนดแนวทางการดูแลเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ : กรณีศึกษา

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ปลอดภัยจากอาการทางจิต และปลอดภัยจากอาการข้างเคียงจากการ

ได้รับยาต้านอาการทางจิต รวมทั้งได้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ และอาการทางจิตไม่กำเริบ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ

๓. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเสฟติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยเฉพาะรายที่ใช้แอมเฟตามีนที่มีภาวะโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (ตึกฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิง)

ระยะเวลาดำเนินการ : ๕ เดือน เริ่มศึกษาตั้งแต่วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖ – ๒๐ มกราคม ๒๕๖๗

วิธีการดำเนินงาน :

๑. วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหา โอกาสพัฒนาในการดูแลผู้ป่วย
๒. การเตรียมการ
 - ๒.๑ กำหนดกรอบทิศทางในการเขียน
 - ๒.๒ กำหนดหัวข้อและรูปแบบ
๓. เลือกกรณีศึกษา
 - ๓.๑ เลือกผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยยาเสฟติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่บำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในตึกฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิง จำนวน ๑ ราย เน้นความต่อเนื่องตั้งแต่ระยะบำบัดด้วยยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน
 - ๓.๒ เลือกผู้ป่วยที่แตกต่าง น่าสนใจและมีความซับซ้อนในการดูแล
 - ๓.๓ จัดทำแผนเก็บข้อมูล
๔. เก็บข้อมูลจากการศึกษาแฟ้มประวัติ บันทึกรายงาน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงข้อมูลจากทีมสหวิชาชีพ
๕. เขียนกรณีศึกษา เขียนรายงานตามรูปแบบทางการพยาบาล
 - ๕.๑ บทนำ
 - ๕.๒ ความรู้เรื่องโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเสฟติดที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ ทั้งด้านการแพทย์และการพยาบาล
 - ความรู้ด้านยาเสฟติด สารกระตุ้นแอมเฟตามีน
 - ผลกระทบจากการใช้ยากลุ่มแอมเฟตามีนและโรคจิตเภท
 - เปรียบเทียบทฤษฎีกับรายกรณีศึกษา
 - ๕.๓ การพยาบาล
 - กรอบแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์
 - การพยาบาลผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง
 - การพยาบาลผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

- ประมวลผลการพยาบาลรายกรณีศึกษาและประโยชน์ของผลงาน

๕.๔ กรณีศึกษา

- ศึกษาประวัติผู้ป่วย ประเมินอาการ รวบรวมข้อมูลจากการสังเกต ตรวจร่างกาย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงข้อมูลผู้ป่วยจากทีมสหวิชาชีพ

- สรุปผลกรณีศึกษา

๕.๕ สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

กิจกรรม

๑. ประเมินสภาพ

๒. วางแผนการพยาบาล

๓. ปฏิบัติการพยาบาล

๔. ประเมินผลการพยาบาล

๕. แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมสหวิชาชีพเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแอมเฟตامينที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

๕. กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแอมเฟตامينที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

๖. จัดทำรูปเล่มและเผยแพร่ผลงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยแอมเฟตامينที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลเฉพาะรายตรงกับปัญหาและความต้องการ

๓. เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ให้บริการ

๔. บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแอมเฟตامينที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

๕. เป็นแหล่งข้อมูล ความรู้ สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ รวมทั้งบุคคลที่สนใจ

บทที่ ๒ ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด

ความหมายยาเสพติด

ยาเสพติด หมายถึง ยาหรือสารเคมีรวมทั้งวัตถุอื่นใดที่มนุษย์เสพเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีการใดๆ ก็ตาม เช่น การกิน การสูดดม สูบควัน ฉีดเข้าสู่ร่างกาย ฯลฯ แล้วทำให้เกิดการติด มีความต้องการที่จะเสพอยู่ตลอดเวลาอีกทั้งยังเพิ่มปริมาณที่จะใช้เสพขึ้นเรื่อยๆ เมื่อหมดฤทธิ์แล้วจะทำให้ร่างกายของผู้เสพมีความอยากยาเพิ่มขึ้น จนทำให้ร่างกายเกิดอาการทรมานทรมาย ทรมานจนกว่าจะได้รับยาเสพติดดังกล่าว ในการเสพเข้าสู่ร่างกายนี้จะมีผลทำให้อวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายและจิตใจอ่อนแอ เสื่อมโทรมลงทุกขณะ (บุรฉัตร จันทรแดง, ๒๕๖๐)

ประเภทของยาเสพติด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, ๒๕๕๓ อ้างถึงใน อับดุลคอลิก อีรอสมียี และคณะ, ๒๕๖๔)

แบ่งประเภทยาเสพติด ตามลักษณะต่างๆ ดังนี้

๑. แบ่งตามแหล่งที่เกิด ซึ่งจะแบ่งออกเป็น ๒ ประเภท คือ

๑.๑ ยาเสพติดธรรมชาติ (Natural Drugs) คือ ยาเสพติดที่ผลิตมาจากพืช เช่น ฝิ่น พืชกระท่อม กัญชา เป็นต้น

๑.๒ ยาเสพติดสังเคราะห์ (Synthetic Drugs) คือ ยาเสพติดที่ผลิตขึ้นด้วยกรรมวิธีทางเคมี เช่น เฮโรอีน แอมเฟตามีน เป็นต้น

๒. แบ่งตามพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ มาตรา ๒๙ ได้ระบุยาเสพติดให้โทษ แบ่งออกเป็น ๕ ประเภท คือ

๒.๑ ประเภท ๑ ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin)

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

๒.๓ ประเภท ๓ ยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะเป็นตำรับยา และมียาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ผสมอยู่ด้วย

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

๒.๕ ประเภท ๕ ยาเสพติดให้โทษที่มีได้อยู่ในประเภท ๑ ถึงประเภท ๔ เช่น ฝิ่น

๓. แบ่งตามการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท แบ่งเป็น ๔ ประเภท ได้แก่

๓.๑ ยาเสพติดประเภทกดประสาท ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน ยานอนหลับ ยาระงับประสาท ยากล่อมประสาท เครื่องดื่มมีเมาทุกชนิด รวมทั้งสารระเหย เช่น ทินเนอร์ แล็กเกอร์ น้ำมันเบนซินกาว เป็นต้น มักพบว่าผู้เสพติดมีร่างกายซูบซีด ผอมเหลือง อ่อนเพลีย ฟุ้งซ่าน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

๓.๒ ยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท ได้แก่ ยาบ้า ยาอี กระท่อม โคลเคน มักพบว่าผู้เสพติดจะมีการหงุดหงิด กระวนกระวาย จิตสับสน หวาดระแวง อากาการคลุ้มคลั่ง หรือทำในสิ่งที่คนปกติไม่กล้าทำ เช่น ทำร้ายตนเอง หรือฆ่าผู้อื่น เป็นต้น

๓.๓ ยาเสพติดประเภทหลอนประสาท ได้แก่ แอลเอสดี และเห็ดขี้ควาย เป็นต้น ผู้เสพติดจะมีการประสาทหลอน ผันเพื่องเห็นแสงสีวิจิตรพิสดาร หูแว่ว ได้ยินเสียงประหลาดหรือเห็นภาพหลอนที่น่าเกลียดน่ากลัว ควบคุมตนเองไม่ได้ ในที่สุดมักป่วยเป็นโรคจิต

๓.๔ ยาเสพติดประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน คือ ทั้งกระตุ้นและหลอนประสาทร่วมกัน ได้แก่ กัญชา ผู้เสพติดมักมีอาการหวาดระแวง ความคิดสับสนเห็นภาพลวงตา หูแว่ว ควบคุมตนเองไม่ได้และป่วยเป็นโรคจิตได้

๔. แบ่งตามองค์การอนามัยโลก องค์การอนามัยโลกได้จัดแบ่งยาเสพติดออกเป็น ๙ ประเภท ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๔.๑ ประเภทฝิ่น หรือมอร์ฟิน รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน เช่น ฝิ่น มอร์ฟิน เฮโรอีน เพธิดีน

๔.๒ ประเภทบาบิบูเรต รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์ทำนองเดียวกัน เช่น เซโคบาร์บิทัล อะโม่บาร์บิทัล พาราตีไฮด์ เมโพรบาเบท ไดอาซีแพม คลอไดอาซีพอกไซด์

๔.๓ ประเภทแอลกอฮอล์ เช่น เหล้าเบียร์ วิสกี้

๔.๔ ประเภทแอมเฟตามีน เช่น แอมเฟตามีน เดกซ์แอมเฟตามีน

๔.๕ ประเภทโคเคน เช่น โคลเคน ไบโคคา

๔.๖ ประเภทกัญชา เช่น ใบกัญชา ยางกัญชา

๔.๗ ประเภทคัท เช่น ไบคัท ไบกระท่อม

๔.๘ ประเภทหลอนประสาท เช่น แอลเอสดี ดีเอ็มที เมสคาลีน เมล็ดมอร์นิงกลอรี ต้นลำโพง เห็ดเมาบางชนิด

๔.๙ ประเภทอื่นๆ เป็นพวกที่ไม่สามารถเข้าประเภทใดได้ เช่น ทินเนอร์ เบนซิน น้ำยาล้างเล็บ ยาแก้ปวด บุหรี่

ลักษณะสำคัญของยาเสพติด จะทำให้เกิดอาการ และอาการแสดงต่อผู้เสติดังนี้

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

การติดยา (Addiction)

การติดยาเสพติด หมายถึง ภาวะของผู้ติดยาเสพติดเมื่อได้รับสารชนิดหนึ่งชนิดใด อาจเป็นสารธรรมชาติ สารสังเคราะห์ หรือยาที่มีฤทธิ์ทำให้เกิดการติดซ้ำๆ อาจเป็นครั้งคราวหรือติดต่อกันเป็นระยะเวลานานก็ได้ การติดยาเกิดจากการใช้ยาอย่างมากและบ่อยครั้งและใช้เป็นระยะยาวเพื่อจะ

หลีกเลี่ยงสภาพอะไรบางอย่างหรือเพื่อดับความกลัว หรือเพื่อสร้างให้เกิดสภาพอะไรบางอย่าง จนเมื่อใช้ไปบ่อยๆและนานๆก็จะทำให้เกิดการติดยา จำเป็นต้องได้ยาเสพติดมาใช้อย่างต่อเนื่อง เมื่อหยุดยาเสพติดก็จะมีอาการที่เรียกว่าอาการขาดยาหรือถอนพิษยา และมีแนวโน้มที่จะกลับไปเสพซ้ำเพื่อให้อาการขาดยานั้นหายไป (ทิพย์ภา เชษฐชูชาวลิต, ๒๕๕๙)

ลักษณะโรคติดยาเสพติด

การติดยาเสพติดเป็นกระบวนการต่อเนื่องเกิดขึ้นทีละเล็กละน้อย จากการเสพยาเป็นครั้งคราว สู่การเสพที่ถี่ขึ้นจนเสพทุกวัน และวันละหลายครั้ง การเสพยาเสพติดเกี่ยวข้องกับสมองสองส่วน สมองส่วนคิดและสมองส่วนอยาก สำหรับสมองส่วนคิดทำหน้าที่คิดตัดสินใจด้วยสติปัญญาแบบมีเหตุผล สมองส่วนอยากทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ดังนั้นสมองจึงเป็นศูนย์กลางของร่างกาย มีส่วนทำหน้าที่รับข้อมูลเข้ามา และส่งงานออกไปยังกล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ความจำ ความคิดสร้างสรรค์ต่างๆ รวมทั้งควบคุมนิสัยใจคอและพฤติกรรมของตนเอง สมองประกอบด้วยเซลล์ประสาทมีส่วนประกอบที่สำคัญคือ ส่วนที่รับสัญญาณเข้าสู่เซลล์ประสาทและส่วนที่ส่งสัญญาณประสาทออกจากเซลล์ไปยังเซลล์ประสาทที่อยู่ถัดไป การส่งสัญญาณต้องผ่านสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) การทำงานของสารสื่อประสาทมีความสำคัญต่อการทำงานอย่างปกติของสมอง วงจรสมองที่เกี่ยวข้องกับความสุขใจเหมือนได้รับรางวัล สารเสพติดทุกชนิดที่ผู้ป่วยยาเสพติดเสพเข้าไปทั้ง ผิ่น กัญชา ยาบ้า และบุหรี จะมีส่วนเกี่ยวข้องโดยการกระตุ้นสารสื่อประสาทสมองโดปามีน (Dopamine) หลังออกมาจาก จะทำให้มีความสุข ความพึงพอใจ นอกจากนี้โดปามีน ยังเกี่ยวกับเรื่องของความจำ การเรียนรู้และการเคลื่อนไหวด้วย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมองจากการกระตุ้นของสารเสพติดที่เสพเข้าสู่ร่างกาย

การติดสารเสพติดเกิดขึ้นจากการหลั่งสารสื่อประสาทที่ผิดไปจากปกติของสมอง ทำให้การคิดที่เป็นเหตุเป็นผลสูญเสียไปและถูกควบคุมด้วยสมองส่วนอยากแทน ทำให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดพฤติกรรมเสพติดมากขึ้นเรื่อยๆ จึงสูญเสียพฤติกรรมปกติที่จะใช้เหตุผลในการกระทำที่ผู้ติดยาเสพติดไม่ยอมเลิกยาเสพติดหรือเข้ารับการรักษา แสดงว่ามีความพึงพอใจที่จะสุขสบายจากฤทธิ์ของยามากกว่าอดทนต่อการเลิกยาเสพติด ซึ่งมีผลต่อการเลิกยาในระยะเริ่มแรกเนื่องมาจากการติดใจของโรคสมองติดยา ถ้าผู้ติดยาเสพติดไม่พร้อมต่อการเข้าสู่วงจรการเลิกยาหรือยังปฏิเสธปัญหาของการเสพยาเสพติด แสดงว่าการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดก็ยังไม่เกิดขึ้นเช่นกัน ดังนั้นผู้ติดยาเสพติดจึงจำเป็นต้องเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเอง และมีความเข้าใจถึงการบำบัดรักษาเพื่อการเลิกยาเสพติด (วิมล ลักษณะภูมิชนชัช, ๒๕๖๓)

ลักษณะอาการของการติดยาทางคลินิก

๑. การติดทางกาย (physical dependence) มีการปรับเปลี่ยนในระบบประสาทเกิดขึ้น ซึ่งมีผลทำให้เกิดการติ้อย่างตามมาซึ่งเป็นปัญหาในผู้ป่วยบางรายที่ทำให้ต้องมีการใช้สารเพื่อไม่ให้เกิดอาการขาดยาขึ้น

๒. การติดทางใจ (psychological dependence) ซึ่งแสดงออกในรูปของความอยากยา ลักษณะความเคยชินและพฤติกรรมแสวงหายา โดยทั่วไปนั้นการติดยาทางใจมีความสำคัญและเป็นปัญหาต่อการรักษามากกว่าการติดยาทางกาย

สาเหตุของการติดยา

การติดยาเสพติดมีสาเหตุที่ซับซ้อนประกอบด้วยหลายประการ โดยสามารถแบ่งได้ถึงสาเหตุการติดยารวมจากปัจจัย ๓ ประการด้วยกัน โดยทุกปัจจัยต่างมีความเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน ดังนี้

๑. ปัจจัยด้านตัวยาสเสพติด ยาเสพติดแต่ละชนิดมีการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน การใช้ยาเสพติดเป็นเวลานานๆ ร่างกายจะเกิดความเคยชินต่อยา และการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของสารดังกล่าว เมื่อร่างกายขาดยาหรือสารเสพติดดังกล่าว จะเกิดอาการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน มีอาการผิดปกติกับร่างกายที่เราเรียกว่า อาการขาดยา ความรุนแรงของอาการอาจมีมากจนทนไม่ไหวจนต้องพยายามหายาหรือสารเสพติดมาเสพเพื่อระงับอาการต่างๆ ให้ร่างกายสามารถทำงานได้ในระบบเดิม

๒. ปัจจัยด้านบุคคลหรือผู้ป่วย มีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องและส่งเสริมให้ติดยาเสพติดสำคัญ ๒ ประการ คือ

๒.๑ สภาพร่างกาย พบว่าสาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยติดยาเสพติด เนื่องจากการเจ็บป่วยทางร่างกายและใช้ยาบำบัดรักษา เช่น การใช้ฝิ่นเป็นยาระงับความเจ็บปวดในพวกชาวเขา การที่แพทย์ใช้มอร์ฟินแก้ปวดในผู้ป่วยเนื้องอก มะเร็ง กระดูกหักหรือหลังผ่าตัด นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่ต้องการทำงานให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มรายได้ นักศึกษาที่ต้องการอ่านหนังสือได้นานโดยไม่ง่วงก็อาจใช้ยาบ้า ช่วยทำให้ร่างกายไม่อ่อนเพลีย มีกำลังในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น

๒.๒ สภาพทางจิตใจและบุคลิกภาพ บุคคลที่มีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดจะมีบุคลิกภาพอ่อนแอในทุกด้าน เช่น อารมณ์ และสติปัญญา ร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ ผู้ที่มีอารมณ์วู่วาม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย บางกลุ่มใช้ยาบ้าเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง ผู้ติดยาเสพติดเป็นบุคคลที่มีความแปรปรวนของอารมณ์รุนแรง มีภาวะของการพึ่งพาสูง ร่วมกับมีลักษณะของความสามารถในการควบคุมความต้องการของตนเองต่ำ มีความอดทนต่อความคับข้องใจและความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ฝังแน่นในระยะพัฒนาการระยะปาก (oral stage) ตรงกับวัยทารก ๐-๑ ปี เป็นระยะที่บุคคลแสวงหาความพึงพอใจโดยการผ่านทางปาก ดังนั้นการใช้สารเสพติดจึงเป็นการพยายามแสวงหาความพึงพอใจของผู้ใช้ซ้ำแล้วซ้ำอีกเพื่อแก้ไขความขัดแย้งในใจที่มีอยู่ในตนเอง

สารเสพติดเข้ามาช่วยแก้เบกต์ความรู้สึกที่ไม่ต้องการเป็นการหลีกหนีความจริง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, ๒๕๔๓) ส่วนบุคลิกภาพมักจะมีพฤติกรรมทำอะไรไม่ยั้งคิด เมื่อมีปัญหาจะแก้ปัญหาแบบง่ายๆ ไม่ใช่เหตุผล ทำตามอารมณ์ และมักจะมองตนเองในแง่ลบ ขาดวุฒิภาวะ มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial) และแบบก้ำกึ่ง (borderline) แสดงการตอบโต้ในลักษณะที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทั้งตนเองและสังคม นอกจากนี้กลุ่มบุคคลบางลักษณะ เช่น บุคคลที่ไม่มั่นใจในตนเอง หรือมีความภูมิใจในตนเองต่ำ บุคคลที่มีความอดทนต่อความขัดแย้งต่ำ บุคคลที่ไม่ยืดหยุ่น และบุคคลที่หลงตนเอง เป็นบุคคลที่เชื่อว่าเมื่อมีความไม่สบายใจมักแยกตัวชอบอยู่ตามลำพัง มีปัญหาไม่กล้าบอกใครแก้ปัญหาโดยการใช้อาสาเสพติด

๓. สิ่งแวดล้อม มีผลต่อการผลักดันให้ไปติดยาเสพติดได้ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว การขาดความอบอุ่นในบ้าน ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาชีวิต สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม นอกจากจะส่งเสริมให้ติดยาเสพติดได้แล้ว ยังเป็นสิ่งที่เสริมให้กลับไปใช้ยาเสพติดอีกเพราะสภาพแวดล้อมเดิมๆ จะกดดันให้กลับไปใช้ยาเสพติด ความอยากรู้อยากลอง เพื่อนชวน ค่านิยมในกลุ่มเพื่อน การมีปัญหาคอขวด รวมทั้งการมียาเสพติดจำหน่าย การเข้าถึงและหาซื้อได้ง่ายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด นอกจากนี้การเลียนแบบ (social learning) เด็กเรียนรู้จากการเอาอย่าง การเลียนแบบพฤติกรรม ซึ่งได้จากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน พบว่าเด็กวัยรุ่นที่ติดยาเสพติด มักมาจากครอบครัวที่พ่อแม่ใช้ยาเสพติดหรือเกี่ยวข้องกับยาเสพติด

วิโรจน์ วีรชัย และคณะ (๒๕๕๗) ได้อธิบายสาเหตุของการเสพยาและสารเสพติดเกิดจากปัจจัยซึ่งสอดคล้องกับวรรณกรรมข้างต้น ดังนี้

๑. ปัจจัยด้านจิต (Psychodynamics) ทฤษฎีดั้งเดิมที่เกี่ยวข้อง เช่น Classic theory พบว่าการเสพยาและสารเสพติดเปรียบเสมือนการถึงจุดสุดยอด หรือเป็นการลดความเครียด ความวิตกกังวลของจิตใจ ในทฤษฎีใหม่ๆ เชื่อว่าเป็นการแสดงถึงจิตใจที่อ่อนแอ ถูกรบกวนได้ง่ายไม่อยู่ในความเป็นจริง

๒. ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavioral theories) ซึ่งเน้นพฤติกรรมแสวงหาสารเสพติดที่เกิดจากสารนั้นส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการเสพออย่างต่อเนื่อง (Positive reinforcement)

๓. ปัจจัยด้านพันธุกรรม เห็นได้ชัดในการเสพติดสุรา จากการศึกษาวิจัยด้านพันธุกรรมศาสตร์ที่พบว่า ฝาแฝดเหมือน ผู้ถูกเลี้ยงดูและเติบโตในสถานที่ต่างกัน แต่เป็นโรคติดสุรา (Alcoholism) เหมือนกัน

๔. ปัจจัยด้านสมองและสารสื่อประสาท ยาและสารเสพติดจะออกฤทธิ์ผ่านตัวรับและสารสื่อประสาท มีผลต่อสารเคมีและสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับอาการติด อาการดื้อ อาการถอนยา และสารเสพติด โดยเฉพาะ Brain reward circuit

การวินิจฉัยการติดยาเสพติด

การวินิจฉัยการเสพยาและสารเสพติดตามระบบ DSM-IV แบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ ภาวะเสพติด (dependence) และภาวะการใช้สารในทางที่ผิด (abuse) แต่ใน DSM-V ซึ่งมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเกณฑ์วินิจฉัย โดยไม่แบ่งระดับการติดแต่รวมเป็นความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (วาทีณี สุขมาก, ๒๕๕๗) มีเนื้อหาดังนี้

๑. มีการใช้ยาเสพติดจนก่อให้เกิดความบกพร่องหรือผลกระทบอย่างน้อย ๒ ข้อ โดยเกิดขึ้นภายในช่วง ๑๒ เดือน

๒. มีการใช้เสพยาในปริมาณที่มากกว่า หรือใช้ระยะเวลาที่มากกว่าที่ตั้งใจไว้

๓. มีความตั้งใจอย่างมากหรือพยายามที่จะลดหรือหยุดใช้ยาเสพติด แต่ทำไม่สำเร็จ

๔. ในวันที่ใช้ยาเสพติดนั้น ต้องใช้เวลามากในการเสาะหายาเสพติดในการเสพ หรือฟื้นจากฤทธิ์ของยาเสพติด มีความอยาก (craving) หรือความต้องการอย่างรุนแรงที่ต้องการใช้

๕. ผลจากการใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ทำให้เกิดความล้มเหลวของกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเรียน

๖. ยังคงมีการใช้อยู่ ถึงแม้มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง
๗. จากการใช้ยาเสพติดทำให้กิจกรรมด้านสังคมที่สำคัญ การทำงาน การพักผ่อน ลดน้อยลง
๘. มีการใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย
๙. ยังคงมีการใช้ยาเสพติดอยู่ถึงแม้จะรู้ว่าการใช้ยาเสพติดนั้นก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

๑๐. ภาวะดื้อยา มีความต้องการใช้ยาเสพติดปริมาณเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิมเมื่อใช้ปริมาณเท่าเดิมฤทธิ์ที่ได้จากยาเสพติดลดลง

๑๑. ภาวะถอนยา มีอาการถอนยา ต้องใช้ยาหรือสารเสพติดเพื่อให้ตัวเองหายจากอาการถอนยาหรือเพื่อให้รู้สึกดีขึ้น

สมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association) ได้ปรับปรุงการวินิจฉัยการติดสารเสพติดโดยใช้หลักเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) ดังนี้

๑. มีการเสพยาเสพติดในปริมาณที่มากหรือระยะเวลาเกินกว่าที่ตั้งใจ
๒. มีความต้องการที่จะลดหรือหยุดการเสพยาเสพติดนั้นแต่ไม่สามารถทำได้
๓. ใช้เวลามากในการหาสารเสพติด การเสพยาเสพติด และการฟื้นตัวจากฤทธิ์สารเสพติด
๔. มีอาการอยากหรือความต้องการรุนแรงที่จะเสพยาเสพติด
๕. มีการเสพยาเสพติดบ่อยๆ จนไม่สามารถจัดการกับกิจวัตรประจำวัน ทั้งที่ทำงาน ที่บ้าน หรือโรงเรียน

๖. ยังคงมีการเสพยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง แม้จะเกิดปัญหาทางด้านสังคมหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เกิดจากการเสพยาเสพติดอยู่บ่อยครั้ง

๗. ต้องยกเลิกกิจกรรมที่สำคัญในด้านสังคม งานอาชีพ หรือกิจกรรมสันทนาการเพราะการเสพยาเสพติด

๘. มีการเสพยาเสพติดในภาวะที่อาจเกิดอันตรายทางร่างกายอยู่บ่อยครั้ง

๙. มีการเสพยาเสพติดต่อเนื่อง แม้จะทราบว่า การเสพยาเสพติดจะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตหรือ ทำให้ปัญหานั้นรุนแรงขึ้น

๑๐. มีอาการดื้อยาตามคำจำกัดความดังนี้

๑๐.๑ ต้องเสพยาเสพติดในปริมาณที่เพิ่มขึ้นมากเพื่อให้ได้ผลที่ต้องการ

๑๐.๒ เสพยาเสพติดเท่าเดิมแต่ฤทธิ์น้อยลงชัดเจน

๑๑. อาการถอนพิษยา ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้

๑๑.๑ มีอาการถอนพิษยาจากสารเสพติด

๑๑.๒ การเสพยาเสพติดหรือสารที่ออกฤทธิ์คล้ายคลึงสามารถบรรเทาหรือทำให้อาการถอนพิษยาจากสารเสพติดหายไป

โดยแบ่งระดับความรุนแรง เป็น ๓ ระดับ คือ

ระดับความรุนแรงเล็กน้อย มีอาการ ๒ - ๓ ข้อ

ระดับความรุนแรงปานกลาง มีอาการ ๔ - ๕ ข้อ

ระดับความรุนแรงมาก มีอาการ ๖ ข้อขึ้นไป

ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด

ผลกระทบจากการใช้สารเสพติด นอกจากจะมีผลกระทบโดยตรงก่อให้เกิดโทษอันตรายต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพเองแล้วยังก่อให้เกิดผลกระทบทางอ้อมต่อระบบครอบครัว ระบบสังคม เศรษฐกิจและประเทศชาติได้ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, ๒๕๖๕)

๑. ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดต่อตนเอง พบว่าบุคคลที่ใช้สารเสพติดผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ ส่วนหนึ่งเกิดจากฤทธิ์ของยาต่อระบบประสาท อีกส่วนหนึ่งเกิดจากฤทธิ์ต่อระบบต่างๆ ผิดปกติไปจากเดิม ทำให้สุขภาพของผู้เสพล้มโทรมลง มีร่างกายซูบผอม ผิวดำคล้ำ สมอเสมี่ยมป่วยด้วยโรคระบบต่างๆ ที่ได้รับอิทธิพลจากฤทธิ์ยา เช่น โรคทางเดินอาหาร โรคปอด โรคหัวใจโรคไต ฯลฯ ภูมิต้านทานในร่างกายลดลง ทำให้ติดเชื้อโรคได้ง่ายและถ้ายาเสพติดมีสารอื่นเจือปนอยู่ด้วย เช่น เฮโรอีนเบอร์ ๓ อาจมียานอนหลับ หรือสารหนูผสมอยู่ด้วย ลักษณะเช่นนี้จะเพิ่มสารพิษเจือปน นอกจากนี้ ผู้เสพยาเสพติดโดยวิธีฉีด หากมีการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน อาจถึงแก่ชีวิตได้เพราะเกิดการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อไวรัส โรคเอดส์ จากการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกัน ในส่วนของจิตใจ พบว่าผู้ติดยาเสพติดอารมณ์ไม่ปกติ เช่น อ่อนไหวง่าย ซึม เกรี้ยวกราด ในที่สุดก็จะเป็นบุคคลที่ไร้สมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่สนใจตนเอง ขาดความรับผิดชอบ ไม่ทำงานหรือไม่เรียนหนังสือ และมักประสบอุบัติเหตุได้ง่ายหรือแม้แต่การทำร้ายตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ยังทำให้เสียทรัพย์สินซึ่งอาจเป็นสาเหตุในการก่ออาชญากรรม ปล้น จี้ หรือฆ่าเพื่อนำเงินมาซื้อยาเสพติดและความร้ายแรงของพิษภัยก็จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามปริมาณยาเสพติดที่สะสมในร่างกาย

๒. ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดต่อครอบครัว นอกจากจะทำให้เสียชื่อเสียงของตนเองและครอบครัวผู้เสพยาซึ่งขาดความรับผิดชอบ ไม่เอาใจใส่ ไม่ห่วงใย ไม่ดูแลครอบครัวอย่างที่เคยปฏิบัติ ทำให้ครอบครัวขาดความอบอุ่น ต้องสูญเสียเศรษฐกิจรายได้ของครอบครัว เนื่องจากต้องนำเงินไปจัดซื้อยาเสพติด และบางรายต้องจ่ายเงินจำนวนมาก เพื่อใช้จ่ายในการบำบัดรักษากลายเป็นภาระของคนในครอบครัว

๓. ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดต่อสังคม ก่อให้เกิดอาชญากรรม ลักขโมย ชูกรรโชกทรัพย์ ทำร้ายร่างกายคนอื่น นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้สารเสพติดก่อให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ไม่เหมาะสม ขาดการป้องกันเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทำให้ติดโรคทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาสุขภาพและทางสังคมตามมา

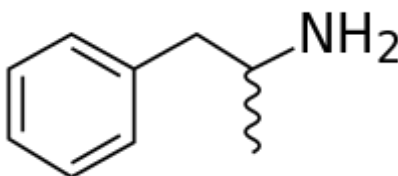
๔. ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดต่อประเทศชาติ ผู้ที่เสพยาเสพติดและตกเป็นทาสของยาเสพติด อาจกล่าวได้ว่า เป็นผู้ที่บ่อนทำลายเศรษฐกิจและความมั่นคงความสงบสุขของประเทศชาติ เนื่องจากผู้เสพยาเสพติดเหล่านี้ ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียกำลังคนและงบประมาณแผ่นดินจำนวนมากมหาศาล เพื่อใช้จ่ายในการป้องกันปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาทำให้ต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลอันมีค่าเกิดความไม่สงบสุขของบ้านเมือง ทำให้เศรษฐกิจทรุด บั่นทอนความมั่นคงของประเทศชาติต้องสูญเสียกำลังของชาติอย่างน่าเสียดายโดยเฉพาะถ้าผู้ใช้สารเสพติดเป็นเยาวชน

แอมเฟตามีน (Amphetamine)

แอมเฟตามีน (amphetamine, amfetamine ย่อมาจาก alpha-methylphenethylamine) เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประเภท ๒ ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ปี พ.ศ. ๒๕๑๘ แต่ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงฯ ฉบับที่ ๑๓๕ ปี พ.ศ. ๒๕๓๙ กำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ ๑ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษปี พ.ศ. ๒๕๒๒ เมื่อวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๓๙ ล่าสุดในปัจจุบันถูกกำหนดให้เป็นวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. ๒๕๕๙ (พรบ.วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. ๒๕๕๙) และเป็นยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดยาเสพติด (ประกาศกฎกระทรวงยุติธรรม พ.ศ. ๒๕๕๙)

แอมเฟตามีน มีลักษณะเป็นผงผลึกสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขมนิดๆ มีสูตรทางเคมีคือ $C_9H_{11}N$ เป็นสารที่อยู่ในกลุ่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (CNS stimulants) เป็นสารถูกสังเคราะห์ขึ้นมาในปี ค.ศ. ๑๘๘๗ โดยนักวิทยาศาสตร์ชาวเยอรมันชื่อ เอเดเลโน (Edeleno) ในรูปของแอมเฟตามีนซัลเฟต (Amphetamine Sulphate) ต่อมาในปี ค.ศ. ๑๘๘๘ นักวิทยาศาสตร์ชาวญี่ปุ่นก็สามารถสังเคราะห์อนุพันธ์ของแอมเฟตามีนได้อีกตัวหนึ่งคือ เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) ซึ่งออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางได้รุนแรงกว่า (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๑)

ในอดีตที่ประเทศสหรัฐอเมริกาแอมเฟตามีนถูกใช้เป็นยารักษาโรคหลายชนิด ที่นิยมแพร่หลายเป็นยาอดมแก้หวัด คัดจมูก ชื่อยาเบนซิดรีน (Benedrine) มีใส่กระดาศซุบด้วยน้ำยาบรรจุไว้ในหลอดให้สุดดม แต่ก็มีผู้นำมาใช้ในทางที่ผิดเพื่อกระตุ้นร่างกาย และลดความอ้วน โดยนำใส่กระดาศซุบมาจุ่มน้ำเพื่อละลายตัวยา แล้วนำมาใช้กินแทน ต่อมาเกิดการผลิตแอมเฟตามีนออกมาในรูปยาเม็ดใช้กินอย่างแพร่หลายจนกลายเป็นยาสามัญประจำบ้าน ไม่ต้องมีใบสั่งยาที่ซื้อหามาใช้ได้ ในขณะนั้นมีการโฆษณาสรรพคุณของแอมเฟตามีนว่าสามารถรักษาโรคได้ถึง ๓๙ โรค เช่น โรคจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้า โรคปวดศีรษะ เป็นต้นโดยไม่ได้ตระหนักถึงฤทธิ์ของยาที่ทำให้เสพติดกันมากนัก และมีประชาชนจำนวนมากที่นำมาใช้ในทางที่ผิด ในปี ค.ศ. ๑๙๓๙ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาประกาศให้ยาจำพวกแอมเฟตามีนเป็นยาควบคุมซึ่งต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์จึงจะซื้อได้ ทำให้การใช้ยาค้นนี้ลดน้อยลงจากท้องตลาด และเริ่มมีการผลิตและจำหน่ายผิดกฎหมายอย่างแพร่หลาย และได้เข้ามาแพร่ระบาดในประเทศไทย ในช่วงปี ค.ศ. ๑๙๖๗

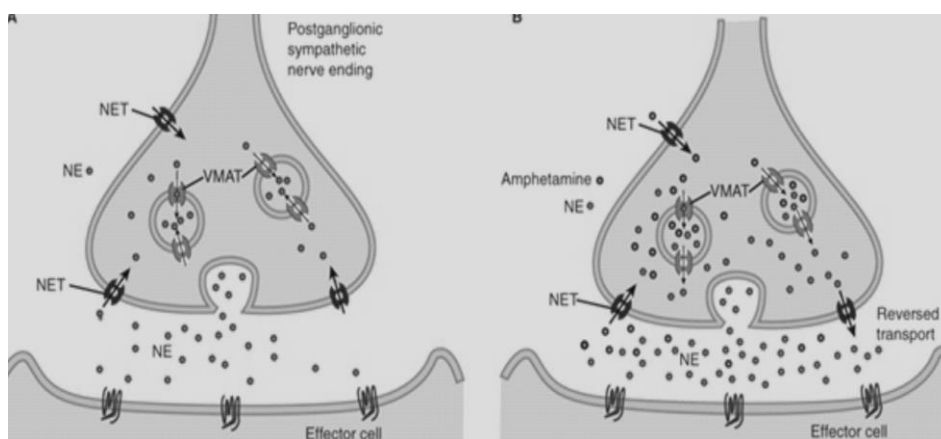


รูปที่ ๑ โครงสร้างทางเคมีและรูปแบบของแอมเฟตามีน

ที่มา : แอมเฟตามีน. (๒๕๖๖, ๑๓ เมษายน). ใน วิถีพีเดีย สารานุกรมเสรี. สืบค้นเมื่อ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๗, จาก <https://th.wikipedia.org/แอมเฟตามีน>

กลไกการออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีน

แอมเฟตามีนออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางอย่างรุนแรง (potent central nervous system stimulant) แบบทางอ้อม (indirect acting sympathomimetic drugs) กระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทชนิด นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และ โดปามีน (dopamine) ออกมาจากปลายประสาท และยับยั้ง vesicular monoamine transporter (VMAT) ทำให้ไม่สามารถนำสารสื่อประสาทเก็บไว้ใน vesicle รวมทั้งยังยับยั้ง dopamine transporter (DAT) ที่ทำหน้าที่นำสารสื่อประสาทโดปามีนที่หลั่งออกมาจากปลายประสาทเก็บไว้ในปลายประสาท จากกระบวนการออกฤทธิ์ดังกล่าวจะทำให้สารสื่อประสาททั้งนอร์อิพิเนฟรินและโดปามีนอยู่ที่ synaptic cleft มาก ออกฤทธิ์กระตุ้นเซลล์ประสาทได้มากกว่าเดิม ดังรูปที่ ๒



รูปที่ ๒ กลไกการออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีนต่อปลายประสาทซิมพาเทติกและปลายประสาทโดปามีนอร์จิก โดยเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาททั้งนอร์อิพิเนฟรินและโดปามีน

ที่มา : แอมเฟตามีน.(๒๕๖๖, ๑๓ เมษายน). ใน วิธีพีเดีย สารานุกรมเสรี. สืบค้นเมื่อ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๗, จาก <https://th.wikipedia.org/แอมเฟตามีน>

กลไกการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง

การเสพแอมเฟตามีนในระยะเวลานานจำทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมองหลายอย่าง ตัวอย่าง เช่น การกระตุ้น dopamine receptors จะไปกระตุ้น cyclic adenosine monophosphate (cAMP) ในเซลล์ประสาท บริเวณ nucleus accumbens และ striatum การกระตุ้นจะทำให้เกิดปฏิกิริยาถูกโซ่ภายในเซลล์ซึ่งเป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกของยีนจำนวนหนึ่ง ซึ่งบางการเปลี่ยนแปลงจะเกิดโดยผ่านปฏิกิริยาฟอสโฟริเลชันของ cycle AMP

หน้าที่หนึ่งของ CREB คือเพิ่มทรานสคริปชันของ dynorphin ใน ribonucleic acid (RNA) ซึ่งตัว dynorphin เป็น selective K – opioid agonist ซึ่งจะ inhibit การหลั่งของโดปามีน Recurrent collateral axons จากเซลล์ประสาทใน nucleus accumbens เชื่อว่าเพื่อหลั่ง dynorphin ที่ K-receptors ที่ dopaminergic terminals แล้วทำให้เกิดการลดลงของการทำงาน

ของโดปามีนที่มากเกินไป ซึ่งเป็นผลมาจากแอมเฟตามีน เมื่อหยุดใช้แอมเฟตามีนและมีการหยุดของการหลั่งโดปามีนที่มากเกินไป ปริมาณ dynorphin ที่สูงซึ่งเป็นผลมาจากการปรับตัวเพื่อชดเชยจะยังคงลดการทำงานของโดปามีน ทำให้เกิดภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) และอารมณ์ละเหี่ย (dysphoria) จากภาวะถอนยา (amphetamine withdrawal) นอกจากนี้เซลล์ประสาทใน nucleus accumbens จะมีการลดลงของ G ; protein (ซึ่งยับยั้ง adenylyl cyclase) และเพิ่มระดับของ CAMP-dependent protein kinase ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งสองนี้อาจคงอยู่ได้หลายสัปดาห์ และทำให้เกิดการ upregulate ของ CAMP pathway ซึ่งในสัตว์ทดลองการ upregulate ของ CAMP pathway จะเพิ่มพฤติกรรมการเสพโคเคนและอาจแอมเฟตามีนด้วย การเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรใน CAMP pathway นี้เชื่อว่า เป็นกลไกหนึ่งของการเกิด tolerance ต่อ reinforcing effects ของสารกระตุ้น

Tolerance และ Sensitization

ในสัตว์ทดลองการเสพแอมเฟตามีนในระยะเวลาสั้นจะเกิด sensitization ซึ่งการตอบสนองต่อปริมาณหนึ่งของแอมเฟตามีนจะเกิดได้ง่ายขึ้น ทฤษฎีที่อธิบายคือเป็นผลมาจาก variety ของ kindling ในระบบประสาทส่วนกลาง ใน classic studies of kindling การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า ที่ระบบลิมบิกในตอนแรก จะก่อให้เกิดผลเพียงเล็กน้อย ซึ่งถ้ากระตุ้นด้วยไฟฟ้าซ้ำๆ หลังจากผ่านไปหลายวัน threshold ในการเกิดปฏิกิริยาจะลดลง และเกิด major, long – lasting seizures ขึ้น ซึ่งการทดลองโดยใช้ CNS – stimulant ในสัตว์ทดลองจะทำให้เกิดผลคล้ายคลึงกันคือ การให้แอมเฟตามีนปริมาณเดิมซ้ำกันหลายๆ ครั้ง จะทำให้เกิดการชักและพฤติกรรมซ้ำๆ (stereotyped) ซึ่งไม่เกิดในการให้ dose แรกๆ ซึ่ง sensitization นี้สามารถคงอยู่ได้นานในผู้ที่เสพแอมเฟตามีนเป็นระยะเวลานานมักจะเกิด paranoid states และ toxic psychoses ซึ่งเชื่อว่าเป็นปรากฏการณ์ ที่มีการเกิด sensitization ในผู้ที่เคยเกิด amphetamine psychosis จะเกิดภาวะนี้ได้เร็วขึ้นเมื่อได้รับแอมเฟตามีนอีก นอกจากนี้มีรายงานในกลุ่มผู้เสพแอมเฟตามีนว่ามีความต้องการใช้ปริมาณแอมเฟตามีนที่เพิ่มขึ้นมากขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาเพื่อให้ได้ euphoric effect ที่เหมือนเดิมซึ่ง เรียกว่าเกิด tolerance และ tolerance นี้สามารถเกิดได้กับ cardiovascular effects ของแอมเฟตามีนด้วย

เมตาโบลิซึมของสาร

แอมเฟตามีน ส่วนใหญ่จะถูกเมตาโบไลซ์ในตับ และมีจำนวนหนึ่งของสารจะถูกขับออกโดยไม่เปลี่ยนแปลงในปัสสาวะ ค่าครึ่งชีวิตของแอมเฟตามีน และเมทแอมเฟตามีน เป็นต่างอ่อน) จะลดลงเมื่อปัสสาวะเป็นกรด โดยปกติค่าครึ่งชีวิตของแอมเฟตามีนหลัง therapeutic doses มีค่าอยู่ระหว่าง ๗ ถึง ๑๙ ชม. ส่วนเมทแอมเฟตามีนจะนานกว่านั้นเล็กน้อย หลังจากได้ toxic dosage การหายของอาการอาจใช้เวลาหลายวันซึ่งนานกว่าโคเคนและขึ้นกับ PH ของปัสสาวะ

เภสัชวิทยาของแอมเฟตามีน (Amphetamine)

แอมเฟตามีน (Amphetamines) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ได้เร็ว peak action ประมาณ ๑-๓ ชั่วโมง ยานี้สามารถกระจายได้ดีโดยเฉพาะในระบบประสาท ยาส่วนใหญ่จะถูกกำจัดออกทางไต ยามี

คุณสมบัติเป็นต่าง ดังนั้น pH ในปัสสาวะมีอิทธิพลในการแตกตัวของยา ในปัสสาวะที่เป็นด่างยาจะแตกตัวน้อย และถูกดูดซึมกลับในร่างกายมาก ในทางตรงกันข้าม ถ้าปัสสาวะเป็นกรดยาจะแตกตัวมาก และถูกขับออกจากร่างกายมาก ในสภาวะที่ปัสสาวะเป็นด่าง ยาจะถูกกำจัดออกจากปัสสาวะประมาณ ๓๐% half-life ของยาในร่างกายเท่ากับ ๒๔ ชั่วโมงและถ้าปัสสาวะเป็นกรด ยาจะออกมาถึง ๗๐% และ half-life จะลดเหลือเพียง ๑๐ ชั่วโมงเท่านั้น

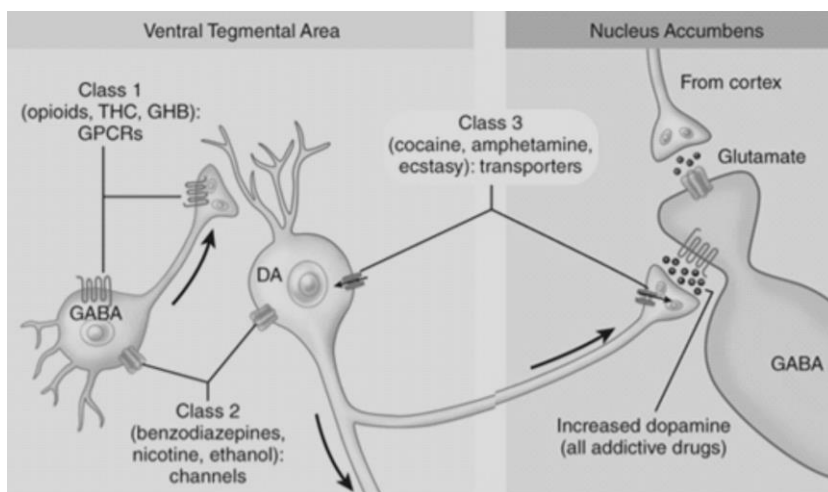
Amphetamines ปัจจุบันมีหลายรูปแบบและการใช้ เช่น ยาเม็ด ผงสำหรับฉีด ใช้สูดดมหรือฉีดเข้าเส้นเลือดมีผลกระทบต่อจิตใจและร่างกายได้นานหลายชั่วโมง เมื่อเปรียบเทียบกับ cocaine ที่มีฤทธิ์สั้นกว่าและราคาแพง ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยามีความแตกต่างกันตามรูปแบบการบริหารยา คือ วิธีการสูบควัน หรือไอระเหยจะออกฤทธิ์ทันที วิธีสูดดมยาเข้าโพรงจมูกจะออกฤทธิ์ภายใน ๓-๕ วินาที วิธีฉีดเข้าหลอดเลือดดำจะออกฤทธิ์ภายใน ๑๕-๓๐ วินาที วิธีรับประทานจะออกฤทธิ์ภายใน ๓๐ นาที โดยสามารถออกฤทธิ์ได้อย่างยาวนาน ๘-๒๔ ชั่วโมง ดังนั้นการเสพซ้ำหลายๆ ครั้งใน ๑ วัน จะส่งผลให้ปริมาณ amphetamine ในเลือดสูงขึ้นอาการประสาทหลอนและคลุ้มคลั่งจึงมักปรากฏให้เห็นในหมู่ผู้เสพที่เสพซ้ำวันละหลายครั้งเป็นส่วนใหญ่

ทางเภสัชวิทยากล่าวถึงผลกระทบต่อเคมีทางระบบประสาท (basic neurochemical) สรีรวิทยา (physiologic) และพฤติกรรม (behavioral) ของการเกิดจากการใช้ amphetamines ทั้งหมดที่ทันใด

๑. ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central effects)

แอมเฟตามีนออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางได้มาก ทำให้ตื่นตัว ลดความรู้สึกอ่อนล้า ความมั่นใจในตนเองและความสนใจเพิ่มขึ้นมีภาวะปิติยินดี ครื้นเริง เคลิ้มสุข กระตุ้นศูนย์หายใจในสมองทำให้เพิ่มอัตราและความลึกของการหายใจ เพิ่มความสามารถทางกายและการพูด การเพิ่มความสามารถทางกายแต่ความผิดพลาดก็เพิ่มขึ้น สมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น ระวังความอยากอาหาร ดังนั้นยากลุ่มนี้จึงห้ามใช้ในนักกีฬาเพราะจัดเป็นยาได้ป ส่วนผลต่อจิตประสาทจะขึ้นกับขนาดยาที่ใช้ สภาวะทางจิตและบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล การใช้ยานี้เป็นระยะเวลานานหรือใช้ในขนาดสูงจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า หลายคนที่ใช้แอมเฟตามีนจะมีประสบการณ์ อาการปวดศีรษะ ใจสั่น มึนงง เติบซ สับสน อารมณ์ละเหี่ย เป็นทุกข์ หวาดวิตก มีอาการแพ้ อ่อนแรง

การที่แอมเฟตามีนออกฤทธิ์เพิ่มการหลั่งโดปามีน (รูปที่ ๓) ซึ่งโดปามีนเป็นสารที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์พึงพอใจ ส่งผลให้ผู้ใช้ยาที่มีความรู้สึกเคลิบเคลิ้ม พึงพอใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ใช้ยาเกิดความรู้สึกอยากจะใช้ยานั้นอีก เมื่อใช้ยานี้ซ้ำๆ เป็นระยะเวลาหนึ่งจะทำให้เกิดการเสพติด (drug dependence) และจะเกิดการทนต่อยา (tolerance) จำเป็นต้องใช้ยาในขนาดที่สูงขึ้นเรื่อยๆ เมื่อหยุดเสพมักมีอาการถอนยา (withdrawal syndrome) คือ อ่อนเพลียมาก อารมณ์หงุดหงิด ซึมเศร้า อยากอาหารมาก โดยจะมีอาการรุนแรงมากที่สุดใน ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังหยุดเสพ และอาการอาจคงอยู่ได้นานหลายสัปดาห์



รูปที่ ๓ แสดงตำแหน่งการออกฤทธิ์ของกลุ่มยาที่มีฤทธิ์เป็นสารเสพติดจะเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทโดปามีน

ที่มา : แอมเฟตามีน.(๒๕๖๖, ๑๓ เมษายน). ใน วิธีพีเดีย สารานุกรมเสรี. สืบค้นเมื่อ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๗, จาก <https://th.wikipedia.org/แอมเฟตามีน>

๒. ฤทธิ์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Peripheral effects) แอมเฟตามีนออกฤทธิ์ได้เร็ว ระดับยาสูงสุดโดยการรับประทานอยู่ที่ประมาณ ๑-๓ ชั่วโมง เนื่องจากยามีความชอบไขมันสูง (high lipophilicity) จึงสามารถผ่านตัวกรองระหว่างเลือดและสมอง (bloodbrain barrier) และผ่านเข้าสู่ น้ำนมมารดาได้ นอกจากนี้ยังสามารถผ่านรกจากแม่ไปสู่ทารกในครรภ์ได้เช่นกัน แอมเฟตามีนถูกแปรรูป ที่ตับเป็นส่วนใหญ่ และจะถูกกำจัดออกทางไต ค่าเฉลี่ยของค่าครึ่งชีวิต (half-life) อยู่ระหว่าง ๙-๑๒ ชั่วโมง โดยวิธีการเสพโดยวิธีต่างๆ ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อค่าครึ่งชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ Amphetamines มีผลกระตุ้นต่อ alpha และ beta-receptors ดังนี้

๒.๑ Cardiovascular

- เพิ่มความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic
- หัวใจเต้นช้า พบได้เมื่อใช้ amphetamine ปริมาณน้อย
- หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ พบได้ไม่บ่อย แต่จะพบในพวกที่

ใช้ปริมาณมาก

๒.๒ Thermal regulation ผลทำให้เกิด peripheral hyperthermia โดยผ่านการทำงานของsympathoadrenal system

๒.๓ Gastrointestinal

- ทำให้เกิดท้องผูก จากการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง
- Gastric emptying ช้า ทำให้มีผลต่อการดูดซึมของยาอื่นๆ

๓. Behavioral effects

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

๓.๒ พฤติกรรมทำซ้ำๆ (Stereotypies) การใช้ amphetamine ปริมาณสูงมีผลกระตุ้นด้วยเช่นกัน เช่น ปิด-เปิดวิทยุ หรือแกะประกอบอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ที่ผู้ป่วยก็ทราบว่าการกระทำดังกล่าวนั้นไม่มีความหมายหรือไม่มีประโยชน์แต่ก็ไม่สามารถหยุดพฤติกรรมเหล่านี้ได้ ไม่เช่นนั้นจะยิ่งเกิดอาการ กระสับกระส่ายหงุดหงิดและวิตกกังวลมากขึ้น ในผู้ป่วยที่เสพเรื้อรังในขนาดสูง ผู้ป่วยมักแยกตัว ไม่สนใจคนอื่น และเริ่มมีพฤติกรรมประหลาด (bizarre behaviors)

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

๓.๔ Anorexia จากการที่ amphetamine มีผลต่อการลดความอยากอาหาร จึงถูกนำมาใช้ในการ รักษาโรคอ้วน กลไกน่าจะเกิดจากการทำงานผ่าน dopaminergic neurotransmission เพราะ

- เมื่อให้ alpha-methyl-p-tyrosine จะลดผลของ amphetamine ในหนู
- ให้ 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 แต่ถ้ายุติการใช้ amphetamines จะกระตุ้นทำให้เกิด rebound REM sleep

วิธีการเสพแอมเฟตามีน (Amphetamine)

๑. การกิน เป็นวิธีการเสพที่นิยมใช้กันทั่วไป มีการออกฤทธิ์ภายใน ๑๕-๖๐ นาทีจะออกฤทธิ์สูงสุดภายใน ๒-๓ ชั่วโมง และหลังจากนั้นฤทธิ์ของตัวยาก็จะลดลงอย่างรวดเร็ว แอมเฟตามีนมีกลไกในการจับตัวยาคั้งหนึ่งอย่างทันทีทันใด ส่งผลให้มีการออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วและสูงสุด อีกคั้งหนึ่งของตัวยาก็จะจับภายในเวลา ๔ ชั่วโมงต่อมา

๒. การสูดดมไอ เป็นวิธีการเสพที่นิยมรองลงมาจากการกิน เป็นการสูดดมไอระเหยทางรูจมูก โดยตัวยาก็จะซึมผ่านทางเนื้อเยื่อโพรงจมูก มีการออกฤทธิ์ทันทีทันใดและรุนแรงปรากฏให้เห็นผลภายใน ๑ นาทีและการออกฤทธิ์จะส่งผลในระยะเวลายาวนาน (Drugs-forum, ๒๐๐๙) โดยมีอาการเมายา เรียกว่า “แหง”

๓. การฉีดเข้าหลอดเลือด สวมใหญ่ นิยมใช้สำหรับทำการทดลองในสัตว์ มีการออกฤทธิ์

อย่างทันทีทันใดต่อผู้เสพ โดยวิธีการฉีดเข้าหลอดเลือดหรือใต้ผิวหนังซึ่งสามารถเข้าสู่ระบบการไหลเวียนเลือด ออกฤทธิ์ทันทีในระยะสั้น (Drugs-forum, ๒๐๐๙) และรุนแรงที่สุด

๔. Rectal ซึ่งโดยปกติทั่วไปไม่นิยมเสพกัน มีรายงานในผู้ที่เคยเสพ พบว่าการออกฤทธิ์เร็วกว่าการกินแต่ช้ากว่าวิธีการสูดดมไอหรือการฉีด (Drugs-forum, ๒๐๐๗)

การตรวจพิสูจน์แอมเฟตามีนทางห้องปฏิบัติการ

ใช้ชุดตรวจเบื้องต้นชนิดรวดเร็วแบบแผ่นตรวจ (Meth strip) กับการ์ดตรวจ (Meth card) โดยตรวจจากปัสสาวะซึ่งจะตรวจพบได้ ๑-๔ วัน หลังจากเสพครั้งสุดท้าย amphetamine จะอยู่ได้นานหากใช้ปริมาณที่สูงและปัสสาวะเป็นด่าง แต่ถึงอย่างไรยังมีสารต่อไปนั้ให้ผลบวกเทียมได้ ซึ่งต้องทำการตรวจยืนยันอีกครั้ง ได้แก่ Ephedrine, Pseudoephedrine, Phentermine, Fenfluramine, Phenylpropanolamine (PPA), Propranolol, Phenmetrazine, Chlorpromazine, Mephentermine, MDMA (Ecstasy), Methylphenidate (Ritalin), Bupropion

การตรวจหาแอมเฟตามีนทางห้องปฏิบัติการมีความสำคัญเพราะจะยืนยันว่าผู้ป่วยมีการเสพแอมเฟตามีนจริงหรือไม่ ตัวอย่างที่นำมาใช้ตรวจแอมเฟตามีนมีหลายชนิด เช่น ปัสสาวะ เลือด น้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร เหงื่อ แต่ในทางปฏิบัติแล้วปัสสาวะเป็นตัวอย่างตรวจที่เหมาะสมที่สุด เพราะ

- แอมเฟตามีนจะยังคงอยู่ในปัสสาวะได้นานกว่าตัวอย่างตรวจอื่นๆ
- ปริมาณของแอมเฟตามีนในปัสสาวะมากกว่าในเลือด
- การตรวจจากปัสสาวะทำให้ง่ายกว่าตัวอย่างตรวจอื่นๆ

ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีน (Amphetamine related disorders)

จาก Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) IV amphetamines สามารถชักนำให้เกิดความผิดปกติทางจิตเวช ในที่นี้จะกล่าวถึง amphetamine intoxication, amphetamine withdrawal, amphetamine delirium และ amphetamine psychotic disorder การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) IV มีดังนี้

๒๐.๐๐ Amphetamine Intoxication

- A. เพิ่งมีการใช้แอมเฟตามีน หรือสารในกลุ่ม (เช่น methylphenidate)
- B. มีพฤติกรรม หรือสภาพจิตใจเปลี่ยนแปลงอย่างผิดปกติอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ (เช่น อารมณ์ ครั่นครัง หรือเฉยเมย การเข้าสังคมเปลี่ยนแปลง ตื่นตัวอย่างมาก รู้สึกไวในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กังวล ตึงเครียดหรือโกรธ พฤติกรรมซ้ำๆ ตัดสินใจไม่เหมาะสม เสียการเข้าสังคมหรืองานการ) ซึ่งเกิดระหว่าง หรือหลังการใช้แอมเฟตามีน หรือสารในกลุ่มได้ไม่นาน
- C. มีอาการต่อไปนี้สองข้อ (หรือมากกว่า) เกิดขึ้นในระหว่างหรือทันทีหลังการใช้แอมเฟตามีน หรือสารในกลุ่ม

- หัวใจเต้นเร็ว หรือเต้นช้า
- ม่านตาขยาย

- ความดันโลหิตสูงขึ้น หรือต่ำลง
- เหงื่อแตก หรือหนาวสั่น
- คลื่นไส้หรืออาเจียน
- มีหลักฐานว่าน้ำหนักตัวลด
- psychomotor ช้า หรือกระวนกระวาย
- กล้ามเนื้ออ่อนแรงหายใจช้าหรือน้อย เจ็บหน้าอก หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ
- สับสน ชัก เคลื่อนไหวผิดปกติกล้ามเนื้อเกร็ง หรือ coma

D. อาการไม่ได้เกิดจากผลของภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และไม่เข้ากับโรคทางจิตเวชอื่นได้ดีกว่า

ระบุ

ลกรหัส F๑๕.๐๔ หาก With Perceptual Disturbances : ตัวระบุจำเพาะนี้ใช้เมื่อมีอาการประสาทหลอน โดยที่ผู้ป่วยทราบว่าไม่เป็นความจริง หรือมีการเห็น ได้ยิน หรือรู้สึกสัมผัสผิดจากความจริงโดยไม่มี delirium การทราบว่าไม่เป็นความจริง หมายถึง ผู้ป่วยทราบว่าอาการประสาทหลอนนั้นเป็นผลจากสาร และไม่ใช่ว่าความจริง เมื่อประสาทหลอนเกิดโดยผู้ป่วยคิดว่าเป็นความจริง ควรวินิจฉัยว่าเป็น Substance-Induced Psychotic Disorder, With Hallucinations

F๑๕.๓ Amphetamine Withdrawal

A. มีการหยุด (หรือลดการใช้) แอมเฟตามีน (หรือสารในกลุ่ม) หลังจากการใช้อย่างมากและเป็นเวลานาน

B. มีอาการไม่แจ่มใส และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่อไปนีสองข้อ (หรือมากกว่า) เกิดขึ้นในไม่กี่ชั่วโมงถึงสองสามวันหลังจากเกณฑ์ A

- อ่อนเพลีย (fatigue)
- มีฝันไม่ดีที่เหมือนจริง (vivid, unpleasant dreams)
- นอนไม่หลับ หรือหลับมาก (insomnia or hypersomnia)
- เจริญอาหารมากขึ้น (increased appetite)
- psychomotor ช้าหรือกระวนกระวาย (psychomotor retardation or agitation)

C. อาการตามเกณฑ์ B ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบพร่องลง

D. อาการไม่ได้เกิดจากผลของภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และไม่เข้ากับโรคทางจิตเวชอื่นได้ดีกว่าโดยทั่วไปคนที่ไม่มีประวัติเคยใช้ amphetamines การได้ยาเพียง ๕ mg. จะเพิ่มความรู้สึก และอารมณ์ดีเพิ่มความมั่นใจในตนเอง และปริมาณน้อยของ amphetamines มีผลให้เกิดการตื่นตัว (alertness) ลด fatigue สมาธิดีขึ้น และการปฏิบัติต่างๆ ดีขึ้น เช่น การเขียนหนังสือ จึงถูกนำมาใช้ในการรักษา attention deficit disorder, narcolepsy, depressive disorder เป็นต้น แต่ถ้าใช้ปริมาณมากมีผลทำให้เกิดวิตกกังวล (anxiety) อาการละเหี่ย (dysphoria) สับสน (confusion) ซึมเศร้า (depression) คลื่นไส้ (nausea) อาเจียน (vomiting) ปวดศีรษะ (headache) เหงื่อออก (sweating)

ในการใช้ amphetamine ในทางที่ผิด (amphetamine abuse) สามารถแบ่งเป็นช่วงตั้งแต่เริ่มต้น จนถึงหยุดการใช้ซึ่งมักจะพบในพวกใช้ยาในขนาดสูง และ chronic amphetamine โดยแบ่งตามอาการ พฤติกรรมและผลข้างเคียง ได้ดังนี้

ช่วง single dose มีผลทำให้มีการปล่อย dopamine พฤติกรรมที่พบคือ มีอาการเคลิบเคลิ้ม (euphoria) ขยันและทำงานได้เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะ reward และ positive reinforcement มีผลทำให้เกิดการใช้อย่างต่อเนื่อง และจากวิธีการใช้ในพวกสุดโต่งหรือฉีดยาเข้าเส้นเลือดจะเกิดผลรุนแรงและทันทีทันใด เรียกว่า flash ซึ่งมีลักษณะอาการตื่นเต้น (hyperactivity) euphoria เพิ่มความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์เมื่อถึงจุดสุดยอด (sexual pleasure to orgasm) ทำให้ต้องใช้ปริมาณมากขึ้น (dose escalation)

ช่วงเสพ (Binge) เป็นลักษณะใช้ซ้ำๆ และบ่อยๆ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์จากนั้นเข้าสู่ช่วงเสพหนัก (Crash)

ช่วงเสพหนัก (Crash) พบว่าในช่วง middle crash ที่เกิดหมดแรง (fatigue) ซึมเศร้า (depression) มีความต้องการนอนหลับแต่หลับไม่ได้ (insomnia) จะมีการใช้ alcohol, benzodiazepines หรือ opiate เพื่อช่วยในการนอนหลับ และในช่วง late crash มีลักษณะนอนมาก (hypersomnolence) กินมาก (hyperphagia) จากนั้นผ่านเข้าสู่ช่วงถอนยา (withdrawal) ซึ่งอาการจะเกิดตรงข้ามกับผลของ amphetamines คือ สูญเสียพลังงานทางกายและจิตใจ (loss of physical and mental energy) รู้สึกเพลีย หมดแรง หมดความสนใจสิ่งแวดล้อม เกิดภายใน ๑๒-๔๖ ชั่วโมง ตามหลัง crash phase ถ้าผู้เสพไม่สามารถทนต่ออาการในช่วง crash หรือ withdrawal และคิดถึงผลจากการใช้ยาที่ทำให้เกิดความพอใจจะทำให้เข้าสู่ Binge phase เป็นวงจรต่อไป

Amphetamine intoxication

คล้ายกับ cocaine ใน Diagnostic criteria แต่ cocaine มีผลยับยั้ง dopamine reuptake ส่วน amphetamine ทำให้เกิดการปล่อย dopamine ผลคือ dopamine เพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่จะพบจากการใช้ปริมาณมาก ผู้เสพจะมีเกิดอาการการตัดสินใจที่ผิดพลาด (impair judgment) เก็บกด (impulsiveness) มีความต้องการทางเพศสูง (hypersexuality) การทำอะไรงานอย่างซ้ำๆ กัน (compulsively repeated action) มีความระแวงระวังมากเกินไป (hypervigilance) กระสับกระส่ายอย่างมาก (extreme psychomotor activation) ชัก (seizure) coma เป็นต้น อาการ intoxication จะหายภายใน ๒๔ ชั่วโมง และหายเป็นปกติภายใน ๔๘ ชั่วโมง

Amphetamine intoxication delirium

มักจะเกิดจากปริมาณการใช้สูง หรือใช้ประจำ และผลกระทบจากนอนไม่หลับ (sleep deprivation) นอกจากนั้นยังเกิดจากการใช้ร่วมกับสารอื่นๆ เช่น alcohol หรือพวกที่มี brain damage อยู่ก่อน

Amphetamine withdrawal

มีการลดปริมาณ หรือหยุด amphetamines จากการใช้มานานและปริมาณมาก ร่วมกับมี dysphoric mood และอาการอื่นๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น โดยทั่วไปอาการจะเกิดขึ้นใน ๒-๔ วัน และจะหายภายใน ๑ สัปดาห์ มักจะพบ depression บางรายเป็นรุนแรงมีความคิดหรือกระทำการฆ่าตัวตาย และอาการ depression สามารถคงอยู่ได้หลายเดือน ในสมองพบว่ามีกรดลดลงของสารสื่อประสาท

catecholamines โดยเฉพาะ norepinephrine, จากการศึกษาของ Watson, Hartmann และ Schildkrant ค.ศ. ๑๙๗๒ โดยวัดจากสภาวะอารมณ์ (affective state) sleep patterns และ ๒๔ hrs MHPG urine (metabolite ของ norepinephrine) จะลดลงและกลับสู่ปกติ

Amphetamine-induced psychosis

พบว่ามึลักษณะคล้ายกับ paranoid schizophrenia ทำให้เกิดการศึกษาด้าน neurochemistry โดย Sato ค.ศ. ๑๙๘๖ พบว่า ๕๐% ของประชากรที่ใช้ amphetamine ในขนาดวันละ ๓๐-๑๐๐ mg นาน ๓ เดือน จะเกิด psychotic symptoms โดยเป็นการใช้แบบเรื้อรัง (chronic) โดยแยกจาก schizophrenia ได้ดังนี้

(๑) Amphetamine induced psychosis ไม่พบลักษณะอาการ negative symptoms เช่น ภาวะไร้อารมณ์หรือมีการแสดงน้อยลง (flat affect) พูดน้อยหรือมีเนื้อหาที่พูดน้อย (alogia) และการรับรู้ที่ผิดปกติดังกล่าว บุคคล และสถานที่ (disorientation)

(๒) พบ amphetamine ในการตรวจปัสสาวะขณะเกิดอาการ psychosis ประมาณ ๓-๕ วัน

(๓) อาการ psychosis จะหายหลังจากรักษาและหยุดใช้ amphetamine จากการศึกษาของ Sato ค.ศ. ๑๙๘๒ พบว่าเมื่อทำการศึกษา methamphetamine (MAP) psychosis model แม้จะมีการหยุดใช้ MAP ถ้ากลับมาใช้อีกเพียงหนึ่งครั้งก็จะเกิด relapsed psychosis คิดว่าเป็นผลจากการที่ใช้ amphetamine มานานทำให้มีการปล่อยเพิ่มขึ้นของ dopamine และ membrane ที่ presynaptic nerve terminal บกพร่องไปส่งผลให้เพิ่มทั้ง MAP และ dopamine

อาการสำคัญทางคลินิก : Clinical Feature

ลักษณะอาการทางจิตจาก amphetamine มักจะเริ่มจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ร่วมกับความรู้สึกสงสัยไม่แน่ใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว และพยายามแสวงหาคำตอบที่สงสัย หลังจากนั้นเมื่ออาการมากขึ้น ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกจากการค้นหาคำตอบจากสิ่งแวดล้อม (watching the world) กลายเป็นถูกสังเกตจากภายนอก (being watched) พฤติกรรมเหล่านี้เริ่มจากเป็นพักๆ จนเป็นเกือบตลอดเวลา ผู้ป่วยจะมีความเชื่อที่สะสมความสงสัยมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงมีอาการหลงผิดชัดเจนและหูแว่ว (auditory hallucination) และพบภาพหลอน (visual hallucination) ร่วมด้วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตเต็มทีในระยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะไม่อยู่นิ่ง ไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง มีอาการหลงผิดหวาดระแวงอย่างมาก ยิ่งในผู้ป่วยที่เสปอย่างหนักจนหมดเรี่ยวแรง (exhausted) ผู้ป่วยจะถูกเร้าจากสิ่งกระตุ้นภายนอกได้ง่าย และสับสน (confusion) ทำให้เกิดภาวะ panic ก้าวร้าวหรือทำร้ายผู้อื่น (homicide) ได้

อาการที่พบบ่อยก่อนที่จะมีอาการทางจิตชัดเจนอีกอาการหนึ่งคือ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมซ้ำๆ (stereotypy) เช่น ปิดเปิดวิทยุ หรือแกะประกอบอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ที่ผู้ป่วยก็ทราบว่าการกระทำนั้นไม่มีความหมายหรือไม่มีประโยชน์ แต่ก็ไม่สามารถหยุดพฤติกรรมเหล่านี้ได้ ไม่เช่นนั้นจะยิ่งเกิดอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิดและวิตกกังวลมากขึ้น ในผู้ป่วยที่เสปเรื้อรังในขนาดสูง ผู้ป่วยมักจะแยกตัว ไม่สนใจคนอื่น และเริ่มมีพฤติกรรมประหลาด (bizarre behaviors)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้แบ่งอาการทางจิตจากสารกระตุ้นประสาทตาม DSM-IV เป็น Amphetamine intoxication, with perceptual disturbance และ Amphetamine induced psychotic disorder with either delusions or hallucinations (ขึ้นอยู่กับว่าอาการหลงผิดหรืออาการหูแว่วอาการใดเป็นอาการเด่น) ซึ่งภาวะแรกคือ Amphetamine intoxication with perceptual disturbance นั้น ผู้ป่วยยังรู้ตัวดีอยู่ว่าอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดขึ้นจริง (intact reality testing) สวมภาวะหลังนั้นผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนและหลงผิดอย่างชัดเจน และจำกัดระยะเวลาที่เริ่มเกิดอาการอยู่ในช่วง ๑ เดือนหลังจากมี toxicity หรือ withdrawal จากสาร พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากสารกระตุ้นประสาทจะพบอาการหวาดระแวง (paranoid delusion) ประมาณ ๘๐% อาการประสาทหลอนประมาณ ๖๐-๗๐% ซึ่งส่วนใหญ่เป็น auditory hallucination ส่วนอาการ tactile hallucination เช่น เหมือนมีแมลงไต่ตามตัว พบได้ ๑๒% (มักพบในผู้เสพยาโคเคน) olfactory hallucination พบได้น้อยกว่า ๑๐% และผู้ป่วยมีอาการสับสนพบได้ประมาณ ๗% สวมภาวะตื่นเต้นกระสับกระส่ายอยู่ไม่ติดที่ (hyperactivity and excitement) พบได้ค่อนข้างบ่อย ผู้ป่วยมักจะมีระดับความรู้สึกตัวปกติ ความจำปกติ และมักจะจำเหตุการณ์ในช่วงที่เกิดอาการทางจิตได้ดี มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่มีอาการสับสนอย่างรุนแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าว อาละวาดทำร้ายผู้อื่น บางรายงานพบว่าผู้ป่วยที่เสพยาเป็นเวลานานอาการทางจิตไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่เพิ่งเสพยา แต่บางรายงานพบว่า ผู้เพิ่งเสพยาในขนาดสูงมักจะมีอาการหลงผิดและประสาทหลอนที่รุนแรง และไม่ต่อเนื่อง (disorganized) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เสพยาเป็นเวลานานอาการหลงผิดจะเป็นแบบเป็นเรื่องราว ดูสมจริงมากกว่า (systematic delusion)

อาการที่เกิดจากการเสพยาแอมเฟตามีน (Amphetamine)

๑. อาการเฉียบพลัน เป็นอาการพิษที่เกิดจากการเสพยาแอมเฟตามีนอย่างเฉียบพลันทำให้ มีอาการอยู่ไม่นิ่ง (restlessness) หงุดหงิด (Irritability) มือเท้าสั่น (tremor) สับสน (confusion) พูดมาก วิตกกังวลและอารมณ์แปรปรวน (lability of mood) และอาการที่เกิดกับระบบประสาทส่วนปลายคือ ปวดศีรษะ หนาวสั่น อาเจียน ปากแห้ง เป็นต้น

๒. อาการเรื้อรัง เกิดจากการใช้แอมเฟตามีนติดต่อกันเป็นเวลานาน กรณีใช้ยาขนาดไม่มาก จะมี ผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่สามารถควบคุมได้จะทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายได้มาก โดยจะทำให้ไม่รู้สึกริว ทำให้ขาดอาหาร ขาดวิตามิน การกระตุ้นประสาททำให้ร่างกายนอนไม่หลับ จะทำให้ร่างกายไม่ได้พักผ่อน สุขภาพจึงทรุดโทรม ซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ง่าย การใช้แอมเฟตามีนเป็นประจำทำให้เกิดการติดยา ซึ่งต้องเพิ่มขนาดของยาที่ใช้ขึ้นเรื่อยๆ ถ้าใช้ไปนานๆ ทำให้เกิดการติดยาทั้งทางจิตและทางกาย การติดยาทางจิตเกี่ยวกับความคิด อารมณ์และสมรรถภาพต้อง การยาอยู่เรื่อยๆ เมื่อหยุดใช้ยาทันทีจะมีอาการถอนพิษยาเกิดขึ้น อาการขาดยาที่เกิดขึ้นในผู้ที่ใช้แอมเฟตามีนในขนาดสูง ได้แก่ อ่อนเพลีย ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานถดถอย นอนหลับคล้ายคนหมดสติเกิดโรคจิตชนิดหวาดระแวง (Paranoid delusions) ประสาทหลอนทางจิต หูแว่วและกระวนกระวาย หิวอาหารอย่างรุนแรง ใน ระยะ ๓-๔ วัน หลังจากหยุดเสพยาแอมเฟตามีนจะเกิดอาการสะท้อนกลับของอารมณ์ (rebound phenomena) จากอารมณ์ตื่นตัว ร่าเริง เป็นอารมณ์ซึมเศร้า จนอาจถึงคลุ้มคลั่ง ทำร้ายผู้อื่นหรือฆ่าตัวตายได้ อาการถอนพิษยา (Withdrawal symptoms) มักเกิดกับผู้ที่เสพยา

แอมเฟตามีน (Amphetamine) ในขนาดที่สูงเป็นเวลานาน จะทำให้หลับนาน (hypersomnia) มีอาการซึมเศร้า โดยอาการจะรุนแรงสุดในช่วง ๔๘-๗๒ ชั่วโมงหลังหยุดยาและคงอยู่ได้นานเป็นเดือน บางรายอาจถึงขั้นทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย

๓. พิษจากการได้รับแอมเฟตามีนเกินขนาด จะเกิดการกระตุ้นอะดรีเนอร์จิก ทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูง หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงและมักพบอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น หวาดระแวง วิทก เพื่อคลั่ง หากใช้ยา ในขนาดที่สูงจะทำให้ชักกระตุก หลอดเลือดหัวใจตีบ

ลักษณะอาการทางจิตจากการเสพแอมเฟตามีน พอจะแบ่งได้เป็น

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

๒. Chronic amphetamine psychosis : ในกรณีเสพเรื้อรัง อาจเกิดอาการทางจิตได้นาน บางรายอาการ เป็นครั้งคราวสัมพันธ์กับการเสพ บางรายแม้หยุดเสพแล้วก็ยังมีอาการทางจิตอยู่ (persistence and transient type)

สาเหตุการติดแอมเฟตามีน (Amphetamine) (วิโรจน์ วีรชัยและคณะ, ๒๕๔๘)

๑. กลุ่มเพื่อน กลุ่มเพื่อนถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพล และมีผลต่อการเสพยาเสพติดมากที่สุด เพราะเป็นกลุ่มที่มีวัฒนธรรม ความคิด ความรู้สึก คล้ายๆ กัน โดยเฉพาะการสร้างความกลมเกลียว เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน เพื่อกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มที่วางไว้ จนมีการเรียนรู้ เลียนแบบ สร้างแรงจูงใจ จนเป็นทัศนคติและพฤติกรรมในที่สุด

๒. ชุมชน การเรียนรู้ในการประกอบอาชีพการงานหรือการกระทำผิดใดๆ นั้น เป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับชุมชน โดยเฉพาะแหล่งชุมชนหรือสังคมนั้นๆ เอื้อและเกื้อหนุนต่อการกระทำผิด ไม่ว่าจะเป็นการเสพหรือผู้ใช้ยาเสพติดเป็นประจำ หรือแม้กระทั่งการโจรกรรมลักขโมย ชุมชนที่เต็มไปด้วยสิ่งเลวร้ายและอาชญากรรม คนที่อยู่ในสังคมนั้นหรือชุมชนเหล่านี้จะถูกหล่อหลอม กล่อมเกล้าและถูกนำเข้ามาร่วมกิจกรรมในทางที่ผิดกฎหมาย ถูกหล่อหลอมการสร้างค่านิยม ทัศนคติ นิสัยใจคอ และพฤติกรรม อันเป็นแรงจูงใจ กระตุ้นให้คนมีการเรียนรู้พฤติกรรมเป็นอาชญากร หรือการเสพยาติดต่อไป

๓. ความแปลกแยก อธิบายโดยใช้หลักการสำคัญทางทฤษฎีวัฒนธรรมย่อย เพราะว่าพวกเขาเหล่านั้นถูกผลักดันให้นำไปสู่สังคมนั้นและการกระทำเฉพาะกลุ่ม เมื่อเขาารู้สึกว่าเป็นคนละพวกกับสมาชิกในสังคมนั้น สังคมปฏิเสธไม่ยอมรับเขา ทำเขาถอยห่างออกจากสังคมนั้นที่ไม่เป็นมิตร สร้างความโดดเดี่ยวเหงา ไม่มีใครเข้าใจเขา เขาเหล่านั้นจะสร้างสังคมขึ้นมาใหม่เฉพาะกลุ่ม หรือกลุ่มอ้างอิง (reference groups) ขึ้นมาแทนที่ เช่น ความรู้สึกถึงช่องว่างระหว่างวัย จนมีการรวมกลุ่มเพื่อค้ำยันผู้ใหญ่ มีการประชดประชัน จนกลายเป็นคนติดยาเสพติด หันเหตัวเองเพื่อเรียกร้องความสนใจและต้องการให้ตนรู้สึกมีคุณค่า

๔. ความเบื่อหน่าย ความเบื่อหน่าย ต่อสภาพสังคมที่มีการแข่งขัน ครอบครัวที่มีปัญหาความแตกแยก ปัญหาเศรษฐกิจ อาจเป็นต้นเหตุแห่งการติดยาเสพติด เพราะอาจเป็นตัวการให้เป็นแรงจูงใจในการเสพยาเสพติด โดยเฉพาะคนหนุ่มสาว เมื่อตกอยู่ในภาวะแห่งความเบื่อหน่ายจึงทำให้เขาตัดสินใจแก้ปัญหาดังกล่าว เพื่อหลีกเลี่ยงความเบื่อเหล่านั้น

๕. การเข้าถึงยาเสพติดมีอยู่ทั่วไป การแพร่ระบาดของยาเสพติดจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ยิ่งทวีความรุนแรงและ แพร่ระบาดทั่วทุกมุมเมืองใหญ่ๆ หรือเมืองท่าชายฝั่งหรือจังหวัดชายแดน เช่น จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีการแพร่กระจายของยาเสพติดประเภทต่างๆ เกือบทุกพื้นที่และได้มีการกระจายสู่หมู่บ้าน ตามชนบทห่างไกลมากขึ้น ยาเสพติดหลักที่แพร่ระบาดยังคงเป็นแอมเฟตามีน (Amphetamine) ซึ่งมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ ๘๓.๘ กลุ่มอายุหลักที่เข้าไปเกี่ยวข้องอยู่ในช่วง ๑๕-๒๔ ปี พื้นที่แพร่ระบาดของยาเสพติด พบว่ามีหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ยังต้องเฝ้าระวังปัญหาหายาเสพติดจำนวน ๕๐,๙๐๒ หมู่บ้าน/ชุมชน หรือคิดเป็นร้อยละ ๖๒ ของหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ (แผนปฏิบัติการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด ปี ๒๕๕๗ ตามคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ ๑๙/๒๕๕๖) ฉะนั้นการมียาเสพติดอยู่ทั่วไปในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทยอย่างมากมายเช่นนี้ ย่อมเป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นถึงความร้ายแรงและปัญหาของสังคมที่กำลังจะตามมาในอนาคต

๖. แก้ปัญหาหรือเป็นทางออก เมื่อสังคมเต็มไปด้วยปัญหา เช่น ปัญหาปากท้อง อาชญากรรม ซึ่งมีความสลับซับซ้อน มากขึ้นจนทำให้หลายคนตกอยู่ในสภาวะ เมื่อย่ำ กัดดัน เครียด ไร้ที่พึ่งและหนทางที่จะแก้ปัญหา จึงได้หันไปใช้ยาเสพติดเพื่อบรรเทาความรู้สึกให้เกิดความกระชุ่มกระชวย สดชื่น และมีความสุข มากกว่าที่ต้องเจอแต่ความทุกข์ จนในที่สุดต้องตกเป็นทาสยาเสพติด

๗. ความสนุกสนานและสันตนาการ ความเชื่อของคนทั่วไปเชื่อว่าถ้าไม่มีเหล้างานก็ไม่สนุก เป็นแนวคิดของคนในทุกยุค ทุกสมัย และเพื่อสร้างมิตรภาพที่ดีต่อกัน เข้ากันได้ดี และการมอบสุราให้ในงานมงคลยังถือเป็นการให้เกียรติเจ้าภาพอีกด้วย แสดงให้เห็นว่าหากต้องการความสนุกสนานหลายคนคงนึกถึงยาเสพติดเพื่อเป็นการสานสัมพันธ์ดังกล่าว

ผลของแอมเฟตามีน (Amphetamine) ต่อร่างกายและจิตใจ

เนื่องจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปริมาณของแอมเฟตามีน (Amphetamine) ที่ใช้ วิธีเสพ ความถี่ของการใช้ยา ระยะเวลาที่ใช้ยา รวมทั้งร่างกายของผู้ป่วยเองในการรักษาก็มีความจำเป็นต้องรักษาให้เหมาะสมตามลักษณะอาการของผู้ป่วย จึงขอแบ่งผลของแอมเฟตามีน ออกเป็น ๓ ลักษณะ ดังนี้

๑. พิษผลอย่างเฉียบพลันและภาวะพิษเฉียบพลันจากแอมเฟตามีน (Toxic Acute Effect and Acute Amphetamine-intoxication)

๒. ผลในระยะยาว ภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบร่วมกับการเสพยาแอมเฟตามีน (Chronic Effect Chronic Amphetamine use disorder)

๓. การเสพยาและการบำบัดรักษาการติดยาแอมเฟตามีน (Amphetamine dependence and treatment)

พิษเฉียบพลัน (วิโรจน์ วีรชัย, ๒๕๔๘)

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

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

๓. ผลต่อพฤติกรรมความก้าวร้าว ผลต่อความก้าวร้าวมีความซับซ้อนผู้ที่เสพแอมเฟตามีน มักจะมีความก้าวร้าวชนิดระเบิดทันทีในช่วงสั้นๆ ความก้าวร้าวนี้ดูเหมือนจะสัมพันธ์กับขนาดปริมาณที่เสพ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นอาจมากจนถึงขั้นเป็นฆาตกรเนื่องอาการประสาทหลอน และหวาดระแวง และบางรายอาจฆ่าคนในครอบครัว

๔. ภาวะเฉียบพลันจากแอมเฟตามีน (Acute Amphetamine intoxication) ภาวะนี้เกิดจากการใช้แอมเฟตามีนเกินขนาด ทั้งในกลุ่มที่เสพในลักษณะที่ใช้ในทางที่ผิด และกลุ่มที่เสพติดอยู่แล้วจะเสพเพิ่มจนเกินขนาด บางรายอาจรับประทานโดยไม่รู้ตัว เนื่องจากมีผู้อื่นผสมในน้ำดื่มหรืออาหารเพื่อจุดประสงค์ต่างๆ กัน อาจพบการเสพเกินขนาดเป็นการประชดครอบครัว

ผลในระยะยาว ภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบร่วมกับการเสพแอมเฟตามีน (Chronic Effect Chronic Amphetamine use disorder) (วิโรจน์ วีรชัย, ๒๕๔๘)

ถ้าหากใช้ยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน แอมเฟตามีนจะทำลายประสาทสมอง ทำให้สมองเสื่อม เกิดความผิดปกติทางจิต เช่น ซึมเศร้า กังวล เลื่อนลอย หรือเป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวง ประสาทหลอนและอาจก่อความรุนแรง หรืออาชญากรรมได้ ร่างกายจะทรุดโทรม การควบคุมทางกล้ามเนื้อ และระบบประสาทบกพร่อง ร่างกายอ่อนแอ ซุปซิด เนื่องจากขาดอาหารและขาดการพักผ่อน พิษยาจะทำลายอวัยวะต่างๆ ให้เสื่อมลง ทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย เช่น โรคติดเชื้อ และในบางครั้งผู้เสพอาจทำงานหนักเกินไปหรือไม่ได้พักผ่อนร่างกายรับไม่ไหวเกิดบาดเจ็บและทุพลภาพได้

หลังจากการหยุดยาแอมเฟตามีน จนเลิกได้ (Roadmap of Recovery) แบ่งเป็น ๔ ระยะ ดังนี้

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

๒. ระยะหยุดเสพช่วงแรก (Early Abstinence or Honeymoon Stage) ถัดจากระยะแรก จนถึง ๔๕ วัน ยังมีอาการเครียด อ่อนเพลียอยู่บ้าง การนอนหลับและอารมณ์ยังมีการแปรปรวนและจะค่อยๆ กลับมาเข้าสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยหลายรายเกิดความเชื่อมั่นเกิน (Overconfidence) เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกเสพได้ง่ายดาย และเลิกได้แน่นอน ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาเรื่องสมาธิ และความจำ อารมณ์มีการแปรปรวน (Mood Swings) บางรายจะมีอาการซึมเศร้า และกระวนกระวายซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลา และขนาดของยาบ้าที่เสพ

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

๔. ระยะปรับสู่ปกติ (Adjustment/Resolution Swings) เป็นระยะปรับตัวทางความคิด พฤติกรรมและสังคม ผู้ป่วยรู้สึกถึงความถูกต้อง เกิดความสบาย ยังขาดเป้าหมายของชีวิตอาจมีความเบื่อหน่ายและมีปัญหาในสถานะหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น การจัดสมดุลของชีวิต ในระยะนี้จึงมีความสำคัญที่จะทำให้การเลิกยายั่งยืนและไม่กลับไปติดซ้ำอีก

การบำบัดรักษาผู้ป่วยแอมเฟตามีน (Amphetamine) (มานโซ หล่อตระกูล, ๒๕๔๔)

การรักษาผู้ป่วยติดแอมเฟตามีน (amphetamine dependence)

เป้าหมายหลัก ๓ ประการ ได้แก่

๑. ช่วยให้ผู้ป่วยหยุดใช้โดยไม่มีภาวะถอนพิษยาที่รุนแรง การช่วยให้ผู้ป่วยหยุดใช้แอมเฟตามีน อาจทำได้โดยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาการเสพติดและผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมถึงการแยกผู้ป่วยออกจากสิ่งแวดล้อมเดิมซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดใช้ได้ เช่น การรับไว้ในสถานพยาบาล สำหรับการแก้ไขภาวะถอนพิษยานั้น พบว่าภาวะถอนพิษยาในผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนมักไม่รุนแรงมาก อาจใช้การรักษาตามอาการ เช่น ยาที่ช่วยในการนอนหลับ ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาถอนไม่หลับ เป็นต้น อาการซึมเศร้าที่เกิดในช่วงภาวะถอนพิษยามักหายได้เอง ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาแก้ซึมเศร้า

๒. การรักษาอาการโรคจิต (toxic psychosis) กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของ toxic psychosis ควรใช้ยารักษาโรคจิต เช่น ให้กิน haloperidol ขนาด ๕-๑๐ มก./วัน ร่วมกับ artane หรือ cogentin ขนาด ๒-๔ มก./วัน กรณีที่ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการให้ยาอาจฉีด haloperidol ๕ มก.เข้ากล้ามเนื้อ ร่วมกับการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

๓. การช่วยให้ผู้ป่วยหยุดใช้แอมเฟตามีนได้ระยะยาว การช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับไปใช้แอมเฟตามีนซ้ำอีกนั้น เป็นส่วนสำคัญ ซึ่งผู้รักษาจะต้องใช้เทคนิคต่างๆ ในการทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะหยุดใช้ ยาเสพติด เรียนรู้วิธีต่อสู้กับความอยากเสพ ปรับชีวิตประจำวันใหม่ ในลักษณะซึ่งหลีกเลี่ยงต่อสิ่ง กระตุ้นให้เกิดความอยากเสพ และใช้การตรวจปัสสาวะเพื่อประเมินผลการรักษา นอกจากนี้การให้ ความรู้แก่ครอบครัว และแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยติดแอมเฟตามีน จัดเป็นส่วนที่มีความสำคัญต่อ ผลการรักษา โดยการช่วยเหลือผู้ป่วยดังกล่าวควรทำโดยผู้รักษาที่มีความรู้ที่มีความรู้พื้นฐานด้านเสพติด และชำนาญในเทคนิคการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติด

ในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีน เมื่อหยุดเสพภาวะถอนพิษยาจะมีมากน้อยแตกต่างกันไป แต่ ส่วนใหญ่อาการทางร่างกายไม่รุนแรงนัก เช่น มีอาการอยู่ไม่เป็นสุข หงุดหงิด กระวนกระวาย อาการ ออยากยา (Craving symptoms) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากจะใช้สารเสพติด ซึ่งอาจ เกิดขึ้นในช่วงใดของการหยุดยาก็ได้ โดยทั่วไปมักมีอาการอยากมากในระยะแรกๆ ของการหยุดยา แม้แต่ในขณะที่ยังเสพยาไป ผู้ป่วยก็อาจมีอาการอยากยาเกิดขึ้น โดยที่ยังไม่มีภาวะถอนพิษยาเลยก็ได้ อาการอยากยาในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีน ทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดซ้ำอีก

การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีน (Management of MA Withdrawal) มีหลัก ปฏิบัติในการบำบัดรักษาหลายประการ คือ

- การรักษาผู้เสพติดแอมเฟตามีน ควรจะให้หยุดยาทันที โดยไม่ต้องค่อยๆ ลดยา ภาวะถอน พิษยาไม่เป็นอันตรายรุนแรง

- ถ้าเสพสารเสพติดอื่นๆ ด้วย เช่น กัญชา สุรา ยานอนหลับ ต้องหยุดพร้อมกันหมดเนื่องจาก เมื่อหยุดยาแอมเฟตามีน แม้จะไม่มีอาการรุนแรงที่เป็นอันตราย เช่นเดียวกับการหยุดเหล้าหรือ บาร์บิทูเรต แต่การให้ยารักษาอาการต่างๆ ระยะหยุดเสพก็ยังคงมีความสำคัญในบางราย

การรักษาจะต้องเน้นในแบบประคับประคอง โดยจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

๑. ทำให้ปัสสาวะเป็นกรด เพราะแอมเฟตามีน/เมทแอมเฟตามีนจะถูกขับออกทางปัสสาวะ และจะถูกขับออกได้ดีในภาวะปัสสาวะเป็นกรด โดยให้วิตามินซี ๑ กรัม ทุก ๖ ชั่วโมง ติดต่อกันเป็น เวลา ๕ วัน

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

๓. การหมดแรง หลับมาก หลังจากเสพหนัก (Crash) มักพบหลังแอมเฟตามีนหมดฤทธิ์ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่สนใจสิ่งรอบตัว จะเป็นอยู่นาน ๑๒-๙๖

ชั่วโมง อาจหลับอยู่เป็นวันๆ (Hypersomnolence) การดูแลผู้ป่วยควรระวัง ต้องให้น้ำและอาหาร ผู้ป่วยตามสมควร แต่อย่าให้ยาที่มีฤทธิ์ง่วงนอน การให้ยาทำให้ง่วง ทั้ง Benzodiazepines และ Antipsychotic Drugs ในระยะนี้ต้องระวังอย่างยิ่งเพราะอาจเกิดการหายใจได้ ผู้ป่วยที่หลับมาก ในขณะนี้ การปลุกผู้ป่วยต้องดูให้เหมาะสม การปลุกผู้ป่วยบ่อยครั้งเกินไปก็อาจเป็นการรบกวน เพราะระยะนี้ถ้าผู้ป่วยหลับก็จะสงบได้ การปลุกผู้ป่วยบ่อยเกินไปจะทำให้หงุดหงิด จนถึงมีอาการเอะอะหรือ อาละวาดได้

๔. อาการซึมเศร้า (Depression) มักพบหลังหยุดเสพ ๓-๔ วัน ในรายที่มีอาการซึมเศร้าควร ให้ยาต้านซึมเศร้า โดยเฉพาะกลุ่มที่ออกฤทธิ์ทั้ง Dopamine และ Serotonin หรือ กลุ่ม Selective serotonin receptor inhibitors (SSRI) ซึ่งจะช่วยเพิ่ม Serotonin ในสมองช่วยไม่ให้เกิดฆ่าตัวตายได้ การบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพแอมเฟตามีน (Amphetamine Dependence Treatment) เดิม ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ให้ความสำคัญกับการรักษาภาวะถอนพิษยา (Detoxification) โดยนับเป็นขั้นตอนสำคัญของการบำบัดรักษาการเสพติด เพราะเห็นว่าผู้ป่วยหยุดเสพแล้วมีอาการ ทางกายมากและต้องอาศัยแพทย์ในการสั่งใช้ยารักษา แล้วไปเรียกการรักษาการติดยาจริงๆ ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ปัจจุบันเป็นที่เข้าใจและยอมรับว่า การติดยาเป็นโรคของสมองที่มีพฤติกรรมผิดปกติ ดังนั้นการรักษาให้เลิกเสพติดจึงเป็นการฝึกควบคุมอารมณ์ ความคิด และพัฒนา พฤติกรรมให้เป็นปกติและมีความสมดุลในการดำเนินชีวิตต่อไป

ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีน แบ่งเป็น ๔ ขั้นตอน คือ

๑. **ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission)** เป็นการศึกษาประวัติและภูมิหลังผู้ป่วย เสพติดทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว เพื่อให้คำแนะนำและเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความ ตั้งใจในการบำบัดด้วยการสัมภาษณ์ ลงทะเบียน รวมทั้งการตรวจทางการแพทย์ เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต เอกซเรย์ ตรวจเลือดและปัสสาวะ เป็นต้น

๒. **ขั้นถอนพิษยา (Detoxification)** เป็นการรักษาอาการทางกาย ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด ด้วยการบำบัดด้วยยา แพทย์จะพิจารณาให้ยาตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย การบำบัดในขั้นตอนนี้ แบ่งเป็น ๒ รูปแบบ คือ

๒.๑ การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยไม่ต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาล แต่ต้องมารับยา ตามที่แพทย์กำหนด ทีมสหวิชาชีพ อาทิ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ บำบัดด้านจิตใจด้วยกิจกรรมกลุ่มบำบัด

๒.๒ การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาลโดยให้การบำบัดด้วย การถอนพิษยาเสพติดร่วมกับการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งให้ความรู้ร่วมกับกิจกรรมบำบัด โดยทีม สหสาขาวิชาชีพ อาทิ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และ นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

๓. **ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)** เป็นกระบวนการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของ ผู้ป่วยให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้สามารถกลับสู่สังคมได้ โดยทีมนัก บำบัด กิจกรรมบำบัดที่ใช้กับผู้ป่วยตามแนวคิดของ FAST Model ได้แก่ การนำครอบครัวเข้ามามี ส่วนร่วมในการบำบัดรักษา (family) การมีกิจกรรมทางเลือก ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้

เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ (alternative activity treatment) การเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยเทคนิคช่วยเพื่อช่วยตนเอง (self-help) และการนำแนวความคิดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ "ชุมชนบำบัด" (therapeutics community) ซึ่งเป็นการสร้างชุมชนหรือสังคมจำลองให้ผู้ป่วยมาอยู่ร่วมกันเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยเหลือกันและกัน ฝึกความรับผิดชอบเรียนรู้ตนเอง และเรียนรู้การแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล เพื่อกลับไปมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ ร่วมกับการให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เน้นทนาการและการฝึกอาชีพ เป็นต้น

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

เป็นกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดสามารถกลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็งและมั่นคง

องค์ประกอบของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

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

๑.๑ การให้ความรู้ครอบครัว (Family Education) ในเรื่องต่างๆ ได้แก่

(๑) ครอบครัวคืออะไร ลักษณะของครอบครัว ภารกิจของครอบครัว การทำหน้าที่ครอบครัว ทั้ง ๖ ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การควบคุมพฤติกรรม การทำบทบาทหน้าที่ของตนเอง ความผูกพันทางอารมณ์ การเป็นที่พึ่งทางใจ และการสื่อสารภายในครอบครัว

(๒) ความรู้เรื่องยาเสพติด สมอติดยา ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ระเบียบปฏิบัติ การเสพติดซ้ำ ธรรมชาติของวัยรุ่นและการอยู่ร่วมกับวัยรุ่น 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 ชมรมที่ฉันชอบ ได้แก่ ชมรมกีฬา หัตถศิลป์ การอาหาร ตัดผม เป็นต้น

๒.๒ ฝึกการคลายความเครียด ได้แก่ การฝึกสมาธิ กลุ่มสัมพันธ์ เป็นต้น

๒.๓ การบำบัดด้วยยา (เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทางกาย)

๒.๔ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

๒.๕ อาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ อาสาป้องกันยาเสพติด

๒.๖ กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต

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

๓.๑ การบันทึกประจำวัน เป็นการสร้างนิสัยใหม่ด้วยการเขียนความรู้สึกส่วนตัวในบันทึกที่จัดให้ เพื่อทบทวนตัวเองว่าในแต่ละวันทำอะไรดี-ไม่ดีบ้าง ควรปรับปรุง และได้เรียนรู้อะไรในแต่ละวันที่ผ่านมา

๓.๒ การสำรวจตนเอง เป็นการสำรวจตนเองเพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ เข้าใจและยอมรับตนเอง รวมถึงสามารถประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง

๓.๓ การตั้งเป้าหมายในชีวิต เป็นการฝึกทักษะการสร้างเป้าหมาย และกำหนดแนวทางที่จะนำตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

๓.๔ ทักษะการปฏิเสธ เป็นการฝึกทักษะการปฏิเสธในสถานการณ์ฉุกเฉินตามหลักการที่ถูกต้อง เช่น เมื่อผู้ป่วยถูกชักชวนให้ไปใช้ยาเสพติด เป็นต้น

๓.๕ ทักษะการควบคุมตนเอง เป็นการฝึกทักษะการรับรู้และบอกอารมณ์ความรู้สึกของตนเองแก่ผู้อื่นได้ และฝึกควบคุมอารมณ์ตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์

๓.๖ ทักษะการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์และเตือนตนเอง รวมถึงฝึกการให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น

๓.๗ ทักษะการแก้ปัญหา เป็นการฝึกการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ

๓.๘ ทักษะการสื่อสาร เป็นการฝึกให้รู้จักสื่อความรู้สึกนึกคิดของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจด้วยภาษาพูด ท่าทาง และไวยากรณ์รับรู้ความรู้สึกของคนอื่นอย่างถูกต้อง

๓.๙ การสร้างวินัยให้ตนเอง เป็นการฝึกระเบียบวินัยเมื่ออยู่เป็นหมู่คณะ

๔. กระบวนการชุมชนบำบัด (T: Therapeutic Community) เป็นกระบวนการในการบำบัดรักษาในขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล จากแนวคิดการช่วยเหลือตนเองมาเป็นการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ในสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่น ปลอดภัย โดยแต่ละคนเป็นเสมือนสมาชิกใน ครอบครัวเดียวกัน ประกอบด้วย ๓ กิจกรรมหลัก ได้แก่

๔.๑ กลุ่มบำบัด (Group Therapy) ผู้บำบัดจะจัดให้มีกิจกรรม ดังนี้

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

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

๔.๓ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Re-Shape Behavior) เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองได้ด้วย การลงโทษและการให้รางวัล

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

ชนิดของเครื่องมือบ้าน

การแบ่งชนิดของเครื่องมือของบ้านจะแบ่งตามระดับเบาไปหนัก โดยพิจารณาจากกฎระเบียบหลัก กฎระเบียบรอง พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เจตนาและเหตุผลของผู้กระทำข้อบกพร่อง

๑. การพูดคุยตักเตือน (Talking To) เป็นการพูดคุยตักเตือนบอกข้อบกพร่องและให้คำแนะนำแนวทางการแก้ไข

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) เป็นวิธีการที่ให้สมาชิกได้ใช้เวลาหนึ่งคิดทบทวนพฤติกรรมหรือความคิดของตนเองว่าผิดหรือถูกและควรแก้ไขอย่างไร

๖. การทำงานใช้ความคิด (Shot Down) เป็นวิธีการให้การช่วยเหลือสมาชิกที่มีพฤติกรรมไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นการให้สมาชิกได้เรียนรู้ใช้เวลาคิดทบทวนพฤติกรรมของตนเอง รู้จักสำนึกผิดและแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสม

๗. การประชุมทั้งบ้าน (House Meeting) เป็นวิธีการในการช่วยเหลือสมาชิกที่กระทำผิดรุนแรง ให้ได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับ เพื่อให้ผู้กระทำผิดได้เปลี่ยนแปลงแก้ไขตนเองและแก้ไขปัญหาในทางที่ถูกต้องโดยมีสมาชิกทั้งหมดในบ้านและนักบำบัดทั้งหมดเป็นผู้ให้คำแนะนำ

๔.๓.๒ การให้รางวัล เช่น การเลื่อนให้เป็นหัวหน้าทีมงาน ตามตำแหน่งโครงสร้างของชุมชนบำบัด การคัดเลือกให้เป็นสมาชิกดีเด่นประจำเดือน การชมเชย การอนุญาตให้สวมเครื่องประดับ การให้ร้องขอ การลาเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

การจัดการกับสมาชิกในชุมชนบำบัดให้ดำเนินไปได้ด้วยดี ชุมชนมีความจำเป็นต้องมีเครื่องมือของบ้าน (Tools of the House) เป็นหัวใจสำคัญ ที่จะใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทัศนคติ ตลอดจนการพัฒนาทางอารมณ์และจิตใจ ส่งเสริมความสามารถของบุคคลทั้งในการทำงาน การแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง การยอมรับ การเข้าใจตนเอง การปรับตัวในอยู่ร่วมกัน เพื่อให้เขาสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพสิทธิผู้ป่วย/เสมอภาค/

เท่าเทียม มีคุณธรรม จริยธรรม มีความยุติธรรม ตัดสินตรงไปตรงมา และมีความเป็นแบบอย่างที่ดี (Role model)

๔. ขั้นติดตามหลังรักษา (after-care) เป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาครบทั้ง ๓ ขั้นตอน ด้วยการให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเสถียรซ้ำ ดำเนินการโดยการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ หรือนัดให้มาพบ ณ สถานบำบัด ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ติดตามจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติที่ใกล้ชิดร่วมกับการตรวจปีสภาวะของผู้ป่วย เพื่อหาสารเสถียรประเมินพฤติกรรมเสี่ยงเมื่อพบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงผู้บำบัดจะให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่พบ หากพบผู้ป่วยกลับไปเสถียรซ้ำจะใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาโดยเร็ว มีการติดตาม ๗ ครั้งใน ๑ ปีหลังจำหน่าย (๒ สัปดาห์/๑ เดือน/๒ เดือน/๓ เดือน/๖ เดือน/๙ เดือน/๑๒ เดือน)

โรคจิตเภท (Schizophrenia)

ความหมายของโรคจิตเภท

สมภพ เรื่องตระกูล (๒๕๔๘) ได้ให้ความหมายของ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมในระยะเวลายาวอย่างน้อย ๖ เดือน โดยผู้ที่มีอาการจะต้องไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษของยาหรือการเสพสารเสถียร

ลักษณะอาการของโรคจิตเภท

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันหรือ DSM-IV-TR (APA, ๒๐๐๐) มีเกณฑ์ในการระบุลักษณะอาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพื่อการวินิจฉัยการเป็นโรคจิตเภท ดังต่อไปนี้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, ๒๕๕๔)

กลุ่มอาการทางด้านบวก (positive symptoms) ซึ่งมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

๑. อาการหลงผิด ซึ่งอาการหลงผิดที่พบได้บ่อยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ คิดว่าตนเองมีคนคอยปองร้าย (delusion of persecution) และคิดว่ามีคนอื่นพูดเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับตนเอง (delusion of reference)

๒. อาการประสาทหลอน พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการประสาทหลอนจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ที่พบบ่อย คือ อาการหูแว่ว เสียงแว่วที่ได้ยินมักจะเป็นเสียงคำพูด เช่น หูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูดว่าร้ายหรือสบประมาทตนเอง หรือการพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง

๓. ความผิดปกติของคำพูด พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีปัญหาทางด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ได้ ทำให้คำพูดไม่ต่อเนื่อง เป็นเรื่องราว เนื้อหาคำพูดไม่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน หรือบางคนพูดไม่รู้เรื่องเลย

๔. ความผิดปกติของพฤติกรรม พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีพฤติกรรมวุ่นวายพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย ไม่ใส่ใจตนเอง บางรายมีการแต่งกายที่ไม่เหมาะสม สกปรก บางรายมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมร่วมด้วย

กลุ่มอาการทางด้านลบ (negative symptoms) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. อารมณ์เฉยเมย (effective flattening) ซึ่งจะสังเกตได้จากสีหน้าของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะเรียบเฉย ไม่มีการแสดงของอารมณ์ ไม่มีการมองสบตาหรือการแสดงกิริยาท่าทางต่างๆ
๒. พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) แสดงออกโดยการตอบคำถามแบบสั้นๆ โดยใช้คำพูดน้อย หรือไม่สนใจที่จะตอบคำถาม
๓. ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition) ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะไม่สามารถริเริ่มใน การทำกิจกรรมทุกชนิด โดยจะนั่งอยู่เฉยๆ ในระยะเวลาหลายๆ และไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในกิจกรรม ต่างๆ

สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท

มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านจิตสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคจิตเภทได้ การเกิดโรคจิตเภทสามารถอธิบายผ่านรูปแบบของ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ดังนี้ (ภัทรภรณ์ พุงคำปิ่น, ๒๕๖๐)

๑. ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors)

๑) ยีนส์ หรือพันธุกรรม จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภท พบว่า การถ่ายทอดทางพันธุกรรมระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับญาติสายตรงมีผลทำให้บุคคลนั้นมีความพร่องหรือ จุดอ่อนในยีนส์ และโอกาสการเกิดโรคมามากถึงร้อยละ ๘-๕๐ เมื่อเทียบกับคนทั่วไป ยิ่งมีความสัมพันธ์ ทางสายเลือดใกล้ชิดมากยิ่งมีโอกาสสูงขึ้น นอกจากนี้ คู่แฝดเหมือน ประมาณร้อยละ ๔๐ ก็เป็นโรค ตามคู่ด้วย

๒) สารสื่อประสาทในสมอง เชื่อว่า สารสื่อประสาทที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคจิตเภท คือ โดปามีน (dopamine) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซีโรโทนิน (serotonin) และ แกมมา อะมิ โนบูไทริกแอซิด หรือกาบา (gamma-aminobutyric acid; GABA) โดยพบว่าโดปามีน นอร์อิพิเนฟริน และซีโรโทนินทำงานมากเกินไป

๓) ฮอร์โมน มีการศึกษาพบว่าระดับฮอร์โมนทางเพศ ได้แก่ เอสโตรเจน เทสโตสเตอโรน และโพรเจสเตอโรน ในผู้ป่วยจิตเภทมีระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติทั่วไป

๔) ภูมิคุ้มกัน มีการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดโรคจิตเภทที่สูงขึ้นในผู้ที่มีการตรวจพบใน โรงพยาบาลจากการติดเชื้อในวัยทารกในช่วงสามปีแรกของชีวิต

๕) ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ของมารดา มีการศึกษาพบว่า การป่วยเป็นเบาหวาน การเสียเลือดมากในขณะคลอด การติดเชื้อของมารดา มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภทในบุตรได้

๒. ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors)

๑) การถูกกดขี่ข่มเหงในวัยเด็ก (child abuse) หรือการได้รับความกระทบกระเทือน จิตใจในวัยเด็ก (childhood trauma)

๒) การใช้สารเสพติด โดยพบว่า พิษกระท่อมที่นำมาใช้ในกลุ่มวัยรุ่น ทำให้มีความเสี่ยงใน การเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ ๔๐

๓) การสูบบุหรี่ เชื่อว่า บุหรี่และสารเสพติดตัวอื่นเมื่อใช้ร่วมกันมีผลต่อการควบคุมของ ระบบการหลั่งสารโดปามีน และโคลิเนจิก ซึ่งมีผลต่อการเกิดพยาธิสภาพในผู้ป่วยจิตเภท

๔) ความสามารถทางเชาว์ปัญญา และการรู้คิด พบความสัมพันธ์ของการเกิดโรคจิตเภท แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าเป็นไปในทิศทางใด

๓. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors) พบว่า ความเครียดจากสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพัฒนาการเกิดโรค

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ปัจจัยด้านชีวภาพ ชีวเคมีในสมอง ด้านจิตสังคม และสิ่งแวดล้อม สภาพสังคม เศรษฐกิจ ครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคล การเลี้ยงดูที่ได้รับ การกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ การใช้สารเสพติด การอยู่ในสังคมที่วุ่นวาย การเผชิญความเครียด สิ่งต่างๆ เหล่านี้นำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตได้ หรือเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคได้

ดังนั้น สรุปได้ว่า ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท ประกอบด้วย ๑) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ๒) ปัจจัยด้านจิตสังคม และ ๓) ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งพบว่า ปัจจัยทั้ง ๓ ปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์กันที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

การจำแนกโรคจิตเภท

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันหรือ DSM-IV-TR (APA, ๒๐๐๐) ได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น ๕ ประเภท ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, ๒๕๔๘)

๑. ประเภทหวาดระแวง (paranoid) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอนเป็นอาการนำ อาการหลงผิดที่พบ ได้แก่ หลงผิดคิดว่ามีคนอื่นให้ร้ายหรือกล่าวร้ายตนเองหรือมีการพาดพิงถึงตนเอง หรือมีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นผู้ยิ่งใหญ่มีอำนาจเหนือผู้อื่น อาการประสาทหลอน มักพบอาการหูแว่ว ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะได้ยินเสียงที่คนอื่นว่ากล่าว หรือให้ร้ายตนเอง หรือการที่มีเสียงสั่งให้ทำในสิ่งต่างๆ เช่น สั่งให้กระโดดน้ำ เสียงสั่งให้ไปฆ่าคนอื่น เป็นต้น ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประเภทนี้จะไม่มีอาการทางด้านอารมณ์ที่เด่นชัด (negative symptoms)

๒. ประเภทวุ่นสับสน (disorganized) ซึ่งเรียกอีกอย่างเป็น Hebephrenic อาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประเภทที่พบคือ มีคำพูดสับสน มีพฤติกรรมที่ไร้ความหมาย และมีพฤติกรรมสับสนวุ่นวาย มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการแสดงออกของอารมณ์ รวบรวมไม่เหมาะสม

๓. ประเภทพฤติกรรมคงรูป (catatonic) ลักษณะของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประเภทนี้จะมี ๒ ใน ๕ อาการ ดังต่อไปนี้

- ๑) อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ โดยไม่เปลี่ยนแปลง
- ๒) มีการเคลื่อนไหวโดยไร้จุดหมายมากเกินไป
- ๓) เงียบเฉย ไม่พูด หรือต่อต้านคำพูดและคำแนะนำของคนอื่น
- ๔) มีอาการ เคลื่อนไหวแปลกๆ อยู่ในรูปแบบเดิมซ้ำๆ กัน
- ๕) พูดตามคนอื่น (echolalia) หรือทำตามอย่างผู้อื่น (echopraxia)

๔. ประเภทจำแนกไม่ได้ (undifferentiated) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประเภทนี้จะมีอาการอย่างน้อย ๒ อาการ ดังนี้

- ๑) มีอาการประสาทหลอน

- ๒) มีอาการหลงผิด
- ๓) มีอาการพูดสับสน
- ๔) มีพฤติกรรมสับสนหรือมีพฤติกรรมซ้ำๆ หรืออยู่ในท่าเดิมนานๆ
- ๕) มีอารมณ์ราบเรียบ เฉยเมย (negative symptom) เนื้อหาของความคิดน้อย อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ไม่มีสมาธิ และไม่สามารถมีความสุขในชีวิตได้

๕. ประเภทอาการหลงเหลือหลังเจ็บป่วย (residual) ซึ่งพบได้ในผู้ที่เคยเป็นโรคจิตเภทที่เคยมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมาแล้วครั้งหนึ่ง ซึ่งการเจ็บป่วยในครั้งใหม่จะไม่มีอาการประสาทหลอนหรืออาการหลงผิด รวมถึงพฤติกรรมไม่สับสน แต่จะมีอาการทางลบเป็นอาการนำทำให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทไม่สามารถทำงานได้

การวินิจฉัยแยกโรค

มาโนช หล่อตระกูล (๒๕๕๐) ได้เสนอแนวทางการวินิจฉัยแยกโรคจิตเภท ดังต่อไปนี้

๑. โรคจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (Secondary and substance-induced psychotic disorders) อาการที่พบ ได้แก่ อาการเพ้อ สับสน (delirium) จะมีอาการภายหลังหยุดดื่มสุรา ๔๘ ชั่วโมง ร่วมกับมีอาการอาการคลุ้มคลั่ง อาเจียน ตื่นตื้นอยู่นิ่งไม่ได้ มีประสาทหลอนทางตาหรือหู เสียงที่ได้ยินอาจเป็นเสียงคนพูดหรือเป็นเสียงคล้ายแมลงดังในหู บางครั้งมีการพูดโต้ตอบกัน ทำให้พบว่าผู้ป่วยพูดคนเดียว ร่วมกับมีอาการสับสน งุนงง กระสับกระส่าย พูดเพ้อเจ้อไม่ปะติดปะต่อกัน

๒. ความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorders) พบได้ในบุคคลมีอารมณ์ดีมากกว่าปกติ (mania) หรือภาวะซึมเศร้า (depression) ซึ่งแยกจากโรคจิตเภทได้ยาก ความผิดปกติทางด้านอารมณ์กับโรคอารมณ์แปรปรวน (affective disorder) จะมีพฤติกรรมที่แสดงออกได้ ๓ ลักษณะคือ อารมณ์เปลี่ยนจากเดิมเป็นอารมณ์เศร้า หรือมีการเปลี่ยนอารมณ์จากเดิมเป็นสนุกสนาน ร่าเริง หรือมีทั้งอารมณ์เศร้าและอารมณ์สนุกสนานร่าเริงสลับกันไป

๓. โรคหลงผิด (delusional disorder) ลักษณะของอาการหลงผิด พบว่าเนื้อหาของความหลงผิดจะเกี่ยวโยงกันเป็นเรื่องราว และโดยทั่วๆ ไปผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเสื่อมมากกว่า

๔. โรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (Personality disorder) บางชนิด โดยเฉพาะใน ชนิด A (cluster A) จะมีความคิดที่บางครั้งฟังแล้วแปลก ไม่ค่อยเข้าสังคม มีพฤติกรรมระแวง ขี้สงสัย ไม่เชื่อใจผู้อื่น รวมถึงมีพฤติกรรมที่ระมัดระวังตัวอย่างมาก ซึ่งคล้ายกับระยะอาการหลงเหลือในโรคจิตเภท แต่แยกโรคโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยมีอาการของโรคจิตเภทในระยะกำเริบ

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) มีดังนี้ (ถนอมพงษ์ เสถียรลักษณ์, ๒๕๕๙)

A. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ ๒ อาการขึ้นไป นาน ๑ เดือน โดยต้องมีอาการในข้อ ๑-๓ อย่างน้อย ๑ อาการ

๑. อาการหลงผิด
 ๒. อาการประสาทหลอน
 ๓. การพูดจาสับสน เนื่องจากไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นระบบได้ เช่น ตอบไม่ตรง คำถาม
 ๔. พฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิมมากหรือมีพฤติกรรมแบบ catatonic
 ๕. อาการด้านลบ เช่น หน้าตาเฉยเมย พูดน้อย แยกตัวจากสังคม
- B. ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตในสังคม
- C. มีอาการโรคจิตต่อเนื่องกันนาน ๖ เดือนขึ้นไป โดยอย่างน้อยต้องมีช่วงที่มีอาการตรงตามเกณฑ์ข้อ A อย่างน้อย ๑ เดือน
- D. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยาหรือสารเสพติด

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน หรือ DSM-IV-TR (APA, ๒๐๐๐) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, ๒๕๔๘)

๑. ลักษณะอาการจำเพาะ มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย ๒ ข้อขึ้นไป โดยมีแต่ละอาการอยู่นานพอสมควรในช่วงเวลา ๑ เดือน (หรือน้อยกว่านี้ หากรักษาได้ผล)

๑.๑ อาการหลงผิดซึ่งจะแสดงให้เห็นด้วยการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความเชื่อที่ผิด โดยไม่เป็นจริง ได้แก่ หลงผิดคิดว่ามีคนจะทำร้าย หลงผิดคิดว่าคนอื่นว่าร้ายหรืออันตรายตนเอง หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ หรือหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นคนที่มีความเหนือธรรมชาติ เป็นต้น

๑.๒ อาการประสาทหลอนเป็นอาการที่เกิดการจากรับรู้ผิด ซึ่งสามารถเกิดได้ทั้งประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และการสัมผัส เช่น ได้ยินเสียงที่คนอื่นไม่ได้ยิน เห็นภาพที่คนอื่นมองไม่เห็น ได้กลิ่นเหม็นในขณะที่คนอื่นไม่ได้กลิ่น หรือการรับรู้รสชาติอาหารที่ผิดปกติ เป็นต้น

๑.๓ มีอาการของความผิดปกติทางการพูด (disorganized speech) เป็นลักษณะการพูดจาสับสน พูดคนเดียวเป็นเรื่องเป็นราวในขณะที่คนอื่น ๆ ฟังไม่เข้าใจ เนื้อหาสาระของเรื่องที่พูด จับใจความไม่ได้ รวมถึงการสร้างคำขึ้นมาเองภาษาที่พูดเป็นภาษาที่คนอื่นฟังแล้วไม่เข้าใจ เป็นต้น

๑.๔ มีพฤติกรรมแปลกๆ ทำอะไรต่างจากคนอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นในลักษณะแบบว่าวุ่น สับสน (disorganized) หรือมีพฤติกรรมที่มีการเคลื่อนไหวแบบคงรูปเดิม (catatonic) อย่างเห็นได้ชัด

๑.๕ อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) หรือขาดความกระตือรือร้น (avolition)

๒. มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงานเสื่อม มีความบกพร่องในการทำงานระยะอาการกำเริบ ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย กิจกรรมด้านสำคัญๆ บกพร่องลงจากระดับเดิมก่อนการเจ็บป่วย อย่างชัดเจน อย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป เช่น การงานในหน้าที่รับผิดชอบ สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเองลดลง บางคนมีพฤติกรรมการแยกตัว ไม่สนใจตนเอง โดยมีปัญหานี้อยู่นานพอสมควร หากอาการเกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็กหรือวัยรุ่น จะทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีพัฒนาการไม่ถึงเป้าหมายตามวัย ในด้านของสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเรียน และผลการเรียนจะตกต่ำลง

๓. ระยะเวลามีอาการของความผิดปกติจะมีอยู่อย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย ๖ เดือน ซึ่งภายใน ๖ เดือน และอาการดังกล่าวจะเป็นอยู่นานอย่างน้อย ๑ เดือน หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล และอาจรวมถึงระยะที่มีอาการเริ่มต้นของโรค (prodromal symptoms) หรืออาการหลงเหลือ (residual symptoms) ด้วย ในระยะเริ่มต้นหรือระยะหลงเหลือ อาจมีอาการเพียงแค่อารมณ์ด้านลบ แต่อาการบางอย่างกว่า เช่น การมีความคิดแปลกๆ มีการรับรู้ที่ต่างไปจากปกติ (unusual perceptual experience)

๔. ไม่ใช่อาการจิตอาวมณ์ หรืออาการที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติด้านอาวมณ์ (Schizoaffective และ Mood Disorder) ซึ่งจะต้องแยกโรคจิตเภทชนิดสั้น (Schizoaffective) และโรคความผิดปกติทางอาวมณ์ (Mood Disorder) ที่มีอาการโรคจิต ช่วงเวลาที่มีอาการด้านอาวมณ์ โดยรวมทั้งหมดจะสั้นกว่า เมื่อเทียบกับระยะเวลาอาการโรคจิตกำเริบและระยะที่มีอาการโรคจิตหลงเหลือ

๕. ไม่ใช่อาการจากสารพิษที่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือยาตัวอื่น และไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารหรือโรคทางกาย รวมถึงอาการมีได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสารอื่นๆ เช่น สารเสพติด ยา หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งสามารถพิจารณาได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่อาการที่เกิดจากสารเคมีหรือยาที่มีผลต่อการรับรู้ หรือมีผลต่อระบบประสาท

๖. มีความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติด้านพัฒนาการ (Pervasive Developmental Disorder) ซึ่งหากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีประวัติของโรคออทิสติก (Autistic Disorder) หรือมีความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน (Pervasive Developmental Disorder) จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ต่อเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจน นานอย่างน้อยหนึ่งเดือน ถ้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล

ผลกระทบของโรคจิตเภท (เสาวนีย์ คงนิรันดร, ๒๕๕๙)

โรคจิตเภทจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับคืนสู่ความสามารถเดิมได้แม้อาการจะสงบ พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ ๔๐-๖๐ จะมีอาการรุนแรงที่จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของบุคลิกภาพ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทุกด้านของชีวิต และยังส่งผลต่ออาวมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยได้ ซึ่งเมื่ออาการทุเลาแล้วยังพบว่า ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางด้านอาวมณ์อีกด้วย เช่น ซึมเศร้า เครียด ซึ่งจะสรุปได้ว่าชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะ คือ ไม่มีเป้าหมาย ไม่ทำ การงานอยู่โรงพยาบาลบ่อย ยากจน และไม่มีที่อยู่อาศัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของโรคจิตเภทพบว่า โรคจิตเภทนั้นมีความรุนแรง มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังต้องใช้เวลารักษานานก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ดังนี้

๑. ผลกระทบต่อตนเอง โรคจิตเภทจะมีการดำเนินโรคที่ประกอบด้วย ระยะที่โรคค่อนข้างสงบ และระยะโรคกำเริบ ถ้าโรคกลับเป็นใหม่ ผู้ป่วยจะไม่สามารถกลับคืนสู่ความสามารถเดิมได้แม้โรคจะหายใหม่ก็ตาม ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเมื่อภายหลังหายแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาวมณ์เศร้า การเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความไวหรืออ่อนแอต่อความเครียดไปตลอดชีวิต การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้บุคลิกภาพเสื่อมอย่างช้าๆ โดยการเสื่อมจะทรงตัวอยู่ตลอดเวลา หลัง ๕ ปี อาการทางบวกจะรุนแรงลดลง แต่อาการทางลบจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะได้รับผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทุกด้านไปตลอดชีวิต

๒. ผลกระทบต่อครอบครัว โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน ทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้รับผลกระทบโดยตรงจากลักษณะการดำเนินโรคที่มีความรุนแรง และเรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ผลจากการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตเสื่อมลงเกิดผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแล ทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ หมตกำลังใจ ก่อให้เกิดการรับรู้การดูแลได้

๓. ผลกระทบต่อสังคมและชุมชน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อน โดยแสดงพฤติกรรมที่น่ารังเกียจไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายต่อสังคมได้ กล่าวได้ว่า โรคจิตเภทจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ต้องมีการดูแลรักษาไปตลอด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตที่ต้องการการดูแลในเรื่องของอารมณ์และจิตใจเป็นสิ่งสำคัญด้วย ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกตินั้นถือเป็นภาระที่หนัก ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งส่วนมากจะเป็นสมาชิกในครอบครัว

การดำเนินโรค

ลักษณะการดำเนินโรคสามารถแบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ดังต่อไปนี้

๑. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นเริ่มแยลง การเรียนหรือการทำงานเริ่มไม่ดี แยกตัวเก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัย หรือการแต่งกายทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการแต่งกายที่ไม่เหมาะสมหรือมีการแต่งกายที่สกปรก มีการหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งอาจมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิด มักเห็นว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเปลี่ยนไป ไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้จะไม่แน่นอน ซึ่งโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มมีความผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยแล้วจะใช้เวลานานประมาณ ๑ ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดี หากระยะนี้มีอาการเป็นอยู่นาน และผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการแยลงเรื่อยๆ (มาโนช หล่อตระกูล, ๒๕๔๘)

๒. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบมากขึ้น โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก การรักษาเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทที่ได้ผลดี คือการใช้ยา ซึ่งพบว่าแพทย์จะให้ยารับประทานต่อเนื่องกันอย่างน้อย ๖ เดือน บางรายอาจต้องรับประทานยาต่อไปอีกหลายปี เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ควรหยุดรับประทานยาเองโดยเด็ดขาด ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาจจะต้องคอยดูแลเรื่องการรับประทานยาให้สม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามยากี่ยังไม่สามารถรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้หายขาดได้ หรือไม่สามารรถรับประกันได้ว่าอาการของโรคจิตเภทจะกำเริบกลับมาเป็นใหม่อีก จากการศึกษา พบว่า ถ้าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องจะทำให้มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคและการกำเริบของโรคเกิดขึ้น คิดเป็นร้อยละ ๗๐ ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๕๓)

๓. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) มีอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอารมณ์ที่ราบเรียบ พุดน้อย แยกตัวเอง (flat affect) อาการประสาทหลอนหรือหลงผิดยังมีอยู่ เช่น มีความเชื่อแปลกๆ ฝันแนบ มีพฤติกรรมแปลกๆ แต่มีดีมีผลต่อผู้ป่วย

มากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ ๒๕ ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ในระยะอาการหลงเหลือ อาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่า บางรายจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบ ที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง นอกจากนี้ ยังมีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่ง ที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็นแค่ ๒-๓ ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) ซึ่งพบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ซึ่งการที่มีอาการกำเริบยังเป็นบ่อยครั้ง ก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง แต่อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า (มาโนช หล่อตระกูล, ๒๕๔๘)

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท (โรงพยาบาลสวนปรุง, ๒๕๕๑)

โรคจิตเภท เป็นความผิดปกติทางจิตที่มีความซับซ้อน การรักษาจึงจำเป็นต้องใช้หลายวิธี ร่วมกันกับการใช้ยาต้านโรคจิต การวางแผนการรักษาควรพิจารณาถึงปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งการรักษาผู้ป่วยจิตเภท สามารถแบ่งเป็นการรักษาทางชีวภาพ (Biological treatment) และการรักษาจิตสังคม (Psychosocial treatment)

๑. การรักษาทางชีวภาพ (Biological treatment)

การรักษาด้วยยา (Pharmacological treatment)

ยาด้านโรคจิตมีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในทุกขั้นตอนของการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเฉียบพลัน (Acute) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมอาการให้สงบโดยฤทธิ์ของยาจะทำให้อาการหรือพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้ป่วยดีขึ้น ป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองและผู้อื่น ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาจต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์ หลังจากมีอาการของโรคจิตสงบลงแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับยาด้านโรคจิตในขนาดหรือระยะเวลาที่ไม่เพียงพอมีโอกาสสูงที่จะกลับมาเป็นซ้ำอีก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภท ประกอบด้วยยาด้านโรคจิตชนิดรับประทาน ชนิดฉีดแบบออกฤทธิ์เนิ่น และยาอื่นที่ใช้ร่วม ได้แก่ ยานอนหลับ ยาป้องกันอาการข้างเคียง

๑. ยาด้านโรคจิตชนิดรับประทาน ได้แก่ คลอโพรมาซีน (Chlorpromazine), ไทโอริดาซีน (Thioridazine), ไตรฟลูโอเพอราซีน (Trifluoperazine), ฮาโลเพอริดอล (Haloperidol), คลอซาปีน (Clozapine), เพอเฟนนาซีน (Perphenazine), ริสเพอริโดน (Risperidone), ซิบพราซิโดน (Ziprazidone) , โอลันซาปีน (Olanzapine), เอริพิพราโซล (Aripiprazole)

๒. ยาด้านโรคจิตชนิดฉีดแบบออกฤทธิ์เนิ่น ได้แก่ ซูโคลเพนทิกซอลอะซิเตต (Zuclopenthixol acetate), ซูโคลเพนทิกซอล เดคคาโนเอต (Zuclopenthixol decanoate) ฟูเฟนนาซีนเดคคาโนเอต (Fluphenazine decanoate), ฟูเฟนทิกซอล เดคคาโนเอต (Flupenthixol decanoate) ฮาโลเพอริดอล เดคคาโนเอต (Haloperidol decanoate)

๓. ยาอื่นๆ ที่ใช้ร่วม ประกอบด้วย ยานอนหลับ ได้แก่ AMA ยาป้องกันอาการข้างเคียง ได้แก่ ยาไตรเฮกซีเฟนนิดิล (Trihexyphenidyl)

ผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิต (adverse effects) ยาต้านโรคจิตหลายชนิดก่อให้เกิดอาการผิดปกติบางอย่าง ดังต่อไปนี้

๑. ฤทธิ์ต้านโคลีเนอร์จิก (anticholinergic effect) ประกอบด้วยอาการปากคอแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ท้องอืด ปัสสาวะลำบาก บางรายอาจมีปัสสาวะคั่ง รูม่านตาขยาย และต่อหิน ผู้ป่วยที่ได้รับยา คลอซาพีน (clozapine) มักจะมีน้ำลายไหลยืดและกลืนปัสสาวะไม่ได้

๒. อาการเอกซ์ตราไพราไมด์ล (extrapyramidal effect) ประกอบด้วยอาการเหล่านี้คือ

ตารางที่ ๑ อาการเอกซ์ตราไพราไมด์ล (extrapyramidal effect) และการดูแลรักษา

ผลข้างเคียงหรืออาการที่พบ	การดูแลรักษา
<p>๑. อาการเอกซ์ตราไพราไมด์ล (Extrapyramidal effect) ประกอบด้วยอาการเหล่านี้คือ</p> <p>๑.๑ ดิสโทเนีย (dystonia) มักเกิดระหว่าง ๑ ชั่วโมง ถึง ๕ วัน หลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต อาการที่พบคือ คีระชะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ลำตัวแอ่น ตาค้าง และเหลือบขึ้นไปจนมองไม่เห็นตาดำ บางรายลิ้นโตยื่นคับปาก และสั่น</p> <p>๑.๒ อะคาทีเซีย (akathisia) มักเกิดภายใน ๕ ถึง ๔๐ วัน หลังใช้ยาในกลุ่มนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกตื่นเต้น กระวนกระวาย เดินไปมา ผุดลุกผุดนั่ง ขาสั่น ง่วงง่วน ซึ่งมีลักษณะคล้ายความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านโรคจิต จะต้องคำนึงถึงอะคาทีเซีย (akathisia) ไว้ด้วย</p> <p>๑.๓ พาร์กินสัน (Parkinson like syndromes) ประกอบด้วยมือสั่นขณะพัก กล้ามเนื้อเกร็ง ท่าเดินแบบซอยเท้า การเคลื่อนไหวช้า ไร้อารมณ์ น้ำลายไหล</p>	<p>๑. ลดขนาดของยาต้านโรคจิตลง หรือหยุดยาชั่วคราว</p> <p>๒. ฉีดเบนซีโทรปีน (benztropine) หรือโคเจนติน (cogentine) ๑-๒ mg i.m. หรือ ไดอะซีแพม (diazepam) ๑๐ mg. i.v. หรือ ไดเฟนไฮดรามีน (diphenhydramine) ๕๐ mg. i.m.หรือ i.v.หรือ คลอเฟนิรามีน (chlopheniramine) ๑๐ mg. i.m.</p> <p>๓. ให้กินยาต้านโคลีเนอร์จิก (anticholinergic drug) เช่น ไตรเฮกซีเฟนนิดิล (trihexyphenidyl) ๑๐ mg.</p> <p>๑. ลดขนาดของยาต้านโรคจิตลง หรือหยุดยาชั่วคราว</p> <p>๒. ให้ยาต้านโคลีเนอร์จิก (anticholinergic drug) เช่น ไตรเฮกซีเฟนนิดิล (trihexyphenidyl)</p> <p>๓. เพิ่มโพรพานอลอล (propranolol) หรือ เบนโซไดอะซีพีน (benzodiazepine) ถ้ารักษาไม่ได้ผล อาจเปลี่ยนไปใช้ยาที่มีผลข้างเคียงในลักษณะนี้ต่ำ เช่น low potency antipsychotic drug atypical antipsychotic drug</p> <p>- การรักษาให้ยาต้านโคลีเนอร์จิก (anticholinergic drug) เช่น benztropine หรือ trihexyphenidyl ในการรักษาอาการ</p>

ผลข้างเคียงหรืออาการที่พบ	การดูแลรักษา
<p>๑.๔ อะไคเนเชีย (akinesia) แสดงอาการออกมาใน รูปอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวช้า ทำทางแข็งทื่อ ในรายที่เป็นรุนแรงจะเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อ</p>	<p>- การรักษา ลดขนาดยาเดิมลง หรือเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ยาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าช่วยบรรเทาอาการ acute akathisia ได้ คือ ยากลุ่ม anticholinergic ได้แก่ benztropine ยา propranolol และยากลุ่ม benzodiazepine เช่น clonazepam</p>
<p>๑.๕ ทาไดฟ ดิสไคเนเชีย (Tardive dyskinesia) เป็นการขยับของกล้ามเนื้อที่ควบคุมไม่ดีที่บริเวณปาก ลิ้น ใบหน้า แขน ขา หรือลำตัว</p>	<p>- หยุดยารักษาโรคจิต</p>
<p>๑.๖ Neuroleptic malignant syndrome (NMS) ผู้ป่วยมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรงติดต่อกันเป็นเวลานาน มีอาการผิดปกติของระบบประสาทอิสระ (Autonomic nervous system) เช่น ชีพจรเต้นเร็ว หรือช้า ไข้สูง ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง และมีอาการเปลี่ยนแปลงของสติสัมปชัญญะ (consciousness) มักเกิดหลังได้รับยาในระยะเวลาเกิน ๖ เดือน</p>	<p>- ให้การรักษาแบบประคับประคอง เพื่อลดไข้ และบรรเทาอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>- ให้ยากลุ่ม โดพามีน อะโกนิสต์ (dopamine agonist) เช่น โบรโมคริปทีน (bromocriptine) ร่วมไปกับยาคลายเกร็ง (antispastic drug) เช่น แดนต์โรเลน (dantrolene) เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นหลายสัปดาห์ แพทย์ควรให้ยารักษาโรคจิตใหม่อย่างระมัดระวัง ยาที่ควรเลือกใช้คือ low potency antipsychotic drug หรือ atypical antipsychotic เช่น คลอซาพีน (clozapine) โดยต้องเพิ่มขนาดยาอย่างช้าๆ</p>

ที่มา : คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับพยาบาล รพท./รพช. โรงพยาบาลสวนปรุง. (๒๕๕๑)

๓. อาการความดันต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ (Orthostatic hypotension) ควรเตือนผู้ป่วยให้ระมัดระวังในการเปลี่ยนท่า โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และมีอาการรุนแรง โดยจะพิจารณาใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการใช้ยา การรักษาด้วยไฟฟ้าเพียงอย่างเดียวได้ผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา แต่การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการใช้ยาในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในลักษณะ Continuation / maintenance เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

๒. การรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial Intervention)

การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการป้องกันการกำเริบซ้ำ และพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินอยู่ในสังคมได้ตามปกติ เมื่อให้การรักษาด้วยจิตสังคมร่วมการให้ยาเพื่อลดอาการทางจิต ก็จะทำให้การรักษาครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เป้าหมายและวิธีการดำเนินการบำบัดด้วยจิตสังคมนี้ ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน และการบำบัดรักษาสามารถทำได้ทั้งการบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และอาการของผู้ป่วยในระยะต่างๆ

จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy)

จิตบำบัดรายบุคคล เป็นหัวใจสำคัญของการบำบัด เนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย เกิดความไว้วางใจในตัวผู้บำบัด และการที่ผู้บำบัดได้รับรู้ข้อมูลสภาพปัญหาของผู้ป่วย และเกิดความเข้าใจ สามารถวางแผนการบำบัดได้อย่างเหมาะสม ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหาของตนเอง และปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น

พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy)

พฤติกรรมบำบัด มุ่งเน้นในการพัฒนาความสามารถและแก้ไขความบกพร่องของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติของโรค ทราบถึงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรค เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษารวมทั้งให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะในการจัดการความเครียดจากสิ่งกระตุ้น เพิ่มความสามารถทางสังคม และมองเห็นคุณค่าในตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง จนสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

กลุ่มบำบัด (Group therapy)

กลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาทักษะทางสังคม การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

ครอบครัวบำบัด (Family therapy)

การให้การแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว จะลดความตึงเครียดภายในครอบครัว ทำให้การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยลดลง โดยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทร่วมกับการแนะนำในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ลดความรู้สึกโกรธ หรือโทษตัวเองของครอบครัว มีความคาดหวังที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยและมีกำลังใจในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu therapy)

นิเวศน์บำบัดเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ให้เหมาะสมโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบางส่วน ในการใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยอื่น มีสัมพันธภาพที่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง และความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตามความสามารถหรือความสนใจ

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๐)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช หมายถึง การให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอิสระได้ตามเป้าหมายที่ต้องการและอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพที่ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด ภายใต้การทำงานของทีมนสหวิชาชีพและความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท

๑. มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรค โดยเฉพาะสาเหตุความผิดปกติของการทำงานของสมอง

๒. การสร้างความจริงใจ สัมพันธภาพ และความเห็นอกเห็นใจ

๓. การบำบัดมุ่งเน้นการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และการสามารถทำหน้าที่/มีคุณค่าในการดำรงชีวิตประจำวัน

๔. การค้นหาและเสริมศักยภาพที่เป็นกลไกแก้ไขปัญหาที่เป็นธรรมชาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท

๕. คำนึงแหล่งสนับสนุนหรือการประคับประคองทุกรูปแบบที่มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคจิตเภท

๖. การให้ความสำคัญกับครอบครัวในการเข้าร่วมกระบวนการรักษา

๗. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมมีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละราย

๘. สามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดต่างๆ

๙. กระตุ้นและส่งเสริมพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคจิตเภท ครอบครัวและชุมชน

กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท

๑. ต้องเรียนรู้ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยความเข้าใจ

๒. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้วางใจเจ้าหน้าที่ เพื่อความสะดวกในการวางแผนและกระตุ้นให้เขาร่วมมือในการดูแลตนเอง การรับประทานยา หรือการยอมรับความช่วยเหลือและการสนับสนุนต่างๆ เช่น การเยี่ยมบ้าน การฝึกอาชีพตามสภาพท้องถิ่นที่ถือเป็นการเปิดประตูใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงอาการที่เกิดขึ้นในตนเอง และการปรับตัวอยู่ร่วมกับคนอื่น

๓. การดูแลต่อเนื่องโดยรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นการให้บริการผสมผสานหลายประเด็น ตามความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแล เช่น การจัดการความเครียดแบบง่ายๆ ของกรมสุขภาพจิต การให้สุขภาพจิตศึกษาการฝึกทักษะพื้นฐาน ได้แก่ การดูแลตนเอง การช่วยงานบ้าน การฝึกอาชีพในท้องถิ่น เป็นต้น

๔. การสร้างเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยพยายามกระตุ้นให้ครอบครัว และครอบครัวข้างให้กำลังใจเพื่อเขาจะได้กลับคืนบทบาทตนเองในครอบครัวโดยเฉพาะการทำงานทำสร้างรายได้ให้กับครอบครัว

๕. การสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจในชุมชน เรื่องโรคจิต การลดอคติ การเข้าใจ การยอมรับ การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภท จนถึงกระตุ้นให้เกิดชมรมญาติ/จิตอาสาในพื้นที่

๖. การทราบแหล่งความช่วยเหลือ ที่ให้การดูแลเป็นองค์รวมในทุกด้านของผู้ป่วยโรคจิตเภท หากเกินความสามารถ เจ้าหน้าที่จะประสานงานไปยังวิชาชีพ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดการปัญหานั้นๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติได้

กิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท

การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living : ADL) เป็นกิจกรรมที่ช่วยเหลือส่งเสริมหรือกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยมีแนวทาง ดังนี้

- ประเมินสาเหตุของการไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ว่าเกิดจากอาการเรื้อรังของผู้ป่วย หรือเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

- กระตุ้นหรือช่วยเหลือการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาบน้ำ แต่งตัว ตัดเล็บ ล้างมือ การรับประทานอาหาร

- การทำงานบ้าน ได้แก่ การจัดเก็บที่นอน การกวาดบ้าน ถูบ้าน และทำความสะอาดห้องน้ำ การล้างจาน การซักเสื้อผ้า การทิ้งขยะ

- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้วิธีการพักผ่อนหย่อนใจ มีวิธีผ่อนคลาย

- สนับสนุนให้มีกิจกรรมในการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

- โดยมีเทคนิคในการกระตุ้นผู้ป่วยให้ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ดังนี้

- สื่อสารทางบวกกับผู้ป่วย ไม่ตำหนิ

- มอบหมายกิจกรรมให้ผู้ป่วยรับผิดชอบ ให้โอกาสและอิสระกับผู้ป่วยในการเลือก

กิจกรรม

- ชมเชยและให้กำลังใจผู้ป่วย

- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนตามโอกาสและเทศกาล

การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วยทักษะต่างๆ ซึ่งการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภท จะเน้นการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐาน ๖ ทักษะ ดังนี้

๑. ทักษะการดูแลตนเอง เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น รู้จักรักษาความสะอาดของร่างกายตั้งแต่ศีรษะถึงปลายเท้า รู้จักรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้องทุกมื้อ รู้จักขับถ่ายเป็นเวลาและถูกสุขลักษณะ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม รู้จักเข้านอนเป็นเวลาทุกวัน เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากที่มีปัญหาด้านการรักษาความสะอาด โดยผู้ป่วยมักจะไม่เห็นความแตกต่างของการทำความสะอาดกับการไม่ทำ ทรงผมยุ่งเหยิง มีกลิ่นตัวไม่ยอมสระผม แต่งตัวแปลกๆ ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ สำหรับผู้ป่วยที่มีทักษะด้านการทำความสะอาดที่เพียงพอแล้ว อาจมีปัญหากิจวัตรประจำวันอื่นๆ เช่น นิสัยการกินที่ไม่เหมาะสม สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น

๒. ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักรักษาความสะอาดเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอน การจัดเก็บของใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ รู้จักใช้ของใช้ต่างๆ ภายในบ้านให้ถูกประเภทรักษาความสะอาดที่อยู่อาศัย (ปิด กวาด เช็ด ถู) การประกอบอาหาร เป็นต้น

๓. ทักษะทางสังคม ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักมารยาทของการเข้าสังคมและการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม เช่น การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ รู้จักสนใจตนเอง สนใจสิ่งแวดล้อม รู้จักใช้ภาษาพูด ภาษาท่าทางที่เหมาะสม กับเหตุการณ์ สามารถทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม

รู้จักบทบาท สิทธิและหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น มีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล รู้จักแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล รู้จักปรับตัวให้เหมาะสมตามสภาพแวดล้อม รู้จักการรับและการให้ที่เหมาะสม และการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นตามความสามารถ เป็นต้น

๔. ทักษะการทำงาน ฝึกให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการทำงานหรืองานที่ได้รับมอบหมายและมีความร่วมมือในการทำงานกับผู้อื่น ให้มีสมาธิ มีความอดทนในการทำงาน รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน และมีการปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพของงาน เป็นต้น

๕. ทักษะการใช้เวลาว่างและการพักผ่อน ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ด้วยการออกกำลังกาย เช่น การเล่นกีฬาในร่ม กีฬากลางแจ้ง การเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การพูดคุยเพื่อผ่อนคลาย เป็นต้น

๖. ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้สาธารณูปโภคต่างๆ ในชุมชนอย่างถูกต้อง เช่น การใช้เงินอย่างถูกต้องและเหมาะสม ห้องน้ำสาธารณะ รวมทั้งการใช้แหล่งอำนวยความสะดวกในชุมชน การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น การร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น กิจกรรมตามประเพณีและศาสนา มีความสามารถในการเดินทาง เป็นต้น

การปฏิบัติตัวของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภท มีปัจจัยที่สำคัญคือ ญาติ/ผู้ดูแล ถ้าญาติ/ผู้ดูแลมีความเข้าใจ ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ก็จะส่งผลให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ภาระของญาติ/ผู้ดูแลก็จะลดลง และผู้ป่วยก็สามารถอยู่ในชุมชนได้ ดังนั้นญาติ/ผู้ดูแลต้องเรียนรู้และปรับทัศนคติในเรื่องต่อไปนี้

๑. ด้านความคิด

- ญาติต้องทำใจยอมรับว่าผู้ป่วยไม่สบายและพาผู้ป่วยไปหาแพทย์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
- จัดยาใส่กระปุก หรือมีตลับแบ่งยาในแต่ละวัน ใส่ยา ตามจำนวนมี
- ญาติต้องรักผู้ป่วยอย่างจริงใจ

๒. ด้านการจัดการกับอาการผิดปกติ

- ให้สังเกตอาการของผู้ป่วยเมื่อพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการที่ผิดปกติ ต้องให้ความสำคัญและพาผู้ป่วยไปพบแพทย์และถ้าไม่สามารถจัดการได้ให้ขอความร่วมมือจากตำรวจ
- เมื่อผู้ป่วยมีหิวแหว่ ให้บอกผู้ป่วยว่าเป็นเสียงที่ไม่รู้จักอย่าไปสนใจ
- เมื่อเขาเครียด พูดสิ่งดีๆ ให้ฟังเขา

๓. ด้านการจัดฝึกทักษะทางสังคม เมื่อญาติพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมแล้ว สามารถพาผู้ป่วยเข้าสังคมโดยชักจูงผู้ป่วยออกไปนอกบ้านด้วย เช่น ถ้าไปไหนพยายามพาผู้ป่วยไปด้วย ให้ไปรับยาโดยญาติสอน

๔. ด้านการหาความรู้เพิ่มเติม ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยโดยการหาความรู้เรื่องโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความเป็นไปของอาการ

๕. ด้านการสนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย

- สนับสนุนและให้กำลังใจในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ

- ช่วยเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยพยายามลืมสิ่งที่ผ่านมาให้ผู้ป่วยเริ่มต้นชีวิตใหม่
- พยายามพาผู้ป่วย ออกจากเหตุการณ์บาดเจ็บทางใจต่างๆ
- จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานต่อหน้าญาติ

๖. ด้านการพัฒนาอาชีพ

- ให้ผู้ป่วยทำงานง่ายๆ
- ใช้วิธีการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับอาชีพในครอบครัว เช่น การชั่งของขาย การปลูกผักสวนครัว การเลี้ยงวัว ให้อาหารหมู
- ให้ผู้ป่วยช่วยงานที่บ้าน เช่น ยกของ ล้างจาน
- ตัวอย่างของงานที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เช่น แบ่งของขาย ให้นำเงินไปฝากธนาคาร ช่วยทำงาน ในห้างร้าน แผนกที่ไม่ยุ่งยาก เช่น จัดเรียงสินค้า

๗. ด้านการสื่อสาร โดยพูดกับผู้ป่วยอย่างไรเพราะ ไม่ตำหนิ ไม่ชู้ ตัวอย่างคำถาม เช่น

- นอนหลับมึน/เครียดมึน/อยู่ว่างๆ เบื่อมึน/ลุกตื่นได้แล้ว สายแล้ว
- จะเอาอะไร ให้บอก สอบถามให้ผู้ป่วยพูดปัญหา
- คนป่วยทำผิดอย่าตำหนิ นิ่งเสีย หายโมโหค่อยบอก
- เตือนผู้ป่วยให้กินยา โดยใช้คำพูดว่า กินยาหรือยังลูก
- เวลาลุกไม่อาบน้ำ บอกว่า ใครมาบ้านจะเหม็นสาบ
- ฝึกการสื่อสารเพื่อรับยา
- การตอบสนองต่อท่าทางของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
- ถ้าลูกฮึดฮัด โต้เถียง แม่บอกว่า ขอโทษ
- เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน เอื้ออาทร
- ขอสัญญาว่าต่อไป จะปฏิบัติตัวอย่างไรแทนการตำหนิผู้ป่วย
- ให้ขอความช่วยเหลือ โดยการเสนอตัวให้ความช่วยเหลือสม่ำเสมอ

๘. ด้านการผ่อนคลายความเครียดของตนเอง

- เมื่อญาติมีความเครียด ควรหาวิธีคลายเครียดหรือพบจิตแพทย์
- ควรเปลี่ยนบรรยากาศ คลายเครียด
- มีความคิดว่า ทำวันนี้ให้ดีที่สุด อยู่กับปัจจุบัน ยึดธรรมมะ

ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีหลายแนวทางที่จะให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการเพิ่มพูนทักษะต่างๆ ระดับบุคคล เป็นการรักษาด้วยยาและการพัฒนาทักษะชีวิตพื้นฐาน ระดับครอบครัว การประคับประคอง การอยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจ ให้การสุขศึกษา การให้คำปรึกษาครอบครัว และระดับสังคม สิ่งแวดล้อม เป็นการบูรณาการภาคสังคม ร่วมในการะบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การสนับสนุนการจ้างงาน การประกอบอาชีพ การรวมกลุ่มทางสังคม เพื่อยกระดับความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณค่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy)

ผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่ขาดแรงจูงใจในการบำบัดฟื้นฟู มีความลังเลใจ (ambivalence) ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ไม่เปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด ทั้งนี้อาจด้วยสาเหตุที่มีความรู้สึกลังเลใจ ไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง มีความจำเป็นทางสังคม ภาระหน้าที่การงาน และการศึกษา แต่มีความจำเป็นที่ต้องบำบัดรักษาให้หายเป็นปกติ ดังนั้น ผู้ป่วยยาเสพติดจึงต้องมีกรรมวิธีบังคับทางจิตใจเพื่อให้เป็นผู้ป่วยที่สมัครใจบำบัดให้ได้มากที่สุดด้วยการสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเลิกยาเสพติด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาได้นานขึ้น และมีความร่วมมือในการบำบัดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่สังคมยอมรับได้ โดยเชื่อว่า จะสามารถช่วยลดปัญหาการกลับไปเสพติดซ้ำในที่สุด จึงต้องมีการส่งเสริมแรงจูงใจให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองและเลิกยาเสพติดในระยะยาว

การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นรูปแบบการบำบัดมีแนวคิดที่ว่า ถ้าผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองแล้ว จะแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและสามารถเข้าใจปัญหาได้ด้วยตนเอง สามารถคิดและตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง สามารถยอมรับการเจ็บป่วยและร่วมมือในการรับประทายาเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ผู้บำบัดมีหน้าที่ในการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสพยาเสพติด เป็นการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการสร้างความไว้วางใจและลดปฏิกิริยาเชิงต่อต้าน (resistance) ช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดได้สำรวจและแก้ไขมีความลังเลใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาเสพติด นับเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้บำบัดช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติดให้สามารถเอาชนะความลังเลใจ มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ อีกทั้งเป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบเพื่อกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการสัมภาษณ์เพิ่มแรงจูงใจ (motivational interviewing) ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเอาชนะความลังเลใจได้ ดังนั้น การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดมีกำลังใจในการเลิกเสพยาเสพติด และยังมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องบังคับให้สมัครใจเข้ารับการบำบัด สามารถมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและสิ่งที่จะเป็นปัญหาในอนาคต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของ Klansuwan และการศึกษาของ Klansuwan, Takviryanun and Jirapramukpitak มีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดเพื่อเตรียมผู้ป่วย และเพื่อรับการบำบัดยาเสพติดที่เข้มข้นกว่า (intensive drug treatment) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่เสพยาเสพติด สามารถลดและเลิกยาเสพติดลงได้

เทคนิคที่สำคัญในวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) เรียกว่า DARES ถูกนำมาประยุกต์เป็นองค์ประกอบที่จำเป็นในการให้ปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เรียกว่า อีดา (EDARE) (เท็ดคัสดี เดชคง, ๒๕๕๕) รายละเอียด ดังนี้

๑. แสดงความเห็นใจ (Express empathy) ผู้ให้คำปรึกษาให้การสื่อสารที่แสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้รับบริการปรึกษา
๒. ชี้ให้เห็นความขัดแย้งในตนเอง (Develop discrepancy) คือ การกระตุ้นให้ผู้รับบริการเห็นความแตกต่างหรือเกิดภาวะวิกฤติ จนกระทั่งผู้รับบริการปรึกษาเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงมีความต้องการมากขึ้นที่จะพูดคุยถึงทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง เพื่อที่จะลดความรู้สึกแตกต่างนี้

๓. ให้คำแนะนำแบบมีทางเลือก (Advice with menu) โดยให้ข้อมูลและเสริมสร้างทักษะชีวิตแก่ผู้รับการปรึกษาร่วมด้วย

๔. ไม่เถียงด้วย (Avoid argumentation) บางครั้งผู้รับการปรึกษาอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจ สับสนจึงใช้กลไกการป้องกันตัวเองที่จะลดความรู้สึกไม่สบายใจให้น้อยลงและไม่ต้องการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม การจูงใจอย่างจริงจังของผู้ให้การปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้สึกต่อตนเอง และคิดว่าไม่เข้าใจ ตนเองจึงควรหลีกเลี่ยงการโต้เถียง ดังนั้นควรหาวิธีอื่นๆ ที่จะช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาให้เห็นผลลัพธ์และโทษที่เกิดขึ้นตามมา

๕. กลิ้งไปกับแรงต้าน (Roll with resistant) เมื่อผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้สึกต่อต้านผู้ให้การปรึกษาไม่ควรปล่อยให้ความรู้สึกต่อต้านดำเนินต่อแต่ควรเสนอแนวคิดใหม่ในการคิด เกี่ยวกับปัญหา (ไม่ใช้การบังคับให้ใช้) โดยมีเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้รับบริการ

๖. สนับสนุนความมั่นใจในตนเอง (Increase self-efficacy) การชี้ให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลง เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ถ้าผู้รับบริการทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างเพื่อลดปัญหาต่างๆ ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความหวังมองโลกในด้านบวกสนับสนุนความมั่นใจว่า ผู้รับบริการมีศักยภาพเพียงพอที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยสมบูรณ์

ทฤษฎีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือ Transtheoretical Model (TTM) ของ Prochaska และ DiClemente (๑๙๘๔) ได้อธิบายถึงกระบวนการสร้างความพร้อมของคนเราที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพของตนเองไปสู่การมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยได้แบ่งระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกเป็น ๕ ขั้นตอน เรียกว่า “Stages of change” ดังนี้

ตารางที่ ๒. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ลักษณะสำคัญของผู้ติดยาเสพติดและการตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดในแต่ละขั้นตอน

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง	ลักษณะผู้ป่วย	พฤติกรรมที่แสดงออก	การช่วยเหลือ
ขั้นเมินเฉย (pre-contemplation)	ไม่คิดจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไม่ตระหนักถึงปัญหา ไม่ยอมรับว่าการใช้ยาเสพติดจะก่อให้เกิดปัญหาหรือความเสี่ยงที่จะตามมาได้	ปกปิดพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ต่อต้านหรือโกรธเมื่อถูกกดดัน บังคับให้เลิกหรือเมื่อผู้อื่นพูดเรื่องการใช้ยาเสพติดของตน	เสนอข้อมูลที่เป็นจริงให้ ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยมารับการบำบัดรักษาเมื่อผู้ป่วยพร้อม
ขั้นลังเลใจ (contemplation)	เริ่มตระหนักว่าเกิดปัญหาจากการใช้ยาเสพติด มักจะมีความคิดสองจิตสองใจระหว่างเหตุผล	ยังคงใช้ยาเสพติดอยู่ แต่มักจะเริ่มคิดถึงการเลิกยาหรือการลดปริมาณการเสพยาในอนาคต ชั่งข้อดีข้อเสียของการเลิกยาเสพติด	ให้ผู้ช่วยค้นหาและชี้แจงน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อเสียของการใช้ยาเสพติดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระตุ้นให้พูดถึง

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง	ลักษณะผู้ป่วย	พฤติกรรมที่แสดงออก	การช่วยเหลือ
	ที่จะเลิกยากับเหตุผลที่ไม่เลิกยา		การเปลี่ยนแปลงจากตัวผู้ป่วยเอง
ขั้นตัดสินใจ (determination)	วางแผนในการเลิกยาเสพติดที่เฉพาะเจาะจง เช่น ตัดสินใจเข้ารับการรักษา พิจารณาความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน	อาจจะลองหยุดหรือลดปริมาณการใช้ยาเสพติดลงด้วยวิธีของผู้ป่วยเองเริ่มตั้งเป้าหมายในการเลิกยา	ช่วยผู้ป่วยวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสนอทางเลือก และให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุด
ขั้นลงมือแก้ไข (action)	เชื่อว่าตัวเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เริ่มพิจารณาถึงภาพลักษณ์ใหม่ของตัวเอง	เปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ยอมรับความช่วยเหลือและต้องการการสนับสนุนจากผู้บำบัดและครอบครัวมารับการบำบัดตามนัดอย่างสม่ำเสมอ	ช่วยให้ผู้ป่วยยึดมั่นและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ เรียนรู้การป้องกันการกลับไปใช้ยาซ้ำ
ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance)	พยายามคงความสำเร็จในการเลิกยาเสพติดไว้ เริ่มสนใจการดำเนินชีวิตของตน	ปรึกษาปัญหาอื่นๆ เช่น การจัดการทางอารมณ์ คนรอบข้างยังไม่ไวใจ ลองทำกิจกรรมใหม่ๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด	ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะใหม่ๆที่จำเป็นในการเลิกยาเสพติด การรื้อฟื้นสัมพันธ์ทางสังคม การหาความสุขโดยไม่ใช้ยาเสพติดเป็นต้น
ขั้นกลับไปติดซ้ำ (relapse)	ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถคงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ทันที ผู้ป่วยมักจะกลับไปเริ่มที่ระยะต้นของ stage of change อีกครั้ง	รู้สึกผิดและหมดหวังคิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตัวเองได้ หลบเลี่ยงไม่มารับการบำบัดรักษา	ช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตัวเองให้ ความหวัง กำลังใจ ประคับประคองให้ผู้ป่วยอยู่ในการบำบัดรักษา

ที่มา : การบำบัดรักษา ยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ (พิชัย แสงชาญชัย, ๒๕๔๘)

ทฤษฎีสังคมศาสตร์ (สรงศ์กฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์, ๒๕๓๙)

การเจ็บป่วยทางจิต เกิดจากบุคคลถูกกดดันจากสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ เช่น ความยากจน ครอบครัวสับสนวุ่นวาย การศึกษาไม่เพียงพอ การขาดแคลนแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอ ทำให้บุคคลไม่มีทางเลือกที่เป็นอิสระของตนเอง

Szasz & Gerald Caplan : เชื่อสังคมทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต หรือมีภาวะสุขภาพจิต เบี่ยงเบน ได้รับตราประทับจากสังคม ส่งผลให้คนเหล่านั้นแยกตัวไปจากสังคม และถูกสังคมทอดทิ้ง

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

ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์

ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมให้ความสำคัญของการเรียนรู้ (Learning) และการปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อม (Interactive) ของมนุษย์ว่ามีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมและบุคลิกภาพของมนุษย์ เพราะมนุษย์เกิดมาพร้อมด้วยสมรรถภาพที่จะเรียนรู้ถ้าสิ่งแวดล้อมอำนวย ดังนั้นภายใต้เงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง และภายใต้กฎเกณฑ์แห่งการเสริมแรง มนุษย์สามารถเรียนรู้อะไรก็ได้ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ ได้ หรือควบคุมพฤติกรรมใดๆ ได้ ดังที่ตัวเราและผู้อื่นประสงค์ ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมนี้เป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับอย่างยิ่งในการอธิบายพฤติกรรมต่างๆ เนื่องจากมีการศึกษาค้นคว้าทดลองที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่เป็นรูปธรรมที่สุด มีแบบแผนการดำเนินงานและขั้นตอนการทำงานที่แน่นอน มีการควบคุมเป็นอย่างดี และมีผลการทดลองที่เห็นได้ชัด (ศรีเรือน แก้วกังวาน, ๒๕๔๕)

ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม แบ่งเป็น ๒ แนวคิดใหญ่ๆ ดังนี้

๑. พฤติกรรมนิยมแบบคลาสสิก (Classical Learning Theory) เจ้าของทฤษฎี ได้แก่ Ivan Pavlov อธิบายพฤติกรรมการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก และเป็นที่มาของการอธิบายกลไกการติดยาเสพติดว่าด้วยเรื่องโรคสมองติดยาเสพติด เมื่อคนใช้ยาเสพติดจะเกิดความพึงพอใจในการได้รับผลจากการเสพนั้นๆ ในขณะเดียวกันการใช้ยาเสพติดของคนๆ นั้น เมื่อใช้ยาเสพติดในสภาพแวดล้อมหรือเงื่อนไขทางสังคมอื่นๆ ในสภาพเดิมๆ ซ้ำๆ ครั้งต่อไปเพียงแค่เห็นเงื่อนไขตามตัวอย่างเท่านั้นก็จะทำให้เกิดความรู้สึกอยากใช้ยาเสพติดขึ้นมาในระบบความคิด หากไม่สามารถหยุดความคิดได้ จะนำไปสู่ความรู้สึกของความอยากใช้ยาเสพติดอย่างรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมได้อีกต่อไป และใช้ยาเสพติดในท้ายที่สุด

๒. พฤติกรรมนิยมแบบลงมือทำ (Operant Condition Theory) B.F. Skinner เป็นผู้บุกเบิกทฤษฎีทางจิตวิทยาว่าด้วยการลงมือทำ เขาเห็นด้วยกับ Ivan Pavlov ในเรื่องของการเรียนรู้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคล แต่ไม่เห็นด้วยใน เรื่องที่ว่าสิ่งภายนอกเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม โดยเขาเชื่อว่า สิ่งเร้าภายในบุคคลต่างหากที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น ความหิว ความกระหาย ความสุข ความทุกข์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ นำไปสู่การสร้างพฤติกรรมและบุคลิกภาพในตัวบุคคล

บทที่ ๓ ทฤษฎีทางการพยาบาลและการพยาบาล

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องทางการพยาบาล

แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลทางจิตเวชเป็นการนำทฤษฎีที่ได้ศึกษาค้นคว้าทางด้านจิตเวชศาสตร์ มนุษยศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศาสตร์สาขาอื่นๆ มาอธิบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ผิดปกติของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ปัจจุบันยังไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งที่สามารถอธิบายความผิดปกติของพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน จึงจำเป็นต้องมีหลายๆ ทฤษฎีที่ช่วยให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

ในการพยาบาลผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง พยาบาลต้องใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจ ผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทฤษฎีทางการพยาบาลจะประกอบด้วย ๔ โมนมิติหลัก คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล สำหรับการดูแลผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง พบว่ามีทฤษฎีการพยาบาลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ดังนี้

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพ็พพลาว (Peplau's interpersonal theory)

ฮิลการ์ด เพ็พพลาว (Hildegard Peplau: ๑๙๐๙-๑๙๙๙) เป็นพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นมารดาของการพยาบาลจิตเวชยุคใหม่ (Mother of modern psychiatric nursing) ซึ่งได้นำแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของซัลลิแวนมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลจิตเวช โดยได้พัฒนาเป็นแนวคิดของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการบำบัด (Therapeutic nurse-patient relationship) (Videbeck, ๒๐๑๔) ลักษณะเป็นแบบ one-to-one relationship พยาบาลจะใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดผู้ป่วย นับเป็นทฤษฎีที่มีประโยชน์มากในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและเป็นหลักการพื้นฐานของการพยาบาลจิตเวชมาจนถึงปัจจุบัน

เพ็พพลาว กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งบทบาทเหล่านี้ช่วยให้พยาบาลค้นพบความต้องการของผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Peplau, ๑๙๕๒ อ้างถึงใน ศุภรีใจ เจริญสุข, ๒๕๕๗) ดังนี้

- ๑) บทบาทคนแปลกหน้า (Stranger role) เป็นบทบาทที่พยาบาลและผู้ป่วยพบกันครั้งแรก ซึ่งเป็นคนแปลกหน้าต่อกัน พยาบาลจำเป็นต้องสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้น
- ๒) บทบาทแหล่งสนับสนุน (Role of the resource person) เป็นบทบาทที่พยาบาลทำหน้าที่ให้ความรู้หรือข้อมูลเฉพาะ ตอบคำถาม แลกเปลี่ยน และให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วย
- ๓) บทบาทผู้สอน (Teaching role) เป็นบทบาทที่พยาบาลกระทำร่วมกับบทบาทอื่นๆ โดยให้คำแนะนำและอบรมความรู้แก่ผู้ป่วย

๔) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Counseling role) เป็นบทบาทที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ ความหมายของสภาพการณ์ในปัจจุบัน ให้คำแนะนำและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

๕) บทบาทผู้ทดแทน (Surrogate role) เป็นบทบาทที่พยาบาลเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในเรื่อง ต่างๆ โดยพยาบาลจะแสดงบทบาทนี้ในภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้

๖) บทบาทผู้นำ (Leadership role) เป็นบทบาทที่พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตาม เป้าหมายของการบำบัด

๗) บทบาทของผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค (Technical expert role) เป็นบทบาทที่พยาบาลให้ การดูแลด้านร่างกายผู้ป่วยและการใช้เครื่องมือต่างๆ

มโนทัศน์หลักของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

๑. บุคคล (Person) เป็นระบบตัวตนซึ่งประกอบด้วยลักษณะและความต้องการทางชีวเคมี สรีระ และสัมพันธภาพ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะสามารถผสมผสานความต้องการและประสบการณ์อย่าง มีแบบแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ แต่หากกระบวนการผสมผสานนี้ไม่ประสบ ความสำเร็จ ก็อาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ คับข้องใจ เครียด และวิตกกังวล บุคคลจึงพยายามหา หนทางให้ตนเองสมหวังซึ่งจำเป็นต้องมีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ

๒. สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมสำคัญที่มีผลต่อ สุขภาพของบุคคล คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการเป็น หน้าที่หลักที่พยาบาลต้องรับผิดชอบและดำเนินการเพื่อให้ผู้ใช้บริการบรรลุเป้าหมายของการมีภาวะ สุขภาพที่ดี

๓. สุขภาพ (Health) เป็นการเปลี่ยนแปลงของบุคคลไปในทางที่ดีและมีประสิทธิภาพ ซึ่ง ภาวะสุขภาพจะเกิดขึ้นได้เมื่อความเครียดในบุคคลลดลงและถ่ายทอดออกมาเป็นพลังในทาง สร้างสรรค์ พลังนี้จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีจะเป็น พฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกพึงพอใจ

๔. การพยาบาล (Nursing) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลเพราะเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลตั้งแต่สองคน โดยพยาบาลใช้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการให้การพยาบาล และบำบัดทางจิตเวช ที่เรียกว่า therapeutic nurse-patient relationship ซึ่งแบ่งออกเป็น ๔ ระยะ ดังนี้

๑) ระยะเริ่มต้น (Orientation phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะเกิดปัญหา และ ต้องการความช่วยเหลือ พยาบาลจะต้องสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วยในการค้นหาปัญหา หรือความต้องการการช่วยเหลือนั้น ช่วยให้ทำความเข้าใจกับปัญหา และตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นหรือ สิ่งที่เป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว

๒) ระยะระบุปัญหา (Identification phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อผู้ ที่สามารถแก้ไขปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือเขาได้ สามารถระบุได้ว่าใครควรเป็นผู้ช่วยเหลือในการ แก้ไขปัญหา และเริ่มรู้สึกว่ามีความสามารถในการจัดการกับปัญหา พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ความรู้สึกของตน และสามารถตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นได้

๓) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) เป็นระยะของการให้ความ ช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลต้องทำความเข้าใจ ให้การยอมรับ ห่วงใย เอาใจใส่ ไม่ตัดสิน

หรือใช้อารมณ์กับผู้ป่วย และช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองที่ดีขึ้น ค้นพบความสามารถของตนเองเพื่อนำมาพัฒนาความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด

๔) ระยะสรุปผล (Resolution phase) เป็นระยะสุดท้ายของการพยาบาลที่ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว โดยความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เป็นการยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งบางครั้งการยุติสัมพันธภาพอาจทำได้ยากเนื่องจากความต้องการพึ่งพา เพราะสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมักมีความต่อเนื่อง ถ้าการยุติสัมพันธภาพสำเร็จลงด้วยดี ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อิสระโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล แสดงว่าผู้ป่วยเกิดการพัฒนาและเป็นความสำเร็จของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทุกกระยะด้วย

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้

๑. การเข้ากันได้ (Rapport) พยาบาลจะต้องเข้ากันได้กับผู้รับบริการอย่างกลมกลืน ซึ่งความรู้สึกเข้ากันได้จะต้องมีตั้งแต่แรกเริ่มของสัมพันธภาพ รวมทั้งให้เวลากับผู้รับบริการ สร้างความรู้สึกให้ผู้รับบริการผ่อนคลาย และปฏิบัติกับผู้รับบริการในฐานะมนุษย์เท่าเทียมกัน

๒. การสร้างความไว้วางใจ (Trust) ซึ่งเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นอย่างจริงใจที่บุคคลหนึ่งมีต่ออีกบุคคลหนึ่ง โดยไม่เคลือบแคลงว่าจะเกิดอะไรขึ้น เพราะมีความเชื่อมั่นอยู่ภายใน ความไว้วางใจตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเสมอต้นเสมอปลาย พยาบาลจะต้องมีความสม่ำเสมอและจริงใจ เพราะจะช่วยให้ผู้รับบริการค่อยๆ สร้างความเชื่อถือในตัวพยาบาล แม้ว่าในระยะแรกผู้รับบริการอาจจะยังทดสอบพยาบาลอยู่ก็ตาม

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

๔. การเข้าถึงความรู้สึกหรือเข้าใจตามการรับรู้ของผู้รับบริการ (Empathy) คือ การที่พยาบาลเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการเหมือนกับที่ผู้รับบริการรู้สึก หรือเหมือนกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง แต่ต้องแยกตนเองไว้ต่างหาก ความรู้สึกเหล่านั้นไม่ได้มีผลต่อพยาบาล ความเข้าใจตนเองอย่างดีจะช่วยให้เกิดความตระหนักในความเป็นผู้อื่นได้อย่างแท้จริง

๕. มีการติดต่อสื่อสารที่มีจุดประสงค์ (Purposeful communication) เน้นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง พัฒนา ส่งเสริมและป้องกันปัญหา

๖. มีการถ่ายโอนความรู้สึก (Transference) อาจเป็นทั้งความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ ที่ถ่ายโอนมายังพยาบาลจากความใกล้ชิดและรู้สึกว่ายพยาบาลเป็นเหมือนคนสำคัญของตนเองในด้านต่างๆ และอาจทำให้ผู้รับบริการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา

๗. การกำหนดหรือตั้งเป้าหมายชัดเจน (Goal Formulation) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจะต้องมีการตั้งเป้าหมาย และปฏิบัติให้บรรลุตามที่ตั้งไว้

๘. การมีอารมณ์ขัน (Humor) เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดในบางสถานการณ์ที่ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการกำลังเผชิญอยู่ ดังนั้น เมื่อพยาบาลใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษา พยาบาลจึงต้องพัฒนาตนเองให้มีคุณสมบัติ คือควรมีความอบอุ่นและจริงใจ (Warmth and genuineness) การเข้าใจความรู้สึก (Empathy) การยอมรับ (Acceptance) ความสม่ำเสมอ (Consistency) การใช้คำพูดให้ความมั่นใจหรือให้กำลังใจ (Verbal communication) และมีการตระหนัก

การประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลแต่ละขั้นตอน เมื่อเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพนั้น ควรให้ความสำคัญกับการเตรียมตัวก่อนเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งเป็นขั้นตอนก่อนที่พยาบาลจะพบกับผู้รับบริการ ในระยะนี้มีแนวทางปฏิบัติ คือ พยาบาลควรมีการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เพราะหากพยาบาลตระหนักในตนเองอย่างดีจึงจะสามารถใช้ความเข้าใจตนเองเป็นเครื่องมือในการเข้าใจผู้รับบริการ และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้รับบริการได้ ซึ่งสัมพันธภาพเช่นนี้มีลักษณะเป็นกระบวนการต่อเนื่อง มีทั้งความคาบเกี่ยวกันและเกี่ยวพันกันในการดำเนินการแต่ละระยะ เมื่อพยาบาลกับผู้รับบริการร่วมมือกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกันแล้ว การสังเกต การสื่อสาร และการบันทึกจะถูกใช้เป็นเครื่องมือพื้นฐานในแต่ละระยะของสัมพันธภาพและใช้ในกระบวนการพยาบาลที่ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอนสำคัญ คือ การประเมินสภาพ การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยมีการดำเนินการแต่ละระยะของสัมพันธภาพ (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา และคณะ, ๒๕๕๑: ๓๓; ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, ๒๕๓๙: ๖๒-๖๘; ฟาริดา อิบราฮิม, ๒๕๕๑: ๑๔๑-๑๔๒) ดังต่อไปนี้

ตารางที่ ๓. กระบวนการพยาบาลถูกใช้เป็นเครื่องมือพื้นฐานในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ ดังนี้

กระบวนการพยาบาล	ระยะของสัมพันธภาพ
<p>ประเมินสภาพ (Assessment) เป็นขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์อย่าง ต่อเนื่อง โดยการสัมภาษณ์ ชักประวัติ เพื่อรวบรวมปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ</p>	<p>๑. ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพหรือปฐมนิเทศ (Introduction of Orientation Phase) เป็นระยะที่พยาบาลและผู้รับบริการทำความรู้จักกันครั้งแรก ปัจจัยที่มีผลต่อการสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ได้แก่ ค่านิยม วัฒนธรรม เชื้อชาติ ความคิดเดิม ความเชื่อ ประสบการณ์ในอดีต ความคาดหวัง ในระยะนี้ทั้งผู้รับบริการและพยาบาลต่างเป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน หากการสร้างสัมพันธภาพในขั้นต้นดำเนินไปด้วยดีก็จะทำให้ทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะดำเนินในขั้นตอนต่อไปได้ พยาบาลและผู้รับบริการเข้าใจกันและกัน ผู้รับบริการต้องการความช่วยเหลือ ต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถซักถามข้อสงสัย บางครั้งผู้รับบริการบางรายอาจต้องการทดสอบพยาบาลทั้งในแง่ความรู้ ความจริงใจของพยาบาลที่มีต่อตนเอง ในระยะนี้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติ ดังต่อไปนี้คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แนะนำตนเอง เพื่อเพิ่มความรู้สึกไว้วางใจในตัวพยาบาล พร้อมกับบอกวัตถุประสงค์การนัดหมายและการพูดคุยสนทนา ๒. กำหนดข้อตกลงของสัมพันธภาพ หลังจากแนะนำตนเองแล้ว พยาบาลต้องบอกถึงข้อตกลงของการสร้าง

กระบวนการพยาบาล	ระยะของสัมพันธภาพ
	<p>สัมพันธภาพซึ่งก็ได้แก่ สถานที่ เวลาที่นัดหมายเพื่อสนทนา ระยะเวลาของการสนทนาแต่ละครั้ง เป็นต้น ข้อตกลงเหล่านี้ จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลเมื่อต้องสิ้นสุดสัมพันธภาพ อีกทั้งยังช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจขอบเขตของสัมพันธภาพ</p> <p>๓. ลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการพบกันครั้งแรก หรือในระยะของการมีสัมพันธภาพ ความวิตกกังวลของผู้รับบริการอาจเกิดจากพยาบาลเป็นคนแปลกหน้าที่ยังไม่ไว้วางใจ ไม่กล้าพูดคุยเรื่องส่วนตัว ส่วนพยาบาลอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรู้และทักษะในการสนทนา ไม่ทราบว่า จะสนทนากับผู้รับบริการได้อย่างไร ไม่แน่ใจว่าตนจะช่วยผู้รับบริการได้หรือไม่ ความวิตกกังวลของผู้รับบริการจะลดลงได้ก็ด้วยการแสดงท่าทีและพฤติกรรมของพยาบาลที่น่าไว้วางใจได้ และท่าทีที่แสดงออกในลักษณะของการยกย่องนับถือผู้รับบริการ การรักษาสัญญาและรักษาความลับ รวมทั้งท่าทีที่สม่ำเสมอ ส่วนตัวพยาบาลเองนั้นสามารถลดความวิตกกังวลได้ โดยการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพและการสนทนาเพื่อการบำบัดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภท</p> <p>๔. ประเมินความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับบริการ ในระยะเริ่มต้นของสัมพันธภาพนี้ พยาบาลควรมีการประเมินความคิด ความรู้สึกต่อการสร้างสัมพันธภาพ ความคิดต่อตนเองต่อความเจ็บป่วย ซึ่งถ้าพยาบาลสามารถประเมินใกล้ความจริงเท่าใดก็จะสามารถวางแผนการพยาบาลได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง</p>
<p>การวินิจฉัยการพยาบาล (Nurs-ing diagnosis) และการวางแผนการพยาบาล (Planning)</p> <p>นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพ มากำหนดและลำดับปัญหาสุขภาพและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แล้วนำมาวางแผนให้การพยาบาล สอดคล้องกับปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมทั้ง</p>	<p>๒. ระยะระบุปัญหา (Identification phase)</p> <p>เป็นขั้นตอนของการมองปัญหา ผู้รับบริการจะเลือกตอบสนองต่อบุคคลที่ทำให้มองเห็นปัญหา ผู้รับบริการบางรายอาจจะให้ความร่วมมือมากขึ้นและพึ่งพาตนเองบ้างบางเรื่อง บางรายอาจพึ่งพิงพยาบาลมากคือไม่ช่วยเหลือตนเองเลย และบางรายอาจมีอิสระและไม่พึ่งพิงพยาบาล คือช่วยเหลือตนเองเต็มที่ ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการแลกเปลี่ยนการรับรู้และความคาดหวังระหว่างกัน เมื่อมีสัมพันธภาพระหว่างกันเกิดขึ้น ในระยะนี้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติ ดังต่อไปนี้ คือค้นหาสาเหตุของปัญหาของผู้รับบริการ พยาบาลใช้เทคนิคการสนทนาที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้รับบริการได้ระบายปัญหาความวิตกกังวลออกมาให้</p>

กระบวนการพยาบาล	ระยะของสัมพันธภาพ
กำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่จะนำไปปฏิบัติกับผู้รับบริการ และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน	มากที่สุด เพื่อช่วยให้สามารถระบุปัญหา ซึ่งทักษะที่สำคัญของพยาบาลในระยะนี้คือ การฟังและการถาม โดยในการฟังนั้นพยาบาลต้องฟังอย่างตั้งใจและติดตามเรื่องราวของผู้รับบริการเพื่อจับประเด็นให้ได้ ฟังอย่างเข้าใจและเห็นใจในปัญหาของผู้รับบริการมากกว่าการแนะนำ ชัดแย้ง หรือสั่งสอน เพราะบางครั้งเมื่อผู้รับบริการได้ระบายปัญหาออกมาแล้ว ผู้รับบริการอาจจะมองเห็นแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง สำหรับการถามนั้น พยาบาลต้องซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ เพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการ ไม่ใช่ถามเพราะพยาบาลอยากรู้
<p>การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)</p> <p>พยาบาลและผู้รับบริการต่างเคารพซึ่งกันและกันในความเป็นปัจเจกบุคคลและทั้งสองฝ่ายต่างเกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นอันเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กันและร่วมมือกันในการทำกิจกรรมต่างๆ</p>	<p>๓. ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase)</p> <p>เป็นขั้นตอนการแก้ปัญหาหลังจากที่สามารถระบุปัญหาได้แล้ว ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต่างรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของบรรยากาศการช่วยเหลือ ผู้รับบริการเห็นคุณค่าของสัมพันธภาพและเห็นประโยชน์ในระยะนี้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติ ดังต่อไปนี้ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ช่วยพัฒนาการเข้าใจตนเองและการแก้ไขปัญหของผู้รับบริการ หลังจากผู้รับบริการได้ระบายปัญหาออกมาแล้ว พยาบาลใช้ทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดช่วยให้ผู้รับบริการได้วิเคราะห์พฤติกรรม ความคิดและการกระทำของตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้เข้าใจตนเองและเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น พยาบาลอาจให้ข้อมูลและช่วยผู้รับบริการให้ใช้วิธีการแก้ไขปัญหาใหม่ให้ผู้รับบริการได้ตัดสินใจ เลือกแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง ในแนวทางที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางสร้างสรรค์และเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ ๒. ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ โดยการให้เวลา ให้กำลังใจ ให้การช่วยเหลืออย่างจริงจัง พยายามช่วยให้ผู้รับบริการมีสังคมกับคนอื่น เพื่อสามารถมองตนเองและคนอื่นในแง่ดีขึ้น แต่ต้องไม่ทำให้พึ่งพาพยาบาลมากเกินไป ต้องพยายามทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองสามารถตัดสินใจและปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ ๓. พยาบาลต้องชำนาญในการใช้ทักษะต่าง ๆ เช่น การฟัง การยอมรับ การทำความเข้าใจ และการตีความหมายและนำทักษะเหล่านี้มาใช้ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถค้นพบศักยภาพในตนเอง และนำมาใช้ในการปรับตัวและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

กระบวนการพยาบาล	ระยะของสัมพันธภาพ
<p>การประเมินผล (Evaluation) ประเมินผลและรับทราบผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล</p>	<p>๔. ระยะสรุปผล (Resolution Phase) เป็นระยะที่เมื่อความต้องการของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองจากความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ผู้รับบริการเข้าใจตนเองและสามารถแก้ไขปัญหาได้แล้ว ความต้องการในการช่วยเหลือก็ลดน้อยลง สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการสิ้นสุด ระยะนี้มีการประเมินผลและอาจมีการสร้างเป้าหมายใหม่เพื่อการรักษาและการดำรงภาวะสุขภาพต่อไป ในระยะนี้ถ้าพยาบาลเตรียมผู้รับบริการไม่ดี ผู้รับบริการอาจเกิดความวิตกกังวลจากการพลัดพราก (Separate Anxiety) ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปแบบต่างๆ เช่น ไม่ยอมรับการยุติสัมพันธภาพ ไม่ยอมรับในตัวพยาบาล มีอาการซึมเศร้ามากขึ้น แสดงอาการก้าวร้าวทางคำพูดและท่าทาง และมีท่าที่ไม่เป็นมิตร และมีพฤติกรรมถดถอยช่วยเหลือตนเองน้อยลงหรือไม่ช่วยเหลือตนเอง ในระยะนี้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติพยาบาลควรให้ผู้รับบริการได้รับการเตรียมตัวล่วงหน้าได้รับทราบถึงการยุติสัมพันธภาพ ตั้งแต่ระยะแรก และได้รับการเตือนเป็นระยะๆ ว่าเหลือเวลาอีกประมาณกี่วัน กี่สัปดาห์ ที่จะยุติสัมพันธภาพ โดยมากนิยมบอก ๑-๒ สัปดาห์ ก่อนยุติสัมพันธภาพ เพื่อคุปฏิบัติกริยาได้ตอบอย่างไร จะได้ให้การช่วยเหลือทันที่ ซึ่งการสิ้นสุดสัมพันธภาพเป็นการช่วยให้ผู้เรียนรู้ว่าสัมพันธภาพกับทุกคนจะต้องมีการยุติลงในวันใดวันหนึ่งเป็นการให้ความจริงที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ</p>

ที่มา : จิราพร รักการ, (ม.ป.ป)

กล่าวได้ว่าการนำทฤษฎีของเพ็พพลาวไปใช้ในกระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือผู้รับบริการ ให้มีความสามารถหรือศักยภาพที่เพิ่มขึ้นทั้งทางความคิดและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยมุ่งเน้นสัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการและความร่วมมือระหว่างกัน ในการช่วยเหลือโดยที่คนหนึ่งเป็นผู้รับบริการที่รู้สึกว่าคุณเองมีปัญหา มีความต้องการและต้องการการสนองความต้องการ และอีกคนหนึ่งเป็นพยาบาลที่ได้รับการฝึกให้ตระหนักในตนเอง และมีทักษะในการให้ความช่วยเหลือและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการจนเกิดเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิดการพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหาาร่วมกัน พยาบาลมีกระบวนการพยาบาลเพื่อการรวบรวมข้อมูล วินิจฉัยปัญหา วางแผน ปฏิบัติและประเมิน กระบวนการช่วยเหลือนี้ใช้การสังเกต การสื่อสารและการบันทึกเป็นพื้นฐานเพื่อการดูแลที่ความครอบคลุมองค์รวม ผู้รับบริการบางรายพยาบาล

อาจสามารถ สร้างความไว้วางใจได้อย่างรวดเร็ว จึงผ่านระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพไปโดยใช้เวลาไม่มากและเข้าสู่ระยะระบุปัญหาและ ระยะดำเนินการแก้ปัญหาแม้พบกันครั้งแรกกับผู้รับบริการได้ และในทางตรงข้ามหากผู้รับบริการไม่พร้อม ไม่ต้องการและ ไม่ไว้วางใจ อาจต้องใช้เวลากับระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ อย่างมากและพบกันหลายครั้งจึงเข้าสู่ระยะระบุปัญหาและระยะดำเนินการแก้ปัญหาได้ ความสำเร็จของการช่วยเหลือจึงขึ้นกับความชำนาญ ทักษะ ความพร้อมของพยาบาลและผู้รับ บริการ รวมถึงความต้องการของผู้รับบริการซึ่งแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันในบริบทของปัญหาด้วย ดังนั้น การนำไปใช้ในกระบวนการพยาบาลจึงต้องตระหนักถึงระยะต่างๆ ของการสร้างสัมพันธภาพอยู่ตลอดเวลาเพื่อที่จะสามารถวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย

กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework)

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิด ของมาร์ จอร์รี่ กอร์ดอน (Gordon, ๑๙๙๔) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย ๑๑ แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย การตัดสินใจว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือผิดปกติ พิจารณาจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคล ตามกลุ่มอายุและเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม โดยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุ จะนำมาพิจารณาตัดสินความปกติหรือผิดปกติของพฤติกรรมภายในบางแบบแผน เช่น แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร หรือแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย จะพิจารณาจากค่าปกติของสารเคมีต่างๆ ในเลือด โดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผน เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย ๑๑ แบบแผน ดังนี้

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ โดยรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดต่อการดำเนินชีวิตปกติ เช่น ผลกระทบต่อการหารายได้ภาระในครอบครัว การกินอยู่หลับนอน ตลอดจนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยภายใต้คุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ของเขา รวมถึงความสามารถในการเรียนรู้หรือปรับตัวเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหา ฯลฯ

แบบแผนที่ ๒ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ประเมินการปรับตัวในเรื่องการรับประทานของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย เช่น ปรับเวลา ปรับอาหารให้สอดคล้องกับงานที่ทำ สภาพแวดล้อมหรือสภาพร่างกาย โรคหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนมุมมอง (ความคิด) ของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคและการเผาผลาญสารอาหารของตนเอง เช่น การดื่มเหล้า ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว

แบบแผนที่ ๓ การขยับถ่าย ประเมินกระบวนการขยับถ่าย ลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้งของการขยับถ่าย ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการขยับถ่าย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงกระบวนการขยับถ่ายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย และการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหา ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับการขยับถ่าย (ตรวจท้อง ระบบขยับถ่ายปัสสาวะ บริเวณรอบทวารหนักและการทำงานของลำไส้) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย ประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลบ้าน การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างนันทนาการ มุมมองในการออกกำลังกายของผู้รับบริการข้อจำกัดหรือเงื่อนไขในการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย เช่น หอบเหนื่อยแน่นหน้าอก ไม่มีเวลา ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกาย ตลอดจนความรู้สึที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องด้วยข้อจำกัดต่างๆ

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ ประเมินการนอนหลับ และการพักผ่อน (Relax) ของผู้ป่วย ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่ส่งต่อการนอน ตลอดจนความรู้สึและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ตามความต้องการการปฏิบัติตนให้รู้สึกผ่อนคลาย (มีวิธีทำให้ตนรู้สึกผ่อนคลาย/หายเครียดอย่างไรบ้าง สังเกต พฤติกรรมการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ เป็นต้น) การสังเกตอาการแสดงถึงการนอนไม่พอ

แบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและการรับรู้ ประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำ การแก้ปัญหา ตลอดจนการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองและการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการอ่านและการเขียนหนังสือ/ความจำ/การรับรู้ต่อบุคคล สถานที่และเวลา/ลักษณะการตอบโต้การใช้ภาษา/การได้ยิน/การมองเห็น/การได้กลิ่น/การสัมผัส/อาการเหน็บชา/เจ็บปวด/ระดับความรู้สึกตัว/ Neurological signs/ Reflex

แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ประเมินความคิด ความรู้สึกความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อตนเอง เช่น คุณค่าความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ความสามารถ ฯลฯ ทั้งในภาวะปกติและในขณะที่เจ็บป่วยที่ส่งต่อการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนความรู้สึที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เนื่องด้วยข้อจำกัดต่างๆ เช่น ความรู้สึกผิดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาบ้าของตนเอง หรือความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ ประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การที่ต้องรับผิดชอบชีวิตของทุกคนในครอบครัว ทำให้สนใจแต่เรื่องทำมาหากิน ไม่ได้คิดถึงเรื่องมารักษาที่โรงพยาบาลหรือมาตรวจตามนัด และผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อบทบาทและสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น เช่น บทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนในครอบครัวลดลง แยกตัวออกจากสังคม การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวขณะป่วยขณะป่วยนี้ กระทบต่ออาชีพการงานหรือไม่อย่างไร

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ (พิจารณาตามความเหมาะสมกับอายุและ สถานการณ์) ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะทางเพศ พฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไป จากปกติ ผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและคู่ของตนเองเพศสัมพันธ์ (ถามในกรณีที่แต่งงานแล้ว มีปัญหาหรือไม่ ป้องกันโรคติดต่ออย่างไร) เพศหญิง (ประวัติการมีประจำเดือน ความผิดปกติขณะมีประจำเดือน ตกขาว ตกเลือด เป็นหนอง คัน มีก้อน ตุ่ม หรือไม่การคุมกำเนิด) เพศชาย (ปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ มีหนองคัน ต่อมลูกหมากโต ใส่เลื่อน มีก้อน/ ตุ่มหรือไม่)พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศหรือไม่ ผลการตรวจร่างกายระบบสืบพันธุ์ (เฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ว่า อาจมีความผิดปกติเพศหญิงตรวจเต้านม และอวัยวะเพศชาย ตรวจอวัยวะเพศ)

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด ประเมินความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียด ทั้งในภาวะปกติและการเจ็บป่วยโดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น เผชิญกับความไม่สุขสบายทางกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาท การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ฯลฯ ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน รำคาญ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีแรงใจ กลัว ฯลฯ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัว การแก้ปัญหา บริบทแวดล้อมที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว และกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับตัวและการแก้ปัญหา

แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าและความเชื่อ ประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสะท้อนออกมาทางความคิดและพฤติกรรมที่ แสดงออกต่อสิ่งที่ตนเองคิดว่า ความหมายต่อการดำเนินชีวิตของตนเองและการดูแลสุขภาพ เช่น กราบไหว้ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อขอให้ท่านปกป้องคุ้มครองภัยอันตรายการงดเว้นของแสลงเพราะเชื่อว่าจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพให้บริการทางด้านสาธารณสุข ที่มีความจำเป็นต่อสังคมอย่างมาก เนื่องจากการให้บริการทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การให้ความรู้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บไข้ การฟื้นฟูสุขภาพ และการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค วิชาชีพพยาบาลเกี่ยวข้องกับการดูแลมนุษย์ เป็นการปฏิบัติต่อมนุษย์โดยตรง มีความเกี่ยวข้องกับความ เป็นความตายของชีวิต ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีความแตกต่างกันให้เหมาะสมของแต่ละคน ต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผล ถึงแม้ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจะเป็นผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุข แต่ก็ยังต้องมีกฎหมายเข้ามาควบคุมให้การพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน และจริยธรรมแห่งวิชาชีพตามที่สภาการพยาบาลได้กำหนด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย และลดการฟ้องร้องจากผู้

ได้รับความเสียหาย ดังนั้นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล นอกจากจะต้องมีความรู้ทักษะทางการพยาบาลแล้ว ยังต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรม และจรรยาบรรณในการประกอบวิชาชีพ โดยหลักจริยธรรมสากลพื้นฐานของบริการสุขภาพ คือ การไม่ทำอันตราย หรือไม่ทำสิ่งไม่ดี (Non maleficence) การตระหนักถึงความเป็นอิสระเป็นตัวเองของบุคคล (Autonomy) ความซื่อสัตย์ (fidelity) การกระทำในสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ (Beneficence) การบอกความจริง (Veracity) และความยุติธรรม (Justice) นอกจากนี้ยังมีหลักจริยธรรมในการการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การพิทักษ์สิทธิ์ ทำหน้าที่แทน (Advocacy) ความรับผิดชอบ (Accountability) ความร่วมมือ (Cooperation) และความเอื้ออาทร (Caring) (วรัฏฐกานต์ อัครพรวิพุธ, ๒๕๕๙)

สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดเป็นผู้ป่วยที่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งทางกายและทางใจ โรคทางกาย คือ การรักษาอาการติดยาทางกายให้บรรเทาหรือหมดไป บางรายมีโรคแทรกซ้อนต้องให้การรักษาโรคแทรกซ้อนไปพร้อมกัน โดยให้การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้คืนสู่สภาพปกติ นอกจากนี้ยังต้องรักษาโรคทางใจ ที่เกิดจากการหลอหลอมบุคลิกภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการบำบัดรักษาและพยาบาลที่ซับซ้อนมาก ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดต้องมีความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการให้การพยาบาลแก้ไขปัญหาทางด้านกายจิต สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย แบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น

การพยาบาล (Nursing)

สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความของ “การพยาบาล” (Nursing) ไว้ว่า “การพยาบาลเป็นการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของประชาชน ตั้งแต่มีสุขภาพดีไปจนถึงมีการเจ็บป่วยโดยปราศจากเงื่อนไขใดๆ โดยการบูรณาการความรู้เชิงประจักษ์ร่วมกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยไว้ในกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน โดยใช้ความสัมพันธ์ที่เอื้ออาทรเพื่อช่วยให้หายจากการเจ็บป่วย และได้สุขภาพดีกลับคืนมา”

กระบวนการพยาบาล (Nursing process)

กระบวนการพยาบาล (Nursing process) เป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากการพยาบาลมีเป้าหมายหลักอยู่ที่ การดูแลผู้รับบริการทั้งที่เป็นบุคคล ครอบครัวและชุมชน กระบวนการพยาบาลเป็นการดูแลบุคคลเฉพาะรายที่เจาะจง โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างมีระบบ เป็นเครื่องมือประยุกต์ใช้ความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ ช่วยให้การดำเนินงานมีระบบ มีขั้นตอน ทราบเป้าหมายที่ชัดเจนของการพยาบาล ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง การพยาบาลไม่เกิดความซ้ำซ้อนหรือละเลยต่อการปฏิบัติ มีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน (ศศิธร ชิดน้ายิ, ๒๕๖๐)

การใช้กระบวนการพยาบาลมีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากพยาบาลต้องเผชิญปัญหาที่ท้าทายในการปฏิบัติงาน จากสถานการณ์ด้านสุขภาพในปัจจุบันที่มีความซับซ้อน ความไม่ชัดเจนของสถานการณ์ การมีข้อมูลจำนวนมากที่เข้ามา การใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ภาวะเครียดมากมายทำให้พยาบาลต้องมีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อใช้วิเคราะห์และตัดสินใจเลือกข้อมูลเพื่อนำมาสู่การปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้รับบริการที่มีคุณภาพ กระบวนการพยาบาลที่มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณช่วยเพิ่มระดับการดูแลให้มีมาตรฐานและคุณภาพที่สูงมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม และมีความปลอดภัย

การใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะพื้นฐานหลายประการ ได้แก่ ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ทักษะการคิด เช่น การคิดตัดสินใจ การคิดสร้างสรรค์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Wilkinson, ๑๙๙๖) การพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณจะช่วยให้เกิดการตัดสินใจทางคลินิกและแก้ปัญหาได้ดี ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายสำคัญในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล และการคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นสิ่งที่จำเป็น

กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการแก้ปัญหาอย่างมีระบบ ตามหลักวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์ประเด็นปัญหานำไปสู่การแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เป็นเครื่องมือประยุกต์ความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ ทำให้ทราบถึงเป้าหมายที่ชัดเจนของการพยาบาล ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง และทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน กระบวนการพยาบาลมี ๕ ขั้นตอน ตามลำดับ ได้แก่

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

กระบวนการพยาบาลเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ภายใต้คำสั่งของแพทย์

กระบวนการพยาบาลทั้ง ๕ ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้ (อรนนท์ หาญยุทธ, ๒๕๕๗)

๑. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล เป็นการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ตลอดจนความสามารถในการจัดการความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นขั้นตอนที่ทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตลอดกระบวนการพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการจะต้องถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการอย่างแท้จริง การประเมินภาวะสุขภาพจะนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ควรเป็นการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของทุกความต้องการของผู้รับบริการ โดยใช้แนวคิด

และรูปแบบการพยาบาลมาใช้เป็นกรอบแนวคิด การประเมินภาวะสุขภาพมีกิจกรรมที่พยาบาล ต้องทำมี ๕ กิจกรรม ได้แก่

๑.๑ การเก็บข้อมูล (Collecting data) เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม-วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past health history) การเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present/ Current illness) ผลการตรวจและการรักษาของแพทย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลที่เก็บจะต้องสะท้อนต่อภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective Data) ข้อเท็จจริงที่ได้มาจากผู้รับบริการโดยตรงเป็นความรู้สึกหรืออาการ (symptoms) โดยผู้รับบริการเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยเจ็บของตนเองในปัจจุบัน อดีตที่ผ่านมา วิธีการดำเนินชีวิตและความต้องการที่ต้องการการตอบสนอง ข้อมูลปรนัย (Objective Data) เป็นข้อมูลที่เก็บมาจากอาการแสดง (Signs) พยาบาลรับรู้ได้จากการดู การสังเกต การวัด การตรวจ การฟัง การสัมผัสการดม และการตรวจร่างกาย (Physical Examination) เช่น สีหน้าที่แสดงออกมา ลักษณะการเดิน การยืน ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าของความดันโลหิต อุณหภูมิของร่างกาย เป็นต้น วิธีการเก็บข้อมูลเบื้องต้นที่ใช้ ได้แก่ การสังเกต (Observation) การสัมภาษณ์ (Interview) การตรวจร่างกาย (Physical examination or Physical assessment) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและจากประวัติสุขภาพ การตรวจสภาพจิต (mental health examination / mental status examination)

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

๑.๓ การตรวจสอบข้อมูล (Validation of data) ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาในขั้นตอนของการประเมินภาวะสุขภาพต้องสมบูรณ์ เป็นความจริงและถูกต้อง เพราะว่าการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการเลือกกิจกรรมการพยาบาล ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้มา การตรวจสอบข้อมูลจึงเป็นการตรวจสอบซ้ำหรือตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้มาถูกต้องและเป็นความจริงโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่เก็บมา ครบถ้วนสมบูรณ์ ข้อมูลปรนัยและข้อมูลอัตนัยมีความสอดคล้องกัน ให้ได้ข้อมูลอื่นที่ถูกลืมมองข้ามไป ป้องกันการสรุปอย่างเร่งรีบ และให้สามารถแยกแยะข้อมูลในประเด็นต่างๆ ก่อนทำการสรุป

๑.๔ การวิเคราะห์ข้อมูล (Analyzing of data) เป็นการใช้เหตุและผลในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาทั้งหมด การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการส่งสัญญาณให้รู้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพหรือไม่ พิจารณาได้จากสิ่งบ่งบอกของปัญหา (Cues) ที่สำคัญ ได้แก่ อาการและอาการแสดง สิ่งบ่งบอกจะนำไปสู่การค้นหาความต้องการ หรือปัญหาถ้าข้อมูลถูกรวบรวมในรูปแบบของ ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน จะทำให้พยาบาลได้มุ่งความสนใจไปที่ความต้องการหรือปัญหา ในแบบแผนสุขภาพนั้นๆ สรุปออกมาเป็นปัญหาสุขภาพ

๑.๕ การบันทึกข้อมูล (Recording/Documentation of data) ข้อมูลจะถูกบันทึกทุกขั้นตอนของการประเมินสุขภาพ รูปแบบของการบันทึกขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่จะนำออกแบบมาใช้ ก่อนที่ข้อมูลจะถูกบันทึก จะต้องมีการรวบรวมข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ การบันทึกต้องบันทึกปราศจากอคติหรือลำเอียงหรือการใช้ความคิดเห็นส่วนตัว ต้องระบุว่าเป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) หรือข้อมูลปรนัย (Objective data) การบันทึกข้อมูลอัตนัยพยาบาลต้องบันทึกตามคำพูดที่ผู้บริการพูดออกมา โดยทำเครื่องหมายคำพูด ในข้อความนั้นๆ ที่พิจารณาว่าเป็นข้อมูลขึ้นที่สำคัญ การบันทึกต้องกระชับ กะทัดรัด สั้นแต่ได้ใจความ ตัวสะกดและไวยากรณ์ที่ใช้ต้องถูกต้อง การบันทึกจะเขียนหรือพิมพ์ก็ได้ให้สามารถอ่านได้ ชัดเจน การบันทึกข้อมูลไม่ใช่การสรุปข้อมูล

๒. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ (Client's needs or problems) ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อเท็จจริงจนสรุปได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพ มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis Statement) NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association) ได้ให้ความหมายของการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ว่า “เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับ บุคคล ครอบครัวหรือชุมชนที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นหรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้ในกระบวนการของชีวิต การวินิจฉัยการพยาบาลใช้เป็นฐานสำหรับการจัดกิจกรรมการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่พยาบาลรับผิดชอบ NANDA ได้จำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาล ออกเป็น ๕ ประเภทดังนี้

๒.๑ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่บ่งบอกถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วในขณะที่ทำการประเมินภาวะสุขภาพ มีอาการและอาการแสดงให้เห็นชัดเจน (Signs and Symptoms) ได้มาจากการบอกเล่าของผู้รับบริการหรือจากการสังเกตของพยาบาลที่เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (Objective data) หรือจากการวินิจฉัยของแพทย์ นำปัญหาสุขภาพมาเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ตามรูปแบบ PES ของ NANDA ดังนี้ P = Problem เป็นส่วนของปัญหาสุขภาพ, E = Cause เป็นส่วนของสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, S = Signs and Symptoms เป็นส่วนของอาการและอาการแสดงทางคลินิก

๒.๒ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (Risk nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้คือมีปัจจัยเสี่ยงปรากฏให้เห็น แต่ปัญหายังไม่เกิด ไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็นชัด และมีโอกาสพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพได้ถ้าพยาบาลปล่อยให้ปัจจัยเสี่ยงได้พัฒนา จนเป็นปัญหาการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้จึงไม่ต้องเขียน/ระบุอาการหรืออาการแสดงไว้เนื่องจากปัญหาสุขภาพยังไม่เกิด แต่ต้องระบุปัจจัยเสี่ยงที่แสดงว่าปัญหาทำท่าจะเกิดจากปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ พยาบาลต้องทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งกับปัจจัยเสี่ยงนั้นเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาการเขียนข้อวินิจฉัยประเภทนี้ จะขึ้นต้นข้อความว่า “เสี่ยง” (Risk) นำปัญหาสุขภาพมาเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบ PES

๒.๓ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น (Possible nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ปัญหาอาจเกิดขึ้นได้แต่ยังไม่ชัดเจนและไม่สมบูรณ์ในข้อมูลที่มีและสาเหตุของปัญหายัง

ระบุไม่ได้ ปัญหาเป็นเพียงพิจารณาได้ว่าอาจจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลต้องหาข้อมูลที่สำคัญและเกี่ยวข้องมาสนับสนุนเพิ่มเติมหรือตัดทิ้งออกไปถ้าแน่ใจว่าปัญหาจะไม่เกิด การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้ จะขึ้นต้นข้อความว่า “อาจ” (Possible) นำปัญหาสุขภาพมาเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบ PES

๒.๔ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี (Wellness nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดีที่แสดงถึงภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับสุขภาพดี เป็นระดับที่ดีมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพสามารถพิจารณาได้จากพฤติกรรมของผู้รับบริการใน ๒ ประเด็นนี้ได้แก่ ๑) พฤติกรรมที่แสดงถึงความต้องการที่จะมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น ๒) พฤติกรรมที่แสดงถึงการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะเริ่มต้นด้วยคำ “มีความพร้อมสำหรับ...” (Readiness for Enhanced) หรือขึ้นต้นด้วยข้อความที่เป็นการบ่งบอกถึงพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น ข้อวินิจฉัยประเภทนี้จะเน้นที่การตอบสนองของการมีสุขภาพดีของผู้รับบริการ นำปัญหาสุขภาพมาเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบ PES

๒.๕ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกลุ่มของอาการ (Syndrome Nursing Diagnosis Statement) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อธิบายกลุ่มอาการที่เฉพาะเจาะจงของการวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นร่วมกันของข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้วกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกัน ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ซึ่งจะบอกให้พยาบาลได้รับรู้ว่ามีสถานการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้จะมีข้อความที่รวมถึงพยาธิสภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

๓. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) มี ๔ ขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้

๓.๑ จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญ และความเร่งด่วนของปัญหา การจัดลำดับมีหลักการพิจารณา ได้ ๒ ทาง คือ

๑) ปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลต่อชีวิตต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันที เป็นปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) เช่น “ขาดประสิทธิภาพในการหายใจเนื่องจากมีเสมหะคั่งในทางเดินหายใจ” “เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายเนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ”

๒) การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs theory, ๑๙๕๓) ตามขั้นตอนความต้องการของมนุษย์ ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นระดับความต้องการที่จำเป็นต่อการอยู่รอดของชีวิต ได้แก่ อากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย อุณหภูมิ ที่อยู่อาศัย การพักผ่อนนอนหลับและความสัมพันธ์ทางเพศ ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล “ภาวะขาดน้ำเนื่องจากท้องเสียและอาเจียนอย่าง รุนแรงและต่อเนื่อง”

๓.๒ กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected outcomes) หรือเกณฑ์การประเมินผล (Evaluation criteria) เป็นการกำหนดข้อบ่งชี้ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปตามที่คาดหวังไว้ว่าบรรลุตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ เป็นการกำหนดเกณฑ์การประเมินผล

๓.๓ การเลือกกิจกรรมการพยาบาล (Selecting Nursing Interventions/Activities) เป็นการเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการและเป้าหมายการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่ทำในบทบาท หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและสอดคล้องกับแผนการรักษา

ของแพทย์ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ไม่ขัดต่อความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรม รวมถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ เป็นกิจกรรมสำหรับผู้รับบริการเฉพาะรายเน้นความเป็นปัจเจกบุคคลแบบองค์รวม

๓.๔ การเขียนแผนการพยาบาล (Writing nursing care plan) การเขียนแผนการพยาบาลเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลทุกคนที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการที่ได้รับมอบหมาย แผนการพยาบาลจะเขียนก่อนที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกคน รูปแบบหรือแบบฟอร์มแผนการพยาบาลที่ใช้มีความหลากหลายทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวปฏิบัติของแต่ละสถานบริการสุขภาพ การเขียนแผนการพยาบาลเป็นการ นำส่วนต่างๆ ที่เป็นองค์ประกอบของกระบวนการพยาบาลมาเขียนเป็นแผนการพยาบาล แผนการพยาบาลมีการเขียนดังนี้

๑) เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้ผ่านการจัดลำดับตามความสำคัญแล้ว พร้อมทั้งระบุข้อมูลสนับสนุนที่เป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (Objective data) ที่ได้มาจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ

๒) เขียนเป้าหมายและผลลัพธ์ที่คาดหวังสำหรับแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล การเขียนเป้าหมายควรเน้นไปที่ตัวผู้รับบริการ พยาบาลต้องการอยากเห็นการเปลี่ยนแปลงอะไรให้เกิดขึ้นกับ ผู้รับบริการเมื่อสิ้นสุดการให้การพยาบาลในช่วงของเวลาที่กำหนด อาจจะเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือสัปดาห์

๓) เขียนกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions) การเขียนกิจกรรมการพยาบาลเป็นการเขียนต่อจากผลลัพธ์ที่คาดหวังโดยถามว่า “พยาบาลจำเป็นต้องทำอะไร ในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้ได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด การเขียนอาจเขียนเป็นข้อๆ ตัวอย่าง ถ้าเป้าหมายเขียนไว้ว่า “ผู้รับบริการไม่มีอาการปวดแผลผ่าตัด” กิจกรรมการพยาบาลที่ทำ ๑) ประเมินอาการปวดจากสีหน้าหรือคำพูดของผู้รับบริการ ๒) ให้ยาแก้ปวดเมื่อต้องการตามแผนการรักษา เป็นต้น

๔) การเขียนเหตุผล (Scientific Rationale) การเขียนเหตุผลช่วยอธิบายถึงการพิจารณาการตัดสินใจของพยาบาลในการทำกิจกรรมการพยาบาลนั้นๆ การเขียนเหตุผลเป็นการบ่งบอกถึงศักยภาพของพยาบาลและความเป็นวิชาชีพการพยาบาล

๕) การประเมินผล (Evaluation) เป็นการเขียนผลการประเมินตามตัวชี้วัดที่ระบุไว้ในเกณฑ์การประเมินผล เป็นการตรวจสอบดูว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้แก่ผู้รับบริการสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงและสามารถแก้ปัญหาได้หรือไม่ ถ้าพบว่ามียุบัติหรือมีปัญหาที่ส่วนใดจะได้ใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงต่อไป

๔. การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan)

เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แผนการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์และถูกต้องก่อนนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ พยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการซ้ำ เพื่อตรวจสอบภาวะสุขภาพของผู้รับบริการอีกครั้งว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงจะได้มีการปรับกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติพยาบาลขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถและทักษะทางการพยาบาล เมื่อพยาบาลพิจารณาแล้วว่าขาดความรู้หรือไม่มีทักษะในกิจกรรมนั้นๆ จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากพยาบาลคนอื่นที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านนี้

โดยตรงมาช่วย เช่นเดียวกันในกรณีที่ผู้รับบริการมีขนาดตัวหรือน้ำหนักตัวมาก จึงจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นมาช่วยได้ การปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นถึงความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้รับบริการ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนในแต่ละกิจกรรมการพยาบาลก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ ถ้าพบว่ามีปัญหาในส่วนใดของกิจกรรมต้องทำให้กระจ่างและชัดเจนก่อน กิจกรรมการพยาบาลต้องเป็นการปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการเป็นรายบุคคล คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล สิทธิของบุคคล และความเสี่ยงต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ ในกรณีที่มีการมอบหมายแผนการพยาบาลให้พยาบาลคนอื่นนำไปใช้ ผู้ที่วางแผนการพยาบาล ต้องแน่ใจว่าทุกกิจกรรมการพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่เขียนไว้ จึงควรมีการนิเทศและตรวจสอบเป็นระยะๆ

๕. การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้รับบริการสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ การประเมินผลการพยาบาลช่วยทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการ ดังนั้นการประเมินผลการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาล และผลการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลเป็นการตรวจสอบว่า

๑. เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้รับบริการ บรรลุตามเกณฑ์การประเมินหรือไม่ ถ้าบรรลุตามเกณฑ์การประเมิน ปัญหาสุขภาพตามข้อวินิจฉัยนั้นจะถูกปล่อยออกจากแผนการพยาบาล

๒. ถ้าเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้รับบริการ บรรลุตามเกณฑ์การประเมินเป็นบางส่วน ต้องกลับมาทบทวนแผนการพยาบาลและทำการปรับหรือแก้ไขในส่วนนั้นๆ ก่อนนำไปปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการ และทำการประเมินอีกครั้ง

๓. ถ้าเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้รับบริการ ไม่บรรลุตามเกณฑ์การประเมิน พยาบาลต้องทบทวนแต่ละขั้นตอนของแผนการพยาบาล และพิจารณาถ้าจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขก็จะต้องทำการเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนการพยาบาลใหม่ทั้งหมด

๔. กิจกรรมการพยาบาลเหมาะสมและมีผลต่อการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการหรือไม่ การประเมินผลจะช่วยให้พยาบาลได้กำหนดกิจกรรมการพยาบาลได้ถูกต้องและสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและความคาดหวังของผู้รับบริการ

สรุป กระบวนการพยาบาลเป็นการกระทำกิจกรรมการดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง แต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เป็นการดำเนินการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเริ่มตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่มีเป้าหมายเป็นตัวกำหนด การประเมินผลและนำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไข นอกจากนี้การใช้กระบวนการพยาบาลทำให้พยาบาลได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการครอบครัวและชุมชนเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการผู้ที่เกี่ยวข้องและทีมสุขภาพ เป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาลและทีมสุขภาพ การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบมีขั้นตอน ของการตอบสนองความต้องการและปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล เป็นการปฏิบัติการพยาบาล

ที่มีมาตรฐาน ที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ปัญหาสุขภาพ และปัญหาที่เกี่ยวข้อง ได้รับการแก้ไขโดยพยาบาลและเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล

การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด

การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัดรักษาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ติดยาเสพติดให้มีพฤติกรรมเหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสังคมสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพของ ผู้ติดยาเสพติดให้รู้จักช่วยตนเองโดยอาศัยปรัชญาของการพยาบาลยาเสพติดว่า “ช่วยเพื่อช่วยตนเอง” (Help to self help) ทำให้ผู้ติดยาเสพติดรู้จักปรับปรุงตนเอง เผชิญปัญหาหรือวิกฤตการณ์ต่างๆ ไปในทางที่เหมาะสม รับฟังคำแนะนำ ยินยอมรับการรักษาพยาบาลเพื่อเลิกยาเสพติดให้ได้ (โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น)

การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดต้องให้การพยาบาลครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน คือ ชีวิต สังคม ความรู้ (Cognitive) และจิตวิญญาณ และต้องปฏิบัติตามวินัยการพยาบาลและเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดมีดังนี้ (ศรีสมบัติ และฉวีวรรณ, ๒๕๔๐ อ้างถึงใน นันทรี, ๒๕๔๘)

๑. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปราศจากสิ่ง que ผู้ป่วยจะเกิดความอยากได้ยา หรือสิ่งเสพติดต่างๆ จัดหาเครื่องมือให้พร้อมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วนในระยะถอนพิษยา (Detoxification) บรรยากาศของหอผู้ป่วยต้องรื่นรมย์ สงบ ไม่มีสิ่งกระตุ้นจนเกินไป

๒. การเข้าถึงผู้ป่วย (Approach) ผู้ป่วยที่อาศัยสิ่งเสพติดต่างๆ มักเป็นคนตามใจตัวเอง ทนกับอะไรไม่ค่อยได้ และคิดว่าคนอื่นไม่ชอบตน จึงจะแสดงกิริยาอาการต่อต้านบุคคลที่ไม่ชอบตน พยาบาลจะต้องเข้าใจถึงกลไกของการเกิดพฤติกรรมเช่นนี้ ความจริงแล้วผู้ป่วยต้องการได้รับความช่วยเหลือให้เขามีความภาคภูมิใจในตนเอง เชื่อมมั่นในตนเอง เคารพตนเอง ซึ่งจะทำให้อารมณ์ของเขาเป็นสุขและทำให้สังคมมีคุณค่าขึ้น

๓. ด้านความต้องการทางร่างกาย ขึ้นอยู่กับระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

๔. ให้ความคุ้มครองผู้ป่วย โดยป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันการทำร้ายตนเอง

๕. สัมพันธภาพภายในกลุ่ม จัดให้ผู้ป่วยได้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกัน ได้พูดคุยกัน จะได้เป็นการระบายทุกข์

๖. ระยะพักฟื้น จัดให้ผู้ป่วยมีงานประจำ ให้ผู้ป่วยได้ทำงาน ได้เล่นได้ฝึกนิสัยให้ผู้ป่วยหัดเป็นตัวของตัวเอง

คาร์เรน ลี ฟอนเทน (Karen Lee Fontaine) กล่าวว่า ผู้ติดยาเสพติดนั้น พบเห็นได้ไม่ยาก แต่ยากที่จะบำบัดรักษา ตัวผู้ป่วยเองจะต้องให้ความสนใจการบำบัดรักษา ยาเสพติดเป็นอันดับแรก และต้องได้รับการประคับประคอง สนับสนุนจากครอบครัวผู้บำบัดและชุมชนในภายหลังการให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดควรครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

๑. ด้านพฤติกรรม

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

๑.๒ การบำบัดรักษา

๑.๒.๑ สอนทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving skill) ผู้ป่วยยาเสพติด มักจะหลีกเลี่ยงปัญหา โดยการเสพยาเสพติด การปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญคือ การช่วยให้ผู้ป่วยเอาชนะการปฏิเสธการเสพยาเสพติดได้ ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่า ยาเสพติดเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดปัญหาต่างๆ ในชีวิตเขา แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยคบหากับบุคคลที่จะชักจูงให้ผู้ผู้ป่วยหยุดการเสพยาเสพติด และจะต้องมีความยึดมั่นผูกพันที่จะเลิกให้ได้ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งและเชื่อมั่นว่าตัวเองมีความสามารถที่จะเลิกยาเสพติดได้ และลดความรู้สึกว่าขาดการช่วยเหลือ และสิ้นหวัง ซึ่งทั้งนี้ พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยผ่านกระบวนการรับฟังและสนับสนุน

๑.๒.๒ การทำงาน ให้คำแนะนำเรื่องการทำงาน ให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะยังคงทำงานเดิมต่อไปหรือจะหางานใหม่อย่างไร ซึ่งการมีงานทำ มีอาชีพ เป็นเป้าหมายหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลอาจช่วยในการวางแผนทั้งเรื่องการศึกษาและการทำงาน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว บางครั้งอาจจะต้องจำลองสถานการณ์และสมมติให้ผู้ผู้ป่วยได้รับความกดดันเรื่องการทำงาน

๑.๒.๓ ด้านสุขภาพร่างกาย ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น โดยจัดโปรแกรมการออกกำลังกาย อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่า การออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง จะทำให้ร่างกายหลังสารเอนดอร์ฟิน ซึ่งเป็นสารธรรมชาติ ทำให้มีความสุข แทนที่จะได้รับความเคล็ดมสุขจากยาเสพติด

๑.๒.๔ จัดให้ผู้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help groups) จะช่วยให้เกิดความรู้สึกว่ามีประโยชน์และมีคุณค่า ในระยะเริ่มต้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพ จะต้องจัดและควบคุมให้ผู้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดยให้เป็นกลุ่มที่สนใจและเหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่มีทักษะการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ การจัดให้ผู้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดด้วยกันจะช่วยให้เขาได้เรียนรู้ มีการเคารพนับถือ และดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ลดความต้องการความสมบูรณ์แบบ (Perfectionism) และช่วยให้ครอบครัวพัฒนาความรับผิดชอบ ให้กำลังใจในการแสดงพฤติกรรมใหม่ๆ เพื่อเป็นการเสริมแรงในการเปลี่ยนพฤติกรรม

๑.๒.๕ การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมพบว่าเป็นข้อจำกัดของผู้ติดยาเสพติด การสอนให้ผู้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสมและให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ปลอดภัยเสพติด ซึ่งกลุ่มบำบัดเป็นการรักษาที่ดีที่สุด ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะยอมรับผู้ป่วย และรู้จักการช่วยเหลือผู้อื่น กลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเป็นแหล่งของมิตรภาพให้เขารู้สึกว่าเขาไม่ได้อยู่ลำพังคนเดียว

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

กระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการอย่างเป็นระบบ และมีขั้นตอนที่ต่อเนื่องตามหลักวิทยาศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล จะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ (พรศิริ พันธสี, ๒๕๕๖)

สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เพื่อเป็นขั้นตอนการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดให้ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพเช่นกัน โดยมีขั้นตอนการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ดังนี้ (วิมล ลักษณะภิชนชัช, ๒๕๖๓)

๑. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยยาเสพติด (Health Assessment)

๑.๑ การเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- สัญญาณชีพ
- น้ำหนัก ส่วนสูง
- ข้อมูลส่วนบุคคล
- ประวัติการใช้ยาเสพติดและการบำบัดรักษา ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย/ทางจิต ประวัติการต้องคดี สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร แพ้สารเคมี ฯลฯ
- ระดับการติดยาเสพติด
- ภาวะซึมเศร้า
- อาการถอนพิษยา
- แบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผน
- พฤติกรรม การแสดงออก
- แรงจูงใจในการบำบัดรักษา แรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด

การตรวจสภาพจิต มีดังนี้

๑. สภาพทั่วไปและพฤติกรรมการแสดงออก (general appearance and behavior)

๑.๑ การแต่งกาย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า ความเหมาะสมของการแต่งกายและเสื้อผ้า

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

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

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

๑.๕ ลักษณะร่างกาย เช่น สูงเตี้ยอ้วนผอม สมส่วน แขนขาสั้นกว่าปกติ มีบาดแผล รอยฟกช้ำ รอยแผลเป็นบริเวณร่างกาย เป็นต้น

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

๒. ลักษณะการติดต่อสื่อสาร (speech and communication)

๒.๑ ลักษณะเนื้อหาในการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ หลงผิด (delusion) เพื่อฝัน (fantasy)

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

๒.๓ ลักษณะภาษาท่าทาง เช่น การนั่งที่แสดงถึงการปิดตนเอง คือ นั่งกอดอกไขว่ห้าง การแสดงภาวะเครียด กัดฟันและกังวล คือ บีบมือ เกร็ง จิก/กัดปลายเท้า หรือการนั่งที่มีลักษณะผ่อนคลายคือวางมือไว้บนตัก โน้มตัวตามสบาย เป็นต้น

๓. ลักษณะการแสดงอารมณ์ (affect, mood)

๓.๑ อารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น หัวเราะครื้นเครงในงานศพ ร้องไห้ในงานแต่งงาน เป็นต้น

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

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

๓.๔ ไม่มีอารมณ์ใดๆ เลยต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น แม้ว่าต้องเผชิญกับปัญหา (labelle indifference)

๔. กระบวนการคิด (thinking process)

๔.๑ กระบวนการคิดผิดปกติ เช่น พูดววน (circumstantiality) เป็นการพูดอ้อมค้อมไม่ตรงจุดหมายโดยจะพูดเพิ่มเติมรายละเอียดที่ไม่ตรงประเด็น แต่ก่อนจบจะกลับมาที่จุดหมายเดิมหรืออาจพูดได้ว่าเป็นการตอบคำถามแบบซึกแม่น้ำทั้งห้า

๔.๒ การสร้างคำใหม่ขึ้นมาใช้เอง อาจเป็นคำใหม่หรือคำที่ใช้กันอยู่แต่ ถูกนำมาใช้ในความหมายที่แปลกไป โดยที่ผู้สัมภาษณ์หรือบุคคลทั่วไปฟังไม่เข้าใจไม่รู้เรื่อง

๔.๓ ความคิดเปลี่ยนแปลงรวดเร็วจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่อง (flight of ideas) คือการพูดอย่างรวดเร็วเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่งเชื่อมโยงเนื้อหาต่อเนื่องกันไม่ได้

๔.๔ การพูดตอบในลักษณะเดียวกัน คำพูดเดียวกันแม้ว่าคำถามจะเปลี่ยนไปแล้ว (perseveration)

๔.๕ การนำคำต่างๆ มาพูดต่อๆ กันโดยไม่สามารถเชื่อมคำเหล่านั้นให้เกิดความเข้าใจได้ (word salad)

๔.๖ การหยุดกะทันหันโดยไม่มีสาเหตุในช่วงที่กำลังพูดอยู่กลางประโยคเพราะนึกไม่ออกว่าจะพูดอะไร (blocking)

๔.๗ การพูดที่มีเนื้อหาผิดปกติ/อาการหลงผิด มีลักษณะแปลกประหลาด (bizarre delusion)

๔.๘ การย้ำพูดย้ำคิดอยู่ประโยคเดียวแม้จะตอบคำถามหรืออยู่คนเดียว ก็พูดขึ้นมาเองด้วยประโยคเดียวนั้น

๕. การรับรู้(perception)

ผ่านทางประสาทสัมผัสทางการมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัสของบุคคล การรับรู้ที่ผิดปกติแบ่งออกเป็น ๒ ลักษณะคือ

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

๕.๒ การแปลภาพผิด (illusion) เป็นการรับรู้ที่ผิดปกติโดยมีสิ่งเร้าเข้ามากระตุ้น

๖. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation)

เป็นการตระหนักรู้ถึงการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นในเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล

๗. ความจำ (memory) หมายถึง ลักษณะการให้ความสนใจและความสามารถในการเก็บข้อมูลไว้ในสมองโดยสามารถดึงข้อมูลดังกล่าวออกมาใช้ได้เมื่อต้องการ ดังนี้

๗.๑ ความจำในเรื่องที่ผ่านมาเป็นระยะเวลาหลายๆ หรือความจำในอดีต (remote memory)

๗.๒ ความจำในเรื่องที่เพิ่งจะเกิดขึ้นไปไม่นานหรือความจำในเรื่องปัจจุบัน (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 ถ้าคุณเดินไปเจอคุณจะได้เดินต่อไปหรือหนีไปทางอื่นเพราะอะไร เป็นต้น

๑๑. การรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง (insight) ประกอบด้วยความรู้และความเข้าใจในการเจ็บป่วยทางจิตของตนซึ่งมีระดับดังนี้

๑๑.๑ ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย

๑๑.๒ คิดว่าตนเองอาจป่วยและควรรักษาแต่ปฏิเสธการรักษา

๑๑.๓ คิดว่าตนเองป่วยแต่ไม่รู้ว่าป่วยเป็นอะไรและโทษไปที่ผู้อื่นหรือปัจจัยอื่นๆ

๑๑.๔ คิดว่าตนเองป่วยแต่เป็นการป่วยทางกาย

๑๑.๕ ยอมรับว่าป่วยเนื่องจากความผิดปกติทางจิตแต่ไม่ได้แก้ไขและไม่ทำอะไร

เปลี่ยนแปลง

๑๑.๖ ยอมรับว่าป่วยเนื่องจากความผิดปกติของจิตใจพร้อมจะแก้ไขและได้แสดงให้เห็นว่าได้พยายามแก้ไขบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้กลับคืนสู่ลักษณะปกติ

๑.๒ การวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้ มาจัดหมวดหมู่แล้ววิเคราะห์ว่า ข้อมูลใดผิดปกติ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติด

๒. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) หลังจากที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลแล้ว จัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ว่าข้อมูลใดผิดปกติ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมทั้งกำหนดข้อมูลสนับสนุนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นๆ ดังนั้น การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลจะประกอบด้วย ๒ ขั้นตอน คือ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการกำหนดข้อมูลสนับสนุน โดยรูปแบบของการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสามารถเขียนได้ ๔ รูปแบบ ดังนี้

๒.๑ ข้อวินิจฉัยสุขภาพดี เป็นข้อวินิจฉัยที่แสดงถึงภาวะสุขภาพปกติของผู้ป่วย เช่น

- เผชิญกับภาวะเครียดได้ดีเนื่องจากได้กำลังใจจากครอบครัว
- มีความตระหนักในโทษพิษภัยยาเสพติดเมื่อเข้ารับการรักษา
- มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีเนื่องจากมีเป้าหมายในชีวิต

๒.๒ ข้อวินิจฉัยปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น เป็นการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แสดงถึงการมีโอกาสที่จะเกิดปัญหา โดยมีข้อมูลสนับสนุนเป็นปัจจัยเสี่ยง หรืออาจเกิดปัญหาสุขภาพได้ในเวลาต่อมา เช่น

- เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากการรับรู้ผิดปกติ
- เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง
- เสี่ยงต่อการอยู่รับการรักษาไม่ครบกำหนด เนื่องจากมีความวิตกกังวล

และอยากกลับบ้าน

๒.๓ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้ว เป็นการกำหนดข้อวินิจฉัยที่แสดงถึงการมีภาวะสุขภาพที่ผิดปกติเกิดขึ้นแล้วจะต้องมีข้อมูลสนับสนุนชัดเจน เช่น

- บกพร่องในกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีอาการมึนงง สับสน
- ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เนื่องจากขาดความภาคภูมิใจในชีวิต
- ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการถอนพิษสุรา

๒.๔ ข้อวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ต่างจากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น พยาบาลสามารถให้การแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้โดยอิสระ แต่ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล เป็นปัญหาที่พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกับการรักษาของแพทย์ พยาบาลไม่สามารถแก้ไขได้ตามลำพัง ข้อวินิจฉัยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลจึงมีลักษณะเป็นภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย ที่พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกับแพทย์และทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง โดยพยาบาลมีบทบาทในการติดตามประเมินอาการผู้ป่วย และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดทำให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้โดยเร็วเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั้งนี้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เช่น

- เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง จากภาวะโปตัสเซียมและแมกนีเซียมต่ำ

- เสี่ยงต่อการถูกผู้อื่นทำร้าย เนื่องจากมีอาการหูแว่ว และหลงผิดจากอาการถอนพิษสุรา
- มีภาวะการทำงานของตับบกพร่อง เนื่องจากดื่มสุราเป็นเวลานาน

๓. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)

๓.๑ การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นการพิจารณาว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ระบุไว้ทั้งหมดของผู้ป่วยคนหนึ่งนั้น ข้อวินิจฉัยใดควรได้รับการดูแลช่วยเหลือก่อนหลัง โดยพิจารณาจากความรุนแรงของปัญหาที่ต้องรีบแก้ไขก่อน

๓.๒ การกำหนดเป้าหมายของการพยาบาล ได้มาจากการพิจารณาแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลว่าหลัง ให้การพยาบาลแล้วพยาบาลมีความคาดหวังให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพอย่างไร เป้าหมายของการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะเป็นแนวทางกว้างๆ ในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ตรงตามประเด็นและสามารถบอกเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหา

๓.๓ การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล เป็นการพิจารณาว่าการที่จะประเมินผลการพยาบาล จะประเมินได้จากข้อบ่งชี้อะไร หรือพฤติกรรมใดของผู้ป่วยที่ทำให้พยาบาลทราบว่าหลังจากให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยแล้ว ผลการเปลี่ยนแปลงบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่

๓.๔ การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เป็นการกำหนดวิธีปฏิบัติทางการพยาบาลต่างๆ หรือรายละเอียดของวิธีการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพให้กับผู้ป่วยจนบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลที่กำหนดไว้

๔. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation of nursing care plan) เป็นขั้นตอนที่จะนำแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาลที่ตั้งไว้ รวมทั้งมีการบันทึกสรุปการปฏิบัติการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ดังนั้น ขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาลจึงประกอบด้วย ๒ ขั้นตอน ดังนี้

๔.๑ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดตามแผนการพยาบาล เป็นการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้เพื่อแก้ไขภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนให้บรรลุเป้าหมายของการพยาบาล พยาบาลผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ มีทักษะ การปฏิบัติการพยาบาล มีการตัดสินใจ และการติดต่อสื่อสารที่ดี จึงจะสามารถนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๒ การบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด หลังจากปฏิบัติการพยาบาลแล้ว จะต้องมีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่เรียกว่า บันทึกทางการพยาบาลทุกครั้ง เพื่อสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละรายได้ทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สิ่ง que ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการมากที่สุด

๕. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินผลการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยว่าได้ผลลัพธ์อย่างไร ซึ่งอาจประเมินได้จากอาการ ภาวะสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการพยาบาลว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลที่กำหนดไว้ในขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล ถ้าบรรลุวัตถุประสงค์แสดงว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้รับการแก้ไขแล้ว การ

พยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยอาจยุติได้ แต่ถ้าไม่บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งอาจมีทั้งปัญหาได้รับการแก้ไขเพียงบางส่วน หรือปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ ก็ต้องกลับไปพิจารณาใหม่ ตั้งแต่ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลว่า ข้อมูลที่รวบรวมได้นั้นมีความถูกต้องครบถ้วน สมบูรณ์มากน้อยเพียงใด หรืออาจต้องพิจารณาการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาล ว่ามีข้อบกพร่องตรงไหน เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่เพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาลใหม่ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาล (พรศิริ พันธสี, ๒๕๕๖)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (วิมล ลักษณะภิกขุณี, ๒๕๖๓)

เมื่อผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในสถานบำบัด พยาบาลซึ่งถือเป็นวิชาชีพที่สำคัญที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา โดยให้การพยาบาลในระยะบำบัดด้วยยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และติดตามการรักษา ซึ่งพยาบาลมีบทบาทให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในทุกขั้นตอนของการบำบัดรักษา ดังนี้

๑. ประเมินสภาพผู้ป่วยยาเสพติด พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพ และระดับการติดยาเสพติดด้วยการซักประวัติการใช้ยาเสพติด ตรวจร่างกาย ดำเนินการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตาม แผนการรักษาของแพทย์และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินอาการถอนพิษยาด้วยแบบประเมินตามประเภทยาเสพติดที่ผู้ป่วยเสพ ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย ทางจิตประสาท ตลอดจนประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ พฤติกรรม ครอบครัว และสังคม เพื่อนำเสนอข้อมูลให้แพทย์ประกอบการวินิจฉัย และพยาบาลใช้เป็นข้อมูลในการตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายตามการวินิจฉัยการพยาบาล และมีการส่งต่อทีมสหวิชาชีพอื่นอย่างเหมาะสม ร่วมให้การดูแลด้วย เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

๒. ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดให้พ้นภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ซึ่งภาวะวิกฤติฉุกเฉินในผู้ป่วยยาเสพติด ได้แก่ ภาวะถอนพิษยา เช่น ภาวะถอนพิษสุรา ซัก เพื่อสับสน ภาวะถอนพิษสารกระตุ้น ประสาทหลอน ะอะโวยวาย ก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง ภาวะได้รับสารเฮโรอีนหรือเมทาโดนเกินขนาดมีภาวะกตการหายใจในผู้ป่วย เสพติดเฮโรอีน หรือภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เป็นโรคร่วมที่เกิดจากการใช้ยาหรือสารเสพติด เช่น เลือดออกในกระเพาะอาหาร ปอดอักเสบ เป็นต้น ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทในการประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วย เพื่อประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ประสานกับครอบครัวเพื่อรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนการบำบัดรักษาผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการบำบัดรักษา

๓. ให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะถอนพิษยา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนทางกาย และทางจิต สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา เมื่อหยุดใช้ยาเสพติดจะเกิดอาการถอนพิษหรืออาการขาดยา ซึ่งความรุนแรงของอาการถอนพิษยาอาจเกิดได้ตั้งแต่เล็กน้อย ปานกลาง จนถึงรุนแรงมาก ขึ้นกับระดับการติดยา ระยะเวลาในการเสพติด ปริมาณ การใช้ยาเสพติด ซึ่งอาการถอนพิษยานี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย จนถึงทุกข์ทรมาน หากไม่ได้รับการรักษาหรือดูแลอย่างเหมาะสมอาจทำให้

เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นได้ หรือหากผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจะทำให้ไม่สามารถก้าวผ่านระยะนี้ได้ การเลิกยาเสพติดจะไม่ประสบความสำเร็จ บทบาทของพยาบาลจะเป็นการประเมินอาการถอนพิษยาอย่างต่อเนื่อง ให้อาตามแผนการรักษา ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการถอนพิษยา ได้รับความปลอดภัยเมื่อเกิดอาการถอนพิษยา หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น จนผู้ป่วยปลอดภัยและกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

๔. ค้นหาปัญหาด้านจิตใจ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยยาเสพติดตลอดจนให้การช่วยเหลือ เนื่องจากปัญหาเสพติดเกี่ยวข้องกับปัญหาอื่นๆ รอบตัวผู้ป่วย จนทำให้เกิดการใช้ยาเสพติดและติดในที่สุด ดังนั้นการช่วยแก้ปัญหาด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยจึงเป็นการช่วยในเรื่องการเลิกใช้ ยาเสพติดควบคู่กันไปด้วย เช่น ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การตั้งครมไม่พึงประสงค์ บกพร่องในสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ปัญหาการว่างงาน ปัญหาบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม เป็นต้น พยาบาลมีบทบาทในการค้นหาปัญหา ให้คำปรึกษา หากต้องให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา พยาบาลมีบทบาทในการประสานผู้เกี่ยวข้องให้ร่วมแก้ไขด้วย เช่น ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวของผู้ป่วย หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อคลี่คลายปัญหาให้ผู้ป่วยจนผู้ป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้ต่อไปเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

๕. เสริมสร้างความตระหนักในโทษพิษภัยยาเสพติดและสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้ยาเสพติด เนื่องจากการใช้ยาเสพติดส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่การใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุข ความพึงพอใจในฤทธิ์ของยาเสพติด ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงต้องเสริมสร้างความตระหนักในโทษพิษภัยของยาเสพติด และสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้ยา โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการเลิกยาเสพติดและลดผลกระทบ ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด

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 ทักษะ การปฏิเสธ ฯลฯ ตลอดจนเสริมสร้างแรงจูงใจในการหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่อง

๙. ประสานทีมสหวิชาชีพ หรือเครือข่ายต่างๆ ในการจัดกิจกรรม/แก้ไขปัญหามัให้ผู้ป่วยยาเสพติด ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดต้องใช้ศาสตร์ในการดูแลรักษานั้นต้องใช้การผสมผสาน ศาสตร์ต่างๆ ในการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหามาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์เฉพาะทาง นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จึงมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา หรือกรณีผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพด้านอื่น เช่น โรคในช่องปาก พยาบาลมีบทบาทในการประสานทันตแพทย์ให้การบำบัดรักษาโรคในช่องปาก เป็นต้น หากผู้ป่วยมีปัญหาด้านอื่น เช่น ปัญหาทางด้านสังคม การประกอบอาชีพ พยาบาลมีบทบาทช่วยในการประสานเครือข่ายอื่นเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดในการแก้ปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติลดโอกาสกลับไปพึ่งพาสายเสพติด

๑๐. ให้การดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการเสพยาซ้ำ เมื่อผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาครบขั้นตอน และพร้อมกลับสู่สังคม ขั้นตอนการบำบัดยังคงมีต่อเนื่องในเรื่องของการติดตามการรักษา หรือให้การดูแลหลังรักษา โดยส่งเสริมการหยุดใช้ยาต่อเนื่อง ค้นหาปัญหาความเสี่ยงในการเสพยาซ้ำ และร่วมวางแผนแก้ไขปัญหามา หรือหากกรณีผู้ป่วยเสพยาซ้ำ นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา บทบาทนี้หากเป็นโรงพยาบาลทั่วไปพยาบาลคลินิกยาเสพติดจะเป็นผู้ติดตามการรักษา แต่หากเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจะมีนักสังคมสงเคราะห์หรือทีมสหวิชาชีพติดตามดูแลหลังรักษา

ซึ่งบทบาทต่างๆ ที่พยาบาลได้กระทำเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดนั้น ต้องใช้องค์ความรู้ และประสบการณ์ในการทำงาน ดังนั้นพยาบาลยาเสพติดจำเป็นจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (สุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ, ๒๕๕๗)

การพยาบาลผู้ป่วยแอมเฟตามีนหรือผู้ป่วยยาเสพติด มีความแตกต่างจากผู้ป่วยทางกายและผู้ป่วยทางจิต เนื่องจากผู้ติดยาเสพติดมีความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและเจ็บป่วยทางจิตใจ โดยผู้ป่วยเองไม่ได้ยอมรับและตระหนักว่าตัวเองเจ็บป่วย กลับมองว่าการใช้สารเสพติดหรือนำสารเสพติดเข้าสู่ร่างกายเป็นความพึงพอใจ และบางรายไม่ต้องการแสวงหาการบำบัดรักษาใดๆ ทำให้การรักษาพยาบาลทำได้ยาก

การพยาบาลผู้เสพยาแอมเฟตามีนต้องดูแลทั้งโรคแทรกซ้อนต่างๆ ทางร่างกายและทางจิต เพื่อให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น การให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่มทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ และการติดตามหลังการรักษาเพื่อป้องกันการติดยาซ้ำ

๑. ในระยะ ๒-๓ วัน หลังจากติดยาผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียและง่วงนอน เนื่องจากในช่วงที่ใช้ยาฤทธิ์ของยากระตุ้นประสาททำให้ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา บางรายจะพบว่าอดนอนเป็นเวลานาน ทำให้อ่อนเพลียมาก กระสับกระส่าย หงุดหงิด ง่วงนอน ในระยะนี้ควรดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ งดกิจกรรมบางอย่างไว้ก่อน

๒. สังเกตอาการทางจิต โดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติว่า ผู้ป่วยมีประวัติมีอาการทางจิตหรือไม่ เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาการหวาดระแวง การทำร้ายตนเองและผู้อื่น หรือมีประวัติการฆ่าตัวตายหรือไม่ และสังเกตจากการพูดคุย ทำให้พยาบาลทราบถึงความคิด ความเชื่อมโยงในความคิดของผู้ป่วย ความเป็นเหตุเป็นผลในเรื่องราวที่ผู้ป่วยพูดและสังเกตจากพฤติกรรม เช่น พูดคุยคนเดียว เดินวนไปวนมา มีสีหน้าหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่ตลอดเวลา เป็นต้น ซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพของผู้ป่วยได้ในเบื้องต้น

๓. ผู้ป่วยยาเสพติดเกือบทุกประเภทจะมีลักษณะของ Poor hygiene ไม่ค่อยสนใจดูแลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสะอาด ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า พยาบาลต้องช่วยสอดส่องดูแลและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของตนเอง และดูแลในเรื่องของความสะอาด

๔. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมในแต่ละกิจกรรมจะมีวัตถุประสงค์ ของกิจกรรมที่แตกต่างกัน แต่ในภาพรวมจะมีลักษณะของกิจกรรมที่เป็นการปรับเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมบางอย่างให้กับผู้ป่วย เช่น ให้อ่านการรับผิดชอบหน้าที่ของตนเอง การทำความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน หรือผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ในการบำบัดรักษาในการอยู่ร่วมกัน และกิจกรรมกลุ่มบำบัดต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความจำเป็นเป็นอย่างมากสำหรับผู้ติดยาเสพติด เพราะลักษณะการเจ็บป่วยของผู้เสพยาเสพติดจะเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ แต่มักถูกมองว่าเสมือนคนปกติไม่เจ็บป่วยอะไร ร่างกายแข็งแรงดี ช่วยเหลือตนเองได้ ถ้าศึกษาผู้ป่วยแต่ละรายจะพบว่ามีปัญหาที่แตกต่างกันและปัญหาที่มีความสลับซับซ้อน

๕. ให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ในการค้นหาปัญหาของการติดยาของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้การช่วยเหลือ โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมโดยใช้กิจกรรมเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกัน เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพราะจากการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยยาเสพติดจะพบว่าผู้ติดยามีปัญหาหลายๆ ด้านและสลับซับซ้อนเกี่ยวเนื่องกัน บางครั้งไม่สามารถแก้ไขได้เพียงลำพังต้องอาศัยความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด

๖. พยาบาลควรมีการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (Discharge plan) ในเรื่องต่อไปนี้

๖.๑ การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการทางจิต มีหูแว่ว เห็นภาพหลอน พูดคุยคนเดียว เดินไปเดินมา นอนไม่หลับ มีพฤติกรรมหรือคำพูดแปลกๆ ให้รีบพามาปรึกษาแพทย์

๖.๒ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การคบเพื่อน การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การวางแผนกิจวัตรประจำวันเพื่อใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ วิธีการจัดการกับอารมณ์ ความเครียด และปัญหาต่างๆ อย่างเหมาะสม

๖.๓ วางแผนในเรื่องของการศึกษาหรือประกอบอาชีพ เนื่องจากในกลุ่มของผู้ใช้ยาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่นซึ่งอยู่ในวัยเรียน การติดยาทำให้เสียโอกาสในการเรียน หรือถ้าพ้นวัยเรียนแล้ว ก็ควรประกอบอาชีพมีงานทำช่วยเหลือหาเลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้ ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่า มีประโยชน์ หรืออย่างน้อยก็เป็นการบริหารเวลาที่ถูกต้องและเกิดประโยชน์ ดังนั้นพยาบาลและผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องวางแผนร่วมกันเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

๗. การติดตามผล เป็นสิ่งที่ถือว่าเป็นหัวใจของการบำบัดรักษา เนื่องจากในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิดได้ แต่เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ในสังคม สิ่งแวดล้อมเดิมซึ่งใกล้ชิดกับยาเสพติด ทำให้กลับไปติดซ้ำเป็นจำนวนมาก ดังนั้นในระยะติดตามผลจึงมีความจำเป็นโดยเฉพาะในช่วง ๑-๒ เดือนแรก พบว่าอัตราการกลับไปติดซ้ำเป็นจำนวนมาก ควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแนะนำ และเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยเลิกยาได้

จากที่กล่าวมาจะพบว่า การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดมีความครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคม โดยในแต่ละระยะของการบำบัดมีวัตถุประสงค์ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลช่วยเหลือที่แตกต่างกันไป ในระยะเตรียมการก่อนการรักษาจะเน้นเรื่องของการประเมินสภาพผู้ป่วย การให้ข้อมูลในการบำบัดรักษา เพื่อเตรียมตัวเตรียมใจผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา ระยะบำบัดยานั่นคือการดูแลด้านร่างกาย การป้องกันและลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนจากการขาดยาเสพติด การสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มุ่งเน้นฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ พฤติกรรมที่บิดเบือน และแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ระยะติดตามการรักษา เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันด้านทานช่วยเหลือประคับประคองให้ดำเนินชีวิตในสังคมได้

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (จิราพร รักการ, ม.ป.ป.)

บทบาทของพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในประเทศไทยตามพื้นฐานการศึกษาสามารถแบ่งออกเป็น ๒ ระดับ ดังนี้

๑. บทบาทขั้นพื้นฐานหรือระดับรอง (Sub role of psychiatric mental health nursing) มีดังนี้

๑) เป็นผู้จัดสรรสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา (Creating of a therapeutic environment role) จัดสภาพหอผู้ป่วยให้คล้ายกับบ้าน คำนึงถึงความสะอาดสงบ เป็นสัดส่วน สวยงาม และสุขอนามัย

๒) เป็นเสมือนตัวแทนของแม่ (Mothering role) เป็นการเลี้ยงดูหรือบำรุงให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ได้รับอาหารเพียงพอ ห้ามปรามไม่ทำให้ผู้ป่วยทะเลาะวิวาทกัน จำกัดพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตราย ประคับประคองจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

๓) เป็นตัวแทนสังคม (Socializing agent role) ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ มีการทำงานร่วมกัน เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมในสังคม

๔) เป็นผู้ให้คำแนะนำปรึกษา (Counseling role) รับฟังผู้ป่วย ให้คำแนะนำช่วยเหลือตามความเหมาะสม

๕) เป็นเสมือนครู (Teaching role) สอนภารกิจง่ายๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่ขาดความสนใจตนเอง กิจกรรมที่กระทำขณะอยู่โรงพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพตนเอง

๖) การพยาบาลที่ใช้เทคนิคเฉพาะทางการพยาบาล (Technical nursing role) เป็นให้การพยาบาลพื้นฐานทุกประเภท ช่วยแพทย์ทำการรักษาทางกาย รวมทั้งสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วย

๒. บทบาทขั้นสูงหรือระดับผู้เชี่ยวชาญ (Role of the advance practice nurse) พยาบาลต้องมีความรู้ มีประสบการณ์ และทักษะสูง ซึ่งต้องจบการศึกษาเฉพาะทางสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ระดับปริญญาโทขึ้นไป เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Advance practice nurse: APN) ซึ่งมีบทบาทดังนี้

๑) เป็นที่ปรึกษา (Consultant role) มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง สามารถให้คำปรึกษาและแนะแนวทางแก่บุคคลที่มีปัญหาหรืออยู่ในภาวะวิกฤตเพื่อลดความตึงเครียดทางอารมณ์

๒) เป็นผู้ติดต่อให้ความร่วมมือ (Liaison nursing role) การให้ความร่วมมือกับพยาบาลทั่วไป ให้การช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลและในชุมชน

๓) เป็นผู้บำบัดรักษาเบื้องต้น (Primary therapeutic role) มีหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย ให้การบำบัดรักษาเบื้องต้นในชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจิตเวช โดยการให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดประคับประคอง และให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

๔) เป็นผู้บำบัดรักษา (Therapist role) มีหน้าที่สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเชิงการรักษา (Therapeutic nurse-patient relationship) และการทำงานจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy)

๕) เป็นผู้ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (Rehabilitating role) มีหน้าที่ในการวางแผน จัดกลุ่มการฟื้นฟูบำบัดต่างๆ และปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรอื่นในทีมการรักษาทางจิตเวช

๖) เป็นผู้ให้ความรู้ (Educator role) มีหน้าที่ในการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชนและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

๗) เป็นผู้เฝ้าตรวจหรือประสานงาน (Clinical supervision or coordinator role) มีหน้าที่บริหารจัดการภายในหอผู้ป่วย นิเทศการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล

๘) เป็นนักวิจัย ทำการวิจัยและรวบรวมผลงานวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่และนำออกเผยแพร่

๙) เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) โดยการพัฒนานวัตกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน

หลักการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ๔ มิติ

หลักการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ใช้การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ ทั้งในผู้ที่เกิดการเจ็บป่วยทางจิตขั้นแล้วและบุคคลทั่วไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

(ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, ๒๕๕๗)

๑. การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of mental health) เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (Primary prevention) โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดี มีพื้นฐานจากการกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้รับความรักความอบอุ่นจากมารดา บิดา หรือผู้เลี้ยงดู มีความไว้วางใจผู้อื่น มีการแสดงออกที่เหมาะสม เชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ยอมรับตนเอง การปฏิบัติการพยาบาล คือ การให้ความรู้ประชาชนในเรื่องสุขภาพจิต เริ่มตั้งแต่การให้ความรู้และคำแนะนำก่อนสมรสในการมีคู่ครองที่เหมาะสม โรคทางพันธุกรรม การให้กำเนิดทารกที่บิดามารดามีความพร้อม

การเลี้ยงดูทารก เด็ก และวัยรุ่นให้เจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและจิตใจ พัฒนาการของบุคคลทุกวัย ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของบุคคล

๒. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or maintenance of mental health) ปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย เพราะช่วงชีวิตของมนุษย์มีทั้งการเจริญเติบโตการพัฒนาการตามวัย (Growth and development) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และความรับผิดชอบตามหน้าที่ของบุคคลในสังคม อาจมีเหตุปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความขัดแย้ง ความคับข้องใจ ความเครียด และวิตกกังวลได้ การปฏิบัติการพยาบาล ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บุคคลได้รับการรักษาระดับของสุขภาพจิตให้ดีอยู่เสมอ พยาบาลจะเป็นผู้ให้ความรู้ ช่วยเหลือ แนะนำในเรื่องการปรับตัว (Adaptation and adjustment) การเผชิญปัญหา (Coping) การลดความวิตกกังวล ลดความเครียด รวมทั้งช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต

๓. การบำบัดรักษา (Therapeutic or restoration of mental health) บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตหากไม่จัดให้หมดไปอาจทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาทได้ การปฏิบัติการพยาบาล คือ ต้องให้คำแนะนำช่วยเหลือผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตให้ได้รับการรักษาทันที่ เพื่อไม่ให้สุขภาพจิตเสื่อมหรือลุกลาม ซึ่งจัดเป็นการป้องกันขั้นที่ ๒ (Secondary prevention) กิจกรรมทางการพยาบาล เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การให้ยา การดูแลทางด้านร่างกาย เป็นต้น

๔. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation of mental health) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจ จะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลช่วยเหลือตนเอง การปฏิบัติการพยาบาล คือ ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจัดเป็นการป้องกันขั้นที่ ๓ (Tertiary prevention) โดยจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การบำบัดทางความคิด การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และให้การรักษาบำบัดอื่นๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในระยะต่างๆ ที่ได้รับการรักษาด้วยยา

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ดังนี้ คือ

๑. ระยะเฉียบพลัน (Acute)
๒. ระยะคงเสถียร (Stabilization)
๓. ระยะอาการคงที่ (Stable)

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทระยะเฉียบพลัน (Acute)

ในระยะนี้เน้นการดูแลให้มีพฤติกรรมเป็นปกติโดยเร็วที่สุด เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วยผู้อื่น โดยการลดความรุนแรงของอาการทางจิต และอาการอื่นๆ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวอาการหวาดระแวง ลักษณะอาการทางลบ เช่น อาการซึม ไม่พูด แยกตัวเอง การรักษาจะเริ่มทันทีหลังจากการประเมินทางคลินิก พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพเชิงรักษากับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และร่วมมือในการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาหรือรับประทานยา อาจให้ญาติเกลี้ยกล่อมร่วมกับการให้ข้อมูลของการบำบัดรักษา ซึ่งการร่วมมือของ

คนรอบข้างมีส่วนช่วยในการบำบัดด้วยยา ตลอดช่วงเวลาของการบำบัดรักษา ในระยะนี้ พยาบาลควรให้การพยาบาล ดังนี้

๑. ตรวจสอบสัญญาณชีพ
๒. ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัว เนื่องจากอาจเกิดภาวะ CNS depress จะมีอาการหลับลึกและไม่รู้สึกตัว
๓. สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น กลุ่มอาการ EPS ที่สำคัญ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ภายใน ๑-๕ วัน เช่น
 - อาการดิสโทเนีย (Dystonia) อาการที่พบคือ ศีรษะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรงลำตัวแอ่น ตาค้างและเหลื่อมขึ้นไปจนมองไม่เห็นตาดำ บางรายลิ้นโตยื่นค้ำปากและสั้น
 - อะคาทีเซีย (Akathisia) อาการกระวนกระวาย เดินไปมาผุดลุกผุดนั่งขาสั้น ง่วงงวนอาการมือสั่นขณะพัก
 - อาการเหมือนพาร์กินสัน (Parkinson like syndrome) จะมีอาการกล้ามเนื้อเกร็ง ทำเดินแบบขอยเท้า การเคลื่อนไหวช้า ไร้อารมณ์ น้ำลายไหล
 - อะไคเนเซีย (Akinesia) อาการอ่อนเพลียกล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวช้า ทำทางแข็งทื่อ
 - อาการ Narcoleptic malignant syndrome (NMS) จะมีไข้สูง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ชีพจรและความดันเลือดผิดปกติ
๔. ตรวจสอบความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่
๕. สังเกตการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์
๖. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาพร้อมอาหารหรือนม เพื่อลดการระคายเคืองในกระเพาะอาหาร
๗. แนะนำผู้ป่วยอย่ารับประทานยาลดกรดหรือแก้ท้องเสียภายใน ๒ ชั่วโมง ที่รับประทานยา
๘. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ชัก หายใจลำบาก มีไข้ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง เหงื่อออกมาก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผิวหนังซีด อ่อนแรง ให้รายงานแพทย์
๙. สังเกตอาการ agranulocytosis เช่น มีไข้หนาวสั่น เจ็บคอ ไอ ปวดหลัง เป็นต้น
๑๐. ให้เคลื่อนไหวช้าๆ จากท่านอนเป็นท่านั่ง หรือทำยืน ถ้ามีอาการวิงเวียน เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะ Postural hypotension
 ๑๑. อาจทำให้มีปัสสาวะคั่ง ระวังในผู้สูงอายุเพศชาย
 ๑๒. ถ้ามีอาการท้องผูก ให้รับประทานผักผลไม้ ดื่มน้ำให้เพียงพอ วันละ ๒,๕๐๐-๓,๐๐๐ มล. และออกกำลังกาย

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทระยะคงเสถียร (Stabilization)

ในระยะนี้พยาบาลควรมีการปรับระดับประคองควบคุมอาการลดความเครียดของผู้ป่วยให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับการรักษาต่อเนื่อง ลดการกำเริบใหม่โดยให้การพยาบาล ดังนี้

๑. การประเมินอาการทางคลินิก ได้แก่ อาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาการหวาดระแวง นอนไม่หลับ อาการวงซึม แยกตัวเองและระดับความสามารถในการดูแลตนเอง

๒. ประเมินอาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิตที่ได้รับ ได้แก่ อาการวงซึม อาการตาพร่ามัว หัวใจเต้นเร็ว น้ำนมไหล ปากแห้งคอแห้ง ลิ้นแข็ง พุดไม่ชัด ตาเหลือก คอบิด หลังแอ่น น้ำลายไหล เป็นต้น หากพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์

๓. ประเมินอาการข้างเคียงของยาหลังจากที่แพทย์ ได้ปรับแผนการรักษาและให้คำแนะนำ ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา ดังนี้

- หลีกเลี่ยงการขับรถ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล หรือการใช้ของมีคม
- แนะนำจิบน้ำบ่อยๆ เนื่องจากผู้ป่วยอาจเกิดอาการปากแห้งคอแห้ง
- แนะนำญาติผู้ดูแลเฝ้าระวังอุบัติเหตุจากการหกล้ม ดูแลให้ผู้ป่วยลุกช้าๆ โดยเฉพาะ เวลาตื่นนอนหรือเข้าห้องน้ำ

- ให้ข้อมูลและอธิบายแก่ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถึงยาที่ได้รับ และผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งแผนการรักษาพยาบาลไม่ควรหยุดยาเอง

- กรณีผู้ป่วยมีน้ำนมไหลแนะนำไม่ให้ผู้ป่วยบีบเค้นเต้านมบ่อยๆ เพราะจะเป็นการกระตุ้นการไหลของน้ำนมมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งอาการจะหายได้เองภายหลัง

๔. พยาบาลควรให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นหาก รับประทานยาต่อเนื่อง

๕. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด และการใช้ยา ในทางที่ผิด

๖. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยา clozapine อาจทำให้เกิด ภาวะ agranulocytosis

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทระยะอาการคงที่ (Stable)

ในระยะนี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายกลับบ้านอยู่กับครอบครัวและชุมชน การพยาบาลในระยะนี้เน้นเรื่องการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และวิธีการแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา โดยมีแนวทางการพยาบาล ดังนี้

๑. การสอน แนะนำผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย เช่น อาการนอนไม่หลับ หวาดระแวง แยกตัว อาการหูแว่ว ประสาทหลอน เพื่อที่จะสามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

๒. สังเกตอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ อาการวงซึม อาการตาพร่ามัว น้ำนมไหล หัวใจเต้นเร็ว ปากแห้งคอแห้ง ลิ้นแข็ง หากพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์

๓. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนขณะใช้ยา ดังนี้

- มารับการตรวจตามนัด และรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ห้ามหยุดยาเอง
- หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง งดสูบบุหรี่
- จิบน้ำบ่อยๆ
- ดูแลให้ผู้ป่วยลุกช้าๆ โดยเฉพาะเวลาตื่นนอนหรือเข้าห้องน้ำ

- ควบคุมปริมาณอาหาร รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- ยาที่อยู่ในรูปยาน้ำ ระวังการสัมผัสผิวหนังอาจเกิดอาการผิวหนังอักเสบหรือคุณภาพของยาลดลงเมื่อถูกแสง ควรเก็บยาในขวดสีชา เมื่อเจือจางยาด้วยน้ำผลไม้หรือของเหลวอื่น ต้องรับประทานยาทันทีที่ผสมยา
- ผู้ป่วยที่รับประทานยามานาน ควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในแสงแดดจ้า เนื่องจากเกิดความไวต่อแสง ควรใช้ครีมทากันแดดเมื่อต้องสัมผัสกับแสงแดด

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

นอกจากบทบาทในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับสหวิชาชีพแล้ว พยาบาลยังมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย ซึ่งวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพื่อให้มีความปลอดภัยในทุกสถานการณ์ เพื่อให้ได้รับยาต้านอาการทางจิตอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาโรคจิตเภท เพื่อให้ได้รับการดูแลด้านร่างกาย และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับสนับสนุนด้านจิตสังคม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, ๒๕๕๖)

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองที่จะให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ชัดเจน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, ๒๕๕๔)

๑. เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ
๒. คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย
๓. การดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชนด้วย ต้องให้การช่วยเหลือเพื่อให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษา หรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟูของสุขภาพ (Recover or healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) การป้องกันโรค (Disease prevention) และการป้องกันสุขภาพ (Health protection)

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการพยาบาลและการประเมินสภาพผู้ป่วยด้านต่างๆ มากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพิจารณาจากปัญหาที่ได้จากการประเมิน จำแนก

ปัญหาที่ได้ว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้นหรือระยะยาวและเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลาในการแก้ไขตามลำดับความสำคัญก่อนหลังของปัญหา การวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, ๒๕๕๖)

๑. การประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษา

๑.๑ การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวิเคราะห์ ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

๑.๒ การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหารผู้ป่วย ปฏิเสธอาหารหรือไม่ ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อน ผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอเพียงใด พยาบาลใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสภาวะ ทางด้านร่างกาย นอกจากนี้ควรประเมินว่ามีภาวะน้ำเป็นพิษหรือไม่ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องใส่ใจด้านอาการทางจิต การได้รับยาชนิดนี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคอแห้ง กระหายน้ำ ผู้ป่วยจะดื่มน้ำบ่อยทำให้ผู้ป่วยได้รับน้ำมากกว่าร่างกายขบขันไม่ทันเกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้

๑.๓ การประเมินด้านการคิด อาการสำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ ความผิดปกติด้านความคิด ดังนั้น สิ่งที่จะต้องทำในเบื้องต้นคือการประเมินความคิด ประเมินว่าผู้ป่วยมีความคิดหลงผิดหรือไม่ ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดหรือไม่ ภาวะหลงผิดมีลักษณะใด และประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด เช่น ประสาทหลอนทางหู ประสาทหลอนทางการสัมผัส ประสาทหลอนทางตา เป็นต้น หรือมีความคิดว่ามีผู้อื่นปองร้ายตนหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนและระมัดระวังเป็นพิเศษเพราะอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยและผู้อื่น

๑.๔ พฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ ไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น การหนีผู้คน หลบซ่อนตัว เนื่องจากความกลัวว่าจะมีคนมาทำร้าย อาจมีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิดประสาทหลอนของผู้ป่วย โดยต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

๑.๕ ด้านสัมพันธภาพ ควรประเมินผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นผู้ป่วยมีการรบกวนผู้อื่นหรือไม่ มีปัญหาการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นหรือมีพฤติกรรมที่เกิดจากการหลงผิดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ผู้ป่วยมักมีแนวโน้มที่จะแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อที่จะช่วยผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างราบรื่น พยาบาลควรประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยมี และต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อนอย่าเร่งรีบเพื่อหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

๒. การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาล จะแม่นยำตรงแค่ไหนขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการโดยทั่วไปของ ผู้ป่วยจิตเภท ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับอาการด้านบวก ซึ่งได้แก่ อาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน และอาการด้านลบ ได้แก่ อาการแยกตัว อาการความพร่องด้าน

สังคม ซึ่งภาวะความแปรปรวนด้านความคิดและด้านสังคมจะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วย ด้านการหาความสัมพันธ์ของเหตุและผล ด้านการแก้ปัญหา ด้านการตัดสินใจ

การวินิจฉัยทางการพยาบาลการวินิจฉัยทางการพยาบาลในโรคจิตเภทที่พบบ่อย มีดังนี้ (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, ๒๕๕๗)

๑) เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวอันจะเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น) เนื่องจากมีอาการทางจิต เช่น หูแว่วมีคนบอกให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรือเสียงพูดว่า หลงผิดคิดว่าคนอื่นคอยปองร้ายตน ตื่นตระหนกกลัวถูกทำร้าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้

๒) กระบวนการคิดแปรปรวน (เช่นอาการหลงผิดคิดว่ามีคนปองร้าย) เนื่องจากการเสียสมดุลชีวเคมี / สารสื่อประสาทในสมอง ขาดความไว้วางใจผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองถูกคุกคาม ตื่นกลัววิตกกังวลกลัวไม่ปลอดภัย ใช้กลไกเผชิญปัญหาแบบโทษผู้อื่น มีความคิดไม่สมเหตุสมผล

๓) การรับรู้แปรปรวน (เช่นประสาทหลอนทางหู / ทางตา) เนื่องจากการเสียสมดุลชีวเคมีในสมอง ความบกพร่องในการประมวลผลทางประสาทสัมผัส การลดหรือหยุดยาระงับอาการทางจิตทำให้สารสื่อประสาทเปลี่ยนแปลง มีสิ่งกระตุ้นก่อให้เกิดความเครียด สิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมมากเกินไปหรือน้อยเกินไป

๔) การดูแลตนเองบกพร่อง (สุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี) เนื่องจากขาดความกระตือรือร้นขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ (avolition)

๕) การสื่อสารทางวาจาบกพร่อง (พูดออกนอกเรื่องพูดจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลง / เสียสมดุลชีวเคมีในสมองก่อให้เกิดการสูญเสียการเชื่อมโยงความคิดทำให้การพูดไม่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่อง

๖) ขาดความร่วมมือในการบำบัดรักษา (เช่น ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา) เนื่องจากปฏิเสธการเจ็บป่วย มีความคิดหลงผิดหรือหวาดระแวง ไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการบำบัด

๗) แบบแผนการนอนแปรปรวน (นอนไม่หลับตื่นบ่อย) เนื่องจากมีอาการประสาทหลอนทางหูหรือมีอาการหลงผิดหวาดระแวง มีสิ่งกระตุ้นก่อให้เกิดความเครียด สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป

๘) แยกตัวจากสังคมเนื่องจากผู้ป่วยมีความคิดหมกมุ่นแต่เรื่องของตนเองไม่สามารถเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือสิ่งแวดล้อม (autism) ขาดสมาธิในการสนทนา รับรู้ว่าคุณค่ารู้สึกต่อตนเองในแง่ลบตนไม่รู้สึกไม่มั่นใจในการเข้าสังคม ลังเลใจที่จะทำสิ่งใหม่ๆ

๙) การจัดการกับปัญหาไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากกระบวนการคิดแปรปรวน (กระบวนการคิดไม่ต่อเนื่อง / หลงผิด) ขาดทักษะในการใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ใช้กลไกเผชิญปัญหาแบบโทษผู้อื่นแบบหลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือแบบเจ้ากี้เจ้าการ

๓. การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้น และระยะยาว ปัญหาและข้อวินิจฉัยบางข้อจำเป็นและต้องแก้ไขในระยะเวลาอันสั้น ปัญหาบางปัญหาต้องใช้เวลาดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการพยาบาลเป็นแบบแผนระยะสั้นและแบบแผนระยะยาว เพื่อที่จะได้แนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล

๔. การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมอาการไม่ได้ และการอยู่ในชุมชนไม่มีความปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยและคนอื่นๆในชุมชน การมี Clinical pathway จะช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาลง่ายขึ้นสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

๕. การประเมินผลการพยาบาล

เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นๆ ตัวอย่างเช่น ปัญหาเสียงที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขก่อน ถ้าผู้ป่วยสื่อให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ควบคุมตนเองไม่ได้ เสียงที่จะมีพฤติกรรมอันตรายเนื่องจากภาวะประสาทหลอนหรือ ภาวะความคิดหลงผิดที่อาจจะเป็นอันตราย ปัญหาความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นปัญหาสำคัญ อันดับต่อมาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขพยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า แปรงฟัน หลังอาบน้ำ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องใส่ใจเรื่องสุขอนามัยของตนเอง การกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยใส่ใจในเรื่องสุขอนามัย และสามารถดูแลตนเองได้ในที่สุด ในการประเมินพยาบาลประเมินดูว่าผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากขึ้นแค่ไหน ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ปัญหานี้ควรได้มีการแก้ไขก่อนผู้ป่วยจะจำหน่าย ถ้าสาเหตุของปัญหาความไม่สมดุลทางชีวเคมีในร่างกาย ภายหลังจากได้รับยารักษาในระยะหนึ่ง ภาวะประสาทหลอนควรหมดไป การรับรู้ผิดๆ ที่ปรากฏให้เห็นได้ด้วยอาการประสาทหลอนควรลดลง มีน้อยครั้งลง และไม่มีอาการประสาทหลอนในที่สุด ปัญหาการแยกตัวและอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ ปัญหาการแยกตัวลดลง ประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้มากขึ้น ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่นในขณะที่ผู้ป่วยมีเวลาเป็นของตัวเอง ให้สังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีเพื่อนที่สนิทและนั่งด้วยกันเป็นส่วนใหญ่หรือผู้ป่วยยังคงแยกตัวอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น

การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อช่วยให้คงสภาพไม่เสื่อมหรือพร่องลงไปจากเดิมทั้งในด้านกิจวัตรประจำวัน บทบาทหน้าที่ทางสังคมและอาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช หมายถึง การให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอิสระได้ตามเป้าหมายที่ต้องการและอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพที่ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด ภายใต้การทำงานของทีมนสหวิชาชีพ และความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท

๑. มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรค โดยเฉพาะสาเหตุความผิดปกติของการทำงานของสมอง

๒. การสร้างความจริงใจ สัมพันธภาพ และความเห็นอกเห็นใจ

๓. การบำบัดมุ่งเน้นการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และการสามารถทำหน้าที่/มีคุณค่าในการดำรงชีวิตประจำวัน

๔. การค้นหาและเสริมศักยภาพที่เป็นกลไกแก้ไขปัญหาที่เป็นธรรมชาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท
 ๕. คำนึงแหล่งสนับสนุนหรือการประคับประคองทุกรูปแบบที่มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคจิตเภท

๖. การให้ความสำคัญกับครอบครัวในการเข้าร่วมกระบวนการรักษา

๗. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมมีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละราย

๘. สามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดต่างๆ

๙. กระตุ้นและส่งเสริมพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคจิตเภทครอบครัวและชุมชน

กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๑. ต้องเรียนรู้ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยความเข้าใจ

๒. การสร้างความสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้วางใจเจ้าหน้าที่ เพื่อความสะดวกในการวางแผนและกระตุ้นให้เข้าร่วมมือในการดูแลตนเอง การรับประทานยา หรือการยอมรับความช่วยเหลือ และการสนับสนุนต่างๆ เช่น การเยี่ยมบ้าน การฝึกอาชีพตามสภาพท้องถิ่น ที่ถือเป็นการเปิดประตูใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงอาการที่เกิดขึ้นในตนเอง และการปรับตัวอยู่ร่วมกับคนอื่น

๓. การดูแลต่อเนื่องโดยรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นการให้บริการผสมผสานหลายประเด็น ตามความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแล เช่น การจัดการความเครียดแบบง่ายๆ ของกรมสุขภาพจิต การให้สุขภาพจิตศึกษาการฝึกทักษะพื้นฐาน ได้แก่ การดูแลตนเอง การช่วยงานบ้าน การฝึกอาชีพในท้องถิ่น เป็นต้น

๔. การสร้างเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยพยายามกระตุ้นให้ครอบครัว และครอบครัวให้กำลังใจเพื่อเขาจะได้กลับคืนบทบาทตนเองในครอบครัวโดยเฉพาะการมีงานทำสร้างรายได้ให้กับครอบครัว

๕. การสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจในชุมชน เรื่องโรคจิต การลดอคติ การเข้าใจ การยอมรับ การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภท จนถึงกระตุ้นให้เกิดชมรมญาติ/จิตอาสาในพื้นที่

๖. การทราบแหล่งความช่วยเหลือ ที่ให้การดูแลเป็นองค์รวมในทุกด้านของผู้ป่วยโรคจิตเภท หากเกินความสามารถ เจ้าหน้าที่จะประสานงานไปยังวิชาชีพ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดการปัญหานั้นๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจในผู้ป่วยจิตเภท

การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (๑๙๙๒) เชื่อว่าพลังอำนาจ (power) คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคล และมีผลต่อความสามารถในการจัดการความเจ็บป่วย นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการกระทำที่บุคคลรู้สึกมั่นใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการกระทำภารกิจให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ได้รับการยอมรับ สนับสนุนส่งเสริมและมีอิสระในการตัดสินใจกระทำ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, ๒๕๔๑) และจากการศึกษาของดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (๒๕๔๕) เรื่องการพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทของสังคมไทยพบว่า ผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถของตนเองในการจัดการกับการเจ็บป่วย พลังอำนาจเป็นความสามารถที่มี

อิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน ความเข้มแข็งของแหล่งพลังงานส่งผลต่อความเข้มแข็งของพลังงานในผู้ป่วย (Miller, ๑๙๙๒)

องค์ประกอบการเสริมสร้างพลังงานด้านจิตใจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

องค์ประกอบและกระบวนการการเสริมสร้างพลังงานด้านจิตใจ จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังงานตามแนวคิดของมิลเลอร์ ที่มีการนำไปศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยมิลเลอร์เน้นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังงาน ที่มีองค์ประกอบ ๗ แหล่ง ดังนี้ (นิตยา เจริญยุทธ และคณะ, ๒๕๖๔)

๑. ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength and reserve) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มตามศักยภาพทางกายและเต็มตามพลังสะสมทางกายภาพ (Physical reserve) เมื่อระบบของร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังในการกระทำการใดๆ ของบุคคลก็จะลดลง สภาวะความเข้มแข็งทางกายภาพขณะนั้นจะมีอิทธิพลต่อพลังงานของผู้ป่วยทั้งในขณะที่ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาของการเจ็บป่วย

๒. ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) ความเข้มแข็งทางจิต เป็นความยืดหยุ่นที่ปรากฏในบุคคลอันเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าจะเผชิญกับวิกฤตการณ์การเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ผู้ป่วยบางคนก็สามารถที่จะดำรงความสมดุลทางจิตได้ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิต ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจต้องการการช่วยเหลือในการดำรงไว้ซึ่งความคิดทางด้านบวก การป้องกันความวิตกกังวลภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมกหมองที่อาจเกิดขึ้น สำหรับการสนับสนุนทางสังคม เป็นสัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแล ความเชื่อมั่นในคุณค่าบุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนี้ยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคมอีกด้วย

๓. อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) อัตมโนทัศน์ (Self – concept) คือความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ในตนประกอบด้วยภาพลักษณ์ (Physical self or body image) การทำหน้าที่ของตน (Functional self or role performance) ความเป็นตัวตนของบุคคล (Personal self) การเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ในตน การสร้างอัตมโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่ เป็นการปรับตัวในระยะเจ็บป่วย เป้าหมายของการสร้างอัตมโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่ คือการบูรณาการการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายไปสู่อัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนในทางบวก โดยการทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเองและพยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของการเจ็บป่วยที่มีต่อตน

๔. พลังงาน (Energy) เป็นความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงาน คือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อน และแรงจูงใจ พลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด นอกจากนี้พลังงานยังใช้ในการเติบโต การเรียนรู้ การทำงานและทำกิจกรรมต่างๆ การขาดพลังงานสำหรับการใช้ในระดับพื้นฐานจะมีผลต่อการใช้พลังงาน

สำหรับสนองความต้องการในระดับสูง เช่น การเติบโต และการเรียนรู้ การกระทำใดๆ จะเป็นไปได้ถ้ามีความเข้มแข็งและมีพลังงาน ซึ่งรวมถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยปกป้องและหรือพัฒนาสุขภาพของตน

๕. ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) ความรู้ช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ การขาดความเข้าใจนำไปสู่ความท้อแท้และนิ่งเฉยซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ ส่วนการตระหนักรู้ภายในตน (Internal awareness) ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจของความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา การตระหนักรู้ภายในตน คือความสามารถที่จะค้นหาและประเมินภาวะทางกายและจิตเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการและดำรงไว้ซึ่งความสมดุลทางจิตอันเป็นการพัฒนาความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนและการรับรู้อย่างถูกต้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ รับรู้ถึงผลลัพธ์ของการรักษาที่พึงปรารถนาและการประเมินตนเอง

๖. แรงจูงใจ (Motivation) มีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ ส่งเสริมบทบาททางสังคม และการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนที่จะกล้าเสี่ยง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

๗. ระบบความเชื่อ (Belief) ระบบความเชื่อของบุคคล เป็นความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพและความเชื่อในตนหรือความเชื่อมั่นในความสามารถในตนรวมถึงความเชื่อในพระเจ้า ศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ช่วยสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหาสุขภาพ ต้องการที่จะหลุดพ้นความทุกข์ทรมานและแสวงหาที่ยึดเหนี่ยวจิตใจจากศาสนา หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ บางคนอาจค้นพบความหมายของการเจ็บป่วยโดยอาศัยความเชื่อทางศาสนาและโชคชะตา ความเชื่อในโชคชะตาและความหวังจะช่วยส่งเสริมพลังอำนาจในบุคคลที่จะรับรู้ถึงการควบคุมและอาจส่งผลต่อการรักษา

บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การยึดหลักการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางยังเป็นหลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการบำบัดด้านจิตใจ ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจใช้สำหรับสร้างเสริมแรงจูงใจในการทำงานของบุคคล รวมถึงการสร้างพลังอำนาจในตน เป็นกระบวนการเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท มองเห็นถึงสมรรถนะตนเองในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะที่พยาบาลและผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามร่วมกัน เป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกลำบากในคุณค่าของตนและการเสริมสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย เน้นการหาทางออก ทางแก้ปัญหา เสริมสร้างความแข็งแกร่ง สิทธิและความสามารถของผู้ป่วยให้สูงกว่าข้อจำกัดหรือจุดด้อยของผู้ป่วย และเป็นกระบวนการระยะยาวของการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วย เพื่อให้กลายเป็นผู้ป่วยที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พยาบาลจะต้องคำนึงถึงการเสริมสร้างอำนาจ ควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมและการส่งเสริมความรู้ใหม่ โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนในการดูแลตนเอง ได้รับสิทธิอย่างเต็มที่ในการเลือกและตัดสินใจ การรับความรู้ในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับตนเอง อาจเกี่ยวกับอาการของโรคและการรักษา การทำงาน สิทธิที่ตนเองพึงได้รับ เป็นต้น ซึ่งเป็นหลักการพยาบาลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ให้ความสำคัญทั้งตัว

ผู้ป่วย ปัญหาและความต้องการโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีแหล่งพลังอำนาจ มีความสามารถในการดูแลตนเอง มีสมรรถนะในการทำงานสามารถเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลต่อการมีคุณค่าแห่งตน ส่งเสริมคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมการพัฒนาคุณลักษณะแห่งตน โดยความมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นทั้งในขณะอาการคงที่และอยู่ในระยะเรื้อรัง

บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การสร้างสัมพันธภาพบำบัดและความร่วมมือ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะให้คำชี้แนะ และให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเกิดขึ้นภายใต้บรรยากาศ ความสัมพันธ์ที่ดีสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self – efficacy) ซึ่งปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในขั้นตอนนี้ คือ การตระหนักรู้ในตนเอง (Awareness) และทัศนคติ (Attitude) ยอมรับในความคิดเห็นช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดพลังอำนาจ

ขั้นตอนที่ ๒ การค้นหาสถานการณ์จริงในผู้ป่วย (Discovering reality) เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพเป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง โดยการรวบรวมแหล่งพลังอำนาจและประเมินแหล่งพลังอำนาจ จากการสร้างความร่วมมือ สัมพันธภาพและแรงจูงใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการร่วมมือ ไม่ได้เกิดขึ้นแต่เพียงฝ่ายเดียว ลักษณะการดำเนินการเป็นไปในลักษณะการมีผลประโยชน์ร่วมกัน ขั้นตอนนี้ผลลัพธ์คาดว่า จะเกิดขึ้นโดยค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ค้นหาความรู้สึกต่อตนเองด้านต่างๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ การจัดการกับปัญหาเหล่านั้น การแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรมความคิด ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริง เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ ๓ การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณกับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง เป็นการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาในการดูแลตนเอง ด้วยการสะท้อนคิด และส่งเสริมพลังอำนาจเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยสร้างแรงจูงใจว่า ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และพยาบาลต้องยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วย ในการเลือกแนวทางแก้ไขจัดการกับปัญหาต่างๆ ซึ่งบทบาทของพยาบาล คือ เสนอแนวทางที่เหมาะสมเป็นได้ แต่ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกไปปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ ๔ การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร โดยให้ความรู้ตามความสนใจและศักยภาพ ซึ่งประเมินจากความสนใจและพื้นฐานอาชีพเดิมของผู้ป่วย หากผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลนาน ไม่สามารถประกอบอาชีพเช่นเดิมได้ อาจทำให้ผู้ป่วยคิดฟุ้งซ่านและรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีคุณค่า ดังนั้น จึงควรเตรียมผู้ป่วยให้มีความรู้ ทักษะ และทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนการทำงานเพื่อที่จะสามารถทำให้น่าไปประกอบอาชีพได้ทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองแก่ผู้ป่วยส่งผลต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ ๕ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง เป็นการให้ผู้ป่วยใช้ความรู้และทักษะต่างๆ จากการร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นไปแก้ไขปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธี ปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ การที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมแก่ตนเองเลือกที่จะปฏิบัติ เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์ได้จริง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและอัตโนมัติศรัทธาต่อตนเองในทางบวกมากขึ้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผน จะเป็นการเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ ๖ การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เป็นการวางแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและคงไว้ซึ่งการเห็นคุณค่าของตนเองในความสามารถจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกของตนจากนั้นพยาบาลเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้ป่วย

ดังนั้น บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการเป็นผู้ดูแลผู้รับบริการโดยตรง (Direct care) โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชต้องมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการนำความรู้ความสามารถในเชิงทฤษฎีและมีทักษะความชำนาญมาประยุกต์เพื่อนำมาปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน สามารถประเมินวิเคราะห์ในส่วนที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และนำมาวางแผนในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยจิตเภทด้วยการจัดกิจกรรมที่มีเนื้อหาเหมาะสมกับความสนใจและศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความมีพลังอำนาจ และมีความร่วมมือในกิจกรรมที่ทำส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีขึ้นสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้เพื่อการใช้ชีวิตในชุมชนต่อไป

สรุป

การพยาบาลเป็นศาสตร์และศิลป์ของการจัดการและออกแบบการดูแลเพื่อสร้างสุขภาวะให้แก่เพื่อนมนุษย์ บนพื้นฐานของมนุษยธรรมและความเสมอภาค โดยให้การดูแล สร้างเสริมช่วยเหลือ ป้องกันและฟื้นฟูสภาพให้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพที่ดีที่มีความสมดุล ครอบคลุมด้านกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ บริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลตลอดเวลา

ในบริบทของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต การดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากต้องให้การดูแลทั้งอาการจากสารเสพติดและอาการทางจิตเวชควบคู่กันไป เป็นการพยาบาลเฉพาะทางเป็นศาสตร์ (Sciences) และศิลป์ (Art) โดยใช้ความรู้ทางชีววิทยาและศาสตร์ต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์ มีความรู้และทักษะในการประเมินสภาพ วินิจฉัยปัญหาและสาเหตุ วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล รวมถึงการจัดการกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัดรักษา การดูแลด้านจิตสังคม การดูแลครอบครัวและผู้ดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อคุณภาพการให้บริการ และผู้รับบริการได้รับการ

พัฒนาศักยภาพของตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่กลับไปพึ่งพายาเสพติด สามารถดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ ๔

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

๑. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๒๘ ปี รูปร่างท้วม ส่วนสูง ๑๖๕ เซนติเมตร น้ำหนัก ๗๐ กิโลกรัม สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษาประถมศึกษา อาชีพว่างงาน ภูมิลำเนา อำเภอสีเกา จังหวัดตรัง

สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพ

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาในระบบสมัครใจเป็นครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖ บำบัดระยะบำบัดด้วยยา ตั้งแต่วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖ รวมระยะเวลา ๕๑ วัน และเข้าบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (ตึกฉัตรขบา)

รับไว้ในความดูแล ตั้งแต่วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖ รวมรับไว้ในความดูแลเป็นระยะเวลา ๔๓ วัน จำหน่ายด้วยแพทย์อนุญาต

แหล่งข้อมูล : จากการซักประวัติผู้ป่วย ญาติ และแฟ้มประวัติผู้ป่วย

๒. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

การวินิจฉัยแรกเริ่ม

- F๑๕๒๕ : Other stimulants including caffeine dependence syndrome, continuous use (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการเสพยากระตุ้นระบบประสาท อันรวมทั้งกาแฟ)

- F๒๐๐๐ : Paranoid schizophrenia, continuous (including treatment resistant) (โรคจิตเภทแบบระแวงต่อเนื่อง รวมถึงดื้อต่อการรักษา)

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย

- F๑๕๒๕ : Other stimulants including caffeine dependence syndrome, continuous use (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการเสพยากระตุ้นระบบประสาท อันรวมทั้งกาแฟ)

- F๒๐๐๐ : Paranoid schizophrenia, continuous (including treatment resistant) (โรคจิตเภทแบบระแวงต่อเนื่อง รวมถึงดื้อต่อการรักษา)

๓. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล (Chief complaint)

๒ วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเสพยาแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ๓ เม็ด มีอาการพูดคนเดียว กลางคืนไม่นอนเดินไปมา อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำร้ายยา ทำลายข้าวของ ไม่ยอมรับประทานยา หนีออกจากบ้านไปอยู่กับแฟนที่ไชยาเสพติด ญาติจึงนำตัวส่งโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

๔. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness)

ผู้ป่วยเสพแอมเฟตามีน (ยาบ้า) มา ๑๓ ปี เริ่มเสพครั้งแรกตั้งแต่อายุ ๑๕ ปี ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลอง เสพด้วยวิธีสูบควัน เริ่มเสพยาบ้า ๑ เม็ด/วัน จำนวน ๒-๓ ครั้ง/สัปดาห์ ผู้ป่วยใช้ยาบ้าต่อเนื่องและเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ

๒ ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเสพยาบ้า ๒-๓ เม็ด/วัน จำนวน ๓-๔ ครั้ง/สัปดาห์ หลังจากนั้นมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายยา ญาตินำเข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์แบบผู้ป่วยใน รวม ๓ ครั้ง เนื่องจากเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยกลับไปเสพยาบ้าซ้ำและมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายยา

๑ ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเสพยาบ้า ๒-๓ เม็ด/วัน จำนวน ๓-๔ ครั้ง/สัปดาห์ มีอาการไม่หลับ ไม่นอน หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายยา ญาติจึงนำเข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลตรัง แบบผู้ป่วยใน จำนวน ๒ ครั้ง

๖ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเสพยาบ้า ๓-๔ เม็ด/วัน จำนวน ๓-๔ ครั้ง/สัปดาห์ มีอาการพูด หัวเราะคนเดียว กลางคืนไม่นอนเดินไปมา หงุดหงิด ทำลายข้าวของ ทำร้ายร่างกายยา ญาติจึงนำเข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ตั้งแต่วันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๖ - ๑๐ เมษายน ๒๕๖๖ รวมอยู่บำบัดในโรงพยาบาล ๘๙ วัน หลังจำหน่ายแพทย์นัดติดตามผล ๒ สัปดาห์ แต่ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัด และผู้ป่วยกลับไปเสพยาบ้าซ้ำหลังจำหน่ายได้ ๒ วัน

๒ วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเสพยาบ้า ๔ เม็ด/วัน เสพด้วยวิธีสูบควัน มีอาการพูดคนเดียว กลางคืนไม่นอนเดินไปมา อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายยา ไม่รับประทานยาหนีออกจากบ้านไปอยู่กับแฟนที่เสพเสพติด ญาติจึงพามาโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา แพทย์รับไว้บำบัดรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖

๕. ประวัติการใช้สารเสพติด

ผู้ป่วยเสพยาบ้ามา ๑๓ ปี เริ่มเสพครั้งแรกตั้งแต่อายุ ๑๕ ปี เสพยาบ้า ๑-๒ เม็ด/วัน จำนวน ๒-๓ ครั้ง/สัปดาห์ ด้วยวิธีสูบควัน ผู้ป่วยใช้ยาบ้าต่อเนื่องและเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ ก่อนมาบำบัดครั้งนี้ ผู้ป่วยเสพยาบ้า ๓-๔ เม็ด/วัน จำนวน ๓-๔ ครั้ง/สัปดาห์ เสพด้วยวิธีสูบควัน เสพครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ จำนวน ๔ เม็ด

ปฏิเสธการใช้สารเสพติดชนิดอื่น

๖. ประวัติการรักษา

- ปี ๒๕๖๔ เข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ แบบผู้ป่วยใน จำนวน ๓ ครั้ง เนื่องจากเสพยาบ้าแล้วมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายยา หลังการบำบัดผู้ป่วยไม่สามารถหยุดเสพได้

- ปี ๒๕๖๕ เข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลตรัง แบบผู้ป่วยใน ๒ ครั้ง เนื่องจากเสพยาบ้าแล้วมีอาการพูด หัวเราะคนเดียว กลางคืนไม่นอนเดินไปมา หงุดหงิด ทำลายข้าวของ ทำร้ายร่างกายยา หลังการบำบัดผู้ป่วยไม่สามารถหยุดเสพได้

- เข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ๑ ครั้ง ครั้งนี้เป็นครั้งที่ ๒

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐราษฎร์สงขลา ครั้งแรกเมื่อวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๖- ๑๐ เมษายน ๒๕๖๖ มาด้วยอาการเสพยาบ้า ๓-๔ เม็ด/วัน จำนวน ๓-๔ ครั้ง/สัปดาห์ มีอาการพูด หัวเราะคนเดียว กลางคืนไม่นอนเดินไปมา หงุดหงิด ทำลายข้าวของ ทำร้ายร่างกาย อยู่บำบัดใน โรงพยาบาลรวม ๘๙ วัน หลังจำหน่ายแพทย์นัดติดตามผล ๒ สัปดาห์ แต่ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัด หลังจำหน่ายได้ ๒ วัน ผู้ป่วยไปเสพยาบ้าซ้ำ

ครั้งนี้เข้ารับการรักษาเป็นครั้งที่ ๒ หลังจำหน่าย ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดเสพยาบ้าได้ ๒ เดือน ก่อนมา โรงพยาบาลผู้ป่วยไปเสพยาบ้าซ้ำ เสพโดยวิธีสูบ ๓-๔ เม็ด/วัน จำนวน ๓-๔ วัน/สัปดาห์ ญาติ ให้ประวัติว่า ๒ วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเสพยาบ้า ๔ เม็ด มีอาการพูดคนเดียว กลางคืนไม่นอน เดินไปมา อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำร้ายยา ทำลายข้าวของ ไม่ยอมรับประทานยา หนีออกจาก บ้านไปอยู่กับแฟนที่ไชยาเสพติด ญาติจึงพามาโรงพยาบาลรัฐราษฎร์สงขลา แพทย์รับไว้บำบัดรักษา ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖

๗. ประวัติส่วนตัว และลักษณะนิสัย (Personal History)

ผู้ป่วยเป็นคนพูดน้อย เก็บตัว อารมณ์หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ เอาแต่ใจตนเอง มีปัญหาจะไม่บอกใคร มักออกจากบ้านไปอยู่กับแฟนที่ไชยาเสพติด

ประวัติด้านการเรียน เรียนจบชั้นประถมศึกษา ผู้ป่วยอ่าน-เขียนหนังสือได้ ไม่ได้ประกอบ อาชีพ

มีความรู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำ มักคิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่เก่ง คนในครอบครัวไม่สนใจ มัก คบหากับเพื่อนและแฟนที่ไชยาเสพติดด้วยกัน

๘. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past History)

- ปฏิเสธการเจ็บป่วยทางกายและโรคประจำตัว
- ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหารและสารเคมี
- ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุรุนแรงและการผ่าตัด

๙. ประวัติครอบครัว (Family History)

ผู้ป่วยเป็นลูกคนเดียวของครอบครัว บิดา-มารดาแยกทางกันตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ ๓ ขวบ มารดามีครอบครัวใหม่ บิดาเสียชีวิตจากอุบัติเหตุขณะผู้ป่วยอายุ ๗ ขวบ ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับย่า

ย่าอายุ ๘๒ ปี ผู้ป่วยไม่ได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่มากนัก เพราะย่าอายุมากและไม่ค่อยแข็งแรง ย่ามีอาชีพทำสวน มีรายได้เดือนละ ๘,๐๐๐ บาท ผู้ป่วยขอเงินจากย่าในการใช้จ่ายวันละ ๒๐๐ บาท

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ค่อยราบรื่น เมื่อผู้ป่วยเสพยาบ้าจะหงุดหงิด ก้าวร้าว ทะเลาะกับย่า ทำร้ายย่า สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ห่างเหิน ผู้ป่วยมองว่าตนเองขาดที่พึ่งจึง มักออกจากบ้านไปอยู่กับแฟนที่ไชยาเสพติด กับญาติพี่น้องอื่น เช่น ลุง ป้า ฯลฯ ผู้ป่วยไม่สนิท เพราะ ผู้ป่วยไชยาเสพติดและมีอาการทางจิตต่างๆ จึงไม่ยุ่งเกี่ยว

สมาชิกในครอบครัว ปฏิเสธการใช้ยาและสารเสพติดทุกชนิด

๑๐. ประวัติคดีความ

ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ผู้ป่วยถูกดำเนินคดี เรื่องเสพยาเสพติด (ยาบ้า) ถูกตัดสินจำคุก ๔๘ วัน

๑๑. การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ

ย้ายจากระยะบำบัดด้วยยา เข้าระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ วันที่ ๑๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

๑๑.๑ การประเมินทางชีวภาพ

- อุนหภูมิ ๓๖.๙ องศาเซลเซียส
- ชีพจร ๗๘ ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ
- การหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ
- ความดันโลหิต ๑๐๘/๖๔ มิลลิเมตรปรอท
- น้ำหนัก ๗๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๕ เซนติเมตร BMI=๒๕.๗๑ อ้วนระดับ ๑ เสี่ยงต่อโรค

๑๑.๒ การประเมินสภาพโดยทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยวัยผู้ใหญ่ ลักษณะโดยทั่วไป รูปร่างค่อนข้างอ้วน ผิวสีดําแดง สีหน้าท่าทางไม่สดชื่น สีหน้าเรียบเฉย ไม่ค่อยมีสมาธิ หันไปหันมาขณะพูดคุย พูดบ่นอยู่ในลำคอ ถ้ามคำตบคำ มีอาการหงุดหงิดง่าย บางครั้งหัวเราะคนเดียว ไม่มีอาการถอนพิษยา

๑๒. การตรวจประเมินสภาพร่างกายตามระบบ : Physical examination

(วันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๖)

๑๒.๑ ผิวหนัง

- ลักษณะสีผิวดําแดง ผิวหนังขุ่มชื้นดี สะอาด มีความยืดหยุ่นปกติ ไม่มีบาดแผล ไม่พบโรคผิวหนังหรือผื่นคัน

- เล็บมือ เล็บเท้า สะอาด ไม่มี Clubbing finger

๑๒.๒ ศีรษะ ใบหน้า ลำคอและทรวงอก

- ศีรษะ : ลักษณะของกะโหลกศีรษะสมมาตรกัน ไม่มีก้อน ผสมสีดํา ตัดสั้นสะอาด การกระจายเส้นผมสม่ำเสมอ ผมค่อนข้างมันไม่มีรังแค ไม่มีผื่นหรือแผลที่หนังศีรษะ กัดไม่เจ็บ ต่อม น้ำเหลืองบริเวณท้ายทอยไม่โต

ใบหน้า : ใบหน้าสมมาตรกันทั้ง ๒ ข้าง ไม่มีความผิดปกติของกระดูก ไม่มีการบวม ไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า คลำไม่พบก้อน กัดไม่เจ็บ

ตา : Normal eye movement การมองเห็นชัดเจนทั้ง ๒ ข้าง ไม่มีหนังตาตก ไม่มีตาเหล่ ไม่มีตาโปน เยื่อบุตาไม่ซีด ไม่พบตาเหลือง ไม่มีต้อเนื้อ ตาไม่แดง ไม่มี Discharge รูม่านตากลมดำขนาด ๒.๕ มิลลิเมตร เท่ากันทั้งสองข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ

หู : ได้รูปเท่ากันทั้งสองข้าง หูทั้งสองข้างสมมาตรกันดี ไม่มีรอยโรค ไม่พบก้อนเนื้อ บวมบริเวณหูด้านนอก ไม่มีรอยถลอกหรือการอักเสบ ไม่มี discharge ออกจากหู การได้ยินปกติ

จมูก : สันจมูกตรงไม่คดงอ ดูลักษณะจากภายนอกไม่มีการอักเสบบวมแดง เยื่อบุจมูก สีชมพู ไม่เป็นหวัดไม่มีน้ำมูก ไม่มีของเหลวออกจากจมูกแผลหรือจุดเลือดออก การได้กลิ่นปกติ

ช่องปากและช่องคอ : ริมฝีปากไม่แห้ง ไม่มีแผลที่มุมปาก ไม่มีฟันผุ ไม่มีฝ้าที่ลิ้น

ต่อมทอนซิลไม่โต ช่องคอไม่พบสิ่งผิดปกติ

คอ : ลำคอตั้งตรง สมมาตรกันทั้งสองข้าง คอไม่แข็งไม่พบก้อน การเคลื่อนไหวปกติ หลอดลมอยู่ตรงกึ่งกลางของลำคอ ต่อม้ำเหลืองบริเวณคอและใต้คางไม่โต ต่อมไทรอยด์ไม่โต

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

๑๒.๓ ระบบหัวใจ และหลอดเลือด

เส้นโลหิตดำที่คอไม่โป่ง หัวใจเต้นแรงสม่ำเสมอ ได้ยินเสียงชัดเจน อัตราการเต้นของหัวใจ ๗๘ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๘/๖๔ mmHg ไม่มีเสียง murmur คลำชีพจรได้ชัดเจน

๑๒.๔ ระบบทางเดินอาหาร และท้อง

หน้าท้องไม่บวมโต ไม่มีก้อน กดไม่เจ็บ ไม่โป่งพอง ไม่เห็นเส้นโลหิตดำหรือจุดเลือดออก ตับม้าม ไม่โต กดไม่เจ็บ ต่อม้ำเหลืองขาหนีบไม่โต ลำไส้เคลื่อนไหวปกติ

๑๒.๕ ระบบประสาท

การทรงตัวดี ไม่มีแขนขาอ่อนแรง การเคลื่อนไหวของแขนขาปกติ ระบบ motor กล้ามเนื้อไม่อ่อนแรง แขนขาไม่สั่น ท่าเดินปกติ ต่อม้ำเหลืองไม่โต กดไม่เจ็บ ปกติลักษณะการพูดปกติ ถามตอบตรงคำถาม

๑๒.๖ ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก

กล้ามเนื้อตึงตัวดี กล้ามเนื้อไม่ลีบ ลักษณะของข้อและการเคลื่อนไหวปกติ การเคลื่อนไหวของข้อมือ ข้อมือ ข้อศอก ข้อไหล่ ข้อเข่า ข้อเท้า และนิ้วเท้าปกติ กระดูกสันหลัง สะโพกปกติ ไม่มีหลังโก่ง-หลังแอ่น

๑๒.๗ ระบบการขับถ่ายปัสสาวะ อูจจาระ

- ปัสสาวะสีเหลืองอ่อนปกติ ไม่มีปัสสาวะแสบขัดปัสสาวะสีเหลืองอ่อนปกติ
- ขับถ่ายอุจจาระปกติทุกวัน วันละ ๑ ครั้ง ไม่มีอาการท้องผูก

๑๒.๘ ระบบสืบพันธุ์

- ปกติ ไม่มีลักษณะบวม ไม่คัน ไม่มีตกขาว
- ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ

๑๓. การตรวจสุขภาพจิต : Mental Status Examination (วันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๖)

๑๓.๑ ลักษณะทั่วไป (General appearance) ผู้ป่วยหญิงไทย วัยผู้ใหญ่ รูปร่างค่อนข้างอ้วน ผิวสีดําแดง ผมหงอกเล็กน้อยระดับหู แต่งกายชุดโรงพยาบาล สะอาดไม่มีกลิ่นตัว สีหน้าท่าทางไม่สดชื่น บางครั้งพูดบ่นอยู่ในลำคอ ตอบคำถามสั้นๆ ไม่ค่อยมีสมาธิ หันไปหันมาขณะพูดคุย ไม่มีอาการถอนพิษยา

๑๓.๒ ลักษณะการพูดและกระแสการพูด (Speech and stream of talk) พูดน้อย พูดคุย น้ำเสียงชัดเจน ถามตอบตรงคำถาม การตอบจะเป็นลักษณะถามคำตอบ คำตอบสั้นๆ บางครั้งหยุดพูดเฉยๆ ผู้สัมภาษณ์ต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยอธิบายเพิ่มเติม

๑๓.๓ อารมณ์ (Mood and Affect)

Mood : ผู้ป่วยบอกว่าตนเองอารมณ์เฉยๆ

Affect : ขณะสัมภาษณ์ผู้ป่วยแสดงอารมณ์และสีหน้าสีหน้าไม่สดชื่น ท่าทางหงุดหงิดเล็กน้อย ไม่ค่อยสบอารมณ์เมื่อถูกถามคำถามหลายๆ ข้อ

๑๓.๔ Thought (ความคิด) ถามตอบตรงประเด็น กระแสความคิดต่อเนื่อง ปฏิเสธความคิดหลงผิด ปฏิเสธความคิดทำร้ายตนเอง ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

๑๓.๕ การรับรู้ (Perception) ปฏิเสธอาการประสาทหลอนทางประสาทสัมผัสทั้ง ๕ และไม่มีการแปลสิ่งเร้าผิด

๑๓.๖ การรับรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อม (Cognitive function)

๑๓.๖.๑ การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation) : good orientation to time, place, person

- Time : ผู้ป่วยบอก วัน เดือน ปี และบอกช่วงเวลาได้ถูกต้อง

- Place : ผู้ป่วยบอกได้ว่าตนเองอยู่ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

- Person : ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าคนที่ตนเองกำลังคุยด้วยเป็นพยาบาล

๑๓.๖.๒ ความจำ (Memory)

- ความจำในอดีต (Remote memory) : good (สามารถเล่าเรื่องลำดับเหตุการณ์ในอดีตได้ เล่าประวัติการใช้ยาเสพติด ตามลำดับช่วงอายุได้ สามารถบอกวันเดือนปีเกิด ภูมิลำเนาเดิมได้ถูกต้อง)

- ความจำระยะกลาง (Recent memory) : good (บอกชื่ออาหารที่รับประทานมื้อเช้า และมือเที่ยงได้ถูกต้อง)

- ความจำระยะใกล้ (Immediate retention and recall memory) : ให้จำของ ๓ อย่าง “ดอกไม้ เครื่องบิน สุนัข” เมื่อเวลาผ่านไปประมาณ ๕ นาที ให้ผู้ป่วยพูดทวน ตอบได้ ๒ อย่าง

๑๓.๖.๓ สมาธิและความตั้งใจ (Concentration and attention)

- Concentration : ให้ผู้ป่วยทำ serial seven test คือ การลบเลขที่มีจำนวน ๑๐๐ เป็นตัวตั้ง แล้วลบจำนวนออกทีละ ๗ แล้วบอกผลลัพธ์ทีละตัว ผลการทดสอบ ผู้ป่วยสามารถลบเลขได้ถูกต้องติดต่อกัน ๓ ครั้ง และเมื่อให้ลบเลขที่จำนวน ๒๐ เป็นตัวตั้ง แล้วให้ลบออกทีละ ๓ ผลการทดสอบผู้ป่วยสามารถลบเลขได้ถูกต้องทั้งหมด

- Attention : ประเมินโดยใช้ digit span test คือการให้ผู้ป่วยพูดทวนชุดตัวเลข โดยชุดตัวเลขนั้นต้องไม่มีเลขซ้ำ ไม่มีเลขศูนย์ และไม่เป็ลลำดับแบบอนุกรม ผลการประเมิน ดังนี้ ๗ on digit forward (ทวนแบบตามลำดับได้ ๗ หลัก) ๓ on digit backward (ทวนจากเลขสุดท้ายมาเลขแรกได้ ๓ หลัก)

การแปลผล : ผู้ป่วยมีสมาธิดี ซึ่งผู้ใหญ่วัยไปที่มีสมาธิดี มักสามารถทำ digit forward ได้ ๖-๗ หลัก และ digit backward ได้ ๒-๔ หลัก

๑๓.๖.๔ ความคิดแบบนามธรรม (Abstract thinking)

- ความสามารถในการบอกความแตกต่าง (Difference)

กลางวันกับกลางคืน : กลางวันร้อน กลางคืนเย็น : Abstract thinking

เด็กกับคนแคระ : เด็กก็คือเด็ก คนแคระคือผู้ใหญ่ที่ร่างเด็ก อายุต่างกัน :

Abstract thinking

ต้นโพธิ์กับต้นมะเขือ : ต้นโพธิ์ปลูกในวัด ต้นมะเขือปลูกในสวนข้างบ้าน :

Concrete thinking

- ความสามารถในการบอกความเหมือน (similarity)

กล้วยกับส้ม : เป็นผลไม้เหมือนกัน : Abstract thinking

เรือกับเครื่องบิน : ยาวๆ เหมือนกัน : Concrete thinking

สุนัขกับแมว : มี ๔ ขาเหมือนกัน : Concrete thinking

- การบอกความหมายของคำพังเพยและสุภาษิต (Poverty Interpretation)

ขี่ช้างจับตั๊กแตน : ลงทุนมากได้ผลน้อย : Abstract thinking

น้ำขึ้นให้รีบตัก : มีโอกาสเข้ามาต้องรีบทำ : Abstract thinking

หนีเสือปะจระเข้ : หนีสิ่งร้ายไปพบสิ่งที่ร้ายกว่า : Abstract thinking

การแปลผล : ผู้ป่วยสามารถคิดแบบนามธรรม (Abstract thinking) ๖ ข้อ และมีความคิด
แบบรูปธรรม (Concrete thinking) ๓ ข้อ

- เซาว์ปัญญา (Intellectual function) ให้ผู้ป่วยตอบคำถามต่อไปนี้

นายกรัฐมนตรีของประเทศไทยคนปัจจุบันชื่ออะไร = ประยุทธ์ : ถูกต้อง

ชื่อเมืองหลวงของประเทศไทย = กรุงเทพฯ : ถูกต้อง

เด็กทำบัตรประชาชนตอนอายุเท่าไร = ๑๕ ปี : ผิด

การแปลผล : ผู้ป่วยมีระดับเซาว์ปัญญาเหมาะสม

๑๓.๗ การตัดสินใจ (Judgement) ให้ผู้ป่วยตอบคำถามจากสถานการณ์ต่อไปนี้

- ถ้าพบจดหมายเจ้าหน้าที่ของปิดแสดมภ์ ตกอยู่บนถนน คุณจะอย่างไร

ตอบว่า : ไม่รู้ไม่ทราบ ไม่ทำอะไร : ตัดสินใจไม่เหมาะสม

- ถ้าออกจากบ้านแล้วลืมกุญแจทิ้งไว้ในบ้าน คุณจะอย่างไร

ตอบว่า : จะงัดประตูบ้าน : ตัดสินใจไม่เหมาะสม

- ถ้าเห็นไฟไหม้ขณะดูภาพยนตร์ในโรงภาพยนตร์ คุณจะอย่างไร

ตอบว่า : วิ่งรีบบอกเจ้าหน้าที่ : ตัดสินใจเหมาะสม

การแปลผล : ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้เหมาะสม ๑ ข้อ = Fair judgment

๑๓.๘ การหยั่งรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง (Insight) ผู้ป่วยยอมรับว่าติดยาเสพติด ทำให้
ร่างกายอ่อนเพลีย ทрудโทรม ควบคุมตนเองไม่ได้อารมณ์หงุดหงิดง่าย มีปัญหาทะเลาะกับครอบครัว
จึงต้องเข้ารับการรักษา รอนนืออยากเลิกให้ได้เพื่อครอบครัว

การแปลผล : Intellectual Insight ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองติดยาเสพติด ต้องได้รับการรักษา

๑๔. ประเมินแบบแผนสุขภาพ ประเมินโดยใช้กรอบแนวคิดของกอร์ดอน

การประเมินแบบแผนสุขภาพของกรณีศึกษา ที่สามารถประเมินได้ มีดังนี้

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and health management)

๑.๑ โรคประจำตัว : ไม่มี

๑.๒ ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้ประจำ : ไม่มี

๑.๓ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย : จะซื้อยากินเอง ถ้าไม่หายจะไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน

๑.๔ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย : ยาและลุง

๑.๕ การรักษา :

- ประวัติรับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ แบบผู้ป่วยใน จำนวน ๓ ครั้ง ไม่สามารถหยุดเสฟได้

- ประวัติรับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลตรัง ๒ ครั้ง แบบผู้ป่วยใน ไม่สามารถหยุดเสฟได้

- ประวัติรับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ๑ ครั้ง ครั้งนี้เป็นครั้งที่ ๒

๑.๖ การผ่าตัด : ไม่เคยการผ่าตัด

๑.๗ ความรู้สึต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยยอมรับว่าเป็นปัญหา ทำให้มีปัญหาครอบครัว จึงมารักษาเยาเสฟติดตามที่ยาและลุงต้องการ

๑.๘ พฤติกรรมเสี่ยง : เมื่อเครียดจะใช้ยาเสฟติดและออกจากบ้านไปอยู่กับแฟนที่ใช้ยาเสฟติด

- ใชยาบ้า ๓-๔ เม็ด/วัน จำนวน ๓-๔ ครั้ง/สัปดาห์

๑.๙ การแพ้สารต่างๆ (ยา/อาหาร/สารเคมี) : ปฏิเสธ

๑.๑๐ ความคาดหวังในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : เลิกยาเสฟติดได้

สรุป : แบบแผนที่ ๑ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองบกพร่อง

แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional and Metabolic)

๒.๑ การรับประทานอาหาร : รับประทานอาหารช่วยเหลือตัวเองได้

๒.๒ ปัญหาในการรับประทานอาหาร : ไม่มี

๒.๓ รสชาติอาหารที่ชอบ : อาหารรสไม่เผ็ด

๒.๔ การดื่มน้ำ : วันละ ๖-๘ แก้ว

๒.๕ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในช่วง ๖ เดือนที่ผ่านมา : น้ำหนักคงที่

๒.๖ สุขภาพของผิวหนัง เล็บ ผม : ปกติ

๒.๗ ระบบย่อยอาหาร : ปกติ

สรุป : แบบแผนที่ ๒ แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารปกติ

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย (Elimination)

๓.๑ ปัสสาวะ

ขณะอยู่ที่บ้าน : ปัสสาวะวันละ ๔-๕ ครั้ง ไม่แสบขัด ลักษณะปัสสาวะปกติ สีเหลืองใส

ขณะอยู่โรงพยาบาล : ปัสสาวะวันละ ๖-๘ ครั้ง ไม่มีปัสสาวะแสบขัดปัสสาวะสีปกติ

๓.๒ อัจจาระ

ขณะอยู่ที่บ้าน : จับถ่ายอุจจาระปกติทุกวัน วันละ ๑ ครั้ง ไม่มีอาการท้องผูก โดยไม่ต้องมีสิ่งช่วยในการจับถ่าย

ขณะอยู่โรงพยาบาล : จับถ่ายอุจจาระปกติทุกวัน วันละ ๑ ครั้ง ไม่มีอาการท้องผูก โดยไม่ต้องมีสิ่งช่วยในการจับถ่าย

๓.๓ การสูญเสียเหงื่อ : การขับเหงื่อปกติ

สรุป : แบบแผนที่ ๓ การจับถ่ายปกติ

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise)

ขณะอยู่ที่บ้าน : ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง ไม่ได้ออกกำลังกาย

ขณะอยู่โรงพยาบาล : ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง ร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยอื่นตามที่ทางตึกผู้ป่วยจัดให้ได้แต่ต้องกระตุ้นเป็นระยะ แต่ยังไม่ปรับตัวเข้ากับกลุ่มเพื่อนได้น้อย ชอบนั่งเฉยๆ ไม่ค่อยพูด ชอบเดินแยกตัวออกจากกลุ่ม บางครั้งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามรูปแบบที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ได้ เนื่องจากง่วงนอน หงุดหงิด

สรุป : แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกายบกพร่อง ขาดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ไม่ออกกำลังกาย)

แบบแผนที่ ๕ การนอนหลับพักผ่อน (Sleep rest)

ขณะอยู่ที่บ้านก่อนอาการกำเริบ ผู้ป่วยนอนหลับสนิท วันละประมาณ ๘-๑๐ ชั่วโมง เข้านอนประมาณ ๒๐.๐๐ น. ตื่นประมาณ ๐๖.๐๐ น.

ขณะอยู่โรงพยาบาล กลางคืนนอนหลับไม่สนิท มีตื่นกลางดึกตื่นแล้วหลับยาก กลางวันมีอาการง่วงนอน บางครั้งง่วงมากจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

สรุป : แบบแผนที่ ๕ การนอนหลับพักผ่อนบกพร่อง กลางคืนนอนหลับไม่สนิท มีการตื่นกลางดึก ตื่นแล้วหลับยาก กลางวันมีอาการง่วงนอน บางครั้งง่วงมากจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

แบบแผนที่ ๖ สถิติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive perceptual)

๖.๑ ระดับความรู้สึกตัว : ปกติ ไม่มีอาการสับสน การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลถูกต้อง

๖.๒ การมองเห็นปกติ : มองเห็นชัด ไม่มีสายตาสั้นหรือยาว ปฏิเสธเห็นภาพหลอน

๖.๓ การพูด : ปกติ ถามตอบตรงคำถาม ตอบสั้นๆ น้ำเสียงเรียบเฉย

๖.๔ การได้ยิน : ปกติ ปฏิเสธอาการหูแว่ว

๖.๕ การแสดงอารมณ์ : ไม่ค่อยสดชื่น อ่อนไหวง่าย โกรธง่าย บางครั้งควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ถ้ารู้สึกน้อยใจ เสียใจ หงุดหงิด โกรธไม่ได้ตั้งใจมักจะก้าวร้าวทำลายล้างของ ทำร้ายผู้อื่น

สรุป : แบบแผนที่ ๖ สถิติปัญญาและการรับรู้บกพร่อง อารมณ์หงุดหงิดง่าย การจัดการกับอารมณ์ไม่เหมาะสม

แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมันท์ (Self perception and Self concept)

๗.๑ ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง การมองตนเอง (perceived self) : รู้ว่าตนเองเสพยาเสพติด ทำให้สุขภาพทรุดโทรม อารมณ์หงุดหงิดแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวกับยา ทำให้มีปัญหาครอบครัว ขณะให้สัมภาษณ์มีน้ำตาคลอ बै

๗.๒ ตนเองตามการมองของผู้อื่นที่มี ที่เป็น ที่เกิดขึ้นจริง (real self) : ผู้ป่วยคิดว่าการใช้ยาเสพติดของตนเองทำให้ยาไม่สบายใจ และต้องลำบากพาไปรักษา

๗.๓ ตนเองในอุดมคติ (ideal self) : มีความคิดว่าตนเองสามารถเลิกยาเสพติดได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับจิตใจของตน

๗.๔ การรับรู้หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) : ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำเนื่องมาจากการใช้สารเสพติด ตนเองเป็นตัวปัญหาของครอบครัว ทำให้ยาต้องเดือดร้อนและเสียใจ
สรุป : แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์บกพร่อง

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ (Role-relationship)

ผู้ป่วยเป็นลูกคนเดียวของครอบครัว บิดา-มารดาแยกทางกันตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ ๓ ขวบ มารดามีครอบครัวใหม่ บิดาเสียชีวิตจากอุบัติเหตุขณะผู้ป่วยอายุ ๗ ขวบ ยาเป็นผู้เลี้ยงดู ผู้ป่วยไม่ได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่มากนัก เพราะยาอายุมากและต้องทำงาน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ค่อยราบรื่น เมื่อผู้ป่วยเสพยาบ้าจะหงุดหงิด ก้าวร้าว ทะเลาะกับยา ทำร้ายยาและหนีออกจากบ้านไปอยู่กับแฟนที่ใช้ยาเสพติด สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ห่างเหิน ผู้ป่วยมองว่าตนเองขาดที่พึ่ง กับญาติพี่น้องอื่น เช่น ลุง ป้า ฯลฯ ผู้ป่วยไม่สนิท เพราะผู้ป่วยใช้ยาเสพติดและมีอาการทางจิตต่างๆ จึงไม่ยุ่งเกี่ยว

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ห่าง ผู้ป่วยมองว่าตนเองขาดที่พึ่ง

ผู้ที่หารายได้หลักในครอบครัว คือยาของผู้ป่วย ซึ่งประกอบอาชีพทำสวน มีรายได้เดือนละ ๘,๐๐๐ ส่วนตัวผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้

การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบกับครอบครัว คือทำให้สภาพจิตใจของคนในครอบครัวรู้สึกไม่ดี เครียดกับเรื่องของตนเอง และทำให้มีการทะเลาะกันในครอบครัว ตนสร้างปัญหาให้กับครอบครัวมาก ทั้งด้านการเงิน ความเป็นอยู่และทำให้ครอบครัวเสียชื่อเสียง

สรุป : แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพบกพร่อง สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี

แบบแผนที่ ๙ เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ (Sexuality- reproductive)

๙.๑ อวัยวะสืบพันธุ์ : ปกติ ประจำเดือนมาครั้งแรกเมื่ออายุ ๑๓ ปี ขณะมีประจำเดือนมีอาการปวดท้องเล็กน้อย ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

๙.๒ พฤติกรรมการแสดงออกทางเพศ : แสดงออกตรงกับเพศสภาพ

๙.๓ การมีเพศสัมพันธ์ : มีเพศสัมพันธ์กับแฟน

๙.๔ ประวัติการตั้งครรภ์ : G๑P๑A๐ มีประวัติการตั้งครรภ์ ๑ ครั้ง มีบุตร ๑ คน อายุ ๒ ปี ผ่ากัโรงพยาบาลเลี้ยงดูเนื่องจากใช้ยาเสพติดและมีโรคจิตเวชไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้

๙.๕ การคุมกำเนิด : ใช้วิธีการคุมกำเนิดโดยการฝังยาคุมกำเนิด ไม่มีการป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์

สรุป : แบบแผนที่ ๙ เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์บกพร่อง

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและความทนต่อความเครียด (Coping and stress tolerance)

๑๐.๑ เมื่อเกิดความเครียดหรือปัญหาสำคัญต่างๆ : มีวิธีจัดการความเครียดโดยการดูหนังฟังเพลง จะไม่ขอคำปรึกษาและความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น แก้ไขโดยการเสพยาบ้าคิดว่าเป็นการทำให้หายเครียดได้

๑๐.๒ สิ่งที่ไม่สบายใจในปัจจุบัน : อยากรกลับบ้าน

๑๐.๓ ประวัติการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น : มีประวัติทำร้ายผู้อื่น คือ เตะ ต่อย ตีย่าหลายครั้งเมื่อตนเองถูกดุด่าหรือถูกขัดใจ ครั้งล่าสุดเมื่อ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๕ ปัจจุบันไม่มีความคิดทำร้ายตนเองและผู้อื่น

สรุป : แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและความทนต่อความเครียดบกพร่อง

แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าและความเชื่อ (Value and Belief)

๑๑.๑ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ : ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ใช้หลักศาสนาพุทธเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ปฏิบัติศาสนกิจ (สวดมนต์ ไปวัด) นานๆ ครั้ง ขณะอยู่โรงพยาบาลปฏิบัติศาสนกิจโดยการสวดมนต์ไหว้พระตามตารางกิจกรรมที่ทางหอผู้ป่วยจัดให้

๑๑.๒ ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด : ผู้ป่วยเชื่อว่าการใช้ยาเสพติดช่วยคลายความทุกข์ ความไม่สบายใจ

๑๑.๓ ค่านิยม : มีการสักบริเวณแขนขวา สักเพราะตามเพื่อน ไม่ได้มีความเชื่อแต่อย่างใด

สรุป : มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (เชื่อว่าการใช้ยาเสพติดช่วยคลายความทุกข์ ความไม่สบายใจ)

สรุป : แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าและความเชื่อบกพร่อง

ผลการประเมินด้วยแบบประเมินอื่นๆ

๑. ผลการประเมินด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v.๒ เมื่อวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖ = ๓๒ คะแนน อนุมานว่า เป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง

๒. ผลการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖

๒Q คะแนน = ๐ คะแนน แปลผล ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า
ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖

๒Q คะแนน = ๐ คะแนน แปลผล ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า
ครั้งที่ ๓ รับย้ายเข้าระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖

๒Q คะแนน = ๐ คะแนน แปลผล ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

๓. ผลการประเมินความเสี่ยง SAVE (วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖) : $S_0A_0V_๒E_๐$

S (suicide) = ๐ คะแนน แปลผล ไม่มีความเสี่ยง

A (Accident) = ๐ คะแนน แปลผล ไม่มีความเสี่ยง

V (Violence) = ๑๐ คะแนน แปลผล มีความเสี่ยงระดับ ๒ (มีความเสี่ยงปานกลาง)

E (Escape) = ๐ แปลผล ไม่มีความเสี่ยง

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย ไม่มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ/พลัดตกหกล้มและไม่เสี่ยงหลบหนีออกจากโรงพยาบาล แต่มีความเสี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมรุนแรง/ทำร้ายผู้อื่นปานกลาง

๔. ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) : อยู่ในระยะลังเลใจ (contemplation) อยากเลิกยาเสพติดตามที่ครอบครัวร้องขอ แต่ไม่แน่ใจว่าการควบคุมตนเองได้ดีหรือไม่ ยังไม่มั่นใจกับการมาบำบัดเพื่อเลิกยาครั้งนี้

๕. ประเมินทางสังคม (โดยนักสังคมสงเคราะห์)

ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายร่างกาย่า ทำลายข้าวของ การรับรู้ผลกระทบจากการเสพยา Intellectual Insight , Stage of change ระยะลังเลใจ (contemplation) แรงจูงใจในการเลิกยาค่อนข้างน้อย อาศัยอยู่กับย่า มีความขัดแย้งกับย่าค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างซ่า บางครั้งนิ่งเฉย เหม่อลอย ไม่ค่อยมีสมาธิ ลังเลในการเลิกยา แรงจูงใจในการเลิกยาค่อนข้างน้อย

๖. ประเมินสมาธิและความสนใจ (โดยนักกิจกรรมบำบัด)

ผู้ป่วยหลุดร่อนความสนใจบ่อยครั้ง ไม่ค่อยมีสมาธิ เมื่อทำกิจกรรมที่มีอบหมายไม่ได้จะเลิกทำและขออนุญาตไปห้องน้ำ

๗. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖

- Urine for Amphetamine : Negative
- Urine Pregnancy Test (UPT) : Negative
- CBC : ค่าปกติ
- BUN, Creatinine : ค่าปกติ
- LFT : ค่าปกติ
- Electrolyte : ค่าปกติ
- DTX : ค่าปกติ (๑๐๖ mg/dl)
- Stool exam : ค่าปกติ

แผนการรักษาของแพทย์

- Risperidone (๒mg) ๑ oral pc เช้า , ๒ tab oral hs
- Clonazepam (๐.๕ mg) ๒ tab oral hs
- Trihexyphenidyl Hydrochloride (๕mg) ๑ x ๒ oral pc
- Fluoxetine (๒๐mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า
- Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral hs
- Depakine (๒๐๐mg) ๑ tab oral hs
- Clonazepam (๐.๕ mg) ๑ tab PRN for insomnia
- Chlorpromazine (๒๕ mg) ๑ oral pc เช้า , ๒ tab oral hs
- Multivitamin ๑ x ๓ oral pc
- Vitamin B๑-๖-๑๒ ๑ x ๓ oral pc
- Fluphenazine injection (๕๐ mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุกวันที่ ๒๖ ของเดือน

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ตึกบำบัดด้วยยาเมื่อวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖ แกรับมาด้วยอาการ อารมณ์หงุดหงิดคนเดียว กลางคืนไม่นอนเดินไปมา อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำร้ายยา ทำลายข้าวของ ไม่ยอมรับประทานยา หนีออกจากบ้านไปอยู่กับแฟนที่ใช้ยาเสพติด ประเมินอาการแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๙ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๘ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๐๘/๖๔ มิลลิเมตรปรอท ผลการประเมินด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v.๒ = ๓๒ คะแนน อนุมานว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง ผลการประเมินความเสี่ยง SAVE = $S_0A_0V_0E_0$ มีความเสี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมรุนแรง/ทำร้ายผู้อื่นระดับปานกลาง เข้าบำบัดในระยะถอนพิษยาโดยแพทย์ให้การรักษาต่อยาต้านอาการทางจิต (antipsychotic) ให้การพยาบาลภาวะทางจิตจนอาการดีขึ้น สามารถสร้างแรงจูงใจเข้าบำบัดต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖ รวมอยู่ระยะถอนพิษยา ๕๑ วัน

สรุปอาการและการเปลี่ยนแปลง แผนการรักษาและกิจกรรมพยาบาลขณะอยู่ในความดูแลในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยแรกรับในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖)

สีหน้าไม่สดชื่น ไม่ค่อยมีสมาธิ หันไปหันมาขณะพูดคุย พูดบ่นอยู่ในลำคอ ถามคำตอบคำ มีอาการหงุดหงิดเล็กน้อย บางครั้งหัวเราะคนเดียว ไม่มีอาการถอนพิษยา วิดกกังวลคิดว่าตนเองตั้งครมร์ ปฏิเสธอาการหูแว่วภาพหลอน ไม่เต็มใจบำบัดรักษา บอกว่าอยากให้อาจารย์กลับบ้าน

แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล

- ตรวจวัดสัญญาณชีพ/ประเมิน SAVE/ประเมินซึมเศร้า
- ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) เสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดเพื่อเลิกยาเสพติด
- ประเมินอาการยาเสพติดกลุ่มกระตุ้นประสาท/ประเมินอาการทางจิต
- ฝ้าระวัง/ป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายตัวเองและผู้อื่น
- ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด
- ประเมินอาการซ้ำ รายงานแพทย์
- ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์
- ประเมินและสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับต้านอาการทางจิต
- จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ลดสิ่งกระตุ้น
- ดูแลให้พักผ่อน
- ประเมินอาการ/พฤติกรรมใกล้ชิด

ประเมินผล

- สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ ๓๖.๙ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๘ ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ ความดันโลหิต ๑๐๘/๖๔ มิลลิเมตรปรอท
- น้ำหนัก ๗๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๕ เซนติเมตร BMI=๒๕.๗๑ อ้วนระดับ ๑ เสี่ยงต่อโรค

- ผลประเมิน SAVE = $S_o A_o V_o E_o$ / คะแนน ๒Q = ๐
- Stage of change = contemplation
- ไม่มีอาการถอนพิษยา แต่สีหน้าไม่สดชื่น ถามคำตอบคำพูดคุยน้อย รับฟังคำแนะนำไม่ค่อยมีสมาธิ ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ปฏิเสธหิวแหว่ภาพหลอน
- รับรู้ถูกต้องว่าตนเองไม่ได้ตั้งครรภ์
- ยอมรับการบำบัดต่อเนื่อง

ในระหว่างอยู่บำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (ตึกฉัตรชบา)

(วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖ – ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖)

ผู้ป่วยมีความกังวลเรื่องอยากกลับบ้านเป็นระยะๆ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เมื่อมีความเครียดจะมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายเพื่อน ๑ ครั้ง สาเหตุจากคิดว่าเพื่อนไม่ชอบตนเองพูดถึงตนเองในทางไม่ดี สัมพันธภาพกับเพื่อนน้อย พฤติกรรมแยกตัว บางครั้งยิ้มหัวเราะคนเดียวไม่เหมาะสม เดินไปเดินมา ปฏิเสธหิวแหว่ภาพหลอน ไม่อยากร่วมกิจกรรม ง่วงนอน มักนั่งหลับขณะเข้ากลุ่ม บางครั้งแอบไปนอน เมื่อกระตุ้นให้ร่วมกิจกรรมจะหงุดหงิด ในระยะนี้แพทย์ให้การรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต (antipsychotic) ต่อเนื่อง ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรม FAST Model ให้การพยาบาลปรับความคิด ปรับพฤติกรรมควบคู่กับการฟื้นฟูภาวะทางจิต โดยมีสหวิชาชีพร่วมดูแลวางแผนร่วมกัน จนผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ พฤติกรรมดีขึ้นเป็นลำดับ รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ๔๓ วัน แพทย์อนุญาตจำหน่าย

แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล

- ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรม FAST Model ให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือตามรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ประเมินอาการด้านกาย-จิต-สังคม ให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบ
- ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) เสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด
- ให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม
- ดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหวาดระแวงมีพฤติกรรมก้าวร้าว
- จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งเร้า เพื่อความปลอดภัยป้องกันการทำร้ายตนเอง/ทำร้ายผู้อื่น
- รายงานแพทย์ให้ยาตามแผนการรักษาและติดตามอาการข้างเคียงจากการได้รับยาทางจิตเวช
- ประเมินพฤติกรรมพัฒนาตนเอง

ประเมินผล

- ผู้ป่วยยอมรับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรม FAST Model
- มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากระยะ contemplation ไปถึงระยะ Action
- ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรงมีปวดเมื่อยร่างกายบ้าง ไม่มีอาการหิวแหว่-ภาพหลอนควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น
- ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อตกลง เช่น ไม่เข้าร่วมกิจกรรม แอบนอน อารมณ์หงุดหงิดทำร้ายเพื่อน ๑ ครั้ง ยอมรับการช่วยเหลือตามโปรแกรมของชุมชนบำบัด
- สัมพันธภาพกับผู้อื่นและครอบครัวมีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น

- ผู้ป่วยไม่มีอาการ EPS มีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวชที่ไม่รุนแรง คือ ง่วงนอน

- คะแนนพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์พอใช้

การจำหน่าย (วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖)

ญาติแจ้งความพร้อมที่จะรับผู้ป่วยไปดูแลต่อที่บ้าน แพทย์อนุญาตจำหน่าย โดยให้ยาไปรับประทานต่อ ๒ สัปดาห์ นัดติดตามผลหลังจำหน่าย ๒ สัปดาห์

แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล

- ปฏิบัติการพยาบาลตาม แผนการรักษา D - METHOD
- รายงานแพทย์ รับยากลับไปรับประทานต่อเนื่องที่บ้าน ดังนี้
 - Risperidone (๒mg) ๒ x ๒ oral pc เช้า - hs
 - Trihexyphenidyl Hydrochloride (๕mg) ๑ x ๒ oral pc เช้า - hs
 - Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral hs
 - Depakine (๕๐๐mg) ๑ tab oral hs
 - Fluoxetine (๒๐mg) ๑ tab oral pc เช้า
 - Fluphenazine injection (๕๐ mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุกวันที่ ๒๖ ของเดือน
 - ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
 - นัดติดตามผล ๒ สัปดาห์

ประเมินผล

- ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เข้าใจคำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
- สัมพันธภาพผู้ป่วยกับครอบครัวดี
- นัดติดตามผล ครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๖

ตารางที่ ๔. วิเคราะห์กรณีศึกษา การเปรียบเทียบข้อมูลวิชาการ/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมา

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>การวินิจฉัยการติดยาเสพติด</p> <p>ใช้หลักเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีการใช้ยาเสพติดจนก่อให้เกิดความบกพร่องหรือผลกระทบอย่างน้อย ๒ ข้อ โดยเกิดขึ้นภายในช่วง ๑๒ เดือน ๒. มีการใช้ยาเสพติดในปริมาณที่มากกว่า หรือใช้ระยะเวลาที่มากกว่าที่ตั้งใจไว้ ๓. มีความตั้งใจอย่างมากหรือพยายามที่จะลดหรือหยุดใช้ยาเสพติด แต่ทำไม่สำเร็จ ๔. ในวันที่ใช้ยาเสพติดนั้น ต้องใช้เวลามากในการเสาะหายาเสพติดในการเสพ หรือฟื้นจากฤทธิ์ของยาเสพติด มีความอยาก (craving) หรือความต้องการอย่างรุนแรงที่ต้องการใช้ ๕. ผลจากการใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ทำให้เกิดความล้มเหลวของกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเรียน ๖. ยังคงมีการใช้อ้อยู่ ถึงแม้มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว ๗. จากการใช้ยาเสพติดทำให้กิจกรรมด้านสังคมที่สำคัญ การทำงาน การพักผ่อน ลดน้อยลง ๘. มีการใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย ๙. ยังคงมีการใช้ยาเสพติดอยู่ถึงแม้จะรู้ว่าการใช้ยาเสพติดนั้นก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ๑๐. ภาวะดื้อยา มีความต้องการใช้ยาเสพติดปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิมเมื่อใช้ปริมาณเท่าเดิมฤทธิ์ที่ได้จากยาเสพติดลดลง ๑๑. ภาวะถอนยา มีอาการถอนยา ต้องใช้ยาหรือสารเสพติดเพื่อให้ตัวเองหายจากอาการ ถอนยาหรือเพื่อให้รู้สึกดีขึ้น 	<p>แพทย์วินิจฉัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - F๑๕๒๕ : Other stimulants including caffeine dependence syndrome, continuous use (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการเสพยากระตุ้นระบบประสาทอันรวมทั้งกาแฟ) - F๒๐๐๐ : Paranoid schizophrenia \,continuous (including treatment resistant) (โรคจิตเภทแบบระแวงต่อเนื่อง รวมถึงต่อการรักษา) - มีการใช้ยาเสพติด (ยาบ้า) จนก่อให้เกิดความบกพร่องหรือผลกระทบอย่างน้อย ๒ ข้อ โดยเกิดขึ้นภายในช่วง ๑๒ เดือน ใช้ปริมาณเพิ่มขึ้น แม้จะเกิดปัญหาต่อตนเองและผู้อื่น ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ๑๓ ปีก่อน ขณะผู้ป่วยอายุ ๑๕ ปี เริ่มเสพยาบ้าจำนวน ๑-๒ เม็ด/วัน จำนวน ๒-๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ป่วยเสพยาบ้าต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนเสพมากที่สุด ๓-๔ เม็ด/วัน จำนวน ๓-๔ วันต่อสัปดาห์ - ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเพื่อเลิกยาเสพติดที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์แบบผู้ป่วยใน ๓ ครั้ง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตรังแบบผู้ป่วยใน จำนวน ๒ ครั้ง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ๑ ครั้ง หลังการรักษาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดการติดตามผล และใช้ยาเสพติดซ้ำ - ผลจากการใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ทำให้มีอาการทางจิตเวชร่วม
<p>แอมเฟตามีน (Amphetamine)</p> <p>สาเหตุการติดยาแอมเฟตามีน</p> <p>การติดยาเสพติดมีสาเหตุที่ซับซ้อนประกอบด้วยหลายประการ โดยสามารถบ่งชี้ถึงสาเหตุการติดยาว่ามาจาก</p>	

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ปัจจัย ๓ ประการด้วยกัน โดยทุกปัจจัยต่างมีความเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน ดังนี้</p> <p>๑. ปัจจัยด้านตัวยาเสพติดที่ใช้ การใช้ยาเสพติดเป็นเวลานานๆ ร่างกายจะเกิดความเคยชินต่อยา และการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของสารดังกล่าว เมื่อร่างกายขาดยาหรือสารเสพติดดังกล่าว จะเกิดอาการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน มีอาการผิดปกติกับร่างกายที่เราเรียกว่า อาการขาดยา ความรุนแรงของอาการอาจมีมากจนทนไม่ไหวจนต้องพยายามหายาหรือสารเสพติดมา เสพเพื่อระงับอาการต่างๆ ให้ร่างกายสามารถทำงานได้ในระบบเดิม</p> <p>๒. ปัจจัยด้านบุคคลหรือผู้ป่วย</p> <p>๒.๑ สภาพร่างกาย พบว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยติดยาเสพติด เนื่องจากการเจ็บป่วยทางร่างกายและใช้ยาเพื่อการบำบัดรักษา ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ต้องการงานให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มรายได้ นักศึกษาที่ต้องการอ่านหนังสือได้นานโดยไม่ง่วงก็อาจใช้ยาบ้า ช่วยทำให้ร่างกายไม่อ่อนเพลีย มีกำลังในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น</p> <p>๒.๒ สภาพทางจิตใจและบุคลิกภาพ บุคคลที่มีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดจะมีบุคลิกภาพอ่อนแอในทุกด้าน เช่น อารมณ์ และสติปัญญา ร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ ผู้ที่มีอารมณ์วู่วาม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีลักษณะของความสามารถในการควบคุมความต้องการของตนเองต่ำ มีความอดทนต่อความคับข้องใจและความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองต่ำ ส่วนบุคลิกภาพมักจะมีพฤติกรรมทำอะไรไม่ยั้งคิด เมื่อมีปัญหาจะแก้ปัญหาแบบง่ายๆ ไม่ใช้เหตุผล ทำตามอารมณ์ และมักจะมองตนเองในแง่ลบ ขาดวุฒิภาวะ มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial) และแบบก้ำกึ่ง (borderline) แสดงการตอบโต้ในลักษณะที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทั้งตนเองและสังคม นอกจากนี้กลุ่มบุคคลบางลักษณะ เช่น บุคคลที่ไม่มั่นใจในตนเองหรือมีความภูมิใจในตนเองต่ำ บุคคลที่มีความอดทนต่อความขัดแย้งต่ำ บุคคลที่ไม่ยืดหยุ่น และบุคคลที่หลงตนเอง เป็นบุคคลที่เชื่อว่าเมื่อมีความไม่สบายใจมักแยกตัวชอบอยู่ตามลำพัง มีปัญหาไม่กล้าบอกใครแก้ปัญหาโดยใช้ยาเสพติด</p>	<p>๑. ปัจจัยด้านตัวยาหรือสารเสพติด ผู้ป่วยเสพยาบ้า (Amphetamine) มาเป็นเวลานาน ซึ่งยาบ้าจะออกฤทธิ์ไปกระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทในสมองคือ Dopamine ให้ออกจากปมประสาทมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพอใจมีความสุข ร่างกายจะเกิดความเคยชินต่อยา เมื่อหยุดใช้ยาจะมีอาการขาดยาจะไม่สดชื่น ผู้ป่วยจึงเสพยาบ้าซ้ำ เพื่อให้เกิดความสุข สนุกสนานตื่นตัว ตลอดเวลา</p> <p>๒. ปัจจัยด้านบุคคลหรือผู้ป่วย</p> <p>๒.๑ สภาพร่างกาย ผู้ป่วยใช้ยาบ้าแล้วรู้สึกสดชื่น ไม่ง่วง ทำให้ร่างกายไม่อ่อนเพลีย สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้นานขึ้น</p> <p>๒.๒ ผู้ป่วยเรียนจบระดับประถมศึกษา ไม่สามารถเรียนต่อได้ เนื่องจากเริ่มใช้ยาเสพติดและขี้เกียจ ไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้ รู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เอาแต่ใจตัวเอง ส่วนบุคลิกภาพมักจะมีพฤติกรรมทำอะไรไม่ยั้งคิด เมื่อมีปัญหาจะแก้ปัญหาแบบง่ายๆ ไม่ใช้เหตุผล ทำตามอารมณ์ตนเอง มักแยกตัวชอบอยู่ตามลำพัง เมื่อมีปัญหาแก้ปัญหาโดยใช้ยาเสพติด อีกทั้งผู้ป่วยมีความเชื่อ ที่ศรัทธาที่ติดต่อการใช้ยาเสพติดว่าช่วยคลายความทุกข์ ความไม่สบายใจได้</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๓. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการผลักดันให้ไปติดยาเสพติดได้ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว การขาดความอบอุ่นในบ้าน ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาชีวิต สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม นอกจากจะส่งเสริมให้ติดยาเสพติดได้แล้ว ยังเป็นสิ่งที่เสริมให้กลับไปใช้ยาเสพติดอีกเพราะสภาพแวดล้อมเดิมๆ จะกดดันให้กลับไปใช้ยาเสพติด ความอยากรู้อยากลอง เพื่อนชวน ค่านิยมในกลุ่มเพื่อน การมีปัญหาคครอบครัว รวมทั้งการมียาเสพติดจำหน่าย การเข้าถึงและหาซื้อได้ง่าย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด นอกจากนี้การเลียนแบบ (social learning) เด็กเรียนรู้จากการเอาอย่าง การเลียนแบบพฤติกรรม ซึ่งได้จากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน พบว่าเด็กวัยรุ่นที่ติดยาเสพติด มักมาจากครอบครัวที่พ่อแม่ใช้ยาเสพติดหรือเกี่ยวข้องกับยาเสพติด</p> <p>วิธีการเสพยาบ้า (Amphetamine)</p> <p>๑. การกิน การออกฤทธิ์ภายใน ๑๕-๖๐ นาที จะออกฤทธิ์สูงสุดภายใน ๒-๓ ชั่วโมง และหลังจากนั้นฤทธิ์ของตัวยาคจะลดลงอย่างรวดเร็ว แอมเฟตามีนมีกลไกในการจับตัวยาคครั้งหนึ่งอย่างทันทีทันใด ส่งผลให้มีการออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วและสูงสุด อีกครั้งหนึ่งของตัวยาคจะจับภายในเวลา ๔ ชั่วโมงต่อมา</p> <p>๒. การสูดดมไอ เป็นการสูดดมไอระเหยทางรูจมูกโดยตัวยาคจะซึมผ่านทางเนื้อเยื่อโพรงจมูก มีการออกฤทธิ์ทันทีทันใดและรุนแรงปรากฏให้เห็นผลภายใน ๑ นาทีและการออกฤทธิ์จะส่งผลในระยะเวลายาว (Drugs-forum, ๒๐๐๙) โดยมีอาการเมายา เรียกว่า “แห้ง”</p> <p>๓. การฉีดเข้าหลอดเลือด มีการออกฤทธิ์อย่างทันทีทันใดต่อผู้เสพ (American Journal of Public Health, ๒๐๐๑) โดยวิธีการฉีดเข้าหลอดเลือดหรือใต้ผิวหนังซึ่งสามารถเข้าสู่ระบบการไหลเวียนเลือด ออกฤทธิ์ทันทีในระยะสั้น (Drugs-forum, ๒๐๐๙) และรุนแรงที่สุด</p> <p>๔. Rectal ซึ่งโดยปกติทั่วไปไม่นิยมเสพกันมีรายงานในผู้ที่เคยเสพ พบว่าการออกฤทธิ์เร็วกว่าการกินแต่ช้ากว่าวิธีการสูดดมไอหรือการฉีด (Drugs-forum, ๒๐๐๗)</p>	<p>๓. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวแตกแยก ครอบครัวมีสัมพันธภาพแบบห่างเหิน พ่อแม่ของผู้ป่วยแยกทางกันตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ ๓ ขวบ มารดาไปมีครอบครัวใหม่ ไม่ได้ติดต่อกับผู้ป่วย บิดาเสียชีวิตจากอุบัติเหตุขณะผู้ป่วยอายุ ๗ ขวบ ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับย่าตั้งแต่เด็ก อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดความรัก ความอบอุ่น ขาดการดูแลเอาใจใส่ อาจรู้สึกแค้นแค้นขาดที่พึ่งพิง - คบหากับกลุ่มเพื่อนและแฟนที่ใช้ยาเสพติด ทำให้ผู้ป่วยร่วมใช้ยาเสพติดด้วย - ผู้ป่วยว่างงาน แต่ทุกครั้งที่ยาให้เงิน ไว้ใช้จ่าย ผู้ป่วยจะนำเงินไปซื้อยาเสพติดมาเสพ - ยาเสพติด ราคาถูก หาซื้อได้ง่าย <p>- ผู้ป่วยใช้วิธีการสูดดมไอระเหย ผ่านการเผาบนพรอยด์โดยตัวยาคจะซึมผ่านเนื้อเยื่อโพรงจมูก ใช้เวลาประมาณ ๑-๒ นาที ผู้ป่วยจะรู้สึกเคลิ้ม มีความสุข</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>การติดยาเสพติดแอมเฟตามีน (Amphetamine)</p> <p>คือ ภาวะอันเป็นผลจากการเสพสารเสพติดมา ระยะเวลาหนึ่ง แล้วเกิดอาการอย่างน้อย ๓ ใน ๗ ข้อ ปรากฏขึ้นระยะเวลาใดๆ ในช่วงเวลา ๑๒ เดือน</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เกิดการติดยา ๒. เกิดอาการถอนพิษยา ๓. ใช้สารเสพติดในจำนวน และระยะเวลามากกว่าที่ตั้งใจไว้ ๔. มีความต้องการใช้สารเสพติดโดยไม่สามารถลดหรือควบคุมการใช้ด้วยตนเอง ๕. ใช้เวลาส่วนมากไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวกับสารเสพติด ๖. การเรียน/การทำงาน สังคม หรือกิจกรรมที่สร้างสรรค์เสื่อมถอยหรือสูญเสียไป ๗. ใช้สารเสพติดนั้นต่อไปทั้งที่รู้ว่าทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายหรือจิตใจ <p>ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของแอมเฟตามีน</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central Actions) ทำให้มีการหลั่ง Noradrenaline ตำแหน่งที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่อยู่บริเวณ Cerebral cortex และ Reticular activation system ทำให้ผู้ที่ได้รับ Amphetamine จะเพิ่ม Moter activity, Cental alertness ลด Sense of fatigue และมี Mild euphoria ถ้าใช้ขนาดสูงเกิดอาการ มึนงงและอาจเกิดสภาวะตื่นกลัว (Panic) และภาวะโรคจิต (Psychosis) ๒. ฤทธิ์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Periphera lactions) Amphetamine ทำให้มีการหลั่งของ Catecholamine และยังมีฤทธิ์กระตุ้นทั้ง A และ B Receptors โดยตรง เป็นผลให้ความดันเลือด Systolic สูงขึ้นมากกว่า Diastolic กระตุ้นหัวใจทำให้เกิดอาการใจสั่นและจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ปวดศีรษะ 	<p>- ผู้ป่วยเสพยาบ้าเป็นเวลานาน ๑๓ ปี เริ่มใช้ยา อายุ ๑๕ ปี เนื่องจากอยากลองและเพื่อนชวนใช้ยาบ้า ๑-๒ เม็ด/วัน ๒-๓ ครั้ง/สัปดาห์ ต่อมาเพิ่มปริมาณการเสพมากขึ้นเรื่อยๆ ก่อนมาโรงพยาบาล ใช้ยาบ้า ๓-๔ เม็ด/วัน จำนวน ๓-๔ วันต่อสัปดาห์</p> <p>- หลังจากหยุดใช้ยาผู้ป่วยมีอาการถอนพิษยาอ่อนเพลีย สีหน้าไม่สดชื่น ท่าทางไม่เป็นมิตร อารมณ์หงุดหงิดง่าย บางครั้งหัวเราะคนเดียว ถามคำตอบคำ มักแยกตัวอยู่คนเดียว เดินไปเดินมาไม่ค่อยให้ความร่วมมือ</p> <p>- ไม่ได้ทำงานใช้เวลาส่วนมากไปกับการเสพยา</p> <p>- ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยพูดคนเดียว หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายร่างกายย่า หนีออกจากบ้านไปอยู่กับแฟนที่ใช้ยาเสพติด ญาติจึงส่งตัวเพื่อบำบัดรักษา</p> <p>- ขณะใช้ยาบ้าผู้ป่วยไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดคนเดียว หงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ</p> <p>- ความดันโลหิต ๑๐๘/๖๔- ๑๒๖/๙๕ mmHg มีอาการใจสั่น และปวดศีรษะ</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๓. ฤทธิ์ต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้อัตราการหายใจสูง และจังหวะการหายใจไม่ปกติ</p> <p>๔. ฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อเรียบทำให้หลอดเลือดขยายหลอดของ กระเพาะอาหารหดตัว</p> <p>๕. ฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหาร ฤทธิ์ของAmphetamine จะไปควบคุมศูนย์ควบคุมแอฟพิไทต์ (Appetite) เพื่อ ควบคุมความอยากอาหารเอาไว้ ทำให้ผู้เสพปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว คลื่นไส้ อาเจียนท้องเสีย เป็นตะคริว ในช่วงท้อง</p> <p>๖. ผลต่อมดลูก มักทำให้ Tone เพิ่มขึ้น</p> <p>๗. อื่นๆ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ ไร้สมรรถภาพชั่วคราว เพิ่มการหลั่งปัสสาวะ</p> <p>การตรวจพิสูจน์สารแอมเฟตามีนทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>การตรวจหายาบ้าทางห้องปฏิบัติการมีความสำคัญ เพราะจะยืนยันว่าผู้ป่วยมีการเสพยาบ้าจริงหรือไม่ ตัวอย่าง ที่นำมาใช้ตรวจยาบ้ามีหลายชนิด เช่น ปัสสาวะ เลือด น้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร เหงื่อ แต่ในทางปฏิบัติแล้ว ปัสสาวะเป็นตัวอย่างตรวจที่เหมาะสมที่สุดเพราะ</p> <p>๑. ยาบ้า/แอมเฟตามีน จะยังคงอยู่ในปัสสาวะได้นาน กว่าตัวอย่างตรวจอื่นๆ</p> <p>๒. ปริมาณของยาบ้า/แอมเฟตามีน ในปัสสาวะมากกว่า ในเลือด</p> <p>๓. การตรวจจากปัสสาวะทำให้ง่ายกว่าตัวอย่างตรวจอื่นๆ</p> <p>อาการที่เกิดจากการเสพยาแอมเฟตามีน (Amphetamine)</p> <p>๑. อาการเฉียบพลัน เป็นอาการพิษที่เกิดจากการเสพยาแอมเฟตามีนอย่างเฉียบพลันทำให้มีอาการอยู่ไม่นิ่ง (restlessness) หงุดหงิด (Irritability) มือเท้าสั่น (tremor) สับสน (confusion) พุดมากวิตกและอารมณ์แปรปรวน (lability of mood) และอาการที่เกิดกับระบบประสาท ส่วนปลายคือ ปวดศีรษะ หนาวสั่น อาเจียน ปากแห้ง เป็นต้น</p> <p>๒. อาการเรื้อรัง เกิดจากการใช้ยาเสพติดติดต่อกันเป็น เวลานาน กรณีใช้ยาขนาดไม่มากจะมีผลกระทบต่ออารมณ์ และพฤติกรรมที่สามารถควบคุมได้จะทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายได้มาก โดยจะทำให้ไม่รู้สึกหิว ทำให้ขาดอาหาร</p>	<p>- ขณะใช้ยาบ้าผู้ป่วยรับประทาน อาหาร ได้ น้อย วันละ ๑-๒ ครั้ง แต่รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่หิว ปากแห้ง</p> <p>- ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อย วันละ ๘-๑๐ ครั้ง</p> <p>- ผลการตรวจยาบ้า (Amphetamine) ใน ปัสสาวะ = Negative</p> <p>- ผู้ป่วยมีอาการอยู่ไม่นิ่ง เดินไปเดินมา หงุดหงิด อารมณ์แปรปรวน บางครั้งมีอาการปวด ศีรษะ ปากแห้ง</p> <p>- ผู้ป่วยเสพยาบ้าเป็นเวลานาน ๑๓ ปี เริ่มใช้ยา อายุ ๑๕ ปี เริ่มใช้ยาบ้า ๑-๒ เม็ด/วัน ๒-๓ ครั้ง/ สัปดาห์ ต่อมาเพิ่มปริมาณการเสพยาบ้าขึ้นเรื่อยๆ</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ขาดวิตามิน การกระตุ้นประสาททำให้ร่างกายนอนไม่หลับ จะทำให้ร่างกายไม่ได้พักผ่อน สุขภาพจึงทรุดโทรม ซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ง่าย การใช้ยาเป็นประจำทำให้เกิดการติดยาซึ่งต้องเพิ่มขนาดของยาที่ใช้ขึ้นเรื่อยๆ ถ้าใช้ไปนานๆ ทำให้เกิดการติดทั้งทางจิตและทางกาย การติดยาทางจิตเกี่ยวกับความคิด อารมณ์และสมรรถภาพต้องการยาอยู่เรื่อยๆ เมื่อหยุดใช้ยาทันทีจะมีอาการขาดยาเกิดขึ้น อาการขาดยาที่เกิดขึ้นในผู้ที่ใช้ยาในขนาดสูง ได้แก่ อ่อนเพลีย ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานถดถอย นอนหลับ คล้ายคนหมดสติ เกิดโรคจิตชนิดหวาดระแวง (Paranoid delusions) ประสาทหลอนทางจิต หูแว่วและกระวนกระวายหิวอาหารอย่างรุนแรง ในระยะ ๓-๔ วัน หลังจากหยุดยาจะเกิดอาการสะท้อนกลับของอารมณ์ (rebound phenomena) จากอารมณ์ตื่นตัว ร่าเริง เป็นอารมณ์ซึมเศร้า จนอาจถึงคลุ้มคลั่ง ทำร้ายผู้อื่นหรือฆ่าตัวตายได้ อาการถอนพิษยา (Withdrawal symptoms) มักเกิดกับผู้ที่เสพยาบ้า (Amphetamine) ในขนาดที่สูงเป็นเวลานาน จะทำให้หลับนาน (hypersomnia) มีอาการซึมเศร้า โดยอาการจะรุนแรงสุดในช่วง ๔๘-๗๒ ชั่วโมงหลังหยุดยาและคงอยู่ได้นานเป็นเดือน บางรายอาจถึงขั้นทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย</p> <p>๓. พิษจากการได้รับยาเกินขนาด จะเกิดการกระตุ้นอะดรีเนอร์จิก ทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูง หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงและมักพบอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น หวาดระแวง วิดกเพ้อคลั่ง หากใช้ยาในขนาดที่สูงจะทำให้ชักกระตุก หลอดเลือดหัวใจตีบ</p> <p>ผลของแอมเฟตามีน (Amphetamine) ต่อร่างกายและจิตใจ</p> <p>เนื่องจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปริมาณของยาบ้าที่ใช้ วิถีเสพ ความถี่ของการใช้ยา ระยะเวลาที่ใช้ยา รวมทั้งร่างกายของผู้ป่วยเอง ในการรักษาก็มีความจำเป็นต้องรักษาให้เหมาะสมตามลักษณะอาการของผู้ป่วย จึงขอแบ่งผลของยาบ้าออกเป็น ๓ ลักษณะ ดังนี้</p>	<p>ก่อนมาโรงพยาบาล ใช้ยาบ้า ๓-๔ เม็ด/วัน จำนวน ๓-๔ วันต่อสัปดาห์</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีอาการไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดคนเดียว หงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ - เมื่อไม่ได้ใช้ยาบ้าจะมีอาการอ่อนเพลีย หงุดหงิด หูแว่ว เกิดโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid delusions) <p>- มีอาการทางจิตร่วม คือ หวาดระแวง แยกตัว พูดคนเดียว หงุดหงิด ก้าวร้าว</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๑. พิษผลอย่างเฉียบพลันและภาวะพิษเฉียบพลันจากยาบ้า (Toxic Acute Effect and Acute Methamphetamine-intoxivation)</p> <p>๒. ผลในระยะยาว ภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบร่วมกับการเสพยาบ้า (Chronic Effect Chronic Methamphetamine use disorder)</p> <p>๓. การเสพติดและการบำบัดรักษาการติดยาบ้า (Methamphetamine dependence and treatment)</p>	<p>- รายนี้ไม่เกิดพิษเฉียบพลัน เนื่องจากผู้ป่วยหยุดเสพยาบ้า ๒ วันก่อนมาโรงพยาบาล</p> <p>- ผู้ป่วยมีโรคทางจิตเวชที่พบร่วมกับการเสพยาบ้า (Amphetamine) ได้แก่ โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid schizophrenia)</p> <p>- มีการเสพติดต้องใช้ปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เข้ารับการบำบัดรักษาการติดยาบ้าหลายครั้ง</p>
<p>การบำบัดรักษาผู้ป่วยแอมเฟตามีน (Amphetamine)</p> <p>การบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ มีรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด แบ่งเป็น ๒ รูปแบบ คือ</p> <p>๑. การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก กาย จิต สังคมบำบัด</p> <p>๒. การบำบัดแบบผู้ป่วยใน คือ การค้างคืนในสถานพยาบาล เพื่อดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะถอนพิษยา นอกจากนี้ยังมีการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการให้ความรู้ด้วย เช่น การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค</p>	<p>ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจแบบผู้ป่วยใน โดยครอบครัวขอรับรอง ลุงและย่าน่า ผู้ป่วยมารักษาตามวางแผนการรักษารูปแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา เนื่องจากผู้ป่วยเคยมารักษา ๑ ครั้ง แล้วกลับไปเสพยาซ้ำ</p>
<p>การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient programs)</p> <p>กระบวนการบำบัดรักษา ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ดังนี้</p> <p>๑. ขั้นตอนเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission)</p> <p>มีการให้คำแนะนำจูงใจผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของการรักษา และมีความตั้งใจจริงในการรักษา รวมไปถึงการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วย ตลอดจนสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตั้งใจรักษาและนำครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาด้วย</p> <p>๒. ขั้นตอนบำบัดด้วยยา (Detoxification)</p> <p>เป็นขั้นตอนการรักษาทางร่างกายที่ทำให้ร่างกายพ้นจากสภาวะติดยาทางกาย หรือรักษาอาการถอนยาของร่างกาย และให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วยไม่ว่าจะเป็นภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิต จนผู้ป่วยหมดอาการถอนยาและภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิตหมดไป หรืออยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ไม่มีอาการรุนแรง</p>	<p>ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในตามกระบวนการบำบัดรักษา ๔ ขั้นตอน ดังนี้</p> <p>๑. ในขั้นตอนเตรียมการก่อนการรักษาพยาบาลได้จูงใจผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญ ของการรักษา รวมไปถึงการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยยินยอมเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา</p> <p>๒. ขั้นตอนบำบัดด้วยยา ผู้ป่วยรับการบำบัดระยะนี้ ๕๑ วัน เป็นการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ หลังจากหยุดเสพยาบ้า เน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลักตามอาการถอนยาและภาวะแทรกซ้อนทางจิต ให้ผู้ป่วยพักผ่อน ดูแลตนเองปฏิบัติตามตารางกิจวัตรประจำวัน ในขั้นตอนนี้พยาบาลจะให้การดูแลรักษาตามอาการทางกายและทางจิตของผู้ป่วย ให้คำแนะนำถึงอาการที่เกิดขึ้นในระยะถอนพิษยาและการปฏิบัติตัว</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๓. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ในขั้นนี้จะเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ผ่านขั้นตอนบำบัดด้วยยา ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง ที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม เป็นระยะการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพชีวิตอย่างสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ พร้อมออกไปใช้ชีวิตในสังคม ภายนอกได้ และมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูแบบ FAST Model ได้แก่ การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา (family) การมีกิจกรรมทางเลือกในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ (alternative activity treatment) การเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยเทคนิค ช่วยเพื่อช่วยตนเอง (self- help) และ การนำแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ "ชุมชนบำบัด" (therapeutics community) ซึ่งเป็นการสร้างชุมชนหรือสังคมจำลองให้ผู้ป่วยมาอยู่ร่วมกันเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยเหลือกันและกัน ฝึกความรับผิดชอบเรียนรู้ตนเอง และเรียนรู้การแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล เพื่อกลับไปมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ ร่วมกับการให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม นันทนาการ และการฝึกอาชีพ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมบำบัดรูปแบบอื่น เช่น การฟื้นฟูสภาพจิตใจด้วยหลักศาสนา โดยการนำผู้ป่วยเข้าศึกษาหลักสูตร เป็นต้น</p> <p>๔. ขั้นติดตามดูแลหลังรักษา (After care) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่มีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เผื่อระวังการกลับไปเสพซ้ำ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยคอยตรวจสอบสัญญาณเตือนและป้องกันตนเองไม่กลับไปเสพซ้ำ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างสมดุล ช่วยเหลือตามสภาพปัญหา หากผู้ป่วยติดซ้ำ นำกลับไปเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา</p>	<p>ที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีอาการทุกข์ทรมานจากการหยุดใช้ยา และจูงใจให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป</p> <p>๓. ขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาต่อในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖-วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖ รวมระยะเวลาขั้นตอนนี้ ๔๓ วัน ในระยะนี้ใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดมีการให้ความรู้ให้คำปรึกษาและปรับทัศนคติของคนในครอบครัวเกี่ยวกับผู้ป่วย ครอบครัวให้การเสริมแรงในการอยู่บำบัดและร่วมวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะบำบัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีการจัดกิจกรรมกลุ่มที่ช่วยพัฒนาทักษะด้านต่างๆ ให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมโดยไม่พึ่งพายาเสพติด ในระยะนี้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดน้อย แต่เมื่อกระตุ้นผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้มากขึ้น โดยมีทีมสหวิชาชีพ เข้ามาร่วมดูแลด้วย ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลได้ให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัว การรับประทานยา และเน้นย้ำถึงการมาติดตามนัด และการขอรับความช่วยเหลือในกรณีมีเหตุฉุกเฉิน</p> <p>๔. ขั้นติดตามดูแลหลังรักษา (After care) นัดติดตามผล ๗ ครั้ง ใน ๑ ปี (อย่างน้อย ๔ ครั้ง ใน ๑ ปี) นัดครั้งที่ ๑ หลังจำหน่าย ๒ สัปดาห์</p>
<p>โรคจิตเภท (Schizophrenia) วินิจฉัยโรค เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) มีดังนี้</p>	<p>แพทย์วินิจฉัย - F๒๐๐๐ : Paranoid schizophrenia\,continuous (including treatment resistant) (โรคจิตเภทแบบระแวงต่อเนื่อง รวมถึงดื้อต่อการรักษา) ซึ่งอาการของผู้ป่วยเข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรค</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>A. มีอาการต่อไปนั้ตั้งแต่ ๒ อาการขึ้นไป นาน ๑ เดือน โดยต้องมีอาการในข้อ ๑-๓ อย่างน้อย ๑ อาการ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. อาการหลงผิด ๒. อาการประสาทหลอน ๓. การพูดจาสับสน เนื่องจากไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นระบบได้ เช่น ตอบไม่ตรงคำถาม ๔. พฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิมมากหรือมีพฤติกรรมแบบ catatonic ๕. อาการด้านลบ เช่น หน้าตาเฉยเมย พูดน้อย แยกตัวจากสังคม <p>B. ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตในสังคม</p> <p>C. มีอาการโรคจิตต่อเนื่องกันนาน ๖ เดือนขึ้นไป โดยอย่างน้อยต้องมีช่วงที่มีอาการตรงตามเกณฑ์ข้อ A อย่างน้อย ๑ เดือน</p> <p>D. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยาหรือสารเสพติด</p>	<p>Paranoid schizophrenia คือมีอาการอย่างน้อย ๒ อย่าง โดยมีอาการเป็นระยะเวลานาน ๑ เดือน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีอาการประสาทหลอน หูแว่ว พูดหัวเราะคนเดียว - บางครั้งตอบไม่ตรงคำถาม - มีอาการด้านลบ คือ เฉยเมย พูดน้อย แยกตัว - ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดมีอาการทางจิตส่งผลให้ไม่ได้ทำงาน มีพฤติกรรมเอาแต่ใจตัวเอง หงุดหงิดก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายยา - อาการโรคจิตต่อเนื่องกันนานเกิน ๖ เดือน
<p>ลักษณะอาการของโรคจิตเภท</p> <p>กลุ่มอาการทางด้านบวก (positive symptoms) ซึ่งมีลักษณะ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. อาการหลงผิด ซึ่งอาการหลงผิดที่พบได้บ่อยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ คิดว่าตนเองมีคนคอยปองร้าย (delusion of persecution) และคิดว่ามีคนอื่นพูดเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับตนเอง (delusion of reference) ๒. อาการประสาทหลอน พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการประสาทหลอนจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ที่พบบ่อยคือ อาการหูแว่ว เสียงแว่วที่ได้ยินมักจะเป็นเสียงคำพูด เช่น หูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูดว่าร้ายหรือสบประมาทตนเอง หรือการพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง ๓. ความผิดปกติของคำพูด พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีปัญหาทางด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ได้ ทำให้คำพูดไม่ต่อเนื่องเป็นเรื่องราว เนื้อหาคำพูดไม่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน หรือบางคนพูดไม่รู้เรื่องเลย ๔. ความผิดปกติของพฤติกรรม พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีพฤติกรรมวุ่นวายพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย 	<p>ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการทางด้านบวก (positive symptoms) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - คิดว่าตนเองตั้งครรรร์ มีลูกดั้น - มีอาการประสาทหลอน หูแว่ว พูดหัวเราะคนเดียว - บางครั้งตอบไม่ตรงคำถาม ถามคำตอบคำ - ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวายพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย ไม่ใส่ใจตนเอง

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ไม่ใส่ใจตนเอง บางรายมีการแต่งกายที่ไม่เหมาะสม สกปรก บางรายมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมร่วมด้วย</p> <p>กลุ่มอาการทางด้านลบ (negative symptoms) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. อารมณ์เฉยเมย (effective flattening) ซึ่งสังเกตได้จากสีหน้าของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะเรียบเฉย ไม่มีการแสดงของอารมณ์ ไม่มีการมองสบตาหรือการแสดงกิริยาท่าทางต่างๆ ๒. พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) แสดงออกโดยการตอบคำถามแบบสั้นๆ โดยใช้คำพูดน้อยหรือไม่สนใจที่จะตอบคำถาม ๓. ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition) ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะไม่สามารถเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิด โดยจะนั่งอยู่เฉยๆ ในระยะเวลาหลายๆ และไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ <p>สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท</p> <p>๑. ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors)</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) ยีนส์ หรือพันธุกรรม จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภท พบว่า การถ่ายทอดทางพันธุกรรมระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับญาติสายตรงมีผลทำให้บุคคลนั้นมี ความพร่องหรือจุดอ่อนในยีนส์ และโอกาสการเกิดโรคมามากถึงร้อยละ ๘-๕๐ เมื่อเทียบกับคนทั่วไป ยิ่งมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิดมากยิ่งมีโอกาสสูงขึ้น นอกจากนี้ คู่แฝดเหมือน ประมาณ ร้อยละ ๔๐ ก็เป็นโรคตามคู่ด้วย (Drake & Lewis, ๒๐๐๕) ๒) สารสื่อประสาทในสมอง เชื่อว่า สารสื่อประสาทที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคจิตเภท คือ โดปามีน (dopamine) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซีโรโตนิน (serotonin) และ แกมมา อะมิโนบูไทริก แอซิด หรือกาบา (gamma-aminobutyric acid; GABA) โดยพบว่าโดปามีน นอร์อิพิเนฟริน และซีโรโตนินทำงานมากเกินไป ๓) ฮอร์โมน มีการศึกษาพบว่า ระดับฮอร์โมนทางเพศ ได้แก่ เอสโตรเจน เทสโตสเตอโรน และโปรเจสเตอโรนในผู้ป่วยจิตเภทมีระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติทั่วไป 	<p>ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการทางด้านลบ (negative symptoms) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - สีหน้าเรียบเฉย การแสดงของอารมณ์นิ่งเฉย ไม่มีการมองสบตาขณะพูดคุย - พูดน้อย ถ้ามคำตอบบ้าง บางครั้งไม่พูด ไม่สนใจที่จะตอบคำถาม - ขาดความสนใจในกิจกรรม ส่วนใหญ่จะนั่งอยู่ดูโทรทัศน์เฉยๆ และไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ - ผู้ป่วยเสพยาบ้า (Amphetamine) มาเป็นเวลานาน ซึ่งยาบ้าจะออกฤทธิ์ไปกระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทในสมองคือ Dopamine ให้ออกจากปมประสาทมากเกินไป ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดโรคจิตเภท

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๔) ภูมิคุ้มกัน มีการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดโรคจิตเภทที่สูงขึ้นในผู้ที่มีประวัติรักษาในโรงพยาบาลจากการติดเชื้อในวัยทารกในช่วงสามปีแรกของชีวิต</p> <p>๕) ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ของมารดา มีการศึกษาพบว่า การป่วยเป็นเบาหวาน การเสียเลือดมาก ในขณะคลอด การติดเชื้อของมารดามีผลต่อการเกิดโรคจิตเภทในบุตรได้</p> <p>๒. ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors)</p> <p>๑) การถูกกดขี่ข่มเหงในวัยเด็ก (child abuse) หรือการได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจในวัยเด็ก (childhood trauma)</p> <p>๒) การใช้สารเสพติด โดยพบว่าทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ ๔๐</p> <p>๓) การสูบบุหรี่ เชื่อว่า บุหรี่และสารเสพติดตัวอื่นเมื่อใช้ร่วมกันมีผลต่อการควบคุมของระบบการหลั่งสารโดปามีนและโคลิเนอร์จิก ซึ่งมีผลต่อการเกิดพยาธิสภาพในผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>๔) ความสามารถทางเชาว์ปัญญา และการรู้คิด พบความสัมพันธ์ของการเกิดโรคจิตเภท แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าเป็นไปในทิศทางใด</p> <p>๓. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors) พบว่า ความเครียดจากสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพัฒนาการเกิดโรค</p> <p>การจำแนกโรคจิตเภท</p> <p>สมาคมจิตแพทย์อเมริกันหรือ DSM-IV-TR (APA, ๒๐๐๐) ได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น ๕ ประเภท ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้</p> <p>๑. ประเภทหวาดระแวง (paranoid) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอนเป็นอาการนำ อาการหลงผิดที่พบ ได้แก่ หลงผิดคิดว่ามีคนอื่นให้ร้ายหรือกล่าวร้ายตนเองหรือมีการพาดพิงถึงตนเอง หรือมีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นผู้ยิ่งใหญ่มีอำนาจเหนือ</p>	<p>- ผู้ป่วยอาจได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจในวัยเด็กเนื่องจากบิดา มารดาแยกทางกัน และบิดาเสียชีวิตตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ ๗ ขวบ</p> <p>- ผู้ป่วยใช้ยาบ้าเป็นระยะเวลา ๑๓ ปี</p> <p>- ผู้ป่วยอาจได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจในวัยเด็กเนื่องจากบิดา มารดาแยกทางกัน และบิดาเสียชีวิตตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ ๗ ขวบ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีเมื่อผู้ป่วยมีความเครียด จะใช้ยาบ้าเพื่อคลายเครียด เป็นปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid schizophrenia) มีอาการหูแว่ว พูดคนเดียว มีท่าทางหวาดระแวงแยกตัว ขณะอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองตั้งครม</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ผู้อื่น อาการประสาทหลอน มักพบอาการหูแว่ว ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะได้ยินเสียงที่คนอื่นว่ากล่าว หรือให้ร้ายตนเอง หรือการที่มีเสียงสั่งให้ทำในสิ่งต่างๆ เช่น สั่งให้กระโดดน้ำ เสียงสั่งให้ไปฆ่าคนอื่น เป็นต้น ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประเภทนี้ จะไม่มีอาการทางด้านอารมณ์ที่เด่นชัด (negative symptoms)</p> <p>๒. ประเภทวุ่นสับสน (disorganized) ซึ่งเรียกอีกอย่างเป็น Hebephrenic อาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประเภทที่พบคือ มีคำพูดสับสน มีพฤติกรรมที่ไร้ความหมาย และมีพฤติกรรม สับสนวุ่นวาย มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการแสดงออกของอารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสม</p> <p>๓. ประเภทพฤติกรรมคงรูป (catatonic) ลักษณะของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประเภทนี้จะมี ๒ ใน ๕ อาการ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ โดยไม่เปลี่ยนท่า ๒) มีการเคลื่อนไหวโดยไร้จุดมุ่งหมายมากเกินไป ๓) เงียบเฉย ไม่พูด หรือต่อต้านคำพูดและคำแนะนำของคนอื่น ๔) มีอาการ เคลื่อนไหวแปลกๆอยู่ในรูปแบบเดิมซ้ำๆ กัน ๕) พูดตามคนอื่น (echolalia) หรือทำตามอย่างผู้อื่น (echopraxia) <p>๔. ประเภทจำแนกไม่ได้ (undifferentiated) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประเภทนี้จะมีอาการ อย่างน้อย ๒ อาการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) มีอาการประสาทหลอน ๒) มีอาการหลงผิด ๓) มีอาการพูดสับสน ๔) มีพฤติกรรมสับสนหรือมีพฤติกรรมซ้ำๆ หรืออยู่ในท่าเดิมมานานๆ ๕) มีอารมณ์ราบเรียบ เฉยเมย (negative symptom) <p>เนื้อหาของความคิดน้อยอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ไม่มีสมาธิและไม่สามารถมีความสุขในชีวิตได้</p>	<p>- มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด เอาแต่ใจตัวเอง ไม่ค่อยมีสมาธิ</p> <p>- เงียบเฉย พูดน้อย ถามคำตอบบ้าง บางครั้งถามไม่ตอบ</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๕. ประเภทอาการหลงเหลือหลังเจ็บป่วย (residual) ซึ่งพบได้ในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่เคยมีประวัติ เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมาแล้วครั้งหนึ่ง ซึ่งการเจ็บป่วยใน ครั้งใหม่นี้จะไม่มีอาการประสาทหลอนหรืออาการหลงผิด รวมถึงพฤติกรรมไม่สืบสน แต่จะมีอาการทางลบเป็นอาการนำ ทำให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถทำงานได้</p> <p>ผลกระทบของโรคจิตเภท</p> <p>๑. ผลกระทบต่อบุคคล ซึ่งเป็นผลจากการผู้ที่เป็นโรค จิตเภทมักมีความคิดและพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับคน ส่วนใหญ่ และมักจะไม่มี การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง จึงมักจะพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มักจะอยู่คนเดียว หมกมุ่น และครุ่นคิดอยู่กับความคิดของตนเอง ไม่สนใจคนอื่น หรือ สิ่งแวดล้อมไม่สนใจกิจกรรมทางสังคม บางคนมีการพูดหรือ การกระทำที่ทำให้คนอื่นรังเกียจ จนไม่ยอมเข้าใกล้ ไม่มี ใครคบค้าสมาคมด้วยทำให้มีความบกพร่องในทักษะทาง สังคมหลายๆ อย่างรวมถึงการส่งผลกระทบต่อ การดำเนิน ชีวิตประจำวันได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ส่งผลต่อการ ทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นอย่างมาก อาการด้านบวกส่งผลให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทเกิดความรู้สึก เปรียบบางทางอารมณ์ ไม่กล้าเข้าสังคม ส่วนอาการด้านลบ ส่งผลให้ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดแรงจูงใจในการเข้าสังคม เกิดการแยกตัวผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทมีการรับรู้ต่อตนเองในด้าน ลบ เช่น ทราบาบ ความรู้สึกด้อยค่า ความรู้สึกว่าตนเอง ไร้สมรรถภาพ บางคนมีการปกปิดอาการเจ็บป่วยของตนเอง จากการกลัว ผลกระทบทางด้านอาชีพ กลัวตงงาน กลัว สังคมรับไม่ได้ บางคนขาดเพื่อน ที่จะรับฟังและระบาย ปัญหาหรือทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลิน ทำให้ผู้ป่วยไม่ สามารถที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น</p> <p>๒. ผลกระทบต่อครอบครัว การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาที่ ยาวนาน การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็น เวลานานทำให้เกิดปัญหา ด้านการปรับตัวต่อทั้งผู้ป่วยและ ครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวของผู้ป่วย จะมี ความเครียด อันเนื่องมาจากความยากลำบากในการดูแล ผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยที่ไม่มีความแน่นอน มีความวิตก</p>	<p>- อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มักจะอยู่คนเดียว ไม่สนใจคนอื่น ไม่มีสมาธิไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรม พร่องในสัมพันธภาพกับผู้อื่น รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ</p> <p>- ครอบครัวมีความเครียด เนื่องจากความ ยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยที่ ไม่มีความแน่นอน มีความวิตกกังวลต่ออนาคตของ ผู้ป่วย กลัวว่าจะเลิกลาเสพติดไม่ได้รับรวมถึงปัญหา ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ไม่เชื่อฟังญาติรวมทั้ง ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ครอบครัวมีความ อายต่อครอบครัวข้าง</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>กังวลต่ออนาคตของผู้ป่วย กลัวที่จะไม่มีใครดูแลผู้ป่วย รวมถึงปัญหาผู้ป่วยไม่ยอมรับประดานยา การที่ต้องคอยเป็นธุระจัดการทุกอย่างให้กับผู้ป่วย ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและ สังคม ครอบครัวมีความอายต่อคนรอบข้าง การถูกรังเกียจจากสังคมต่อการที่ผู้ป่วยไม่ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง (นฤพร พงษ์คุณากร, ๒๕๕๐) เมื่อมีผู้ป่วยในครอบครัวญาติผู้ดูแลและมีความเครียด ในระดับหนึ่ง การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อครอบครัวมาก ทำให้ต้องขาดรายได้ ไม่มีเวลาดูแล สมาชิกอื่นในครอบครัว บางครั้งจึงมีบรรยากาศ มึนตึ๊งกันในครอบครัว บางคนรู้สึกอายคน บางคน รู้สึกกลัว ไม่มั่นใจในการดูแลเมื่อผู้ป่วยหงุดหงิด ทำให้หลายคนมีอาการซึมเศร้า ร้องไห้ การนอนมีปัญหาทำให้นอนไม่หลับ และเกิดความรู้สึกเครียด เป็นต้น</p> <p>๓. ผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว จากการศึกษาของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทราเสถียร (๒๕๕๒) ศึกษาปัจจัยทำนาย การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภาคใต้ตอนบน พบว่า ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับต่ำ เนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น บิดา มารดา พี่น้อง มีความผูกพันกันทางสายเลือดย่อมมีความรัก ความห่วงใยต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกสงสาร มองผู้ป่วยในแง่ดี (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทราเสถียร, ๒๕๕๒) ในแต่ละวัน ผู้ดูแลต้องเผชิญกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ หรือบางรายมีอาการกำเริบ ไม่คงที่ ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ความช่วยเหลือหลายๆด้าน เช่น การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องการรับประทาน ยา หรือแม้แต่ต้องคอยระวังไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายคนอื่น ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย และรับผิดชอบมากขึ้นตามหน้าที่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพจิตของ ผู้ดูแลได้โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจเกิดในรูปของความทุกข์ใจ ความเครียด ความวิตกกังวล จึงมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม</p> <p>๔. ผลกระทบต่อสังคม จากการศึกษาของ ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ (๒๕๕๔) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน บางรายมีอาการกำเริบของโรคไม่สามารถควบคุมตนเองได้เกิดการทำร้ายตนเอง หรือแม้แต่</p>	<p>- ยาซึ่งเป็นผู้ดูแล ต้องดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น ดูแลให้รับผิดชอบมากขึ้นตามหน้าที่ ดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องการรับประทาน ยา หรือแม้แต่ต้องคอยระวังไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายคนอื่น ส่งผลต่อสุขภาพจิตของ ผู้ดูแลทำให้เกิดความทุกข์ใจ เครียด มีความวิตกกังวล</p> <p>- เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน มีการใช้ยาบ้า ซ้ำและรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้อาการของโรคกำเริบไม่สามารถควบคุมตนเองได้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวการทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>บุคคลในสังคม ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง ทำให้คนในชุมชนรู้สึกกลัวเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวหรือมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งตรงกับผลการศึกษาของ ปัญญา ทองทัฬ และกฤตยา แสงวงเจริญ (๒๕๕๖) ที่ศึกษาพฤติกรรมรุนแรง ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาในเรื่องพฤติกรรมรุนแรงจะทำให้ชุมชนรู้สึกกลัวที่จะต้องเผชิญหน้า ซึ่งจะต้องได้รับการช่วยเหลือการจัดการจากญาติและผู้เกี่ยวข้องเพื่อลดพฤติกรรมนั้น</p> <p>การรักษาผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>สำหรับการรักษา แบ่งตามระยะอาการและความรุนแรงของโรค ได้ ๓ ระยะ ดังนี้</p> <p>๑). ระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิด จะเน้นการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อควบคุมให้อาการสงบลงโดยเร็ว ควบคุมเรื่องการรับประทานยา โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล</p> <p>การรักษา ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยา ซึ่งยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ช่วยให้โดปามีนในสมองลดลง อาการทางจิตดีขึ้น ภายในประมาณ ๒ - ๓ สัปดาห์ ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น ปากแห้ง คอแห้ง มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ ลำคอบิดเอียง จึงควรสังเกตอาการในระหว่างผู้ป่วยได้รับยาทางจิต - การรักษาด้วยวิธีไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยคือยา ไม่ตอบสนองต่อยา หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน ได้แก่ เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง หรือฆ่าตัวตายสูง หรือมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวนไหวแบบค้างแข็ง (catatonic) ซึมเฉย ไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ การรักษาจะทำเป็นชุด ชุดหนึ่งประมาณ ๖ -๑๒ ครั้ง โดยแบ่งทำ ๓ -๔ ครั้งต่อสัปดาห์ อาจจะทำวันละครั้งหรือวันเว้นวันก็ได้ อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน งุนงง สับสน พบได้ในระยะ 	<p>ทำให้คนในชุมชนรู้สึกกลัวเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวหรือมีพฤติกรรมรุนแรง</p> <p>การรักษาด้วยยาเป็นการรักษาตามอาการ ที่จำเป็นต้องควบคุม ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risperidone (๒mg) ๑ oral pc เช้า , ๒ tab oral hs - Clonazepam (๐.๕ mg) ๒ tab oral hs - Trihexyphenidyl Hydrochloride (๕ mg) ๑ x ๒ oral pc - Fluoxetine (๒๐mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า - Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral hs - Depakine (๒๐๐mg) ๑ tab oral hs - Clonazepam (๐.๕ mg) ๑ tab PRN for insomnia - Chlorpromazine (๒๕ mg) ๑ oral pc เช้า , ๒ tab oral hs - Multivitamin ๑ x ๓ oral pc - Vitamin B๑-๖-๑๒ ๑ x ๓ oral pc - Fluphenazine (๕๐ mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุกวันที่ ๒๖ ของเดือน

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๑-๒ ชั่วโมงแรกหลังการรักษา หลังจากนั้นอาการมีนง สับสนจะหายไป ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืม ซึ่ง อาการนี้จะมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ทำ เมื่อหยุดทำการ รักษาอาการหลงลืมจะค่อยๆ ดีขึ้น และหายไปภายใน ๓-๖ เดือน</p> <p>- การรักษาด้วยสิ่งแวดลอม เพื่อลดความกดดันของ ผู้ป่วย โดยจัดสิ่งแวดลอม ให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ ทำกิจกรรมและกิจวัตรประจำวันได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมี พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถ ควบคุมตนเองได้ อาจใช้การผูกยึดและจำกัดบริเวณ หรือ พิจารณาฉีดยาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในระยะนี้ ต้องดูแลใกล้ชิด ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมิน ความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น จึงพิจารณายุติ การผูกยึดหรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย</p> <p>๒) ระยะอาการทุเลา ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเอง ได้บ้าง สื่อสารโต้ตอบได้ดีขึ้นกว่าเดิม จะให้การบำบัดทาง จิตสังคม ดังนี้</p> <p>- การบำบัดทางจิต ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้และ ดึงศักยภาพที่มีออกมาใช้จิตบำบัดแบบกลุ่ม อาศัยอิทธิพล ของกระบวนการกลุ่มเพื่อเรียนรู้สัมพันธภาพ และความ ไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น กล้าที่จะเข้าสังคมมากขึ้น</p> <p>- การบำบัดทางพฤติกรรม ปัญหาพฤติกรรมไม่ เหมาะสมของผู้ป่วย เช่น ก้าวร้าว แยกตัว ไม่สนใจดูแล ตัวเอง และซึมเศร้า ฯลฯ สามารถใช้การบำบัดด้วยการปรับ พฤติกรรม เช่น การเสริมแรง การฝึกการแสดงออก การจัดการ ความรู้สึกอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ</p> <p>- การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริม ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวผู้ป่วย เป็นไปในทาง สร้างสรรค์ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ได้ระบายความรู้สึก ที่มีต่อกัน โดยมีนักบำบัดเป็นคนกลาง และแนะนำวิธีการ ควบคุมอารมณ์ การผ่อนคลาย เพื่อลดความตึงเครียด</p>	<p>ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง จากยาเล็กน้อย ได้แก่ ปากแห้ง ง่วงนอน</p> <p>- จัดสิ่งแวดลอมให้ปลอดภัย รู้สึกผ่อนคลาย ไม่กดดันหรือสร้างความเครียด จัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องมือ น้ำยาที่สามารถเป็นอันตรายได้ จัดพิ ้ เลี้ยงดูแลใกล้ชิด</p> <p>- ให้การบำบัดโดยใช้จิตบำบัดทั้งรายบุคคล เพื่อช่วยผู้ป่วยในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยดึง ศักยภาพผู้ป่วยมาใช้ และจัดเข้าจิตบำบัดแบบกลุ่ม โดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มเพื่อเรียนรู้ สัมพันธภาพ และความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น กล้า ที่จะเข้าสังคมมากขึ้น</p> <p>- การบำบัดทางพฤติกรรม ในผู้ป่วยรายนี้ ใช้การบำบัดด้วยการปรับพฤติกรรม เช่น การ เสริมแรง ฝึกการกล้าแสดงออก การสื่อสาร การ จัดการกับความเครียด การควบคุมและจัดการกับ อารมณ์ เป็นต้น ผู้ป่วยเรียนรู้และมีการพัฒนาด้าน พฤติกรรมดีขึ้น</p> <p>- การบำบัดครอบครัว โดยให้ครอบครัวมีส่วน ร่วมมีการให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับครอบครัวผ่านทาง โทรศัพท์และวิดีโอคอล ๑ ครั้ง/สัปดาห์โดยมี พยาบาลเป็นผู้ร่วมดูแลให้การปรึกษา</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๓) ระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น โดยไม่ต้องนอนในโรงพยาบาล สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ ดูแลตนเองได้ แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้น การดูแลรักษาเน้นการดูแลตนเอง โดยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและปรับตัวได้ ไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย และจำเป็นให้ญาติช่วยดูแลด้วย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ป่วยเรื้อรัง การรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) เป็นสิ่งสำคัญ ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ออกฤทธิ์ยาว (long-acting antipsychotic drugs) ประมาณ ๒ -๔ สัปดาห์ ต่อการฉีด ๑ ครั้ง การรักษาเน้นในครั้งแรก หลังจากอาการทางจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อเนื่องไปอีกหนึ่งปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สอง</p>	<p>- หลังจากอาการทางจิตสงบลง ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้ พยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เน้นการป้องกันการเสพยาซ้ำ การรับประทานยาต่อเนื่อง การมาติดตามผลตามนัด โดยให้ญาติช่วยดูแล เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ</p>
<p>ทฤษฎีพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช ทฤษฎีชีวภาพ ทางการแพทย์ (ตามแนวคิดของ เมเยอร์ และ เครพลิน อ้างอิงมาจาก นฤมล, ๒๕๔๘) เชื่อว่าสาเหตุของ ความเจ็บป่วยทางจิตมาจากความผิดปกติทางกาย โดยเฉพาะการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง การเจ็บป่วยมีการดำเนินของโรคที่เฉพาะเจาะจง และการรักษาจะเป็นไปตามการวินิจฉัยโรค และการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติ เป็นเสมือนการแสดงออกของอาการต่างๆ เช่นเดียวกับอาการของโรคทางกาย ทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ (ตามแนวคิดของ Wilson, ๑๙๙๖) Wilson อ้างอิงมาจาก นฤมล, ๒๕๔๘ เชื่อว่าบุคคลที่มีความแปรปรวนด้านอารมณ์และจิตใจ คือผู้เจ็บป่วย เช่นเดียวกับโรคฝ่ายกาย เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง สาเหตุของความเจ็บป่วยนั้น เชื่อว่าอย่างน้อยที่สุดเกิดจากความผิดปกติของการทำงานของร่างกายบางส่วนในปัจจุบัน เชื่อว่าเกิดจากการทำงานของสมองในระบบประสาทส่วนกลาง และปัจจัยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย คือสารสื่อประสาท ผลของการวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาประสิทธิภาพของยารักษาอาการทางจิตเวชในปัจจุบัน ชี้ให้เห็นว่า</p>	<p>ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติเสพยาบ้า (Amphetamine) เป็นประจำและมีอาการทางจิตก่อนญาติจะพามา รักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งการเสพยาบ้า (Amphetamine) จะทำให้ ปริมาณ สารสื่อประสาท โดปามีน (Dopamine) มีปริมาณเพิ่มขึ้นในสมองอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดอาการคลุ้มคลั่ง ซึมและเหม่อลอย เมื่อไม่ได้เสพยาระดับของโดปามีนที่ลดลง และเพิ่มขึ้นไม่คงที่จากการใช้ยาบ้า เป็นเวลานานหลายปี ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิต และเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ในที่สุด</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>มีปริมาณสารสื่อประสาทที่มากไปหรือน้อยไปในสมอง บริเวณใดบริเวณหนึ่งมีผลทำให้เกิดอาการทางจิต สารสื่อประสาทที่สำคัญ ได้แก่ โดปามีน นอร์อิพิเนฟริน ซีโรโตนิน อะซีทิลโคลีน กาบา</p>	
<p>ทฤษฎีสังคมศาสตร์</p> <p>การเจ็บป่วยทางจิต เกิดจากบุคคลถูกกดดันจากสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ เช่น ความยากจน ครอบครัว สับสนวุ่นวาย การศึกษาไม่เพียงพอ การขาดแคลนแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอ ทำให้บุคคลไม่มีทางเลือกที่เป็นอิสระของตนเอง</p> <p>Szasz & Gerald Caplan : เชื่อว่าสังคมทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต หรือมีภาวะสุขภาพจิตเปราะบาง ได้รับตราประทับจากสังคม ส่งผลให้คนเหล่านั้นแยกตัวไปจากสังคม และถูกสังคมทอดทิ้ง</p> <p>Caplan : ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมแปรปรวนกับสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัจจัยทางสังคมบางอย่าง เช่น ความยากจน ความไม่มั่นคงของครอบครัว การได้รับการศึกษาน้อย สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวไม่ดีเป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมแปรปรวนได้ เนื่องจากสาเหตุดังกล่าวทำให้เกิดความเครียด ความกดดันด้วยการมีพฤติกรรมที่แปลกไปจากคนส่วนใหญ่ของสังคม</p>	<p>ผู้ป่วยรายนี้มีความกดดันจากสถานการณ์ทางสังคมได้แก่ ผู้ป่วยขาดที่พึ่ง บิดามารดาแยกทางกันตั้งแต่ผู้ป่วยอายุน้อย แฟนและเพื่อนๆ ใช้ยาเสพติด ผู้เลี้ยงดูคือย่าซึ่งอายุมาก สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยขาดที่ปรึกษาผู้คอยช่วยเหลือ ครอบครัวไม่มีเวลาดูแล การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความกดดันไม่มีทางเลือกจึงหาทางออกด้วยใช้ยาเสพติด จนเกิดการเจ็บป่วยทางจิตร่วมด้วย</p>
<p>ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์</p> <p>ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมให้ความสำคัญของการเรียนรู้ (Learning) และการปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อม (Interactive) ของมนุษย์ว่ามีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมและบุคลิกภาพของมนุษย์ เพราะมนุษย์เกิดมาพร้อมด้วยสมรรถภาพที่จะเรียนรู้ถ้าสิ่งแวดล้อมอำนวย ดังนั้น ภายใต้เงื่อนไขอย่างไร อย่างหนึ่งหรือหลายๆ อย่าง และภายใต้กฎเกณฑ์แห่งการเสริมแรง มนุษย์สามารถเรียนรู้อะไรก็ได้ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ ได้ หรือควบคุมพฤติกรรมใดๆ ได้ ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม แบ่งเป็น ๒ แนวคิดใหญ่ ดังนี้</p> <p>๑.พฤติกรรมนิยมแบบคลาสสิก (Classical Learning Theory) เมื่อคนใช้ยาเสพติด จะเกิดความพึงพอใจในการได้รับผลจากการเสพนั่นๆ ในขณะเดียวกันการใช้ยาเสพติดของคนๆ นั้น เมื่อใช้ยาเสพติดในสภาพแวดล้อมหรือเงื่อนไข</p>	<p>- ผู้ป่วยมีการเรียนรู้พฤติกรรมการใช้สารเสพติดจากกลุ่มเพื่อนและแฟน เมื่อพบเจอเพื่อนและแฟนก็เป็นการพบเจอตัวกระตุ้น ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากใช้ยาเสพติดได้ นอกจากนี้ผู้ป่วย</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ทางสังคมอื่นๆ ในสภาพเดิมๆ ซ้ำๆ ครึ่งต่อไปเพียงแค่เห็นเงื่อนไชตามตัวอย่างเท่านั้นก็จะทำให้เกิดความรู้สึกอยากใช้ยาเสพติดขึ้นมาในระบบความคิด หากไม่สามารถหยุดความคิดได้จะนำไปสู่ความรู้สึกของความอยากใช้ยาเสพติดอย่างรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมได้อย่างรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมได้อีกต่อไป และใช้ยาเสพติดในท้ายที่สุด</p> <p>๒. พฤติกรรมนิยมแบบลงมือทำ (Operant Condition Theory) B.F. Skinner เป็นผู้บุกเบิกทฤษฎีว่าด้วยการลงมือกระทำ Skinner เชื่อว่า สิ่งเร้าภายในบุคคลที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น ความหิว ความกระหาย ความสุข ความทุกข์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้นำไปสู่การสร้างพฤติกรรมและบุคลิกภาพในตัวบุคคล</p>	<p>มีอุปกรณ์เสฟไว้ที่บ้าน ซึ่งเป็นกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอยากเสฟทุกครั้งที่ได้รับอุปกรณ์ได้นอกจากนี้การใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยทำให้ได้รับการเสริมแรงทางบวก เช่น ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมเสฟอย่างต่อเนื่อง</p> <p>- อารมณ์ของผู้ป่วยก่อนที่ใช้ยาเสพติดมักสัมพันธ์กับความเครียด ภายหลังจากการใช้สารเสพติดผู้ป่วยเกิดความสุข ความพึงใจ คลายความวิตกกังวล ส่งผลให้ ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าหากต้องการมีความสุข หรือ คลายความกังวลจะต้องหายาเสพติดมาใช้ จนกลายเป็นพฤติกรรมเสฟสารเสพติดในที่สุด</p>

ทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วย

ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพ็พพลาว (Interpersonal Nursing Theory of Hildgard Peplau)

เพ็พพลาว เป็นผู้ริเริ่มวางรากฐานในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ โดยการเปลี่ยนบทบาทของพยาบาลจากการกระทำต่อผู้รับบริการ เป็นผู้กระทำร่วมกับผู้รับบริการ กล่าวคือพยาบาลและผู้รับบริการต่างเคารพซึ่งกันและกันในความเป็นปัจเจกบุคคล และทั้งสองฝ่ายต่างเกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นอันเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม เพราะในกระบวนการนี้พยาบาลจะต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดการหยั่งรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง จนกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหาได้ และการที่ผู้รับบริการจะกลับไปมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลต่างๆ ในสังคมได้นั้นจะต้องมีการเรียนรู้วิธีที่จะสร้างสัมพันธภาพได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเริ่มต้นจากการมีสัมพันธภาพกับพยาบาล นั่นคือสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ (Therapeutic nurse-client relationship)

การประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลแต่ละขั้นตอน เมื่อเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพนั้นควรให้ความสำคัญกับการเตรียมตัวก่อนเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งเป็นขั้นตอนก่อนที่พยาบาลจะพบกับผู้รับบริการ ในระยะนี้มีแนวทางปฏิบัติ คือพยาบาลควรมีการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เพราะหากพยาบาลตระหนักในตนเองอย่างดีจึงจะสามารถใช้ความเข้าใจตนเองเป็นเครื่องมือในการเข้าใจผู้รับบริการ และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้รับบริการได้ สัมพันธภาพเช่นนี้มีลักษณะเป็นกระบวนการต่อเนื่อง มีทั้ง

ความคาบเกี่ยวกันและเกี่ยวพันกันในการดำเนินการแต่ละระยะ เมื่อพยาบาลกับผู้รับบริการร่วมมือกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกันแล้ว การสังเกต การสื่อสาร และการบันทึกจะถูกใช้เป็นเครื่องมือพื้นฐาน ในแต่ละระยะของสัมพันธภาพและใช้ในกระบวนการพยาบาลที่ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอนสำคัญคือ การประเมินสภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล (จันทรเพ็ญ สันตวาจา และคณะ, ๒๕๕๑: ๓๓; ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, ๒๕๓๙: ๖๒-๖๘; ฟารีดา อิบราฮิม, ๒๕๕๑: ๑๔๑-๑๔๒)

กล่าวได้ว่าการนำทฤษฎีของเพ็พพลาวไปใช้ในกระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือผู้รับบริการ ให้มีความสามารถหรือศักยภาพที่เพิ่มขึ้นทั้งทางความคิดและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยมุ่งเน้นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการและความร่วมมือระหว่างกัน ในการช่วยเหลือโดยที่คนหนึ่งเป็นผู้รับบริการที่รู้สึกว่าจะตนเองมีปัญหา มีความต้องการและต้องการการสนองความต้องการ และอีกคนหนึ่งเป็นพยาบาลที่ได้รับการฝึกให้ตระหนักในตนเอง และมีทักษะในการให้ความช่วยเหลือและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการจนเกิดเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิดการพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหาาร่วมกัน พยาบาลมีกระบวนการพยาบาลเพื่อการรวบรวมข้อมูล วินิจฉัยปัญหา วางแผน ปฏิบัติและประเมิน กระบวนการช่วยเหลือนี้ใช้การสังเกต การสื่อสารและการบันทึกเป็นพื้นฐานเพื่อการดูแลที่ความครอบคลุมองค์รวม ผู้รับบริการบางรายพยาบาลอาจสามารถสร้างความไว้วางใจได้อย่างรวดเร็ว จึงผ่านระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพไปโดยใช้เวลาไม่มากและเข้าสู่ระยะระบุปัญหาและ ระยะดำเนินการแก้ปัญหาแม้พบกันครั้งแรกกับผู้รับบริการได้ และในทางตรงข้ามหากผู้รับบริการไม่พร้อม ไม่ต้องการและไม่ไว้วางใจอาจต้องใช้เวลากับระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพอย่างมากและพบกันหลายครั้งจึงเข้าสู่ระยะระบุปัญหาและระยะดำเนินการแก้ปัญหาได้ ความสำเร็จของการช่วยเหลือจึงขึ้นกับความชำนาญ ทักษะ ความพร้อมของพยาบาลและผู้รับบริการ รวมถึงความต้องการของผู้รับบริการซึ่งแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันในบริบทของปัญหาด้วย ดังนั้น การนำไปใช้ในกระบวนการพยาบาลจึงต้องตระหนักถึงระยะต่าง ๆ ของการสร้างสัมพันธภาพอยู่ตลอดเวลาเพื่อที่จะสามารถวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย

สำหรับผู้ป่วยแอมเฟตامينที่มีโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงรายนี้ มีปัญหาการจัดการอารมณ์และความรู้สึกของตัวเอง บกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวและผู้อื่น มองคุณค่าในตนเองต่ำ ใช้ยาเสพติดซ้ำเพื่อแก้ปัญหา หลีกหนีปัญหา ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลควรสร้างความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ยอมรับในความเป็นบุคคล เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้ผู้ป่วย ให้การปรึกษา ให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกออกมา บอกปัญหาความต้องการ ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธภาพและสื่อสารระหว่างกัน ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม การจัดการกับอารมณ์ไม่พึงประสงค์ของตนเองเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาให้กับตนเองได้ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ทำร้ายตนเองและสามารถเลิกยาเสพติด ใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ตามกระบวนการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญ เรียงไปตามสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตมากไปน้อย ประกอบด้วย

ปัญหาที่ ๑ เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวาดระแวงและการจัดการกับอารมณ์ไม่เหมาะสม

อยู่ในระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพหรือปฐมนิเทศ (Introduction of Orientation Phase) ระยะระบุปัญหา (Identification phase) และระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพ็พพลาว เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เป็นการสร้างความไว้วางใจและเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุของปัญหาของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์พฤติกรรม ความคิดและการกระทำของตนเอง เพื่อให้เข้าใจตนเองและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น มีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม ไม่ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่าเพื่อนไม่ชอบตนเอง พูดถึงตนเองในทางไม่ดี
- S : ผู้ป่วยบอกว่าตอนอยู่ที่บ้านถ้าตนเองโกรธ จะทำลายข้าวของ ทำร้ายย่าหลายครั้ง
- O : ผู้ป่วยสีหน้าเครียด อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย ทำที่และสายตาไม่เป็นมิตร สัมพันธภาพกับเพื่อนน้อย แยกตัว บางครั้งยี้มหัวเราะคนเดียว
- O : ผู้ป่วยอารมณ์หงุดหงิด พูดคำหยาบกับเพื่อน ใช้มือขว่นหน้าเพื่อน ๑ ครั้ง (๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๖)

วัตถุประสงค์

๑. ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำและควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น
๒. ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัยจากพฤติกรรมก้าวร้าว

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
๒. อาการทางจิตสงบ สามารถทำกิจวัตรประจำวัน เข้ากลุ่มกิจกรรมขณะอยู่บำบัดได้
๓. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร สงบ จริงใจ ให้ข้อเท็จจริงในเรื่องที่ผู้ป่วยมีการรับรู้บกพร่องไปจากความจริง

๒. ประเมินอาการ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นอย่างใกล้ชิดทั้งสีหน้า ท่าทาง คำพูด การเคลื่อนไหว เพื่อประเมินความรุนแรงและการวางแผนเตรียมการป้องกันได้ทันที่

๓. ประเมินความรุนแรงที่เป็นสัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง เช่น สีหน้า ท่าทางคำพูด

๔. สังเกตอย่างใกล้ชิด และจัดให้อยู่ใกล้บริเวณทำงานของพยาบาล เพื่อสามารถสังเกต และดูแลความปลอดภัยอย่างใกล้ชิด

๕. สนทนาพูดคุยให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกโดยการพูด พร้อมรับฟังอย่างใส่ใจ อาจสะท้อนความรู้สึกได้ตามความเหมาะสม พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล มั่นคง ชัดเจน ไม่ได้เถียง หลีกเลี่ยงการตอบรับหรือปฏิเสธ เรียกชื่อผู้ป่วยถูกต้อง ชัดเจน แสดงถึงความใส่ใจ
๖. รายงานแพทย์ ดูแลการให้ยา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา
๗. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวางให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเร้าอารมณ์ผู้ป่วย แยกผู้ป่วยจากสิ่งรบกวน โดยจัดให้พักในห้องแยก
๘. การจำกัดพฤติกรรม และให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจำกัดพฤติกรรม
๙. บอกวิธีการจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองที่เหมาะสม
๑๐. ให้แรงเสริมทางบวกเช่น การให้กำลังใจ คำชมเชย เมื่อสามารถคุมพฤติกรรม และแสดงออกได้เหมาะสม
๑๐. เฝ้าระวัง สังเกตอาการ และพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
๑๑. การทบทวนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมซ้ำ

ประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ หงุดหงิดลดลง มีท่าทีสงบลง ผู้ป่วยและบุคคลอื่นไม่ถูกทำร้าย
 ๒. อาการทางจิตสงบสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เข้ากลุ่มกิจกรรมขณะอยู่บำบัดได้มากขึ้น
 ๓. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น ออกกำลังกาย ดูหนัง ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ ทำงานบ้าน
- ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไขบางส่วน ปัญหายังไม่สิ้นสุดแต่มีแนวโน้มดีขึ้น พยาบาลต้องติดตามสังเกตพฤติกรรมและดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๒ ใช้สารเสพติดในการเผชิญความเครียด

อยู่ในระยะระบุปัญหา (Identification phase) และระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพ็พพลาว โดยการค้นหาสาเหตุความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย เป็นระยะที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง ค้นพบศักยภาพในตนเอง และนำมาใช้ในการปรับตัวและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง ในแนวทางที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางสร้างสรรค์และเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่าเมื่อมีความเครียดจะใช้สารเสพติด พูดคำหยาบ ทำลายข้าวของ ทำร้ายยา
- S : ญาติให้ประวัติว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใช้ยาเสพติด ไม่เชื่อฟังยาและลุง เมื่อมีปัญหาทะเลาะกับย่าจะออกจากบ้านไปอยู่กับแฟนไปใช้ยาเสพติดด้วยกัน

วัตถุประสงค์

มีแนวทางจัดการอารมณ์ เผชิญปัญหาและความเครียดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการอารมณ์ และการเผชิญความเครียดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและความรู้สึก กลไกทางจิตและความต้องการต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
๒. ร่วมพูดคุยถึงสาเหตุ ตัวกระตุ้น วิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหาแบบเดิมๆ ผลกระทบที่เกิดขึ้นในอดีตและส่งเสริมให้คิดหาแนวทางในการเผชิญปัญหาและความเครียดได้เหมาะสมมากขึ้น
๓. แนะนำวิธีการเผชิญความเครียด และการแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกและเปิดโอกาสให้ทดลองใช้วิธีตามทางที่เลือก แก้ไขข้อเสียของทางเลือกได้เหมาะสม จะส่งเสริมให้การแก้ปัญหาง่ายขึ้น
๔. แนะนำทักษะวิธีการคลายเครียด เช่น การหาที่ปรึกษา การฝึกสมาธิ การผ่อนคลายโดยใช้กิจกรรม
๕. ชมเชย ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้เหมาะสม
๖. กระตุ้นเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้การปรับตัว แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้
๗. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติปรับความเข้าใจในการใช้ชีวิตร่วมกันเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการอารมณ์และการเผชิญความเครียดได้ถูกต้อง เช่น ออกกำลังกาย ดูหนัง ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ ทำงานบ้าน

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข ปัญหายังไม่สิ้นสุดแต่มีแนวโน้มดีขึ้น พยาบาลต้องติดตามสังเกตพฤติกรรมและดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๓ ความมีคุณค่าในตัวเองต่ำเนื่องจากการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพ็พพลาว เป็นระยะที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง มีการรับรู้ตนเองที่ดีขึ้น ค้นพบความสามารถและศักยภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถปรับตัวและแก้ปัญหาได้เหมาะสม โดยพยาบาลคอยให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความจริงใจ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยพูดว่า “ตนเองทำให้ครอบครัวเสียใจ ที่ใช้ยาเสพติดและทำร้ายยา”

O: สีหน้าเศร้า มีน้ำตาคลอและไหลออกมาเมื่อเล่าถึงประสบการณ์ของตนเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่ามองตนเองในทางบวกเพิ่มขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส ไม่แยกตัว พูดคุยกับเพื่อนมากขึ้น
๒. บอกข้อดีและข้อเสียของตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อสร้างความไว้วางใจอย่างต่อเนื่อง
๒. ให้ผู้ป่วยสำรวจข้อดี และข้อเสียของตนเอง

๓. ประเมินความคิดของผู้ป่วยทั้งทางด้านบวกและลบที่มีต่อตนเอง แล้วเสริมสร้างความรู้สึก
ว่าตนเองมีคุณค่าโดยชี้ให้เห็นข้อดีของตนเอง
๔. ให้การ Empowerment กับผู้ป่วยว่าผู้ป่วยสามารถทำได้
๕. มอบหมายงานที่สามารถทำได้ เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ
๖. สนับสนุนและชมเชยทันทีที่ผู้ป่วยทำงานได้สำเร็จ
๗. ประเมินอาการและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสขึ้น มีการพูดคุยปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่นได้ดีขึ้น
๒. บอกข้อดีได้ว่า เป็นคนไม่ว่าใคร และข้อเสียของตนเองเป็นคนเงิบไม่ยุ่งกับใคร
ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข มีแนวโน้มดีขึ้น ยังต้องมีการติดตาม
อย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๔ เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากรักษาโรคทางจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิด ที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง

อยู่ในระยะระบุปัญหา (Identification phase) และระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพ็พพลาว เป็นระยะของการให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาจิตเวช ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย
พยาบาลต้องให้ข้อมูลถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วย
มีความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมและตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่า ง่วงนอน มึนงง
- O : ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาด้วยยา ตามแผนการรักษา
- Risperidone (๒mg) ๑ oral pc เช้า , ๒ tab oral hs
 - Clonazepam (๐.๕ mg) ๒ tab oral hs
 - Benzhexol (๕mg) ๑ x ๒ oral pc
 - Fluoxetine (๒๐mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า
 - Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral hs
 - Depakine (๒๐๐mg) ๑ tab oral hs
 - Chlorpromazine (๒๕ mg) ๑ oral pc เช้า , ๒ tab oral hs
 - Fluphenazine (๕๐ mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุกวันที่ ๒๖ ของเดือน
- O : ผู้ป่วยเดินไปเดินมา บางครั้งอยู่ไม่นิ่ง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอาการรุนแรงจากอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการข้างเคียงที่ได้รับยาต้านโรคจิต (Antipsychotics Drugs)
๒. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุในระหว่างการบำบัดรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินและสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านโรคจิต เช่น อาการ Extra Pyramidal Syndrome และ Monitor Vital sign เพื่อเฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงตั้งแต่เริ่มให้ยา

๒. ประเมินสัญญาณชีพเพื่อเฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงตั้งแต่เริ่มแรกที่ได้รับยาต้านอาการโรคจิต

๓. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิตที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง คอแข็ง น้ำลายไหล พูดไม่ชัด ลิ้นคับปาก กระสับกระส่าย เป็นต้น หากพบว่ามีอาการดังกล่าวให้แจ้งพยาบาลทันที เพื่อการดูแลรักษาต่อไป

๔. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาครบตามจำนวนและถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีการตรวจความถูกต้องก่อนการแจกยาทุกครั้ง

๕. แนะนำผู้ป่วยระมัดระวังในการเปลี่ยนอิริยาบถ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก Postural hypotension เช่น การหกล้ม และได้รับบาดเจ็บ

๖. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๖-๘ แก้ว รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้

๗. ประเมินและติดตามสัญญาณชีพ

๘. หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบทันที

๙. จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ พื้นแห้งสะอาด ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

๑๐. พุดคุยให้กำลังใจ ในการรับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง

ประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่มีอาการ Extra Pyramidal Syndrome พบอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวชที่ไม่รุนแรง คือ ง่วงนอน

๒. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ ในระหว่างการบำบัดรักษา

๓. ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข และสิ้นสุดเมื่อวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๗

ปัญหาที่ ๕ สัมพันธภาพบกพร่องและขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพ็พพลาว เป็นระยะที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์พฤติกรรม ความคิดและการกระทำของตนเอง เพื่อช่วยให้เข้าใจตนเองและเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น มีแนวทางที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางสร้างสรรค์เกิดความไว้วางใจสามารถปรับตัวและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าไม่อยากพูดกับใคร ไม่อยากอยู่ใกล้คนอื่น กลัวเพื่อนพูดหรือทำให้ไม่พอใจ แล้วตนจะควบคุมอารมณ์ไม่ได้

O : พุดน้อย ถามคำตอบคำ แยกตัว ไม่สูงส่งกับใคร

○ : เวลาที่มีผู้อื่นหรือพยาบาลเข้าไปพูดคุยบางครั้งเดินหนี

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจผู้อื่นและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถพูดคุยกับผู้อื่นได้มากขึ้น อย่างน้อย ๔-๕ คน
๒. เมื่อผู้ป่วยอื่นหรือพยาบาลเข้าไปคุยด้วยไม่มีท่าทีมองซ้ายมองขวาระมัดระวังตัว
๓. ไม่มีพฤติกรรมแยกตัวอยู่คนเดียว

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยแบบ one to one และรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกโดยไม่ได้แย้งหรือขัดจังหวะ เพื่อการบำบัดรายบุคคล
๒. แจ้งความประสงค์ของการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบบทบาทของพยาบาลและของผู้ป่วยเอง ตลอดจนประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาล
๓. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สม่ำเสมอตรงตามเวลาที่นัดหมายผู้ป่วยไว้
๔. พยาบาลตอบคำถามผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา ไม่มีการลึงเลให้ผู้ป่วยเห็น และไม่ใช้คำพูดกระซิบบกระซิบ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจพยาบาล
๕. พยาบาลบอกถึงผลดีของการมีเพื่อนและแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักผู้ป่วยอื่น โดยเริ่มจากผู้ป่วยที่ผู้ป่วยอยากรู้จัก อยากคุยด้วยก่อน ๑-๒ คน
๖. พยาบาลบอกถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่โรงพยาบาลจัดขึ้น
๗. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้น
๘. ให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อผู้ป่วยสามารถร่วมกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม
๙. พยาบาลแนะนำวิธีการเกิดความรู้สึกไม่ไว้วางใจผู้อื่น
 - ให้ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้ป่วยอื่น ไม่ให้อยู่คนเดียว
 - ให้เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดตามที่โรงพยาบาลจัดขึ้น
๑๐. ให้อาตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยอื่นได้ ๕-๖ คน มีท่าทีเป็นมิตรมากขึ้น
 ๒. ผู้ป่วยสามารถเข้ากลุ่มได้วันละ ๑-๒ กลุ่ม เช่น กลุ่มประชุมเช้า กลุ่มเสริมแรงจิตใจ
- พฤติกรรมแยกตัวอยู่คนเดียวน้อยลง

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข มีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังไม่สิ้นสุด
พยาบาลจำเป็นต้องดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๖ สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากครอบครัวแตกแยกและขาดสัมพันธภาพอันดีภายในครอบครัว

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพ็พพลาว เป็นระยะที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถปรับตัวกับสถานะทางครอบครัวของตนเอง อีกทั้งช่วยให้

ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา วางแผนการดูแลและใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย เกิดสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าบิดามารดาแยกทางกันตั้งแต่ต้นอายุ ๓ ขวบ มารดามีครอบครัวใหม่ ต่อมาบิดาเสียชีวิตขณะตนอายุ ๗ ขวบ ย่าเป็นคนเลี้ยงดูมาตั้งแต่ ๓ ขวบ ซึ่งย่าต้องทำงานโดยทำสวน ไม่ค่อยได้คุยกัน มีทะเลาะกับยายทำร้ายยายบ่อย

S : ผู้ป่วยบอกว่าไม่เคยทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว

O : ผู้ดูแลเป็นย่า อายุมาก ๘๒ ปี สัมพันธภาพไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยไม่ทำงาน ขอเงินยาไปเสพยาบ้า เมื่อถูกขัดใจจะโกรธ ทะเลาะกับย่าและหนีออกจากบ้านไปอยู่กับแฟนที่ชายาเสพติด

วัตถุประสงค์

๑. เสริมสร้างให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนตามบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว
๒. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง
๒. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจและพูดคุยกันดีขึ้น ครอบครัวให้ความสนใจผู้ป่วยมาเยี่ยม ติดต่อและให้การช่วยเหลือขณะบำบัดรักษา ผู้ป่วยสีหน้าคลายกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัว จากการพูดคุย การแสดงออกทางสีหน้า แววตา ท่าทาง ปฏิสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว
๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยระบายความรู้สึก และแสดงความเข้าใจกันและกระตุนการมีส่วนร่วมในครอบครัว
๓. ให้คำปรึกษาครอบครัวตามสภาพปัญหา เสริมสร้างความเข้มแข็ง โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกันพิจารณาสาเหตุของปัญหา ด้านสัมพันธภาพและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข
๔. ให้ความรู้แก่ญาติในเรื่องบทบาทการทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การยอมรับในตัวของผู้ป่วย การวางแผนการออกไปใช้ชีวิตกับครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว ให้มีการสื่อสารทางบวก ชมเชยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมในทางที่ดี ไม่ตำหนิโดยไม่บอกเหตุผล
๕. ให้คำแนะนำย่าและลุงโทรศัพท์มาให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นระยะอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่ดีขึ้น
๖. สังเกตสีหน้าของผู้ป่วยและญาติหลังให้คำปรึกษา และพฤติกรรมระหว่างผู้ป่วยและญาติ

ประเมินผล

๑. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดี ย่าและลุงรับทราบแนวทางการปฏิบัติตัว ตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ทราบถึงปัญหา ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและพร้อมให้การช่วยเหลือผู้ป่วย
๒. ขณะรับการบำบัดในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้ติดต่อพูดคุยกับย่าและลุงผ่านทางโทรศัพท์และวิดีโอคอลสม่ำเสมอ ๑ ครั้ง/สัปดาห์ ขณะพูดคุยกับย่าและลุงสีหน้ายิ้มแย้ม อารมณ์สงบไม่ก้าวร้าว

ไม่พูดคำหยาบ มีการพูดคุยกันด้วยความเข้าใจมากขึ้น มีการวางแผนดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกดีใจที่รู้ว่ายาและลูกรักและเป็นห่วงตน

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข มีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังคงจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่อง โดยกระตุ้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวขณะผู้ป่วยขณะผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษา

ปัญหาที่ ๗ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากนอนไม่เป็นเวลาจากการเสพยาบ้าเป็นเวลานาน และวิตกกังวล

อยู่ในระยะระบุปัญหา (Identification phase) และระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพ็พพลาว เป็นระยะของการให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอหลับไม่สนิท ตื่นกลางดึก ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย พยาบาลต้องช่วยค้นหาสาเหตุของปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลให้ข้อมูลและช่วยผู้ป่วยให้เลือกแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมและมีกรเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางสร้างสรรค์และเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่ากลางคืนนอนหลับไม่สนิท มีตื่นกลางดึกตื่นแล้วนอนหลับยาก
- O : สีหน้าไม่สดชื่น หาวบ่อย กลางวันมีอาการง่วง หาวบ่อย
- O : ผู้ป่วยเสพยาบ้ามา ๑๓ ปี

วัตถุประสงค์

นอนหลับได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยนอนหลับได้ตามปกติ อย่างน้อยวันละ ๖-๘ ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. รับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจและแสดงความใส่ใจ เข้าอกเข้าใจเรื่องการนอนไม่หลับของผู้ป่วย ประเมินแบบแผนการนอน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกันวางแผนกับผู้ป่วย เนื่องจากการนอนไม่หลับทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย อาจทำให้อาการทางจิตกำเริบได้

๒. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการเสพยาบ้า ที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งทำให้ศูนย์การนอนหลับในสมองเปลี่ยนแปลงไป

๓. ร่วมกันวางแผนกับผู้ป่วย ในการบำบัดรักษา ยาเสพติด ซึ่งเป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ

๔. แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติเพื่อการนอนหลับ (sleep hygiene)

๕. ให้ยาตามแผนการรักษา

ประเมินผล

ผู้ป่วยนอนหลับได้ตามปกติ นอนกลางคืนประมาณ ๖-๘ ชั่วโมง

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข และสิ้นสุดเมื่อวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๖

ปัญหาที่ ๘ เสี่ยงต่อการอยู่บำบัดรักษาไม่ครบตามกระบวนการ เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษา

อยู่ในระยะระบุปัญหา (Identification phase) และระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพ็พพลาว โดยการค้นหาแรงจูงใจของผู้ป่วย การเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาครบกระบวนการ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี มีแนวคิดในการเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าอยากกลับบ้าน ช่วยบอกให้ยามารับกลับบ้าน บอกว่าหากจะเลิกยาเสพติดก็สามารถเลิกเองได้

O : stage of change = Contemplation stage (ขั้นลังเลใจ)

วัตถุประสงค์

เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา ครบตามกระบวนการบำบัด

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัดรักษาและยอมรับบำบัดรักษาครบกระบวนการ
๒. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระดับขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) อยู่ในระยะที่ดีขึ้นจาก contemplation stage (ขั้นลังเลใจ) ไปสู่ Action stage (ขั้นลงมือปฏิบัติ)

กิจกรรมการพยาบาล

๑. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
๒. ประเมินแรงจูงใจในการรับการบำบัดรักษา
๓. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาผู้ป่วยโดยการซักถามและสังเกตสีหน้า
๔. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่กังวลหรือไม่สบายใจ รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ
๕. อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นที่จะต้อง ได้รับการบำบัดรักษา และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่ออยู่บำบัด
๖. นำผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการบำบัดรักษามาเป็นแบบอย่าง ให้กำลังใจและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะรับการบำบัดรักษาเพื่อคลายความวิตกกังวล
๗. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าหากจะกลับบ้าน ต้องมีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัวก่อน
๘. แนะนำให้มีการพูดคุยระบายความรู้สึกในกลุ่มบำบัด เช่น กลุ่มประชุมเช้า กลุ่มจิตบำบัด
๙. แนะนำให้ทำกิจกรรมทำเพื่อผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความสนใจเรื่องอยากกลับบ้าน
๑๐. จัดพี่เลี้ยง ช่วยดูแล สังเกตพฤติกรรม และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการหลบหนี
๑๑. ประสานญาติ เพื่อการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและเสริมแรงจูงใจในการอยู่บำบัดรักษา

ประเมินผล

๑. ผู้ป่วยยินยอมอยู่รับการบำบัดรักษา ให้ความร่วมมือในการบำบัดดีขึ้น สิ้นหน้าสดขึ้นขึ้น
 ๒. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระดับขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) อยู่ในระยะที่ดีขึ้นจาก contemplation stage (ขั้นลังเลใจ) ไปสู่ Action stage (ขั้นลงมือปฏิบัติ)
- ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาครบตามแผนการบำบัดรักษา แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายจากโรงพยาบาลลัทธิญารักษ์สงขลาได้ วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖ รวมระยะเวลาบำบัด ๙๔ วัน

ปัญหาที่ ๙ เสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพ็พพลาว เป็นระยะของการให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย ให้ความรู้ถึงตัวกระตุ้นที่เป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงที่จะกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ โดยช่วยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ถึงตัวกระตุ้นของตนเอง อีกทั้งให้คำแนะนำทักษะในการจัดการตัวกระตุ้น รวมถึงพูดคุยประสบการณ์ในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาและสามารถจัดการปัญหาเหล่านั้นได้

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลัทธิญารักษ์สงขลาแบบผู้ป่วยใน ๑ ครั้ง หลังจากออกจากโรงพยาบาล ก็กลับไปใช้ยาบ้าเหมือนเดิม เวลาเครียด ทะเลาะกับยาก็ไปใช้ยา”

S : ผู้ป่วยบอกถ้าหากจะเลิกยาเสพติดไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล สามารถเลิกเองได้

O : ผู้ป่วยเสพยาบ้ามา ๑๓ ปี และมีการเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อยๆ โดยเริ่มลองสูบจาก ๑-๒ เม็ด/วัน สัปดาห์ละ ๒-๓ ครั้ง เป็นสูบบ้า ๓-๔ เม็ด/วัน สัปดาห์ละ ๓-๔ ครั้ง ประวัติการบำบัดรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลลัทธิญารักษ์สงขลาครั้งนี้เป็นครั้งที่ ๒

O : stage of change = Contemplation stage (ขั้นลังเลใจ)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้า และตระหนักถึงอันตรายของยาเสพติด

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถบอกผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดได้
๒. ผู้ป่วยบอกวิธีการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ โดยการใช้ทักษะในการดำเนินชีวิตได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการรักษา
๒. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษพิษภัยจากยาบ้าที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว
๓. ประเมินสถานการณ์ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเสพยาบ้าซ้ำ
๔. ให้ความรู้กับผู้ป่วยเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองตื้อยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เป็นรูปธรรม
๕. จัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มฝึกทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเสพซ้ำ เช่น การตั้งเป้าหมายในชีวิต ตัวกระตุ้นและการจัดการตัวกระตุ้น ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการเผชิญความเครียด เป็นต้น

๖. สอนวิธีการป้องกันการกลับไปเสพยา เช่น แนะนำผู้ป่วยทำงานอดิเรกที่ตนเองสนใจ การช่วยบิดามารดาทำงาน หลีกเลี่ยงการเพื่อนที่เสพยาเสพติดเพราะจะชักชวนให้เสพยาเสพติดซ้ำ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

๗. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เพื่อมีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แนวทางการเลิกยาเสพติด

๘. ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

๙. ให้ความรู้และแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้านกับครอบครัวก่อนจำหน่าย เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ทั้งเรื่องการป้องกันการเสพยาและการดูแลให้ยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ตลอดจนการลดอันตรายจากการใช้ยา

๑๐. วางแผนติดตามการรักษาหลังจำหน่าย แนะนำแหล่งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อต้องเผชิญปัญหาการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

ประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถบอกโทษและผลกระทบที่เกิดจากการการเสพยาเสพติดต่อตนเองและครอบครัวได้ เช่น ทำให้ร่างกายทรุดโทรม อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำให้ขายและสูญเสียใจ

๒. ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลตนเองไม่ให้เกิดกลับไปเสพยาซ้ำได้ถูกต้อง คือ รับประทานยาต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น หาที่ปรึกษาและติดตามผลที่โรงพยาบาลต่อเนื่อง

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไขยังไม่สิ้นสุด จะต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยให้การปรึกษาผู้ป่วยเพื่อให้มีเป้าหมายและช่วยเหลือผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงตนเอง หยุดหรือเลิกเสพยาเสพติด

ปัญหาที่ ๑๐ การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

อยู่ในระยะสรุปผล (Resolution phase) ของทฤษฎีเพ็พพลาว เป็นระยะที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมล่วงหน้าก่อนกลับไปใช้ชีวิตในสังคมโดยไม่พึ่งพายาเสพติด มีการสร้างเป้าหมายใหม่เพื่อการรักษา การมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องและดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วย ย่าและลูกสอบถามการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการนัดติดตามอาการ

O : จากการสอบถามผู้ป่วยบอกแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ไม่ครบคลุม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

๒. ญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความรู้ความเข้าใจและความต้องการของผู้ป่วยละญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อแนะนำข้อมูลจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

๒. วางแผนการจำหน่ายกลับบ้าน (Discharge planning) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยแจ้งผู้ป่วยและญาติทราบล่วงหน้า ตามแผนการจำหน่าย D-METHOD

D : Diagnosis ให้ความรู้เรื่องยาเสพติด โรคสมองตื้อ สาเหตุ การป้องกันเสพติด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ตลอดจนให้ความรู้อาการแทรกซ้อนทางจิตเวช สาเหตุ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

M : Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย

E : Environment /Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่อาจจะทำให้กลับไปใช้ยาซ้ำ

T : Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษาเสพติด รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและการปรึกษาแพทย์ หรือการมาถอน

H : Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากยาเสพติด

O : Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจาก สถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D : Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ สามารถอธิบายโรคที่เป็นอยู่ การปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรค รวมถึงการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข แต่ยังคงติดตามต่อเนื่อง โดยการพูดคุยทางโทรศัพท์ การนัดผู้ป่วยและครอบครัวมาติดตามผลที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

การดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัด

ผู้ป่วยรายนี้ ได้ดำเนินการในการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดครบตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง เฝ้าระวังการกลับไปเสพติดและป้องกันอาการทางจิตกำเริบ โดยมีแนวทางดังนี้

๑. การนัดติดตามผล อย่างน้อย ๔-๗ ครั้งใน ๑ ปี

ครั้งที่ ๑ : หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ๗ วัน

ครั้งที่ ๒ : ๑ เดือน

ครั้งที่ ๓ : ๒ เดือน

ครั้งที่ ๔ : ๓ เดือน

ครั้งที่ ๕ : ๖ เดือน

ครั้งที่ ๖ : ๙ เดือน

ครั้งที่ ๗ : ๑๒ เดือน

สรุปผลการดูแลและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

๑. ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยใช้ยาบ้า (Amphetamine) มาเป็นเวลานานประมาณ ๑๓ ปี ใช้ต่อเนื่องโดยเพิ่มปริมาณการเสพยาบ้าขึ้นเรื่อยๆ จนมีอาการทางจิตเวชเกิดโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid schizophrenia) มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรมได้ง่าย เช่น การแยกตัวหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ ขาดการยอมรับ เอาแต่ใจตัวเอง จึงต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ประเมินภาวะเสี่ยงจำกัดพฤติกรรม เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เมื่อเข้ารับการรักษาบำบัดระยะบำบัดด้วยยาอาการทางจิตสงบ ย้ายเข้าระยะฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับการรักษาด้วยยาและการดูแลทางจิตสังคม โดยให้ญาติมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง จนผู้ป่วยสามารถปรับตัว พัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีการเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์พอใช้ (๖๗ %)

๒. การเข้ารับการรักษาบำบัดครั้งนี้เนื่องจากยาและลุงขอร้องให้มาบำบัด ผู้ป่วยไม่มีความตั้งใจในการบำบัด พุดชอกกลับบ้านบ่อยๆ ผู้บำบัดได้ทำการประเมิน ติดตาม Stage of change ของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และให้การดูแลช่วยเหลือเสริมสร้างแรงจูงใจ จนผู้ป่วยยอมรับการบำบัดตามกระบวนการได้ครบตามแผนการบำบัดรักษา รวมระยะเวลาอยู่บำบัด ๙๔ วัน เมื่อญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายได้

๓. ด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยกับครอบครัวมีความบกพร่อง บิดามารดาแยกทางกัน บิดาเสียชีวิต ขณะผู้ป่วยอายุ ๗ ขวบ ผู้ดูแลผู้ป่วยคือย่าซึ่งอายุมากและต้องทำงาน (ทำสวน) ญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดและมีโรคจิตเภท เป็นปัจจัยก่อให้เกิดความขัดแย้ง เมื่อผู้บำบัดได้ประสานครอบครัว ให้คำแนะนำให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น ญาติมีการติดต่อเยี่ยมผู้ป่วยพูดคุยให้กำลังใจ ผู้ป่วยรู้สึกดีมีความต้องการเลิกยาเสพติดเพื่อย่า มีการวางแผนช่วยย่าทำงานเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

๔. ผู้ป่วยติดยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตทุกราย ควรได้รับการประเมินจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยได้ครบทุกมิติ ทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม และแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

๕. พยาบาลผู้ดูแลควรมีองค์ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเวชร่วม และให้การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจได้อย่างครอบคลุมและครบถ้วน โดยบูรณาการแนวคิด ทฤษฎีต่างๆ เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ครบทุกมิติ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

๖. การพยาบาลผู้ป่วยติดยาเสพติดแอมเฟตามีน ต้องทำความเข้าใจบริบทปัจจัยด้านครอบครัวของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ เศรษฐฐานะ แหล่งสนับสนุน เพื่อให้การพยาบาลนั้นๆ เกิดประสิทธิภาพมากที่สุดและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งส่งเสริมสัมพันธภาพเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา

๗. รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบ FAST Model การใช้เครื่องมือในการช่วยเหลือพฤติกรรมบางกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด กตสัน ผู้ป่วยต่อต้าน ขาดการยอมรับ ทำให้แสดงออกทางพฤติกรรมก้าวร้าวได้

๘. กรณีศึกษารายนี้ มีความหลากหลายของปัญหา ตรงกับสถานการณ์ปัจจุบันโดยเฉพาะผู้ใช้สารเสพติดแอมโพนีมีโรคทางจิตเวช สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับรายอื่นๆ ที่ใกล้เคียงได้

ข้อเสนอแนะ

๑. ผู้ป่วยติดยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตทุกราย ควรได้รับการประเมินจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยได้ครบทุกมิติ ทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม และแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

๒. ควรจัดให้มีกลุ่ม Family therapy เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสพูดคุยและแลกเปลี่ยนความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย เป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในครอบครัว

๓. ควรมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค เพื่อให้ผู้บำบัดสามารถปฏิบัติงานและดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน และจัดให้มีกิจกรรมเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉพาะโรค เพื่อที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงกับภาวะของโรค เช่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหวาดระแวง เป็นต้น

๔. ควรศึกษางานวิจัยด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจและการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเวช และนำมาปรับใช้ในผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทร่วม เพื่อทำให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทที่ ๕

สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๒๘ ปี รูปร่างท้วม ส่วนสูง ๑๖๕ เซนติเมตร น้ำหนัก ๗๐ กิโลกรัม สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษาประถมศึกษา อาชีพว่างงาน ภูมิลำเนาอำเภอเสีเกา จังหวัดตรัง สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ธรรมนูญรักษ่วงสงขลาในระบบสมัครใจ เป็นครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖ วันที่อยู่ในความดูแล ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖ รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล ๔๓ วัน จำหน่ายด้วยแพทย์อนุญาต อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ๒ วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้า ๓ เม็ด มีอาการปวดคนเดียว กลางคืนไม่นอนเดินไปมา อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำร้ายยา ทำลายข้าวของไม่ยอมรับประทานยา หนีออกจากบ้านไปอยู่กับแฟนที่ไชยาเสพติด ญาติจึงนำตัวส่งโรงพยาบาลธรรมนูญรักษ่วงสงขลา

ผู้ป่วยเสพยาบ้ามา ๑๓ ปี เริ่มเสพครั้งแรกตั้งแต่อายุ ๑๕ ปี ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลองเสพด้วยวิธีสูบควัน เริ่มเสพยาบ้า ๑ เม็ด/วัน จำนวน ๒-๓ ครั้ง/สัปดาห์ ผู้ป่วยใช้ยาบ้าต่อเนื่องและเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ

๒ ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเสพยาบ้า ๒-๓ เม็ด/วัน จำนวน ๓-๔ ครั้ง/สัปดาห์ หลังจากนั้นมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายยา ญาตินำเข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์แบบผู้ป่วยใน รวม ๓ ครั้ง เนื่องจากเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยกลับไปเสพยาบ้าซ้ำและมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายยา

๑ ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเสพยาบ้า ๒-๓ เม็ด/วัน จำนวน ๓-๔ ครั้ง/สัปดาห์ มีอาการไม่หลับ ไม่นอน หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายยา ญาติจึงนำเข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลตรัง แบบผู้ป่วยใน จำนวน ๒ ครั้ง

๖ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเสพยาบ้า ๓-๔ เม็ด/วัน จำนวน ๓-๔ ครั้ง/สัปดาห์ มีอาการปวด หัวเราะคนเดียว กลางคืนไม่นอนเดินไปมา หงุดหงิด ทำลายข้าวของ ทำร้ายร่างกาย ยา ญาติจึงนำเข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธรรมนูญรักษ่วงสงขลา ตั้งแต่วันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๖ - ๑๐ เมษายน ๒๕๖๖ รวมอยู่บำบัดในโรงพยาบาล ๘๙ วัน หลังจำหน่ายแพทย์นัดติดตามผล ๒ สัปดาห์ แต่ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัด และผู้ป่วยกลับไปเสพยาบ้าซ้ำหลังจำหน่ายได้ ๒ วัน

๒ วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเสพยาบ้า ๔ เม็ด/วัน เสพด้วยวิธีสูบควัน มีอาการปวดคนเดียว กลางคืนไม่นอนเดินไปมา อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายยา ไม่รับประทานยา หนีออกจากบ้านไปอยู่กับแฟนที่ไชยาเสพติด ญาติจึงพามาโรงพยาบาลธรรมนูญรักษ่วงสงขลา แพทย์รับไว้บำบัดรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖

ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ แบบผู้ป่วยใน จำนวน ๓ ครั้ง ในปี ๒๕๖๔ หลังการบำบัดผู้ป่วยไม่สามารถหยุดเสพยาบ้าได้

เข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลตรัง แบบผู้ป่วยใน ๒ ครั้ง ในปี ๒๕๖๕ หลังการบำบัดผู้ป่วยไม่สามารถหยุดเสพยาบ้าได้

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ๒ ครั้ง ดังนี้
ครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๖ ถึง ๑๐ เมษายน ๒๕๖๖ รวม ๘๙ วัน มาด้วยอาการ
เสพยาบ้า ๓-๔ เม็ด/วัน จำนวน ๓-๔ ครั้ง/สัปดาห์ มีอาการพูด หัวเราะคนเดียว กลางคืนไม่นอน
เดินไปมา หงุดหงิด ทำลายข้าวของ ทำร้ายร่างกาย อยู่บำบัดในโรงพยาบาลรวม ๘๙ วัน
หลังจำหน่ายแพทย์นัดติดตามผล ๒ สัปดาห์ แต่ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัด หลังจำหน่ายได้ ๒ วัน ผู้ป่วยไป
เสพยาบ้าซ้ำ ขณะบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ญาติมารับกลับโดยแพทย์อนุญาต ให้ยาไป
รับประทานที่บ้าน นัดติดตามผล ๒ สัปดาห์หลังจำหน่าย

ครั้งที่ ๒ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖ ถึง ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖ รวม ๙๔ วัน หลังจาก
จำหน่าย หยุดยาเสพติดได้ ๒ วัน ผู้ป่วยไม่รับประทานยา ไม่มาติดตามผลตามนัด กลับไปใช้ยาบ้าซ้ำ
โดยสูบบ้า ๓-๔ เม็ด/วัน จำนวน ๓-๔ วันต่อสัปดาห์ มีอาการพูดคนเดียว อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว
ทำลายข้าวของ ทำร้ายยาหนีออกจากบ้านไปอยู่กับแฟนที่ใช้ยาเสพติด ญาติจึงส่งตัวเพื่อบำบัดรักษา
กำลังบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ญาติมารับกลับ โดยแพทย์อนุญาต ให้ยาไปรับประทานที่บ้าน
นัดติดตามผล ๒ สัปดาห์หลังจำหน่าย

แรกรับระยะบำบัดด้วยยา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าไม่สดชื่น ทำทางไม่เป็นมิตร อารมณ์หงุดหงิดง่าย
บางครั้งหัวเราะคนเดียว ถามคำตอบคำ ไม่ค่อยให้ความร่วมมือ ปฏิเสธหูแว่วภาพหลอน ไม่เต็มใจ
บำบัดรักษา บอกว่าไม่อยากจะมาบำบัดรักษา มาโรงพยาบาลครั้งนี้เนื่องจากญาติบังคับให้มาบำบัด
บำบัดระยะถอนพิษยาตั้งแต่วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖ รวมระยะเวลา
๕๑ วัน และได้ย้ายเข้าระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ รับไว้ในความดูแล ตั้งแต่วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖

แรกรับระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (ตึกฉัตรชบา) วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้า
ไม่สดชื่น ไม่ค่อยมีสมาธิ หันไปหันมาขณะพูดคุย วิตกกังวลคิดว่าตนเองตั้งครมภ์ ปฏิเสธอาการหูแว่ว
ภาพหลอน ไม่เต็มใจบำบัดรักษา บอกว่าจะให้ยามารับกลับบ้านวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๖

แพทย์วินิจฉัย

- F๑๕๒๕ : Other stimulants including caffeine dependence syndrome, continuous use (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการเสพยากระตุ้นระบบประสาท
อันรวมทั้งกาแฟ)

- F๒๐๐๐ : Paranoid schizophrenia, continuous (including treatment resistant) (โรคจิตเภทแบบระแวงต่อเนื่อง รวมถึงดื้อต่อการรักษา)

ผลการประเมินด้วยแบบประเมินอื่นๆ

๑. ผลการประเมินด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติด
ของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v.๒ เมื่อวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖ = ๓๒ คะแนน อนุมานว่า
เป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง

๒. ผลการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖

๒Q คะแนน = ๐ คะแนน แปลผล ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖

๒Q คะแนน = ๐ คะแนน แปลผล ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ ๓ รับย้ายเข้าระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖

๒Q คะแนน = ๐ คะแนน แปลผล ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

๓. ผลการประเมินความเสี่ยง SAVE (วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖) : S_๐A_๐V_๒E_๐

S (suicide) = ๐ คะแนน แปลผล ไม่มีความเสี่ยง

A (Accident) = ๐ คะแนน แปลผล ไม่มีความเสี่ยง

V (Violence) = ๑๐ คะแนน แปลผล มีความเสี่ยงระดับ ๒ (มีความเสี่ยงปานกลาง)

E (Escape) = ๐ แปลผล ไม่มีความเสี่ยง

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย ไม่มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ/พลัดตกหกล้มและไม่เสี่ยงหลบหนีออกจากโรงพยาบาล แต่มีความเสี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมรุนแรง/ทำร้ายผู้อื่นปานกลาง

๔. ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) : อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) อยากเลิกยาเสพติดตามที่ครอบครัวร้องขอ แต่ไม่แน่ใจว่าการควบคุมตนเองได้ดีหรือไม่ ยังไม่มั่นใจกับการมาบำบัดเพื่อเลิกยาครั้งนี้

๕. ประเมินทางสังคม (โดยนักสังคมสงเคราะห์)

ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายร่างกาย ทำลายข้าวของ การรับรู้ผลกระทบจากการเสพยา Intellectual Insight , Stage of change ระยะ contemplation แรงจูงใจในการเลิกยาก่อนข้างน้อย อาศัยอยู่กับย่า มีความขัดแย้งกับย่าค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างซ้ำ บางครั้งนิ่งเฉย เหม่อลอย ไม่ค่อยมีสมาธิ ลังเลในการเลิกยา แรงจูงใจในการเลิกยาก่อนข้างน้อย

๖. ประเมินสมาธิและความสนใจ (โดยนักกิจกรรมบำบัด)

ผู้ป่วยหลุดร่อนความสนใจบ่อยครั้ง ไม่ค่อยมีสมาธิ เมื่อทำกิจกรรมที่มอบหมายไม่ได้จะเลิกทำและขออนุญาตไปห้องน้ำ

๗. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖

- Urine for Amphetamine : Negative
- Urine Pregnancy Test (UPT) : Negative
- CBC : ค่าปกติ
- BUN : ค่าปกติ
- Creatinine : ค่าปกติ
- LFT : ค่าปกติ
- Electrolyte : ค่าปกติ
- DTX : ค่าปกติ (๑๐๖ mg/dl)
- Stool exam : ค่าปกติ

แผนการรักษาของแพทย์

- Risperidone (๒mg) ๑ oral pc เช้า , ๒ tab oral hs
- Clonazepam (๐.๕ mg) ๒ tab oral hs
- Trihexyphenidyl Hydrochloride (๕mg) ๑ x ๒ oral pc
- Fluoxetine (๒๐mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า
- Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral hs
- Depakine (๒๐๐mg) ๑ tab oral hs
- Clonazepam (๐.๕ mg) ๑ tab PRN for insomnia
- Chlorpromazine (๒๕ mg) ๑ oral pc เช้า , ๒ tab oral hs
- Multivitamin ๑ x ๓ oral pc
- Vitamin B๑-๖-๑๒ ๑ x ๓ oral pc
- Fluphenazine (๕๐ mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุกวันที่ ๒๖ ของเดือน

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

๑. เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวาดระแวงและการจัดการกับอารมณ์ไม่เหมาะสม
๒. ใช้สารเสพติดในการเผชิญความเครียด
๓. ความมีคุณค่าในตัวเองต่ำ เนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ
๔. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์ กดระบบประสาทส่วนกลาง
๕. สัมพันธภาพบกพร่องและขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ
๖. สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากครอบครัวแตกแยกและขาดสัมพันธภาพอันดีภายในครอบครัว
๗. แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากนอนไม่เป็นเวลาจากการเสพยาบ้าเป็นเวลานานและวิตกกังวล
๘. เสี่ยงต่อการอยู่บำบัดรักษาไม่ครบตามกระบวนการ เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษา
๙. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด
๑๐. การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

แพทย์วินิจฉัยแล้วเห็นว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้และญาติมีความพร้อมในการดูแลต่อที่บ้าน จึงจำหน่ายในวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖ รวมระยะเวลาที่นอนพักในโรงพยาบาล ๙๔ วัน และนัดมาตรวจต่อเนื่องจากที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ในวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๖

ยาที่ได้รับกลับไปรับประทานที่บ้าน

- Risperidone (๒mg) ๒ x ๒ oral pc เช้า , hs
- Trihexyphenidyl Hydrochloride (๕mg) ๑ x ๒ oral pc เช้า , hs
- Fluoxetine (๒๐mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า
- Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral hs
- Depakine (๕๐๐mg) ๑ tab oral hs
- Fluphenazine (๕๐ mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุกวันที่ ๒๖ ของเดือน

คำแนะนำก่อนจำหน่าย/การเตรียมผู้ป่วยตามแผนการจำหน่าย

D – Diagnosis ผู้ป่วยและผู้ดูแล (ย่าและลุง) ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสมองตติยา อาการถอนพิษยา ตัวกระตุ้นที่สำคัญและการจัดการกับตัวกระตุ้น รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนและโรคจิตเวชร่วม และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจากแพทย์ผู้รักษา พยาบาลประจำตึก

M - ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับเกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยา และแนวทางแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

E - Environment & Economic ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งของ และสถานที่ที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมซึ่งจะมึผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแล หรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัวก่อนจำหน่ายกลับชุมชน

T - Treatment ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบและเข้าใจเป้าหมายแผนการรักษาและกระบวนการรักษา การปฏิบัติเกี่ยวกับโรค มีความรู้ในการจัดการหากเกิดภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเตรียมทักษะที่จำเป็นซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแล หรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวในการตรวจต่างๆ เมื่อมาตามนัดหลังจำหน่าย

H - Health ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจภาวะสุขภาพของผู้ป่วยว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย การดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรม การประกอบอาชีพ และปรับวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับข้อจำกัด รวมทั้งการส่งเสริม ฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

O - Outpatient referral ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งเวลา และสถานที่ รวมทั้งทราบแหล่งขอความช่วยเหลือในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือมีอาการ นอกจากนี้ยังรวมถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการมาพบแพทย์ตามแพทย์นัด โดยหลังการจำหน่ายจะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

D - Diet ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ งดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หรืออาหารที่มีปฏิกิริยาทางลบต่อยาที่รับประทาน

การส่งต่อในชุมชน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไขไปบางส่วน ยังคงต้องดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อลดอาการทางจิตกำเริบรุนแรงอาการแทรกซ้อน และการกลับมาเสพยา โดยมีแนวทางในการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ดังนี้

- การนัดผู้ป่วยมาติดตามผลที่โรงพยาบาล ๗ ครั้งใน ๑ ปี
- การส่งต่อบุคลากรเครือข่ายในพื้นที่ในการติดตาม เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.

ผู้นำชุมชน ญาติ ผู้ดูแล เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ช่วยเหลือและการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว

ข้อวิเคราะห์ / วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มีพฤติกรรมเสพติดยาบ้า (Amphetamine) ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบการหลังของสารสื่อประสาททำให้เกิดโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid schizophrenia) ร่วมด้วย การบำบัดรักษาผู้ป่วยจึงมีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากจำเป็นต้องให้การบำบัดรักษา การเลิกเสพยาเสพติดควบคู่กับการรักษาอาการทางจิต การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพจะต้องเป็นโปรแกรมระยะยาวเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดการใช้สารเสพติด และคงสภาพอาการทางจิตไม่ให้อาการแยลง เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดระยะบำบัดด้วยยาจนไม่มีอาการถอนพิษยาและอาการทางจิตสงบ จึงมีความจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถกลับไปใช้ชีวิตและทำหน้าที่ในสังคมได้ดีขึ้นโดยไม่พึ่งพายาเสพติด

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจึงจำเป็นต้องมีสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและคงความต่อเนื่องตลอดโปรแกรม การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะเป็นแรงจูงใจซึ่งเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งในการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีความสำคัญต่อการรักษา ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการบำบัด บทบาทในการจัดกิจกรรมบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย การประสานครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว การประสานทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา รวมทั้งช่วยในการประสานเครือข่ายอื่นเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติลดโอกาสกลับไปพึ่งพายาเสพติด เมื่อผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาครบขั้นตอน และพร้อมกลับสู่สังคม ขั้นตอนการบำบัดยังคงมีต่อเนื่องในเรื่องของการติดตามการรักษา หรือให้การดูแลหลังรักษา โดยส่งเสริมการหยุดใช้ยาต่อเนื่อง ค้นหาปัญหาความเสี่ยงในการเสพยาซ้ำ และร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาหรือหากกรณีผู้ป่วยเสพยาซ้ำ นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา

สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากผู้ป่วยรายกรณีศึกษา ที่สำคัญ ได้แก่

๑. ด้านผู้ป่วย / ญาติ

- การดูแลผู้ป่วยรายนี้ถือว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยมีการเสพยาบ้าต่อเนื่องและเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมองจากการกระตุ้นของสารเสพติดที่เสพยาบ้าเข้าสู่ร่างกายเกิดโรคสมองตื้อยา ผู้ป่วยบำบัดรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่รับประทานยาเมื่ออยู่ที่บ้าน ส่งผลให้อาการของโรคจิตเภทกำเริบ ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการรับรู้ ด้านความคิด ส่งผลให้พฤติกรรมและบุคลิกภาพ รวมถึงการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมได้ง่าย การควบคุมตนเองไม่ดี กระบวนการคิดและตัดสินใจไม่ดี ทำอะไรตามใจตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยมีโอกาสกลับไปเสพยาบ้าได้ง่ายเนื่องจากการใช้ยาเสพติดทำลายเซลล์สมองส่วนคิดทำให้ไม่สามารถนำประสบการณ์หรือคำแนะนำที่ได้รับมาปฏิบัติตามได้

- ประวัติการเลี้ยงดู สัมพันธภาพภายในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทำให้ผู้ป่วยหันไปพึ่งยาเสพติด ซึ่งการเสพยาบ้าเป็นเวลานาน ส่งผลต่อระบบประสาทและสมองเกิดความผิดปกติทางพฤติกรรมและเกิดโรคทางจิตเวช

- ญาติ/ผู้ดูแลมีอายุมาก อาจจะขาดความรู้ความเข้าใจในการควบคุมดูแลผู้ป่วยติดยาเสพติด และโรคจิตเภท ประกอบกับผู้ป่วยขาดที่พึ่งจึงมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดซ้ำๆ การแก้ปัญหาไม่ตรงกับปัญหาความต้องการที่แท้จริงเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมซึ่งกันและกัน ทำให้การแก้ไขปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น

๒. ด้านการพยาบาล / กิจกรรมการพยาบาล

- ผู้ป่วยยาบ้าที่มีโรคจิตเภทร่วม ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และประเมินผลอย่างรอบด้านและเหมาะสม ครอบคลุมทั้งปัญหาการเสพยาเสพติด ปัญหาทางจิตเวช อาการทางจิตที่เกิดขึ้นปัญหาการทำร้ายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าว รวมถึงปัญหาครอบครัว พยาบาลต้องมีการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมทุกมิติและให้การช่วยเหลือให้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้ทฤษฎีทางจิตเวช ครอบครัวศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยสารเสพติดและจิตเวช โดยมีเป้าหมายที่ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางจิตและความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น/การรับรู้ความเจ็บป่วยไม่ตรงตามจริง

- เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการถอนพิษยาและอาการทางจิตสงบลง ควรประเมินปัจจัยทางจิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อผู้ป่วยและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อเลิกยาเสพติด การเชื่อมโยงระหว่างการเสพแอมเฟตามีนกับการเกิดอาการทางจิตและปัญหาต่างๆ เพื่อนำมาอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ ควรเสริมทักษะในการจัดการการแก้ปัญหาเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาบ้า ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดเสริมสร้างความรู้ มีการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

- ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาอาการทางจิตเวช มีผลข้างเคียงต่อร่างกายหลายระบบ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการบริหารยา เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยาทางจิต ประเมินความเสี่ยงและบรรเทาป้องกันความรุนแรงจากการได้รับยา รวมทั้งอันตรายจากการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา

หากพบอาการดังกล่าวควรรีบรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาไม่ให้เกิดอาการรุนแรงเพื่อผู้ป่วยปลอดภัย

- การดูแลผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช พยาบาลต้องมีบทบาทที่สำคัญในการสร้างกระบวนการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ โดยการประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

- จากข้อมูลทางวิชาการพบว่าลักษณะการดำเนินของโรคจิตจากการใช้แอมเฟตามีนจะมีอาการในระยะสั้นและตอบสนองต่อการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต แต่ก็พบว่าในผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีอาการโรคจิตอาจดีขึ้นช้า แม้ว่าจะหยุดเสพแอมเฟตามีนและรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตอยู่ก็ตาม ผู้ที่เสพหนัก เสพนาน ปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ได้แก่ การกลับไปเสพซ้ำ แม้ในปริมาณน้อยกว่าเดิม พยาบาลควรให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติรวมทั้งความจำเป็นของการมาติดตามผลหลังการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง

- การบำบัดรักษาผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทร่วม จะมีความซับซ้อน จำเป็นต้องมีการบูรณาการของการรักษาทั้งรักษาการติดสารเสพติดและรักษาความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดขึ้น การดูแลจะต้องครอบคลุมปัญหาทั้งทาง กาย - จิต - สังคม - จิตวิญญาณ ผู้บำบัดและผู้ป่วยต้องมีสัมพันธภาพที่ดี ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัดรักษา ต้องได้รับการฝึกฝนทักษะที่จำเป็นต่างๆต่อการป้องกันการติดยาหรือเจ็บป่วยทางจิตเวชซ้ำ รวมทั้งพัฒนาแหล่งสนับสนุนต่างๆเพื่อช่วยผู้ป่วยค้นหาวิถีชีวิตต่างๆ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคร่วมทั้งสองชนิด

- การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีโรคจิตเภทร่วม ที่มีประสิทธิภาพจะต้องเป็นโปรแกรม ระยะยาวและต้องอาศัยกระบวนการที่ใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อช่วยป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ การบูรณาการการบำบัดอย่างครอบคลุมจะช่วยให้ผู้ป่วยลดการใช้สารเสพติด และคงสภาพอาการทางจิตไม่ให้อาการแย่งลงได้

- บทบาทพยาบาลที่สำคัญอีกอย่างคือต้องประสาน สนับสนุน ช่วยเหลือติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ให้มีการร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการแก้ปัญหา เป็นการเสริมแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้ยั่งยืน

- ผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทร่วม ใช้กระบวนการดูแลแนวทางเดียวกับการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต พยาบาลต้องใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทฤษฎีทางการพยาบาลจะประกอบด้วย ๔ มโนมติหลัก คือบุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่ามโนทัศน์การพยาบาลที่สามารถนำมาประยุกต์ได้ คือ ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพ็พพลาว ทฤษฎีทางการพยาบาลของรอย ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (ฉวีวรรณ, แผ และศุภกรใจ, ๒๕๕๗; วันดี, ถนอมศรี และศรีสุดา, ๒๕๕๙) ซึ่งในรายนี้ ใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตอบโจทย์ปัญหาแก้ไขตามความเร่งด่วนคุกคามต่อชีวิต

- การฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้รูปแบบ FAST Model ซึ่งประกอบด้วย การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย กิจกรรมกลุ่มบำบัด งานบำบัดและเครื่องมือในการปรับพฤติกรรม ซึ่งบางกิจกรรม เช่น กลุ่มปรับความเข้าใจ วิธีการช่วยเหลือพฤติกรรมที่ใช้เสียงหรือการลงโทษ บางกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด กัดฟัน ผู้ป่วยต่อต้าน ขาดการยอมรับ ทำให้อาการโรคกำเริบ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ อาจจะต้องปรับกิจกรรมตามบริบท ตามสภาพข้อจำกัดของโรค ระยะและอาการของโรค โดยการประเมินความพร้อมเฉพาะราย

- ผู้ป่วยมีประวัติเสพติดมานานจนมีอาการทางจิตร่วมด้วยควรได้รับการประเมินให้ครอบคลุมทั้งปัญหาการเสพสารเสพติด ปัญหาทางจิตเวช อาการทางจิตที่เกิดขึ้นปัญหาการทำร้ายตนเอง รวมถึงปัญหา ครอบครัวพยาบาลต้องมีการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมทุกมิติและให้การช่วยเหลือให้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้ทฤษฎีทางจิตเวช ครอบครัวศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยสารเสพติดและจิตเวช

๓. ด้านการบำบัดรักษา

- ผู้ป่วยรายนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ในการใช้ข้อมูลร่วมกันปรึกษา วางแผนและให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ควบคุมความผิดปกติทางจิตเวช ลดพฤติกรรมก้าวร้าว ส่งเสริมการเลิกยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง

- การให้ยากรณีศึกษารายนี้เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช การใช้ยาอาจมีผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยดังต่อไปนี้ กระสับกระส่าย ปวดท้อง มีปัญหาในการนอนหลับ ลึนแข็ง ตัวแข็ง พูดไม่ชัด น้ำลายไหล กลืนหรือพูดลำบาก ท้องผูก ท้องเสีย เวียนศีรษะ ง่วงซึม ปากแห้ง ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ เป็นต้น การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และเกิดความพึงพอใจกับฤทธิ์ของยาทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ต่อเนื่อง ป้องกันอาการกำเริบของโรคได้

- เนื่องจากผลของยาเสพติดที่มีต่อสุขภาพโดยเฉพาะการเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงและเป็นอันตรายทั้งต่อตัวผู้เข้ายาและผู้อื่น ควรมีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพในทิศทางที่จะช่วยผู้เสพผู้ติดให้สามารถเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน

๔. ด้านสิ่งแวดล้อม

- ผู้ป่วยรายนี้มมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด หวาดระแวงและมีพฤติกรรมก้าวร้าว จึงควรจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในการปรับตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแก้ไขปัญหาต่างๆ ดังนั้นสภาพแวดล้อมควรมีลักษณะคล้ายบ้าน เงียบสงบ ร่มรื่น ปลอดภัย จัดอาคารแบ่งเป็นสัดส่วน

- บรรยากาศภายในหอผู้ป่วย ควรมีความอบอุ่นเป็นมิตร บุคลากรควรพยายามทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคุ้นเคยกับการมาอยู่ในโรงพยาบาล โดยแนะนำสิ่งแวดล้อมรอบตัว ให้คุ้นเคยกับสถานที่ บุคลากรและเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับ ลดความกลัวหรือวิตกกังวลและรู้สึกปลอดภัย

ข้อเสนอแนะจากกรณีศึกษา

๑. ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับทีมผู้บำบัด ในการวางแผนการดูแลบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดตั้งแต่เริ่มต้นบำบัด จนกระทั่งการติดตามดูแล ภายหลังการรักษา ซึ่งกรณีที่บุคคลในครอบครัวไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ด้วยข้อจำกัดต่างๆ พยาบาล ควรตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัว และหาแนวทางในการช่วยเหลือในการประสาน และติดต่อทางบ้าน ซึ่งอาจจะเป็นโทรศัพท์ หรือจดหมาย หรือใช้เทคโนโลยีในการติดต่อครอบครัวของผู้ป่วยเข้าร่วมในการบำบัดรักษา

๒. ผู้ป่วยยาเสพติดและมีโรคจิตเภทร่วม จะต้องได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวชเป็นระยะเวลา ยาวนานหรือตลอดชีวิต ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมโดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะ รวมทั้ง การสร้างความตระหนักแก่ครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

๓. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดตั้งชมรมนักรพยาบาลปฏิบัติการผู้ป่วยยาเสพติด ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต จะเป็นการส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการพยาบาล ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตได้อย่างต่อเนื่อง

๔. การนำกรณีศึกษารายบุคคลที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน เข้าสู่เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ ทีมสหวิชาชีพ เป็นกลวิธีที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเสติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภทร่วม เพื่อให้ ได้รับการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง สามารถแก้ไขปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน โดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อประสิทธิภาพในการดูแล เกิดความคุ้มค่าสูงสุด การดูแลที่เกิดจากความร่วมมือของสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่อยู่ใน วัยแรงงานเป็นกำลังช่วยพัฒนาประเทศชาติต่อไป

๕. ควรพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลโดยการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะการมติด ยาเสพติดโรคแทรกซ้อนทางจิตเวช เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะ ในการประเมินผู้ป่วย อย่างครอบคลุม และสามารถให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลได้ อย่างถูกต้องและประยุกต์แนวคิดทฤษฎีไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖. การนำกรณีศึกษารายบุคคลที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน สู่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการ พยาบาลผู้ป่วยเสติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเภท

บรรณานุกรม

- การทดลองการวางเงื่อนไขแบบ Classic Learning Theory. (ม.ป.ป.).
<https://www.blockdit.com/posts/๕fo๕๔d๗๓๗๖๙๒๑๐cb๓๗bb๙๘๔>
 กรมสุขภาพจิต. (๒๕๕๙). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ ๒๕๕๙. กระทรวง
 สาธารณสุข. <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/๓๓๓๓>
 กรมสุขภาพจิต. (๒๕๖๐). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ
 (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๑). แอมเฟตามีน.
<https://dmh.go.th/news/view.asp?id=๑๒๑๔>
 กรมสุขภาพจิต. (๒๕๖๓). ความรู้เรื่องยาบ้า. <https://www.dmh.go.th/main.asp>
 กรมสุขภาพจิตและสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๖). มาตรฐานการพยาบาลจิตเวช
 และสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
 งานเวชระเบียนโรงพยาบาลธัญญารักษสงขลา. (๒๕๖๖). รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลธัญญารักษสงขลา.
 โรงพยาบาลธัญญารักษสงขลา.
 จันทรเพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณา และรัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (๒๕๕๑). แนวคิด
 พื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ ๔). ธนาเพรส.
 จิราพร รักการ. (ม.ป.ป.). แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
https://elnurse.ssru.ac.th/jiraporn_ra/pluginfile.php/๒๗/block_html/content.
 ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข และศุภกรใจ เจริญสุข. (๒๕๕๗). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.
 (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ ๑. (พิมพ์ครั้งที่ ๒). ธนาเพรส.
 ถนอมพงษ์ เสถียรลักษณ์. (๒๕๕๙). *Pharmacotherapy of Schizophrenia*.
<https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=๑๖๑>
 ทิพย์ภา เชษฐุ์เขาวลิต. (๒๕๕๙). การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด ใน วันดี สุทธิรงค์, ถนอมศรี อินทนนท์
 และศรีสุดา วนาลีสิน (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช (หน้า ๑๑๓-๑๒๘).
 โครงการตำราหลักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
 เทิดศักดิ์ เดชคง. (๒๕๕๕). เทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ หลักการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
 สุขภาพด้วยการสนทนาสร้างแรงจูงใจ. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
 ธนรัตน์ พุทธชาติ และคณะ. (๒๕๕๑). รายงานการวิจัยเรื่องสำรวจอัตราเสพยาและพฤติกรรมการใช้
 สารเสพติดทดแทนยาบ้าของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาในประเทศไทย (ภาคใต้).
 ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา.
 นภวัลย์ กัมพลศิริ. (๒๕๕๗). การพยาบาลบุคคลที่มีบุคลิกภาพแปรปรวน. ใน อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,
 ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทร และวารินทร์ ถาน้อย (บรรณาธิการ), การพยาบาล
 จิตเวชศาสตร์. (หน้า ๔๔๕-๔๖๑). อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- ศศิธร ชิดนายี่. (๒๕๖๐). ผลการจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดการสร้างความรู้และการเรียนแบบ
ที่มต่อความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร*, ๓๓(๑), ๕๒-๖๐.
- ศุภกรใจ เจริญสุข. (๒๕๕๗). *แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. ใน ฉวีวรรณ สัตย
ธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
(ฉบับปรับปรุง)* เล่มที่ ๑ (หน้า ๙๐-๑๑๓). (พิมพ์ครั้งที่ ๒). ธนาเพรส.
- ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์. (๒๕๖๐). *บทความวิชาการสำหรับการศึกษาต่อเนื่อง*.
(๒๕๖๐). <https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=๓๗๕>
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (๒๕๔๕). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. (พิมพ์ครั้งที่ ๘).
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีสมบัติ วานิช และฉวีวรรณ สัตยธรรม. (๒๕๔๐). *การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด*. ใน ฉวีวรรณ สัตย
ธรรม. (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. โครงการสวัสดีการวิชาการ สปช.
- สรงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์. (๒๕๓๙). *แรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support)*.
<https://www.Gotoknow.org/posts/๑๑๕๗๕๓>
- สายฝน เอกวางกูร,บรรณาธิการ. (๒๕๕๙). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : ศาสตร์และศิลป์สู่
การปฏิบัติ ๑*. (พิมพ์ครั้งที่ ๓). สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- เสาวนีย์ คงนิรันดร. (๒๕๕๙). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*.
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุกมา แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, วันเพ็ญ ใจปทุม, สุวภัทร คงหอม, ญาดา จีนประชา และ
ธัญญา สิงห์โต. (๒๕๕๗). *ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้
ป่วยเมแทบอลิซึมที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน*. เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (๒๕๕๔). *การพยาบาลจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ ๔). โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (๒๕๔๘). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ ๙). เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.). (๒๕๖๕). *แผนปฏิบัติการด้าน
การป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๕*. สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาย
ยาเสพติด.
- อับดุลคอลิก อรรอฮิมีย, สวัสดิ์ ไหลภรณ์, จิรัชยา เจียวกิก และฐานิดาภัทร์ แสงทอง. (๒๕๖๔).
*รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดสารเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี
กรณีศึกษา ผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลในศูนย์บำบัด บ้านแสนสุข และสถาบันพอเหมาะ
พัฒนาเยาวชน*. ศูนย์ศึกษาปัญหายาเสพติด (ศศก)
- แอมเฟตามีน. (๒๕๖๖). *วิธีที่เดียว สารอนุกรมเสรี*. <https://th.wikipedia.org/แอมเฟตามีน>
- อรนันท์ หาญยุทธ. (๒๕๕๗). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลทหารบก*,
๑๕(๓), ๑๓๗-๑๔๓.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (๒๕๕๔). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

- อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (๒๕๔๓). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- Daytop Internation. *The therapeutic community social learning treatment model*.(n.d.) Retrieved March ๒๕, 2024, from [http : www.ccd.rtaf.mi.th](http://www.ccd.rtaf.mi.th)
- Drugs-Forum (2007). *Rectal Dexedrine not working?*. Retrieved March ๒, 2024 , from http://www.drugs_forum.com/forum/showthread.php.
- Drugs-Forum. (2009). *Injecting Methamphetamine*. Retrieved March ๒, 2024 , from http://www.drugs_forum.com/forum/showthread.php.
- Gordon, M. (๑๙๙๔). *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill.
- Ivan Pavlov, (1849-1936). *Classical Condition Theory*. Retrieved March ๒๕, 2024, from [http:// sites.google.com](http://sites.google.com).
- Michael Pokorny. (๒๐๑๐). in Alligood & Tomey, (๒๐๑๐). *Nursing Theorists and Their Work* (๗thed.) Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.
- Miller, J. F. (๑๙๙๒). *Coping with chronic illness overcoming powerlessness*. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (๒๐๒๒). *World drug report ๒๐๒๒*. Vienna: United Nations publication.
- Videbeck, S. L. (๒๐๑๔) . *Psychiatric-Mental Health Nursing*. (๖th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Wilkinson, J. M. (๑๙๙๖). *Nursing process: A critical thinking approach*. Menlo Park. CA: AddisonWesley.

ผนวก

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v.๒
 ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ซอย/ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน..... ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด) อาชีพ.....
 ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้ใน ๓ เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) วันที่คัดกรอง..... สถานที่คัดกรอง.....
 ยาบ้า ไอซ์ ยาอี กัญชา กระพ๋อม สารระเหย เฮโรอีน ผีน อื่นๆ.....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ คือ ในช่วง ๓ เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย	เพียง ๑-๒ ครั้ง	เดือนละ ๑-๓ ครั้ง	สัปดาห์ละ ๑-๔ ครั้ง	เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ ๕-๗ วัน)
๑. คุณใช้.....บ่อยเพียงใด	๐	๒	๓	๔	๖
๒. คุณมีความต้องการหรือมีความรู้สึกริษยาอยากใช้..... จนทนไม่ได้บ่อยเพียงใด	๐	๓	๔	๕	๖
๓. การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงใด	๐	๔	๕	๖	๗
๔. การใช้.....ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบหรือ ทำกิจกรรมที่คุณเคยทำตามปกติได้บ่อยเพียง	๐	๕	๖	๗	๘

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ไม่เคย	เคยแต่ก่อน ๓ เดือน ที่ผ่านมา	เคยในช่วง ๓ เดือน ที่ผ่านมา
๕.ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยว่ากล่าวตักเตือน วิพากษ์วิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับ การใช้.....หรือไม่	๐	๓	๖
๖. คุณเคยลด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ หรือไม่	๐	๓	๖
รวมคะแนน			

ผลการจำแนก กลุ่มใช้เป็นประจำ ผู้เสพ ผู้ติด ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง

ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์

วันที่.....

ระดับคะแนน	ระดับผลกระทบจากการใช้	คัดกรองโรคร่วมหรือโรคอื่นๆ ที่สำคัญ
๒ - ๓	ต่ำ*	<ul style="list-style-type: none"> ● การคัดกรองโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น ลมชัก เบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิต ● การคัดกรองโรคติดต่อในระยะติดต่อ เช่น วัณโรค สุกใส ฐุสวัด ● การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ <ul style="list-style-type: none"> - โรควิตกกังวล (๒Q, ๙Q) - ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (๘Q) - โรคจิต (แบบคัดกรองโรคจิต)
๔ - ๒๖	ปานกลาง**	<ul style="list-style-type: none"> ● การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยารุนแรง <ul style="list-style-type: none"> - ไข้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา - ต่อมแอลกอฮอล์เป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา - ไข้ยานอนหลับเป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา
๒๗ ⁺	สูง***	<ul style="list-style-type: none"> ● การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยารุนแรง <ul style="list-style-type: none"> - ไข้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา - ต่อมแอลกอฮอล์เป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา - ไข้ยานอนหลับเป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา
คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดใดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย		ข้อเสนอแนะ
ถ้าเคย, ภายใน ๓ เดือนที่ผ่านมา คุณใช้บ่อยเพียงใด <input type="checkbox"/> ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่า ๓ วันติดต่อกัน <input type="checkbox"/> มากกว่า ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า ๓ วันติดต่อกัน		<ul style="list-style-type: none"> ● ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) ● ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา ๑๖ ชุดบริการ ● ประเมินเพิ่มเติม วางแผนและ ให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้นรายบุคคล

หมายเหตุ *อนุมานว่าเป็นผู้ใช้ **อนุมานว่าเป็นผู้เสพ ***อนุมานว่าเป็นผู้ติด

สิ่งที่ควรคำนึงถึงก่อนการทำการคัดกรอง

เพื่อให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดเกิดความไว้วางใจและได้คำตอบที่เป็นจริง ผู้ทำการคัดกรองควรปฏิบัติดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน โดยการชวนพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป สั้นๆ แสดงท่าทีที่จริงใจ เป็นมิตร
- มีทัศนคติเชิงบวกกับผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติด ไม่ตัดสินถูกผิดในคำตอบที่ไม่เห็นด้วย
- แสดงท่าทีให้เห็นว่ากำลังตั้งใจฟังในสิ่งที่เขาพูด
- ไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์และแสดงความเห็นอก เห็นใจ
- แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าข้อมูลที่ให้นี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ และจะเก็บรักษาเป็นความลับ

กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการช่วยเหลือ
<p>ผู้ใช้</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion) ● การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือ การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) จำนวน ๑ - ๒ ครั้ง เป็นเวลา ๒ สัปดาห์ ● การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ● การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี) <p>หมายเหตุ : กลุ่มผู้ใช้ไม่ต้องบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูล บสต.</p>
<p>ผู้เสพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๙ วัน/วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์/มีสติเป็นศูนย์สงเคราะห์ (๑ เดือน) ● การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) (Motivational Enchantment Therapy: MET) ๑ - ๒ เดือน ● การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ๑ - ๒ เดือน ● จิตสังคมบำบัด ได้แก่ Modified MATRIX, จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน, จิตสังคมบำบัดใน รพ.สต., คลินิก ไกลใจในชุมชน (๑ - ๒ เดือน) ● ± การรักษาด้วยยา (Medication) ● การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
<p>ผู้ติด</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จิตสังคมบำบัด เช่น Modified Matrix, Matrix Program (๔ เดือน), การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ๒ - ๔ เดือน, การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ๒ - ๔ เดือน, ครอบครัวบำบัด ๒ - ๔ เดือน, จิตบำบัดแนวซาเทียร์ (Satir Model) ๒ - ๔ เดือน ● การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC), การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ๔ เดือน - ๑ ปี ● ± การรักษาด้วยยา (Medication) ● การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)

แนวทางการช่วยเหลือในกลุ่มต่าง ๆ

แนวปฏิบัติการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) สำหรับผู้ใช้หรือเคยใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (๑๖ ชุดบริการ)

- | | |
|---|--|
| - การให้ความรู้และการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ | - การตรวจและรักษาโรคติดต่อและยาเสพติด |
| - การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว (MMT) | - การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาวัณโรค |
| - การให้บริการรักษาด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด | - การแจกถุงยางอนามัย |
| - การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ | - การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด |
| - การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันการเสพติดซ้ำ | - กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน |

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า

วันที่..... ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี
HN..... เลขที่บัตรประชาชน.....

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย ๒ คำถาม (๒Q)

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
๑. ใน ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
๒. ใน ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย ๙ คำถาม (๙Q)

ในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน ๑-๗ วัน	เป็นบ่อย >๗ วัน	เป็นทุกวัน
๑. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	๐	๑	๒	๓
๒. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	๐	๑	๒	๓
๓. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	๐	๑	๒	๓
๔. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	๐	๑	๒	๓
๕. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	๐	๑	๒	๓
๖. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	๐	๑	๒	๓
๗. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	๐	๑	๒	๓
๘. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	๐	๑	๒	๓
๙. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	๐	๑	๒	๓
รวมคะแนน				

หมายเหตุ คะแนน ๙Q \geq ๗ คะแนน ให้ประเมินการฆ่าตัวตายและส่งพบแพทย์

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย ๘ คำถาม (๘Q)

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
๑. ในเดือนที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ คิดว่าอยากตายหรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	๐	๑
๒. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้อยากทำร้ายตนเองหรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	๐	๒
๓. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ)	๐	๖
- ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่	ได้	ไม่ได้
- บอกไม่ได้ว่าจะไม่ทำตามความคิดนั้น	๐	๘
๔. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	๐	๘
๕. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตัวเองหรือเตรียมการที่จะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	๐	๙
๖. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	๐	๔
๗. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง/ตั้งใจให้ตาย	๐	๑๐
๘. ตลอดชีวิตที่ผ่านมาท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	๐	๔
รวมคะแนน		

หมายเหตุ ตั้งแต่ ๑ คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดรักษา และ ดูแลตามระดับความรุนแรง ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

คะแนน ๑-๘ คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย

คะแนน ๙-๑๖ คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

คะแนน \geq ๑๗ คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง

รายการยาที่ใช้ใน กรณีศึกษารายนี้ มีดังนี้

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาใน ผู้รับบริการ
<p>Risperidone (๒mg) ๑ tab oral pc เช้า , ๒ tab oral hs</p>	<p>สรรพคุณ เป็นยาในกลุ่มรักษาอาการทางจิต (Antipsychotic) ทำงานโดยปรับปริมาณของ สารส่งผ่านประสาทในสมองที่ไม่สมดุล ที่อาจเกิดจากโรคต่างๆ เช่น โรคจิตเภท โรคไบโพลาร์ และโรคออทิซึม รวมไปถึงใช้รักษาปัญหาพฤติกรรมต่างๆ</p> <p>อาการข้างเคียง อาการที่พบบ่อย - ง่วงนอน นอนไม่หลับ กระวนกระวาย ปวดศีรษะ ความดันเลือดตกขณะเปลี่ยนท่าทาง - กล้ามเนื้อเกร็งแข็ง อาการสั่น เคลื่อนไหวเชื่องช้า สีหน้าไร้อารมณ์ เดินไม่แกว่งแขน ลื่นแข็ง พูดไม่ชัด กลืนลำบาก - ตาพร่ามัว ท้องผูก เหงื่อออกน้อย ปากแห้ง คอแห้ง ท้องอืด อาการที่พบบ่อยแต่อันตราย - อาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็งอย่างมาก ไข้สูง ความดันเลือดและชีพจรขึ้นๆ ลงๆ ระยะเวลาเริ่มเกิดอาการมักเกิดภายใน ๑ สัปดาห์ของการรักษาหรือหลังเพิ่มขนาดยา</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา - ไม่ควรใช้ยานี้ในสตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตร เนื่องจากมีรายงานว่ามีการเติบโตของสมองผิดปกติ เว้นแต่มีความจำเป็นสูงสุดและแพทย์พิจารณาแล้วว่ามีความจำเป็นมากกว่าความเสี่ยงที่จะเกิดตามมา - ยาถูกขับออกมาทางน้ำนม ควรพิจารณาการเลี้ยงลูกด้วยนมขวด</p>	<p>- ใช้รักษาโรคจิตเภทที่ต่อเนื่อง การรักษา - ใช้ควบคุมพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว</p>
<p>Clonazepam (๐.๕ mg) ๒ tab oral hs</p>	<p>สรรพคุณ เป็นยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepine) ถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคแพนิค (Panic Disorder) ควบคุมอาการหรือรักษาโรคลมชัก และช่วยบรรเทาความวิตกกังวล (Anxiety) นอกจากนี้ยานี้ยังสามารถใช้เพื่อรักษาโรคหรืออาการอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ อย่างไรก็ตาม ยา Clonazepam มีข้อห้ามใช้และอาจเกิดผลข้างเคียงได้</p>	

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาใน ผู้รับบริการ
	<p>ดังนั้น การใช้ยาจึงควรอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์และเภสัชกร</p> <p>อาการข้างเคียง</p> <p>ผลข้างเคียงจากการใช้ยานี้ เช่น ง่วงซึม มึนงง เวียนศีรษะ มีน้ำลายออกมาก ปวดข้อ ปัสสาวะบ่อย มีการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพทางเพศ การมองเห็นเปลี่ยนแปลงไป มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ มีการเคลื่อนไหวของดวงตาที่ผิดปกติ หรือมีปัญหาในการทรงตัว</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากเคยมีประวัติแพ้ยาหรือส่วนประกอบในยานี้ ควรหลีกเลี่ยงใช้ยานี้และแจ้งให้แพทย์ทราบ รวมไปถึงยาต่อไปนี้ เช่น ยาอัลปราโซแลม ยาคลอไดอะซีปอกไซด์ (Chlordiazepoxide) ยาคลอราซีเพท (Clorazepate) ยาไดอะซีแพม (Diazepam) ยาลอราซีแพม (Lorazepam) ยาไมดาโซแลม (Midazolam) - ไม่ควรใช้ยานี้ในเด็กโดยที่ไม่ได้ปรึกษาแพทย์ เนื่องจากยานี้ไม่ได้รับการรับรองให้ใช้รักษาโรคแพนิค (Panic Disorder) ในผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี 	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยการนอนหลับพักผ่อน บรรเทาความวิตกกังวล
<ul style="list-style-type: none"> - Trihexyphenidyl Hydrochloride (๕mg) ๑ x ๒ oral pc 	<p>สรรพคุณ เป็นยาสำหรับรักษาโรคพาร์กินสัน รักษาอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาบางชนิดหรืออาจใช้รักษาโรคอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ เป็นการใช้ยาตามดุลยพินิจของแพทย์</p> <p>อาการข้างเคียง เช่น มองเห็นไม่ชัด ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ท้องไส้ปั่นป่วน อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง ง่วงซึม กระวนกระวาย และตื่นเต้นได้ง่าย โดยหากอาการดังกล่าวไม่หายไปหรือรบกวนการใช้ชีวิต ผู้ป่วยควรไปพบแพทย์ หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงต่อไปนี้ ควรหยุดใช้ยาและไปพบแพทย์ทันที</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - หญิงตั้งครรภ์ - เด็ก - ผู้สูงอายุ - ผู้ป่วยโรคลมชัก 	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นยารักษาอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวช

ชื่อยาและสารน้ำ และวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาใน ผู้รับบริการ
Fluoxetine (๒๐mg) ๑ x ๑ oral pc เช้า	<p>สรรพคุณ เป็นยาต้านซึมเศร้าในกลุ่ม SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) ออกฤทธิ์เพิ่มปริมาณของสารเซโรโทนินในสมอง จึงช่วยปรับสมดุลของสารเคมีในสมองและรักษาอาการที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า โรคตื่นตระหนก (Panick Attacks) โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคกลัวอ้วน บูลิเมียและกลุ่มอาการอารมณ์ผิดปกติก่อนมีประจำเดือน</p> <p>อาการข้างเคียง ยานี้อาจทำให้เกิด ผื่น กระจกกระสวย ไข้หนาวสั่น เจ็บกล้ามเนื้อข้อต่อ นอกจากนี้ อาการร้ายแรงอื่น ๆ ที่พบได้ไม่บ่อยแต่ก็ควรระมัดระวัง ได้แก่ มีอาการสับสน วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกตัวเย็น ผิวหนังเย็น ซีด ชักเกร็ง ท้องเสีย ง่วงซึม ปากแห้ง หัวใจผิดปกติ หัวใจเต้นเร็วหรือเต้นผิดปกติ ปวดศีรษะ เหงื่อออกมากขึ้น ระบายน้ำมากขึ้น อ่อนเพลีย มีจุดสีเขียวหรือม่วงบน ผิวหนัง เดินไม่มั่นคง มีอาการสั่น อารมณ์ไม่คงที่ รู้สึกหรือมีพฤติกรรมกระตือรือร้นอย่างควบคุมไม่ได้ หายใจลำบาก เหนื่อยล้าผิดปกติ และร่างกายหรือใบหน้าเคลื่อนไหวผิดปกติ</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้ยานี้ หากภายใน ๑๔ วันที่ผ่านมามีการใช้ยากลุ่ม MAOI ได้แก่ ยา ลีเนโซลิด (Linezolid) ฟีนเอลซีน (Phenelzine) ไอโซคาร์บอกซาซิด (Isocarboxazid) เซเลกิลีน (Selegiline) เนื่องจากยาอาจทำปฏิกิริยาต่อกัน และเป็นอันตราย ต้องหยุดใช้ยากลุ่มนี้แล้วรออย่างน้อย ๑๔ วันจึงจะเริ่มรับประทานยาฟลูออกซิทีน และหากต้อง ใช้ยาไทโอริดาซีนหรือยาใดๆ ในกลุ่ม MAOI จะต้องหยุดใช้ ฟลูออกซิทีนแล้วรออย่างน้อยเป็นเวลา ๕ สัปดาห์ - ผู้ที่มีอาการแพ้ยานี้ ผู้ที่กำลังใช้ยาพิมโซไซด์ (Pimozide) หรือยาไทโอริดาซีน (Thioridazine) หรือได้รับการรักษา ด้วยยาเมทิลีนบลู ไม่ควรใช้ยานี้ - หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มหรือกำลังวางแผนตั้งครรรค์ควรปรึกษา แพทย์ก่อนใช้ยา - หลีกเลี่ยงให้นมบุตรควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยาเนื่องจาก ฟลูออกซิทีนสามารถไหลผ่านน้ำนมไปสู่ทารกได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยมีอาการสับสน วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ อารมณ์ไม่คงที่ พฤติกรรมกระตือรือร้นอย่างควบคุมไม่ได้

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาใน ผู้รับบริการ
Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral hs	<p>สรรพคุณ Clorazepate (คลอราซีเพท) เป็นยา กดประสาทและยากล่อมประสาท ออกฤทธิ์โดยช่วยลด ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าในสมอง นำมาใช้รักษาโรค วิตกกังวล กลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุรา และโรคลมชัก นอกจากนี้ ยังอาจใช้รักษาโรคอื่นๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์</p> <p>อาการข้างเคียง การใช้ยา Clorazepate อาจทำให้เกิดผล ข้างเคียง ได้แก่ เวียนศีรษะ ง่วงซึม ปวดศีรษะ ท้องไส้ ปั่นป่วน อาเจียน ปากแห้ง เหนื่อยหรืออ่อนเพลีย ประหม่า การมองเห็นเปลี่ยนแปลงมองเห็นไม่ชัดหรือเห็นภาพซ้อน มีอาการสั่นตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้หากมีประวัติแพ้ยาหรือส่วนประกอบของยานี้ - ห้ามให้เด็กอายุต่ำกว่า ๙ ปี ใช้ยานี้ และผู้ที่อายุ ๖๕ ปี ขึ้นไป ให้ใช้ยาน้อย่างระมัดระวัง เพราะเสี่ยงเกิดผลข้างเคียงสูง - ห้ามเริ่มใช้ยา หยุดยา หรือเปลี่ยนแปลงปริมาณการใช้ยา ด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เนื่องจากจะทำให้เสี่ยงต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ - การใช้ยานี้ในระหว่างการตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดอันตราย ต่อทารก ผู้ที่กำลังตั้งครรภ์ควรแจ้งให้แพทย์ทราบก่อนใช้ ยา และหากตั้งครรภ์ในระหว่างที่ใช้ยานี้ ให้ไปพบแพทย์ ทันที 	<p>- ใช้เพื่อกดประสาทและกล่อม ประสาทช่วยลดความผิดปกติ ของคลื่นไฟฟ้าในสมอง นำมาใช้รักษาโรควิตกกังวล</p>
Depakine (๒๐๐mg) ๑ tab oral hs	<p>สรรพคุณ Valproic Acid เป็นยาที่ใช้บรรเทาอาการโรค ลมชัก รักษาความผิดปกติทางอารมณ์อย่างภาวะแมนี (Mania) ในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ และป้องกันอาการปวดหัว ไมเกรน โดยกลไกของยาจะช่วยปรับสมดุลของสารเคมีใน สมองให้อยู่ในระดับปกติ ยานี้อาจอยู่ในรูปของ Sodium และ Semisodium ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์ที่คล้ายคลึง กัน เพียงแต่ใช้รักษาโรคที่ต่างกันออกไป นอกจากนี้ แพทย์ อาจใช้ยานี้รักษาโรคอื่นๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์</p> <p>อาการข้างเคียง การใช้ยาลิเทียมอาจมีผลข้างเคียง เช่น ง่วงซึม เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่า เห็นภาพซ้อน ประจำเดือนมาไม่ปกติ ท้องเสีย ได้ยินเสียงวังในหู อยากรอาหารมากกว่าปกติ</p>	<p>- ใช้เพื่อรักษาความผิดปกติ ทางอารมณ์ ลดอาการ โกรธ หงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรม ก้าวร้าว ทำร้ายตัวเอง และ ป้องกันการทำร้ายผู้อื่น</p>

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาใน ผู้รับบริการ
	<p>ภาวะตัวเย็นเกิน เห็นภาพหลอน ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ โรคคลั่งผอม (Anorexia) เป็นต้น</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้หากหากมีประวัติแพ้ยาหรือส่วนประกอบของยาชนิดนี้ - ยา Valproate อาจทำให้ตับทำงานล้มเหลวและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี - ห้ามหยุดใช้ยาด้วยตนเอง เพราะอาจทำให้เกิดอาการชักชนิดรุนแรงและอาจเสี่ยงต่อการเสียชีวิต หากต้องการหยุดใช้ยา ควรปรึกษาแพทย์ 	
<p>Chlorpromazine (๒๕ mg) ๑ oral pc เช้า , ๒ tab oral hs</p>	<p>สรรพคุณ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้รักษาโรคจิตเภท (Schizophrenia) - ใช้รักษาพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว - บรรเทาอาการสะอึก คลื่นไส้อาเจียน ระหว่างที่ได้รับการผ่าตัด <p>อาการข้างเคียง อาการที่พบบ่อย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ง่วงนอน ตาพร่ามัว ท้องผูก เหงื่อออกน้อย ปากแห้ง คอแห้ง ท้องอืด หัวใจเต้นเร็ว ประจำเดือนขาด น้ำนมไหล ผู้ชายอาจมีเต้านมใหญ่ หน้ามืดความดันตกขณะเปลี่ยนท่า - ลื่นแข็ง พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ตาเหลือก คอบิด หลังแอ่น กระสับกระส่าย กระวนกระวาย อยู่ในใจ อยู่ไม่ติดที่ ต้องเดินไปมากล้ามเนื้อเกร็งแข็ง อาการสั่น เคลื่อนไหวเชื่องช้า สีหน้าไร้อารมณ์ เดินไม่แกว่งแขน น้ำลายไหล - ถ้าปล่อยทิ้งไว้จะเป็นเรื้อรัง มีความเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ลำตัว และแขน ขาผิดปกติ เช่น อาการดูดหรืออมมุขมิบปาก มีลิ้นม้วนไปมาในปาก หรือเอาลิ้นดันแก้ม ขยับนิ้ว บีบมือ คอบิดเอียง เกิดอาการเมื่อได้ยาวนานกว่า ๑ ปี 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้เพื่อบำบัดอาการของโรคจิตเภท(Schizophrenia) ช่วยให้อาการทางจิตสงบ ลดพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว และช่วยลดความเครียด
<p>Multivitamin ๑ x ๓ oral pc</p>	<p>สรรพคุณ คือวิตามินเสริมที่ประกอบด้วยวิตามินหลากหลายชนิดซึ่งพบได้ในอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน โดยจะนำมาใช้ในกรณีที่อาจได้รับวิตามินจากอาหารไม่เพียงพอ หรือเพื่อรักษาภาวะขาดวิตามินของร่างกายที่อาจเกิดจากอาการป่วยบางชนิด เช่น การขาดสารอาหาร โรคเกี่ยวกับการย่อยอาหาร และอื่นๆ เป็นต้น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อบำรุงร่างกาย จากการขาดวิตามินหลายชนิด

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาใน ผู้รับบริการ
	<p>อาการข้างเคียง การรับประทานวิตามินรวมตามปริมาณที่แนะนำมักไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงร้ายแรงใดๆ ผลข้างเคียงชนิดไม่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ อาหารไม่ย่อย ปวดศีรษะ รู้สึกถึงรสชาติผิดปกติหรือไม่พึงประสงค์ในปาก ทั้งนี้หากพบอาการที่แสดงถึงการแพ้อันรุนแรงต่อไปนี้ควรต้องรีบไปพบแพทย์ทันที</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้ามรับประทานหากมีอาการแพ้ส่วนผสมใดๆ ในวิตามินรวม - วิตามินรวมอาจทำปฏิกิริยากับยาบางชนิด หากกำลังใช้ยา สมุนไพร หรืออาหารเสริมชนิดใดก็ตาม ควรแจ้งให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบก่อนเริ่มใช้ยา 	
Vitamin B๑-๖-๑๒ ๑ x ๓ oral pc	<p>สรรพคุณ เป็นกลุ่มของวิตามินบีที่ใช้รักษาและป้องกันการขาดวิตามินบีชนิดต่างๆ เนื่องมาจากภาวะทุพโภชนาการ โรคบางชนิด ติดสุรา หรืออยู่ในช่วงตั้งครรภ์ ซึ่งจะช่วยเสริมการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายที่แตกต่างกันออกไปตามชนิดของวิตามินบี โดยส่วนประกอบของวิตามินบีรวมในแต่ละสูตรอาจจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละประเภทของยา บางตัวยามีวิตามินบีเพียง ๔ ชนิด แต่บางสูตรอาจมีวิตามินบีถึง ๘ ชนิด</p> <p>อาการข้างเคียง วิตามินบีรวมแทบไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียง บางส่วนอาจมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย รู้สึกง่วงวาบได้เล็กน้อย ขึ้นอยู่กับสูตรและปริมาณของส่วนผสมที่ออกฤทธิ์ แต่ในบางรายอาจเกิดอาการแพ้ยาจนทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น เช่น วิงเวียนศีรษะอย่างรุนแรง มีปัญหาในการหายใจ เกิดผื่นแดง คัน และมีอาการบวมบริเวณใบหน้า คอ ลิ้น ซึ่งควรรีบไปพบแพทย์</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปีไม่ควรใช้วิตามินชนิดนี้ - ห้ามรับประทานหากมีอาการแพ้ส่วนผสมใดๆ ในวิตามินบีรวม 	- เพื่อบำรุงร่างกายจากการขาดวิตามินบี

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาใน ผู้รับบริการ
<p>Fluphenazine หรือ Fluphenazine decanoate inj. (๕๐ mg) IM ทุกวันที่ ๒๖ ของเดือน</p>	<p>สรรพคุณ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นยาที่ใช้รักษาอาการทางจิตเวช เช่น อาการประสาทหลอน (Hallucinations) รวมถึงอาการอาการหลงผิด (Delusions) มีฤทธิ์บำบัดอาการทางจิตเวชในระดับที่ไม่รุนแรง - ใช้ควบคุมอาการทางจิตในระยะยาว ป้องกันอาการกำเริบ <p>อาการข้างเคียง อาการที่พบบ่อย</p> <ul style="list-style-type: none"> - กล้ามเนื้อบิดเกร็งอย่างทันที ลึนแข็ง พุดไม่ชัด กลืนลำบาก ตาเหลือก คอบิด หลังแอ่น กระสับกระส่าย กระวนกระวายอยู่ในใจ อยู่ไม่ติดที่ ต้องเดินไปมา หรือขยับตัวไปมาตลอดเวลา (อาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นอาการโรคจิตกำเริบได้) กล้ามเนื้อเกร็งแข็ง อาการสั่น เคลื่อนไหวเชื่องช้า สีหน้าไร้อารมณ์ เดินไม่แกว่งแขน น้ำลายไหล ตาพร่ามัว ท้องผูก เหงื่อออกน้อย ปากแห้ง คอแห้ง ท้องอืด หัวใจเต้นเร็ว ง่วงซึม ประจำเดือนขาด น้ำนมไหล ผู้ชายชายอาจมีเต้านมใหญ่ - ถ้าปล่อยทิ้งไว้จะเป็นเรื้อรัง มีความเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ลำตัว และแขนขาผิดปกติ เช่น อาการดูดหรือขมูขมิบปาก มีลื่นม้วนไปมาในปาก หรือเอาลิ้นดันแก้ม ขยับนิ้ว บีบมือ คอบิดเอียง เกิดอาการเมื่อได้ยาวนานกว่า ๑ ปี <p>อาการที่พบบ่อยแต่อันตราย</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็งอย่างมาก ไข้สูง ความดันเลือดและชีพจรขึ้นๆ ลงๆ ระยะเวลา เริ่มเกิดอาการมักเกิดภายใน ๑ สัปดาห์ของการรักษาหรือหลังเพิ่มขนาดยา <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้ามรับประทานยานี้พร้อมสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ - ห้ามใช้ยานี้กับสตรีมีครรภ์ สตรีที่อยู่ในภาวะให้นมบุตร เด็กที่มีอายุ ตั้งแต่ ๑๒ ปีลงมา รวมถึงผู้สูงอายุ นอกจากนี้ คำสั่งแพทย์ - ระหว่างใช้ยานี้ ระวังการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดต่างๆ ในเลือดต่ำ 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ควบคุมอาการทางจิตในระยะยาว ป้องกันอาการกำเริบ

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและ วิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการ ให้ยาในผู้รับบริการ
	<p>- ยาฟลูเฟนาซีน อาจทำให้การควบคุมกล้ามเนื้อของร่างกายเสียสมดุล โดยเฉพาะการใช้ยานี้กับผู้สูงอายุและสตรี ถึงแม้จะเพิ่งใช้ยานี้โดยเริ่มจากการรับประทานขนาดต่ำๆ แล้วก็ตาม หากมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น ต้องรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์/มาโรงพยาบาลโดยเร็ว ไม่ต้องรอถึงวันแพทย์นัด เพื่อแพทย์พิจารณาปรับวิธีการรักษา</p>	

