

ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

เรื่อง กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

โดย

นางอาภรณ์ หนูทอง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ ๖๐๓๙

งานการพยาบาลผู้ป่วยในบำบัดด้วยยา

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา กรมการแพทย์

คำนำ

รายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา โดยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ การตรวจร่างกายทุกระบบ และการตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) รวมทั้งการใช้ กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อประเมินสภาพและวางแผนให้การพยาบาลร่วมกับแนวคิดทฤษฎีที่นิยมใช้ในผู้ป่วยตั้งแต่แรกปรับไว้ในความดูแลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพอาการ และบริบทของผู้ป่วย รูปแบบทางการพยาบาล (Nursing Model) ในการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต พยาบาลต้องใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่าง ๆ เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทฤษฎีทางการพยาบาลจะประกอบด้วย ๔ มโนทัศน์หลักคือ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล สำหรับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย พบว่ามีทฤษฎีการพยาบาลที่สามารถนำมาประยุกต์ได้คือ ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปพลาว เป็นทฤษฎีที่มีความสำคัญสำหรับการพยาบาลยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพยาบาลจึงต้องเริ่มด้วยการให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ โดยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพทั้งสามระยะของเพปพลาว สิ่งสำคัญคือพยาบาลต้องประเมิน ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธภาพและสื่อสารระหว่างกัน การตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยเรียงลำดับความสำคัญ ตามสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตจากมากไปน้อยให้การดูแลตามกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายรวมทั้งวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อเนืองที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัว และชุมชนได้อย่างปกติสุข

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานเล่มนี้ จะให้ประโยชน์กับบุคลากรด้านยาเสพติด และผู้ที่สนใจศึกษา ค้นคว้าและนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษา รายงานครั้งนี้ขอขอบพระคุณ ดร.บุบผา บุญญามณี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะตลอดการทำงานมา ณ ที่นี้ด้วย

อาภรณ์ หนูทอง

๑๐ เมษายน ๒๕๖๗

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญรูปภาพ	ง
สารบัญตาราง	จ
บทที่ ๑ บทนำ	๑
ความเป็นมาและความสำคัญ	๑
บทที่ ๒ ความรู้เรื่องโรค การรักษา ภาวะต่างๆที่เกี่ยวข้อง และการทบทวนวรรณกรรม	๕
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด	๕
ประเภทของยาเสพติดให้โทษ	๕
ลักษณะโรคติดยาเสพติด	๖
ยาบ้า (Amphetamine)	๙
กัญชา (Cannabis)	๑๗
เฮโรอีน (Opioids)	๒๐
Methadone	๒๕
รูปแบบการบำบัดรักษายาเสพติด	๓๑
ภาวะซึมเศร้า (Depression)	๓๓
การฆ่าตัวตาย (Suicide)	๔๐
บทที่ ๓ ทฤษฎีทางการพยาบาลและการพยาบาล	๔๖
กระบวนการพยาบาล	๔๖
รูปแบบทางการพยาบาล (Nursing Model)	๕๒
การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด	๕๓
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด	๕๖
ทฤษฎีทางการพยาบาล (เพบพลาว)	๕๙
กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	๖๓
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ชนิดซึมเศร้า	๖๕
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง	๖๙
การพยาบาลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย	๖๙
บทที่ ๔ กรณีศึกษา	๗๑
กรณีศึกษา	๗๑
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	๘๘

สารบัญ (ต่อ)

เนื้อหา	หน้า
สรุปผลการดูแลและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ	๑๐๖
บทที่ ๕ สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ	๑๐๘
บรรณานุกรม	๑๓๖
ภาคผนวก	๑๔๑

สารบัญรูปร่าง

เนื้อหา	หน้า
รูปที่ ๑ โครงสร้างทางเคมีเมทแอมเฟตามีน	๑๑
รูปที่ ๒ สูตรโครงสร้างทางเคมีของเฮโรอีน	๒๑
รูปที่ ๓ ระดับยาเมทาโดนในเลือด เมื่อให้ยาเมทาโดนวันละ ๑ ครั้ง เป็นเวลา ๓ วัน	๒๕

สารบัญตาราง

เนื้อหา	หน้า
ตารางที่ ๑ อาการที่เกิดขึ้นและระยะเวลาของอาการขาดยาหลังเสพเฮโรอีนครั้งสุดท้าย ..	๒๓
ตารางที่ ๒ ยาที่ใช้รักษาตามอาการขาดยา	๒๔
ตารางที่ ๓ การตรวจสุขภาพจิต : MENTAL STATUS EXAMINATION	๗๕
ตารางที่ ๔ สรุปลักษณะและการเปลี่ยนแปลง แผนการรักษาและกิจกรรมพยาบาลขณะอยู่ โรงพยาบาล ครั้งที่ ๑	๘๒
ตารางที่ ๕ สรุปลักษณะและการเปลี่ยนแปลง แผนการรักษาและกิจกรรมพยาบาลขณะอยู่ โรงพยาบาล ครั้งที่ ๒	๘๔
ตารางที่ ๖ วิเคราะห์กรณีศึกษา การเปรียบเทียบข้อมูลวิชาการ/ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ สืบค้นหา.....	๑๑๐

บทที่ ๑

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหายาเสพติดยังคงเป็นปัญหาระดับโลก จากข้อมูลรายงาน World Drug Report ๒๐๒๒ ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime, ๒๐๒๑) พบว่า ในปี ๒๕๖๓ มีจำนวนประชากรกว่า ๒๘๔ ล้านคนจากทั่วโลก ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีการใช้สารเสพติด ซึ่งเทียบได้กับจำนวน ๑ ในทุกๆ ๑๘ คน จากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึง ๒๖% เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา ข้อมูลรายงานดังกล่าว พบว่า กัญชาเป็นยาเสพติดที่ถูกใช้มากที่สุดในโลก จำนวนผู้ใช้กว่า ๒๐๙ ล้านคน ซึ่งคิดเป็น ๔% รองลงมาใช้สารโอปิออยด์ประมาณ ๖๑ ล้านคน ซึ่งคิดเป็น ๑.๒% ใช้แอมเฟตามีนจำนวน ๓๔ ล้านคน ซึ่งคิดเป็น ๐.๗% และใช้โคเคนจำนวน ๒๑.๕ ล้านคน ซึ่งคิดเป็น ๐.๔% ของจำนวนประชากรโลก ในประเทศไทยถือได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญ มีการแพร่กระจายของยาเสพติดอย่างรวดเร็ว ทำให้มีผู้ติดยาเสพติดจำนวนมาก จากสถิติของประเทศไทยจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดที่รับการบำบัดในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สยช.) ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่ามี จำนวน ๔๗,๐๙๕ ราย, ๕๓,๔๒๐ ราย และ๕๑,๘๐๐ รายตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, ๒๕๖๗) ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ โดยภาพรวมที่เป็นอันตรายต่อสังคมและอนาคตของประเทศชาติ เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบที่เกิดกับผู้เสพโดยตรง ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะจะมีผลมากต่อสมองทำให้เป็นโรคสมองตื้อยา หากเสพในปริมาณที่สูงหรือเป็นเวลานานต่อเนื่อง ยังมีผลกระทบเป็นอย่างมากต่อความผิดปกติด้านสุขภาพจิต เช่น อารมณ์ไม่คงที่ ก้าวร้าว และมีความผิดปกติทางจิต อารมณ์ผิดปกติ หวาดระแวง เศร้า วิตกกังวล การคิดการตัดสินใจบกพร่อง ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้ ทั้งในช่วงเสพและช่วงหยุดเสพ จากสถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดในปัจจุบันพบผู้ป่วยยาเสพติดมีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายมีมากขึ้น ซึ่งเป็นผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดมาเป็นเวลานาน โดยโรคซึมเศร้ามีสาเหตุจากการ เปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกาย โดยมีอารมณ์เศร้า เหงา รู้สึกตนเองโดดเดี่ยว ไม่มีใครรัก ไม่มีค่า รู้สึกผิด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง ปวดศีรษะ สมาธิลดลง หมดหวัง โทษตนเอง กลัวการทำงานพลาด หรือกลัวการถูกปฏิเสธ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองล้มเหลว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แยกตัว ในรายที่รุนแรงทำให้มีความคิดอยากทำร้ายตัวเองจนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะแยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียน การงาน ไม่ดูแลสุขภาพอนามัย มีพฤติกรรมผิดปกติ พุดแปลก ๆ พุดคนเดียว มีวิธีคิดหรือความเชื่อแปลก ๆ มีพฤติกรรม และบุคลิกภาพของผู้ป่วยจะต่างไปจากคนเดิมนานเข้าอาการจะชัดเจนขึ้นคือ มีหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง ทำให้เกิดอันตรายขึ้นกับตนเองหรือผู้อื่น การติดยาเสพติดนับว่าเป็นปัญหาด้านจิตเวชชนิดหนึ่งซึ่งแสดงอาการได้ทั้งการเสพติดทางกายและการเสพติดทางใจ (ทิพย์ภา เชษฐชูชาวลิต, ๒๕๕๙) ส่งผลต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้ติดยาเสพติด ตลอดจนครอบครัว ชุมชน และสังคม

ในปัจจุบันยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด คือ ยาบ้ายังคงเป็นยาหลักที่พบการแพร่ระบาดมากที่สุด โดยมีสัดส่วนผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลมากกว่าร้อยละ ๗๐ รองลงมาคือกัญชา, ไอซ์, กระท่อม และเฮโรอีน จากสถิติ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา พบว่ามีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเข้ามารับการบำบัด ยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนมากที่สุด รองลงมา น้ำกระท่อม กัญชา และเฮโรอีน ตามลำดับ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา, ๒๕๖๖) และจากสถิติผู้ป่วยยาเสพติดทุกชนิดที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ตี๊กบำบัดด้วยยาชาย (พุทธรักษา) ปี ๒๕๖๔ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ๒๘๗ ราย มีภาวะซึมเศร้า และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน ๑๐ ราย คิดเป็น ๓.๔๘% ปี ๒๕๖๕ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ๒๘๑ ราย มีภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน ๑๓ ราย คิดเป็น ๔.๖๒% และปี ๒๕๖๖ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ๔๑๖ ราย มีภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน ๓๒ ราย คิดเป็น ๗.๖๙% และ ในปี ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย (ไม่สำเร็จ) จำนวน ๔ ครั้ง/๒ ราย จากสถิติพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นทุกปี และปี ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความซับซ้อนยุ่งยากในการดูแล และการจัดการกับปัญหาทางการพยาบาลเฉพาะราย

เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และให้การพยาบาลกับผู้ป่วย ดังนั้นการให้การพยาบาลที่ดี ย่อมส่งผลให้สามารถป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกายแลจิตใจ อารมณ์สังคม นอกจากนี้พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในการช่วยเหลือใกล้ชิด (อรนนท์ หาญยุทธ, ๒๕๕๗) ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาลงในรายละเอียดของกรณีศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายที่น่าสนใจ เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ลักษณะรายละเอียด ประวัติส่วนบุคคล ประวัติ การใช้ยาเสพติด และผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด เปรียบเทียบกับทฤษฎีองค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการบริการ การบำบัดรักษา การแก้ไขปัญหา การให้การพยาบาลที่ตอบสนองผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาทบทวนแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
๒. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกับทฤษฎี การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย
๓. เพื่อทบทวนปัจจัยเสี่ยง และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ระยะเวลาดำเนินการ : เริ่มศึกษาตั้งแต่วันที่ ๕ มกราคม - ๑๐ เมษายน ๒๕๖๗

วิธีการดำเนินงาน :

๑. วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหา โอกาสพัฒนา ในการดูแลผู้ป่วย
๒. การเตรียมการ
 - ๒.๑ กำหนดกรอบทิศทางในการเขียน

๒.๒ กำหนดหัวข้อและรูปแบบ

๓. เลือกรณศึกษา

๓.๑ เลือกผู้ป่วยที่ศึกษา เน้นความต่อเนื่อง

๓.๒ เลือกผู้ป่วยที่แตกต่างและน่าสนใจ

๓.๓ จัดทำแผนเก็บข้อมูล

๔. เก็บข้อมูลจากการศึกษาประวัติผู้ป่วย ประเมินอาการ การสังเกต รวบรวมข้อมูล จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

๕. จัดทำกรณีศึกษา เขียนรายงานตามรูปแบบทางการพยาบาล

๕.๑ บทนำ

๕.๒ ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ ทั้งด้านการแพทย์และการพยาบาล

- องค์ความรู้ยาเสพติด ยาบ้า (Amphetamine), กัญชา (Cannabis), เฮโรอีน (Opioids), Methadone

- ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ชนิดซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

- วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างข้อมูลกรณีศึกษาและทฤษฎี

๕.๓ การพยาบาล

- กรอบแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

- การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

๕.๔ กรณีศึกษา

- ศึกษาประวัติผู้ป่วย ประเมินอาการ รวบรวมข้อมูล จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และจากการสังเกต

- วางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา

- สรุปผลกรณีศึกษา

๕.๕ สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

๖. รวบรวมเอกสารจัดทำรูปเล่ม ตรวจสอบและ เผยแพร่

กิจกรรม

๑. การให้คำปรึกษา

๒. กิจกรรมทางการพยาบาล

๓. การประเมินผลทางการพยาบาลเฉพาะราย

๔. แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

๕. กำหนดแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

ประโยชน์คาดว่าจะได้รับ :

๑. เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเหมาะสม
๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลเฉพาะรายตรงกับปัญหาและความต้องการ
๓. เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ
๔. บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
๕. เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ ๒

ความรู้เรื่องโรค การรักษา ภาวะต่างๆที่เกี่ยวข้อง และการทบทวนวรรณกรรม

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด

ความหมายยาเสพติด

พระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.๒๕๖๔ มาตรา ๑ ระบุความหมายของ “ยาเสพติด” หมายความว่า ยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ หรือสารระเหย และระบุความหมายของ “ยาเสพติดให้โทษ” หมายความว่า สารเคมี พืช หรือวัตถุชนิดใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมถึงสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย แต่ไม่หมายความรวมถึง ยาสามัญประจำบ้านบางตำรับที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่ตามกฎหมายว่าด้วยยาองค์การอนามัยโลก (อ้างถึงใน อับดุลคอลิก อีรรอฮีมีย, อีสยัส มะเก็ง และฮูเซ็น ชาวัล, ๒๕๖๕) ให้ความหมายว่า ยาเสพติด หมายถึง สิ่งที่เสพเข้าไปแล้วจะเกิดความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อไปโดยไม่สามารถหยุดเสพได้ และจะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุดจะทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่อร่างกายและจิตใจขึ้น

ยาเสพติด หมายถึง ยาหรือสารเคมีรวมทั้งวัตถุอื่นใดที่มนุษย์เสพเข้าสู่ร่างกายด้วย วิธีการใดก็ตาม เช่น การกิน การสูดดม สูบควัน ฉีดเข้าสู่ร่างกาย ฯลฯ แล้วทำให้เกิดการติด มีความต้องการที่จะเสพอยู่ตลอดเวลาอีกทั้งยังเพิ่มปริมาณที่จะใช้เสพขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อหมดฤทธิ์แล้วจะทำให้ ร่างกายของผู้เสพมีความอยากยาเพิ่มขึ้น จนทำให้ร่างกายเกิดอาการทุรนทุราย ทรมาน จนกว่าจะได้รับยาเสพติดดังกล่าวในการเสพเข้าสู่ร่างกายนี้จะมีผลทำให้อวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายและจิตใจอ่อนแอ เสื่อมโทรมลงทุกขณะ (บุรฉัตร จันทรแดง, ๒๕๖๐)

ลักษณะสำคัญของสารเสพติด จะทำให้เกิดอาการ และอาการแสดงต่อผู้เสพดังนี้

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

ประเภทของยาเสพติดให้โทษ

พระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ มาตรา ๒๙ ได้ระบุยาเสพติดให้โทษแบ่งออกเป็น ๕ ประเภท คือ

๑. ประเภท ๑ ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin)
๒. ประเภท ๒ ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (Morphine) โคคาอีน (Cocaine) โคเดอีน (Codeine) หรือฝิ่นยา (Medicinal Opium)
๓. ประเภท ๓ ยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะเป็นตำรับยา และมียาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ ผสมอยู่ด้วย

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

๕. ประเภท ๕ ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท ๑ ถึงประเภท ๔ เช่น พืชฝิ่น
 สุพัฒน์ ซีรเวจเจอร์ชี้ย (๒๕๔๑) แบ่งประเภทของสิ่งเสพติดตามลักษณะการออกฤทธิ์ของสิ่ง
 เสพติดที่มีต่อร่างกาย ได้แก่

๑. สิ่งออกฤทธิ์กดประสาท (Depressants) ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟิน เฮโรอีน บาร์บิทูเรต ฯลฯ
 เป็นต้น สิ่งเสพติดเหล่านี้จะกดประสาทส่วนกลางหรือสมอง ทำให้ประสาทมีนงง ง่วงซึมและหมดแรง
 นอกจากนี้ยังกดศูนย์ประสาทหายใจ ทำให้หายใจช้าลงจนถึงขั้นหยุดหายใจได้

๒. ประเภทกระตุ้นประสาท (Stimulant) ได้แก่ ไบโคเทอโม โคโคอิน แอมเฟตามีน เป็นต้น
 สิ่งเสพติดเหล่านี้จะกระตุ้นประสาทส่วนกลางหรือสมองทำให้ประสาทตื่นตัวและกระวนกระวาย
 ไม่ง่วงนอน แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาแล้วจะหมดแรง เพราะร่างกายไม่ได้รับการพักผ่อนและอาจจะเกิด
 อาการตัวสั่น ตึงเครียดถึงกับหมดสติและอาจจะถึงขั้นเสียชีวิตได้

๓. สิ่งออกฤทธิ์หลอนจิตประสาท (Hallucinogens) ได้แก่ กัญชา แอล.เอส.ดี. ดี.เอ็ม.ที. เอส.
 ที.พี. เป็นต้น สิ่งเสพติดเหล่านี้จะทำให้เกิดประสาทหลอน เห็นภาพผิดไปจากปกติ รสสัมผัส
 เปลี่ยนแปลง มีปฏิกิริยาผิดไปจากความเป็นจริงทั้งหมด

๔. สิ่งออกฤทธิ์ที่ผสมผสานกัน (Mixed) ได้แก่ กัญชา ถ้าเสพจำนวนน้อย จะกดประสาท
 อยู่ชั่วระยะหนึ่ง ต่อเมื่อเสพเพิ่มเข้าไปมากจะกลายเป็นพืชหลอนประสาทได้

ลักษณะโรคติดยาเสพติด

การติดยาเสพติดเป็นกระบวนการต่อเนื่องเกิดขึ้นทีละเล็กละน้อยจากการเสพยาเป็นครั้ง
 คราวสู่การเสพติดที่ขึ้นจนเสพติดทุกวันและวันละหลายครั้ง การเสพยาเสพติดเกี่ยวข้องกับสมองสองส่วน
 สมองส่วนคิดและสมองส่วนอยาก สำหรับสมองส่วนคิดทำหน้าที่คิดตัดสินใจด้วยสติปัญญาแบบ
 มีเหตุผล สมองส่วนอยากทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ดังนั้นสมองจึงเป็นศูนย์กลาง
 ของร่างกาย มีส่วนทำหน้าที่รับข้อมูลเข้ามา และสั่งงานออกไปยังกล้ามเนื้อและอวัยวะต่าง ๆ ควบคุม
 อารมณ์ ความรู้สึก ความจำ ความคิดสร้างสรรค์ต่างๆรวมทั้งควบคุมนิสัยใจคอและพฤติกรรม
 ของตนเอง สมองประกอบด้วยเซลล์ประสาทมีส่วนประกอบที่สำคัญคือ ส่วนที่รับสัญญาณเข้าสู่เซลล์
 ประสาทและส่วนที่ส่งสัญญาณประสาทออกจากเซลล์ไปยังเซลล์ประสาทที่อยู่ถัดไป การส่งสัญญาณ
 ต้องผ่านสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) การทำงานของสารสื่อประสาทมีความสำคัญ
 ต่อการทำงานอย่างปกติของสมอง วงจรสมองที่เกี่ยวกับความสุขใจเหมือนได้รับรางวัล สารเสพติด
 ทุกชนิดที่ผู้ป่วยยาเสพติดเสพยาเข้าไปทั้งฝิ่น กัญชา ยาบ้า และบุหรี่ย่อมมีส่วนเกี่ยวข้องโดยการกระตุ้น
 สารสื่อประสาทสมองโดปามีน (Dopamine) หลั่งออกมามาก จะทำให้มีความสุข ความพึงพอใจ
 นอกจากนี้โดปามีนยังเกี่ยวกับเรื่องของความจำ การเรียนรู้และการเคลื่อนไหวด้วย เนื่องจากเกิดการ
 เปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมองจากการกระตุ้นของสารเสพติดที่เสพยาเข้าสู่ร่างกายการติดสารเสพติดเกิดขึ้น
 จากการหลั่งสารสื่อประสาทที่ผิดไปจากปกติของสมอง ทำให้การคิดที่เป็นเหตุเป็นผลสูญเสียไป
 และถูกควบคุมด้วยสมองส่วนอยากแทน ทำให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดพฤติกรรมเสพยาติดมากขึ้นเรื่อย ๆ

จึงสูญเสียพฤติกรรมปกติที่จะใช้เหตุผลในการกระทำการที่ผู้ติดยาเสพติดไม่อยากเลิกยาเสพติดหรือเข้ารับการรักษา

ลักษณะอาการของการติดยาทางคลินิก

๑. การติดทางกาย (physical dependence) มีการปรับเปลี่ยนในระบบประสาทเกิดขึ้น ซึ่งมีผลทำให้เกิดการติ้อย่างตามมาซึ่งเป็นปัญหาในผู้ป่วยบางรายที่ทำให้ต้องมีการใช้สารเพื่อไม่ให้เกิดอาการขาดยาขึ้น

๒. การติดทางใจ (psychological dependence) ซึ่งแสดงออกในรูปของความอยากยา ลักษณะความเคยชินและพฤติกรรมแสวงหายา โดยทั่วไปนั้นการติดยาทางใจมีความสำคัญ และเป็นปัญหาต่อการรักษามากกว่าการติดยาทางกาย

การวินิจฉัยการติดยาเสพติด

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

๑. มีการใช้ยาเสพติดจนก่อให้เกิดความบกพร่องหรือผลกระทบอย่างน้อย ๒ ข้อ โดยเกิดขึ้นภายในช่วง ๑๒ เดือน

๒. มีการใช้ยาเสพติดในปริมาณที่มากกว่า หรือใช้ระยะเวลาที่มากกว่าที่ตั้งใจไว้

๓. มีความตั้งใจอย่างมากหรือพยายามที่จะลดหรือหยุดใช้ยาเสพติด แต่ทำไม่สำเร็จ

๔. ในวันที่ใช้ยาเสพติดนั้น ต้องใช้เวลามากในการเสาะหายาเสพติดในการเสพ หรือพ้นจากฤทธิ์ของยาเสพติด มีความอยาก (craving) หรือความต้องการอย่างรุนแรงที่ต้องการใช้

๕. ผลจากการใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ทำให้เกิดความล้มเหลวของกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเรียน

๖. ยังคงมีการใช้อยู่ ถึงแม้มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง

๗. จากการใช้ยาเสพติดทำให้กิจกรรมด้านสังคมที่สำคัญ การทำงาน การพักผ่อน ลดน้อยลง

๘. มีการใช้ยาเสพติดซ้ำ ๆ ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย

๙. ยังคงมีการใช้ยาเสพติดอยู่ถึงแม้จะรู้ว่าการใช้ยาเสพติดนั้นก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

๑๐. ภาวะติ้อยา มีความต้องการใช้ยาเสพติดปริมาณเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิมเมื่อใช้ปริมาณเท่าเดิมฤทธิ์ที่ได้จากยาเสพติดลดลง

๑๑. ภาวะถอนยา มีอาการถอนยา ต้องใช้ยาหรือสารเสพติดเพื่อให้ตัวเองหายจากอาการถอนยาหรือเพื่อให้รู้สึกดีขึ้น

โดยแบ่งระดับความรุนแรงเป็น ๓ ระดับ คือ ระดับความรุนแรงเล็กน้อย มีอาการ ๒ - ๓ ข้อ ระดับความรุนแรงปานกลาง มีอาการ ๔ - ๕ ข้อ ระดับความรุนแรงมาก มีอาการ ๖ ข้อขึ้นไป

สาเหตุของการติดยา

การติดยาเสพติดมีสาเหตุที่ซับซ้อนประกอบด้วยหลายประการ โดยสามารถบ่งชี้ถึงสาเหตุการติดยาว่ามาจากปัจจัย ๓ ประการด้วยกัน โดยทุกปัจจัยต่างมีความเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน ดังนี้

๑. ปัจจัยด้านตัวยาสเสพติด ยาเสพติดแต่ละชนิดมีการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน การใช้ยาเสพติดเป็นเวลานาน ๆ ร่างกายจะเกิดความเคยชินต่อยา และการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของสารดังกล่าว เมื่อร่างกายขาดยาหรือสารเสพติดดังกล่าว จะเกิดอาการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน มีอาการผิดปกติกับร่างกายที่เราเรียกว่า อาการขาดยา ความรุนแรงของอาการ อาจมีมากจนทนไม่ไหวจนต้องพยายามหายาหรือสารเสพติดมาเสพ เพื่อระงับอาการต่าง ๆ ให้ร่างกายสามารถทำงานได้ในระบบเดิม

๒. ปัจจัยด้านบุคคลหรือผู้ป่วย มีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องและส่งเสริมให้ติดยาเสพติดสำคัญ ๒ ประการ คือ

๒.๑ สภาพร่างกาย พบว่า สาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยติดยาเสพติด เนื่องจากการเจ็บป่วยทางร่างกายและใช้ยา นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ขั้บรรลพทุกที่ที่ต้องการทำงานให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มรายได้ นักศึกษาที่ต้องการอ่านหนังสือได้นานโดยไม่ง่วงก็อาจใช้ยาบ้าช่วยทำให้ร่างกายไม่อ่อนเพลีย มีกำลังในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น

๒.๒ สภาพทางจิตใจและบุคลิกภาพ บุคคลที่มีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดจะมีบุคลิกภาพอ่อนแอในทุกด้าน เช่น อารมณ์ และสติปัญญา ร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ ผู้ที่มีอารมณ์วู่วาม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย บางกลุ่มใช้ยาบ้าเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง ผู้ติดยาเสพติดเป็นบุคคล ที่มีความแปรปรวนของอารมณ์รุนแรง มีภาวะของการพึ่งพาสูง ร่วมกับมีลักษณะของความสามารถในการควบคุมความต้องการของตนเองต่ำ มีความอดทนต่อความคับข้องใจและความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองต่ำ ดังนั้นการใช้สารเสพติดจึงเป็นการพยายามแสวงหาความพึงพอใจของผู้ใช้ซ้ำแล้วซ้ำอีก เพื่อแก้ไขความขัดแย้งในใจที่มีอยู่ในตนเอง สารเสพติดเข้ามาช่วยแก้บดความรู้สึกที่ไม่ต้องการเป็นการหลีกเลี่ยงความจริง (อรรถพรณ แอบไธสง, ๒๕๔๓) ส่วนบุคลิกภาพมักจะมีพฤติกรรมทำอะไรไม่ยั้งคิดเมื่อมีปัญหาจะแก้ปัญหาแบบง่าย ๆ ไม่ใช่เหตุผล ทำตามอารมณ์ และมักจะมองตนเองในแง่ลบ ขาดวุฒิภาวะ มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial) และแบบก้ำกึ่ง (borderline) แสดงการตอบโต้ในลักษณะที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อน ทั้งตนเองและสังคม นอกจากนี้กลุ่มบุคคลบางลักษณะ เช่น บุคคลที่ไม่มั่นใจในตนเองหรือมีความภูมิใจในตนเองต่ำ บุคคลที่มีความอดทนต่อความขัดแย้งต่ำ บุคคลที่ไม่ยืดหยุ่น และบุคคลที่หลงตนเอง เป็นบุคคลที่เชื่อว่าเมื่อมีความไม่สบายใจมักแยกตัวขบอบอยู่ตามลำพัง มีปัญหาไม่กล้าบอกใครแก้ปัญหาโดยการใช้อยาสเสพติด

๓. สิ่งแวดล้อม มีผลต่อการผลักดันให้ไปติดยาเสพติดได้ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว การขาดความอบอุ่นในบ้าน ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาชีวิต สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม นอกจากจะส่งเสริมให้ติดยาเสพติดได้แล้ว ยังเป็นสิ่งที่เสริมให้กลับไปใช้ยาเสพติดอีกเพราะสภาพแวดล้อมเดิม ๆ จะกดดันให้กลับไปใช้ยาเสพติด ความอยากรู้อยากลอง เพื่อนชวน ค่านิยมในกลุ่มเพื่อน การมีปัญหาคครอบครัว รวมทั้งการมียาเสพติดจำหน่าย การเข้าถึงและหาซื้อได้ง่ายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด พบว่าเด็กวัยรุ่นที่ติดยาเสพติด มักมาจากครอบครัวที่พ่อแม่ใช้ยาเสพติดหรือเกี่ยวข้องกับยาเสพติด หรือมีความทุกข์และต้องการจะหนีความทุกข์นั้น เมื่อมีผู้นำเสนอและใช้ยาเสพติด

ประกอบกับยาเสพติดส่วนมากทำให้ผู้เสพมีความสุข อารมณ์แจ่มใส รู้สึกไร้กังวล มีพลังกำลังมากขึ้น มีความมั่นใจมากขึ้นและกระตุ้นอารมณ์ ทางเพศได้ดี ซึ่งส่วนมากเป็นฤทธิ์ของยาเสพติดในช่วงแรก และในปริมาณที่พอเหมาะจึงทำให้ผู้เสพพอใจ อันเป็นแรงเสริมให้บุคคลกลับมาใช้ยาเสพติดที่ตนพอใจ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญความเครียด ความเบื่อหน่ายหรือความไม่สบายใจต่าง ๆ จากการเรียนรู้เช่นนี้เป็นการส่งเสริมให้บุคคลติดยาเสพติดได้ง่าย (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, ๒๕๔๓) จึงใช้ไปเรื่อย ๆ และเพิ่มขนาดยาขึ้นเรื่อย ๆ จนเกิดการติดยาเสพติด

ชนิดยาเสพติด

ยาบ้า (Amphetamine)

สารเคมีที่มีฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในเชิงกระตุ้น ซึ่งนักวิชาการทั่วไปเรียกว่า ยากระตุ้นประสาท ยากระตุ้นประสาทชนิดที่ถูกสังเคราะห์ขึ้น คือแอมเฟตามีน (Amphetamine) ตามมาด้วย เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๙ ปัญหาเกี่ยวกับยาบ้าหรือสารกระตุ้นประสาทในกลุ่มแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ได้กลับมาแพร่ระบาดอย่างรุนแรงในประเทศไทย จนเป็นปัญหาระดับชาติอีกครั้งหนึ่ง และตัวสารกระตุ้นประสาทที่ระบาดในครั้งนั้น (วิโรจน์ สุ่มใหญ่, ๒๕๔๓) คือ แอมเฟตามีนหรือยาบ้า

ประวัติความเป็นมาของยาบ้า

ยาบ้า เป็นยาเสพติดให้โทษชนิดหนึ่ง เดิมผู้เสพเรียกว่า “ยาม้า” จัดอยู่ในวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท ๒ ตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. ๒๕๑๘ ด้วยฤทธิ์ของยาที่ทำให้ผู้เสพล้มคลั่งคล้ายคนบ้า และมีการแพร่ระบาดอย่างมากจึงเปลี่ยนชื่อเรียกเป็น “ยาบ้า” และกำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ ๑ เช่นเดียวกับเฮโรอีน ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ โดยประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ ๙๗ (พ.ศ.๒๕๓๙) ลงวันที่ ๒๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๓๙ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๓๙ (วิโรจน์ สุ่มใหญ่, ๒๕๔๓) เป็นต้นมา

เภสัชวิทยาของยาบ้า (Amphetamines)

ยาบ้า (Amphetamines) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ได้เร็ว peak action ประมาณ ๑ - ๓ ชั่วโมง ยานี้สามารถกระจายได้ดีโดยเฉพาะในระบบประสาท ยาส่วนใหญ่จะถูกกำจัดออกทางไต ยามีคุณสมบัติเป็นด่าง ดังนั้น pH ในปัสสาวะมีอิทธิพลในการแตกตัวของยา ในปัสสาวะที่เป็นด่าง ยาจะแตกตัวน้อย และถูกดูดซึมกลับในร่างกายมาก ในทางตรงกันข้าม ถ้าปัสสาวะเป็นกรดยาจะแตกตัวมาก และถูกขับออกจากร่างกายมาก ในสภาวะที่ปัสสาวะเป็นด่าง ยาจะถูกกำจัดออกทางปัสสาวะประมาณ ๓๐% half-life ของยาในร่างกายเท่ากับ ๒๔ ชั่วโมง และถ้าปัสสาวะเป็นกรดยาจะออกมาถึง ๗๐% และ half-life จะลดเหลือเพียง ๑๐ ชั่วโมงเท่านั้น ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยามีความแตกต่างกันคือ วิธีการสูบควันหรือไอระเหยจะออกฤทธิ์ทันที วิธีสูดดมยาเข้าโพรงจมูกจะออกฤทธิ์ภายใน ๓ - ๕ วินาที วิธีฉีดเข้าหลอดเลือดดำจะออกฤทธิ์ภายใน ๑๕ - ๓๐ วินาที วิธีรับประทานจะออกฤทธิ์ภายใน ๓๐ นาที โดยสามารถออกฤทธิ์ได้อย่างยาวนาน ๘ - ๒๔ ชั่วโมง ดังนั้นการเสพซ้ำหลาย ๆ ครั้งใน ๑ วันจะส่งผลให้ปริมาณ methamphetamine ในเลือดสูงขึ้นอาการประสาทหลอนและคลุ้มคลั่งจึงมักปรากฏให้เห็นในหมู่ผู้เสพที่เสพซ้ำวันละหลายครั้งเป็นส่วนใหญ่ ทางเภสัชวิทยากล่าวถึงผลกระทบ

ต่อเคมีทางระบบประสาท (basic neurochemical) สรีรวิทยา (physiologic) และพฤติกรรม (behavioral) ของการเกิดจากการใช้ amphetamines ที่พื้นที่หันใด

๑. Central effects Amphetamines เป็น indirect catecholamine agonists มีผลต่อการ reuptake catecholamine กับการทำลายโดยเอนไซม์ monoamine oxidase มีข้อมูลที่สนับสนุนคือ การใช้ reserpine ที่ลดการสะสม catecholamines ใน synaptic vesicles ไม่มีผลกระทบต่อ amphetamine แต่เมื่อใช้ alpha-methyltyramine มีหน้าที่ยับยั้งกระบวนการสร้าง catecholamine พบว่ามีผลยับยั้งผลกระทบต่อนสมองจาก amphetamine และการใช้ amphetamines ปริมาณสูงทำให้เกิดการปล่อย 5 - hydroxytryptamine และมีผลกระทบโดยตรงต่อ serotonergic receptors

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

๒.๑ Cardiovascular

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

๒.๒ Thermal regulation ผลทำให้เกิด peripheral hyperthermia โดยผ่านการกระตุ้นของ sympathoadrenal system

๒.๓ Gastrointestinal

- ทำให้ท้องผูก จากการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง
- Gastric emptying ช้าทำให้มีผลต่อการดูดซึมของยาอื่น ๆ

๓. Behavioral effects

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

๓.๒ พฤติกรรมทำซ้ำ ๆ (Stereotypies) การใช้ amphetamine ปริมาณสูงมีผลกระทบต่อนด้วยเช่นกันเช่น ปิด-เปิดวิทยุ หรือแกะประกอบอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยก็ทราบว่าการกระทำดังกล่าวนี้ไม่มีความหมายหรือไม่มีประโยชน์ แต่ก็ไม่สามารถหยุดพฤติกรรมเหล่านี้ได้ ไม่เช่นนั้นจะยิ่งเกิดการกระสับกระส่ายหงุดหงิดและวิตกกังวลมากขึ้นในผู้ป่วยที่เสพเรื้อรังในขนาดสูง ผู้ป่วยมักแยกตัว ไม่สนใจคนอื่น และเริ่มมีพฤติกรรมประหลาด (bizarre behaviors)

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

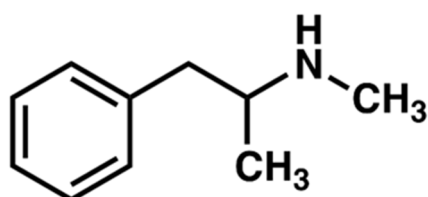
๓.๔ Anorexia จากการที่ amphetamine มีผลต่อการลดความอยากอาหาร จึงถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคอ้วน กลไกน่าจะเกิดจากการทำงานผ่าน dopaminergic neurotransmission

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

โครงสร้างทางเคมีและรูปแบบ

เมทแอมเฟตามีน (N, α -dimethylphenethylamine) เป็นสารเคมีในกลุ่ม phenethylamine ซึ่งมีโครงสร้างเป็น aromatic ring ที่มี ๒ carbon side chain และมี terminal amine group โดยเมทแอมเฟตามีน มีหมู่เมทิล ๒ หมู่ โดยเกาะที่ตำแหน่ง α carbon ของ ethylamine side chain และเกาะที่หมู่เอมีน สูตรทางเคมีคือ $C_{10}H_{15}N$ มีน้ำหนักโมเลกุล ๑๔๙.๒๔ g/mol

รูปที่ ๑ โครงสร้างทางเคมีเมทแอมเฟตามีน



ที่มา : เมทแอมเฟตามีน. (๒๕๖๖, ๑๓ เมษายน). ใน วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี . สืบค้นเมื่อ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๗, จาก <https://th.wikipedia.org/เมทแอมเฟตามีน>

วิธีการเสพ

วิธีการเสพยาบ้าแต่ละวิธีจะส่งผลให้ปริมาณของเมทแอมเฟตามีนในกระแสเลือดแตกต่างกัน ความรวดเร็วในการเริ่มออกฤทธิ์ต่างกันและความรุนแรงของฤทธิ์ที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจต่างกัน มีงานวิจัยพบว่า ความรวดเร็วในการติด (Dependence) เมทแอมเฟตามีน จะขึ้นอยู่กับวิธีเสพยาที่ใช้ (Drug Enforcement Administration, ๑๙๙๙ อ้างในวิโรจน์ สุ่มใหญ่, ๒๕๔๓) วิธีที่ทำให้เมทแอมเฟตามีนไปถึงสมองได้มาก และเร็วที่สุดจะเป็นวิธีที่ทำให้ฤทธิ์ของเมทแอมเฟตามีนมีความรุนแรงมากที่สุด และก่อให้เกิดการเสพติดได้อย่างรวดเร็วที่สุดด้วยเช่นกัน วิธีการเสพยาบ้ามี ๔ วิธีคือ

วิธีที่ ๑ รับประทานอาจรับประทานกับน้ำหรือเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ใช้เวลาในการออกฤทธิ์ประมาณ ๒๐ - ๓๐ นาที กว่ายาจะผ่านกระเพาะดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดแล้วไปออกฤทธิ์ที่สมองบางส่วนจะถูกทำลายที่กระเพาะอาหารและตับ ทำให้ความรุนแรงของยาลดลง

วิธีที่ ๒ สูบโดยบดคลุกเข้ากับบุหรี่

วิธีที่ ๓ ฉีดเข้าหลอดเลือดดำเป็นวิธีที่ตีขึ้นมาอีกคือ จะก่อให้เกิดอาการเสียวซ่าอย่างรุนแรง (Rush) ขึ้นมาได้ภายในเวลา ๑๕ - ๓๐ วินาที หลังจากการฉีด

วิธีที่ ๔ สูดควันระเหย คล้ายคลึงกับวิธีสูบบุหรี่ แต่จะบดใส่กระดาษฟรอยด์ เรียกว่า “เรือ” แล้วลนไฟ จากนั้นใช้หลอดคาแพดูดควันที่ระเหยออกมาเรียกว่า “จับมังกร” เป็นวิธีที่ผู้เสพยาบอกว่า เป็นวิธีที่เยี่ยมที่สุดเพราะการสูดไอของยาบ้ามีผลทำให้ยาบ้าออกฤทธิ์ต่อสมองภายใน ๘ วินาทีอาจกล่าวได้ว่าผู้เสพยาจะเกิดการเสียวซ่าอย่างรุนแรงทันทีที่สูดเข้าไป

ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ที่เสพยาบ้า

การเสพยาบ้าก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจคือเกิดภาวะพึ่งพายาบ้า (Amphetamine Dependence) การใช้พบได้ ๒ แบบคือการใช้เป็นพักๆ (Episodic Use) และ การใช้เป็นประจำในรายที่ใช้เป็นพัก ๆ มักจะใช้วิธีฉีดช่วงละหลายๆ (Bing หรือ Speed Runs) หลังจากนั้นจะหยุดไปเนื่องจากภาวะเหนื่อยล้าหมดแรง (Exhaustion) เกิดอาการโรคจิตในรายที่ใช้ ประจำมักเพิ่มขนาดขึ้นเรื่อยๆ ในขณะเดียวกันก็จะเกิดความรู้สึกไม่มีความสุข (Dysphoria) มากขึ้นซึ่ง พบว่าผู้ที่ใช้สารนี้มักหยุดยาหรือเลิกหลังจากให้ได้นาน ๘ - ๑๐ ปีสาเหตุเนื่องจากผลข้างเคียงทางด้าน ร่างกายและจิตใจลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ที่เสพยาบ้าได้แก่

๑. อาการพิษจากยาบ้า (Intoxication) พบว่ามีอาการอารมณ์ครื้นเครง (Euphoria) เครียด วิตกกังวล (Anxiety Reaction) ด้านร่างกายจะพบว่ามีอาการหัวใจเต้นเร็ว ม่านตาขยาย ท่าทาง หลุกหลิก สับสน รวมทั้งมีความผิดปกติของความรู้สึกตัว และมีอาการชักเกร็งร่วมด้วย อาการ ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คืออาการโรคจิตเกิดขึ้นได้ แม้ว่าจะได้รับปริมาณยาในขนาดของการให้ เพื่อรักษาอาการต่าง ๆ (Therapeutic Dose) ในรายที่ใช้มานานจะเกิดอาการไวต่อยา (Sensitization) ได้คือ แม้ใช้เพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้เกิดอาการขึ้นได้และผลยังคงอยู่ได้นาน แม้ว่าหยุดสารนี้ไปแล้ว ก็ตามลักษณะของอาการโรคจิตที่เกิดขึ้นมักไม่มีอาการหลงลืมบุคคลเวลา สถานที่ (Disorientation) โดยมีอาการเหมือนกับโรคจิตหวาดระแวงพิษของยาบ้าต่อร่างกายขึ้นอยู่กับขนาดยาวิธีการเสพ และ ตัวบุคคลดังนี้คือ

๑.๑ ผู้ที่ใช้วันละ ๕ - ๑๕ มิลลิกรัมจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็ว เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสมาธิดีขึ้นระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความตึงตัวของกระดูกและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นลำไส้ และหลอดลมคลายตัวสำหรับนักกีฬาประเภทกรีฑา และว่ายน้ำจะทำให้สามารถวิ่งหรือว่ายน้ำได้เร็ว ขึ้นและขนาดที่แพทย์ใช้ในการรักษาอยู่ระหว่าง ๒.๕-๑๕ มิลลิกรัมต่อวัน

๑.๒ ผู้ที่ใช้วันละ ๒๐ - ๓๐ มิลลิกรัมจะมีอาการตื่นเตนง่าย พุดมากมีการเคลื่อนไหวมาก มือสั่นเหงื่อออกมาก รู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และ ม่านตาขยาย เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะมีอาการอ่อนเพลียไม่ร่าเริง และมีอารมณ์เศร้าถ้าใช้แอมเฟตามีน มากกว่า ๒๐ เพอร์เซ็นต์ต่อวันจะทำให้มีผลเสียต่อสุขภาพและทำให้เกิดการติดแอมเฟตามีนได้มาก และเร็วขึ้น

๑.๓ ผู้ที่ใช้ขนาดสูงวันละ ๑๐๐-๒๐๐ มิลลิกรัม จะเกิดอาการ Acute Psychosis ชนิด Amphetamine type อาการเหมือนโรคจิตชนิดหวาดระแวง โดยมีอาการ Paranoid Delusion เป็นอาการที่สำคัญของโรคบางรายอาจพบอาการที่เรียกว่า “Sign de Magnan” คือ ผู้ป่วยรู้สึก เหมือนมีสัตว์เล็กๆ เช่น มดหรือแมลงมาไต่ตามผิวหนัง ที่แขน ขาหรือตามตัว อาจมีความรู้สึกคันหรือ รู้สึกเหมือนยาได้แทรกซึมอยู่ใต้ผิวหนัง ขนาดของยาที่ทำให้ตายได้ (Lethal Dose) จะอยู่ระหว่าง ๕๐-๖๓๐ มิลลิกรัม (สุชาติ ตริทิพย์ธิดา, ๒๕๔๑)

๒. อาการขาดยาบ้า (Withdrawal) มักพบได้ในรายที่ใช้ขนาดสูงและใช้เป็นประจำช่วงแรก จะเกิดอาการหลับมาก (Hypersomnia) และมีลักษณะการหลับที่ไม่ต่อเนื่อง (Rebound of REM Sleep) ทำให้ฝันได้บ่อยๆ ในระยะ ๒ - ๓ วันต่อมาจะเกิดอาการซึม (Dysphoria) ถ้ารุนแรงอาจเป็นโรคซึมเศร้า (Depression) พบว่ามีอาการสูงสุดที่ ๔๘-๗๒ ชั่วโมงอาจมีความคิดจะฆ่าตัวตาย (Ideal Suicide)

กลไกการออกฤทธิ์

การออกฤทธิ์ที่ส่วนปลายระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งจะมีมากมายอยู่ในเซลล์ที่ไปหล่อเลี้ยงปลายประสาท (Effector Cell) นี้จะพองเป็นกระเปาะ (Varicosity) ภายในกระเปาะประกอบด้วย Mitochondria และถุงเก็บสารสื่อประสาท (Storage Vesicle) เมื่อมีสัญญาณประสาทเกิดขึ้น สารสื่อประสาทจะถูกปลดปล่อยออกจากถุงเก็บมายังรอยต่อระหว่างแขนงประสาทกับเซลล์ที่ไปเลี้ยง จะเข้าจับกับตัวรับ (Receptor) ที่อยู่บนเซลล์นั้นทำให้มีการตอบสนองเกิดขึ้น สารสื่อประสาทที่ถูกปลดปล่อยออกมาประมาณร้อยละ ๘๐ จะถูกดูดซึมเข้าสู่ประสาทดั้งเดิม ส่วนที่เหลือจะถูกทำลายโดยเอนไซม์ Monoamine Oxidase (MOA) และ Catecole - O - Methyl Transferase (COMT)

แอมเฟตามีนออกฤทธิ์โดยการเข้าสู่ถุงเก็บสารสื่อประสาท และมีการกระตุ้นให้มีการปลดปล่อย Biogenic Amine ออกมาจากปลายประสาท ในขณะที่เดียวกันก็ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดซึมกลับของ Biogenic Amine ไม่ให้กลับเข้าสู่ปลายประสาทอีกด้วย สำหรับฤทธิ์ในการกระตุ้นสมองและฤทธิ์ทำให้เบื่ออาหารเชื่อว่าเนื่องจากยาทำให้มีการปล่อย Norepinephrin ออกมาถ้าให้ในขนาดสูง จะทำให้มีการปลดปล่อย Dopamine ในสมองและถ้าเพิ่มขนาดให้สูงขึ้นไปอีก อาจทำให้มีการปลดปล่อย Serotonine การที่มี Dopamine และ Serotonine ถูกปล่อยออกมาอาจทำให้ Perception ผิดไป ทำให้อารมณ์ดีขึ้น (เคลิ้มสุข) และรู้สึกเห็นอกเห็นใจ อยากใกล้ชิดกับผู้อื่นมีความตื่นตัวเล็กน้อยการรับรู้ไวขึ้นลดความอยากอาหารมีงมีพฤติกรรมวุ่นวายและรบกวนผู้อื่นรวมทั้งเกิดอาการของโรคจิตได้

การออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีน มีผลกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวกับความคิด ความจำและควบคุมอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การออกฤทธิ์จะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปริมาณและระยะเวลาของการใช้ ตลอดจนส่วนประกอบทางเคมีภายในเม็ดยา

สาเหตุการเสพติดสารกระตุ้น

๑. ปัจจัยทางด้านชีวภาพซึ่งประกอบด้วย

๑.๑ พันธุกรรมยังไม่มีการศึกษาที่แน่ชัดในครอบครัวผู้ที่ติดยาบ้า แต่การศึกษาครอบครัวผู้ติดโคเคนติดยาพบว่ามีการศึกษาพันธุกรรมเกี่ยวข้องด้วย

๑.๒ Neurochemical Mechanism ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

๑.๒.๑ พบว่าเกี่ยวข้องกับระบบการตอบสนอง (Reward System) ในสมองส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องคือ Dopamine Pathway ที่เริ่มจาก Ventral Segmental Area ไปยัง Cerebral Cortex และ Limbic Lobe โดยเฉพาะบริเวณ Accumbency สมองอีกส่วนที่เกี่ยวข้องกับการติดยาเสพติดคือบริเวณ Locus Ceruleus ซึ่งเป็นที่รวมของ Noradrenergic Neuron

๑.๒.๒ Neurotransmitter พบว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคือ มีการเพิ่มขึ้นหรือยับยั้งการหลั่งสารเคมีบางกลุ่มโดยมี Receptor เฉพาะที่ออกฤทธิ์ที่สำคัญในแอมเฟตามีนคือ Dopamine Receptor, Serotonin Receptor ฯลฯ

๒. พื้นฐานทางอารมณ์หรือลักษณะบุคลิกภาพที่มาจากการเลี้ยงดูและการใช้กลไกปรับตัวของบุคคลผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดยาเสพติดคือผู้มีอารมณ์หุนหันพลันแล่น (Impulsive) เป็น

บุคคลที่ปรับตัวยากมีลักษณะการพึ่งพาสูง (Dependency Need) ต่อด้านสังคม (Antisocial) และการควบคุมอารมณ์ที่บกพร่อง

๓. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เริ่มตั้งแต่ปัญหาในครอบครัว เช่น ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ขาดความรักความเข้าใจ ฯลฯ สังคมในโรงเรียนหรือที่ทำงาน ค่านิยมของสังคมชุมชนต่างๆ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ความเชื่อทางศาสนาต่อการใช้สารเสพติด ความยากง่ายในการจัดหาเสพติด ราคาของสารเสพติด ความเข้มงวดของกฎหมายและความรุนแรงของบทลงโทษ แรงกดดันทางสังคมที่มีต่อตัวผู้เสพ เป็นต้น

๔. ปัจจัยด้านการเรียนรู้และการมีเงื่อนไข (Learning and Conditioning) สารกระตุ้นมีฤทธิ์ก่อให้เกิดอารมณ์ครั้นครวญอย่างรวดเร็ว เมื่อใช้โดยวิธีการสูบ/สูดควันเข้าปอดลดความเครียดก่อให้เกิดความสุข สาเหตุเหล่านี้จึงทำให้เกิดแรงจูงใจให้พฤติกรรมการใช้ยาคงอยู่ หรือเรียกว่าก่อให้เกิดการติดทางร่างกาย (Physiological Dependence) ในบางรายการกลับมาใช้เนื่องจากมีเงื่อนไขกับสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ถูกชักชวนจากเพื่อน เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาบ้า

ภาวะแทรกซ้อน (Complication) ที่พบในผู้ติดยาเสพติดยาบ้ามี ๒ ประเภท (งษ์ชัย อุ่นเอกลาภ, ๒๕๔๑) คือ

๑. ภาวะแทรกซ้อนทางจิต หลักในการรักษาผู้ติดยาเสพติดยาบ้าที่สำคัญข้อหนึ่งคือเราต้องนึกอยู่เสมอว่าผู้ป่วยไม่ได้มีแค่การติดยาเสพติดเท่านั้นแต่ควรจะต้องดูด้วยว่าผู้ติดยาเสพติดยาบ้ามีความผิดปกติทางด้านจิตใจอย่างไรบ้างมีภาวะแทรกซ้อนจากสารเสพติดหรือไม่ซึ่งทั้งสองอย่างนี้มักจะพบร่วมกันเสมอและควรให้การรักษาไปพร้อมๆ กันดังนั้นมีควมจำเป็นที่จะต้องวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบร่วมกับการเสพยาบ้าให้ได้ถูกต้องและแม่นยำเพื่อผลที่ดีในการรักษาต่อไป

การวินิจฉัยภาวะผิดปกติทางจิตใจในผู้ติดยาเสพติดยาบ้าอาจมีปัญหายุ่งยากอยู่บ้างเนื่องจากระยะแรกยังให้การวินิจฉัยที่แน่นอนไม่ได้จำเป็นต้องรอจนกว่าจะหมดฤทธิ์ยา และหมดระยะการถอนพิษยาเสียก่อนและยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอนว่าผู้ป่วยต้องหยุดยาไปนานเท่าไรจึงจะวินิจฉัยได้แน่นอนแต่โดยทั่วไปควรรอจนถึง ๒ - ๔ สัปดาห์ตัวอย่างเช่น อาการซึมเศร้าหลังจากหยุดยาบ้าอาจอยู่ได้นาน ๒ สัปดาห์ดังนั้นจึงไม่ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจนกว่าจะผ่าน ๒ สัปดาห์ไปแล้ว

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เสพยาบ้าจะมีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นลักษณะนิสัยของผู้ที่เสพยาบ้าที่แสดงต่อคนอื่นทั้งลักษณะกิริยาท่าทาง การแสดงออกทางอารมณ์ความคิดอ่านค่านิยมทัศนคติตลอดจนพฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางกายและจิตใจ ใครมีบุคลิกแบบใดภายใต้สถานการณ์ทำนองเดียวกันหรือตัวกระตุ้นคล้าย ๆ กันก็จะมีปฏิกิริยาตอบสนองแบบเดียวกันตลอดไปทุกครั้ง ลักษณะที่แสดงออกไปนี้ไม่ใช่อาการ (Symptom) เหมือนอย่างอาการของโรคจิตหรือโรคประสาทแต่เป็นลักษณะของบุคคลนั้นใครมีบุคลิกอย่างไรก็มักเป็นอย่างนั้นตลอดไปไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา

๒. ภาวะแทรกซ้อนทางกาย การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น วิธีการเสพยา การสูบบุหรี่หรือการฉีดปริมาณยาที่ใช้เวลาที่ใช้สารเสพติดอื่น ๆ ที่ใช้ร่วมกันภาวะที่มักพบบ่อย ได้แก่

๒.๑ ภาวะพิษเฉียบพลันของยาบ้า เกิดจากการใช้ยาบ้าเกินขนาด ความผิดปกติที่พบเป็นได้ทั้งภาวะโรคจิตเฉียบพลัน (Acute psychosis) ภาวะชัก ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ใจสั่นมือสั่นเหงื่อแตกปวดหน้าอก (Angina Pain) เลือดออกในสมอง (Rhabdomyolysis) ไตวายเฉียบพลันซึ่งพบว่าผู้ป่วยบางรายได้รับอันตรายถึงชีวิต

๒.๒ ภาวะทุโภชนาการเนื่องจากเมื่อเสพยาบ้าแล้วจะไม่หิวกินอาหารน้อยลง

๒.๓ ภาวะการณ้เจริญเติบโตไม่สมวัยของเด็กจะหยุดชะงักเมื่อเสพยาบ้า

๒.๔ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบมาก เช่น หนองใน, ซิฟิลิส, โรคเอดส์ เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์โดยขาดการป้องกัน บางรายมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับยาบ้าหรือหาเงินไว้เสพยาบ้า

๒.๕ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเสพยาบ้าโดยการฉีด เกิดเป็นฝีที่บริเวณฉีด การติดเชื้อในกระแสโลหิต โรคติดเชื้อต่าง ๆ เช่นโรคเอดส์ โรคตับอักเสบ ลิ้นหัวใจอักเสบจากปอดบวม

การบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (Amphetamine)

ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าเมื่อหยุดยาจะมีทั้งอาการขาดยา (Withdrawal symptoms) และอาการอยากยา (Craving symptoms) อาการขาดยา (Withdrawal symptoms) หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหยุดสารเสพติด เช่น ผู้ป่วยติดสารตระกูลฝิ่น เมื่อขาดยาจะมีอาการที่มักเรียกว่าลงแดง คือมีอาการท้องเสีย เหงื่อแตก หาว มีน้ำมูก ปวดกระดูก นอนไม่หลับหรือหลับมาก อ่อนเพลีย (วิโรจน์, ๒๕๔๘; สมภพ, ๒๕๔๖) เป็นต้น ส่วนในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าเมื่อหยุดเสพอาการขาดยาจะมีเล็กน้อยแตกต่างกันไป แต่ส่วนใหญ่อาการทางร่างกายไม่รุนแรงนัก เช่น มีอาการอยู่ไม่เป็นสุข หงุดหงิด กระวนกระวาย อาการอยากยา (Craving symptoms) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากจะใช้สารเสพติดซึ่งอาจเกิดขึ้นในช่วงใดของการหยุดยาก็ได้ โดยทั่วไปมักมีอาการอยากยามากในระยะแรก ของการหยุดยา แม้แต่ในขณะที่เพิ่งเสพยาไป ผู้ป่วยก็อาจมีอาการอยากยาเกิดขึ้น โดยที่ยังไม่มีอาการขาดยาเลยก็ได้ ในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าอาการอยากยา ทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดซ้ำอีก

การบำบัดรักษาอาการขาดยาบ้า (Management of MA Withdrawal)

มีหลักปฏิบัติในการบำบัดรักษาหลายประการ คือ

- ควรจะให้หยุดยาทันทีโดยไม่ต้องค่อย ๆ ลดยา อาการขาดยาไม่เป็นอันตรายรุนแรง
- ถ้าเสพสารเสพติดอื่น ๆ ด้วย เช่น กัญชา สุรา ยานอนหลับ ต้องหยุดพร้อมกันหมดเนื่องจากเมื่อหยุดยาบ้า แม้จะไม่มีอาการรุนแรงที่เป็นอันตราย เช่นเดียวกับอาการหยุดเหล้าหรือบาร์บิทูเรต แต่การให้ยารักษาอาการต่าง ๆ ระยะหยุดเสพก็ยังมีผลสำคัญในบางราย การรักษาจะต้องเน้นในแบบประคับประคอง โดยจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

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

๒. อาการรู้สึกไม่มีความสุข (Dysphoria) มักพบหลังหยุดเสพไม่นาน อาจพบรุนแรงในบางราย และอะอะอาละวาดได้ ผู้ป่วยมักมีการสับสน ชัดแย้งในจิตใจสูง และหวาดระแวง เครียด หงุดหงิด

การดูแลผู้ป่วย อาจมีความจำเป็นต้องยึดผู้ป่วยไว้และทำให้สงบในที่ปลอดภัย ให้ Benzodiazepines เช่น Diazepam เพื่อควบคุม Agitation ถ้าผู้ป่วยยังกระสับกระส่าย และไม่หลับ อาจให้ Trazodone (Desyrel) ในรายที่มีอาการทางผิวหนัง ทั้งอาการคัน หรือการแพ้ อาจให้ Benadryl

๓. การหมดแรง หลับมาก หลังจากเสพหนัก (Crash) มักพบหลังยาบ้าหมดฤทธิ์ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่สนใจสิ่งรอบตัว จะเป็นอยู่นาน ๑๒-๓๖ ชั่วโมง อาจหลับอยู่เป็นวันๆ (Hypersomnolence) การดูแลผู้ป่วยควรระวัง ต้องให้น้ำและอาหารผู้ป่วย ตามสมควร แต่อย่าให้ยาที่มีฤทธิ์ง่วงนอน การให้ยาทำให้ง่วงทั้ง Benzodiazepines และ Antipsychotic Drugs ในระยะนี้ต้องระวังอย่างยิ่งเพราะอาจเกิดการหายใจได้ การปลุกผู้ป่วยบ่อยครั้งเกินไป ก็อาจเป็นการรบกวน จะทำให้หงุดหงิด จนถึงมีอาการอะอะหรืออาละวาดได้เพราะระยะนี้ถ้าผู้ป่วยหลับก็จะสงบได้

๔. อาการซึมเศร้า (Depression) มักพบหลังหยุดเสพ ๓ - ๔ วัน ในรายที่มีอาการซึมเศร้า ควรให้ยาต้านซึมเศร้า โดยเฉพาะกลุ่มที่ออกฤทธิ์ทั้ง Dopamine และ Serotonin หรือ กลุ่ม Selective serotonin receptor inhibitors (SSRI) จะช่วยเพิ่ม Serotonin ในสมองช่วยไม่ให้คิดฆ่าตัวตายได้

การบำบัดการเสพติดยาบ้า (Methamphetamine Dependence Treatment) เดิมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ให้ความสำคัญกับการรักษาอาการขาดยา โดยเรียกว่าการถอนพิษยา (Detoxification) โดยนับเป็นขั้นตอนสำคัญของการบำบัดรักษาการเสพติด เพราะเห็นว่าผู้ป่วยหยุดเสพแล้วมีอาการทางกายมากและต้องอาศัยแพทย์ในการสั่งใช้ยารักษา แล้วไปเรียกการรักษา การติดยาจริง ๆ ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ปัจจุบันเป็นที่เข้าใจและยอมรับว่า การติดยาเป็นโรคของสมองที่มีพฤติกรรมผิดปกติ ดังนั้นการรักษาให้เลิกเสพติดจึงเป็นการฝึกควบคุมอารมณ์ ความคิด และพัฒนาพฤติกรรมให้เป็นปกติและมีความสุขในการดำเนินชีวิตต่อไปเราอาจแบ่งระยะหลังจากการหยุดยาจนเลิกได้ (Roadmap of Recovery) เป็น ๔ ระยะ ดังนี้

๑. ระยะขาดยา (Withdrawal Stage) ระยะนี้ใช้เวลาประมาณเป็นชั่วโมง จนถึง ๕ - ๑๐ วัน หลังจากหยุดยา ในตอนเริ่มต้นผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า รู้สึกไม่เป็นสุข (Dysphoria) เครียด หงุดหงิด กระวนกระวาย นอนไม่หลับ และมีอาการอยากยามาก บางรายก็อาละวาด ต่อมาความอยากยา ถูกแทนที่ด้วยความเหนื่อยล้า มีอาการอ่อนเพลีย หมดเรี่ยวแรง รู้สึกง่วงนอน หลับมากใน ๒๔ ชั่วโมง และบางรายยังหลับมากต่อไปอีก ๒ - ๓ วัน เมื่อตื่นขึ้นมาก็จะหิวมาก และอาการอยากยาจะค่อย ๆ ลดลงในบางรายเมื่อหมดฤทธิ์กระตุ้นของยาบ้า ผู้ป่วยบางรายกลับมีอาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression) จนถึงกับพยายามฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระยะนี้มักมีเพียงอาการเมื่อยล้า รู้สึกง่วงนอน หลับมาก แล้วตามด้วยการหิวมาก

๒. ระยะหยุดเสพช่วงแรก (Early Abstinence or Honeymoon Stage) ถัดจากระยะแรก จนถึง ๔๕ วัน ยังมีอาการเครียด อ่อนเพลียอยู่บ้าง การนอนหลับและอารมณ์ยังมีการแปรปรวน และจะค่อย ๆ กลับมาเข้าสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยหลายรายเกิดความเชื่อมั่นเกิน (Overconfidence) เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกเสพได้ง่ายดาย และเลิกได้แน่นอน ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาเรื่องสมาธิและความจำ อารมณ์มีการแปรปรวน (Mood Swings) บางรายจะมีอาการซึมเศร้า และกระวนกระวายซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลา และขนาดของยาบ้าที่เสพ

๓. ระยะผ่านอุปสรรค (Protrated Abstinence or The Wall Stage) ระยะเวลา ๔ - ๖ เดือน หลังจากหยุดยาบ้า ระยะนี้มีอาการเหมือนคนปกติ แต่บางรายมีการสูญเสียความจำ การเรียนรู้ (Cognitive) อาจมีอาการแปรปรวน และยังมีอาการซึ่มเศร้าได้ (Emotion Swings) จะยังมีอาการอยากยาเป็นพัก ๆ หรือมีอาการอยากยาเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น เพื่อนพูดชักชวน เห็นผู้อื่นเสพยาจะมีอาการอยากยาที่รุนแรงได้ ดังนั้นจึงพบได้ว่าผู้ป่วยบางรายที่ เลิกได้เป็นเดือน ๆ ก็ยังหวนกลับมาเสพยาใหม่ได้อีก

๔. ระยะปรับสู่ปกติ (Adjustment/Resolution Swings) เป็นระยะปรับตัวทางความคิด พฤติกรรมและสังคม ผู้ป่วยรู้สึกถึงความถูกต้อง เกิดความละอาย ยังขาดเป้าหมายของชีวิตอาจมีความเบื่อหน่ายและมีปัญหาในสถานะหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น การจัดสมดุลของชีวิต ในระยะนี้จึงมีความสำคัญที่จะทำให้การเลิกยายั่งยืนและไม่กลับไปติดซ้ำอีก (วิโรจน์ สุ่มใหญ่, ๒๕๔๓)

กัญชา (Cannabis)

กัญชา (ชื่อวิทยาศาสตร์: Cannabis, sp.) เป็นพืชล้มลุกชนิดหนึ่งในวงศ์ Cannabaceae (กระทรวงศึกษาธิการ, ๒๕๖๒) ใบมนแฉกเล็กเข้าไปทางก้านหลายแฉก ดอกสีเขียว ช่อดอกเพศผู้และช่อดอกเพศเมียอยู่ต่างต้นกัน มีการเก็บเกี่ยวดอกกัญชาด้วยจุดประสงค์หลายประการ เช่น เส้นใยบนใบสามารถนำไปทำเป็นเส้นใยได้ ใบและช่อดอกเพศเมียที่แห้งใช้สูบมีสรรพคุณช่วยแก้โรคเบาหวาน ความดัน มะเร็ง กัญชาผลิตเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) จำนวนมาก สาร THC จำนวนมากทำให้เกิดอาการเคลิ้ม ซึ่งทำให้เป็นพืชยอดนิยมที่ใช้ทั้งในด้านนันทนาการ การแพทย์ทางเลือก และยาวิจัยทางคลินิก (วิชาญ ทราญอ่อน, ๒๕๖๔)

เภสัชวิทยาและเภสัชจลนศาสตร์ของกัญชา

ในร่างกายมนุษย์จะมีการหลั่งสารกลุ่ม cannabinoids เรียกว่า endogenous cannabinoids เพื่อควบคุมกระบวนการต่างๆ ในร่างกายโดยเข้าจับโดยตรงกับตัวรับ(receptor) คือ cannabinoid receptor (CB) ซึ่งประกอบด้วยตัวรับ ๒ ชนิด คือ ตัวรับ CB๑ (CB๑ receptor) พบในระบบประสาทส่วนกลางและตัวรับ CB๒ (CB๒ receptor) พบในระบบประสาทส่วนปลาย มีรายงานว่าตัวรับ CB๒ สามารถพบได้ในระบบประสาทส่วนกลางด้วยทั้งตัวรับ CB๑ และ CB๒สามารถจับกับ cannabinoids จากภายในร่างกายและ cannabinoids จากภายนอก (exogenouscannabinoids) ได้ เช่นเดียวกัน ๑,๙ ตัวรับ CB๑ พบมากในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว การรับรู้ และความรู้สึกแต่พบน้อยบริเวณก้านสมอง (brain stem) จึงเชื่อว่าตัวรับ CB๑ เกี่ยวข้องกับผลทางจิตใจของผู้เสพกัญชา ในขณะที่ตัวรับ CB๒ พบมากบริเวณก้านสมองในจำนวนน้อยจึงทำให้ผู้ที่เสพกัญชาส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะโคม่า (coma) และการกดการหายใจ (respiratory depression) สำหรับตัวรับ CB๒ พบมากบริเวณระบบประสาทส่วนปลาย มีบทบาทเกี่ยวกับการตอบสนองทางระบบภูมิคุ้มกัน (immune response) ในร่างกาย ๑,๑๐ กลไกการออกฤทธิ์ของ endocannabinoids สาร endocannabinoids (๒-arachidonolglycerol, ๒-AG) สร้างขึ้นจากสารตั้งต้น diacylglycerol ที่มีอยู่ภายในเซลล์โดยการทำงานของเอนไซม์ DAG lipase ทำหน้าที่เปลี่ยน diacylglycerol เป็น ๒-arachidonolglycerol ซึ่งเป็น endocannabinoids ในร่างกายเมื่อสาร endocannabinoids เข้าจับกับตัวรับ CB๑ ที่ presynaptic neurons จะไปกระตุ้นการทำงานของ G protein ให้ไปยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ adenylyl

cyclase ที่ presynaptic neurons ส่งผลให้ลดการสร้าง cAMP จึงทำให้แคลเซียมไหลเข้ามาภายใน presynaptic neurons ลดลง ในขณะที่โปแตสเซียมไหลออกสู่ภายนอก presynaptic neurons มากขึ้นทำให้เกิดสภาวะ hyperpolarization ส่งผลให้ลดการหลั่งสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ออกจาก presynaptic cell สู่ synaptic cleft นอกจากนี้มีการศึกษาที่แสดงว่าเมื่อสาร endocannabinoids เข้าจับกับตัวรับ CB₁ แล้วจะไปกระตุ้นการทำงานของ G protein ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของ MPAK ซึ่งเป็นกลุ่มเอนไซม์ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่หลักๆ ของเซลล์ ได้แก่ การกลายพันธุ์ของเซลล์ (differentiation) การเพิ่มจำนวนเซลล์ (proliferation) และการตายของเซลล์ (cell death) สำหรับสาร endocannabinoids ที่เข้าจับกับตัวรับ CB₁ เรียกร้อยแล้วจะเคลื่อนที่เข้าไปใน postsynaptic neurons และถูกทำลายโดยการทำงานของเอนไซม์ monoacylglycerol lipase (MAG lipase) ๑,๑๐ - ๑๓

อาการและอาการแสดงของผู้ที่เสพกัญชา

อาการและอาการแสดงของผู้ที่เสพกัญชามีความหลากหลายทั้งในผู้เสพคนเดียวกัน และอาจแตกต่างจากผู้เสพอื่น ทั้งนี้เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น ปริมาณสารสำคัญที่เสพแต่ละครั้งไม่เท่ากัน วิธีการเสพที่ต่างกัน ประสบการณ์ของผู้เสพ ความสามารถในการรับรู้ของผู้เสพ สายพันธุ์ของกัญชาที่ใช้เสพและการใช้ยาหรือสารเสพติดอื่นร่วมด้วย เป็นต้น อาการและอาการแสดงของผู้ที่เสพกัญชาในขนาดที่ไม่ทำให้เกิดพิษ แบ่งได้เป็น ๒ กลุ่มอาการหลัก คือ

๑. ผลต่อจิตใจ (psychological effect) ได้แก่ ความรู้สึกผ่อนคลาย มีความสุขและเจริญอาหารมากขึ้น
๒. ผลต่อร่างกาย (physiological effect) ได้แก่ เลือดไหลเวียนไปยังสมองมากขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว ลดความต้านทานภายในหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ความดันโลหิตสูง หายใจสะดวกขึ้น (ทั้งในผู้เสพทั่วไปและผู้เสพที่เป็นโรคหืดร่วมด้วย) ตาแดง และลดความดันในลูกตา

ประโยชน์ของกัญชาในทางการแพทย์

ข้อบ่งใช้ของกัญชาที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แนะนำว่าสามารถใช้ได้มี ๖ ข้อดังนี้

๑. ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด
๒. โรคลมชักที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากันชัก (anticonvulsants)
๓. ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis)
๔. ภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (neuropathic pain)
๕. ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีน้ำหนักตัวน้อย
๖. การเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (end of life)

การวินิจฉัยผู้ที่มีปัญหาจากการเสพกัญชา นิยมใช้เกณฑ์ของ DSM-V

Cannabis Use Disorder เป็นภาวะที่เสพกัญชาจนเกิดปัญหาโดยต้องเข้าได้กับเกณฑ์อย่างน้อย ๒ ข้อขึ้นไปภายใน ๑๒ เดือน

๑. มีการเสพกัญชาในปริมาณที่มาก หรือระยะเวลาเกินกว่าที่ตั้งใจ

๒. มีความต้องการที่จะลดหรือหยุดการเสพกัญชานั้นแต่ไม่สามารถทำได้
๓. ใช้เวลามากในการหา กัญชา การเสพกัญชา และการฟื้นตัวจากฤทธิ์กัญชา
๔. มีอาการอยากหรือความต้องการรุนแรงที่จะเสพกัญชา
๕. มีการเสพกัญชาบ่อย ๆ จนไม่สามารถจัดการกับ กิจวัตรประจำวัน ทั้งที่ทำงาน บ้านหรือโรงเรียน
๖. ยังคงมีการเสพกัญชาอย่างต่อเนื่อง แม้จะเกิดปัญหาทางด้านสังคมหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เกิดจากการเสพกัญชาอยู่บ่อยครั้ง
๗. ต้องยกเลิกกิจกรรมที่สำคัญในด้านสังคม งานอาชีพ หรือกิจกรรมสันทนาการเพราะการเสพกัญชา
๘. มีการเสพกัญชาในภาวะที่อาจเกิดอันตรายทางร่างกายอยู่บ่อยครั้ง
๙. มีการเสพกัญชาต่อเนื่อง แม้จะทราบว่า การเสพกัญชาจะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตหรือทำให้ปัญหานั้นรุนแรงขึ้น
๑๐. มีอาการติ้อยาตามคำจัดความดังนี้
 - a. ต้องเสพกัญชาในปริมาณที่เพิ่มขึ้นมาก เพื่อให้ได้ผลที่ต้องการ
 - b. เสพกัญชาเท่าเดิมแต่ฤทธิ์น้อยลงชัดเจน
๑๑. อาการถอนพิษยาซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้
 - a. มีอาการถอนพิษยาจากกัญชา
 - b. การเสพกัญชา (หรือสารที่ออกฤทธิ์คล้ายคลึง) สามารถบรรเทาหรือทำให้อาการถอนพิษยาจากกัญชาให้หายไป

การดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการเสพกัญชา

ในปัจจุบันใช้ psychotherapy และกระบวนการอื่น เช่น contingency management, TC สำหรับสถานพยาบาลทั่วไปแนะนำให้ใช้กระบวนการ SBIR

การรักษาแบบอื่นที่สามารถช่วยผู้ป่วย Cannabis Use Disorder ได้แก่ motivational enhancement, brief advice ตลอดจนกลุ่มช่วยเหลือกันเองซึ่งกลุ่มนี้สามารถช่วยผู้ป่วยได้ดี โดยเฉพาะระยะฟื้นตัว จากการเสพติดและทำให้กลับเข้าสู่สังคมได้ดีขึ้น นักบำบัดสามารถหากกลุ่มนี้ได้จากกลุ่ม NA หรือ กลุ่มบำบัดยาเสพติดในพื้นที่ ปัจจุบันการบำบัดที่ได้ผลดีมากที่สุดคือ วิธีการแบบผสมผสานเช่น MET/CBT/CM และสามารถใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ แอปพลิเคชันมาช่วยในการรักษาได้ด้วยซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดอันตรายจากการเสพกัญชาไปจนถึงการเลิกเสพ Gabapentin เป็นยาที่มีการศึกษาพบว่าช่วยลดอาการถอนกัญชาได้ ขณะที่ N-acetylcysteine (NAC) สามารถช่วยอาการอยากเสพกัญชาได้บางส่วนอย่างไรก็ดีถ้าหากจะนำ gabapentin มารักษาผู้ป่วยเสพติดกัญชาจะพบอาการข้างเคียงได้บ่อยคือ มึนงง วิงเวียน อ่อนล้า จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงประโยชน์เมื่อเทียบกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากยาประกอบกับประสิทธิภาพในการลดการเสพกัญชาซึ่งยังไม่ชัดเจน จึงแนะนำให้รอข้อมูลที่สนับสนุนมากขึ้นหากจะนำยานี้มาใช้ในการรักษาการเสพติดกัญชาด้วยสารทดแทน กัญชาก็มีการศึกษา (cannabinoid replacement therapy) ด้วยยากัญชา nabilone หรือ dronabinol ว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยเสพติดกัญชา แต่ยังคงจำเป็นต้องมีการวิจัยที่ยืนยัน ที่

มากขึ้นหากจะนำมาใช้รักษาจริงหากจะนำยาที่กล่าวถึงข้างต้นมาใช้งานยังถือว่าเป็นยานอกข้อบ่งใช้ (off label) ซึ่งอาจจะพิจารณามาใช้เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อวิธีการรักษาแบบอื่น ๆ แล้วโดยต้องชั่งน้ำหนักความเสี่ยงกับประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับภายใต้ความเข้าใจและยินยอมของผู้ป่วย

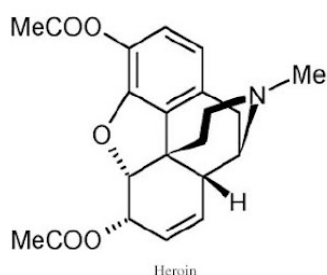
สำหรับผู้ที่เสพติดกัญชาในระดับรุนแรง หรือผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนจะได้ประโยชน์ควรได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพด้านการรักษาเสพติด หรือถ้ามีรูปแบบผู้ป่วยในที่เหมาะสมก็สามารถให้ผู้ป่วยเข้ารับการดูแลที่ครบถ้วนทั้ง กาย จิต สังคม การรักษาผู้ป่วยจิตเวชจากกัญชา (CID) ผู้ป่วยที่เสพกัญชาอาจมีโรคทางจิตเวชเกิดขึ้นได้เรียกว่า Cannabis Induced Disorders (CID) นอกเหนือจาก Cannabis Used Disorders (CUD) ซึ่งมีทั้งอาการเมายา อาการถอนยา โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล และโรคอื่น ๆ ซึ่งสามารถให้การรักษาตามอาการ และมักดีขึ้นภายใน ๑ - ๒ สัปดาห์ และมักไม่เกิน ๑ เดือนแต่โรคที่เป็นประเด็นซึ่งต้องให้ความสำคัญคือ โรควิตกกังวลจากกัญชา (Cannabis Induced Psychosis) ยิ่งผู้ป่วยหากมีโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรควิตกกังวล (Schizophrenia) เดิมอยู่แล้วยิ่งจะทำให้อาการทางจิตรุนแรง ผู้ป่วยอาจมีอาการหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (hallucination) บางรายมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวเป็นอันตรายที่เรียกว่า SMIV (Severe Mental Illness With High Risk to Violence) แนวทางการรักษา คือ การให้ยากลุ่มต้านโรควิตกกังวลฤทธิ์สูง (High potency antipsychotics) ได้แก่ haloperidol ๒ - ๕ mg ๑ - ๓ เวลาหลังอาหารหากเกรงว่าจะมีอาการ EPS (Extrapyramidal symptoms) อาจให้ยากลุ่มAnticholinergic เช่น Trihexyphenidyl ๒ - ๕ mg ๑ - ๓ เวลา หลังอาหาร และให้ยากลุ่มต้านโรควิตกกังวลฤทธิ์ต่ำ (low potency antipsychotics) เช่น Chlorpromazine ๕๐-๑๐๐ mg ก่อนนอน ในรายที่มีอาการอาละวาด วุ่นวาย อาจให้ยาฉีด ได้แก่ haloperidol ๕ - ๑๐ mg เข้ากล้ามเนื้อ และ/หรือ Diazepam ๑๐ - ๒๐ mg เข้าเส้นเลือดทันที ในบางรายที่อาการรุนแรงแต่กินยาไม่สม่ำเสมอ จำเป็นต้องให้ยาต้านโรควิตกกังวลระยะยาว (long acting antipsychotics) ได้แก่ Haloperidol decanoate ๕๐-๑๐๐ mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อต่อเนื่องทุก ๒-๔ สัปดาห์ และปรับยาตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้อาการรุนแรงกำเริบขึ้นมาอีก

เฮโรอีน (Opioids) (วีโรจน์ วีรัชย์ และคณะ, ๒๕๕๓).

เฮโรอีนเป็นสารกึ่งสังเคราะห์ ที่ผลิตขึ้นจากการนำเอามอร์ฟินที่สกัดได้จากฝิ่นมาผ่านกระบวนการ acetylation โดยทำปฏิกิริยาทางเคมีกับ acetic anhydride หรือ acetyl chloride

เฮโรอีนมีชื่อเรียกทางเคมีว่า ๓,๖-diacetylmorphine โดยทั่วไปอยู่ในรูปของเกลือไฮโดรคลอไรด์ ถ้าบริสุทธิ์จะมีลักษณะเป็นผงสีขาว รสขม บรรจุในหลอดพลาสติกเล็ก ๆ หรือหลอดกาแฟพ่นหัวทำยาเสพติดโดยกิน สูบ หรือสูดเข้าโพรงจมูกโดยตรงแต่ส่วนใหญ่แล้วนิยมเสพโดยการนำมอลายน้ำฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เฮโรอีนมีสูตรโครงสร้างทางเคมีพื้นฐานคล้ายคลึงกับมอร์ฟิน (ตามรูปที่ ๑) แต่การที่มี ๒ acetyl groups อยู่ในโมเลกุลทำให้เฮโรอีนละลายได้ดีในไขมันมากกว่ามอร์ฟิน จึงสามารถผ่านแนวด่านทานสมองได้ดีทำให้เข้าสู่สมองได้มากกว่ามอร์ฟิน ดังนั้นในขนาดยาที่เท่ากันเฮโรอีนจึงออกฤทธิ์ได้เร็วและรุนแรงกว่ามอร์ฟิน

รูปที่ ๒ สูตรโครงสร้างทางเคมีของเฮโรอีน



ที่มา : เฮโรอีน.(๒๕๖๖, ๑๓ เมษายน). ใน วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี . สืบค้นเมื่อ
๑๕ มกราคม ๒๕๖๗, จาก <https://th.wikipedia.org/เฮโรอีน>

กลไกการออกฤทธิ์ที่ทำให้เสพติด

เฮโรอีนจัดเป็นสารเสพติดในกลุ่ม Opioid agonist ซึ่งจะออกฤทธิ์ต่อตัวรับโอปิออยด์ (Opioid receptor) ในร่างกายมอร์ฟีน/เฮโรอีน ออกฤทธิ์กระตุ้น (activate) ตัวรับโอปิออยด์ชนิด μ กลไกการออกฤทธิ์ที่ทำให้เสพติดก็เช่นเดียวกับสารเสพติดทั่วไปโดยเกี่ยวข้องกับการกระตุ้น brain reward system ให้เพิ่มการส่งผ่านของสารโดปามีน (dopamine neurotransmission) ทำให้มีอารมณ์เป็นสุขเกิดขึ้น ทั้งนี้มอร์ฟีนจะออกฤทธิ์ในสมองบริเวณ ventral tegmental area โดยจับกับ μ -opioid receptor บน GABA neuron ซึ่งเป็นเซลล์ประสาทที่อยู่ข้างเคียงกับ dopamine neuron (DA neuron) จากนั้น GABA neuron จะส่งสัญญาณไปยัง DA neuron ใน nucleus accumbens ให้หลั่งสารโดปามีนมากขึ้น

ผลการออกฤทธิ์ต่อร่างกาย

การเสพมอร์ฟีน/เฮโรอีน ให้ผลการออกฤทธิ์ต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ดังนี้

๑. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง

- กดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ง่วงนอน เชื่องซึม คลายความวิตกกังวล/ความทุกข์
- เพิ่มการหลั่งของโดปามีน ทำให้เคลิ้มสุข
- การรับรู้ความเจ็บปวดเปลี่ยนไป ทำให้เพิ่มความทนต่อความเจ็บปวด (increase pain threshold) จึงระงับอาการปวดได้
- กดศูนย์ควบคุมการหายใจ (respiratory center) ทำให้การหายใจช้าลง ถ้าได้รับในปริมาณ มาก การหายใจจะหยุด และทำให้ตายได้
- กดศูนย์ควบคุมการไอ (cough reflex center) จึงทำให้ระงับอาการไอ
- กระตุ้น oculomotor nerve ทำให้รูม่านตาหดเล็กลง (miosis) จะเห็นได้ชัดเจนในผู้ที่ได้รับ ยาเกินขนาด จะมีรูม่านตาหดเล็กลงเท่ารูเข็ม (pin-point pupil)
- กระตุ้นศูนย์ควบคุมการอาเจียน (chemoreceptor trigger zone) ที่บริเวณเมดูลลา ทำให้ เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน

๒. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

- ไม่มีผลต่อการทำงานของหัวใจ แต่ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายจะเกิดความดันเลือดต่ำได้ เล็กน้อยโดยเฉพาะขณะเปลี่ยนอิริยาบถ

๓. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร

- ลดการหลั่งของกรดในกระเพาะอาหาร เพิ่มความตึงตัวของกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก และ ลำไส้ใหญ่ ทำให้ลดความเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร เป็นผลให้เกิดอาการท้องผูก

๔. ผลที่เกี่ยวข้องกับการหลั่งของ histamine

- ทำให้มีอาการหน้าแดง ผิวน้ำแดง คัน เหงื่อออกมาก และหลอดเลือดหดตัว

๕. ผลต่อกล้ามเนื้อเรียบ

- ท่อน้ำดี : ทำให้กล้ามเนื้อหูรูดของท่อน้ำดีเกิดการหดตัว เป็นผลให้ความดันในท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น

- กระเพาะปัสสาวะ : เพิ่มความตึงตัวของ detruster muscle จึงทำให้ความแรงในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง เป็นผลให้ปัสสาวะคั่ง

- มดลูก : ทำให้การบีบตัวของมดลูกลดลง เป็นผลให้ยี้ระยะเวลาในการคลอด

๖. ผลต่อต่อมไร้ท่อ (Endocrine effects)

- มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ

ความเสี่ยงและผลที่ตามมาจากการเสพเฮโรอีน

ผู้เสพเฮโรอีนมีความเสี่ยงที่จะได้รับยาเกินขนาด (Overdose) จะมีอาการง่วงนอนมากจนไม่รู้สึกรู้ตัว ความดันโลหิตลดต่ำลง กตการหายใจ ทำให้การหายใจช้าลงจนถึงตายได้อาการแสดงที่ชัดเจนคือ รูม่านตาจะหดเล็กลงเท่ารูเข็ม (pinpoint pupils) การได้รับเฮโรอีนเกินขนาดจะทำให้เป็นอันตรายถึง แก่ชีวิตได้ดังนั้นจึงจำเป็นต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยให้ยาต้านฤทธิ์โอปิออยด์ (Opioid antagonist) ชนิดฉีดคือ นาล็อกโซน (Naloxone) ขนาด ๐.๔-๐.๘ มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยที่การหายใจถูกกดหลังให้ยาแล้วอัตราการหายใจจะเพิ่มขึ้นใน ๑ - ๒ นาที อาการกดสมองจะดีขึ้น ความดันโลหิตที่ลดลงจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติถ้าไม่มีอาการตอบสนองเกิดขึ้น ให้นำนาล็อกโซนซ้ำได้ทุก ๒ - ๓ นาทีตามความจำเป็น (ขนาดยารวม ๑๐ มิลลิกรัม) หลังจากที่คนไข้มีอาการตอบสนองแล้วอาจให้นำนาล็อกโซนซ้ำได้อีกเป็นระยะ ๆ การที่นำนาล็อกโซนเป็นยาที่ออกฤทธิ์สั้น (ค่าครึ่งชีวิต ๒ - ๓ ชั่วโมง) ดังนั้นเมื่อหมดฤทธิ์ของนาล็อกโซนแล้วอาการที่ได้รับโอปิออยด์เกินขนาด (กตการหายใจ) อาจเกิดขึ้นมาอีกก็ได้จึงควรติดตามผู้ป่วยต่อไปอีกอย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมง

ผลระยะยาวต่อสุขภาพ

- cognitive impairment เป็นผลมาจากการได้รับยาเกินขนาดซ้ำ ๆ ทำให้กตศูนย์ควบคุมการหายใจในสมอง เป็นผลให้สมองขาดออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ของสมองบางส่วนสูญเสียไปจึงทำให้การรับรู้เสียไป

- ปัญหาทางจิต (ซึมเศร้า, วิตกกังวล)

การทนยา (Tolerance)

การทนยาเป็นผลทางกายที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติดติดต่อกันไประยะหนึ่งร่างกายจะเกิดการปรับตัวให้ลดการตอบสนองต่อฤทธิ์ของยาเสพติดเป็นผลให้ต้องเพิ่มขนาดของยาเสพติดให้สูงขึ้น เพื่อให้ผลการออกฤทธิ์อยู่ในระดับเดิม

เมื่อใช้เฮโรอีนไประยะหนึ่งจะเกิดอาการทนยา ในฤทธิ์ที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ระงับปวด ง่วงนอน กตการหายใจ ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เคลิ้มสุข หากใช้ขนาดยาเท่าเดิม ผู้เสพเฮโรอีนจะไม่มีผลของการออกฤทธิ์ต่าง ๆ ได้แก่ คลื่นไส้ ง่วงนอน กตการหายใจ ความดันโลหิตลดต่ำ ระงับอาการ ปวดและเคลิ้มสุขอีกต่อไป ดังนั้น เพื่อให้เกิดอาการเคลิ้มสุขตามเดิม ผู้เสพจึงต้องเพิ่มขนาดของเฮโรอีนให้สูงขึ้น

แต่อย่างไรก็ตามการทนยาจะไม่เกิดขึ้นกับผลการออกฤทธิ์ที่ทำให้รู้ม่านตาหดเล็กลง และอาการท้องผูก ดังนั้นจึงยังคงใช้ขนาดรูม่านตาเป็นเครื่องช่วยในการบ่งชี้การเสพเฮโรอีนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อได้รับเฮโรอีนเกินขนาดและอาการท้องผูกยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้ติดเฮโรอีน

อาการขาดยา (Withdrawal symptoms)

เมื่อหยุดใช้ยาเสพติดหรือลดขนาดยาลง ร่างกายจะแสดงอาการขาดยาเสพติดซึ่งเป็นอาการไม่สบายต่าง ๆ เรียกว่า อาการขาดยาเกิดขึ้น อาการขาดยาของเฮโรอีนจะเริ่มปรากฏหลังเสพเฮโรอีนครั้งสุดท้ายไปแล้ว ๖ - ๑๒ ชั่วโมง ความรุนแรงสูงสุดประมาณวันที่ ๒ - ๔ หลังจากนั้นจะค่อยๆ ลดลงและ หายไปประมาณ ๗ - ๑๐ วัน อาการที่เกิดขึ้นและระยะเวลาดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ อาการที่เกิดขึ้นและระยะเวลาของอาการขาดยาหลังเสพเฮโรอีนครั้งสุดท้าย

เวลาที่เริ่มเกิดอาการ หลังเสพเฮโรอีนครั้งสุดท้าย	อาการขาดยา
๖ - ๑๒ ชั่วโมง	<ul style="list-style-type: none"> • หาว น้ำมูก น้ำตาไหล จาม • เหงื่อออก
๑๒-๒๔ ชั่วโมง	<ul style="list-style-type: none"> • วุ่นวายและหงุดหงิด • ชนลุก • รูม่านตาขยาย • เหงื่อออก ร้อนๆ หนาวๆ • ไม่อยากอาหาร
มากกว่า ๒๔ ชั่วโมง	<ul style="list-style-type: none"> • อยากยา (cravings) มากขึ้น • ปวดท้องเกร็ง ท้องเดิน • เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน • ปวดกระดูก ปวดตามข้อ และกล้ามเนื้อ • นอนไม่หลับ • ไม่มีแรงและอ่อนเพลีย • กระสับกระส่าย หงุดหงิด วุ่นวาย

เวลาที่เริ่มเกิดอาการ หลังเสพ เฮโรอีนครั้งสุดท้าย	อาการขาดยา
	<ul style="list-style-type: none"> • ไม่มีสมาธิ • ร้อนๆ หนาวๆ เหงื่อออกมาก
วันที่ ๒ - ๔	• อาการรุนแรงสูงสุด
วันที่ ๕ - ๗	• อาการทางกายเกือบทั้งหมด ค่อย ๆ ลดลง กลับมาอยาก อาหารตามปกติ
สัปดาห์ที่ ๒	• อาการไม่สบายทางกายต่างๆ หายไป อาจมีอาการบางอย่าง เหลืออยู่ ได้แก่ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย หงุดหงิด และอยากยา
สัปดาห์ต่อไป จนถึงหลายเดือน	• การนอนหลับ ความแข็งแรงและอารมณ์กลับสู่ระดับปกติ สุขภาพทั่วไปดีขึ้น และอาการอยากยาลดลง

ที่มา : สถาบันธัญญารักษ์. (๒๕๕๓)

เนื่องจากเมทาโดนเป็นยาเสพติดเช่นเดียวกับเฮโรอีน ดังนั้นเพื่อให้การเสพติดเมทาโดน
เกิดขึ้นน้อยที่สุด จึงได้ให้ยาเมทาโดนในขนาดน้อยที่สุดที่จะระงับอาการขาดยาดังนั้นในผู้ป่วยจึงอาจมี
อาการ ขาดยาบางอย่างเกิดขึ้นได้บ้างซึ่งผู้ให้การรักษาสสามารถให้ยาอื่นๆ ร่วมด้วย เพื่อช่วยบรรเทา
ตามอาการ ที่เกิดขึ้นดังในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ยาที่ใช้รักษาตามอาการขาดยา

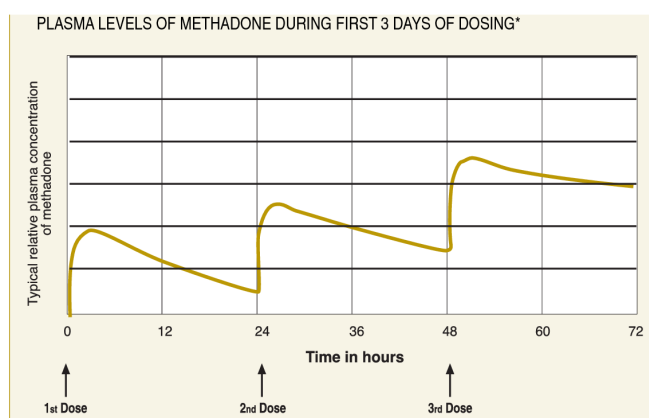
อาการขาดยา	ยาที่ใช้
นอนไม่หลับ วิตก กังวล	ให้ Benzodiazepines เพื่อคลายกังวล เช่น Diazepam (Valium®) ๑๐ mg วันละ ๒ - ๓ ครั้ง Lorazepam ๐.๕ - ๑ mg วันละ ๓ - ๔ ครั้ง อาจ ให้ให้ยานอนหลับก่อนนอน เช่น Temazepam (Euhypnos) ๒๐mg, Midazolam (Dormicum) ๑๕ mg ก็ได้แต่การให้ยา Benzodiazepines ควรให้ระยะสั้น เพียง ๗ - ๑๐ วัน เท่านั้นเพื่อ ป้องกันปัญหาการติดยา Benzodiazepines
อาเจียน	ให้ ยาต้านอาเจียน Metoclopramide (Plasil®) ๑๐ mg หรือ prochlorperazine (Stemetil®) ทุก ๔ - ๖ ชั่วโมง
ท้องเดิน	Diphenoxylate (Lomotil®) หรือ Kaolin et pectin (Kaopectal®) ในระยะ ๒ - ๓ วันแรก
ปวดท้องเกร็ง	ให้ยาระงับอาการปวดท้องเกร็ง Hyoscine N-butylbromide (Buscopan®) ๑๐ mg วันละ ๓ ครั้ง
กล้ามเนื้อเกร็ง	Quinine ๓๐๐ mg วันละ ๒ ครั้ง
ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อปวดกระดูก	Ibuprofen (Brufen®) ๒๐๐ - ๔๐๐ mg ทุก ๖ ชั่วโมง Paracetamol ๕๐๐ mg ๒ เม็ด ทุก ๔ ชั่วโมง Orphenadrine ๓๕ mg +Paracetamol ๔๕๐ mg (Norgesic®) ๒ เม็ด ทุก ๖ ชั่วโมง

ที่มา : สถาบันธัญญารักษ์. ๒๕๕๓

Methadone (สถาบันธัญญารักษ์. ๒๕๕๓)

เมทาโดนเป็นสารสังเคราะห์ซึ่งมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาคล้ายคลึงกับมอร์ฟินและเฮโรอีน โดยการออกฤทธิ์ต่อตัวรับโอปิออยด์ (μ -opioid receptor) ในสมองเช่นเดียวกันและจัดเป็นสารเสพติดโอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์แรง (potent opioid agonist) เมทาโดนบริสุทธิ์มีลักษณะเป็นผงสีขาว ไม่มีกลิ่นมีรสขม เมทาโดนสามารถระงับอาการขาดยาที่เกิดจากการหยุดเสพเฮโรอีนได้ดี สะดวกในการให้ยา สามารถให้ยาโดยการรับประทานได้เนื่องจากถูกดูดซึมได้ดีที่ทางเดินอาหาร มีค่าครึ่งชีวิตค่อนข้างยาวจึงสามารถให้ยารวันละครั้งได้ ผู้ติดเฮโรอีนสามารถทนต่ออาการข้างเคียงที่เกิดจากเมทาโดนได้ดีจากคุณสมบัติหลายอย่างดังกล่าว เมทาโดนจึงถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการถอนพิษยาผู้ติดเฮโรอีน

ถึงแม้ว่าสูตรโครงสร้างทางเคมีของเมทาโดนจะมีความแตกต่างไปจากมอร์ฟิน และเฮโรอีนก็ตามแต่ถ้าบังคับจับโครงสร้างมาบิด (steric forces) ให้โมเลกุลต่าง ๆ เรียงอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม แล้วจะทำให้มีความคล้ายคลึงกับมอร์ฟินและเฮโรอีน และสามารถจะเข้าไปจับกับตัวรับโอปิออยด์ได้กระชับพอดี การดูดซึม การกระจาย การเปลี่ยนแปลง และการขับถ่ายยาเมทาโดนถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหารการให้ยาโดยการรับประทาน พบว่า ร้อยละ ๘๐ - ๘๕ ของเมทาโดนจะถูกร่างกายนำไปใช้ได้ (bioavailable) เทียบกับมอร์ฟินซึ่งจะถูกดูดซึมเพียงร้อยละ ๓๐ เท่านั้น หลังรับประทาน จะเริ่มออกฤทธิ์ภายในเวลา ๓๐ นาที และระดับยาในเลือดขึ้นสูงสุด (peak effect) ประมาณ ๓ ชั่วโมงหลังให้ยา เมื่อให้ยานาครั้งเดียวครั้งแรกจะมีค่าครึ่งชีวิตที่ ๑๒ - ๑๘ ชั่วโมง (เฉลี่ย ๑๕ ชั่วโมง) เมทาโดนละลายได้ดีในไขมัน สามารถจับกับพลาสมาโปรตีนและสะสมในเนื้อเยื่อต่าง ๆ (เช่น ปอด ตับ ไตและม้าม) ได้ดีโดยที่ระดับของยาในเลือดจะอยู่ในภาวะสมดุลกับการสะสมในเนื้อเยื่อซึ่งเมื่อให้เมทาโดนครั้งต่อ ๆ มาจะส่งผลให้ค่าครึ่งชีวิตของเมทาโดนยาวออกไปเป็น ๑๓ - ๔๗ ชั่วโมง (เฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมง) เนื่องจากเมทาโดนที่สะสมไว้จะค่อย ๆ ถูกปลดปล่อยออกมาอย่างช้า ๆ ทำให้ออกฤทธิ์ได้นานขึ้นแม้ว่าระดับ ของยาในเลือดจะอยู่ในระดับต่ำก็ตาม (รูปที่ ๓)



รูปที่ ๓ ระดับยาเมทาโดนในเลือด เมื่อให้ยาเมทาโดนวันละ ๑ ครั้ง เป็นเวลา ๓ วัน
ที่มา: สถาบันธัญญารักษ์ (๒๕๕๓)

ระดับเมทาโดนในร่างกายถึงภาวะคงที่ (steady state) ใช้ระยะเวลาประมาณ ๓ - ๑๐ วัน ซึ่งจะทำให้ระดับความเข้มข้นของยาในเลือดมีความผันแปรน้อยจึงสามารถระงับอาการขาดยาได้ดี เมทาโดนถูกเปลี่ยนแปลง (Metabolized) ส่วนใหญ่ที่ตับโดยขบวนการ N - demethylation ได้สารที่ไม่มีฤทธิ์ (inactive metabolites) ซึ่งจะถูกขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะถ้าปัสสาวะเป็นกรด ยาจะถูกขับออกทางปัสสาวะได้เร็วขึ้นในขณะที่ปัสสาวะเป็นด่าง ยาจะถูกขับออกช้าลงระยะเวลาในการตรวจพบได้ในปัสสาวะ ๑ วัน - ๑ สัปดาห์ ขึ้นกับขนาดยาและระยะเวลาการใช้ยา นอกจากนี้ เมทาโดนบางส่วนยังถูกหลั่งออกทางเหงื่อ และทางน้ำลายได้ด้วย อีกทั้งยังสามารถผ่านรก และขับออกทางน้ำนมได้ จึงควรหลีกเลี่ยงการให้ยาเมทาโดนในสตรีมีครรภ์และระยะให้นมบุตร

ผลการออกฤทธิ์ต่อร่างกาย

ฤทธิ์ของเมทาโดนส่วนใหญ่เหมือนมอร์ฟิน ได้แก่ ฤทธิ์ที่สำคัญ

- ระงับปวด ง่วงนอน กดการหายใจ เคลิ้มสุข การกินเมทาโดนจะออกฤทธิ์ทำให้เกิดอาการเคลิ้มสุขได้แต่จะน้อยกว่าการฉีด เฮโรอีนเข้าหลอดเลือดดำ

ฤทธิ์อื่นๆ

- ความดันโลหิตลดลง รูม่านตาหดตัว ต่อระบบทางเดินอาหาร: เพิ่มความตึงตัวของลำไส้แต่ลดความแรงในการบีบตัว ลดการเคลื่อนไหว ทำให้ท้องผูก นอกจากนี้ยังทำให้ท่อน้ำดีหดเกร็งตัว

- ผิวหนัง : เพิ่มการหลั่งของฮีสตามีน ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายและคันตามผิวหนัง เหงื่อออกมากขึ้น ปากแห้ง

- ระบบต่อมไร้ท่อ: ลดระดับ FSH, LH, testosterone และ ACTH เพิ่มระดับ prolactin และ ADH ทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติในผู้หญิง ส่วนผู้ชายมีลักษณะคล้ายผู้หญิง และหมดสมรรถภาพทางเพศ มีอาการบวมหน้าและน้ำหนักเพิ่ม แต่อย่างไรก็ตามระบบต่อมไร้ท่ออาจกลับสู่ภาวะปกติได้หลังให้ ยาเมทาโดนไปแล้ว ๒-๑๐ เดือน

- ระงับอาการไอ

ผลข้างเคียง

ผลข้างเคียงที่สำคัญได้แก่ ท้องผูก กดการหายใจ ง่วงนอน ปัสสาวะลำบาก และคลื่นไส้ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของสารเสพติดโอปิออยด์ (เช่น เฮโรอีน) อยู่แล้วดังนั้นผู้ติดเฮโรอีนจึงมักทนต่ออาการข้างเคียงของเมทาโดนได้แต่ในระยะแรกที่เริ่มต้นให้เมทาโดนในการถอนพิษยาผู้ติดเฮโรอีนผู้ป่วยอาจมีอาการง่วงนอนมากจึงควรเตือนให้ผู้ป่วยระมัดระวังด้วย ในระยะเริ่มต้นให้เมทาโดนในการรักษาผู้ติดเฮโรอีนระยะยาว ต้องให้ความระมัดระวังต่อผลข้างเคียงของการกดการหายใจ (respiratory depression) ของเมทาโดนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการปรับขนาดยา (titrate dose) ก่อนเข้าสู่ภาวะคงที่เนื่องจากเมทาโดนเป็นยาที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว อาจเกิดการสะสมในร่างกายมากจนเกินขนาด และเกิดอันตรายจากการกดการหายใจได้

อาการที่ได้รับยาเกินขนาด

ในผู้ที่ได้รับเมทาโดนเกินขนาด จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ม่านตาหดเล็กลงเท่ารูเข็ม (pin - point pupils) ง่วงซึม ตัวเย็น อัตราการหายใจลดลง ความดันโลหิตลดลง อุณหภูมิร่างกายลดลง อาจมีอาการชัก การหายใจช้าลงเรื่อย ๆ จนหยุดหายใจและตายในที่สุด เมทาโดนมีผลกดการหายใจมากกว่ามอร์ฟีน ผู้ที่ใชยาเกินขนาดมักจะตายด้วยอาการน้ำท่วมปอด

การได้รับเมทาโดนเกินขนาด จำเป็นต้องแก้ไขโดยให้ยาต้านฤทธิ์โอปิออยด์เช่นเดียวกับการได้รับเฮโรอีนเกินขนาด โดยฉีดนาล็อกโซนขนาด ๐.๔ มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำ นาล็อกโซนเป็นยาที่ออกฤทธิ์สั้น (๑ - ๓ ชั่วโมง) ถ้าการหายใจไม่ดีขึ้นให้ยาซ้ำได้โดยช่วงเวลาห่างกันทุก ๒ - ๓ นาที จนกว่าการหายใจจะเป็นปกติแต่เนื่องจากเมทาโดนเป็นยาที่ออกฤทธิ์นาน ดังนั้นคนไข้อาจมีอาการกดการหายใจ กลับซ้ำขึ้นมาเมื่อใดก็ได้จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังต่อไปอีกเป็นเวลา ๗๒ ชั่วโมง

อาการขาดยา

อาการขาดยาที่เกิดจากการหยุดใช้เมทาโดนทันทีจะรุนแรงน้อยกว่าเฮโรอีน แต่เนื่องจากค่าครึ่งชีวิตของเมทาโดนยาวกว่าเฮโรอีน อาการขาดยาของเมทาโดนจึงเกิดขึ้นช้าและนานกว่าเฮโรอีนในผู้ติดเฮโรอีน อาการขาดยาจะเริ่มปรากฏหลังจากใช้ยาครั้งสุดท้ายไปแล้ว ๖ - ๒๔ ชั่วโมง รุนแรงสูงสุด ประมาณวันที่ ๒ - ๓ จากนั้นจะค่อย ๆ ลดลงและหายไป ๔-๑๐ วัน ส่วนเมทาโดนนั้น อาการขาดยาจะเริ่มปรากฏหลังจากใช้ยาครั้งสุดท้ายไปแล้ว ๑๒ - ๒๔ ชั่วโมง สูงสุดประมาณวันที่ ๗ และเกิดขึ้นเป็นระยะเวลา ๑๐ - ๒๐ วันหรือนานกว่านี้ อาการขาดยาดังกล่าวที่เกิดขึ้นนี้อาจมี protracted withdrawal syndrome ตามมาอีกระยะหนึ่งอาจกินเวลานานหลายสัปดาห์หรือนานถึง ๙ เดือน ซึ่งมีลักษณะสำคัญได้แก่ความรู้สึกทั่ว ๆ ไปไม่สบาย (general feeling of reduced well-being) ได้แก่ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ ไม่ค่อยอยากอาหารสมรรถภาพทางเพศลดลง ซึมเศร้า โดยจะมีอาการอยากยารุนแรง (strong craving) เกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ ทำให้อยากหวนกลับไปเสพสารเสพติดอีก ดังนั้นในผู้ที่ได้รับเมทาโดนอย่างต่อเนื่องมาชั่วระยะหนึ่งจึงไม่ควรหยุดใช้ยาในทันที

การเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา

การให้เมทาโดนร่วมกับยาที่ออกฤทธิ์ในการกดประสาทส่วนกลาง เช่น alcohol, benzodiazepines ฯลฯ จะเสริมฤทธิ์กันในการกดประสาทส่วนกลาง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการ ความดันโลหิตลดต่ำลง ง่วงนอนมาก (over sedation) กดการหายใจมาก (over respiratory depression) จนได้รับอันตรายได้

จากการที่เมทาโดนถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับโดยเอนไซม์ cytochrome P - ๔๕๐ ที่สำคัญคือ CYP๓A๔ รองลงไปคือ CYP๒D๖ และ CYP๑A๒ บ้างเล็กน้อย ดังนั้นการให้เมทาโดนร่วมกับยาที่มีคุณสมบัติกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์เหล่านี้เช่น phenytoin, rifampin ฯลฯ อาจมีผลทำให้ขบวนการเปลี่ยนแปลงเมทาโดนเร็วมากขึ้น ทำให้ระดับของเมทาโดนในเลือดลดลงเป็นผลให้การออกฤทธิ์ของเมทาโดนลดลง ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการขาดยาเกิดขึ้นได้ในทางกลับกัน การให้เมทาโดนร่วมกับยาที่มีคุณสมบัติยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ เช่น cimetidine, ketoconazole, erythromycin ฯลฯ อาจจะลดการเปลี่ยนแปลงของเมทาโดน ทำให้ระดับของเมทาโดนในเลือด

เพิ่มขึ้นเป็นผลให้การออกฤทธิ์ของเมทาโดนมากขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดอาการได้รับยาเกินขนาดได้ ดังนั้นในการให้ยาเมทาโดนร่วมกับยาอื่นจึงควรพิจารณาผลที่อาจเกิดขึ้นจากปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาด้วย

รูปแบบของยาเมทาโดนมี ๓ รูปแบบดังนี้

๑. ยาเม็ด ขนาด ๕ มิลลิกรัม

๒. ยาน้ำรับประทาน (Oral Solution) ความเข้มข้น ๑๐ มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร

๓. ยาฉีด ความเข้มข้น ๑๐ มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร

เมทาโดนในรูปแบบยาฉีดและยาเม็ดใช้สำหรับเป็นยาระงับปวด ส่วนในการรักษาผู้ติดเฮโรอีนนั้นจะให้เมทาโดนในรูปแบบของยาเกินเพราะสะดวกในการบริหารยา โดยมีกจะให้ยาในรูปแบบยาน้ำรับประทานมากกว่ารูปแบบยาเม็ด เนื่องจากยาน้ำสามารถนำมาทำเป็นยาเตรียมให้ได้ขนาดของยาตามต้องการ และปรับขนาดของยาที่ให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายในระหว่างการรักษาได้ง่ายกว่ายาเม็ด การควบคุมดูแลยาน้ำทำได้ง่ายกว่ายาเม็ด เนื่องจากการลักลอบนำยาเข้าสู่ตลาดมืดในรูปแบบของยาน้ำกระทำได้อ่อนช้งลำบาก นอกจากนี้ยาเม็ดยังมีความเสี่ยงสูงที่อาจมีผู้นำไปใช้ในทางที่ผิดด้วย

กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการใช้เมทาโดนในการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีน

ในทางกฎหมาย เมทาโดนจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ใช้ระงับอาการขาดเฮโรอีนและลดอาการอยากเฮโรอีนได้ดีจึงนำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีน อย่างไรก็ตามหากไม่มีมาตรการควบคุมที่เข้มงวด อาจมีการนำไปใช้ในทางที่ผิดได้ ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจำเป็นต้องรู้กฎหมายและระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการใช้เมทาโดนเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้ถูกต้อง

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าในการรักษาผู้ติดยาเสพติดเฮโรอีนนั้น มักจะให้ยาเมทาโดนในรูปแบบยาน้ำรับประทาน (Methadone Oral solution) ซึ่งในการปฏิบัติงานให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้น้ำเมทาโดนนั้น ควรรับทราบแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องแบ่งได้เป็น ๒ ประเด็น คือ แนวทางการดำเนินงานทั่วไปสำหรับการใช้เมทาโดนในการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีน และแนวทางการดำเนินงานเฉพาะในกรณีการให้เมทาโดนระยะยาวในผู้ติดเฮโรอีน

การให้เมทาโดนระยะยาวแก่ผู้ติดเฮโรอีนเป็นกรณีพิเศษ

ก่อนพิจารณาให้เมทาโดนระยะยาวแก่ผู้ติดเฮโรอีนแพทย์ผู้สั่งการรักษาต้องคำนึงถึงสภาพและประวัติการเสพยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษา ดังนี้

ก. มีการเสพยาเฮโรอีนมานานหลายปีเช่น เสพติดมาไม่น้อยกว่า ๒ ปี

ข. ใช้เฮโรอีนมาไม่น้อยกว่า ๒๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน

ค. มีประวัติการรักษาหลายครั้ง เช่น เคยได้รับการรักษามาแล้วไม่น้อยกว่า ๓ ครั้ง

ง. มีผลกระทบต่อสังคม การประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตของผู้นั้น

จ. เหตุผลอื่น ๆ ที่แพทย์เห็นสมควร การจะให้เมทาโดนระยะยาวนั้น สถานพยาบาลต้องยื่นขออนุญาตเข้าโครงการใช้เมทาโดนระยะยาวเป็นกรณีพิเศษต่อกรมการแพทย์

ข้อห้ามใช้ ผู้ที่ไม่ควรได้รับเมทาโดน

- ตับอักเสบรุนแรง
- อายุต่ำกว่า ๑๘ ปี
- ไม่สามารถลงชื่อยอมรับการรักษาเองได้
- แพ้เมทาโดน
- มีปัญหาอื่น ๆ ได้แก่ เรื่องการกดการหายใจ, หอบเฉียบพลัน, อาการขาดสุรา, บาดเจ็บที่ศีรษะ ความดันในสมองสูง, ลำไส้ใหญ่อักเสบ การหดตัวของท่อน้ำดี และทางเดินปัสสาวะ
- ผู้ป่วยที่เพิ่งรับยา MAOI หรือหยุดยามาไม่เกิน ๑๔ วัน

ข้อที่ควรนำมาพิจารณาการให้ขนาดยาเริ่มต้น

- ประวัติการเสพยาโอปิออยด์ปริมาณ, ความถี่ และวิธีการเสพ
- อาการและการตรวจพบภาวะพิษ หรือขาดสารโอปิออยด์
- การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจากผู้ที่เคยดูแลผู้ป่วยมาก่อน

การเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยเมทาโดน

คนส่วนใหญ่อาการขาดยาจะบรรเทาลงได้บ้างแต่ไม่ทั้งหมดด้วยขนาดเมทาโดนที่ต่ำกว่า ๓๐ mg. เหตุที่ผู้ป่วยเสียชีวิตเมื่อเข้าสู่การรักษา ส่วนใหญ่ใช้ยาหลายตัวพร้อมกัน (โดยเฉพาะยากดประสาท เช่น แอลกอฮอล์ และเบนโซไดอะซีปีน)

ขนาดของเมทาโดนมือแรก

ขนาดเริ่มต้นของเมทาโดนควรพิจารณาจากความรุนแรงของการเสพติด และระดับของการทนยาต่อสารกลุ่ม opioid ผู้ป่วยใหม่ควรได้รับยาในขนาดที่ปลอดภัย เนื่องจากผู้ป่วยมักเสียชีวิตในสองสัปดาห์แรกของการได้ยา

- ผู้ป่วยควรได้รับการสังเกตอาการเป็นเวลา ๓ - ๔ ชั่วโมง หลังยามือแรกหากยังคงมีอาการขาดยาอยู่เมื่อผ่าน ๔ ชั่วโมงไปแล้วสามารถพิจารณาให้เพิ่มได้อีก
- การพิจารณาขนาดยาเริ่มต้นการให้เมทาโดนถือตามที่ใช้ยาโอปิออยด์ใช้อยู่ทั้งผู้เสพเฮโรอีน มอร์ฟิน โคเคอินด้วย
- ขนาดมือแรกน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๐ มิลลิกรัม มักปลอดภัย
- ระวังระวัง หากเริ่มต้นที่ขนาดมากกว่าหรือเท่ากับ ๓๐ มิลลิกรัม
- ต้องระวังอย่างยิ่งหากจำเป็นต้องเริ่มที่ ๔๐ มิลลิกรัมหรือมากกว่า ซึ่งผู้จ่ายควรอาศัยความชำนาญ
- ควรมีระบบการให้คำปรึกษาควบคู่ไปด้วย

การให้ยาในขนาดคงที่ ควรมีการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดในขณะการรับยาในช่วง ๒ สัปดาห์แรก

- ผู้ป่วยควรได้รับการเฝ้าสังเกตอาการทุกวัน
- ผู้ป่วยควรได้รับการทบทวนจากผู้บำบัดที่มีประสบการณ์อย่างน้อย ๑ ถึง ๒ ครั้ง
- หากจะมีการเพิ่มขนาดควรมีการประเมินผู้ป่วยซ้ำเสียก่อน

การปรับขนาดยาให้เหมาะสม เพื่อให้ได้ขนาดยาที่คงที่

การทำให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ได้เนื่องจากการปรับขนาดยาตามความจำเป็นของผู้ป่วย

- ไม่ควรเพิ่มยาในช่วง ๓ วันแรกของการรักษานอกจากพบว่าผู้ป่วยมีอาการขาดยาถึงจุดสูงสุดจริง ๆ

- พิจารณาเพิ่มขนาดยาไม่เกิน ๕-๑๐ มิลลิกรัมในแต่ละทุก ๆ ๓ วันตามความเหมาะสม
- ทั้งหมดรวมแล้วในหนึ่งสัปดาห์ไม่ควรเพิ่มขนาดเกิน ๒๐ มิลลิกรัม
- ขนาดสูงสุดในปลายสัปดาห์แรกไม่ควรมากกว่า ๔๐ มิลลิกรัม
- ผู้ป่วยควรได้รับการตักเตือนว่า ไม่ควรขับชิวอดยานพาหนะ หรือทำงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักรในขณะที่กำลังปรับยาอยู่ขนาดที่เหมาะสม
- ระดับยาขนาดเมแทนเนสส์ที่มีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปจะอยู่ที่ ๖๐-๑๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน
- ขนาดที่เกิน ๑๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน อาจมีความจำเป็นซึ่งเป็นระดับยาเมแทนเนสส์ในผู้ป่วยรายที่มีระบบเมตาบอลิซึมสูง

สาเหตุจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนแปลงระดับยา

- ผู้ป่วยมีการเสพโอปิออยด์ที่ผิดปกติมาพร้อมด้วยขณะรักษา หรือในรายที่เสพโดยการฉีดเข้าเส้นมาเป็นระยะเวลาาน อาจจำเป็นต้องการเมทาโดนในขนาดสูงกว่า
- ในผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับเมตาบอลิซึม
- มีความเจ็บป่วยที่ต้องใช้ยาอื่นร่วมด้วย
- ขณะกำลังตั้งครรรค์
- มีการใช้ยาหลายตัวพร้อมกัน

ความจำเป็นที่ควรได้รับยาเมทาโดนอย่างสม่ำเสมอ

- ระดับเมทาโดนในกระแสเลือดควรมีระดับคงที่
- หากการรับยาไม่สม่ำเสมอมีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพเฮโรอีนซ้ำสูง

เหตุผลการกำกับดูแลผู้ป่วยขณะรับยาเมทาโดน

- เพื่อประเมินโอกาสในการกลับไปเสพยา
- เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
- เพื่อเป็นบรรทัดฐานในการประเมินผลของโปรแกรม
- ป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ

แนวทางการลดยาที่เหมาะสม

- ไม่ลดขนาดยาเกิน ๑๐ มิลลิกรัมต่อวัน ต่อจากนั้นเป็น ๕ มิลลิกรัมต่อสัปดาห์
- ไม่ควรลดยาถี่กว่า ๑ ครั้งต่อ ๑ สัปดาห์
- เคยเสพสารโอปิออยด์ขนาดสูง และระยะเวลาานาน
- การที่สามารถจะหยุดเสพได้นานขึ้นอยู่กับ การได้รับการช่วยเหลือทางสังคม ครอบครัวไม่มีปัญหา มีงานทำเป็นหลักแหล่ง มีสถานภาพทางจิตใจและสังคมที่มั่นคง

การดูแลระดับประคอง / หลังหยุดยาเมื่อโปรแกรมสิ้นสุดลง

- สามารถลดโอกาสการกลับไปเสพซ้ำ, ลดปัญหาการก่ออาชญากรรมช่วยให้ผู้ป่วยมีงานทำ
- ควรให้การดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน อาจจำเป็นต้องมีระบบการรับเข้าเป็นผู้ป่วยใหม่เป็นกรณีด่วนในผู้ป่วยที่เพิ่งถูกจำหน่ายออกไป

รูปแบบการบำบัดรักษายาเสพติด

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ถือเป็นวิธีการช่วยเหลือที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด เนื่องจากเมื่อหยุดเสพยาจะเกิดอาการขาดยาส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทรมานทั้งร่างกาย และจิตใจ หากผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย จะส่งผลให้การตอบสนองต่อการบำบัดรักษามากขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถหยุดยาเสพติดได้มากขึ้น ซึ่งขั้นตอนการบำบัดรักษาประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ดังนี้

๑. ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission) เป็นระยะแรกของการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจจัดการภารกิจต่าง ๆ ให้เรียบร้อยทำให้เข้ารับการรักษาได้ครบตามระยะเวลาได้ต่อเนื่องไม่ขาดตอน รวมทั้งให้คำแนะนำจูงใจผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของการรักษา และมีความตั้งใจจริงในการรักษา รวมไปถึงการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากผู้ป่วยหลายรายมีสาเหตุในการเสพยาเสพติดจากปัญหาในครอบครัว การให้คำแนะนำ และปรึกษาครอบครัวไปด้วย เป็นการรักษาที่ได้ผลดีกว่าการรักษาที่มุ่งเน้นเฉพาะตัวผู้ป่วย การดำเนินการในขั้นตอนนี้ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยยาเสพติดโดย การซักประวัติ สัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติในเรื่องชนิดของยาเสพติดที่เสพยาปริมาณที่เสพต่อวัน การใช้สารเสพติดอื่นร่วม อายุที่เริ่มใช้ ระยะเวลาที่ใช้ สาเหตุของการเสพยา ลักษณะของครอบครัว ความสัมพันธ์ของครอบครัว วิธีการเลี้ยงดู ตรวจร่างกาย ประเมินสภาพจิต และโรคแทรกซ้อน ตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวินิจฉัย และวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม ตลอดจนสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตั้งใจรักษาและนำครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาด้วย

๒. ขั้นบำบัดด้วยยา (Detoxification) เป็นขั้นตอนการรักษาทางร่างกายที่ทำให้ร่างกายพ้นจากสภาวะติดยาทางกาย หรือรักษาอาการถอนยาของร่างกาย การรักษาในระยะนี้จะใช้ยาบรรเทาอาการถอนยาตามประเภทของยาเสพติดที่ติดมา และให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วยไม่ว่าจะเป็นภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิตจนผู้ป่วยหมดอาการถอนยา และภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิตหมดไป หรืออยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ไม่มีอาการรุนแรง

การบำบัดระยะบำบัดยาเป็นระยะแรกที่ผู้ป่วยหยุดใช้ยาทันที จึงอาจเกิดภาวะขาดยา (Withdrawal) แม้อาการจะไม่รุนแรงมากนัก การรักษาด้วยยาก็ยังมีความจำเป็นในผู้ป่วยบางราย ซึ่งอาการที่พบได้บ่อยมีดังนี้

๑. อาการรู้สึกไม่มีความสุข (Dysphoria) มักพบหลังหยุดเสพไม่นาน อาจพบรุนแรงในบางราย และอะอะอาละวาดได้ ผู้ป่วยมักมีความสับสน ชัดแย้งในจิตใจสูงและหวาดระแวง เครียดหงุดหงิด การดูแลผู้ป่วยอาจมีความจำเป็นต้องยึดผู้ป่วยไว้และทำให้สงบในที่ปลอดภัย ให้ Benzodiazepines เช่น Diazepam เพื่อควบคุม Agitation ถ้าผู้ป่วยยังกระสับกระส่ายและไม่หลับอาจให้ Trazodone (Desirel) ในรายที่มีอาการทางผิวหนัง ทั้งอาการคันหรือการแพ้อาจให้ Benadryl เพื่อบรรเทาอาการ

๒. การหมดแรง หลับมาก หลังจากเสพหนัก (Crash) มักพบหลังยาบ้าหมดฤทธิ์ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่สนใจสิ่งรอบตัว จะเป็นอยู่นาน ๑๒-๓๖ ชั่วโมง อาจหลับอยู่เป็นวัน ๆ (Hyper somnolence) การดูแลผู้ป่วยควรระวังต้องให้น้ำและอาหารผู้ป่วยตามสมควร แต่อย่าให้ยาที่มีฤทธิ์ง่วงนอน การให้ยาที่ยิ่งทำให้ง่วงทั้ง Benzodiazepines และ Antipsychotic drugs ในระยะนี้ต้องระวังเพราะอาจเกิดการหายใจได้ ผู้ป่วยที่หลับมากในช่วงนี้การปลุกผู้ป่วยต้องดูให้เหมาะสม เพราะถ้าปลุกผู้ป่วยบ่อยเกินไปจะทำให้หงุดหงิดจนถึงมีอาการเอะอะหรืออาละวาดได้

๓. อาการซึมเศร้า (Depression) มักพบหลังหยุดเสพ ๓ - ๔ วัน ในรายที่มีอาการซึมเศร้า ควรให้ยาต้านซึมเศร้า โดยเฉพาะกลุ่มที่ออกฤทธิ์ทั้ง Dopamine และ Serotonin หรือกลุ่ม Selective Serotonin Receptor Inhibitors (SSRI) ซึ่งจะช่วยเพิ่ม Serotonin ในสมองไม่ให้เกิดฆ่าตัวตายได้

ยาที่ใช้ในการรักษาอาการขาดยา

สำหรับการรักษาอาการขาดยา ไม่มียาที่จะทดแทนโดยตรงเหมือนกับการรักษาสารเสพติดตระกูลฝิ่น ซึ่งอาการขาดยาบ้าโดยทั่วไปจะไม่รุนแรงมาก การรักษาในระยะนี้จึงรักษาตามอาการ เช่น ในรายที่มีอาการเครียด หงุดหงิด ควรให้ยาลดอาการเครียดในกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam ๔ - ๔๐ mg/day หรือ Lorazepam ๒ - ๓ mg/day ในรายที่มีอาการทางจิตก็ให้ยาต้านโรคจิต เช่น Haloperidol ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะจัดขนาดยาตามอาการทางจิตในแต่ละรายจะใช้ขนาดยาสูงต่ำไม่เท่ากัน

ยากลับต้านอาการซึมเศร้า ได้แก่ ยาบางตัวในกลุ่ม Tricyclic antidepressant เช่น Imipramine Desipramine Nortryptiline และยาต้านอาการซึมเศร้าตัวอื่น Selective Serotonin Receptor Inhibitors (SSRI) เช่น Fluoxetine นอกจากจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้แล้ว ยังจะช่วยรักษาอาการหมดเรี่ยวแรงในสัปดาห์แรกๆ ของการหยุดยาและลดอาการขาดยาบางอย่างได้ เช่น อาการง่วงนอน หลับมาก หิวบ่อย กินจุ ดังนั้นยาต้านอาการซึมเศร้า กลุ่มที่มีฤทธิ์กระตุ้นเหล่านี้จะมีประโยชน์ในรายที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และยังต้องประกอบอาชีพอยู่เพราะลดอาการขาดยาบ้า ที่สำคัญคืออาการง่วงนอนได้ ยาพวกนี้มีกลไกบางส่วนคล้ายกับยาบ้าในแง่ของการยับยั้งการดูดกลับของสารจำพวก Norepinephrine และ Serotonin ที่ปลายประสาท ซึ่งทำให้บริเวณรอยต่อปลายประสาทมีสารจำพวกนี้เพิ่มมากขึ้น แต่ปัญหาของยาในกลุ่มนี้คือต้องใช้เวลา ๒ - ๓ สัปดาห์กว่ายาจะออกฤทธิ์ต้านอาการซึมเศร้าได้เต็มที่ผลที่ได้จึงค่อนข้างจำกัด เพราะอาการขาดยาและอาการอยากยาจะมากที่สุด

๓. ชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

ในขั้นนี้จะเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ผ่านขั้นตอนบำบัดด้วยยา ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่งที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม เป็นระยะการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพชีวิตอย่างสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ พร้อมออกไปใช้ชีวิตในสังคมภายนอกได้ และมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี จุดประสงค์หลักของการรักษา คือ การป้องกันการติดซ้ำเตรียมความพร้อมที่จะออกไปประกอบอาชีพหรือใช้ชีวิตในสังคมภายนอก การรักษาระยะนี้มีทั้ง ๒ รูปแบบ คือ การรักษาแบบผู้ป่วยนอก และแบบผู้ป่วยใน

๓.๑ การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งในปัจจุบันใช้รูปแบบแมทริกซ์ (Matrix model) ใช้เวลา ๑๖ สัปดาห์โดยยึดหลักการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยให้เข้าใจอย่างถูกต้อง โดยให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสมองหลังการเสพยา กระบวนการติดยาเสพติด และขั้นตอนต่าง ๆ ในการเลิกยาเพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๓.๒ การรักษาแบบผู้ป่วยใน ใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) โดยเป็นรูปแบบที่มีฐานแนวความคิดมาจากรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC) ใช้เวลาการบำบัด ๔ - ๖ เดือน โดยเพิ่มการฝึกการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วย และครอบครัว ระยะเวลาจะเน้นการใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดให้สามารถกลับคืนสภาพร่างกาย และจิตใจที่เข้มแข็งและมั่นคง ผู้ป่วยจะได้รับการพัฒนาศักยภาพทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมตลอดจนความพร้อมที่จะออกไปใช้ชีวิตกับสังคมภายนอก โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู ตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดรักษาจนกระทั่งสามารถเรียนรู้ร่วมกันทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดรักษาเป็นผู้ช่วยเหลือ ชี้นำและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อนำไปปฏิบัติตนดำรงชีวิตประจำวันอย่างปกติสุขและเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม และชุมชน ขั้นตอนนี้ต้องใช้เจ้าหน้าที่หลายฝ่ายด้วยกันและทำงานเป็นทีม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด

๔. ขั้นตอนติดตามดูแลหลังรักษา (After care)

เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่มีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เผื่อระวังการกลับไปเสพยา เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยคอยตรวจสอบสัญญาณเตือนและป้องกันตนเอง ไม่กลับไปเสพยา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างสมดุล ช่วยเหลือตามสภาพปัญหา หากผู้ป่วยติดช้ำนำกลับเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา

ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นคำที่ใช้กันแพร่หลายไม่เพียงแต่ในด้านจิตเวชศาสตร์ ยังใช้ในการบรรยายสภาวะเศรษฐกิจในทางเศรษฐศาสตร์ ใช้บรรยายสภาพอากาศในทางอุตุนิยมวิทยา และยังใช้ในทางวิทยาศาสตร์ชีวภาพอื่น ๆ สำหรับการใช้นี้ในทางจิตเวชศาสตร์มีการใช้ความหมายหลากหลายมานานจนความหมายเปลี่ยนไปจากเดิม ในปัจจุบัน Depression จะสัมพันธ์กับปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อการสูญเสียทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือคาดการณ์ล่วงหน้าและความเสียใจ ความผิดหวังที่เกิดขึ้นจากการไม่ได้ดังหวังหรือการเปลี่ยนแปลงของโชคชะตาชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดความสับสนพอสมควร แต่ในทางคลินิกนั้น Depression จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของจิตใจ และรบกวนต่อการปฏิบัติหน้าที่การทำงานอย่างมากถือว่า Depression เป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างหนึ่งที่มีความรุนแรงมีโอกาสที่จะเกิดซ้ำ ก่อความสูญเสียอย่างมากทั้งต่อบุคคลและสังคม ซึ่งนัยทางการแพทย์จำเป็นต้องให้การวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างถูกต้อง ในประเทศไทยการใช้คำดังกล่าวยังสับสน บางครั้งให้ความหมายของ Depression เป็นทั้งอารมณ์เศร้าที่เป็นภาวะปกติของเรา และเป็นทั้งภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติ โดยทั่วไปแล้วจะใช้คำว่า “ภาวะซึมเศร้า” หมายถึง “Depression” ซึ่งมีการประเมินและการวัดความหลากหลายรวมถึงการจัดระดับความรุนแรง

มีนัยว่าถ้าภาวะซึมเศร้านั้นอยู่ในระดับที่รุนแรงก็มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ)

จากการศึกษาเอกสารและตำราต่างๆเกี่ยวกับความหมายของภาวะซึมเศร้า (Depression) มีผู้ที่ให้คำจำกัดความของภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้

เบ็ค (Beck, ๑๙๖๗) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นกระบวนการภายในจิตใจเมื่อ มีสถานการณ์เกิดขึ้นจะเกิดความคิดอัตโนมัติทางด้านลบต่อตนเอง ต่ออนาคต และต่อโลก ซึ่งจะเกิดจากพื้นฐานความเชื่อแบ่งได้เป็น ความรู้สึกขาดความช่วยเหลือ รู้สึกขาดคุณสมบัติ และรู้สึกหมดหวัง ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น ดังเช่น อยากหลีกเลี่ยง รู้สึกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เกิดอารมณ์ซึมเศร้า เพิ่มความต้องการพึ่งพิงและอยากจะทำร้ายตนเอง เป็นต้น

นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ (๒๕๕๙) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่แสดงออกมาถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ลบ และ อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Hongsrissawan, ๒๐๑๖)

สายฝน เอกวารงกูร (๒๕๕๔) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง กลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลัก (attribution) ของการแสดงออก ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม โดยอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน ทั้งนี้อาการดังกล่าวอาจเกิดต่อเนื่องกันนานเป็นอาทิตย์หรือเป็นเดือน ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

ภักจิรา ภูสมศรี (๒๕๖๓) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่สภาพจิตใจมีการเปลี่ยนแปลง รู้สึกเศร้า จิตใจหดหู่ สิ้นหวัง เชื่องซึม ไม่มีสมาธิ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และอาจนำไปสู่การคิดอยากตาย

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกาย โดยมีอารมณ์เศร้า เหนง รู้สึกตนเองโดดเดี่ยว ไม่มีใครรัก ไม่มีค่า รู้สึกผิด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง ปวดศีรษะ สมาธิลดลง หมดหวัง โทษตนเอง กลัวการทำงานพลาด หรือกลัวการถูกปฏิเสธ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองล้มเหลว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แยกตัว โดยอารมณ์เศร้า และภาวะซึมเศร้าจะแสดงออกได้แตกต่างกันทั้งในเพศ ศาสนา และพลังจลิตและภาษา

การวินิจฉัยแยกโรค

๑. โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder/dysthymia) มีอารมณ์ซึมเศร้าที่มีอาการร่วมไม่มากเท่าโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) แต่อาการคงอยู่นานกว่า คือ อย่างน้อย ๒ ปี

๒. โรค bipolar and related disorders due to another medical condition/ depressive disorders due to another medical condition (organic mood disorder) เช่น มีสาเหตุจาก left side stroke ภาวะ hypothyroidism มักตรวจพบสาเหตุทางกายที่เป็นสาเหตุได้สัมพันธ์กับโรคที่มีสาเหตุทางอารมณ์

๓. โรค substance/medication - induced bipolar and related disorders หรือ substance /medication-induced depressive disorders เช่น จากยา beta blocker, benzodiazepine, alcohol, clonidine, reserpine, methyl dopa มักมีประวัติใช้ยา หรือสารดังกล่าวก่อนเกิดอาการ

๔. โรค adjustment disorder with depressed mood หรือ with mixed anxiety and depressed mood เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกอึดอัดเป็นทุกข์ ร่วมกับมีภาวะซึมเศร้า จนรบกวนความสามารถในการทำงานหรือการทำหน้าที่ทางสังคม เกิดจากความกดดันหรือความเครียด หรือเป็นผลหลังจากมีเหตุการณ์หรือมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ความผิดปกติเกิดภายใน ๓ เดือนหลังจากเผชิญเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ระยะเวลาการดำเนินโรคมักไม่เกิน ๖ เดือน เมื่อเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดนั้นหมดไป

๕. โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) และ schizoaffective disorder บางช่วงของชีวิตมีอาการที่เข้าได้กับโรคซึมเศร้า และบางช่วงมีอาการของ mania/hypomania

๖. ภาวะเพ้อ (hypoactive delirium) การที่ผู้ป่วยซึมลง พูดคุยน้อยลงสมาธิไม่ดี อาจมีอาการผิดปกติได้จนคล้ายกับโรคซึมเศร้า มักพบในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยด้วยโรคที่รุนแรง

๗. ภาวะสมองเสื่อม (major neurocognitive disorder หรือ dementia) เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจพบอาการด้านความคิดการรับรู้บกพร่อง (cognitive impairment) บางประการคล้ายผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น มีความจำ สมาธิลดลง แต่ไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกายจึงเรียกว่าภาวะ pseudo dementia (dementia syndrome of depression) อาการอาจเกิดกับผู้ป่วยที่อายุไม่มากได้ มีจุดเริ่มต้นเกิดอาการค่อนข้างชัดเจน มีประวัติโรคซึมเศร้า ใส่ใจมากต่อความผิดปกติของความคิดการรับรู้ของตน เมื่อตรวจสภาพจิตพบว่ามีอารมณ์เศร้าและมักไม่ค่อยร่วมมือ

๘. โรค post psychotic depressive disorder of schizophrenia ต้องมีประวัติป่วยด้วยโรคจิตเภทมาก่อน และในระยะที่มีอาการหลงเหลือ (residual phase) มีอาการที่เข้าได้กับโรคซึมเศร้า (major depressive episode)

๙. โรคในกลุ่ม anxiety disorder เนื่องจากผู้ป่วย depressive disorder with anxious distress มีอาการวิตกกังวลมากร่วมด้วยได้

๑๐. ภาวะ uncomplicated bereavement ต้องแยกกับโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โดยภาวะ uncomplicated bereavement เป็นปฏิกิริยาปกติที่เกิดหลังการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักจะนึกถึงโรคซึมเศร้า ถ้าผู้ป่วยมีอาการเศร้าอย่างต่อเนื่องไม่สามารถมีความสุขในชีวิตได้เลย หรือหมกมุ่นตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ตนเองอย่างรุนแรงหรือรู้สึกไร้ค่า หรือคิดฆ่าตัวตาย เพราะรู้สึกว่าคุณค่า ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ หรือไม่สามารถจัดการกับอาการเจ็บปวดของอาการซึมเศร้าได้

๑๑. บุคลิกภาพแปรปรวนแบบเจ้าอารมณ์ (borderline personality) เป็นบุคลิกภาพผิดปกติแบบหนึ่งซึ่งไม่มีความแน่นอนมั่นคงในอารมณ์พฤติกรรมความสัมพันธ์กับผู้อื่นและภาพลักษณ์ของตนเองเป็นมายาวนาน มักรู้สึกว่างเปล่าอย่างเรื้อรัง ทนอยู่คนเดียวและทนเหงาไม่ได้มักมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ไม่สามารถจัดการกับความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของวงจรชีวิตได้ เช่น การเข้าทำงาน การมีบุตร

นอกจากนี้ ผู้ติดสารเสพติดมักมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นในช่วงหยุดเสพสารได้มาก ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงจำเป็นต้องวินิจฉัยแยกอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ในผู้ป่วยติดสารเสพติดว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้น (independent depressive disorder) หรือเป็นอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (substance - induced depressive disorder) ข้อพิจารณาที่สนับสนุนว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้น มีดังต่อไปนี้

๑. ช่วงของอารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นก่อนเมาและถอนสารเสพติด
๒. ช่วงของอารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นหลังจากการเมาและถอนสารเสพติดนานมากกว่า ๔ สัปดาห์
๓. ช่วงของอารมณ์ซึมเศร้าเป็นอยู่นานมากกว่า ๔ สัปดาห์หลังจากการเมา และถอนสารเสพติด
๔. อารมณ์ซึมเศร้ามีอาการรุนแรงมาก
๕. มีประวัติความพยายามในการฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง
๖. มีโรควิตกกังวลต่าง ๆ เกิดร่วมด้วย ได้แก่ โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคแพนิค โรคกลัวสังคม โรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต เป็นต้น
๗. มีประวัติโรคสมาธิสั้นและอยู่ไม่นิ่ง (ADHD) เกิดร่วมด้วย
๘. มีประวัติโรคทางอารมณ์หรือโรควิตกกังวลในครอบครัว
๙. มีประวัติการตอบสนองที่ดีต่อการบำบัดรักษาในอดีต

ระดับของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าแบ่งตามการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชได้ ๓ ระดับ คือ

๑. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) จะต้องมีอาการสำคัญอย่างน้อย ๒ อาการคือ อารมณ์เศร้า ขาดความสนใจตนเอง/ สิ่งแวดล้อม ขาดความสนุกสนานร่าเริง และรู้สึกอ่อนเพลียมากขึ้นนอกจากนี้ต้องมีอาการอื่น ๆ ดังต่อไปนี้อีกอย่างน้อย ๒ อาการร่วมด้วย คือ เหนื่อยง่าย มีการลดจำนวนของการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลง ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนลดต่ำลง รู้สึกผิด ไร้ค่า อ้างว้าง มองอนาคตในแง่ร้าย มีความผิดปกติของการนอนหลับ ความอยากรับประทานอาหารลดลง น้ำหนักลดลง ความต้องการทางเพศลดลง อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงมากเกินไป เกิดอาการอย่างน้อย ๒ สัปดาห์ ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยมักจะรู้สึกเป็นทุกข์กับอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งมีความยากลำบากในการดำเนินกิจกรรมทางการงานและสังคม แต่ไม่ถึงกับการสูญเสียความสามารถไปทั้งหมด

๒. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) จะต้องมีอาการสำคัญที่พบใน Mild depression อย่างน้อยใน ๒ - ๓ อาการร่วมกับอาการอื่น ๆ ที่กล่าวไปแล้วอีกอย่างน้อย ๓ - ๔ อาการและอาการทั้งหลายมักจะมีอาการรุนแรงมากขึ้น จะมีความยากลำบากมากในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับสังคม การทำงานและภายในครอบครัว

๓. ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) จะต้องพบอาการสำคัญทั้ง ๓ อย่างของ mild และ moderate depression ร่วมกับอาการอื่น ๆ ที่กล่าวไปแล้วอีกอย่างน้อย ๔ อาการ ซึ่งอาการบางอย่างมีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานและหงุดหงิดกระวนกระวายอย่างรุนแรง หรือบางรายอาจแข็งขี้ ความรู้สึกผิด และความคิดหรือการกระทำที่จะทำร้ายตนเอง หรือ

ฆ่าตัวตายมักเด่นชัดและเป็นอันตรายที่สำคัญ บางรายอาจมีอาการหลงผิดหรือระบบประสาทหลอนร่วมด้วย ผู้ป่วย severe depression มักจะมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอ ผู้ป่วยมักจะไม่สามารถดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการงาน สังคม และครอบครัวได้

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า (คุชณีย์ ชาญปรีชา และคณะ, ๒๕๕๙)

ในปัจจุบันทราบสาเหตุเพียงเล็กน้อย ซึ่งไม่ได้เป็นการบอกว่าสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งจะทำให้เครียด หรือซึมเศร้าแต่หลายๆ ปัจจัยประกอบกันทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Martin, ๒๐๑๖) แบ่งได้ ๓ สาเหตุสำคัญ ได้แก่

๑. สาเหตุทางกาย (Biological cause) ผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีสารสื่อประสาทในสมองบางอย่างไม่สมดุลส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เศร้าได้ สารสื่อประสาทที่สำคัญคือ ซีโรโทนิน (Serotonin) และ นอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) และโดปามีน (Dopamine) ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะลดต่ำกว่าในบุคคลปกติอีกสาเหตุหนึ่ง คือ ด้านกรรมพันธุ์ซึ่งมีความเกี่ยวข้องสูงที่จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้ป่วยซึมเศร้า มักพบว่าบุคคลในครอบครัวเดียวกันมีโอกาสเกิดภาวะนี้มากกว่าคนทั่วไปถึง ๒.๘ เท่า อาการซึมเศร้าจากสาเหตุนี้มีลักษณะเฉพาะตัวคือ มีอาการซึมเศร้าซ้ำหลายๆครั้ง เกิดอาการเป็นพักๆ แต่จะไม่พบความแปรปรวนด้านบุคลิกภาพใด ๆ

๒. สาเหตุด้านจิตใจ (Psychological cause) สาเหตุอื่น ๆ ด้านจิตใจ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผิดหวังในชีวิต ล้มเหลว ผิดพลาด มีความโกรธแค้นแล้วระบายออกไม่ได้จึงย้อนมากอดตันรู้สึกผิดในตนเอง มีความคิดลบ มีความคิดบิดเบือน ไม่มีใครช่วยเหลือได้ ไม่มีความหวังแล้ว เป็นต้น บุคคลบางคนมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้อื่น แม้ว่าลักษณะภายนอกจะเป็นมีบุคลิกภาพมั่นคง มีความทะเยอทะยาน มีความซื่อตรงต่อหน้าที่มีความประพฤติดี แต่บุคคลนั้นอาจมีสภาพจิตใจระดับลึกที่มีความลึกลับซ่อนและขาดความมั่นใจ จึงมีแนวโน้มจะเกิดภาวะนี้ได้ โดยผู้เกิดภาวะซึมเศร้านี้ต้องประสบกับภาวะเหตุการณ์รุนแรงบางอย่างในชีวิตที่ตนเองไม่สามารถจัดการได้ ซึ่งอาจมีสาเหตุจากครอบครัวตีงเครียด สะเทือนใจอย่างมาก ถูกคาดหวังสูง ถูกบีบคั้นอย่างมาก การหย่าร้าง ความสูญเสีย เป็นต้น

๓. สาเหตุด้านสังคม (Social cause) ความกดดันจากสังคมหรือเศรษฐกิจเป็นเวลานานหรือการที่บุคคลไม่สามารถทำได้ตามการคาดหวังของสังคม หรือประคับประคองเศรษฐกิจของตนให้เสถียรได้

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากเมทแอมเฟตามีน

ผู้เสพยากระตุ้นประสาทมักมีประสบการณ์ของภาวะซึมเศร้าที่อาจเป็นต้นเหตุหรือผลลัพธ์จากการเสพยา ผู้เสพยากระตุ้นประสาทส่วนใหญ่อยู่ในภาวะซึมเศร้าแต่ไม่แสดงอาการออกมาชัดเจน อาการซึมเศร้าเป็นได้ทั้งอาการแสดงจากการเสพยากระตุ้นประสาทและเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้เมื่อหยุดเสพยา

อาการซึมเศร้าที่เกิดจากเมทแอมเฟตามีน มักเกิดขึ้นในช่วงถอนพิษเมทแอมเฟตามีน ซึ่งอาการมักจะดีขึ้นภายใน ๑ สัปดาห์หลังจากเสพยาครั้งสุดท้าย อาการที่พบในช่วงภาวะถอนพิษสารกระตุ้นประสาท ได้แก่ อารมณ์เศร้าซึมลง สมาธิเสีย เคลื่อนไหวช้า เฉื่อย กระสับกระส่าย โกรธ เสียใจ ฉุนเฉียวง่าย มีความรู้สึกอยากยา (cravings) อยากกลับไปเสพยา ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว

นอนมากแต่หลับไม่สนิท อ่อนเพลียหมดเรี่ยวแรง นอนไม่หลับ หิวบ่อย กินจุซึมเศร้า อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย รู้สึกวิตกกังวลอย่างมาก (คล้าย panic) หงุดหงิดอยู่ไม่นิ่ง อาการเหล่านี้มักจะเกิดในช่วงสั้น ไม่จำเป็นต้องให้ยาเพื่อรักษา โอกาสอันตรายถึงชีวิตน้อยมาก ยกเว้นในผู้ที่มีความเสี่ยงจากภาวะซึมเศร้าที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือมีการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากอาการทางจิต อาการที่พบได้ในภาวะซึมเศร้านั้น ไม่ใช่เพียงแค่ความรู้สึกซึมลงเท่านั้น อาการสำคัญที่พบบ่อย ได้แก่

- Sad or Blue Mood รู้สึกเศร้า อารมณ์หดหู่ เป็นส่วนใหญ่ของวัน โดยอารมณ์เศร้านี้ต่างจากแสดงให้เห็นแตกต่างไปจากเดิม หรือไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ อาจมีอาการหงุดหงิดง่าย รู้สึกแย่อต่อการถูกวิพากษ์วิจารณ์เล็ก ๆ น้อย ๆ หรือขาดความมั่นใจในตนเอง

- Change to Appetite and Weight มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักอย่างรวดเร็วทั้งน้ำหนักลดหรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น มักสัมพันธ์กับความรู้สึกเบื่ออาหารหรืออยากทานอาหารมากขึ้น ผู้เสพสารกระตุ้นประสาทส่วนใหญ่มักจะเบื่ออาหารในช่วงที่เสพแต่ก็ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเหมือนในผู้ป่วยซึมเศร้า

- Change to Sleeping Patterns มีปัญหาการนอนหลับ อาจเป็นได้ทั้งหลับยาก (Early Insomnia) เนื่องจากคิดวิตกกังวลสารพัดเรื่อง หรืออาจตื่นกลางดึกบ่อยๆ หลับไม่สนิท (Middle Insomnia) หรือตื่นเช้ากว่าปกติ (Early Morning Wakening)

- Reduce Interest in Usual Activities สนใจเรื่องต่าง ๆ ทั้งที่เป็นเรื่องที่เคยชอบลดลงอย่างมาก ทั้งอาจแยกตัวไม่ออกไปไหน ไม่อยากออกกำลังกาย ไม่อยากมีเพศสัมพันธ์ ไม่อยากไปดูหนัง ฟังเพลง ไปเที่ยวกับเพื่อน มักจะชอบนอนซุกอยู่คนเดียวไม่ยอมออกจากบ้านไปไหน

- Poor Concentration ขาดสมาธิ ตัดสินใจไม่ค่อยได้ คิดอะไรไม่ค่อยออก ซึ่งผู้เสพสารกระตุ้นประสาทอาจมีผลต่อความจำได้

- Cognitive Distortions ความคิดบิดเบือนไป เช่น คิดวิตกกังวลในบางเรื่องอย่างไม่สมเหตุสมผล รู้สึกผิดในเรื่องเล็กๆน้อยๆ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิดกับตัวเองอย่างมาก

- Suicidal Thoughts ความคิดอยากฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้มีภาวะซึมเศร้าอาจมีความคิดได้ตั้งแต่รู้สึกอยากตาย คิดอยากฆ่าตัวตาย คิดวางแผนจะฆ่าตัวตาย จนถึงกระทำการฆ่าตัวตาย ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังผู้มีสัญญาณเตือนที่บ่งบอกถึงความคิดฆ่าตัวตายและรีบให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมในผู้เสพสารกระตุ้นประสาทในช่วงหยุดเสพเกิดอาการ Crash Down อาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตายได้

- Other Characteristic Sign or Symptoms อาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้ เช่น ปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว แน่นท้อง อ่อนเพลีย หรือมีอาการทางกายหลาย ๆ อาการที่หาสาเหตุไม่ได้ ไม่มีเรี่ยวแรง ซึ่งผู้มีปัญหาภาวะซึมเศร้านี้มักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือเสพสารเสพติดโดยเฉพาะ

การรักษาภาวะซึมเศร้า (โปรยทิพย์ สันตะพันธุ์ และคณะ, ๒๕๖๒)

ปัจจุบันมีการรักษาภาวะซึมเศร้าอยู่หลายทาง ส่วนใหญ่แล้วแนวทางการรักษาเป็นลักษณะของการผสมผสานรูปแบบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ดังนี้

๑. ยาต้านเศร้า (antidepressant drug)

การรักษาภาวะซึมเศร้าโดยการใช้ยา เป็นการดำเนินการภายใต้หลักของแนวคิดทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ (biomedical model) ซึ่งเชื่อว่ามีกลไกการรักษา โดยที่ยาต้านภาวะซึมเศร้าจะไปช่วยยับยั้งและปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมองโดยเฉพาะอย่างยิ่ง serotonin การรักษาด้วยวิธีการใช้นี้ จะใช้กับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่มักมีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือมีอาการทางจิตอื่น ๆ ร่วมด้วยยาที่ใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้านั้น สามารถแบ่งออกได้ เป็น ๔ กลุ่มหลักๆ คือ

๑.๑ ยาในกลุ่ม tricyclic antidepressant (TCA) ได้แก่ amitriptyline, nortriptyline และ imipramine ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์ทำให้ brain monoamines ที่ adrenergic receptors เพิ่มขึ้น โดยทั่วไปฤทธิ์ข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้จะพบได้น้อยและไม่รุนแรง เช่น ฤทธิ์ sedation จะมีอาการง่วงนอน ฤทธิ์ anticholinergic เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบบ่อย จะมีอาการคอแห้ง ท้องผูก และปัสสาวะออกช้า อาการดังกล่าวนี้จะค่อย ๆ น้อยลงในระยะเวลา ๒-๓ สัปดาห์ภายหลังจากได้รับประทานยาที่นิยมใช้ในปัจจุบัน คือ imipramine และ amitriptyline ซึ่งแพทย์จะระบุนการใช้ยาแตกต่างกันไปตามสภาพอาการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

๑.๒ ยาในกลุ่ม monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) ได้แก่ phenelzine (nardil), tranylcypromine (parlate) และ moclobemide (manerex) กลไกการออกฤทธิ์ของยาในกลุ่มนี้จะเป็นเอนไซม์ที่ช่วยย่อยสลาย สารสื่อประสาท epinephrine, norepinephrine และ dopamine ให้แตกตัว และยับยั้งการสลายของสารสื่อประสาทในกลุ่ม monoamine (दारारारररर रररररर, ๒๕๕๖) ปัจจุบันยาในกลุ่มนี้ได้เลิกใช้ไปแล้วเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากเป็นยาที่ก่อให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น เป็นพิษต่อตับถ้ารับประทานร่วมกับของหมัก ดอง เนื่องจากกระบวนการหมักดองทำให้เกิด tyramine สูง โดย tyramine จะเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดการปล่อย norepinephrine จากแหล่งที่เก็บมากขึ้น จะทำให้เพิ่มความดันโลหิต อาจทำให้เกิด acute hypertensive crisis และเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ (दारारारररर रररररर, ๒๕๕๖)

๑.๓ ยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ได้แก่ fluoxetine, sertraline และ escitalopram มีกลไกการออกฤทธิ์ คือมีฤทธิ์ไปยับยั้งการดูดซึมย้อนกลับ (reuptake) ของ serotonin ทำให้ serotonin เพิ่มขึ้น ทั้งในบริเวณ synaptic cleft และบริเวณ cell body ยาในกลุ่มนี้ใช้ได้ค่อนข้างปลอดภัย เพราะมีฤทธิ์ข้างเคียงต่ำ เช่น ปวดท้อง ท้องเสีย เหงื่อแตก และอ่อนเพลีย

๑.๔ ยาในกลุ่ม new generation ยาในกลุ่มนี้มีกลไกการออกฤทธิ์ต่อทั้งระบบ serotonin, dopamine และ noradrenaline ใช้รักษาผู้มีภาวะซึมเศร้าที่มีปัญหาการนอน การตอบสนองออกฤทธิ์ต่อการรักษาเร็วกว่ายาในกลุ่ม SSRI ได้แก่ mianserin (tolvon) และ trazodone (desiral) โดยที่ฤทธิ์ข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ คือ ออกฤทธิ์ด้าน cardiovascular จะมีความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (postural hypotension) ฤทธิ์ sedation จะมีอาการง่วงซึม นอกจากนี้ยังอาจพบอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย และอ่อนแรง

๒. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electro convulsive therapy: ECT)

การรักษาภาวะซึมเศร้าด้วยไฟฟ้า อยู่ภายใต้ความเชื่อตามหลักของแนวคิดทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ (Biomedical model) โดยมีข้อบ่งชี้ที่สำคัญ คือการรักษาวิธีนี้ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ซึ่งในปัจจุบันจะมีความเชื่อว่ามีผลต่อสารสื่อประสาทในสมองส่วนที่ควบคุมความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม จะทำให้สารสื่อประสาทที่ไม่สมดุลเหล่านั้นกลับสู่ภาวะสมดุลปกติ และการรักษาด้วยไฟฟ้ามีผลต่อ monoamine metabolism โดยไปลดปริมาณของ postsynaptic beta-adrenergic receptors และเพิ่มปริมาณของ serotonergic และ alpha adrenergic receptors ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าวจะทำให้อาการซึมเศร้าของวัยรุ่นดีขึ้น (ดรรารวรรณ ต๊ะปิตตา, ๒๕๕๖) แต่อย่างไรก็ตาม การรักษาวิธีนี้ไม่ได้ช่วยป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้รูปแบบการบำบัดรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตใจควบคู่กันไป

๓. การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial therapy)

เป็นการใช้การบำบัดทางจิตที่มุ่งเน้นในการจัดกระทำกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เหมาะสำหรับที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยหรือปานกลาง ซึ่งโปรแกรมการบำบัดทางจิตที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่าใช้จ่ายในการลดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy : IPT) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (group counseling program) ตลอดจนการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy : CBT) เป็นต้น (Gladstone, ๒๐๑๑) จากการศึกษาการใช้โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม พบว่ารูปแบบการบำบัดรักษาดังกล่าว สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ (มะลิสาน งามศรี, นิตยา ตากวิริยนันท์, และศุภรา เชาว์ปรีชา, ๒๕๕๗)

การฆ่าตัวตาย

ความหมายของการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย (suicide) หมายถึง การที่บุคคลทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดลงด้วยวิธีการต่างๆ จะโดยเจตนาหรือไม่เจตนาก็ตาม ผู้ที่ฆ่าตัวตายเชื่อว่าเป็นวิธีการแก้ปัญหา (สุกมล วิภาวิพลกุล, ๒๕๔๓; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, ๒๕๔๕; อัมไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, ๒๕๔๓) อาจมีการวางแผนไว้ล่วงหน้าหรือไม่ก็ได้แต่เป็นการตัดสินใจกะทันหันในการทำลายชีวิต (เสาวลักษณ์ ชาญกุลกราวี และคณะ, ๒๕๔๔; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, ๒๕๔๕)

สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช มีสาเหตุหลากหลาย สามารถจำแนกได้ดังนี้

๑. ภาวะสุขภาพจิต ที่เป็นสาเหตุหรือแนวโน้มของการฆ่าตัวตาย เช่น รู้สึกหมดหวัง การซึมเศร้า มีความรู้สึกผิด ความก้าวร้าวรุนแรง ความรู้สึกอับอาย ตึงเครียด หรือความบกพร่องทางจิต จาก การเจ็บป่วยทางจิตเวช มีความเชื่อความคิดที่แปลกประหลาด หรือบุคลิกภาพที่ผิดปกติ (พิเชษฐ อุดมรัตน์, ๒๕๔๘) ทำให้ความสามารถควบคุมตนเองบกพร่อง และนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้

๒. การเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นปัจจัยเสี่ยงหรือตัวพยากรณ์การฆ่าตัวตายที่สำคัญ จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัย พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า ๙๐% จะป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งทางจิตเวช ผู้ป่วยทางจิตเวชมีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น ๓ - ๑๒ เท่าของประชาชนทั่วไปอัตรานี้จะแปรผันตามเพศ อายุ ชนิดของความผิดปกติทางจิตเวช การมีประวัติการเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลทางจิตเวช การมีประวัติการใช้บริการจิตเวชฉุกเฉินบ่อย ๆ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ ๑๕ รองลงมาคือโรคจิตเภทร้อยละ ๑๐ ภาวะติดสุราหรือสารเสพติดร้อยละ ๑๕ บุคลิกภาพที่ผิดปกติร้อยละ ๓ - ๑๘ ๖ (สมภพ เรื่องตระกูล, ๒๕๕๐) สรุปรูปโรคทางจิตเวชที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช มีดังนี้

๒.๑ โรคซึมเศร้า จากการศึกษาเกือบทุกรายงานพบว่า ประมาณ ร้อยละ ๒๐-๓๐ ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีลักษณะดังนี้ เพศชาย โสด และใช้ชีวิตอยู่คนเดียว มีภาวะกายใจไม่สงบ (agitation) มีอาการตื่นตระหนก หรือมีอาการโรคจิตร่วมด้วย มีอาการนอนไม่หลับอยู่เสมอ ไม่สนใจตนเอง มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้หญิงจะมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหลายครั้ง ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่พบ ขาดบิดามารดา ตั้งแต่วัยเด็ก มีเรื่องบาดหมางในชีวิตสมรส ขาดความสุข มีการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะสุรา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และมีความคิดอยากตาย เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและไปรักษาตัวต่อที่บ้านยังมีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายภายในเวลา ๓ เดือน ด้วยเหตุนี้แพทย์ต้องแนะนำ ญาติให้ดูแลผู้ป่วยเป็นพิเศษในช่วงเวลาดังกล่าว

๒.๒ โรคจิตเภท จากการศึกษา พบว่าร้อยละ ๑๐ ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่พบในผู้ป่วยจิตเภทที่ฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศชาย อายุน้อยกว่า ๓๐ ปี มีอาการซึมเศร้า มีความรู้สึกไร้ค่าและสิ้นหวัง ไม่มีงานทำ เพิ่งออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะในระยะเวลา ๒-๓ สัปดาห์ มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายโดยวิธีที่รุนแรง อาการของโรคทรุดลงตามลำดับ อยู่คนเดียวมีประวัติดื่มสุรา และพบว่าจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถ้ามีอาการกำเริบของโรค เช่น การมีหูแว่ว ประสาทหลอน เป็นเสียงสั่งทำร้ายตนเอง มีภาวะกายใจไม่สงบ (agitation) หรือมีความรู้สึกทุกข์ทรมานอันเป็นผลจากความหลงผิดของตน (สมภพ เรื่องตระกูล, ๒๕๕๐) รวมทั้งการมีบุคลิกภาพที่หุนหันพลันแล่นขาดการยับยั้งชั่งใจ

๒.๓ ภาวะติดสุราหรือสารเสพติด จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง เพศชาย มีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าประชาชนทั่วไป ๘ เท่า และผู้ป่วยเพศหญิงมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่า ถึง ๑๕ เท่า อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเท่ากับ ร้อยละ ๑๕ อัตราการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่ติดเฮโรอีนสูงกว่าประชาชนทั่วไปถึง ๕ - ๒๐ เท่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด จะมีลักษณะดังนี้ มีปัจจัยกดดันนำมาก่อน โดยเฉพาะในแง่ของ การสูญเสีย หรือการทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลใกล้ชิด ดื่มสุราต่อเนื่อง มีอาการของโรคซึมเศร้า โดยพบว่าร้อยละ ๗๒ ของผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดเป็นโรคซึมเศร้า มีความตั้งใจจะฆ่าตัวตาย และบอกให้ผู้อื่นทราบ ไม่มีงานทำ ขาดการช่วยเหลือจากสังคม อยู่คนเดียว มีโรคแทรกซ้อนทางกายร้ายแรง หรือเรื้อรัง ประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ ความเสี่ยงสำคัญประการหนึ่งคือ การดื่มสุราหรือการใช้ สารเสพติดจะทำให้ความยับยั้งชั่งใจลดลง ในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่แล้วหากมีการดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดจะมีความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นมาก

๒.๔ บุคลิกภาพที่ผิดปกติ พบว่า ร้อยละ ๓ - ๑๘ ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีความผิดปกติ ด้านบุคลิกภาพ ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ บุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder) บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder) ทั้งนี้บุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder) มีลักษณะที่สำคัญ คือ มีมนุษย์สัมพันธ์ไม่ได้อย่างมาก มีความสับสนเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของตน ขาดการควบคุมอารมณ์ เช่น เล่นการพนัน การรับประทานอาหารรุ มีความคิดหรือพฤติกรรมว่าอยากตายบ่อย ๆ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีความรู้สึกเจ็บเหงาอยู่เสมอ มีอารมณ์หงุดหงิดอยู่เป็นประจำ เมื่อถูกทอดทิ้งจะรู้สึกไม่สบายใจอย่างมาก และอาจพยายามฆ่าตัวตายได้ ส่วนบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder) มีลักษณะที่สำคัญคือไม่เคารพกฎระเบียบของสังคม มีพฤติกรรมหลอกลวงหรือฉ้อฉล มีอารมณ์หุนหันพลันแล่น มีอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว ไม่ให้ความปลอดภัยแก่ตนเองและผู้อื่น ขาดการรับผิดชอบในหน้าที่ ไม่เสียใจต่อการกระทำผิดที่ได้กระทำลงไป

๒.๕ การเจ็บป่วยด้วยโรคมามากกว่า ๒ โรคขึ้นไป ความเสี่ยงจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสองโรค (co - morbidity) โดยเฉพาะโรคซึมเศร้ากับการติดสารเสพติดหรือโรคซึมเศร้ากับบุคลิกภาพผิดปกติ จากการสำรวจผู้ป่วยที่กระทำการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต พบว่า สาเหตุการฆ่าตัวตาย ๓ อันดับแรก คือ มีอาการประสาทหลอน ซึมเศร้า และเกิดจากการตัดสินใจชั่ววูบ ผู้กระทำส่วนใหญ่กระทำขณะที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งมุ่งมองทางการแพทย์เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เมื่อรักษาจนภาวะทางจิตดีขึ้น ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะลดลง

๓. ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางจิตและการรักษา

๓.๑ การไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมและบุคคลรอบข้าง เนื่องจากอาการทางจิตเวช เช่น ก้าวร้าว หลงผิด ประสาทหลอน ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เหนื่อยชา เบื่อหน่าย ไม่สนใจตนเองหรือผู้อื่น มีความเสื่อมถอยในการดำรงชีวิตนอกจากจะช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่นได้น้อยแล้ว ยังต้องพึ่งพาบุคคลรอบข้าง และจากปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยทำให้มีปัญหาในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ง่ายผู้ป่วยจิตเวชจึงมักถูกตราหน้า ไม่ได้รับการยอมรับ หรือถูกรังเกียจ หวาดกลัวจากสังคม และผู้ใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยแยกตัว ไม่กล้าเข้าสังคม รู้สึกเหงาและรู้สึกไม่มีคุณค่า

๓.๒ ความรู้สึกสิ้นหวัง โรคจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษานาน บางรายอาจต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ สิ้นหวัง และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

๔. ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) หลักฐานสำคัญที่บ่งชี้ว่าปัจจัยทางชีวภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย คือการศึกษาที่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จร่วมกัน (concordance complete suicide rate) ของคู่แฝดชนิดไข่ใบเดียวกันมีค่าสูงกว่าคู่แฝดชนิดไข่คนละใบ นอกจากนี้

๕. ปัจจัยทางสังคม (social factors) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งแนวคิดทางสังคมวิทยาเชื่อว่า การฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับความผูกพันของสมาชิกในสังคม สังคมที่มีความผูกพันสูงจะมีการฆ่าตัวตายต่ำกว่าสังคมที่สมาชิกผูกพันกันน้อย สังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง โดยเฉพาะการขาดความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้อื่น มีเหตุการณ์เครียด เช่น การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายบ่อย ๆ (มาโนช หล่อตระกูล, ๒๕๕๓)

กลไกทางจิตของการฆ่าตัวตาย

ความคิดอยากฆ่าตัวตายชั่วขณะหรือชั่วอารมณ์วูบหนึ่ง อาจเกิดขึ้นได้ในคนปกติ แต่หากคิดซ้ำซากถือว่า เป็นพยาธิสภาพ เชื่อว่าบุคคลที่ฆ่าตัวตายไม่จำเป็นต้องผิดปกติเสมอไป แต่การฆ่าตัวตาย เป็นพฤติกรรมผิดปกติ มักพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีความเศร้า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายทุกคน แม้ในผู้ป่วยจิตเวชจะมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย สิ่งที่จะทำร้ายตนเอง (ambivalent) ในเวลาเดียวกัน เพียงแต่มีความรู้สึกฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมากกว่าเท่านั้น การฆ่าตัวตายมีเหตุช่วยส่งเสริมและแรงจูงใจหลายอย่าง ฟรอยด์ (Freud, ๑๙๘๕ cited by Hauenstein, ๒๐๐๒) เชื่อว่าเกือบทุกคนที่ฆ่าตัวตาย มีความปรารถนาฆ่าผู้อื่นที่ถูกกดไว้ในจิตไร้สำนึก การฆ่าตัวตายอาจเป็นการลงโทษตัวเอง เป็นการแก้แค้นผู้อื่น หรือเนื่องมาจากความเชื่อเรื่องเกิดใหม่ในชาติหน้าร่วมกับคนที่ตนรักได้ ทุกคนที่คิดฆ่าตัวตายจะมีความรู้สึกอย่างหนึ่งคล้ายกัน คือ รู้สึกว่าตนขาดความรักและถือเป็นการแก้แค้นวิธีหนึ่ง โดยทั่วไปการพยายามฆ่าตัวตาย ถือว่าเป็นการร้องขอความช่วยเหลือ (cry for help) จากผู้อื่นให้ช่วยผ่านคลายความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างเหลือล้น เนื่องจากบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย มีความคับแค้นใจอย่างมากในเหตุการณ์ ของชีวิต จนตนเองไม่สามารถต่อสู้ป้องกันได้ และได้พยายามใช้กลไกทางจิตแล้วแต่ก็ยังประสบความล้มเหลว ในที่สุดก็คิดว่าความตายเท่านั้นที่จะเป็นทางออกที่ดีที่สุด

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเวช ที่บ่งชี้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, ๒๕๔๕; อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, ๒๕๔๓)

๑. ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายส่วนมากได้พยายามส่งสัญญาณของความกดดันและความทุกข์ต่าง ๆ ให้ผู้อื่นรู้ซึ่งการสื่อสารอาจตรงไปตรงมา เช่น รายงานหรือบอกถึงวันที่ตนเองจะตาย หรืออาจไม่ตรงไปตรงมา เช่น กล่าวว่า “คุณคงไม่ต้องมาเหนื่อยกับผมอีก” พบว่า ร้อยละ ๘๐ ของผู้ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมักจะบอกตรง ๆ หรือบอกเป็นนัย ๆ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, ๒๕๔๕)

๒. ผู้ป่วยที่แสดงอาการเด่นชัดของอารมณ์เศร้า (depression) โดยเชื่อว่าการคิดถึงการฆ่าตัวตาย เกิดได้สูงมากทุกช่วงเวลาที่มมีอาการซึมเศร้า ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจะเกิดได้สูงในช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, ๒๕๔๕; อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, ๒๕๔๓) เพราะผู้ป่วยเริ่มรับรู้ปัญหาตนเอง และมีพลังที่จะฆ่าตนเองได้ แต่ในความเป็นจริงแล้ว ผู้ป่วยคิดถึงการฆ่าตัวตายได้ตลอดเวลาจึงไม่ควรไว้วางใจ

๓. ผู้ป่วยที่แยกตัวจากสังคม หรือแสดงท่าทีของความรู้สึกหมดหวังโดยพบว่าร้อยละ ๓๐ ของผู้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ มีประวัติเคยฆ่าตัวตายมาก่อน และจากผู้ที่ฆ่าตัวตายนี้ ๑ ใน ๖ มีการทิ้งข้อความของการจะฆ่าตัวตาย หรือวางแผนฆ่าตัวตายเอาไว้ก่อน

๔. ผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดต่าง ๆ รวมถึงการใช้แอลกอฮอล์โดยพบว่า ร้อยละ ๔๐ ของผู้ฆ่าตัวตายตรวจพบว่ามี แอลกอฮอล์ในกระแสเลือดถึงร้อยละ ๙๐

๕. ผู้ป่วยในระยะกลับบ้าน (posthospitalization) ตอนที่เตรียมตัวออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนมาก ทั้งที่เจ็บป่วยทางกายและเจ็บป่วยทางจิตมักมีอาการต่างๆ ดีขึ้น แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจะเริ่มมีความรู้สึกต่าง ๆ ไม่ดีอย่างรวดเร็วและทำการฆ่าตัวตายในช่วงติดตามการรักษา ได้สูงในช่วง ๖ เดือน ๑ ปี และ ๒ ปี

๖. ผู้ป่วยจิตเวชที่ทำร้ายตนเอง มักมีอาการหลงผิด และประสาทหลอนเกิดขึ้นด้วย จะเห็นได้ว่าอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเวช ที่บ่งชี้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เช่น เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า หรือหมดหวัง ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม แยกตัวจากสังคม มีประสาทหลอน หูแว่ว เป็นเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง ควบคุมตนเองไม่ได้ มีภาวะหงุดหงิด กระวนกระวายอยู่ไม่สุข (agitation) หรือมีภาวะทุกข์ทรมานจากอาการประสาทหลอนและหลงผิด

ผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

จากการศึกษาผลกระทบจากการฆ่าตัวตายได้มีผู้กล่าวถึงไว้หลายท่านพอจะสรุปได้ดังนี้ (นันทนา รัตนากร และคณะ, ๒๕๔๒; มาโนช หล่อตระกูล, ๒๕๔๖; อุมภาพร ตรังคสมบัติ, ๒๕๔๔)

๑. ผลกระทบต่อตนเอง ได้แก่

๑.๑ ด้านร่างกาย พบว่าสภาพชีวิตความเป็นอยู่และการดำรงชีวิตประจำวันในระยะ ๖ สัปดาห์แรก สามารถทำได้ตามปกติ แต่พบปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย ในระบบทางเดินอาหาร และทางเดินหายใจที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของสารที่ใช้

๑.๒ ด้านจิตใจ พบว่าผู้ที่ทำร้ายตนเองมีความสับสน น้อยใจ คิดมากเรื่องที่เกิดขึ้น อารมณ์หงุดหงิด ซึมเศร้า ร้องไห้ อาย ไม่ต้องการพบใคร รู้สึกเสียใจ รู้ว่าทำไม่ถูก เป็นการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม

๒. ผลกระทบต่อครอบครัว

ในระยะ ๖ สัปดาห์แรก พบว่าสภาพความเป็นอยู่การใช้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป ต้องดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างใกล้ชิดเป็นภาระให้ครอบครัวต้องดูแล ต้องขาดงานทำให้ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของครอบครัว ทำให้มีอาการนอนไม่หลับ รู้สึกเสียใจที่ไม่ใส่ใจกับสัญญาณเตือนก่อนมีพฤติกรรม ตกใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คิดหาสาเหตุการเกิด ในมุมมองของญาติ คิดว่ามีการดูแลเอาใจใส่ มีความสัมพันธ์กันมากขึ้นที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่ง คือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อบุคคลในครอบครัว ของผู้ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว จะส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวมาก เช่น บุตร หากผู้ที่ทำร้ายตนเองเสียชีวิต จะเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในครอบครัว ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ บุคคลในครอบครัวรู้สึกเศร้าและเสียใจ ที่ไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้ ความรู้สึกนี้ยังอยู่แม้ว่าระยะเวลาจะล่วงเลยไปนานถึง ๓ เดือน แล้วก็ตาม ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินน้อยลง ครอบครัวขาดที่พึ่ง การสูญเสียชีวิตหรือพิการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ต่อย้ำความรู้สึกถึงความผิดพลาดในอดีตและทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติผลกระทบดังกล่าวอาจรุนแรงจนทำให้ครอบครัวแตกสลายหรือเกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหากปัญหาไม่ได้รับการประเมิน และให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม (อุมภาพร ตรังคสมบัติ, ๒๕๔๔)

๓. ผลกระทบต่อสังคม

จากผลกระทบที่ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ขาดผู้นำในครอบครัว อาจขยายผลกระทบไปยังสังคม คือ อาจทำให้เด็ก เยาวชนขาดคนดูแลหรือตักเตือน ส่งผลให้เกิดปัญหาการใช้สารเสพติด การก่อคดีต่าง ๆ เป็นที่วุ่นวายของสังคม

๔. ผลกระทบต่อประเทศชาติ

การฆ่าตัวตาย ก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจอย่างมาก ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่ถึงแก่ชีวิตก็ยังมี ความสูญเสียจากการที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (มาโนช หล่อตระกูล, ๒๕๔๖) โรงพยาบาลจะต้องเสียงบประมาณในการสั่งซื้อวัสดุและอุปกรณ์ในการรักษา นอกจากนี้อัตราการฆ่าตัวตายยังเป็นตัวชี้บ่งถึงสุขภาพจิตของบุคคลในสังคมนั้นๆ

บทที่ ๓

การพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

การพยาบาล (Nusing)

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

กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานของกรอบแนวคิดวิเคราะห์ทางการพยาบาลที่เป็นระบบ เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาล หลักทางวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหา ที่มาของปัญหาเพื่อนำมาสู่การวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล ซึ่งรวมถึงทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในการเลือกกิจกรรมการพยาบาลในการแก้ปัญหา การค้นหาปัญหา หรือความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละคนมีความหลากหลายที่มีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความรุนแรงของโรคที่เป็นวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและความเชื่อ ดังนั้นกระบวนการพยาบาลจึงถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการหรือสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลได้ กระบวนการพยาบาลได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่พยาบาลได้นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ (อรนันท์ หาญยุทธ, ๒๕๕๗)

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

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

๕. การประเมินผล (Evaluation)

กระบวนการพยาบาลทั้ง ๕ ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

๑. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment)

เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล เป็นการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยตลอดจนความสามารถในการจัดการความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการจะต้องถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการอย่างแท้จริง การประเมินภาวะสุขภาพจะนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ควรเป็นการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของทุกความต้องการของผู้รับบริการ โดยใช้แนวคิดและรูปแบบการพยาบาลมาใช้เป็นกรอบแนวคิด การประเมินภาวะสุขภาพมีกิจกรรมที่พยาบาลต้องทำมี ๕ กิจกรรม ได้แก่

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

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

๑. สภาพทั่วไปและพฤติกรรมการแสดงออก (general appearance and behavior)

๑.๑ การแต่งกาย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า ความเหมาะสมของการแต่งกายและเสื้อผ้า

๑.๒ การแสดงออกทางสีหน้า เช่น ไม่สดชื่น เศร้าหมอง ท้อแท้ เสียใจ ผิดหวัง โกรธ ฉุนเฉียว ก้าวร้าว วิตกกังวล หวาดกลัว หวาดระแวง เรียบเฉยไร้อารมณ์ เป็นต้น

๑.๓ ท่าทาง เช่น ผ่อนคลาย ตึงเครียด สับสน เกร็งขัดขึ้น อิริยาบถต่าง ๆ การนั่ง การยืน การเดิน ทรงตัว รวมถึงท่าทางการแสดงออกในสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

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

๑.๕ ลักษณะร่างกาย เช่น สูงเตี้ยอ้วนผอม สมส่วน แขนขาสั้นกว่าปกติ มีบาดแผลรอยฟกช้ำ รอยแผลเป็นบริเวณร่างกาย เป็นต้น

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

๒. ลักษณะการติดต่อสื่อสาร (speech and communication)

๒.๑ ลักษณะเนื้อหาในการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ หลงผิด (delusion) เพ้อฝัน (fantasy)

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

๒.๓ ลักษณะภาษาท่าทาง เช่น การนั่งที่แสดงถึงการปิดตนเอง คือ นั่งกอดอก ไขว่ห้าง การแสดงภาวะเครียด กัดฟันและกำขมับ คือบีบมือ เกร็ง จิก/กัดปลายเท้า หรือการนั่งที่มีลักษณะผ่อนคลายคือวางมือไว้บนตัก โนม์ตัวตามสบาย เป็นต้น

๓. ลักษณะการแสดงอารมณ์ (affect, mood)

๓.๑ อารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น หัวเราะครื้นเครงในงานศพ ร้องไห้ในงานแต่งงาน เป็นต้น

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

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

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

๔. กระบวนการคิด (thinking process)

๔.๑ กระบวนการคิดผิดปกติ เช่น พุดวากวน (circumstantiality) เป็นการพูดอ้อมค้อม ไม่ตรงจุดหมายโดยจะพูดเพิ่มเติมรายละเอียดที่ไม่ตรงประเด็น แต่ก่อนจบจะกลับมาที่จุดหมายเดิม หรืออาจพูดได้ว่าเป็นการตอบคำถามแบบซัดแม้น้ำทั้งห้า

๔.๒ การสร้างคำใหม่ขึ้นมาใช้เอง อาจเป็นคำใหม่หรือคำที่ใช้กันอยู่แต่ ถูกนำมาใช้ใน ความหมายที่แปลกไป โดยที่ผู้สัมภาษณ์หรือบุคคลทั่วไปฟังไม่เข้าใจไม่รู้เรื่อง

๔.๓ ความคิดเปลี่ยนแปลงรวดเร็วจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่อง (flight of ideas) คือการพูดอย่างรวดเร็วเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่งเชื่อมโยงเนื้อหาต่อเนื่องกันไม่ได้

๔.๔ การพูดตอบในลักษณะเดียวกัน คำพูดเดียวกันแม้ว่าคำถามจะเปลี่ยนไปแล้ว (perseveration)

๔.๕ การนำคำต่าง ๆ มาพูดต่อ ๆ กันโดยไม่สามารถเชื่อมคำเหล่านั้นให้เกิดความเข้าใจได้ (word salad)

๔.๖ การหยุดกะทันหันโดยไม่มีสาเหตุในช่วงที่กำลังพูดอยู่กลางประโยคเพราะนึกไม่ออกว่าจะพูดอะไร (blocking)

๔.๗ การพูดที่มีเนื้อหาผิดปกติ/อาการหลงผิด มีลักษณะแปลกประหลาด (bizarre delusion)

๔.๘ การย้ำพูดย้ำคิดอยู่ประโยคเดียวแม้จะตอบคำถามหรืออยู่คนเดียว ก็พูดขึ้นมาเองด้วยประโยคเดีวนั้น

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

๕.๑ ประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้ที่ผิดปกติโดยปราศจากสิ่งเร้า (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) เป็นการรับรู้ที่ผิดปกติ

๖. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) เป็นการตระหนักรู้ถึงการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นในเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล

๗. ความจำ (memory) หมายถึง ลักษณะการให้ความสนใจและความสามารถในการเก็บข้อมูลไว้ในสมองโดยสามารถดึงข้อมูลดังกล่าวออกมาใช้ได้เมื่อต้องการ ดังนี้

๗.๑ ความจำในเรื่องที่ผ่านมาเป็นระยะเวลาสั้น ๆ หรือความจำในอดีต (remote memory)

๗.๒ ความจำในเรื่องที่เพิ่งจะเกิดขึ้นไปไม่นาน หรือความจำในเรื่องปัจจุบัน (recent memory)

๗.๓ ความจำในเรื่องในขณะนั้น (immediate memory)

๘. ความตั้งใจและสมาธิ (attention and concentration) เช่น การทดสอบอ่าน ออกเสียงตัวเลขแล้วให้ผู้ป่วยพูดตามหรือสังเกตจากการให้ผู้ป่วยวาดภาพ การให้ความสนใจ และตั้งใจฟังขณะสนทนา เป็นต้น

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

๑๐. การตัดสินใจ (judgment) โดยการกำหนดสถานการณ์ให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจ เช่น ถ้าคุณเดินไปเจอคุณจะได้เดินต่อไปหรือหนีไปทางอื่นเพราะอะไร เป็นต้น

๑๑. การรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง (insight) ประกอบด้วยความรู้และความเข้าใจในการเจ็บป่วยทางจิตของตนซึ่งมีระดับดังนี้

๑๑.๑ ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย

๑๑.๒ คิดว่าตนเองอาจป่วยและควรรักษาแต่ปฏิเสธการรักษา

๑๑.๓ คิดว่าตนเองป่วยแต่ไม่รู้ว่าเป็นอะไรและโทษผู้อื่นหรือปัจจัยอื่น ๆ

๑๑.๔ คิดว่าตนเองป่วยแต่เป็นการป่วยทางกาย

๑๑.๕ ยอมรับว่าป่วยเนื่องจากความผิดปกติทางจิตแต่ไม่ได้แก้ไขและไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง

๑๑.๖ ยอมรับว่าป่วยเนื่องจากความผิดปกติของจิตใจพร้อมจะแก้ไขและได้แสดงให้เห็นว่าได้พยายามแก้ไขบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้กลับคืนสู่ลักษณะปกติ

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) ทั้งนี้แล้วแต่สถานบริการสุขภาพจะเลือกใช้เพื่อทำให้การรวบรวมข้อมูลถูกรวบรวมมาอย่างเป็นระบบ

๑.๓ การตรวจสอบข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาในขั้นตอนของการประเมินภาวะสุขภาพต้องสมบูรณ์ เป็นความจริงและถูกต้อง เพราะว่าการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการเลือกกิจกรรมการพยาบาลขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้มา การตรวจสอบข้อมูลจึงเป็นการตรวจสอบซ้ำหรือตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้อาจถูกต้องและเป็นความจริงมีความสอดคล้องกัน

๑.๔ การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการใช้เหตุและผลในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาทั้งหมด การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการส่งสัญญาณให้รู้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพหรือไม่ พิจารณาได้จากสิ่งบ่งบอกของปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ อาการและอาการแสดง สิ่งบ่งบอกจะนำไปสู่การค้นหาคำความต้องการหรือปัญหา ถ้าข้อมูลถูกรวบรวมในรูปแบบของ ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน จะทำให้พยาบาลได้มุ่งความสนใจไปที่ความต้องการหรือปัญหาในแบบแผนสุขภาพนั้น ๆ

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

๒. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ (Client's needs or problems) ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อเท็จจริงจนสรุปได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพ มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis Statement) NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association) ได้ให้ความหมายของการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ว่า “เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นหรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้ในกระบวนการของชีวิต การวินิจฉัยการพยาบาลใช้เป็นฐานสำหรับ

การจัดกิจกรรมการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่พยาบาลรับผิดชอบ จำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาลออกเป็น ๕ ประเภทดังนี้

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

๒.๒ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (Risk nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้ คือมีปัจจัยเสี่ยงปรากฏให้เห็นแต่ปัญหายังไม่เกิด ไม่มีอาการ และอาการแสดงปรากฏให้เห็นชัด และมีโอกาสพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพได้ ถ้าพยาบาลปล่อยให้ปัจจัยเสี่ยงได้พัฒนาจนเป็นปัญหา การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องระบุปัจจัยเสี่ยงที่แสดงว่าปัญหาทำท่าจะเกิดจากปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ พยาบาลต้องทำอะไรสักอย่างหนึ่งกับปัจจัยเสี่ยงนั้นเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา การเขียนข้อวินิจฉัยประเภทนี้ จะขึ้นต้นข้อความว่า “เสี่ยง” (Risk)

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

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

๒.๕ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกลุ่มของอาการ (Syndrome Nursing Diagnosis Statement) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อธิบายกลุ่มอาการที่เฉพาะเจาะจงของการวินิจฉัยการพยาบาล ที่เกิดขึ้นร่วมกันของข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้วกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกันที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ซึ่งจะบอกให้พยาบาลได้รับรู้ว่ามีสถานการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น

๓. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) มี ๔ ขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้

๓.๑ จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา การจัดลำดับมีหลักการพิจารณาปัญหาที่มีความรุนแรง และมีผลต่อชีวิตต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันที เป็นปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis)

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

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

๓.๔ การเขียนแผนการพยาบาล (Writing nursing care plan) การเขียนแผนการพยาบาลเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลทุกคนที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการที่ได้รับมอบหมาย แผนการพยาบาลจะเขียนก่อนที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการ

๔. การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan)

เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แผนการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์และถูกต้อง ก่อนนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ พยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการซ้ำ เพื่อตรวจสอบภาวะสุขภาพของผู้รับบริการอีกครั้งว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงจะได้มีการปรับกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถและทักษะทางการพยาบาล

๕. การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้รับบริการสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ การประเมินผลการพยาบาลช่วยทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แกผู้รับบริการ

รูปแบบทางการพยาบาล (Nursing Model)

ในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต พยาบาลต้องใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทฤษฎีทางการพยาบาลจะประกอบด้วย ๔ มโนทัศน์หลัก คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่ามีทฤษฎีการพยาบาลที่สามารถนำมาประยุกต์ได้ คือ ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปพลาว ทฤษฎีทางการพยาบาลของรอย ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, ๒๕๕๗; วินดี สุทธิรังษี และคณะ, ๒๕๕๙)

การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน คือ ชีวิตจิตสังคม ความรู้ (cognitive) จิตวิญญาณ และต้องปฏิบัติตามการวินิจฉัยทางการพยาบาล และเป้าหมายที่กำหนดไว้ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดมี ดังนี้

๑. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปราศจากสิ่งซึ่งผู้ป่วยจะเกิดความอยากได้ยา หรือสิ่งเสพติดต่าง ๆ จัดหาเครื่องมือให้พร้อมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วน ในระยะถอนพิษยา (Detoxification) บรรยากาศของหอผู้ป่วยต้องรื่นรมย์ สงบ ไม่มีสิ่งกระตุ้นจนเกินไป

๒. การเข้าถึงผู้ป่วย (Approach) ผู้ป่วยที่อาศัยสิ่งเสพติดต่าง ๆ มักจะเป็นคนตามใจตนเองทนอะไรไม่ค่อยได้ และคิดว่าคนอื่นไม่ชอบตน จึงจะแสดงกิริยาอาการต่อต้านบุคคลที่ไม่ชอบตนพยาบาลจะต้องเข้าใจถึงกลไกการเกิดพฤติกรรมเช่นนี้ ความจริงแล้วผู้ป่วยต้องการได้รับการช่วยเหลือให้เขามีความภาคภูมิใจในตนเอง เชื่อมมั่นในตนเอง เคารพตนเอง ซึ่งจะทำให้อารมณ์ของเขาเป็นสุข และทำให้สังคมมีคุณค่าขึ้น

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

๔. ให้การปกป้องคุ้มครองผู้ป่วยโดยป้องกันอุบัติเหตุป้องกันการทำร้ายตนเอง เก็บของใช้ประจำตัวผู้ป่วยที่อาจจะเป็นอันตราย ห้ามญาติเยี่ยมหรือให้เยี่ยมห่างๆ ประคับประคองทางอารมณ์ เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างไม่รู้สึกรู้สีกตัวต้องกันเตียง ป้องกันการตกเตียง

๕. สัมพันธภาพในกลุ่มจัดให้ผู้ป่วยได้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกันได้พูดคุยกัน จะได้เป็นการระบายทุกข์

๖. ระยะพักฟื้น จัดให้ผู้ป่วยมีงานประจำให้ผู้ป่วยได้ทำงานได้เล่นได้ฝึกนิสัยให้ผู้ป่วยหัดเป็นตัวของตัวเอง

ผู้ติดยาเสพติดนั้นพบเห็นได้ไม่ยากแต่ยากที่จะบำบัดรักษา ตัวผู้ป่วยเองจะต้องให้ความสนใจในการบำบัดรักษาเป็นอันดับแรก และต้องได้รับการประคับประคอง สนับสนุนจากทั้งครอบครัว ผู้บำบัดและชุมชนในภายหลัง การให้การพยาบาลผู้ป่วยติดยาเสพติด ควรให้ครอบคลุมในเรื่องดังต่อไปนี้

๑. ด้านพฤติกรรม

๑.๑ การดูแลเรื่องการขาดยา (Withdrawal) และอาการเกิดพิษ (Intoxication)

ในระยะแรกผู้ป่วยจะเกิดอาการขาดยา หรืออาการเกิดพิษ ในรายที่ได้รับยาเสพติดมาก พยาบาลจะต้องสามารถประเมินอาการให้โดยเร็วที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่จะรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ เช่น ผู้ป่วยที่ติดสุรา ต้องตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือด เพื่อประเมินระดับอาการเกิดพิษ วัตถุประสงค์ ชีพ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่หรือบรรยากาศที่สงบ ไม่มีสิ่งรบกวน และให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะในเวลากลางคืน จัดให้อยู่ในบริเวณที่จะให้การดูแลหรือช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ควรให้มีคนดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ถ้าไม่มีคนดูแลจะต้องผูกมัดผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

เพราะผู้ป่วยอาจเกิดการชักได้ ในผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดอื่น ๆ เช่น แอมเฟตามีน ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการทางจิตได้ เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน ปฏิบัติการพยาบาลอันดับแรก คือ ลดการใช้พลังงานของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ลดสิ่งกระตุ้น ทั้งในเรื่องของสิ่งแวดล้อมและตัวบุคคล ถ้าไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ อาจจะต้องทำการผูกมัด

๑.๒ การบำบัดรักษา

๑.๒.๑ สอนทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving skill)

ผู้ป่วยติดยาเสพติด มักจะหลีกเลี่ยงปัญหา โดยการเสพยาเสพติด ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเอาชนะการปฏิเสธการเสพยาเสพติดให้ได้ ซึ่งผู้ป่วยเห็นว่า ยาเสพติดเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดปัญหาต่างๆในชีวิตเขา แนะนำให้ผู้ป่วยคบหากับบุคคลที่จะชักจูงให้ผู้ป่วยหยุดการเสพยาเสพติด และจะต้องมีความยึดมั่นผูกพันที่จะเลิกให้ได้ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็ง และเชื่อมั่นว่าตัวเองมีความสามารถที่จะเลิกเสพยาเสพติดได้ และลดความรู้สึกว่าขาดการช่วยเหลือ และสิ้นหวัง ซึ่งทั้งนี้พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้โดยผ่านกระบวนการรับฟัง และให้การสนับสนุน

๑.๒.๒ การทำงาน

ให้คำแนะนำในเรื่องการทำงาน ให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะยังคงทำงานเดิมต่อไป หรือจะหางานใหม่ อย่างไร ซึ่งการมีงานทำ มีอาชีพ เป็นเป้าหมายหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยในการวางแผนทั้งเรื่องการศึกษาและการทำงาน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว บางครั้งอาจจะต้องจำลองสถานการณ์สมมติให้กับผู้ป่วยในเรื่องการได้รับความกดดันในการทำงาน

๑.๒.๓ ด้านสุขภาพร่างกาย

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น โดยการจัดโปรแกรมการออกกำลังกาย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า การออกกำลังกาย เช่น การวิ่งจะทำให้ร่างกายหลั่งสารเอ็นโดฟิน ซึ่งเป็นสารธรรมชาติทำให้มีความเคลิ้มสุขแทนที่จะได้รับความเคลิ้มสุขจากยาเสพติด

๑.๒.๔ จัดให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

(Self-help group) จะช่วยให้เกิดความรู้สึกว่ามีประโยชน์และมีคุณค่าในระยะเริ่มต้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพ จะต้องจัดและควบคุมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดยให้เป็นกลุ่มที่สนใจและเหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่มีทักษะการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพการจัดให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดด้วยกันจะช่วยให้พวกเขาได้เรียนรู้มีการเคารพนับถือ และดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันลดความต้องการความสมบูรณ์แบบ (perfectionism) และช่วยให้ครอบครัวพัฒนาความรับผิดชอบให้กำลังใจในการแสดงพฤติกรรมใหม่ๆ เพื่อเป็นการเสริมแรงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

๑.๒.๕ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเป็นข้อจำกัดของผู้ติดยาเสพติด การสอนให้ผู้ป่วยรู้จักการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสม และให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางสังคมที่ปลอดภัย เสพติดซึ่งกลุ่มบำบัดเป็นการรักษาที่ดีที่สุด ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะยอมรับผู้อื่น และรู้จักการ

ช่วยเหลือผู้อื่น กลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเป็นแหล่งของมิตรภาพ ให้เขารู้สึกว่าเขาไม่ได้อยู่ลำพังเพียงคนเดียว

๑.๓ ฝึกการควบคุมอารมณ์ (Impulse Control Training)

การฝึกควบคุมอารมณ์ เป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งของการป้องกันการติดซ้ำ ขั้นแรกคือให้ผู้ป่วยเปิดเผยความรู้สึก โดยการอธิบาย พูดคุย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักว่า การที่เขาเสพยาเสพติดเป็นเพียงเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดในอารมณ์เท่านั้น ขั้นต่อไปให้ผู้ป่วยพิจารณาสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงที่จะกลับไปเสพยาเสพติดสูง เช่น กลุ่มเพื่อนที่เสพยาเสพติด สถานที่ เช่น บาร์ หรือการมีกิจกรรมต่างๆ เช่น ปาร์ตี้ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดการเสพยาเสพติดได้ให้ผู้ป่วยหาเทคนิคหรือวิธีการอาจจะเป็นจากอดีต ที่นำมาใช้แล้วประสบความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด ขั้นต่อไป คือ ให้ผู้ป่วยคาดการณ์และวางแผนถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหานั้น และหาวิธีการหรือกลยุทธ์ในการหลีกเลี่ยงหรือการเผชิญปัญหา เมื่อต้องเผชิญกับแต่ละสถานการณ์อย่างเหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยติดยาเสพติดส่วนใหญ่จะใช้เวลาในแต่ละวัน ด้วยการคิดถึงการเสพยา เพราะฉะนั้นต้องช่วยพัฒนาทักษะการวางแผนในการเปลี่ยนกิจกรรมในแต่ละวัน โดยการไม่ใช้ยาเสพติด

๒. การช่วยเหลือในการเผชิญปัญหา (Coping Assistance)

๒.๑ การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ (Spiritual support)

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

๒.๒ การสร้างความหวัง (Hope Instillation)

การสร้างความหวัง โดยการแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีศักดิ์ศรี ให้ทบทวนถึงการเสพยาเสพติดและประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาและยังคงให้ดำเนินต่อไปแต่เปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ผ่านมา ส่งเสริมประสบการณ์ทางบวก และตั้งความหวังว่า ชีวิตจะดีกว่านี้ถ้าปราศจากยาเสพติด และสร้างเสริมทัศนคติในการสร้างความหวัง ความมีคุณค่า ความไว้วางใจ มีการคาดการณ์ในทางที่ดีให้มองถึงอนาคตข้างหน้า และมีความเชื่อมั่น

๓. ด้านร่างกาย (Physiological): การปฏิบัติการเรื่องอาหาร

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

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, ๒๕๖๑; วุฒิพร ดวงขวัญ, ๒๕๖๒; วิมล ลักขณาภิชนชัย, ๒๕๖๓)

เมื่อผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในสถานบำบัด พยาบาลซึ่งถือเป็นวิชาชีพที่สำคัญที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้าสู่ กระบวนการบำบัดรักษา โดยให้การพยาบาลในระยะบำบัดด้วยยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และติดตามการรักษา ซึ่งพยาบาลมีบทบาทให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในทุกขั้นตอนของการบำบัดรักษา ดังนี้

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

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

๓. ให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะถอนพิษยา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนทางกาย และทางจิต สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา เมื่อหยุดใช้ยาเสพติดจะเกิดอาการถอนพิษหรืออาการขาดยา ซึ่งความรุนแรงของอาการถอนพิษยาอาจเกิดได้ตั้งแต่เล็กน้อย ปานกลาง จนถึงรุนแรงมาก ขึ้นกับระดับการติดยา ระยะเวลาในการเสพติด ปริมาณ การใช้ยาเสพติด ซึ่งอาการถอนพิษยานี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย จนถึงทุกข์ทรมาน หากไม่ได้รับการรักษาหรือดูแลอย่างเหมาะสมอาจทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นได้ หรือหากผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจะทำให้ไม่สามารถก้าวผ่านระยะนี้ได้ การเลิกยาเสพติดจะไม่ประสบผลสำเร็จ บทบาทของพยาบาลจะเป็นการประเมินอาการถอนพิษยาอย่างต่อเนื่อง ให้ยาตามแผนการรักษา ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการถอนพิษยา ได้รับความปลอดภัยเมื่อเกิดอาการถอนพิษยาหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น จนผู้ป่วยปลอดภัยและกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

๔. ค้นหาปัญหาด้านจิตใจ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยยาเสพติดตลอดจนให้การช่วยเหลือ เนื่องจากปัญหาเสพติดเกี่ยวข้องกับปัญหาอื่น ๆ รอบตัวผู้ป่วย จนทำให้เกิดการใช้ยาเสพติดและติดในที่สุด ดังนั้นการช่วยแก้ปัญหาอื่น ๆ ของผู้ป่วยจึงเป็นการช่วยในเรื่องการเลิกใช้ยาเสพติดควบคู่กันไปด้วย เช่น ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การตั้งครมไม่พึงประสงค์ บกพร่องในสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ปัญหาการว่างงาน ปัญหาบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม เป็นต้น พยาบาลมีบทบาทในการค้นหาปัญหา ให้คำปรึกษา หากต้องให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา พยาบาลมีบทบาทในการประสานผู้เกี่ยวข้องให้ร่วมแก้ไขด้วย เช่น ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวของผู้ป่วย หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อคลี่คลายปัญหาให้ผู้ป่วยจนผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ต่อไปเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

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

๖. จัดกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด เมื่อผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาอาการถอนพิษยาจนทุเลาลงหรือหมดไป หรือผู้ป่วยยาเสพติดบางรายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิตร่วมด้วย จะได้รับการรักษาควบคู่ไปกับอาการถอนพิษยาจนอาการทุเลาลงหรืออยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ ผู้ป่วยยาเสพติดจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยาเสพติด ซึ่งพยาบาลเป็นวิชาชีพที่สำคัญที่มีบทบาทในการจัดกลุ่มบำบัดกิจกรรมบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในก็ตาม

๗. ประสานครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยยาเสพติดกลับสู่สังคม โดยพยาบาลจะประสานกับครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

๘. ค้นหาสาเหตุและวางแผนป้องกันการติดย้ำ สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อให้เลิกยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง การป้องกันการติดย้ำจึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการค้นหาสาเหตุหรือโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดย้ำ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงโอกาสเสี่ยงดังกล่าว และร่วมกันวางแผนป้องกันการเสพยาซ้ำ โดยฝึกทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การจัดการตัวกระตุ้นภายนอก ตัวกระตุ้นภายใน การจัดการความอยาก (Craving Management) ทักษะการจัดการความเครียด การเผชิญปัญหา ทักษะการปฏิเสธ ฯลฯ ตลอดจนเสริมสร้างแรงจูงใจในการหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่อง

๙. ประสานทีมสหวิชาชีพหรือเครือข่ายต่างๆ ในการจัดกิจกรรม/แก้ไขปัญหามอบให้ผู้ป่วยยาเสพติด ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดต้องใช้ศาสตร์ในการดูแลรักษานั้นต้องมีการผสมผสานศาสตร์ต่าง ๆ ในการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหามอบให้ผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์เฉพาะทาง

นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จึงมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา หรือกรณีผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพด้านอื่น เช่น โรคในช่องปาก พยาบาลมีบทบาทในการประสานทันตแพทย์ให้การบำบัดรักษาโรคในช่องปาก เป็นต้น หากผู้ป่วยมีปัญหาด้านอื่น เช่น ปัญหาทางด้านสังคม การประกอบอาชีพ พยาบาลมีบทบาทช่วยในการประสานเครือข่ายอื่นเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดในการแก้ปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติลดโอกาสกลับไปพึ่งพายาเสพติด

๑๐. ให้การดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ เมื่อผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาครบขั้นตอน และพร้อมกลับสู่สังคม ขั้นตอนการบำบัดยังคงมีต่อเนื่องในเรื่องของการติดตามการรักษา หรือให้การดูแลหลังรักษา โดยส่งเสริมการหยุดใช้ยาต่อเนื่อง ค้นหาปัญหาความเสี่ยงในการเสพยาเสพติดซ้ำ และร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา หรือหากกรณีผู้ป่วยเสพยาเสพติดซ้ำ นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา บทบาทนี้หากเป็นโรงพยาบาลทั่วไปพยาบาลคลินิกยาเสพติดจะเป็นผู้ติดตามการรักษา แต่หากเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจะมีนักสังคมสงเคราะห์หรือทีมสหวิชาชีพติดตามดูแลหลังรักษา ซึ่งบทบาทต่างๆที่พยาบาลได้กระทำเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดนั้นต้องใช้องค์ความรู้ และประสบการณ์ในการทำงาน ดังนั้นพยาบาลยาเสพติดจำเป็นจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คุณสมบัติของพยาบาล

ผู้ป่วยยาเสพติดเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เฉพาะทาง พยาบาลจะต้องผสมผสานความรู้ทั้งในเรื่องของยาเสพติดและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งตัวพยาบาลเองเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย (Therapeutic use of self) คุณสมบัติของพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด มีดังนี้

๑. เป็นผู้มีความรัก หมายถึง มีความรักในการทำงาน การทำงานกับผู้ติดยาเสพติดจะเกิดความเบื่อหน่าย เนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วย มักพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว และกลับไปติดซ้ำวนเวียนเข้ามารักษาซ้ำแล้วซ้ำอีก พยาบาลต้องยอมรับในพฤติกรรมของผู้รับบริการ และบังคับจิตใจของตัวเองไม่ให้เกิดความเบื่อหน่าย โดยการให้อภัย มีความยืดหยุ่น ชี้แนะสิ่งที่ดีงามให้กับคนไข้ และหาแนวทางแก้ไขให้ดีขึ้น

๒. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีการติดยาเสพติด การพยาบาล จิตวิทยาสังคมวิทยา ปัญหาสังคม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้รับบริการได้ถูกต้อง

๓. มีความรับผิดชอบต่องานหน้าที่ทั้งในงานการพยาบาลโดยตรง และงานที่ต้องปฏิบัติร่วมกับบุคลากรอื่นอย่างเต็มที่

๔. มีความจริงใจ แสดงให้ผู้รับบริการเห็นว่าพยาบาลสนใจ ให้กำลังใจและยินดีช่วยเหลืออย่างจริงใจ

๕. มีความอดทน

๖. สนใจผู้อื่น การเปลี่ยนแปลงในสังคม มีความเห็นอกเห็นใจ

๗. มีภาวะสมดุลอารมณ์

๘. มีทักษะ (Skill) ได้แก่

๘.๑ ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ โดยการยิ้ม การทักทาย เป็นผู้ฟังที่ดี หลีกเลี่ยงการพูดตำหนิติเตียน กล่าวคำชมเชยเมื่อเขาทำดี กล่าวคำขอบคุณ ขอโทษให้ติดปาก ฯลฯ

๘.๒ ทักษะในการติดต่อสื่อสาร สื่อความหมายให้ชัดเจนมีการให้ และรับข้อมูลย้อนกลับ

๙. มีทัศนคติที่ดี ควรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อสร้างความเข้าใจที่ดีต่อกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการ จะช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการบำบัดให้ดียิ่งขึ้น

๑๐. มีคุณธรรมและจริยธรรม

ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปเปลว (Interpersonal Nursing Theory of Hildegard Peplau)

ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปเปลวเป็นทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยมีจุดเน้นอยู่ที่สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล ทั้งนี้พยาบาลและผู้ป่วยจะมีบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละคนในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ เพปเปลวเชื่อว่าผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหา และสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีคือ สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลสามารถสังเกตได้ ศึกษาได้ อธิบายได้ ทำความเข้าใจได้ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพปเปลวเชื่อว่าพฤติกรรมของพยาบาลในฐานะบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในฐานะบุคคลที่มีความสำคัญต่อสุขภาวะของผู้ป่วย และคุณภาพหรือผลลัพธ์ของการพยาบาล อธิบายได้ว่าสัมพันธภาพเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล มีจุดเริ่มต้น มีการดำเนินต่อไปในช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีจุดสิ้นสุด เป้าหมายของการพยาบาลคือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและสามารถแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเองได้ ทั้งนี้การสร้างสัมพันธภาพประกอบด้วย ๓ ระยะสำคัญคือ ๑. ระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (orientation phase) ๒. ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ซึ่งประกอบด้วยระยะกำหนดปัญหา (identification phase) ระยะจัดการกับปัญหา (exploitation phase) ๓. ระยะสิ้นสุด (termination phase) (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, ๒๕๕๗; วินดี สุทธิรังษี และคณะ, ๒๕๕๙)

มโนทัศน์หลักของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปเปลว

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation Theory) ของ Hildegard E. Peplau เริ่มต้นจากแนวคิดในหนังสือเล่มแรกที่ว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการพยาบาล (Interpersonal Relationship in Nursing) ในปี ค.ศ. ๑๙๕๒ ที่กล่าวถึงระยะของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการและบทบาทของพยาบาล โดยมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีพัฒนาการ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Sullivan และทฤษฎีการเรียนรู้โดย เพปเปลว ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับมโนทัศน์หลักทางการพยาบาล (Nursing Metaparadigm) ๔ ด้าน ไว้ดังนี้ (ฟาริดา อิบราฮิม, ๒๕๕๑ : ๑๔๒) คน คือ บุคคล (Person) ซึ่งแสดงออกซึ่งพฤติกรรมทั้งด้วยคำพูดและท่าทางที่บอกถึงความต้องการเฉพาะตัวและยังต้องการความช่วยเหลือให้แก่ปัญหาสิ่งแวดล้อม (Environment) จะกำหนดด้วยสถานการณ์ที่มีพยาบาลและผู้รับบริการและระบบการพยาบาล ไม่ได้เจาะจงสิ่งแวดล้อมในด้านผู้ป่วยสุขภาพ (Health) เป็นความรู้สึกสบาย เพียงพอ และมีสุข อีสรระ จากความไม่สุขสบายกายและใจ

การพยาบาล (Nursing) เป็นสถานการณ์เกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา เป็นการใช้กระบวนการลดความไม่สุขสบายหรือภาวะหมดทางช่วยเหลือ โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการและให้การช่วยเหลือลดความไม่สุขสบาย ปรับปรุงพฤติกรรม และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง แลกเปลี่ยนข้อมูลและการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรมของผู้รับบริการ ปฏิบัติการของพยาบาลและการปฏิบัติพยาบาลโดยคำนึงถึงองค์รวมของผู้รับบริการ เพบพลาว เป็นผู้ริเริ่มวางรากฐานในเรื่องของสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ โดยการเปลี่ยนบทบาทของพยาบาลจากการกระทำต่อผู้รับบริการ เป็นผู้กระทำร่วมกับผู้รับบริการ กล่าวคือ พยาบาลและผู้รับบริการต่างเคารพซึ่งกันและกันในความเป็นปัจเจกบุคคล และทั้งสองฝ่ายต่างเกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นอันเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม เพราะในกระบวนการนี้ พยาบาลจะต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดการหยั่งรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง จนกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหาได้ และการที่ผู้รับบริการจะกลับไปมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลต่าง ๆ ในสังคมได้นั้นจะต้องมีการเรียนรู้วิธีที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเริ่มต้นจากการมีสัมพันธ์ภาพกับพยาบาล นั่นคือสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ (Therapeutic nurseclient relationship)

สัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด มีลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้

๑. การเข้ากันได้ (Rapport) พยาบาลจะต้องเข้ากันได้กับผู้รับบริการอย่างกลมกลืน ซึ่งความรู้สึกเข้ากันได้จะต้องมีตั้งแต่แรกเริ่มของสัมพันธ์ภาพ รวมทั้งให้เวลากับผู้รับบริการสร้างความรู้สึกให้ผู้รับบริการผ่อนคลาย และปฏิบัติกับผู้รับบริการในฐานะมนุษย์เท่าเทียมกัน

๒. การสร้างความไว้วางใจ (Trust) ซึ่งเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นอย่างจริงใจที่บุคคลหนึ่งมีต่ออีกบุคคลหนึ่ง โดยไม่เคลือบแคลงว่าจะเกิดอะไรขึ้น เพราะมีความเชื่อมั่นอยู่ภายในความไว้วางใจตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเสมอต้นเสมอปลายพยาบาลจะต้องมีความสม่ำเสมอและจริงใจ เพราะจะช่วยให้ผู้รับบริการค่อย ๆ สร้างความเชื่อถือในตัวพยาบาล แม้ว่าในระยะแรกผู้รับบริการอาจจะยังทดสอบพยาบาลอยู่ก็ตาม

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

๔. การเข้าถึงความรู้สึกหรือเข้าใจตามการรับรู้ของผู้รับบริการ (Empathy) คือการที่พยาบาลเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการเหมือนกับที่ผู้รับบริการรู้สึก หรือเหมือนกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง แต่ต้องแยกตนเองไว้ต่างหาก ความรู้สึกเหล่านั้นไม่ได้มีผลต่อพยาบาล ความเข้าใจตนเองอย่างดีจะช่วยให้เกิดความตระหนักในความเป็นผู้อื่นได้อย่างแท้จริง

๕. มีการติดต่อสื่อสารที่มีจุดประสงค์ (Purposeful communication) เน้นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง พัฒนาส่งเสริมและป้องกันปัญหา

๖. มีการถ่ายโอนความรู้สึก (Transference) อาจเป็นทั้งความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ ที่ถ่ายโอนมายังพยาบาลจากความใกล้ชิดและรู้สึกว่าพยาบาลเป็นเหมือนคนสำคัญของตนเองในด้านต่าง ๆ และอาจทำให้ผู้รับบริการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ 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

บทบาทของพยาบาล

ในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในแต่ละระยะ ดังนี้

๑. คนแปลกหน้า (Stranger): ในการพบกันครั้งแรก ช่วยทำให้ผู้รับบริการยอมรับ และไว้วางใจพยาบาล เช่นเดียวกับคนแปลกหน้าที่สามารถพบได้ในสถานการณ์ทั่วไป

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

๓. ครู (Teacher): ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความรู้การเรียนรู้ตามความต้องการหรือในสิ่งที่ผู้รับบริการสนใจทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

๔. ผู้นำ (Leader): ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความคิดริเริ่ม และมีทิศทางที่ชัดเจนในการรับผิดชอบเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน

๕. ผู้ทดแทน (Surrogate): ช่วยเป็นตัวแทนที่ทำหน้าที่ทดแทน โดยแสดงบทบาทนี้ในภาวะที่ผู้รับบริการอาจไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้

๖. ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor): ช่วยให้เกิดความเข้าใจและบูรณาการเป้าหมายของชีวิตและบริบทแวดล้อมส่งเสริมประสบการณ์และให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลง

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

เพปเปลาว ได้เสนอโมเดลหลักของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Peplau, ๑๙๕๒ cited in Videbeck, ๒๐๑๔) ไว้ดังนี้

บุคคล (Person) เป็นระบบตัวตนซึ่งประกอบด้วยลักษณะและความต้องการทางชีวเคมี สรีระ และสัมพันธภาพ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะสามารถผสมผสานความต้องการและประสบการณ์อย่างมีแบบแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ แต่หากกระบวนการผสมผสานนี้ไม่

ประสบความสำเร็จก็อาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ คับข้องใจ เครียด และวิตกกังวล บุคคลจึงพยายามหาหนทางให้ตนเองสมหวังซึ่งจำเป็นต้องมีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ

สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการเป็นหน้าที่หลักที่พยาบาลต้องรับผิดชอบและดำเนินการเพื่อให้ผู้ใช้บริการบรรลุเป้าหมายของการมีภาวะสุขภาพที่ดี

สุขภาพ (Health) เป็นการเปลี่ยนแปลงของบุคคลไปในทางที่ดีและมีประสิทธิภาพ ซึ่งภาวะสุขภาพจะเกิดขึ้นได้เมื่อความเครียดในบุคคลลดลงและถ่ายทอดออกมาเป็นพลังในทางสร้างสรรค์พลังนี้จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีจะเป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกพึงพอใจ

การพยาบาล (Nursing) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลเพราะเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตั้งแต่สองคน โดยพยาบาลใช้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการให้การพยาบาลและบำบัดทางจิตเวช ที่เรียกว่า therapeutic nurse-patient relationship ซึ่งแบ่งออกเป็น ๔ ระยะ ดังนี้

๑) ระยะเริ่มต้น (Orientation phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะเกิดปัญหา และต้องการความช่วยเหลือ พยาบาลจะต้องสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วยในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการการช่วยเหลือนั้น ช่วยให้ทำความเข้าใจกับปัญหา และตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่เป็สาเหตุให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว

๒) ระยะระบุปัญหา (Identification phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือเขาได้ สามารถระบุได้ว่าใครควรเป็นผู้ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา และเริ่มรู้สึกว่ามีความสามารถในการจัดการกับปัญหา พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกของตน และสามารถตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นได้

๓) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) เป็นระยะของการให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลต้องทำความเข้าใจให้การยอมรับ ห่วงใย เอาใจใส่ ไม่ตัดสินหรือใช้อารมณ์กับผู้ป่วย และช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองที่ดีขึ้น ค้นพบความสามารถของตนเอง เพื่อนำมาพัฒนาความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด

๔) ระยะสรุปผล (Resolution phase) เป็นระยะสุดท้ายของการพยาบาลที่ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว โดยความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เป็นการยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งบางครั้งการยุติสัมพันธภาพอาจทำได้ยากเนื่องจากความต้องการพึ่งพาเพราะสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมักมีความต่อเนื่อง ถ้าการยุติสัมพันธภาพสำเร็จลงด้วยดี ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อิสระโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล แสดงว่าผู้ป่วยเกิดการพัฒนาและเป็นความสำเร็จของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทุกระยะด้วย

พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือ ค้นหา และทำความเข้าใจผู้ป่วยซึ่งพยาบาลต้องรู้จักตนเองและเข้าใจพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย ความเข้าใจ การยอมรับ ทศนคติที่ดีจะส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ร่วมมือกับผู้ป่วยในการวางแผนการแก้ไขปัญหานั้น สัมพันธภาพ

ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นกลไกในการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเอง ยอมรับตนเอง และสามารถตั้งศักยภาพออกมาใช้ในการแก้ปัญหาของตนเองได้ โดยพยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้วิธีการแก้ปัญหา

กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework) (ภิญญาดา ภัทรกิจจารุ และจิรวรรณ ชัยวิศิษฏ, ๒๕๖๓)

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแล ได้แก่ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะความเจ็บป่วย สาเหตุ การเจ็บป่วย สาเหตุของการเข้าโรงพยาบาลครั้งนี้ ความคาดหวังต่อความช่วยเหลือของแพทย์ และพยาบาล ผลกระทบที่ผู้ป่วยคาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจากการออกจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใดๆในชีวิต หรือมีผลต่อครอบครัวหรือไม่

แบบแผนที่ ๒ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ได้แก่ การประเมินความเปลี่ยนแปลงในด้านการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักที่มากหรือน้อยลง พร้อมทั้งระบุจำนวนและระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลง

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย ได้แก่ การประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะตามปกติและการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เนื่องจากผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดฤทธิ์ของยาเสพติดมีผลต่อการขับถ่าย

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

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ ได้แก่ แบบแผนการนอนตามปกติและ แบบแผนการนอนที่เปลี่ยนไปจากปกติเช่น หลับยาก ตื่นกลางดึก ตื่นเช้ามิด การหลับมากหรือน้อยกว่าปกติ

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

แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ได้แก่ ความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วย และสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล การเชื่ออำนาจภายในตน ความภาคภูมิใจ ของตนเอง ภาพลักษณ์ปัญหาของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อครอบครัว และความคาดหวังเกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการวางแผนชีวิต

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ ได้แก่ การประกอบอาชีพ ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการประกอบอาชีพ บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยคือใคร ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง บุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยคือใคร ความรู้สึกที่ตนเองแยกจากสังคม ประวัติการแยกตัวออกจากสังคม การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วย ปัญหาและการแก้ไขปัญหภายในครอบครัว บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว บทบาทของบุคคลสำคัญของครอบครัว ขณะที่ผู้ป่วยพูดถึงครอบครัวมีความรู้สึกโกรธบุคคลใดบ้าง

การติดต่อสื่อสารภายในครอบครัว เช่น พี่งา บังคับ ควบคุม การแสดงออกต่อกัน ความระแวงสงสัย มีลัทธิลึกลับใน ไม่สนใจใคร ลักษณะการตอบ คำถามของผู้ป่วยเป็นไปอย่างเปิดเผยหรือปิดบัง และการสับสนตาขณะพูดคุย

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ ได้แก่ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเพศ และระยะเวลาของความเปลี่ยนแปลง ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางเพศที่เกิดจากการเจ็บป่วยครั้งนี้หรือเหตุผลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

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

แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าและความเชื่อ ได้แก่ การนับถือศาสนา วัฒนธรรมและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความสัมพันธ์ของความเจ็บป่วยและความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วย

จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งจะต้องค้นหาปัญหาเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ พยาบาลจึงต้องมีกรอบการทำงานที่ได้มาจากแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับโรคและความรู้จากศาสตร์สาขาต่าง ๆ มาช่วยในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ความช่วยเหลือทางการพยาบาล ทั้ง ๔ มิติ ด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยยาเสพติดเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งทางกาย และทางใจ โรคทางกาย คือ การรักษาอาการติดยาทางกายให้บรรเทาหรือหมดไป บางรายมีโรคแทรกซ้อนต้องให้การรักษาโรคแทรกซ้อนไปพร้อมกัน โดยให้การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้คืนสู่สภาพปกติ นอกจากนี้ยังต้องรักษา โรคทางใจ ที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการบำบัดรักษาและการพยาบาลที่ซับซ้อนมาก พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดต้องมีความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการให้การพยาบาล แก้ไขปัญหาทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น และการนำทฤษฎีการพยาบาลของเพปเปลว ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล พยาบาลจึงต้องสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ โดยดำเนินการสร้างสัมพันธ์ภาพทั้งสามระยะ สิ่งสำคัญคือพยาบาลต้องประเมิน ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธ์ภาพและสื่อสารระหว่างกัน และมีการรวบรวมข้อมูล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework) เพื่อให้การรวบรวมข้อมูลถูกรวบรวมมาอย่างเป็นระบบ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ชนิดซึมเศร้า

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (นันทศักดิ์ ชนะพันธ์, ๒๕๖๓)

พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวช ให้ความรู้ ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ เป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพทางสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วย และเป็นสื่อกลางระหว่างทีมผู้รักษาและญาติผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจิตเวชต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าสาเหตุของการเกิดโรค ตลอดจนแนวทางในการบำบัดรักษา จะเป็นสิ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ละรายมากขึ้น โดยการนำกระบวนการทางการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย รายละเอียดดังนี้

๑. การประเมินทางการพยาบาล การที่พยาบาลตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยง ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาในอดีต และครอบครัวรวมถึงเรื่องของวัฒนธรรม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดการรักษา หรือการวางแผนฟื้นฟู รวมไปถึงการประเมินผลลัพธ์ การสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนสนิทเกี่ยวกับการใช้ชีวิตในแต่ละวันของผู้ป่วย และอาการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยอาจจะช่วยกำหนดแบบแผนการรักษา การประเมินที่สำคัญมีดังนี้

๑.๑ การประเมินสุขภาพกาย ประเมินการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ประวัติการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะทางระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ภาวะซีด การเจ็บปวดเรื้อรัง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคเบาหวาน หรือภาวะหมดประจำเดือน ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ การผ่าตัด การรักษาตัวในโรงพยาบาล การบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับการรู้สติ การตั้งครมภ์ การคลอด การแท้ง เป็นต้น รวมไปถึงการใช้อาาอื่น ๆ และสมุนไพร เหตุผลที่ใช้หรือใช้มานานเท่าไร การประเมินด้านร่างกายควรคำนึงสัญญาณชีพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การติดตามอาการของภาวะซึมเศร้าควรประเมิน ดังนี้

๑.๑.๑ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและความอยากอาหาร ผู้ป่วยที่อาการซึมเศร้ารุนแรงจะมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลง ซึ่งอาจจะสัมพันธ์หรือไม่สัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง (มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ ๕ ของน้ำหนักตัวใน ๑ เดือน) การที่น้ำหนักลดไม่เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก

๑.๑.๒ การนอนหลับ ส่วนใหญ่ปัญหาเรื่องการนอนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือนอนไม่หลับ ซึ่งมี ๓ ลักษณะคือ ๑) นอนไม่หลับในช่วงแรก (กว่าจะหลับ ใช้เวลานาน) ๒) นอนไม่หลับในช่วงกลาง (ตื่นกลางดึก และหลับต่อยาก) และ ๓) นอนไม่หลับในช่วงปลาย (ตื่นเร็วกว่าปกติและไม่สามารถนอนต่อได้) ส่วนที่พบได้น้อยคือการนอนมากเกินไป (นอนตลอดทั้งวันทั้งคืน) ไม่ว่าจะป็นนอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ผู้ป่วยมักจะบ่นว่ารู้สึกไม่สดชื่น ไม่ตื่นตัว

๑.๑.๓ ความเหน็ดเหนื่อย ไม่มีแรง อ่อนเพลีย ซึ่งอาการอ่อนเพลียที่เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าเป็นลักษณะของตัวบุคคลโดยไม่ว่าจะเป็นการนอนหรือการมีกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย แม้แต่ทำงานที่ง่ายที่สุดก็ยารู้สึกว่าต้องใช้ความพยายามอย่างมากที่จะทำ

๑.๒ การประเมินการใช้ยา ประเมินการใช้ยาในปัจจุบัน ให้ครอบคลุมทั้งปริมาณ ขนาด ความถี่ของการใช้ยา ยาอื่นๆที่ซื้อมารับประทานเอง สมุนไพรต่างๆ หรือวัฒนธรรมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พยาบาลต้องประเมินความเป็นไปได้ของอันตรายที่อาจจะ

เกิดขึ้นจากการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยได้รับยานอนหลับกลับไปบ้าน พยาบาลควรสอบถามถึงจำนวนเม็ดยาที่เหลือในการมาพบแพทย์ครั้งหน้า และควรประเมินเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด ตลอดจนการใช้สมุนไพรต่างๆ เพราะอาจจะมีผลต่อยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

๑.๓ การประเมินทางด้านจิตสังคม ประเมินสภาพจิต (Mental status examination; อารมณ์และความรู้สึก กระบวนการคิดและเนื้อหาความคิด ความคิด ความจำ และสมาธิ) ทักษะในการแก้ปัญหา ประวัติด้านจิต พัฒนาการ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว รูปแบบสัมพันธภาพ การช่วยเหลือกันในครอบครัว การศึกษา ประวัติการทำงาน และผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางกาย หรือการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น พยาบาลควรจะต้องวิเคราะห์จุดแข็งของแต่ละบุคคล ปัญหาที่พบ โดยการถามผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยอธิบายถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมก่อนที่จะมีอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงควร ประเมินเรื่องความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง ทั้งนี้ควรประเมินสมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อที่จะประเมินขั้นตอนในการให้การช่วยเหลือ การติดตาม เรื่องราวการสนทนาจะเป็นกุญแจสำคัญในการประเมินผู้ป่วยซึมเศร้า

๒. การให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่พบบ่อย เช่น นอนไม่หลับ ความไม่สมดุลของการรับประทานอาหาร มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการคิด การบกพร่องทางเพศสัมพันธ์ ภาวะสิ้นหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความเศร้าโศกเสียใจที่ผิดปกติ การจัดการปัญหาในครอบครัว ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม ถ้ามีข้อมูลผู้ป่วยที่นำไปสู่การวินิจฉัยว่าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในอนาคต พยาบาลควรประเมินถึงการวางแผน เจตนา วิธีการที่ผู้ป่วยจะทำ อีกทั้งการประเมินทางการพยาบาลควรตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในเชิงบวกด้วย เช่น การมีความหวัง การส่งเสริมการจัดการแก้ไขปัญหา หรือการส่งเสริมการนอนหลับ เป็นต้น

๓. การวางแผนและให้การพยาบาล ควรให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม สัมพันธภาพกับผู้อื่น และที่สำคัญที่สุดคือการป้องกันการฆ่าตัวตาย การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ศรัทธา และเชื่อมั่น ถ้าที่จะเปิดเผยข้อมูลตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องให้ความรู้ทั้งผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า สาเหตุ วิธีการรักษา กระบวนการ รักษา การใช้ยา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา การประสานงานความร่วมมือกับ สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย และประสานไปยังหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔. การประเมินผลทางการพยาบาล ด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสัมพันธภาพกับผู้อื่น ว่าได้ผลเป็นอย่างไร บรรลุวัตถุประสงค์มากน้อยแค่ไหน ถ้าผู้ป่วยยังทำไม่ได้พยาบาลก็ต้องปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วสามารถที่จะกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ พยาบาลจิตเวชมีส่วนสำคัญในการช่วยเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ ครอบครัวมีความเข้าใจและพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลจิตเวชสามารถให้ความรู้ เกี่ยวกับการโรค แนวทางการรักษา ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และญาติ ตลอดจน

ช่วยประสานงานหรือส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อยังสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อกลับบ้าน การที่ผู้ป่วยจะหายจากโรคซึมเศร้าได้นั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรักษาของแพทย์เพียงอย่างเดียว ขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล ทีมบุคลากรทางสุขภาพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วย คนในครอบครัว และที่สำคัญที่สุดคือตัวผู้ป่วยเอง ที่จำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการรักษาและดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การดูแลของแพทย์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดที่ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ ซึ่งพยาบาลจิตเวชมีส่วนสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนี้

๑. การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อาการและอาการแสดง สาเหตุและปัจจัยการรักษา และการปฏิบัติตัว

๒. การรับประทานยา ควรรับประทานยา ตามคำแนะนำของแพทย์อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ หากมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หากอาการไม่รุนแรงจะสามารถลดอาการข้างเคียงด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถ้ามีอาการรุนแรงควรรีบไปพบแพทย์ไม่หยุดหรือปรับขนาดยาเอง

๓. มาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ หากไม่สามารถมาได้ให้ญาติเป็นคนมาแทน หรือถ้าทราบล่วงหน้าว่าไม่สามารถมาในวันที่แพทย์นัดได้ ให้แจ้งแพทย์ที่รักษาเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา

๔. ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย หางานอดิเรก หรือเลือกกิจกรรมที่ทำแล้วเกิดความรู้สึกดี

๕. ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอ ตามความชอบและเหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง โดยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง ครั้งละ ๒๐ - ๓๐ นาที ทั้งนี้การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา ๑๐ - ๑๒ สัปดาห์ ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการระดับเล็กน้อยมีอาการดีขึ้นได้ การออกกำลังกายเป็นการรักษาวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพสำหรับภาวะซึมเศร้า ซึ่งทำให้การรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน

๖. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย หลีกเลี่ยงของหมักดอง ต้มยำอย่างน้อยวันละ ๘ - ๑๐ แก้ว หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ น้ำอัดลม งดการใช้สารเสพติด บุหรี่ เพราะจะทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลงและอาการกำเริบได้

๗. ผู้ป่วยที่กำลังมีความทุกข์ให้ยอมรับว่าตนเอง มีความทุกข์และหาเพื่อนหรือผู้ที่ไว้ใจระบายความทุกข์ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ เช่น ปลูกต้นไม้ หรือทำงาน อดิเรกอื่นๆ และปรับตัวโดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทั้งในระดับกลุ่ม ครอบครัว และชุมชน

๘. สังเกตอาการของตัวเองว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ซึ่งอาการเตือนมักจะเกิดขึ้นเป็นเวลา ๑ - ๒ สัปดาห์ ก่อนที่จะมีอาการกำเริบ หากมีอาการแยลง รู้สึกเศร้า มากขึ้น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด แยกตัว มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ เป็นต้น ให้รีบมาพบแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องให้ถึงวันนัดเพื่อรับการรักษาไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อกลับบ้าน

บ่อยครั้งที่คนในครอบครัว ญาติ หรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มักจะรู้สึกว่าการทำอะไรผู้ป่วยต้องเศร้าเรื่องแค่นี้ทำไมไม่สู้ ไม่เข้มแข็ง ทำไมถึงอ่อนแอ มีแต่คำว่าทำไมๆ ถึงแม้สิ่งที่พูดไปจะพูดไปด้วยความเป็นห่วงผู้ป่วย แต่กลับจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าย่ำ ไร้ความสามารถ เป็นภาระของบุคคลอื่น ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเศร้า ทุกข์ใจมากขึ้น ซึ่งอาการที่ผู้ป่วยเป็นเกิดจากการเจ็บป่วยทางจิตใจ

มีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีและระบบฮอร์โมนต่างๆในสมอง ซึ่งเมื่อได้รับการรักษาหายแล้ว อาการต่าง ๆ จะค่อย ๆ ดีขึ้น ดังนั้นหากครอบครัว ญาติ หรือคนใกล้ชิดผู้ป่วยมีความเข้าใจผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ก็จะมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น บทบาทของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี่ดังนี้

๑. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อาการ และอาการแสดง สาเหตุ และการรักษาของผู้ป่วย เพื่อจะได้เข้าใจ และรู้ถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากแพทย์หรือพยาบาลได้

๒. รับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เอาใจใส่ โดยไม่ตัดสิน วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในทางที่ไม่ดี ไม่ว่าจะ เป็น คำพูด น้ำเสียง ท่าทาง พฤติกรรมต่าง ๆ ควรพูดคุยสอบถามว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร แต่ไม่ต้องรีบร้อนหากผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะพูด การรับฟังอย่างเข้าใจและพูดคุยกับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนพร้อมที่จะรับฟังและเข้าใจตนเอง ทั้งนี้ไม่ควรแสดงความหวังใ้ผู้ป่วยมากจนเกินไป หรือคอยจับผิดตลอดเวลา เพราะจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ดี

๓. สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยในการรักษาตัว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้ารับการรักษาตามแผนการรักษา ในระยะแรกอาจจะต้องช่วยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา หรือช่วยเตือนผู้ป่วยในการรับประทานยา พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

๔. กระตุ้นหรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การนอน การเคลื่อนไหว

๕. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัวหรือชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยถนัดหรือเคยทำสำเร็จมาแล้ว เช่น การทำงานบ้าน การทำอาหาร ไปทำบุญหรือเกี่ยวกับครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนจิตใจ ผ่อนคลายความเครียดในวิธีที่เหมาะสมและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

๖. สังเกตและติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หากสังเกตว่าอาการผู้ป่วยแย่งลง หรือรับรู้ถึงสัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย เช่น เขียนจดหมาย มอบสิ่งของให้คนอื่น บอกว่าอยากตาย อยากฆ่าตัวตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ทำร้ายตัวเอง อย่าคิดว่าผู้ป่วยทำเพื่อเรียกร้องความสนใจ ควรใส่ใจและให้ความสำคัญในการเฝ้าระวัง และป้องกันการฆ่าตัวตาย เก็บสิ่งของที่คิดว่าผู้ป่วยอาจจะนำมาใช้ในการฆ่าตัวตาย ซึ่งหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หรือบอกชัดเจนว่าจะฆ่าตัวตาย ควรรีบพามาพบแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือ หรืออาจจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายต่อไป

การที่ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ได้รับความรู้ความเข้าใจในโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วย เป็น ความรู้การดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย การเป็นกำลังใจและเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีให้กับผู้ป่วย ลดการขัดแย้งที่เกิดจากปัญหาการสื่อสารที่ไม่ตรงตามความต้องการตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เมื่อครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และไม่รู้สึกลิดเตี้ย แหล่งสนับสนุนทางครอบครัวที่ดี สัมพันธภาพที่ดีต่อกันส่งเสริมการฟื้นฟูหายของโรคซึมเศร้า ซึ่งจากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับการบำบัด สัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบครอบครัวเป็นฐาน สามารถที่จะจัดการอารมณ์เศร้าและโรคซึมเศร้า

ที่ตนเองเป็นได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งการที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีส่งผลให้พ้นหายจากภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

๑. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก หากเป็นไปได้พยายามถามข้อมูลรายละเอียด ดังนี้ การพยายามทำร้ายตนเอง วิธีที่ใช้ความตั้งใจที่จะตาย เหตุกระตุ้น ปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมความสัมพันธ์ในครอบครัว ความช่วยเหลือที่ได้รับจากคนรอบข้าง การเปลี่ยนแปลงของปัญหา หลังจากพยายามทำร้ายตนเองและความคิดและความตั้งใจที่จะทำร้ายตนเองในขณะนั้น เพราะความเสียดายที่จะทำซ้ำซากมีมากในผู้ป่วยที่ใช้วิธีรุนแรงในการพยายามทำร้ายตนเอง และขาดการช่วยเหลือประคับประคองจากคนรอบข้าง

๒. รับฟังกระตุ้นให้ระบายความรู้สึกเหตุผลที่คิดทำร้ายตนเอง
๓. มุ่งเน้นและชี้ให้เห็นว่าในส่วนลึกของจิตใจผู้ป่วยยังอยากมีชีวิตอยู่
๔. ช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดและมองเห็นวิธีการแก้ปัญหาอื่นที่เหมาะสมกว่า
๕. ชี้ให้เห็นศักยภาพด้านบวก
๖. เก็บอุปกรณ์ที่อาจเกิดอันตราย เช่น มีด ของมีคม ยาต่าง ๆ
๗. หาผู้ดูแลอยู่เป็นเพื่อน เพื่อช่วยดูแลและช่วยคิดแก้ปัญหา
๘. พยายามรักษาการติดต่อ เช่น การติดต่อทางโทรศัพท์
๙. มีทัศนคติที่เป็นกลาง ตั้งใจช่วยเหลือ และมุ่งสร้างสัมพันธภาพที่ดี
๑๐. ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน
๑๑. เสริมความคาดหวังทางบวกและปรับมุมมองในการแก้ปัญหา
๑๒. เปิดโอกาสให้ขอความช่วยเหลือได้ในภาวะฉุกเฉิน

การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง มีดังนี้

๑. การให้คำปรึกษา (counseling)
๒. ครอบครัวบำบัด (family therapy)
๓. จิตบำบัดส่วนบุคคล (individual psychotherapy)
๔. ยาต้านอารมณ์ซึมเศร้า (antidepressants) ในรายที่รุนแรง
๕. การติดตามผลการรักษา (follow up)
๖. การให้แรงจูงใจที่เป็นรูปธรรม
๗. การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (mental health education group)
๘. การเป็นแบบอย่าง (role model)

การพยาบาลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

๑. พยาบาลต้องป้องกันการฆ่าตัวตาย พยาบาลควรจะตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยทุกคนที่ซึมเศร้าไม่ใช่ว่าจะฆ่าตัวตายหมด มีเพียงจำนวนน้อยที่ฆ่าตัวตายก็ตาม ก็นับว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องแยกผู้ป่วยจำนวนนี้ให้ได้ และให้การดูแลอย่างระมัดระวัง

๒. สิ่งแวดล้อม ต้องจัดในรูปของการรักษา คือ

๒.๑ สถานที่ต้องไม่ล่อแหลมต่อการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ควรจัดในลักษณะที่กักขัง ผู้ป่วยต้องมีสภาพพอสมควร เติงควรอยู่หน้าเคาน์เตอร์พยาบาล ไม่อยู่ใกล้หน้าต่างให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาตลอด ๒๔ ชั่วโมง แม้แต่เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องน้ำจะต้องติดตามไปด้วย มิให้ล่องล่อนประตุ หากพยาบาลไม่เพียงพอควรให้ญาติอยู่ด้วยแทน โดยให้คำแนะนำแนวทางในการดูแล

๒.๒ ของใช้ต่างๆ ต้องระมัดระวัง ไม่ให้ผู้ป่วยเก็บของมีคม เช่น มีดโกน กรรไกร กระจก ครอบแว่น เครื่องสำอางต่างๆ เช่น ยาฆ่าเชื้อโรค ยาที่จัดให้ผู้ป่วยรับประทาน เชือก ผ้าขาวม้า ผ้าปูที่นอน เข็มขัด เพราะผู้ป่วยอาจจะเอามาแขวนรัดคอได้ พยาบาลจำเป็นต้องตรวจสอบของใช้ของผู้ป่วยอยู่เสมอ โดยไม่ให้ผู้ป่วยรู้ตัว

๒.๓ บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยทุกคน จะต้องมีความจริงใจ เอาใจใส่ โอบอ้อมอารีเป็นมิตร และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย เข้าใจในปัญหา ความต้องการและพฤติกรรมของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคง (security) ปลอดภัย และเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

๓. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล พยาบาลต้องพยายามทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ (Trust) เพื่อว่าผู้ป่วยจะได้พูดถึงปัญหา ระบายความคับแค้นและความวิตกกังวลให้พยาบาลฟัง พยาบาลจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดี มีความเข้าใจตนเอง (Self understanding)

๔. ต้องคอยสังเกตทั้งพฤติกรรมและคำพูดของผู้ป่วยอย่างรอบคอบ แต่ต้องคอยระวังท่าทีของพยาบาลที่คอยสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าแล้วมีอาการดีขึ้นทันทีทันใด พยาบาลจะต้องสังเกตอย่างใกล้ชิด เพราะอาจเป็นการแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นได้หาทางออกให้กับความทุกข์ของเขาได้แล้วโดยการฆ่าตัวตายซึ่งเขาได้วางแผนไว้แล้ว

๕. การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่จะฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มใหญ่ แต่อาจเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเล็กบางประเภทใด พยาบาลจะต้องเข้าใจและเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมให้ ต้องช่วยกระตุ้นและคอยให้กำลังใจ อาจให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมง่าย ๆ การเข้ากลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัวเองได้มากมองเห็นปัญหาชีวิตของคนอื่น ๆ ได้กว้างขวางขึ้น

๖. ถ้าจำเป็นควรรับผู้ที่ทำการฆ่าตัวตายไว้รักษาในโรงพยาบาล ภายใต้การดูแลโดยใกล้ชิด ให้ญาติมาเยี่ยมเป็นประจำ เพื่อไม่ให้รู้สึกว้าเหว่ตนเองถูกทอดทิ้ง

๗. เมื่อพบผู้ที่กระทำการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลฝ่ายภายในแผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการส่งต่อ (refer) ไปพบจิตแพทย์หรือผู้มีหน้าที่ช่วยเหลืออื่น ๆ เพื่อร่วมมือกันแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

๘. การวิเคราะห์พฤติกรรม ข้อมูลที่บันทึกไว้ในรายงานควรได้รับการวิเคราะห์ทุกระยะอย่างต่อเนื่องกันเพื่อจะได้วางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วยขณะนั้น

บทที่ ๔

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

๑. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๓๔ ปี รูปร่างผอม ส่วนสูง ๑๗๐ ซม. น้ำหนัก ๔๕ กก. BMI ๑๕.๕๗ สถานภาพหย่า เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาอิสลาม จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ ๖ อาชีพว่างงาน ภูมิลำเนา อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา

สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาในระบบสมัครใจ

ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ วันที่อยู่ในความดูแล ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ รวมระยะเวลา ๔ วัน แล้วส่งต่อไปโรงพยาบาลหาดใหญ่ วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายซ้ำ รักษาต่อที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ตั้งแต่วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖ รวมระยะเวลา ๑๐ วัน

ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ กลับเข้ามารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา วันที่อยู่ในความดูแล ๕ มกราคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๖ รวมระยะเวลา ๑๑ วัน

แหล่งข้อมูล : จากการซักประวัติผู้ป่วย ญาติ และแฟ้มประวัติผู้ป่วย

๒. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย

การวินิจฉัยขณะเข้ารับการรักษาครั้งที่ ๑ /การวินิจฉัยแรกรับและการวินิจฉัยครั้งสุดท้าย (วันที่ ๒๒ - ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕)

- F๑๑.๕๐ Mental and behavioural disorders due to use of opioids - Opioid psychotic disorder - Opioids, Psychotic disorder, schizophrenia - like

- F๑๕.๕๐ : Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine - Caffeine Psychotic disorder - Other stimulants including caffeine, Psychotic disorder, Schizophrenia - like

- F๑๒.๕๐ : Mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids - Cannabinoids psychotic disorder - Cannabinoids, Psychotic disorder, Schizophrenia-like

การวินิจฉัยขณะเข้ารับการรักษาครั้งที่ ๒ /การวินิจฉัยแรกรับและการวินิจฉัยครั้งสุดท้าย (วันที่ ๕ - ๑๖ มกราคม ๒๕๖๖)

- F๑๑.๕๐ : Mental and behavioural disorders due to use of opioids - Opioid psychotic disorder - Opioids, Psychotic disorder, schizophrenia - like

- F๑๕.๕๐ : Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine - Caffeine Psychotic disorder - Other stimulants including caffeine, Psychotic disorder, Schizophrenia - like

- F๑๒.๕๐ : Mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids - Cannabinoids psychotic disorder - Cannabinoids, Psychotic disorder, Schizophrenia-like
- F๓๒.๐๐ : Depressive episode - Mild depressive episode - Mild depressive episode, Without somatic symptoms

๓. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

๑ วัน ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้า กัญชา และเฮโรอีน มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด ไม่นอน พูดคนเดียว หูแว่ว หวาดระแวง ญาติจึงแจ้งให้เจ้าหน้าที่กองอาสารักษาดินแดน (อส.) เข้าควบคุมตัวแล้วนำส่งโรงพยาบาลจะนะ หลังจากโรงพยาบาลจะนะดูแลเบื้องต้นแล้วส่งต่อมาโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

๔. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness)

ผู้ป่วยเริ่มเสพยาบ้า ตั้งแต่อายุ ๒๐ ปี ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลอง จำนวน ๒ เม็ด/วัน เสพทุกวัน ครั้งสุดท้าย ๑ วันก่อนมา (วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ เวลา ๒๐.๐๐น. ๒ เม็ด) เสพกัญชา ตั้งแต่อายุ ๒๐ ปี พร้อมกับเสพยาบ้า ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลอง จำนวน ๕ ดอก/วัน เสพทุกวัน เสพครั้งสุดท้าย ๑ วันก่อนมา (วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ เวลา ๒๐.๐๐น. จำนวน ๒ ดอก) เสพเฮโรอีน มานาน ๑ ปี ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลอง จำนวน ๑๐๐ บาท/วัน เสพทุกวัน เสพครั้งสุดท้าย ๑ วันก่อนมา (วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ เวลา ๒๐.๐๐น. ๐.๕ กรัม)

ผู้ป่วยบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาเป็นครั้งแรก ญาติให้ประวัติว่า เมื่อคืนก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้า กัญชา และเฮโรอีน มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด ทำลายข้าวของในบ้าน ไม่นอน พูดคนเดียว หูแว่ว หวาดระแวงกลัวเพื่อนจะมาทำร้าย ญาติจึงแจ้งให้เจ้าหน้าที่กองอาสารักษาดินแดน (อส.) เข้าควบคุมตัวแล้วนำส่งโรงพยาบาลจะนะ หลังจากโรงพยาบาลจะนะดูแลเบื้องต้นแล้วส่งต่อมายังโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

แรกรับ ผู้ป่วยเดินมาเองโดยมีผู้ช่วยเหลือคนไข้ช่วยประคองผู้ป่วย ท่าทางวังง เพสีย พูดคุยถาม-ตอบตรงคำถาม ให้นอนพักบนเตียง หลังให้นอนพัก ผู้ป่วยหลับ ปลูกตีน เรียกโต้ตอบได้ Vital sign แรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๒ ครั้ง/นาที การหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๑/๖๑ มิลลิเมตรปรอท ประเมิน COWS = ๐ คะแนน pupil ๒ มม. Reaction to light both eyes

๕. ประวัติการใช้สารเสพติด

- ผู้ป่วยเริ่มเสพยาบ้า ตั้งแต่อายุ ๒๐ ปี ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลองยาบ้า จำนวน ๒ เม็ด/วัน เสพทุกวัน
- เริ่มเสพกัญชา จำนวน ๕ ดอก/วัน เสพพร้อมยาบ้าทุกวัน ขณะอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่เสพยาด้วยกัน ผู้ป่วยจึงได้ลอง
- ทดลองเสพเฮโรอีน จากเพื่อนบางคนในกลุ่มที่เสพยาบ้าด้วยกัน และเสพต่อเนื่องมานาน ๑ ปี จำนวน ๐.๕ กรัม/วัน เสพทุกวัน

๖. ประวัติส่วนตัว และลักษณะนิสัย

ผู้ป่วยเป็นคนชอบเก็บตัวเงียบ พูดคุยกับคนในครอบครัวน้อย ชอบออกไปเที่ยวเตร่กับเพื่อน อารมณ์หงุดหงิดง่าย ขี้น้อยใจ เอาแต่ใจตนเอง มีความรู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำ มักคิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่เก่ง เรียนหนังสือน้อย รู้สึกเหมือนถูกกดดันจากพ่อ พ่อไม่เคยพูดคุยด้วย คนในครอบครัวไม่สนใจ มักคบหากับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเพื่อนในชุมชนที่ใช้จ่ายเสพติดด้วยกันที่ผ่านมา ขณะอยู่ที่บ้านผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีแขวนคอมาแล้ว ๒ ครั้ง เคยมีภรรยาแต่เลิกกันเมื่อ ๕ ปีก่อน ไม่มีบุตร

ประวัติด้านการเรียน เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ ตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ และเคยเรียนศาสนากับโต๊ะครูตามหลักศาสนาอิสลาม ผู้ป่วย อ่าน เขียนหนังสือได้เล็กน้อย ไม่มีอาชีพ

๗. ประวัติสุขภาพในอดีต (Past History)

- ปฏิเสธโรคประจำตัวร้ายแรง
- ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร
- ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุและการผ่าตัด

๘. ประวัติสุขภาพครอบครัว (Family History)

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดา มารดา พี่สาว และน้องชาย ซึ่งน้องชายเสพยาเสพติดชนิดยาบ้า กัญชา และเฮโรอีนด้วย มีพี่น้อง ๔ คน ผู้ป่วยเป็นคนที่ ๒ บิดาทำอาชีพรับจ้างทั่วไป มารดาไม่มีอาชีพ พี่สาวทำงานโรงงาน ผู้ป่วยขอเงินจากพี่สาวและแม่ในการใช้จ่าย และบางครั้ง ก็เอาของใช้ในบ้านไปขาย

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ไม่ราบรื่น ผู้ป่วยทะเลาะกับแม่และพี่สาวบ่อย เรื่องของเงินไปซื้อยาเสพติด ไม่หางานทำ ชวนน้องชายให้ใช้จ่ายเสพติดด้วย ขับรถมอเตอร์ไซด์ควั่นเวียนในหมู่บ้าน ทำให้ชาวบ้านเดือดร้อน ผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพที่ห่างเหินกับพ่อ ผู้ป่วยมักมองว่าตนเองขาดที่พึ่ง แม่และพี่สาวชอบบงกช และกดดันตนเองทุกเรื่อง จะสนิทกับน้องชายเพราะเสพยาเสพติดด้วยกัน แต่ก็มีปัญหาทะเลาะกันบ่อยเมื่อได้เสพยาเสพติด

มีบุคคลในครอบครัวคือน้าชาย มีประวัติการฆ่าตัวตายสำเร็จด้วยวิธีการแขวนคอในเรือนจำ มีประวัติการใช้จ่ายเสพติดชนิดยาบ้า กัญชา ปฏิเสธอาการทางจิต

๙. การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ

๙.๑ การประเมินทางชีวภาพ

- อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส
- ชีพจร ๖๒ ครั้ง/นาที
- การหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที
- ความดันโลหิต ๑๐๑/๖๑ มิลลิเมตรปรอท
- น้ำหนัก ๔๕ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร BMI= BMI ๑๕.๕๗ น้ำหนักน้อย/ผอม

๙.๒ การประเมินสภาพโดยทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทยวัยผู้ใหญ่ ลักษณะโดยทั่วไป รูปร่างผอม ผิวสีดําแดง ผมยาวประป่า สีหน้าไม่สดชื่น อ่อนเพลีย ไม่เต็มใจมาบําบัดรักษา

๑๐. การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

๑๐.๑ ผิวหนัง

- ลักษณะผิวหนังแห้งสะอาด ไม่มีหลุดลอก การติ่งตัวของผิวหนังปกติ เล็บสีนําสะอาด ไม่มีอาการเขียวคล้ำปลายมือปลายเท้า ไม่พบอาการคันที่นิ้วมือทั้ง ๒ ข้าง นิ้วมือไม่มี Clubbing

๑๐.๒ ศีรษะ ใบหน้า ลำคอและทรวงอก

- ศีรษะ: ขนาดของศีรษะปกติ สมมาตรกัน ผมสีดํายาวประป่า การกระจายของเส้นผมปกติ ไม่มีอาการหลุดร่วงของเส้นผม หนังศีรษะไม่หลุดลอก หนังศีรษะไม่มีผื่น ไม่มีรังแค หรือแผลที่ศีรษะ ไม่พบก้อนหรือต่อมนํ้าเหลืองบวมโต

- ใบหน้า: รูปร่างปกติเหมือนกันทั้งสองข้าง ไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า

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

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

- จมูก: ทั้ง ๒ ข้างเท่ากัน ผนังกันจมูกอยู่ตรงกลาง ไม่มีการคดโค้งของแนวสันจมูก ไม่มีของเหลวออกจากจมูก หรือจุดเลือดออก ไม่มีการกดเจ็บบริเวณ sinus

- ปากและช่องคอ: ริมฝีปากดําคัล้ำ เยื่อบุปากค่อนข้างซีด ไม่มีแผล เหงือกปกติ สีค่อนข้างซีด มีฟันผุ ๓ ซี่ ไม่มีฝ้าที่ลิ้น ต่อมทอนซิลไม่บวมโต ช่องคอไม่พบสิ่งผิดปกติ

- คอ: หลอดลมอยู่ตรงกึ่งกลาง ตั้งสมมาตรกับลำตัว ต่อมไทรอยด์คัล้ำไม่โต คอไม่แข็ง การเคลื่อนไหวปกติ ต่อมํ้าเหลืองบริเวณคอ และใต้คางไม่โต

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

๑๐.๓ ระบบหัวใจ และหลอดเลือด

- เส้นโลหิตดําคอไม่โป่ง หัวใจเต้นแรงสม่ำเสมอ ได้ยินเสียงชัดเจน อัตราการเต้นของหัวใจ ๖๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๑/๖๑ mmHg ไม่มีเสียง murmur คลำชีพจรได้ชัดเจน

๑๐.๔ ระบบทางเดินอาหาร และท้อง

- หน้าท้องราบเหมือนกันทั้งสองข้าง ไม่โป่งพอง ไม่เห็นเส้นโลหิตดําคอหรือจุดเลือดออก ไม่มีแผลเป็น เสียงลำไส้ปกติ เคาะท้องเสียงกังวานทั่วไป หน้าท้องคลำไม่พบก้อน ตับม้าม ไม่โต กดไม่เจ็บ ต่อมํ้าเหลืองขาหนีบไม่โต

๑๐.๕ ระบบประสาท

- การทรงตัวดี ลักษณะการพูดปกติ ถามตอบตรงคำถาม การเคลื่อนไหวของแขนขาปกติ ระบบ motor กล้ามเนื้อ ไม่อ่อนแรงหรือตื้อ แขนขาไม่สั่น ท่าเดินปกติ ประสาทสัมผัส การรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด สัมผัสเย็น และสัมผัสเบาๆ ปกติ

๑๐.๖ ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก

- ความตึงตัวของกล้ามเนื้อตึงตัวดี กล้ามเนื้อไม่ลีบ กระดูกสันหลัง สะโพกปกติ ลักษณะของข้อและการเคลื่อนไหวปกติ การเคลื่อนไหวของข้อนิ้วมือ ข้อมือ ข้อศอก ข้อไหล่ ข้อเข่า ข้อเท้า และนิ้วเท้าปกติ

๑๐.๗ ระบบการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ

- ปัสสาวะสีเหลืองอ่อนปกติ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด กระปริดกระปรอย
- อุจจาระปกติ

๑๐.๘ ระบบสืบพันธุ์

- ปกติ ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์มานาน ๕ ปี หลังจากหย่าร้างกับภรรยา

๑๑. การตรวจสุขภาพจิต : MENTAL STATUS EXAMINATION

ตารางที่ ๓ การตรวจสุขภาพจิต : MENTAL STATUS EXAMINATION วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๕

หัวข้อ	การประเมิน
ลักษณะทั่วไป (General observation)	ชายไทยวัยผู้ใหญ่ รูปร่างผอม ผิวดำแดง ผมยาวประป่า แต่งกายชุดโรงพยาบาล ร่างกายสะอาด ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ พูดคุย สบาย มีท่าทีแสดงถึงความเป็นมิตร ท่าทางการเคลื่อนไหวปกติ
การพูด (Speech)	พูดด้วยเสียงดังชัดเจน น้ำเสียงปกติ จังหวะการพูดไม่เร็วหรือช้าเกินไป พูดเป็นประโยคต่อเนื่องกันดี สามารถบอกเล่า สื่อสารเรื่องราวได้ใจความ ตอบได้ตรงประเด็น
อารมณ์และการแสดงออก (Affective and MOOD)	Mood อารมณ์ วิตกกังวล เล็กน้อย Affect การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง วิตกกังวล เล็กน้อย มีพูดคุยด้วยเสียงปกติ ไม่มีเสียงดัง ควบคุมอารมณ์ได้
ความคิด (Thought)	- มีกระบวนการคิด ความคิดและคำพูดสอดคล้องกัน เป็นเหตุเป็นผลกัน สามารถปรับเปลี่ยนความคิดไปตามสถานการณ์ได้ การสรุปความคิดและความเชื่อมโยงกันได้ - เนื้อหาความคิดปกติ ไม่มีความคิดหลงผิด หรือความเชื่อผิดๆ สามารถคิดและตอบคำถามได้ ไม่ล่าช้า
การรับรู้ (Perception)	การรับรู้ปกติ ไม่มีหูแว่ว ประสาทหลอน
รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ได้ถูกต้อง (Orientation : good to time place person)	Time: ผู้ป่วยบอก วัน เดือน ปี และบอกช่วงเวลาที่ถูกต้อง Place: ผู้ป่วยบอกสถานที่อยู่ขณะรักษาได้ถูกต้อง Person: ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าคนที่ตนเองกำลังคุยด้วยเป็นพยาบาล

หัวข้อ	การประเมิน
Memory	<p>Remote memory: สามารถเล่าเรื่องลำดับเหตุการณ์ในอดีตได้ เล่าประวัติการใช้ยาเสพติด ตามลำดับช่วงอายุได้ สามารถบอกวัน เดือนปีเกิดได้</p> <p>Recent memory: บอกอาหารมื้อเช้า มื้อเที่ยงได้ถูกต้อง</p> <p>Recall memory: ให้จำ “ดอกไม้ เครื่องบิน สุนัข” จำได้ครบ ๓ อย่าง เมื่อเวลาผ่านไปแล้ว กลับมาย้อนถามใหม่ (ประมาณ ๕ นาที)</p>
Attention & concentration	<p>สามารถลบเลข จาก ๑๐๐-๗ ไปเรื่อย ๆ ได้ถูกต้อง ๒ ครั้ง ติดต่อกันและ ๒๐-๓ ถูกต้อง ๒ ครั้ง ครั้งต่อไปผู้ป่วยคิดนาน และ ตอบไม่ถูกต้อง</p> <p>Digit forward: สามารถพูดตัวเลขตามได้จนถึง ๕ หลัก</p> <p>Digit backward: สามารถพูดทวนตัวเลขได้ ๓ หลัก</p> <p>General Knowledge and abstract thinking: บอกชื่อ นายกรัฐมนตรีคนที่ผ่านมาได้ถูกต้อง</p> <p>คำถามเปรียบเทียบความต่าง</p> <p>กลางวันกับกลางคืน มีดกับสว่าน = abstract</p> <p>โพธิ์กับต้นมะเขือ เป็นต้นเล็กกับต้นใหญ่ = concrete</p> <p>เด็กกับคนแคระ ต่างกันที่อายุ = abstract</p> <p>สรุป : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract ๒ ข้อ concrete ๑ ข้อ</p> <p>คำถามเปรียบเทียบความเหมือน</p> <p>ส้มกับกล้วย เป็นผลไม้เหมือนกัน = abstract</p> <p>เรือกับเครื่องบิน สามารถโดยสารได้ทั้งคู่ = abstract</p> <p>หมา กับแมว มี ๔ ขาเหมือนกัน = concrete</p> <p>สรุป : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract ๒ ข้อ concrete ๑ ข้อ</p> <p>อธิบายสุภาษิตคำพังเพย</p> <p>น้ำขึ้นให้รีบตัก = สิ่งดีๆเข้ามาต้องรีบไขว้คว้า = abstract</p> <p>หนีเสือปะจระเข้ = หนีสิ่งที่ไม่ดีไปเจอสิ่งที่ไม่ดีกว่า = abstract</p> <p>ชี้ช้างจับตั๊กแตน = ทำไม่คุ้มค่า = abstract</p> <p>สรุป : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract ๓ ข้อ</p>
การตัดสินใจ (Judgment)	<p>จากสถานการณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ถ้าพบซองจดหมายที่จำหน้าซองและปิดแสตมป์แล้ว ตอบว่าจะ เปิดดู : ตัดสินใจเหมาะสม - ลือคประตูป้านแล้วลืมหุญแจไว้ในบ้าน ตอบว่าจะฟังประตูป้าน : ตัดสินใจไม่เหมาะสม - พบเหตุการณ์ไฟไหม้ในโรงหนัง ตอบว่าวิ่งหนี : ตัดสินใจไม่ เหมาะสม

หัวข้อ	การประเมิน
การตระหนักรู้ (Insight)	<p>ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลเสียของการใช้ยาเสพติด รับรู้ว่าการใช้ยาเสพติดทำให้ร่างกายทรุดโทรม สูญเสียค่าใช้จ่าย การงาน ครอบครัว แต่ก็มีความคิดว่าใช้ยาเสพติดแล้วทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น หายเครียด ถ้าจะเลิกจริงๆไม่มาบำบัดก็เลิกได้ และจะขออยู่บำบัดเฉพาะระยะถอนพิษยา ไม่ขอบำบัดต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ</p> <p>สรุป Intellectual Insight ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองติดยาเสพติดและทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย แต่ยังไม่คิดว่าจะเลิกอย่างจริงจังในตอนี้</p>

สรุปผลการประเมินสภาพจิต : ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ เต็มใจ สีนหน้าวิตกกังวลเล็กน้อย ลักษณะการพูดเป็นประโยคต่อเนื่อง สื่อสารเรื่องราวได้ใจความ โต้ตอบปกติ ถาม-ตอบตรง คำถามดี ความจำและการตัดสินใจดี เหมาะสม ไม่มีอาการหูแว่ว มีความคิดในเชิงรูปธรรมและนามธรรมได้ถูกต้อง การตระหนักรู้ในตนเองด้านการใช้ยาเสพติด มีความคิดว่าใช้ยาเสพติดแล้วทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น หายเครียด ยังไม่มีความตั้งใจที่จะเลิกใช้ยาเสพติดอย่างจริงจัง

๑๒. ประเมินแบบแผนสุขภาพ ประเมินโดยใช้กรอบแนวคิด ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน

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

๑.๑ โรคประจำตัว : ไม่มี

๑.๒ ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้ประจำ : ไม่มี

๑.๓ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย: จะซื้อยากินเอง ถ้าไม่หายจะไปโรงพยาบาล

๑.๔ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย : มารดา พี่สาว

๑.๕ การรักษา : รักษา ยาเสพติด ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ครั้งแรก

๑.๖ การผ่าตัด : ไม่เคย

๑.๗ ความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยยอมรับว่าการเสพยาเฮโรอีน ยาบ้า กัญชา ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ในขณะที่บำบัดผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา และปฏิบัติตามคำแนะนำได้

๑.๘ สิ่งเสพติดที่ใช้

- เสพยาบ้า จำนวน ๒ เม็ด/วัน เสพทุกวัน
- เสพกัญชา จำนวน ๕ ดอก/วัน เสพทุกวัน
- เสพเฮโรอีน จำนวน ๑๐๐ บาท/วัน เสพทุกวัน

๑.๙ การแพ้ (ยา/อาหาร/สารเคมี) : ไม่มี

๑.๑๐ ความคาดหวังในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : บำบัดรักษาให้ครบกำหนดถอนพิษยาตามความต้องการของญาติ

สรุป : ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรค พยาธิสภาพของโรค ทักษะปฏิเสธ ขาดแรงจูงใจในการเลิกยา ทำให้เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ

๒. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (nutritional metabolic pattern)

๒.๑ การรับประทานอาหาร : รับประทานเองช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยบอกว่าขณะอยู่ที่บ้านตนเองจะรับประทานอาหารเช้า ๒ มื้อ ทานไม่เป็นเวลา เนื่องจากบางวันมัวแต่เสพยาทำให้ไม่ได้รับประทานอาหารในบางมื้อ

๒.๒ ปัญหาในการรับประทานอาหาร : ไม่มี

๒.๓ รสชาติอาหารที่ชอบ : อาหารรสจืด

๒.๔ การดื่มน้ำ : วันละ ๖-๘ แก้ว

๒.๕ น้ำหนักและส่วนสูง : น้ำหนัก ๔๕ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร

BMI= ๑๕.๕๗ น้ำหนักน้อย/ผอม ในช่วงเวลา ๖ เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักคงที่

๒.๖ สุขภาพของผิวหนัง เล็บ ผม : ปกติ

๒.๗ ระบบย่อยอาหาร : ปกติ

สรุป : มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ไม่ให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ ทำให้น้ำหนักตัวน้อย/ผอม

๓. แบบแผนการขับถ่าย (elimination pattern)

๓.๑ ปัสสาวะ : ๕-๗ ครั้ง/วัน ลักษณะปกติ สีเหลืองใส

๓.๒ อุจจาระ : ถ่ายปกติทุกวัน วันละ ๑ ครั้ง ไม่ใช้ยาระบาย

๓.๓ การสูญเสียเหงื่อ : ปกติ

สรุป : ไม่มีปัญหาในแบบแผนการขับถ่าย

๔. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย (activity exercise pattern)

๔.๑ การเคลื่อนไหว : ปกติ

๔.๒ การทำกิจวัตรประจำวัน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง

๔.๓ การออกกำลังกาย : ไม่ออกกำลังกาย

๔.๔ งานอดิเรกที่ทำ : ปกติก

สรุป : ขาดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ไม่ออกกำลังกาย)

๕. แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน (sleep rest pattern)

๕.๑ ลักษณะของการหลับ : นอนหลับปกติ

๕.๒ คุณภาพการนอนหลับ : นอนหลับสนิท ประมาณ ๙ ชั่วโมง/วัน ช่วงเวลา ๒๔.๐๐ น.

ถึง ๐๙.๐๐ น.

๕.๓ การนอนหลับกลางวัน : ตอนช่วงบ่าย

๕.๔ การใช้ยานอนหลับ : ไม่ใช่

๕.๖ การใช้เวลาร่วมและการพักผ่อนหย่อนใจ : ไปเที่ยวกับเพื่อน กลุ่มที่ใช้จ่ายเสพติดต่อกัน

สรุป : ใช้เวลาในการนอนหลับยาวนานและตื่นสาย ซึ่งอาจส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต

๖. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (cognitive perceptual pattern)

๖.๑ ระดับความรู้สึกตัว : ปกติ ระดับสติปัญญาอยู่ในระดับปกติ

๖.๒ การมองเห็นปกติ : มองเห็นชัด ไม่มีสายตาสั้นหรือยาว ไม่มีต่อกระจก ตาไม่บอดสี

๖.๓ การพูด : ปกติ

๖.๔ การได้ยิน : ปกติ

๖.๕ การแสดงอารมณ์ : ไม่สดชื่น วิตกกังวลเกี่ยวกับระยะเวลาในการอยู่บำบัดรักษา

๖.๖ ระดับสติปัญญา ความจำ : ระดับสติปัญญา การตัดสินใจเหมาะสม ความจำปกติ

สรุป : วิตกกังวลเกี่ยวกับระยะเวลาในการอยู่บำบัดรักษา ไม่ต้องการบำบัดต่อระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

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

๗.๑ ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง การมองตนเอง (perceived self) : ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองติดยาเสพติด ทำให้มีปัญหาครอบครัวต้องเลิกกับภรรยา หากหยุดยาเสพติดได้จะทำให้อาการดีขึ้น การพยายามฆ่าตัวตายเพราะรู้สึกเบื่อ เศร้า ชีวิตไม่มีความสุข คิดว่าตนเองทำดีที่สุดแล้วแต่อัลเลาะห์ตอบแทนไม่ยุติธรรม

๗.๒ ตนเองตามการมองของผู้อื่นตามที่มี ที่เป็น ที่เกิดขึ้นจริง (real self) : ผู้ป่วยคิดว่าถูกคนรอบข้างญาติพี่น้องมองว่าตนเองเป็นตัวปัญหาของครอบครัว ตนเองใช้ยาเสพติดทำให้มีการทะเลาะกันในครอบครัว เนื่องจากเมื่อเสพยา ตนเองจะไปเที่ยวเตร่กับเพื่อน ชักชวนน้องชายให้เสพยาเสพติดด้วย ขาดการยอมรับของสังคม

๗.๓ ตนเองในอุดมคติ (ideal self) : อยากเลิกยาเสพติดตามที่ครอบครัวขอร้อง

๗.๔ การรับรู้หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) : มีความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองเรื่องที่ตนเองเป็นตัวปัญหาของครอบครัว ทำให้น้องชายต้องติดยา ทำให้พ่อแม่ต้องเดือดร้อนและเสียใจ

สรุป : รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ รู้สึกเบื่อ เศร้า ชีวิตไม่มีความสุข จึงมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

๘. แบบแผนการทำหน้าที่ตามบทบาทความสัมพันธ์ (role-relationship pattern)

๘.๑ สัมพันธภาพสมาชิกในครอบครัว : ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับบิดา มารดา พี่สาว และน้องชาย ผู้ป่วยเคยแต่งงานมีภรรยาแต่แยกทางกันมาแล้ว ๕ ปี ไม่มีบุตรด้วยกัน ผู้ป่วยมีพี่น้อง ๔ คน เป็นคนที่ ๒ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ไม่ราบรื่น ผู้ป่วยทะเลาะกับแม่และพี่สาวบ่อยหากขอเงินแล้วไม่ได้ตามจำนวนที่ขอ ผู้ป่วยมีสัมพันธ์ที่ห่างเหินกับพ่อ ผู้ป่วยมักมองว่าตนเองขาดที่พึ่ง แม่และพี่สาวชอบบังคับ และกดดันตนเองทุกเรื่อง จะสนิทกับน้องชายเพราะเสพยาเสพติดด้วยกัน แต่ก็มีปัญหาทะเลาะกันบ่อยเมื่อได้เสพยาเสพติด

๘.๒ ผู้ที่หารายได้ หลักในครอบครัว คือ พี่สาว ทำงานโรงงาน มีรายได้เดือนละ ๑๕,๐๐๐ บาท พ่อรับจ้างทั่วไป รายได้เดือนละประมาณ ๕,๐๐๐ บาท ส่วนตัวผู้ป่วยไม่มีอาชีพ

๘.๓ การเจ็บป่วยครั้งนี้ มีผลกระทบกับครอบครัว คือ ทำให้สภาพจิตใจของคนในครอบครัวรู้สึกไม่ดี เครียดกับเรื่องของตนเอง และทำให้มีการทะเลาะกันในครอบครัว ตนสร้างปัญหาให้กับครอบครัวมาก ทั้งด้านการเงิน ความเป็นอยู่ และทำให้ครอบครัวเสียชื่อเสียง

๘.๔ ที่ผ่านมามีเคยเกิดปัญหาวิกฤตในครอบครัว : ผู้ป่วยแยกทางกับภรรยาเมื่อ ๕ ปีก่อน

๘.๕ การสื่อสารในครอบครัว: มักจะใช้คำพูดที่รุนแรง ดุด่า ทำให้ผู้ป่วยเกิดความน้อยใจบ่อยครั้ง

๘.๖ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือกับสังคม: มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นค่อนข้างดี เป็นคนมีมนุษยสัมพันธ์ดี เพื่อนที่มีส่วนใหญ่มักเป็นเพื่อนในชุมชนเป็นกลุ่มที่เสพยาเสพติดด้วยกัน
สรุป : สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ทะเลาะกับมารดาและพี่สาวบ่อย ห่างเหินกับพ่อ ชวนน้องชายไปใช้ยาเสพติดบ่อย

๙. แบบแผนเพศสัมพันธ์ และการเจริญพันธุ์ (sexuality- reproductive pattern)

๙.๑ ภาวะสืบพันธุ์: ปกติ

๙.๒ พฤติกรรมการแสดงออกทางเพศ : เหมาะสมกับเพศ

๙.๓ การมีเพศสัมพันธ์ : เคยมีประวัติมีเพศสัมพันธ์

๙.๔ การคุมกำเนิด : ใช้วิธีการคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย มีการป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์โดยการใช้ถุงยางอนามัย

สรุป : แบบแผนเพศสัมพันธ์ และการเจริญพันธุ์ปกติ

๑๐. แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญความเครียด (coping-stress tolerance pattern)

๑๐.๑ เมื่อเกิดความเครียดหรือปัญหาสำคัญต่างๆ: มีวิธีจัดการความเครียดโดยการ พูดคุยระบายกับน้องชาย เพื่อน ใช้สารเสพติด มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

๑๐.๒ สิ่งที่ทำให้เครียด กังวลใจ หรือทุกข์ใจ : มารดา พี่สาว ดุด่า ทุกคนมองว่าตนเองชวนน้องชายไปติดยาเสพติดด้วย พ่อเคยแจ้งตำรวจให้ดำเนินคดีกับน้ำชาย จนต้องติดคุกแล้วน้ำชายแขวนคอตายในคุกสำเร็จ ทำให้ตนเองต้องมาชดใช้กรรมแทน ต้องการอยู่บำบัดเฉพาะระยะถอนพิษยา ไม่ต้องการบำบัดต่อระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

๑๐.๓ แก่ไขความเครียดหรือความทุกข์ใจ: เสพยาบ้า เสพกัญชา เสพเฮโรอีน

๑๐.๔ บุคคลที่มีความสำคัญและจะให้การช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ได้แก่ พี่สาว

๑๐.๕ ความต้องการการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาหรือจัดการกับความเครียดหรือความทุกข์ครั้งนี้ อยากเลิกยาเสพติด อยากให้ทุกคนในครอบครัวเข้าใจตัวเองบ้าง

สรุป : วิธีจัดการความเครียดไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ อยากกลับบ้าน มีความเสี่ยงที่จะหลบหนีหรืออยู่บำบัดไม่ครบขั้นตอน

๑๑. แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ (value-belief pattern)

๑๑.๑ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ได้แก่ ผู้ป่วยนับถือศาสนาอิสลาม นับถืออัลเลาะห์

๑๑.๒ ขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาลท่านต้องการทำศาสนกิจหรือกิจกรรมพิเศษเกี่ยวกับความเชื่อหรือไม่ : ไม่ต้องการ เมื่ออยู่ที่บ้านก็ได้ละหมาด

๑๑.๓ ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด : ผู้ป่วยเชื่อว่าช่วยคลายความทุกข์ ความไม่สบายใจ

๑๑.๔ การมีความหวังในชีวิต คือ หวังว่าอยากเลิกยาเสพติด อยากให้ทุกคนในครอบครัวเข้าใจตัวเอง

สรุป : มีความเชื่อว่าการใช้ยาเสพติดช่วยคลายความทุกข์ ความไม่สบายใจได้ ขาดความตระหนักในการปฏิบัติตามหลักธรรมของศาสนา

ผลการประเมินด้วยแบบประเมินอื่นๆ

๑. ผลการประเมินด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v.๒ : เมื่อวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ อยู่ในระดับ ๓๙ คะแนน แสดงว่าระดับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูง อนุมานว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง (Hard core)

๒. ผลการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕

๒Q = ๒ คะแนน แปลผล มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

๙Q = ๑๓ คะแนน แปลผล มีอาการของโรคซึมเศร้า

๘Q = ๓๑ คะแนน แปลผล มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง

สรุป : รับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ มีการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งผลการประเมิน ๙Q > ๗ คะแนน จึงต้องประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วย ๘Q ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง จึงมีการประเมินอาการทางจิตเวชเพิ่มเติม ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ขณะซักประวัติไม่พบอาการหูแว่ว ภาพหลอน หลงผิดหรือ หวาดระแวง แต่ก่อนมาบำบัดญาติให้ข้อมูลผู้ป่วยหวาดระแวง หูแว่ว พูดคนเดียว จึงควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย และต้องติดตามประเมินอาการซ้ำ เบื้องต้นแพทย์ได้ให้ยาผู้ป่วยที่มีฤทธิ์ในการรักษาโรคซึมเศร้าและลดความวิตกกังวล

ผลการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖

๒Q = ๒ คะแนน แปลผล มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

๙Q = ๙ คะแนน แปลผล มีอาการของโรคซึมเศร้า

๘Q = ๔๔ คะแนน แปลผล มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง

สรุป : รับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหาดใหญ่มารักษาต่อที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖ มีการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าแรกรับ พบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งผลการประเมิน ๙Q > ๗ คะแนน ประเมิน ๘Q ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง จึงมีการประเมินอาการทางจิตเวชเพิ่มเติม ปฏิเสธอาการหูแว่ว ภาพหลอน ปฏิเสธความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำ ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย และต้องติดตามประเมินอาการซ้ำ แพทย์ให้ยาผู้ป่วยที่มีฤทธิ์ในการรักษาโรคซึมเศร้าและลดความวิตกกังวล

ผลการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า ครั้งที่ ๓ เมื่อวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๖

๒Q = ๒ คะแนน แปลผล มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

๙Q = ๕ คะแนน แปลผล มีอาการของโรคซึมเศร้า

สรุป : หลังรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหาดใหญ่มารักษาต่อที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ระหว่างวันที่ ๕ - ๑๖ มกราคม ๒๕๖๖ รวมระยะเวลา ๑๑ วัน มีการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าซ้ำ พบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า และเตรียมวางแผนก่อนจำหน่าย

๓. ผลการประเมินความเสี่ยง SAVE : S๓ A๐ V๒ E๐

S (suicide) = ๒๐ คะแนน พบว่า ความเสี่ยงระดับ ๓ = มีความเสี่ยงมาก

A (Accident) = ๐ คะแนน

V (Violen) = ๑๐ คะแนน พบว่า ความเสี่ยงระดับ ๓ = มีความเสี่ยงปานกลาง

E (Escape) = ๐

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

๕. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- เมื่อวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕

ผลตรวจพิสูจน์ยาเสพติดในปัสสาวะ Marijuana (กัญชา) : Positive

ผลตรวจพิสูจน์ยาเสพติดในปัสสาวะ Methamphetamine : Positive

ผลตรวจพิสูจน์ยาเสพติดในปัสสาวะ Morphine, Heroin, Codeine : Negative

- เมื่อวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๕ ผลตรวจ Covid ๑๙ - Ag Repid test : Negative

ตารางที่ ๔ สรุปอาการและการเปลี่ยนแปลง แผนการรักษาและกิจกรรมพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาล

Admission ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ - ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
๒๒ ธันวาคม ๖๕ (แรกรับ)	รับใหม่ เวลา ๑๒.๑๕ น. ผู้ป่วยเดินมาเองโดยมี ผู้ช่วยเหลือคนไข้ช่วย ประคอง ท่าทางง่วง เพื่อย พุดคุยถาม- ตอบตรงคำถาม ให้ นอนพักบนเตียง หลัง ให้นอนพัก ผู้ป่วยหลับ ปลุกตื่น เรียกโต้ตอบ ได้ Vital sign แรกรับ ปกติ ประเมิน COWS = ๐ คะแนน pupil ๒ มม. Reaction to light both eyes	check V/S , ประเมิน COWS , SAVE, แบบคัด กรองโรคซึมเศร้า ตาม แผนรักษาผู้ป่วย - ติดตาม Hight Alert Drug หลังได้รับยา Haloperidol ๕ mg IM stat ที่โรงพยาบาลต้น ทาง ๒ ชั่วโมงก่อน Admitted - เฝ้าระวังอาการถอนพิษ ยา - ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ - เฝ้าระวังการทำร้าย ตนเองและผู้อื่น - เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย - ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด - ดูแลให้ยาตามแผนการ รักษาของแพทย์	- สัญญาณชีพปกติ - คะแนน SAVE : S (suicide) = ๒๐ คะแนน พบว่า ความ เสี่ยงระดับ ๓ = มี ความเสี่ยงมาก, A (Accident) = ๐ คะแนน, V (Violen) = ๑๐ คะแนน พบว่า ความเสี่ยงระดับ ๓ = มีความเสี่ยงปานกลาง, E (Escape) = ๐ พบว่า ไม่มีความเสี่ยง - คะแนน ๒Q = ๒ คะแนน, ๙Q = ๑๓ คะแนน , ๘Q = ๓๑ มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัว ตายระดับรุนแรง - ไม่มีอาการถอนพิษ ยา

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
๒๓ ธันวาคม ๖๕	ไอ มีเสมหะสีขาว มีไข้ต่ำๆ	<ul style="list-style-type: none"> - ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องแยก อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ - ตรวจ ATK - แนะนำดื่มน้ำอุ่น - ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผล ATK: Negative - ไอ มีเสมหะสีขาว มีไข้ต่ำๆ
๒๓ ธ.ค. ๖๕ เวลา ๒๐.๔๐ น.	มีพฤติกรรมเดินเข้า-ออกห้องน้ำ ๓ รอบ และรอบที่ ๓ ใช้สายฝักบัวอาบน้ำมาผูกคอตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานแพทย์ - ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ - ย้ายผู้ป่วยออกมาพักห้องสามัญใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล - เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก - พุดคุยให้ผู้ป่วยคลายกังวล อธิบายให้รับทราบแผนการรักษา - จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เก็บอุปกรณ์ที่อาจเกิดอันตราย - เผื่อระวัง Attempt suicide - ประเมิน SAVE / เผื่อระวังตามความเสี่ยง - แจ้งญาติผู้ป่วยรับทราบ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีรอยแดงบริเวณลำคอ ไม่มีแผลถลอก - บ่นปวดศีรษะเล็กน้อย - ผู้ป่วยรับฟัง ปฏิบัติตามคำแนะนำ - นอนหลับพักผ่อนได้ - ได้รับความปลอดภัยตามแผนการรักษา
๒๔ ธ.ค. ๖๕ / ๑๕.๔๐ น.	มีพฤติกรรม ขณะเข้าห้องน้ำดึงสายฝักบัวอาบน้ำ จะนำมารัดคอตัวเองแต่ไม่สำเร็จ	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานแพทย์ - ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ - เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก - พุดคุยให้ผู้ป่วยคลายกังวล อธิบายให้รับทราบแผนการรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> - สีหน้าดูกังวล ไม่สดชื่น ผู้ป่วยบอกรู้สึกเบื่อเศร้า ชีวิตไม่มีความสุข - นอนหลับพักผ่อนได้ - ได้รับความปลอดภัยตามแผนการรักษา - ช่างเย็บ ผู้ป่วยนอนหลับ ปลุกตื่น พุดคุยโต้ตอบปกติ รายงาน

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลอย่างใกล้ชิด - ติดตามพฤติกรรมผู้ป่วยผ่านกล้องวงจรปิด - จัดพี่เลี้ยงที่ผู้ป่วยสนิท - ช่วยดูแลอย่างใกล้ชิด - เผื่อระวัง Attempt suicide - ประเมิน SAVE / เผื่อระวังตามความเสี่ยง 	แพทย์ ให้ hold Risperidone (๑) มื้อเย็น - แพทย์ให้ OFF Risperidone (๑) ๑ tab oral hs
๒๖ ธ.ค.๖๕	High suicide risk ยังมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ปฏิเสธหูแว่ว ภาพหลอน หรือหวาดระแวง	<ul style="list-style-type: none"> - Refer to โรงพยาบาลหาดใหญ่ - นำส่งด้วยรถ ๑๖๖๙ พร้อมพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ - อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบแผนการรักษาของแพทย์ และเหตุผลในการย้ายโรงพยาบาล - แจ้งญาติผู้ป่วยรับทราบ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยรับทราบแผนการรักษาของแพทย์ และเหตุผลในการย้ายโรงพยาบาล - ญาติผู้ป่วยเข้าใจและรับทราบแผนการรักษาของแพทย์

วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลหาดใหญ่ (รวมเวลา ๑๐ วัน)

ตารางที่ ๕ สรุปอาการและการเปลี่ยนแปลง แผนการรักษาและกิจกรรมพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาล

Admission ครั้งที่ ๒ วันที่ ๕ - ๑๖ มกราคม ๒๕๖๖

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
๕ มกราคม ๖๖ เวลา ๑๘.๕๐น. (แรกรับ)	รับส่งต่อจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ สีหน้าสดชื่น พูดคุย ถาม-ตอบตรงคำถาม จำเหตุการณ์ที่เคยอยู่ที่ตึกผู้ป่วยเดิมได้ ปฏิเสธหูแว่ว ภาพ	check V/S , ประเมิน COWS , SAVE, แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ตามแผนรักษาผู้ป่วย - เผื่อระวังอาการถอนพิษยา	<ul style="list-style-type: none"> - สัญญาณชีพปกติ - คะแนน SAVE : S (suicide) = ๒๒ - คะแนน พบว่า ความเสี่ยงระดับ ๓ = มีความเสี่ยงมาก, A (Accident) = ๐

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
	<p>หลอน ปฏิเสธ ความคิดอยากทำร้าย ตัวเองVital sign แรก รับปกติ on methadone ๒.๕ mg ๓๐ cc oral/day ประเมิน COWS = ๐ คะแนน pupil ๒ มม. Reaction to light both eyes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การทำร้ายตนเองและฆ่า ตัวตายซ้ำ - ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด - ดูแลให้ยาตามแผนการ รักษาของแพทย์ 	<p>คะแนน,V (Violen) = ๑๐ คะแนน พบว่า ความเสี่ยงระดับ ๒ = มีความเสี่ยงปานกลาง, E (Escape) = ๐ พบว่า ไม่มีความเสี่ยง - คะแนน ๒Q =๒ คะแนน,๙Q =๙ คะแนน ,๘Q=๔๔ มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัว ตายระดับรุนแรง - ไม่มีอาการถอนพิษยา</p>
๖ มกราคม ๖๖	ผู้ป่วยบอกเลิกการรับ Methadone ต่อ	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการถอนพิษ ยา/ประเมิน COWS - ประเมินความพร้อมของ ผู้ป่วย - อธิบายให้ผู้ป่วย รับทราบข้อแตกต่าง ระหว่างการรับ Methadone ต่อ และ การหยุดรับ Methadone - รายงานแพทย์รับทราบ ให้ OFF Methadone ๒.๕ mg ๓๐ cc oral OD เข้า - ประเมินอาการถอนพิษ ยา/ประเมิน COWS ต่อเนื่องหลังหยุดรับ Methadone 	<ul style="list-style-type: none"> - OFF Methadone ๒.๕ mg ๓๐ cc oral OD เข้า - ประเมิน COWS = ๐ คะแนน - ผู้ป่วยปฏิเสธอาการ ถอนพิษยา - ผู้ป่วยรับทราบ และ เข้าใจแผนการรักษา ของแพทย์
๑๒ ม.ค. ๖๖	ให้ผู้ป่วยพูดคุยกับ ญาติทางโทรศัพท์ วางแผนเรื่องการกลับ บ้าน ผู้ป่วยแจ้งญาติ และพยาบาลเรื่อง	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการทั่วไป อาการถอนพิษยา และ อาการทางจิตเวช - ประเมิน Stage of change 	<ul style="list-style-type: none"> - ญาติอนุญาตให้ผู้ป่วย กลับบ้านได้เมื่อ บำบัดรักษาครบ กำหนดถอนพิษยา โดย ไม่ต้องเข้ารับการบำบัด

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
	ปฏิเสธการเข้ารับการบำบัดต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - จูงใจให้ผู้ป่วยบำบัดต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ - ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย - เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย - พยาบาลพูดคุยกับญาติ (พี่สาว) ทางโทรศัพท์เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วย 	<p>ต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยรู้สึกดีหลังพูดคุยกับญาติทางโทรศัพท์และได้รับทราบเรื่องการวางแผนวันกลับบ้าน - ประเมิน Stage of change : Maintenance
๑๖ ม.ค. ๖๖ เวลา ๑๑.๓๐ น.	จำหน่าย แพทย์อนุญาต	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานแพทย์รับทราบ - เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย - ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน - เรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา เรื่องการจัดการกับความเครียด เรื่องการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหา - ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ - Home medicine ๓ สัปดาห์ <ul style="list-style-type: none"> - Risperidone (๑) ๑ tab oral pc เข้า,ก่อนนอน - Benzhexol (๒) ๑ tab oral pc เข้า,ก่อนนอน - Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral เย็น 	<ul style="list-style-type: none"> - นัดติดตามผล ๓ หลังการบำบัดรักษา วันที่ ๓๐ มกราคม - Home medicine ๓ สัปดาห์ - ผู้ป่วยรับทราบ เข้าใจคำแนะนำ - ญาติรับทราบ เข้าใจคำแนะนำ - ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่าย

วันเดือนปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		<ul style="list-style-type: none"> - Depakin (๒๐๐) ๑ tab oral เช้า - Depakin (๕๐๐) ๑ tab oral hs - นัดติดตามผล ๒ สัปดาห์ - พุดคุยกับญาติ ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลต่อเนืองที่บ้าน เรื่องการรับประทานยาต่อเนือง เรื่องการติดตามผลหลังการบำบัดรักษา - แนะนำญาติเฝ้าระวังการทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายซ้ำ - ประเมินความพร้อมญาติซ้ำ หลังให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 	

ทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วย

ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปเปลาว (Interpersonal Nursing Theory of Hildegard Peplau) เป็นทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ให้ความสำคัญกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ว่าจำเป็นต้องได้รับอย่างเพียงพอทั้งความต้องการทางสรีระและการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บุคคลมีความต้องการเฉพาะตน เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง จะเป็นผลให้เกิดความไม่พอใจ ความคับข้องใจ ความเครียด และความวิตกกังวลได้ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล ทั้งนี้พยาบาลและผู้ป่วยจะมีบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละคน ในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ เพปเปลาวเชื่อว่าผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหาและสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีคือ สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลสามารถสังเกตได้ ศึกษาได้ อธิบายได้ ทำความเข้าใจได้ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพปเปลาวเชื่อว่าพฤติกรรมของพยาบาลในฐานะบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุคคลที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการพยาบาล เป้าหมายของการพยาบาลคือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนัก และสามารถแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของตนเองได้ ทั้งนี้การสร้างสัมพันธภาพ

ประกอบด้วย ๓ ระยะสำคัญคือ ระยะเริ่มต้นสัมพันธ์ภาพ (orientation phase) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ซึ่งประกอบด้วย ระยะกำหนดปัญหา (identification phase) ระยะจัดการกับปัญหา (exploitation phase) และระยะสิ้นสุด (termination phase) โดยบทบาทพยาบาลเป็นผู้ ให้ข้อมูลและตอบคำถามในสิ่งที่ผู้ป่วยสงสัย เป็นครูช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นผู้ชี้นำไปสู่วิถีทางที่ถูกต้อง เป็นตัวแทนของญาติ พี่น้องหรือผู้ปกครองของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการ และเป็นผู้ให้การปรึกษา สนับสนุนประสบการณ์ต่างๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย มีปัญหาการจัดการอารมณ์และความรู้สึกของตัวเอง ขาดการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวและผู้อื่น มองคุณค่าในตนเองต่ำ ใช้ยาเสพติดซ้ำเพื่อแก้ปัญหา หลีกหนีปัญหา ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลควรสร้างความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ยอมรับในความเป็นบุคคล เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วย ให้การปรึกษา ให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกออกมา บอกปัญหาความต้องการ ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธ์ภาพและสื่อสารระหว่างกัน ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม การจัดการกับความคิดและอารมณ์ไม่พึงประสงค์ของตนเองเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาให้กับตนเองได้ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำและสามารถเลิกยาเสพติด ใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญ เรียงไปตามสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตมากไปน้อย ประกอบด้วย

ปัญหาที่ ๑ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำเนื่องจากการจัดการความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสม

(พบปัญหาหาระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ และระหว่างวันที่ ๕ - ๑๖ มกราคม ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปบลาว ซึ่งประกอบด้วย ระยะกำหนดปัญหา (identification phase) โดยการค้นหาสาเหตุปัญหาของผู้ป่วย และระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) โดยการพัฒนาการเข้าใจตนเอง และการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ในแนวทางที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางสร้างสรรค์ และเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ประวัติจากญาติ ขณะอยู่ที่บ้านผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการแขวนคอมาแล้ว ๒ ครั้ง เนื่องจากรู้สึกน้อยใจมารดาและพี่สาวที่ตำหนิเรื่องการใช้จ่าย และขอเงินพี่สาวแต่พี่สาวไม่ให้

S: ผู้ป่วยบอกว่า อยู่ไปก็ไม่มีความสุข ไม่มีใครเข้าใจตนเองเลยว่าเป็นแบบนี้เพราะอะไร

S: ผู้ป่วยบอกว่า ที่ตนเองเป็นแบบนี้เพราะพ่อเคยทำให้น้ำชายโดนตำรวจจับ ต้องเข้าไปอยู่ในเรือนจำ จนน้ำชายต้องผูกคอตาย ทำให้ตัวเองต้องมาชดใช้กรรม

O: จากการตรวจร่างกายพบรอยแดงบริเวณลำคอ จากการโดนสายฝักบัวรัดคอ ไม่มีแผลถลอก

O: ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า

O: ขณะอยู่บำบัด ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีแขวนคอ ๒ ครั้ง ในวันที่ ๒๓, ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๕

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่ได้รับอันตรายจากการพยายามฆ่าตัวตาย
๒. เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
๒. มีสีหน้าและคำพูดที่แสดงถึงความพึงพอใจที่จะมีชีวิต
๓. บอกเป้าหมายการมีชีวิตอยู่ได้
๔. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ พยาบาลยอมรับในความเป็นบุคคลและรับฟังผู้รับบริการ แสดงความเข้าใจ มีท่าที่เป็นมิตร
๒. ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการวางแผน เพื่อทราบ ความรุนแรงและเตรียมการป้องกันได้ทันที่
๓. สังเกตอย่างใกล้ชิด ย้ายผู้ป่วยออกจากห้องแยกโรค และจัดให้อยู่ใกล้บริเวณทำงานของ พยาบาล เพื่อสามารถสังเกต และดูแลความปลอดภัยอย่างใกล้ชิด
๔. ประเมินระดับซึมเศร้าด้วย ๒Q ๙Q ๘Q, SAVE จากสีหน้าที่เศร้า การร้องไห้ และความ เสี่ยงในการทำร้ายตนเองจากคำพูด ท่าทาง การกระทำ ความคิด ความรู้สึกและสถานการณ์แวดล้อม เพื่อประเมินอาการผู้ป่วยและวางแผนการรักษา
๕. สอบถามถึงความคิด ทำร้ายตนเอง การคิดฆ่าตัวตาย ระหว่างการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ และเพื่อถามถึงความไม่สบายใจใช้คำถามประเมินความคิดฆ่าตัวตาย เช่น “เมื่อมีความไม่สบายใจ คุณ มีความคิดทำร้ายตัวเองหรือไม่”
๖. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ระบายความไม่สบายใจ ในสถานที่ที่มีความเป็น ส่วนตัวไม่มีบุคคลอื่นรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยระบายความเครียดหรือความกังวลออกมาและให้กำลังใจ
๗. พูดคุยกับผู้ป่วยระหว่างการพูดสร้างสัมพันธภาพ ถามถึงการฆ่าตัวตายว่ามีข้อดีข้อเสีย อย่างไรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้คิดเลือกวิธีแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกว่าการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม
๘. ช่วยให้ผู้ป่วยมองสิ่งดีๆ เห็นคุณค่าในตัวเองโดยการสอบถามผู้ป่วยในการวางแผนอนาคต หรือพูดถึงสิ่งดีๆที่ผู้ป่วยเคยทำมาอย่างสม่ำเสมอ เช่นการช่วยเหลือคนอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าของ ตัวเอง
๙. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความพยายามฆ่าตัวตาย จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มี สิ่งรบกวน มีแสงสว่างเพียงพอ และอากาศถ่ายเทสะดวก จัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องใช้ ที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็น เครื่องมือในการฆ่าตัวตาย เช่น อุปกรณ์ในเรือนนอนผู้ป่วย ในห้องน้ำ ที่มีลักษณะคล้ายเชือก ของมี คมทุกชนิด หรือ น้ำยาเคมี เป็นต้น
๑๐. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมซึมเศร้า หรือแยกตัว เช่น ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายในตอนเช้า เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ

๑๑. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยกำหนดมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ดังนี้ กำหนดขอบเขตให้เหมาะสมและให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ที่สามารถมองเห็นได้ง่าย โดยจัดเตียงนอนให้ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล ให้อยู่ในสายตาของเจ้าหน้าที่ตลอดเวลา และตรวจสอบความปลอดภัยทุก ๑๕ นาที

๑๒. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงของยา เพื่อการติดตามการดูแลผู้ป่วย

๑๓. สื่อสาร ให้ครอบครัวรับรู้และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ทีมสหวิชาชีพได้ทราบปัญหาและวางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

๑๔. ค้นหาข้อมูล หรือสัญญาณเตือนจากผู้ป่วย เช่น คำพูดที่บอถึงการจะฆ่าตัวตายซ้ำ สอบถามถึงอาการหูแว่วประสาทหลอน พยาบาลเฝ้าต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป และประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องเพื่อวางแผนการป้องกันและดูแล

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยไม่ฆ่าตัวตายซ้ำ

๒. มีสีหน้าและคำพูดที่แสดงถึงความพึงพอใจที่จะมีชีวิต ผู้รับบริการมีความวิตกกังวลลดลง และสามารถควบคุมตนเองได้บางครั้ง

๓. บอกเป้าหมายการมีชีวิตอยู่ได้ บอกว่าตนเองจะพยายามเลิกยาเสพติด

๔. ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม เมื่อมีความรู้สึกเศร้า เหนง วิตกกังวล ชีวิตไม่มีความสุข เครียด ด้วยการมาพูดคุยกับพยาบาลและเพื่อนที่สนิท

๕. ผลการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า เมื่อวันที่ ๒๒,๒๓,๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๕ /๒Q = ๒ คะแนน, ๙Q = ๑๓ คะแนน, ๘Q = ๓๑ คะแนน

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข แต่ยังไม่สิ้นสุด ดังนั้นพยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมและ ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๒ มีภาวะซึมเศร้า (พบปัญหาระหว่างวันที่ ๒๒ - ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ และระหว่างวันที่ ๕ - ๑๖ มกราคม ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพ็บพลาว พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถประเมินความคิดให้ถูกต้องตามความเป็นจริง หรืออยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ (Realistic) โดยพยาบาลจะต้องใช้ทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดให้ผู้ป่วยมีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ขณะอยู่ที่บ้านไม่ชอบคุยกับใคร พ่อไม่คุยด้วย แม่กับพี่สาวไม่สนใจ มีแต่จะดูตัวอย่างเดียว รู้สึกอยู่แล้วไม่มีความสุข เคยพยายามผูกคอตายมาแล้ว ๒ ครั้ง แต่แม่ไปเห็นทุกครั้ง

O: ผลการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕

๒Q = ๒ คะแนน แปลผล มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

๙Q = ๑๓ คะแนน แปลผล มีอาการของโรคซึมเศร้า

- ๘Q = ๓๑ คะแนน แปลผล มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง
 O: ผลการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖
 ๒Q = ๒ คะแนน แปลผล มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า
 ๙Q = ๙ คะแนน แปลผล มีอาการของโรคซึมเศร้า
 ๘Q = ๔๔ คะแนน แปลผล มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง
 O: สีน้หน้าเรียบเฉย

วัตถุประสงค์

ไม่มีอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผลการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า ๒Q เท่ากับ ๐ คะแนน
๒. ไม่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย
๓. มีสีหน้าและคำพูดที่แสดงถึงความพึงพอใจที่จะมีชีวิต

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและพร้อมให้การช่วยเหลือ
๒. ประเมินอาการภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน ๒Q และ ๙Q และประเมินการฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมิน ๘Q อย่างต่อเนื่อง
๓. พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อหาสาเหตุของอาการซึมเศร้า ให้คำปรึกษาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมวางแผนการดูแล
๔. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามแผนการรักษา
๕. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย จัดเก็บอุปกรณ์ที่มีลักษณะคล้ายเชือก หรืออื่นๆที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ฆ่าตัวตายได้
๖. ดูแลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมข้างเตียง กล่าวชื่นชมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้
๗. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเองโดยให้มองข้อดี ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ผลการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าครั้งที่ ๓ เมื่อวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๖ ก่อนจำหน่าย ๒Q = ๒ คะแนน ๙Q = ๕ คะแนน
 ๒. ผู้ป่วยไม่ฆ่าตัวตายซ้ำ
 ๓. มีสีหน้าและคำพูดที่แสดงถึงความพึงพอใจที่จะมีชีวิต ไม่มีคำพูดหรือความรู้สึกที่แสดงออกถึงความหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง มีอารมณ์เบื่อบานๆครั้ง เนื่องจากอยากกลับบ้าน ให้ความร่วมมือในการทำกิจวัตรและกิจกรรมบำบัด สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติ
- ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข แต่ยังไม่สิ้นสุด ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๓ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์เนื่องจากได้รับยาเมทาโดนเกินขนาด (Methadone overdose) (พบปัญหาระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๕)

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปบลาว สามารถวางแผน และให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S: -

O: ผู้ป่วยได้รับ Methadone Program ๕ mg oral od ในการบำบัดรักษาเป็นครั้งแรก ขนาดรูม่านตา ๒ mm Reaction to light both eyes ประเมินอาการถอนพิษยาของผู้ป่วยเสพติด เฮโรอีน = ๐ คะแนน

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะเมทาโดนเกินขนาด

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหยุดหายใจ อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า ๑๖ ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต มากกว่า ๙๐/๖๐ mmHg, อัตราการเต้นของชีพจร ๖๐ - ๑๐๐ ครั้ง/นาที

๒. รูม่านตา (Pupil) ขนาดปกติ ๒-๔ มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงปกติทั้งสองข้าง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการผู้ป่วยได้รับยาเมทาโดนเกินขนาด โดยประเมินขนาดรูม่านตาขนาด ๑ มิลลิเมตร (pinpoint) และประเมินการหายใจไม่น้อยกว่า ๑๖ ครั้ง/นาที หากพบให้รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาการรักษา

๒. ประเมินอาการขาดยาโดยใช้แบบประเมินอาการถอนพิษยาของผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีน (Clinical Opiate Withdrawal Scale : COWS) ก่อนและหลังรับประทานยาเมทาโดน อย่างน้อย ๓๐ นาที เพื่อประเมินภาวะได้รับยาเมทาโดนเกินขนาด

๓. ดูแลให้ได้รับยา Methadone Program ตามแผนการรักษาของแพทย์และประเมินอาการผู้ป่วยตามแบบประเมิน COWS ก่อนทุกครั้ง

๔. สังเกตและประเมินความรุนแรงอาการข้างเคียงหลังจากได้รับยาได้แก่ ความดันโลหิต ลดลง อัตราการหายใจลดลงเพราะยาจะไปกดการหายใจได้ รูม่านมีขนาดเล็กลง ซึมง่วงนอน คลื่นไส้ ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง หน้าแดง ผิวหนังแดง คัน เหงื่อออกมาก บางรายหมดลมหมดตัว ท่อน้ำดีทืดเกร็ง

๕. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นเช่น เหงื่อออก ท้องผูก ง่วงนอน อาการง่วงอื่น ๆ อาจหายไปหนึ่งสัปดาห์ แต่อาการท้องผูกและเหงื่อออกอาจมีตลอดการรับยาได้

๖. ตรวจสอบสัญญาณชีพเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทุก ๑๕-๓๐ นาทีในช่วงระยะแรกที่ได้รับยาจากนั้นตรวจวัดสัญญาณชีพตามปกติ ดูขนาดรูม่านตาก่อนและหลังการให้ยา

๗. สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง

๘. เตรียมยา Naloxone เวชภัณฑ์ เครื่องมือ อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินและทีมให้พร้อมใช้งาน เพื่อการช่วยเหลือที่ทันท่วงที

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหยุดหายใจ ความดันโลหิต ๑๐๑/๖๑ มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร ๖๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที

๒. รูม่านตาขนาด ๒ mm Reactive to light both eyes, Glasgow Coma Score = ๐ คะแนน

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข และสิ้นสุด เมื่อวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๕

ปัญหาที่ ๔ ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการขาดยา (Withdrawal Symptoms) (พบปัญหาระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕)

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพลาว สามารถวางแผน และให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และแบบแผนที่ ๑ ของกอร์ดอน การรับรู้การเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมและตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองได้

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดเมื่อยตามกระดูกและกล้ามเนื้อ มือสั่น จะทำอย่างไรให้หาย กลางคืนนอนไม่ค่อยหลับ”

O: ตรวจร่างกาย พบ Pupil ขนาด ๒.๕ mm Reaction to light both eyes กระจกใส หงุดหงิด ประเมินอาการถอนพิษยาของผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีน (COWS) = ๕ คะแนน อาการปวดตามกระดูกและกล้ามเนื้อ = ๔ คะแนน (๒๔ ธ.ค. ๖๕)

วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากการขาดยา

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีอาการขาดยาลดลง ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ หงุดหงิด กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ

๒. ประเมินอาการถอนพิษยาของผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีน (COWS) น้อยกว่า ๒ คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินระดับสัญญาณชีพและประเมินสภาพร่างกายและอาการจิตใจ

๒. การประเมินอาการถอนพิษยาของผู้ป่วย (COWS Score) ทุก ๔ ชั่วโมง และก่อน - หลังรับประทาน Methadone ๓๐ นาที พร้อมดูแลให้การพยาบาลตามแนวทางการบำบัดรักษา

๓. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการถอนพิษยาเฮโรอีนที่จะเกิดขึ้น เช่น อาการกระวนกระวาย หาว น้ำมูกน้ำตาไหล เหงื่อออก ขนลุก หนาวสั่น เป็นไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ อาการเหล่านี้จะดีขึ้นเรื่อย ๆ

๔. แนะนำให้ดื่มน้ำ อย่างน้อยวันละ ๘-๑๐ แก้ว เพื่อให้ร่างกายขับพิษของเฮโรอีนทางปัสสาวะ

๕. แนะนำให้อาบน้ำบ่อยๆและอาบน้ำก่อนนอน เนื่องจากน้ำจะช่วยชำระพิษของเฮโรอีนที่ขับออกตามผิวหนัง รุขุมขน ทำให้ร่างกายสดชื่นได้

๖. แนะนำให้ออกกำลังกายบ่อยๆ เพราะจะทำให้เหงื่อออกมาก เป็นการช่วยเร่งขับพิษของเฮโรอีนออกจากร่างกาย

๗. พุดคุย เพื่อเสริมศักยภาพผู้ป่วยและให้กำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการขาดยา

๘. ดูแลให้ได้รับยา Methadone ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียง เพื่อเฝ้าระวังภาวะเมทาโดนเกินขนาด เช่น รุ่มาตาเท่าเข็ม อัตราการหายใจน้อยกว่า ๑๖ ครั้ง/นาที, ความดันโลหิตต่ำกว่า ๙๐/๖๐ mmHg เป็นต้น

๙. ดูแลให้ใช้ยานวด เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยยังมีอาการหงุดหงิด กระวนกระวายเล็กน้อย นอนหลับได้วันละ ๕-๖ ชั่วโมง อาการปวดตามกระดูกและกล้ามเนื้อ = ๓ คะแนน

๒. ประเมิน COWS วันที่ ๒๔ - ๒๕ ธ.ค. ๖๕ = ๒ - ๕ คะแนน มีอาการถอนพิษเฮโรอีนเล็กน้อย

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข และสิ้นสุดเมื่อวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๕

ปัญหาที่ ๕ ไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะไข้ ไอ มีเสมหะ (พบปัญหาระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๕)

แบบแผนที่ ๑ ของกอร์ดอน การรับรู้การเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมและตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองได้

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกครั้งเนื้อครั้งตัว เหมือนจะเป็นไข้ ไอ มีเสมหะสีขาว

O: BT ๓๗.๗ องศาเซลเซียส PR ๘๒ /min, RR ๒๒ /min

O: สีหน้าไม่สุขสบาย

วัตถุประสงค์

ลดความไม่สุขสบายจากไข้ ไอ มีเสมหะ

เกณฑ์การประเมินผล

อุณหภูมิร่างกายลดลง อยู่ในเกณฑ์ปกติ (๓๖.๕ - ๓๗.๕ องศาเซลเซียส)

กิจกรรมการพยาบาล

๑. วัดสัญญาณชีพทุก ๔ ชม. ประเมินภาวะไข้ หากผิดปกติรายงานแพทย์
๒. แนะนำให้อาบน้ำหรือเช็ดตัวลดไข้
๓. กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากกว่า ๒ ลิตร/วัน
๔. ดูแลให้พักผ่อนเพียงพอ
๕. ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง
๖. รายงานแพทย์ ดูแลให้รับยาตามแผนการรักษา ดูแลให้ยา Paracetamal ๕๐๐ mg ๑ tab Prn q ๖ ชม. เมื่อมีไข้
๗. ให้คำแนะนำดื่มน้ำอุ่นเพื่อช่วยให้สบายคอ ขับเสมหะ
๘. แนะนำการใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของละอองขณะไอ แนะนำการล้างมือบ่อยๆ กำชับเรื่องการไม่ใช้ของร่วมกับผู้อื่นเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อหวัด

๙. ย้ายผู้ป่วยเข้าพักในห้อง Isolate
๑๐. ล้างมือก่อนหลังดูแลผู้ป่วย
๑๑. ส่งตรวจ Covid- ๑๙ Ag Repid test

การประเมินผลการพยาบาล

๑. อุณหภูมิร่างกายลดลง อยู่ในเกณฑ์ปกติ = ๓๖.๕ - ๓๗ องศาเซลเซียส (วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๕) สีหน้าสดชื่นขึ้น

๒. ผลตรวจ Covid- ๑๙ Ag Repid test : Negative (วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๕)

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข และสิ้นสุดเมื่อ วันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๕

ปัญหาที่ ๖ เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง (พบปัญหาระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๕)

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพลาว สามารถวางแผน และให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าปากแห้งเล็กน้อย ง่วง มีน้ ะ ศีรษะ

O: แพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ผู้ป่วยรับประทานยา ดังนี้

- Risperidone (๑) ๑x๒ oral pc เข้า, เย็น
- Benzhexol (๒) ๑x๒ oral pc เข้า, เย็น
- Fluoxetine (๒๐) ๑ tab oral od เข้า
- Haloperidol (๐.๕ mg) ๑ tab oral hs
- Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral hs
- Depakin (๒๐๐) ๑ tab oral hs
- Risperidone (๑) ๑ tab oral hs

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุและได้รับพิษจากฤทธิ์ของยาที่ใช้ในการบำบัด

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุใดๆ ในระหว่างการบำบัดรักษา
๒. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะพิษของยาที่ใช้ในการบำบัด ได้แก่ ง่วงซึมมาก มือสั่น ปากแห้ง และคอแห้งมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ง่วงซึม เดี๋ยวเซ
๒. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการข้างเคียงของยาจิตเวชที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ง่วงนอน เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง เป็นต้น
๓. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
๔. พิจารณารายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยามากขึ้น หรือไม่สุขสบายจนไม่สามารถรับประทานยาได้
๕. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๖ - ๘ แก้ว รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ เปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ เช่น ขณะลุกนั่งหรือเปลี่ยนจากนอนมาเป็นนั่งหรือยืน

๖. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถซ้ำๆ ระวังการเกิดอุบัติเหตุ
๗. ประเมินสัญญาณชีพ หากพบอาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ทันที

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุใดๆในระหว่างการบำบัดรักษา ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะพิษของยาที่ใช้ในการบำบัด ได้แก่ ง่วงซึมมาก มือสั่น ปากแห้งและคอแห้งมากขึ้น
 ๒. ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาทางจิตเวชที่ไม่รุนแรง ได้แก่ มีอาการง่วงนอนมากในเวลากลางวัน มีน้ิรชะ ปากแห้ง เมื่อได้รับคำแนะนำผู้ป่วยเข้าใจ กังวลกับอาการที่เกิดขึ้นเล็กน้อย
 ๓. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ
 ๔. สัญญาณชีพปกติ
- ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข และสิ้นสุดเมื่อ วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕

ปัญหาที่ ๗ ภาวะโภชนาการไม่ดีเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

แบบแผนที่ ๒ ของกอร์ดอน การประเมินความเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวที่น้อยลงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ ถูกต้อง ตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ขณะอยู่ที่บ้านตนเองจะรับประทานอาหารวันละ ๒ มื้อ คือ มื้อเที่ยง และ กลางคืน แต่ส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เนื่องจากบางวันมัวแต่เสพยาทำให้ไม่ได้ รับประทานอาหารในบางมื้อ หรือบางวันก็ไม่ได้รับประทานอาหารเลย”

O: อ่อนเพลีย รูปร่างผอม น้ำหนัก ๔๕ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร BMI= ๑๕.๕๗ (น้ำหนักน้อย/ผอม)

O: ขาดความรู้ทางโภชนาการที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอ
๒. ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดสารอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยได้รับสารอาหารครบทุกมื้อ
๒. น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
๓. BMI ปกติ (๑๘.๕-๒๕.๐ kg/m^๒)

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินภาวะขาดสารอาหาร เช่น อ่อนเพลีย เยื่อบุตาแห้งซีด อาการบวมตามแขนขา, BMI เพราะจะทำให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของภาวะขาดสารอาหาร
๒. ประสานกับโภชนาการ เพื่อคำนวณสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับอาหาร ที่มีโปรตีนสูง เช่น ปลา ไข่ขาวและนม เป็นต้นเพราะโปรตีนเป็นสารที่จำเป็นต่อการสร้างและซ่อมแซม กล้ามเนื้อให้ร่างกายและการกินโปรตีนคุณภาพสูงทำให้ร่างกายนำไปใช้ได้เต็มที่
๓. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร จัดอาหารให้น่ารับประทาน เพื่อกระตุ้นการอยากอาหาร

๔. แนะนำการดูแลทำความสะอาดช่องปากก่อนรับประทานอาหารเพราะเป็นการช่วยเพิ่มความอยากอาหารและรับประทานอาหารได้มากขึ้น

๕. ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ ๑-๒ ครั้งเพราะจะทำให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของภาวะขาดสารอาหาร

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ประมาณ ๑/๒ ถาด และรับประทานอาหารได้มากขึ้นทุกวัน จนช่วงหลังรับประทานอาหารได้หมดถาด

๒. น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ๑ กิโลกรัม ในระยะเวลา ๑๑ วัน

๓. BMI เพิ่มขึ้นจากเดิม ๑๕.๒๙ เป็น ๑๕.๙๒ kg/m^๒

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข แต่ยังไม่สิ้นสุดต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๘ การรับรู้คุณค่าในตัวเองต่ำ เนื่องจากการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ

(พบปัญหาหาระหว่างวันที่ ๒๒ - ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ และระหว่างวันที่ ๕ - ๑๖ มกราคม ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีเพปพลาว และแบบแผนที่ ๗ ของกอร์ดอน เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบคุณค่าในตนเองและนำมาใช้ในการปรับตัว สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยพูดว่าตนเองทำให้ครอบครัวเสียใจ ทำให้ครอบครัวเดือดร้อน

S: ผู้ป่วยบอกว่า ตนเองใช้ยาเสพติด เสพช้ำบ่อยๆ ครอบครัวมองว่าเป็นตัวปัญหาของครอบครัว

S: ผู้ป่วยบอกว่าตนเองเป็นคนไม่เก่ง เรียนหนังสือก็ไม่ได้

O: สีหน้าเศร้า

O: ต้องการให้คนอื่นสนใจ หากไม่ได้รับการตอบสนองมักจะรู้สึกน้อยใจ คิดว่าตนเองไม่ดี

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยสร้างคุณค่าในตนเองได้ เห็นคุณค่าในตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยรู้สึกมีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้นบอกส่วนดีของตนเองได้

๒. ผู้ป่วยรู้สึกมีความเชื่อมั่นในตัวเองสูงขึ้นยอมรับว่าตัวเองมีคุณค่า

๓. ผู้ป่วยสามารถบอกคุณค่าในตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ

๒. ประเมินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตัวเอง ค้นหาสาเหตุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

๓. ให้ผู้ป่วยบอกคุณค่าในตัวเอง และเสริมแรง เสริมพลังในการเอาความสามารถที่มี เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในจิตใจ

๔. เพิ่มทักษะการเห็นคุณค่าในตัวเองในด้านต่าง ๆ สะท้อนคุณค่าในตัวเองหลังจากการพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปใช้

๕. เพิ่มแรงจูงใจในครอบครัว ให้กำลังใจ และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม หรือการทำงาน ให้โอกาสในการทำงาน เน้นให้เห็นศักยภาพ

๖. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหาแนวทางแก้ไขลักษณะที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง อันจะเป็นแนวทางให้เกิดความภาคภูมิใจว่าผู้ป่วยมีความสามารถที่จะพัฒนาตนเองได้

๗. กระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาความสามารถ หรือลักษณะเด่นที่ทำให้ภาคภูมิใจทั้งในอดีตและปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนลักษณะทางบวก เพื่อให้เกิดกำลังใจที่จะพัฒนาตัวเองต่อไป

๘. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้ อย่างเหมาะสม

๙. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุย ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยเฉพาะในด้านบวกที่ครอบครัวมีต่อผู้ป่วยและมีโอกาสได้แสดงความรัก ความห่วงใยที่มีต่อกัน ความสำคัญของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว และความต้องการของครอบครัวที่ต้องการให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยไม่ทำร้ายตนเอง

๑๐. กระตุ้นให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษามากขึ้น มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวผ่านทางโทรศัพท์

๑๑. กระตุ้นให้ครอบครัววางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังการรักษา โดยจัดกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหรือรับผิดชอบให้เกิดความสำเร็จได้

๑๒. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมายร่วมกับพยาบาลและครอบครัว

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณค่าในตนเองและมีทัศนคติต่อตนเองที่ดีขึ้น สิ้นสุดขึ้นขึ้น คลายกังวล

๒. ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น สามารถบอกข้อดีของตนเองได้ เช่น ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น

๓. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นจากเดิม และรู้สึกว่าคุณค่าและความสำคัญต่อครอบครัว

๔. ครอบครัวให้กำลังใจผู้ป่วยโดยการโทรศัพท์มาเยี่ยม สอบถามอาการ ส่งเงินให้เป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัว

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข และต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๙ แบบแผนการเผชิญปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม (พบปัญหาระหว่างวันที่ ๒๒ - ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพลาว ซึ่งประกอบด้วยระยะกำหนดปัญหา (Identification phase) โดยการค้นหาสาเหตุความเครียดและการเผชิญ ของผู้ป่วย และระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) โดยการพัฒนาแบบแผนการเผชิญปัญหา และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม โดยมีแนวทางการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถแก้ไขปัญหาลดความเครียดได้

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า เวลาทะเลาะกับแม่และพี่สาว ก็จะออกจากบ้านไปหาเพื่อนแล้วชวนกันเสพยา หลังเสพยาแล้วก็ออกไปขับรถเล่นต่อในหมู่บ้านกับเพื่อนๆ

S: ญาติให้ประวัติว่า เป็นคนชอบเก็บตัวเงียบ พูดคุยกับคนในครอบครัวน้อย ขึ้นน้อยใจ เคยพยายามฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอมาแล้ว ๒ ครั้ง แต่แม่ไปเจอก่อนทุกครั้ง

O: อารมณ์หงุดหงิดง่าย ขึ้นน้อยใจ เอาแต่ใจตนเอง มีความรู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำ มักคิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่เก่ง เรียนหนังสือน้อย คนในครอบครัวไม่สนใจ

O: ผู้ป่วยเรียนหนังสือจบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ ไม่มีทักษะในการเผชิญและแก้ปัญหา ที่ถูกต้อง คบเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางจัดการแก้ไขปัญหา เผชิญปัญหาและความเครียดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาได้ถูกต้อง
๒. ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและความรู้สึก กลไกทางจิตและความต้องการต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
๒. ร่วมพูดคุยถึงสาเหตุ ตัวกระตุ้น วิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหาแบบเดิม ๆ ผลกระทบที่เกิดขึ้นในอดีตและส่งเสริมให้คิดหาแนวทางในการเผชิญปัญหาได้เหมาะสมมากขึ้น
๓. แนะนำวิธีการเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกและเปิดโอกาสให้ทดลองใช้วิธีตามทางที่เลือก แก้ไขข้อเสียของทางเลือกได้เหมาะสม จะส่งเสริมให้การแก้ปัญหาง่ายขึ้น
๔. แนะนำทักษะวิธีการคลายเครียด เช่น การหาที่ปรึกษา การฝึกสมาธิ การผ่อนคลายโดยใช้กิจกรรมฯ การละหมาดตามหลักศาสนาอิสลาม
๕. ชมเชย ให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้เหมาะสม
๖. กระตุ้นเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้การปรับตัว แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้
๘. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติปรับความเข้าใจในการใช้ชีวิตร่วมกันเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาได้ถูกต้อง
๒. ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข และต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๑๐ สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากครอบครัวขาดสัมพันธภาพอันดีภายในครอบครัว

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพลาว โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการหยั่งรู้ เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง จนกระทั่งแก้ไขปัญหาก็สามารถกลับไปมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวได้และมีการเรียนรู้วิธีที่จะสร้างสัมพันธภาพได้อย่างเหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าการเป็นอยู่ในครอบครัวต่างคนต่างอยู่ ตนเองกับบิดาไม่พูดคุยกัน มารดาดูแลตัวเองตลอด พี่สาวทำงานไม่มีเวลาให้ เมื่อออกนอกบ้านจะชวนน้องชายออกไปใช้ยาด้วยกัน

O: ผู้ป่วยมักจะพูดถึงพี่สาวที่สนิทเพียงคนเดียว

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีขึ้น มีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยกับครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ตรงตามแผนในการรักษา
๒. ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่นในครอบครัว

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสัมพันธ์ภาพของผู้ป่วยกับครอบครัว
๒. พูดคุยกับมารดาและพี่สาวเพื่อร่วมวางแผนในเรื่อง การบำบัดรักษาและให้ความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ของครอบครัว การป้องกันการเสพซ้ำและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องทุกครั้ง
๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยผ่านทางโทรศัพท์ทุกวันพุธเพื่อระบายความรู้สึกและแสดงความเข้าใจกันและกระตุ้นการมีส่วนร่วมในครอบครัว
๔. ให้คำปรึกษาครอบครัวเสริมความเข้มแข็งโดยให้ผู้ป่วย ครอบครัวร่วมกันพิจารณาสาเหตุของปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพ และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานภาพทางครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา และดูแลด้านจิตใจของตนเองอย่างเหมาะสม

การประเมินผลการพยาบาล

๑. พี่สาวโทรมาสอบถามติดตามอาการของผู้ป่วยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง มีการวางแผนดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
๒. ผู้ป่วยพูดคุยกับบุคคลอื่นถึงครอบครัวมากขึ้น เมื่อได้รับโทรศัพท์จากทางบ้านจะดีใจมาก
๓. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นต่อครอบครัวมากขึ้น และสามารถบอกความรู้สึกหรือความต้องการของตนเอง ต่อมารดา พี่สาวได้ สนิทน้ำยิ้มแย้ม

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข และต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๑๑ ผู้ป่วยขาดความตระหนักและการรับรู้ถึงโทษพิษภัยของยาเสพติด

ข้อมูลสนับสนุน

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปบลาว และแบบแผนที่ ๑ ของกอร์ดอน ให้คำแนะนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษพิษภัยของยาเสพติด และการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งเสริมสร้างความตระหนัก การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นพบศักยภาพในตนเอง และนำมาใช้ในการปรับตัว แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

S: ผู้ป่วยบอก “แถวบ้านมีการใช้ยาเสพติดกันเกือบทุกบ้าน เพื่อนเสพยาทุกคน ไม่เห็นเขามีปัญหาอะไรกัน”

S: ผู้ป่วยบอก “จะเลิกหรือไม่ขึ้นอยู่กับจิตใจแต่ที่ผ่านมามันเครียด เบื่อ ชีวิตไม่มีความสุข เมื่อได้ใช้ยา รู้สึกดีขึ้นทุกครั้ง”

O: สีหน้าท่าทางไม่มีความวิตกกังวลขณะพูด

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีความรู้ถึงโทษพิษภัยจากการใช้ยาเสพติด มีความคิดไม่กลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. บอกผลกระทบหรือโทษจากการเสพติดได้ ๑-๒ ข้อ
๒. บอกวิธีการจัดการอาการอยากยาของตนเองได้ ๑-๒ วิธี

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการบำบัดและเปิดเผยความรู้สึก ความคิด ได้ค้นหาปัญหาาร่วมกัน

๒. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบหรือโทษจากการเสพติด เพื่อทราบความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบและโทษของสารเสพติดตามความเข้าใจของผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่

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

๔. ให้กำลังใจผู้ป่วยในช่วงนี้ที่หยุดยาได้ เพื่อให้เข้าใจ และเห็นถึงผลสำเร็จที่เกิดจากผลของความตั้งใจ

๕. พูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุการณ์ ประสบการณ์ต่างๆที่ผ่านมามีที่เคยทำให้กลับไปใช้ยา และเรียนรู้การมีพฤติกรรมใหม่ที่ไม่ต้องใช้ยาเสพติด

๖. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใหม่ที่ต่างจากการใช้ยา การออกกำลังกาย การจัดตารางชีวิตประจำวันใหม่ การมีกิจกรรมนันทนาการใหม่ๆในชีวิต การละหมาดให้ครบตามหลักศาสนาอิสลาม

๗. แนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือ หากมีปัญหาสุขภาพฉุกเฉิน หรือต้องการรับการปรึกษา เพื่อให้ข้อมูลแหล่งให้ความช่วยเหลือที่สำคัญให้ผู้ป่วยได้ทราบ

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยเรียนรู้เข้าใจโทษพิษภัยของการใช้ยาเสพติด ตอบคำถาม เรื่องโทษพิษภัยได้ถูกต้อง

๑. บอกผลกระทบหรือโทษจากการเสพติดได้ ๓ ข้อ

๒. บอกวิธีการจัดการอาการอยากยาของตนเองได้ ๒ วิธี คือ ไปอาบน้ำ ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง โดยการละหมาด

ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข และต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๑๒ ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปบลาว ซึ่งประกอบด้วยระยะกำหนดปัญหา (identification phase) โดยการค้นหาแรงจูงใจของผู้ป่วย และระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี มีแนวคิดในการเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยอยากกลับบ้าน ต้องการอยู่บำบัดรักษาแค่ระยะถอนพิษยา

O: stage of change = Contemplation (ลังเลใจ)

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาจนครบกำหนดในระยะ ๔ เดือน

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาจนย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบผู้ป่วยในครบ ๔ เดือน
๒. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
๒. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบเหตุผลที่ไม่ต้องการอยู่บำบัดรักษาครบกำหนดระยะเวลา ๔ เดือน
๓. ประเมิน stage of change ผู้ป่วยอยู่ในระยะลังเล เสริมแรงจูงใจ ให้เห็นผลดี ผลเสีย สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถบำบัดได้ครบ ๔ เดือน และชมเชยสิ่งที่ดีที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี เพื่อให้ทราบระดับขั้นตอนของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและให้คำแนะนำได้ถูกต้อง และเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติต่อเนื่อง
๔. อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลดความวิตกกังวล

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาในระยะถอนพิษยา ครั้งที่ ๑ จำนวน ๔ วัน และครั้งที่ ๒ จำนวน ๑๑ วัน ปฏิเสธการบำบัดรักษาต่อระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
 ๒. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น มีบางครั้ง ที่ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ เมื่อให้คำแนะนำสามารถปรับตัวได้
 ๓. ผู้ป่วยร่ำวาที่จะขอติดต่อญาติทางโทรศัพท์เพื่อขอกลับบ้าน หลังพูดคุยกับญาติแล้วจึงมีการวางแผนจำหน่าย
- ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข แต่ยังไม่สิ้นสุด ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๑๓ เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยาและกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม

อยู่ในระยะสิ้นสุด (Interminate phase) ของทฤษฎีเพปพลาว ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ และมีความพร้อม สามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการปัญหาได้ ซึ่งมีแรงจูงใจในการเลิกยา

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าใช้ยาบ้าคู่กับกัญชามาตั้งแต่อายุ ๒๐ ปี ใช้มา ๑๐ กว่าปีแล้ว แรก ๆ เพื่อนชวนให้ลองแต่ตอนนี้ใช้แล้วทำให้หายเครียด หายเบื่อได้

S: ผู้ป่วยบอกว่า เวลามีปัญหา ทะเลาะกับพี่สาวหรือมารดา ก็จะชวนน้องชายออกนอกบ้านไปเสพยากับเพื่อนๆ

O: ผู้ป่วยเริ่มเสพยาบ้าและเสพกัญชา ตั้งแต่อายุ ๒๐ ปี รวมระยะเวลาเสพยาเสพติดทั้ง ๒ ชนิดมานาน ๑๔ ปี เสพเฮโรอีน มานาน ๑ ปี สาเหตุเพื่อนชวน

O: ในชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัยหายาเสพติดได้ง่าย

O: ผลการประเมินด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v.๒ = ๓๒ คะแนน แสดงว่า ผลอยู่ในระดับผู้ติดยาแรง ทำให้มีความยากในการเลิกยาเสพติด

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

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโทษพิษภัยยาเสพติด ทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและโรคสมองตื้อยา
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม
๓. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยบอกผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด
๒. ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลตนเองไม่ให้เกิดกลับไปเสพซ้ำได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินอาการถอนพิษยา ภาวะแทรกซ้อน การให้ยาตามแผนการรักษา
๒. ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด ยาบ้า กัญชา เฮโรอีน โรคสมองตื้อยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้น
๓. ให้ผู้ป่วยค้นหาข้อดีและข้อเสียของการใช้ยาเสพติดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระตุ้นให้พูดถึงการเปลี่ยนแปลงจากตัวผู้ป่วยเอง
๔. จัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มฝึกทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเสพซ้ำ เช่น การสำรวจตนเอง ทักษะการปฏิเสธ การตั้งเป้าหมายในชีวิต เพื่อมีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แนวทางการเลิกยาเสพติด
๕. สอนวิธีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เช่น แนะนำผู้ป่วยทำงานอดิเรกที่ตนเองสนใจ การช่วยบิดามารดาทำงาน หลีกเลี่ยงการเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดเพราะจะชักชวนให้เสพยาเสพติดซ้ำ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น
๖. ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม หรือตอบคำถามได้ถูกต้อง

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยบอกผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดได้ ทำให้ร่างกายทรุดโทรม และทำให้เป็นโรคจิตเวชได้
 ๒. ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลตนเองไม่ให้เกิดกลับไปเสพซ้ำได้ถูกต้อง หาที่ปรึกษา และหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น
- ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไข แต่ยังไม่สิ้นสุด ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๑๔ เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

อยู่ในระยะสิ้นสุด (Interminate phase) ของทฤษฎีเพปพลาว เป็นระยะที่ให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวล่วงหน้าและอาจจะมีการสร้างเป้าหมาย เพื่อการรักษา การมาตามนัดอย่างต่อเนื่อง และดำรงภาวะสุขภาพต่อไป

ข้อมูลสนับสนุน

S: พี่สาวสอบถามการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ญาติต้องทำอะไรถ้ากลับไปใช้ยาอีก จะกลับไปมีอาการเหมือนเดิมอีกไหม และการนัดติดตามอาการ

O: ผู้ป่วยบอกแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ไม่ครบคลุม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการเตรียมตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถตอบคำถามได้ทุกข้อ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. วางแผนการจำหน่าย ตามแผนการจำหน่าย D METHOD

D = Diagnosis ให้ความรู้เรื่องยาเสพติด สาเหตุ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเสพยาซ้ำ ตลอดจนให้ความรู้อาการแทรกซ้อนทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงฆ่าตัวตายซ้ำ สาเหตุ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิด และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

M = Medicine แนะนำการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด ดังนี้

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

อธิบายสรรพคุณของยา ขนาดยา วิธีใช้ อาการข้างเคียงที่อาจพบได้จากการใช้ยา หากมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ปากแห้ง คอแห้ง เวียนศีรษะ ตาพร่ามัว ง่วงนอน เป็นต้น หากอาการไม่รุนแรงสามารถลดอาการข้างเคียงด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ถ้าปากแห้ง คอแห้ง แก้ไขด้วยการจิบน้ำบ่อยๆหรืออมน้ำแข็ง ถ้ามีอาการรุนแรงควรรีบไปพบแพทย์ ไม่หยุดหรือปรับขนาดยาเอง ให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงระยะเวลาผลของการรักษา ซึ่งมักจะเริ่มเห็นผลหลังจากได้รับประทานยาไปแล้ว ๑ - ๒ สัปดาห์

E = Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม การจัดการตัวกระตุ้นและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่จะทำให้กลับไปเสพยาซ้ำ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีคนในครอบครัวใช้ยาเสพติด คือน้องชาย พยาบาลจึงต้องทำหน้าที่ประสานครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยตระหนักถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลิกยา อาจให้คำแนะนำจูงใจให้น้องชายเข้าสู่กระบวนการบำบัดยาเสพติดด้วย ซึ่งการตัดสินใจนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและบริบทของ

ครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้สำเร็จ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชรุนแรง

T = Treatment ทักษะที่จำเป็นตามแผนการรักษาเสพติด ได้แก่ ทักษะที่ป้องกันการกลับไปเสพติด ทักษะการปฏิเสธ การจัดการความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติด การเข้าใจถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกอยากยา ผิดสติให้รับรู้ความรู้สึกอยากยาสามารถจดจำสิ่งกระตุ้นและพยายามหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นนั้น หรือเมื่อต้องเผชิญสิ่งกระตุ้นที่เป็นความคิด ความรู้สึกตนเอง ผู้ป่วยสามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นนั้นได้ทันที โดยการหันเหความสนใจไปทำกิจกรรมอื่น การใช้คำพูดที่เตือนตนเอง (self-talk) อย่างเข้มแข็งและมีพลัง การนึกถึงข้อดี ข้อเสียของความคิดนั้น พยายามคิดถึงเหตุการณ์อื่นที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่เป็นสุขแทน จะเป็นการช่วยลดหรือทำให้ความรู้สึกอยากเสพยาเหล่านั้นหายไป อีกทั้งเมื่อมีอาการอยากยาให้พูดบอกกับบุคคลที่ไว้ใจได้ เพื่อให้เขาช่วยเหลือออกจากสถานการณ์นั้น หรืออยู่เป็นเพื่อนคอยดูแล ให้กำลังใจ หรือช่วยพาไปทำกิจกรรมอื่นๆที่ปลอดภัยเสพติด นอกจากนี้ครอบครัวของผู้ป่วยควรหมั่นสังเกต ฝ้าติดตามอาการและไต่ถามอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งหากมีการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำหรือมีอาการแย่ลง เช่น รู้สึกเศร้ามากขึ้น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด แยกตัว มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายซ้ำ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ เป็นต้น ควรให้การช่วยเหลือและรับนำมาพบแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องให้ถึงวันนัด เพื่อรับการรักษาไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น

H = Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายโดยการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอตามความชอบและเหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง และด้านจิตใจ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย หางานอดิเรก หรือเลือกกิจกรรมที่ทำแล้วเกิดความรู้สึกดีหรือทำกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว เพื่อนสนิท หรือคนที่รู้สึกไว้วางใจ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

O = Out patient การมาตรวจตามนัด หากทราบล่วงหน้าว่าไม่สามารถมาในวันที่แพทย์นัดได้ ให้แจ้งแพทย์ที่รักษาเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา การที่มาพบแพทย์ตามนัดจะทำให้แพทย์ได้ประเมินอาการ ความก้าวหน้าของการรักษา อาการหรือผลข้างเคียงจากการรับประทานยา เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดกับผู้ป่วย นอกจากนี้ให้ข้อมูลการติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D = Diet การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย หลีกเลี่ยงของหมักดอง ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๘-๑๐ แก้ว หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ น้ำอัดลม งดการใช้สารเสพติด บุหรี่ เพราะจะทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลงและอาการกำเริบได้

๒. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติบอกว่าเข้าใจคำแนะนำ ตอบคำถามได้ถูกต้อง และมีความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน แต่ยังคงมีความกังวลเล็กน้อยว่าผู้ป่วยจะกลับไปพยายามฆ่าตัวตายซ้ำด้วยวิธีแบบเดิม

สรุปผลการดูแลและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

๑. จากกรณีศึกษาผู้ป่วยไม่ได้สมัครใจเข้ารับการบำบัดด้วยตนเอง ญาติเป็นคนวางแผนให้เจ้าหน้าที่กองอาสารักษาดินแดน (อส.) เข้าควบคุมตัวแล้วนำส่งโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวชรุนแรงขึ้นส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น ขณะอยู่บำบัดระยะถอนพิษยาผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดรักษาต่อระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมระยะเวลาอยู่บำบัดระยะถอนพิษยา ครั้งที่ ๑ จำนวน ๔ วัน ครั้งที่ ๒ จำนวน ๑๑ วัน จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต นัดติดตามผลหลังการรักษา ๒ สัปดาห์

๒. ผู้ป่วยรายนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยมีการใช้ยาเสพติดหลายชนิด มียาบ้า กัญชา มาประมาณ ๑๔ ปี และเฮโรอีนมาประมาณ ๑ ปี และมีการเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อย ๆ จนเกิดอาการทางจิตเวช มีภาวะซึมเศร้า พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยรับรู้ความมีคุณค่าในตัวเองต่ำ มีความพร่องในกระบวนการคิด ตัดสินใจ อารมณ์ไม่มั่นคง นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วยังต้องอาศัยการทำงานร่วมกันจากสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ร่วมกันประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครอบคลุม พบว่าขณะบำบัดผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาดี แต่มีความรู้สึกเบื่อหน่ายเป็นครั้งคราว ขาดแรงจูงใจในการบำบัด ต้องการอยู่บำบัดเฉพาะระยะถอนพิษยา มีความพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีแขวนคอจำนวน ๒ ครั้ง พยาบาลต้องมีความไวในการสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลง ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายซ้ำ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีบทบาทในการช่วยเหลือ ค้นหาปัญหา และทำความเข้าใจผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาลในการประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย สามารถร่วมมือกับผู้ป่วยในการวางแผนการแก้ไขปัญหาที่นอกเหนือจากการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการบำบัดในหอผู้ป่วยจึงต้องมีความอ่อนคลाय ปลอดภัย ลดสิ่งเร้า เพื่อส่งเสริมให้อาการของผู้ป่วยสงบเร็วขึ้น

๓. ผู้ป่วยรายนี้ต้องการอยู่บำบัดรักษาแค่ระยะถอนพิษยา พยาบาลต้องใช้เทคนิคสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้าบำบัดต่อระยะฟื้นฟู และกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา เปิดโอกาสให้ญาติได้พูดคุยกับผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจอยู่บำบัดต่อ ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้งและเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดต่อระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงต้องมีการวางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมโดยไม่พึ่งพายาเสพติด ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวชและญาติสามารถดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกใช้ยาเสพติดได้สำเร็จ

๔. ผู้ป่วยและญาติบกพร่องด้านสัมพันธภาพ อาจขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดมาเป็นระยะเวลานาน ครอบครัวบังคับ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ เป็นปัจจัยหลักก่อให้เกิดความขัดแย้ง เมื่อผู้บำบัดได้ประสานครอบครัว ให้คำแนะนำด้านองค์ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยรายนี้ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้น แต่ยังไม่สามารถให้บิดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้ เนื่องจากบิดาไม่พร้อมที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

๕. ผู้ป่วยรายนี้มีความหลากหลายของปัญหา มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา ตรงกับสถานการณ์ปัจจุบันโดยเฉพาะผู้ใช้สารเสพติด จนเกิดอาการทางจิตเวช มีภาวะซึมเศร้า และพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับรายอื่นๆที่ใกล้เคียงได้

๖. ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยรายนี้ได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย วางแผนนัดติดตามผลจำนวน ๗ ครั้ง ใน ๑ ปี แต่ผู้ป่วยมาติดตามผลจริงจำนวน ๒ ครั้ง

ครั้งที่ ๑ หลังจำหน่าย ๒ สัปดาห์ ผู้ป่วยมาติดตามผลพร้อมกับญาติ (พี่สาว) ผู้ป่วยยอมรับว่าหลังจากออกจากโรงพยาบาลมีการสูบบุหรี่ ๑ ครั้ง สูบเฮโรอีน ๑ ครั้ง สูบกัญชา ๑ ครั้ง มีการรับประทานยาที่โรงพยาบาลให้ไปต่อเนื่องโดยแม่ช่วยดูแลเรื่องการรับประทานยา หลังรับประทานยารู้สึกมีนิ่วในกระเพาะ เบลอๆ ง่วง ปฏิเสธหิวแหว่ ภาพหลอนหรือหวาดระแวง ปฏิเสธความคิดอยากฆ่าตัวตาย พักอยู่กับครอบครัวเหมือนเดิม ยังว่างงาน และวางแผนจะไปสมัครงานที่โรงงานใกล้บ้าน เจ้าหน้าที่แนะนำให้ผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การจัดการกับความเครียดเมื่ออยากยา การดูแลตนเอง และส่งพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษาและการรับประทานยา

ครั้งที่ ๒ หลังจำหน่าย ๑ เดือน ผู้ป่วยมาติดตามผลพร้อมกับญาติ (พี่สาว) ผู้ป่วยยอมรับว่ายังมีการสูบบุหรี่ สลับกับการสูบเฮโรอีน หรือสูบกัญชา นานๆครั้ง มีความคิดว่าเสพยาซ้ำเพราะสิ่งแวดล้อม ปฏิเสธหิวแหว่ ภาพหลอนหรือหวาดระแวง ปฏิเสธความคิดอยากฆ่าตัวตาย ยังมีการรับประทานยาที่โรงพยาบาลให้ไปอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่แนะนำให้ผู้ป่วยเรื่อง การจัดการกับตัวกระตุ้น การหยุดความคิดเมื่ออยากยา การดูแลตนเอง และส่งพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษา และการรับประทานยา แพทย์มีการปรับยา และนัดผู้ป่วยบำบัดแบบผู้ป่วยนอกเมตริกซ์โปรแกรม ๒ ครั้ง/สัปดาห์ หลังนัดผู้ป่วยบำบัดแบบผู้ป่วยนอกเมตริกซ์โปรแกรม ผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการบำบัดตามนัด

ครั้งที่ ๓ หลังจำหน่าย ๒ เดือน ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยและญาติได้

ครั้งที่ ๔ หลังจำหน่าย ๓ เดือน ติดตามผู้ป่วย ญาติให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยกลับไปเช่าเสพติดทุกวัน มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด ไม่นอน พุดคนเดียว หิวแหว่ ญาติจึงพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลชุมชน (ตามสิทธิ์การรักษา) และส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ รักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน ๒๑ วัน แล้วจำหน่ายกลับบ้าน

ครั้งที่ ๕ หลังจำหน่าย ๖ เดือน ติดตามผู้ป่วย ญาติแจ้งข่าวเรื่องผู้ป่วยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการแขวนคอกายในบ้านของตนเองเมื่อ ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา

๗. การเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตมีภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายมีความสำคัญอย่างยิ่ง เน้นการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้สำเร็จ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชรุนแรง

บทที่ ๕

สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๓๔ ปี รูปร่างผอม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร น้ำหนัก ๔๕ กิโลกรัม BMI ๑๕.๕๗ สถานภาพหย่า เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาอิสลาม จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ ๖ อาชีพ ว่างาน ภูมิลำเนาอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาในระบบสมัครใจ ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ วันที่อยู่ในความดูแล ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ รวมระยะเวลา ๔ วัน แล้วส่งต่อไปโรงพยาบาลหาดใหญ่เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายซ้ำ ในวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ รักษาต่อที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ตั้งแต่วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖ รวมระยะเวลา ๑๐ วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาต่อครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖ วันที่อยู่ในความดูแล ๕ มกราคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๖ รวมระยะเวลา ๑๑ วัน ผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดต่อระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงจำหน่ายด้วยแพทย์อนุญาต อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ๑ วัน ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้า กัญชา และเฮโรอีน มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด ไม่นอน พูดคนเดียว หูแว่ว หวาดระแวง ญาติจึงแจ้งให้เจ้าหน้าที่กองอาสารักษาดินแดน (อส.) เข้าควบคุมตัวแล้วนำส่งโรงพยาบาลจะนะ หลังจากโรงพยาบาลจะนะดูแลเบื้องต้นแล้วส่งต่อมาโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

ผู้ป่วยเริ่มเสพยาบ้า ตั้งแต่อายุ ๒๐ ปี ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลอง จำนวน ๒ เม็ด/วัน เสพทุกวัน เสพครั้งสุดท้าย ๑ วันก่อนมา (วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ เวลา ๒๐.๐๐น. จำนวน ๒ เม็ด) เสพกัญชา ตั้งแต่อายุ ๒๐ ปี พร้อมกับเสพยาบ้า ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลอง จำนวน ๕ ดอก/วัน เสพทุกวัน เสพครั้งสุดท้าย ๑ วันก่อนมา (วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ เวลา ๒๐.๐๐น. จำนวน ๒ ดอก) เสพเฮโรอีน มานาน ๑ ปี ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลอง จำนวน ๐.๕ กรัม/วัน เสพทุกวัน เสพครั้งสุดท้าย ๑ วันก่อนมา (วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ เวลา ๒๐.๐๐น. จำนวน ๐.๕ กรัม) ก่อนมาบำบัดผู้ป่วยเคยพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการแขวนคอมาแล้ว ๒ ครั้ง ใน ๑ ปี

แรกรับ ผู้ป่วยเดินมาเองโดยมีผู้ช่วยเหลือคนใช้ช่วยประคองผู้ป่วย ท่าทางวังง เพ็ลี่ย พูดคุยถาม-ตอบตรงคำถาม ให้นอนพักบนเตียง หลังให้นอนพัก ผู้ป่วยหลับ ปลุกตื่น เรียกโต้ตอบได้ Vital sign แรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๒ ครั้ง/นาที การหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๑/๖๑ มิลลิเมตรปรอท ประเมิน COWS = ๐ คะแนน, pupil ๒ มม. Reaction to light both eyes

แพทย์วินิจฉัย

- F๑๑.๕๐: ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น
Mental and behavioural disorders due to use of opioids - Opioid psychotic disorder - Opioids, Psychotic disorder, schizophrenia - like

- F๑๕.๕๐: กลุ่มอาการความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทเนื่องจากการเสพสารกระตุ้นระบบประสาทอื่นรวมทั้งคาเฟอีน ร่วมกับกลุ่มอาการผิดปกติแบบโรคจิต Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine - Caffeine Psychotic disorder - Other stimulants including caffeine, Psychotic disorder, Schizophrenia - like

- F๑๒.๕๐: ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพกัญชา Mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids - Cannabinoids psychotic disorder - Cannabinoids, Psychotic disorder, Schizophrenia-like

- F๓๒.๐๐: ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย Depressive episode - Mild depressive episode - Mild depressive episode, Without somatic symptoms

ผลการประเมินด้วยแบบประเมินอื่นๆ

๑. ผลการประเมินด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v.๒: เมื่อวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ อยู่ในระดับ ๓๙ คะแนน แสดงว่า ระดับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูง อนุมานว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง (Hard core)

๒. ผลการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕

๒Q = ๒ คะแนน แปลผล มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

๙Q = ๑๓ คะแนน แปลผล มีอาการของโรคซึมเศร้า

๘Q = ๓๑ คะแนน แปลผล มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง

ผลการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖

๒Q = ๒ คะแนน แปลผล มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

๙Q = ๙ คะแนน แปลผล มีอาการของโรคซึมเศร้า

๘Q = ๔๔ คะแนน แปลผล มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง

๓. ผลการประเมินความเสี่ยง SAVE : S (suicide) = ๒๐ คะแนน พบว่าความเสี่ยงระดับ ๓ = มีความเสี่ยงมาก, A (Accident) = ๐ คะแนน, V (Violence) = ๑๐ คะแนน พบว่าความเสี่ยงระดับ ๓ = มีความเสี่ยงปานกลาง, E (Escape) = ๐

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

๕. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- เมื่อวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕

ผลตรวจพิสูจน์ยาเสพติดในปัสสาวะ Marijuana (กัญชา) : Positive

ผลตรวจพิสูจน์ยาเสพติดในปัสสาวะ Methamphetamine : Positive

ผลตรวจพิสูจน์ยาเสพติดในปัสสาวะ Morphine, Heroin, Codeine : Negative

- เมื่อวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๕ ผลตรวจ Covid ๑๙ - Ag Repid test : Negative

แผนการรักษาของแพทย์

- Risperidone (๑) ๑ tab oral pc เช้า, ก่อนนอน
- Benzhexol (๒) ๑ tab oral pc เช้า, ก่อนนอน
- Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral เย็น
- Depakin (๒๐๐) ๑ tab oral เช้า
- Depakin (๕๐๐) ๑ tab oral hs
- นัดติดตามผล ๒ สัปดาห์ วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๖

ตารางที่ ๖ วิเคราะห์กรณีศึกษา การเปรียบเทียบข้อมูลวิชาการ/ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมา

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>เกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติด</p> <p>การวินิจฉัยการเสพยาและสารเสพติดตามระบบ DSM-IV แบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ ภาวะเสพติด (dependence) และภาวะการใช้สารในทางที่ผิด (abuse) แต่ใน DSM-V ซึ่งมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเกณฑ์วินิจฉัย โดยไม่แบ่งระดับการติด แต่รวมเป็นความผิดปกติ ของการใช้ยาเสพติด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีการใช้ยาเสพติดจนก่อให้เกิดความบกพร่องหรือผลกระทบ อย่างน้อย ๒ ข้อ โดยเกิดขึ้นภายในช่วง ๑๒ เดือน ๒. มีการใช้ยาเสพติดในปริมาณที่มากกว่า หรือใช้ระยะเวลาที่มากกว่าที่ตั้งใจไว้ ๓. มีความตั้งใจอย่างมากหรือพยายามที่จะลดหรือหยุดใช้ยาเสพติด แต่ทำไม่สำเร็จ ๔. ในวันที่ใช้ยาเสพติดนั้น ต้องใช้เวลามากในการเสาะหายาเสพติดในการเสพ หรือฟื้นจากฤทธิ์ของยาเสพติด มีความอยาก (craving) หรือความต้องการอย่างรุนแรงที่ต้องการใช้ ๕. ผลจากการใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ทำให้เกิดความล้มเหลวของกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเรียน ๖. ยังคงมีการใช้อยู่ ถึงแม้มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ๗. จากการใช้ยาเสพติดทำให้กิจกรรมด้านสังคมที่สำคัญ การทำงาน การพักผ่อน ลดน้อยลง 	<p>แพทย์วินิจฉัยเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - F๑๑.๕๐ : Mental and behavioural disorders due to use of opioids - Opioid psychotic disorder -Opioids, Psychotic disorder, schizophrenia - like - F๑๕.๕๐ : Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine - Caffeine Psychotic disorder - Other stimulants including caffeine, Psychotic disorder, Schizophrenia-like - F๑๒.๕๐ : Mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids - Cannabinoids psychotic disorder - Cannabinoids, Psychotic disorder, Schizophrenia-like - F๓๒.๐๐ : Depressive episode - Mild depressive episode - Mild depressive episode, Without somatic symptoms <p>-มีการใช้ยาเสพติดจนก่อให้เกิดความบกพร่องหรือผลกระทบ อย่างน้อย ๒ ข้อ โดยเกิดขึ้นภายในช่วง ๑๒ เดือน ใช้</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๘. มีการใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย</p> <p>๙. ยังคงมีการใช้ยาเสพติดอยู่ถึงแม้จะรู้ว่าการใช้ยาเสพติดนั้นก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ</p> <p>๑๐. ภาวะติดยา มีความต้องการใช้ยาเสพติดปริมาณเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิมเมื่อใช้ปริมาณเท่าเดิม ฤทธิ์ที่ได้จากยาเสพติดลดลง</p> <p>๑๑. ภาวะถอนยา มีอาการถอนยา ต้องใช้ยาหรือสารเสพติดเพื่อให้ตัวเองหายจากอาการถอนยาหรือเพื่อให้รู้สึกดีขึ้น</p>	<p>ปริมาณเพิ่มขึ้น แม้จะเกิดปัญหาต่อตนเองและผู้อื่น ดังนี้</p> <p>- เริ่มเสพยาบ้า ตั้งแต่อายุ ๒๐ ปี จำนวน ๒ เม็ด/วัน เริ่มเสพกัญชาพร้อมกับเสพยาบ้า จำนวน ๕ ดอก/วัน เสพทุกวัน เริ่มเสพเฮโรอีน มานาน ๑ ปี ๐.๕ กรัม/วัน เสพทุกวัน ด้วยสาเหตุเพื่อนชวน และอยากลอง</p> <p>- พยายามหยุดเสพเฮโรอีน และยาบ้าด้วยตนเองมาหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จทุกครั้งที่ไม่ได้ใช้เฮโรอีนจะมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกายมากจนทนไม่ได้ หงุดหงิด นอนไม่หลับ</p>
<p>สาเหตุของการติดยา</p> <p>การติดยาเสพติดมีสาเหตุที่ซับซ้อนประกอบด้วยหลายประการ โดยสามารถบ่งชี้ถึงสาเหตุการติดยาว่ามาจากปัจจัย ๓ ประการด้วยกัน โดยทุกปัจจัยต่างมีความเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน ดังนี้</p> <p>๑. ปัจจัยด้านตัวยาเสพติด ยาเสพติดแต่ละชนิดมีการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน การใช้ยาเสพติดเป็นเวลานานๆ ร่างกายจะเกิดความเคยชินต่อยา และการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของสารดังกล่าว เมื่อร่างกายขาดยาหรือสารเสพติดดังกล่าว จะเกิดอาการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน มีอาการผิดปกติกับร่างกายที่เราเรียกว่า อาการขาดยา ความรุนแรงของอาการ อาจมีมากจนทนไม่ไหวจนต้องพยายามหายาหรือสารเสพติดมาเสพเพื่อระงับอาการต่าง ๆ ให้ร่างกายสามารถทำงานได้ในระบบเดิม</p> <p>๒. ปัจจัยด้านบุคคลหรือผู้ป่วย มีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องและส่งเสริมให้ติดยาเสพติดสำคัญ ๒ ประการ คือ</p> <p>๒.๑ สภาพร่างกาย พบว่า สาเหตุหนึ่งที่ผู้ป่วยติดยาเสพติด เนื่องจากการเจ็บป่วยทางร่างกายและใช้ยาบำบัดรักษา กลุ่มผู้ใช้แรงงาน ต้องการเพิ่มรายได้ ช่วย</p>	<p>ปัจจัยด้านตัวยาเสพติด</p> <p>สารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้ ยาบ้า กัญชา เฮโรอีน การใช้ยาเสพติดเป็นเวลานาน ร่างกายจะเกิดความเคยชินต่อยา เมื่อหยุดใช้ยา จะมี อาการขาดยา หงุดหงิด ไม่สดชื่น จึงพยายามหายาหรือสารเสพติดมาเสพเพื่อให้เกิดความสุข สนุกสนาน และไม่เกิดอาการขาดยา</p> <p>ปัจจัยด้านบุคคลหรือผู้ป่วย</p> <p>๑ สภาพร่างกายผู้ป่วย พบว่าการใช้ยาบ้า กัญชา เฮโรอีนซึ่งมีฤทธิ์ทั้งกระตุ้นประสาท กดประสาทและหลอนประสาท ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี กระปรี้ กระเปร่า</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ทำให้ร่างกายไม่อ่อนเพลีย มีกำลังในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น</p> <p>๒.๒ สภาพทางจิตใจและบุคลิกภาพ บุคคลที่มีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดจะมีบุคลิกภาพอ่อนแอในทุกด้าน เช่น อารมณ์และสติปัญญา ผู้ที่มีอารมณ์ความรู้สึกเปลี่ยนแปลงง่าย ผู้ติดยาเสพติดเป็นบุคคลที่มีความแปรปรวนของอารมณ์รุนแรง มีภาวะของการพึ่งพาสูง ร่วมกับมีลักษณะของความสามารถในการควบคุมความต้องการของตนเองต่ำ มีความอดทนต่อความคับข้องใจและความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองต่ำ ดังนั้นการใช้สารเสพติดจึงเป็นการพยายามแสวงหาความพึงพอใจของผู้ใช้ซ้ำแล้วซ้ำอีกเพื่อแก้ไขความขัดแย้งในใจที่มีอยู่ในตนเอง สารเสพติด เข้ามาช่วยเก็บกดความรู้สึกที่ไม่ต้องการเป็นการหลีกเลี่ยงความจริง</p> <p>๓. สิ่งแวดล้อม มีผลต่อการผลักดันให้ไปติดยาเสพติดได้ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว การขาดความอบอุ่นในบ้าน ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาชีวิต สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม นอกจากจะส่งเสริมให้ติดยาเสพติดได้แล้ว ยังเป็นสิ่งที่เสริมให้กลับไปใช้ยาเสพติดอีกเพราะสภาพแวดล้อมเดิม ๆ จะกดดันให้กลับไปใช้ยาเสพติด ความอยากรู้อยากลอง เพื่อนชวน ค่านิยมในกลุ่มเพื่อน การมีปัญหาครอบครัว รวมทั้งการมียาเสพติดจำหน่าย การเข้าถึงและหาซื้อได้ง่ายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด</p>	<p>สามารถทำกิจกรรมกับเพื่อน ๆ ได้สนุกสนาน</p> <p>๒ ผู้ป่วยรับรู้ถึงความบกพร่องของตนเอง เรียนหนังสือน้อย ไม่เก่ง ไม่ได้ทำงาน มีคุณค่าในตนเองต่ำ มีภาวะของการพึ่งพาบุคคลในครอบครัวสูง มีความอดทนต่อปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดกับบุคคลอื่นได้น้อย มีบุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง (borderline) แสดงการตอบโต้ในลักษณะที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อน ทั้งตนเองและบุคคลอื่น ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยติดสารเสพติดได้ง่าย</p> <p>ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีทะเลาะกับแม่และพี่สาวบ่อย พ่อไม่คุยด้วยมานานแล้ว ทำให้ขาดความอบอุ่น รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความสุข ไม่มีที่พึ่ง เมื่อมีปัญหาจะคุยกับน้องชายซึ่งใช้ยาเสพติดเหมือนกันและคุยกับเพื่อนกลุ่มที่ใช้ยาเสพติด ในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มีกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดจำนวนมาก มีการหาซื้อยาเสพติดได้ง่าย ราคาถูก</p>
<p>ยาบ้า (Amphetamine)</p> <p>ในปัจจุบันยาบ้ายังคงเป็นยาเสพติดที่เป็นปัญหา มากที่สุดของประเทศไทย เพราะมีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับยาเสพติดชนิดอื่น ยาบ้าเป็นยาที่กระตุ้นประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย</p> <p>วิธีการเสพยาบ้า (Amphetamine)</p> <p>วิธีการเสพยาบ้าแต่ละวิธีจะส่งผลให้ปริมาณของเมทแอมเฟตามีนในกระแสเลือดแตกต่างกัน ความรวดเร็วในการเริ่มออกฤทธิ์ต่างกันและความรุนแรง</p>	<p>ผู้ป่วยใช้วิธีการเสพโดยสูดควันระเหยคล้ายกับวิธีสูบบุหรี่ เป็นวิธีที่ผู้ป่วยบอกว่า ดีที่สุดและถนัดที่สุด การสูดไอของยาบ้ามีผลทำให้ยาบ้าออกฤทธิ์ต่อสมองภายใน ๘</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ของฤทธิ์ที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจต่างกัน วิธีการเสพยาบ้ามี ๔ วิธีคือ</p> <p>๑ รับประทาน อาจรับประทานกับน้ำหรือเครื่องดื่ม บำรุงกำลังซึ่งเป็นวิธีดั้งเดิมที่ใช้ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานการเสพด้วยวิธีนี้ใช้เวลาในการออกฤทธิ์ประมาณ ๒-๓๐ นาทีที่กว่ายาจะผ่านกระเพาะดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดแล้วไปออกฤทธิ์ที่สมองยาบางส่วนจะถูกทำลายที่กระเพาะอาหารและตับ ทำให้ความรุนแรงของยาลดลง</p> <p>๒ สูบโดยบดคลุกเข้ากับบุหรี่</p> <p>๓ ฉีดเข้าหลอดเลือดดำเป็นวิธีที่ดีขึ้นมาอีกคือ จะก่อให้เกิดอาการเสียวซ่าอย่างรุนแรง (Rush) ขึ้นมาได้ภายในเวลา ๑๕-๓๐ วินาทีหลังจากการฉีด</p> <p>๔ สูดควันระเหย คล้ายกับวิธีสูบบุหรี่ แต่จะบดใส่กระดาษฟรอยด์ เรียกว่า “เรือ” แล้วลนไฟ จากนั้นใช้หลอดกาแฟดูดควันที่ระเหยออกมา เป็นวิธีที่ผู้เสพบอกว่า เป็นวิธีที่เยี่ยมที่สุดเพราะการสูบไอของยาบ้ามีผลทำให้ยาบ้าออกฤทธิ์ต่อสมองภายใน ๘ วินาทีอาจกล่าวได้ว่าผู้เสพจะเกิดอาการเสียวซ่าอย่างรุนแรงทันทีที่สูบเข้าไป</p> <p>การติดยาเสพติดยาบ้า (Amphetamine)</p> <p>คือเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ในลักษณะดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เกิดอาการตื้อยา หรือต้านยา และเมื่อติดแล้วต้องการ ใช้สารนั้นในปริมาณมากขึ้น ๒. เกิดอาการขาดยา ถอนยา หรืออยากยา เมื่อใช้สารนั้น เท่าเดิม ลดลง หรือหยุดใช้ ๓. มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง ตลอดเวลา ๔. สุขภาพร่างกายทรุดโทรมลง เกิดโทษต่อตนเอง ครอบครัว ผู้อื่น ตลอดจนสังคม และประเทศชาติ 	<p>วินาที ผู้เสพจะเกิดอาการเสียวซ่าอย่างรุนแรง มีความสุขทันทีที่สูบเข้าไป</p> <p>- เริ่มเสพยาบ้า ตั้งแต่อายุ ๒๐ ปี จำนวน ๒ เม็ด/วัน เสพทุกวัน เพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อย ๆ</p> <p>- ก่อนเข้ารับการรักษามีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด ทำลายข้าวของในบ้าน ไม่นอน พุดคนเดียว หูแว่ว หวาดระแวง กลัวเพื่อนจะมาทำร้าย</p> <p>- ญาติให้ข้อมูล ในช่วง ๑ ปีนี้ผู้ป่วยผอมลงมาก BMI ๑๕.๕๗ (น้ำหนักน้อย/ผอม)</p> <p>- ญาติให้ประวัติ ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด ไม่นอน พุดคนเดียว หูแว่ว หวาดระแวง อยู่บ่อยๆ</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาบ้า</p> <p>๑. ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central Actions) ทำให้มีการหลั่ง Noradrenaline ตำแหน่งที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่ อยู่บริเวณ Cerebral cortex และ Reticular activation system ทำให้ผู้ที่ได้รับ Amphetamine จะเพิ่ม Motor activity, Central alertness ลด Sense of fatigue และมี Mild euphoria ถ้าใช้ขนาดสูงเกิดอาการมึนงงและอาจเกิดสภาวะตื่นกลัว (Panic) และภาวะโรคจิต (Psychosis)</p> <p>๒. ฤทธิ์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Peripheral actions) Amphetamine ทำให้มีการหลั่งของ Catecholamine และยังมีฤทธิ์กระตุ้นทั้ง A และ B Receptors โดยตรง เป็นผลให้ความดันเลือด Systolic สูงขึ้นมากกว่า Diastolic กระตุ้นหัวใจทำให้เกิดอาการใจสั่น และจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ปวดศีรษะ</p> <p>๓. ฤทธิ์ต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้อัตราการหายใจสูง และจังหวะการหายใจไม่ปกติ</p> <p>๔. ฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้หลอดเลือดขยายตัวของกระเพาะอาหารหดตัว</p> <p>๕. ฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหาร ฤทธิ์ของ Amphetamine จะไปควบคุมศูนย์ควบคุมแอฟพิเทต (Appetite) เพื่อควบคุม ความอยากอาหารเอาไว้ ทำให้ผู้เสพปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว คลื่นไส้ อาเจียนท้องเสีย เป็นตะคริวในช่วงท้อง</p> <p>๖. ผลต่อมดลูก มักทำให้ Tone เพิ่มขึ้น</p> <p>๗. อื่นๆ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ ไร้สมรรถภาพชั่วคราว เพิ่มการหลั่งปัสสาวะ</p> <p>การตรวจพิสูจน์ยาบ้าทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>การตรวจหายาบ้าทางห้องปฏิบัติการมีความสำคัญ เพราะจะยืนยันว่าผู้ป่วยมีการเสพยาบ้าจริงหรือไม่ ตัวอย่างที่นำมาใช้ ตรวจยาบ้ามีหลายชนิด เช่น ปัสสาวะ เลือด น้ำย่อยจากกระเพาะ เหงื่อ แต่ในทาง</p>	<p>- การใช้ยาเสพติดมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิต ๑๐๑/๖๑ mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ ๖๒ ครั้ง/นาที มีอาการปวดศีรษะบ่อย</p> <p>- อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที จังหวะการหายใจปกติ</p> <p>- ขณะใช้ยาเสพติดผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย วันละ ๑ - ๒ ครั้ง หรือบางวันหากใช้ยาต่อเนื่องทั้งวันก็ไม่ได้รับประทานอาหาร รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่หิวปากแห้ง</p> <p>- สอบถามผู้ป่วย ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์มานาน ๕ ปี ตั้งแต่หย่าร้างกับภรรยา ผู้ป่วยบอกตัวเองมีความต้องการทางเพศลดลง</p> <p>- ผลการตรวจยาบ้า (Amphetamine) ในปัสสาวะ positive</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ปฏิบัติแล้วปีสภาวะเป็นตัวอย่งตรวจที่เหมาะสม ที่สุด เพราะ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ยาบำจะยังคงอยู่ในปีสภาวะได้นานกว่าตัวอย่งตรวจอื่น ๆ ๒. ปริมาณของยาบำในปีสภาวะมากกว่าในเลือด ๓. การตรวจจากปีสภาวะทำให้ง่ายกว่าตัวอย่งตรวจอื่น ๆ <p>ผลของยาบำ (Amphetamine) ต่อร่างกายและจิตใจ</p> <p>อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปริมาณ วิธีเสพ ความถี่ บ่อยของการใช้ยา ระยะเวลาที่ใช้ยา รวมทั้งร่างกายของผู้ป่วยเอง ในการรักษาก็มีความจำเป็นต้องรักษาให้เหมาะสมตามลักษณะอาการของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อน (Complication) ที่พบในผู้ติดสารเสพติดยาบำมี ๒ ประเภท ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ภาวะแทรกซ้อนทางจิต การวินิจฉัยภาวะผิดปกติทางจิตใจในผู้ติดสารเสพติดยาบำอาจมีปัญหายุ่งยากอยู่บ้างเนื่องจากระยะแรกยังให้การวินิจฉัยที่แน่นอนไม่ได้จำเป็นต้องรอจนกว่าจะหมดฤทธิ์ยาและหมดระยะการถอนพิษยาเสียก่อน ๒. ภาวะแทรกซ้อนทางกาย <ol style="list-style-type: none"> ๒.๑ ภาวะพิษเฉียบพลันของยาบำภาวะนี้เกิดจากการใช้ยาบำเกินขนาด ๒.๒ ภาวะทุโภชนาการเนื่องจากเมื่อเสพยาบำแล้วจะไม่หิวกินอาหารน้อยลง ๒.๔ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากว่าผู้ป่วยมักมีเพศสัมพันธ์โดยขาดการป้องกัน ๒.๕ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเสพยาบำโดยการฉีด <p>การบำบัดการเสพติดยาบำ (Amphetamine Dependence Treatment)</p> <p>ในผู้ป่วยยาและสารเสพติด เมื่อหยุดยาจะมีทั้งอาการขาดยา (Withdrawal symptoms) และอาการอยากยา (Craving symptoms) เดิมในการ</p>	<p>ผู้ป่วยเสพยาบำ ด้วยวิธีสูดควันระเหย คล้ายกับการสูบบุหรี่ มานาน ๑๔ ปี จำนวน ๒ เม็ด/วัน เสพทุกวัน</p> <p>- ผู้ป่วยมีประวัติ พุดคนเดียว หูแว่ว หวาดระแวง หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว อาละวาด ก่อนมาบำบัด</p> <p>- แรกรับผู้ป่วยไม่มีอาการถอนพิษยาเสพติด มีอาการอ่อนเพลีย ง่วงนอน เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้เล็กน้อย</p> <p>- ขณะรับการบำบัดรักษาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษยาเล็กน้อย มีอาการ ปวดเมื่อย นอนหลับไม่สนิท</p> <p>- ผู้ป่วยรายนี้มีการวางแผนการบำบัดรักษาไว้เฉพาะระยะถอนพิษยา</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ให้มีความสำคัญกับการรักษาอาการขาดยา โดยเรียกว่าการถอนพิษยา (Detoxification) โดยนับเป็นขั้นตอนสำคัญของการบำบัดรักษาการเสพติด เพราะเห็นว่า ผู้ป่วยหยุดเสพแล้วมีอาการทางกายมากและต้องอาศัยแพทย์ในการสั่งใช้ยารักษา แล้วไปเรียกการรักษาการติดยาจริงๆ ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) การติดยาเป็นโรคของสมองที่มีพฤติกรรมผิดปกติ ดังนั้นการรักษาให้เลิกเสพติดจึงเป็นการฝึกควบคุมอารมณ์ ความคิด และพัฒนาพฤติกรรมให้เป็นปกติ และมีความสมดุลในการดำเนินชีวิตต่อไป แบ่งระยะหลังจากการหยุดยาจนเลิกได้ (Roadmap of Recovery) เป็น ๔ ระยะ ดังนี้</p> <p>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 เมื่อตื่นขึ้นมากก็จะหิวมาก และอาการอยากยาจะค่อย ๆ ลดลงในบางรายเมื่อหมดฤทธิ์กระตุ้นของยาบ้า ผู้ป่วยบางรายกลับมีอาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression) จนถึงกับพยายามฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระยะนี้ มักมีเพียงอาการเมื่อยล้า รู้สึกง่วงนอน หลับมาก แล้วตามด้วยการหิวมาก</p> <p>๒. ระยะหยุดเสพช่วงแรก (Early Abstinence or Honeymoon Stage) ถัดจากระยะแรกจนถึง ๔๕ วัน ยังมีอาการเครียด อ่อนเพลียอยู่บ้าง การนอนหลับและอารมณ์ยังมีการแปรปรวนและจะค่อย ๆ กลับมาเข้าสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยหลายรายเกิดความเชื่อมั่นเกิน (Overconfidence) เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกเสพได้ง่ายดาย และเลิกได้แน่นอน ส่วนใหญ่ยังมี</p>	<p>ปฏิเสธการเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แรกรับผู้ป่วยไม่มีอาการถอนพิษยาเสพติดมีอาการอ่อนเพลีย ง่วงนอน เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้เล็กน้อย - Day ๒ ยังมีอาการอ่อนเพลีย ง่วงนอนนอนหลับ รับประทานอาหารได้น้อย ในเวรบายผู้ป่วยพยายามใช้สายฝักบัวในห้องน้ำผูกคอตนเอง (ไม่สำเร็จ) - Day ๓ ยังมีอาการอ่อนเพลีย มีอาการซึมเศร้า บอกชีวิตไม่มีความสุข หากเห็นสิ่งของที่มีลักษณะคล้ายเชือกก็อยากจะทำเอามาผูกคอให้ตาย ไม่สามารถหยุดความคิดตัวเองได้ - หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ (Admitted ๑๐ วัน) แล้วกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ครั้งที่ ๒ แรกรับ สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส ปฏิเสธความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำ และคิดว่าถ้าได้กลับบ้านจะเลิกยาให้ตามที่ญาติต้องการ

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ปัญหาเรื่อง สมาธิและความจำ อารมณ์มีการแปรปรวน (Mood Swings) บางรายจะมีอาการซึมเศร้า และกระวนกระวายซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาและขนาดของยาบ้าที่เสพ</p> <p>๓. ระยะผ่านอุปสรรค (Protrated Abstinence or The Wall Stage) ระยะเวลา ๔-๖ เดือน หลังจากหยุดยาบ้า ระยะนี้มีอาการเหมือนคนปกติ แต่บางรายมีการสูญเสียความจำ การเรียนรู้ (Cognitive) อาจมีอาการแปรปรวน และยังมีอาการซึมเศร้าได้ (Emotion Swings) จะยังมีอาการอยากยา เป็นพักๆ หรือมีอาการอยากยาเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น เพื่อนพูดชักชวน เห็นผู้อื่นเสพยาจะมีอาการอยากยาที่รุนแรงได้ ดังนั้นจึงพบได้ว่าผู้ป่วยบางรายที่ เลิกได้เป็นเดือนๆ ก็ยังหวนกลับมาเสพยาใหม่ได้อีก</p> <p>๔. ระยะปรับสู่ปกติ (Adjustment/Resolution Swings) เป็นระยะปรับตัวทางความคิด พฤติกรรม และสังคม ผู้ป่วยรู้สึกถึงความถูกต้อง เกิดความละอายยังขาดเป้าหมายในชีวิตอาจมีความเบื่อหน่ายและมีปัญหาในสถานะหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น การจัดสมดุลของชีวิต ในระยะนี้จึงมีความสำคัญที่จะทำให้การเลิกยายั่งยืนและไม่กลับไปติดซ้ำอีก (วิโรจน์, ๒๕๔๘)</p>	<p>- ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ๒ ครั้ง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ๑ ครั้ง รวมจำนวน ๒๕ วัน แล้วจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติให้ข้อมูลว่า มีอาการอยากยาและมีการกลับไปใช้ยาบ้างนานๆครั้ง มีซึมเศร้าเล็กน้อย</p> <p>- ระยะนี้ผู้ป่วยยังคงมีการใช้ยาเสพติด ยังขาดเป้าหมายในชีวิต ยังมีปัญหาเรื่องสัมพันธ์ภาพในครอบครัวพอเริ่มจะไม่พูดคุยกับผู้ป่วยอีกเมื่อรู้ว่ากลับไปใช้ยาซ้ำ ส่วนแม่และพี่สาวยังคงตำหนิผู้ป่วยเรื่องการใช้ยา การไม่ทำงาน และชวนน้องออกนอกบ้านเพื่อไปใช้ยาด้วยกันอีก</p>
<p>กัญชา (Cannabis)</p> <p>อาการและอาการแสดงของผู้ที่เสพกัญชา</p> <p>อาการและอาการแสดงของผู้ที่เสพกัญชามีความหลากหลายทั้งในผู้เสพคนเดียวกัน และอาจแตกต่างกันจากผู้เสพอื่น ทั้งนี้เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น ปริมาณสารสำคัญที่เสพแต่ละครั้งไม่เท่ากัน วิธีการเสพที่ต่างกันประสบการณ์ของผู้เสพ ความสามารถในการรับรู้ของผู้เสพ สายพันธุ์ของกัญชาที่ใช้เสพ และการใช้ยาหรือสารเสพติดอื่นร่วมด้วย เป็นต้น อาการและอาการแสดงของผู้เสพกัญชาในขนาดที่ไม่ทำให้เกิดพิษแบ่งได้เป็น ๒ กลุ่มอาการหลัก คือ</p>	

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๑. ผลต่อจิตใจ (psychological effect) ได้แก่ ความรู้สึกผ่อนคลาย มีความสุข เวลาผ่านไปช้า และเจริญอาหารมากขึ้น</p> <p>๒. ผลต่อร่างกาย (physiological effect) ได้แก่ เลือดไหลเวียนไปยังสมองมากขึ้น ชีพจรเต้นเร็วลด ความต้านทานภายในหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ความดันโลหิตสูง (แต่บางครั้งมีภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนอิริยาบถ เนื่องจากความต้านทานในหลอดเลือดแดงส่วนปลายลดลง) หายใจสะดวกขึ้น (ทั้งในผู้เสพทั่วไป และผู้เสพที่เป็นโรคหืดร่วมด้วย) ตาแดง และลดความดันในลูกตา</p> <p>เกณฑ์การวินิจฉัยที่มีปัญหาจากการเสพกัญชาของ DSM-V CUD</p> <p>เป็นภาวะที่ เสพกัญชาจนเกิดปัญหาโดยต้องเข้าได้กับเกณฑ์ อย่างน้อย ๒ ข้อขึ้นไปภายใน ๑๒ เดือน</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีการเสพกัญชาในปริมาณที่มากหรือระยะเวลานานเกินกว่าที่ตั้งใจ ๒. มีความต้องการที่จะลดหรือหยุดการเสพกัญชานั้นแต่ไม่สามารถทำได้ ๓. ใช้เวลามากในการหา กัญชา การเสพกัญชา และการฟื้นตัวจากฤทธิ์กัญชา ๔. มีอาการอยากหรือความต้องการรุนแรงที่จะเสพกัญชา ๕. มีการเสพกัญชาบ่อยๆจนไม่สามารถจัดการกับกิจวัตรประจำวัน ทั้งที่ทำงาน บ้านหรือโรงเรียน ๖. ยังคงมีการเสพกัญชาอย่างต่อเนื่อง แม้จะเกิดปัญหาทางด้านสังคมหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เกิดจากการเสพกัญชาอยู่บ่อยครั้ง ๗. ต้องยกเลิกกิจกรรมที่สำคัญในด้านสังคม งานอาชีพ หรือกิจกรรมสันทนาการเพราะการเสพกัญชา ๘. มีการเสพกัญชาในภาวะที่อาจเกิดอันตรายทางร่างกายอยู่บ่อยครั้ง ๙. มีการเสพกัญชาต่อเนื่อง แม้จะทราบว่า การเสพกัญชาจะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกาย และจิตหรือทำให้ปัญหานั้นรุนแรงขึ้น 	<p>ผู้ป่วยมีความคิดว่าตัวเองชีวิตไม่มีความสุข แต่หากได้สูบกัญชาจะทำให้รู้สึกดีและมีความสุขทุกครั้งที่ได้เสพ</p> <p>การใช้ยาเสพติดมีผลต่อร่างกายความดันโลหิต ๑๐๑/๖๑ mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ ๖๒ ครั้ง/นาที มีอาการปวดศีรษะบ่อย อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที จังหวะการหายใจปกติ</p> <p>ผู้ป่วยเสพกัญชา ตั้งแต่อายุ ๒๐ ปี รวมระยะเวลาการเสพนาน ๑๔ ปี จำนวน ๕ ดอก/วัน เสพทุกวัน เสพครั้งสุดท้าย ๑ วัน ก่อนเข้ารับการรักษา มีการเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อย ๆ จากเดิมเริ่มเสพที่จำนวน ๑ ดอกต่อวัน เคยมีความตั้งใจจะเลิกเสพกัญชาแต่ทำไม่สำเร็จ ทุกวันผู้ป่วยต้องออกจากบ้านเพื่อไปรวมกลุ่มกับเพื่อนเพื่อเสพยาด้วยกัน หากวันไหนไม่ได้ออกไปเสพยาจะรู้สึกหงุดหงิด นอนไม่หลับ ชีวิตไม่มีความสุข ระยะช่วง ๕ ปีมานี้ผู้ป่วยไม่ได้มีอาชีพ ไม่ช่วยงานสังคม ไม่ทำงานอะไรเลย ใช้ชีวิตอยู่นอกบ้านกับกลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเป็นส่วนใหญ่แล้วกลับเข้าบ้านตอนค่ำ</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
๑๐. มีอาการดื้อยา ๑๑. อาการถอนพิษยา	
<p>เฮโรอีน (Opioids)</p> <p>เป็นสารเสพติดที่มีฤทธิ์กดประสาท จัดอยู่ในกลุ่มยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ ๑ ตาม พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ เป็นสารสังเคราะห์ที่อยู่ในกลุ่มเดียวกับฝิ่น และมอร์ฟีน เฮโรอีนที่นำมาเสพจะอยู่ในรูปเกลือ เช่น เฮโรอีนไฮโดรคลอไรด์ มีลักษณะเป็นผงสีขาว รสขม แต่สีจะเปลี่ยนไปตามองค์ประกอบที่ใส่เข้าไปในขบวนการผลิต เฮโรอีนสามารถเสพได้หลายวิธี เช่นการฉีด การสูดเข้าจมูก หรือสูบ</p> <p>ผลการออกฤทธิ์ต่อร่างกาย</p> <p>การเสพ มอร์ฟีน/เฮโรอีน ให้ผลการออกฤทธิ์ต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ดังนี้</p> <p>๑. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง</p> <ul style="list-style-type: none"> - กดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ง่วงนอน เชื่องซึม คลายความวิตกกังวล/ความทุกข์ - เพิ่มการหลั่งของโดปามีน ทำให้เคลิ้มสุข - การรับรู้ความเจ็บปวดเปลี่ยนไป ทำให้เพิ่มความทนต่อความเจ็บปวด (increase pain threshold) จึงระงับอาการปวดได้ - กดศูนย์ควบคุมการหายใจ (respiratory center) ทำให้การหายใจช้าลง ถ้าได้รับในปริมาณมาก การหายใจจะหยุด และทำให้ตายได้ - กดศูนย์ควบคุมการไอ (cough reflex center) จึงทำให้ระงับอาการไอ - กระตุ้น oculomotor nerve ทำให้รูม่านตาหดเล็กลง (miosis) จะเห็นได้ชัดเจนในผู้ที่ได้รับ ยาเกินขนาด จะมีรูม่านตาหดเล็กลงเท่ารูเข็ม (pin-point pupil) - กระตุ้นศูนย์ควบคุมการอาเจียน (chemoreceptor trigger zone) ที่บริเวณเมตูลลา ทำให้ เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน <p>๒. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด</p>	<p>ผู้ป่วยเสพเฮโรอีน มานาน ๑ ปี ด้วยวิธีสูดควันระเหยคล้ายกับการสูบบุหรี่ สาเหตุเพื่อนชวนและอยากลอง จำนวน ๑๐๐ บาท/วัน เสพทุกวัน เสพครั้งสุดท้าย ๑ วันก่อนมาบำบัด</p> <p>ญาติให้ประวัติ ขณะอยู่ที่บ้านใช้เวลาส่วนใหญ่ช่วงกลางวันในการนอนหลับ เชื่องซึม เก็บตัวเงียบ พูดน้อย พูดคนเดียว หูแว่ว หวาดระแวง อยู่บ่อย ๆ แกรงรับ ทำทางง่วงเพลีย ขณะอยู่บำบัดรักษาพูดน้อย มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนน้อย</p> <p>ขณะอยู่บำบัด อัตราการหายใจ ๑๘-๒๐ ครั้ง/นาที</p> <p>ขณะอยู่บำบัด pupil ๒-๒.๕ มิลลิเมตร Reaction to light both eyes</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>- ไม่มีผลต่อการทำงานของหัวใจ แต่ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายจะเกิดความดันเลือดต่ำได้เล็กน้อยโดยเฉพาะขณะเปลี่ยนอิริยาบถ</p> <p>๓. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร</p> <p>- ลดการหลั่งของกรดในกระเพาะอาหาร เพิ่มความตึงตัวของกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กและ ลำไส้ใหญ่ ทำให้ลดความเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร เป็นผลให้เกิดอาการท้องผูก</p> <p>๔. ผลที่เกี่ยวข้องกับการหลั่งของ histamine</p> <p>- ทำให้มีอาการหน้าแดง ผิวน้ำแดง คัน เหนื่อออกมา และหลอดลมหดตัว</p> <p>๕. ผลต่อกล้ามเนื้อเรียบ</p> <p>- ท่อน้ำดี: ทำให้กล้ามเนื้อหูรูดของท่อน้ำดีเกิดการหดตัว เป็นผลให้ความดันในท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น</p> <p>- กระเพาะปัสสาวะ: เพิ่มความตึงตัวของ detruster muscle จึงทำให้ความแรงในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง เป็นผลให้ปัสสาวะคั่ง</p> <p>๖. ผลต่อต่อมไร้ท่อ (Endocrine effects)</p> <p>- มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ ในผู้ชายลด Testosterone ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง</p> <p>- เพิ่มการหลั่งของ Antidiuretic hormone (ADH) ทำให้มีการขับปัสสาวะออกจากร่างกายน้อย</p> <p>- ลดการหลั่งของ Adrenocorticotrophic hormone (ACTH)</p> <p>ความเสี่ยงและผลที่ตามมาจากการเสพเฮโรอีน</p> <p>ผู้เสพเฮโรอีนมีความเสี่ยงที่จะได้รับยาเกินขนาด (Overdose) จะมีอาการง่วงนอนมากจนไม่รู้สึกรู้สีกตัว ความดันโลหิตลดต่ำลง กัดการหายใจ ทำให้การหายใจช้าลงจนถึงตายได้อาการแสดงที่ชัดเจนคือ รูม่านตาจะหดเล็กลงเท่ารูเข็ม (pinpoint pupils) การได้รับเฮโรอีนเกินขนาด จะทำให้เป็นอันตรายถึง</p> <p>ผลระยะยาวต่อสุขภาพ</p> <p>- cognitive impairment เป็นผลมาจากการได้รับยาเกินขนาดซ้ำๆ ทำให้กตศุนย์ควบคุม การหายใจใน</p>	<p>ผู้ป่วยปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์มานาน ๕ ปี ตั้งแต่หย่าร้างกับภรรยา ผู้ป่วยบอกตัวเองมีความต้องการทางเพศลดลง</p> <p>ญาติให้ประวัติขณะอยู่ที่บ้าน มีพูดคนเดียว หูแว่ว หวาดระแวงกลัวเพื่อนจะมาทำร้าย</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>สมอง เป็นผลให้สมองขาดออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ของสมองบางส่วนสูญเสียไป จึงทำให้ การรับรู้เสียไป</p> <p>- ปัญหาทางจิต (ซึมเศร้า, วิตกกังวล)</p> <p>การทนยา (Tolerance)</p> <p>เป็นผลทางกายที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติดติดต่อกันไประยะหนึ่งร่างกายจะเกิดการปรับตัวให้ลดการตอบสนองต่อฤทธิ์ของยาเสพติดเป็นผลให้ต้องเพิ่มขนาดของยาเสพติดให้สูงขึ้นเพื่อให้ผลการออกฤทธิ์อยู่ในระดับเดิม</p> <p>อาการขาดยา (Withdrawal symptoms)</p> <p>เมื่อหยุดใช้ยาเสพติดหรือลดขนาดยาลง ร่างกายจะแสดงอาการขาดยาเสพติดซึ่งเป็นอาการ ไม่สบายต่างๆ เรียกว่า อาการขาดยาเกิดขึ้น อาการขาดยาของเฮโรอีนจะเริ่มปรากฏหลังเสพเฮโรอีน ครั้งสุดท้ายไปแล้ว ๖-๑๒ ชั่วโมง ความรุนแรงสูงสุดประมาณวันที่ ๒-๔ หลังจากนั้นจะค่อยๆ ลดลงและ หายไปประมาณ ๗-๑๐ วัน</p>	<p>ขณะอยู่บำบัดมีการซึมเศร้า ประเมิน</p> <p>๒Q = ๒ คะแนน</p> <p>๙Q = ๑๓ คะแนน</p> <p>๘Q = ๓๑ คะแนน</p> <p>ผู้ป่วยเริ่มเสพเฮโรอีน ครั้งแรกที่ปริมาณ คิดเป็นเงินจำนวน ๐.๒๕ กรัม/วัน แล้วต่อมาเพิ่มเป็น ๐.๔ กรัม/วัน หากกลับไปสูบที่ปริมาณน้อยลงอีกจะรู้สึกไม่สบายตัว หงุดหงิด ปวดเมื่อยตามร่างกาย</p>
<p>Methadone</p> <p>เมทาโดนเป็นสารสังเคราะห์ซึ่งมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาคล้ายคลึงกับมอร์ฟินและเฮโรอีนและจัดเป็นสารเสพติดโอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์แรง (potent opioid agonist) เมทาโดนสามารถระงับอาการขาดยาที่เกิดจากการหยุดเสพเฮโรอีนได้ดีสะดวกในการให้ยาสามารถให้ยาโดยการรับประทานได้เนื่องจากถูกดูดซึมได้ดีที่ทางเดินอาหาร มีค่าครึ่งชีวิตค่อนข้างยาวจึงสามารถให้ยาละครั้งได้ ผู้ติดเฮโรอีนสามารถทนต่ออาการข้างเคียงที่เกิดจากเมทาโดนได้ดี</p> <p>ผลการออกฤทธิ์ต่อร่างกาย</p> <p>ฤทธิ์ของเมทาโดนส่วนใหญ่เหมือนมอร์ฟิน ได้แก่ ฤทธิ์ที่สำคัญ ระงับปวด ง่วงนอน กดการหายใจ เคลิ้มสุข การกินเมทาโดนจะออกฤทธิ์ทำให้เกิดอาการเคลิ้มสุขได้แต่จะน้อยกว่าการฉีดเฮโรอีนเข้าหลอดเลือดดำ</p> <p>ฤทธิ์อื่นๆ ความดันโลหิตลดลง รูม่านตาหดตัว ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้ท้องผูก นอกจากนี้ยัง</p>	<p>ผู้ป่วยเริ่มรับประทาน Methadone ที่ความเข้มข้น ๕ mg ๓๐ cc oral OD เข้าจำนวน ๔ วัน แล้วส่งต่อไปโรงพยาบาลหาดใหญ่ รับประทาน Methadone ต่อที่ความเข้มข้น ๕ mg ๓๐ cc oral OD จำนวน ๕ วัน แล้วปรับลดเป็น ๒.๕ mg ๓๐ cc oral OD จำนวน ๕ วัน หลังรับย้ายจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ ผู้ป่วยรับประทาน Methadone ต่อที่ความเข้มข้น ๒.๕ mg ๓๐ cc oral OD จำนวน ๑ วัน แล้วขอหยุดยาเอง</p> <p>ขณะอยู่บำบัด</p> <p>- ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง ๙๐/๖๐ - ๑๑๐/๖๕ มิลลิเมตรปรอท</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ทำให้ท่อน้ำดีหดเกร็งตัว ผิวหนัง ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายและคั่นตามผิวหนัง เหงื่อออกมากขึ้น ปากแห้ง ระบบต่อมไร้ท่อ ผู้ชายมีลักษณะหมดสมรรถภาพทางเพศ มีอาการบวมหน้าและน้ำหนักเพิ่ม แต่อย่างไรก็ตามระบบต่อมไร้ท่ออาจกลับสู่ภาวะปกติได้หลังให้ยาเมทาโดนไปแล้ว ๒-๑๐ เดือน ระวังอาการไอ</p> <p>ผลข้างเคียง</p> <p>ผลข้างเคียงที่สำคัญได้แก่ ท้องผูก กดการหายใจง่วงนอน ปัสสาวะลำบาก และคลื่นไส้ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของสารเสพติดโอปิออยด์อยู่แล้ว ในระยะเริ่มต้นให้เมทาโดนในการรักษาผู้ติด เฮโรอีนระยะยาวต้องให้ความระมัดระวังต่อผลข้างเคียงของการกดการหายใจ (respiratory depression) ของเมทาโดน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการปรับขนาดยา (titrate dose) ก่อนเข้าสู่ภาวะ คงที่ เนื่องจากเมทาโดนเป็นยาที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว อาจเกิดการสะสมในร่างกายมากจนเกินขนาดและเกิด อันตรายจากการกดการหายใจได้</p> <p>อาการที่ได้รับยาเกินขนาด</p> <p>ในผู้ที่ได้รับเมทาโดนเกินขนาด จะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ม่านตาหดเล็กลงเท่ารูเข็ม (pin-point pupils) ง่วงซึม ตัวเย็น อัตราการหายใจลดลง ความดันโลหิตลดลง อุณหภูมิร่างกายลดลง อาจมีอาการ ชัก การหายใจช้าลงเรื่อย ๆ จนหยุดหายใจและตายในที่สุด เมทาโดนมีผลกดการหายใจมากกว่ามอร์ฟีน ผู้ที่ใช้ยาเกินขนาดมักจะตายด้วยอาการน้ำท่วมปอด</p> <p>การเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยเมทาโดน</p> <p>ขนาดของเมทาโดนมี้อแรก ขนาดเริ่มต้นของเมทาโดนควรพิจารณาจากความรุนแรงของการเสพติดและระดับของการทนยา ต่อสารกลุ่ม opioid ผู้ป่วยใหม่ควรได้รับยาในขนาดที่ปลอดภัย ผู้ป่วยควรได้รับการสังเกตอาการเป็นเวลา ๓-๔ ชั่วโมง หลังยามี้อแรก หากยังคงมีอาการ ขาดยาอยู่เมื่อผ่าน ๔ ชั่วโมงไปแล้วสามารถพิจารณาให้เพิ่มได้อีก</p>	<p>- pupil ๒ - ๒.๕ มม. Reaction to light both eyes</p> <p>- ผู้ป่วยบอกตัวเองมีความต้องการทางเพศลดลง</p> <p>ผู้ป่วยเริ่มรับประทาน Methadone ที่ความเข้มข้น ๕ mg ๓๐ cc oral OD เข้า ซึ่งเป็นความเข้มข้นที่น้อย และมีการรับประทานแบบปรับลดความเข้มข้นให้น้อยลงเรื่อย ๆ จึงไม่พบปัญหาเรื่องการได้รับเมทาโดนเกินขนาดในผู้ป่วยรายนี้</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>การพิจารณาการให้ขนาดยาเริ่มต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประวัติการเสพยาโอปิออยด์ปริมาณ, ความถี่ และ วิธีการเสพ - อาการและการตรวจพบภาวะพิษ หรือ ขาดสารโอปิออยด์ - การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจากผู้ที่เคยดูแลผู้ป่วยมาก่อน <p>แนวทางการลดยาที่เหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ลดขนาดยาเกิน ๑๐ มิลลิกรัมต่อวัน ต่อจากนั้น เป็น ๕ มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ - ไม่ควรลดยาถี่กว่า ๑ ครั้งต่อ ๑ สัปดาห์ - การให้ยาโคลนิตินหรือยาอื่นอาจให้ร่วมได้เมื่อขนาดเมทาโดนลดลงตั้งแต่ ๔๐ มิลลิกรัมต่อวัน 	<p>ผู้ป่วยเสพเฮโรอีน มานาน ๑ ปี จำนวน ๐.๕ กรัม/วัน เสพทุกวัน เสพครั้งสุดท้าย ๑ วันก่อนมา (วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ เวลา ๒๐.๐๐น. จำนวน ๐.๕ กรัม) แพทย์พิจารณาให้เริ่มรับประทาน Methadone ที่ความเข้มข้น ๕ mg ๓๐ cc oral OD เช้า โดยเริ่มรับประทานมื้อแรกวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๖๕ หลังรับประทาน Methadone ปะเมิน COWS = ๑ - ๓ คะแนน</p> <p>Day ๒ - Day ๕ รับประทาน Methadone ๕ mg ๓๐ cc oral OD (รพ. ธีญญารักษ์ สงขลา)</p> <p>Day ๖ - Day ๑๐ รับประทาน Methadone ๕ mg ๓๐ cc oral OD (รพ. หาดใหญ่)</p> <p>Day ๑๑ - Day ๑๕ รับประทาน Methadone ๒.๕ mg ๓๐ cc oral OD (รพ. หาดใหญ่)</p> <p>Day ๑๖ รับประทาน Methadone ๒.๕ mg ๓๐ cc oral OD (รพ. ธีญญารักษ์ สงขลา)</p> <p>ผู้ป่วยขอ OFF Methadone รวมระยะเวลาผู้ป่วยรับประทาน Methadone ๑๕ วัน</p>
<p>การบำบัดรักษายาเสพติด แบบผู้ป่วยในมี ๔ ขั้นตอน</p> <p>๑. ขั้นตอนเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission)</p> <p>มีการให้คำแนะนำเชิงผู้ป่วยให้เห็น ความสำคัญของการรักษา และมีความตั้งใจจริงในการรักษา รวมไปถึงการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยด้วยการดำเนินการในขั้นตอนนี้ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยยาเสพติดโดย การซักประวัติ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องชนิดของยาเสพติดที่เสพ ปริมาณ ที่เสพต่อวัน การใช้สารเสพติดอื่นร่วม อายุที่เริ่มใช้ ระยะเวลาที่ใช้ สาเหตุของการเสพยา ลักษณะของครอบครัว ความสัมพันธ์ของครอบครัว วิธีการเลี้ยงดู ตรวจ</p>	<p>ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นครั้งแรก โดยญาติแจ้งให้เจ้าหน้าที่ กองอาสารักษาดินแดน (อส.) เข้าควบคุมตัวผู้ป่วยแล้วนำส่งโรงพยาบาลจะนะ เนื่องจาก ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้า กัญชา และเฮโรอีน มีอาการ หงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด ไม่นอน พุดคนเดียว หูแว่ว หวาดระแวง หลังจากโรงพยาบาลจะนะดูแลเบื้องต้นแล้วส่งตัวต่อมาโรงพยาบาล ธีญญารักษ์ สงขลา แรก</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ร่างกาย ประเมินสภาพจิต และโรคแทรกซ้อน ตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้การวินิจฉัยและวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม ตลอดจนสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตั้งใจรักษาและนำครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาด้วย</p> <p>๒. ชั้นบำบัดด้วยยา (Detoxification)</p> <p>เป็นขั้นตอนการรักษาทางร่างกายที่ทำให้ร่างกายพ้นจากสภาวะติดยาทางกาย หรือรักษาอาการถอนยาของร่างกาย การรักษาในระยะนี้จะใช้ยาบรรเทาอาการถอนยาตามประเภทของยาเสพติดที่ติดมา และให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วยไม่ว่าจะเป็นภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิต จนผู้ป่วยหมดอาการถอนยาและภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิตหมดไป หรืออยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ไม่มีอาการรุนแรง ภาวะขาดยา (Withdrawal) ที่พบได้บ่อยมีดังนี้</p> <p>๑. อาการรู้สึกไม่มีความสุข (Dysphoria) มักพบหลังหยุดเสฟไม่นาน อาจพบรุนแรงในบางราย และอะอะอาละวาดได้ ผู้ป่วยมักมีความสับสน ซัดแย้งในจิตใจสูงและหวาดระแวง เครียด หงุดหงิด</p> <p>๒. การหมดแรง หลับมาก หลังจากเสฟหนัก (Crash) มักพบหลังยาบ้าหมดฤทธิ์ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่สนใจสิ่งรอบตัว จะเป็นอยู่นาน ๑๒-๑๖ ชั่วโมง อาจหลับอยู่เป็นวันๆ (Hyper somnolence)</p> <p>๓. อาการซึมเศร้า (Depression) มักพบหลังหยุดเสฟ ๓-๔ วัน</p> <p>๓. ชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)</p> <p>ในขั้นนี้จะเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ผ่านขั้นตอนบำบัดด้วยยา ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง ที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม เป็นระยะการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพชีวิตอย่างสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ พร้อมออกไปใช้ชีวิตในสังคมภายนอกได้ และมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี จุดประสงค์หลักของ</p>	<p>รับที่ OPD มีอาการง่วงเพลียจึงมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยได้น้อย ข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากญาติ(พี่สาว,มารดา) มีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว</p> <p>วันแรกของระยะบำบัดด้วยยา เป็นการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ หลังจากหยุดเสฟเน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ตามอาการถอนยาและภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยพักผ่อน ดูแลตนเองปฏิบัติตามตารางกิจวัตรประจำวัน</p> <p>วันที่ ๒ ของการบำบัด พบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า และพยายามฆ่าตัวตาย</p> <p>วันที่ ๓ ของการบำบัดพบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า และพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ</p> <p>วันที่ ๔ ของการบำบัด ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายซ้ำ</p> <p>ขณะผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษา ระยะบำบัดด้วยยาผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดต่อระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมระยะเวลาเข้ารับการบำบัดทั้งหมด ๒๕ วัน จึงจำหน่ายผู้ป่วยโดยแพทย์อนุญาต</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>การรักษาคือ การป้องกันการติดเชื้อ เตรียมความพร้อมที่จะออกไปประกอบอาชีพหรือใช้ชีวิตในสังคมภายนอก ในการพัฒนาผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม</p> <p>๔. ขึ้นติดตามดูแลหลังรักษา (After care) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่มีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เผื่อระวังการกลับไปเสพยา เป็น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยคอยตรวจสอบสัญญาณเตือนและป้องกันตนเอง ไม่กลับไปเสพยา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างสมดุล ช่วยเหลือตามสภาพปัญหา หากผู้ป่วยติดเชื้อ นำกลับเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา</p>	<p>หลังจำหน่ายผู้ป่วย นัดติดตามผล ๗ ครั้ง ใน ๑ ปี (อย่างน้อย ๔ ครั้ง ใน ๑ ปี) ผู้ป่วยมาติดตามผลจริง ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ และ ๒ ผู้ป่วยยังคงกลับไปใช้ยาซ้ำ แต่มีการลดปริมาณการเสพน้อยลง ครั้งที่ ๓ ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยและญาติได้ ครั้งที่ ๔ ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดมากขึ้นและมีการแหกข้อห้ามทางจิต ผู้ป่วยได้เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ๓ สัปดาห์ที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ครั้งที่ ๕ หลังจำหน่าย ๖ เดือน ติดตามผู้ป่วย ญาติแจ้งข่าวเรื่องผู้ป่วยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการแขวนคอกายในบ้านของตัวเองเมื่อ ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา</p>
<p>ภาวะซึมเศร้า (Depression)</p> <p>ผู้ติดสารเสพติดมักมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นในช่วงหยุดเสพยาได้มาก ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงจำเป็นต้องวินิจฉัยแยกอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ในผู้ป่วยติดสารเสพติดว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้น (independent depressive disorder) หรือเป็นอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (substance - induced depressive disorder) ข้อพิจารณาที่สนับสนุนว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมีดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ช่วงของอารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นก่อนมาและถอนสารเสพติด ๒. ช่วงของอารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นหลังจากการมาและถอนสารเสพติดนานมากกว่า ๔ สัปดาห์ ๓. ช่วงของอารมณ์ซึมเศร้าเป็นอยู่นานมากกว่า ๔ สัปดาห์หลังจากการมาและถอนสารเสพติด 	<p>ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย F๓๑.๐๐ : Depressive episode - Mild depressive episode - Milddepressive episode, Without somatic symptoms ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยแยกอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ในผู้ป่วยติดสารเสพติดว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้น (independent depressive disorder) คือช่วงของอารมณ์ซึมเศร้าเป็นอยู่นานมากกว่า ๔ สัปดาห์เกิดขึ้นก่อนและหลังจากการมา และถอนสารเสพติด อารมณ์ซึมเศร้ามีอาการรุนแรงมากในบางช่วงเวลา มีประวัติความพยายามในการฆ่าตัวตายอย่างจริงจังเมื่ออยู่ที่บ้านมาแล้ว ๒ ครั้ง และขณะบำบัดรักษาในโรงพยาบาล ๒ ครั้ง</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๔. อารมณ์ซึมเศร้ามีอาการรุนแรงมาก</p> <p>๕. มีประวัติความพยายามในการฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง</p> <p>๖. มีโรควิตกกังวลต่าง ๆ เกิดร่วมด้วย ได้แก่ โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคแพนิค โรคกลัวสังคม โรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต เป็นต้น</p> <p>๗. มีประวัติโรคสมาธิสั้นและอยู่ไม่นิ่ง (ADHD) เกิดร่วมด้วย</p> <p>๘. มีประวัติโรคทางอารมณ์หรือโรควิตกกังวลในครอบครัว</p> <p>๙. มีประวัติการตอบสนองที่ดีต่อการบำบัดรักษาในอดีต</p> <p>ระดับของภาวะซึมเศร้า</p> <p>ภาวะซึมเศร้าแบ่งตามการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชได้ ๓ ระดับ คือ</p> <p>๑. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) จะต้องมีอาการสำคัญอย่างน้อย ๒ อาการคืออารมณ์เศร้า ขาดความสนใจตนเอง/ สิ่งแวดล้อม ขาดความสนุกสนานร่าเริง และรู้สึกอ่อนเพลียมากขึ้นนอกจากนี้ ต้องมีอาการอื่นๆ ดังต่อไปนี้อีกอย่างน้อย ๒ อาการร่วมด้วย คือ เหนื่อยง่าย มีการลดจำนวนของการทำกิจกรรมต่างๆลง ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนลดต่ำลง รู้สึกผิด ไร้ค่า อ้างว้าง มองอนาคตในแง่ร้ายมีความผิดปกติของการนอนหลับ ความอยากรับประทานอาหารลดลง น้ำหนักลดลง ความต้องการทางเพศลดลง อาการต่างๆที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงมากเกินไป เกิดอาการอย่างน้อย ๒ สัปดาห์ ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยมักจะรู้สึกเป็นทุกข์กับอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งมีความยากลำบากในการดำเนินกิจกรรมทางการงาน และสังคม แต่ไม่ถึงกับการสูญเสียความสามารถไปทั้งหมด</p> <p>๒. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) จะต้องมีอาการสำคัญที่พบใน Mild depression อย่างน้อยใน ๒-๓ อาการร่วมกับอาการ</p>	<p>ระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยแบ่งตามการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช อยู่ในระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) คืออารมณ์เศร้า ขาดความสนใจตนเอง สิ่งแวดล้อม ขาดความสนุกสนานร่าเริง และรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีการลดจำนวนของการทำกิจกรรมต่างๆลง คิดว่าคุณค่าในตนลดลง นอนหลับยาก ความอยากรับประทานอาหารลดลง น้ำหนักลดลง ความต้องการทางเพศลดลง</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>อื่นๆ ที่กล่าวไปแล้วอีกอย่างน้อย ๓-๔ อาการและอาการทั้งหลายมักจะมี ความรุนแรงมากขึ้น จะมีความยากลำบากมากในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับสังคม การทำงานและภายในครอบครัว</p> <p>๓. ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) จะต้องพบอาการสำคัญทั้ง ๓ อย่างของ mild และ moderate depression ร่วมกับอาการอื่นๆ ที่กล่าวไปแล้วอีกอย่างน้อย ๔ อาการ ซึ่งอาการบางอย่างมีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานและหงุดหงิดกระวนกระวายอย่างรุนแรง หรือบางรายอาจ เชื่องช้า ความรู้สึกผิด และความคิดหรือการกระทำที่ จะทำร้ายตนเอง หรือ ข่าวดำตายเป็นเด่นชัดและเป็นอันตรายที่สำคัญ บางรายอาจมีอาการหลงผิดหรือระบบประสาทหลอนร่วมด้วย ผู้ป่วย severe depression มักจะมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอ ผู้ป่วยมักจะไม่สามารถดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับการงาน สังคม และครอบครัวได้</p> <p>สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า (คุณณีย์ ชาญปรีชา และคณะ, ๒๕๕๙)</p> <p>๑. สาเหตุทางกาย (Biological cause) ผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีสารสื่อประสาทในสมองบางอย่างไม่สมดุล ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เศร้าได้</p> <p>๒. สาเหตุด้านจิตใจ (Psychological cause) สาเหตุอื่นๆ ด้านจิตใจ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผิดหวังในชีวิต ล้มเหลว ผิดพลาด มีความโกรธแค้น แล้วระบายออกไม่ได้จึงย้อนมากดดันรู้สึกผิดในตนเอง มีความคิดลบ มีความคิดบิดเบือน ไม่มีใครช่วยเหลือได้ ไม่มี ความหวังแล้ว เป็นต้น</p> <p>๓. สาเหตุด้านสังคม (Social cause) ความกดดันจากสังคมหรือเศรษฐกิจเป็นเวลานานหรือการที่บุคคลไม่สามารถทำได้ตามการคาดหวังของสังคม หรือ ประคับประคองเศรษฐกิจของตนให้เสถียรได้</p> <p>ภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากเมทแอมเฟตามีน</p> <p>อาการซึมเศร้าที่เกิดจากเมทแอมเฟตามีน มักเกิดขึ้นในช่วงถอนพิษเมทแอมเฟตามีน ซึ่งอาการ</p>	<p>สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย</p> <p>๑. สาเหตุทางกายจากการมีสารสื่อประสาทในสมองบางอย่างไม่สมดุลจากการใช้สารเสพติดหลายชนิดมาเป็นระยะเวลานาน หรือด้านกรรมพันธุ์เนื่องจากนำชายเคยฆ่าตัวตาย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เศร้าได้</p> <p>๒. สาเหตุด้านจิตใจ คือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักคือนายชายเคยฆ่าตัวตาย ด้วยวิธีการแขวนคอสำเร็จเมื่อ ๒ ปีก่อน และมีความคิดว่าตัวเองต้องชดใช้กรรม มีความคิดว่าตัวเองชีวิตล้มเหลว มีความโกรธพ่อแม่ พี่สาว แล้วระบายออกไม่ได้จึงย้อนมากดดันรู้สึกผิดในตนเอง</p> <p>อาการของผู้ป่วยที่พบในภาวะซึมเศร้า และมีโอกาสเกิดอันตรายถึงชีวิตคือ Suicidal Thoughts ความคิดอยาก</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>มักจะดีขึ้นภายใน ๑ สัปดาห์หลังจากเสพครั้งสุดท้าย</p> <p>อาการที่พบในช่วงภาวะถอนพิษสารกระตุ้นประสาท ได้แก่ อารมณ์เศร้าซึมลง สมาธิเสีย เคลื่อนไหวช้า นื่อง กระสับกระส่าย โกรธ เสียใจ ฉุนเฉียวง่าย มีความรู้สึกอยากยา (cravings) อยากกลับไปเสพซ้ำ</p> <p>ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว นอนมากแต่หลับไม่สนิท อ่อนเพลียหมดเรี่ยวแรง นอนไม่หลับ หิวบ่อย กินจุ</p> <p>ซึมเศร้า อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย รู้สึกวิตกกังวลอย่างมาก (คล้าย panic) หงุดหงิดอยู่ไม่นิ่ง อาการเหล่านี้มักจะเกิดในช่วงสั้น ไม่จำเป็นต้องให้ยาเพื่อรักษา</p> <p>โอกาสอันตรายถึงชีวิตน้อยมาก ยกเว้นในผู้ที่มีความเสี่ยงจากภาวะซึมเศร้าที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือมีการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากอาการทางจิต</p>	<p>ฆ่าตัวตาย</p>
<p>การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย</p> <p>พฤติกรรมฆ่าตัวตายแบ่งเป็น ๕ ประเภทดังนี้ (Barbee & Bricker, ๑๙๙๖; Diekstra & Gulbinat, ๑๙๙๓; Hauenstein, ๑๙๙๘)</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. คิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) เป็นความคิดต่างๆ ที่คิดว่าตนเองไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ยึดมั่นในสิ่งที่คิด หมกมุ่นในความคิดที่จะทำลายตนเอง จนกระทั่งมีการวางแผนที่จะฆ่าตัวตาย ๒. ขู่ที่จะฆ่าตัวตาย (suicide threats) หมายถึง มีการพูดหรือการเขียนเกี่ยวกับการตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นสัญญาณเตือนก่อนที่จะฆ่าตัวตาย ๓. แสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย (suicide gestures) เป็นการกระทำที่ทำให้ตนเองบาดเจ็บเล็กน้อย หรืออาจไม่ได้รับบาดเจ็บซึ่งผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง แต่เป็นการกระทำที่ทำให้ผู้อื่นคิดว่าตนเองต้องการที่จะตาย ๔. พยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) หมายถึงกระทำอย่างตั้งใจที่จะทำให้ตนเองเสียชีวิตด้วยวิธีการต่างๆ แต่ไม่ประสบความสำเร็จในการกระทำ 	<p>ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีความคิดหมกมุ่นว่าตนเองไม่ควรมีชีวิตอยู่ ต้องขอใช้กรรมที่พ่อเคยแจ้งให้ตำรวจจับ</p> <p>น้ำชายเข้าเรือนจำแล้วทำให้น้ำชายต้องฆ่าตัวตายในเรือนจำ และมีความคิดว่า</p> <p>ทุกครั้งที่เห็นเชือกหรืออุปกรณ์ที่คล้ายเชือกต้องนำมาผูกคอเพื่อทำให้ตัวเองตายให้ได้ โดยไม่สามารถจัดการหยุดความคิดตัวเองได้</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>๕. ฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed or successful suicide) หมายถึง การตายที่ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง และกระทำได้โดยสำเร็จ</p> <p>กลไกทางจิตของการฆ่าตัวตาย</p> <p>ความคิดอยากฆ่าตัวตายชั่วขณะหรือชั่วอารมณ์วูบหนึ่ง อาจเกิดขึ้นได้ในคนปกติแต่หากคิดซ้ำซากถือว่าเป็นพยาธิสภาพ เชื่อว่าบุคคลที่ฆ่าตัวตายไม่จำเป็นต้องผิดปกติเสมอไป แต่การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมผิดปกติ มักพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีความเศร้า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายทุกคน แม้ในผู้ป่วยจิตเวชจะมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย ลังเลที่จะทำร้ายตนเอง (ambivalent) ในเวลาเดียวกัน เพียงแต่มีความรู้สึกฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมากกว่าเท่านั้น การฆ่าตัวตายมีเหตุช่วยส่งเสริมและแรงจูงใจหลายอย่าง ฟรอยด์ (Freud, ๑๙๘๕ cited by Hauenstien, ๒๐๐๒) เชื่อว่าเกือบทุกคนที่ฆ่าตัวตายมีความปรารถนา ฆ่าผู้อื่นที่ถูกกดไว้ในจิตไว้สำนึก การฆ่าตัวตายอาจเป็นการลงโทษตัวเอง เป็นการแก้แค้นผู้อื่น หรือเนื่องมาจากความเชื่อเรื่องเกิดใหม่ในชาติหน้าร่วมกับคนที่ตนรักได้ ทุกคนที่คิดฆ่าตัวตายจะมีความรู้สึกอย่างหนึ่งคล้ายกัน คือ รู้สึกว่าตนขาดความรักและถือเป็นการแก้แค้นวิธีหนึ่ง โดยทั่วไปการพยายามฆ่าตัวตาย ถือว่าเป็นการร้องขอความช่วยเหลือ (cry for help) จากผู้อื่นให้ช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างเหลือล้น เนื่องจากบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย มีความคับแค้นใจอย่างมากในเหตุการณ์ของชีวิต จนตนเองไม่สามารถต่อสู้ป้องกันได้ และได้พยายามใช้กลไกทางจิตแล้ว แต่ก็ยังประสบความล้มเหลว ในที่สุดก็คิดว่าความตายเท่านั้นที่จะเป็นทางออกที่ดีที่สุด</p> <p>ลักษณะผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย</p> <p>๑. เจตนาฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ (attempted suicide) เช่น ตีมียาฆ่าแมลง เชือดข้อมือ ผูก-คอ กระโดดตึก เป็นต้น</p> <p>๒. มีความตั้งใจฆ่าตัวตายชัดเจน โดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ต่อไปนี้</p>	<p>ผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตายทุกครั้งที่เห็นเชือกหรืออุปกรณ์ที่มีลักษณะคล้ายเชือก ขณะอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยใช้สายฝักบัวอาบน้ำผูกคอตัวเองเพื่อทำให้ตายเพราะต้องชดใช้กรรมที่พ่อได้แจ้งให้ตำรวจจับนำชายแล้วต้องเข้าไปอยู่เรือนจำ ทำให้หน้าชายเกิดความเครียดจนต้องผูกคอตายแล้วเสียชีวิตในเรือนจำ ผู้ป่วยบอกตนเองรักหน้าชายคนนี้นัก จึงมีความคิดว่าหากตัวเองตายไปจะได้เป็นการชดใช้กรรมให้หมดไป</p> <p>ผู้ป่วยมีเจตนาที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จโดยใช้สายฝักบัวในห้องน้ำผูกคอในห้องน้ำ ช่วงที่ไม่มีคนเห็น</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>- ฆ่าตัวตายในสถานที่หรือเวลาที่ยากแก่การพบเห็นหรือช่วยเหลือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เตรียมการเรื่องทรัพย์สินหรือจดหมายลาตาย - เตรียมการเรื่องการฆ่าตัวตาย เช่น หาซื้อยา/อุปกรณ์ มาสะสมไว้ เป็นต้น - วิธีการที่รุนแรง <p>๓. เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน พบว่า ๑ ใน ๓ ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนและการกระทำครั้งที่ ๒ มักเกิดภายในเวลา ๙๐ วัน หลังจากครั้งแรก ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มีโอกาสจะทำได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยทำมาเลย</p> <p>๔. โรคทางกาย พบว่าโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งใน ๓ โรคต่อไปนี้ มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้คิดฆ่าตัวตาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรคที่รักษาไม่หาย เรื้อรัง เช่น โรคเอดส์ โรคจิตเภท โรคทางกายเรื้อรังอื่นๆ เป็นต้น - โรคทางกายระยะสุดท้าย - โรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน <p>๕. โรคทางจิตเวช พบว่าโรคทางจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งใน ๔ โรคต่อไปนี้ มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้คิดฆ่าตัวตาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) - โรคจิต (psychosis) - โรคติดสุรา (alcoholism) - บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder) <p>สัญญาณเตือนต่อการฆ่าตัวตาย (Warning Signs)</p> <ul style="list-style-type: none"> - พูดถึงเรื่องการฆ่าตัวตาย - ชู่จะฆ่าตัวตาย - ค้นหาข้อมูลวิธีการฆ่าตัวตายว่ามีขั้นตอนอย่างไร - วางแผนฆ่าตัวตาย - มีเจตนาคิดฆ่าตัวตายที่รุนแรงขึ้น - พฤติกรรมสิ่งเสีย - เตรียม/ซื้อหาอุปกรณ์ฆ่าตัวตาย 	<p>ผู้ป่วยเคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ๒ ครั้งขณะอยู่ที่บ้าน และพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ๒ ครั้งขณะบำบัดรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย F๓๒๐๐ : Depressive episode - Mild depressive episode - Milddepressive episode, Without somatic symptoms</p> <p>ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย นอนหลับไม่สนิท อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร รู้สึกตัวเองไร้ค่า พ่อ แม่ พี่สาว ไม่เข้าใจใจ แต่จะดูแลอยู่บ่อยๆ</p> <p>ผู้ป่วยพูดถึงการอยากตาย และจัดการกับความคิดตัวเองไม่ได้เมื่อเห็นเชือกหรืออุปกรณ์คล้ายเชือก มีอาการซึมเศร้า มักจะแยกตัวจากสังคมขณะอยู่ที่บ้าน</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>- ไปยืนในที่สูง เช่น บนระเบียงตึก</p> <p>- ทำพฤติกรรมเสี่ยงต่อ</p> <p>- ไม่สนใจดูแลตนเอง</p> <p>- บุคลิกภาพเปลี่ยนไป</p> <p>- อารมณ์เปลี่ยนไป</p> <p>- แยกตัวจากสังคม ชอบอยู่คนเดียว</p> <p>การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง มีดังนี้</p> <p>๑. การให้คำปรึกษา (counseling)</p> <p>๒. ครอบครัวบำบัด (family therapy)</p> <p>๓. จิตบำบัดส่วนบุคคล (individual psychotherapy)</p> <p>๔. ยาต้านอารมณ์ซึมเศร้า (antidepressants) ในรายที่รุนแรง</p> <p>๕. การติดตามผลการรักษา (follow up)</p> <p>๖. การให้แรงจูงใจที่เป็นรูปธรรม เน้นหลักการ “ที่นี้และเดี๋ยวนี้” (concrete motivation)</p> <p>๗. การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (mental health education group)</p> <p>๘. การเป็นแบบอย่าง (role model)</p>	<p>และแยกตัวจากกลุ่มเพื่อนขณะอยู่โรงพยาบาล ชอบอยู่คนเดียว</p> <p>- พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเวร มีการให้คำปรึกษา อย่างต่อเนื่อง</p> <p>- มีการทำ family therapy โดยนักจิตบำบัดจำนวน ๑ ครั้ง (วันที่ญาติมารับผู้ป่วยกลับบ้าน) และนัดทำครั้งที่ ๒ ในวันติดตามผลหลังการบำบัด ๒ สัปดาห์</p> <p>- มีการทำ individual psychotherapy โดยนักจิตบำบัดจำนวน ๑ ครั้ง (ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย) และนัดทำครั้งที่ ๒ ในวันติดตามผลหลังการบำบัด ๒ สัปดาห์</p> <p>- ผู้ป่วยมาติดตามผลหลังการรักษาจำนวน ๒ ครั้ง โดยมาพร้อมกับญาติทุกครั้ง</p>

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

๑. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำเนื่องจากการจัดการความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสม
๒. มีภาวะซึมเศร้า
๓. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์เนื่องจากได้รับยาเมทาโดนเกินขนาด (Methadone overdose)
๔. ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการขาดยา (Withdrawal Symptoms)
๕. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะไข้ ไอ มีเสมหะ
๖. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง
๗. ภาวะโภชนาการไม่ดีเนื่องจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ
๘. การรับรู้คุณค่าในตัวเองต่ำ เนื่องจากการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ
๙. แบบแผนการเผชิญปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม

๑๐. สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากครอบครัวขาดสัมพันธภาพอันดีภายในครอบครัว

๑๑. ผู้ป่วยขาดความตระหนักและการรับรู้ถึงโทษพิษภัยของยาเสพติด

๑๒. ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

๑๓. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยาและกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม

๑๔. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

ข้อวิเคราะห์ / วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ป่วยชายรายนี้พบว่าผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย บุคคลรอบข้าง และครอบครัวพยาบาลต้องศึกษาความรู้และเพิ่มทักษะในการให้คำปรึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช โดยเน้นการพยาบาลด้านการช่วยเหลือในภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ในการวิเคราะห์ และวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย การให้การพยาบาลเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ควบคุมไปกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช โดยให้การพยาบาลในลักษณะของทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ตลอดจนญาติและตัวผู้ป่วยเอง พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ไม่ทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย เผชิญปัญหาอย่างถูกวิธี จะต้องมีการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา โดยให้ข้อมูลให้ญาติเห็นความสำคัญของการช่วยดูแลผู้ป่วย และพยาบาลเป็นตัวกลางเชื่อมระหว่างผู้ป่วยและญาติในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ระบายความรู้สึก พูดคุยเพื่อแก้ปัญหา เสริมสร้างกำลังใจซึ่งกันและกันซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังกำลังใจ และให้ผู้ป่วยปรับตัวผ่านระยะวิกฤตของชีวิตได้ตลอดจนส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ สามารถดูแลตัวเองและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข และควรมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งรับบริการที่เหมาะสมเมื่อเกินศักยภาพในการดูแล หรือส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ชุมชนร่วมดูแลได้

ประเด็นหลักที่ได้จากการศึกษา ที่สำคัญ ได้แก่

๑. ด้านผู้ป่วย / ญาติ

- การดูแลผู้ป่วยรายนี้ถือว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหลายชนิด มียาบ้า กัญชา เฮโรอีน ซึ่งมีผลต่อระบบการหลังของสารสื่อประสาทเมื่อหยุดใช้ยาเสพติดอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ กระบวนการคิดและตัดสินใจไม่ดี การใช้ยาเสพติดทำลายเซลล์สมองส่วนคิด ทำให้ไม่สามารถนำประสบการณ์หรือคำแนะนำที่ได้รับมาปฏิบัติตามได้ ทำให้มีโอกาสกลับไปเสพยาซ้ำได้ง่าย

- ญาติอาจจะขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า และพยายามฆ่าตัวตายประกอบกับผู้ป่วยขาดที่พึ่ง จึงมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดซ้ำ ๆ

- ประวัติการเลี้ยงดู สัมพันธภาพภายในครอบครัว สิ่งแวดล้อมทำให้ผู้ป่วยหันไปพึ่งยาเสพติด ซึ่งการใช้ยาเสพติดหลายชนิดและเป็นเวลานานส่งผลต่อระบบประสาทและสมองเกิดความผิดปกติทางพฤติกรรมได้

- การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช มีสาเหตุหลากหลาย ปัจจัยทางสังคม (social factors) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งแนวคิดทางสังคมวิทยาเชื่อว่าการฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับความผูกพันของสมาชิกในสังคม สังคมที่มีความผูกพันสูงจะมีการฆ่าตัวตายน้อยกว่าสังคมที่สมาชิกผูกพันกันน้อย สังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง โดยเฉพาะการขาดความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้อื่น สาเหตุหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยรายนี้คือเป็นผู้ป่วยมีอาการทางจิต มีความรู้สึกผิดที่พอทำให้น้ำชายต้องฆ่าตัวตาย มีความเชื่อ และความคิดที่แปลกคิดว่าตัวเองต้องชดใช้กรรมแทน มีเหตุการณ์เครียด คือการได้รับข่าวสารการเสียชีวิตของน้ำชายจากการฆ่าตัวตาย

๒. ด้านกิจกรรมการพยาบาล

- ระยะถอนพิษยา ควรเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม เนื่องจากในระยะแรกผู้ป่วยมีอาการถอนพิษยาการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมก็เป็นความวิตกกังวลของผู้ป่วยระดับหนึ่งและการเลือกกิจกรรมที่เป็นภาพรวมของดีก็อาจจะไม่เป็นผลดีในผู้ป่วยบางรายที่ยังปรับตัวไม่ได้ทำให้เพิ่มความเครียดได้ ซึ่งถ้าขาดการประเมินความพร้อมผู้ป่วยรายบุคคล จะทำให้การบำบัดรักษาไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

- ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธการเข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ขาดการฝึกทักษะต่างๆ เช่น การปรับอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม เพื่อนำไปปรับใช้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดระยะถอนพิษยาแล้วควรจูงใจให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพให้ได้

- ผู้ป่วยเสพสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายใช้กระบวนการดูแลแนวทางเดียวกับการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต พยาบาลต้องใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

- พยาบาลต้องมีการประสาน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ให้มีการร่วมดำเนินการแก้ปัญหา เป็นการเสริมแรงจูงใจ ช่วยเหลือติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้

๓. ด้านการบำบัดรักษา

- การดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็นการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ต้องได้รับการดูแลจากทีมแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ โดยทุกวิชาชีพมีการวางแผนให้เข้าถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายให้เร็วที่สุด

- การให้ยาผู้ป่วยรายนี้เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชอาการที่พบได้บ่อยคือ มีปัญหาในการนอนหลับ ลึนแข็ง ตัวแข็ง พุดไม่ชัด น้ำลายไหล กลืนหรือพุดลำบาก เวียนศีรษะ ง่วงซึม ปากแห้ง ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ เป็นต้น การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้

ผู้ป่วยปลอดภัยมีความพึงพอใจกับฤทธิ์ของยาทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ต่อเนื่อง ป้องกันอาการกำเริบของโรคได้

- ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อนมากหลายอย่าง เช่น ปัญหาสัมพันธภาพที่มักจะเก็บตัว ไม่ปรึกษาปัญหากับครอบครัว ไม่มีเพื่อนให้คำปรึกษา จึงอาจทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายซ้ำได้ตลอดเวลา การสร้างสัมพันธภาพที่ตระหว่งผู้ป่วยกับพยาบาล การสร้างความรู้สึกรักที่ปลอดภัย พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการปรึกษาจึงจะสามารถทำให้ผู้ป่วยไม่มีความคิดในการฆ่าตัวตาย และมีความสามารถในการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆได้

๔. ด้านสิ่งแวดล้อม

- การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย การจัดสิ่งแวดล้อมช่วยผ่อนคลาย บรรยากาศสงบ ลดสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นที่ทำให้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

- ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่นการจัดเตียงนอนใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล ไม่มีอุปกรณ์ เชือก ลักษณะคล้ายเชือกที่สามารถใช้ฆ่าตัวตายได้ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย มีการติดกล้องวงจรปิดเพื่อสังเกตพฤติกรรม เพื่อการดูแลใกล้ชิด การติดตามอาการตลอดเวลา ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ แก้ไขปัญหาได้ทันเหตุการณ์ ป้องกันข้อร้องเรียน จากการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะจากกรณีศึกษา

- ผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ต้องการความรัก ความเข้าใจ จิตสำนึกของการดูแล ความจริงใจ ความเมตตา ควรสร้างวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ด้วยการยอมรับตัวตน เอาใจใส่ ความเอื้ออาทร ซึ่งจะส่งผลต่อดีต่อการเพิ่มประสิทธิผลการดูแลการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

- จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่ามีปัญหาด้านอารมณ์ตามข้อวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น การเลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัว พันธุกรรม ยาเสพติด ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลและสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวให้มากขึ้น จึงควรนัดครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดบ่อยครั้งขึ้น และประสานงานกับเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติด ติดตามหลังการรักษาหรือวางแผนการรักษาร่วมกัน

- ควรนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินของแต่ละวิชาชีพมาร่วมพูดคุยปรึกษาหารือ เพื่อลดระยะเวลาในการสืบค้นข้อมูลเชิงวิชาชีพ ได้เห็นความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา เพื่อวางแผนร่วมกันในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ได้อย่างครอบคลุม รวดเร็ว

- ผู้ป่วยรายนี้มีความผิดปกติทางอารมณ์ จึงต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด จัดให้มีเพื่อนสนิทเป็นพี่เลี้ยงช่วยดูแลใกล้ชิด ให้อยู่ในพื้นที่ที่สามารถมองเห็นได้ชัดหรือในรัศมีของกล้องวงจรปิด ทำข้อตกลงกันไว้ก่อนและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายซ้ำ

- การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดมีภาวะสุขภาพหรือชีวิตที่ดีขึ้น กระบวนการบำบัดรักษา กระบวนการพยาบาลต้องผสมผสานรูปแบบต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้การช่วยเหลือภายหลังการบำบัด มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพยา กลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดี

- การติดยาเสพติดเป็นโรคเรื้อรังและมีความซับซ้อน สัมพันธ์กับปัญหาอื่น ๆ หลายด้าน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยยาเสพติดผ่านการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแล้วควรมีการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องทั้งโดยสถานพยาบาลเองและประสานความร่วมมือ ส่งต่อร่วมกับชุมชนเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ติดยาเสพติดละเลิกยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ไม่กลับมาเสพติดซ้ำ ร่วมกับการส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาให้มีคุณภาพชีวิต และการอยู่ร่วมกับสังคมอย่างปกติสุข ไม่ก่อผลกระทบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมรอบข้างซึ่งระยะนี้ควรใช้เวลาอย่างน้อย ๑ ปี

- ในหอผู้ป่วยควรสนับสนุนการจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ปลอดภัย

- ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการปลดล็อกกัญชาไปเมื่อวันที่ ๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ทำให้กัญชาในประเทศไทยถูกถอดออกจากยาเสพติดประเภทให้โทษ ๕ ส่งผลให้มีการปลูก บริโภค รวมถึงจำหน่ายเป็นผลิตภัณฑ์กันอย่างแพร่หลาย นอกเหนือไปจากเดิม ที่อนุญาตให้ใช้ทางการแพทย์เท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการใช้กัญชาและมีการใช้มากขึ้นโดยคิดว่าการเสพกัญชาไม่ผิดกฎหมายและไม่มีความเสี่ยงที่จะโดนตำรวจจับดังนั้นบุคลากรด้านยาเสพติดจึงต้องศึกษา ข้อกฎหมายที่ประกาศใช้ให้ชัดเจน เพื่อเป็นองค์ความรู้ที่ใช้ในการให้คำแนะนำผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องชัดเจน

- ควรมีการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีการจัดอบรมหรือฝึกทักษะในการติดต่อสื่อสารกับญาติผู้ป่วยให้กับพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการติดต่อสื่อสารกับญาติและควรส่งเสริมให้มีการอบรมความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าและมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายให้กับพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการส่งเสริมหรือฟื้นฟูความรู้มีแนวทางการพยาบาลและแนวทางการติดตามผู้ป่วยที่บ้านที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (๒๕๕๘). *คู่มือการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาฆ่าตัวตาย*. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยกรุงเทพมหานคร. (๒๕๖๒). *หลักสูตรรายวิชา ทช๓๓๐๙๘ กัญชาและกัญชงศึกษา เพื่อใช้เป็นยาอย่างชาญฉลาด ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย*. สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยกรุงเทพ, กรุงเทพมหานคร.
- งานเวชระเบียน, โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา. (๒๕๖๖). *สถิติผู้ป่วยยาเสพติด*. งานเวชระเบียนโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา.
- งานเวชระเบียน, สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (๒๕๖๗). *สถิติผู้ป่วยยาเสพติด*. งานเวชระเบียน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
- จิราพร รักการ. (๒๕๖๕). *แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. สืบค้นเมื่อ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๗ จาก [http:// www.elnurse.ssru.ac.th](http://www.elnurse.ssru.ac.th)
- จุฬาลักษณ์ ชำชอง. (๒๕๕๖). การดูแลผู้มีความผิดปกติทางจิตเวชจากการเสพยาเสพติด. ใน *ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บก.), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ ๒ (หน้า ๒๒๖-๒๕๔)*. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. ธนาเพรส จำกัด.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข. (๒๕๕๗). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ ๑ (พิมพ์ครั้งที่ ๒)*. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (๒๕๕๖). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม*. วนิดาการพิมพ์.
- ดุชนีย์ ชาญปรีชา, สุกมา แสงเดือนฉาย, นันทา ชัยพิชิตพันธ์, สำเนา นิลบรรณ, ญาดา จินประชา และ ธัญญา สิงห์โต. (๒๕๕๙). *คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- ดุชนีย์ ชาญปรีชา, สุกมา แสงเดือนฉาย, นันทา ชัยพิชิตพันธ์ และ สำเนา นิลบรรณ. (๒๕๖๐). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน. *วารสารกรมการแพทย์*, ๔๒(๒), ๙๐-๑๐๑ .
- ทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต. (๒๕๕๙). การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด ใน วันดี สุทธิรังษี, ถนอมศรี อินทนนท์ และ ศรีสุดา วนาลีสิน (บก.), *การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช (น. ๑๑๓-๑๒๘)*. โครงการตำราหลักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, ทศนีย์ กุลจนะพงษ์พันธ์, วุชนี หัตถพนม, วราภรณ์ รัตนวิศิษฐ์, และ สุพิน พิมพ์เสน. (๒๕๕๖). *การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย*. โรงพิมพ์พระธรรมชั้นดี.

- ธงชัย อุ่นเอกลาภ. (๒๕๔๑). *การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก*. (พิมพ์ครั้งที่ ๒)
 โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ธณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ณรงค์ มณีทอง, กมลเนตร วรรณเสวก, เกษราภรณ์ เคนบุปผา
 และ จิตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (๒๕๕๐). *การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบประเมินโรคซึมเศร้า ๙ คำถาม*.
 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ธณินทร์ กองสุข, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, ดรุณี ภู่ขาว, สมจิตต์ ลุประสงค์, และคณะ.
 (๒๕๕๕). *แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคม จิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สำหรับพยาบาล
 จิตเวชในสถานบริการระดับตติยภูมิ*. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวง
 สาธารณสุข.
- ธวัชชัย ลีฬหานาจ. (๒๕๔๙). *โรคจิตเวชที่เกิดร่วมกับโรคติดยาเสพติด ใน พิษัย แสงชาญชัย,
 พงศธร เนตราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บก.), ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด*.
 บางกอกบล๊อค.
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (๒๕๕๗). *สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล*.
วารสารพยาบาลทหารบก, ๑๕(๒), ๘๔-๙๑.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (๒๕๖๑). *บทบาทของพยาบาลในการให้การปรึกษาผู้ติดยา
 ยาเสพติด*. *วารสารพยาบาลทหารบก, ๑๙(๑), ๑๖ - ๒๓*.
- นันทัก ชนะพันธ์. (๒๕๖๓). *บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. *วารสาร
 พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๓๒(๑), ๗๕-๘๘*.
- นันทนา รัตนาร, ศศิธร ภาชะศิลป์, เพลินพิศ จันทศักดิ์, มานิตย์ดา ส่งเจริญ, ชยาภรณ์ ผ่องแผ้ว,
 รวินันท์ ยิ่งเมืองมาร, และคณะ. (๒๕๔๒). *ผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เขต
 จังหวัดนนทบุรี*. โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ. (๒๕๕๙). *ภาวะซึมเศร้า*. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ,
 ๑๙(๓๘), ๑๐๕-๑๑๘*.
- บุบผา บุญญามณี, สยาม มุสิกไชย, นุรินยา แหละหมัด, และวรลักษณ์ วงศราวิทย์. (๒๕๕๙).
*เหตุผลของการเสพยาเสพติดประเภทที่คุ้นเคยและยาบ้าหรือกัญชาในผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับ
 การบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาและปัตตานี*. โรงพยาบาลธัญญารักษ์
 สงขลา.
- บุรฉัตร จันทรแดง. (๒๕๖๐). *บทวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเสพยาเสพติดในปัจจุบัน*. *วารสาร
 สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, ๔(๒), ๔๐*.
- ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.๒๕๖๔. สืบค้นเมื่อ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๗ จาก
<http://www.oncb.go.th>
- ไพบรียพันธ์ สันตะพันธ์, ศิริยุทธ บุศหงส์ และเขาวลิต ศรีเสริม. (๒๕๖๒). *ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น:
 บทบาทพยาบาล*. *วารสารเกื้อการณย์, ๒๖(๑), ๑๘๗-๑๙๗*.
- พาริตา อิบราฮิม. (๒๕๕๑). *ปฏิบัติการพยาบาล ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ ๕).
 สามเจริญพานิชย์.

- พิเชษฐ อุดมรัตน์. (๒๕๔๘). *การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าและการป้องกันการฆ่าตัวตาย* (พิมพ์ครั้งที่ ๒). ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภักจิรา ภูสมศรี. (๒๕๖๓). โรคซึมเศร้าปัญหาสุขภาพใกล้ตัว. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสต์เทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, ๑๔(๒), ๕๒-๕๘.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (๒๕๓๙). *ทฤษฎีการพยาบาลและกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวช*. ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภิญญาดา ภัทรกิจจาทร และจิรวรรณ ชัยวิศิษฎ์. (๒๕๖๓). แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชตามแบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย*, ๑๐(๑), ๑๕๖-๑๕๙.
- มะลิสสา งามศรี, นิตยา ตากวิริยนันท์ และศุภรา เขาว์ปรีชา. (๒๕๕๗). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารพยาบาลสาร*, ๔๑(๔), ๓๖-๔๗.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวงษ์. (๒๕๔๒). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (๒๕๔๖). *พฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย*. หมอชาวบ้าน.
- มาโนช หล่อตระกูล. (๒๕๕๓). *การฆ่าตัวตาย : การรักษาและการป้องกัน*. โครงการตำรารามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันดี สุทธิรังษี, ถนอมศรี อินทนนท์, และศรีสุดา วนาลีสิน. (๒๕๕๙). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (เล่ม๑). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. นีโอพ้อยท์.
- วาทีนี สุขมาก. (๒๕๕๗). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ๑*. กากะเยีย.
- วาทีนี สุขมาก. (๒๕๕๗). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ๒*. กากะเยีย.
- ยาบ้า. (๒๐๒๔, January ๑๕). In *Wikipedia*. <https://th.wikipedia.org/ยาบ้า>
- วิชาญ ทรายอ่อน. (๒๕๖๔). *สื่อสิ่งพิมพ์. วิชาชีพศึกษาในทางการแพทย์*. <https://www.library.parliament.go.th/th/radioscript-rr๒๕๖๔-jun๘>
- วิมล ลักษณะณานิชนัช. (๒๕๖๓). *คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วิโรจน์ สุ่มใหญ่. (๒๕๔๓). *ยาบ้า: มหันตภัยข้ามสหัสวรรษ*. Home Sweet Home.
- วิโรจน์ วีระชัย, ปัญจรัตน์ ศรีสว่าง, และธฤต ทิพย์วงษ์. (๒๕๕๓). *หลักสูตรการบริการเมทาโดนระยะยาว*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วุฒิพร ดวงขวัญ. (๒๕๖๒). การรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ตามบทบาทของพยาบาลในการป้องกันระดับปฐมภูมิต่อการใช้สารเสพติดในชุมชน: กรณีศึกษาจากจังหวัดแห่งหนึ่ง ในพื้นที่ภาคใต้ตอนกลาง. *วารสาร อัล-นूर บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี*, ๑๔(๒๖), ๑๓๑-๑๔๕.
- ศุภกรใจ เจริญสุข. (๒๕๕๖). กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ใน *ฉวีวรรณ สัตย์ธรรม, แฝ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บก.), การพยาบาลจิต เวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ ๑*. (หน้า ๒๔๘-๒๕๗). โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. ธนาเพรส จำกัด.

- สถาบันธัญญารักษ์. (๒๕๕๓) *หลักสูตรการบริการเมทาโดนระยะยาว*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายฝน เอกวางกูร. (๒๕๕๔). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า* (พิมพ์ครั้งที่ ๒). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายฝน เอกวางกูร. (๒๕๕๙). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ ๑* (พิมพ์ครั้งที่ ๓). นครศรีธรรมราช: สามลดา.
- สุกมล วิภาวีพลกล. (๒๕๔๓). *ธรรมชาติของจิตใจ*. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย. (๒๕๔๑). *ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ*. ไทยวัฒนาพานิช.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (๒๕๔๕). *การพยาบาลจิตเวช*. รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (๒๕๕๐). *การฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น*. มหาวิทยาลัยคริสเตียน. สืบค้นเมื่อ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๗ จาก <http://library.christian.ac.th>
- สมสมร ชิตตระกูล. (๒๕๖๑). *เอกสารประกอบการสอนวิชาเภสัชวิทยาของกระโถม โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีการใช้สุ่มร้อย*. โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา.
- เสาวลักษณ์ ชาญกุลราวี, ส่งศรี จัยสิน, และมยุรี กลีบวงษ์. (๒๕๓๕). *การใช้ MOUTHGUARD CLEAR TRAY กับผู้ป่วยจิตเวชที่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้าในโรงพยาบาลศรีธัญญา*. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อัปดุลคอลิก อรรอฮิมีย, อีสัยส มะแก็ง และฮูเซ็น ซาวัล. (๒๕๖๕). *บทบาทของครอบครัวมุสลิมต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการบำบัดรักษาผู้ป่วย (ผู้ติดยาเสพติด) กรณีศึกษาสถาบันบำบัดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี*. *วารสารอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, ๑๓(๑), ๗๔-๗๕.
- อรนนท์ หาญยุทธ. (๒๕๕๗). *กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, ๑๕(๓), ๑๓๗-๑๔๓.
- อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย. (๒๕๕๔). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ แอบไธสง. (๒๕๖๑). *การดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าและการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย*. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๗, สืบค้นจาก <https://srithanya.go.th>
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (๒๕๔๑). *การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย*. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๗, จาก <https://archive.lib.cmu.ac.th>
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (๒๕๔๔). *การพยายามฆ่าตัวตาย จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ ๕). ชันด้าการพิมพ์.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (๒๕๔๓). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. วีเจพริ้นติ้ง.
- เฮโรอีน. (๒๐๒๔, January ๑๕). In Wikipedia. <https://th.wikipedia.org/เฮโรอีน>
- American Journal of Public Health, (๒๐๐๑). *Minding the world's health: World Health Day ๒๐๐๑*. ๙๑(๔), ๕๕๑-๕๕๒. Retrieved February ๑๗, ๒๐๒๔, from <https://ajph.aphapublications.org/tc/ajph/๙๑/๓>

- Barbee, M. A., & Bricker, P. (୧୯୯୬). Suicide. In K. M. Fortinash, & P. A. Holiday-Worrt (Eds.), *Psychiatric mental health nursing*. St. Louis: Mosby. Retrieved January ୧୩, ୨୦୧୯, from <https://www.archive.lib.cmu.ac.th>
- Beck, A. T. (୧୯୯୬). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press. Retrieved January ୧୩, ୨୦୧୯, from <https://archive.lib.cmu.ac.th>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (୧୯୯୯). *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford Press. Retrieved January ୧୩, ୨୦୧୯, from <https://archive.lib.cmu.ac.th>
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (୨୦୦୯). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects* (୨nd ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania. Retrieved January ୧୩, ୨୦୧୯, from <https://archive.lib.cmu.ac.th>
- Boyd, A. M. (୨୦୦୯). *Psychiatric nursing contempolary practice* (୨nd ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Durkheim, E. (୧୯୯୧). *Suicide: A study in sociology*. (J. Spauding & G. Simpson, Trans.). New York: Free Press. (Original work published ୧୯୯୩). Retrieved January ୧୩, ୨୦୧୯, from <http://www.shi.or.th>
- Hauenstein, EJ. (୨୦୦୨). Case-finding and care in suicide: children, adolescents and adult. In MH, Nihart MA. (Eds.). *Psychiatric nursing contemporary practice*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Ivan Pavlov, (୧୯୯୯-୧୯୯୬). *Classical Condition Theory*. Retrieved January ୧୩, ୨୦୧୯, from [http:// sites.google.com](http://sites.google.com).
- Keltner, Norman, L. & Folks, David, G. (୨୦୦୯). *Psychotropic Drugs*. (୯th ed). New York : Elsevire Inc. Philadelphia, USA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Martin E. Keck. (୨୦୧୬). *Depression*. Retrieved January ୧୩, ୨୦୧୯, from https://www.depression.ch/content/୧-was-sind-depressionen/୧-symptome-und-diagnose/brintellix_patienten_broschuere_depression_d.pdf.
- Nakatani, Y., Yoshizawa, F., Yamada, H., Iwanami, A., Sakaguchi, M.and Katoh, N. (୧୯୯୯). Townsend, Mary C.୨୦୦୯. *Psychiatric Mental Health Nursing : Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. (୬th Ed. USA : is Company.
- Videbeck, S. L. (୨୦୧୯). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. (୬th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (୨୦୧୯). *World Drug Report ୨୦୧୯. June ୨୦୧୯, ୧ - ୯୩*. Retrieved January ୧୦, ୨୦୧୯, from <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-୨୦୧୯.html>

ภาคผนวก

รายการยาที่ใช้ใน กรณีศึกษารายนี้ มีดังนี้

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาใน ผู้รับบริการ
Fluoxetine (๒๐) ๑ tab oral od เข้า	<p>สรรพคุณ เป็นยาต้านซึมเศร้าในกลุ่ม SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) ออกฤทธิ์เพิ่มปริมาณของสารเซโรโทนินในสมอง จึงช่วยปรับสมดุลของสารเคมีในสมองและรักษาอาการที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า โรคตื่นตระหนก (Panick Attacks) โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคกลัวอ้วนบูลิเมีย</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ยานี้อาจทำให้เกิด ผื่น กระจกกระสวย ไข้หนาวสั่น เจ็บกล้ามเนื้อข้อต่อ อาการร้ายแรงอื่นๆ ที่พบไม่บ่อยแต่ควรระมัดระวัง ได้แก่ มีอาการสับสน วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกตัวเย็น ผิวหนังเย็นชืด ชักเกร็ง ท้องเสีย ง่วงซึม ปากแห้ง หิวผิดปกติ หัวใจเต้นเร็วหรือเต้นผิดปกติ ปวดศีรษะ เหงื่อออกมากขึ้น กระจายน้ำมากขึ้น อ่อนเพลีย มีจุดสีเขียวหรือม่วงบนผิวหนัง เดินไม่มั่นคง มีอาการสั่น อารมณ์ไม่คงที่ รู้สึกหรือมีพฤติกรรมกระตือรือร้น อย่างไม่ควบคุมไม่ได้ หายใจลำบาก เหนื่อยล้าผิดปกติ และร่างกายหรือใบหน้าเคลื่อนไหวผิดปกติ</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา - ห้ามใช้ยานี้หากภายใน ๑๔ วันที่ผ่านมา มีการใช้ยากลุ่ม MAOI ได้แก่ ยาลิเนโซลิด (Linezolid) ฟีนเอลซีน (Phenelzine) ไอโซคาร์บอกซาซิด (Isocarboxazid) เซเลกิลีน (Selegiline) เนื่องจากยาอาจทำปฏิกิริยาต่อกันและเป็นอันตราย ต้องหยุดใช้ยากลุ่มนี้แล้วรออย่างน้อย ๑๔ วัน จึงจะเริ่มรับประทานยาฟลูออกซิทีน และ</p>	<p>- ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง จากการใช้แบบประเมนโรคซึมเศร้า ๙Q มีคะแนน = ๑๓,๙,๕ คะแนน ตามลำดับ มีอาการวิตกกังวล อารมณ์ไม่คงที่</p>

ชื่อยาและสารนำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาใน ผู้รับบริการ
	<p>หากต้องใช้อยาไทโอริดาซีนหรือยาใด ๆ ในกลุ่ม MAOI จะต้องหยุดใช้ฟลูออกซิทีนแล้วอย่างน้อยเป็นเวลา ๕ สัปดาห์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ที่มีอาการแพ้ยานี้ ผู้ที่กำลังใช้ยาพิโมไซด์ (Pimozide) หรือยาไทโอริดาซีน (Thioridazine) หรือได้รับการรักษาด้วยยาเมทิลินบลู ไม่ควรใช้ยานี้ 	
<p>Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral hs</p>	<p>สรรพคุณ</p> <p>Clorazepate (คลอราซีเพท) เป็นยากดประสาทและยากล่อมประสาท ออกฤทธิ์ โดยช่วยลดความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าในสมอง นำมาใช้รักษาโรควิตกกังวล กลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุรา และโรคลมชัก นอกจากนี้ ยังอาจใช้รักษาโรคอื่น ๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <p>การใช้ยา Clorazepate อาจทำให้เกิดผลข้างเคียง ได้แก่ เวียนศีรษะ ง่วงซึม ปวดศีรษะ ท้องไส้ปั่นป่วน อาเจียน ปากแห้ง เหนื่อยหรืออ่อนเพลีย ประหม่า การมองเห็นเปลี่ยนแปลงมองเห็นไม่ชัดหรือเห็นภาพซ้อน มีอาการสั่นตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้หากมีประวัติแพ้ยาหรือส่วนประกอบของยาชนิดนี้ - ห้ามให้เด็กอายุต่ำกว่า ๙ ปี ใช้ยานี้ และผู้ที่อายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ให้ใช้ยาน้อย่างระมัดระวัง เพราะเสี่ยงเกิดผลข้างเคียงสูง - ห้ามเริ่มใช้ยา หยุดยา หรือเปลี่ยนแปลงปริมาณการใช้ยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์เนื่องจากจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ 	<p>- ใช้เพื่อกดประสาทและกล่อมประสาทช่วยลดความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าในสมอง นำมาใช้รักษาโรควิตกกังวลของผู้ป่วย</p>

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาใน ผู้รับบริการ
<p>- Depakin (๒๐๐) ๑ tab oral เช้า</p> <p>- Depakin (๕๐๐) ๑ tab oral hs</p>	<p>สรรพคุณ</p> <p>Valproic Acid เป็นยาที่ใช้บรรเทาอาการโรคลมชัก รักษาความผิดปกติทางอารมณ์อย่างภาวะแมเนีย (Mania) ในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ และป้องกันอาการปวดหัวไมเกรน โดยกลไกของยาจะช่วยปรับสมดุลของสารเคมีในสมองให้อยู่ในระดับปกติ ยานี้อาจอยู่ในรูปของ Sodium และ Semisodium ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์ที่คล้ายคลึงกันเพียงแต่ใช้รักษาโรคที่ต่างกันออกไป นอกจากนี้แพทย์อาจใช้ยานี้รักษาโรคอื่นๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <p>อาจมีผลข้างเคียง เช่น ง่วงซึม เหนื่อย ล้า ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่า เห็นภาพซ้อน ประจำเดือนมาไม่ปกติ ท้องเสีย ได้ยินเสียงวังในหู อยากอาหารมากกว่าปกติ 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>- ใช้เพื่อรักษาความผิดปกติทางอารมณ์ ลดอาการก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตัวเอง และป้องกันการทำร้ายผู้อื่น</p>
<p>- Benzhexol (๒) ๑ x ๒ oral pc เช้า ,เย็น</p>	<p>สรรพคุณ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้ควบคุมอาการ extrapyramidal disorder จากยา Neuroleptic drugs ในโรค Parkinsonism 	<p>- ใช้ควบคุมอาการ extrapyramidal disorder จากยา</p>

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาใน ผู้รับบริการ
	<p>- ให้ร่วมกับยาอื่นในการรักษาโรค Parkinson</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - รุ่มนตาขยาย สายตาพร่ามัว ความดันภายในลูกตาเพิ่ม - คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง ท้องผูก - เกิดอาการทางประสาท ซาตามปลายแขนขา เมื่อย ซา เกิดภาพหลอน ง่วงซึม <p>ผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดสูงหรือไวต่อยา จะเกิดอาการตื่นเต้น สับสน อ่อนเพลีย และไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากควรหยุดยา และถ้าต้องให้ยาชนิดอื่นต้องให้ยาในขนาดต่ำกว่าก่อน</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - หญิงตั้งครรภ์ เด็ก ผู้สูงอายุ <p>ผู้ป่วยโรคลมชัก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Risperidone - Haloperidol
<p>- Risperidone (๑) ๑ tab oral pc เช้า, ก่อนนอน</p>	<p>สรรพคุณ</p> <ul style="list-style-type: none"> - รักษาอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการจิตเภท (schizophrenia) ทั้งชนิด positive และ negative - รักษาผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวน (mood disorders) ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย - รักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม (dementia) ที่มีอาการผิดปกติทางพฤติกรรมร่วมด้วย - รักษาอาการ Tourette's syndrome <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ง่วงซึม น้ำหนักเพิ่ม พบน้อย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ใจสั่น <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การใช้ยานี้ในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับหรือไต ควรลดขนาดยาลงครึ่งหนึ่ง ทั้งขนาดยาเริ่มต้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้รักษาผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวน (mood disorders) และมีอาการทางจิตร่วมด้วย

ชื่อยาและสารนำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาใน ผู้รับบริการ
	<p>และขนาดยาในครั้งต่อไป (maintenance dose)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรดื่มน้ำแอลกอฮอล์ในระหว่างการให้ยาและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมากเกินไป เนื่องจากมีความเป็นไปได้ที่จะทำให้น้ำหนักตัวสูงขึ้น 	
<p>- Haloperidol (๐.๕ mg) ๑ tab oral hs</p>	<p>สรรพคุณ เป็นยาที่นำมาใช้รักษาโรคทางจิตหรือ อารมณ์ เช่น โรควิตกกังวล (Schizophrenia) โรควิตกกังวล (Schizoaffective Disorder) และกลุ่มอาการทูเรตต์ (Tourette Syndrome) เป็นต้น โดยยาจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวล น้อยลง สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ รวมไปถึง อาจช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะทำร้ายตัวเอง ช่วยลด ความก้าวร้าว ความอยากทำร้ายผู้อื่น ความคิดในแง่ลบ และอาการหลอน</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - เกิดอาการ Extrapyramidal - เกิดอาการ Hypotension - อาการแพ้รุนแรง ได้แก่ ลมพิษ ผื่น หายใจลำบาก แน่นหน้าอก ปากบวม ริมฝีปากบวม หน้าหรือลิ้นบวม - เจ็บหน้าอก - หัวใจเต้นเร็ว หรือเต้นผิดปกติ - ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของ กล้ามเนื้อได้ <p>ข้อห้ามในการให้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยโคมา, ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า เนื่องจากแอลกอฮอล์หรือยาที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า, โรคพาร์กินสัน, ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ฮาลโดล, การเปลี่ยนแปลงของ basal ganglia. 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้เพื่อรักษาโรคทางจิตหรือ อารมณ์ คือ อาการหงุดหงิด ก้าวร้าว พุดคนเดียว หูแว่ว หวาดระแวงกลัวเพื่อนจะมาทำร้าย พยายามฆ่าตัวตาย

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาใน ผู้รับบริการ
<p>- Methadone ๒.๕</p> <p>- ๕ mg ๓๐ cc oral</p> <p>OD เข้า</p>	<p>สรรพคุณ</p> <p>ระงับอาการขาดยาที่เกิดจากการหยุด เสพเฮโรอีนได้ดี สะดวกในการให้ยา สามารถให้ยาโดยการรับประทานได้ เนื่องจากถูกดูดซึมได้ดีที่ทางเดินอาหาร</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <p>กตการหายใจ ความดันโลหิตลดลง รุ่มานตาหัดตัว ท้องผูก ท่อน้ำดีหดเกร็งตัว หลอดเลือดส่วนปลายขยายและคันตาม ผิวหนัง เหงื่อออกมากขึ้น ปากแห้ง ประจำเดือนมาไม่ปกติในผู้หญิง ส่วน ผู้ชายจะมีลักษณะคล้ายผู้หญิง และหมด สมรรถภาพทางเพศ มีอาการบวมน้ำและ น้ำหนักเพิ่ม</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตับอักเสบรุนแรง - อายุต่ำกว่า ๑๘ ปี - ไม่สามารถลงชื่อขอรับการรักษารักษาเองได้ - แพ้เมทาโดน - มีปัญหาอื่นๆได้แก่ เรื่องการกตการ หายใจ, หอบเฉียบพลัน, อาการขาดสุรา, บาดเจ็บที่ ศีรษะ ความดันในสมองสูง, ลำไส้ใหญ่อักเสบ การหดตัวของท่อน้ำดี และทางเดิน ปัสสาวะ - ผู้ป่วยที่เพิ่งรับยา MAOI หรือหยุดยา มาไม่เกิน ๑๔ วัน 	<p>ผู้ป่วยให้ประวัติใช้เฮโรอีน สูบมานาน ๑ ปี จำนวน ๑๐๐ บาท/วัน เสพทุกวัน เสพครั้ง สุดท้าย ๑ วันก่อนมา (วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ เวลา ๒๐.๐๐ น. จำนวน ๑๐๐ บาท)</p> <p>แรกรับประเมิน COWS = ๐ คะแนน pupil ๒ มม. Reaction to light both eyes ปฏิเสธอาการถอนพิษ ยา แพทย์ให้เริ่ม Methadone ๕ mg ๓๐ cc oral OD เข้า วันถัดไป และปรับลดขนาด ความเข้มข้นของ Methadone ตามแผนการ รักษาของแพทย์</p>
<p>Multivitamin</p> <p>๑ x ๓ oral pc</p>	<p>สรรพคุณ</p> <p>คือวิตามินเสริมที่ประกอบด้วยวิตามิน หลากหลายชนิดซึ่งพบได้ใน อาหารที่ รับประทานในแต่ละวัน โดยจะนำมาใช้ใน กรณีที่น่าจะได้รับวิตามินจากอาหารไม่ เพียงพอ หรือเพื่อรักษาภาวะขาดวิตามิน ของร่างกายที่อาจเกิดจากอาการป่วยบาง</p>	<p>เพื่อบำรุงร่างกาย จากการ ขาดวิตามินหลายชนิด</p>

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาใน ผู้รับบริการ
	<p>ชนิด เช่น การขาดสารอาหาร โรคเกี่ยวกับการย่อยอาหาร และอื่น ๆ เป็นต้น</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <p>การรับประทานวิตามินรวมตามปริมาณที่แนะนำมักไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงร้ายแรงใด ๆ ผลข้างเคียงชนิดไม่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ อาหารไม่ย่อย ปวดศีรษะ รู้สึกถึงรสชาติผิดปกติ หรือไม่พึงประสงค์ ในปาก ทั้งนี้หากพบอาการที่แสดงถึงการแพ้รุนแรงต่อไปนี้ ควรต้องรีบไปพบแพทย์ทันที</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้ามรับประทานหากมีอาการแพ้ส่วนผสมใด ๆ ในวิตามินรวม - วิตามินรวมอาจทำปฏิกิริยากับยาบางชนิด หากกำลังใช้ยา สมุนไพร หรืออาหารเสริมชนิดใดก็ตาม ควรแจ้งให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบก่อนเริ่มใช้ยา 	
<p>Vitamin B.complex ๑ x ๓ oral pc</p>	<p>สรรพคุณ</p> <p>เป็นกลุ่มของวิตามินบีที่ใช้รักษาและป้องกันการขาดวิตามินบีชนิดต่างๆ เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการ โรคบางชนิด ติดสุรา หรืออยู่ในช่วงตั้งครรภ์ ซึ่งจะช่วยเสริมการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายที่แตกต่ากันออกไปตามชนิดของวิตามินบี โดยส่วนประกอบของวิตามินบีรวมในแต่ละสูตรอาจจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละประเภทของยา บางตัวยามีวิตามินบีเพียง ๔ ชนิด แต่บางสูตรอาจมีวิตามินบีถึง ๘ ชนิด</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <p>วิตามินบีรวมแทบไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียง บางส่วนอาจมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย รู้สึกวูบวาบได้เล็กน้อย</p>	<p>เพื่อบำรุงร่างกายจากการขาดวิตามินบี</p>

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาใน ผู้รับบริการ
	<p>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 ในวิตามินปีรวม 	
<p>- Dextro ๑ x ๓ oral pc</p>	<p>สรรพคุณ</p> <p>บรรเทาอาการไอแบบไม่มีเสมหะมีฤทธิ์กดอาการไอ</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <p>อาการง่วง ซึม เวียนศีรษะ ตื่นเต้น สมอลึบสน และระคายเคืองต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน และปวดท้อง</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ควรใช้ในกรณีไอมีเสมหะ หรือในเด็กเล็ก < ๖ ปี - ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ยานี้ ผู้ป่วยที่มีอาการไอเรื้อรัง เช่น ไอจากการสูบบุหรี่ โรคหอบหืด โรคถุงลมโป่งพอง หรือการไอที่มีเสมหะมาก - เมื่ออาการไอยังคงอยู่หลังจากใช้ยาแล้วนาน ๗ วันหรือมีไข้สูง มีผื่นขึ้น มีอาการปวดศีรษะร่วมกับการไอ ควรปรึกษาแพทย์ 	<p>บรรเทาอาการไอ</p>

ชื่อยาและสารนำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาใน ผู้รับบริการ
- Flumucil ๑ x ๓ oral pc	<p>สรรพคุณ เป็นยาช่วยละลายเมือกและเสมหะ ในโรคที่เกี่ยวกับการหายใจทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน การรับรสเปลี่ยนไป ง่วงนอนหรือมีไข้ ซึ่งอาการเหล่านี้จะหายเองเมื่อรับประทานยาเป็นระยะเวลาหนึ่งอาการแน่นหน้าอก หรืออาการหลอดลมหดรัดตัวอาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยบางราย</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - เคยแพ้ยานี้หรือส่วนประกอบของยานี้ - ห้ามใช้สูตรตำรับที่มีแอสปาแตมเป็นส่วนประกอบในผู้ป่วยที่มีอาการฟีนิลคีโตนูเรีย 	ช่วยละลายเสมหะ
Paracetamal (๕๐๐ mg) ๑ tab PRN q ๔-๖ hrs	<p>สรรพคุณ เป็นยาที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดและช่วยลดไข้ โดยนิยมใช้เพื่อรักษาอาการปวดทั่วไป อาการปวดศีรษะ หรือไข้หวัดใหญ่ โดยยาชนิดนี้จัดเป็นยาสามัญประจำบ้านเพราะสามารถใช้ได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยาของแพทย์ แต่ต้องใช้ในปริมาณที่เหมาะสม</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - อูจจาระเป็นเลือด หรือมีสีดำ - ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะน้อยลง <p>อย่างไม่มีสาเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีอาการไข้ หนาวสั่น - ปวดที่หลังส่วนล่างอย่างรุนแรง - มีจุดแดงเล็ก ๆ ขึ้นตามผิวหนัง - มีผื่นคัน - เจ็บคอ 	ใช้เพื่อลดไข้

ชื่อยาและสารน้ำ ขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาใน ผู้รับบริการ
	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผลร้อนใน หรือ จุดขาว ๆ ขึ้นที่ริม ฝีปากหรือภายในช่องปาก - เลือดออกผิดปกติ - เหนื่อยง่ายผิดปกติ - ตาเหลือง ตัวเหลือง <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ควรใช้ยาเกินครั้งละ ๕๐๐-๑,๐๐๐ มิลลิกรัม ต่อ ๔-๖ ชั่วโมง และไม่ควรเกิน ๔,๐๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน - หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างการให้ยา เพราะอาจยิ่งทำให้ตับ เสี่ยงต่อการถูกทำลายมากขึ้น - สตรีที่อยู่ในช่วงให้นมบุตรควร หลีกเลี่ยงการให้ยาพาราเซตามอล - ผู้ที่มีปัญหาโรคตับ เช่น ตับแข็ง ตับ อักเสบ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนให้ยาทุก ครั้ง 	

สรุปการรักษาของแพทย์ Admission ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ - ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕

Progress note	Order for one day	Order for continuation
๒๒ ธ.ค. ๖๕ - F๑๑.๕๐ - F๑๕.๕๐ - F๑๒.๕๐	- Admitted ตึกพุทธชาด - Lab: : Urine for Amphetamine ผล Positive : Urine for Cannabis ผล Positive : Urine for Morphine ผล Positive	- Regular Diet - Record Vital sign <u>Med</u> - MTV ๑x๓ oral pc x ๑๔day - B.co ๑x๓ oral pc x ๑๔day - Risperidone (๑) ๑x๒ oral pc เช้า,เย็น - Benzhexol (๒) ๑x๒ oral pc เช้า,เย็น - Methadone ๕ mg ๓๐ cc oral OD เช้า /เริ่มวันพรุ่งนี้
๒๓ ธ.ค. ๖๕ ไอ มีเสมหะสีขาว มีไข้ต่ำๆ ผล ATK: Negative	- ATK ย้ายเข้าห้องแยก(พักร่วมกับเพื่อนอีก ๒ คน)	- Dextro ๑x๓ oral pc x๕day - Flumucil ๑x๓ oral pc x๕ day - Paracetamal (๕๐๐ mg) ๑ tab oral PRN for fever q ๔-๖ hrs
๒๓ ธ.ค. ๖๕ / ๒๐.๔๐ น. มีพฤติกรรมใช้สายฝักบัวอาบน้ำในห้องน้ำผู้ป่วยมาผูกคอตัวเอง	- Haloperidol (๐.๕ mg) ๑ tab oral stat - Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral stat - Fluoxetine (๒๐) ๑ tab oral stat - เผื่อระวัง Attempt suicide	- Fluoxetine (๒๐) ๑ tab oral od เช้า - Haloperidol (๐.๕ mg) ๑ tab oral hs - Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral hs
๒๔ ธ.ค. ๖๕ / ๑๕.๔๐ น. ขณะเข้าห้องน้ำดึงสายฝักบัวอาบน้ำ จะนำมารัดคอตัวเองแต่ไม่สำเร็จ	- Depakin (๒๐๐) ๑ tab oral stat - Risperidone (๑) ๑ tab oral stat	- OFF Haloperidol (๐.๕ mg) ๑ tab oral hs - Depakin (๒๐๐) ๑ tab oral hs - Risperidone (๑) ๑ tab oral hs
๒๔ ธ.ค.๖๕	- ให้ hold Risperidone (๑) มือเย็น	
๒๕ ธ.ค.๖๕		- ให้ OFF Risperidone (๑) ๑ tab oral hs

Progress note	Order for one day	Order for continuation
๒๖ ธ.ค.๖๕ High suicide risk ยังมีความคิดอยากทำร้าย ตนเอง ไม่มีหูแว่ว Refer โรงพยาบาลหาดใหญ่	Refer to โรงพยาบาล หาดใหญ่	

สรุปการรักษาของแพทย์ Admission ครั้งที่ ๒ วันที่ ๕ - ๑๖ มกราคม ๒๕๖๖

Progress note	Order for one day	Order for continuation
๕ ม.ค. ๖๖ เวลา ๑๘.๕๐น. รับส่งต่อจากโรงพยาบาล หาดใหญ่ - F๑๑.๕๐ - F๑๕.๕๐ - F๑๒.๕๐ - F๓๒๐๐	- Admitted ตึกพุทธชาด - Lab: Urine for Amphetamine ,Cannabis , Morphine	- Regular Diet - Record Vital sign <u>Med</u> - Risperidone (๑) ๑ tab oral pc เข้า,ก่อนนอน - Benzhexol (๒) ๑ tab oral pc เข้า,ก่อนนอน - Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral เย็น - Depakin (๒๐๐) ๑ tab oral เข้า - Depakin (๕๐๐) ๑ tab oral hs - Methadone ๒.๕ mg ๓๐ cc oral OD เข้า
๖ ม.ค. ๖๖ ผู้ป่วยบอกเลิกการรับ Methadone ต่อ		- OFF Methadone ๒.๕ mg ๓๐ cc oral OD เข้า
๑๒ ม.ค. ๖๖ ผู้ป่วยพูดคุยกับญาติ วางแผน เรื่องการกลับบ้าน	Plan discharge	
๑๖ ม.ค. ๖๖	- Discharge - Home medicine ๓ สัปดาห์ - Risperidone (๑) ๑ tab oral pc เข้า,ก่อนนอน - Benzhexol (๒) ๑ tab oral pc เข้า,ก่อนนอน - Tranxene (๕ mg) ๑ tab oral เย็น - Depakin (๒๐๐) ๑ tab oral เข้า	

Progress note	Order for one day	Order for continuation
	- Depakin (๕๐๐) ๑ tab oral hs - นัดติดตามผล ๓ สัปดาห์ วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๖	

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า

วันที่.....

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี HN.....

เลขที่บัตรประชาชน.....

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย ๒ คำถาม (๒Q)

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

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย ๙ คำถาม (๙Q)

ในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน ๑-๗ วัน	เป็นบ่อย >๗ วัน	เป็นทุก วัน
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. รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือ ครอบครัวผิดหวัง	๐	๑	๒	๓
๗. สมาธิไม่เต็มเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ ต้องใช้ความตั้งใจ	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 (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับ ฆ่าตัวตายให้ถามต่อ)	๐	๖
- ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่	ได้	ไม่ได้
- บอกไม่ได้ว่าจะไม่ทำตามความคิดนั้น	๐	๘
๔. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	๐	๘

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
๕. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตัวเองหรือเตรียมการที่จะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	๐	๙
๖. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	๐	๔
๗. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง/ตั้งใจให้ตาย	๐	๑๐
๘. ตลอดชีวิตที่ผ่านมาท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	๐	๔
รวมคะแนน		

หมายเหตุ ตั้งแต่ ๑ คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดรักษาและดูแลตามระดับความรุนแรง ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

คะแนน ๑-๘ คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย

คะแนน ๙-๑๖ คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

คะแนน \geq ๑๗ คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ช้ำยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสร.) V.2

ชื่อ-สกุล..... อายุ ปี เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ซอย/ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด)..... อาชีพ.....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) วันที่คัดกรอง..... สถานที่คัดกรอง.....
 ยาบ้า ไอซ์ ยาอี กัญชา กระต่อม สารระเหย เฮโรอีน มึน อื่นๆ (ระบุ).....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ คือ.....	ไม่เคย	เพียง 1-2 ครั้ง	เดือนละ 1-3 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)
ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา					
1. คุณใช้.....บ้อยเพียงใด	0	2	3	4	6
2. คุณมีความต้องการ หรือมีความรู้สึกริษยาอยากใช้.....จนทนไม่ได้บ้อยเพียงใด	0	3	4	5	6
3. การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัวยุติธรรมกฎหมาย หรือการเงินบ้อยเพียงใด	0	4	5	6	7
4. การใช้.....ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบหรือทำกิจกรรมที่คุณเคยทำตามปกติได้บ้อยเพียงใด	0	5	6	7	8

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ไม่เคย	เคยแต่ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมา	เคยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
5. ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยว่ากล่าวตักเตือน วิพากษ์วิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับ การใช้.....หรือไม่	0	3	6
6. คุณเคยลด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ หรือไม่	0	3	6
รวมคะแนน		

ระดับคะแนน	ระดับผลกระทบจากการใช้	คัดกรองโรครวมหรือโรคอื่น ๆ ที่สำคัญ
2-3	ต่ำ*	<ul style="list-style-type: none"> การคัดกรองโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น ลมชัก เบาหวาน หัวใจ ความดัน การคัดกรองโรคติดต่อในระยะติดต่อ เช่น วัณโรค สุกใส สิว การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ
4-26	ปานกลาง**	<ul style="list-style-type: none"> -โรคมึนเมา (2Q, 9Q) -ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) -โรคจิต (แบบคัดกรองโรคจิต)
27+	สูง***	<ul style="list-style-type: none"> การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยารุนแรง -ใช้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา -ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา -ใช้ยานอนหลับเป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา
คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย		ข้อแนะนำ
ถ้าเคย, ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้บ้อยเพียงใด <input type="checkbox"/> 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่า 3 วันติดต่อกัน <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า 3 วันติดต่อกัน		<ul style="list-style-type: none"> ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา 10 ชุดบริการ ประเมินเพิ่มเติม วางแผนและให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้นรายบุคคล

หมายเหตุ *อนุমানว่าเป็นผู้ใช้ **อนุমানว่าเป็นผู้เสพ ***อนุমানว่าเป็นผู้ติด

ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์
(.....)

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสร.) V.2

<p>สิ่งที่ควรคำนึงก่อนการทำการคัดกรอง</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยและสารเสพติดเกิดความไว้วางใจและได้คำตอบที่เป็นจริง ผู้ทำการคัดกรองควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • สร้างสัมพันธภาพกับผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน โดยการชวนพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป สั้นๆ แสดงท่าทีที่จริงใจ เป็นมิตร • มีทัศนคติเชิงบวกกับผู้ป่วยและสารเสพติด ไม่ตัดสินถูกผิดในคำตอบที่ไม่เห็นด้วย • แสดงท่าทีให้เห็นว่ากำลังตั้งใจฟังในสิ่งที่เขาพูด • ไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์และแสดงความเห็นอก เห็นใจ • แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าข้อมูลที่ให้ไม่มีผลกระทบต่อ ผู้ถูกสัมภาษณ์ และจะเก็บรักษาเป็นความลับ
--

แนวทางการช่วยเหลือในกลุ่มต่าง ๆ

กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการช่วยเหลือ
ผู้ใช้	<ul style="list-style-type: none"> • การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion) • การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือ การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) จำนวน 1 - 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ • การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน • การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี) <p>หมายเหตุ : กลุ่มผู้ใช้ไม่ต้องบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูล บสต.</p>
ผู้เสพ	<ul style="list-style-type: none"> • ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 9 วัน/วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์/มีสยัดเป็นศูนย์สงเคราะห์ (1 เดือน) • การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing :MI) (Motivational Enchantment Therapy :MET) 1 - 2 เดือน • การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) 1-2 เดือน • จิตสังคัมบำบัด ได้แก่ Modified MATRIX, จิตสังคัมบำบัดในโรงเรียน, จิตสังคัมบำบัดในรพ.สต., คลินิกใกล้ใจในชุมชน (1-2 เดือน) • ± การรักษาด้วยยา (Medication) • การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
ผู้ติด	<ul style="list-style-type: none"> • การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จิตสังคัมบำบัด เช่น Modified Matrix, MATRIX Program (4 เดือน), การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) 2-4 เดือน, การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) 2-4 เดือน, ครอบครัวบำบัด 2-4 เดือน, จิตบำบัดแนวซาเทียร์ (Satir Model) 2-4 เดือน • การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community : TC), การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) 4 เดือน -1 ปี • ± การรักษาด้วยยา (Medication) • การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)

แนวปฏิบัติการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) สำหรับผู้ใช้หรือเคยใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (10 ชุดบริการ)

-การให้ความรู้และการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด	-การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
-การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว (MMT)	-การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาวัณโรค
-การให้บริการรักษาด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด	-การแจกถุงยางอนามัย
-การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ	-การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด
-การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันการเสพติดซ้ำ	-กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน