

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบจากการเสพยาเสพติดประเภทยาบ้า/กัญชา
และมีภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

จุฑามาส โพธิ์หล้า *

บทคัดย่อ

การศึกษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่นที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร โดยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติการตรวจร่างกายทุกระบบและการตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) รวมทั้งใช้กรอบแนวคิดตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อประเมินสภาพและวางแผน ให้การพยาบาลร่วมกับแนวคิดทฤษฎีที่นิยมใช้ในผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไว้ในความดูแลจนกระทั่งจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพอาการและบริบทของผู้ป่วย รูปแบบทางการพยาบาล (Nursing Model) ในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (พฤติกรรมก้าวร้าว) ซึ่งเป็นผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช พยาบาลต้องใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และ ผสมผสานแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิต วิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้ส่วนใหญ่ จะมีปัญหาด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล พยาบาลจึงต้องสร้างความไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วย โดยดำเนินการสร้างสัมพันธ์ภาพทั้งสามระยะ สิ่งสำคัญ คือ พยาบาลต้องประเมิน ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธ์ภาพและสื่อสารระหว่างกัน ข้อ วิวินิจฉัย การพยาบาลเรียงลำดับความสำคัญ ตามสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตจากมากไปน้อย ให้การดูแลตาม กระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้าย ตนเอง รวมทั้งวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก

D-METHOD ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อเนืองที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท การเสพยาเสพติดประเภทยาบ้า/กัญชา ภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร จังหวัดชยันนาท

Email kam_jung17@hotmail.com

Nursing care for patients with schizophrenia who have relapsed from amphetamine/marijuana addiction and have conditions that are at high risk of committing violence (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)

Juthamas Pholam *

Abstract

A study of drug patients with personality disorders, aggressive behavior, harming themselves or others receiving treatment at Chainat Narenthon Hospital. The patient information has been collected systematically. System from patient interviews Relatives, physical examination of all systems and mental status examination (Mental Status Examination), including the use of the Gordon Health Model framework. To assess the condition and plan Provide nursing care in conjunction with theoretical concepts that are commonly used in patients. From the time they were first taken into care until they were discharged. hospital to suit the patient's condition and context Nursing Model (Nursing Model) in nursing drug patients with personality disorders (aggressive behavior) which is a patient in the psychiatric patient group Nurses must use a holistic approach to nursing and combine various concepts. To understand service recipients who have physical, mental, social, and spiritual components. Because most of these psychiatric patients There will be problems in building interpersonal relationships. Nurses therefore must build trust in caring for patients. By building relationships in all three phases, it is important that nurses evaluate Find the patient's potential in building relationships and communicating with each other. Diagnosis. Nursing priorities. According to life-threatening situation from most to least Provide care accordingly Nursing process for patients with drug addiction disorders. Personality, aggressive behavior, self-harm, including discharge planning using D-METHOD principles in giving advice to patients and caregivers at home. So that patients can return to their families and communities happily.

Keywords: Nursing care for patients with schizophrenia Drug addiction such as amphetamine/marijuana Conditions with a high risk of violence

*professional nurse Chainatnarenthon Hospital Chainat Province

Email : kam_jung17@hotmail.com

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญของโรคทางจิตเวช อาการของโรคจิตเภทแสดงออกมาได้หลายรูปแบบ อาการทางบวก ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติของคำพูดและพฤติกรรม อาการทางลบ ได้แก่ พูดน้อย แยกตัว อารมณ์เฉยเมย ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมรวมถึงการดูแลตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) มีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์และการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีการแสดงออกผิดปกติจากคนทั่วไป (สมภพ เรืองตระกูล, 2557) จากลักษณะดังกล่าวส่งผลให้มีปัญหาในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น รวมทั้งมีปัญหาในการตัดสินใจและต้องพึ่งพิงผู้อื่น การกำเริบของโรคทางจิตเวชเกิดขึ้นบ่อยที่สุดจากการขาดยา ผู้ป่วยมักไม่อยากกินยาเนื่องจากผลข้างเคียงของยาหรือเข้าใจผิดคิดว่าอาการดีขึ้นแล้วน่าจะหยุดยาได้เอง ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ และสมรรถนะทางสังคมเสื่อมไป ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่ นอกเหนือจากบทบาทเดิมที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ

แนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันได้ให้ความสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนให้ได้รับการดูแลและรักษาจากครอบครัว ผู้ดูแลหลักในครอบครัวจึงเป็นผู้ที่มีหน้าที่และบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่จะให้การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการตัดสินใจแทนผู้ป่วยอีกด้วย (รัชนิกร เกิดโชค, 2556) ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ที่สำคัญที่มีส่วนช่วยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างยั่งยืน นั่นคือผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของตนเองในขณะที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ที่บ้าน รวมทั้งต้องเรียนรู้วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งต้องใช้ทั้งความรู้ ประสบการณ์ ความอดทนในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข

จากสถิติผู้รับบริการที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร พบผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็น อันดับ 3 ของโรคที่มีผู้รับบริการมากที่สุดในปี 2563 – 2566 จำนวน 560 ราย, 527ราย ,525ราย และ 537 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.48 , 8.68 , 8.59 และ 8.61 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ยาบ้า กัญชา ในปี 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 3.06 , 3.44 และ 5.71 ตามลำดับ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้อาการกำเริบ กลับเป็นซ้ำ เป็นอันตรายต่อครอบครัว และชุมชน ต้องเข้ารับการรักษาเพื่อปรับยาและบำบัดฟื้นฟูเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบจากการเสพยาเสพติดประเภทยาบ้าและมีภาวะเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI V) เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการกำเริบ กลับเป็นซ้ำ ลดภาระผู้ดูแล และที่สำคัญที่สุดผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. โรคจิตเภทและการกลับเป็นซ้ำ
 - 1.1 โรคจิตเภทและการบำบัดรักษา
 - 1.2 ผลกระทบจากการป่วยด้วยโรคจิตเภท
 - 1.3 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
 - 1.4 การกลับเป็นซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

- 1.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษา ด้วยยา
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.3 การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
3. โปรแกรมการบำบัดรักษายาเสพติด matrix Program
 - 3.1 กิจกรรมกลุ่ม

ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่เกิดจากพิษของยาและสารเสพติดประเภทต่าง ๆ

ยาและสารเสพติดนั้น นอกจากการเสพแล้วทำให้เกิดปัญหาที่เกิดจากการเสพแล้ว (Substance used Disorders) ยังทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจได้ (Substance Induced Disorders) ซึ่งปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ พิษที่เกิดจากการเสพยาและสารเสพติดนั้น ๆ (Substance induced Intoxication) การเกิดภาวะพิษที่เกิดจากการเสพยาและสารเสพติดอาจเป็นเพราะว่าผู้เสพ เสพ ในปริมาณสูง เสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน หรือสมองและร่างกายมีความอ่อนไหว หรือไวที่จะเกิดพิษได้ง่าย การเกิดอันตรายจากพิษของยาและสารเสพติดนั้นมีผลต่อทั้งร่างกายและจิตใจต่อตัวผู้เสพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดพิษเฉียบพลันที่ก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินต่อผู้เสพได้ในบทรนี้จะได้นำเสนอว่า ยาและสารเสพติดใดที่สามารถก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินทาง

จิตเวชแก่ตัวผู้เสพ ที่จะต้องได้รับการบำบัด ช่วยเหลืออย่างทันที่ว่ามีเช่นนั้น อาจเกิดอันตราย แก่ตัวผู้ป่วยเอง ญาติพี่น้อง คนรอบข้าง แม้แต่ตัวผู้บำบัดด้วย

- ทำไมผู้ป่วยจึงเสพยามากขึ้น
- ทำไมผู้ป่วยจึงทำร้ายตัวเอง
- ทำไมถึงมีอาการคล้ายผู้ป่วยโรคจิต

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักนายกรัฐมนตรื (2537 : 13) ได้ให้คำนิยามของ ยาเสพติดให้โทษคล้ายคลึงกับที่องค์การอนามัยโลก ได้ให้ไว้ คือ “ยาเสพติดให้โทษ” หมายถึง ยาหรือสารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน สูบ ฉีด หรือ ด้วยวิธีใดก็ตามจะทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะสังเกตลักษณะสำคัญ 3 ข้อ ได้แก่

- (1) มีความต้องการจะเสพยาอยู่ตลอดเวลา ด้วยการแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- (2) ต้องการเพิ่มขนาดของยาเสพติดมากขึ้น
- (3) สุขภาพทั่วไปทรุดโทรม

สารเสพติดแต่ละชนิดมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกันทำให้เกิดความแตกต่างของอาการพิษที่เกิดขึ้น รวมทั้งเมื่อได้รับสารเสพติดในระยะยาวก็จะเหนี่ยวนำให้ร่างกายปรับตัวแตกต่างกัน เมื่อหยุดใช้ยาจึงมีอาการถอนพิษยาแตกต่างกันไปด้วย ซึ่งโดยมากมักเป็นอาการในด้านตรงกันข้าม ในบางกรณีแม้เป็นสารในกลุ่มเดียวกัน ก็ยังอาจมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกันไปในรายละเอียด ความเข้าใจในเภสัชวิทยาของสารเสพติดจึงเป็นพื้นฐานของการรักษาภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติด

ยาเสพติด หมายถึง ยาหรือสารเคมีรวมทั้งวัตถุอื่นใดที่มนุษย์เสพเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีการใดก็ตาม เช่น การกิน การสูดดม สูบควัน ฉีดเข้าสู่ร่างกาย ฯลฯ แล้วทำให้เกิดการติด มีความต้องการที่จะเสพอยู่

ตลอดเวลาอีกทั้งยังเพิ่มปริมาณที่จะใช้เสพขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อหมดฤทธิ์แล้ว จะทำให้ร่างกายของผู้เสพมีความอยากยาเพิ่มขึ้น จนทำให้ร่างกายเกิดอาการทรมานทรมาน จนกว่าจะได้รับยาเสพติดดังกล่าวในการเสพเข้าสู่ร่างกายนี้จะมีผลทำให้อวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายและจิตใจอ่อนแอเสื่อมโทรมลงทุกขณะ

ประเภทของยาเสพติดให้โทษ

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานนายกรัฐมนตรี ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 โดยประกาศของกระทรวงสาธารณสุขได้ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษทั้งหมดไว้ 104 ชนิด และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอีก 4 ประเภท 42 ชนิด รวม 146 ชนิด ยาเสพติดเหล่านี้

1. แบ่งตามแหล่งกำเนิด แบ่งได้ 2 ประเภท คือ

- ยาเสพติดธรรมชาติ(Natural Drugs) เช่น ฝิ่น กัญชา กระท่อม
- และยาเสพติดสังเคราะห์(Synthetic Drugs) เช่น เฮโรอีน แอมเฟตามีน(ยาบ้า) เซโคنال (เหล้าแห้ง) นอกจากนี้ยังมีการแบ่งยาเสพติดออกตามลักษณะต่างๆ เช่น

2. แบ่งตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้ระบุ ประเภทยาเสพติด ออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

- (1) ประเภทที่ 1 คือ ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน
- (2) ประเภทที่ 2 คือ ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน โคเคอีน ฝิ่น
- (3) ประเภทที่ 3 คือ ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษประเภท 2 ผสมอยู่ เช่นยาแก้ไอที่มีโคเคอีนผสมอยู่
- (4) ประเภทที่ 4 คือ สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือประเภท 2 เช่น อะเซติค แอนไฮโดร
- (5) ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 เป็นยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าขายอยู่ในยาเสพติดประเภทที่ 1 ถึง 4 ได้แก่ ทุกส่วนของพืชกัญชา ทุกส่วนของพืชกระท่อม เห็ดขี้ควาย เป็นต้น

ล่าสุดได้มีการปรับเปลี่ยนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562 และ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2564 ดังนี้ ประกาศพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ให้สิทธิในการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในการรักษาและพัฒนาทางการแพทย์ ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ผู้ได้รับอนุญาต เพื่อศึกษาวิจัยและพัฒนาให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ และ พระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2564 ยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เนื่องจากในหลายประเทศมิได้กำหนดให้ พืชกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษประกอบกับอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 และพิธีสาร แก้ไขอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1972 มิได้กำหนดให้พืชกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษ กฎหมายจึงประกาศยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 แต่อย่างไรก็ตามหากมีไว้เพื่อเสพ หรือ มีการผลิต นำเข้า ส่งออก ซื้อขาย โดยที่มีได้รับใบอนุญาต ยังถือว่าผิดกฎหมาย อีกทั้งกัญชา และกระท่อม ยังคงเป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งทำให้เกิดอาการเสพติด อาการถอน และผลข้างเคียงอื่นๆ ต่อร่างกายและสมอง ดังนั้นหากผู้ที่ไม่ได้ใช้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์หรืองานวิจัยที่มีการรองรับ สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเหล่านี้ยังคงมีผลเสียมากกว่าประโยชน์ที่ได้

3. แบ่งตามลักษณะการออกฤทธิ์ของสิ่งเสพติดที่มีต่อร่างกาย ได้แก่

(1) สิ่งออกฤทธิ์กดประสาท (Depressants) ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน บาร์บิทูเรท ฯลฯ เป็นต้น สิ่งเสพติดเหล่านี้จะกดประสาทส่วนกลางหรือสมอง ทำให้ประสาทมีงงง่วงซึมและหมดแรง นอกจากนี้ยังกดศูนย์ประสาทหายใจ ทำให้หายใจช้าลงจนถึงขั้นหยุดหายใจได้

(2) ประเภทกระตุ้นประสาท (Stimulant) ได้แก่ ไบรอะท่อม โคเคอีน แอมเฟตามีน เป็นต้น สิ่งเสพติดเหล่านี้จะกระตุ้นประสาทส่วนกลางหรือสมอง ทำให้ประสาทตื่นตัวและกระวนกระวาย ไม่ง่วงนอน แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาแล้วจะหมดแรง เพราะร่างกายไม่ได้รับการพักผ่อน และอาจจะเกิดอาการตัวสั่น ตึงเครียดถึงกับหมดสติและอาจจะถึงขั้นเสียชีวิตได้

(3) สิ่งออกฤทธิ์หลอนจิตประสาท (Hallucinogens) ได้แก่ กัญชา แอล.เอส.ดี ดี.เอ็ม.ที เอส.ที.พี. เป็นต้น สิ่งเสพติดเหล่านี้จะทำให้เกิดประสาทหลอน เห็นภาพผิดไปจากปกติ รสสัมผัสเปลี่ยนแปลง มีปฏิกิริยาผิดไปจากความเป็นจริงจะกดประสาทอยู่ชั่วระยะหนึ่ง ต่อเมื่อเสพเพิ่มเข้าไปมากจะกลายเป็นพิษหลอนประสาทได้

4. แบ่งตามแหล่งกำเนิดของสิ่งเสพติด ได้แก่

(1) สิ่งเสพติดธรรมชาติ ได้แก่ สิ่งที่ได้มาจากพืชหรือพันธุ์ไม้บางชนิดโดยตรงที่เกิดขึ้นอยู่ตามธรรมชาติ เช่น ฝิ่น กัญชา โคเคอีน เป็นต้น รวมทั้งการนำสารจากพืชมาทำกรรมวิธีต่างๆ ทางเคมี เช่น การนำฝิ่นมาทำเป็นมอร์ฟีน เฮโรอีน เป็นต้น

(2) สิ่งเสพติดสังเคราะห์ ได้แก่ สิ่งที่เกิดขึ้นด้วยกรรมวิธีต่างๆ ทางเคมีและนำมาใช้แทนสิ่งเสพติดธรรมชาติได้ เช่น จริงทั้งหมด

(3) สิ่งออกฤทธิ์ที่ผสมผสานกัน (Mixed) ได้แก่ กัญชา ถ้าเสพจำนวนน้อย เมธาโดน เป็นต้น

ยาบ้า ที่รู้จักกันทั่วไปมีสาระสำคัญ คือ เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) เป็นยาเสพติดชนิดร้ายแรง ลักษณะเป็นผงสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขม มักจะผลิตเป็นเม็ดกลมแบนเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 7 มิลลิเมตร น้ำหนักเฉลี่ยประมาณ 0.11 กรัมต่อเม็ด มีสีส้ม เหลือง เขียวน้ำตาล หรือสีอื่นๆ ยาบ้าเป็นยาเสพติดประเภทที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทโดยกระตุ้นระบบอวัยวะส่วนต่างๆ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว และการถ่ายทอดความรู้สึก จะออกฤทธิ์มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปริมาณและระยะเวลาของการใช้ สำหรับผู้ที่ใช้ต่อเนื่อง จะทำให้มีอาการทางจิต เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิด อยู่ไม่สุข ตื่นเต้น ตกใจง่าย จิตสับสน หวาดระแวงประสาทแข็ง การตัดสินใจผิดพลาด มองเห็นเป็นภาพรบกวน กรณีที่เป็นมากจะมีอาการประสาทหลอนคลุ้มคลั่งอาจทำร้ายผู้อื่นและตนเอง อาการเช่นนี้หากพบในผู้ใช้แรงงานและคนขับรถบรรทุกจะก่อให้เกิดอุบัติเหตุจนเสียชีวิตได้ เนื่องจากการทำงานมากเกินไปกำลังและเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ

กัญชา หรือต้นกัญชาเป็นพืชล้มลุกชนิด *Cannabis sativa* L. ในวงศ์ Cannabaceae มีขนาดลำต้นสูงไม่เกิน 2 เมตร ใบมีแฉกเล็กเข้าไปทางก้านหลายแฉกแตกต่างกันไปตามแต่ละสายพันธุ์ ดอกสีเขียว ใบและช่อดอกเพศเมียที่แห้งเรียก กะหรี่ปั๊วกัญชา เดิมใช้สูบปนกับยาสูบ มีสรรพคุณทำให้มีเมามาก รวมถึงภาวะเคลิ้มสุข ความผ่อนคลาย และความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ผลข้างเคียงไม่พึงปรารถนาบางครั้งทำให้ การตัดสินใจ ความจำระยะสั้นลดลง ทักษะการเคลื่อนไหวบกพร่อง และรู้สึกหวาดระแวงหรือวิตกกังวล

ผลกระทบกับสุขภาพของผู้ป่วยติดยาเสพติด

- 1.ผลกระทบของยาเสพติดที่มีต่อร่างกาย
- 2.ผลกระทบของยาเสพติดที่มีต่อสุขภาพจิต

อาการหนึ่งที่เกิดกับผู้ป่วยติดยาเสพติดคือ **อาการสมองติดยา** เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยติดยาเสพติดจะต้องเสพยาซ้ำๆ และเสพในปริมาณที่มากขึ้น เมื่อผู้ป่วยติดยาเสพติด นำสารเสพติดเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นทางใดยาเสพติดนั้นจะส่งผลกระทบต่อสมองส่วนคิด (Cerebral Cortex) และส่งผลกระทบต่อสมองส่วนอยาก (Limbic System) ผู้เสพยาเสพติดจะรู้สึกมีความสุขในขณะที่ยาเสพติดกำลังออกฤทธิ์ เมื่อยาเสพติดนั้นหมดฤทธิ์ ผู้ป่วยติดยาเสพติดถึงรู้สึกไม่มีความสุข กระวนกระวาย หงุดหงิด อารมณ์แปรปรวน เกิดความวิตกกังวลว่าตนเองจะไม่สามารถมีความสุขได้ หากปราศจากยาเสพติด และต้องการกลับไปสู่ความรู้สึกมีความสุขแบบล่องลอยในช่วงเวลาที่ใช้ยาเสพติดอีกครั้ง นำมาซึ่งความต้องการเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้น หากผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษาอาการติดยาเสพติด อาจจะทำให้เข้าสู่การเป็นโรคสมองพิการถาวรได้เดือร้อนให้กับสังคม เช่น การลักเล็กขโมยน้อย การก่อความเดือดร้อนในสังคมไปสู่การก่ออาชญากรรมที่อาจจะสร้างผลกระทบร้ายแรงให้กับสังคมเมื่อไม่สามารถควบคุมจิตใจได้อีกต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวช /ยา/สารเสพติด หลังการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อลดอาการทางจิตกำเริบรุนแรงอาการแทรกซ้อน และการกลับมาเสพยาซ้ำ
3. เพื่อลดปัญหาและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านจิตเวช /ยา/ สารเสพติด
4. ลดอันตรายที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติด

กลุ่มเป้าหมายในการตกกลุ่มเป้าหมายในการติดตามดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ต้องติดตามดูแลต่อเนื่อง ได้แก่

1. ผู้ป่วยทุกกลุ่มที่ได้รับการคัดกรองและนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีปัญหาการใช้ยา/สารเสพติดภายในโรงพยาบาลทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและนำข้อมูลเข้าในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)
2. กลุ่มผู้เสพ/ผู้ติด ที่มีประวัติการใช้ยา/สารเสพติด ที่ผ่านการบำบัดรักษาจนครบโปรแกรมตามเกณฑ์และต้องได้รับการติดตามอย่างน้อย4-7 ครั้ง ใน 1 ปี

นิยามผู้ป่วยจิตเวช/ยา/สารเสพติดหมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย โรคต่างๆ ดังนี้

1. โรคแทรกทางจิตเวช/ยา/สารเสพติด เช่น โรคจิตจากการใช้ยา/สารเสพติด (Substance/Alcohol induced psychosis (F1x.5))
2. โรคร่วมทางจิตเวช/ยา/สารเสพติด เช่น โรคร่วมทางจิตเวช/ยา/สารเสพติด (F20. xx+ F10.xx- F19.xx), กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Moods Disorder) (F 3x .xx), กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) เป็นผู้ติด (Dependence) แล้วมีอาการผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมตามมาหรือผู้ป่วยมีภาวะความผิดปกติทางจิตใจร่วมกับการเป็นผู้เสพ/ผู้ติดสารเสพติด ทั้งนี้สมควรได้รับการดูแลร่วมกันทั้งปัญหาการใช้สารเสพติดที่ผิดปกติและภาวะความผิดปกติทางจิตใจ

ผู้ป่วยจิตเวช /ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวช/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง

ตามเกณฑ์การคัดกรอง ดังนี้

1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำ ให้หวาดกลัวสะเทือนขวัญในชุมชน
3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

อาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

การเกิดอาการกำเริบทางจิต เป็นการแสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจากได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้วการเกิดอาการกำเริบซ้ำ ของผู้ป่วย จะมีอาการเตือนก่อนเสมอ

ปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

1. ผู้ป่วยขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือไม่ยอมรับประทานยา ทำให้อาการทางจิตกำเริบ
2. ผู้ป่วยเมาสุรา หรือใช้สารเสพติด
3. ผู้ป่วย มีอาการหลงผิด ระบุว่าจะถูกทำร้าย กลัวหรืออาจหลงผิดว่ามีอำนาจ
4. ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายผู้อื่น
5. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอารมณ์โกรธรุนแรง อาจเกิดจากถูกขัดใจ คนอื่นพูดผิดหู
6. ผู้ป่วยอาจเลียนแบบทำตามผู้อื่น

อาการเตือนหรือสัญญาณเตือนก่อนมีพฤติกรรมรุนแรง

1. ลักษณะการแสดงออกของผู้ป่วย
 - ด้านคำพูด ได้แก่ พูดคำหยาบ ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ปฏิเสธป่วยจิต
 - ด้านอารมณ์ ได้แก่ หงุดหงิด โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง ตื้อไม่ฟังใคร
 - ด้านพฤติกรรม ได้แก่ สีหน้าเคร่งเครียด ตาขวาง สายตาไม่เป็นมิตร เปิดปิดประตูแรง อยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น แยกตัว ซึม พกพาอาวุธ ทำลายของ

กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบจากการเสพยาเสพติดประเภทยาบ้า/กัญชาและมีภาวะเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI V)

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 23 ปี รูปร่างสันทัด ผิวเนื้อดำแดง วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 14 ก.ค 2566 เวลา 12.00 น.วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 15 ก.ค 2566 เวลา 14.00 น นอน รพ. 1 วันหลังจากนั้นนัดมาบำบัดฟื้นฟูติดตาม matrix program ต่อเนื่องที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ครั้งแรกวันที่ 24 กรกฎาคม 2566 จนครบติดตาม 4 เดือน

การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม R/o Amphetamine intoxication

การวินิจฉัยโรคสุดท้าย F1250 Mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids ความหมายโรค: ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทเนื่องจากการใช้กัญชา

อาการสำคัญ 1 สับดาห์ พุดคนเดียว ก้าวร้าว ไม่นอน วุ่นวาย ทำที่หวาดระแวง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน มีประวัติรักษาโรคจิตเภท ที่รพ.ชยันตนาเรนทร รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ใช้กัญชา/ยาบ้า มีอาการพุดคนเดียว ก้าวร้าว ไม่นอน วุ่นวาย ทำที่หวาดระแวง บอกว่าตนเป็นหลานเจ้าของสโมสรฟุตบอลบาเซโลน่า, ตนมีพลังวิเศษ ร่างกายตรวจจับอาวุธได้ ระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย เป็นเสียงคนมาพุดด้วย ผู้ป่วยสูบบุหรี่วันละ 20 มวนต่อวัน มานาน 12 ปี ดื่มสุราครั้งละครึ่งแบน ดื่ม 3 วัน/สัปดาห์

แรกรับ หงุดหงิดง่าย ตาขวาง พุดน้อย อารมณ์ไม่คงที่ ไม่ค่อยให้ความร่วมมือ มีดำทอญาติและเจ้าหน้าที่ ขณะรับตัวไว้ในความดูแล แพทย์สั่งฉีดยา haloperidol 5 mg IM stat, Diazepam 10 mg IV stat V/S T 37 องศาเซลเซียส P 92 ครั้งต่อนาที R 20 ครั้งต่อนาที BP 123/88 มิลลิเมตรปรอท O2 sat 98 เปอร์เซ็นต์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาที่ 1. มีพฤติกรรมหงุดหงิดก้าวร้าวไม่เหมาะสมเนื่องจากไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้

ข้อมูลสนับสนุน

- : ผู้ป่วย จะพุดเสียงดัง โวยวาย ใช้คำพุดที่หยาบคาย ต่อ มารดา บุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น
- : ตาขวาง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวและควบคุมอารมณ์ผู้ป่วยได้
2. ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัยจากพฤติกรรมก้าวร้าว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีพฤติกรรมพฤติกรรมก้าวร้าว
2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ พุดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร สงบ จริงใจ ให้เกียรติ ยอมรับ พฤติกรรมของผู้ป่วย
2. การหาข้อมูลผู้ป่วย การตรวจสุขภาพจิต : MENTAL STATUS EXAMINATION ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายคนรอบข้างและการวางแผน เพื่อทราบความรุนแรง และเตรียมการป้องกันได้ทันที่
3. สังเกตอย่างใกล้ชิด และจัดให้อยู่ใกล้บริเวณทำงานของพยาบาล เพื่อสามารถสังเกต และดูแลความปลอดภัยอย่างใกล้ชิด
4. การประเมินความรุนแรงที่เป็นสัญญาณเตือน ของพฤติกรรมรุนแรง เช่น สีหน้า ท่าทางคำพุด
5. การประเมินสถานการณ์ความเสี่ยง ป้องกันพฤติกรรมรบกวน การเตรียมความพร้อม การจัดการขณะเกิด เหตุการณ์
6. รายงานแพทย์ ดูแลการให้ยา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา
7. จัดสิ่งแวดล้อมการบำบัดรักษาเพื่อลดสิ่งเร้า ป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว
8. การจำกัดพฤติกรรม และให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจำกัดพฤติกรรม

9. การทบทวนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมซ้ำ

การประเมินผล

1. ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ผู้ป่วยและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องปลอดภัย
2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม
3. ผู้ป่วยรู้สึกมีความเชื่อมั่นในตัวเองสูงขึ้นยอมรับว่าตัวเองมีคุณค่า
4. ผู้ป่วยสามารถบอกคุณค่าในตนเองได้

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม อาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าปากแห้ง ง่วงซึม มึนงง

O : แพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาดังนี้

- clozapine 100mg 2.5 เม็ด ก่อนนอน
- D10 1 เม็ด ก่อนนอน
- PNL 10mg 2 เม็ด ก่อนนอน
- D5 1 เม็ด ก่อนนอน
- Benz (5) 1 เม็ด เช้า-เย็น
- Depakin 300 mg 2 เม็ดก่อนนอน

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุและได้รับพิษจากฤทธิ์ของยาที่ใช้ในการรักษา

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุใดๆในระหว่างการบำบัดรักษา
2. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะพิษของยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ง่วงซึมมาก มือสั่น ปากแห้ง และคอแห้งมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยทราบ เช่น ง่วงซึม เหนื่อย เวิ่นสับสน มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง คอแห้ง ลิ้นแข็ง เป็นต้น
2. ยกไม้กั้นเตียงไว้เสมอ
3. ให้คำแนะนำญาติให้เฝ้าระวังและดูแลใกล้ชิด
4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
5. พิจารณารายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาหรือไม่สุขสบายจนไม่สามารถรับประทานยาได้
6. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๖-๘ แก้ว
7. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ ระวังการเกิดอุบัติเหตุ
8. ประเมินสัญญาณชีพ หากพบอาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ทันที

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุใดๆ
2. สัญญาณชีพปกติ T 37 องศาเซลเซียส P 92 ครั้งต่อนาที R 20 ครั้งต่อนาที BP 123/88 มิลลิเมตรปรอท O2 sat 98 เปอร์เซ็นต์
3. ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาทางจิตเวชที่ไม่รุนแรง ได้แก่ มีอาการง่วงนอน มากในเวลากลางวัน มีน้ิรชะ ปากแห้ง เมื่อได้รับคำแนะนำผู้ป่วย เข้าใจ ไม่ได้กังวลกับอาการที่เกิดขึ้น
4. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ

ปัญหาที่ 3 แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากนอนไม่เป็นเวลาจากการใช้ยาเสพติดและขาดยาโรคจิตเภท

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่ากลางคืนนอนไม่ค่อยหลับ
 : ไม่มีแบบแผนการนอน เวลานอนไม่แน่นอน บางครั้งนอนกลางวัน
 O : หลับช่วงกลางวัน กลางคืนไม่นอน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมิน

นอนหลับได้ตามปกติ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. รับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ประเมินแบบแผนการนอน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกันวางแผนกับผู้ป่วย เนื่องจากการนอนไม่หลับทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย อาจเกิดความเครียด
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเภสัชวิทยาของยาเสพติดที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางซึ่งทำให้ศูนย์การนอนหลับในสมองเปลี่ยนแปลงไป
3. แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติเพื่อการนอนหลับ (sleep hygiene)
4. ให้อาตามแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล

นอนหลับได้ตามปกติ นอนกลางคืนประมาณ 5-6 ชั่วโมงโดยได้ยานอนหลับจากแผนการรักษาของแพทย์

ปัญหาที่ 4

ผู้ป่วยขาดความตระหนักและการรับรู้ถึงโทษพิษภัยของยาเสพติด

ข้อมูลสนับสนุน

S : ที่ชุมชนแถวบ้านผู้ป่วยมีการใช้ยาเสพติดกันเกือบทุกบ้าน มีเพื่อนเสพยาทุกคน ไม่เห็นเขาเดือดร้อนอะไร

: บอกว่าจะเลิกหรือใช้ขึ้นอยู่กับจิตใจ ที่ผ่านมาร่างกาย จิตใจแกร่งรับได้จึงกลับไปเสพยาซ้ำอีก

O : สีหน้าท่าทางไม่มีความวิตกกังวลขณะพูด

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีความรู้ถึงโทษพิษภัยจากการใช้ยาเสพติด มีความคิดไม่กลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. บอกผลกระทบหรือโทษจากการเสพสารเสพติดได้ 1-2 ข้อ
2. บอกวิธีการจัดการอาการอยากยาของตนเองได้ 1-2 วิธี

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการบำบัด และเปิดเผยความรู้สึก ความคิด ได้ค้นหาปัญหาร่วมกัน

2. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบหรือโทษจากการเสพสารเสพติด เพื่อทราบความเข้าใจเกี่ยวกับ ผลกระทบและโทษของสารเสพติดตามความเข้าใจของผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการอยากยา วิธีการจัดการอาการอยากยา (craving) ที่เกิดขึ้น โดยให้ควบคุมตนเอง ให้หยุดความคิดอยากยาทันที หากิจกรรมอื่นทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและขอความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลอาการอยากยา และวิธีการจัดการอาการอยากยา

4. ให้กำลังใจผู้ป่วยในช่วงนี้ที่หยุดยาได้ เพื่อให้เข้าใจและเห็นถึงผลสำเร็จที่เกิดจากผลของความตั้งใจ

5. พูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุการณ์ ประสบการณ์ต่างๆที่ผ่านมาที่เคยทำให้กลับไปใช้ยา และเรียนรู้การมีพฤติกรรมใหม่ที่ไม่ต้องใช้ยาเสพติด

6. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใหม่ที่ต่างจากการใช้ยาการออกกำลังกายการจัดตารางชีวิตประจำวันใหม่ การมีกิจกรรมนันทนาการใหม่ๆในชีวิต

7. แนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือ หากมีปัญหาสุขภาพฉุกเฉิน หรือต้องการรับการปรึกษา เพื่อให้ข้อมูลแหล่งให้ความช่วยเหลือที่สำคัญให้ผู้ป่วยได้ทราบ

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยเรียนรู้เข้าใจโทษพิษภัยของการใช้ยาเสพติด ตอบคำถาม เรื่องโทษพิษภัยได้ถูกต้อง
2. บอกผลกระทบหรือโทษจากการเสพสารเสพติดได้ 3 ข้อ คือมีผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้ทรุดโทรม
3. ผลกระทบต่อ ครอบครัว เกิดความขัดแย้ง และผลกระทบด้านสังคม สังคมไม่ยอมรับ
4. บอกวิธีการจัดการอาการอยากยาของตนเองได้ 2 วิธี คือ คล้องหนังยางไว้ที่แขน

ปัญหาที่ 5 สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากมีปัญหาเศรษฐกิจและญาติขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่าการเป็นอยู่ในครอบครัวต่างคนต่างอยู่ มารดาทำงาน มีภาระที่ต้องหาเลี้ยงชีพ
- : พูดว่าตนเองทำให้ครอบครัวเสียใจ ทำให้ครอบครัวเดือดร้อน
 - : ผู้ป่วยบอกว่า ตนเองใช้ยาเสพติด เสพซ้ำบ่อยๆ ครอบครัวมองว่าเป็นตัวปัญหาของ ครอบครัว
 - : ผู้ป่วยบอกว่าตนเองเป็นคนไม่เก่ง ไม่เรียนหนังสือก็ไม่ได้ คนอื่นๆก็ ไม่ได้สนใจตนเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น มีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและพูดคุยกันดีขึ้น สนิทคลายกังวล
2. ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่นในครอบครัว

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการก้าวร้าว หวาดระแวง และวิธีการจัดการกับอาการดังกล่าว
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยระบายความรู้สึก และแสดงความเข้าใจกันและกระตุ้นการมีส่วนร่วมในครอบครัว
3. สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานภาพทางครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะ ในการทำความเข้าใจกับปัญหา และดูแลด้านจิตใจของตนเองอย่างเหมาะสม
4. สังเกตสีหน้าของผู้ป่วยและญาติหลังให้คำปรึกษา และพฤติกรรมระหว่างผู้ป่วยและญาติ

ประเมินผลการพยาบาล

1. มารดามีความเข้าใจในการวางแผนดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น มีความตั้งใจจะช่วยมารดาทำงานที่บ้านจะได้อยู่ใกล้ชิดมากขึ้น
3. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นต่อครอบครัวมากขึ้น และสามารถบอกความรู้สึกหรือความต้องการของตนเอง ต่อมารดาสีหน้ายิ้มแย้ม

ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าใช้ยาเสพติดตั้งแต่อายุ 17 ปี โดยด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและช่วยคลายเครียด

: ผู้ป่วยบอกว่า เวลามีปัญหา หรือคนอื่นมองว่าตนเองไม่ดี มักจะหายาเสพติดมาใช้ต่อเนื่อง เพื่อเป็นการประชดว่า ไหน ๆ ก็เป็นคนไม่ดีอยู่แล้ว

: ผู้ป่วยบอกว่า ตนเองโดนตำหนิ เพราะตนเอง ไม่ฉลาด เป็นเรื่องปกติที่ได้ยินบ่อย

O : ประวัติการบำบัดรักษาซ้ำ 2 ครั้ง

: จากการประเมิน ผู้ป่วยเรียนหนังสือจบชั้น

ป.6 มีเซาว์ปัญญาไม่สูงนักโดยรับรู้ถึงความ บกพร่องของตนเอง อ่อนไหว ขาดความยับยั้งชั่งใจ ผู้ป่วยมี ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (Low self-esteem) และ รู้สึกโดดเดี่ยว

: ผลการประเมินด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v.๒ = 29 คะแนน แสดงว่า ผลอยู่ในระดับผู้ติดยาแรง ทำให้มีความยากในการเลิกยาเสพติด

: จากการประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) : อยู่ในขั้นลังเลใจ

(contemplation) เป็นระยะที่คนเริ่มมองเห็นปัญหา และมองถึงผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตแต่ก็ได้แค่คิดแต่ยังไม่ลงมือกระทำ หรือวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคสมองตื้อยาและโทษพิษภัยยาเสพติด มีทักษะ การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหอย่างถูกต้องเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด
2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองไม่ให้กลับไปเสพซ้ำได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินอาการถอนพิษยา ภาวะแทรกซ้อน การให้ยาตามแผนการรักษา
2. ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติดรุนแรง โรคสมองตื้อยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เป็นรูปธรรม
3. ให้ผู้ป่วยค้นหาข้อดีและข้อเสียของการใช้ยาเสพติดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระตุ้นให้พูดถึงการเปลี่ยนแปลงจากตัวผู้ป่วยเอง
4. สอนและฝึกหรือให้แสดงบทบาทสมมุติ ที่เกี่ยวกับทักษะที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต เช่น ทักษะปฏิเสธ การจัดการกับอารมณ์ และเทคนิคการคลายเครียดต่างๆแล้วให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่เหมาะสมสำหรับตนเอง
5. สอนวิธีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เช่น แนะนำผู้ป่วยทำงานอดิเรกที่ตนเองสนใจ การช่วยบิดามารดาทำงาน หลีกเลี่ยงการเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดเพราะจะชักชวนให้เสพยาเสพติดซ้ำ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เพื่อมีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แนวทางการเลิกยาเสพติด
7. ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม หรือตอบคำถามได้ถูกต้อง

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยบอกผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดได้ ทำให้ร่างกายทรุดโทรม
2. ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลตนเองไม่ให้กลับไปเสพซ้ำได้ถูกต้อง หาที่ปรึกษา และหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น
3. ผลการตรวจปัสสาวะไม่พบสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนและกัญชา

ปัญหาที่ 7 ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยพูดว่าทำไมต้องมา รพ.บ่อยๆ

O : stage of change = contemplation (ลังเลใจ)

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาจนครบระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาจนเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบผู้ป่วยนอกที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา

3. ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือผิดกฎระเบียบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ผู้ป่วยไว้วางใจ สร้างความเชื่อมั่นต่อการบำบัด ค้นหาปัญหาและทำความเข้าใจ ปัญหาข้อขัดแย้งในตัวผู้ป่วย

2. ประเมินการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก เหตุผลที่ต้องบำบัดรักษา ประเมินแรงจูงใจในการ เลิกยาเสพติดเน้นให้เห็นความสำคัญของการเลิกยาและผลกระทบหากบำบัดไม่ครบโปรแกรม

3. แนะนำรูปแบบการบำบัดรักษา แต่ละระยะของการบำบัดรักษา

4. เน้นย้ำกฎระเบียบย่อย กฎหลัก และการปฏิบัติตัวขณะบำบัดรักษา

5. ให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพื่อการปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่น

6. เสริมสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ที่เหมาะสมจากการบำบัด ส่งเสริมการมีคุณค่า การมอบหมายงานที่เหมาะสม และให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อมีการพัฒนาตนเองดีขึ้น

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมาบำบัดรักษาติดตามต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น มีบางครั้งที่ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ เมื่อให้การช่วยเหลือสามารถปรับตัวได้เร็วขึ้น

3. ยอมรับการให้ความช่วยเหลือ

ปัญหาข้อที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าถ้าเพื่อนที่เคยใช้สารเสพติดมาชวนไม่รู้จะปฏิเสธอย่างไรแล้วเพื่อนโกรธ

: ญาติยังกังวลสอบถามการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้านถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบต้องจัดการเบื้องต้นอย่างไร

: จากการสอบถามผู้ป่วยบอกแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ไม่ครบคลุม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการเตรียมตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1.วางแผนการจำหน่าย ตามแผนการจำหน่าย D- METHOD

D Diagnosis ให้ความรู้เรื่องยาเสพติด สาเหตุ การป้องกันเสพยาเสพติด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาดวิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย

E Environment /Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่อาจจะทำให้กลับไปใช้ยา

T Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา ยาเสพติด รวมถึงการเฝ้าสังเกต อาการตนเองและการปรึกษาแพทย์ หรือการมาก่อนนัด

H Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากยาเสพติด

O Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย โดยการถามทวนซ้ำ

3. ประเมินความเครียดผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติบอกว่าเข้าใจคำแนะนำและมีความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน คะแนนแบบประเมินความเครียดผู้ป่วยเท่ากับ 9 คะแนน และมารดาเท่ากับ 12 คะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ

สรุปผลการดูแล

1.ผู้ป่วยรายนี้มีอาการกำเริบจากการกลับไปใช้สารเสพติดประเภทยาบ้าและกัญชาทำให้มีผลเสียต่อการรักษาโรคจิตเภท รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง อีกทั้งครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการควบคุมดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดกลับไปเสพยาซ้ำแต่เมื่อเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเอง มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ดี (80%) ยอมรับข้อบกพร่อง ยอมรับการให้การช่วยเหลือ ให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. ผู้ป่วยรายนี้ป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมได้ง่ายจึงต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ประเมินภาวะเสี่ยง จำกัดพฤติกรรม จำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1.ปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและญาติที่บกพร่องด้านสัมพันธภาพ อาจขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด ครอบครัวละเลย มีคิดว่ากล่าว เป็นปัจจัยหลักก่อให้เกิดความขัดแย้ง เมื่อผู้บำบัดได้ประสาน ครอบครัว ให้คำแนะนำ

ด้านองค์ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้น ติดต่อมาเยี่ยมผู้ป่วย พุดคุยให้กำลังใจ ผู้ป่วยรู้สึกดีมีความต้องการเลิกยาเสพติด

2. การทำงานร่วมกันของวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และ นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินของแต่ละวิชาชีพมาพูดคุย ปรึกษาหารือเพื่อวางแผนร่วมกันในการดูแล จะช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ ได้ครอบคลุม และแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วยิ่งขึ้นซึ่งสิ่งที่ควรพัฒนาคือการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยดูแล

3. กรณีศึกษารายนี้ มีความหลากหลายของปัญหา ตรงกับสถานการณ์ปัจจุบันโดยเฉพาะผู้ใช้สารเสพติดแนวโน้มมีปัญหาการก่อความรุนแรงจากอาการทางจิตเพิ่มขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับรายอื่นๆที่ใกล้เคียงได้

เอกสารอ้างอิง

- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, สัญชัย ชาสสมบัติม, พรทิพย์วชิรติลก, อีระ ศิริสมุด, และรสสุคนธ์ชมชื่น, บรรณาธิการ. (2562). สัญญาณเตือนและการแจ้งเหตุในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สุขภาพจิต(สำหรับญาติหรือคนใกล้ชิด). กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- นฤมล ศิริวิพฤกษ์ และนันทนา เลิศประสพสุข. (๒๕๖๑). พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของประชาชนใน ตำบลตลาดกระทุ่มแบน. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย, 10(1), ๓๖๗-๓๗๘.
- บุหงา ดุลยสิทธิ์, บรรณาธิการ. (2562). คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ ด้านยาเสพติด.ขอนแก่น: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- แพ จันทร์สุข และพิศิษฐ์ พลชนะ. (2556). การบำบัดรักษาทางกายในผู้ป่วยจิตเวช (Somatic Therapies in Psychiatric Patients). ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 2 (หน้า 3-27). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส
- พิชัย แสงชาญชัย. (2548). การบำบัดรักษายาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ. ใน วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรารกร, ลำซำ ลักษณะนาภิชนชัย, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, และนิภา กิมสูงเนิน (บรรณาธิการ),ตำราเวชศาสตร์การเสพติด (หน้า 147-167). กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรมพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก.
- มานิช หล่อตระกูล. (๒๕๕๙). การตรวจสัมภาษณ์ทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ ๒). กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.
- เยาวเรศ คำมะเนต, อัจฉรา วิไลสกุลยง, ญัฐพงษ์ คุณพอง. บรรณาธิการ. (2562). แนวทางการ ปฏิบัติงานสำหรับนักสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยยาเสพติด. นนทบุรี:สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.