

## การพยาบาลผู้ป่วยหญิงเสพติดเฮโรอีน ที่มีพฤติกรรมยุ่งยากซับซ้อน: กรณีศึกษา

ทยา ชูบาล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

### บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ ๒๓ ปี รูปร่างสมส่วน มีรอยแผลเป็นที่แขนทั้ง ๒ ข้าง จากการเคยกรีดแขนทำร้ายตนเอง มีร่องรอยการฉีดยาที่ข้อพับและข้อมือทั้ง ๒ ข้างหลายแห่ง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพเลิกร้าง ๓ ครั้ง ปัจจุบันอยู่คนเดียว จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ ๒ ใช้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนด้วยวิธีฉีดเข้าเส้นเลือด เป็นระยะเวลา ๗ ปี เริ่มใช้เฮโรอีนเมื่ออายุ ๑๖ ปี ครั้งแรกใช้สูบ ใช้ได้ประมาณ ๘ เดือนเปลี่ยนเป็นใช้ด้วยวิธีการฉีดเข้าเส้นเลือด จนถึงปัจจุบัน ฉีดทุกวัน วันละ ๑/๒ หลอดกาแฟ ใช้ครั้งสุดท้าย ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ปริมาณ ๑/๒ หลอดกาแฟ เคยมารับการบำบัดรักษาที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช) ทั้งหมด ๓ ครั้ง แต่ยังไม่สามารถเลิกได้ เคยถูกจับคดีมียาเสพติดไว้ครอบครองและจำหน่าย จำคุก ๒ ครั้ง ครั้งนี้เป็นครั้งที่ ๔ มีสุขภาพร่างกายทรุดโทรม ไม่สนใจดูแลตนเอง มีอาการอ่อนเพลียมาก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ในวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ การวินิจฉัยโรค Heroin Dependence c Depression อาการแรกพบผู้ป่วยพูดคุ้ยรู้เรื่อง ค่อนข้างงีบเฉย ซึมเศร้า สีหน้าแววตาไม่สดชื่น อ่อนเพลียมาก สัญญาณชีพแรกพบปกติ ได้รับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว ดูแลให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากการขาดยา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และย้ายไปพักฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ ได้ทำกิจกรรมกลุ่มต่างๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับกระบวนการพยาบาล ในการดูแลช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและฝึกอาชีพเสริมสวยที่ผู้ป่วยสนใจ นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในวางแผนการดูแลรายบุคคล ตามแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยเลิกการใช้เฮโรอีน มาใช้เมทาโดนระยะยาวเพียงอย่างเดียว จำหน่ายวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๕ รวมระยะเวลานอนในโรงพยาบาล ๑๒๓ วัน และมาติดตามการรักษาและรับเมทาโดนระยะยาวอย่างต่อเนื่อง อีก ๑ ปี ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ใช้เมทาโดนระยะยาวภายใต้การดูแลของแพทย์ เลิกเสพยาเฮโรอีนได้อย่างเด็ดขาด มีความตั้งใจเลิกอย่างเด็ดเดี่ยว จนสามารถลดและเลิกการใช้เมทาโดนได้ในที่สุด ดำเนินชีวิตด้วยการไม่พึ่งยาเสพติด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทำอาชีพเสริมสวย ไม่ประกอบอาชีพที่ผิดกฎหมาย ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้สำเร็จ

## Abstract

The participant in this project was 68 years old Thai female patient who was well built had scars on both arms from cutting his arms from self-destruction and had traces of injections in her folds of both wrists and wrists in many places. She is of Thai race and nationality. She is a Buddhist. She was divorced three times. Currently, she is single. Her highest education is Grade 4. She took heroin by intravenous injection for 7 years. She started using heroin when she was 66 years old. She smoked when she used heroin for the first time and continually smoked for 4 months before changing to an intravenous injection. She injected heroin until now. She injected heroin every day, and one-half coffee straw per day. The last use was one day before coming to the hospital. She used heroin and one-half coffee straw. Previously, she received treatment at the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT). She got the treatment there 3 times in total but was still unable to quit. He had been arrested for drug possession and distribution and been imprisoned two times. This is the fourth time. She had deteriorating physical health and was not interested in taking care of yourself. She had symptoms of extreme fatigue. The relatives therefore took her to the hospital on August 15, 2022. She was diagnosed with heroin dependence with depression. The first admitted symptom was conscious, effective communication, quite quiet, depressed, plain face, and exhausted but her vital signs were normal. She received long-term methadone treatment to ensure that the patient did not suffer from withdrawal symptoms and was safe from complications. She moved to the rehabilitation centre on September 1, 2022. At the centre, she attended various group activities aiming to change her behaviour together with the nursing process for supporting her physical, mental, emotional, and social contexts. She was trained in beauty careers, which was a part of her interest. Her family was part of individualized care planning. The planning applied the guideline of harm reduction treatment which encouraged her to replace heroin with methadone maintenance. She was discharged from the hospital on December 28, 2022. The total length of her stay in the hospital was 128 days. She continued to follow up the stage together with receiving long-term methadone maintenance for one year. Her behaviour had changed for the better. She used methadone under medical supervision. Finally, she has been able to stop both heroin

## บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาระดับโลก เป็นปัญหาที่เรื้อรังที่ส่งผลเสียหายต่อตัวผู้เสพ ครอบครัว สังคม รวมทั้งส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ และการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นปัญหาเรื้อรังที่ทุกประเทศให้ความสำคัญพยายามหาแนวทางในการแก้ปัญหา สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดทวีความรุนแรงมากขึ้น เฮโรอีนเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดเมื่อ ๒๐ ปีก่อนและลดลงไปเรื่อย จากการแพร่ระบาดของยาเสพติดตัวใหม่ ที่หลากหลาย เช่น ยาบ้า กัญชา และพืชกระท่อม เป็นต้น และเริ่มกลับมามีแนวโน้มจะกลับมาเพิ่มขึ้น จากรายงานสถิติผู้เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี(สบยช.) ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๖ พบว่ามีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลยาเสพติดประเภทเฮโรอีน ที่เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาเมทาโดนระยะยาวในแต่ละปีดังนี้ จำนวน ๓๕๖ คน, ๕๖๐ คน, ๕๖๐ คน, ๙๓๓ คน, ๑,๙๗๗ คน และ ๒,๐๖๑ คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ ๖.๐๓, ๑๐.๗๙, ๒๒.๕๔, ๒๘.๘๗ และ ๓๑.๕๖ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

เฮโรอีนจัดเป็นยาเสพติดที่มีฤทธิ์กดประสาท จัดอยู่ในกลุ่มยาเสพติดให้โทษประเภทที่ ๑ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษปี ๒๕๒๒ เนื่องจากเฮโรอีนเป็นยาเสพติดที่ผู้เสพยาใช้เพียง ๒-๓ ครั้งก็อาจจะทำให้ติดได้ ฤทธิ์ของเฮโรอีนทำให้ผู้เสพยาเกิดความเคลิบเคลิ้ม รู้สึกว่าปีกตัวออกไปจากความเป็นจริง หรือความวุ่นวายเมื่อเสพยาต่อไปไม่ก็ครั้งก็จะเกิดความตื้อยา หมายถึงต้องเพิ่มปริมาณขึ้นจึงจะออกฤทธิ์เท่าเดิม วิธีเสพยาส่วนใหญ่ มีอยู่ ๒ วิธี คือ ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ และสูบรวมควัน ผู้เสพยาจะมีสุขภาพทรุดโทรม เนื่องจากเฮโรอีนมีฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบการย่อยอาหารเสื่อม ลักษณะอาการพิษที่เกิดขึ้น จะเหมือนมอร์ฟิน สำหรับในต่างประเทศผู้เสพยาเฮโรอีนผสมโคเคน (Cocaine) หรือยาบ้า (Amphetamine) ซึ่งสารที่ผสมนี้จะทำให้รู้สึกวูบวาบในตอนแรก แต่ต่อมากจะเสริมฤทธิ์ทำให้เฮโรอีนกดประสาทรุนแรงขึ้น เมื่อผู้เสพหยุดใช้จะเกิด อาการที่เรียกว่า ”ลงแดง ” คือน้ำมูกน้ำตาไหล เหงื่อออก อาเจียน ท้องร่วง หงุดหงิด นอนไม่หลับ ฤทธิ์ทางเสพยาออกฤทธิ์กดระบบประสาท ที่มีอาการทางร่างกายและจิตใจ มีอาการขาดยาทางร่างกายอย่างรุนแรงนอกจากนี้ ผู้เสพติดเฮโรอีน จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายกว่าปกติ เพราะผู้เสพมักใช้เข็มฉีดยาที่ไม่สะอาดหรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน หรือในบางครั้งก็มีเพศสัมพันธ์ร่วมกันโดยไม่ป้องกัน ส่งผลให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูง ซึ่งมาตรฐานสากลที่นานาประเทศใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) คือ การลดปัญหาหรือภาวะเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดกับตัวบุคคลหรือชุมชนเพื่อเป็นการป้องกันอันตรายจากการเจ็บป่วยเป็นโรค การรักษาชีวิต การเสียชีวิต และการแบ่งแยกกีดกันทางสังคม โดยการทำให้พฤติกรรมส่วนบุคคลที่เป็นอันตรายทำให้เป็นอันตรายน้อยลง ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ มีเป้าหมายหยุดยั้งและลดระดับการขยายตัวของปัญหา ยาเสพติด ไม่ให้ปัญหา ยาเสพติดส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต มุ่งให้เกิดความปลอดภัย โดยดำเนินการร่วมกับการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ลดอัตราการเจ็บป่วย ลดอัตราการตายและลดผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจอันเนื่องมาจากติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถปรับตัวเองให้ลดการใช้ยาเสพติดลง และดำรงสถานภาพการไม่กลับไปเสพยาซ้ำให้นานขึ้น การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อีกทั้งยังเป็นวิธีการที่คำนึงถึงหลักการสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัว โดยการให้ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียม ให้โอกาสและทางเลือกแก่ผู้ป่วยยาเสพติดในการเข้าสู่กระบวนการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ไปจนถึงการรักษา ฟื้นฟูสุขภาพและสมรรถภาพในการทำงานและใช้ชีวิตร่วมกับคนในสังคมตามปกติสุข กลุ่มผู้เสพยาเสพติดเฮโรอีนรุนแรงและไม่สามารถหยุดเสพยาได้ และติดเชื้อเอชไอวี จัดเป็นกลุ่ม

ที่เข้าถึงยาก มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ดังนั้น แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จึงเป็นการเติมเต็มสิทธิทางสุขภาพ ของผู้ป่วยยาเสพติด เป็นการยืดหยุ่นการรักษา บนพื้นฐานความแตกต่างและความต้องการตามความจำเป็นของผู้ป่วยยาเสพติดที่เป็นปัจเจกบุคคล เพื่อลดอันตรายที่มากับการใช้ยาเสพติดในขณะที่ยังไม่สามารถหยุดเสพยาเสพติดได้

ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาติอย่างองค์รวม รอบด้าน ที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางวิชาการ ทักษะ ประสบการณ์ จิตวิญญาณของผู้บำบัด ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ที่ถูกต้องเหมาะสม โดยนำแนวการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด โดยมีกระบวนการที่สำคัญ คือ การปรับเปลี่ยนความคิด เข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยยาเสพติด มีทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่ต้อง ง ที่ครอบคลุมมิติทางด้านสุขภาพ และมิติทางสังคม เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ อย่างเสมอภาค เท่าเทียม และเป็นธรรม เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยยาเสพติด สอดคล้องกับกระแสพระราชดำริของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ที่ตรัสว่า “คนที่ติดยาเขาเป็นคนหรือเปล่า ในเมื่อเขาเป็นคน เรามีการช่วยเหลือเขาได้ไหม ถ้าช่วยเขาได้เท่ากับชุบชีวิตใหม่ให้เขา เราก็คควรทำ” ซึ่งพยาบาลที่ดูแลผู้ติดยาเสพติด น้อมนำมาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ไม่เลือกปฏิบัติ เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาอันเกิดจากการใช้ยาเสพติด ด้วยตัวของผู้ป่วยเอง พร้อมเข้าสู่กระบวนการลด ละและเลิกใช้ยาเสพติดได้ นำไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของกระบวนการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยหญิงเสพยาติเฮโรอีน ที่มีพฤติกรรมยุ่งยากซับซ้อน ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ไม่ทุพขัทรมาณและปลอดภัยจากอาการถอนยา (Withdrawal Symptom) และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ๒. เพื่อให้ผู้ป่วยหญิงเสพยาติเฮโรอีนที่มีพฤติกรรมยุ่งยากซับซ้อน ได้รับการบำบัดฟื้นฟูปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ลด ละ เลิกเฮโรอีนได้ ตามแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

๓. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหญิงเสพยาติเฮโรอีนที่มีพฤติกรรมยุ่งยากซับซ้อน อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะเวลาในการศึกษา ช่วงบำบัดฟื้นฟู ๑๒๓ วัน และติดตามการรักษาอีก๑ ปี

## ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. คัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจ จากผู้ป่วยหญิงที่ปัญหาผู้ป่วยเสพยาติเฮโรอีน และมีพฤติกรรมที่ยุ่งยากซับซ้อน มารักษาหลายครั้งยังไม่สามารถเลิกได้ มาทำการศึกษา ๑ ราย

๒. ทบทวนกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยหญิงที่เสพติดเฮโรอีน ด้วยการให้เมทาโดนระยะยาว ตามแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)

๓. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ประวัติการใช้ยาเสพติด ประวัติการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกาย และจิตเวช แบบแผนการดำเนินชีวิต ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์

๔. ศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารทางวิชาการในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด โดยเฉพาะเฮโรอีน และการบำบัดรักษา ความรู้เรื่องเมทาโดนระยะยาว และมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพติดตามระยะต่างๆของการบำบัดฟื้นฟู รวมถึงทักษะต่างๆที่ช่วยในการป้องกันการติดยา

๕. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ และวางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

๖. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล และ สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

๗. เผยแพร่ความรู้จากการทำกรณีศึกษา

## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๒๓ปี ใช้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนด้วยวิธีฉีดเข้าเส้นเลือด เป็นระยะเวลานานประมาณ ๗ ปี และเคยต้องคดีมียาเสพติดครอบครองและจำหน่าย ถูกจำคุก ๒ ครั้ง ใช้ครั้งสุดท้าย ๑ วัน ก่อนมาโรงพยาบาลประมาณ ๑/๒ หลอดกาแฟ เคยมารับการบำบัดที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ทั้งหมด ๓ ครั้ง แต่ยังคงกลับไปใช้ซ้ำ สุขภาพทรุดโทรม ญาติจึงพาส่งโรงพยาบาลในวันที่วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ การวินิจฉัยโรค Heroin Dependence c Depression

## ผลการตรวจร่างกาย (Physical Examination) เมื่อวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕

**GA:** ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ ๒๓ ปี รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ผมยาวรุงรัง เล็บมือเล็บเท้าดำ เสื้อผ้าไม่ค่อยสะอาด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพเลิกร้าง น้ำหนัก ๓๙ กิโลกรัม ส่วนสูง ส่วนสูง ๑๕๐ เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลของร่างกาย (BMI) เท่ากับ ๒๐.๑๙

**สัญญาณชีพ :** อุณหภูมิทางรักแร้ ๓๗.๐ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๒ ครั้ง /นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท

**Skin :** ผิวหนังค่อนข้างแห้งมีรอยแผลเป็นที่ข้อศอกทั้ง ๒ ข้าง มีสะเก็ด มังกรบริเวณแผ่นหน้าอกและหลังก้น มีร่องรอยการฉีดยาที่ข้อพับและข้อมือทั้ง ๒ ข้างหลายแห่ง

**Skull :** ลักษณะของศีรษะเป็นปกติ ลักษณะสมมาตร ไม่มีบาดแผล และเส้นผมเรียงเป็นเส้นไม่มีร่องรอยของโรคทางด้านผิวหนัง โรคทางด้านหนังศีรษะ

**Face** : ใบหน้ามีรูปร่างปกติ สมมาตรไม่มีลักษณะของรอยโรคทางพันธุกรรม บริเวณใบหน้าไม่มีบาดแผล

**Eyes** : การมองเห็นปกติ ไม่มีอาการตาพร่ามัวไม่มีลักษณะของตาต่อลม หรือต้อหิน  
Not pale conjunctiva, Sclera white.

**Ears** : ลักษณะของใบหูทั้งสองข้างสมมาตร ไม่มีร่องรอยโรคทางพันธุกรรม การได้ยินของหูทั้งสองเป็นปกติ ไม่พบสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ ไม่มีหูแว่ว ต่อม้ำน้ำเหลืองหลังหูไม่โต

**Nose** : ไม่มีปัญหาเรื่องคัดจมูก ไม่มีน้ำมูก No sinus tenderness.

**Mouth** : บริเวณช่องปากเป็นปกติไม่มีบาดแผล ต่อมทอนซิลไม่โต ไม่บวม ไม่แดงไม่มีอาการคอดแดง มีฟันผุ ๒ ซี่ อุดเรียบร้อยแล้ว ริมฝีปากแห้งเล็กน้อยแต่ไม่มีบาดแผลหรือรอยแตกของริมฝีปาก

**Neck** : ลักษณะคอปกติ ไม่โต ต่อมไทรอยด์ไม่โต ไม่มีอาการคอแข็ง

**Lymph Nodes** : ต่อม้ำน้ำเหลืองไม่โต

**Thorax and lungs** : การหายใจปกติ รูปร่างของปอดสมมาตร ฟังเสียงปอดปกติทั้งสองข้าง no Wheezing no crepitation

Cardiovascular: เสียงหัวใจปกติ s๑ and s๒ normal no murmur

**Reflexes** : Normal

### ผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด

Urine Opiate Positive < ๕๐๐ (ตรวจพบ การใช้เฮโรอีน )

Urine TCH Negative (ไม่พบการใช้กัญชา)

### ผลการเอ็กซเรย์ปอด ผลการตรวจปอดปกติ

### ผลการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก

จากการทดสอบพบว่า ขณะทดสอบผู้ป่วยมีเขาวนปัญญาอยู่ในระดับเกณฑ์เฉลี่ย (Average) มีทัศนคติที่ไม่ดี มีปัญหาในการปรับตัว โดยเฉพาะด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น พบแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มอาการซึมเศร้า (Depression) ย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-compulsive) วิตกกังวล มีอารมณ์อ่อนไหวอย่างมากในการที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น (Interpersonal sensitivity) ขณะทำแบบทดสอบ ผู้ป่วยไม่มีความคิดที่อยากจะตาย

## ข้อเสนอแนะ (ถ้ามี)

- ควรเฝ้าระวังความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองและแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิต

## สรุปกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยหญิงเสพติดเฮโรอีนที่มีพฤติกรรมยุ่งยากซับซ้อน : กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ ๓๗ ปี รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ผมยารกรุงรัง มีรอยแผลเป็นที่แขนทั้ง ๒ ข้าง จากการเคยกรีดแขนทำร้ายตนเอง มีสั๊กลายม้งกรบริเวณแผ่นหน้าอกและกอกหู มีร่องรอยการฉีดยาที่ข้อพับและข้อมือทั้ง ๒ ข้างหลายแห่ง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพเล็กร้าง ๓ ครั้ง ปัจจุบันอยู่คนเดียว จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ปีที่ ๒ ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนด้วยวิธีฉีดเข้าเส้นเลือด เป็นระยะเวลาประมาณ ๗ ปี เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรกประเภทกัญชาสุบรรมควัน เมื่ออายุประมาณ ๑๕ ปี เสพร่วมกับเพื่อน ทุกสัปดาห์ ในวันหยุด ใช้บ้างหยุดบ้างไม่ต่อเนื่อง ต่อมาเริ่มใช้เฮโรอีนเมื่ออายุ ๑๖ ปี ครั้งแรกใช้สูบ สูบได้นานประมาณ ๘ เดือน เปลี่ยนเป็นใช้ด้วยวิธีการฉีดเข้าเส้นเลือด แต่ใช้เข็มและกระบอกฉีดยาคนเดียวไม่ใช้ปนกับเพื่อนๆ เพราะมีรุ่นพี่เสียชีวิตจากติดเชื้อ เอชไอวี จากการใช้เข็มร่วมกัน ปัจจุบันยังคงใช้เฮโรอีนด้วยวิธีฉีดเข้าเส้นเลือด ฉีดทุกวัน วันละ ๑/๒ หลอดกาแฟ ใช้ครั้งสุดท้าย ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ปริมาณ ๑/๒ หลอดกาแฟ เคยมารับการบำบัดรักษาที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี(สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ทั้งหมด ๓ ครั้ง ครั้งนี้เป็นครั้งที่ ๔ แต่ก็ยังเลิกไม่ได้เด็ดขาดทวนกลับไปใช้ซ้ำอีก มีสุขภาพร่างกายทรุดโทรม ไม่สนใจดูแลตนเอง มีอาการอ่อนเพลียมาก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ การวินิจฉัยโรค Heroin Dependence c Depression อาการแรกรับผู้ป่วยพูดคุ้ยรู้เรื่อง ค่อนข้างเงิบเฉยซึมเศร้า สีหน้าแววตาไม่สดชื่น การแต่งกายไม่ค่อยสะอาดผมยารกรุงรัง ทำทางอิดโรย อ่อนเพลียมาก สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิวัดได้ ๓๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๐ ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๗๐ มม.ปรอท ผู้ป่วยให้ประวัติว่า เคยมารักษา ๓ ครั้งแล้ว แต่แต่ละครั้งไม่เคยอยู่ครบตามแผนการรักษา ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ เคยหลบหนีระหว่างอยู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และกลับไปติดซ้ำ ครั้งนี้มารับรักษาเป็นครั้งที่ ๔

จากการศึกษาประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยรายนี้ ตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพร่วมกับการประเมินทางจิตวิทยาคลินิก สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยและให้การพยาบาลตามกระบวนการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ซึ่งสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ดังนี้

## ปัญหาที่ ๑ มีอาการอยากยาเสพติดเนื่องจากหยุดเสพเฮโรอีน

### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบ่นว่าเกรงจะทนอาการอยากยาไม่ไหว ปวดกระตุก หงุดหงิดมาก

S: ผู้ป่วยบอกว่า ไม่เคยทนอยู่ครบกำหนดตามแผนการรักษา

○: ขณะเข้ากลุ่ม มีอาการหาว น้ำมูกน้ำตาไหล ขนลุก

○: รูม่านตาขยายขนาด ๒.๕ มิลลิเมตร ทั้งสองข้าง

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากการอยากยาเสพติด และได้รับเมทาโดนในขนาดและปริมาณที่เหมาะสม

### เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่มีอาการอยากยาเสพติด เช่นปวดกระดุก หาว น้ำมูกน้ำตาไหล ขนลุก

๒. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเมทาโดน

๓. รูม่านตาขยายขนาดปกติ

### กิจกรรมพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย อธิบายถึงแผนการดูแลในการให้เมทาโดนระยะยาว

๒. ประเมินอาการก่อนให้เมทาโดนทุกครั้ง ตรวจสอบอาการขาดยาเช่นเช่นปวดกระดุก หาว น้ำมูกน้ำตาไหล ขนลุก รูม่านตาขยายมากกว่าปกติ รายงานแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับเมทาโดนในขนาดและปริมาณที่เหมาะสม

๓. สังเกตอาการของผู้ป่วย ๓-๔ ชั่วโมงแรกหลังจากการให้เมทาโดน เพื่อดูการออกฤทธิ์ของยาหรืออาการขาดยา เมื่อเวลาผ่านไปแล้ว ๔ ชั่วโมง ยังมีอาการอยากยาอยู่ ควรรายงานแพทย์พิจารณาเพิ่มขนาดยาตามความเหมาะสม ในดุลยพินิจของแพทย์

๔. เฝ้าระวัง สังเกตอาการของการได้รับยาเกินขนาดและผลข้างเคียงของเมทาโดน เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รูม่านตาเล็กเท่ารูเข็ม (Pinpoint pupils) ง่วงซึม ตัวเย็น ความดันโลหิตลดลง หายใจช้าลงเรื่อยๆ จนถึงขั้นหยุดหายใจ ให้รีบพิจารณารายงานแพทย์ทันที

๕. พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมในกรณีฉุกเฉินที่มีความจำเป็นต้องแก้ไขโดยการให้ยาต้านฤทธิ์โอปิออยด์ เช่น ยานาล็อกโซน (Naloxone) และอุปกรณ์พร้อมใช้ในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๖. อธิบายเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเมทาโดนให้ผู้ป่วยได้รับทราบ หากมีอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลทันที

๗. ให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยการพูดปลอบโยน ให้คลายความวิตกกังวลเรื่องอาการอยากยาเสพติดโดยชี้แจงให้ทราบว่าแพทย์และพยาบาล พร้อมที่จะช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา

๘. บันทึกอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

### การประเมินผล

จากการสังเกตอาการผู้ป่วยไม่มีอาการทุกข์ทรมานจากการอยากยาเสพติด ปลอดภัยจากการได้รับเมทาโดนเกินขนาด รูม่านตาขยายขนาดปกติ ๒ มิลลิเมตรทั้งสองข้าง สัญญาณชีพปกติ มีอาการปวดกระดุกลดลง ออกกำลังกายตามคำแนะนำเป็นอย่างดี อาบน้ำวันละ ๒-๓ ครั้ง รับประทานอาหารได้ ตามปกติ ไม่มีอาการท้องผูก ร่วมกิจกรรมต่างๆได้ดี สามารถพักผ่อนนอนหลับได้มากขึ้น คลายความวิตกกังวลเรื่องอาการอยากยาเสพติด



## ปัญหาที่ ๒ เสียงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า

### ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบอกว่า เบื่อตนเอง คนในครอบครัวรังเกียจ บางครั้งอยากตายเพื่อชีวิต
- S: ผู้ป่วยบอกว่า “เห็นคนตึกยา สภาพร่างกายทรุดโทรม บางครั้งมองตัวเองจากหน้าต่างตึกยาดูโทรมมาก ”
- O: มีประวัติเคย ทำร้ายตนเองด้วยการกรีดที่ข้อมือ ๒ ครั้ง
- O: ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า แยกตัวเอง ไม่สนใจกิจกรรมกลุ่ม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม

### วัตถุประสงค์

เพื่อลดความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

### เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
๒. ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า
๓. มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น
๔. ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลง

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น เป็นกันเองและไว้วางใจ รับฟังผู้ป่วยอย่างสนใจ พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่ชัดเจน อ่อนโยน สันติภาพแววตา ท่าทางพร้อมที่จะรับและให้การช่วยเหลือ
๒. ประเมินความคิด อารมณ์ จิตใจและพฤติกรรมที่แสดงออก สังเกตอาการและเฝ้าระวังพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง อย่างใกล้ชิด
๓. ประเมินบุคคลสำคัญและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วยได้แก่มารดา-บิดา และลูกชายของผู้ป่วย
๔. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ความทุกข์ ความกังวลที่อยู่ ซักถามวิธีคิดทำร้ายตนเองเพื่อเฝ้าระวัง
๕. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เก็บอุปกรณ์ เช่น ของมีคม เข็มกรีด น้ายาทำความสะอาดต่างๆ สารเคมี ให้ห่างตัวผู้ป่วย เฝ้าระวังความเสี่ยง จัดพี่เลี้ยงดูแลอย่างใกล้ชิด
๖. กระตุ้นและช่วยให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่เห็นผลสำเร็จระยะสั้น เช่น กิจกรรมกิจวัตรประจำวัน การเข้าร่วมกลุ่มประชุมเช้า เป็นต้น

๗. เสริมสร้างกำลังใจ โดยให้กำลังใจผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำกิจกรรมสำเร็จ โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าและความสามารถของตนเอง

๘. กระตุ้นและดูแลให้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เช่น เริ่มจากเพื่อนที่ย้ายมาในรุ่นเดียวกัน สร้างความคุ้นเคยอย่างค่อยเป็นค่อยไป

๙. Individual Supportive Counseling เพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้า รวมทั้งช่วยปรับเปลี่ยนวิธีคิดและการปรับตัวในการเผชิญกับปัญหาของผู้ป่วยให้เหมาะสมและให้กำลังใจผู้ป่วย

๑๐. ช่วยเหลือและดูแลให้มีความสุขสบายตามสภาพอาการและความต้องการที่เหมาะสม

๑๑. ประสานความร่วมมือคนในครอบครัว เพื่อให้มาเยี่ยม ให้กำลังใจกับผู้ป่วย

๑๒. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการวางแผนการรักษา ให้การสนับสนุน เป็นกำลังใจในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

๑๔. สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

### การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีความคิดและพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง มีความไว้วางใจผู้บำบัดมากขึ้น มีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอื่นมากขึ้น มีความรู้สึกว่ามีคนเข้าใจตนเอง ปฏิบัติภารกิจส่วนตัวและเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนผู้ป่วยได้ สีสหน้าสดชื่นขึ้น

### ปัญหาที่ ๓ ไม่สุขสบายเนื่องจากแบบแผนการนอนหลับพักผ่อนพร่อง

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่านอนไม่ค่อยหลับ หลับไม่สนิท หลับๆ ตื่นๆ ทั้งคืน และตื่นกลางดึกแล้วนอนไม่หลับอีก

S: บ่อยครั้งที่ต้องใช้นอนหลับเมื่ออยู่ที่บ้าน

O: ผู้ป่วยมักมีอาการง่วง หาวนอน หน้าตาไม่สดชื่น ขณะเข้าร่วมกิจกรรม

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอวันละ ๖-๘ ชั่วโมง

#### เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยนอนหลับสนิท ๖ ชั่วโมงขึ้นไป

๒. หน้าตาสดชื่น

#### กิจกรรมพยาบาล

๑. ประเมินปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วย

๒. จัดสิ่งแวดล้อมโดยจัดหอยุ่ป่วยให้สะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก
๓. แนะนำการดูแลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
  - ๓.๑ การออกกำลังกายเข้า-เย็น ครั้งละ ๒๐-๓๐ นาที
  - ๓.๒ ไม่ให้หลับนอนกลางวันโดยจัดให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ตามตาราง
๔. แนะนำให้หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ ในตอนเย็นหรือก่อนนอน
๕. แนะนำให้รับประทานอาหารเย็นไม่ให้อิ่มจนอึดอัดแน่นท้อง
๖. เมื่อนอนไม่หลับ ให้ลองฝึกหายใจลึกๆยาว หรือนับการหายใจซ้ำๆ เป็นต้น
๗. ให้คำปรึกษาและหาสาเหตุที่นอนไม่หลับ
๘. ให้เข้าร่วมสวดมนต์และนั่งสมาธิก่อนนอน
๙. ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากยาที่ได้รับ
๑๐. บันทึกอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยสีหน้าสดใส นอนหลับได้ประมาณ ๕-๖ ชั่วโมง และหลับได้สนิทมากขึ้นไม่ค่อยตื่นกลางดึก

#### ปัญหาที่ ๔ ขาดแรงจูงใจในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

##### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ยังไม่รู้ว่ารอบนี้จะอยู่ถึงระยะฟื้นฟูสมรรถภาพหรือเปล่า”

S: ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกท้อแท้ เบื่อตนเองรักษาหลายครั้งก็เลิกไม่ได้สักที ”

O: ผู้ป่วยไม่สนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม นั่งเหม่อลอย ตอบไม่ตรงคำถาม

O: จากการพูดคุยผู้ป่วยคิดว่า การย้ายไปฟื้นฟูจะถูกลดปริมาณเมทาโดนทำให้ตนเองไม่ได้ยาไม่เพียงพอ ทรมาณจนทนไม่ไหว

##### วัตถุประสงค์

เสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

##### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ อยู่ครบตามแผนการรักษา

##### กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินแรงจูงใจ พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือ ตามระดับแรงจูงใจ

๒. ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยปัญหา พร้อมทั้งระบายความวิตกกังวล และแนวทางการให้เมทาโดนระยะยาวที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการอยากยา

๓. ทำกลุ่มสร้างเสริมแรงจูงใจในการอยู่บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ชี้แจงให้เห็นประโยชน์ของการอยู่ครบขั้นตอน ตามแผนการดูแลรายบุคคล ประโยชน์ที่จะได้รับ

๓. ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ของการอยู่บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามแผนการดูแลรายบุคคล และการไม่อยู่บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วย

๔. Individual Supportive Counseling เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนวิธีคิดและการปรับตัวพร้อมจะอยู่ตามแผนการดูแลรายบุคคล และให้กำลังใจผู้ป่วย

๕. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และเสริมแรงจูงใจให้อยู่ตามแผนการดูแลรายบุคคล

๖. ให้ผู้ป่วยที่อยู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ใกล้จะกลับบ้าน มาพูดคุยให้กำลังใจ พูดถึงประโยชน์ในการอยู่ครบตามแผนการดูแลรายบุคคล

๗. แนะนำให้ญาติมาเยี่ยมสม่ำเสมอ ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองไม่ถูกทอดทิ้ง

๘. ให้ผู้ป่วยเลือกกิจกรรมทางเลือกที่สนใจ เช่น เรียนเสริมสวย เรียนทำงานหัตถศิลป์

๙. สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

### การประเมินผล

ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการอยู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มขึ้น ยอมอยู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพครบตามแผนการรักษา จนกว่าแพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านได้ กิจกรรมฝึกอาชีพที่สนใจเป็นพิเศษ เรียนเสริมสวย ที่ตนเองชอบ และทำได้ดีกว่าอย่างอื่นๆ

### ปัญหาที่ ๕ ความมีคุณค่าในตัวเองต่ำ เนื่องจากขาดความภูมิใจในชีวิต

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “หนูติดยา พ่อ-แม่ไม่รักไม่สนใจหรือว่าหนูจะเป็นอย่างไรบ้าง”

S: ผู้ป่วยพูดว่า “หนูเคยติดคุกติดตาราง เป็นเด็กวิ่งยา คนแถวบ้านรังเกียจ มีสามีก็อยู่กันไม่ทน ชีวิตไม่เคยมีอะไรดีๆที่น่าจดจำ”

O: ผู้ป่วยชอบแยกตัว เงียบนั่งซึม ไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรม

O: จากการพูดคุยผู้ป่วยขาดเป้าหมายในชีวิต

#### วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น

## เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีมีคุณค่าต่อตนเองมากขึ้น
2. ผู้ป่วยมีเป้าหมายและมีการวางแผนในการดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัว

## กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัด เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเองจนเกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินทัศนคติ การรับรู้คุณค่าของตนเองและเป้าหมายของชีวิตจากการแสดงออกทางสีหน้า แววตา คำพูด
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกความคิดที่เกิดขึ้นหรือสาเหตุของการมองตัวเองด้านลบและให้ค้นหาข้อดีของตนเอง
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยค้นหาคำพูดในตนเอง อันจะเป็นพลังอำนาจในการดูแลตนเอง มีความคิดเชิงบวกต่อตนเอง
5. ส่งเสริมผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้มีบทบาทการเป็นผู้นำกลุ่ม เช่น ผู้นำออกกำลังกาย การเป็นพี่เลี้ยงผู้ป่วยใหม่ การมอบหมายงานให้ทำ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น
6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มองเห็นความสำเร็จในอดีตโดยไม่เน้นความล้มเหลวในอดีต เช่น ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความสำเร็จที่เคยกระทำมีอะไรบ้าง พร้อมกล่าวชมเชยผู้ป่วยเป็นระยะ
7. พูดคุยกับมารดา - บิดา ในการให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่บ้านมีการสื่อสารทางบวก ชมเชยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมในทางที่ดี ไม่ตำหนิโดยไม่บอกเหตุผล มอบหน้าที่หรืองานที่ผู้ป่วยถนัด
8. ฝึกทักษะการตั้งเป้าหมายในชีวิตและการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้
9. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกทางบวกฝึกการคิด และพฤติกรรมรักตัวเอง การสร้างความหวัง การร่วมกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อตนเองและผู้อื่น
10. สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง

## การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า ค้นหาข้อดีๆของตนเองได้ และเป็นคนหนึ่งที่มีสำคัญสำหรับครอบครัว มีแผนการดำเนินชีวิตหลังจำหน่ายจะไปช่วยงานครอบครัวและเก็บเงินเปิดร้านเสริมสวยเล็กๆ เป็นของตนเอง

## ปัญหาที่ ๖ มีความบกพร่องด้านสัมพันธภาพกับบิดา-มารดา

### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยพูดว่า “พ่อ-แม่ ไม่เคยรักหนู รักแต่พี่สาว ยิ่งรู้ว่าหนูติดยา ไม่เคยพูดคุยกันดีๆเลยทะเลาะกันบ่อยมาก หนูใช้ชีวิตอยู่กับเพื่อนมากกว่า”

S: ผู้ป่วยพูดว่า “จำไม่ได้แล้วว่าเคยกินข้าว กับพ่อ-แม่ครั้งสุดท้ายเมื่อไร”

O: มีแต่เพื่อน มาเยี่ยมหลังจากผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลได้ประมาณ ๒ สัปดาห์

O: บิดา-มารดามาเยี่ยม ครั้งแรกผู้ป่วยพบกัน ไม่ค่อยมองหน้ากัน พูดกันน้อย

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับบิดา-มารดา

### เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและบิดา มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับพ่อ-แม่และคนในครอบครัว จากการพูดคุยและการแสดงออกทางสีหน้า แววตา ท่าทางปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัว

๒. พยาบาลเป็นผู้เชื่อมความสัมพันธ์ให้กับผู้ป่วยและบิดา-มารดาในระยะเริ่มต้น หลังจากนั้นคอยดูอยู่ห่างๆ เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

๓. แนะนำให้บิดา-มารดา ให้มาเยี่ยมให้กำลังใจบ่อยๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ในวันที่จัดกิจกรรมกลุ่มครอบครัว และให้ผู้ป่วยร่วมรับประทานอาหารกับบิดา-มารดาและคนในครอบครัว สร้างบรรยากาศที่อบอุ่น

๔. ให้ผู้ป่วยและบิดา-มารดาเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางตึกจัดไว้ มีการทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ จัดกิจกรรม Walk Rally ผู้ป่วยและบิดา-มารดา ร่วมกันคิดร่วมกันวางแผนตามแต่ละฐาน ทำให้มีความสัมพันธ์กันมากขึ้น

๕. ให้คำปรึกษาครอบครัวตามสภาพปัญหา

๖. ให้ความรู้กับบิดา-มารดาในเรื่อง บทบาทการทำหน้าที่ของครอบครัวทั้ง ๖ ด้าน

๗. สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

### การประเมินผล

ผู้ป่วยและบิดา-มารดา มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการความเข้าใจกันมากขึ้น ยอมรับความคิดเห็นของกันและกันอย่างมีเหตุผลมากขึ้น

### ปัญหาที่ ๖ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นบกพร่อง

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “หนูเป็นคนไม่ชอบให้ใครมาวุ่นวาย”

S: ผู้ป่วยบอกว่า “หากตนเองไม่ยอมตอบอะไร พยาบาลก็อย่ากดดัน หากพร้อมพูดคุยก็จะตอบคำถามได้”

○: พูดน้อยไม่ไว้วางใจผู้อื่น

○: ชอบอยู่คนเดียว ไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยอื่น

### วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับเพื่อนๆ และผู้บำบัดมากขึ้น

### เกณฑ์การประเมินผล

๑. ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยอื่นและเจ้าหน้าที่ภายในหอผู้ป่วยมากขึ้น

๒. เข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นและมีสัมพันธภาพมากขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษาโดย

- พยาบาลแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์และเวลาในการสนทนากับผู้ป่วย

- สร้างสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอโดยเน้นการให้กำลังใจ เห็นใจ และเข้าใจในผู้ป่วยใช้เทคนิคการสนทนากการกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก

๒. จัดผู้ป่วยให้รู้จักกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน โดยอาจเริ่มจากบุคคลที่ผู้ป่วยชอบ หรือมีนิสัยคล้ายกัน

๓. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดร่วมกับบุคคลอื่น

๔. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลดีของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

๕. ให้ข้อมูลความเป็นจริงเกี่ยวกับเวลา สถานที่ กิจกรรมประจำวัน แผนการดูแลรายบุคคล ตลอดถึงข้อเท็จจริงต่างๆ

๖. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงการรับรู้หรือความคิดเห็นของตนเอง

๗. ยอมรับฟังคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยไม่ตำหนิ เมื่อผู้ป่วยพูดหรือแสดงความคิดเห็นที่ไม่เหมาะสม ฟังความความเข้าใจ และสะท้อนความคิดเห็นอย่างมีเหตุผลเพื่อให้ผู้ป่วยคิดตาม

๘. ให้คำชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำได้ดี

๙. สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

### การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีความไว้วางใจเพื่อนๆ มากขึ้น สามารถพูดคุยกับเพื่อนๆ มีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้นและตั้งใจเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆมากขึ้น และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บำบัด

**ปัญหาที่ ๘** ขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยพูดว่า “การมีเพศสัมพันธ์ กับสามี ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย”

S: ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังไม่ถูกต้อง

O: มีเพศสัมพันธ์ กับชายอื่นที่ไม่ใช่สามี บางครั้งก็ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย

### วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และรู้วิธีการป้องกันจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ อย่างถูกต้อง

### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยบอกถึงผลกระทบของการติดเชื้อ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อตนเองและผู้อื่นได้

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. ให้ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อสร้างความตระหนัก และประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมทั้งฝึกทักษะการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสม และปลอดภัย
3. ให้ความรู้ และฝึกทักษะเรื่องการใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด
4. ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยที่ได้มาตรฐานไม่ขาดง่าย การสัมผัสสารคัดหลั่ง เลือด น้ำเหลืองการเก็บอย่างถูกวิธีหลังการใช้ รวมถึงการทิ้งในขยะติดเชื้อแยกจากขยะทั่วไป และการดูแลความสะอาด
5. ให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
6. ให้ข้อมูลและแนะนำเรื่องทางเลือกในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ไม่มีเพศสัมพันธ์ที่หลายคนหรือเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ
7. ฝึกทักษะการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี เพื่อไปสาธิตให้คู่นอน
8. ให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ด้วยความสมัครใจ
9. บันทึกกิจกรรมและประเมินผลหลังเข้าร่วมกิจกรรม

### การประเมินผล

ผู้ป่วยบอกถึงผลกระทบของการติดเชื้อจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อตนเองและผู้อื่นได้ บอกถึงวิธีการป้องกันการติดเชื้อจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง



## ปัญหาที่ ๙ เสี่ยงต่อการเสพติดซ้ำเนื่องจากการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม

### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยพูดว่า “ยาเสพติดเป็นสิ่งทำให้ลืมความทุกข์ได้ และรสชาติของมันลิ้มยากจริงๆ”

S: ผู้ป่วยพูดว่า “มีปัญหาทะเลาะกับบิด-มารดา หรือเครียดๆ ก็หันพึ่งไปเสพยา”

S: ผู้ป่วยเป็นคนที่จิตใจอ่อนไหว รักเพื่อนมาก

O: มีเพื่อนที่ช่วยเสพยาเสพติดเยอะส่วนใหญ่ยังไม่เลิก

O: อยู่ในแหล่งที่หายาเสพติดง่าย

### วัตถุประสงค์

เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเสพติดซ้ำ

### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีการป้องกันการเสพติดซ้ำได้
2. ผู้ป่วยสามารถอธิบายถึงผลกระทบของการเสพติดซ้ำที่มีต่อตนเอง และครอบครัวได้
3. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีในการเผชิญและแก้ไขปัญหาของตนเองได้

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการเลิกยาเสพติด สถานการณ์ที่ส่งผลให้เสพติดซ้ำและแนวทางป้องกันการเสพติดซ้ำ

๒. ให้ความรู้เรื่องเมทาโดน และการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสม ตามหลักการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

๓. กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบของการเสพติดซ้ำที่มีต่อตนเองและครอบครัว

๔. จัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะป้องกันการเสพติดซ้ำ เช่น ทักษะการสำรวจตนเอง ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้น ทักษะการเผชิญความเครียดและจัดการกับความเครียด ทักษะการตั้งเป้าหมาย

๖. Individual Supportive Counseling เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและวิธีแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

๗. ฝึกทักษะการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ด้วยกิจกรรม ๕ กิจกรรม ทุกวันต่อเนื่องกัน เพื่อให้ผู้ป่วยค้นหาศักยภาพในตนเอง อันจะเป็นพลังอำนาจในการดูแลตนเอง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเสพติดซ้ำ

๘. หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อที่จะสนับสนุนในการเลิกยาเสพติด เช่น การเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูก เลิกยาเพื่อคนที่รัก คือมารดา-บิดา และลูกชาย

๙. ให้ผู้ป่วยวางแผนอนาคตให้ชัดเจน และพูดคุยถึงปัญหาอุปสรรคที่ต้องเผชิญ พร้อมแนวทางแก้ไขด้วยตัวผู้ป่วยเอง

๑๐. ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือระดับประคับประคองผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

๑๑. วางแผนติดตามการรักษาหลังจำหน่ายและบอกแหล่งในการช่วยเหลือ เช่น สายด่วนยาเสพติด ๑๑๖๕ สถานพยาบาลยาเสพติดใกล้บ้าน

๑๒. สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง

### การประเมินผล

ผู้ป่วยอธิบายถึงผลกระทบของการเสพติดซ้ำที่มีต่อตนเองและครอบครัวได้ เช่น การถูกจับมีคดี ทำให้ครอบครัวต้องเดือดร้อน ผู้ป่วยบอกแนวทางการเผชิญความเครียดและจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม รู้สึกตนเองมีสำคัญสำหรับคนในครอบครัวมากขึ้น ผู้ป่วยมีการวางแผนอนาคต ตลอดจนบอกวิธีการแก้ปัญหาเมื่อพบปัญหาอุปสรรค ตั้งเป้าหมายจะไปช่วยครอบครัวขายอาหารตามสั่งและ จะเก็บเงินไว้เปิดร้านเสริมสวยเล็กๆ เป็นอาชีพเลี้ยงตัวเอง

### วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จะเห็นว่า การพยาบาลผู้ป่วยหญิงเสพติดยาเฮโรอีนที่มีพฤติกรรมเสพยาสูบซัสน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก ซัสน มีปัญหาทางด้าน จิตใจอารมณ์ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจ วางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะราย ที่มีความจำเพาะ เคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล ไม่ตีตราเข้าใจ รากเหง้าของปัญหาที่แท้จริงอันส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ปัญหายุ่งยากซัสน ผู้ป่วยรายนี้เข้ารับการรักษาในระยะบำบัดด้วยยา ตั้งแต่วันที่วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ ย้ายไปฟื้นฟูสมรรถภาพวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ จำหน่ายกลับบ้านวันที่เมื่อ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ รวมรับการรักษาในโรงพยาบาล ๑๒๓ วัน และมารับเมทาโดนระยะยาวพร้อม ติดตามการรักษาต่ออีก ๑ ปี รวมระยะเวลาที่อยู่ในการดูแลทั้งสิ้น ๑ ปี ๔ เดือน

ในระยะแรก ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า สีหน้าและแววตาเศร้าหมอง วิตกกังวล ทำทางอ่อนเพลีย อารมณ์ค่อนข้างหงุดหงิด แยกตัวเอง ไม่สนใจกิจกรรมกลุ่ม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม พยาบาลต้องสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษา ตามแผนการรักษาของแพทย์ด้วยการให้เมทาโดนระยะยาว อยู่ในระยะบำบัดด้วยยา จำนวน ๑๖ วัน จนไม่มีอาการทุกข์ทรมานจากการอยากยาเสพติดนอนหลับพักผ่อนได้ จึงย้ายไปฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดต่างๆของกระบวนการบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สุขภาพร่างกายดีขึ้น ผู้ศึกษาได้วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้ร่วมกันวางแผนการจำหน่ายและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ครั้งแรกเมื่อพบกับผู้ศึกษา ผู้ป่วยปฏิเสธการอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรับเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy) เนื่องจากไม่คิดจะเลิกเสพยาเสพติด ผู้ศึกษาต้องสร้างสัมพันธภาพ ด้วยความเข้าใจ ยอมรับธรรมชาติของผู้ป่วยยาเสพติดที่ยังไม่มีความพร้อมที่จะเลิกยาได้อย่างทันที ไม่กดดันว่าผู้ป่วยต้องเลิกยาเสพติดให้ได้ในระยะเวลาที่กำหนด โดยใช้แนวคิดการ

ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มาใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาล ในการดูแลช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ได้พยายามโน้มน้าวและจูงใจให้ผู้ป่วยเข้ารับบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และให้ได้รับบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด(Harm Reduction) โดยกำหนดวัตถุประสงค์การดูแลตามแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดไว้ ๔ เป้าหมายที่ชัดเจน วางแผนการรักษาอย่างเป็นขั้นตอนและนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกการใช้เฮโรอีนซึ่งเป็นยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย มาใช้เมทาโดนระยะยาวเพียงอย่างเดียว ตลอดระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จนครบตามแผนการดูแลรายบุคคล ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจะมารับบริการเมทาโดนอย่างต่อเนื่อง และมั่นใจว่าตนเองจะสามารถเลิกเฮโรอีนได้อย่างเด็ดขาด หลังจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา ตั้งแต่วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๕- วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖ รวมระยะเวลา ๑ ปี หลายครั้งที่ผู้ป่วยมีปัญหาอาจทำให้กลับไปเสพซ้ำ ผู้ศึกษาต้องมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือ ติดตามนัดหมายอย่างใกล้ชิดขึ้น ให้คำปรึกษาในทุกๆเรื่อง วางแผนร่วมกับครอบครัวในการช่วยเหลือประคับประคองป้องกันการกลับไปติดซ้ำ และใช้กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด มาช่วยเพิ่มกำลังใจและกระตุ้นให้เห็นคุณค่าของตัวเอง จนผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นระยะวิกฤติ และแนะนำให้เข้า กิจกรรมกลุ่มบำบัดต่างๆในการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกาย จิตใจ และพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกๆด้าน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ใช้เมทาโดนระยะยาวภายใต้การดูแลของแพทย์ จนสามารถเลิกเฮโรอีนได้อย่างเด็ดขาด มีความตั้งใจเลิกอย่างเด็ดเดี่ยว จนสามารถลดและเลิกการใช้ เมทาโดนได้ในที่สุด ดำเนินชีวิตด้วยการไม่พึ่งยาเสพติด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามลำดับ และยังคงมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีสุขภาพทั่วไปแข็งแรงขึ้น เป็นบุคคลต้นแบบในการพยายามเลิกยาเสพติด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการลด ละ และเลิกใช้ยาเสพติด ด้วยความเข้าใจในธรรมชาติ ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยกันเองอย่างลึกซึ้ง จนได้รับการคัดเลือกเป็นจิตอาสา ชักชวนผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนคนอื่นๆที่ยังไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ ให้มารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction) ของสบยช. ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสุข ทำอาชีพเสริมสวย เป็นร้านเล็กๆ เน้นการให้บริการสระได้ร์ และช่วยบิดา-มารดา ขายอาหารตามสั่งบ้างถ้ามีเวลา

ดังนั้น การพยาบาลการดูแลผู้ป่วยหญิงเสพติดเฮโรอีนที่มีพฤติกรรมยุ่งยากซับซ้อน ตามแนวทาง การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็นการพยาบาลเฉพาะทาง ที่พยาบาลผู้ดูแลต้องสามารถใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ การประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล โดยในแต่ละขั้นตอนมีความเฉพาะเจาะจงลึกซึ้ง ครอบคลุมปัญหา มองอย่างรอบด้าน ที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางวิชาการ ทักษะ ประสบการณ์ ตัวตนและจิตวิญญาณของพยาบาล ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ที่ถูกต้อง เหมาะสม และทันเวลา การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ไม่ใช่การยอมจำนนต่อการให้ผู้ป่วยใช้ยาเสพติด แต่เป็นการเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติด เป็นการยืดหยุ่นการรักษา คำนึงถึงการดูแลมนุษย์ที่เป็นปัจเจกบุคคล ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างรอบด้าน อันจะนำมาซึ่งการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบต่างๆที่มาจากการใช้ยาเสพติด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลด ละ และเลิกยาเสพติดได้ นำพาชีวิตสู่ความสำเร็จ ด้วยความรัก ความเข้าใจ และเห็นคุณค่าของตนเองอย่างแท้จริง

## ข้อเสนอแนะ

### ด้านการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ พยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจหลักการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) อย่างทอ่งแท้ เป็นมาตรการสากล จึงจะสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อดีต่อการเพิ่ม ประสิทธิภาพการดูแลการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

๒. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นกลวิธีที่เหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วยเสพติดทุก กลุ่มโรค เพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง สามารถแก้ไขปัญหามีความยุ่งยากซับซ้อน โดยเน้นผู้ป่วย และครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อประสิทธิภาพในการดูแล เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เกิดความคุ้มค่าสูงสุด การดูแลเกิดจากความร่วมมือของสหวิชาชีพ ระหว่างแพทย์ ผู้จัดการผู้ป่วย และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพและมิติทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกๆด้าน

๓. ผู้ป่วยยาเสพติดเฮโรอีนที่มีพฤติกรรมเสพติดยุ่งยากซับซ้อน มักมีโอกาเสี่ยงต่อการกลับเสพติดซ้ำสูง เนื่องจากผู้มักมีภาพพจน์ (Self-image) เกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดว่าตนเองไม่เป็นที่ยอมรับของครอบครัวและสังคม เป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขเป็นอย่างดี ดังนั้นการนำกิจกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด (ภาคผนวก ข) มาใช้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยค้นหาข้อดีของตนเอง มีมุมมองเชิงบวก รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น มีพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาที่เหมาะสม การมีเป้าหมายในชีวิตในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การมีอาชีพที่สังคมยอมรับ มีความภาคภูมิใจในตนเองอย่างแท้จริง

### ด้านนโยบาย

๑. องค์กรพยาบาลควรส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาบุคลากรด้านการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ให้มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและสามารถประยุกต์แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ

๒. ควรเร่งฝึกอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด ให้บุคลากรที่รับผิดชอบงานยาเสพติดของโรงพยาบาลทุกระดับ ให้ครอบคลุมทั้งประเทศให้สามารถดูแลผู้ป่วยยาเสพติดตามแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่เข้าถึงง่าย และมีคุณภาพ

๓. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้กับบุคลากรพยาบาลที่ทำงานด้านยาเสพติด เป็นการส่งเสริมให้พยาบาล มีการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมยุ่งยากซับซ้อนอย่างต่อเนื่อง

## เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข .(๒๕๔๘). **คู่มือแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อด้วยเมทาโดนระยะยาว**. กรุงเทพฯ:องค์การทหารผ่านศึก
- กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ.(๒๕๕๔).**การเสริมสร้างพลังอำนาจในครอบครัวต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์**.วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.๑๖(๔) : ๔๑๖-๔๒๗
- กองโรคเอดส์และโรงพยาบาลบำราศนราดูร.(๒๕๔๕).**คู่มือการพยาบาลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์**. พิมพ์ครั้งที่ ๓ กรุงเทพฯ : เจ เอส การพิมพ์
- คณะอนุกรรมการประเมินผล ศูนย์อำนวยการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศตส.) สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (๒๕๔๗) .**สรุปรายงานผลสำรวจประเมินสถานการณ์ยาเสพติด ครั้งที่ ๑ - ๖ (๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๖ - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๔๖)** กรุงเทพมหานคร:สหมิตรพรินติ้ง
- คณะกรรมการจัดทำมาตรฐานการบริการเมทาโดนระยะยาวของประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๘). **มาตรฐานการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวของประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.
- คณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.(๒๕๔๙). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.[Online]** สืบค้นเมื่อ ๒๕ ธ.ค. ๒๕๕๗ .Available:<http://www.nesdb.go.th>.
- ธงชัย อุ้นเอกถาภ. (๒๕๔๑). **การบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก**. พิมพ์ครั้งที่ ๒ กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,
- จุฬา ช่วยเมือง.(๒๕๕๐). **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์**.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,สงขลา.
- พนารัตน์ เจนจบ.(๒๕๔๒). **การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์**.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต.คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.เชียงใหม่.
- เยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุลและคณะ(๒๕๖๔)โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน:การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง.:วารสารกองการพยาบาลปีที่ ๔๘ ฉบับที่ ๓ เดือนกันยายน-ธันวาคม ๒๕๖๔.
- วัชรกิจจารุ และ จีรารณ ชัยวิศิษฐ์. (๒๕๖๓). **แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชตามแบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน**. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย*, ๑๐(๑), ๑-๔.

วิโรจน์ วีรชัย และคณะ. (๒๕๖๔). ตำราเวชศาสตร์การเสพติด *Textbook of Addiction Medicine*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก.

วิมล ลักขณาภินชัช. (๒๕๖๓). คู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. ปทุมธานี: ปทุมธานี.

ศิริพร ชัมภลิตและคณะ.(๒๕๓๙).แบบแผนสุขภาพ:การเก็บรวบรวมข้อมูล.โครงการตำราหลักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.สงขลา:เหมการพิมพ์.

สถาบันธัญญารักษ์.(๒๕๕๓). **แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้านของประเทศไทย.**

(พิมพ์ครั้งที่ ๑). กรุงเทพ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สถาบันธัญญารักษ์.(๒๕๕๐). **สถิติหน่วยงาน [Online].**สืบค้นเมื่อ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๕๗ Available:Http://WWW.thanyarak.go.th.

สุรพรรณ พนมฤทธิ์และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์.(๒๕๔๓). **กระบวนการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ :บริษัท ประชุมช่าง จำกัด.

สิริลักษณ์ ต้นศิริ.(๒๕๔๓). **การปลูกยักซ์ตอนที่๑ ปลูกพลังในตัวคุณ.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัทออฟเซ็ท ครีเอชั่น จำกัด.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข .( ๒๕๕๗) .

**แนวทางการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีสำหรับสถานบริการสุขภาพ.** (พิมพ์ครั้งที่ ๑). กรุงเทพ : โรงพิมพ์ สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข .( ๒๕๖๐) .

**แนวทางการจัดบริการเข็มและอุปกรณ์ที่สะอาดในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด.** (พิมพ์ครั้งที่ ๑). กรุงเทพ : บริษัท เรดิเอชั่น จำกัด.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค ๖ แห่ง. (๒๕๖๑). คู่มือการจัดการบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด สำหรับผู้ให้บริการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค ๖ แห่ง. (๒๕๖๑). ชุดความรู้การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอกอุมา อิ่มคำ.(๒๕๕๔). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช:การประยุกต์ใช้กรณีเลือก สรร.ปทุมธานี:สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อังกูร ภัทรากร และคณะ. (๒๕๖๐). **แนวทางการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction).** สมุทรสาคร: บอร์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด.

Gibson, C.H.(1989). **A concept analysis of empowerment.**Journal of Advance Nursing, 16, 844-851.

Gibson, C.H.(1989). **A study of empowerment in mother of chronically ill children.**  
Unpublished doctoral Dissertation, Boston of College, Boston.

World Health Organization. (2007). **Guidance on testing and counseling for HIV in settings attended by people who inject drugs : Improving access to treatment ,care and prevention.** Geneva: World Health Organization, United Nations Office on Drug and Crime.