การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและขาดแรงสนับสนุนทางสังคม:กรณีศึกษา

นายสุรกฤษฎิ์ สมนาแซง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

คำนำ

ชายไทยวัยรุ่นอายุ 18 ปี สถานภาพสมรสโสด จบการศึกษาชั้น ป.6 อาชีพว่างงาน ประวัติผู้ป่วยเริ่มสูบบุหรี่ ตอนอายุได้ 10 ปี และเริ่มลองสูบยาบ้าด้วยความอยากลองจากการชักชวนของเพื่อนปริมาณ 1-2 เม็ด ซึ่งในช่วงแรกๆใช้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เมื่อใช้แล้วรู้สึกว่าร่างกายกระปรี้กระเปร่า ไม่เพลียจึงใช้ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 3-4 เม็ด ใช้ต่อเนื่องมาเรื่อยๆยังไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่เมา ไม่สนุก จึงเพิ่มความถี่และปริมาณเป็นวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 4-5 เม็ด บางวันใช้ถึง 5-6 เม็ด ใช้ต่อเนื่องทุกวันจนเริ่มมีอาการหงุดหงิดง่าย หูแว่วเป็นเสียงคนนินทาสลับบ่นด่า หวาดระแวง กลัวคนอื่นจะมาทำร้าย ด่าทอผู้อื่น เอะอะอาละวาด ทำลายข้าวของ ร่างกายทรุดโทรม หนีออกจากบ้านบ่อยครั้ง ย่าจึงแจ้งผู้นำชุมชนขอความช่วยเหลือให้พามาบำบัดรักษา ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 2 บิดามารดาแยกทางกัน บิดาเสียชีวิตตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 8 ปี ผู้ป่วยอยู่กับย่าและอา ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ส่วนมารดาแต่งงานมีครอบครัวใหม่ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ค่อยดี ผู้ป่วยเป็นคนชอบความสนุกสนาน ชอบเที่ยวติดเพื่อนโดยเฉพาะเพื่อนที่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด หงุดหงิดง่าย ขี้น้อยใจ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเอะอะอาละวาด ทำลายข้าวของ ด่าทอผู้อื่น หวาดระแวง กลัวคนอื่นจะมาทำร้าย ข่มขู่ขอเงินจากย่า หนีออกจากบ้าน ย่าเลยแจ้งผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดนครสวรรค์ให้พาผู้ป่วย มาบำบัดรักษาที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี อาการแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบตรงคำถาม สีหน้าท่าทางไม่ค่อยเป็นมิตร ท่าทีหวาดระแวง เอะอะอาละวาดมีอาการหูแว่วเป็นเสียงนินทา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผิดปกติ(พบสารเสพติดยาบ้า) ยาที่ได้รับขณะบำบัดรักษาตึกบำบัดด้วยยา แพทย์ให้การรักษา anti-acute psychotic drugs ระหว่างการรักษาผู้ป่วยมีอาการหูแว่วได้ยินเสียงคนคุยกันจับใจความไม่ได้ หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้ายเนื่องจากผู้ป่วยรายกรณีศึกษานี้ได้รับการบำบัดอาการทางกายและทางจิตเวช ที่เกิดขึ้นในระยะถอนพิษยาซึ่งเป็นเพียงการรักษาขั้นแรกของกระบวนการบำบัด เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะเฉียบพลันและระยะที่มีอาการถอนยาได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งอาการทางจิตสงบแล้ว ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น มีสมาธิ พูดคุยได้มากขึ้น สามารถปรับตัวต่อการรักษาได้ดี ขั้นตอนการบำบัดที่สำคัญต่อไป คือ ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการบำบัดด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยได้ย้ายสู่ขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนเพื่อการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดจะประกอบด้วยปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านเพื่อนและปัจจัยด้านชุมชนและสิ่งแวดล้อม ซึ่งการบำบัดที่สำคัญต้องแก้ไขจากสาเหตุที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย ในรายกรณีศึกษารายนี้ เมื่อวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาความขัดแย้งกันในครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วย ปัญหาตัวผู้ป่วยยังขาดทักษะที่จะป้องกันการติดยาเสพติดซ้ำรวมทั้งการดูแลต่อเนื่องของตนเองหลายๆทักษะ ดังนั้นเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยระยะนี้ จึงเน้นการพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตและการติดซ้ำ การช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการ ดูแลตนเองจากภาวะโรคร่วม ความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะโรคร่วมให้มากเพียงพอที่จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง การฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง สามารถกำหนดเป้าหมายในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ความสำคัญของปัญหา

ยาและสารเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก มีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรง และรวดเร็ว จากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (World Drug Report 2023, UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่า ในปี 2564 มีจำนวน ประชากรกว่า 296 ล้านคนจากทั่วโลก เป็นเพศชายช่วงอายุ 15 - 64 ปี มีการใช้ยาเสพติดซึ่งเทียบได้กับ พบผู้ใช้ยาเสพติดจำนวน 1 คนในทุก ๆ 17 คน จากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติด เพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 23 เมื่อเทียบกับเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมา สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด ในประเทศไทยพบว่า มีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับสถิติของประเทศไทยปี 2565 ที่ ระบุว่าคนไทยมีปัญหาการใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นเป็น 1.9 ล้านคน จากจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดที่สูงขึ้น ส่งผล กระทบต่อความมั่นคงของประเทศ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และคุณภาพชีวิตของประชากร ผลที่ตามมา คือ เกิดการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง รัฐบาลให้ความสำคัญต่อการปราบปรามและการ บำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไข ปัญหาการแพร่ระบาดยาเสพติดภายในประเทศ นอกจากนี้พระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ยังมุ่งเน้นการดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทาง อาญาโดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติด คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคม (คณะกรรมการปูองกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564) ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อลด ละ เลิกยา เสพติด และลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากการใช้ยาและสารเสพติดเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีโรคร่วมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ การดูแล รักษามีความยุ่งยากและซับซ้อน เป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

จากสถานการณ์ปัญหายาเสพติดของประเทศไทย พบว่า ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดในขณะนี้คือ ยาบ้า หรือเมทแอมเฟตามีน ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 – 2566 พบผู้ป่วยเสพติดยาบ้าเข้ารับการบำบัดรักษา จำนวน 1,522 คน, 1,174 คน และ 1,036 คน ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2566) ทั้งนี้ลักษณะอาการ ทางคลินิกของผู้เสพติดยาบ้าพบใน 2 ลักษณะกล่าวคือ 1) ภาวะเมาเมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine Intoxication) โดยพบความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ (Sympathetic system) มีอาการแสดงดังนี้ ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ม่านตาขยาย อาการอาจรุนแรงถึงขั้นสับสน ชัก และโคม่าได้ โดยทั่วไปอาการจะกลับเป็นปกติใน 24 - 48 ชั่วโมง นอกจากจะต้องวินิจฉัยแยกโรคจาก สาเหตุทางกายแล้ว ในบางรายที่มีอาการกระสับกระส่ายหรือวุ่นวายมาก อาจต้องวินิจฉัยแยกโรคกับโรคจิต จากการเสพติดเมทแอมเฟตามีน (Meth-amphetamine-induced psychotic disorder) 2) ภาวะถอน พิษเมทแอมเฟตามีน (Meth-amphetamine Withdrawal) หลังจากหยุดเสพยาบ้า ผู้ป่วยบางรายอาจมี อาการถอนยาได้โดยมักจะมีอาการอ่อนเพลีย นอนหลับมาก รับประทานอาหารมาก อารมณ์หงุดหงิด หรืออารมณ์เศร้า โดยแสดงอาการชัดเจนในช่วง 2 - 4 วันแรกที่หยุดเสพยาและมักหายเป็นปกติใน 1 สัปดาห์ บางรายอาจมีอาการอารมณ์ซึมเศร้าอย่างรุนแรงถึงขั้นมีความคิดหรือมีการทำร้ายตัวเองได้ โดยเฉพาะในรายที่มี การเสพยาบ้าในปริมาณมากก่อนที่จะหยุดเสพยาบ้า โดยอาการทางจิตที่เกิดจากการเสพติดยาบ้า (Methamphetamine-Induced psychotic disorders) มีลักษณะเฉพาะของอาการทางจิต ได้แก่ หวาดระแวง (Paranoid) หูแว่ว (Hallucination) และมีพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive) รุนแรง อาจมีการทำร้ายตนเอง หรือบุคคลอื่นได้ (ดุษณีย์ ชาญปรีชา และคณะ, 2560) ทั้งนี้พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ใช้ยาเสพติดแสดงออกได้ทั้งทางคำพูดและทางร่างกาย กล่าวคือ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ผู้ป่วยมักใช้คำพูดตำหนิ ติเตียน วิพากษ์วิจารณ์ พูดในแง่ร้าย เสียงดัง ขู่ตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจ พูดจาหยาบคาย ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกทางร่างกาย ผู้ป่วยจะแสดงสีหน้าบึ้งตึง แววตาไม่เป็นมิตร ท่าทางไม่พอใจ กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ไม่สนใจเรื่องการกินการนอน การขับถ่าย ซึ่งจะก่อให้เกิด

อันตรายกับผู้ป่วย หรือบุคคลอื่นได้ ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นับเป็นภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด จำเป็นต้องได้รับการดูแลให้การพยาบาลอย่างเร่งด่วน โดยเมื่อบำบัดรักษาจนผู้ป่วยปลอดภัยแล้ว พยาบาลต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรอบด้าน โดยประเมินถึงสาเหตุของการเสพติดจนเกิดภาวะก้าวร้าว รวมทั้งประเมินว่าภาวะก้าวร้าวของผู้ป่วยก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยอย่างไร สิ่งหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเสพติด คือ การใช้ยาบ้าซ้ำจนเกิดอาการแทรกซ้อนทางจิต ส่งผลให้บุคคลรอบข้างเดือดร้อนจนเกิดความท้อแท้เบื่อหน่าย และทอดทิ้งไม่สนใจผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่งผลให้เกิดปัญหาเช่นเดิมซ้ำซาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวและชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยเสพติดสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ (วัชรี แก้วงาม, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัครวัฒน์ เพียวพงภควัตร (2563) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าร่วมกับการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมของชุมชนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่ามีความสัมพันธ์กับการเลิกยาบ้าได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ0.05 โดยเมื่อสืบค้นข้อมูลจากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้เสพติดยาบ้าเข้ารับการดูแลอย่างต่อเนื่องและไม่กลับไปเสพซ้ำ ปิยวรรณ ทัศนาญชล (2554) กล่าวว่า ปัจจัยที่กล่าวข้างต้นสามารถแบ่งเป็น 2 สาเหตุหลักคือ 1) สาเหตุภายในตัวบุคคล ซึ่งประกอบด้วย บุคลิกภาพ การรับรู้ว่าตนเป็นความคาดหวังของบุคคลในครอบครัว การตีตัวออกห่างจากเพื่อนกลุ่มเสพ การเห็นผลดีที่เกิดขึ้น การใช้สัญลักษณ์เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และ 2) สาเหตุจากสภาพแวดล้อม ประกอบไปด้วย การแสดงออกของครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด การช่วยเหลือขัดขวางการหวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำจากบุคคลใกล้ชิด การเปลี่ยนแปลงสภาพความเป็นอยู่และชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้ศึกษาสรุปว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการไม่กลับไปเสพซ้ำ และจาการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เช่น ความรัก ความเข้าใจและการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันการใช้ยาเสพติดได้ โดยพบว่า หากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่แข็งแรงพอ เช่น คนในครอบครัวไม่เข้าใจในสิ่งที่เราพยายามจะสื่อสาร หรือไม่สนใจ ขาดความเอาใจใส่ มีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกัน หรือเมื่อมีปัญหาแต่คนในครอบครัวไม่มีเวลาให้คำปรึกษาช่วยเหลือ บุคคลที่มีปัญหามักคิดหาทางออกให้เกิดความสุขโดยการใช้ยาเสพติด จากการศึกษาเบื้องต้นพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเสพติดสามารถลด ละ และเลิกยาเสพติดได้

ดังนั้น พยาบาลผู้มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจึงต้องมีองค์ความรู้เกี่ยวกับพยาธิของโรคเสพติดยาบ้า การเสพติดยาบ้าก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างไร ต้องรู้การดำเนินของโรค แผนการรักษาของแพทย์ และกรณีศึกษาที่สนใจนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยขาดแรงสนับสนุนทางสังคมอาจส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ พยาบาลผู้ดูแลจึงต้องมีความสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ รวมถึงต้องมีความสามารถในการประสานความร่วมมือกับครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จากชุมชน โดยพยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผลลัพธ์สุดท้ายคือการที่ผู้ป่วยปลอดภัยจากพฤติกรรมก้าวร้าวและมีแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัยหรือมีอาชีพทำเพื่อดูแลตัวเองและครอบครัวต่อไป

เหตุผลในการเลือกศึกษา

ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาและสารเสพติด นับเป็นภาระของสังคม หากผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีภาวะฉุกเฉินได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมกับบริบทและผู้ป่วยเสพติดยาบ้าปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากนี้ยังพบแรงสนับสนุนทางสังคมยังเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วย เสพติดยาบ้าสามารถลด ละ และเลิกยาเสพติดได้ ทั้งนี้การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจึงนับเป็นความท้าทายของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเสพติดรายนี้ พยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งพยาบาลต้องใช้ความรู้ทั้ง ศาสตร์และศิลปะด้านการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้โดยไม่พึ่งพายาเสพติด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพยาธิสภาพของโรคสมองติดยา (ยาบ้า) แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่ มีพฤติกรรมก้าวร้าวและขาดแรงสนับสนุนทางสังคม
2. เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและขาดแรงสนับสนุนทางสังคมและ นำมาวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม ครอบคลุมประเด็นปัญหาของผู้ป่วย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากอาการก้าวร้าว และมีแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น
4. เพื่อให้ผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและขาดแรงสนับสนุนทางสังคมมีแนวทางในการป้องกันการเสพติดยาบ้าซ้ำ

ระยะดำเนินการ เริ่มศึกษาตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2566 – 1 มกราคม 2567

ขั้นตอนดำเนินการ

1. เลือกผู้ป่วยที่นำมาเป็นกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย จากความสนใจ ซึ่งกรณีศึกษาที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นภาวะฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยเสพติดยาบ้า
2. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย เช่น อาการสำคัญ ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ประวัติการใช้ยาเสพติด สาเหตุของการใช้ยาและสารเสพติด พฤติกรรมก้าวร้าว แบบแผนการ ดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย
3. ศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา ได้แก่ ความรู้เรื่องสารกระตุ้น (ยาบ้า) พฤติกรรมก้าวร้าว ยาที่ใช้รักษา อาการข้างเคียงที่สำคัญจากการใช้ยา แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรีย์ กอร์ดอน การพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด และการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาทางจิตเวช
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ และวางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลให้ครอบคลุมเป็นองค์รวม สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย
5. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนการพยาบาล
6. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วย ญาติ และผู้นำชุมชน

ชายไทยวัยรุ่นอายุ 18 ปี สถานภาพสมรสโสด จบการศึกษาชั้น ป.6 อาชีพว่างงาน ผู้ป่วยเริ่มสูบบุหรี่ตอนอายุได้ 10 ปี และเริ่มลองสูบยาบ้าด้วยความอยากลองจากการชักชวนของเพิ่มปริมาณ 1-2 เม็ด ต่อมาผู้ป่วยใช้เองคนเดียว ซึ่งในช่วงแรกๆใช้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เมื่อใช้แล้วรู้สึกว่าร่างกายกระปรี้กระเปร่า ไม่เพลีย จึงใช้ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 3-4 เม็ด ใช้ต่อเนื่องมาเรื่อยๆและยังไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่เมา ไม่สนุก จึงเพิ่มความถี่และปริมาณเป็นวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 4-5 เม็ด บางวันใช้ถึง 5-6 เม็ด ใช้ต่อเนื่องทุกวันจนเริ่มมีอาการหงุดหงิดง่าย หูแว่วเป็นเสียงคนนินทาสลับบ่นด่า หวาดระแวง กลัวคนอื่นจะมาทำร้าย ด่าทอผู้อื่น เอะอะอาละวาด ทำลายข้าวของ ร่างกายทรุดโทรม หนีออกจากบ้านบ่อยครั้ง ย่าจึงแจ้งผู้นำชุมชนขอความช่วยเหลือให้พามาบำบัดรักษา ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 2 บิดามารดาแยกทางกัน บิดาเสียชีวิตตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 8 ปีผู้ป่วยอยู่กับย่า ค่อนข้างเข้มงวด ส่วนมารดาแต่งงานมีครอบครัวใหม่ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ค่อยดี ผู้ป่วยเป็นคนชอบความสนุกสนาน ชอบเที่ยวติดเพื่อนโดยเฉพาะเพื่อนที่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด หงุดหงิดง่าย ขี้น้อยใจ

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเอะอะอาละวาด ทำลายข้าวของ ด่าทอผู้อื่น หวาดระแวง กลัวคนอื่นจะมาทำร้าย ข่มขู่ขอเงินจากย่า หนีออกจากบ้าน ย่าเลยแจ้งผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดนครสวรรค์ให้พาผู้ป่วยมาบำบัดรักษาที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

อาการแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบตรงคำถาม สีหน้าไม่ค่อยเป็นมิตร ท่าทีหวาดระแวง เอะอะอาละวาด มีอาการหูแว่วเป็นเสียงนินทา

การวินิจฉัยโรค Amphetamine Dependence induce psychosis

การประเมินสภาพร่างกาย

แรกรับ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 46 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร BMI= 17.96 กก./ ม^2

ลักษณะทั่วไป ชายไทย รู้สึกตัวดี สีหน้าไม่สดชื่น เรียบเฉย ไม่พบความพิการใดๆ เดินได้เอง

ผิวหนัง ปกติไม่แห้งแตก ไม่มีจุดจ้ำเลือดและจุดเลือดออก ความยืดหยุ่นของผิวปกติ ปฏิเสธอาการเจ็บปวดเมื่อกด

ศีรษะ ใบหน้า ศีรษะสมมาตร คลำไม่พบก้อน หนังศีรษะสะอาด คลำบริเวณใบหน้าไม่พบก้อน

ตา มีการมองเห็นทั้งสองข้าง ขนตาจัดเรียงเป็นระเบียบ หนังตาไม่ตก ตาขาวไม่เหลือง ไม่มีน้ำตา การเคลื่อนไหวของลูกตาทั้งสองข้างปกติ เปลือกตาบน-ล่างมีสีชมพู

ช่องปากและคอ ริมฝีปากได้รูป ริมฝีปากแห้ง ในช่องปากไม่พบฟันผุ ใส่เหล็กดัดฟันพบคราบหินปูนเหงือกสีชมพูปกติไม่บวมแดง กระดกลิ้นได้ตามปกติ รับรู้รสปกติ ต่อมทอนซิลไม่โต คลำลำคอไม่พบก้อนหรือความผิดปกติใดๆ

แขนขา ลักษณะภายนอกของแขนขาไม่ผิดรูป ไม่มีอาการเกร็ง ทำหน้าที่ได้ตามปกติเคลื่อนได้ทุกข้อ ไม่อักเสบ ปวด บวม แดงร้อน ระบบกล้ามเนื้อแข็งแรง การเคลื่อนไหวปกติ

ทรวงอก ปกติ หายใจปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

หัวใจและหลอดเลือด ปกติ หายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอก นอนราบได้ปกติ ฟังไม่พบเสียงผิดปกติเวลาหายใจ

หน้าท้องและทางเดินอาหาร ปกติ ท้องไม่อืด ไม่มีรอยแผลหรือรอยผ่าตัด คลำไม่พบก้อนตับ ม้ามไม่โต

Cerebellar Sign Finger-to-nose test ไม่พบความผิดปกติ ไม่มีประวัติการได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ

การเดิน ทรงตัวดี ไม่มีอาการเดินเซ

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพประเมินโดยใช้แนวความคิด 11 แบบแผนกอร์ดอน(Gordon)

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ(Health perception-Health management)

ก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นอะไร ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี เมื่อเจ็บป่วยจะซื้อยารับประทานเอง ไม่อยากบำบัดรักษา คิดว่าเลิกได้เอง ใช้ยาเสพติดแล้วรู้สึกว่ามีความสุขไม่คิดมาก ผู้ป่วยไม่ค่อยได้ดูแลสุขภาพตนเอง บางครั้งไม่ได้อาบน้ำ หลังจากเข้ารับการรักษา เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์มีความสนใจตนเองมากขึ้น ดูแลตนเองทำความสะอาดร่างกายและช่องปากทุกวัน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ สนใจเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดตามกำหนดของหอผู้ป่วยได้

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร(Nutritional-metabolic pattern)

ก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ทุกชนิด ดื่มน้ำอัดลม วันละ 3-4 ขวด รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ชอบอาหารรสจัด เคยมีอาการปวดท้อง ได้ซื้อยาลดกรดมารับประทานเอง แรกรับเข้าโรงพยาบาล น้ำหนัก 46 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร BMI = 17.96 กก./ม^2 ขณะเข้ารับการรักษารับประทานอาหารธรรมดา และรับประทานครบ 3 มื้อ ได้ตามที่โภชนากรจัดให้

แบบแผนที่ 3 การขับถ่ายของเสีย (Elimination pattern)

ก่อนเข้ารับการรักษา ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะปกติ วันละ 4-5 ครั้ง ขณะเข้ารับการรักษาขับถ่ายอุจจาระปกติ 1-2 ครั้งต่อวัน ถ่ายปัสสาวะปกติวันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีอาการแสบขัดขณะถ่าย ไม่มีอาการท้องผูก

แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (Activity-exercise pattern)

ก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ตามปกติ ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ได้ทำงาน ไม่ค่อยชอบออกกำลังกาย ช่วงที่ใช้ยาเสพติดจะไม่ค่อยดูแลตนเองชอบนอนเป็นส่วนใหญ่

ขณะเข้ารับการรักษา สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายกับทางหอผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อยหรือแน่นหน้าอก เวลาว่างจากกิจกรรมกลุ่มจะคุยกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep-rest pattern)

ก่อนเข้ารับการรักษา จะนอนไม่เป็นเวลาขึ้นอยู่กับการเสพยา เคยเสพยาติดต่อกันไม่ได้นอนเป็นเวลา 3 วัน ส่วนใหญ่จะนอนเวลากลางวัน ตั้งแต่เช้าจนถึงบ่ายเป็นเวลาประมาณ 7-8 ชั่วโมง กลางคืนไม่นอน จะออกไปเที่ยว พูดคุยกับเพื่อนกลุ่มที่เสพยาด้วยกัน

ขณะเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยนอนไม่หลับ เดิน ไป – มา ในห้องนอน แต่ไม่วุ่นวาย บอกว่ามีคนมาชวนคุย รายงานแพทย์สั่งยาให้มารับประทาน รับประทานตามแผนการรักษา ผู้ป่วยจึงนอนหลับได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของหอผู้ป่วยได้

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-perceptual pattern)

ผู้ป่วยเรียนจบประถมศึกษาปีที่ 6 การรับรู้สติดี อ่านหนังสือได้ ตอบคำถามได้ถูกต้องตรงคำถามแต่จะใช้เวลาคิดนานกว่าจะตอบ การรับรู้อยู่ในเกณฑ์เป็นปกติ

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ (Self-perception Self concept pattern)

ก่อนเข้ารับการรักษา มองตนเองว่าชีวิตที่ผ่านมาในอดีตชอบเมาสนุกดี สังคมไม่ยอมรับและไม่อยากให้กลับไปอยู่ในชุมชน ก็ยังได้รับการดูแลจากย่า มารดามีครอบครัวใหม่ติดต่อไม่ได้ บิดาเสียชีวิต ตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 8 ปี

ขณะเข้ารับการรักษา มีความภาคภูมิใจในตัวเอง ปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายผลงานออกมาดี ในฐานะหัวหน้าทีมงาน รับผิดชอบต่องาน มีความรู้สึกผิดที่ใช้ยาเสพติด ไม่เรียนหนังสือ บอกว่าจะตั้งใจบำบัดรักษาเลิกยาให้ได้

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ(Role-relation pattern)

ก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยเป็นบุตรคนสุดท้อง มีพี่ชาย 1 คน ของบิดามารดา บิดามารดาเลิกกัน บิดาเสียชีวิต ส่วนมารดามีครอบครัวใหม่ติดต่อไม่ได้ บุคคลในครอบครัวมีย่า อา และพี่ชายดื่มสุราบ้างตามเทศกาล ปฏิเสธการเสพยาเสพติด ผู้ป่วยเสพยาเสพติดตั้งแต่อายุ 10 ปีความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ไม่ค่อยราบรื่น สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ห่างเหิน ผู้ป่วยมองว่าตนเองขาดที่พึ่ง ผู้ป่วยสนิทกับพี่ชาย แต่บางครั้งจะทะเลาะกันด้วยเรื่องที่ผู้ป่วยไปใช้ยาเสพติดและไปอยู่กับเพื่อน ย่าห้ามปรามไม่ฟัง ดุด่า ใช้คำพูดที่รุนแรง ผู้ป่วยจะตอบโต้ และออกจากบ้านไป

ขณะเข้ารับการรักษา ครอบครัวมาเยี่ยมผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ย่ากลัวผู้ป่วยเลิกยาเสพติดไม่ได้ กลัวสังคมชุมชน ไม่ยอมรับ ผู้นำชุมชนไม่มั่นใจในพฤติกรรมเลิกเสพยาเสพติดของผู้ป่วย

สัมพันธภาพทางสังคม(Social Relationship): ผู้ป่วยบอกส่วนใหญ่มีแต่เพื่อนที่ใช้ยาเสพติดด้วยกัน

สัมพันธภาพกับบุคลากรทางการแพทย์และเพื่อนผู้ป่วยอื่น: ระยะ 2-3 วันที่ย้ายเข้ามาอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจะแยกตัว จะไม่ไปสนทนาทักทายเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันก่อน เจ้าหน้าที่สอบถามจะตอบสั้นๆ ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกลุ่มต่างๆกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันได้

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality-reproductive)

ก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยมีสถานภาพโสด มีการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม สามารถบอกถึงการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยได้ว่าควรใช้ถุงยางอนามัย และบอกถึงประโยชน์ของการใช้ถุงยางอนามัยได้

ขณะเข้ารับการรักษา มีการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม ไม่มีความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะในระบบสืบพันธ์

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด (Coping-stress tolerance pattern)

ก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยเป็นคนสนุกสนานร่าเริง แต่โมโหร้าย ทุกครั้งที่มีปัญหา จะไม่ปรึกษาใคร จะทำลายข้าวของ ขณะเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเผชิญปัญหาด้วยการ ปรึกษากับหัวหน้าทีมงาน การควบคุมอารมณ์ต่อการเผชิญปัญหาจะแสดงออกทางสีหน้าและท่าทาง

ขณะเข้ารับการรักษา เมื่อผู้ป่วยเกิดข้อบกพร่อง จะได้รับการช่วยเหลือตามรูปแบบชุมชนบำบัด ผู้ป่วยจะแสดงออกด้วยแววตาไม่เป็นมิตร ควบคุมตัวเองได้ไม่ดี กำมือและกัดฟัน แสดงออกด้วยท่าทางไม่พอใจ

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อและค่านิยม (Value-belief pattern)

ก่อนเข้ารับการรักษา นับถือศาสนาพุทธ ไม่เคยบวชตามประเพณี ยึดถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ มีความเชื่อในเรื่องของการทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว ตามหลักพุทธสาสนา ไม่มีรอยสักตามร่างกาย ไม่เชื่อเรื่องเวทมนต์

ขณะเข้ารับการรักษา เข้าร่วมกิจกรรมสวดมนต์ไหว้พระ ที่ทางหอผู้ป่วยกำหนดได้

การตรวจสภาพจิต

1. ลักษณะที่ปรากฏและพฤติกรรม

ชายไทย วัยรุ่น รูปร่างสันทัด ผิวดำแดง หน้าตาสมวัย ผมสั้นสีดำ สวมชุดโรงพยาบาล แต่งกายสะอาด สีหน้าไม่สดชื่น หมกมุ่น ครุ่นคิด ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างพูดคุยสีหน้ากังวล ไม่หงุดหงิด พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Psychomotor) ปกติ เดินปกติ ทรงตัวได้ดี

2.การพูด (Speech) แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบตรงคำถาม น้ำเสียงเบา พูดช้า จังหวะการพูดสม่ำเสมอ

3. อารมณ์ (Mood and Affect)

- พื้นฐานอารมณ์เป็นคนใจเย็น หงุดหงิดเป็นบางครั้ง หากมีสิ่งที่มากระตุ้นที่ทำให้หงุดหงิด

- อารมณ์ที่แสดงออก (Affect) ควบคุมอารมณ์ได้ดี การแสดงออกของอารมณ์สอดคล้องกับเนื้อหาหรือความคิดขณะที่พูด

4. ความคิด (Thought)

- กระแสความคิด (Stream of thought) ปกติ

- เนื้อหาความคิด (Content of thought) มีความปกติไม่พบอาการหลงผิด ระหว่างการรักษาและศึกษาข้อมูล

5. การรับรู้สิ่งเร้า (Perception)

- ปฏิเสธการมีหูแว่ว ภาพหลอน

6. การรับรู้ตัวเองและสิ่งแวดล้อม (cognitive function)

- การรับรู้วันเวลาสถานที่ บุคคลปกติ

7. ความจำ (Memory)

- ความจำระยะยาว (Remote memory) จำเรื่องราวในอดีตได้แม่นยำ สามารถเล่าเรื่องได้ตรงกับประวัติที่ได้จากย่า

- ความจำระยะสั้น (Recent memory) สามารถจำได้ว่าเมื่อเช้ารับประทานข้าวต้ม

- ความจำทันที ทันใด (Immediate memory) ทดสอบโดยให้ผู้ป่วยจำสิ่งของ 3 อย่างคือ ดอกไม้ กุญแจ รถยนต์ ผู้ป่วยพูดตาม จำและตอบได้ถูกต้อง

8. ความตั้งใจและสมาธิ (Attention and concentration)

- ในระยะแรกยังไม่สามารถประเมินได้ เมื่ออาการดีขึ้นพบว่า ผู้ป่วยมีสมาธิในระดับปกติ สามารถลบเลขในใจได้

9. เชาวน์ ปัญญาและความรอบรู้ (Intelligence and General Knowledge)

- การทดสอบเชาวน์ ปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้ลบเลขครั้งละ 5 จาก 100 ผู้ป่วยสามารถลบได้ ให้ลบครั้งละ 4 จาก 50 ผู้ป่วยสามารถลบได้ถูกต้อง

10. การตัดสินใจ(Judgment)

- สมมุติเหตุการณ์ให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่า หากผู้ป่วยอยู่ในเหตุการณ์นั้น ผู้ป่วยสามารถตอบได้สมเหตุผล เช่น พบจดหมายจ่าหน้าซองปิดแสตมป์ ผู้ป่วยตอบว่าเอาไปส่งที่ตู้ไปรษณีย์

11. การรู้จักตนเอง (Insight) ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองมีอาการจากการใช้ยาเสพติด รับรู้ว่าตนเองหงุดหงิดและควบคุมไม่ได้ นอกจากนี้บอกว่าย่าพามารักษาโรคซึมเศร้า และ บอกว่าอาการที่แสดงออกมานั้นตนเองสามารถจัดการได้ ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัด ซึ่งแสดงถึง Poor insight

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Methamphetamine Positive > 1000 mg/ml

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

เนื่องจากผู้ป่วยรายกรณีศึกษานี้ได้รับการบำบัดอาการทางกายและทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในระยะถอนพิษยาซึ่งเป็นเพียงการรักษาขั้นแรกของกระบวนการบำบัด เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะเฉียบพลันและระยะที่มีอาการถอนยาได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งอาการทางจิตสงบแล้ว ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น มีสมาธิพูดคุยได้มากขึ้น สามารถปรับตัวต่อการรักษาได้ดี ขั้นตอนการบำบัดที่สำคัญต่อไป คือ ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการบำบัดด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยได้ย้ายสู่ขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนเพื่อการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดจะประกอบด้วย ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านเพื่อนและปัจจัยด้านชุมชนและสิ่งแวดล้อม ซึ่งการบำบัดที่สำคัญต้องแก้ไขจากสาเหตุที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย ในรายกรณีศึกษารายนี้ เมื่อวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาความขัดแย้งกันในครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วย ปัญหาตัวผู้ป่วยยังขาดทักษะที่จะป้องกันการติดยาเสพติดซ้ำรวมทั้งการดูแลต่อเนื่องของตนเองหลายๆทักษะ ดังนั้นเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยระยะนี้ จึงเน้นการพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตและการติดซ้ำ การช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองจากภาวะโรคร่วม ความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะโรคร่วมให้มากเพียงพอที่จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง การฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง สามารถกำหนดเป้าหมายในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จะรวมถึงการดูแลในระยะก่อนจำหน่าย คือการดูแลในระยะฟื้นฟูสร้างทักษะที่จำเป็นในการหยุดใช้ยาและสารเสพติด การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตและการติดซ้ำ รวมทั้ง การพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว การช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองจากภาวะโรคร่วม ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำระยะก่อนกลับบ้าน กิจกรรมทางการพยาบาลส่วนใหญ่จึงมุ่งเน้นการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ในรูปแบบการจัดกิจกรรมทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล กิจกรรมทางการพยาบาลในขั้นตอนนี้จึงเป็น แนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมายของการวางแผนการดูแล ทั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในรูปแบบของ FAST Model ตามระบบการดูแลของโรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ขาดความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักในการดูแลตนเอง
2. ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากความเครียดได้เหมาะสม
3. ขาดทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองจากปัญหาการติดยาและสารเสพติด
4. ขาดความรู้เรื่องการป้องกันการเสพติดซ้ำ
5. ครอบครัวยังไม่มีแผนการดูแลต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ขาดความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักในการดูแลตนเอง

S: ผู้ป่วยบอกว่าการเลิกยาเสพติดขึ้นอยู่กับจิตใจ ไม่เกี่ยวกับสมองและการกินยา

O: ผู้ป่วยยังไม่มีความเข้าใจในกลไกการเกิดโรคสมองติดยา และยังไม่เข้าใจว่าผลจากการเสพติดทำให้เกิดโรคทางจิตเวช

การพยาบาล ให้ข้อมูลเรื่องการเกิดโรคสมองติดยาและการเกิดโรคร่วมและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจว่าผลจากการใช้ยาและสารเสพติดที่ทำให้เกิดโรคสมองติดยาและโรค ร่วมทางจิตเวช ว่าเป็นโรคที่พบร่วมกัน
2. ให้ความรู้กลไกลการเกิดโรคสมองติดยาจากการใช้ยาและสารเสพติด
3. ให้ข้อมูลการบำบัดรักษาที่ต้องควบคู่กันทั้งการเลิกยาและสารเสพติด ร่วมกับการรักษาโรคทางจิตเวช
4. ฝึกให้ผู้ป่วยระบุปัญหาของตนเองที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด เช่น ปัญหาการกลับไปเสพยาและสารเสพติดซ้ำ ปัญหาจากการไม่สามารถควบคุมตนเองให้หยุดเสพยาและสารเสพติด ปัญหาจากการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช และดูแนวทางการแก้ไขปัญหา
5. ประเมินผู้ป่วยถึงแนวทางทางเลือก แหล่งสนับสนุนการบำบัดรักษาการใช้ยาและสารเสพติดที่มี การเกิดโรคร่วมทางจิตเวช เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม หากยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือยังไม่มีความเข้าใจ ให้ข้อมูล แนวทางทางเลือก แหล่งสนับสนุนการบำบัดรักษาการใช้ยาและสารเสพติดที่มีการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช
6. ฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์อาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติของตนเองได้ เช่น อาการหูแว่ว นอนไม่หลับ หงุดหงิด ระแวงกลัวโดยไม่มีเหตุ
7. ฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์เหตุการณ์ที่อาจชักนำตนเองให้กลับไปใช้ยาและสารเสพติด โดยการยกตัวอย่างสถานการณ์ และแนวทางการจัดการกับปัญหาเมื่อพบเจอสถานการณ์นั้นๆ
8. ให้ผู้ป่วยบอกผลเสียและผลกระทบจากการใช้ยาและสารเสพติดที่มีต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน จากการใช้ยาและสารเสพติดจนทำให้เกิดภาวะโรคร่วมทางจิตเวช
9. ให้ผู้ป่วยบอกแนวทางการปฏิบัติตนในการรักษาโรคการติดยาและสารเสพติดจนเกิดภาวะโรคร่วมทางจิตเวช เลือกแนวทางการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหา/อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางการแก้ไขปัญหา อุปสรรค ได้อย่างมีเหตุผล

ประเมินผล หลังการให้สุขศึกษาและให้ข้อมูลการรักษาของโรค ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้นและยอมรับว่าตนเองเป็นโรคที่เกิดจากการเสพติด และมีความตระหนักว่าต้องได้รับการบำบัดรักษา เมื่อฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่าง ผู้ป่วยสามารถบอกอาการผิดปกติของตนเองได้ บอกวิธีการ จัดการเมื่อต้องพบเจอสถานการณ์ที่ถูกชักชวนให้ใช้ยาเสพติด บอกได้ว่าผลกระทบจากการใช้ยาทำให้ตนเองต้องป่วยและมีอาการทางจิต เกิดปัญหาแก่ครอบครัวและชุมชน และบอกได้ว่าตนเองต้องรับการรักษาโดยเฉพาะการรับประทานยารักษาโรคทางจิตเวช ที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากความเครียดได้เหมาะสม

S : ผู้ป่วยจะแสดงออกด้วยแววตาไม่เป็นมิตร ควบคุมตัวเองได้ไม่ดี กำมือและกัดฟัน แสดงออกด้วยท่าทางไม่พอใจเมื่อเกิดข้อบกพร่อง

O : ผู้ป่วยยังไม่มีแนวทางการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

การพยาบาล ฝึกเผชิญกับปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด

1. ส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียด ตามแนวทางการจัดการความเครียด ได้แก่ให้ผู้ป่วย สำรวจความเครียด แล้ววิเคราะห์สิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยลองหาวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง

2. เมื่อผู้ป่วยสามารถหาวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้แล้ว ให้ผู้ป่วยประเมินผล หากความเครียดหมดไป แสดงว่าการจัดการความเครียดวิธีนั้นได้ผล แต่ถ้ายังไม่หมดไปให้ลองวิเคราะห์หาแนวทางใหม่ ที่เหมาะสมกับตนเอง

3. กรณีที่ยังมีความเครียดสูงและวิตกกังวลมาก จนมีผลต่อภาวะสุขภาพ อาจมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือเพิ่มเติม เช่น การปรึกษาแพทย์เพื่อรับยาคลายเครียด

ประเมินผล ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางการจัดการความเครียดโดยไม่ใช้ยาเสพติดได้ โดยต้องค้นหาสาเหตุของการเกิดความเครียดแล้วจึงจะหาวิธีการจัดการได้ แต่ที่สำคัญควรปรึกษาผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เบื้องต้นผู้ป่วยบอกว่าถ้าเครียดมากๆ จะบอกให้ย่าพามาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ขาดทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองจากปัญหาการติดยาและสารเสพติด

S: ผู้ป่วยบอกว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในชีวิต บางครั้งตนเองสับสน หาทางออกไม่ได้ มักจะใช้การเสพยาเสพติดเพื่อแก้ปัญหาไม่ให้คิดมาก

O: ผู้ป่วยไม่สามารถบอกแนวทางการดูแลตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ เช่น ไม่สามารถบอกวิธีการ ปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ใช้ยาเสพติดได้

การพยาบาล

- ฝึกทักษะที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ โดยมีแนวทางการจัดกิจกรรมดังนี้

การจัดกิจกรรม การฝึกทักษะการปฏิเสธ

1. การพัฒนาทักษะการปฏิเสธโดย การแนะนำและฝึกให้ผู้ป่วยปฏิเสธการถูกชักชวนโดยการจำลองสถานการณ์ ตัวอย่างเช่น ให้ปฏิเสธอย่างจริงจังทั้งคำพูดและน้ำเสียง เพื่อแสดงความตั้งใจอย่างชัดเจนที่จะปฏิเสธให้ใช้ความรู้สึกเป็นข้ออ้างประกอบเหตุผล เมื่อถูกเซ้าซี้ต่อ หรือถูกสบประมาท ไม่ควรหวั่นไหวกับคำพูดเหล่านั้น ปฏิเสธซ้ำโดยไม่ต้องใช้ข้ออ้าง พร้อมทั้งบอกลา และหาทางเลี่ยงจากเหตุการณ์ไป การต่อรองโดยหากิจกรรมอื่นที่ดีกว่ามาทดแทน การเจรจาโดยการขอยืดระยะเวลาออกไป

2. ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์จำลองที่ฝึกปฏิบัติและบอกแนวทางที่เหมาะสมกับตัวเองเมื่อถูก ชักชวนให้ใช้ยาเสพติด

3. แนะนำการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด เช่น การคบเพื่อนกลุ่มใหม่ การหากิจกรรมทำร่วมกับเพื่อนกลุ่มที่ไม่เสพยาหรือกับสมาชิกในครอบครัว

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้ยาและสารเสพติด โดยการตั้งประเด็นคำถาม ให้บอกผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นเมื่อใช้ยาและสารเสพติด

5. แนะนำการบันทึกและทบทวนความสำเร็จจากการเผชิญเหตุการณ์การถูกชักชวนให้เสพยาเสพติด

6. ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นถึงความสำคัญของการปฏิเสธอย่างหนักแน่น เพื่อป้องกันตนเองจาก การถูกชักจูงให้ใช้ยาเสพติดซ้ำ

7. สรุปและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากการให้คำแนะนำและฝึกเหตุการณ์จำลองในการปฏิเสธการ ใช้ยาเสพติด

การจัดกิจกรรม ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา

1. ส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาและแนะนำแนวทางในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่อาจชักนำให้เกิด เหตุการณ์ใช้ยาเสพติดซ้ำ ตัวอย่างเช่น การยกตัวอย่างเหตุการณ์และให้ผู้ป่วยฝึกพัฒนาทักษะ ตามแนวทาง ดังต่อไปนี้ เช่น วิเคราะห์และจำกัดขอบเขตของปัญหา
2. บอกวัตถุประสงค์ที่จะตัดสินใจกระทำ การแยกแยะเป้าหมายของการตัดสินใจที่จะกระทำ
3. บอกทางเลือกที่จะปฏิบัติ ประเมินทางเลือก เพื่อหาทางเลือกที่จะช่วยแก้ปัญหาได้ ตัดสินใจ เลือกทางเลือกที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด และสอดคล้องที่สุด
4. ทบทวนการตัดสินใจจึงจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามทางเลือก

การจัดกิจกรรม ฝึกทักษะให้มีกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

1. พัฒนาทักษะและส่งเสริมกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วย มีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหายาเสพติด
2. ให้ผู้ป่วยระบุปัญหาจากการติดยาเสพติดของตนเองให้แยกแยะข้อดี-ข้อเสียที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดและการเกิดโรคทางจิตเวช
3. ให้สรุปปัญหาของตนเองที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติดและการเกิดโรคทางจิตเวช
4. ให้เลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

การจัดกิจกรรม ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พัฒนาทักษะ และส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองให้กับผู้ป่วย ตามแนวทางการส่งเสริม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่น

1. การฝึกการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยแสดงออกโดยการพูดแสดงความรู้สึกอย่างมี เหตุผล และชมเชยเมื่อปฏิบัติได้
2. การกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดชมเชยตัวเองเมื่อสามารถทำกิจกรรมเพื่อสร้างความมั่นใจในตนเอง
3. การแนะนำครอบครัวและญาติ ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างคนสำคัญ ไม่แสดงท่าทีรังเกียจหรือต่อว่าในความผิดพลาดในอดีต
4. การแนะนำให้ผู้ป่วยพูดแสดงความคิดเห็นโดยการใช้ภาษาเชิงบวกเช่น การพูดถึงข้อดีของคนใน ครอบครัว
5. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสดงการยอมรับคำยกย่องชมเชยอย่างเหมาะสม
6. การแนะนำให้ลดความคาดหวังในตนเองและหลีกเลี่ยงการประเมินค่าตนเองในทางลบ

ประเมินผล เมื่อได้รับการฝึกทักษะที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางการปฏิบัติตัวได้ตามแนวทางที่ได้รับการฝึก ได้แก่ สามารถปฏิเสธการถูกชักชวนโดยการจำลองสถานการณ์ที่กำหนดขึ้น สามารถบอกทางเลือกที่จะปฏิบัติหากพบปัญหาโดยมีกระบวนการคิดตามขั้นตอนการแก้ปัญหา สามารถแยกแยะข้อดี-ข้อเสียที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ และสามารถบอกข้อดีของตนเอง บอกได้ว่าตนเองมีคามมั่นใจในการเลิกยาเสพติดเพื่อที่จะสามารถออกไปดูแลยายได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ขาดความรู้เรื่องการป้องกันการเสพติดซ้ำ

S: ผู้ป่วยบอกว่า เคยลองคิดจะเลิกยามาหลายครั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้

O: ผู้ป่วยไม่สามารถบอกการจัดการตัวกระตุ้นได้

การพยาบาล

1. แนะนำและฝึกให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำของตนเอง และฝึกจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ
2. แนะนำและฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ตัวกระตุ้นที่จะทำให้เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำของตนเอง และฝึกจัดการกับตัวกระตุ้นนั้นๆ
3. แนะนำและฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์หาข้อดี ข้อเสียของการใช้ยาเสพติดแล้วให้พิจารณาชั่งน้ำหนัก ข้อดีข้อเสียอย่างรอบด้านเพื่อกระตุ้นให้สามารถตัดสินใจเลิกยาเสพติด

4. สอนให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรมและสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของทั้งสามด้านโดยให้ผู้ป่วยพิจารณาความคิด ที่ส่งผลต่ออารมณ์ แล้วพิจารณาอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมหลังจากนั้น พิจารณาพฤติกรรมที่แตกต่างกันแม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่เหมือนกัน ให้ผู้ป่วยบอกความสำคัญของความคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม

5. แนะนำให้ผู้ป่วยประเมินอารมณ์และจัดการกับอารมณ์ของตนเอง ตามแนวการปฏิบัติ ได้แก่ ให้ผู้ป่วยฝึกการประเมินอารมณ์และบอกได้ว่าอารมณ์ที่เกิดกับตนเองในปัจจุบันเป็นอย่างไร แนะนำการตั้งเป้าหมายเพื่อจัดการกับอารมณ์และให้ผู้ป่วยบอกผลของการจัดการกับอารมณ์ที่ตนเองตั้งเป้าหมายไว้

6. สอนให้ผู้ป่วยจัดการกับความคิดอัตโนมัติที่อาจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมเสพซ้ำ ตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ผู้ป่วยบอกความคิดที่ผุดขึ้นทันทีเมื่อนึกถึงการเสพยาและสารเสพติดและฝึกให้ผู้ป่วยตรวจสอบความคิดว่า จะเกิดเป็นพฤติกรรมอย่างไรถ้ากลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

7. ให้คำแนะนำการฝึกเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติเพื่อให้สามารถตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่อาจเข้าไปเสพยาเสพติด

8. สอนความเชื่อที่สัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติด โดยใช้หลักการและแนวคิดดังต่อไปนี้

- ฝึกแยกแยะสถานการณ์เสี่ยงที่พบกับตัวกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดทั้งตัวกระตุ้นภายในและภายนอก
- แนะนำการเผชิญกับตัวกระตุ้นและการหยุดพฤติกรรมที่อาจทำให้กลับไปเสพติดซ้ำ
- เน้นย้ำตัวกระตุ้นที่สำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยกับไปเสพซ้ำ
- ให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่อาจชักนำให้เสพติดซ้ำและบอกวิธีการหลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์นั้นๆ
- แนะนำการหยุดความคิดที่อาจรบกวนให้ชักนำการกลับไปเสพซ้ำโดยการฝึกพูดกับตัวเองดังๆ ว่า “หยุด” เพื่อดึงสติกลับมา
- ให้ผู้ป่วยหาคำพูดหรือข้อความเชิงบวกในการบอกกับตัวเองเมื่อมีความคิดที่จะกลับไปใช้ยาเสพติด

9. แนะนำการลงบันทึกประจำวัน ได้แก่ บันทึกเหตุการณ์ที่อาจใช้ยาเสพติดซ้ำและการจัดการที่ ตนเองได้ปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยนำมาอ่านทบทวนเมื่อเกิดเหตุการณ์อีกครั้ง

ประเมินผล ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าอะไรคือตัวกระตุ้นที่อาจทำให้ตนเองกลับไปเสพซ้ำได้และมีแนวทางการจัดการตัวกระตุ้นได้โดยการยกตัวอย่างเหตุการณ์จริงที่ตนองเคยพลาดพลั้งไปใช้ยาเสพติด และนำสถานการณ์ดังกล่าวมาวิเคราะห์และร่วมหาแนวทางการจัดการหากเกิดขึ้นอีก เมื่อผู้ป่วยฝึกการวิเคราะห์ แยกแยะแล้วมีความมั่นใจและตั้งใจจะนำแนวทางที่ได้รับการฝึกไปปฏิบัติจริง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ครอบครัวยังไม่มีแผนการดูแลต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

S: ผู้ป่วยบอกว่า เมื่อกลับบ้านไปไม่รู้จะเริ่มต้นทำตัวอย่างไร และย่ายังกังวลใจว่าผู้ป่วยจะกลับไปสร้างปัญหาเหมือนเดิม

O: ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่มีแผนการดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

การพยาบาล

1. นัดหมายครอบครัว เพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาวะแวดล้อมเมื่อมีแผนจะจำหน่ายกลับบ้าน

2. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยดูแลภายหลังจำหน่าย ในประเด็นต่อไปนี้

- ปัญหาด้านร่างกาย แนวทางการรักษาการรับประทานยาต่อเนื่อง ด้านจิตใจและอารมณ์ ความเครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย
- ด้านสังคมจิตวิญญาณ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง /ความภาคภูมิใจในตนเอง เป้าหมายชีวิต แรงจูงใจ
- ความเสี่ยงยาและสารเสพติด/ความวิตกกังวล
- ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง

- แหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือความต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย
- ความจำกัดในกิจกรรมต่างๆเมื่อต้องรับประทานยาทางจิตเวช

3. ประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวในวางแผนการดูแลตนเอง การวางแผน การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

4. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตามแผนการดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัยหรือ ปัญหาที่คาดว่าอาจเกิดขึ้นในการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปปฏิบัติจริง

5. ร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยกับครอบครัวตามสภาพปัญหาและความต้องการ ศักยภาพ ความพร้อม ของผู้ป่วยและครอบครัว

6. ให้คำแนะนำการประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (Self harm and harm to others) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักว่าอาจเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้ ในอาการดังต่อไปนี้

6.1 อาการก้าวร้าวหรือพฤติกรรมรุนแรง (violence and aggression) สัญญาณแนวโน้มความรุนแรง อาทิ การกระทำรุนแรงเพิ่งเกิดขึ้น ได้แก่ การทำลายทรัพย์สินขมขู่ คุกคามทางวาจาหรือทางการกระทำ

6.2 พฤติกรรมทำร้ายตนเอง (Self harm or suicidal gesture) ควรเฝ้าระวังอาการซึมเศร้าและ ความคิดหรือพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง สังเกตอารมณ์เศร้า ซึ่งผู้ป่วยเป็นคนบอกหรือสังเกตเห็นโดยผู้อื่น ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำแทบทั้งหมดลดลง มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนฆ่าตัวตาย

6.3 เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการที่อาจเป็นอันตราย ญาติต้องพิจารณาที่จะร้องขอความช่วยเหลือเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายได้

7. แนะนำ/ประสานงาน (กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ) ถึงการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล ในท้องถิ่นที่ผู้ป่วยจะรับบริการได้เมื่อ

- เกิดเหตุฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือครอบครัว
- เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบผู้ป่วยนอกกรณี ผู้ป่วยไม่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรูปแบบผู้ป่วยใน

8. แนะนำวิธีการเข้าไปขอรับความช่วยเหลือจากชุมชน เช่น บริการทางสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ปกครองหรือผู้นำชุมชน เพื่อช่วยสนับสนุนการรักษาและการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ประเมินผลครอบครัวมีแนวทางการดูแลผู้ป่วย สามารถบอกอาการและการเปลี่ยนแปลงที่อาจเป็นสัญญาณว่าผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ และบอกแนวทางการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

วิจารณ์

ผู้ศึกษาได้ให้การดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบ FAST Model ในการฟื้นฟูสมรรถภาพและแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะกลับสู่สังคม ตั้งแต่กระบวนการการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากในการบำบัดรักษา เนื่องจากเสพยาเสพติดจนมีอาการร่วมทางจิตเวชและขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ข้อจำกัดในการใช้แหล่งสนับสนุน และช่วยเหลือทางสังคม และมีปัญหาขัดแย้งกับชุมชน เมื่อต้องกลับไปอยู่ในสังคมภายหลังการบำบัด ขั้นตอนการประเมินผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ สภาพแวดล้อม และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือแบบองค์รวมทั้งสหสาขาได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งครอบครัวและชุมขน เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ในขั้นตอนการระบุปัญหาของผู้ป่วย ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยภายใต้การนำของผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลหัวหน้าทีมศึกษารายกรณีศึกษานี้ ได้มีการระบุปัญหาอย่างครอบคลุมทั้งในระยะแรกรับถึงสัปดาห์ที่ 2 ของระยะกลับสู่สังคม ไม่พบอาการทางจิต เริ่มมีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาร่วมกับทีมสหสาขา แต่ครอบครัวไม่สะดวกในการมาเข้าร่วมกิจกรรม ทีมสหสาขาได้เพิ่มทักษะและความเข้มแข็งด้านจิตใจ ขั้นตอนการวางแผนให้การดูแล การวางแผนการดูแลเชื่อมโยงระหว่าง ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งแหล่งบริการช่วยเหลือทางสุขภาพและอื่นๆ ดังในรายกรณีศึกษานี้ ขาดความ

ร่วมมือจากครอบครัว ครอบครัวบอกไม่พร้อมที่จะรับตัวผู้ป่วยกลับ และตัวแทนชุมชน ยังไม่ไว้วางใจในตัวผู้ป่วยในเรื่องพฤติกรรมการเสพยาเสพติด การวางแผนการดูแลในระยะต่อเนื่องจึงมีความยุ่งยาก มีอุปสรรค ดังนั้นการกำหนดแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case Study) มีดังนี้

เป้าหมายการดูแลที่กำหนดไว้ของแผนการดูแลรายกรณี (Case Study) ในระยะกลับสู่สังคมและขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จึงเน้นการพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตและการติดซ้ำ การช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัว ชุมชน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองจากภาวะโรคร่วม ความสัมพันธ์ของ การเกิดภาวะโรคร่วมให้มากเพียงพอที่จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและรับประทานยาทางจิตเวช อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง กิจกรรมทางการพยาบาลส่วนใหญ่จึงมุ่งเน้นการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการเสริมสร้างทักษะ ที่จำเป็นดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ในรูปแบบการจัดกิจกรรม ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล กิจกรรมทางการพยาบาลในขั้นตอนนี้จึงเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมายของการ วางแผนการดูแล ทั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในรูปแบบของ FAST Model ตามระบบการบำรักษาของโรงพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามแผนที่จัดทำไว้โดยการมีส่วนร่วมของสหสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ นักจิตวิทยาที่ประสานความร่วมมือในการตรวจ วิเคราะห์สภาพจิต ให้คำปรึกษา และนักสังคมสงเคราะห์ในการประสานครอบครัวผู้แทนชุมชนและสาธารณสุขใกล้บ้านมาร่วมวางแผน เข้ากลุ่มกิจกรรมที่ผู้ศึกษาในบทบาทผู้ศึกษารายกรณีได้จัดให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนได้มีโอกาสในการรับข้อมูล ความรู้และการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกันในการที่จะช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเป็นอย่างดี

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะนี้พบว่า ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจนอาการทางจิตดีขึ้น มีการรับรู้ที่เป็นปกติสามารถเข้าร่วมกิจกรรมจากระบบการดูแลของทางสถาบันได้เป็นอย่างดี มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นจนผ่านเกณฑ์การประเมินของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ครอบครัวและชุมชน เกิดแนวทางการปฏิบัติ โดยผ่านกระบวนการยกปัญหาของผู้ป่วยและร่วมกันตัดสินใจหาแนวทางร่วมกันกำหนดขึ้นมา เช่น การกำหนดข้อตกลงในการปฏิบัติตัว ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ตัวแทนชุมชน มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น ยอมรับว่าปัญหาที่เคยเกิดขึ้นเกิดจากการเสพติดและส่งผลทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคสมองติดยา การบำบัดรักษาช่วยให้ผู้ป่วยอาการทุเลาและดีขึ้นตามลำดับ ชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลต่อเนื่องและยินดี ที่จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยร่วมกับชุมชนที่เกิดขึ้นในการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ การกำหนดข้อตกลงเรื่องการไม่คบเพื่อนกลุ่มที่ใช้ยาเสพติด การมาเข้ากลุ่มติดตามการรักษากับโรงพยาบาลใกล้บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะเป็นผู้เข้าไปประสานงานกับครอบครัวและพาผู้ป่วยมาติดตาม การไม่ประพฤติตนที่จะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด โดยชุมชนจะช่วยดูแล และสอดส่องพฤติกรรมของผู้ป่วย และเมื่อมีอาการผิดปกติจะรีบเข้ามาปรึกษาหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้านทันที ตัวผู้ป่วยมีความรู้สึกด้านบวกกับตนเองมากขึ้น ทำให้ตนเองหายจากอาการทางจิตเวชและมีแรงจูงใจที่จะเลิกยาเสพติด ทางครอบครัวและชุมชนยังไม่พร้อมรับผู้ป่วยกลับ วางแผนร่วมกับทีมสหสาขาได้รับการประเมินจากคณะกรรมการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผ่านเกณฑ์การประเมินการ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ผู้ป่วยได้วางแผนการกลับบ้านและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 24 พฤษภาคม 2566 และในวันจำหน่ายผู้ป่วย ได้นัดหมายครอบครัวมา รับกลับ ผู้ศึกษาได้นำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการติดตามการรักษาของสถานบำบัด และนัดพบนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อประเมินผลการบำบัดของทีม และวางแผนการดูแลต่อเนื่องกับศูนย์บริการสาธารณสุข โดยนักสังคมสงเคราะห์ได้ประสานนัดหมายให้ผู้ป่วยเข้ามาติดตามการรักษาที่สถาบันต่อ แต่ทางครอบครัวไม่พร้อมรับกลับรวมถึงทางชุมชนยังไม่ไว้วางใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ศึกษาเป็นทั้งหัวหน้าทีมในการดูแลรักษาร่วมกับทีมสหสาขา จึงมีการปรับแผนในการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยให้เข้าเรียนที่ศูนย์การศึกษาพิเศษในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีจนจบมัธยมศึกษาปีที่ 3 ขณะนี้ผู้ป่วยกำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอน

ปลาย และมีแผนบรรจุทำงานที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้

ด้านการพยาบาล

1. พฤติกรรมดังกล่าวทำให้การแก้ไขปัญหามีความสลับซับซ้อนยิ่งขึ้น ในการให้การพยาบาลจึงต้องจัดลำดับที่จะแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบมากที่สุดก่อน โดยเรียงลำดับความสำคัญหรือความจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยจะมีลักษณะไม่ยอมรับกฎเกณฑ์ต่างๆ มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (Impulsive behavior) อาการก้าวร้าว (เช่น การทำลายสิ่งของซ้ำๆ) การไม่สนใจต่อความปลอดภัยของตนเองหรือผู้อื่นอาการจากยาเสพติด ปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นลำดับขั้น และต้องวางแผนการติดตามให้การดูแลต่อเนื่องไปจนถึงเป้าหมายที่จะทำให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดให้ได้ โดยการบูรณาการปัจจัยต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการติดยาเสพติด

2. เมื่อมีสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น เช่นการทำลายสิ่งของ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ทำร้ายร่างกายตนเอง ควรมีการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่นเป็นลำดับแรก เป็นการพิจารณาภาพรวมของสถานการณ์ในขณะนั้น หลักสำคัญที่สุดคือ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของทุกฝ่าย รวมทั้งพยายามหาว่ามีอุปกรณ์ที่อาจใช้เป็นอาวุธอยู่ที่ผู้ป่วยหรือไม่

3. บุคลิกภาพและการแสดงออกของพยาบาลผู้ดูแล มีส่วนสำคัญและเป็นปัจจัยความสำเร็จในการดูแล การใช้คำพูดที่นิ่งสงบ ไม่คุกคาม ท่าทางมั่นใจ หลีกเลี่ยงการพูดคุยใด ๆ ที่จะทำให้เกิดความไม่พอใจ หรือทำให้เครียด หรือคำพูดที่ท้าทาย

ด้านนโยบาย

1. ควรมีการติดตามและทบทวน การดำเนินงานทีมตอบสนองภาวะฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง (SMIV) อย่างต่อเนื่อง

2. การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อเนื่องหลังจำหน่าย นอกจากครอบครัวต้องดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการติดซ้ำแล้ว การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องหากมียารับประทานต่อ นับว่าเป็นเรื่องสำคัญและเกี่ยวพันกัน ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการจัดกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกทักษะรวมทั้งสร้างความตระหนักแก่ครอบครัว ชุมชนและตัวผู้ป่วยเอง เพื่อให้สามารถดูแลตัวเอง รวมทั้งครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ในสมาคมพยาบาลยาเสพติดเพื่อสามารถส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลมีการพัฒนาความรู้ และทักษะด้านการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวแระขาดแรงสนับสนุนทางสังคมได้อย่างต่อเนื่อง

4. ผู้ป่วยยาเสพติดเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด จะต้องใช้ความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เฉพาะทาง พยาบาลจะต้องผสมผสานความรู้ทั้งในเรื่องของยาเสพติดและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ซึ่งตัวพยาบาลเองต้องมี ความเมตตา เอื้ออาทร ความเข้าใจ จริงใจ และมีความอดทนปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มองว่าผู้ป่วยเป็นอาชญากรและบุคคลที่ไม่ควรดูแล ควรให้การช่วยเหลืออย่างจริงใจ ดังนั้นองค์กรควรส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ตามค่านิยมขององค์กรอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

5. การศึกษาภาระงานและสัดส่วนเวลาการให้การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและขาดแรงสนับสนุนทางสังคม

6. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเปลี่ยนทัศนคติ ให้ความรู้ความเข้าใจของครอบครัว ชุมชน ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข.(2561). *แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care)* .นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข.

กาญจนา เหมะรัตน์, เพลิน เสี่ยงโชคอยู่, อุ่นจิตร คุณารักษ์, นิรมล ปะนะสุนา. (2555). *ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ*. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 26(2): 63-73.

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/ สารเสพติด*. นนทบุรี: บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด.

คณะกรรมการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด.(2564) *การพัฒนากฎหมายในทิศทางนโยบายยาเสพติดแนวใหม่*. (ออนไลน์) สืบค้น 13 มิถุนายน 2565 จาก,https://www.oncb.go.th/EBookLibrary.

จำปา สิงขะระ. (2565). *การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว กรณีศึกษา. โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา*, สงขลา

ฌาตยา สงห้อง.(2559). *โรคร่วมทางจิตเวชในผู้ใช้สารเสพติดโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์*. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.10(1): 52-63.

ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, 2554.*โรคสมองติดยา.*วารสารวิชาการยาเสพติด.2554.;1(1):1-5.

ณัฐ เด่นดวงบริพันธ์. (2554).*แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วย ในที่สถาบันธัญญารักษ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงณภัทร รุ่งเนย. (2560). *การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม.* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.

นฤมล มีนา, วีระพร ศุทธากรณ์.(2561).*ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะชีวิตและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดในเด็กและเยาวชนที่ได้รับการติดตามโดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน*. พยาบาลสาร.45(2):88-98.

นริสา วงศ์พนารักษ์.(2561). *การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด.*(พิมพ์ครั้งที่ 2).มหาสารคาม:สำนักพิมพ์กะกาเยีย.

นันทวัช สิทธิรักษ์และคณะ.(2552). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย .54(4):385-398

นิตยา ตากวิริยะนันท์.(2558). *การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นิภาวรรณ ตติยนันทพร.(2565).*การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติดอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ*. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 16 (2): 581-596.

นุษณี เอี่ยมสอาด, ปพิชญา ทวีเศษ, พรเลิศ ชุ่มชัย. (2563). *ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง*.วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา .14(1):9-22.

บุรฉัตร จันทร์แดง. (2560).*ปัจจัยทีมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนดงหลวงวิทยา อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร.*วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ปัฐยาวัชร ปรากฏผล.(2560). พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 28(1): 112-21.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ.(2560).*ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต:การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556*. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 25(1):1 -19.

พิพัฒน์ พันเลียว. (2560). *ผลของโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน*.วารสารพยาบาลทหารบก 18(1):207-214.

พิชัย แสงชัยชาญ และคณะ. (2553). *การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา*. กรุงเทพมหานคร: วนิดาการพิมพ์

พิชัย แสงชาญชัย. (2548). *การบำบัดรักษายาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ*. ใน วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรากร ,ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช, ฉวีวรรณ ปัญจบุศย์, และนิภา กิมสูงเนิน (บรรณาธิการ),*ตำราเวชศาสตร์การเสพติด (หน้า 147-167)*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก

พงศธร มีสวัสดิ์สม.(2563). *เภสัชวิทยาของยาเสพติด*.ใน วินัย วนานุกูลและคณะ (บ.ก.), เวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยยาและสารเสพติด.(หน้า 32-33). สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

เพลินตา เที่ยงตรง.(2554) *ตำราการพยาบาลยาเสพติด*.โรงพยาบาลธัญญารักษ์.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์สหมิตรพริ้นดิ้ง.

เพ็ญพักตร์ อุทิศ .(2561). *พลังต้านยาเสพติด: แนวคิดและข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์*. กรุงเทพ บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์ .

ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.(2457). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มาโนช หล่อตระกูล. (2550). *คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช.* พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพ;สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

รัชนก คชไกร และเวหา เกษมสุข (บรรณาธิการ). (2562). *การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรช.

รัตนาภรณ์ ประยูร. (2561). *ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดร่างกายในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์*. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 32 (1): 61-70.

รัศมน กัลยาศิริ.(2561). *การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช.* กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ลชา เรืองกิจ.(2560). *ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการเข้ารับการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ติด Methamphetamine*.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 14 (1) :74-82

วิพร เสนารักษ์.(2536). *การวินิจฉัยการพยาบาล.* สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์ (บรรณาธิการ) , กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีและการนำไปใช้ หน้า 47-62 พิมพ์ครั้งที่ 6 ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์

วิชัย โปษยะจินดา. (2556). *สมองและกลไกการเสพติด.* (ออนไลน์) สืบค้น 10 มีนาคม 2565 จาก , http://www.ihr.chula.ac.th/t3_files/brain_drug.pdf

วิโรจน์ วีรชัย และคณะ. (2548). *ตำราเวชศาสตร์การเสพติด*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ศรีสมบัติ วานิช และฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2540). *การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด*. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ : โครงการสวัสดิการวิชาการ สบช

ศิริลักษณ์ แสงส่อง. (2562). *ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานต่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า*.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.33(2): 76-90.

สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์.* พิมพ์ครั้งที่6. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (องค์การมหาชน).(2562). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ* ฉบับที่ 4 .นนทบุรี : หนังสือวันดีจำกัด.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.(2564).*คู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment :CBTx) สำหรับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน"วิถีใหม่การแก้ปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน*. กรุงเทพมหานคร:บริษัทออนป้าจำกัด.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2565). *สถิติผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ*. สืบค้น 20 พฤษภาคม 2565. จาก http://www.pmnidat.go.th

สุกุมา แสงเดือนฉาย, วันเพ็ญ ใจปทุม, สำเนา นิลบรรพ์, สุวภัทร คงหอม. (2557). *คู่มือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน*.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อนุพงศ์ จันทร์จุฬา,นุรินยา แหละหมัดและ มณฑาทิพย์ บุญมณี.(2553).*การกำกับตนเองและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดหลังเข้ารับการบำบัดรักษาที่ศูนย์บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดภาคใต้ (รายงานการวิจัย)*สงขลา:ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา

อังกูร ภัทราภร (2563). *ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่เกิดจากพิษของยาและสารเสพติดประเภทต่างๆ*.ใน วินัย วนานุกูลและคณะ (บ.ก.), เวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยยาและสารเสพติด.(หน้า 127-128). สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

Department of mental health. (2018). *Psychiatric care manual that has a Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V for institutions / hospitals Under the Department of Mental Health*. Bangkok: prosperous-plus.

Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F.M. (2002). *Health behavior and health education*: Theory, Research, and Practice. 3rded. John Wiley &Sons. CA., 185-189.

Meenu Sharma, Surasak Taneepanichskul.(2008).*Characteristics of aggression and violent behaviour among psychiatric inpatients in psychiatric wards of a tertiary hospital in New Delhi* .Journal of health research ;22: 29-32.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2007). *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. New York: The Guilford press.

Mohr W, Petti T, Mohr B.(2003). *Adverse Effects Associated With Physical Restraint (review paper)The Canadian*. Journal of Psychiatry 48 (5): 330 -337.

Ornstein, T. J., Iddon, J. L., Baldacchino, A. M., Sahakian, B. J., London, M., Everitt, B. J., &
Prochaska, J.O. et al. (1994). *Stages of changeand decisional balance for 12 problem behaviors*. Health Psychology, 13(1), 39-46.