

## การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนและมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder): กรณีศึกษา

รจนา ทิพย์วรรณ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

### บทคัดย่อ

ชายไทยวัย ๔๖ ปี รูปร่างสมส่วน มีรอยเข็มฉีดยาที่ข้อพับแขนทั้งสองข้าง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพหย่าร้าง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพธุรกิจส่วนตัว ปัจจุบันอยู่กับบิดามารดา ผู้ป่วยเคยใช้ยาเสพติดประเภท ยาบ้า กัญชา สารระเหย ปัจจุบันใช้เฮโรอีนฉีดเข้าหลอดเลือดดำเป็นเวลา ๒๑ ปี ใช้วันละ ๔ หลอดกาแฟใช้ทุกวัน ใช้ครั้งสุดท้ายวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๓ จำนวน ๒ หลอดกาแฟ ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดครั้งแรกเมื่อปี ๒๕๕๘ หยุดใช้เฮโรอีนนาน ๒ ปีและกลับมาใช้ซ้ำเนื่องจากหย่าร้างกับภรรยาและเพื่อนชวน ก่อนมาโรงพยาบาล ๑ วัน มีอาการ เพ้อ นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน บิดามารดาจึงพามาบำบัดที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๓ (Admit ครั้งที่ ๒) อาการแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบตรงคำถาม อ่อนเพลีย ง่วงนอน ปวดกระดูกและข้อมาก รู้สึกกระวนกระวายแต่ควบคุมตนเองได้ อยากรู้อายุ มีอาการถอนพิษเฮโรอีนปานกลาง(การประเมินอาการถอนพิษเฮโรอีน COWS ๘ คะแนน) ปฏิเสธหูแว่วและเห็นภาพหลอน สัญญาณชีพปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Opiates และ Methadone Positive การวินิจฉัย Heroin Dependence with Antisocial personality disorder ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาเมทาโดนระยะยาว Antipsychotics Drug Antidepressants Drug Antianxiety Drug ยากลุ่มNSAIDs และSymtomatic treatment พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดรักษา จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา เฝ้าระวังพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ดูแลผู้ป่วยไม่ให้ทุกข์ทรมานจากการขาดยา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นนำเข้ากลุ่มต่างๆเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเพิ่มทักษะชีวิตป้องกันการเสพยา วางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบ case management ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและครอบครัว ในการดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม บุคลิกภาพต่อต้านสังคม การลดอันตรายจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยเลิกใช้เฮโรอีนเปลี่ยนมาใช้ยาเมทาโดนระยะยาว ผู้ป่วยอยู่บำบัดด้วยยา รวม ๑๕ วันและเข้ารับการติดตามหลังการรักษาได้รับยาเมทาโดนต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีการควบคุมอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น ช่วยบิดามารดาทำธุรกิจของครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ตามเป้าหมายของตนเอง

## Nursing care of Heroin Dependence with Antisocial Personality Disorder

Rotchana Tipwan

Registered Nurse

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

### Abstract

Thai man, 46 years old, slender build. There are injection needle marks in the crook of both arms. Thai ethnicity, Thai nationality, Buddhist religion, divorced status. Graduated with a bachelor's degree and a private business career. Currently living with his parents, history of drugs in the case study, he used amphetamines, marijuana, and Inhalant. Currently, he has been injecting heroin into a vein for 21 years, using 4 straws per day, and Last used on October 6, 2020, using 2 straws every day. The patient has a history of first received treatment in 2015, having stopped using heroin for 2 years, and relapsed into drug addiction, the reason for divorce from his wife and friend inviting him to use drugs. One day before coming to the hospital, he had symptoms of confusion, insomnia, nausea, and vomiting. His parents took him to receive treatment at Princess Mother National Institute on Drug Abuse on the drug treatment stage, October 7, 2020 (2nd Admit). The first symptom, the patient felt good, talked and answered questions directly, fatigue, drowsiness, severe bone, and joint pain, felt nervous but controlling himself, want to smoke cigarettes. Evaluate on COWS = 8 points it moderates heroin withdrawal symptoms and denies hallucinations, normal vital signs, laboratory results in Opiates and Methadone Positive. Diagnosis of Heroin Dependence with Antisocial Personality Disorder, he received Detoxication Treatment with long-term methadone treatment, Antipsychotic Drugs, Antidepressant Drug, Antianxiety Drugs, NSAIDs, and symptomatic treatment. Nurses must build relationships to strengthen the patient's trust, provide an environment for patients to be safe, observe for side effects from taking Antipsychotics Drugs, observe for violent behavior that may be dangerous self-harm and others, take care don't suffer from drug withdrawal symptoms, safe from complications, when the patient's condition improves, encourage the patient to do group therapy, to change behavior and increase life skills to prevent relapse into addiction, care plan through case management in collaboration with multidisciplinary professionals and families regarding physical, mental, emotional, social, and Anti-social personality, harm reduction from drug use to stop using heroin and switch to long-term methadone use. The patient stayed on the drug treatment stage 15 days and followed up after continuous methadone treatment, patients have better control of emotions and behavioral changes, work in a private business, and have a good quality of life. He can live in society normally, following his own goals.

## การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนและมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder): กรณีศึกษา

รจนา ทิพย์วรรณ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

### ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

สถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทย เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ ความมั่นคงของประเทศและคุณภาพชีวิตของประชากร โดยเฉพาะส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้เสพ ผู้ติดยา ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมีพฤติกรรมก้าวร้าว เกิดอาการทางจิต หวาดระแวง อารมณ์ผิดปกติ วิตกกังวล เศร้า เกิดอาการสมองติดยา การคิดและการตัดสินใจบกพร่อง ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รัฐบาลจึงได้จัดให้ปัญหาเสพติดเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการแก้ไข เพื่อมุ่งลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาเสพติดในสังคม สร้างความมั่นคงปลอดภัย และลดความเดือนร้อนของประชาชน (คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, ๒๕๖๕)

เฮโรอีนเป็นสารเสพติดผิดกฎหมายให้โทษร้ายแรงประเภทที่ ๑ และเป็นสารกึ่งสังเคราะห์ที่สกัดมาจากมอร์ฟีน เมื่อถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตจะกระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายและเข้าสู่สมอง เกิดการกดประสาทส่วนกลางและออกฤทธิ์ต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย เพิ่มการหลั่งโดปามีนทำให้เคลิ้มสุข กตศุนย์ ควบคุมการหายใจ ทำให้หลอดเลือดขยายเกิดความดันโลหิตต่ำ เกิดความทนต่อการเจ็บปวด ลดการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร หากเสพปริมาณมากทำให้เสี่ยงได้รับเฮโรอีนเกินขนาด ส่งผลให้เกิดอาการง่วงนอนมากจนไม่รู้สึกรู้ตัว ความดันโลหิตลดต่ำ กตศุนย์ ทำให้การหายใจช้าลงจนเสียชีวิตได้ และหากใช้ในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การรับรู้เสียไป เกิดปัญหาทางจิตใจ ซึมเศร้า วิตกกังวลได้ และจากสถิติผู้เข้ารับการรักษาเฮโรอีนในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่า ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๕๖๐ คน ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๙๓๓ คนและในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑,๙๒๗ คน จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งการเสพเฮโรอีนยังเป็นสาเหตุที่ทำให้มีผู้เข้ามารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในสูงสุดเป็นอันดับที่ ๓ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, ๒๕๖๖)

ในทางจิตเวชวิทยาการติดสารเสพติด พบว่ามีหลายปัจจัยหลักๆ ที่อาจทำให้ผู้เสพยากกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ไม่ว่าจะเป็นการมองแบบเชิงด้านร่างกาย (biological factor) ที่มุ่งเน้นเรื่องเกี่ยวกับภาวะสมองติดยาให้ยาเป็นหลักในการรักษาและด้านจิตสังคม(psychosocial factors) ซึ่งมุ่งเน้นการบำบัดเชิงป้องกันการกลับมาใช้สารซ้ำ ปัจจัยสำคัญของการกลับไปติดซ้ำ และการกำเริบของการใช้สารเสพติดคือ ภาวะโรคร่วมทางจิตเวช ผู้ติดสารเสพติดเมื่อสับสนกลับไป มักพบโรคทางจิตเวชได้บ่อย ซึ่งโรคทางจิตเวชที่มักพบร่วมคือ โรคทางอารมณ์(mood disorder) โรควิตกกังวล(anxiety disorder)โรคลุ่่มจิตเภท (psychotic disorder) และ

โรคบุคลิกภาพแปรปรวน (personality disorder) ซึ่งบ่อยครั้งผู้ป่วยอาจใช้สารเสพติดกลุ่มต่างๆ เพื่อการรักษาเยียวยาตนเอง หรือในทางกลับกันในผู้ที่ใช้สารเสพติดบางชนิดอย่างหนักและเป็นเวลายาวนาน อาจเหนี่ยวนำให้เกิดโรคร่วมทางจิตเวชต่างๆ ได้ นอกจากบุคลิกภาพแปรปรวนแล้ว ยังพบว่าปัจจัยบุคลิกภาพในมิติอื่นๆ เช่น Neurotism ก็เป็นสิ่งที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดประเภทนี้เช่นกัน รวมไปถึงปัจจัยทางจิตใจอื่นๆ ในแง่การพัฒนาการ เช่น ความรู้สึกผูกพัน (attachment) ความรู้สึกต่ำต้อย (low self esteem) ลักษณะปัญหาทางสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal problem) การรับรู้และจัดการกับความเครียด (perceived stress) เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการกลับไปใช้สารเสพติด รวมไปถึงอาการที่รบกวนผู้ป่วยได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ซึ่งอาจจะไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคร่วมตาม DSM หรือ ICD แต่อาจจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจจะสัมพันธ์กับการใช้สารได้ทั้งสองทิศทาง ดังนั้นผู้บำบัด จึงควรมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลโรคทั้งสองกลุ่มดังกล่าว ควรมีการประเมิน และศึกษาความสัมพันธ์ของสภาวะทั้งสอง อย่างถ่องแท้หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรอบด้าน โอกาสที่อาการทั้งสองโรคกำเริบจะลดลง และส่งผลให้การกลับไปใช้สารเสพติดที่ลดลงจะมีมากขึ้นตามลำดับ

มีการศึกษาโรคร่วมทางจิตเวชที่หลากหลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่ล้วนแต่เป็นโรคร่วมในแกนที่หนึ่ง อันได้แก่ โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โรควิตกกังวล (generalized anxiety disorder) โรคตื่นตระหนก (panic disorder) โรคกลัว (phobic disorder) และโรคจิตเภท (schizophrenia) ผลการศึกษาความชุกมีความแตกต่างกันอย่างมากมาย ตั้งแต่ร้อยละ ๓๐-๘๐ โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือโรคทางอารมณ์ รองลงมาคือโรคกลุ่มวิตกกังวล และโรคจิตเภทตามลำดับ ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นการศึกษาโรคร่วมในแกนที่หนึ่ง ส่วนโรคร่วมในแกนที่สอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคบุคลิกภาพแปรปรวนนั้น ยังคงมีการศึกษาน้อยขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความยุ่งยากซับซ้อนในเกณฑ์การวินิจฉัย ทักษะและความชำนาญของผู้บำบัด ซึ่งโรคบุคลิกภาพแปรปรวนนั้นเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อการรักษาอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สร้างปัญหาในการบำบัดรักษาแก่ผู้บำบัดเอง และผู้ป่วยท่านอื่นที่กำลังเข้ารับการบำบัดด้วย การตระหนักและเข้าใจธรรมชาติของโรคบุคลิกภาพแปรปรวน จะช่วยให้มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้เหมาะสม ทั้งในแง่การบำบัดรายบุคคล การบำบัดรายกลุ่ม ในประเทศไทยไม่พบว่ามีการศึกษาโรคบุคลิกภาพแปรปรวนในกลุ่มผู้ใช้เฮโรอีนมาก่อน ซึ่งปัจจุบันปัญหาเฮโรอีนมีเพิ่มมากขึ้น ฉะนั้นการเข้าใจในพื้นที่ลักษณะของผู้ป่วยดังกล่าวโดยเฉพาะบุคลิกภาพและพฤติกรรมจึงมีความจำเป็นอย่างมากที่จะช่วยเสริมประสิทธิภาพการบำบัดผู้ติดสารกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น ปัญหาการเสพติดซ้ำเป็นปัญหาที่น่าวิตกสำหรับสังคมไทย เพราะผู้ที่ติดยาเสพติดเมื่อรักษาหายก็จะหวนไปติดซ้ำอีก จนเกิดผลกระทบเป็นการสร้างภาระและความรับผิดชอบให้กับสังคมอย่างไม่มีที่สิ้นสุด นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาความผิดปกติทางบุคลิกภาพมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดเป็นอย่างมาก มีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มารับการบำบัดรักษาปัญหาสารเสพติด มี Personality disorder ร่วมด้วยสูงมาก( พิชัย แสงชาญชัยและคณะ, ๒๕๔๙) โดยพบสัดส่วนของผู้ที่มารับการบำบัดรักษายาเสพติดร้อยละ ๕๓ ถึงร้อยละ ๑๐๐ มี Personality disorder ร่วมด้วย

อย่างน้อยหนึ่งอย่าง นอกจากนี้ผู้ที่มารับการรักษาเรื่อง Personality disorder พบว่ามีปัญหาความผิดปกติของการใช้สารเสพติดร่วมด้วยสูงมากถึงร้อยละ ๔๑ และกลุ่มผู้เสพติดจะพบ Personality disorder สูงกว่ากลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์และยังพบการใช้สารเสพติดมากกว่าหนึ่งอย่างใน Personality disorder สูงอีกด้วย

บุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder) มีความสัมพันธ์มากกับความผิดปกติของการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะการใช้ชีวิต (พิชัย แสงชาญชัยและคณะ, ๒๕๔๙) จากการศึกษาพบว่าบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder) มีความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ระหว่างร้อยละ ๑๐ ถึงร้อยละ ๕๓ อย่างไรก็ตามบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder) นั้นพบไม่บ่อยทางคลินิก เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ทั้งการรักษาบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder) และรักษาความผิดปกติของการใช้สารเสพติด ดังนั้นการศึกษาปัจจัยและบริบทในการดำเนินโรค จะช่วยให้พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย สามารถวินิจฉัยอาการ อาการแสดง ลดผลกระทบจากอาการ วางแผนให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันแก้ปัญหายาเสพติดในภาพรวมต่อไป

### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนและมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder)
๒. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนและมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder)

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ทบทวน วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
๒. คัดเลือกกรณีศึกษาที่สนใจ คือผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนและมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder) ที่เป็นปัญหาในการดูแล และมีความยุ่งยากซับซ้อนในการบำบัดรักษา
๓. ทบทวนกระบวนการบำบัดรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนและมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder) ซึ่งเป็นผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษาในหอผู้ป่วยเพชร ๓ เลือกประเด็นที่เป็นปัญหาในการดูแล และเลือกทำการศึกษาผู้ป่วย ๑ ราย
๔. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษาเกี่ยวกับประวัติส่วนบุคคล ประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและในอดีต ประวัติการใช้สารเสพติด อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล สาเหตุการใช้สารเสพติด ความเชื่อ ประวัติการรักษา แบบแผนการดำเนินชีวิต การดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจากญาติหรือครอบครัว ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อมของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย อาการทางจิตประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษา ยาที่รักษา และแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๕. ศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เรื่องเฮโรอีนและโทษพิษภัยของเฮโรอีน แนวทางในการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีน ภาวะถอนพิษเฮโรอีนรุนแรง แนวทางในการดูแลผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีน และบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder) ทฤษฎีทางการแพทย์การพยาบาล กระบวนการพยาบาล แบบแผนสุขภาพการดูแลตนเอง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยาและฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้ในการบำบัดรักษา

๖. นำข้อมูลดังกล่าวข้างต้น มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนตามหลักกระบวนการทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย

๗. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

๘. สรุปผลการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะแก่บุคลากรที่ให้การดูแลและบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีน

### กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๔๖ ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ปริญญาตรี สถานภาพสมรส หย่าร้าง อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว ปฏิเสธโรคประจำตัว ภูมิลำเนา เมืองนครราชสีมา สิทธิการรักษาประกันสังคม วันที่เข้ารับการรักษา ๗ ตุลาคม ๒๕๖๓ (ครั้งที่ ๒)

### อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

เพื่อ นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล

### อาการแรกเริ่ม

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบตรงคำถาม อ่อนเพลีย ว่างนอน ปวดกระดูกและข้อมาก รู้สึกกระวนกระวายแต่ควบคุมตนเองได้ อยากรู้อายุหรือ มีอาการถอนพิษเฮโรอีนปานกลาง(การประเมินอาการถอนพิษเฮโรอีน COWS ๘ คะแนน ปฏิเสธหิวแหว่และเห็นภาพหลอน สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๘ ครั้งต่อนาที การหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต= ๑๐๒/๕๘ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๖๘ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๘ เซนติเมตร BMI =๒๑.๔๑(ค่าปกติ ๑๘.๕-๒๒.๙ Kg/m<sup>๒</sup>)

### การวินิจฉัย

Heroin Dependence with Antisocial personality disorder

### การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป

สภาพทั่วไป	ชายไทยวัยกลางคน อายุ ๔๖ ปี รูปร่างสมส่วน แต่งกายสะอาด รู้สึกตัวดี พูดคุย ถามตอบตรงคำถาม ปฏิเสธหิวแหว่ภาพหลอน สีหน้าสดชื่น
ผิวหนัง	ผิวสองสี ผิวไม่แห้ง มีความยืดหยุ่นปกติ ไม่เคยมีจำเลือดหรือจุดเลือดออก ไม่เคยมีก้อนเนื้อหรือ ตุ่มหนอง ไม่มีผื่นคันตามร่างกาย มีรอยเข็มฉีดยาเก่าบริเวณข้อพับแขนทั้งสองข้าง
ผม	ผมสีดำตกร สั้นหนาไม่แห้ง การกระจายตัวของผมปกติ ผมตรงสะอาด ไม่มีรังแค
เล็บ	เล็บมือยาวเล็กน้อย มีขี้เล็บบางเล็บ เล็บสีชมพู กระจกเล็บปกติ มุมเล็บไม่ฉีกขาด
ศีรษะและหน้า	ศีรษะทั้ง ๒ ข้างรูปร่างสมมาตร หนังศีรษะชุ่มชื้นดี บริเวณด้านหน้าและศีรษะไม่พบก้อนหรือจุดกดเจ็บ ไม่มีปวดศีรษะหรือมีเวียนศีรษะ

ตา	ตาทั้ง ๒ ข้างอยู่ในตำแหน่งสมมาตรกันดี ขนคิ้วเรียงตัวปกติดี ไม่เคยมีคิ้วแหว่ง เปลือกตาล้างไม่ซีด ไม่เคยมีตาโปน ไม่เคยมีหนังตาทก การมองเห็นชัดเจน สายตามองเห็นปกติ
	ไม่เคยมีปวดตาหรือเห็นภาพซ้อน ไม่มีตาพร่ามัว ปฏิเสธการผ่าตัดตาจนตาจัดเรียงเป็นระเบียบ หนังตาไม่ตก การเคลื่อนไหวลูกตาปกติ ต่อมน์้ำตาปกติ กัดไม่เจ็บ pupil ๒ mm.
หู	หูได้ยินเสียงชัดเจน ไม่เคยมีการอักเสบ ไม่มีปวดหู ไม่เคยมีหูอื้อ แก้วหูใสปกติ ไม่เคยมีน้ำหรือหนองไหลออกจากหู
จมูก	จมูกแบ่งรูปร่างหน้าสมมาตรทั้ง ๒ ข้าง สันจมูกตรง ไม่มีน้ำมูก รับกลิ่นปกติ เคาะตรวจบริเวณตำแหน่งไซนัสที่หน้าผาก โหนกแก้มไม่ปวด
ช่องปากและลำคอ	ริมฝีปากได้รูป ชุ่มชื้น ตรวจในช่องปาก เหงือกมีสีชมพู ไม่บวม ลิ้นสีชมพู ไม่มีฝ้าขาว ยกและกระดกลิ้นได้ปกติ เยื่อบุปากสีชมพู ไม่มีแผล รับรสปกติ ฟันมีหินปูนแต่ไม่หุ้ม ไม่มีแผลในช่องปาก ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีเหงือกอักเสบ กลืนอาหารได้ปกติ ลิ้นไก่อยู่บริเวณกึ่งกลาง ทอนซิลไม่โต การเคลื่อนไหวของลำคอ หมุนซ้าย-ขวา และหมุนคอได้ปกติ กล้ามเนื้อคอและไหล่สามารถต้านแรงได้ ไม่เจ็บหรือปวด
ระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต	ทรวงอกรูปร่างสมมาตร AP lateral ๑:๒ อัตราการหายใจ ๑๘-๒๐ ครั้ง/นาที ฟังปอดและหัวใจได้ยินเสียงปกติ การเคลื่อนไหวของทรวงอกปกติ ไม่เคยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ไม่เคยมีอาการไอเป็นเลือดและไอเรื้อรัง ไม่เคยเป็นโรคหอบหืด ปอดบวมหรือวัณโรคปอด
ระบบทางเดินอาหาร	รูปร่างท้องปกติ ผิวหนังปกติไม่มีรอยแผล คลำไม่พบก้อนหรือมีตำแหน่งที่กดเจ็บ ไม่เคยมีอาการกลืนลำบาก เคยมีแสบร้อนบริเวณหน้าอก เคยมีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่เมื่อรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ไม่มีอึดแน่นท้อง มีอาการท้องผูกขณะอยู่ที่บ้านและที่โรงพยาบาล มีคลื่นไส้อาเจียนช่วงแรก ไม่มีถ่ายดำหรือถ่ายเป็นเลือด
ระบบปัสสาวะ	ปัสสาวะสีเหลืองใส ปัสสาวะพุ่งออกได้ดี ปัสสาวะวันละ ๕-๖ ครั้ง ไม่เคยมีปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะไม่เป็นเลือดหรือมีสารคัดหลั่งผิดปกติออกจากท่อปัสสาวะ ไม่เคยมีปวดสีข้างหรือเป็นนิ่วไต
แขนขาและระบบกล้ามเนื้อกระดูก	แขนและขาทั้ง ๒ ข้าง มีกำลังปกติ สามารถต้านแรงได้ ไม่มีโก่งหรืองอผิดปกติ สามารถเคลื่อนไหวตามหลัก ROM ได้เป็นปกติ ไม่เคยมีข้อติดแข็งหรือมีการเคลื่อนไหวผิดปกติ
ระบบประสาท	ไม่เคยมีอาการแขนขาอ่อนแรง ไม่เคยบาดเจ็บทางสมอง ไม่เคยมีประวัติชัก มีมือสั่นเล็กน้อย ช่วงถอนพิษยาเสพติด
ต่อมไร้ท่อ	ประวัติการเจริญเติบโต และพัฒนาการปกติ
ระบบเลือดและอวัยวะสร้างเลือด	ไม่มีประวัติเป็นโรคเลือด ซีด หรือเคยได้รับเลือด

## การประเมินสภาพจิต

ลักษณะทั่วไป (General observation)	ชายไทยรูปร่างสมส่วน ร่างกายสะอาด พูดคุยสบตา มีท่าทีแสดงถึงความ เป็นมิตร ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์
การพูด (Speech)	พูดด้วยเสียงดังชัดเจน น้ำเสียงปกติ จังหวะการพูดไม่เร็วหรือช้าเกินไป ไม่มี Pressure of speech พูดเป็นประโยคต่อเนื่องกันดี สามารถสื่อสาร และบอกเล่าเรื่องราวของตนเองได้เป็นธรรมชาติ ตอบคำถามได้ตรง ประเด็น
อารมณ์และการแสดงออก (Mood and affect)	Mood: มีอาการปวดเมื่อยตัวแสดงออกโดยคิ้วขมวด การรับรู้อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยสอดคล้องกับการแสดงออกของพฤติกรรม Affect: มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส มีท่าทางวิตกกังวลเล็กน้อย มีพูดคุยด้วย น้ำเสียงปกติ ควบคุมอารมณ์ตนเองได้
ความคิด (Thought)	มีกระบวนการคิด ความคิดและการใช้คำพูดสอดคล้องเป็นเหตุเป็นผลกัน สามารถปรับเปลี่ยนความคิดไปตามสถานการณ์ได้ การสรุปความคิดและ ความเชื่อมโยงกันได้ เนื้อหาความคิดปกติ ไม่มีความคิดหลงผิด หรือความเชื่อผิดๆ สามารถคิด และตอบคำถามได้ ไม่ล่าช้า พูดคุยตอบตรงคำถาม เนื้อหาความคิด ต่อเนื่อง ไม่ขาดตอน ไม่มีความคิดแล่นเร็ว กระบวนการความคิดอยู่บน โลกความเป็นจริง
การรับรู้ (Perception)	มีการรับรู้เรื่องราวปกติหรือเหตุการณ์ตรงตามความเป็นจริง ไม่มีหูแว่ว ประสาทหลอน ไม่พบความผิดปกติของระบบรับสัมผัสอื่นๆ
การรู้สึกตัวและการรู้คิด (Sensorium and cognition)	Consciousness: ระดับของการรู้สึกตัวดี ถามตอบตรงคำถาม Orientation: รับรู้ วัน เวลา สถานที่และบุคคล ถูกต้อง Memory: ความจำปกติทั้ง ๔ แบบ คือ Immediate Recall Recent และ Remote
	Intelligence: ความสามารถทางสติปัญญา มีความสามารถในการคิด สามารถตอบคำถามจากเหตุการณ์ปัจจุบันได้ Attention and concentration: ขณะพูดคุยมีสมาธิดี ตอบคำถามได้ ตรงประเด็นพูดทวนเลขย้อนหลัง ๓ หลักได้และจำของ ๓ สิ่งได้ Abstract reasoning and comprehensive: บอกความแตกต่างระหว่าง เต๋กกับคนแคระได้ บอกความเหมือนของกล้วยและส้มได้ บอก ความหมายของสุภาชิตคำพังเพยเป็นแบบรูปธรรมได้ถูกต้อง
การตัดสินใจ (Judgment)	การทดสอบการตัดสินใจจากสถานการณ์: มีการตัดสินใจจากตัวอย่างได้ อย่างเหมาะสมทุกสถานการณ์



การตระหนักรู้ (Insight ) ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลเสียของการใช้ยาเสพติด สัมผัสใจที่จะเข้ารับการบำบัดด้วยตนเอง รับรู้ว่าการใช้ยาเสพติดทำให้ร่างกายทรุดโทรม ส่งผลกระทบต่อรายได้และสัมพันธภาพในครอบครัว (Full insight) มีความตั้งใจและมั่นใจว่าสามารถเลิกใช้เฮโรอีนได้

## การประเมินผู้ป่วยตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพ

### แบบแผนที่ ๑ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองใช้เงินเปลืองกับการซื้อเฮโรอีนและบอกว่าถ้าไม่ใช้ยาจะทำงานไม่ได้ ผู้ป่วยคิดถึงผลกระทบต่อสุขภาพแต่ควบคุมการเสพยาไม่ได้ เคยบำบัดเลิกเฮโรอีนมาแล้ว ๑ ครั้ง แต่กลับไปใช้ซ้ำ ๑ วันก่อนมา ผู้ป่วย เพื่อ ไม่นอน คลื่นไส้ อาเจียน บิดามารดาต้องการให้ผู้ป่วยเลิก จึงให้ญาติพาผู้ป่วยมารับการบำบัด แต่ผู้ป่วยยังไม่มั่นใจว่าจะสามารถควบคุมตนเองได้เมื่อมีความอยากใช้เฮโรอีน และเวลาเพื่อนชวนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ขณะอยู่บำบัดช่วงสัปดาห์แรกผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง ต้องการยาเมทาโดนเพิ่ม เพราะมีอาการปวดกระดูกมาก มีอาการก้าวร้าว โวยวาย หลังจากเพิ่มยาเมทาโดน ทำให้ความดันโลหิตต่ำ จึงรับรู้ว่าร่างกายตนเองไม่ไหว ยอมรับประทนายตามแผนการรักษา ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะตนเองมาเลิกเฮโรอีน รับรู้ว่าการใช้ยาเสพติดจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อรายได้ภายในครอบครัว ทำให้บิดามารดาทุกข์ใจ สงสารบิดามารดาเพราะสูงอายุ จะพยายามเลิกใช้เฮโรอีน

### แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร

ก่อนเข้ารับการบำบัดผู้ป่วยรับประทานอาหารตรงเวลา รับประทานอาหาร ๒-๓ มื้อ/วัน ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลงและมีคลื่นไส้ อาเจียนเป็นบางครั้ง ทำให้น้ำหนักตัวลดลง ๒ kgs แต่พยายามจะรับประทานอาหารที่ละน้อย สามารถเคี้ยวอาหารได้ ไม่มีฟันผุ ไม่มีปัญหาการกลืน ปฏิเสธการแพ้อาหาร ผู้ป่วยดื่มเบียร์ตามเทศกาล สูบบุหรี่ ดื่มน้ำเปล่าวันละ ๓-๔ แก้ว ขณะอยู่บำบัดช่วงที่มีอาการถอนพิษเฮโรอีนผู้ป่วยจะรับประทานอาหารได้น้อย เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย มีเหงง คลื่นไส้ อาเจียน พยาบาลเบิกอาหารอ่อนให้รับประทานและพยายามให้ผู้ป่วยรับประทานที่ละน้อย สัปดาห์ที่ ๒ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่มีอาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ครบ ๓ มื้อๆ ละประมาณ ๑ ถาด ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน BMI ปกติ

### แบบแผนที่ ๓ การขับถ่ายของเสีย

ก่อนเข้ารับการบำบัดผู้ป่วยปัสสาวะประมาณ ๓ - ๔ ครั้งต่อวัน ไม่มีแสบขัด อุจจาระประมาณ ๓-๔ วันครั้ง มีอาการท้องผูก ถ่ายอุจจาระยาก เนื่องจากดื่มน้ำน้อยและเสพยาเฮโรอีน ไม่ได้ซื้อยารับประทานหรือรักษาอาการท้องผูก ขณะอยู่บำบัดสัปดาห์แรกผู้ป่วยมีอาการท้องผูก หลังได้ยาถ่าย ผู้ป่วยขับถ่ายปกติ วันละ ๑ ครั้ง ปัสสาวะปกติ วันละประมาณ ๓-๕ ครั้ง ไม่มีแสบขัด ไม่มีริดสีดวงทวาร ไม่มีถ่ายเป็นเลือด

### แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

ก่อนเข้ารับการบำบัดผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันและทำงานได้ปกติ โดยช่วยบิดามารดาที่ป้อน้ำมัน เวลาว่างจะไปหาเพื่อนชวนกันไปใช้เฮโรอีนจะไม่ช่วยงาน ไม่มีการออกกำลังกาย วันที่เข้ารับการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนเพลีย ง่วงนอน มีเหงงบางครั้ง แขน ขาอ่อนแรง ความดันโลหิตต่ำ หน้ามืด

เวียนศิริชะ แต่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พยาบาลต้องคอยดูแลและช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้บางส่วน ในเรื่องการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย และการขับถ่าย เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ หลังจากอาการดีขึ้นผู้ป่วยสามารถร่วมกลุ่มกายบริหารเข้า-เย็นพร้อมเพื่อน และเล่นปิงปองกับเพื่อนได้

#### แบบแผนที่ ๕ การนอนหลับพักผ่อน

ก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยนอนวันละ ๕ ชั่วโมง โดยเข้านอน ๐๑.๐๐น. ตื่น ๐๖.๐๐ น. เนื่องจากคูโทรทัศน์ตึกหรือไปใช้เฮโรอีนกับเพื่อน ทำให้นอนไม่หลับแก้ไขโดยซื้อยาจากร้านขายยามารับประทาน คือ Amitriptyline ๒๕ mg ๒ เม็ดก่อนนอน ขณะอยู่บำบัดในช่วง ๒ วันแรกผู้ป่วยมีอาการหลับยากและตื่นเร็วหลับประมาณ ๐๐.๐๐ น. ตื่น ๐๓.๐๐ น. แพทย์ได้เพิ่มยาก่อนนอนให้หลังจากนั้นผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ ตื่นเข้ามาสดชื่น ไม่ง่วงนอน สามารถร่วมกิจกรรมได้ไม่หลับในกลุ่ม

#### แบบแผนที่ ๖ สถิติปัญหาและการรับรู้

ผู้ป่วยสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี เคยทำงานที่บริษัทไฟแนนซ์ ๒ แห่ง และช่วยบิดามารดาดูแลปืมน้ำมันเล็กๆของครอบครัวที่เปิดละแวกบ้าน ปี ๒๕๕๑ ผู้ป่วยเคยไปรักษายาเสพติดที่รพ.จิตเวชนครราชสีมา บำบัดแบบผู้ป่วยในแต่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องและไม่ไปติดตามการรักษา เพราะใช้เฮโรอีนตลอด แรกเริ่มผู้ป่วยถาม ตอบตรงคำถาม หลังจากอยู่รับการรักษาได้ ๔ วัน เริ่มมีหงุดหงิด ก้าวร้าวเจ้าหน้าที่ โวยวาย บอกว่าปวดกระดูกมาก ไม่พอใจที่แพทย์ปรับลดยาเมทาโดนลง มีพฤติกรรมขโมยขนมในตู้ข้างเตียงของเพื่อนมารับประทาน โดยสีหน้าเรียบเฉย ไม่รู้สึกผิด ทำให้เพื่อนผู้ป่วยไม่พอใจ เสี่ยงต่อการเกิดเรื่องทะเลาะวิวาท แพทย์พูดคุยเรื่องแผนการบำบัดรักษา ผู้ป่วยรับฟัง ปฏิเสธหุแว่ว ปฏิเสธภาพหลอน ปฏิเสธการรับกลิ่นผิดปกติ ปฏิเสธการรับรสผิดปกติ ปฏิเสธการสัมผัสผิดปกติ ปฏิเสธการแปลสิ่งเร้าผิด

#### แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ก่อนเข้ารับการรักษาผู้ป่วยเป็นคนอารมณ์ร้อน หุนหันพลันแล่น มีความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถเรียนจบปริญญาตรี ชอบเข้าสังคมนับเพื่อน มักจะรวมกลุ่มกันเพื่อใช้เฮโรอีน เนื่องจากทำให้มีความสุขสนุกสนาน ผ่อนคลายความเครียด แต่มีความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถเลิกเฮโรอีนได้ ทำให้บิดามารดาผิดหวังทุกขใจ ผู้ป่วยต้องการเลิกเฮโรอีนให้ได้ แต่ขอกินยาเมทาโดนทดแทนเพราะจะได้ช่วยบรรเทาอาการถอนพิษยา ผู้ป่วยอยากให้ร่างกายแข็งแรง ไม่มีปัญหาครอบครัว และสามารถกลับไปทำงานได้ดังเดิม

#### แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ

ก่อนเข้ารับการรักษาผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดามารดา ช่วยดูแลปืมน้ำมันเล็กๆในละแวกบ้าน ความสัมพันธ์มีทะเลาะกันบ้างเรื่องผู้ป่วยใช้เฮโรอีน แต่ก็สามารถอยู่ด้วยกันได้ ผู้ป่วยหย่ากับภรรยา ๑๐ปี เนื่องจากปัญหาการใช้ยาเสพติด สัมพันธภาพกับพี่ชายดี พี่ชายแยกครอบครัวและต้องทำงาน พี่ชายให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการพามาบำบัดเพราะสงสารบิดามารดาที่สูงอายุ ขณะบำบัดบิดามารดาและพี่ชายโทรศัพท์มาสอบถามอาการและความเป็นอยู่ ให้กำลังใจในการอยู่บำบัดรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และบิดามารดาวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกดี ได้รับความ

ห่วงใยจากครอบครัว จะพยายามเลิกเฮโรอีนให้ได้ สัมพันธภาพกับเพื่อนผู้ป่วยช่วงแรกไม่ดีเนื่องจากผู้ป่วยขโมย  
ขนมเพื่อน และอารมณ์ร้อน เสียงทะเลาะวิวาทบ่อยครั้ง

### แบบแผนที่ ๙ เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์

ลักษณะการแสดงออกทางเพศปกติ มีความพึงพอใจในเพศของตน ไม่มีเพศสัมพันธ์กับภรรยาแล้ว  
แล้วเนื่องจากหย่ากับภรรยา ๑๐ ปี ไม่มีภรรยาใหม่ ไม่เที่ยวหญิงบริการ เคยตรวจ HIV หลายครั้งผลปกติ VCT  
แรกรับตรวจ HIV ผลปกติ

### แบบแผนที่ ๑๐ การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด

ก่อนเข้ารับการรักษาบำบัดเวลาเครียดจะไม่ปรึกษาคนในครอบครัว มักจะปรึกษาเพื่อนๆ และจัดการ  
ความเครียดด้วยการใช้เฮโรอีน ขณะอยู่บำบัดผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องอาการถอนพิษเฮโรอีนและเรื่องที่แพทย์ปรับ  
ลดยาเมทาโดนลง ทำให้ผู้ป่วยอารมณ์ร้อนหุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว โวยวายเจ้าหน้าที่ หลังจากอาการดีขึ้น  
สามารถปรับตัวได้ มีเพื่อนและเจ้าหน้าที่ให้กำลังใจในการหยุดใช้เฮโรอีนและปลอบใจให้คลายความวิตกกังวล  
แต่ยังวิตกกังวลเมื่อกลับบ้านไม่มั่นใจว่าจะปฏิเสธเพื่อนอย่างไร หากเพื่อนมาชวนไปใช้เฮโรอีน

### แบบแผนที่ ๑๑ ความเชื่อและค่านิยม

ผู้ป่วยมีความเชื่อเรื่องศาสนาพุทธ ไปทำบุญในวันสำคัญทางศาสนาที่วัดใกล้บ้าน สวดมนต์ก่อนนอน  
มีจุดมุ่งหมายในชีวิตว่าจะเลิกใช้เฮโรอีน กลับไปช่วยบิดามารดาดูแลป้อน้ำมัน อยู่ดูแลบิดามารดาจนแก่เฒ่าและ  
ตายจากกัน

### สรุปแบบแผนสุขภาพที่มีความผิดปกติ ดังนี้

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่ายของเสีย

แบบแผนที่ ๔ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ

แบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและการรับรู้

แบบแผนที่ ๗ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

๑. ทุกข์ทรมานเนื่องจากอาการถอนพิษเฮโรอีน
๒. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมทาโดนเกินขนาด
๓. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากอาการข้างเคียงของยาเมทาโดนและยาที่ใช้รักษา
๔. อ่อนเพลียเนื่องจากนอนไม่หลับ
๕. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการท้องผูก
๖. ประสิทธิภาพในการควบคุมอารมณ์ลดลง
๗. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียง จากการได้รับยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotics drugs)

๘. เสี่ยงต่อการอยู่รับการรักษาไม่ครบกระบวนการเนื่องจาก หงุดหงิด ฉุนเฉียว ก้าวร้าว เมื่อแพทย์ปรับยาเมทาโดนลดลง

๙. ขาดแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

๑๐. ขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๑๑. ครอบครัวขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ที่มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม

๑๒. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการเลิกเสพยาเฮโรอีนและการเผชิญกับความเครียด การแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสม

**ข้อที่ ๑ ทุกข์ทรมานเนื่องจากอาการถอนพิษเฮโรอีน (พบปัญหาวันที่ ๗ ต.ค. ๒๕๖๓)**

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอก “ปวดเสียวกระดูก ปวดตามตัว รู้สึกกระวนกระวาย หนาวๆ ร้อนๆ คลื่นไส้ อาเจียน กลางคืนนอนหลับยาก หลับๆ ตื่นๆ กว่าจะหลับก็เที่ยงคืนตื่นตีสาม”

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ก่อนมานอนโรงพยาบาล เวลาไม่ได้เสพยาจะนอนหลับวันละ ๓ - ๔ ชั่วโมง/วัน จะนอนหลับๆ ตื่นๆ ไม่ได้หลับยาว”

S: วันที่ ๗ ต.ค. ๒๕๖๓ ผู้ป่วยบอกว่า “ยังมีหลับๆ ตื่นๆ บ้าง “หลับยาก ตื่นง่าย”

S: วันที่ ๘ ต.ค. ๒๕๖๓ ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดเมื่อยตัว ปวดไซรักระดูก กว่าจะหลับก็ตีหกเลย และก็ตื่นง่าย”

O: ใช้เฮโรอีนชนิดมา ๒๑ ปี ทุกวัน วันละ ๔ หลอด ใช้ครั้งละหลอด ใช้ครั้งสุดท้าย ๖ ตุลาคม ๒๕๖๓ เวลา ๑๐.๐๐ น. ๒ หลอด

O: Pain Score = ๗ คะแนน มีหงุดหงิดเล็กน้อย น้ำตาขึ้น หาว มือสั่นเล็กน้อย รูม่านตาขนาด ๒ mm. reaction to light both eyes COWS = ๑๔ คะแนน มีอาการถอนพิษเฮโรอีนระดับปานกลาง

O: BP ๑๑๐/๗๐ mmHg. PR ๑๐๖ bpm. RR ๒๐ bpm. T ๓๖.๖ °C

#### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเมทาโดนทดแทนในขนาดและเวลา ตามแผนการรักษาของแพทย์

๒. เพื่อบรรเทาภาวะทุกข์ทรมานจากอาการถอนเฮโรอีน

#### ข้อวินิจฉัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม

- ด้านการสนับสนุนและการช่วยเหลือ จัดยาเมทาโดนให้ผู้ป่วยได้รับประทานเพื่อบรรเทาอาการถอนพิษเฮโรอีน เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กลางคืนหลับยาก การสนับสนุนและช่วยเหลือการดูแลตนเอง ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง เมื่อได้รับการสนับสนุนทางร่างกายและจิตใจ

- ด้านการแนะนำและชี้แนะ เพราะผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน นอนหลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ การแนะนำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการถอนพิษเฮโรอีน รับรู้ในเรื่องศักยภาพในการบำบัดรักษาของสถาบันฯ จะทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง

- ด้านการสอน เป็นการให้คำแนะนำ ความรู้การบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากอาการถอนพิษเฮโรอีน เพื่อจะได้เข้าใจและดูแลตนเองได้ถูกต้อง

#### เกณฑ์การประเมิน

๑. อาการถอนเฮโรอีนลดลง COWS < ๑๐

๒. สามารถทำกิจกรรมและพักผ่อนได้

## กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง เพื่อประเมินสภาพอาการเปลี่ยนแปลง
๒. ประเมินอาการถอนพิษเฮโรอีนโดยใช้แบบประเมิน COWS ทุก ๔ ชั่วโมง
๓. ดูแลให้เมทาโดนทดแทนตามแผนการรักษา และสังเกตอาการหลังให้ยา ๒ ชั่วโมง เพื่อป้องกันการใช้ยาเกินขนาด ได้แก่ รุม่านตาหดเล็กลงหรือการหลับมากกว่าปกติหรือหลับลึก
๔. ดูแลให้ยาบรรเทาอาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน ยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อบรรเทาอาการขาดเฮโรอีน พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ
๕. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อน โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด อากาศถ่ายเท จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบ ตึง จัดให้นอนห่างจากโซนโทรทัศน์ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและสามารถพักผ่อนได้
๖. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ อาการขนลุก หนาวๆ ร้อนๆ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย น้ำมูก-น้ำตาไหล คัดจมูก ปวดกล้ามเนื้อ ปวดเสียวกระดูก ปวดศีรษะ อาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย กระวนกระวายใจ นอนไม่หลับ เป็นอาการถอนพิษของเฮโรอีน ซึ่งแพทย์พิจารณาให้ยาเมทาโดนเพื่อบรรเทาอาการถอนพิษ อาการของผู้ป่วยจะทุเลาลง
๗. แนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาอาการขาดเฮโรอีน ดังนี้
  - แนะนำให้อาบน้ำบ่อยครั้ง และอาบน้ำก่อนนอน เนื่องจากน้ำจะช่วยชำระล้างพิษของเฮโรอีนที่ขับออกมาตามผิวหนังรูขุมขน ทำให้ร่างกายสดชื่นขึ้น
  - แนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ เวลากลางวันเพื่อให้ร่างกายขับพิษของเฮโรอีนออกทางปัสสาวะ
  - แนะนำเรื่องการออกกำลังกายเช้าและเย็นสม่ำเสมอ
  - แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยตื่นนอนให้เป็นเวลา เข้านอนให้เป็นเวลาทุกวันไม่ทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงหรือหนักสมองก่อนเข้านอนควรทำกิจกรรมผ่อนคลายก่อนเข้านอน เช่น อ่านหนังสือเบาๆ ประมาณ ๑๐ นาทีก่อนเข้านอน สวดมนต์หรือนั่งสมาธิ งดกาแฟ ชา ก่อนเวลาเข้านอน ๖ ชั่วโมง
  - หลีกเลี่ยงการจับปล้ำในช่วงกลางวันมากเกินไป เพราะจะทำให้ไม่่วงในตอนกลางคืนและคุณภาพการนอนไม่ดีในตอนกลางคืน
๘. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและให้กำลังใจผู้ป่วย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าแพทย์และพยาบาล พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา
๙. รายงานอาการผู้ป่วยให้แพทย์ทราบ หากพบอาการผิดปกติหรือไม่สุขสบายจนรบกวนการนอนหรือชีวิตประจำวันผู้ป่วย เพื่อปรับแผนการรักษา
๙. ประเมินติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและประเมินอาการถอนพิษยา(withdrawal Symptom) ทุกวันอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การช่วยเหลือ

## ประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการรักษาเหมาะสมตามอาการ ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นจากอาการขาดเฮโรอีน  
หลังครบ ๑ สัปดาห์ วันที่ ๑๔ ต.ค. ๒๕๖๓ ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดเสียวกระดูกลดลง มีปวดเมื่อยตัวปวดหลัง ไม่มีอาการคลื่นไส้ แต่มีปวดมวนท้อง มีหงุดหงิดเป็นบางครั้ง หลับยาก หลับๆ ตื่นๆ”

๑. อาการถอนพิษยาลดลง COWS = ๔-๙ คะแนน Pain score ๕-๖ คะแนน
๒. ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ และนอนหลับได้ ๔-๕ ชม.

หลังครบ ๒ สัปดาห์ วันที่ ๒๑ ต.ค. ๒๕๖๓ ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่มีปวดเสียวกระดูก แต่ยังมีอาการปวดเมื่อยตัว ไม่มีปวดมวนท้อง ไม่ค่อยหงุดหงิด อาการหลับยากดีขึ้น”

๑. อาการถอนพิษยาลดลง COWS = ๔ คะแนน Pain score ๒ - ๓ คะแนน
๒. ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ และนอนหลับได้ ๕-๖ ชม.

**ข้อที่ ๒** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมทาโดนเกินขนาด (พบปัญหาระหว่างวันที่ ๑๒ ต.ค. ๒๕๖๓)

### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกเพี้ยนๆ”

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ใช้เฮโรอีนฉีดครั้งสุดท้าย ๖ ต.ค.๒๕๖๓ เวลา ๑๐.๐๐ น. ปริมาณ ๒ หลอด”

O: ได้รับการรักษาด้วยเมทาโดนทดแทน ปริมาณ ๔๐ mg./Day กินยาเมทาโดนครั้งสุดท้าย วันที่ ๗ ต.ค.๒๕๖๓ เวลา ๐๖.๐๐ น. ดื่ม ๑ อีกไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน

O: BMI ๒๑.๔๖ Kg/m<sup>๒</sup> BW ๖๘ kgs

O: ตรวจ Urine พบ Opiates Positive > ๑๐๐๐

O: pupil ๑.๕ mm. reaction to light both eyes BP ๘๐/๕๐ mmHg PR ๕๐ ครั้ง/นาที RR ๑๘ ครั้ง/นาที

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะเมทาโดนเกินขนาด

### ข้อวินิจฉัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม

- ด้านการสนับสนุนและการช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการได้รับยาเมทาโดนเกินขนาด การสนับสนุนและช่วยเหลือการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย และช่วยกิจวัตรบางอย่าง เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง เมื่อได้รับการสนับสนุนทางร่างกายและจิตใจ

- ด้านการแนะนำและชี้แนะ เพราะผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการความดันโลหิตต่ำ การแนะนำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการและอาการที่เกิดขึ้น และแผนการรักษาของแพทย์ จะทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง

- ด้านการสอน เป็นการให้คำแนะนำ ความรู้ เรื่องเมทาโดนเกินขนาด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง ไม่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพ

### เกณฑ์การประเมิน

๑. ไม่เกิดภาวะกตการหายใจ RR = ๑๖-๒๔ bpm. BP ๙๐/๖๐ - ๑๔๐/๙๐ mmHg PR ๖๐-๑๐๐ bpm.

๒. Pupil > ๑ mm. reaction to light both eyes

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินขนาดของรูม่านตาปฏิกิริยาที่มีต่อแสง และประเมินลักษณะการหายใจตื้นเบาและช้า เพื่อเฝ้าระวังอันตราย ที่จะเกิดจากภาวะเมทาโดนเกินขนาด หากเกิดรูม่านตาจะหดเล็กลงเหลือประมาณ ๑ mm. (Pin point) ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง และหายใจช้าน้อยกว่า ๑๖ ครั้ง/นาที รายงานอาการให้แพทย์ทราบทันที

๒. ประเมินสัญญาณชีพและประเมินอาการผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน COWS ก่อนให้เมทาโดนและหลังให้เมทาโดน ๓๐ นาที เพื่อประเมินภาวะได้รับเมทาโดนเกินขนาด

๓. ดูแลให้เมทาโดนตามแผนการรักษาของแพทย์

๔. ประเมินสัญญาณชีพ และประเมินอาการผู้ป่วย หลังได้รับเมทาโดน ทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง ทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้งและทุก ๑ ชั่วโมงจนสัญญาณชีพคงที่ และประเมินระดับความรู้สึกตัวร่วมด้วย

๓. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการได้รับเฮโรอีนหรือเมทาโดนเกินขนาด โดยให้สังเกตอาการตนเอง หากรู้สึกมีอาการอ่อนเพลียหรือวังงวมมาก ให้แจ้งพยาบาลทราบทันที

๔. เตรียมยา Naloxone เครื่องมือในการให้การช่วยเหลือให้พร้อม เพื่อให้การช่วยเหลือหากเกิดภาวะกตการหายใจ

๕. ประเมินผล ติดตามอาการและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การช่วยเหลือ

**การประเมินผล**  
วันที่ ๑๒ ต.ค. ๒๕๖๓ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะเมทาโดนเกินขนาด

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะกตการหายใจ สัญญาณชีพปกติ RR ๒๐ bpm. BP ๑๑๐/๗๐ - ๑๒๐/๘๐ mmHg. PR ๘๐ - bpm. T ๓๖.๘ °C

๒. Pupil ๒ mm. reaction to light both eyes

**ข้อที่ ๓** เสียงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากอาการข้างเคียงจากเมทาโดนและยาที่ใช้รักษา (พบปัญหาระหว่างวันที่ ๑๒ ต.ค. ๒๕๖๓)

**ข้อมูลสนับสนุน** วันที่ ๑๒ ม.ค. ๒๕๖๓

S: ผู้ป่วยบอกว่า “มีอาการหน้ามืดเล็กน้อยเวลาลุกเปลี่ยนท่า”

O: ผู้ป่วยได้รับยา Methadone ๑๐ mg. หลังอาหารเช้า และ ๒๕ mg. หลังอาหารเย็น ร่วมกับได้รับยา Clonidine (๐.๑๕ mg.) ๑ tab oral bid pc และ Quantia (๒๐๐ mg.) ๑ tab. oral hs ซึ่งยาออกฤทธิ์เสริมกันทำให้ความดันโลหิตต่ำลงได้ ออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางทำให้ ง่วงซึมได้

O: ๒๑.๐๐ น. สีหน้าอ่อนเพลีย PR ๕๐ bpm. BP ๘๐/๕๐ mmHg. Pupil ๒ mm.reaction to light both eyes COWS = ๖ คะแนน

**วัตถุประสงค์**

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ

**ข้อวินิจฉัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม**

- ด้านการสนับสนุนและการช่วยเหลือเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหน้ามืดเวียนศีรษะเวลาเปลี่ยนท่า การช่วยเหลือการดูแลตนเอง ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อช่วยลดอุบัติเหตุ ลดความเครียดของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง เมื่อได้รับการสนับสนุนทางร่างกายและจิตใจ

- ด้านการแนะนำและชี้แนะ เพราะผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหน้ามืด เวียนศีรษะเวลาเปลี่ยนท่า การแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น จะทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง

- ด้านการสอน เป็นการให้คำแนะนำ ความรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นและการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ เพื่อผู้ป่วยจะได้ดูแลตนเองได้ถูกต้อง ไม่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพ

**เกณฑ์การประเมิน**

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ

๒. สัญญาณชีพปกติ BP ๙๐/๖๐ - ๑๔๐/๙๐ mmHg. PR ๖๐ - ๑๐๐ bpm RR ๑๖ - ๒๔ bpm.

**กิจกรรมการพยาบาล**

๑. ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนรับประทานยา ได้แก่ การหลับมากกว่าปกติหรือหลับลึก หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทาง ตาลาย มึนงง เดินเซ ง่วงนอนมากหรือหลับมาก

๒. ประเมินสัญญาณชีพ และสังเกตอาการหลังรับประทาน เพื่อเฝ้าระวังอันตรายและอุบัติเหตุ

๓. อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับผลข้างเคียงของการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก Postural hypotension เช่น การหกล้ม ตกเตียงและได้รับบาดเจ็บ เนื่องจากอาการหน้ามืด มึนงง เวียนศีรษะ หรือหากมีอาการหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม แนะนำให้นั่งลงทันที

๔. แนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนท่าทางช้าๆ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากยาที่รับประทานทำให้หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทางได้ หากมีอาการหน้ามืด มึนงง เวียนศีรษะ แนะนำให้นั่งลงทันที หากมีอาการหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม

๕. รายงานอาการผู้ป่วยให้แพทย์รับทราบอาการ เพื่อพิจารณาการรักษา เมื่อพบผู้ป่วยมีสัญญาณชีพผิดปกติ BP < ๙๐/๖๐ mmHg. PR < ๖๐ bpm RR < ๑๖bpm. ร่วมกับมีอาการหลับมากกว่าปกติหรือหลับลึก หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทาง ตาลาย มึนงง เดินเซ ง่วงนอนมากหรือหลับมาก

๖. ดูแลให้ ๐.๙%NaCl ๑๐๐๐ ml IV drip rate ๑๕๐ ml/hr และสังเกตบริเวณที่ให้เพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis

๗. ประเมินผล ติดตามอาการและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การช่วยเหลือ

### การประเมินผล

วันที่ ๑๒ ต.ค. ๒๕๖๓ ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบรู้เรื่องเวลา ๒๒.๐๐น. สัญญาชีพปกติ BP ๑๑๐/๗๐mmHg. PR ๘๐ bpm. RR ๒๐ bpm. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเมทาโดนทดแทนและยาที่ใช้ในรักษาที่รุนแรง หรือเป็นอันตราย คือ ไม่เกิดภาวะกดการหายใจ ไม่พบการนอนหลับลึกหรือความดันโลหิตต่ำ

ข้อที่ ๔. อ่อนเพลียเนื่องจากนอนไม่หลับ (ระหว่างวันที่ ๘ ต.ค.- ๙ ต.ค. ๒๕๖๓)

### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “อยู่บ้านผมก็นอนดีกันเพราะดูทีวีและก็ใช้เฮโรอินด้วย กว่าจะนอนก็ตี ๑ ตื่นอีกที ๖ โมงเช้า”

S: ผู้ป่วยบอกว่า “อยู่บ้านผมซื้อยานอนหลับกินตลอด ซื้อร้านขายยา ปัจจุบันซื้อยานอนหลับคือ Amitriptyline ๒๕ mg กินก่อนนอนวันละ ๒ เม็ด”

S: ผู้ป่วยบอกว่า “มานอนโรงพยาบาลผมหลับยาก ตื่นง่ายกว่าจะนอนก็เที่ยงคืน ตื่นตี ๓ เวลาไม่หลับตื่นเข้ามันเพลีย”

O: ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น อ่อนเพลีย อิดโรย หาวบ่อย

O: ผู้ป่วยมาขอยานอนหลับตอนดึก

### วัตถุประสงค์

อาการอ่อนเพลียทุเลาลง สีหน้าสดชื่น สามารถนอนหลับในเวลากลางคืนได้

### ข้อวินิจฉัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม

- ด้านการเตรียมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ ขจัดสิ่งรบกวน ที่เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ ตลอดจนจัดสิ่งแวดล้อม ที่เหมาะสม

- ด้านการสอน ให้คำแนะนำ ให้ความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ เพื่อให้ได้ดูแลตนเองที่ถูกต้อง จะทำให้ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

### เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยนอนหลับหลังรับประทานยาก่อนนอน หลับได้ ๖-๗ ชั่วโมงในเวลากลางคืน

๒. ผู้ป่วยสดชื่น ร่วมกิจกรรมได้ไม่หลับในกลุ่ม

๓. ผู้ป่วยไม่ขอยานอนหลับเพิ่ม



## กิจกรรมการพยาบาล

๑. รับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ประเมินแบบแผนการนอนหลับ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกันวางแผนกับผู้ป่วย
๒. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงการนอนไม่หลับว่า เป็นอาการทางยาเสพติดอย่างหนึ่ง บางครั้งทำให้ผู้ป่วยหลับ ๆ ตื่น ๆ แต่อาการของผู้ป่วยจะค่อย ๆ ดีขึ้นเป็นลำดับ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุ และลดความวิตกกังวล
๓. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติเพื่อการนอนหลับ เช่น ตื่นนอนให้เป็นเวลา เข้านอนให้เป็นเวลาทุกวันไม่ทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงกายหรือหนักสมองก่อนเข้านอน
๔. มีกิจกรรมผ่อนคลายก่อนเข้านอน เช่นอ่านหนังสือเบาๆ ๑๐ นาทีก่อนเข้านอน สวดมนต์หรือนั่งสมาธิ
๕. งดกาแฟ ชา ก่อนเวลาเข้านอน ๖ ชั่วโมง
๖. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ร่างกายผ่อนคลายทำให้หลับสบาย
๗. วางแผนให้ผู้ผู้ป่วยมีกิจกรรมระหว่างเวลากลางวัน เพื่อสามารถหลับได้ในเวลากลางคืน
๘. ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้นให้นอนไม่หลับ
๙. ดูแลให้รับประทานยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์

## ประเมินผล

วันที่ ๑๐ ต.ค. ๒๕๖๓ หลังจากได้ยานอนหลับ ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ในเวลาในช่วงกลางคืน ตลอดคืนไม่ตื่นกลางดึก ตื่นเข้ามาสีหน้าสดชื่น ไม่อึดโรย ไม่อ่อนเพลีย

## ข้อที่ ๕. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการท้องผูก (ระหว่างวันที่ ๘ ต.ค.- ๑๒ ต.ค. ๒๕๖๓)

### ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบอกว่า “อยู่บ้านสี่วันผมถ่ายที่ ท้องผูกแต่ก็ไม่ได้ทำอะไร ปล่อยให้เดี๋ยวมันก็ถ่ายเอง”
- S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมแน่นอึดอัดท้องไม่ถ่ายอุจจาระมาหลายวันแล้ว ขอยาถ่ายหน่อย”
- O: ท้องอืดเล็กน้อย วันที่ ๘-๑๒ ต.ค. ๒๕๖๓ ผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระ
- O: ผู้ป่วยได้รับยา Methadone Clonidine

### วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายได้

### ข้อวินิจฉัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม

- ด้านการสอน เป็นการคำแนะนำและความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะท้องผูก เพื่อจะได้ดูแลตนเองที่ถูกต้อง จะทำให้ไม่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพ

### เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ
- ผู้ป่วยไม่แน่นอึดอัดท้อง

## กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินการขับถ่าย ลักษณะของอุจจาระก่อนการได้รับยา methadone การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียด
๒. อธิบายถึงสาเหตุที่มีอาการท้องผูก เกิดจากการได้รับยา Methadone Clonidine มีผลทำให้ลำไส้บีบตัวเคลื่อนไหวลดลง

๓. แนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ ๖-๘ แก้วต่อวันเพื่อให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น
๔. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใยจำพวกผัก ผลไม้ และโยเกิร์ต
๕. แนะนำเรื่องการฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลาและไม่ควรกลั้นอุจจาระเมื่อรู้สึกอยากขับถ่าย
๖. แนะนำให้ออกกำลังกาย วันละ ๒ ครั้งเช้า-เย็น หรือตามความเหมาะสม เพื่อให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว

๗. งดเครื่องดื่มที่ทำให้มีท้องผูกมากขึ้นเช่น น้ำชาและกาแฟ
  ๘. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และตอบข้อสงสัย
  ๙. ดูแลให้รับประทานยา Bisacodyl ๒ เม็ดก่อนนอนเวลาไม่ถ่ายอุจจาระ Buscopan ๑ เม็ดหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น Air-x ๑ เม็ดหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ตามแผนการรักษาของแพทย์
- ประเมินผล**

วันที่ ๑๔ ต.ค. ๒๕๖๓ หลังจากได้ยาผู้ป่วยถ่ายอุจจาระปกติวันละ ๑ ครั้ง ไม่แน่นอึดอัดท้อง

#### ข้อที่ ๖. ประสิทธิภาพในการควบคุมอารมณ์ลดลง (ระหว่างวันที่ ๑๐ ต.ค.- ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๓)

##### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยพูดว่า “ทำไมหมอลดยามาธาโดนเร็วไป ผมอยู่บ้านฉีดเฮโรอินวันละหลายครั้งจะควบคุมอาการอยู่ใหม่เนีย โทรหาญาติให้มารับผมกลับบ้านวันนี้เลย”

S: ผู้ป่วยพูดว่า “ขนมแค้นี่ทำเป็นหวง”

S: ผู้ป่วยพูดว่า “มึงจะมารู้อะไรกับกู ไม่ต้องมาเตือนเรื่องยาเมทาโดน มึงเอากับกูใหม่”

O: ผู้ป่วยสีหน้าหงุดหงิด ก้าวร้าว โวยวาย ด่าทอเจ้าหน้าที่และเพื่อนผู้ป่วยอื่น

O: ผู้ป่วยหยิบขนมเพื่อนไปกินโดยไม่ขออนุญาต

O: ผู้ป่วยรื้อข้าวของเพื่อนทำไปเพราะเครียดอยากกลับบ้าน

##### วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสม

##### ข้อวินิจฉัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม

- ด้านการสนับสนุนและการช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการปรับลดยาเมทาโดนลง จะทำให้มีอาการถอนพิษยามากขึ้น การดูแลช่วยเหลือกิจวัตร ความไม่สุขสบาย จะช่วยลดความเครียดของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อได้รับการสนับสนุนทางร่างกายและจิตใจ

- ด้านการแนะนำและชี้แนะ เพราะผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปรับลดยาเมทาโดนลงกลัวว่าจะมีอาการถอนพิษยามากขึ้น ทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว การอธิบายถึงแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยเข้าใจ จะทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง

- ด้านการสอน เป็นการให้คำแนะนำ ความรู้เกี่ยวกับการให้ยาเมทาโดนและอาการที่เกิดขึ้นหลังปรับยา สาเหตุพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกไม่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

##### เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยมีท่าทีสงบลง
๒. ผู้ป่วยสามารถบอกสาเหตุของอารมณ์และการแสดงออกที่ก้าวร้าวได้
๓. ผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้

## กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร และพร้อมให้การช่วยเหลือ
๒. ประเมินอารมณ์ พฤติกรรมการแสดงออก ความคิด การรับรู้ การเคลื่อนไหว
๓. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธ ไม่พึงพอใจ ซึ่งอาจจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวายได้
๔. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิดความรู้สึกโดยเฉพาะความคิด ความรู้สึกด้านลบ
๕. เมื่อผู้ป่วยอารมณ์สงบลง ฝึกทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น
๖. แนะนำวิธีแสดงออกอย่างเหมาะสมในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม
๗. แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียด เมื่อรู้สึกเครียด หงุดหงิด หรือโมโห
๘. กล่าวชื่นชมเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อเป็นการเสริมแรงบวก
๙. สะท้อนให้ผู้ป่วยคิด พิจารณา ถึงสาเหตุการแสดงออกที่ผ่านมา และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการแสดงพฤติกรรม และหาแนวทางป้องกัน
๑๐. ให้ยาตามแผนการรักษา
๑๑. พิจารณาผูกมัดผู้ป่วย เนื่องจากไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองและแสดงพฤติกรรมที่อาจเกิดอันตรายขึ้นได้

## ประเมินผล

วันที่ ๑๒ ต.ค. ๒๕๖๓ ผู้ป่วยมีท่าที่สงบลง สามารถบอกสาเหตุของอารมณ์และการแสดงออกมากที่ก้าวร้าวได้ และผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองและการแสดงออกที่เหมาะสมไม่มีเรื่องทะเลาะวิวาทสามารถอยู่บำบัดต่อได้

**ข้อที่ ๗. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียง จากการได้รับยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotics drugs) (ระหว่างวันที่ ๑๖ ต.ค.- ๑๘ ต.ค. ๒๕๖๓)**

## ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยได้รับยาฉีด Haldol ๕ mg IM, Diazepam ๑๐ mg IV เวลา ๑๔.๑๕ น. Haldol ๕ mg IM เวลา ๒๑.๐๐ น. Stat then Haldol ๕ mg IM x ๓ day (วันที่ ๑๖ ๑๗ ๑๘ ต.ค. ๒๕๖๓) **วัตถุประสงค์**

๑. เผื่อระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาต้านอาการทางจิต
๒. ป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาต้านอาการทางจิต

## ข้อวินิจฉัยขั้นประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม

- ด้านการสนับสนุนและการช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาต้านอาการทางจิต เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เพื่อช่วยลดอุบัติเหตุ ลดความเครียดของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแล เมื่อได้รับการสนับสนุนทางร่างกายและจิตใจ
- ด้านการแนะนำและชี้แนะ เพราะผู้ป่วยได้รับยาต้านอาการทางจิต การแนะนำให้ผู้ป่วยรับรู้อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง
- ด้านการสอน เป็นการให้คำแนะนำ ความรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นและการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ อาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ เพื่อผู้ป่วยจะได้ดูแลตนเองได้ถูกต้อง ไม่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพ

### เกณฑ์การประเมิน

๑. อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาต้านอาการทางจิตได้รับการเฝ้าระวังจนปลอดภัย
๒. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาต้านอาการทางจิต เช่น EPS

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินและสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต เช่น อาการ Extra Pyramidal Syndrome และติดตามวัดสัญญาณชีพเพื่อเฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ได้รับยาต้านโรคจิต
๒. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิตที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง คอแข็ง น้ำลายไหล พูดไม่ชัด ลิ้นคับปาก กระสับกระส่าย หากพบว่ามีอาการดังกล่าวให้แจ้งพยาบาลทราบทันที เพื่อการดูแลรักษาต่อไป
๓. แนะนำผู้ป่วยระมัดระวังในการเปลี่ยนอิริยาบถเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก Postural hypotension เช่น การหกล้ม และได้รับบาดเจ็บ
๔. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา
๕. ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาร่วมกับยาลดกรด (antacids) เนื่องจากจะลดการดูดซึมของยาในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา
๖. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ
๗. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ได้รับ
๘. ให้ข้อมูลถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานยา
๙. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์
๑๐. ดูแลผู้ป่วยให้รับประทานอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ และผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง คอแห้งดูแลให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็งก้อนเล็กๆหรือให้ดื่มน้ำมากๆ
๑๑. ให้ข้อมูลอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก ตาพร่า หัวใจเต้นเร็ว คอแข็ง หากมีอาการดังกล่าวให้รีบแจ้งพยาบาลทันที
๑๒. พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยในการรับการรักษา และให้ข้อมูลว่าอาการเหล่านั้นจะทุเลาลง หลังจากได้รับประทานยาระยะหนึ่งหรือถ้ายังมีอาการอยู่ก็จะมีแนวทางการรักษาของแพทย์เพื่อรักษาให้อาการนั้นทุเลา/หายได้
๑๓. บันทึกอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

### ประเมินผล

อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาต้านอาการทางจิต ได้รับการเฝ้าระวังตั้งแต่วันที่ ๑๖-๑๗ ต.ค. ๒๕๖๓ ผู้ป่วยไม่มี EPS สัญญาณชีพปกติ

ข้อที่ ๘. เสี่ยงต่อการอยู่รับการรักษาไม่ครบกระบวนการเนื่องจาก หงุดหงิด ฉุนเฉียว ก้าวร้าว เมื่อแพทย์ปรับยาเมทาโดนลดลง (ระหว่างวันที่ ๑๐ - ๒๒ ต.ค. ๒๕๖๓)

ข้อมูลสนับสนุน วันที่ ๑๐,๑๖ ต.ค. ๒๕๖๓

S: ผู้ป่วยหงุดหงิด ฉุนเฉียว ก้าวร้าว คำทอแพทย์ว่า “ปรับลดยาเมทาโดนเร็วไป ผมใช้เฮโรอีนฉีดวันละหลายครั้ง สมควรใจมาด้วย โทรหาญาติให้ตอนนี้เลย จะกลับบ้านวันนี้ ‘ไม่อยู่แล้ว’”

O: ผู้ป่วยหงุดหงิด เลียงกับเพื่อนเรื่องการกินยาเมทาโดน ผู้ป่วยรื้อข้าวของเพื่อน บอกว่า “เครียดอยากกลับบ้านเลยทำ”

O: ประเมินแรงจูงใจในการอยู่รักษาแบบผู้ป่วยในเท่ากับ ๐%

## วัตถุประสงค์

- ๑.ลดอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว ก้าวร้าวของผู้ป่วย
- ๒.เสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในจนครบกระบวนการ

## ข้อวินิจฉัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม

- ด้านการสนับสนุนและการช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว ก้าวร้าว ไม่พอใจที่แพทย์ปรับยาเมทาโดนลดลง การช่วยเหลือเรื่องกิจวัตร ความสุขสบายจากอาการถอนพิษยา ลดความเครียดของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการอยู่บำบัด เมื่อได้รับการสนับสนุนทางร่างกายและจิตใจ
- ด้านการแนะนำและชี้แนะ เพราะผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว ก้าวร้าว ไม่พอใจที่แพทย์ปรับยาเมทาโดนลดลง การแนะนำให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ จะทำให้ผู้ป่วยไม่หงุดหงิด ฉุนเฉียว ก้าวร้าว และอยู่บำบัดจนครบกระบวนการ

## เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยไม่มีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว ก้าวร้าว
๒. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัดรักษา  $\geq 70\%$
๓. ผู้ป่วยอยู่รับการบำบัดจนครบกระบวนการ

## กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยคำพูดอ่อนโยนท่าที่เป็นมิตร
๒. ประเมินแรงจูงใจในการบำบัดรักษาของผู้ป่วย
๓. ใช้กระบวนการ counseling เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบาย และค้นหาปัญหา อุปสรรคหรือหาสาเหตุที่มีผลต่อการบำบัดรักษาร่วมกับผู้ป่วยในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้เลือกวิธีแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วย
๔. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัดแบบผู้ป่วยในจนครบกระบวนการ โดย
  - ให้ผู้ป่วยประเมินข้อดี-ข้อเสีย ของการอยู่บำบัดแบบผู้ป่วยในและการกลับบ้าน
  - กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยสร้างแรงจูงใจและตั้งเป้าหมายในการบำบัดแบบผู้ป่วยใน
  - ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือ ที่ประสบความสำเร็จในการบำบัดรักษาที่มีลักษณะคล้ายผู้ป่วย เพื่อเป็นแรงกระตุ้นในการเลิกยาเสพติด
  - ให้คำชื่นชมในการแสดงพฤติกรรมและความคิดที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างแรงใจให้คงพฤติกรรมนั้นไว้และพัฒนามากขึ้น
๕. แนะนำขั้นตอนในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา และอธิบายแผนการรักษาของแพทย์ในการปรับยาเมทาโดนลดลง ถ้าระหว่างปรับยาแล้วมีอาการถอนพิษเฮโรอีนมากพยาบาลจะรีบรายงานแพทย์ทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาและคลายความวิตกกังวลลง
๖. นำเข้ากลุ่ม CBT เพื่อปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม
๗. ติดตามประเมินแรงจูงใจในการบำบัด

## ประเมินผล วันที่ ๑๖ ต.ค. ๒๕๖๓

๑. ผู้ป่วยไม่มีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว ก้าวร้าว
๒. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เท่ากับ  $80\%$
๓. ผู้ป่วยบอกว่า “จะอยู่รักษาจนกว่าอาการจะดีขึ้นและหมอให้กลับได้”

(ผู้ป่วยอยู่รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน จนครบกระบวนการตามแผนรายบุคคล D/C ๒๒ ต.ค. ๒๕๖๓)

## ข้อที่ ๙. ขาดแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ (พบปัญหาวันที่ ๗ ต.ค. ๒๕๖๓)

### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยพูดว่า “ผมไม่เลิกบุหรี่หรอก แต่จะพยายามสูบลดลง”

S: ผู้ป่วยพูดว่า “ผมสูบบุหรี่มาตั้งแต่อายุ ๑๕ ปี จนถึงตอนนี้”

O: ผู้ป่วยสูบบุหรี่มา ๓๑ ปีสูบวันละ ๑ ซอง ครั้งสุดท้ายวันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๓ วันที่ผู้ป่วย Admit จำนวน ๑๐ มวน

O: แพทย์วินิจฉัย Nictotine dependence

O: จากการประเมินยังอยู่ในระดับเมินเฉย

O: ยังไม่คิดเลิกบุหรี่ใน ๖ เดือนข้างหน้า

O: คะแนน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) = ๗ คะแนน

O: ผล chest x-ray: Brochiectasis is likely. วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๓ วันที่ผู้ป่วย Admit

### วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

### ข้อวินิจฉัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม

- ด้านการสนับสนุนและการช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ป่วยสูบบุหรี่มานาน เมื่อหยุดสูบบุหรี่จะมีอาการถอนนิโคติน การช่วยเหลือในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง เมื่อได้รับการสนับสนุนทางร่างกายและจิตใจ

- ด้านการสอน เป็นการให้คำแนะนำ ความรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากการถอนนิโคตินและการดูแลตนเองให้สุขสบายจากการถอนนิโคติน ผล chest x-ray เพื่อผู้ป่วยจะได้ดูแลตนเองได้ถูกต้อง

### เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยมีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ใน ๖ เดือนข้างหน้า

๒. ผู้ป่วยมีความสนใจที่จะเลิกบุหรี่ โดยถามถึงวิธีการเลิกบุหรี่

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. พยาบาลแสดงความห่วงใย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับการบำบัดในโรงพยาบาล

๒. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพิจารณาความเสี่ยงหรือผลเสียที่จะตามมา หากยังคงสูบบุหรี่อยู่

๓. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นจากการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ สุขภาพดีขึ้น การรับประทานอาหารดีขึ้น จมูกรับกลิ่นดีขึ้น ประหยัดเงิน ภาวะพลัษณ์ดีขึ้น ไม่มีกลิ่นบุหรี่ ร่างกายแข็งแรง ไม่เหนื่อยง่าย ลดริ้วรอยความแก่บนใบหน้า ฟันขาวขึ้น

๔. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกถึงอุปสรรคการเลิกบุหรี่ พร้อมให้ความช่วยเหลือ เช่น น้ำยาอมอดบุหรี่ Nicotine gum สำหรับเคี้ยว หากมีอาการขาดนิโคตินมาก แนะนำหลัก ๕D ได้แก่ Delay= อย่าสูบบุหรี่ทันที ที่อยากสูบ รอเวลาเพื่อทำให้ลิ้ม Deep Breath หายใจเข้า ออกลึกๆ ๕-๑๐ ครั้ง Drink Water ดื่มน้ำซ้าๆ หรือการจิบน้ำหรืออมน้ำ Do something else การหาสิ่งอื่นทำแทนการสูบบุหรี่ เพื่อทำให้ลิ้ม Destination การให้คิดถึงผลดีของการเลิกบุหรี่ ถ้าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ เลิกบุหรี่ รายงานแพทย์พิจารณาช่วยเลิกบุหรี่

๕. ประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่

๖. บอกผล chest x-ray ให้ผู้ป่วยได้รับทราบ เพื่อให้ตระหนักถึงผลกระทบและตัดสินใจทำอะไรสักอย่างในการเลิกบุหรี่

## ประเมินผล

วันที่ ๒๒ ต.ค. ๒๕๖๓ ผู้ป่วยยังไม่สนใจที่จะเลิกบุหรี่ แต่ผู้ป่วยบอกว่าจะลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงระหว่างอยู่บำบัดไม่มีอาการขาดนิโคติน

## ข้อที่ ๑๐. ขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ(พบปัญหาวันที่ ๗ ต.ค. ๒๕๖๓)

### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมอยากกลับบ้านแล้ว จะไปช่วยพ่อดูแลปืมน้ำมัน พ่อแม่เขาก็อายุมากแล้วด้วย ไม่อยากนอนโรงพยาบาลนาน”

O: ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล ถามเรื่องกลับบ้านบ่อยครั้ง  
แรงจูงใจในการย้ายฟื้นฟูอยู่ในระดับเมินเฉย

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระดับแรงจูงใจตัดสินใจไปฟื้นฟูสมรรถภาพ

### ข้อวินิจฉัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม

- ด้านการแนะนำ และชี้แนะข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างแรงจูงใจอย่างจริงจัง เนื่องจากผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด

- ด้านการสอน เป็นการให้คำแนะนำ ความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันการเสพติดซ้ำ เพราะผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนมานาน ให้คำแนะนำในการเลิกเฮโรอีนอย่างต่อเนื่อง การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ทักษะการปฏิเสธ การมาตรวจตามนัด แหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อจะได้ดูแลตนเองที่ถูกต้อง ในการป้องกันการเสพติดซ้ำ

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยแสดงความเห็นใจ เข้าใจ รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจด้วยท่าทีที่เป็นมิตร

๒. ประเมินอาการทางกาย ทางจิตใจ การพักผ่อนของผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นปัจจัยให้ผู้ป่วยไม่อยากบำบัดต่อ

๓. ค้นหาปัญหาและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจอยู่รักษาต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

๔. นำครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการวางแผนบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยให้ข้อมูลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหยุดเสพยาได้นานขึ้น

๕. สะท้อนข้อมูลความเป็นจริงเกี่ยวกับผลกระทบของการเสพติดเฮโรอีนที่ผ่านมา

๖. สะท้อนให้ผู้ป่วยคิด หากผู้ป่วยหยุดเสพยาได้นานขึ้น จะเกิดอะไรขึ้นบ้างกับผู้ป่วยและครอบครัว

๗. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกต่อการย้ายเข้าสู่ฟื้นฟูสมรรถภาพ

๘. ให้กำลังใจผู้ป่วยในการรับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

## ประเมินผล

วันที่ ๒๐ ต.ค. ๒๕๖๓ ผู้ป่วยรับฟังขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ตัดสินใจไม่ไปฟื้นฟูสมรรถภาพ

**ข้อที่ ๑๑. ครอบครัวขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ที่มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม** (ระหว่างวันที่ ๗ ต.ค.- ๒๑ ต.ค. ๒๕๖๓)

### ข้อมูลสนับสนุน

S: บิดาบอกว่า “ไม่รู้ว่าจะต้องทำยังไงถ้าผู้ป่วยต้องกลับบ้าน กลัวเขาจะกลับไปใช้เฮโรอีนอีก”

O: บิดาไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองตื้อยา บุคลิกภาพต่อต้านสังคม บอกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไม่ได้ และสอบถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

### วัตถุประสงค์

ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง  
**ข้อวินิจฉัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม**

- ด้านการสนับสนุนและการช่วยเหลือ เนื่องจากบิดามารดาผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีความวิตกกังวลในการดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เพื่อช่วยลดความเครียดของครอบครัว จึงมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง เมื่อได้รับการสนับสนุนทางร่างกายและจิตใจ

- ด้านการแนะนำและชี้แนะ เพราะครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การแนะนำให้ครอบครัวรู้จักการดูแลผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม จะทำให้ความวิตกกังวลของครอบครัวลดลง

- ด้านการสอน เป็นการให้คำแนะนำ ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของพฤติกรรมต่อต้านสังคมและพฤติกรรมกลับไปเสพยาซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง ไม่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพ

### เกณฑ์การประเมิน

ครอบครัวบอกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคมได้  
**กิจกรรมการพยาบาล**

๑. ประเมินความรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม และสัมพันธ์ภาพของผู้ป่วยกับครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

๒. อธิบายเกี่ยวกับโรค อาการอาการแสดง รวมถึงแนวทางการรักษา เพื่อให้ครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจ ดังนี้

๑) โรคสมองตื้อยา และการเสพติดเฮโรอีน

- ลักษณะการใช้เฮโรอีนเกินขนาด อาการขาดและหลังหยุดใช้สารเสพติดเฮโรอีน
- ตัวกระตุ้นที่ทำให้กลับไปเสพยาซ้ำ

๒) อาการของบุคลิกภาพต่อต้านสังคม การป้องกัน แนวทางการรักษา ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคมที่อาจเกิดขึ้น เช่น การทำผิดกฎหมาย การละเมิดสิทธิผู้อื่น การใช้อารมณ์ การควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ การกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ



๓) การดูแลผู้ป่วยเรื่องรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

๓. นำทีมสหวิชาชีพมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านร่วมกับครอบครัว

๔. เปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถามเกี่ยวกับข้อสงสัยต่างๆ และให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น

๕. ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวพิจารณาสาเหตุของปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การที่ผู้ป่วยไปใช้สารเสพติด การเกิดบุคลิกภาพต่อต้านสังคม การใช้อารมณ์ การละเมิดสิทธิผู้อื่น การทำผิดกฎหมาย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร และหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน

๖. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว เช่นการกล้าแสดงความรักของผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัว กล้าพูดในสิ่งที่ตนต้องการ การพูดขอโทษกับครอบครัวในสิ่งที่ตนกระทำผิด เป็นต้น

๗. ให้กำลังใจยกตัวอย่างผู้ป่วยอื่นที่มีอาการเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยและสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ให้ครอบครัว เพื่อสร้างพลังใจในการดูแลผู้ป่วย

#### ประเมินผล

วันที่ ๒๒ ต.ค. ๒๕๖๓ บิดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคมได้ถูกต้อง

- บิดารับฟังคำแนะนำ และให้ความร่วมมือใน ใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย

- บิดาเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองติดยา และลักษณะอาการขาดเฮโรอีน ตอบได้ว่า “ถ้าลูกไม่ได้ใช้ยาเฮโรอีน จะมีปวดตัวได้ นอนไม่หลับ ลูกเป็นโรคสมองติดยา มีโอกาสกลับไปติดเฮโรอีนอีกได้”

- บิดา ตอบได้ว่า “ต้องดูแลให้ลูกกินยา ถ้าไม่กินจะเกิดอาการอยากยา ต้องคอยสังเกตอาการลูก และควบคุมพฤติกรรมลูก เตือนเขาในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง”

ข้อที่ ๑๒. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการเลิกเสพยาเฮโรอีนและการเผชิญกับความเครียด การแก้ไขปัญหามีไม่เหมาะสม (ระหว่างวันที่ ๗ ต.ค. - ๒๒ ต.ค. ๒๕๖๓)

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: “ผู้ป่วยบอกว่า “ผมจะเลิกเฮโรอีน จะกินเมทาโดนที่บ้าน ผมจะได้ไปช่วยพ่อและแม่ดูแลกิจการปืมน้ำมันที่บ้านด้วย”

S: “ผู้ป่วยบอกว่า “ผมมีปัญหา ผมจะไม่ปรึกษาคนในครอบครัว ผมจะปรึกษาเพื่อนที่ใช้เฮโรอีนด้วยกันแหละ สุดท้ายมันก็ใช้เฮโรอีนอยู่ดี”

S: “ผู้ป่วยบอกว่า “ผมชอบเข้าสังคม สังสรรค์กับเพื่อน ตอนผมเลิกกับเมียผมก็เสียใจนะอยู่ด้วยกันมาตั้งนาน ผมเครียดเลยใช้มากขึ้น”

S: “ผู้ป่วยบอกว่า “ผมไม่สามารถควบคุมตนเองได้เวลาอยากใช้เฮโรอีนและตอนเพื่อนมาชวน”

O: ผลการทดสอบทางจิตวิทยา วันที่ ๒๐ ต.ค.๒๕๖๓ จากผลการทดสอบ sign psychosis และ Emotional disturbance ปัญหาที่พบเป็นเรื่องของบุคลิกภาพแบบ immature ทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ดีและมีปัญหาในการยับยั้งชั่งใจ

O: ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่หาซื้อยาเสพติดได้ง่าย และมีเพื่อนที่อยู่หมู่บ้านใกล้เคียงที่ใช้เฮโรอีนซึ่งห่างไปไม่ไกลจากบ้านผู้ป่วย

O: ผู้ป่วยอยู่ในเส้นทางการเลิกยา ระยะเริ่มต้นหยุดยาหรือระยะฮันนิมูน ช่วง ๑ - ๖ สัปดาห์เป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้เลิกยามีความเชื่อมั่นในตนเองสูงว่าจะสามารถเลิกยาได้

## วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารเสพติดเฮโรอีนได้อย่างถูกต้อง
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะต่างๆในการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ

## ข้อวินิจฉัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม

- ด้านการสอน เป็นการให้คำแนะนำ ความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันการเสพติดซ้ำ เพราะผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนมานาน ให้คำแนะนำในการเลิกเสพติดเฮโรอีนอย่างต่อเนื่องการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ทักษะการปฏิเสธ การมาตรวจตามนัด แหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อจะได้ดูแล ตนเองได้อย่างถูกต้อง ในการป้องกันการเสพติดซ้ำ

## เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยบอกความรู้เรื่องสารเสพติดเฮโรอีนได้อย่างถูกต้อง
๒. ผู้ป่วยบอก เป้าหมายในชีวิต วิธีการปฏิเสธ การจัดการความเครียด การควบคุมตนเอง การแก้ไขปัญหาและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่เหมาะสมได้

## กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างความไว้วางใจ
๒. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเฮโรอีน และทักษะต่างๆในการป้องกันการเสพติดซ้ำ
๓. ใช้กระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อเปิดโอกาสให้ได้พูดคุยและระบายเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค หรือสาเหตุที่มีผลต่อการกลับไปเสพติดซ้ำ วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการแก้ไขปัญหา กระตุ้นเลือกวิธีแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และให้กำลังใจ
๔. ให้ความรู้ต่างๆ ได้แก่ โรคสมองติดยา เส้นทางสู่การเลิกยาเสพติด โทษพิษภัยและผลกระทบของการเสพติดเฮโรอีนหรือยาเสพติดอื่นๆ
๕. สอนและฝึกทักษะต่างๆ ในการป้องกันการเสพติดซ้ำ ได้แก่ ทักษะเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายในชีวิต ทักษะการสำรวจตนเอง ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ไขปัญหา การจัดการกับความเครียด ทักษะการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และทักษะการควบคุมอารมณ์ตนเอง
๖. แนะนำการจัดการและการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ได้แก่ การเลิกคบเพื่อนที่ไม่ใช่ยาเสพติด การทิ้งอุปกรณ์เสพติดไม่ให้มีอยู่ในบ้าน การออกกำลังกาย โดยให้ผู้ป่วยได้ค้นหากิจกรรมของตนเองที่สามารถนำไปใช้ได้จริง
๗. นำทีมสหวิชาชีพมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านร่วมกับครอบครัว
๘. แนะนำเบอร์ติดต่อเพื่อขอคำปรึกษาปัญหาเสพติดได้ที่สายด่วนยาเสพติด ๑๖๖๕ หรือทางแอปพลิเคชัน “ห่วงใย”
๙. พูดคุยเสริมแรงให้กำลังใจในการเลิกยาเสพติด

## ประเมินผลวันที่ ๒๑ ต.ค. ๒๕๖๓

ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการเลิกยาเสพติด การป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ และได้ฝึกทักษะป้องกันการเสพติดซ้ำ

- ผู้ป่วยบอกว่า “เมื่อกลับบ้านจะกลับไปทำงานที่ปั้มน้ำมันของที่บ้าน ช่วยพ่อแม่ จะพยายามอยู่บ้าน ไม่ออกไปหาเพื่อน ผมจะเลิกให้ได้เพราะพ่อแม่จะได้สบายใจ เพราะพ่อแม่ก็อายุมากแล้ว ผมจะได้อยู่ดูแลท่านไปนานๆ”

- ผู้ป่วยบอกว่า “ผมจะอยู่บ้านของตนเอง จะไม่ไปในหมู่บ้านใกล้เคียง ถ้ามีเพื่อนเอายามาให้ก็จะปฏิเสธ บอกว่าผมเลิกใช้ยาเสพติดแล้ว ผมจะพูดด้วยน้ำเสียงหนักแน่น”

- ผู้ป่วยบอกว่า “ผมจะไม่ใช้เฮโรอีนอีกแล้ว เวลาทุกซีใจผมจะคุยกับพ่อแม่ และจะกินยามาหาหมอตามนัด”

### วิจารณ์

กระบวนการดูแลผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนที่มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม เป็นภาวะที่ยุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยมีปัญหาทั้งด้านบุคลิกภาพและอารมณ์ และปัญหาที่เกิดจากผลกระทบจากการใช้เฮโรอีนมาเป็นเวลานาน ซึ่งผู้ป่วยรายนี้อาจจะมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคมมาก่อนและไม่ได้รับการรักษา จึงทำให้เกิดการใช้สารเสพติด เมื่อใช้สารเสพติดแล้วมีความยากที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา ในการบำบัดรักษา พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถอยู่ในสังคมและดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้เข้ารับการรักษาโรคเสพติดเฮโรอีนและมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม ซึ่งการที่พยาบาลมีความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนและมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม ทำให้เฝ้าระวัง สังเกต และติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะแรกๆ และรายงานแพทย์ได้ทันท่วงที เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง จึงทำให้ได้รับการวินิจฉัย และการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยผ่านภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย และลดอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนและมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม การเฝ้าระวังและประเมินความผิดปกติจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จึงมีความสำคัญมาก เพราะจะทำให้ ผู้ป่วยได้รับการบำบัดดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีและส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย

ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม เป็นการพยาบาลเฉพาะทาง ที่พยาบาลผู้ดูแลต้องสามารถใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล โดยในแต่ละขั้นตอนมีความเฉพาะเจาะจงลึกซึ้ง ครอบคลุมปัญหา ที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางวิชาการ ทักษะ ประสบการณ์ ตัวตนและจิตวิญญาณของพยาบาล ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ที่ถูกต้องเหมาะสม และทันเวลา เข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติด เป็นการยืดหยุ่นการรักษา คำนึงถึงการดูแลมนุษย์ที่เป็นปัจเจกบุคคล ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างรอบด้าน อันจะนำมาซึ่งการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบต่าง ๆ ที่มาจากการใช้ยาเสพติด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลด ละ และเลิกยาเสพติดได้ นำพาชีวิตสู่ความสำเร็จ ด้วยความรัก ความเข้าใจ และเห็นคุณค่าของตนเองอย่างแท้จริง

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล

๑. อาการดังกล่าวทำให้การแก้ไขปัญหามีความสลับซับซ้อนยิ่งขึ้น ในการให้การพยาบาลจึงต้องจัดลำดับที่จะแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบมากที่สุดก่อน โดยเรียงลำดับความสำคัญหรือความจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยจะมีลักษณะไม่ยอมรับกฎเกณฑ์ต่างๆ มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (Impulsive behavior) ก้าวร้าว การไม่สนใจต่อความปลอดภัยของตนเองหรือผู้อื่น และมีอาการจากยาเสพติด การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นลำดับขั้น และต้องวางแผนการติดตามให้การดูแลต่อเนื่องไปจนถึงเป้าหมายที่จะทำให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดให้ได้ โดยการบูรณาการปัจจัยต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการติดยาเสพติด

๒. เมื่อมีสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ควรมีการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่นเป็นลำดับแรก เป็นการพิจารณาภาพรวมของสถานการณ์ในขณะนั้น หลัก

สำคัญที่สุดคือ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของทุกฝ่าย รวมทั้งพยายามคว้ามืออุปกรณ์ที่อาจใช้เป็นอาวุธอยู่ที่ผู้ป่วยหรือไม่

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

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. ควรมีหลักสูตรการพัฒนาศัลยกรรมและจัดตั้งทีมตอบสนองภาวะฉุกเฉินบุคลิกภาพและทางจิตเวช สำหรับผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีน เพื่อควบคุมสถานการณ์ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับทุกฝ่าย เช่น ผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง หรือการจับคนเป็นตัวประกัน เพราะการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าโดยไม่มีการฝึกฝนเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน คงจะทำให้เป็นผลค่อนข้างยาก

๒. การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการผิดปกติทางบุคลิกภาพต่อเนื่องหลังจำหน่าย นอกจากครอบครัวต้องดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการติดยาแล้ว การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องนับว่าเป็นเรื่องสำคัญและเกี่ยวพันกัน ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการจัดกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกทักษะรวมทั้งสร้างความตระหนักแก่ครอบครัวผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

๓. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ จะสามารถส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลมีการพัฒนาความรู้ และทักษะด้านการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพได้อย่างต่อเนื่อง

๔. ผู้ป่วยยาเสพติดเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด จะต้องใช้ความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เฉพาะทาง พยาบาลจะต้องผสมผสานความรู้ทั้งในเรื่องของยาเสพติดและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ซึ่งตัวพยาบาลเองต้องมี ความเมตตา เอื้ออาทร ความเข้าใจ จริงใจ และมีความอดทน ยินดีช่วยเหลืออย่างจริงใจ ดังนั้นองค์กรควรส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ตามค่านิยมขององค์กรอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

๕. การศึกษาภาระงานและสัดส่วนเวลาการให้การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพที่มีประสิทธิผล การจัดอัตรากำลังและกระจายทรัพยากรที่เหมาะสม จะทำให้เกิดความคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด

๖. การติดยาเสพติดเป็นโรคเรื้อรังและมีความซับซ้อน สัมพันธ์กับปัญหาอื่น ๆ หลายด้าน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยยาเสพติดผ่านการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแล้วควรมีการติดตามและดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทั้งโดยสถานพยาบาลเองและประสานความร่วมมือ ส่งต่อร่วมกับชุมชน เพื่อดูแลช่วยเหลือให้ผู้ติดยาเสพติดลด ละ เลิกยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ไม่กลับมาเสพติดซ้ำ ร่วมกับการส่งเสริมและสนับสนุน พัฒนาให้มีคุณภาพชีวิต และการอยู่ร่วมกับสังคมอย่างปกติสุข ไม่ก่อผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมรอบข้าง ซึ่งระยะนี้ควรใช้เวลาอย่างน้อย ๑ ปี

## เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลอภัยภูธรราชภัฏปัตตานี. **กระบวนการพยาบาลผู้ติดเฮโรอีน**[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ ๗ ม.ค. ๒๕๖๖]. เข้าถึงได้จาก [https://tph.go.th/th/news/saraknaru\\_file/๖๐๐๑๒๗๑๖๑๓๔๖.pdf](https://tph.go.th/th/news/saraknaru_file/๖๐๐๑๒๗๑๖๑๓๔๖.pdf)
- นภวัลย์ กัมพลาศิริ. (๒๕๕๗). **การพยาบาลบุคคลที่มีบุคลิกภาพแปรปรวน (Nursing Care for Persons with Personality Disorders)**. ใน อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทร และวาริรัตน์ ถาน้อย (บรรณาธิการ), **การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ (Psychiatric Nursing)** (หน้า ๔๔๕-๔๖๑). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- พิชัย แสงชาญชัย.(๒๕๔๙).**ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด**.กรุงเทพฯ:บางกอกบลิ๊ก.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. **จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในยาเสพติดปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๕**. [อินเทอร์เน็ต].๒๕๖๕. [เข้าถึงเมื่อ ๖ ม.ค. ๒๕๖๖]. เข้าถึงได้จาก [http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com\\_content&task=view&id=๓๘๗๕&Itemid๕๓](http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=๓๘๗๕&Itemid๕๓)
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. **มาตรฐานการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติดผู้ป่วยหนัก**. นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้ง; ๒๕๖๓.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(๒๕๖๕).**แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด**.จาก[http:// www.oncb.go.th/Home/PublishgImages/Pages/ITA/main/แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด%๒๐พ.ศ.%๒๐๒๕๖๕.pdf](http://www.oncb.go.th/Home/PublishgImages/Pages/ITA/main/แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด%๒๐พ.ศ.%๒๐๒๕๖๕.pdf)
- American Psychiatric Association. (๒๐๑๓). **Manual of Diagnostic and Statistical Mental Disorders**. (๕th ed.,). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Skodol AE, Gunderson JG. **Personality disorders**. In: Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard Go. **Essentials of psychiatry**. ๓rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; ๒๐๑๑.