

ISSN : 2287-0369

วารสารวิชาการเสพติด

Thai Journal of Addiction

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567

Vol. 8 No. 2 July - December 2024

ISSN : 2287-0369

วารสารวิชาการเสพติด

Thai Journal of Addiction

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567

Vol. 8 No. 2 July - December 2024

วารสารวิชาการเสพติด

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ข้อมูลวิชาการด้านยาและสารเสพติด
 2. เพื่อเผยแพร่ องค์ความรู้เกี่ยวกับยาและสารเสพติด
 3. เพื่อเป็นสื่อประสานงานและส่งข่าวระหว่างเครือข่ายนักวิชาการด้านยาและสารเสพติด
- เจ้าของ
ที่ปรึกษา**
- สถาบันบัณฑิตศึกษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

นายสมศักดิ์	อรรถศิลป์	ผู้อำนวยการอาวุโสโรงพยาบาลวิมุต
นายมานัส	โพธารณ	ข้าราชการบำนาญ
นางสาวอริภักดิ์	เงินบำรุง	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาการป้องกันและ แก้ไขปัญหาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส
นางขนิษฐา	ตันติสิรินทร์	ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
นายนิพนธ์	ชินานนท์เวช	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
นายชยพันธ์	สิทธิบุศย์	ผู้อำนวยการกองงานคณะกรรมการ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค
นางกัลยา	ธรรมคุณ	ประธานมูลนิธิธัญญารักษ์
นางสาวสุรัชนี	เสวตศิลา	ผู้อำนวยการสำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสาวเสาวลักษณ์	ปลั่งเกียรติยศ	กองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรมคุมประพฤติ
นางสาวจันทกานต์	อยู่เย็น	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต
นายสรายุทธ์	บุญชัยพานิชวัฒนา	ผู้อำนวยการสถาบันบัณฑิตศึกษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นายอภิศักดิ์	วิทยานุกุลลักษณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
นายชาญชัย	ธงพานิช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
นายกนก	อุตวิชัย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
นางนริศรา	งามขจรวิวัฒน์	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
นายวรัทธรณ์	ก้องเปสลาพันธ์	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

บรรณาธิการ

นายลำชำ	ลักษณะอักษรขัณฑ์	สถาบันบำบักรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
---------	------------------	---

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาววิรดา	จันทร์ลอย	สถาบันบำบักรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
-------------	-----------	---

กองบรรณาธิการ

นางสาวสุพจน์	ชุดิดำรง	สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.
--------------	----------	---

นายนิวัติ	เอี่ยมเที่ยง	ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดปัตตานี กรมคุมประพฤติ
-----------	--------------	---

นายทัโปปน	สัมปทณร์กษ	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
-----------	------------	---

นางอรพิณ	ทนันซิติ	สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
----------	----------	---

นางสาวสิริกุล	วงษ์สิริ โสภากษ	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
---------------	-----------------	--

นางสาววางคณา	รักษ้งาน	สถาบันบำบักรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
--------------	----------	---

นายอภิชาติ	เรณูวัฒนานนท	สถาบันบำบักรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
------------	--------------	---

นางนันทา	ชัยพิชิตพันธ	สถาบันบำบักรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
----------	--------------	---

นางสำเนา	นิลบรรพ์	สถาบันบำบักรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
----------	----------	---

นางสาวสุกุนา	แสงเดือนฉาย	สถาบันบำบักรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
--------------	-------------	---

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายบุญเรือง	ไทรเรืองวรวัฒน	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
-------------	----------------	-----------------------

นางสาวนิตยา	ตากวิริยะนันท	ข้าราชการบำนาญ
-------------	---------------	----------------

นายพิชัย	แสงชาญชัย	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
----------	-----------	------------------------

นายอรรรถพล	สุคนธาภิรมย์ ฒ พัทลุง	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
------------	-----------------------	-------------------------------------

นางสาวรัสมน	กัลยาศิริ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายตะวันชัย	จิรประมุขพิทักษ์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
นายสุทัศน์	รุ่งเรืองหิรัญญา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นางสาวจิตรลดา	อารีย์สันติชัย	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายอรรถสิทธิ์	ศรีสุปัติ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์
นายศักดิ์นา	บุญเปี่ยม	คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
นายประทีป	นัตร์สุภางค์	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวดรุณี	ภู่ขาว	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายอนุสรณ์	พยัคฆาคม	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางเพ็ญพักตร์	อุทิส	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางสาวศิริพร	ฉนวนนท์	กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
นางสาวศรีณญา	เบญจกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางณปภา	สิริสุภกฤตกุล	สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสุประภา	จักษุคุลย์	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องสำอางค์ กรมควบคุมโรค
นางสมพร	สุวรรณมาโจ	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

สำนักงาน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
60 ถนนพหลโยธิน ต.พระราชปีย์ อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี 12130
โทร. 0-2531-0080-8 ต่อ 404, 341, 492 โทรสาร 0-2531-0085
www.pmnidat.go.th e-mail : journal@pmnidat.go.th

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2564-3104 ถึง 6
โทรสาร 0-2564-3119
<http://www.thammasatprintinghouse.com>

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการเสพติด ฉบับนี้ได้มีบทความวิชาการและบทความวิจัย ที่มีเนื้อหาความรู้ที่เป็นประโยชน์และรับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่ส่งบทความวิชาการส่งมาเพื่อเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย เรื่องแรก การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย เรื่องที่สอง รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม เรื่องที่สาม การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดเคตามีนที่มีอาการหูแว่วและมีพฤติกรรมก้าวร้าว : กรณีศึกษา

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่ส่งบทความและให้การสนับสนุน ติดตามมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ท้ายนี้ ขอเชิญชวนหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจัดส่งบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเสพติดเพื่อเผยแพร่ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อแวดวงวิชาการและสังคม โดยมีความคาดหวังว่าผลงานเหล่านี้จะได้รับการพัฒนาต่อยอดไปเป็นองค์ความรู้ของประเทศอันจะนำไปสู่การพัฒนาวิชาการด้านยาเสพติดในระดับชาติต่อไป

ลำชา ลักขณาภิชนัชช

บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ของประเทศไทย 1

ธัญญา สิงห์โต วท.ม., สุกมา แสงเดือนฉาย ปร.ค., สำเนา นิลบรรพ์ ปร.ค.

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
จังหวัดมหาสารคาม 19

ฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์ พย.ม., วัชรินทร์ ทองสีเหลือง ส.บ., มัณฑนา กลมเกลียว ส.ม.,
กาญจนาวดี แก้วตา พย.บ.

การพยาบาลผู้ป่วยเสฟตีดเคตامينที่มีอาการหูแว่วและมีพฤติกรรมก้าวร้าว : กรณีศึกษา
พัชชา จอมเกตุ ศศ.ม. 31

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย

ชญญา สิงห์โต วท.ม., สุกุมา แสงเดือนฉาย ปร.ด, สำเนา นิลบรรพ์ ปร.ด.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Abstract Accessibility to Health Care Services of Drug Dependent Patients at Hospitals under Ministry of Public Health, Thailand

Tanya Singhtho, Sukuma Saengduenchai, Sumnao Nilaban

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

This research aims to study the accessibility to healthcare services for drug-dependent patients in hospitals under the Ministry of Public Health in Thailand. This is a descriptive study using a mixed-methods approach, combining both quantitative and qualitative research. The sample consisted of 379 drug-dependent patients of all types who received treatment more than once at drug addiction clinics in hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, including regional hospitals, general hospitals, and community hospitals. The patients had no psychiatric symptoms and voluntarily agreed to participate in the study. The research tools included questionnaires and interviews regarding healthcare service access of drug-dependent patients. The quality of the research instruments was evaluated using the Index of Item Objective Congruence (IOC), which ranged from 0.66 to 1.00 and reliability was 0.86. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The study results revealed that: 85.2% of the patients were male, with an average age of 30.95 years (youngest: 14 years, oldest: 63 years). 52.8% were single, and 45.4% had completed secondary education. 31.4% were employed as laborers, with 80.7% having an average monthly income of 8,072.59 THB. The treatment methods included both voluntary and compulsory rehabilitation, accounting for 52.0% and 48.0%, respectively. The average distance from home to the hospital was 12.72 km, with the maximum being 100 km. The average travel time was 27.35 minutes, with the longest being 4 hours. Most patients traveled by motorcycle (76.3%), and 68.1% considered the travel from home to the hospital convenient. 78.1% found the drug addiction clinic's location in the hospital

easy to find, and 78.6% received friendly and cordial service. The average time for a scheduled check-up visit was 75.82 minutes, with 62.0% using the 30-baht healthcare scheme. The average total cost per visit, including medication, travel, and food expenses, was 137.53 THB, and 45.9% of patients did not incur any treatment costs. Patients perceived that the main reason drug users who had not undergone rehabilitation did not seek treatment was that they did not acknowledge their addiction (57.3%). Conversely, 73.1% of drug users who did undergo treatment believed that effective treatment methods helped them quit drug use. The top three aspects of service accessibility that patients rated as most accessible were: the attentiveness of service providers (mean = 4.36), the quality of services (mean = 4.27), and the availability of information (mean = 4.24).

Recommendations: It is suggested to develop knowledge and understanding among patients, families, and communities to assess drug abuse abnormalities from the early stages in order to seek help or services for treatment. Additionally, attitudes and perceptions within families towards drug users should be adjusted to reduce stigma, thus enhancing the effectiveness of the treatment process.

Keywords: Accessibility to Health Care Services, Drug Dependent Patients, Hospitals under Ministry of Public Health

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยใช้ระเบียบวิธีแบบผสม (Mixed method) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยยาเสพติดทุกประเภทที่เข้ารับการรักษาพยาบาลมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป ในคลินิกยาเสพติดของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีอาการทางจิต สัมผัสใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 379 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามและแนวคำถามการสนทนากลุ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยยาเสพติด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) อยู่ในช่วง 0.66-1.00 และค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชายร้อยละ 85.2 อายุเฉลี่ย 30.95 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 52.8 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 45.4 อาชีพแรงงานรับจ้างร้อยละ 31.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 8,072.59 บาท รูปแบบการบำบัดรักษามีทั้งระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัดคิดเป็นร้อยละ 52.0 และ 48.0 ตามลำดับ ระยะทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 12.72 กม. ระยะทางสูงสุดคือ 100 กม. ใช้ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 27.35 นาที สูงสุดคือ 4 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ใช้รถมอเตอร์ไซค์ในการเดินทางร้อยละ 76.3 การเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล ใกล้บ้าน เดินทางสะดวกร้อยละ 68.1 และที่ตั้งของคลินิกยาเสพติดในโรงพยาบาล หาง่ายมองเห็นชัดร้อยละ 78.1 ผู้รับบริการเป็นมิตร ยิ้มแย้ม แจ่มใส เป็นกันเอง ร้อยละ 78.6 ระยะเวลาในการมารับบริการตรวจตามนัดเฉลี่ย 75.82 นาที ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ 30 บาทในการรักษาพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 62.0 ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ ได้แก่ ค่ายา ค่าบริการ ค่าเดินทาง และค่าอาหาร รวมเฉลี่ย 137.53 บาท โดยการมารับบริการในการบำบัดนั้น ไม่เสียค่าใช้จ่ายร้อยละ 45.9 ผู้ป่วยคิดว่าผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มที่ยังไม่เข้ารับการบำบัดรักษา เป็นเพราะยังไม่ยอมรับว่าตนเองคิดยามากที่สุดร้อยละ 57.3 ส่วนผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดรักษา เป็นเพราะมีวิธีการบำบัดที่ดี ช่วยให้เลิกยาเสพติดได้ร้อยละ 73.1 ความคิดเห็นต่อระดับการเข้าถึงบริการ รายด้านในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ ความสนใจของผู้ให้บริการ ด้านคุณภาพให้บริการและ ด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X} = 4.36$, $\bar{X} = 4.27$ และ $\bar{X} = 4.24$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะควรพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถ ประเมินความผิดปกติของการใช้สารเสพติดได้ตั้งแต่ระยะแรกๆ เพื่อค้นหาความช่วยเหลือหรือบริการ เพื่อเข้าสู่การบำบัดรักษา รวมถึงปรับเปลี่ยนทัศนคติ มุมมอง ของครอบครัว ที่มีต่อผู้โช้ยาและสารเสพติด เพื่อลดการตีตราให้เกิดประสิทธิผลอย่างชัดเจน

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ปัญหาการติดสารเสพติด (Substance Dependence) เป็นปัญหาสำคัญที่หน่วยงานด้าน ยาเสพติดและหน่วยงานด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญ ทั้งนี้ เนื่องจากการติดสารเสพติด จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้เสพติด รวมถึงส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม ประเทศชาติ เมื่อมองในภาพรวมพบว่าปัญหา ยาเสพติดส่งผลกระทบต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

ทั้งปัญหาเศรษฐกิจ สังคมชุมชน และปัญหา อาชญากรรมตามมา การดำเนินการบำบัดรักษา ยาเสพติดในประเทศไทยมีพัฒนาการมาตั้งแต่การตั้ง โรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา ซึ่งในอดีตมีการ รักษาเพียงระบบเดียวคือ ระบบสมัครใจ เพื่อให้ ผู้ป่วยที่โช้ยาและสารเสพติดที่มีความต้องการเลิก ยาและสารเสพติดได้มีโอกาสในการบำบัดและ เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งในอดีตนั้น เฮโรอีน หรือผงขาว เป็นสารเสพติดที่มีการแพร่

ระบามากที่สุดในประเทศไทย ต่อมาได้มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด ในหมู่ผู้ใช้สารเสฟติดชนิดฉีด มีการจัดระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ครอบคลุม และเอื้อต่อการเข้าถึงบริการผู้ใช้สารเสฟติดที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จึงทำให้สามารถควบคุมการแพร่ระบาดให้อยู่ในวงจำกัดได้ ต่อมาสารเสฟติดได้เปลี่ยนแปลงการแพร่ระบาดเป็นกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ซึ่งเป็นสารเสฟติดที่มีความนิยมในกลุ่มเยาวชน ในสถานศึกษา สถานประกอบการ และมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว รัฐบาลจึงได้กำหนดให้การแก้ไขปัญหายาเสฟติดเป็นวาระแห่งชาติ เพื่อที่จะระดมสรรพกำลังทั้งภาครัฐ และเอกชนร่วมแก้ปัญหา มีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสฟติด ด้านการบำบัดรักษาโดยให้ผู้ใช้สารเสฟติด คือ ผู้ป่วย ที่ต้องได้รับการดูแลรักษา มีการเพิ่มระบบการบำบัดรักษา ให้มีทั้งระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ เพื่อให้สามารถรองรับจำนวนผู้ที่ใช้ยาและสารเสฟติดได้อย่างครอบคลุม

อย่างไรก็ตามการประกาศสงครามกับยาเสฟติดตั้งแต่ปี 2545 และมาตรการการแก้ไขปัญหายาเสฟติดที่ผ่านมาก็ไม่สามารถชะนะปัญหายาเสฟติดได้ เพียงแต่ควบคุมปัญหาให้อยู่ในวงจำกัดเป็นระยะ ๆ เท่านั้น ในปัจจุบันมีการประมาณการผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาและสารเสฟติดว่ามีจำนวนถึง 1.3 ล้านคน ซึ่งมีผู้เข้าสู่ระบบการบำบัดสมัครใจเพียง 120,000 คน ระบบบังคับบำบัด 108,638 คน และถูกคุมประพฤติ/ต้องจำคุก 325,464 คน ซึ่งรวมประมาณ 554,102 คน¹ ในจำนวนนี้จะเห็นว่าเป็นกลุ่มที่สมัครใจ และบังคับบำบัดประมาณร้อยละ

50 เท่านั้นที่ได้รับการบำบัดรักษา ส่วนกลุ่มที่คุมประพฤติ/ต้องจำคุกไม่ได้รับการบำบัด และอีกประมาณ 8 แสนคนที่เกี่ยวข้องกับยาเสฟติดไม่เข้าสู่กระบวนการเยียวยาแก้ไขปัญหาใดๆ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ และความครอบคลุมของบริการสาธารณสุข และบริการต่างๆ ที่มีคุณภาพเป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญของการดำเนินงานของระบบสุขภาพ² และเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการบำบัดรักษา ในการคัดกรอง และสร้างความตระหนักให้ผู้ใช้สารเสฟติดเข้าสู่การบำบัดรักษา ซึ่งการที่ผู้ใช้สารเสฟติดสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ จะส่งผลให้ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม ได้รับการดูแลตามความจำเป็นพื้นฐานด้านสุขภาพ และเป็นช่องทางในการให้ผู้ใช้สารเสฟติดอยู่ในระบบการบำบัดรักษาได้จากสถิติที่กล่าวมา พบว่า การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้สารเสฟติดยังมีจำนวนน้อยมาก เมื่อเทียบกับจำนวนผู้เสฟสารเสฟติด

จากการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการจิตเวช พบว่า 1) ระดับความต้องการในบริการที่สูงขึ้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ กลุ่มคนยากจน กลุ่มแรงงานนอกระบบ การย้ายถิ่น กลุ่มที่ขาดความรู้เรื่องปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ 2) ทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับระบบการให้บริการที่มีอยู่อย่างจำกัด เช่น จำนวนจิตแพทย์ บุคลากรด้านสุขภาพจิต จำนวนสถานที่ให้บริการ และ 3) ระบบการให้บริการส่งต่อ ช่องการให้บริการ³ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการวิเคราะห์ปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ใช้สารเสฟติด⁴ พบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ด้านผู้รับบริการ ที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคน

ยากจน กลุ่มแรงงาน กลุ่มเปราะบางเป็นเด็ก เยาวชน ผู้มีปัญหาทางจิตใจ ยังไม่มีความพร้อม ความตระหนักถึงปัญหา จึงไม่สมัครใจเข้ารับ การบำบัด ด้านความพร้อมของสถานบำบัด โรงพยาบาล ในพื้นที่ยังไม่สามารถเปิดให้บริการในการ บำบัดรักษาได้ครอบคลุมตามศักยภาพที่กำหนด ความไม่มีมาตรฐานของสถานบำบัด การติดตาม การส่งต่อในแต่ละระดับบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ด้านบุคลากร สหวิชาชีพ ที่ไม่มีโครงสร้างของงานยาเสพติด ชัดเจน ทีมบุคลากรยังขาดความเชี่ยวชาญในการ บำบัดรักษา ยาเสพติด บุคลากรไม่เพียงพอในการ ให้บริการ รวมทั้งด้านสิทธิการรักษาที่ผู้ป่วยจาก การใช้สารเสพติดไม่สามารถรับสิทธิเท่าเทียมกับ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

จากปัญหาดังกล่าว สถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบขช.) กรมการแพทย์ มีบทบาทหน้าที่โดยตรง ต่อการบำบัดรักษา รวมทั้งมีบทบาทสำคัญในการ เสนอแนะเชิงนโยบายจึงเห็นความสำคัญของการ ศึกษาวิจัยเพื่อหาคำตอบในหลายๆประเด็นที่ยัง เป็นช่องว่าง หรือส่วนที่ยังไม่มีคำตอบที่มีความ ชัดเจนในการจัดระบบบริการบำบัดรักษาผู้ติดยา เสพติดในประเทศไทย จึงมีความสนใจศึกษาการ เข้าถึงบริการของผู้ติดยาเสพติด ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อที่จะนำไป ปรับปรุงระบบการบริหารจัดการ และการ ให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยใช้ระเบียบวิธีแบบผสม (Mixed method) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและการ วิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยยาเสพติด ทุกประเภทที่เข้าบำบัดรักษามากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป ในคลินิกยาเสพติดของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ที่ไม่มี อาการทางจิต สมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม n4 studies จากสูตร Estimating an infinite population proportion โดยกำหนดค่า $p = 0.5$ (เนื่องจากไม่ เคยมีการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของ ผู้ป่วย ยาเสพติดมาก่อนจึงแทนด้วย 50% หรือ 0.5 ซึ่งเป็นค่าที่ได้ Sample size สูงที่สุด เมื่อ parameter อื่นๆ คงที่) ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 385 คน ทั้งนี้เพื่อให้ ข้อมูลมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและครอบคลุมใน ทุกภาคของประเทศจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 424 คน สุ่มกลุ่ม ตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนแต่ละระดับ โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชนในแต่ละภูมิภาค ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภูมิภาค

ภาค	จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดระบบ สมัครใจที่เข้ารับการรักษา ในปีงบประมาณ 2559 (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	จำนวนที่เก็บ ได้จริง (คน)	คิดเป็น ร้อยละ
เหนือ	11,902	107	77	72.0
กลาง	15,357	138	130	94.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	12,859	115	115	100
ใต้	7,204	64	57	89.0
รวม	47,322	424	379	89.4

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถาม
กลับมาจำนวนทั้งสิ้น 379 คน คิดเป็นร้อยละ 89.4
ส่วนกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพได้สุ่มเลือกจังหวัด
ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและ
โรงพยาบาลชุมชน ในเขตภาคกลางทั้งหมด
8 โรงพยาบาล จำนวน 33 คน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่ แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของ
ผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไป การเข้าถึง
บริการการบำบัดรักษา และแนวคำถามในการ
สนทนากลุ่มการเข้าถึงบริการการบำบัดรักษา ยา
เสพติด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการ
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)
จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความ
สอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence
: IOC) อยู่ในช่วง 0.66-1.00 และได้นำไปทดลอง
ใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่
ต้องการศึกษาจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น
(reliability) เท่ากับ 0.86

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ สบช. เลขที่ไปรับรอง 054/2561 เมื่อวันที่
28 กันยายน 2561 เก็บรวบรวม ข้อมูลเชิงปริมาณ
โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์หรือ QR-
Code ให้กับผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของ
โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างช่วยดำเนินการ
ประสานและขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย
กับกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำกว่า
18 ปี ขออนุญาตจากผู้ปกครองและให้เป็นผู้ลง
นาม การวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม
(Focus group) ผู้วิจัยประสานกับผู้รับผิดชอบงาน
ยาเสพติดในการนัดหมายวัน เวลาในการ
ดำเนินการสนทนากลุ่ม และเดินทางไปเก็บ
รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ใช้เวลาในการ
ดำเนินการประมาณ 1-1 1/2 ชั่วโมง การวิเคราะห์
ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป และการเข้าถึงบริการที่เป็น
ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในข้อมูล
เชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการบำบัด
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่
เป็นเพศชายร้อยละ 85.2 อายุเฉลี่ย 30.95 ปี อายุน้อย
ที่สุดคือ 14 ปี อายุสูงที่สุดคือ 63 ปี มีสถานภาพโสด

ร้อยละ 52.8 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อย
ละ 45.4 อาชีพที่เป็นรายได้หลักมากที่สุด ได้แก่
แรงงานรับจ้างร้อยละ 31.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน
ร้อยละ 80.7 โดยมีรายได้เฉลี่ย 8,072.59 บาทต่อเดือน
สารเสพติดหลักที่ใช้ คือ ยาบ้า ร้อยละ 63.8

ตารางที่ 2 รูปแบบการบำบัด ข้อมูลการเดินทางของผู้ป่วยยาเสพติด และการให้บริการของคลินิกยาเสพติด

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
รูปแบบการบำบัดรักษา		
สมัครใจ	197	52.0
บังคับบำบัด	182	48.0
ระยะทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาล (กม.) (\bar{X} , S.D., MAX, MIN)	\bar{X} = 12.72 กม., S.D. = 12.74 กม, MIN = 0.5 กม, MAX = 100 กม.	
ระยะเวลาการเดินทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาล (นาที) (\bar{X} , S.D., MAX, MIN)	\bar{X} = 27.35 นาที, S.D. = 22.10 นาที, MIN = 2 นาที, MAX = 240 นาที	
วิธีที่ใช้เดินทางมาโรงพยาบาล		
รถมอเตอร์ไซด์	289	76.3
รถยนต์ส่วนตัว	82	21.6
รถประจำทาง/รถรับจ้าง	8	2.1
การเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล		
ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก	258	68.1
ใกล้บ้าน เดินทางไม่สะดวก	21	5.5
ไกลบ้าน เดินทางสะดวก	84	22.2
ไกลบ้าน เดินทางไม่สะดวก	16	4.2
ที่ตั้งของคลินิกยาเสพติดในโรงพยาบาล		
ห่างย มองเห็นชัด	296	78.1
ที่ตั้งมีความเป็นส่วนตัว	168	44.3
อยู่ใกล้กับจุดบริการอื่น คนพลุกพล่าน	40	10.6
ตั้งอยู่ในจุดที่มองหายาก	22	5.8
ที่ตั้งไม่ส่วนตัว	18	4.7

ตารางที่ 2 รูปแบบการบำบัด ข้อมูลการเดินทางของผู้ป่วยเสฟตีด และการให้บริการของคลินิกเสฟตีด (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เดินไกล	8	2.1
การให้บริการของคลินิกเสฟตีด		
ได้รับบริการเป็นมิตร ชี้แนะเข้มแข็งเป็นกันเอง	298	78.6
เข้าใจปัญหา ช่วยเหลือได้ตรงตามความต้องการ	225	59.4
ให้บริการครบถ้วนในจุดเดียว	221	58.3
เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถ	219	57.8
เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้นในการบริการ	213	56.2
ได้รับบริการรวดเร็ว	198	52.2
มีการประสานส่งต่อกรณีเจ็บป่วยอื่นๆ	105	27.7
ระยะเวลาในการมารับบริการตรวจตามนัด (นาที) (\bar{X} , S.D., MAX, MIN)	$\bar{X} = 75.82$ นาที, S.D. = 47.71 นาที, MIN = 3 นาที, MAX = 240 นาที	
ประโยชน์ที่ท่านได้รับจากการมารับบริการครั้งนี้		
ได้ประโยชน์มาก	374	98.7
ได้ประโยชน์น้อย	5	1.3
ประโยชน์ที่ท่านได้รับจากการมารับบริการ		
ได้รับคำปรึกษา/คำแนะนำที่ดี	286	75.5
ได้รับความรู้	275	72.6
ได้แนวทางในการแก้ปัญหา	253	66.8
รู้สึกสบายใจ	237	62.5
ช่วยให้หยุดยาได้	215	56.7
มีทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น	212	55.9
ร่างกายแข็งแรงขึ้น	177	46.7
ไม่ถูกตำหนิ	132	34.8
สิทธิที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
สิทธิ 30 บาท	235	62.0
ไม่เสียค่าใช้จ่าย	57	15.0
ประกันสังคม	48	12.7
จ่ายเอง	28	7.4
เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	11	2.9

จากตารางที่ 2 รูปแบบการบำบัดรักษา ส่วนใหญ่เป็นระบบสมัครใจ ร้อยละ 52.0 ระยะทาง จากบ้านมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 12.72 กม. ระยะทาง สูงสุดคือ 100 กม. ใช้ระยะเวลาในการเดินทางจาก บ้านมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 27.35 นาที สูงสุดคือ 4 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ใช้รถมอเตอร์ไซค์ในการเดินทาง ร้อยละ 76.3 เนื่องจาก โรงพยาบาลอยู่ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก ร้อยละ 68.1 และที่ตั้งของคลินิก ยาเสพติดในโรงพยาบาล หาง่ายมองเห็นชัด ร้อยละ 78.1 รองลงมา คือ ที่ตั้งมีความเป็นส่วนตัวร้อยละ 44.3 การให้บริการของคลินิกยาเสพติด ผู้ป่วยเห็นว่า ได้รับการเป็นมิตร ชี้แนะเข้มแข็งมีใจ เป็นกันเอง

ร้อยละ 78.6 รองลงมาได้แก่ เข้าใจปัญหาช่วยเหลือได้ ตรงตามความต้องการร้อยละ 59.4 และให้บริการ ครบถ้วนในจุดเดียวร้อยละ 58.3 ตามลำดับ ระยะเวลา ในการมารับบริการตรวจตามนัดเฉลี่ย 75.82 นาที ใช้เวลาน้อยที่สุดคือ 3 นาที สูงสุดคือ 4 ชั่วโมง ได้ประโยชน์มากจากการมารับบริการร้อยละ 98.7 ประโยชน์ที่ได้ คือ ได้รับคำปรึกษา/คำแนะนำที่ดี มากที่สุด ร้อยละ 75.5 ได้รับความรู้ และได้แนวทาง ในการแก้ปัญหา ร้อยละ 72.6 และ 66.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ 30 บาทในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 62.0

ตารางที่ 3 ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และเหตุผลในการเข้ารับการบำบัดรักษา

ข้อมูล	จำนวน (N = 379)	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ		
ค่ายาและบริการ	\bar{X} = 79.07 บาท, S.D. = 1,207.97 MIN = 0 บาท, MAX = 23,450 บาท	
ค่าเดินทางไป-กลับ	\bar{X} = 49.22 บาท, S.D. = 60.25 MIN = 0 บาท, MAX = 400 บาท	
ค่าอาหาร	\bar{X} = 20.02 บาท, S.D. = 34.72 MIN = 0 บาท, MAX = 200 บาท	
รวมค่าใช้จ่าย	\bar{X} = 137.53 บาท, S.D. = 1,208.52 MIN = 0 บาท, MAX = 23,470 บาท	
ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายเพื่อมาบำบัด		
ไม่เสียค่าใช้จ่าย	174	45.9
สามารถจ่ายได้โดยไม่เดือดร้อน	144	38.0
สามารถจ่ายได้แต่ต้องประหยัดและหาเงินเพิ่มเติม	53	14.0
ไม่สามารถจ่ายได้ ต้องขอความอนุเคราะห์จาก โรงพยาบาล	5	1.3
สามารถจ่ายได้แต่ต้องกู้ยืมเพื่อมารับการบำบัด	3	0.8

ตารางที่ 3 ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และเหตุผลในการเข้ารับการบำบัดรักษา (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (N = 379)	ร้อยละ
เหตุผลที่ผู้สูงอายุเสฟตีดที่ยังไม่เข้ารับการบำบัดรักษา		
ยังไม่ยอมรับว่าตนเองติดยา	217	57.3
ไม่ยอมให้คนอื่นรู้ว่าตนเองติดยา	199	52.5
คิดว่าสามารถเลิกได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องรักษา	183	48.3
ทำให้เสียประวัติ	114	30.1
การรักษาเสฟตีดเป็นเรื่องน่าอาย	86	22.7
ขั้นตอนการบำบัดรักษายุ่งยาก เสียเวลา	50	13.2
การเดินทางไม่สะดวก เสียค่าใช้จ่ายมาก	32	8.4
เหตุผลที่ผู้สูงอายุเสฟตีดสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา		
มีวิธีการบำบัดที่ดี ช่วยให้เลิกยาเสฟตีดได้	277	73.1
เจ้าหน้าที่ให้บริการดี	236	62.3
ทีมบำบัดรักษามีความรู้ ความสามารถ	205	54.1
สามารถรักษาหาย เลิกยาได้	165	43.5
สถานที่ใกล้ เดินทางสะดวก	165	43.5
มีการให้บริการครบวงจร	112	29.6
มีปัญหาสุขภาพ ร่างกายและจิตใจ	111	29.3
เสียค่าใช้จ่ายน้อย	91	24.0
ครอบครัวบังคับให้เข้ารับการบำบัด	61	16.1

ตารางที่ 3 ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ ได้แก่ ค่ายาและบริการ ค่าเดินทางไป-กลับ และค่าอาหาร เฉลี่ยรวมค่าใช้จ่าย 137.53 บาทในการมารับบริการแต่ละครั้ง ในการบำบัดรักษานั้น ส่วนใหญ่ไม่เสียค่าใช้จ่ายร้อยละ 45.9 รองลงมาคือสามารถจ่ายได้โดยไม่ต้องคว้อนร้อยละ 38.0 มีความเห็นว่าผู้สูงอายุเสฟตีดที่ยังไม่เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นเพราะยังไม่ยอมรับว่าตนเองติดยา

มากที่สุดร้อยละ 57.3 รองลงมาคือ ไม่ยอมให้คนอื่นรู้ว่าตนเองติดยาร้อยละ 52.5 และคิดว่าสามารถเลิกได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องรักษาร้อยละ 48.3 ตามลำดับ ส่วนเหตุผลที่ผู้สูงอายุเสฟตีดที่เข้ารับการบำบัดรักษาเนื่องจากว่า มีวิธีการบำบัดที่ดี ช่วยให้เลิกยาเสฟตีดได้ร้อยละ 73.1 เจ้าหน้าที่ให้บริการดีร้อยละ 62.3 และทีมบำบัดรักษา มีความรู้ ความสามารถร้อยละ 54.1 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 การเข้าถึงบริการ

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยาเสพติดจำแนกตามรายด้าน

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านความสะดวก	3.95	0.57	มาก
ด้านการประสานงานการบริการ	4.06	0.62	มาก
ด้านความสนใจของผู้ให้บริการ	4.36	0.57	มากที่สุด
ด้านคุณภาพให้บริการ	4.27	0.56	มากที่สุด
ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.24	0.61	มากที่สุด
ด้านค่าใช้จ่าย	3.50	0.64	มาก
ด้านค่านิยมความเชื่อต่อการบำบัดรักษาเสพติด	3.57	0.71	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยมีความคิดเห็นต่อการเข้าถึงบริการจำแนกตามรายด้านสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านความสนใจของผู้ให้บริการ ด้านคุณภาพให้บริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.36$, $\bar{X} = 4.27$ และ $\bar{X} = 4.24$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการประสานงานการบริการ ด้านความสะดวก ด้านค่านิยมความเชื่อต่อการบำบัดรักษาเสพติด และด้านค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, $\bar{X} = 3.95$, $\bar{X} = 3.57$ และ $\bar{X} = 3.50$ ตามลำดับ)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มในการเข้าถึงบริการกับกลุ่มตัวอย่าง สรุปผลได้ดังนี้

1. การเดินทางมารับบริการ

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเดินทางมารับบริการด้วยรถจักรยานยนต์ส่วนตัว บางรายที่มีฐานะจะเดินทางมาด้วยรถยนต์ส่วนตัว หากไม่มีรถส่วนตัว จะเดินทางมาด้วยรถจักรยานยนต์รับจ้างหรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า “วินมอเตอร์ไซค์” เนื่องจากมีความสะดวก และรวดเร็ว ใช้เวลาในการเดินทางเฉลี่ย 20-30 นาที และเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่าน้ำมัน

20-40 บาท ไม่นิยมมารับบริการด้วยรถยนต์โดยสาร เพราะจะต้องเดินทางเป็นช่วงเวลา และหลายต่อ เช่น ต้องเดินเท้าจากบ้านมาขึ้นรถยนต์โดยสารที่ถนนสายหลักเพื่อเดินทางไปสถานพยาบาล แม้จะมีระยะทางที่ใกล้เคียงกันแต่ต้องใช้เวลามาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด ก่อนที่สำนักงานคุมประพฤติส่งให้ผู้ป่วยไปรับการบำบัดที่ใด จะสอบถามความสมัครใจและให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกสถานบำบัดเองให้อยู่ใกล้บ้าน เพื่อให้สามารถเข้ารับการบำบัดได้ต่อเนื่องจนครบตามกำหนด

“มามอไซค์ห่างจากที่นี่ประมาณ 43 กิโลเมตร ค่าน้ำมันอย่างเดียว เวลา มาประมาณเที่ยงถึง บ่าย 2 โมงครึ่ง ค่าน้ำมันก็ประมาณ 30-40 บาท” เอ็กซ์

“ห่างประมาณ 3 กิโลเมตร เอารถมอไซค์มาเป็นของเราเองครับ ประมาณ 10 นาที ค่าน้ำมันก็ประมาณ 40 บาท” โด้ง

2. ค่าใช้จ่ายในการบำบัด

ส่วนใหญ่จะเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่าน้ำมัน หากมาด้วยรถยนต์เองจะเสียค่าน้ำมันรถไป-กลับ ประมาณ 100-200 บาท ส่วนรถจักรยานยนต์ 20-40 บาท แต่ถ้าหากนั่งรถจักรยานยนต์รับจ้างจะเสียประมาณ 60-120 บาท และค่ารับประทาน อาหารเล็กๆ น้อยๆ เช่น ขนม ของขบเคี้ยวกินเล่น แต่ส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารมาจากบ้าน ค่าใช้จ่ายในการรักษาจะไม่ต้องเสีย

“กินข้าวจากบ้าน จากกลับไปก็กิน ก็กิน กาแฟ จากกลับไปซื้ออะไรเราก็ซื้อกลับไปกินที่บ้าน ข้าวเหนียวหมุ่มอย่างอะไรก็เข้าไป” ภูมิ

“กินข้าวมาจากบ้าน ถ้าไม่กินจากบ้าน ก็ซื้อขนม หรือ ไม่ก็ซื้อทอดกุนก่อน มา 50 กว่าบาท” พิก

3. สถานที่ตั้งของคลินิกยาเสฟตีด

ส่วนใหญ่สถานที่ตั้งของคลินิกหาง่าย สะดวก ผู้เข้ารับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย

“หาง่ายและสะดวก” ปอ

4. การให้บริการและผู้ให้บริการ

การให้บริการส่วนใหญ่เป็นลักษณะ one stop service เป็นจุดเดียว ไม่ต้องรอนาน กระบวนการให้บริการ เมื่อผู้ป่วยมาถึงจะให้ไป ตรวจปัสสาวะ แล้วมาทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด แต่ยังมีสถานพยาบาลบางแห่งที่จะต้องไปอื่นบัตรที่แผนกผู้ป่วยนอกเช่นเดียวกับโรคอื่นๆ ส่วนใหญ่มีความรู้สึกพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ เนื่องจากสามารถให้คำปรึกษาได้ และมีความยืดหยุ่นในการบำบัดรักษา

“นี่เสร็จก็ส่งได้เลยที่ห้องเบอร์ 3 ตรงห้องเจาะเลือด เขามีรายชื่ออยู่แล้ว”

“ชอบความเป็นพี่น้อง เวลาปรึกษากับ คุณหมอเป็นที่ปรึกษาที่ดีที่สุดผมเคยคิดว่าไม่มีใครดูแลแต่มีอยู่คนนึงผมก็โทรหาเขาว่าคุณหมอรวันนี่ผมขอเลื่อนได้หรือเปล่าคุณหมอก็โอเคบาง คนก็เฉยๆ”

5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัด ผู้รับบริการเห็นว่าประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัด มีหลายประการ ดังนี้

5.1 ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเปิดเผย โดยไม่ต้องหวาดระแวงหรือเกรงว่าคนอื่นจะรู้ว่าเสพยา

5.2 ช่วยยับยั้งความคิด ความรู้สึก ไม่ให้กลับไปเสพยาอีก โดยจะคิดถึงสิ่งที่เป็นที่ยึดเหนี่ยว เช่น บุตร

5.3 ได้รับความรู้เกี่ยวกับโทษของ ยาเสฟตีด และสาเหตุที่ไปใช้ยาเสฟตีด

5.4 ครอบครัวยุติการยอมรับ กลับมามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว

5.5 ได้ความรู้และฝึกทักษะการเลิก ยาเสฟตีด

“การฝึกตัวเอง ไม่ให้ไปยุ่งกับเรื่องยา ไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสฟตีด ไม่เข้าไปหามัน เลิกเที่ยว อยู่บ้านกับครอบครัว ตั้งใจทำงาน ใช้ชีวิต อย่างมีสติมากขึ้น อารมณ์ไม่ไปรุนแรง อารมณ์ดีขึ้น ประมาณนี้” ตึก

“ทำให้เรารู้จักโทษของมัน ความรู้สึกจิตใจของเราทำให้เรารู้ แบบไม่สบายใจเวลาใช้ยาไปแล้วมันระแวงทุกอย่างแต่เราเลิกไปแล้วก็มีผลต่อเรา เช่น ครอบครัวคือลูกคนโตจะไม่ยอมรับเวลาเรเลิกยาจริงหรือไม่กลับมาใช้ใหม่ มองด้วยสายตาแบบว่าจะเลิกจริงไหมเหมือนคุณถูกเรา

ลูกคนโตของเราเองนี่ละแล้วก็ทางพ่อแม่เราแล้ว ก็เลยกลับไปใช้มันใหม่ แล้วก็โดนจับได้แล้วก็ เลยเล็ก”

การอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สารเสพติดหลักที่ใช้คือ ยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 63.8 เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งในระบบสมัครใจ และระบบบังคับบำบัดใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นไปตามนโยบายการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้เสพยาและสารเสพติดที่ให้โอกาสผู้เสพ ผู้ติดทุกรายได้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูที่มีคุณภาพมาตรฐาน โดยยึดหลัก “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” รวมทั้งปรับกฎหมายผ่านประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ 108/2557 ที่ให้โอกาส ผู้เสพเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในระบบสมัครใจ และให้กระทรวงสาธารณสุขปรับระบบการบำบัดรักษาให้มีมาตรฐาน⁷ ดังนี้ 1) ด้านโครงสร้าง วงกลไกการทำงานตั้งแต่ระดับเขตสุขภาพ ถึงระดับพื้นที่ (รพ.) เพื่อทำหน้าที่อำนวยความสะดวกและติดตามการบำบัดรักษาให้เป็นมาตรฐาน 2) ด้านระบบบริการ จัดตั้งศูนย์คัดกรองระดับอำเภอ ขยายบริการให้ถึงระดับโรงพยาบาลในสถานพยาบาล (รพ.สต.) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษาและรับการบำบัดได้สะดวกมีระบบในการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้ในหลายช่องทาง 3) พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบำบัดรักษาทุกระบบ 4) แก้ไขปัญหาผู้เสพยาผู้ติดอย่างรอบด้านผ่านระบบการบำบัดฟื้นฟู ทั้ง 1) ระบบสมัครใจ รวมถึงคำสั่ง คสช. ฉบับที่ 108/2557 ระบบบังคับบำบัด ตามพรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

2545 และระบบต้องโทษ โดยมีมุมมองว่าถ้าผู้ติดยาเสพติดได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องจะทำให้เลิกยาเสพติดได้ ดังนั้นการมีช่องทางการเข้าถึงบริการด้านการบำบัดรักษาได้ง่าย จะช่วยให้การเลิกยาเสพติดมากขึ้นด้วย⁶ อย่างไรก็ตาม แม้มีนโยบาย มาตรการต่างๆ เพิ่มช่องทางในการเข้าสู่บริการ และจัดบริการเพื่อผู้ป่วย ก็ยังพบว่าสถิติผู้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษามีจำนวนน้อยมาก จากการคาดการณ์ปี พ.ศ. 2562 จำนวนผู้ใช้สารเสพติด 1.4 ล้านคน เป็นผู้ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง 1.1 ล้านคน ผู้ติดสารเสพติด จำนวน 3.2 แสนคน⁷ แต่พบว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู (ระบบ บสต.) ทั้งประเทศเพียงสองแสนกว่าราย⁸

ผู้ป่วยมีความคิดเห็นต่อการเข้าถึงบริการทั้ง 7 ด้าน คือ 1) ด้านความสะดวกในการเข้ารับบริการ 2) ด้านการประสานงานบริการ 3) ด้านความสนใจของผู้ให้บริการ 4) ด้านข้อมูลข่าวสาร 5) ด้านคุณภาพบริการ 6) ด้านค่าใช้จ่าย 7) ด้านค่านิยมความเชื่อในการบำบัดรักษา พบว่ามีความคิดเห็นต่อการเข้าถึงบริการด้านความสนใจของผู้ให้บริการ ด้านคุณภาพให้บริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 3) เนื่องจากการให้บริการของคลินิกยาเสพติดเป็นลักษณะ one stop service เป็นจุดเดียวไม่ต้องรอนาน มีการบริการที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใสเป็นกันเอง มีความเข้าใจปัญหา ให้ช่วยเหลือได้ตามต้องการ เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถกระตือรือร้น ในการบริการ โดยผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าการมาบำบัดรักษานี้เป็นประโยชน์อย่างมากถึงร้อยละ 98.7 ในเรื่องการได้รับคำปรึกษา/แนะนำ

ที่ดี ได้รับความรู้ ได้แนวทางแก้ปัญหา รู้สึกสบายใจขึ้น และช่วยให้มีทักษะในการเลิกขา จึงมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจในการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าการรับรู้คุณภาพของสถานบริการ⁹ ส่วนด้านที่ให้คะแนนเฉลี่ยรองลงมาคือ ด้านการประสานงาน อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนโยบายยาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติจึงได้มีการผลักดันนโยบายการพัฒนากระบวนการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง อย่างเป็นระบบภายใต้นโยบายยาเสพติดโลก และการเปลี่ยนแปลงระดับสากล การกำหนดกรอบแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาเสพติด¹⁰ ลงสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในพื้นที่ นำนโยบายสู่เสพคือ ผู้ป่วยเป็นแนวทางการบำบัดรักษา มีการปรับเจตคติของผู้ปฏิบัติงาน มีการส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน มีการรับรองมาตรฐานการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล

ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อผู้รับบริการหรือตัวผู้ป่วยที่ใช้จ่ายและสารเสพติดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านความสะดวก ด้านค่าใช้จ่าย และด้านคำนิยมความเชื่อต่อการบำบัดรักษาเสพติด ซึ่งในด้านของความสะดวก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ ดังนั้นการเดินทางไปสถานบำบัดจึงใช้รถจักรยานยนต์ส่วนตัว เป็นพาหนะ ระยะทางประมาณ 13 กิโลเมตร ใช้เวลาเฉลี่ย 27 นาที การเดินทางไปสถานบำบัดไม่ได้สะดวก (ร้อยละ 90) สถานบำบัดอยู่ไม่ไกลจากบ้านมากนัก (ร้อยละ 73.6) และเมื่อเข้ารับ

บริการก็ได้รับบริการที่รวดเร็ว มีสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานบริการ จึงมีความพอใจอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายที่ให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการบำบัดได้ที่โรงพยาบาลของรัฐใกล้บ้านทุกแห่งทั่วประเทศ¹¹ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในพื้นที่ใกล้บ้าน การเดินทางสะดวก สบาย ไม่ลำบากมากนัก จึงไม่พบว่าเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่านโยบายให้ผู้ป่วยรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน ในบางพื้นที่ต่างจังหวัดผู้ป่วยก็มีความยากลำบากในการเดินทางเนื่องจากระบบรถสาธารณะยังไม่สามารถเข้าถึงทุกพื้นที่ และระบบยังไม่เชื่อมต่อกัน ผู้ป่วยต้องใช้รถจักรยานยนต์/รถยนต์รับจ้างหรือรถยนต์โดยสาร หรือบางพื้นที่อยู่ไกล ซึ่งต้องเสียเวลาเดินทางมากขึ้นเนื่องจากต้องต่อรถหลายต่อ บางพื้นที่โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นชนเผ่ารถโดยสารไม่มี ต้องจ้างรถลงมา สอดคล้องกับงานวิจัยของเขาวเรศว์ นาคะโยธินสกุลและคณะ¹² ที่ศึกษากระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ซึ่งอยู่ในถิ่นทุรกันดารเข้าถึงยาก พบว่าการบำบัดฟื้นฟูต้องดำเนินการในเชิงรุกโดยอาศัยความร่วมมือของชุมชน เข้าไปในพื้นที่ และเปิด ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด (Drop in center) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ส่วนด้านค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยใช้ในแต่ละครั้งเฉลี่ย 137 บาท เป็นค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่ายาและบริการ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่มากนักผู้ป่วยสามารถจ่ายได้ ทั้งนี้เนื่องจากนโยบายของรัฐให้

ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเข้าบำบัดรักษาได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และให้อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐใกล้บ้านทุกแห่งทั่วประเทศ¹³ โดยรัฐบาลจัดให้มีประกันสุขภาพสำหรับคนไทย คือใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิ 30 บาท สิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ¹⁴ จึงพบว่ามีเพียงร้อยละ 2.1 ที่ให้ข้อมูลว่าไม่สามารถจ่ายได้ ต้องขอความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลหรือต้องขอกู้ยืม และมีร้อยละ 7.4 ที่ต้องจ่ายเอง

ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุผลของการเข้ารับการรักษา 3 เหตุผลแรก (ตารางที่ 2) คือ มีวิธีการบำบัดที่ช่วยให้เลิกยาได้ เจ้าหน้าที่ให้บริการดี และทีมบำบัดมีความรู้ ความสามารถ (ร้อยละ 73.1, 62.3 และ 54.1) ส่วนเหตุผลที่ไม่เข้ารับการรักษา 3 อันดับแรก คือ ไม่ยอมรับว่าตนเองติดยา ไม่อยากให้คนอื่นรู้ว่าตนเองติดยา และ คิดว่าสามารถเลิกได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องรักษา (ร้อยละ 57.3, 52.5 และ 48.3) ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจ เชื่อมั่นต่อ ผู้ให้บริการ ทีมผู้บำบัด แต่การจะตัดสินใจเข้าบำบัดหรือไม่ยังขึ้นอยู่กับทัศนคติ มุมมอง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อการประเมินระดับเจ็บป่วยของตนเอง ความจำเป็นในการบำบัด รวมถึงผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาที่เกิดจากการถูกตีตราจากผู้อื่น สอดคล้องกับข้อมูลการสัมภาษณ์ ผู้ใช้ยาและสารเสพติด ให้ความคิดเห็นว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาต้องมีอาการหูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวง ส่วนผู้ที่ไม่ได้มีอาการดังกล่าวไม่จำเป็นต้องเข้ารักษา ไม่ได้ตีตรา อาการไม่รุนแรง

ไม่เป็นโรครุนแรง เลิกเองได้ สอดคล้องกับ การศึกษาอุปสรรคและสิ่งที่เอื้อต่อการรักษาของผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่พบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา คือปัจจัยด้านตัวบุคคลที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการบำบัดรักษาในทางที่ผิด เช่น เชื่อว่าการบำบัดรักษาไม่มีความจำเป็น การเผชิญกับอาการถอนพิษยาด้วยตัวเองโดยไม่ต้องรับการช่วยเหลือขาดแรงจูงใจในการบำบัด¹⁵ นอกจากนี้ยังพบประเด็นที่สำคัญในการไม่เข้ารักษา คือ การกลัวถูกตีตรา ไม่อยากให้ใครรู้ และอายคนอื่น ทำให้เสียประวัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ คลัชชะจังกู, อภิชาติ จรรย์สถุทธิรงค์ และคุดิตา พึ่งสำราญ¹⁶ กล่าวว่าแม้ว่าผู้ใช้ยาเสพติดอยู่ในกระบวนการบำบัดก็ยังเผชิญกับการถูกตีตราในรูปแบบที่ถูกชุมชนดูต่ำ ถูกดูเหยียดหยาม เนื่องจากเห็นว่า การเลือกใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่เลือกหรือปฏิเสธได้ การตีตราจึงส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวเองออกจากสังคม ไม่เปิดเผยตัวเอง และไม่ได้ค้นหาความช่วยเหลือ¹⁷

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. นโยบายเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในเบื้องต้นที่จะทำให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดเข้าสู่บริการ ซึ่งในประเทศไทยได้มีการนำนโยบายผู้เสพยาคือผู้ป่วย ซึ่งมีแนวทางการดำเนินการที่ส่งผลดีต่อผู้ใช้ยาและสารเสพติดอย่างมาก แต่อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามประเมินผลของการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติเป็นระยะๆ ว่าสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมตามเป้าหมาย และมีการวางแผนในการปรับแผนกลยุทธ์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ นโยบายสัมฤทธิ์ผล

2. มีการปรับ โครงสร้างให้งานยาเสพติดมีกลุ่มงานที่ชัดเจน รวมทั้งมีกรอบอัตรากำลังของผู้ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม

3. ทักษะคิด มุมมอง ความเชื่อของผู้ใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจที่เข้าสู่การบำบัดหรือไม่เข้าสู่การบำบัด โดยผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับว่าตนเองติดยา ไม่ตระหนักถึงปัญหาหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายจิตใจสังคม ไม่มีการป้องกันหรือลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการให้ความรู้ ทำความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์และไม่ถูกต้องเหล่านี้

4. พัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ให้ผู้ปกครองครัว และชุมชน ให้สามารถประเมินความผิดปกติของการใช้สารเสพติดได้ตั้งแต่ระยะแรก ๆ เพื่อค้นหาความช่วยเหลือหรือบริการ เพื่อเข้าสู่การบำบัดรักษา

5. ควรมีการดำเนินการในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ มุมมอง ของครอบครัว ที่มีต่อผู้ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อลดการตีตราให้เกิดประสิทธิผลอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยการรอบรู้สุขภาพเพื่อหา Key message ในการประเมินความผิดปกติของการใช้ยาและสารเสพติด และการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นของประชาชน

2. วิจัยประเมินผลนโยบายในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ใช้ยาและสารเสพติด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล ข้าราชการบำนาญจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนงบประมาณบูรณาการวิจัยและนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (ร่าง) แผนแม่บทเพื่อพัฒนาระบบบำบัดรักษายาเสพติด (พ.ศ. 2559-2563). 2559.
2. พิทักษ์ ชีระพุทธรักษา. การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดยะลา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาาระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2548.
3. ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์และคณะ. รายงานผลการวิจัยปีที่ 1 เรื่อง ช่องว่างในการเข้าถึงบริการจิตเวชและภาวะทางเศรษฐศาสตร์: การศึกษาระยะยาวในชุมชน. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2560.
4. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัด กระทรวงสาธารณสุข. 2560. ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหา ยาเสพติด (บสต.1-5). เข้าถึงได้จาก http://antidrug.moph.go.th/betareport/reportIndex_New.php?userview เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2560.

5. คณะรักษาความสงบแห่งชาติ. เรื่องการปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟู และการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู (ฉบับที่ 108/2557). 2557.
6. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2563). เลขชื่การ ป.ป.ส. ให้สัมภาษณ์ในประเด็นการบำบัดรักษายาเสพติดตามนโยบาย “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย”. เข้าถึงได้จาก <https://www.moj.go.th/view/15102>. เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2567.
7. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. เผยสถิติ 1.4 ล้านคน ทาสยาเสพติด. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/about-thaihealth-2/>. เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2563.
8. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด. เข้าถึงได้จาก https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/rptk5fmp8q8sk0soko.pdf เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2564.
9. วารุณี มะรุมดี, จิราพัชร พลอยนิลเพชร และกัลยา ดันสกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจของประชาชนในการเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดยะลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564:3(3): 40-54.
10. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขา ยาเสพติด. สมุทรสงคราม: บริษัท บอร์น ทุ บี พับลิชชิ่ง จำกัด. 2561.
11. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รัฐบาลยกระดับ รพ.สต.ทั่วประเทศให้สามารถบำบัดรักษาทำให้ผู้เสพเข้าถึงได้ง่าย. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/about-thaihealth-2/https://m.facebook.com/ONCB.TH/photos/a-596500140492527/1705419319600598/?type=3>. เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2563.
12. เขาวเรศวร์ นาคะ โยชินสกุล และคณะ. กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสติดฝิ่นโดยชุมชนมีส่วนร่วมตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก . 2560.
13. สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. ที่มาของนโยบายยาเสพติดแนวใหม่. เข้าถึงได้จาก <https://www.oncb.go.th/Publishing/Images/Pages/againstdrugs2017.pdf>. เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2566.
14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เรื่องควรรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เข้าถึงได้จาก <https://media.nhso.go.th/ebook/flipbook/179/1/1>. เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2566.

15. Farhoudian, et al. Barriers and Facilitators to Substance Use Disorder Treatment: An Overview of Systematic Reviews. *Subst Abuse*, 2022;16, 1-16.
16. คลชัย สะจังกู, อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ และ คุณิศา พึ่งสำราญ. สถานการณ์การติดยาทางสังคมของผู้ใช้ยาเสพติด: กรณีศึกษาผู้รับการบำบัดสารเสพติดในโครงการเมทาโดนฐานชุมชน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* 2560: 47(3): 276-288.
17. National Library of Medicine. Ending Discrimination Against People with Mental and Substance Use Disorder: The Evidence for Stigma Change. Access from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK384923>. 20 DEC 2023.

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม

ฉวีวรรณ เฝ่าพันธุ์ พย.ม., วัชรินทร์ ทองสีเหลือง ส.บ., มัทธนา กลมเกลียว ส.ม., กาญจนาวดี แก้วตา พย.บ.
ศูนย์แพทยศาสตร์ราชภัฏมหาสารคาม เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม

Abstract Model of operations to prevent and solve mental health problems of students in one University
Maha Sarakham Province

Phoaphan C., Thongseeluang W., KlomKleaw M., Kaewta K.

Maha Sarakham Rajabhat University Medical Center Maha Sarakham Hospital Network

This research is a combination of quantitative research and qualitative research. The objectives are 1) to study the mental health status of university students 2) to study factors related to the mental health status of university students 3) to create a model for operations to prevent and solve students' mental health problems. The study is divided into 2 phases: Phase 1 studies the mental health status and factors related to the mental health status of students. The sample group consisted of 350 undergraduate students, randomly selected by stratification. The research instrument was a questionnaire, divided into 3 parts as follows: 1) a personal information questionnaire, 2) a questionnaire on factors related to the mental health status of students, and 3) a GHQ-28 questionnaire. There was a reliability value of the second part of the questionnaire. and 3 equal to 0.87 and 0.91. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and Binary Logistic Regression, with the statistical significance level set at 0.05. Phase 2: Create a model for operations to prevent and solve problems. Mental health Using the Action Research method, the sample group was 2 groups of stakeholders in mental health operations in the university: Group 1, Mental Health Operations Committee, 47 people, and Group 2, students with mental health problems, scores greater than 6. Score: 329 people, purposively selected the tool used in the research was an interview form and the data were analyzed using content analysis.

The research results found that in the first phase, most students had mental health at the same level as the general population, 76.36 percent. Factors related to students' mental health status were upbringing, relationships with others, university environment, and university activities. These 4 factors were significantly related to mental health status at a statistical level of 0.01. The second phase was to create a model

for preventing mental health problems, consisting of 8 steps: 1) Situation analysis, 2) Action plan, 3) Promotion and prevention activities, 4) Care and support activities, 5) Sustainable development activities, 6) Support and follow-up, 7) Evaluation, and 8) Lessons learned. The success factor in preventing and solving mental health problems among students in Maha Sarakham Province is TEAM.

Keywords: Mental health, students, operations to prevent and solve mental health problems

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย 3) เพื่อสร้างรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 350 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา และ 3) แบบสอบถาม GHQ-28 มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามตอนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.87 และ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Chi-square test และ Binary Logistic Regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิต จำนวน 47 คน และกลุ่มที่ 2 นักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต คะแนนมากกว่า 6 คะแนน จำนวน 329 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ในระยะที่ 1 นักศึกษาส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 76.36 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดู ความสัมพันธ์กับผู้อื่น สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย และกิจกรรมของมหาวิทยาลัย โดย 4 ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการดำเนินงานป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) จัดทำแผนปฏิบัติการ 3) กิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกัน 4) กิจกรรมด้านการดูแลช่วยเหลือ 5) กิจกรรมด้านการพัฒนาผู้ความยั่งยืน 6) สนับสนุนติดตาม 7) ประเมินผล 8) ถอดบทเรียนได้ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา จังหวัดมหาสารคาม คือ TEAM

คำสำคัญ: สุขภาพจิต นักศึกษา การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต

บทนำ

นักศึกษาในระดับอุดมศึกษา ถือว่าเป็นช่วงวัยรุ่นตอนปลายและย่างเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (อายุ 18-25 ปี) ซึ่งในช่วงวัยดังกล่าวเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นอย่างมาก เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ จากเดิมที่เคยเป็น นักเรียนในระดับมัธยมศึกษา ซึ่งอยู่ในความดูแลของครูที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิด แต่เมื่อเปลี่ยนแปลงเป็นนักศึกษาในมหาวิทยาลัย มาใช้ชีวิตที่อิสระต้องดูแลรับผิดชอบตนเองมากขึ้น ต้องมีภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบมากมาย ทั้งด้านการเรียนและกิจกรรม ทำให้ต้องปรับตัว เพื่อให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป แต่อย่างไรก็ตามสุขภาพจิตของบุคคลมีความแตกต่างกันไป เนื่องจากภาวะสุขภาพจิตนั้น เป็นผลของการดำเนินชีวิตในวัยเด็ก การเลี้ยงดู ประสบการณ์ และการเรียนรู้ และการแก้ไข ปัญหาเฉพาะหน้าในชีวิตด้วยเช่นกัน นักศึกษาที่จะประสบความสำเร็จในการเรียน และการใช้ชีวิตและมีพัฒนาการที่เหมาะสมนั้น ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดี จึงจะส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีประสิทธิผลของนักศึกษาที่ดีขึ้นได้ ปัจจุบันวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น¹ ดังจะเห็นได้จาก ข้อมูลเฉพาะเด็กวัยรุ่น อายุ 15-20 ปี ผู้ป่วยใหม่ที่เป็น โรคจิต ในปี 2564 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเมื่อแบ่งตามอาชีพ พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็น อันดับสอง รองจากอาชีพรับจ้าง ส่วนกลุ่มที่มีปัญหา สุขภาพจิต ในระดับที่ยังไม่ถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษา หรือไม่รู้ ว่าตนเองมีสุขภาพจิตนั้น มีอยู่เป็นจำนวนมาก ตัวอย่างชี้ถึงปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่สำคัญอีก

ประการหนึ่งคือ อัตราการฆ่าตัวตายของคนไทย ซึ่งนับว่าสูงมากเมื่อเทียบกับประเทศต่างๆ ในโลกและกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปีนี้เป็นกลุ่มที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ² หากนักศึกษาได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิตจะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้³ ปัญหาที่บั่นทอนความสามารถในการเรียนรู้และความเจริญก้าวหน้าของนักศึกษา ในอนาคต มีหลายประการ เช่น สภาวะเศรษฐกิจภายในครอบครัวซึ่งไม่เพียงพอต่อการส่งบุตรหลานเข้าศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้นได้³ ปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้บ่อยในนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา สาเหตุที่เกิดมาจากหลายปัจจัย ทั้งด้านความเครียดในการเรียนและการใช้ชีวิตตามลำพัง หากนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้รับการดูแล ช่วยเหลือที่ทันทั่วถึงอาจส่งผลกระทบต่อนักศึกษาในด้านศักยภาพในการเรียน และผลการเรียน ปฏิสัมพันธ์กับสังคม ตลอดจนผลกระทบต่อภาวะการไม่มีงานทำในอนาคต นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพจิตนำมาซึ่งการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่รุนแรงกว่านั้นคือ มีโอกาสในการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งเป็นเรื่องที่สามารถป้องกันและรักษาได้หากได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม⁴

กรมสุขภาพจิตตั้งเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพจิตในยุคไทยแลนด์ 4.0 นี้ มุ่งเน้นให้ประชาชนไทยมีปัญญา อารมณ์ดี มีความสุข อยู่ในสังคม อย่างทรงคุณค่า ในปี พ.ศ. 2561 นี้ เน้นยุทธศาสตร์ สร้างความเข้มแข็งระดับหมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ทั่วประเทศเนื่องจากเป็นพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

โดยมีการอบรมเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุข
ดูแลสุขภาพจิตรายกลุ่ม สามารถดำเนินงาน
ส่งเสริมและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ได้⁵
ในปี 2564 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย
และนวัตกรรม มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความ
ร่วมมือในการดำเนินงาน (MOU) ระหว่างกรม
สุขภาพจิตกับมหาวิทยาลัยราชภัฏทั้ง 38 แห่ง
ภายใต้โครงการ “คู่มือช่วยดูแลจิตใจ ก้าวสู่คน
ไทยคุณภาพ” บูรณาการการทำงานร่วมกัน
ระหว่างหน่วยงานในระบบสาธารณสุขและ
มหาวิทยาลัยราชภัฏ ในแต่ละเขตสุขภาพ เพื่อให้
นักศึกษาได้รับการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต
การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา รวมทั้งการติดตาม
ต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต รวมถึง
สนับสนุนให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อ
ประโยชน์ในการทำงานต่อไป⁷

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
มีการจัดการเรียน การสอน โดยจำแนกตามคณะ
จำนวน 9 คณะ จากการทบทวนเกี่ยวกับระบบ
การดูแลช่วยเหลือนักศึกษา รวมถึงรูปแบบการ
ดำเนินการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของ
นักศึกษาไม่ชัดเจน และยังไม่พบว่ามีการศึกษา
เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา ดังนั้น
ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะได้ทำการศึกษาในเรื่อง
ดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษานี้ ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะ
นำมาใช้ในการวางแผนดูแล ช่วยเหลือนักศึกษา
และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษาให้มี
ประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา
3. เพื่อสร้างรูปแบบการดำเนินงาน
ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา

วิธีการศึกษา

ในการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน
(Mixed Methods Research) ดำเนินการศึกษา
ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565
แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและ
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของ
นักศึกษา เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบ
ภาคตัดขวาง (Cross Sectional Descriptive Study)
กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัย ชั้นปีที่ 1-4
จำนวน 1,392 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างโดย
ใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร (Krejci
and Morgan, 1970)⁶ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ
Multistage Random Sampling

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม
แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 แบบสอบถาม
ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ
อายุ ระดับการศึกษา คณะ/สาขา เกรดเฉลี่ยสะสม
ค่าใช้จ่ายได้ของนักศึกษาต่อเดือน ตอนที่ 2
แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ
สุขภาพจิตของนักศึกษา จำนวน 15 ข้อ
ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับปัจจัย 3 ด้าน คือ

ปัจจัยด้านนักศึกษา จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับความภาคภูมิใจของนักศึกษา พฤติกรรมการปรับตัวต่อปัญหา สัมพันธภาพกับผู้อื่น สุขภาพกายของนักศึกษา และ นิสัยของนักศึกษา ปัจจัยด้านครอบครัว จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับการเลี้ยงดูของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และปัจจัยด้านมหาวิทยาลัย จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับคณะหรือสาขาที่เรียน กิจกรรมของมหาวิทยาลัยและสภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย ตอนที่ 3 แบบประเมินสุขภาพจิต GHQ-28 (General Health Questionnaire - 28) พัฒนามาจาก GHQ ของเดวิด พี โกลด์เบิร์ก (David P. Goldberg) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและทำการศึกษาในคนไทยโดย⁷ โดยหา ค่า ความ เชื่อ มั่น (reliability) ของแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา และแบบสอบถาม GHQ-28 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87 และ 0.91 ตามลำดับ สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอย พหุคูณ

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ภายใต้อแนวคิด PAOR ของเคมมิสและแมคแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988)⁸ มาเป็นกรอบดำเนินการกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการดำเนินงาน สุขภาพจิตของมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย 1) แกนนำนักศึกษาทั้ง 9 คณะ คณะละ 3 คน รวม 27 คน และองค์การบริหารนักศึกษา 3 คน รวม 30 คน 2) ผู้บริหาร จำนวน 2 คน

3) อาจารย์ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตทุกคณะ คณะละ 1 คน รวม 9 คน 4) บุคลากรที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จำนวน 3 คน และ 5) เจ้าหน้าที่ศูนย์แพทยมหาวิทาลัย จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 47 คน กลุ่มที่ 2 นักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต คะแนนมากกว่า 6 คะแนน จำนวน 329 คน (จากแบบประเมินสุขภาพจิต GHQ-28 ในระยะที่ 1)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรม การวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างให้เก็บรวบรวมข้อมูล และโดยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย การปกปิดความลับ และความรับผิดชอบของผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามและให้ข้อระในการตัดสินใจ พร้อมลงนามหากยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย สามารถปฏิเสธได้ หรือระหว่างที่เข้าร่วมการวิจัย หากมีความประสงค์ที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถ กระทำ ได้โดยไม่มีผลเสียใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

ผล

ระยะที่ 1 การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,392 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.11 มีอายุเฉลี่ย 21.26 ปี อายุมากที่สุด 22 ปี และอายุน้อยที่สุด 18 ปี ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 29.67 ส่วน

ใหญ่ศึกษาอยู่คณะครุศาสตร์มากที่สุด ร้อยละ 22.6 ส่วนใหญ่เกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 3.00-3.50 ร้อยละ 25.3 และค่าใช้จ่ายต่อเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 6,540 บาท และสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

อยู่ในเกณฑ์ปกติ (คะแนน < 6) (ร้อยละ 77.95) ดังตารางที่ 1 เพศหญิงมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่าเพศชาย ชั้นปีที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุดคือชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 49.84) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามระดับสุขภาพจิต (n = 1,392)

	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (คะแนน < 6)	1,063	76.36
มีปัญหาสุขภาพจิต (คะแนน ≥ 6)	329	23.64

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ชั้นปี (n = 1,392)

		สุขภาพจิต		รวมจำนวน (คน)
		ปกติ	ผิดปกติ	
เพศ	ชาย	598 (75.22)	197 (24.78)	795
	หญิง	465 (77.89)	132 (22.11)	597
ชั้นปี	ชั้นปี 1	158 (50.16)	157 (49.84)	315
	ชั้นปี 2	224 (64.37)	124 (35.63)	348
	ชั้นปี 3	257 (62.23)	156 (37.77)	413
	ชั้นปี 4	176 (55.70)	140 (44.30)	316

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ กิจกรรมของมหาวิทยาลัย ($r = 0.465, p < 0.001$) สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย ($r = 0.075, p = 0.05$) การอบรมเลี้ยงดู ($r = 0.133, p < 0.001$) และพฤติกรรมกรรมการปรับตัว/การจัดการ

ปัญหา ($r = 0.173, p < 0.001$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความภาคภูมิใจในตัวเอง ($r = -0.127, p = 0.01$) สัมพันธภาพกับผู้อื่น ($r = -0.156, p = 0.01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต (n = 1,392)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
กิจกรรมของมหาวิทยาลัย	0.465	< 0.001
สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย	0.075	0.05
การอบรมเลี้ยงดู	0.133	< 0.001

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต (n = 1,392) (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
พฤติกรรมปรับตัว/การจัดการปัญหา	0.173	< 0.001
ความภาคภูมิใจในตัวเอง	-0.127	0.01
สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น	-0.156	0.10

ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณของ ปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ของนักศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนาย ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา ประกอบด้วย การอบรมเลี้ยงดู สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น สภาพแวดล้อม ของมหาวิทยาลัย และกิจกรรมของมหาวิทยาลัย ตัวแปรทั้ง 4 ด้าน สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพจิต ของนักศึกษาได้ ร้อยละ 25.7 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของนักศึกษา (n = 1,392)

ตัวแปร	b	SE	Beta	t	p-value
กิจกรรมของมหาวิทยาลัย	3.275	0.560	0.785	10.436	< .001**
สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย	2.086	0.309	0.345	6.785	< .001**
สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น	1.396	0.164	0.126	3.788	.01*
การอบรมเลี้ยงดู	0.835	0.048	0.067	1.478	.01*

$$R^2 = 0.35, R^2_{Adj} = 0.257, F = 69.085^*$$

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญห สุขภาพจิต พบว่า รูปแบบการดำเนินงานป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ สถานการณ์ ด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC แก่คณะกรรมการดำเนินงาน สุขภาพจิต (สร้างเป้าหมายร่วมกัน) ค้นข้อมูล สภาพปัญหา วางแผนการพัฒนาร่วมกัน พบว่า จากการศึกษาระยะที่ 1 การจัดกิจกรรมของ มหาวิทยาลัย สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย เป็นปัจจัยด้านมหาวิทยาลัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ

ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา โดยเมื่อวิเคราะห์ สถานการณ์ในการดำเนินงานสุขภาพจิต พบว่า 1) ขาดการค้นหาเชิงรุกในกลุ่มนักศึกษา โดยการ จัดกิจกรรมในการค้นหา และส่งเสริมสุขภาพจิต ในนักศึกษา 2) สิ่งแวดล้อมในมหาวิทยาลัย ไม่เอื้อต่อการเรียนรู้ เช่น ไม่มีแหล่งสนับสนุน การผ่อนคลายทางด้านร่างกายให้กับนักศึกษา 3) นโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหา สุขภาพจิต ไม่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง เป็นต้น 2) จัดทำแผนปฏิบัติการ คณะกรรมการ ดำเนินงานสุขภาพจิต ได้แผนปฏิบัติการ 3 ด้าน

ยุทธศาสตร์ 8 กิจกรรม ในการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตกับกลุ่มนักศึกษาที่มี ปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 329 คน ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ด้านที่หนึ่ง 3) กิจกรรมด้านการส่งเสริม และป้องกัน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ (1) Soft Skill ทักษะชีวิตป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต (2) คัดกรอง ค้นหาเชิงรุก Application Depression (3) มหกรรมคนกล้า วัตถุประสงค์ สังกมมีสุข ยุทธศาสตร์ด้านที่สอง 4) กิจกรรมด้านการช่วยเหลือ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ (1) ซึมเศร้า เข้าถึงได้ (2) เพื่อนที่ปรึกษา (3) ระบบ Fast Track ยุทธศาสตร์ ด้านที่สาม 5) กิจกรรมด้านพัฒนาสู่ความยั่งยืน ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ (1) เครือข่ายสุขภาพจิต (2) Mental Health Literacy (3) สนับสนุนติดตาม วิธีการจากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ทุกคนร่วมกันเสนอ แนวคิดอภิปรายหาแนวทางแก้ไข ปัญหา ร่วมกัน ดำเนินการตามแผนงาน/กิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรม ใน 3 ด้าน เพื่อป้องกันและแก้ไขสุขภาพจิต ในมหาวิทยาลัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี 7) ประเมินผล

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามระดับสุขภาพจิต (n = 392)

ข้อมูล	ก่อนสร้างรูปแบบ		หลังสร้างรูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (คะแนน < 6)	0		296	89.97
มีปัญหาสุขภาพจิต (คะแนน ≥ 6)	329	100	33	10.03

วิจารณ์

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่ากลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 77.95 เพศหญิงมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ ปกติมากกว่าเพศชาย ชั้นปีที่ปัญหาสุขภาพจิต

ภายหลังการสร้างรูปแบบ พบว่า กลุ่มเป้าหมาย มี สุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 89.97 ดังตารางที่ 5 8) ถอดบทเรียนได้รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย และเกิดปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา จังหวัดมหาสารคาม คือ TEAM ประกอบด้วย T คือ Teamwork หมายถึง การทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยการปฏิบัติงานที่มุ่งสร้างผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ จากการทำงานเป็นทีม E คือ Effectiveness หมายถึง ประสิทธิภาพของการทำงาน โดยการ สร้างความตระหนักรู้ และมีการสร้างความตื่นตัว มองผลลัพธ์ของงานแบบเดียวกัน A คือ Access หมายถึง การเข้าถึงบริการด้านปฐมภูมิ นักศึกษา ในพื้นที่ต้องเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทั้งเชิงรุก และเชิงรับ M คือ Modernize หมายถึง การจัดกิจกรรม ป้องกันส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษา และจัด สภาพแวดล้อม บรรยากาศของมหาวิทยาลัยให้ เสริมความรู้ ความสุข ให้นักศึกษามีความสุข

มากที่สุดคือชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 49.84) อาจเนื่องจาก นักศึกษาส่วนใหญ่ซึ่งเป็นวัยรุ่น ธรรมชาติที่มีความสดใส ร่าเริง เป็นวัยที่กำลังเรียนรู้มีจินตนาการ เรื่องราวต่างๆ ในโลกของตนเอง มีความเชื่อมั่น ในความคิดของตนอย่างมาก¹⁰ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา ประกอบด้วย 1) การอบรมเลี้ยงดู หากนักศึกษาได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ดี ครอบครัวยุติธรรม มีความอบอุ่น มีเหตุมีผล ให้อิสระในการตัดสินใจมาก จะส่งผลให้คะแนนสุขภาพจิตต่ำ นั่นคือมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยลง เนื่องจากการเลี้ยงดูในวัยเด็ก เป็นสิ่งที่มีผลต่อพัฒนาการทางจิตใจหรือสุขภาพจิตของบุคคล การเลี้ยงดูต้องเริ่มตั้งแต่แรกเกิดด้วยความรู้สึกรัก ทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัย และได้รับการยอมรับ¹⁰ 2) สัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยนักศึกษาที่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีมาก จะมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพจิตดีนั่นเอง ผลการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ได้แก่ เพื่อน รุ่นพี่ รุ่นน้อง และอาจารย์ ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนเป็นสิ่งที่ย้ำรุ่นให้ความสำคัญกว่าบุคคลอื่น เพราะต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อน และสังคมรอบตัว กลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลมากต่อทัศนคติ ความสนใจและพฤติกรรมการแสดงออกของวัยรุ่น⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของศัลยณดา กิติทัศน์เศรษฐี และคณะ ที่พบว่า ความสัมพันธ์กับเพื่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ และการศึกษาของจตุพร อาญาเมือง และคณะ ได้สำรวจสภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพจิตปกติ และความสัมพันธ์กับเพื่อนมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิต² 3) สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย แสดงว่า นักศึกษามีความเครียดเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัยมาก ย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิต

มากเช่นกัน นักศึกษาดังกล่าวยังไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย จึงเกิดความเครียดหรือความกังวลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของภัทราวรรณ์ สุนทราศรี พบว่า ลักษณะทางกายภาพในมหาวิทยาลัย ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษา¹ และ การศึกษาของสุรพงษ์ ชูเดช และคณะ พบว่า สภาพบรรยากาศในมหาวิทยาลัยด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนและรุ่นพี่ และสภาพบรรยากาศในมหาวิทยาลัยด้านอาคารสถานที่เป็นตัวแปรที่สำคัญในการทำนายสุขภาพจิตของนักศึกษา อาจเพราะการเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยของนักศึกษาเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิต เนื่องจากต้องใช้ชีวิตที่อิสระมากขึ้น ต้องดูแลรับผิดชอบตนเองมากขึ้น ต้องมีภาระหน้าที่และความรับผิดชอบมากมายทั้งด้านการเรียนและ กิจกรรมที่แตกต่างจากการเรียนในระดับมัธยมศึกษา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ต้องปรับตัวอย่างมาก ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษา¹² และ 4) กิจกรรมของมหาวิทยาลัย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดกับกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา โดยการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิต ค้นหาเชิงรุก ทำให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงการบริการ มีเกราะในการป้องกันตัว โดยการจัดกิจกรรมของมหาวิทยาลัยถือเป็นการสนับสนุนทางสังคมและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตนิสิตสอดคล้องกับการศึกษาของนันทกัต ชนะพันธ์และคณะ ที่พบว่าการจัดกิจกรรมของมหาวิทยาลัย ส่วนช่วยในการคืนความสำคัญให้กับตนเอง (self-regaining) ซึ่งนำไปสู่การหายจากอาการซึมเศร้าในนักศึกษา โดยเป็นเกราะป้องกันเมื่อบุคคลตกอยู่ภายใต้

สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ช่วยทำให้บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) และการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ง่ายขึ้น (self-efficacy) ทำให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ดีขึ้น¹³ ตัวแปรทั้ง 4 ด้าน สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาได้ร้อยละ 25.7 รูปแบบการดำเนินงานป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) จัดทำแผนปฏิบัติการ 3) กิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกัน 4) กิจกรรมด้านการดูแลช่วยเหลือ 5) กิจกรรมด้านการพัฒนาสู่ความยั่งยืน 6) สนับสนุนติดตาม 7) ประเมินผล 8) ถอดบทเรียน เกิดปัจจัยแห่งความสำเร็จความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาในจังหวัดมหาสารคาม คือ TEAM ส่งผลให้นักศึกษากลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 89.97 เนื่องจากรูปแบบที่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมรับผลประโยชน์ สอดคล้องกับการศึกษาของสุสารี ประดินิจ ทำการศึกษาการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกรณีศึกษาชุมชนหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า องค์ประกอบหลักที่ช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีในชุมชน คือ ปัจจัยด้านผู้นำชุมชน จากการศึกษา พบว่า การสร้างเสริมสุขภาพจิตชุมชนจะต้องอาศัยทุกภาคส่วนทั้งผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ นักพัฒนาจะต้องเห็นความสำคัญมีความมุ่งมั่นตระหนักถึงปัญหาที่มีความสนใจวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล รวมทั้งมีสัมพันธภาพที่ดีกับเครือข่ายนำแผนพัฒนาพัฒนาศักยภาพของสมาชิก สร้างกิจกรรมร่วมกัน

ให้ทุกคนได้มีความรู้ในเรื่องสุขภาพ เห็นความสำคัญของปัญหาและสามารถช่วยเหลือกัน ในด้านสุขภาพได้มีการจัดการและส่งต่ออย่างมีระบบ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ตอบโจทย์ของการจัดการด้านสุขภาพ คือ เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ชุมชน สถาบัน การศึกษาเข้มแข็ง นักศึกษาได้รับการพัฒนาทักษะมีความตระหนักรู้ปัญหาเกิดการปรับระบบบริการสุขภาพสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ นอกจากนี้ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือ นักศึกษาสามารถเป็นแกนนำด้านสุขภาพในอนาคตปัจจัยความสำเร็จในครั้งนี้ คือ การขับเคลื่อนงานโดยให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและบูรณาการแบบ IPE (Inter-Professional Education) ก่อให้เกิดความยั่งยืนและเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหา¹⁴

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. มหาวิทยาลัยควรมีการจัดกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ในด้านการส่งเสริมป้องกัน ด้านการช่วยเหลือ และด้านการพัฒนาสู่ความยั่งยืน เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตที่ดีในนักศึกษา รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญโดยมีการกำหนดเป็นนโยบายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

2. ควรจัดสภาพแวดล้อมในมหาวิทยาลัยให้เอื้อต่อการเรียนรู้ ลดปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเครียด สิ่งแวดล้อมในมหาวิทยาลัยควรปลอดภัย สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ควรมีความเพียงพอ ทันสมัย และพร้อมใช้งาน ส่วนบุคลากรด้านสุขภาพและสาธารณสุข ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตของวัยรุ่น และการ

ส่งเสริมผู้ปกครองให้มีการอบรมเลี้ยงดูบุตรที่เหมาะสม

3. มหาวิทยาลัยควรจัดให้มีกิจกรรมเพื่อเผยแพร่ และส่งเสริมสุขภาพจิตให้แก่นักศึกษา เพื่อให้ นักศึกษามี การ ปรับตัว ให้ เข้า กับ สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัยได้ดีขึ้น ซึ่งจะ ส่งผลดีต่อการ พัฒนาศักยภาพของนักศึกษาใน ทุกๆ ด้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณทีมหมอกรอบครัวศูนย์แพทย์ราชภัฏมหาสารคามที่คอยดูแลเอาใจใส่ให้คำปรึกษาแนะนำ สนับสนุนการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย และขอขอบคุณนักศึกษาผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ข้อมูล ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไป ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. ภัทธวารรณ สุนทราศรี. ปัจจัยคัดสรรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย เทคโนโลยีสุรนารี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต). นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2562
2. จตุพร อาญาเมือง, ปิยรัตน์ จิตรภักดี, สภาวัลย์ จรรย์ศิลป์, ทศนันท์ ทูมมานนท์, และดำรงศักดิ์ สอนแจ้ง. สภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาระดับมัธยมศึกษา จังหวัด

- ชลบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2562; 43(2): 188-200.
3. วาริรัตน์ ถาน้อย, อติทยา พรชัยเกตุ, และภาศิญา อ่อนดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารสภาการพยาบาล. 2565; 27 (ฉบับพิเศษ), 60-76.
4. รัชฎาคุณาศิร และจารุรินทร์ ปิตานุกงศ์. ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์ในนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา นครินทร์เวชสาร. 2563; 28(3), 139-144.
5. กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. กรอบทิศทาง การพัฒนา งานสุขภาพจิต และแผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี; 2562
6. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3): 607-610.
7. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์สุขยิ่ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2559; 41(1), 2-17.

8. Kemmis, S., & McTaggart, R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University publisher. 1998.
9. จุฑารัตน์ สติรปัญญา และวัลลภา คชภักดี. สุขภาพจิต.คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ. สงขลา: บริษัทนำศิลป์ โฆษณา จำกัด. 2554
10. Shives, L. R. Basic Concept of Psychiatric - Mental Health Nursing. 8th ed. Philadelphia, USA: Lippincott William & Wilkins. 2012.
11. สลัษณภิกษิตทัศนัเสริม, สุปาณี สนธิรัตน์ และ ทิพย์ วัลย์สุรินยา. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง รูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดากับภาวะซึมเศร้า.วารสารรามาชิปติพยาบาลสาร. 2560; 15(1),36-47.
12. สุรพงษ์ ชูเดชและวิภาวี เอี่ยมวรเมธ. ตัวแปรในการทำนายสุขภาพจิตและการปรับตัวของ นักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า ธนบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนา. 2564; 25(3), 215- 232
13. นันทัก ณะพันธ์, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไทร, และธณชัย คงสกันซ์. ความสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิง โรคซึมเศร้า. วารสารสภาการพยาบาล. 2563; 28(2), 44-57.
14. ศุสารี ประดิณกิจ. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ด้วยกระบวนการวิจัย ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาชุมชน หนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 8(1): 7-17.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดเคตามีนที่มีอาการหูแว่ว และมีพฤติกรรมก้าวร้าว : กรณีศึกษา

พัชชา จอมเกตุ ศศ.ม.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Abstract A study of ketamine dependence with hallucination and aggressive behavior

Patcha Jomket

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

A Study of Ketamine Dependence with Hallucination and Aggressive Behavior This case study, conducted from August 2023 to February 2024, used inpatient records, interviews, and observations. The subject is a 20-year-old single Thai male with a two-year history of ketamine addiction (snorting) of 0.5 grams daily, last used on June 26, 2023. Two days before hospital admission, he exhibited confusion, irritation, and aggression, and brandished a knife while threatening his grandfather. He was arrested and detained by police on June 27, 2023, and brought to the hospital by his relatives for treatment. Diagnosed with Ketamine-Induced Psychosis, initial symptoms included lack of fresh facial expression, irritability, and auditory hallucinations. He scored 45 on the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and 13 on the Violent Behavior and Escaping Assessment (VESA). Urine tests confirmed ketamine presence. Treatment included antipsychotic drugs, anticholinergics, antidepressants (SSRIs and SARIs), antianxiety medications, mood stabilizers, and vitamins. Nursing care followed Orem's self-care theory, involving health assessments and managing risk behaviors, with seven nursing diagnoses identified. During the 37-day drug treatment period, the patient had no withdrawal symptoms, reduced psychotic symptoms, and no side effects. He could perform daily activities and participate in group activities. The subsequent 180-day rehabilitation phase focused on cognitive and behavioral modifications, with family involvement in planning. The patient showed determination to quit drug use and learned relapse prevention skills. Follow-up showed he enlisted in the military for two years of training with no relapse observed.

Keywords: Kwtamine-Addicted Patients, Psychiatric Sym, Aggressive Behavior

บทคัดย่อ

การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดเคตามีนที่มีอาการหูแว่วและมีพฤติกรรมก้าวร้าว : กรณีศึกษา โดยศึกษาในช่วงเดือนสิงหาคม 2566-กุมภาพันธ์ 2567 ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้ป่วยชายไทย อายุ 20 ปี สถานภาพโสด ประวัติเสพติดเคตามีน (แบบคม) เสพมา 2 ปี ใช้ทุกวันๆ ละ ครั้งกรัมใช้ครั้งสุดท้าย วันที่ 26 มิถุนายน 2566 ปริมาณครั้งกรัม ก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน ผู้ป่วยพูดคุยสับสน หงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว เดินถือมีดแกว่งไปมา ตะโกน ช่มชู้ จะทำร้ายคุณปู่ ตำรวจจากสถานีตำรวจนครบาล โขกษัย 4 จับกุม และฝากขัง วันที่ 27 มิถุนายน 2566 คุณปู่และคุณป้าพา ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยมีตำรวจนำส่ง แพทย์รับผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัด ด้วยยา ที่สถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี อาคารแรกรับ ผู้ป่วยมีสีหน้า ไม่สดชื่น หงุดหงิดเล็กน้อย มีหูแว่ว ได้ยินเสียงคนคุยกันแต่จับใจความไม่ได้ ประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) = 45 คะแนน พบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง ต้องดูแลแบบ ผู้ป่วยใน ประเมินเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเกิดอุบัติเหตุ การมีพฤติกรรมรุนแรงและการหลบหนี (VESA) = 13 คะแนน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Urine Katamine ผล Positive แพทย์ วินิจฉัย Katamine Induce Psychosis ได้รับการรักษา ยาในกลุ่ม Antipsychotic drug, Anticholinergics ยาในกลุ่ม Antidepressants (SSRIs) และ (SARIs), Antianxiety, Mood Stabilizer และ ในกลุ่ม Vitamin

พยาบาลให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม รวบรวม ข้อมูล ประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้จำนวน 7 ข้อ ดูแลให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัย ผลการ บำบัด ในระยะบำบัดยา ผู้ป่วยไม่มีอาการถอนยาเสพติด อาการทางจิตทุเลาลง ไม่เกิดอาการข้างเคียงจาก ยา สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้เองตามปกติ และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ อยู่บำบัดรักษาในระยะ บำบัดยา รวม 37 วัน เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพต่อ ได้รับการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัด ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะเลิกยา เสพติด รับรู้เกี่ยวกับทักษะการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ รวมระยะเวลาบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ 180 วัน ได้ติดตามหลังการรักษา ผู้ป่วยสมัครเป็นทหารเกณฑ์ อยู่ในช่วงการฝึก ในค่ายทหาร เป็น ระยะเวลา 2 ปี และยังไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเสพติดเคตามีน อาการร่วมทางจิตเวช พฤติกรรมก้าวร้าว

บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย จากรายงานผลการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประจำปีงบประมาณ 2563 ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ระบุว่า ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดคือ ยาบ้า รองลงมาคือ ไอซ์ กัญชา และเฮโรอีน แต่ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดในกลุ่มนักท่องเที่ยวกลางคืนที่มีการแพร่ระบาดอย่างมาก โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร คือเคตามีน และเอ็กซ์ตาซี สอดคล้องกับสถิติการเข้ารับการรักษาเคตามีนของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ในปีงบประมาณ 2565-2566 พบผู้ป่วยเสพติดเคตามีนเข้ารับการรักษา จำนวน 305 และ 446 คน ตามลำดับ พบว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น และผู้ที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร¹

เคตามีน (ketamine) หรือ คีตามีน ไฮโดรคลอไรด์ (Ketamine hydrochloride)² หรือที่รู้จักกันในชื่อ “ยาเค” เป็นสารสังเคราะห์ทางเคมีเพื่อใช้เป็นยาสลบ ใช้ในการรักษาทางการแพทย์ช่วยไม่ให้รู้สึกเจ็บในระหว่างการรักษาสำหรับมนุษย์และสัตว์ มีการผลิตเป็นยาอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2509 เคตามีนที่พบในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นผลผลิตสีขาวและน้ำใส เคตามีนจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ประเภทที่ 2 ตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 เป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์หลอนประสาท โดยผู้เสพจะมีอาการเคลิบเคลิ้ม สูญเสียการรับรู้ การมองภาพ แสง สี

และการได้ยินเสียง มีอาการตาข่าย และเมื่อเสพต่อเนื่อง อาจทำให้ประสาทการรับรู้ผิดปกติอย่างถาวรได้ ซึ่งเรียกว่า hallucinogen-induced persisting perceptual disorder หรือ Flashbacks มีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้น หงุดหงิด กระสับกระส่าย ส่วนระดับรุนแรง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกังวลมาก อย่างไม่สมเหตุสมผล หงุดหงิดกระสับกระส่าย ควบคุมตนเองไม่ได้ ซึ่งอาจจะทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ และภาวะการเมาสารหลอนประสาท (Acute intoxication) ผู้ป่วยจะเริ่มไม่นั่ง หงุดหงิดก้าวร้าว ประสาทหลอน กระสับกระส่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจจะทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้³ การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ติดยาเสพติด เกิดจากสารเคมีในยาเสพติดจะเป็นตัวกระตุ้นทำให้สมองสร้างสารส่งผ่านประสาทชื่อ โดปามีน (dopamine) ส่งผลให้เกิดอาการทางจิต ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง และเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามมา และเมื่อหมดฤทธิ์ของยาเสพติด ร่างกายขาดสาร โดปามีน ทำให้รู้สึกจิตใจหดหู่ หงุดหงิดง่ายหรือซึมเศร้า เรียกอาการนี้ว่า “อาการขาดยา” (withdrawal symptom) เมื่อใช้ยาเสพติดบ่อยๆ จะทำให้สมองส่วนคิดสูญเสียหน้าที่ในการใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล สมองส่วนอยากอยู่เหนือสมองส่วนคิดจะทำอะไรตามใจตามอารมณ์อยากของตนเองมากกว่าการใช้เหตุผล มักแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความโกรธ มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว⁴

ดังนั้นพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเสฟติดเคตامينที่มีอาการหูแว่วและมีพฤติกรรมก้าวร้าว จึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างรอบด้าน สามารถประเมินอาการได้อย่างรวดเร็ว และให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่ ป้องกันอันตรายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยการนำข้อมูลในแบบประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดสุขภาพแบบ 11 แบบแผน มาใช้ในการวินิจฉัยปัญหาและวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งศึกษาผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ให้การดูแลและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ป้องกันการกลับไปเสฟติดซ้ำ ลดพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย สามารถปรับตัวกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัว ชุมชนและสังคมได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผู้ป่วยเสฟติดเคตامينที่มีอาการหูแว่วและมีพฤติกรรมก้าวร้าว วิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมประเด็นปัญหาของผู้ป่วย
2. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเสฟติดเคตامينที่มีอาการหูแว่วและมีพฤติกรรมก้าวร้าว

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ค้นหาปัญหา โอกาสพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยเสฟติดเคตامينที่มีอาการหูแว่วและมีพฤติกรรมก้าวร้าว

2. เลือกประเด็นปัญหาจากการดูแลเพื่อจัดทำการศึกษา 1 ราย คือ ผู้ป่วยเสฟติดเคตامينที่มีอาการหูแว่วและมีพฤติกรรมก้าวร้าว

3. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา ประวัติการใช้สารเสฟติด ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว การประเมินสภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ การตรวจร่างกาย การประเมินสภาพจิต ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา และเอกสารทางวิชาการ ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเคตامين ความรู้เกี่ยวกับผู้ติดสารเสฟติดที่มีอาการทางจิตร่วม ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ใช้แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเสฟติดเคตامينที่มีอาการหูแว่วและมีพฤติกรรมก้าวร้าว

5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์และวางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

6. ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ตามแผนที่วางไว้

7. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและครอบครัว

8. จัดทำรูปเล่มและเผยแพร่ความรู้จากผลงานที่ทำ

9. เผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

การประเมินภาวะสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 20 ปี รูปร่างสมส่วน ผิวสีดําแดง เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพโสด ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น น้ำหนัก 55.2 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร (BMI = 19.10 kg./m²)

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 27 มิถุนายน 2566 (รับการรักษาภาวะช็อคด้วยยา) ย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ วันที่ 3 สิงหาคม 2566 จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567

อาการสำคัญ

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล พุดคุยสับสน หงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว เดินถือมีดแกว่งไปมา ตะโกนข่มขู่จะทำร้ายคุณปู่ ตำรวจจากสถานี ตำรวจนครบาลโชคชัย 4 เข้าจับกุม และฝากขัง
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

7 วันก่อนมาโรงพยาบาล พุดคุยสับสน หงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีหูแว่ว ทำลายข้าวของที่บ้านพังเสียหาย
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเคยทะเลาะกับคุณปู่ อะอะ โวยวาย ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ ทำลายข้าวของในบ้านพังเสียหาย จะเข้าไปทำร้ายร่างกายคุณปู่ แต่คุณปู่มาห้ามไว้ทัน

การตรวจร่างกาย

ตารางที่ 1 การตรวจร่างกาย

การตรวจ	ผลการตรวจ
1. ลักษณะทั่วไป (General appearance)	ชายไทย รูปร่างสมส่วน ผิวสีดําแดง สวมใส่เสื้อผ้าชุดผู้ป่วยของโรงพยาบาล รู้สึกตัวดี พุดคุยถามตอบตรงคำถาม สีหน้าเรียบเฉย
2. ผิวหนัง (Skin)	สีผิวดําแดง มีรอยแผลเป็นที่แขน ไม่พบรอยโรคตามผิวหนัง ไม่มีผื่นคัน ไม่พบการบวมหรืออักเสบตามผิวหนัง ผิวหนังมีความชุ่มชื้น มีความยืดหยุ่นดี เล็บมือเล็บเท้าสั้น ไม่มีคราบดํา
3. ศีรษะ (Head)	ขนาดของศีรษะสมมาตรกันดีทั้งสองข้าง หนังศีรษะไม่มีการอักเสบ ไม่พบการติดเชื้อราผมสั้นรองทรง สีมผมเป็นสีดํา เส้นผมสะอาด
4. ใบหน้า (Face)	ใบหน้าทั้งสองด้านสมมาตรกันดี ไม่มีรอยแผล การรับรู้ความรู้สึกบริเวณใบหน้าปกติ
5. ตา (Eyes)	ตาทั้ง 2 ข้างมีขนาดปกติและอยู่ระดับเดียวกัน เปลือกตาสามารถปิดได้สนิทเมื่อหลับตาตาขาวมีสีขาวยELLOW ไม่มีสีชมพูหรือแดงเรื่อๆ กระจกตาใส ไม่พบต้อทั้งสองข้าง ผู้ป่วยสามารถอ่านหนังสือได้ในระดับที่ผู้ตรวจตั้งไว้ได้ถูกต้อง
6. หู (Ears)	ใบหูและรูหูปกติ ไม่มีก้อนนูน หูทั้ง 2 ข้าง สมมาตรกันดี การได้ยินเสียงทั้ง 2 ข้างเท่ากันปกติ

การตรวจ	ผลการตรวจ
7. จมูก (Nose)	ลักษณะทั่วไปปกติ มีผนังกันตรงกลาง ไม่มีน้ำมูก การรับกลิ่นปกติ
8. ช่องคอ (Throat)	ริมฝีปากปกติ ภายในปากไม่มีแผล ไม่มีเหงือกอักเสบ
9. ลำคอ (Neck)	หลอดลมอยู่แนวตรงกลาง ไม่มีเอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง ต่อมน้ำไทรอยด์ปกติ ไม่โต
10. ระบบต่อมน้ำเหลือง (Lymph node)	ต่อมน้ำเหลืองไม่มีการบวมโต ไม่มีกดเจ็บ
11. ทรวงอกและระบบหายใจ	รูปร่างของทรวงอกปกติ อัตราการเต้นของชีพจรปกติ จังหวะสม่ำเสมอ การเต้นของชีพจร 78 ครั้ง/นาที
12. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	การเดินปกติ ไม่มีเดินเซ ไม่มีกระดูกสันหลังคด

การประเมินสภาพจิต

ตารางที่ 2 การประเมินสภาพจิต

หัวข้อ	ผลการประเมิน
1. Appearance	ชายไทย วัยรุ่น รูปร่างสมส่วน แต่งกายสะอาด สวมชุดโรงพยาบาล รู้สึกตัวดี พูดคุยตามตอบตรงคำถาม สีหน้าหงุดหงิดเล็กน้อยแต่ให้ความร่วมมือดี
2. Attitude/rapport	สีหน้าหงุดหงิดเล็กน้อยแต่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามดี
3. Orientation	ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าเป็นวันที่เท่าไร บอกได้ว่าเป็นเวลากลางวัน รับรู้ว่าจะอยู่โรงพยาบาล และพูดคุยกับพยาบาล
4. Recall short-term memory	สามารถบอกชื่อของสามสิ่งได้ถูกต้อง
5. Recent memory	สามารถบอกได้ว่ารับประทานอาหารเช้า คือ ข้าวต้ม ผู้ป่วยจำเหตุการณ์ที่มานอนโรงพยาบาลวันแรกได้ บอกได้ว่ามีหงุดหงิด หิวแหว
6. Remote memory	สามารถบอกข้อมูลการศึกษาได้ มัธยมศึกษาตอนต้น การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.)
7. Mood	ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกหงุดหงิด โมโหง่าย
8. Affect	สีหน้าท่าทางหงุดหงิดเล็กน้อย ขณะพูดคุยกับเจ้าหน้าที่
9. Speech	พูดคุยรู้เรื่อง ตอบตรงคำถาม มีเจิบเป็นช่วงๆ
10. Thought process	ตอบคำถามตรงประเด็น ไม่พูดออกนอกเรื่อง
11. Thought content	ขณะพูดคุยไม่มีเนื้อหาความคิดที่ผิดปกติ
12. Perceptual disturbances : Hallucination	ผู้ป่วยมีหูแว่วได้ยินเสียงคนคุยกันแต่จับใจความไม่ได้

หัวข้อ	ผลการประเมิน
13. Delusion	ไม่มีความผิดปกติ
14. Illusion	ไม่มีความผิดปกติ
15. Attention	พูดเลขตาม ได้ถูกต้อง 4 หลัก คือ 7 0 6 4 3 1 พูดเลขย้อนกลับ ได้ถูกต้อง 3 หลัก คือ 8 1 7 5 4 2
16. Concentration	มีสมาธิในการลบเลข ลบ ได้ถูกต้อง 3 ครั้งต่อเนื่อง คือ 100 - 7 = 97, 86, 79
17. Intelligent	เปรียบเทียบความแตกต่าง เมื่อถามผู้ป่วยว่ารถยนต์กับจักรยานเหมือนหรือต่างกันอย่างไร ผู้ป่วยบอกว่าเหมือนกันที่เป็นรถที่วิ่งได้ และต่างกันที่รถยนต์มี 4 ล้อ รถจักรยานมี 2 ล้อ

การประเมินอื่นๆ

1) แบบประเมินการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก (ตุลาคม 2566) เพื่อประเมินความผิดปกติทางจิตเวช การปรับตัวทางอารมณ์และสังคม ด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ดังนี้

1.1 Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition (WAIS-III) เป็นการทดสอบเชาว์ปัญญา

1.2 The House - Tree - Person Test (H-T-P) ประเมินบุคลิกภาพ ความคิด

1.3 The Sacks Sentence Completion Test (SSCT) ประเมินเกี่ยวกับทัศนคติต่อครอบครัว, เพศ, ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทัศนคติต่อตนเอง

1.4 Bender Visual Motor Gestalt Test เครื่องมือ screening test สำหรับระบบประสาทจิตวิทยา ด้าน visual motor coordination

1.5 Rorchach inkblots Test ประเมินบุคลิกภาพ ความคิด อารมณ์

สรุปผลการทดสอบ

ผู้ป่วยมีเชาว์ปัญญาในองค์รวม (FSIQ) อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (Low Average) มีจุดเด่นในความสามารถด้านการใส่ใจและการมี

สมาธิจดจ่อในการท่องจำเพื่อนำมาใช้งานและ ความสามารถด้านการนำประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ความคิด ตรรกะเชิงนามธรรม หรือการใช้เหตุผลเพื่อแก้ไขปัญหาโดยไม่ใช้ภาษา ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน มาใช้งานได้ดี ในทางกลับกันมีแนวโน้มของความบกพร่องของความสามารถในด้านความรู้ทั่วไป หรือความรู้ที่ตกผลึก รวมถึงความสามารถในการนำประสบการณ์มาใช้บริหารจัดการ การรับรู้สิ่งเร้าและการแก้ไขปัญหา ซึ่งอาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดด้านพื้นฐานทางการศึกษาของผู้รับการทดสอบ

มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Antisocial) วุฒิภาวะไม่สมวัย (immaturity) พึ่งพิง (dependent) มีความวิตกกังวลสูง (anxiety) มีความรู้สึกไม่มั่นคง ก้าวร้าว ชอบกระทำการต่างๆ ที่ตรงกันข้าม (opposite or negativism) มีการปรับตัวและการควบคุมอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม มีแนวโน้มแสดงปฏิกิริยาทางอารมณ์อย่างเปิดเผย ไม่มีการยับยั้งและไม่ยึดหยุ่น (rigid) พบ conflict ในเรื่องครอบครัว และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น คือสัมพันธ์ภาพทั้งกับ

บิดามารดาเป็นแบบห่างเหิน พบการต้องการความรัก ความอบอุ่นจากครอบครัว ในขณะที่เรื่องสัมพันธ์ภาพ พบการขาดความพอใจในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรได้รับการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดเพื่อช่วยในเรื่องสัมพันธ์ภาพ รู้สึกได้รับการยอมรับ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในบุคคลอื่น (empathy) และเรียนรู้การปรับตัวเข้ากับสังคม

2. รับการบำบัดแบบรายบุคคลเพื่อช่วยให้ผู้รับการทดสอบได้วางแผนเป้าหมายในอนาคตที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายเป็นที่ยึดเหนี่ยว และเกิดความรู้สึกพร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตในสังคม แพทย์ผู้ให้การรักษา ได้มีคำสั่งให้ส่งผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด จำนวน 2 เรื่อง คือ 1) การจัดการความเครียดและความวิตกกังวล และ 2) ส่งเสริมศักยภาพในการปรับตัวและการดูแลตนเอง

2) การประเมินผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด ด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวง

ตารางที่ 3 การประเมินอาการทางจิต การมีพฤติกรรมรุนแรง การหลบหนี ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการเกิดอุบัติเหตุ

การประเมิน	วันที่ 27 มิถุนายน - 3 กรกฎาคม 2566	วันที่ 4-10 กรกฎาคม 2566	วันที่ 11-17 กรกฎาคม 2566
อาการทางจิต	45 คะแนน (มีอาการทางจิตรุนแรง)	45 คะแนน (มีอาการทางจิตรุนแรง)	30 คะแนน (มีอาการทางจิตทุเลา)
พฤติกรรมรุนแรง (Violent)	13 คะแนน (มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมรุนแรง ระดับมาก)	13 คะแนน (มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมรุนแรง ระดับมาก)	0 คะแนน (ไม่มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมรุนแรง)

สาธารณสุข (บคก.กศร.) v.2 : อยู่ในระดับ 39 คะแนน แสดงว่า ระดับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูง อนุมานว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง

3) การประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2566 คะแนนเท่ากับ 2 ประเมินแบบคัดกรองด้วย 9Q คะแนนเท่ากับ 8 ประเมินแบบคัดกรองด้วย 8Q คะแนนเท่ากับ 0 เฝ้าระวัง ประเมินซ้ำวันที่ 11 กรกฎาคม 2566 แบบคัดกรองด้วย 2Q คะแนนเท่ากับ 0 ถือว่าไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีความโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

4) การประเมินอาการทางจิต ด้วยแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS

5) การประเมินการมีพฤติกรรมรุนแรง การหลบหนี ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการเกิดอุบัติเหตุ ด้วยแบบประเมินเพื่อเฝ้าระวังการมีพฤติกรรมรุนแรง การหลบหนี ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการเกิดอุบัติเหตุ (VESA) รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การประเมินอาการทางจิต การมีพฤติกรรมรุนแรง การหลบหนี ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการเกิดอุบัติเหตุ (ต่อ)

การประเมิน	วันที่ 27 มิถุนายน - 3 กรกฎาคม 2566	วันที่ 4 - 10 กรกฎาคม 2566	วันที่ 11 - 17 กรกฎาคม 2566
การหลบหนี (Escape)	0 คะแนน (ไม่มีความเสี่ยงด้านหลบหนี)	0 คะแนน (ไม่มีความเสี่ยงด้านหลบหนี)	0 คะแนน (ไม่มีความเสี่ยงด้านหลบหนี)
การฆ่าตัวตาย (Suicide)	0 คะแนน (ไม่มีความเสี่ยงด้านหลบหนี)	0 คะแนน (ไม่มีความเสี่ยงด้านหลบหนี)	0 คะแนน (ไม่มีความเสี่ยงด้านหลบหนี)
การเกิดอุบัติเหตุ (Accident)	6 คะแนน (มีความเสี่ยงด้านอุบัติเหตุ ระดับปานกลาง)	6 คะแนน (มีความเสี่ยงด้านอุบัติเหตุ ระดับปานกลาง)	0 คะแนน (ไม่มีความเสี่ยงด้านอุบัติเหตุ)

6) การประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) : อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) อยากเลิกยาเสพติด ตามที่ครอบครัวร้องขอ แต่ไม่แน่ใจว่าการควบคุมตนเองได้ดีหรือไม่ ยังไม่มั่นใจกับการมาบำบัดเพื่อเลิกยาครั้งนี้

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (วันที่ 27 มิถุนายน 2566)

ตารางที่ 4 ตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ และความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด

สิ่งส่งตรวจ	รายการตรวจ	ค่าที่พบ	ค่าปกติ	การแปลผล
ตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ	- Methamphetamine	Negative	Negative (< 1,000)	ปกติ
	- THC	Negative	Negative (< 50)	ปกติ
	- Opiates	Negative	Negative (< 300)	ปกติ
	- Katamine	Positive	Negative (< 1,000)	ผิดปกติ
ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	WBC	6300	5000-10000	ปกติ
	Neutrophil	50%	40-70	ปกติ
	Lymphocyte	40%	20-50	ปกติ
	Monocyte	5%	2-7	ปกติ
	Eosinophil	5%	1-6	ปกติ
	Basophil	0%	0-1	ปกติ
	RBC	4,660,000	4,500,000-6,000,000	ปกติ
	HGB	12.3	14.0-18.0	ปกติ

ตารางที่ 4 ตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ และความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (ต่อ)

สิ่งส่งตรวจ	รายการตรวจ	ค่าที่พบ	ค่าปกติ	การแปลผล
	HCT	40.0	40.0-54.0	ปกติ
	MCV	85.8	80.0-95.0	ปกติ
	MCH	30.3	27.0-33.0	ปกติ
	MCHC	33.2	31-36	ปกติ
	RDW	12.3	11.5-14.5	ปกติ
	Platelet count	245,000	140,000-400,000	ปกติ
	RCB morphology	Normal	Normal	ปกติ
	Platelet Smear	Adequate	Adequate	ปกติ
	Comment	Malaria not found		

การแปลผล : ผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ พบ Katamine ผล Positive

ผล Chest X-ray (27 มิถุนายน 2566) : No active pulmonary disease

การวินิจฉัยโรค F1652 : Katamine Induce Psychosis

การรักษาที่ได้รับ

การบำบัดด้วยยา

- Serlift (50 mg) 1x1 Oral pc.
- Quantia (25 mg) 1x1 Oral hs.
- B.co 1x2 Oral pc.
- Artane (2 mg) 1x1 Oral hs.
- Risperidone (1 mg) 1x1 Oral hs.
- Hadol (5 mg) IM prn. for agitate
- Valium (10 mg) IV prn. for agitate

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม Antipsychotic drug, Anticholinergics drugs, Antidepressants (SSRIs) และ (SARIs), Antianxiety, Mood Stabilizer และในกลุ่ม Vitamin พยาบาล

จะต้องดูแลให้ยาตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาทางจิตเวช ประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น ประเมินอาการถอนพิษยา การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอื่น เพื่อให้เกิดความเข้าใจยอมรับ และหลีกเลี่ยงคำพูดที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดและมีพฤติกรรมก้าวร้าว

การประเมินสภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (วันที่ 27 มิถุนายน 2566)

แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ก่อนรับการรักษา ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับว่าตนเองติดเคตามีน ใช้มาตลอดเป็นระยะเวลา 2 ปี ต้องเพิ่มปริมาณในการใช้เพื่อให้ตนเองรู้สึกมีความสุขที่ผ่านมาไม่เคยลดปริมาณการใช้หรือหยุดใช้ได้เลย และมีสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรม สาเหตุที่ทำให้ไปใช้ยาเสพติด ผู้ป่วยเริ่มจากการสูบบุหรี่ ตั้งแต่อายุ 11 ปี วันละ 5-10 มวน ปัจจุบันสูบบุหรี่วันละ

10-20 มวน และเริ่มมาใช้เคตามีน แบบดม เมื่อ 2 ปีที่ผ่านมา เนื่องจากเพื่อนชวนและอยากลอง เวลาที่ใช้จะรู้สึกมีความสุข สนุกสนาน รู้ว่าตนเองมีอาการหูแว่ว หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่อยู่ เคยทำลาซ้าของในบ้านพังเสียหาย คิดว่าไม่เกี่ยวกับการใช้เคตามีน คิดว่าเกิดจากความเครียด และคิดว่าการใช้ยาสามารถเลิกเองได้

ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองมาบำบัดในเรื่องยาเสพติด จากการสังเกตขณะพูดคุยผู้ป่วยจะเงียบเป็นช่วงๆ เมื่อสอบถาม ผู้ป่วยว่าตนเองได้ขิ้นเสียงกริ่งกดเรียก บางครั้งจะได้ขิ้นเสียงนกหวีดด้วย ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองมีอาการหูแว่ว

สรุปแบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองใช้เคตามีน และเข้าใจว่าอาการหูแว่ว อารมณ์ที่หงุดหงิดง่ายและมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลาซ้าของพังเสียหาย ไม่ได้เป็นผลจากการที่ตนเองใช้ยาเสพติด

แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ก่อนรับการรักษา ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ทุกประเภท รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา วันละ 1-2 มื้อ มื้อกลางวัน และมื้อเย็น แต่ส่วนใหญ่จะรับประทานเมื่อหิวเท่านั้น พบว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบย่อยอาหาร ระบบการเผาผลาญอาหารปกติดี

ขณะอยู่โรงพยาบาล รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ตามที่โรงพยาบาลจัดให้ บางมื้อซื้อจากร้านค้าสวัสดิการ

สรุปแบบแผนการรับประทานอาหารและการเผาผลาญ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เป็นปกติ ครบ 3 มื้อ/วัน (BMI = 19.10 kg/m²)

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ก่อนรับการรักษา ปี 2566 ผู้ป่วยมีปัสสาวะแสบขัด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โขกชัย 4 ได้ยามารับประทาน หลังรับประทานยาอาการดีขึ้น ขับถ่ายปัสสาวะได้ปกติ ขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ปกติ ไม่มีท้องผูก

ขณะอยู่โรงพยาบาล การขับถ่ายปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง ไม่มีแสบขัด ขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ขับถ่ายปกติ ไม่มีอาการท้องผูก

สรุปแบบแผนการขับถ่าย ปัสสาวะปกติ ไม่มีแสบขัด ขับถ่ายอุจจาระทุกวันๆ ละ 1 ครั้ง

แผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ก่อนรับการรักษา ไม่ชอบออกกำลังกาย ไม่เล่นกีฬาใดๆ ชอบเล่นเกมส้อออนไลน์

ขณะอยู่โรงพยาบาล ในระยะแรกผู้ป่วยมักจะแยกตัว ไม่สนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สีหน้าเรียบเฉย มีหูแว่วต่อมาเมื่อผู้ป่วยเริ่มปรับตัวได้สนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พูดคุยกับเพื่อน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและออกกำลังกายได้

สรุปแบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มประจำวัน และออกกำลังกายได้

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

ก่อนรับการรักษา โดยปกติเมื่ออยู่ที่บ้านจะนอนไม่เป็นเวลา ส่วนใหญ่กลางคืนจะเสพยาและเล่นเกมส้อออนไลน์ แต่จะหลับในเวลากลางวัน

ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยรับประทานยาของโรงพยาบาล สามารถนอนหลับได้ มีบางคืนที่มีหูแว่ว ได้ขิ้นเสียงกริ่งกดเรียก หรือนกหวีด ตื่นกลางดึก ทำให้หลังจากตื่นนอนมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย

รูปแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ
ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ดีขึ้น หลังจากที่ได้รับ
การตรวจรักษาจากแพทย์

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

ก่อนรับการรักษา

การรับรู้และประสาทสัมผัส : ขณะ
เสฟเคตามีน มีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงคนคุยกัน
มีพูดคุยโต้ตอบกับเสียงที่ได้ยิน ทำให้รู้สึก
หงุดหงิด รำคาญ ก้าวร้าว ทำลายข้าวของในบ้าน
ทั้งเสียหาย

- ความสามารถทางสติปัญญา : เรียนจบ
ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จากการศึกษาออก
ระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ผู้ป่วย
บอกว่าตนเองเรียนไม่เก่ง

- ความสามารถในการแก้ไขปัญหา :
ผู้ป่วยบอกว่าเวลาที่ตนเองมีเรื่องไม่สบายใจ หรือ
รู้สึกหงุดหงิด มักจะระบายอารมณ์โดยการทำลาย
ข้าวของ

ขณะอยู่โรงพยาบาล

การรับรู้และประสาทสัมผัส : ขณะ
บำบัดรักษา ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สดชื่น มีพฤติกรรม
แยกตัว หงุดหงิดง่าย หูแว่ว

- ความสามารถทางสติปัญญา : ผู้ป่วย
สามารถพูดคุยเล่าถึงเหตุการณ์ในอดีตจนถึง
ปัจจุบันได้

- ความสามารถในการแก้ไขปัญหา :
เมื่อคุณป้ามาเยี่ยม พูดคุยให้ผู้ป่วยอยู่บำบัดฟื้นฟู
ระยะยาว ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หงุดหงิด ไม่พอใจ
และต่อว่าคุณปู่ด้วยเสียงที่ดัง

รูปแบบแผนสติปัญญาและการรับรู้
ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว มีหูแว่ว หงุดหงิดง่าย

เมื่อไม่พอใจจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุม
อารมณ์ตนเองไม่ได้

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ก่อนรับการรักษา มีความคิดว่าทั้งบิดา
และมารดาไม่รักตนเอง ทั้งให้ตนเองอยู่กับคุณปู่
คุณย่า และคุณป้าตั้งแต่อายุ 4 ปี บิดาและมารดา
ต่างไปมีครอบครัวใหม่

ขณะอยู่โรงพยาบาล จากการสังเกต
คุณปู่และคุณป้าจะเดินทางมาเยี่ยมทุกสัปดาห์
ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะพูดคุยและมีสีหน้าที่ยิ้มแย้มกับ
คุณป้า ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะเลิกใช้เคตามีนให้
ได้ อยากศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
ไม่อยากจะให้คุณปู่ คุณย่า และคุณป้าต้องเครียดและ
เสียใจเหมือนที่ผ่านมาแล้ว

รูปแบบแผนการรับรู้ตนเองและ
อัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเคตามีน เป็น
เรื่องที่ทำให้คุณปู่ คุณย่าและคุณป้าเครียดและ
เสียใจ รู้สึกด้อยค่าที่บิดาและมารดาไม่รักตนเอง
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ก่อนรับการรักษา ผู้ป่วยเป็นบุตรชาย
คนเดียวของครอบครัว บิดาและมารดาหย่าร้าง
กัน และต่างคนไปมีครอบครัวใหม่ ให้ผู้ป่วยอยู่
ในการดูแลของคุณปู่ คุณย่าและคุณป้ามาตั้งแต่
อายุ 4 ปี บิดาและมารดาไม่เคยติดต่อหรือมาเยี่ยม
ผู้ป่วยเลย คุณปู่และคุณย่าได้จดทะเบียนรับรอง
ให้ผู้ป่วยเป็นบุตรบุญธรรม เมื่อผู้ป่วยไม่สบายใจ
มักจะพูดคุยกับคุณป้ามาตลอด เนื่องจากคุณปู่
เป็นคนที่เข้มงวด ขณะที่ผู้ป่วยกำลังศึกษาอยู่ใน
ระดับประถมศึกษาตอนปลาย คุณป้าย้ายออกจาก
บ้านของคุณปู่และคุณย่า เนื่องจากบุตรชายของ
คุณป้าต้องย้ายโรงเรียนซึ่งอยู่ไกลจากบ้านของ

คุณปู่และคุณย่า เมื่อผู้ป่วยเรียนจบระดับประถมศึกษา ขออนุญาตคุณปู่ออกไปอยู่หอพัก เนื่องจากใกล้กับโรงเรียน ผู้ป่วยเริ่มคบเพื่อนที่เกเร ชักชวนให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ และใช้เคตามีน เมื่อคุณปู่และคุณป้าทราบว่าคุณปู่ใช้ยาเสพติด จึงรีบผู้ป่วยให้มาอยู่ที่บ้าน โดยมีคุณป้ามาดูแลเป็นบางครั้ง หากผู้ป่วยหงุดหงิด ไม่พอใจ มักจะทำลายข้าวของในบ้านพังเสียหาย

ขณะอยู่โรงพยาบาล ช่วงแรกผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว เมื่อผู้ป่วยเริ่มปรับตัวได้ เริ่มเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น ส่วนสัมพันธภาพภายในครอบครัวค่อนข้างห่างเหิน คุณปู่จะมาเยี่ยมผู้ป่วยทุกสัปดาห์ แต่คุณป้าจะไม่ได้มาเยี่ยมพร้อมกับคุณปู่ได้ทุกครั้ง ส่วนบิดาและมารดาไม่เคยติดต่อผู้ป่วยเลย

สรุปแบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร และการจัดการอารมณ์ภายในครอบครัว

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

ก่อนรับการรักษา ผู้ป่วยพึงพอใจในเพศของตนเอง มีการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม เคยมีเพศสัมพันธ์กับแฟนและป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย

ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ รับรู้และพอใจในเพศของตน

สรุปแบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง

แบบแผนที่ 10 ความเครียดและการทนทานต่อความเครียด

ก่อนรับการรักษา ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีเรื่องไม่สบายใจหรือมีความเครียด มักจะเก็บไว้คนเดียว ไม่พูดหรือคุยให้ใครฟัง มักจะแก้ปัญหาด้วยการใช้เคตามีน บอกว่าทำให้ตนเองมีความสุขสนุกสนาน

ขณะอยู่โรงพยาบาล ในช่วงสัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล มีพฤติกรรมแยกตัว สีหน้าไม่สดชื่น หูแว่ว หงุดหงิดง่าย ไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม

สรุปแบบแผนความเครียดและการทนทานต่อความเครียด ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาและเผชิญกับความเครียดได้

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

ก่อนรับการรักษา ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ เชื่อว่าทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว มีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่และการใช้เคตามีนเป็นบางครั้ง ทำให้ตนเองคลายเครียดได้ และคิดว่าการเลิกยาเสพติดสามารถเลิกเองได้ ถ้ามีความตั้งใจจริง

ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอนตามกิจกรรมของหอผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยไม่ยอมให้คุณปู่ คุณย่า และคุณป้าต้องเสียดใจกับคนอื่น จึงตั้งใจที่จะเลิกเคตามีนให้ได้ และอยากศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

สรุปแบบแผนคุณค่าและความเชื่อ ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ และมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจคือครอบครัว (คุณปู่ คุณย่า และคุณป้า) มีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่และการใช้เคตามีนเป็น

บางครั้ง ทำให้ตนเองคลายเครียดได้ และคิดว่า การเลิกยาเสพติดสามารถเลิกเองได้

สรุปปัญหาที่พบจากการรวบรวมข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ : ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองใช้เคตามีน และเข้าใจว่าอาการหูแว่ว อารมณ์ที่หงุดหงิดง่าย และมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลายข้าวของพังเสียหาย ไม่ได้เป็นผลจากการที่ตนเองใช้ยาเสพติด

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ : ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว มีหูแว่ว หงุดหงิดง่าย เมื่อไม่พอใจจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ : ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเป็นสิ่งที่ทำให้คุณปู่ คุณย่าและคุณป้าเครียด และเสียใจ รู้สึกด้อยค่าที่บิดาและมารดาไม่รักตนเอง

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ : มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร และการจัดการอารมณ์ภายในครอบครัว

แบบแผนที่ 10 ความเครียดและการทนทานต่อความเครียด : ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาและเผชิญกับความเครียดได้

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ : ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ และมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจคือครอบครัว (คุณปู่ คุณย่า และคุณป้า) มีความเชื่อว่า การสูบบุหรี่และการใช้เคตามีนเป็นบางครั้ง ทำให้ตนเองคลายเครียดได้ และคิดว่า การเลิกยาเสพติดสามารถเลิกเองได้

การพยาบาล

รวบรวมข้อมูลทั้งหมดและข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอริเม้นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้จำนวน 7 ข้อ โดยวัตถุประสงค์ทางการพยาบาลมาจากการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นการให้ความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะในการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ สร้างแรงจูงใจและเสริมพลังให้กับทั้งผู้ป่วยและญาติ มีรายละเอียดดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่ามีหูแว่ว เป็นเสียงคนคุยกันแต่จับใจความไม่ได้ รู้สึกรำคาญ

O: ผู้ป่วยพูดคุยสับสน หงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว เดินถือมีดแกว่งไปมา ตะโกนข่มขู่จะทำร้ายคุณปู่ ตำรวจจากสถานีตำรวจนครบาลโชคชัย 4 เข้าจับกุม และฝากขัง

O: ประเมิน BPRS (27 มิ.ย.66-3 ก.ค.66) = 45 คะแนน (มีอาการทางจิตรุนแรง)

: ประเมิน VESA (27 มิ.ย.66-3 ก.ค.66) Violent = 13 คะแนน (มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมรุนแรง ระดับมาก)

O: จากการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แบบแผนที่ 6 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว มีหูแว่ว หงุดหงิดง่าย เมื่อไม่พอใจจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัย ไม่ถูกทำร้ายร่างกาย

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative-Supportive Nursing System)

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร สงบ จริงใจ ให้เกียรติ ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย

2. ประเมินอาการความคิด ความรู้สึก จากประวัติ และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เพื่อให้ได้วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

3. ประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ประเมินจากสีหน้าท่าทาง การแสดงออกทางคำพูด อารมณ์ การเคลื่อนไหว เพื่อวางแผนการพยาบาลให้ได้รับความปลอดภัย

4. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และไม่มีสิ่งทีก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่น เช่น มีด ของแหลมคม ของแข็ง ไม้ แก้ว เชือก ไม้แขวนเสื้อ เป็นต้น

5. สังเกตอาการเมื่อพบทำที่ที่ผิดปกติ อยู่ไม่คิดที่ และถามความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนั้นเพื่อหาสาเหตุ ลดความกลัวหรือข้อสงสัย

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านอาการทางจิต และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา

7. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอื่นๆ เกี่ยวกับอาการหูแว่ว ภาพหลอน และให้ข้อมูลเรื่องอาการ

ของโรค และอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยอื่นเข้าใจ และยอมรับ อาการแสดงและอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และหลีกเลี่ยงคำพูดที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดและอาการหวาดระแวงเพิ่มขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการทะเลาะวิวาท

8. พูดคุยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีสัมพันธภาพและเริ่มไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น

9. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ความคิด และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกอย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่ภาวะปกติ

การประเมินผล (11-17 ก.ค.66)

ผู้ป่วยยังมีอาการหูแว่ว เป็นเสียงคนคุยกันแต่จับใจความไม่ได้ ปฏิเสธภาพหลอน ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และผู้อื่น

- ประเมิน BPRS = 30 คะแนน (มีอาการทางจิตทุเลา สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดได้)

- ประเมิน VESA : Violent = 0 คะแนน (ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าตนเองเรียนหนังสือไม่เก่ง บิดาและมารดาที่งให้ตนอยู่กับคุณปู่ คุณย่า และคุณป้ามาตั้งแต่อายุ 4 ปี และไม่เคยมาเยี่ยมตนเองเลย

S: ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดมาตลอด 2 ปี ไม่เคยเลิกยาเสพติดเลย ครอบครัวยังมองว่าตนเองเป็นตัวปัญหา

O: ขณะพูดคุย ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้า

O: ต้องการให้คนอื่นให้ความสนใจ หากไม่ได้รับการตอบสนองจะรู้สึกน้อยใจ เสียใจ

O: จากการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แบบแผนที่ 7 ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองใช้เคตามีน เป็นเรื่องที่ทำให้คุณปู่ คุณย่า และคุณป้าเครียดและเสียใจ รู้สึกคือยาค่าที่บิดาและมารดาไม่รักตนเอง

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยสร้างคุณค่าในตนเอง และเห็นคุณค่าในตนเอง

- เพื่อให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยรู้สึกมีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น บอกส่วนดีของตนเองได้

- ผู้ป่วยรู้สึกมีความเชื่อมั่นในตัวเองสูงขึ้น ขอมรับว่าตัวเองมีคุณค่า

- ผู้ป่วยสามารถบอกคุณค่าในตนเองได้ ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative-Supportive Nursing System)

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัด เพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองจนเกิดความไว้วางใจ

2. ประเมินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตัวเอง ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นหรือสาเหตุของการ

มองตนเองด้านลบ และสะท้อนถึงข้อเสียที่ทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลกระทบต่อผู้ป่วยจากการเสพเคตามีน

4. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มองเห็นความสำเร็จในอดีต เช่น ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความดีที่เคยทำ พร้อมกล่าวชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ดี

5. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ ให้กำลังใจ และชมเชย เมื่อผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม

6. มอบหมายงานที่ผู้ป่วยสามารถทำได้สำเร็จ เช่น มอบหมายให้ทำความสะอาดโต๊ะอาหาร ช่วยยกอาหารให้กับผู้ป่วยที่มาใหม่ได้ ให้การสนับสนุนและชมเชยทันทีที่ผู้ป่วยทำงานได้สำเร็จ

7. พูดคุยและเพิ่มแรงจูงใจกับคนในครอบครัวของผู้ป่วย ในการให้กำลังใจและการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การสื่อสารทางบวก ชมเชยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมในทางที่ดีไม่ตำหนิโดยไม่บอกเหตุผล มอบหน้าที่ให้ผู้ผู้ป่วยรับผิดชอบ

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม พูดคุยปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่นได้ดีขึ้น บอกข้อดีได้ว่า เป็นคนชอบช่วยเหลือผู้อื่น เวลาที่เห็นคนที่ลำบากและต้องการความช่วยเหลือ และข้อเสียของตนเอง มีอารมณ์เครียด หงุดหงิดง่าย และได้ฝึกคิดทบทวนให้ตัวเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และรู้สึกดีที่ได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 แบบแผนการ เผชิญปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าเวลาที่เครียด หงุดหงิด จะเอะอะโวยวาย ทำลายข้าวของในบ้านพังเสียหาย

S: ญาติให้ประวัติว่า ผู้ป่วยมีนิสัยคือ เวลามีปัญหา ไม่พอใจ ผู้ป่วยจะออกจากบ้านไปหาเพื่อนที่ใช่ยาเสพติด

O: ผู้ป่วยมีประวัติ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล พุดคุยสับสน หงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว เดินถือมีดแกว่งไปมา ตะโกนข่มขู่จะทำร้ายคุณปู่ ตำรวจจากสถานีตำรวจนครบาล โชคชัย 4 เข้าจับกุม และฝากขัง

O: จากการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แบบแผนที่ 10 ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาและเผชิญกับความเครียดได้

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีแนวทางจัดการแก้ไขปัญหาเผชิญปัญหาและความเครียดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาและจัดการกับความเครียดได้ถูกต้องโดยไม่ใช้ยาเสพติด

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative - Supportive Nursing System) กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจด้วยท่าทีแสดงความเข้าใจอย่างตั้งใจ

2. ประเมินความรู้ ทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด

3. ร่วมพูดคุยถึงสาเหตุ ตัวกระตุ้น วิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหาแบบเดิมๆ ผลกระทบที่เกิดขึ้นในอดีต จากการที่ผู้ป่วยเครียด หงุดหงิด จะเอะอะโวยวาย และทำลายข้าวของในบ้านพังเสียหาย

4. แนะนำวิธีการเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกและเปิดโอกาสให้ทดลองใช้วิธีตามทางที่เลือก แก้ไขข้อเสียของทางเลือกได้เหมาะสม จะส่งเสริมให้การแก้ไขปัญหาง่ายขึ้น

5. แนะนำทักษะวิธีการคลายเครียด เช่น การหาที่ปรึกษา การฝึกสมาธิ การผ่อนคลายโดยใช้กิจกรรม โดยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีผ่อนคลายด้วยตนเอง

6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ การปรับตัว แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม

การประเมินผล

ผู้ป่วยรับฟังคำแนะนำ ระบุว่าสาเหตุของปัญหาเกิดจากการที่ตนเองควบคุมอารมณ์ตนเอง และยังจัดการกับความเครียดไม่ได้ ทำให้ตนเองต้องไปเสพยาเสพติดทุกครั้ง และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด ทำให้ตนเองได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีสัมพันธภาพที่ดีกับทั้งผู้บำบัดและผู้ป่วยอื่นด้วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบาย
เนื่องจากผลข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต
(Antipsychotic drug)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่ามีปากแห้ง คอแห้ง ง่วง
 ซึม มึนงง บางครั้ง

O: แพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ผู้ป่วย
 รับประทานยาดังนี้

- Serlift (50 mg) 1x1 Oral pc.
- Quantia (25 mg) 1x1 Oral hs.
- Artane (2 mg) 1x1 Oral hs.
- Risperidone (1 mg) 1x1 Oral hs.
- Hadol (5 mg) IM prn. for agitate
- Valium (10 mg) IV prn. for agitate

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอาการรุนแรงจาก
 อาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการข้างเคียง
 ของยาต้านอาการทางจิต เช่น อาการ EPS ได้แก่

1) Acute dystonia (คอบิด ตัวแอ่น
 ตาเหลือก ลิ้นคับปาก)

2) Akathisia (กระวน กระวาย
 หุดลุกหุดนั่ง เดินไปเดินมา นั่งอยู่เฉยกับที่ไม่ได้)

3) Parkinsonian (มือสั่น กล้ามเนื้อ
 เกร็ง เดินชอยเท้า)

4) Tardive dyskinesia (เคี้ยว/ตุ๋ม
 ฝีปาก แลบลิ้น กระพริบตา เปลือกตากระตุก)
 อาการ NMS ได้แก่ ซึมลง ตัวแข็ง มีไข้สูง เหงื่อ
 ออกมาก ชีพจร และความดันโลหิตไม่คงที่

2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน/อุบัติเหตุ จาก
 อาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต

3. ผู้ป่วยรับทราบอาการข้างเคียงของยา
 ต้านอาการทางจิตและสังเกตอาการผิดปกติ

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบสนับสนุนและให้
 ความรู้ (Educative - Supportive Nursing System)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยจากการได้รับยา
 ประสิทธิภาพของยาและอาการข้างเคียงของยาที่
 เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่ออาการ
 ของตน

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 เช่น ปากแห้งให้ทาวาสลีน คอแห้งให้ดื่มน้ำมาก ๆ
 วันละ 8 แก้ว หรือจิบน้ำบ่อยๆ ถ้าท้องผูกจัด
 อาหารที่มีกากใยสูง และให้ความรู้กับผู้ป่วยเรื่อง
 ยาที่รับประทานอาจทำให้ง่วงซึม ตาพร่ามัว มึน
 งง เวียนศีรษะ ระดับความดันโลหิตต่ำ ควร
 ระมัดระวังในการเปลี่ยนอิริยาบถ เพื่อป้องกัน
 อุบัติเหตุโดยให้ผู้ป่วยสังเกตอาการและแจ้งให้
 พยาบาลทราบเพื่อให้การช่วยเหลือ

3. อธิบายและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย
 ว่าอาการเหล่านี้จะไม่เป็นอันตราย เมื่อร่างกาย
 ปรับตัวได้ อาการจะค่อยๆ ดีขึ้น หรือถ้ายังมี
 อาการอยู่ จะมีแนวทางการรักษาของแพทย์เพื่อ
 รักษาให้อาการนั้นทุเลา/หายได้ ดูแลให้ได้รับยา
 Artane (2 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน

4. แนะนำให้สังเกตอาการ พุดไม่ชัด คอ
 แข็ง ลิ้นแข็ง กลืนอาหารลำบาก กระสับกระส่าย
 อยู่หนึ่งไม่ได้ ให้รีบแจ้งพยาบาลเพื่อรายงานแพทย์
 พิจารณาให้การรักษา

5. ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ปราศจากสิ่งกระตุ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

6. พยายามให้กำลังใจผู้ป่วยในการรับการรักษา

การประเมินผล (วันที่ 30 กรกฎาคม 2566)

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ไม่เกิดอุบัติเหตุจากอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต อาการปากแห้ง คอแห้ง ทูเลลง มีอาการง่วงนอนมากในเวลากลางวัน เมื่อได้รับคำแนะนำผู้ป่วยเข้าใจ ไม่กังวลกับอาการที่เกิดขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากครอบครัวแตกแยก และขาดสัมพันธภาพอันดีภายในครอบครัว

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าบิดาและมารดาหย่าร้างกันตั้งแต่ตนเองอายุ 4 ปี และอยู่กับคุณปู่ คุณย่า และคุณป้า รู้แต่ว่าทั้งบิดาและมารดาไปมีครอบครัวใหม่ แต่ไม่มีใครมาเยี่ยมตนเองเลย

S: ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับคุณปู่ คุณย่าและคุณป้า แต่พอคุณป้าย้ายออกไป ผู้ป่วยออกไปอยู่หอพักกับกลุ่มเพื่อนๆ

S: ผู้ป่วยมักจะพูดถึงคุณป้าที่ตนเองสนิทมาก

O: ขณะที่ครอบครัวมาเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยมักจะมีท่าทางที่ไม่พอใจ หงุดหงิด ทะเลาะกับคุณปู่

O: จากการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แบบแผนที่ 8 มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร และการจัดการอารมณ์ภายในครอบครัว

O: จากการประเมินการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก พบ conflict ในเรื่องครอบครัว และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น คือ สัมพันธภาพทั้งกับบิดามารดาเป็นแบบห่างเหิน พบการต้องการความรัก ความอบอุ่นจากครอบครัว ในขณะที่เรื่องสัมพันธภาพพบการขาดความพอใจในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

วัตถุประสงค์

- เสริมสร้างให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนตามบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว

- เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง

- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น คุยกันด้วยท่าที่เป็นมิตรแสดงออกด้วยท่าทีห่วงใยกัน

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative - Supportive Nursing System) **กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัวจากการพูดคุย การแสดงออกทางสีหน้า แววตา ท่าทาง ปฏิสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2. ให้คำปรึกษารอบครัวตามสภาพปัญหา เสริมสร้างความเข้มแข็ง โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันพิจารณาสาเหตุของปัญหา ด้านสัมพันธภาพและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

3. ให้ความรู้แก่ญาติในเรื่องบทบาทการทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพใน

ครอบครัวให้การยอมรับในตัวคนของผู้ป่วย การวางแผนการออกไปใช้ชีวิตกับครอบครัว การสื่อสารในครอบครัวให้มีการสื่อสารทางบวก ชมเชยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมในทางที่ดี ไม่ตำหนิ โดยไม่บอกเหตุผล

4. นำครอบครัวและผู้ป่วยเข้ากลุ่ม กิจกรรมการทำหน้าที่ของครอบครัว กิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์และให้ผู้ป่วยร่วมรับประทานอาหารกับครอบครัว

5. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ตามตารางกิจกรรมของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์กันมากขึ้น และดูแลให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด จำนวน 2 เรื่องคือ การจัดการความเครียดและความวิตกกังวล และส่งเสริมศักยภาพในการปรับตัวและการดูแลตนเอง ตามแผนการรักษาของแพทย์

6. แนะนำให้ครอบครัวหาเวลามาเยี่ยม หรือโทรศัพท์พูดคุยกับผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

7. ทำกิจกรรมเสริมสร้างพลังครอบครัว ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การสนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยอยู่ฟื้นฟูครบตามแผนการรักษา

8. สังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดี พุดคุยด้วยสีหน้าที่ยิ้มแย้ม ผู้ป่วยแสดงสีหน้าดีใจทุกครั้งที่คุณปู และคุณป้ามาเยี่ยม หากมาเยี่ยมไม่ได้จะโทรศัพท์มา

สอบถามอาการผู้ป่วย และมีกรวางแผนการบำบัดร่วมกัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S: คุณปูและคุณป้าบอกว่า “ไม่รู้ว่าจะดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยเลิกใช้ยาเคได้ยังไง”

O: เมื่อเวลาที่ผู้ป่วยทะเลาะกับคุณปู้ มักจะออกจากบ้านไปหากกลุ่มเพื่อนที่ใช่ยา

วัตถุประสงค์

ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

ครอบครัวสามารถบอกรายละเอียดที่แสดงถึงความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยได้ ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative - Supportive Nursing System) กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด และสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

2. อธิบายเกี่ยวกับโรค อาการ และอาการแสดง รวมถึงแนวทางการรักษา เพื่อให้ครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจ ได้แก่ โรคสมองติดยา การเสพติดเคตามีน ตัวกระตุ้นที่ทำให้กลับไปเสพยา การดูแลผู้ป่วยเรื่องรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. นำทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านร่วมกับครอบครัว

4. เปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถามเกี่ยวกับข้อสงสัยต่างๆ และให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น

5. ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวพิจารณาสาเหตุของปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การที่ผู้ป่วยไปใช้สารเสพติด การใช้อารมณ์ การทำผิดกฎหมาย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร และหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน

6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว เช่น การกล้าแสดงความรักของผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัว กล้าพูดในสิ่งที่ตนต้องการ การพูดคุยโทษกับครอบครัวในสิ่งที่ตนกระทำผิด เป็นต้น

7. ให้กำลังใจโดยยกตัวอย่างผู้ป่วยอื่นที่มีอาการเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยและสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ให้ครอบครัว เพื่อสร้างพลังใจในการดูแลผู้ป่วย

การประเมินผล

ครอบครัว โดยเฉพาะคุณปู่ที่เป็นผู้ดูแลหลัก รวมทั้งคุณป้าที่หากผู้ป่วยมีเรื่องไม่สบายใจหรือกังวลเรื่องอะไร ผู้ป่วยจะปรึกษากับคุณป้าต่างมีความมั่นใจในการที่จะดูแลผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ครอบครัวกับผู้ป่วยร่วมวางแผนเป้าหมายในชีวิต โดยผู้ป่วยบอกว่าอยากเป็นทหาร ทางครอบครัวให้การสนับสนุน หลังจากที่ได้มีการพูดคุยวางแผนร่วมกัน ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม

แจ่มใส และบอกว่าจะอยู่รับการบำบัดรักษาให้ครบตามที่กำหนด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยขาดความตระหนักโทษพิษภัยของสารเสพติด ขาดความรู้ในการจัดการกับตัวกระตุ้นและขาดทักษะการเผชิญและแก้ไขปัญหา

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า เวลาที่เครียด ไม่สบายใจ จะสูบบุหรี่และใช้ยาเคทุกครั้ง เพราะทำให้หายเครียด มีความสุข รู้สึกสนุกสนาน และคิดว่าการใช้ยาสามารถเลิกเองได้

O: ผู้ป่วยคบกลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด

O: จากการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนที่ 1 ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองใช้เคตามีน และเข้าใจว่าอาการหูแว่ว อารมณ์ที่หงุดหงิดง่าย และมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลายข้าวของพังเสียหาย ไม่ได้เป็นผลจากการที่ตนเองใช้ยาเสพติด

แบบแผนที่ 10 ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาและเผชิญกับความเครียดได้

แบบแผนที่ 11 ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ และมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจคือครอบครัว (คุณปู่ คุณย่า และคุณป้า) มีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่และการใช้เคตามีนเป็นบางครั้ง ทำให้ตนเองคลายเครียดได้ และคิดว่าสามารถเลิกยาเสพติดสามารถเลิกเองได้

O: จากการประเมินการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก ผู้ป่วยเรียนจบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีเซอร์ปัญญาในองค์กรรวม

(FSIQ) อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (Low Average) มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Antisocial) วุฒิภาวะไม่สมวัย (immaturity) พึ่งพิง (dependent) มีความวิตกกังวลสูง (anxiety) มีความรู้สึกไม่มั่นคง ก้าวร้าว ชอบกระทำการต่างๆ ที่ตรงกันข้าม (opposite or negativism) มีการปรับตัวและการควบคุมอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม มีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมทางอารมณ์อย่างเปิดเผย ไม่มีการยับยั้งและไม่ยืดหยุ่น (rigid) **วัตถุประสงค์**

- เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความตระหนักเกี่ยวกับโทษพิษภัยยาเสพติด ทักษะการป้องกันการกลับไปเสพยาและโรคสมองติดยา

- เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการเผชิญปัญหา และแก้ไขปัญหาย่างถูกต้องเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด

- ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลตนเอง ไม่ให้กลับไปเสพยาได้ถูกต้อง

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative - Supportive Nursing System) **กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษพิษภัยจากเคตาไมน์ที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว

2. ประเมินเป้าหมายในการเลิกยาเสพติด ความเชื่อเกี่ยวกับการเลิกยาเสพติด สถานการณ์ที่ส่งผลให้กลับไปเสพยาซ้ำ และแนวทางการป้องกันการเสพยาซ้ำ

3. สร้างความตระหนักเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โดยให้ผู้ป่วยบอกถึงผลกระทบที่เกิดจากการใช้เคตาไมน์ จากนั้นให้ความรู้ถึงผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วย ครอบครัว สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในโทษพิษภัยจากเคตาไมน์

4. ดำรวจตัวกระตุ้นที่จะนำไปสู่การเสพยาซ้ำ และจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมฝึกทักษะ เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ ได้แก่ ทักษะการสำรวจตนเอง การแก้ปัญหา การปฏิเสธ การจัดการกับตัวกระตุ้น การตั้งเป้าหมาย การควบคุมอารมณ์ การเผชิญความเครียดและการจัดการกับความเครียด

5. ส่งเสริมการหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อที่จะสนับสนุนในการเลิกยาเสพติด ได้แก่ การเลิกยาเพื่อคนที่รักคือ คุณปู่ และคุณป้า

6. ให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและวิธีแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

7. ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

8. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว

9. ให้คำปรึกษารอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ

10. แนะนำให้ผู้ป่วยวางแผนเป้าหมายในชีวิตร่วมกับครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายที่ชัดเจนและเป็นไปได้มากที่สุด

11. วางแผนติดตามการรักษาหลังจำหน่าย แนะนำแหล่งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและ

ครอบครัวเมื่อต้องเผชิญปัญหาการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

การประเมินผล

ผู้ป่วยอธิบายถึงผลกระทบของยาเสพติดที่มีต่อตนเองและครอบครัวได้ เช่น ทำให้เกิดอาการทางจิต อาจทำร้ายคุณปู่คนในครอบครัว อาจถูกจับดำเนินคดี ผู้ป่วยบอกแนวทางการจัดการกับตัวกระตุ้น ตัวกระตุ้นที่สำคัญคือการกลับไปคบกับกลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด ผู้ป่วยและครอบครัวได้วางแผนร่วมกัน โดยทั้งคุณปู่และคุณป้าจะคอยให้การดูแลช่วยเหลือ และเมื่อต้องเผชิญความเครียด จัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม วางแผนการดำเนินชีวิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยอาศัยอยู่กับคุณปู่ และคุณย่า โดยมีคุณป้าคอยดูแล ผู้ป่วยอยากเป็นทหาร วางแผนที่จะสมัครเข้ารับราชการทหาร

ติดตามการรักษากับคุณปู่และคุณป้าทางโทรศัพท์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 1 เดือน (วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567) คุณปู่และคุณป้าแจ้งว่าได้พาผู้ป่วยไปสมัครเป็นทหารเกณฑ์ตามที่ผู้ป่วยต้องการแล้ว และมีหมายนัดเข้ารับราชการ ในวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 ช่วงนี้คุณป้าจะมาอยู่ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยยังไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ แต่ยังมีสูบบุหรี่บ้าง ในวันที่ 10 พฤษภาคม 2567 โทรศัพท์เพื่อติดตามการรักษา คุณป้าแจ้งว่าขณะนี้ผู้ป่วยเป็นทหารเกณฑ์อยู่ในช่วงการฝึกในค่ายทหาร เป็นระยะเวลา 2 ปี และยังไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 20 ปี ประวัติเสพยาโคเคน (แบบคม) เสพมา 2 ปี ปริมาณที่ใช้ ครั้งกรัม/วัน ใช้ครั้งสุดท้าย วันที่ 26 มิถุนายน 2566 ปริมาณ ครั้งกรัม ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเคยทะเลาะกับคุณปู่ เอะอะโวยวาย ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ ทำลายข้าวของในบ้านพังเสียหาย จะเข้าไปทำร้ายร่างกายคุณปู่ แต่คุณป้ามาห้ามไว้ทัน เข้ารับการบำบัดรักษาที่ สบขช. วันที่ 27 มิถุนายน 2566 ในระยะบำบัดด้วยยา อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สดชื่น หงุดหงิดเล็กน้อย มีหูแว่วได้ยินเสียงคนคุยกันแต่จับใจความไม่ได้ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/70 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 55.2 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร (BMI = 19.10 kg./m²) ปกติตามเกณฑ์มาตรฐาน ประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสช.) v.2 : อยู่ในระดับ 39 คะแนน ประเมินแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า แบบคัดกรองด้วย 2Q ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2566 คะแนนเท่ากับ 2 ประเมินแบบคัดกรองด้วย 9Q คะแนนเท่ากับ 8 ประเมินแบบคัดกรองด้วย 8Q คะแนนเท่ากับ 0 เฝ้าระวัง ประเมินซ้ำวันที่ 11 กรกฎาคม 2566 แบบคัดกรองด้วย 2Q คะแนนเท่ากับ 0 ประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS วันที่ 27 มิถุนายน 2566 - 3 กรกฎาคม 2566 = 45 คะแนน (36 - 126 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง ต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน) วันที่ 4 กรกฎาคม 2566 -

10 กรกฎาคม 2566 = 45 คะแนน (36-126 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน) วันที่ 11 กรกฎาคม 2566 - 17 กรกฎาคม 2566 = 30 คะแนน (19 - 35 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตทุเลา สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดได้) ประเมินการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก เพื่อประเมินความผิดปกติทางจิตเวช การปรับตัวทางอารมณ์และสังคม จากผลการทดสอบแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีเซาวิปัญญา ในองค์รวม (FSIQ) อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (Low Average) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดด้านพื้นฐานทางการศึกษาของผู้รับการทดสอบ มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Antisocial) วุฒิภาวะไม่สมวัย (immaturity) พึ่งพิง (dependent) มีความวิตกกังวลสูง (anxiety) มีความรู้สึกไม่มั่นคง ก้าวร้าว ชอบกระทำการต่างๆ ที่ตรงกันข้าม (opposite or negativism) มีการปรับตัวและการควบคุมอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม มีแนวโน้มแสดงปฏิกิริยาทางอารมณ์อย่างเปิดเผย ไม่มีการยับยั้งและไม่ยืดหยุ่น (rigid) และนักจิตวิทยา ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า 1. ควรได้รับการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดเพื่อช่วยในเรื่องสัมพันธ์ทางความรู้สึกได้รับการยอมรับ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในบุคคลอื่น (empathy) และเรียนรู้การปรับตัวเข้ากับสังคม และ 2. รับการบำบัดแบบรายบุคคลเพื่อช่วยให้ผู้รับการทดสอบได้วางแผนเป้าหมายในอนาคตที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายเป็นที่ชัดเจน และเกิดความรู้สึกพร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตในสังคม โดยแพทย์ผู้ให้การรักษา ได้ส่งให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด จำนวน 2 เรื่อง คือ 1. การจัดการความเครียด

และความวิตกกังวล และ 2. ส่งเสริมศักยภาพในการปรับตัวและการดูแลตนเอง ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Urine Katamine ผล Positive ได้รับการรักษา ยาในกลุ่ม Antipsychotic drug, Anticholinergics drugs, Antidepressants (SSRIs) และ (SARIs), Antianxiety, Mood Stabilizer และในกลุ่ม Vitamin พยาบาลดูแลให้ยาตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาทางจิตเวช ประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น ประเมินอาการถอนพิษยา การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอื่น เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ขอมรับ และหลีกเลี่ยงคำพูดที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดและมีพฤติกรรมก้าวร้าว และให้การบำบัดทางจิตสังคม ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ให้คำปรึกษารายบุคคล และทำกิจกรรมบำบัดตามกระบวนการรายบุคคล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยยาและสารเสพติด โดยเฉพาะบุหรี่ และเคตามีน ทักษะป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ และการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ให้ความรู้สึกถึงอำนาจในการควบคุมตัดสินใจ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาในระยะบำบัดด้วยยา รวม 37 วัน และส่งต่อเข้ารับการบำบัดรักษาต่อ

ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) อยู่บำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นระยะเวลา 180 วัน ได้ติดตามการรักษากับคุณปู่และคุณป้า ทางโทรศัพท์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครบ 1 เดือน (วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567) คุณปู่ และคุณป้าแจ้งว่าได้พาผู้ป่วยไปสมัครเป็นทหารเกณฑ์ตามที่ผู้ป่วยต้องการแล้ว และมีหมายนัดเข้ารับราชการ ในวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 ช่วงนี้คุณป้าจะมาอยู่ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยยังไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ แต่ยังมีสูบบุหรี่บ้าง

วันที่ 10 พฤษภาคม 2567 โทรศัพท์เพื่อติดตามการรักษา คุณป้าแจ้งว่าขณะนี้ผู้ป่วยเป็นทหารเกณฑ์อยู่ในช่วงการฝึกในค่ายทหาร เป็นระยะเวลา 2 ปี และยังไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

1) ผู้ป่วยเสพยาที่มีอาการทางจิตร่วม และมีพฤติกรรมก้าวร้าว การดูแลจะมีความยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ การตรวจร่างกายทุกระบบ และการตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) รวมทั้ง การใช้กรอบแนวคิดตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อประเมินสภาพและวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพอาการและบริบทของผู้ป่วย ใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจ

ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อเนืองที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว และชุมชนได้อย่างปกติสุข

2) บทบาทของพยาบาลที่สำคัญคือต้องประสาน สนับสนุน ช่วยเหลือติดตามอย่างต่อเนื่อง มีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การใช้ข้อมูลร่วมกันของทีม เนื่องจากความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ โดยทุกวิชาชีพมีการวางแผนให้เข้าถึงผู้ป่วยเพื่อได้รับการช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

3) ผู้ป่วยที่ได้รับยาการรักษาอาการทางจิตเวช มีผลข้างเคียงต่อร่างกายหลายระบบ พยาบาลต้องมีการประเมินความเสี่ยง เฝ้าระวัง และสังเกตอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงจากการได้รับยาอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

4) ผู้ป่วยที่มีปัญหาความผิดปกติทางจิตเวช การปรับตัวทางอารมณ์และสังคมตามข้อวินิจฉัยของแพทย์และผลการทดสอบทางจิตวิทยา ซึ่งอาจเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น การเลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัว พันธุกรรม ยาเสพติด ฯลฯ ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลและสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวให้มากขึ้น จึงควรนัดครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดบ่อยครั้ง และให้การเสริมพลังอำนาจให้กับครอบครัว (Empowerment) โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก

(caregiver) ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง

ด้านนโยบาย

1) องค์กรพยาบาลควรมีนโยบายในการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม/มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ไข้กระบวนการพยาบาลและการประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาลต่างๆ มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการบำบัดรักษา โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก (caregiver) ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยจัดให้มินโยบายในการส่งเสริมศักยภาพ และหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ ให้ผู้ดูแลหลัก (caregiver) ได้มีความสามารถในการให้การดูแลผู้ติดยาและสารเสพติด โดยเฉพาะผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม/มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต

เอกสารอ้างอิง (References)

1. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบขช.). (2567) . ข้อมูลสถิติปี 2565-2567. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <http://www.pmnidat.go.th/thai/>
2. กนิษฐา ไทยกล้า. (2565) . รายงานฉบับสมบูรณ์ตลาดการค้ายาเสพติดในไทย. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.rihes.cmu.ac.th/research/wp-content/uploads/2022/08/>
3. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/ยา/สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี : บริษัท คีนาคู มีเดีย พลัส จำกัด.
4. สายรุ้ง ภูนาคำ. (2566) . การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด : กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(3), 577-589. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://so06.tcithaijo.org/index.php/hej/article/view/267735>

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารวิชาการเสพติดจัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ ผลงานทางวิชาการ และบทความอันเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาการ และบุคลากรที่สนใจ

การส่งบทความตีพิมพ์ เรื่องที่ส่งมา จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อนและเรื่องที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารแต่ละฉบับแล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารวิชาการเสพติด

การส่งต้นฉบับ

ให้พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 บนมุมขวาของกระดาษพิมพ์ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

ส่งต้นฉบับ (เอกสาร) 1 ชุด มาที่บรรณาธิการ เพื่อให้กองบรรณาธิการพิจารณาก่อน เมื่อได้รับการตอบรับตีพิมพ์ได้ ให้ส่งต้นฉบับสุดท้าย (แผ่น CD) พร้อมสำเนา 1 ชุด ที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วพร้อมจะตีพิมพ์กลับคืนที่บรรณาธิการ บันทึกต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word for Windows ตัวอักษร Angsana UPC ขนาด 16 เป็น 1 คอลัมน์

ประเภทของบทความ

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้า หรือวิจัยควรประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่องผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ ผล วิจัย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่อง ไม่ควรเกิน 12 หน้าพิมพ์

2. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อย ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

3. บทฟื้นฟูวิชา (Refresher Course)

เป็นบทความที่ให้ความรู้เฉพาะเรื่อง ที่รวบรวมเพิ่มเติมสิ่งที่ตรวจพบใหม่หรือเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์ โรคต่าง ๆ ควรประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่นำมาเขียน วิจารณ์ เอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย

4. บทความทั่วไป (General Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเรียบเรียงจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เรื่องโรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่เกิน 12 หน้ากระดาษพิมพ์

5. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไปที่มีขนาดเล็ก เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

6. ย่อเอกสาร (Abstract)

เป็นการย่อเอกสารจากบทความภาษาต่างประเทศหรือบทความภาษาไทย ซึ่งตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี ควรมีบทวิจารณ์ของผู้ย่อประกอบด้วย

7. จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to the Editor) หรือจดหมายโต้ตอบ (Correspondence)

เป็นเวทีโต้ตอบระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ ซึ่งความคิดเห็นที่แตกต่าง หรือความไม่สมบูรณ์ ข้อผิดพลาดของรายงาน

การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษควรสั้นได้ใจความ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา (concise but informative)

ชื่อ-สกุล/คุณวุฒิ ของผู้เขียน และหน่วยงาน ชื่อ-สกุลและหน่วยงานใช้เป็นคำเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญญาหรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เช่น พ.บ. (M.D.) หรือ พ.ช. (B.N.)

บทคัดย่อ วารสารวิชาการเสพติดใช้บทคัดย่อในรูปแบบร้อยแก้ว หรือ unistructural abstract มีทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นความเรียงย่อหน้าเดียว มีความสมบูรณ์ครบถ้วน โดยมีสาระสังเขปประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีการ ผลและสรุปผล ใช้ภาษา

ที่รัดกุมและเป็นประโยชน์สมบูรณ์ ควรระบุเนื้อหาที่จำเป็นสิ่งตรวจพบหลักและผลสรุป และข้อมูลทางสถิติที่สำคัญเน้นผลการศึกษาที่พบใหม่และสำคัญ ในภาษาอังกฤษควรเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ ไม่มีอ้างอิงเอกสาร

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยไว้ เนื้อเนื้อความย่อ สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ของบทความภาษาไทย ให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อเต็มของผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษไว้ เนื้อเนื้อความย่อ

คำสำคัญหรือคำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำศัพท์ทางเทคนิคที่จำเป็น ใช้ภาษาที่อ่านง่ายเข้าใจง่าย กะทัดรัด ชัดเจน หากจะใส่คำย่อต้อง ระบุคำเต็มในครั้งแรกก่อน มีการอ้างอิง เอกสารเป็นตัวเลขเรียงตามลำดับเนื้อเรื่องควรประกอบด้วย

บทนำ อธิบายถึงเหตุผล ความเป็นมาที่นำไปสู่วัตถุประสงค์ของการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ที่จำเป็นระบุวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้เป็นร้อยแก้วที่ท้ายบทนำไม่ต้องระบุถึงข้อมูลและผลสรุปของการศึกษา

วัตถุประสงค์และวิธีการ อธิบายถึงวิธีการศึกษารูปแบบ ช่วงเวลา สถานที่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มาตรการ หรือวิธี (Intervention) ที่ใช้ถ้าเป็นวิธี ที่เป็น ที่รู้จักกันทั่วไป ให้ระบุใน

เอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ให้อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ระบุวิธีการเก็บข้อมูลการวิเคราะห์ วิธีการทางสถิติที่ใช้

ผล แสดงผลที่ได้จากการศึกษาอย่างชัดเจนให้ผู้อ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาบรรยายเป็นร้อยแก้วในกรณีที่มีตัวเลขไม่มากหรือไม่ซับซ้อน ถ้าตัวเลขมากตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และ แปลความหมายของผลที่พบหรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์ หรือเปรียบเทียบกับ สมมติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ วิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เหมือน หรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่อย่างไร และเหตุใด จึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะที่สำคัญและใหม่ ๆ และ ผลสรุปที่ได้จากการค้นพบนั้น ๆ อย่างนำเนื้อหาในบทนำหรือผลมากล่าวซ้ำใน บทวิจารณ์ ควรแสดง ข้อเด่น ข้อด้อย Implication ของการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคต

สรุป สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือประเด็นปัญหาสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

การเขียนเอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

2. การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอารบิก (arabic) เอกสารอ้างอิงบนไหล่บรรทัดด้านขวาไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตาม ลำดับและตรงกับที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม การอ้างอิงผู้เขียนใน บทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจาก ชื่อต้น ตาม ด้วยนามสกุล การอ้างอิง ผู้เขียนในบทความภาษาอังกฤษให้เรียงลำดับจากนามสกุลผู้เขียน ตาม ด้วย อักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

3. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ชื่อเรื่องตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือดูจาก web site <http://nim.nih.gov> หรือใช้ตามแบบที่ใช้ในเอกสารนั้น ๆ

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสาร วิชาการ เสพติด มีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. การอ้างอิงจากวารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ.ชื่อย่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่ (Vol.): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. สุกมา แสงเดือนฉาย, วิลาศ ลักษณ์ ชวัลลสี, อรพินทร์ ชูชม, พิชัย แสงชาญชัย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการ

- ป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2554; 19:29-41.
2. Afifi TO, Henriksen CA, Asmundson GJ, Sareen J. Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample. *Can J Psychiatry*. 2012; 57: 677-86.
- หากมีผู้ดื่มมากกว่า 6 คน ให้ใส่เพียงชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย “et al.” ในวารสารภาษาอังกฤษ หรือตามด้วย “และคณะ” ในวารสารภาษาไทย
2. การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน
- 2.1 หนังสือหรือตำราที่ผู้เขียนทั้งเล่ม
ลำดับที่. ผู้พิมพ์/หน่วยงาน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.
- 2.2 หนังสือหรือตำรา แต่งโดย ผู้พิมพ์
1. ทรงเกียรติ ปิยะกะ. เวชศาสตร์โรคติดยา คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ลิขณาเดอ์การพิมพ์; 2545.
2. Beck. Aaron T. *Cognitive Therapy Substance Abuse*. New York: The Guilford Press; 1993.
- 2.3 หนังสือมีบรรณาธิการ
1. วิโรจน์ วีระชัย, อังนุร ภัทรกร, นวิวรรณ บุญบุษย์, ล้ำชา ลักษณ์ภินชัช, นิภา กิมสูงเนิน, บรรณาธิการ. *ตำราเวชศาสตร์การเสพติด*. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
2. Sussman, Steve, Ames, Susan L., editors. *The social psychology of drug abuse*. Philadelphia: Open University Press; 2001
- 2.4 บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา
ลำดับที่. ผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย
1. ธวัชชัย ลิพินาจ. ระบาดวิทยาของโรคติดยาเสพติด. ใน: พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณาธิการ. *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: บางกอกบลิ๊ก; 2549 หน้า 3-23.
2. Leshner, Alan I. *Drug Addiction is a Disease*. In: Roman, Espejo, editor. California: Greenhaven Press; 2002. p. 19-24.
3. การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference Proceedings)
ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม. วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.
1. Kimura J, Shibasaki H, editors. *Recent advances in clinical neurophysiology*.

- Proceeding of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct. 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
4. เอกสารอ้างอิงวิทยานิพนธ์
ลำดับที่, ชื่อผู้เขียน, ชื่อเรื่อง. (ประเภทปริญญา). ภาควิชา. คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.
1. จรรยา ลากศิริอนันต์กุล. การพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นผ่านชุมชนโรงเรียนบ้านโป่งราชบุรี (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
 2. Silpakit C. A Study of common mental disorders in primary care in Thailand (Ph.D.thesis). London: University of London ; 1998.
5. การอ้างอิงจากรายงานวิจัย พิมพ์โดยให้ทุน
ลำดับที่, ชื่อผู้เขียน, ชื่อเรื่อง, เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน
6. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์
1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1(1): [24 screens]. Available form: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.
2. Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics (computer program). Version 2.2 Orlando (FL) : Computerized Educational Systems; 1993.
3. CDI. Clinical dermatology illustrated (monograph on CD-ROM). Reeves JRT, Maibach HCMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0 San Diego : CMEA; 1995.
7. อื่น ๆ
1. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545.
 2. พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 97 พ.ศ. 2539, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 133, ตอนพิเศษ 23 ง. (ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2539.)

