

## ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

เรื่อง กรณีศึกษาบทบาทของพยาบาลในผู้ป่วยติดยาบ้าที่มี  
โรคจิตเวชร่วมระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก  
ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอ็นเอโดยการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

โดย

นางสุภรณญา งามชัด

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ 6098

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกฟื้นฟูสมรรถภาพ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

กรมการแพทย์

## คำนำ

รายงานกรณีศึกษาบทบาทของพยาบาลในผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วม ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบผู้ป่วยนอกในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอ็นเอโดยการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาบทบาทของพยาบาลและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วม ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โดยการทบทวนองค์ความรู้ทางวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล มีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทั้งจากข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ ชักประวัติ จากผู้ป่วย ญาติ บุคคลที่นำส่ง การตรวจร่างกายทุกระบบ การนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อใช้ในการประเมินสภาพ ค้นหาปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุม การปฏิบัติทางการพยาบาลใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม โดยการผสมผสานแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปพลาว ทฤษฎีทางการพยาบาลของรอย ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาในการดำเนินการ มีการประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อประเมินและวางแผนการดูแลช่วยเหลือ ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนใช้หลัก D-METHOD ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อเนืองที่บ้าน การมาตรวจตามนัด การมีส่วนร่วมของครอบครัว

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวคิดในการศึกษาดังกล่าว จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้สนใจและนำไปปฏิบัติ ในการพยาบาล การดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาและสารเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัว และชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยไม่พึ่งพายาเสพติด ขอขอบพระคุณ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ให้การสนับสนุน ให้ความร่วมมือในการศึกษา จนกรณีศึกษาสำเร็จได้ด้วยดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสุพรรณยา งามชัด  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
ผู้จัดทำ

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์	3
3. กลุ่มเป้าหมาย	3
4. ตัวชี้วัด	3
5. ระยะเวลาดำเนินการ	4
6. ขั้นตอนการดำเนินการ	4
7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
8. แหล่งที่มาของข้อมูล	5
บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	6
1. แนวคิดยาบ้า	6
2. ผู้ติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วม	14
3. การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า	18
4. บทบาทของพยาบาลเอ็นเอในการดูแลผู้ติดยาบ้า	25
5. กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน	35
6. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	44
บทที่ 3 ทฤษฎีทางการพยาบาลและการพยาบาล	48
1. กระบวนการพยาบาล	48
2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	52
บทที่ 4 กรณีศึกษา กิจกรรมผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วม	66
1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย	66
2. แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน	67
3. การวิเคราะห์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา	69
4. อาการที่พบในระหว่างการบำบัดรักษา	74
5. การวินิจฉัยทางการพยาบาล	76

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปรณศึกษาและข้อเสนอแนะ	90
บรรณานุกรม	95
ภาคผนวก	98

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหายาเสพติดนับวันทวีความรุนแรงภายใต้สถานการณ์วิกฤตของประเทศโดยเฉพาะยาบ้าที่แพร่ระบาดก่อให้เกิดความล้มเหลวของทรัพยากรบุคคลระบบการศึกษา เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศชาติ เกิดปัญหาอาชญากรรมต่างๆส่งผลให้ผู้เสพยาเสพติดเข้ามาบำบัดอย่างมาก สถิติผู้เข้ารับการบำบัดที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์ ปี 2564 จำนวน 8,963 ราย ปี 2565 จำนวน 18,194 ราย และปี 2566 จำนวน 14,283 ราย และจากข้อมูลผู้ที่เข้ามารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ปี 2566 ผู้เข้ารับการบำบัดยาและสารเสพติดทั้งหมด 12,579 ราย จำแนกตามประเภทสารเสพติดที่มาก 3 อันดับแรกคือ ยาบ้าร้อยละ 52.63, สุราร้อยละ 25.92, มากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 8.17 (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น, 2566) ยาบ้าออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ในระยะแรกจะออกฤทธิ์ทำให้ร่างกายตื่นตัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ใจสั่น ประสาทตึงเครียด แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะรู้สึกอ่อนเพลียมากกว่าปกติ ประสาทล้าทำให้การตัดสินใจช้าและผิดพลาด เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงได้ ถ้าใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้สมองเสื่อม เกิดอาการประสาทหลอน เห็นภาพลวงตา หวาดระแวง คลุ้มคลั่ง เสียสติ เป็นบ้า อาจทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ หรือในกรณีที่ได้รับยาในปริมาณมาก จะไปกดประสาท และระบบการหายใจทำให้หมดสติ และถึงแก่ชีวิต จากอาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว อาชญากรรมและประเทศชาติได้

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านยาเสพติดบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีจำนวน 240 เตียง มีบทบาทในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดการบำบัดรักษา 4 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นตอนการเตรียมการก่อนรักษา 2) การบำบัดยา 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 4) ติดตามหลังการรักษา โรคทางจิตเวชที่เกิดร่วมกับการเสพยาบ้าของผู้ป่วยที่พบบ่อยได้เป็นอันดับแรกของตึกผู้ป่วยนอก ปี 2564 จำนวน 605 ราย ปี 2565 จำนวน 782 ราย ปี 2566 จำนวน 942 ราย (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น, 2566) จากปัญหาที่พบส่วนใหญ่ หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน คิดว่าหายป่วยแล้ว ไม่รับประทานยาก็ได้ อยู่บ้านทำงานหยุดเสพได้ ไม่ต้องมาโรงพยาบาล ญาติปล่อยให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ไม่มาเข้ากิจกรรมกลุ่ม มีความคิดอยากไปใช้ยา คบเพื่อนกลุ่มเดิมที่เสพยา ไปเที่ยวในสถานเริงรมย์ การที่ยังไปพบผู้ขายอยู่ มีอารมณ์เปื้อน และขาดการบำบัดฟื้นฟู ที่ต่อเนื่องด้านสังคม สิ่งแวดล้อม มียาเสพติดแพร่ระบาดมาก

พร้อมกับได้รับผลกระทบจากสังคมรอบข้างที่ก่อให้เกิดความเครียดและปัญหา ด้านครอบครัวเกิดจากการที่ครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดความไว้วางใจ บางครอบครัว โดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเป็นแรงสนับสนุนไม่ทำให้กำลังใจทำให้ ขาดแรงสนับสนุนดังนั้นจึงเลือกวิธีการ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยด้วยกันจะสามารถช่วยเหลือซึ่งกันให้สามารถหยุดใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการ กลุ่มช่วยเป็นแรงสนับสนุน เสริมแรงจิตใจในการบำบัดรักษา ให้ผู้ติดยาเสพติดได้ช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเริ่มจากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ ผ่านการบำบัดรักษา หรือใกล้จบโปรแกรม และมีสภาพปัญหาที่คล้ายคลึงกันมาก่อน เป็นตัวต้นแบบโดยมีการประเมินผล ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้ยาได้

บทบาทของพยาบาลกับกลุ่มเอ็นเอ บทบาทหลักคือผู้ช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับเข้าใจความจริงเกี่ยวกับโรคติดยาเสพติด และสนับสนุนการเข้าร่วมปฏิบัติตามกลุ่มเอ็นเอ โดยมีการประเมินปัญหาทางการพยาบาลแบบองค์รวม คือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การดูแลผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ความรู้ยาเสพติด:สถานการณ์ปัญหาหายาเสพติด ผลกระทบของการติดยาเสพติด การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด 2) การให้การปรึกษา ผู้ติดยาเสพติด ขั้นตอนการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด และ 3) บทบาทของพยาบาลในการให้การปรึกษา (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิต, 2561) ผู้ติดยาเสพติดซึ่งเป็นหนทางในการฟื้นฟูสภาพเพื่อบรรลุผลสำเร็จในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ของกลุ่มผู้ติดยาเสพติดนิรนาม (Narcotic Anonymous :NA) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self Help Group) เป็นกลุ่มที่มีการริเริ่มจัดตั้งขึ้นและดำเนินงานโดยสมาชิกของกลุ่มเอง โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่า เรารู้ดีที่สุด หรือไม่มีใครรู้ดีเท่าผู้มีประสบการณ์นั้น ๆ มาก่อน ดังนั้นบุคคลจะได้รับการช่วยเหลือหรือมีประสิทธิภาพมากที่สุดก็ต่อเมื่อการช่วยเหลือนั้นมาจากคนที่ประสบการณ์มาช่วยสมาชิกในกลุ่มมักเป็นกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะของปัญหาความต้องการที่คล้าย ๆ กัน ได้มาร่วมกันอภิปรายความรู้สึก ให้ข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือต่อกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Social Support Group) เป็นกลุ่มที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกลาง ๆ ของการหยุดเสพได้ 3-4 เดือน เรียนรู้การใช้ชีวิตในสังคมได้โดยไม่ใช้ยาเสพติดโปรแกรม 12 ขั้นตอน (Twelve-Steps Program) เป็นกลุ่มพบปะกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยล้วน ๆ กลุ่มผู้ติดยาเสพติดนิรนาม (Narcotics Anonymous) สิ่งสำคัญประการแรกสำหรับคนที่กำลังเลิกยาเสพติด คือ การหาผู้ช่วยเหลือจากกลุ่มหลักการ 12 ขั้นตอน การเลิกยาเสพติดในระยะสัปดาห์หรือเดือนแรก ๆ ผู้เลิกยาจะสับสน ว่าวุ่นใจมากไม่เข้าใจ กังวลและหวาดกลัว ผู้เลิกยาจึงต้องการพูดคุยและระบายออกถึงความรู้สึกเหล่านี้ที่เกิดขึ้น การที่ผู้เลิกยาเข้าไปร่วมในกลุ่มหลักการ 12 ขั้นตอน ในช่วงแรกซึ่งเป็นเรื่องแปลกใหม่ ไม่คุ้นเคย โดยเฉพาะผู้ที่แยกตัวออกจากสังคมเป็นเวลานาน ผู้ช่วยเหลือจากกลุ่มหลักการ 12 ขั้นตอน จะช่วยประคับประคองความรู้สึกผู้รับการบำบัดให้รู้สึกคุ้นเคยได้ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสาร

เสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2563) พยาบาลเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วมระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก

ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วมระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอ็นเอโดยการชักกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการฟื้นฟูสภาพ พยาบาลมีบทบาทสำคัญจึงเข้ามามีส่วนร่วมช่วยกิจกรรมโดยการนัดทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วมหยุดเสพยาบ้า ด้วยกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอกให้ได้รับการดูแลการรักษาได้ถูกต้อง และเป็นแนวทางการพยาบาลโดยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอ็นเอโดยการชักกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความสำคัญและมาเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถหยุดเสพได้ด้วยตนเองสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

## 2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อศึกษาประวัติ ข้อมูลทั่วไป ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วมระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอ็นเอโดยการชักกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

2.2 เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับโดยการนำแนวคิดทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

2.3 เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติบทบาทของพยาบาลในผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วมระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอกในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอ็นเอโดยการชักกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

## 3. กลุ่มเป้าหมาย

3.1 พยาบาลที่ดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอ็นเอโดยการชักกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่รักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

3.2 ผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วม ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอกและชักกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

## 4. ตัวชี้วัด

### 4.1 เชิงปริมาณ

กรณีศึกษาบทบาทของพยาบาลดูแลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วมระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอ็นเอโดยการชักกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จำนวน 1 เรื่อง

## 4.2 เชิงคุณภาพ

- 4.2.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐานการพยาบาล
- 4.2.2 ผู้ป่วยสามารถปรับตัว เรียนรู้ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม
- 4.2.3 ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาเป็นอย่างดี
- 4.2.4 ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวอย่างปกติสุข โดยไม่พึ่งพายาเสพติด
- 4.2.5 ผู้ศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชร่วมระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอ็นเอโดยการชักกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

## 5. ระยะเวลาดำเนินการ

15 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567

## 6. ขั้นตอนการดำเนินการ

### 6.1 ขั้นเตรียมการ

- 6.1.1 กำหนดกรอบทิศทางในการเขียน
- 6.1.2 กำหนดหัวข้อและรูปแบบ
- 6.1.3 เลือกผู้ป่วยที่จะศึกษา
- 6.1.4 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 6.1.5 ประสานทีมสหวิชาชีพในการร่วมปรึกษา และวางแผนการดูแลผู้ป่วย
- 6.1.6 วางแผนและจัดเตรียมกิจกรรมต่าง ๆ ให้พร้อมสำหรับการบำบัดรักษา

### 6.2 ขั้นดำเนินงาน

6.2.1 ศึกษาและรวบรวมข้อมูลโดยละเอียด จากแฟ้มประวัติ จากผู้ป่วย โดยการสังเกตอาการ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การร่วมกิจกรรม การสัมภาษณ์ การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัด ศึกษาข้อมูลจากญาติ ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้และจากทีมการรักษาพยาบาล

- 6.2.2 จัดกิจกรรมการพยาบาล
- 6.2.3 ติดตามประเมินผล ทั้งกระบวนการ และผลลัพธ์
- 6.2.4 วางแผนการดูแลต่อเนื่อง
- 6.2.5 สรุปและประเมินผล

### 6.3 สรุปผลงาน

- 6.3.1 รวบรวมเอกสาร เรียบเรียงผลงาน
- 6.3.2 เขียนรายงานการศึกษาและจัดพิมพ์



## 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 เป็นข้อมูลและแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพด้านบทบาทของพยาบาลดูแลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วมระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอ็นเอโดยการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

7.2 นำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการปรับปรุง พัฒนากระบวนการบทบาทของพยาบาลดูแลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วมระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอ็นเอโดยการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

7.3 เป็นเอกสารวิชาการเผยแพร่ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้องและผู้สนใจ

## 8. แหล่งที่มาของข้อมูล

8.1 เลือกผู้ป่วยเพื่อทำการศึกษา 1 ราย

8.2 โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ แพ้มัประวัติการรักษาและแพทย์ผู้รักษา

8.3 ค้นคว้าหาข้อมูล จากตำราวิชาการที่เกี่ยวข้อง อินเทอร์เน็ต และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

8.4 ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์

## บทที่ 2

### แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาบทบาทของพยาบาลในผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วมระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอ็นเอโดยการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

1. แนวคิดยาบ้า
2. ผู้ติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วม
3. การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า
4. บทบาทของพยาบาลเอ็นเอในการดูแลผู้ติดยาบ้า
5. กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
6. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดยาบ้า

##### 1.1 ประวัติความเป็นมา

ยาบ้าหรือแอมเฟตามีนเป็นสารชนิดหนึ่งค้นพบครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. 2429 และได้นำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ เมื่อปี พ.ศ. 2470 โดยเภสัชกรชาวเมืองแคลิฟอร์เนียชื่อ GrondonAllens ซึ่งขณะนั้นต้องการสังเคราะห์สารเพื่อนำไปใช้รักษาหอบหืดแทน อีเฟดรีน (Ephedrine) ภายหลังการศึกษาวิจัยพบว่า แอมเฟตามีน สามารถรักษาหอบหืดได้จริง จึงได้จดทะเบียนสิทธิบัตรยาไว้และในปี พ.ศ 2475 ได้ขายสิทธิให้กับบริษัท Smith Kline and French Laboratory ต่อมาได้ผลิตยาขยายหลอดลมชนิดสูดดม (Inheler) ชื่อเบนซีดรีน (Benedrine) ใช้ในการรักษาโรคง่วงหลับ (Norcolepsy) ลดอาการซุกซนของเด็ก (Hyperkinetic syndrome) ลดความอยากอาหาร (Appetite Suppressants) และเป็นยากระตุ้น (Stimulant) เนื่องจากแพทย์ใช้แอมเฟตามีนเป็นยารักษาโรคและเชื่อว่าเป็นอันตรายกับมนุษย์น้อยมาก จึงมีการผลิตแอมเฟตามีนมากขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่สอง พบว่า แอมเฟตามีน มีราคาถูกลง และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ภายหลังมีการศึกษาพบว่า การใช้แอมเฟตามีน ทำให้เกิดการเสพติด และมีพิษต่อผู้ใช้ จึงถูกห้ามใช้ในเวลาต่อมา

แอมเฟตามีน มีชื่อเรียกตามภาษาตลาดว่า “ยาม้า” หรือ “ยาขยัน” ในภาษาแสลง เรียกว่า “Speed” มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย โดยออกฤทธิ์ส่วนใหญ่ที่ส่วนของสมองใหญ่ (Cerebrum) มีคุณสมบัติกระตุ้นต่อร่างกายและจิตใจ (Psychomotor

Stimulants) โดยกระตุ้นบริเวณ Cerebrum Cortex ทำให้จิตใจสบาย รู้สึกแจ่มใส มีความตื่นตัวเสมอ หายง่วงนอน พุดมาก มีความกล้า มีสมาธิและมีความขยันขันแข็งในการทำงานมากขึ้นจึงนิยมใช้กันมากในหมู่ผู้ที่ทำงานหนัก และในผู้มีข้อบกพร่อง หากใช้ในขนาดสูง ๆ อาจคลุ้มคลั่งประสาทหลอน ชักและตายได้ ยาบ้า 1 เม็ด นั้นจะออกฤทธิ์ได้นานประสาท 5 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสุขภาพร่างกาย และการดื้อยาของแต่ละบุคคล

## 1.2 ลักษณะทางกายภาพ

ยาบ้า มีลักษณะเป็นยาเม็ดกลมแบนขนาดเล็ก เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 6 - 8 มิลลิเมตร ความหนาประมาณ 3 มิลลิเมตร น้ำหนักเม็ดยาประมาณ 80 - 100 มิลลิกรัม มีสีต่าง ๆ กัน เช่น สีแดง สีส้ม สีน้ำตาล สีม่วง สีชมพู สีเทา สีเหลือง และสีเขียว เป็นต้น มีเครื่องหมายการค้า เป็นสัญลักษณ์หลายแบบ เช่น รูปหัวม้าและอักษร LONDON มีสัญลักษณ์ที่ปรากฏบนเม็ดยา เช่น พ, พ99, M, PG, WY สัญลักษณ์รูปดาว, รูปพระจันทร์เสี้ยว, 99 หรืออาจเป็นลักษณะของเส้นแบ่งครึ่งเม็ด ซึ่งสัญลักษณ์เหล่านี้อาจปรากฏบนเม็ดยาด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้งสองด้าน หรืออาจเป็นเม็ดเรียบทั้งสองด้าน รูปร่างของยาบ้าอาจพบในลักษณะเป็นเม็ดเล็ก ๆ กลมแบน รูปเหลี่ยมรูปหัวใจ หรือแคปซูลยาบ้า เป็นยากลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamines) ซึ่งมีหลายตัว เช่น Dextroamphetamine, Methamphetamine เรียกกันแต่เดิมว่า “ยาม้า” ยานี้เคยใช้เป็นยารักษาโรคอยู่บ้างในอดีต สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลับหลับโดยไม่รู้ตัว (Narcolepsy) เด็กที่ไม่ชอบอยู่นิ่ง ขาดความตั้งใจและสมาธิในการเรียน (Attention Deficit Disorder) และผู้ที่ต้องการลดน้ำหนัก ปัจจุบันนิยมนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในประเทศแถบเอเชียใต้และตะวันออกเฉียงใต้ประวัติยาบ้ามีประวัติที่มายาวนาน โดยสังเคราะห์ได้จากว่าหนึ่งร้อยปีแล้ว ในสมัยสงครามโลกครั้งที่สองใช้กระตุ้นความกล้าหาญและความอดทนของทหารทั้งสองฝ่าย โดยประมาณกันว่ามีการใช้ยาบ้ากว่า 72 ล้านเม็ดระหว่างสงครามโลกครั้งที่สอง หลังสงครามการใช้ยาบ้าจึงเริ่มแพร่ขยายออกไปสู่สังคม สาเหตุที่เคยเรียกว่า "ยาม้า" สันนิษฐานได้หลายแง่ บ้างว่าคงมาจากการที่เคยนำไปใช้กระตุ้นม้าแข่งให้วิ่งเร็ว และอดทน บ้างว่าเนื่องจากทำให้ผู้ใช้ยา คึกคะนอง เหมือนม้า อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนมาเรียกเป็นยาบ้า ก็เพื่อจะเน้นความเป็นพิษของยา ซึ่งเมื่อใช้มากเกินไปขนาดหรือใช้ติดต่อกันนาน ๆ จะทำให้ผู้ใช้ยามีลักษณะเหมือนคนบ้า และเนื่องจากกระบวนการสังเคราะห์สารนี้ไม่ซับซ้อน ปัจจุบันจึงมีการลักลอบสังเคราะห์กันอยู่ในประเทศไทยในระยะแรก ยาบ้ามีชื่อเรียกในภาษาไทยว่า "ยาขยัน" เป็นที่นิยมในกลุ่มนักเรียนที่ต้องดูหนังสือสอบตึก ๆ ต่อมาเป็นที่นิยมในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน คนขับรถบรรทุก มีชื่อเรียกว่า "ยาม้า" เหตุที่ได้ชื่อนี้มาจากเครื่องหมายการค้าของบริษัท Well come ซึ่งเป็นบริษัทแรกที่ส่งยาชนิดนี้มาขายในประเทศไทยในสมัยหนึ่งนักเคมี ทดลองสังเคราะห์ สารที่มีโครงสร้างคล้ายยาบ้ามากมายหลายตัว โดยหวังว่าจะมีสักตัวที่ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ แต่กลับปรากฏว่าสารเหล่านั้น มักไม่มีประโยชน์ แต่กลับมีผลเสียต่อจิตอารมณ์แทบทุกตัว สารอนุพันธ์เหล่านี้ปัจจุบันมีการ ลักลอบสังเคราะห์กัน

ในต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ และเรียกกันรวม ๆ ว่า Designer Drugs ซึ่งหมายถึงสารที่พยายามดัดแปลงสูตรโครงสร้าง ทางเคมีจากสารเดิม ที่ถูกควบคุมโดยกฎหมาย ทั้งนี้เพื่อใช้ทดแทนสารเดิมและหลีกเลี่ยงปัญหาทางกฎหมายยาบ้ามีสารประกอบหลักในกลุ่มแอมเฟตามีนซึ่งเป็นสารที่ถูกสังเคราะห์ขึ้นมาใน ค.ศ. 1887 โดยนักวิทยาศาสตร์ชาวเยอรมัน ชื่อ เอเดเลียโน ในรูปของแอมเฟตามีนซัลเฟต ต่อมาใน ค.ศ. 1888 (พ.ศ. 2431) นักวิทยาศาสตร์ชาวญี่ปุ่นก็สามารถสังเคราะห์อนุพันธ์ของแอมเฟตามีนได้อีกตัวหนึ่งคือ เมทแอมเฟตามีน ซึ่งมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางได้รุนแรงกว่า แอมเฟตามีน และยาบ้าที่ระบาดในประเทศไทยขณะนี้ก็มีสารประกอบหลักเป็นเมทแอมเฟตามีนนี้เอง ปัจจุบันมีชื่อเรียกว่า ยาบ้า ตามข้อเสนอของนายเสนาะ เทียนทอง ขณะดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ. 2539 ซึ่งให้นโยบายว่า ชื่อยาม้า ทำให้ผู้เสพเข้าใจว่าเป็นยาที่กินแล้วให้กำลังวังชา มีเรี่ยวแรง คึกคักเหมือนม้า ควรจะเปลี่ยนไปเรียกว่า ยาบ้า เพื่อให้ผู้เสพรู้ถึงโทษของยาที่ทำให้ผู้เสพไม่สามารถควบคุมสติได้ เกิดความรังเกียจ ทำให้ไม่อยากเสพ และจะช่วยลดจำนวนผู้เสพยาได้ และเปลี่ยนประเภทจากสิ่งเสพติดประเภท 3 ซึ่งจำหน่ายได้ในร้านขายยาเป็นสิ่งเสพติดประเภท 1 ซึ่งห้ามจำหน่าย และมีบทลงโทษต่อผู้ขายรุนแรง เพื่อให้ผู้ขายกลัว ต่อบทลงโทษ แต่กลับทำให้ยาบ้ามีราคาจำหน่ายสูงขึ้น จนสร้างผลกำไรต่อผู้ขายเป็นอย่างมาก และมีผู้ผลิตและจำหน่ายมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงส่วนผสมให้เสพติดง่ายขึ้น มีฤทธิ์รุนแรงขึ้น จนกลายเป็นปัญหาสังคมในปัจจุบันในปัจจุบัน แถบชายแดนไทย - กัมพูชาจะรับซื้อยาบ้าจากทางว่าแดงส่งผ่านมาจากประเทศลาว แล้วนำยาบ้ามาบดแล้วผสมกับแป้งทำยา (Drug Powder) แล้วนำมาอัดขึ้นรูปใหม่เพื่อให้มีจำนวนเม็ดยาเพิ่มขึ้น ตัวสารเสพติดต่อเม็ดจะลดลงเพื่อเพิ่มกำไร

### 1.3 การดูดซึม การกระจาย การเปลี่ยนแปลงและการขับถ่าย

ยาบ้า หรือเมทแอมเฟตามีนมีคุณสมบัติเป็นต่างอ่อน มีคุณสมบัติละลายได้ดีในไขมัน (lipid solubility) ทำให้ถูกดูดซึมได้ง่าย ทั้งโดยการรับประทาน การฉีด และการสูดดม โดยเฉพาะการฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำ ซึ่งพบว่าระยะเวลาการดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด และเริ่มออกฤทธิ์หลังจากการเสพ คือ 30 นาที, 1-2 นาที และ 8 วินาทีตามลำดับ (ไพฑูริย์ ณรงค์ชัย และสิริพันธ์ ณรงค์ชัย, 2548) ทำให้สามารถดูดซึมเข้า blood brain barrier ได้ดี ส่งผลต่ออาการทางระบบประสาทได้ค่อนข้างมาก เมื่อยาบ้าถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด จะไปออกฤทธิ์ที่สมอง มีบางส่วนจะถูกเปลี่ยนแปลง ที่ตับ ส่วนใหญ่จะถูกขับออกจากร่างกายในรูปเดิม ความเป็นกรด-ด่าง ของปัสสาวะมีผลต่อการขับถ่ายเมทแอมเฟตามีนออกจากร่างกาย ถ้าปัสสาวะเป็นด่าง เมทแอมเฟตามีนจะอยู่ในสภาพแตกตัวและถูกดูดซึมกลับได้มาก การขับถ่ายจึงเป็นไปอย่างช้า ๆ การออกฤทธิ์จะเป็นไปได้นานขึ้น ในขณะที่ปัสสาวะเป็นกรด เมทแอมเฟตามีนจะอยู่ในสภาพแตกตัวได้มาก ถูกดูดซึมกลับน้อย การขับถ่ายออกจากร่างกายจึงเร็วขึ้น ค่าครึ่งชีวิตของเมทแอมเฟตามีนจึงผันแปรได้มาก ระหว่าง 2-6 ชั่วโมงไปจนกระทั่งถึง 8-12 ชั่วโมง

#### 1.4 เกสัชวิทยาของยาบ้า

ยาบ้า มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ norepinephrine และ dopamine หลั่งออกจากปมประสาทมากขึ้น นอกจากนี้ยังยับยั้งการนำกลับ (reuptake) ของ norepinephrine และ dopamine และยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่ทำลายสารสื่อประสาท โดยยับยั้งการทำงานของ monoamine oxidase (MAO) ทำให้มีระดับของ dopamine ค้างใน synaptic cleft มากขึ้น ส่งผลให้มีการกระตุ้นระบบประสาท sympathetic เพิ่มขึ้น ทั้งยังกระตุ้นการทำงานของ dopamine receptors หลังจากนั้นทำให้เกิดการกระตุ้น การจับกันระหว่าง dopamine และ dopamine receptor เมื่อ dopamine receptor ถูกกระตุ้นส่งผลให้เกิดการกระตุ้นของระบบประสาทส่วนกลางตลอดเวลา ทำให้เกิดอาการดังต่อไปนี้

1) ระบบ norepinephrine สมองส่วน reticular activating system และ sympathetic system จะถูกกระตุ้นทำให้เกิดความรู้สึกอ่อนคลาญ แต่เมื่อได้รับปริมาณยามาก จะเกิดความตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา จนทำให้รู้สึกกระวนกระวาย นอนไม่หลับ กรณีที่กระตุ้นระบบประสาท sympathetic ทำให้เกิดอาการสั่น เหงื่อออกมาก ม่านตาขยาย หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก เป็นต้น

2) ระบบ dopamine ที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดอารมณ์เคลิ้มสุข (euphoria) ตื่นเต้น (anxiety) หวาดระแวง (paranoid) ประสาทหลอน (hallucination) กระวนกระวายอยู่ไม่เป็นที่ หากใช้เป็นระยะเวลานาน จะทำให้มีการติดยาและเกิดการถอนยาขณะหยุดยา

#### 1.5 ผลการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

1) ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ยาบ้าจะออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ลดอาการง่วงซึม ส่งผลให้นอนไม่หลับ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น คริกครื้น รื่นเริง เป็นสุข ไม่เหนื่อย หากใช้ในปริมาณสูงจะทำให้เกิดอาการมึนงงและอาจเกิดภาวะตื่นกลัว (panic) และสภาวะโรคจิตได้

2) ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เร่งอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้เกิดอาการใจสั่น และจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ปวดศีรษะ

3) ผลต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้อัตราการหายใจเร็วขึ้นและจังหวะการหายใจไม่ปกติ

4) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร อาจทำให้เกิดอาการ ปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว

5) อื่น ๆ มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ อาจไร้สมรรถภาพชั่วคราว เพิ่มการหลั่งของปัสสาวะ การใช้ยาพวกเมทแอมเฟตามีนเป็นประจำติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายได้มาก เช่น ทำให้ไม่รู้สึกหิว ขาดอาหาร ขาดวิตามิน การกระตุ้นประสาททำให้นอน

ไม่หลับ ร่างกายไม่ได้พักผ่อน สุขภาพจึงทรุดโทรมลงซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ง่าย (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ, 2544)

### 1.6 ผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และภาวะแทรกซ้อน

1) ผลของยาบ้าต่อร่างกายอย่างเฉียบพลัน (Acute Effect of Methamphetamine) ยาบ้าจะมีผลต่อร่างกายและจิตใจ โดยจะไปกระตุ้นประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้ หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันเลือดสูง อุณหภูมิในร่างกายเพิ่มขึ้น การหายใจเร็วขึ้น ม่านตาขยาย บางรายมีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ เกิดอาการผิดปกติของเส้นเลือดในสมอง อาจมีอาการชักจนถึง Coma ได้ ผู้ที่ได้รับยาบ้าจะเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อ เพิ่มการตื่นตัว ลดความรู้สึกเมื่อยล้า ลดความรู้สึกอยากอาหาร ไม่่วงนอน และมีอาการเมาแบบเคลิ้มอ่อน ๆ

2) ผลต่อพฤติกรรม ผู้เสพยาบ้าจะมีพฤติกรรมที่แตกต่างจากคนปกติ เช่น ก้าวร้าว ผลของยาบ้าต่อความก้าวร้าวมีความซับซ้อน ผู้ที่เสพยาบ้ามักจะมีอาการก้าวร้าวชนิดที่ระเบิดทันทีในช่วงสั้น ๆ และจะสัมพันธ์กับขนาด ปริมาณที่เสพ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นอาจมากจนถึงกับเป็นฆาตกร เนื่องจากอาการประสาทหลอนและหวาดระแวง การเบื่ออาหาร ยาบ้าจัดเป็นสารทำให้เบื่ออาหารชนิดร้ายแรง โดยออกฤทธิ์ผ่านทาง Dopamine บริเวณ Lateral hypothalamus ซึ่งแตกต่างจาก Fenfluramine ที่ออกฤทธิ์ทางกลไกของ Serotonin (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ, 2544)

3) ผลต่อจิตใจ อาการผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นจากเมทแอมเฟตามีนจะคล้ายกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท โดยอาการที่พบบ่อยเป็นอาการทางสมอง มีสับสน Delusion และหวาดระแวง (Paranoid) ประสาทหลอน หูแว่ว และมีความคิดแบบหลงผิด คิดฆ่าตัวตาย กลัวคนจะมาทำร้าย ผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงมาก จะยังพอเล่าอาการของตนได้ และรู้ว่าอาการเหล่านี้สัมพันธ์กับการเสพยาบ้า แต่ในรายที่อาการรุนแรงมากก็จะจำแนกจากผู้ป่วยจิตเภทได้ยากมาก ส่วนใหญ่อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นเร็วและหายขาดได้ แต่บางรายอาจใช้เวลาหลายอาทิตย์หรือหลายเดือน โดยเฉพาะผู้ที่เสพยาบ้าอย่างเรื้อรัง

4) ภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบ (Chronic Effect of Methamphetamine) ภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ประการ เช่น วิธีการเสพ ปริมาณและระยะเวลาที่ใช้ สารเสพติดอื่น ๆ ที่ใช้ร่วมกัน โรคและอาการที่พบ ได้แก่

- สมองและระบบประสาท อาจทำให้เกิดอาการชัก เส้นเลือดสมองตีบ แดง และอาจพบประสาทตาเสื่อม

- หลอดเลือดและหัวใจ เส้นเลือดหัวใจตีบ หัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ ความดันเลือดสูง

- การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น จากการกระตุ้น Sympathoadrenal system แต่อุณหภูมิส่วนกลางของร่างกายลดลง จากการกระตุ้น Anterior hypothalamus

- ทางเดินอาหารและปอด อาจพบ Acute Pulmonary Congestion จนถึง Acute pulmonary edema และบางรายที่เสพยาเรื้อรังนานๆ โดยการสูบ พบเป็นถุงลมโป่งพองเรื้อรัง

- กล้ามเนื้อและไต อาจพบอาการปวดกล้ามเนื้อ มือสั่น หนาวสั่นและกล้ามเนื้อกระตุก น้อยรายที่จะพบอาการไตวายเฉียบพลัน

- ภาวะพายุโลหิตวิทยา พบอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน
- ภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากเมื่อเสพยาบ้าแล้วจะไม่หิว กินอาหารน้อยลง
- ผื่นลมพิษขึ้นตามร่างกายและผมร่วง
- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคเอดส์ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีเพศสัมพันธ์

โดยขาดการป้องกัน บางรายมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับยาบ้า ในบางรายใช้ยามานาน ๆ พบว่า สมรรถภาพทางเพศเสื่อมลงในเพศชายอวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัว ไม่หลั่งน้ำอสุจิ ในหญิงประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ โอกาสมีบุตรน้อยกว่าคนปกติ ในบางรายต้องหยุดยาเป็นเวลานานกว่าจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

- ในหญิงมีครรภ์ที่ติดยาบ้า พบทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ และทารกบางรายมีอาการเซื่องซึม จนต้องใส่สายอาหารแทนการให้ดูดนมเอง นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อลูกที่เกิดมาโตขึ้นมีบุคลิกภาพที่ก้าวร้าว น้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

- การเจริญเติบโตในเด็กไม่สมวัย การเจริญเติบโตของเด็กจะหยุดชะงัก เมื่อเสพยาบ้า

- ในรายที่ใช้วิธีการฉีดยา พบว่าอาจเกิดโรคแทรกซ้อนแบบเดียวกับยาเสพติดตัวอื่น ๆ เช่น โรคแทรกซ้อนจากการใช้เข็มและน้ำไม่สะอาดหรือส่วนผสมที่ไม่บริสุทธิ์ เช่น ฝีบริเวณที่ฉีด การติดเชื้อในกระแสเลือด ลิ้นหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ ปอดบวม หากใช้เข็มร่วมกับคนอื่น อาจเกิดโรคติดเชื้อต่าง ๆ เช่น โรคเอดส์ โรคตับอักเสบชนิด B C และ D ฯลฯ

5) ภาวะแทรกซ้อนด้านจิตใจ ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคประสาทวิตกกังวล โรคอารมณ์แปรปรวนแบบแมนีเชีย และ โรคหวาดระแวง

## 1.7 ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ที่เสพยาบ้า

การเสพยาบ้าก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจดังต่อไปนี้ (มานอน หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1) ภาวะพึ่งพายาบ้า (amphetamine dependence) เกิดได้เร็วมากถ้าใช้ในรูปของการฉีด หรือสูบ รูปแบบของการใช้พบได้ 2 แบบคือใช้เป็นพักๆ (episodic use) กับใช้เป็นประจำ ในรายที่ใช้เป็นพัก ๆ มักจะใช้วิธีฉีดช่วงละหลายๆ (bing หรือ speed runs) หลังจากนั้นจะหยุดไปเนื่องจากภาวะเหนื่อยล้าหมดแรง (exhaustion) เกิดอาการโรคจิต หรือจากยาที่ใช้หมดลง ในรายที่ใช้ประจำมักเพิ่มขนาดขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะเดียวกันก็จะเกิดความรู้สึกไม่มีความสุข (dysphoria)

ได้มากขึ้น พบว่าผู้ที่ใช้สารนี้มักหยุดยาหรือเลิกใช้หลังจากใช้ได้นาน 8-10 ปี สาเหตุเนื่องจากผลข้างเคียงทางด้านร่างกายและจิตใจ

2) อาการพิษจากยาบ้า (intoxication) พบว่ามีอาการอารมณ์ครื้นเครง(euphoria) เครียดวิตกกังวล (anxiety reaction) ด้านร่างกายจะพบว่ามีอาการหัวใจเต้นเร็ว ม่านตาขยาย ท่าทาง ลุกี้ลุกกลน สับสน รวมทั้งมีความผิดปกติของความรู้สึกตัว และมีอาการชักเกร็งร่วมด้วยได้ อาการที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือ อาการโรคจิต เกิดขึ้นได้แม้ว่าจะได้รับปริมาณยาในขนาดของการให้เพื่อรักษาอาการต่าง ๆ (therapeutic dose) ในรายที่ใช้มานานจะเกิดอาการไวต่อยา(sensitization) ได้คือ แม้ใช้เพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้เกิดอาการขึ้นได้ และผลยังคงอยู่ได้นานแม้ว่าหยุดสารนี้ไปแล้วก็ตามลักษณะของอาการโรคจิตที่เกิดขึ้นมักไม่มีอาการหลงลืมบุคคล เวลาสถานที่ (disorientation) โดยมีอาการเหมือนกับโรคจิตหวาดระแวง

3) อาการขาดยาบ้า (withdrawal) มักพบได้ในรายที่ใช้ขนาดสูง และใช้เป็นประจำ ช่วงแรกจะเกิดอาการหลับมาก(hypersomnia) มีการเกิด Rebound of REM sleep ทำให้ฝันได้บ่อย ๆ ในระยะ 2-3 วันต่อมาจะเกิดอาการซึม(dysphoria) รุนแรงอาจเป็นโรคซึมเศร้า(depression) ได้ พบว่ามีอาการสูงสุดที่ 48 – 72 ชั่วโมง อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย (suicidality) นอกจากนี้ยังพบอาการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา เช่น อ่อนเพลีย เชื่องช้า หรือ กระสับกระส่ายได้

4) อาการถอนพิษยา (withdrawal symptoms) เมื่อผู้ป่วยหยุดเสพยาบ้าทันที จะมีอาการถอนพิษยาปรากฏดังนี้

ระยะที่ 1 หยุดยาทันที (crash) ประมาณ 9 ชั่วโมงถึง 4 วัน ระยะเริ่มแรกเมื่อหยุดยา จะมีผลต่อร่างกายและจิตใจคือ อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย เริ่มซึมเศร้าวิตกกังวล และต้องการเสพ สารอย่างมาก ช่วงกลางของระยะนี้ความต้องการเสพยาลดลงมีความต้องการนอนแต่นอนไม่หลับ ช่วงสุดท้ายของระยะนี้ จะมีอาการนอนมากเกินไปร่วมกับกินมากเกินไป

ระยะที่ 2 ระยะถอนพิษยา (withdrawal) หลังจากระยะ “crash” แล้วถ้าหยุดเสพอย่างต่อเนื่องจะเข้าสู่ในระยะนี้ ซึ่งมีอาการตรงข้ามกับฤทธิ์ของยาบ้า คือ ไม่มีแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ อาการอ่อนเพลีย ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม

ระยะที่ 3 ระยะสงบ (extinction) ระยะนี้เป็นช่วงสงบแต่อาจมีอาการอยากยาขึ้นอีกถ้าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ได้รับการกระตุ้นจากสภาพแวดล้อม หรือจากสาร โดยเฉพาะการอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ หากไม่มีการเชื่อมโยงถึงอาการที่เกิดจากฤทธิ์ของสารแล้วอาการอยากยาก็จะลดลง และถ้าเวลาผ่านไปนานๆผู้ป่วยจะมีอาการอยากยาลดลง โอกาสในการติดซ้ำก็ลดลงด้วย



## 1.8 สาเหตุการเสพติดยาบ้า

การติดยาในกลุ่มนี้ก็มีสาเหตุคล้ายกับการติดยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ซึ่งปัจจุบันเชื่อว่าประกอบด้วย หลายปัจจัยซึ่งอาจมีผลต่อกันและกัน เป็น bio psychosocial etiologies ดังนี้ (อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง, 2540 อ้างถึงใน ตรีนุช ราษฎร์ดุขตี, 2554)

### 1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ซึ่งประกอบด้วย

1.1) พันธุกรรม ยังไม่มีการศึกษาที่แน่ชัดในครอบครัวผู้ที่ติดยาบ้า แต่การศึกษาครอบครัวผู้ติดโคเคน ติดสุรา พบว่า มีปัจจัยทางพันธุกรรมเกี่ยวข้องด้วย

### 1.2) neurochemical mechanism ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

(1) พบว่าเกี่ยวข้องกับระบบการตอบสนอง(reward system) ในสมองส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้อง คือ dopamine pathway ที่เริ่มจาก ventral tegmental area ไปยัง cerebral cortex และ limbic lobe โดยเฉพาะบริเวณ nucleus accumbens สมองอีกส่วนที่เกี่ยวข้องกับการติดสารเสพติด คือ บริเวณ locus ceruleus ซึ่งเป็นที่รวมของ noradrenergic neuron

(2) neurotransmitter พบว่า สารเสพติดที่ใช้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ มีการเพิ่มขึ้น หรือยับยั้งการหลั่งสารเคมีบางกลุ่ม โดยมี receptor เฉพาะที่ออกฤทธิ์ที่สำคัญในยาบ้าคือ dopamine receptor, serotonin receptor ฯลฯ

2) พื้นฐานทางอารมณ์ หรือลักษณะบุคลิกภาพที่มาจากการเลี้ยงดู และการใช้กลไกการปรับตัวของบุคคล ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดสารเสพติดคือผู้มีอารมณ์ หุนหันพลันแล่น (impulsive) เป็นบุคคลที่ปรับตัวยากมีลักษณะการพึ่งพาสูง (dependency need)ต่อต้านสังคม (antisocial) และมีการควบคุมอารมณ์ที่บกพร่อง

3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เริ่มตั้งแต่ปัญหาในครอบครัว เช่น ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ขาดความรักความเข้าใจ ฯลฯ สังคมในโรงเรียน หรือที่ทำงานค่านิยมของสังคม ชุมชนต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ความเชื่อทางศาสนาต่อการใช้สารเสพติด ความยากง่ายในการจัดหาเสพติด ราคาของสารเสพติด ความเข้มงวดของกฎหมายและความรุนแรงของบทลงโทษ แรงกดดันทางสังคมที่มีต่อตัวผู้เสพ เป็นต้น

4) ปัจจัยด้านการเรียนรู้และการมีเงื่อนไข (learning and conditioning) สารกระตุ้นมีฤทธิ์ก่อให้เกิดอารมณ์ครั้นครังอย่างรวดเร็วเมื่อใช้โดยวิธีการสูบ/สูดควันเข้าปอด ลดความเครียด ก่อให้เกิดความสุข สาเหตุเหล่านี้จึงทำให้เกิดแรงจูงใจให้พฤติกรรมการใช้ยาคงอยู่

## 1.9 เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเมทแอมเฟตามีน

ปัจจุบันทางสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association) ได้ปรับปรุง การวินิจฉัยการติดสารเสพติดโดยใช้หลักเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

- 1) มีการเสพสารเสพติดในปริมาณที่มากหรือระยะเวลาเกินกว่าที่ตั้งใจ
- 2) มีความต้องการที่จะลดหรือหยุดการเสพสารเสพติดนั้นแต่ไม่สามารถทำได้
- 3) ใช้เวลามากในการหาสารเสพติด การเสพสารเสพติด และการฟื้นตัวจากฤทธิ์สารเสพติด
  - 4) มีอาการอยากหรือความต้องการรุนแรงที่จะเสพสารเสพติด
  - 5) มีการเสพสารเสพติดบ่อย ๆ จนไม่สามารถจัดการกับกิจวัตรประจำวัน ทั้งที่ทำงานบ้านหรือโรงเรียน
  - 6) ยังคงมีการเสพสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง แม้จะเกิดปัญหาทางด้านสังคมหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เกิดจากการเสพสารเสพติดอยู่บ่อยครั้ง
  - 7) ต้องยกเลิกกิจกรรมที่สำคัญในด้านสังคม งานอาชีพ หรือกิจกรรมสันทนาการ เพราะการเสพสารเสพติด
  - 8) มีการเสพสารเสพติดในภาวะที่อาจเกิดอันตรายทางร่างกายอยู่บ่อยครั้ง
  - 9) มีการเสพสารเสพติดต่อเนื่อง แม้จะทราบว่าการเสพสารเสพติดจะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตหรือทำให้ปัญหานั้นรุนแรงขึ้น
  - 10) มีอาการดื้อยาตามคำจำกัดความดังนี้
    - 10.1) ต้องเสพสารเสพติดในปริมาณที่เพิ่มขึ้นมากเพื่อให้ได้ผลที่ต้องการ
    - 10.2) เสพสารเสพติดเท่าเดิมแต่ฤทธิ์น้อยลงชัดเจน
  - 11) อาการถอนพิษยา ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้
    - 11.1) มีอาการถอนพิษยาจากสารเสพติด
    - 11.2) การเสพสารเสพติดหรือสารที่ออกฤทธิ์คล้ายคลึงสามารถบรรเทาหรือทำให้อาการถอนพิษยาจากสารเสพติดหายไป
 

โดยแบ่งระดับความรุนแรง เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับความรุนแรงเล็กน้อย มีอาการ 2 - 3 ข้อ

ระดับความรุนแรงปานกลาง มีอาการ 4 - 5 ข้อ

ระดับความรุนแรงมาก มีอาการ 6 ข้อขึ้นไป

## 2. ผู้ติดยาที่มีโรคจิตเวชร่วม

### 2.1 แนวคิดผู้ติดยาที่มีโรคจิตเวชร่วม

2.1.1 ภาวะโรคจิตเวชร่วม หมายถึง โรคอื่นที่เป็นร่วมด้วย ไม่ใช่โรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ที่ผู้ป่วยนำมาด้วยก่อนที่จะรับเข้านอนในโรงพยาบาล โรคที่เป็นร่วมด้วยที่สำคัญ ตัดสินจากการที่มีภาวะนั้นแล้วทำให้ผู้ป่วยมากกว่า 75% ต้องนอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น

ตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป ภาวะ Co-morbidity จะทำให้เกิดความซับซ้อนในการวินิจฉัยและการรักษา เพราะคนไข้จะไม่ค่อยผูกยึดกับการกินยา หรือกินยาไม่ต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าภาวะ co-morbidity พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาจิตเวช หรือปัญหาการใช้สารเสพติด ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยขั้นต้นควรถามถึงอีกภาวะหนึ่งเสมอ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้นทั้งที่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม มาโรงพยาบาลบ่อยกว่าที่ควร มาไม่ตรงนัดหรือไม่มาตามนัด ผู้ป่วยเจาะจงขอยาบางประเภท มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นบ่อย ๆ หรือมีประวัติว่าบุคคลใ้รอบควรมีประวัติการใช้ สารเสพติดหรือโรคทางจิตเวช และควรคิดถึงภาวะ co-morbidity ดังนั้นในการซักประวัติการใช้สารเสพติด นอกจากผู้รักษาจะถามถึงระยะเวลาและปริมาณยาเสพติดที่ใช้แล้ว สิ่งที่ควรสอบถามเพิ่มเติมคือ สาเหตุของการใช้สารเสพติด และผลกระทบที่มีต่ออาการทางจิตและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย สำหรับนิยามของภาวะโรคร่วมนั้น มีการใช้สลับกันไปมาระหว่างคำว่า Co-morbidity คำว่า Dual diagnosis ซึ่งทั้งสองคำนี้ยังไม่ได้ครอบคลุมถึงสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดระหว่างโรคทางจิตเวช และโรคที่เกิดจากยาเสพติด กล่าวถึงภาวะโรคร่วม (Co-morbidity) ว่าเป็นคำที่ใช้ทั่วไป หมายถึงการมีอาการของโรคเกิดขึ้นร่วมกันหรือการมีโรคเกิดขึ้นร่วมกัน ในขณะที่ Dual diagnosis ใช้เพื่อแสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างสองสภาวะ ซึ่งอาจรวมไปถึงว่าเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหรือเป็นผลตามมา

2.1.2 กลไกการออกฤทธิ์ของยาบ้าที่ทำให้เกิดปัญหาทางจิตเวช อาการทางจิตประสาทที่เกิดเนื่องจากการใช้ยาเสพติดเป็นที่ทราบทั่วกัน และจนกระทั่งเป็นหัวข้อของการประชุมระดับประเทศ ของนักวิทยาศาสตร์ทางสมองของสหรัฐฯ ร่วมกับหน่วยงานปราบปรามยาเสพติด และ ออ. ในปี 2016 จัดโดย New York Academy of Science และหลังจากนั้น มีการประมวลข้อมูลและหลักฐานรวมกระทั่งถึงการพิสูจน์เชื่อมโยงกลไกที่จะเกิดมีอาการทางจิต อันประกอบไปด้วยบุคคลนั้น ๆ จะมีสภาวะเปราะบาง นั่นคือถูกกำหนดจากรหัสพันธุกรรมนอกจากนั้นยังสามารถอธิบายได้จากผลกระทบจากจุดประสงค์ของการใช้เพื่อการเสพสนุกเฮฮาอย่างเดียวโดยใช้ปริมาณสูงในส่วนของรหัสพันธุกรรมนั้น ใช้ประโยชน์จากการที่มีการรวบรวมรหัสพันธุกรรมของคนเป็น 100,000 คน ในช่วงเวลาเป็น 10 ปีที่ผ่านมาและในการศึกษาที่รหัสพันธุกรรมนั้น จะมีรายละเอียดของบุคคลแต่ละคน วิธีการดำเนินชีวิต ประวัติการเจ็บป่วย อาหารการกิน การใช้ยาต่างๆรวมทั้งถึงการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และใช้สารเสพติดเป็นต้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้หลอมรวมกันเป็น... “บิกดาต้า” ในการเชื่อมโยงดัชนีชี้วัดทางสุขภาพ ทางพันธุกรรม เข้ากับการศึกษาเชิงสมอง ในเรื่องของหน้าที่ ตำแหน่งที่แปรปรวนด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ต่างๆ รวมทั้งถึงภาพคอมพิวเตอร์สมองแบบพิเศษ เป็นต้น

## 2.2 โรคจิตจากยาบ้า (Methamphetamine psychosis)

โรคจิตจากยาบ้า (Methamphetamine psychosis) เป็นลักษณะความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นหลังจากการเสพยาบ้า อาจพบได้หลายลักษณะ ที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการหวาดระแวง เช่น มีความคิดว่าคนอื่นพูดพาดพิงถึงตนเอง (ideas of reference) มีความรู้สึกกว่าคนอื่นเฝ้ามองหรือ

คอยติดตามตนเอง เกิดอาการประสาทหลอน จนถึงระดับที่มีอาการทางจิตรุนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิดอย่างชัดเจน และมีความเชื่อว่าสิ่งนั้นเกิดขึ้นจริง เกิดการสูญเสียความหยั่งรู้ในตนเอง (loss of insight) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างฉับพลัน หรือมีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น

### 2.2.1 การวินิจฉัยโรคจิตจากยาบ้า (Methamphetamine psychosis)

โรคจิตจากยาบ้า เป็นโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด (substance related disorder) ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition text revision.DSM IVTR) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2013) มีรายละเอียด ดังนี้

#### 1) มีอาการประสาทหลอน หรือหลงผิดที่เด่นชัด

หมายเหตุ ไม่รวมถึงอาการประสาทหลอนที่ผู้ป่วยตระหนักว่าอาการของตนเป็นผลจากเมทแอมเฟตามีน

#### 2) มีหลักฐานจากประวัติการตรวจร่างกายหรือผลทางห้องปฏิบัติการดัง

ข้อ 1 หรือ 2

(1) อาการในข้อ A เกิดขึ้นระหว่างหรือภายในช่วง 1 เดือนที่มี Amphetamine intoxication หรือ withdrawal

(2) การใช้สารเมทแอมเฟตามีนเป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติ

ดังกล่าว

3) ความผิดปกตินี้ไม่ได้เข้าได้ดีกว่ากับโรคจิต ที่มีได้เป็นผลจากสารเมทแอมเฟตามีน หลักฐานที่ชี้ว่าอาการเหล่านี้เข้าได้ดีกว่ากับโรคจิตที่ไม่ได้เป็นผลจากสารเมทแอมเฟตามีน ได้แก่ มีอาการก่อนการใช้เมทแอมเฟตามีน อาการยังคงอยู่เป็นระยะเวลานานหลังจากหมดภาวะ intoxication หรือมีอาการมากกว่าที่ควรจะเป็น เมื่อเทียบกับชนิด ปริมาณ หรือระยะเวลาที่ใช้เมทแอมเฟตามีน หรือมีหลักฐานอื่นที่ชี้แนะว่า มีโรคจิตที่ไม่ขึ้นกับการใช้สารเมทแอมเฟตามีน

#### 4) ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกิดแต่เฉพาะในช่วงของ delirium

### 2.2.2 ลักษณะอาการของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน

โรคจิตจากยาบ้าหรือเมทแอมเฟตามีนมีลักษณะอาการคล้ายกับโรคจิตเภทแบบหวาดระแวง (Paranoid schizophrenia) ในระยะแรกผู้เสพเมทแอมเฟตามีนจะมีอาการทางจิตเป็นช่วงสั้น ๆ อาการมักจะเริ่มจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปร่วมกับสงสัย ไม่แน่ใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกว่าถูกสังเกตจากภายนอก จนถึงมีอาการหลงผิดชัดเจน มีภาพหลอน (visual hallucination) และหูแว่ว (auditory hallucination) ร่วมด้วย พฤติกรรมเหล่านี้เริ่มจากเป็นพัก ๆ จนเป็นเกือบตลอดเวลา จนเมื่อมีอาการทางจิตเต็มที่ ผู้ป่วยจะไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง มีอาการหลงผิด หวาดระแวงอย่างมาก ยิ่งในผู้ป่วยที่เสพอ่างหนักจนหมดเรี่ยวแรง

ผู้ป่วยจะถูกเร้าจากสิ่งกระตุ้นภายนอกได้ง่าย สับสนก่อให้เกิดอาการ panic ก้าวร้าว จนถึงเป็นอันตรายต่อผู้อื่นได้ (พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2546)

### 2.2.3 การดำเนินโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน

สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้ดังนี้

1) โรคจิตระยะสั้น Acute type โดยในระยะแรกที่เสพ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกมีความสุขอย่างมาก และเริ่มการเสพมากขึ้นเรื่อยๆ จนมีการเสพหนักเป็นช่วง ๆ เมื่อเสพเป็นระยะเวลาานานผู้ป่วย จะเริ่มมีพฤติกรรม รวมทั้งบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เช่นแยกตัว มีพฤติกรรมแปลก ๆ อาการจะเป็น ๆ หาย ๆ หากยังคงใช้ยาเสพติดต่อกัน อาการของโรคจะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนอาจพบลักษณะอาการที่เป็นพฤติกรรมรูปแบบซ้ำ ๆ (stereotyped behavior pattern) เช่น รื้อ แกะ ซ่อมวิทยุ รถยนต์หรือเครื่องยนต์ และประกอบใหม่ ทำแบบเดิมซ้ำ ๆ เรื่อย ๆ หลังเสพยา เมื่อได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต อาการจะดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ เมื่ออาการดีขึ้นสามารถหยุดรักษาโรคจิตได้ ซึ่งอธิบายได้ว่า การเกิดภาวะโรคจิตน่าจะเป็นผลโดยตรงจากยาบ้าที่เพิ่มโดปามีนในสมอง และเมื่อได้รับการรักษาด้วยยา anti-dopaminergic drug agent ก็สามารถทำให้อาการทางจิตดีขึ้นได้ และเมื่อหยุดเสพ ระดับ dopamine กลับสู่ระดับปกติ ผู้ป่วยก็จะมีอาการดีขึ้น โดยไม่ต้องใช้ยาในการควบคุมอาการต่อไป

2) โรคจิตระยะยาว Prolonged type พบว่า ผู้ป่วยมักมีอาการโรคนานกว่า 2 สัปดาห์ บางรายอาจนานหลายเดือนหรือหลายปีได้ ถึงแม้จะไม่มีอาการเสพยาบ้าซ้ำก็ตาม การดำเนินโรคอาจเป็นลักษณะกลับเป็นซ้ำ (relapse) เป็นพัก ๆ หรือเรื้อรังต่อเนื่องได้ ปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้เกิดลักษณะดังกล่าว เช่น การเสพสารกระตุ้นประสาทชนิดอื่น การดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ ความเครียด หรืออาจมีปัจจัยอื่น ๆ ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา anti-psychotic drugs อย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการ

### 2.2.4 ผลกระทบของโรคจิตจากยาบ้า

การเสพยาบ้าจนเกิดอาการทางจิต จะส่งผลกระทบต่อผู้เสพ ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ดังนี้

ผลกระทบต่อผู้เสพ การเสพยาบ้าเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลต่อผู้เสพโดยตรง โดยทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย มีภูมิต้านทานในร่างกายต่ำ เมื่อหยุดเสพ จะมีอาการอ่อนเพลียอย่างมาก ส่วนทางด้านจิตใจพบว่า ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำ รู้สึกว่าตนเองไม่เป็นที่รักของผู้อื่น มีความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง เช่น มองว่าเป็นคนไม่ดี ไม่มีความสำคัญ (อนุพงษ์ สุธรรมนิรันดร์ และคณะ, 2544) อารมณ์ไม่มั่นคง วิตกกังวล ถูกกระตุ้นได้ง่าย อารมณ์หงุดหงิดง่าย หดหู่ ซึมเศร้าอย่างรุนแรง จนอาจถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (สุชาติ เลขาบริพัทธ์, 2544) นอกจากนี้ยังมีกระบวนการคิด

และพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติ เช่น มีความหลงผิดแบบหวาดระแวง หรือทั้งหลงผิดและประสาทหลอน คล้ายกับผู้ป่วยโรคจิตเภท (พັນธัญญา กิตติรัตนไพบูลย์, 2546)

ผลกระทบต่อครอบครัว การเสพยาบ้า จนมีอาการทางจิต นอกจากส่งผลต่อผู้เสพโดยตรงแล้วจะทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัว เช่น ปัญหาเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว ขาดการดูแลเอาใจใส่ คนในครอบครัว ครอบครัวขาดความอบอุ่น เกิดความแตกแยก หากผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน หรือหวาดระแวง อาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การทำร้ายบุคคลคนใกล้ตัวได้ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว และวิตกกังวลในการดูแลผู้ที่มีอาการดังกล่าว การสูญเสียค่าใช้จ่ายในครอบครัว ในการดูแลรักษาพยาบาล เสียเวลาดูแลด้านความเป็นอยู่ ในระยะยาวผู้ดูแลให้การช่วยเหลือเกิดความเบื่อหน่าย หหมดกำลังใจ และอาจเกิดปัญหาทางจิต หรือภาวะซึมเศร้าได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ การเสพยาบ้าจนเกิดอาการทางจิต ผู้ป่วยจะไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ ขาดทักษะในการเข้าสังคม มีปัญหาในการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังพบว่ามีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ทะเลาะวิวาท ลักขโมย (สุชาติ เลหาบริพัฒน์, 2544) การขาดแรงจูงใจ ขาดความสามารถในการทำงาน เกียจคร้าน ทำงานไม่ได้ ไม่มีระเบียบวินัย ขาดความรับผิดชอบทั้งในหน้าที่การงาน และการเรียน (กรองจิต วงษ์สุวรรณ, 2544) นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุให้มีการกระทำที่ผิดกฎหมาย เช่น การลักขโมย การทำร้ายผู้อื่น เกิดการว่างงาน รัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษา ตลอดจนการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด

### 3. การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก มี 4 ขั้นตอน (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น, 2566)

**ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนการรักษา** เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การบำบัดผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ ผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจสูงและยอมรับว่าจำเป็นต้องแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง โดยผู้บำบัดทำความเข้าใจกับผู้ป่วยให้มีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่รวบรวมข้อมูลด้านร่างกาย โดยการตรวจร่างกาย ข้อมูลจิตสังคมโดยการสัมภาษณ์ เพื่อประกอบการวินิจฉัย และวางแผนการรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

**ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดยาแบบผู้ป่วยนอก** เน้นการบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการติดยาบ้า ในระหว่างนี้จะฟื้นฟูสภาพจิตใจไปพร้อม ๆ กันร่วมกับการให้คำปรึกษาซึ่ง ประกอบด้วย การประเมินถึงความรุนแรงของการเสพยาและปัญหาที่สัมพันธ์กันการป้อนกลับให้เกิดแรงจูงใจและการแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองพร้อมทั้งให้ญาติได้มีส่วนร่วม

ในการบำบัดเสริมกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการรักษาพร้อมฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าไม่ใช่การทำให้ร่างกายปลอดจากยาเสพติด แต่เป็นการบำบัดรักษาความผิดปกติของร่างกายจากผลของยาเสพติด คือ ความผิดปกติของระบบประสาท (คือผู้เสพยาจะรู้สึกว่าร่างกายตื่นตัวและมีความต้องการทำในสิ่งที่คิดหรือสิ่งที่ถูกสั่งจากสมอง) โดยเฉพาะสมองส่วนกลาง (Central nervous system) และสารสื่อเคมีสมอง สมองของผู้ติดยาเสพติดต้องการฤทธิ์ของยาเสพติดที่จะกระตุ้นให้ระบบสมองทำงานอย่างปกติ หากช่วงใดขาดยาเสพติดไปกระตุ้นก็จะเกิดอาการผิดปกติขึ้น อาการผิดปกติของร่างกายที่เห็นทันทีที่หยุดยาบ้า คือ อาการถอนพิษยา ซึ่งจะมีอาการหิวบ่อย กินจุ กระวนกระวาย อ่อนเพลียและมีความรู้สึกจิตใจหดหู่ บางรายมีอาการถึงขนาดอยากฆ่าตัวตาย ในระยะนี้ ผู้ติดยาบ้าจะอยากนอนและนอนเป็นเวลานานในช่วง 2 - 3 สัปดาห์แรกต่อจากอาการถอนพิษยา ผู้ติดยาบ้าจะมีอาการอยากยามาก ในช่วงนี้ผู้ติดยาเสพติดจะมีความรู้สึกไม่มีความสุข ไม่มีกำลังทั้งทางร่างกายและจิตใจ อยากที่จะใช้ยาเพื่อกระตุ้นร่างกายและจิตใจให้เกิดความกระชุ่มกระชวยกลับมาใหม่ การบำบัดรักษายาบ้าในช่วงแรก เป็นการบำบัดรักษาเพื่อลดอาการถอนพิษยาจึงเป็นการให้ยาตามอาการ เพื่อลดความเครียด อาการซึมเศร้าหรืออาการทางจิตอื่น ๆ เช่น อาการหวาดระแวง เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถประคับประคองตนเองผ่านช่วงนี้ไปได้ หลังจากหยุดยาบ้าประมาณ 3 - 4 สัปดาห์ อาการถอนพิษยาและอาการอยากยาจะลดน้อยลงแม้ว่าผู้ติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษาขึ้นถอนพิษยาแล้ว จะมีสุขภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง แต่ความผิดปกติของระบบสมอง พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมยังไม่ได้แก้ไข จำเป็นที่จะต้องเข้าสู่ขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป เพื่อให้ผู้ติดยาบ้าหายขาด ไม่หวนกลับไปใช้ยาเสพติดอีก การที่ต้องผ่านขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อฟื้นฟูให้สมองของผู้ติดยาเสพติดกลับมาเป็นสมองของคนปกติ เนื่องจากระบบประสาทของคนติดยาต้องการเสพยาเป็นประจำ เพื่อกระตุ้นให้มีสารเคมีสมองพอเพียงที่จะทำให้เกิดความสุขไม่วิตกกังวล หากขาดการกระตุ้นจากยาเสพติด สมองของผู้ติดยาเสพติดจะมีปฏิกิริยาตรงกันข้าม คือผู้ติดยาจะหงุดหงิดไม่มีความสุข มีความเครียด วิตกกังวลและมีความอยากที่จะกลับไปเสพยาเสพติดอีก ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้เวลาพอสมควรให้ส่วนต่างของสมองได้ปรับตัวกลับเป็นปกติ ในช่วงที่ระบบสมองปรับตัวเป็นปกติ ผู้ติดยาเสพติดต้องไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติดอีกนอกจากระบบสมองแล้ว พฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ติดยาต้องได้รับการปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้น ในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพมีหลายวิธี การที่จะช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด เช่น การเข้าค่ายฟื้นฟู การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด และชุมชนบำบัด เป็นต้น เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าใจถึงปัญหาของตนเองที่นำไปสู่การเสพยาเสพติด ปรับสภาพครอบครัวให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจปัญหาและช่วยกันดูแล ประคับประคองผู้ติดยาเสพติด ปรับสภาพกลุ่มเพื่อนให้ห่างไกลจากเพื่อนที่จะมาชักชวนให้เสพยาเสพติด สร้างความมั่นคงทางจิตใจผ่านทางผู้เกี่ยวข้องหรือกลุ่มที่ เลิกยาแล้ว ให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถยืนหยัดแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยไม่หวนกลับไปเสพยาอีก

**ขั้นตอนที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก** เป็นขั้นตอนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจเพื่อแก้ไขความผิดปกติของจิตใจ พฤติกรรม สิ่งแวดล้อมรวมถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดเสพยาได้ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมและใช้ชีวิตอย่างปกติ การดำเนินการจึงมุ่งเน้นการปรับแก้พฤติกรรมโดยใช้รูปแบบของ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในผู้ป่วยนอก เป็นกิจกรรมในระยะฟื้นฟูเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ และส่งผลกระทบต่อทุก ๆ ระบบในสังคม ไม่ว่าจะเป็นระบบครอบครัว สังคม ชุมชน และประเทศ ซึ่งรัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และได้กำหนดมาตรการต่าง ๆ ขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด ทั้งด้านการป้องกันปราบปราม และการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดสถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ตลอดจนพัฒนา ถ่ายทอดองค์ความรู้ ด้านการบำบัดรักษาไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากการประเมินสภาพปัญหาและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูแบบ ผู้ป่วยนอก พบว่า ปัญหาการกลับไปติดยา เป็นปัญหาที่รุนแรง ต้องได้รับการแก้ไขเป็นลำดับแรก เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาพบว่ามี 3 ด้าน คือ ด้านตัวผู้ป่วยจากการที่มีความคิดอยากไปใช้ยา คบเพื่อนกลุ่มเดิมที่เสพยา ไปเที่ยวในสถานเริงรมย์ การที่ยังไปพบผู้ขายยา มีอารมณ์เบื่อและขาดการบำบัดฟื้นฟู ที่ต่อเนื่องด้านสังคม สิ่งแวดล้อม มียาเสพติดแพร่ระบาดมาก พร้อมกับได้รับผลกระทบจากสังคมรอบข้างที่ก่อให้เกิดความเครียดและปัญหา ด้านครอบครัวเกิดจากการที่ครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดความไว้วางใจ บางครอบครัวปล่อยให้ปล่อยปละละเลย ไม่ให้กำลังใจทำให้ขาดแรงสนับสนุนดังนั้นทีมงานจึงเลือกวิธีการ “กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน” ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยด้วยกันจะสามารถช่วยเหลือซึ่งกันให้สามารถหยุดใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการ กลุ่มช่วยเป็นแรงสนับสนุน เสริมแรงจูงใจในการบำบัดรักษา ให้ผู้ติดยาเสพติดได้ช่วยเหลือกันเอง ซึ่งเริ่มจากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ ผ่านการบำบัดรักษา หรือใกล้จบโปรแกรม และมีสภาพปัญหา ที่คล้ายคลึงกันมาก่อน เป็นตัวต้นแบบโดยมีการประเมินผล ตัวชีวิตที่ได้จากการทดลองดังนี้

**ขั้นตอนที่ 4 การติดตามหลังการรักษา** เป็นการติดตามหลังจากฟื้นฟูสภาพจิตใจซึ่งหมายถึง การติดตามให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ เสริมสร้างกำลังใจ ติดตามผลการรักษาและที่สำคัญคือ การป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปเสพยาซ้ำโดยการนัดผู้ป่วยมาพบที่โรงพยาบาลซึ่งจะทำให้ได้พบผู้ป่วยโดยตรงรวมทั้งครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถซักถามผลการรักษาได้พร้อมกับตรวจร่างกาย ให้คำแนะนำช่วยแก้ปัญหาได้โดยตรง สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติไม่กลับไปเสพยาซ้ำ

จากที่กล่าวมา จะเห็นว่า กระบวนการบำบัดรักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายของการบำบัดมุ่งเน้นที่จะปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติที่ดีต่อการหยุดเสพยาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ อยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความเจ็บป่วยและความต้องการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เตรียมผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติเพื่อหยุดเสพยาได้ง่ายขึ้น



### 3.1 การรักษาภาวะพิษเฉียบพลันจากยาบ้า

การรักษาภาวะพิษเฉียบพลันจากยาบ้าโดยทั่วไปแล้ว จะรักษาตามอาการเป็นหลัก โดยการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการพิษจากยา สำหรับในรายที่เสพยาบ้าโดยวิธีรับประทานควรล้างท้อง หรือทำให้อาเจียน แล้วตามด้วยการให้ activated charcoal เช่นเดียวกับการรับประทานยาเกินขนาดอื่น ๆ หลังจากนั้นให้การรักษาตามอาการดังต่อไปนี้

- ฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของชีพจร และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
- ให้สารน้ำ ยาขับปัสสาวะ ยาขยายเส้นเลือด
- ยาลดความดันโลหิต ยารักษาโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ
- ควบคุมอุณหภูมิ

การรักษาโดยทั่วไปประกอบด้วย

1) ภาวะโรคจิตจากยาบ้า (Psychosis) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการคุ้มคลั่ง หวาดระแวง ประสาทหลอน หูแว่ว อาจเป็นอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นได้ ควรให้การดูแลรักษาด้วยความเร่งด่วน และระมัดระวัง การรักษาในภาวะนี้เน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ยาที่ให้ ได้แก่ ยารักษาโรคจิต anti-psychotic drugs เช่น Haloperidol 2-5 mg หรือ Chlorpromazine, Thioridazine นอกจากนี้ อาจให้ยาลดความวิตกกังวลกลุ่ม Benzodiazepine เพื่อให้ผู้ป่วยอาการสงบลง และลดอาการกระวนกระวาย ยารักษาอาการซึมเศร้า (antidepressant) ยาลดอาการอยากยา (selective serotonin re-uptake) เพื่อให้ผู้ป่วยอาการสงบลง และลดอาการกระวนกระวาย รักษาตามอาการที่เกิดขึ้น โดยส่วนใหญ่กลุ่มโรคจิตระยะสั้น ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว และแพทย์จะพิจารณาหยุดยา แต่ถ้าอาการยังคงอยู่ ถือว่าเป็นโรคจิตระยะยาว

2) ภาวะ Delirium ได้แก่ อาการสับสนกระวนกระวาย Disorientation, confusion ให้การรักษาโดยการให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines เพื่อลดอาการ Agitation เพื่อให้ผู้ป่วยอาการสงบ ถ้ามีอาการมาก เช่น ประสาทหลอน หูแว่วด้วยอาจให้ Antipsychotic เช่น Haloperidol 2-5 mg รับประทานในช่วงเวลาระหว่างวัน หรือก่อนนอน

3) ภาวะชัก ให้การดูแลรักษาเหมือนผู้ป่วยชักจากสาเหตุอื่น ๆ ยาที่ใช้เป็นยาในกลุ่ม Benzodiazepines โดยให้ในรูปของยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หรือใช้ Barbiturate ถ้ายังไม่ได้ผล ก็อาจใช้ Phenytoin โดยให้ในรูปของยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

4) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยมีอาการได้ตั้งแต่ Sinus tachycardia ที่พบในผู้เสพยาปริมาณไม่มาก จนถึงภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ซึ่งพบได้ในรายที่เสพยาปริมาณมาก ๆ เช่น Ventricular tachycardia, Ventricular fibrillation ยาที่ให้ ได้แก่ ยาต้านภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น Calcium channel blockers เป็นต้น

5) ในรายที่พบว่ามีความดันโลหิตสูงมาก ควรให้ยาลดความดันโลหิตที่มีฤทธิ์ขยายเส้นเลือด (vasodilation) เพื่อต้านฤทธิ์ของยาบ้าที่ทำให้เกิดเส้นเลือดบีบตัว (vasoconstriction) เช่น Phentolamine

6) ถ้ามีอาการไข้สูง ทำให้อุณหภูมิลดลงทุกวิธี

สำหรับภาวะอื่น ๆ ที่พบได้ไม่บ่อย เช่น อาการปวดเค้นหน้าอก (Angina pain) เส้นเลือดในสมองตีบ cerebral infarction, Rhabdomyolysis ไตวายเฉียบพลัน เป็นภาวะที่ต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วน แบบเดียวกับผู้ป่วยทั่วไปในภาวะนี้

การทำให้ปัสสาวะเป็นกรดด้วย Ammonium chloride 2.75 mEq/kg หรือ Ascorbic acid 8 mg/day จนทำให้ปัสสาวะมี pH ต่ำกว่า 5 จะช่วยเพิ่มการขับถ่ายของยาได้ แต่ต้องระวังในบางรายที่มีภาวะเป็นกรดในร่างกาย (Metabolic acidosis) หรือมี Myoglobinuria อยู่แล้ว อาจเกิดผลเสียมากกว่าผลดี เพราะทำให้เกิดภาวะเป็นกรดมากขึ้น และ Myoglobin ไปตกค้างอยู่ในไตมากขึ้น การให้ยาที่ช่วยขยายเส้นเลือด และให้น้ำและสารละลายมากขึ้นน่าจะเป็นประโยชน์และปลอดภัยกว่า

### 3.2 การรักษาอาการถอนยาบ้า (methamphetamine withdrawal)

หลังจากผู้ป่วยหยุดเสพยาบ้าผู้ป่วยจะมีทั้งอาการขาดยา (withdrawal symptoms) และอาการอยากยา (Craving symptoms) อาการขาดยาที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการหงุดหงิดง่าย รู้สึกไม่สบาย อยากอาหารมากขึ้น ง่วงซึม เบื่อ ขี้เกียจ ไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง ผื่นร้ำย บางรายอาจมีผลกระทบต่อน้ำที่การงาน เช่น ขาดเรียน ไม่มีสมาธิในการเรียน เป็นต้น ส่วนอาการอยากยาเป็นอาการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากไปใช้ยาเสพติดซึ่งอาจเกิดขึ้นในทุกช่วงของการหยุดยา โดยทั่วไปมักมีอาการอยากยามากในระยะแรก ๆ ของการหยุดยา แม้แต่ในขณะที่เพิ่งเสพยาไป ผู้ป่วยก็อาจมีอาการอยากยาเกิดขึ้นได้ อาการเหล่านี้จะมีมากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับความรุนแรง ระยะเวลา และปริมาณในการเสพด้วย อาการโดยทั่วไปจะไม่รุนแรงมากเหมือนสารเสพติดชนิดอื่น เช่น ผีนหรือเฮโรอีน แต่ก็เป็สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพติซ้ำได้ การรักษาผู้ป่วยที่หยุดเสพยาบ้าในระยะแรก หรือระยะถอนพิษยา จะต้องเน้นทางด้านจิตใจการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation) ในการเลิกยาเสพติด เป็นหลัก แต่ในรายที่เกิดอาการถอนยารุนแรงมากอาจมีความจำเป็นต้องใช้ยาช่วยลดอาการ โดยให้ยาด้านอาการซึมเศร้าบางตัว เช่น ยาในกลุ่ม SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) เช่น Fluoxetine จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และลดความก้าวร้าวลงได้ ยาในกลุ่ม Tricyclic antidepressant เช่น Imipramine ก็อาจใช้ได้เช่นกัน นอกจากนี้อาจจะให้ยาตามอาการที่พบ เช่น ให้ยาในกลุ่ม benzodiazepines ในผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและหงุดหงิดมาก ให้นอนหลับในผู้ป่วยที่นอนไม่หลับ เป็นต้น

### 3.3 การบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial therapy)

การบำบัดทางจิตสังคมบำบัด เป็นวิธีการหลักในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดและแอมเฟตามีน จิตสังคมบำบัดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม รวมทั้งเกิด

ทักษะต่าง ๆ ในการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติด การใช้ชีวิตในสังคมโดยไม่พึ่งพาสพยาเสพติด สำหรับในประเทศไทย รูปแบบที่นิยมและเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ การบำบัดรักษาแบบกายจิต สังคมบำบัด (Matrix Program) เป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavioral Model) โดยเน้นการให้ความรู้ด้านต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านกระบวนการกลุ่มใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษา 4 เดือน และมีการติดตามผลจนครบ 1 ปี การรักษาประกอบไปด้วยกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม ประกอบด้วย

- 1) การให้คำปรึกษารายบุคคล/ครอบครัว (Individual/conjoint session)
- 2) กลุ่มฝึกทักษะเลิกยาในระยะเริ่มต้น (Early Recovery skill group)
- 3) กลุ่มฝึกทักษะป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติด (Relapse Prevention Skill)
- 4) กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family Education group)

การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) เป็นการบำบัดรักษาที่เน้นการใช้ความคิดในการแปลความหมายของเหตุการณ์นั้น ๆ ทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมต่าง ๆ ตามมา Cognitive Therapy มีทฤษฎีที่ว่า คนทั่วไปจะมีความเชื่อสมมุติฐานและความคิดอัตโนมัติ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ดังนั้น หากบุคคลสามารถปรับความคิดต่อสถานการณ์ที่พบได้อย่างเหมาะสม ก็จะนำไปสู่พฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมต่อไป

กลุ่มบำบัด (Self - Help ) หมายถึง เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัด ซึ่งในกระบวนการบำบัดนั้น ประกอบด้วย ผู้บำบัดจำนวนหนึ่งคนหรือหลายคน กับผู้รับการบำบัดตั้งแต่สองคนขึ้นไป มีเป้าหมายที่จะสำรวจปัญหาทางจิตและอารมณ์ไปถึงความยุ่งยากทางจิตเวช หรือความทุกข์ทุกชนิดทุกระดับความรุนแรง การบำบัดช่วยเหลือมีตั้งแต่ระดับระบอง บรรเทา ผ่อนคลาย ขจัดความยึดติดหรือความทุกข์ไปจนถึงการส่งเสริมคุณค่าของชีวิต ช่วยให้เห็นสัจจะของความทุกข์ มีการปรับปรุงพฤติกรรมและปรับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นรอบ ๆ ตัว (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ซึ่งมีความยืดหยุ่นสามารถนำมาใช้ได้หลายวัตถุประสงค์ กลุ่มบำบัดจึงมีความแตกต่างหลากหลายมาก ดังนี้

- 1) จิตบำบัด (Psychotherapy) คือ วิธีการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาหรือความผิดปกติทางจิตใจโดยใช้วิธีสื่อสารทางวาจาหรือการพูดคุย รวมทั้งการสื่อความหมายทางอื่น เช่น อากัปกิริยา ท่าที สีหน้า และสัมพันธภาพในการรักษาระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ที่มาขอรับการรักษาเป็นตัวสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้านจิตใจ โดยมีจุดมุ่งหมายต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ป่วย (จันทิมา องค์กรโชค, 2547) สำคัญที่จะลดอาการและปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วย เนื่องจากการมีปัญหาหรือ พยาธิสภาพทางจิตใจมักทำให้ความสามารถในการปรับตัวลดน้อยลง และทำให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการหรือพฤติกรรมที่ซ้ำเดิม ความสามารถในการไตร่ตรองเพื่อเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมอย่างอื่นจะลดลงหรือหายไป การรักษาด้วยจิตบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการพิจารณาและแก้ไขปัญหากจากมุมมองอื่น ก่อให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมให้เหมาะสมมากขึ้น

ทำให้อาการและปัญหาต่าง ๆ นั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงลดความรุนแรงของอาการหรือหมดไป และช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น สามารถต่อสู้กับปัญหาได้ดีขึ้น

2) กลุ่มให้ความรู้ (Education Group) กลุ่มนี้ถูกจัดตั้งขึ้นโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเฉพาะ โดยเน้นที่การมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่มการแลกเปลี่ยนความรู้ต่อกัน ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้มีความรู้เฉพาะในเรื่องที่สอน เช่น กลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลสามารถจัดกลุ่มประเภทนี้ได้เป็นอย่างดีเพราะมีความคุ้นเคยกับการให้ความรู้มานาน และการให้ความรู้เป็นบทบาทหนึ่งของการให้พยาบาล

3) กลุ่มพัฒนาทักษะทางสังคม (Social Skills Training Group) กลุ่มนี้มีเป้าหมายหลักเพื่อพัฒนาความสามารถของสมาชิกในการเรียนรู้ หรือฟื้นฟูที่จะมีสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ ในสังคม หรือการปฏิบัติตัวในสังคม กลุ่มประเภทนี้ถูกนำมาใช้บ่อยกับผู้ป่วยจิตเวช เพราะผู้ป่วยมักมีความบกพร่องทางสังคมก่อนหรือหลังการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมักแยกตัว มีความวิตกกังวลในการเข้าสังคม วัตถุประสงค์หลักของกลุ่มนี้ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล และมีประสบการณ์ในการฝึกฝนทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตร

4) กลุ่มจิตศึกษา (Psychoeducation Group) มีเป้าหมายหลักคือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตกับผู้ป่วยจิตเวชและญาติ กลุ่มประเภทนี้ให้ความสำคัญต่อการให้สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสพูดถึงความรู้สึกต่าง ๆ ผู้นำกลุ่มมักเป็นจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช หรือนักสังคมสงเคราะห์

5) กลุ่มประคับประคอง (Support Group) เป็นกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสนับสนุนประคับประคองทางจิตใจต่อสมาชิกกลุ่ม สมาชิกกลุ่มมักเป็นผู้ที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน ได้มาแสดงความรู้สึกพูดคุยปัญหาพร้อมกันโดยมีผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพเป็นผู้นำกลุ่ม

6) กลุ่มให้ความรู้ประคับประคองทางจิตใจ (Educational Support Group) กลุ่มนี้ถูกจัดตั้งขึ้นจากการเห็นประโยชน์ของกลุ่มให้ความรู้และกลุ่มประคับประคองทางจิตใจ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ขยายมาจากกลุ่มจิตศึกษาที่เป้าหมายมุ่งไปที่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและญาติ กลุ่มให้ความรู้ ประคับประคองทางจิตใจเป็นกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ทั้งความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เฉพาะและให้การประคับประคองทางจิตใจต่อสมาชิกกลุ่มไปพร้อม ๆ กัน

7) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่างจากกลุ่มบำบัดชนิดอื่น ๆ ที่กล่าวมา คือ เป็นกลุ่มที่มีการริเริ่มจัดตั้งขึ้นและดำเนินงานโดยสมาชิกของกลุ่มเอง โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่า เรารู้ดีที่สุด หรือไม่มีใครรู้ดีเท่าผู้มีประสบการณ์นั้น ๆ มาก่อน ดังนั้นบุคคลจะได้รับการช่วยเหลือหรือมีประสิทธิผลมาก ก็ต่อเมื่อการช่วยเหลือนั้นมาจากคนที่มีประสบการณ์ใน

เรื่องนั้นๆมาก่อน สมาชิกในกลุ่มมักเป็นกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะของปัญหาความต้องการที่คล้าย ๆ กัน ได้มาร่วมกันอภิปรายความรู้สึก ให้ข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือต่อกัน

#### 4. บทบาทของพยาบาลเอ็นเอในการดูแลผู้ติดยาบ้า

บทบาทหลักพยาบาลเอ็นเอ คือ ผู้ช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริง และสนับสนุน การเข้าร่วมปฏิบัติตามกลุ่มซึ่งเป็นหนทางในการฟื้นฟูสภาพ โดยมีหน้าที่ต่าง ๆ เหล่านี้ช่วยให้บรรลุผลสำเร็จ ได้แก่ การให้ความรู้ (Education) ทำหน้าที่เป็นแหล่งข้อมูลส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาตนเองตามหลัก 12 ขั้นตอน ดังนี้

- อธิบายมุมมองของกลุ่มเอ็นเอต่อโรคติดยาเสพติดที่มีโรคจิตเวชร่วม นำเสนอขั้นตอนและหลักการ และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาหลักการของกลุ่มเอ็นเอ
- นำเสนอ อธิบาย และสนับสนุนการอาศัยกลุ่มเพื่อนเป็นพื้นฐานในการฟื้นตัวจากโรค ซึ่งเป็นกระบวนการระงับยั้งโรค (Arrest) มากกว่าการหายจากโรค (Cure)
- อธิบายบทบาทของ Sponsor (พี่เลี้ยง) และช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองจะได้รับประโยชน์อะไรจาก Sponsor (พี่เลี้ยง)
- ตอบคำถามเกี่ยวกับเนื้อหาที่พบในหนังสือบิกบุ๊ก และ 12 ขั้นตอน 12 ข้อธรรมเนียม และสื่อสิ่งพิมพ์อื่น ๆ

กลุ่มผู้ติดยาเสพติดนิรนาม (Narcotics Anonymous) สิ่งสำคัญประการแรกสำหรับคนที่กำลังเลิกยาเสพติด คือ การหาผู้ช่วยเหลือจากกลุ่มหลักการ 12 ขั้นตอน การเลิกยาเสพติดในระยะสัปดาห์หรือเดือนแรก ๆ ผู้เลิกยาจะสับสน ว้าวุ่นใจมาก ไม่เข้าใจ กังวลและหวาดกลัว ผู้เลิกยา จึงต้องการพูดคุยและระบายออกถึงความรู้สึกเหล่านี้ที่เกิดขึ้น การที่ผู้เลิกยาเข้าไปร่วมในกลุ่มหลักการ 12 ขั้นตอน ในช่วงแรกซึ่งเป็นเรื่องแปลกใหม่ ไม่คุ้นเคย โดยเฉพาะผู้ที่แยกตัวออกจากสังคมเป็นเวลานานผู้ช่วยเหลือจากกลุ่มหลักการ 12 ขั้นตอนจะช่วยประคับประคองความรู้สึกผู้รับการบำบัดให้รู้สึกคุ้นเคยได้ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2563) บทบาทพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ความรู้ยาเสพติด: สถานการณ์ปัญหาเสพติด ผลกระทบของการติดยาเสพติด การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด 2) การให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด ขั้นตอนการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติดและ 3) บทบาทของพยาบาลในการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติดบทบาทของพยาบาล คือ การให้คำปรึกษามีคุณลักษณะของการเป็นผู้ให้การปรึกษาที่ดี 7 ประการสำคัญคือ 1) การตระหนักรู้ในตนเอง 2) เข้าใจแนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษา 3) เข้าใจหลักการ ปรัชญาและจรรยาบรรณของการให้การปรึกษา 4) มีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด 5) มีทัศนคติดี 6) มีบุคลิกภาพดีและ 7) มีความสามารถใช้ทักษะการให้การปรึกษาเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลที่มีบทบาทเป็นผู้ให้การให้

การปรึกษามุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการหยุดเสพยาเสพติดและไม่กลับไปเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติด (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิต, 2561)

### **บทบาทพยาบาลการช่วยเหลือส่งเสริม (Facilitation)**

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการประชุมเฝ้าติดตามการเข้าร่วมกลุ่มและส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในการเข้าร่วมอย่างจริงจังเพิ่มมากขึ้น การไปเข้าร่วมประชุมที่ต้องมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การประชุมเรื่อง “ขั้นตอน” การประชุม “อภิปราย”
- ช่วยทำให้ผู้ป่วยแยกแยะบทบาทระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับ Sponsor (พี่เลี้ยง) และปฏิเสธรูปแบบ Sponsor (พี่เลี้ยง) แต่ช่วยให้ผู้ป่วยในการหา Sponsor (พี่เลี้ยง)
- แนะนำว่างานกิจกรรมในกลุ่มเอ็นเอ เป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและความสำเร็จในการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มผู้ป่วยนอก

### **การเตรียมผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยนอก**

เจ้าหน้าที่จะมีการพูดคุย ทักทาย สร้างสัมพันธภาพ และกรณีสมาชิกยังรับการรักษาด้วยคูแลซิกประวัติ ส่งพบแพทย์ ให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ก่อนเข้าร่วมประชุม ช่วยอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับสถานที่จุดประชุมในการประชุมเจ้าหน้าที่มีการเข้าร่วมสังเกตการณ์ระหว่างการประชุมร่วมแลกเปลี่ยนในประเด็นทางด้านสุขภาพ การบำบัดรักษา และช่วยส่งเสริมให้การประชุมดำเนินไปอย่างปกติ การเตรียมผู้ป่วยหลังส่งผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมมีการพูดคุยให้กำลังใจ เสริมแรงจูงใจให้สมาชิกตระหนักถึงการปฏิบัติตามขั้นตอนของกลุ่มเอ็นเอ ที่ช่วยในการหยุดเสพยาบ้า เชิญชวนให้เข้าร่วมประชุมอย่างต่อเนื่อง วิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมาเข้าร่วมช่วยส่งเสริมให้สมาชิกมีการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างกัน ติดต่อบริการด้านข้อมูลข่าวสารและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

### **การเตรียมผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยใน**

เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนมีส่วนในการช่วยคัดเลือกและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยส่งผู้ป่วยเข้าร่วมประชุมตามเวลาที่กำหนดในการประชุมกลุ่มเอ็นเอ เจ้าหน้าที่ในส่วนงานผู้ป่วยในส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมประชุมเนื่องจากภาระงานประจำ แต่หากมีโอกาสจะมาเข้าร่วมสังเกตการณ์ด้วยเช่นกัน การเตรียมผู้ป่วยหลังส่งผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมดูแลตรวจสอบและรับผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยจำนวนครึ่งโดยเฉลี่ยที่ได้เข้าร่วมต่อผู้ป่วยใน 1 ราย และผลที่ได้ประมาณ 2-5 ครั้ง ส่วนใหญ่ผู้ที่สนใจกลุ่มเอ็นเอ จะกลับมาเข้าร่วมประชุมอย่างต่อเนื่องจนถึงกำหนดกลับบ้านการเตรียมสมาชิกใหม่สมาชิกใหม่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มจากเจ้าหน้าที่หรือจากสมาชิกเก่า ได้รับเอกสารเกี่ยวกับกลุ่มเอ็นเอ ได้รับการจูงใจเข้าร่วมประชุมเพื่อให้สมาชิกได้เห็นและเข้าใจในรูปแบบของกลุ่ม NA หรือจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ากลุ่ม โดยกลุ่ม TSF จากเจ้าหน้าที่ในการประชุมเจ้าหน้าที่จะให้ข้อมูลกับผู้ดำเนินกลุ่ม/สมาชิกเก่า เพื่อการต้อนรับและแนะนำกลุ่ม NA สำหรับสมาชิกใหม่ หลังเข้าร่วมประชุมเจ้าหน้าที่หรือสมาชิกเก่าจะสอบถามเกี่ยวกับความสนใจ ส่งเสริมการติดต่อสร้างสายสัมพันธ์กับ

สมาชิกเก่า แนะนำสถานที่ที่มีการจัดประชุมที่สมาชิกสะดวกเข้าร่วมประชุมสมาชิกที่มาก่อนเข้าร่วมประชุมในการประชุม ดำเนินการเหมือนสมาชิกที่มาร่วมประชุมตามปกติหลังเข้าร่วมประชุมสมาชิกที่มีประสบการณ์ผ่านการทำ 12 ขั้นตอนกับสปอนเซอร์แล้ว เช่น สมาชิกชาวต่างชาติ ฯลฯ ก่อนเข้าร่วมประชุมดำเนินการเหมือนสมาชิกที่มาร่วมประชุมตามปกติวิธีการที่สมาชิกได้พัฒนาขึ้นตอนคือการที่สมาชิกทำขั้นตอนของตนเองไปเรื่อย ๆ และทำขั้นตอนกับสปอนเซอร์ของตนเองการเข้าร่วมประชุมในแต่ละครั้ง รวมทั้งการไปเข้าร่วมประชุม Round-up ต่าง ๆ เข้าร่วมหรือเข้าร่วมประชุม Workshop ต่าง ๆ การดูแลช่วยเหลือครอบครัวและญาติให้ได้เข้าร่วมการประชุมกลุ่มเอ็นเอเจ้าหน้าที่ได้มีแนะนำและให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับกลุ่มที่จะมีส่วนช่วยให้สมาชิกที่ปฏิบัติตามหลักการหยุดได้ ที่ผ่านมาพบว่ามีส่วนจะมีญาติมาร่วมประชุม แต่ที่ไม่ได้มาร่วมประชุมจะค่อนข้างเข้าใจและสนับสนุนให้สมาชิกมาร่วมประชุมการประชาสัมพันธ์โดยบทบาทบุคลากรทางการแพทย์ภายในสถานพยาบาลในการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับ 12 ขั้นตอน มีการเชิญเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานเข้าร่วมประชุมด้วยและมีการประชุมชี้แจงเกี่ยวกับกลุ่มภายในหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานส่วนใหญ่รู้จักกลุ่ม รู้ว่าเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือ สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นหรือส่งต่อ ผู้มีปัญหาการหยุดได้ภายนอกสถานพยาบาลเจ้าหน้าที่/บุคลากรทางสาธารณสุขที่เคยมาศึกษา/ฝึกประสบการณ์ และที่เคยมาเข้าร่วมประชุม มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มมากขึ้น ซึ่งมีเจ้าหน้าที่/บุคลากรส่วนหนึ่งได้ทำการเปิดกลุ่ม ภายในหน่วยงานของตนเอง และบางส่วนมีความสนใจในแต่ยังไม่มีความพร้อมที่จะเปิดกลุ่มได้การบูรณาการเข้าสู่งานประจำ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นทางเลือกหนึ่งของการบำบัดฟื้นฟูที่สำคัญทางเลือกหนึ่ง ที่มีผู้ปฏิบัติแล้วเห็นผลชัดเจน เป็นแรงผลักดันที่สำคัญให้ผู้ที่ต้องการหยุดเสฟได้โปรแกรม 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Program) เป็นกลุ่มพบปะกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยล้วน ๆ

**แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มบำบัด (Group Therapy)** การให้การปรึกษาเป็นบทบาทของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในระดับพื้นฐานพยาบาลจึงมีบทบาทในการเป็นผู้ให้การปรึกษาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมหรือให้ข้อมูลคำแนะนำสนับสนุนกำลังใจสร้างแรงจูงใจ และปัจจัยทางบวก รวมทั้งช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถเผชิญปัญหา และปรับพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพของตนเอง โดยมีหลักการที่สำคัญคือ การค้นหาศักยภาพความสามารถและพลังที่มีอยู่ภายในบุคคล แล้วสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่น สามารถเข้าใจตน เข้าใจปัญหา และยอมรับปัญหาปรับตัวและเผชิญสภาพของตนอย่างเข้มแข็ง เลือกลงทางและตัดสินใจด้วยตนเองได้รับผิดชอบตนเองได้พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้ให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด คุณลักษณะของการเป็นผู้ให้การปรึกษาที่ดีต้องมี 7 ประการสำคัญคือ 1) การตระหนักรู้ในตนเอง 2) เข้าใจแนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษา 3) เข้าใจหลักการ ปรัชญาและจรรยาบรรณของการให้การปรึกษา 4) มีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด 5) มีทัศนคติดี 6) มีบุคลิกภาพดี

และ 7) มีทักษะในการให้การปรึกษาและทักษะอื่นๆ ดังนี้ การตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) พยาบาลผู้มีบทบาทเป็นผู้ให้การปรึกษาควรมีการตรวจสอบและประเมินความพร้อมของตนเองก่อนให้การปรึกษาโดยการสำรวจตนเองสำรวจอารมณ์และความรู้สึกของตนเองอย่างสม่ำเสมอ และทำความเข้าใจตนเองก่อนให้มีความชัดเจนรู้ตัว รู้สติ รู้อารมณ์ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถวิเคราะห์และทำความเข้าใจในผู้ติดยาเสพติดหรือบุคคลอื่น การตระหนักรู้ในตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาไปสู่การเข้าใจในความเป็นไปและเข้าใจตนเองรวมถึงความสามารถเข้าใจผู้ติดยาเสพติดและครอบครัวด้วยการประเมินตนเองทำให้ทราบความพร้อมของตนเองเพื่อไม่ให้ส่งผลต่อการให้การปรึกษา หากไม่สามารถทำการช่วยเหลือผู้รับบริการในขณะนี้ได้ ควรงดการให้การปรึกษาไว้ก่อนหรือขอให้คนอื่นให้การปรึกษาแทน เข้าใจแนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษาพยาบาลผู้มีบทบาทเป็นผู้ให้การปรึกษาควรมีการศึกษาค้นคว้าเพื่อความเข้าใจแนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษา สามารถเลือกใช้แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ตามความเชื่อของตนและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ติดยาเสพติด อาทิ แนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษา มีทัศนคติดีต่อการให้การปรึกษา พยาบาลผู้มีบทบาทเป็นผู้ให้การปรึกษาควรมีความเชื่อว่าการให้การปรึกษาเป็นวิธีการหนึ่งที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ และเชื่อว่าเป็นวิธีที่สามารถช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดได้ผลดี รวมทั้งควรมีทัศนคติด้านบวกต่อการดูแลผู้ติดยาเสพติดด้วย พยาบาลผู้มีบทบาทเป็นผู้ให้การปรึกษาควรมีบุคลิกภาพดี บุคลิกภาพน่าเชื่อถือ น่าเคารพ ไว้วางใจได้ อบอุ่นท่าทางเอื้ออาทร มีความเป็นมิตร เข้าใจมนุษย ยืดหยุ่นกระตือรือร้น มีทักษะสื่อสารที่ดี รู้จักพูด รู้จักฟังในจังหวะเหมาะสมอดทนต่อการรับฟัง อธิบายได้เข้าใจชัดเจน จับประเด็นได้ดีรักษาความลับได้ดี สุขภาพกายสุขภาพจิตดี ควบคุมอารมณ์ดี พยาบาลผู้มีบทบาทเป็นผู้ให้การปรึกษาควรมีทักษะในการให้การปรึกษาและทักษะอื่นๆ สามารถใช้ทักษะการให้การปรึกษา เช่น การใส่ใจ การถาม การเจียบ การฟังการสะท้อน การทวนความ การแปลความ การให้ข้อมูลการพิจารณาทางเลือก การให้กำลังใจ การแนะนำการสรุปอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีทักษะอื่น ๆ ได้แก่ ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทักษะการแก้ไขปัญหา และการจัดการปัญหาอย่างเหมาะสม ภายใต้การคิดและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ส่งเสริม สนับสนุนความมั่นใจในตนเองให้ผู้ติดยาเสพติด สามารถแก้ไขปัญหาได้ มีทักษะในการสอนและถ่ายทอด ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการสังเกต การคิด การวิเคราะห์ เลือกวิธีการในการให้ข้อมูลแก่ผู้ติดยาเสพติดได้อย่างเหมาะสมมีทักษะในการโน้มน้าวและสร้างแรงจูงใจมีความสามารถในการเชื่อมโยงข้อมูลนำไปสู่เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อการหยุดหรือเลิกยาเสพติดหรือการไม่กลับไปเสพซ้ำจากที่กล่าวมาข้างต้นเป็นคุณลักษณะของพยาบาลที่มีบทบาทเป็นผู้ให้การปรึกษาการเป็นผู้ให้การปรึกษาที่ดีต้องหมั่นทบทวนตนเองประเมินตนเองแสวงหาความรู้และฝึกฝนประสบการณ์ในการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่เป็นผู้ให้การปรึกษาที่ดีเกิดประสิทธิภาพและ



ประสิทธิผลช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าใจตนเอง สามารถใช้ศักยภาพที่มีในตนเองและการให้การปรึกษา ผู้ติดยาเสพติดบรรลุตามเป้าหมาย (นาริสสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิต, 2561)

#### 4.1 ความหมายและชนิดของกลุ่มบำบัด

กลุ่มบำบัด (Group Therapy) หมายถึง เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัด ซึ่งในกระบวนการบำบัดนั้น ประกอบด้วย ผู้บำบัดจำนวนหนึ่งคนหรือหลายคน กับผู้รับการบำบัดตั้งแต่สองคนขึ้นไป มีเป้าหมายที่จะสำรวจปัญหาทางจิตและอารมณ์ไปถึงความยุ่งยากทางจิตเวช หรือความทุกข์ ทุกระดับความรุนแรง การบำบัดช่วยเหลือมีตั้งแต่ระดับประคับประคอง บรรเทา ผ่อนคลาย ขจัดความอึดอัดหรือความทุกข์ไปจนถึงการส่งเสริมคุณค่าของชีวิต ช่วยให้เห็นสัจจะของความทุกข์ มีการปรับปรุงพฤติกรรมและปรับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นรอบ ๆ ตัว (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ซึ่งมีความยืดหยุ่น สามารถนำมาใช้ได้หลายวัตถุประสงค์ กลุ่มบำบัดจึงมีความแตกต่างหลากหลายมาก ดังนี้

1) จิตบำบัด (Psychotherapy) คือ วิธีการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาหรือความผิดปกติทางจิตใจโดยใช้วิธีสื่อสารทางวาจาหรือการพูดคุย รวมทั้งการสื่อความหมายทางอื่น เช่น อากัปกริยา ท่าที สีหน้า และสัมพันธภาพในการรักษาระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ที่มาขอรับการรักษาเป็นตัวสำคัญ ในการแก้ไขปัญหาด้านจิตใจ โดยมีจุดมุ่งหมายต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ป่วย (จันทิมา องค์กรโชค, 2547) สำคัญที่จะลดอาการและปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วยเนื่องจากการมีปัญหาหรือพยาธิสภาพทางจิตใจมักทำให้ความสามารถในการปรับตัวลดน้อยลง และทำให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการหรือพฤติกรรมที่ซ้ำเติม ความสามารถในการไตร่ตรองเพื่อเลือกวิธีแก้ปัญหานั้นที่เหมาะสมอย่างอื่นจะลดลงหรือหายไป การรักษาด้วยจิตบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการพิจารณาและแก้ไขปัญหากจากมุมมองอื่น ก่อให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมให้เหมาะสมมากขึ้น ทำให้อาการและปัญหาต่าง ๆ นั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงลดความรุนแรงของอาการหรือหมดไป และช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตที่ดีขึ้น สามารถต่อสู้กับปัญหาได้ดีขึ้น

2) กลุ่มให้ความรู้ (Education Group) กลุ่มนี้ถูกจัดตั้งขึ้นโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเฉพาะ โดยเน้นที่การมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่มการแลกเปลี่ยนความรู้ต่อกัน ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้มีความรู้เฉพาะในเรื่องที่สอน เช่น กลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล กลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ กลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลสามารถจัดกลุ่มประเภทนี้ได้เป็นอย่างดีเพราะมีความคุ้นเคยกับการให้ความรู้มานาน และการให้ความรู้เป็นบทบาทหนึ่งของกรให้พยาบาล

3) กลุ่มพัฒนาทักษะทางสังคม (Social Skills Training Group) กลุ่มนี้มีเป้าหมายหลักเพื่อพัฒนาความสามารถของสมาชิกในการเรียนรู้ หรือฟื้นฟูที่จะมีสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ ในสังคม หรือการปฏิบัติตัวในสังคม กลุ่มประเภทนี้ถูกนำมาใช้บ่อยกับผู้ป่วยจิตเวช เพราะผู้ป่วยมัก

มีความบกพร่องทางสังคมก่อนหรือหลังการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมักแยกตัว มีความวิตกกังวลในการเข้าสังคม วัตถุประสงค์หลักของกลุ่มนี้ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล และมีประสบการณ์ในการฝึกฝนทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตร

4) กลุ่มจิตศึกษา (Psychoeducation Group) มีเป้าหมายหลักคือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตกับผู้ป่วยจิตเวชและญาติ กลุ่มประเภทนี้ให้ความสำคัญต่อการให้สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสพูดถึงความรู้สึกต่าง ๆ ผู้นำกลุ่มมักเป็นจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช หรือนักสังคมสงเคราะห์

5) กลุ่มประคับประคอง (Support Group) เป็นกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสนับสนุนประคับประคองทางจิตใจต่อสมาชิกกลุ่ม สมาชิกกลุ่มมักเป็นผู้ที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน ได้มาแสดงความรู้สึกพูดคุยปัญหาาร่วมกันโดยมีผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพเป็นผู้นำกลุ่ม (จันทิมา องค์โฆษิต, 2547)

6) กลุ่มให้ความรู้ประคับประคองทางจิตใจ (Educational Support Group) กลุ่มนี้ถูกจัดตั้งขึ้นจากการเห็นประโยชน์ของกลุ่มให้ความรู้และกลุ่มประคับประคองทางจิตใจ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ขยายมาจากกลุ่มจิตศึกษาที่เป้าหมายมุ่งไปที่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและญาติ กลุ่มให้ความรู้ ประคับประคองทางจิตใจเป็นกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ทั้งความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เฉพาะและให้การประคับประคองทางจิตใจต่อสมาชิกกลุ่มไปพร้อม ๆ กัน

7) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่างจากกลุ่มบำบัดชนิดอื่น ๆ ที่กล่าวมา คือ เป็นกลุ่มที่มีการริเริ่มจัดตั้งขึ้นและดำเนินงานโดยสมาชิกของกลุ่มเอง โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่า เรารู้ดีที่สุด หรือไม่มีใครรู้ดีเท่าผู้มีประสบการณ์นั้น ๆ มาก่อน ดังนั้นบุคคลจะได้รับการช่วยเหลือหรือมีประสิทธิภาพมาก ก็ต่อเมื่อการช่วยเหลือนั้นมาจากคนที่มีประสบการณ์ในเรื่องนั้น ๆ มาก่อน สมาชิกในกลุ่มมักเป็นกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะของปัญหาความต้องการที่คล้าย ๆ กัน ได้มาร่วมกันอภิปรายความรู้สึก ให้ข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือต่อกัน

8) กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy Group) เป็นการบำบัดทางพฤติกรรมแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยใช้หลักพฤติกรรมบำบัด ประกอบด้วย ครอบครับบำบัด การฝึกทักษะการทำงานทำ การให้การปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคม

**กระบวนการกลุ่ม** แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) **ขั้นสร้างความมั่นคงปลอดภัยในกลุ่ม ในการเริ่มต้นเข้ากลุ่ม** สมาชิกกลุ่มอาจมีความวิตกกังวล ลังเล สงสัย ไม่แน่ใจ อาจต่อต้านความรู้สึกไม่สบายใจ และปฏิบัติทางอารมณ์อื่น ๆ รวมทั้งผู้นำกลุ่ม เนื่องจากทุกคนอยู่ในสังคมใหม่ ไม่สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้น หน้าที่ของผู้นำกลุ่มคือ การสร้างความคุ้นเคยให้เกิดขึ้น บอกวัตถุประสงค์ กำหนดกติกาการเข้ากลุ่ม บทบาทหน้าที่ของสมาชิก ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม สร้างความไว้วางใจ และเป็นตัวอย่างที่ดี

2) **ขั้นการยอมรับกลุ่ม** กระบวนการกลุ่มขั้นตอนนี้ จะเคลื่อนย้ายจากการต่อต้าน นำไปสู่การร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่ม สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น คุ่นเคยกับบรรยากาศ วิธีการ ผู้นำและสมาชิกกลุ่ม ยอมรับโครงสร้างกลุ่มนำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันเรียนรู้ที่จะยอมรับตนเองและอื่น

3) **ขั้นสร้างความรับผิดชอบ** ขั้นตอนนี้สมาชิกเริ่มไว้วางใจกลุ่ม มีความรับผิดชอบ ต่อตนเองและต่อกลุ่ม เริ่มสำรวจปัญหาของตนเอง สมาชิกจะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการทำความเข้าใจปัญหาที่น่าเสนอต่อกลุ่ม ทำให้กลุ่มพัฒนา มีการเปิดเผยตนเอง เป็นอิสระในการแสดงความคิดเห็นมากขึ้น

4) **ขั้นดำเนินการ** ในขั้นตอนนี้ เริ่มมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่สมาชิกนำเสนอ ในกลุ่ม สมาชิกกลุ่มจะร่วมกันให้ข้อเสนอแนะทางเลือกต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหา จากประสบการณ์ ของตนเอง มีการเปิดเผยตนเองต่อกลุ่มมากขึ้น มีบรรยากาศของการยอมรับ เข้าใจ ให้กำลังใจและ ประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกันของสมาชิกด้วยกัน และผู้นำกลุ่ม

5) **ขั้นยุติกลุ่ม** ในขั้นตอนนี้ เป็นการสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มได้แก้ไขปัญหาภายในกลุ่ม และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแก้ไขการดำเนินชีวิตของตน เป็นการแสดงว่ากลุ่มได้พัฒนาถึงจุดมุ่งหมาย สมควรยุติกลุ่มได้ ซึ่งสมาชิกกลุ่มจะได้ข้อสรุปในการเข้ากลุ่ม ปัญหา และคัดเลือกวิธีการในการแก้ปัญหา ร่วมกัน ผลประโยชน์ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินชีวิต

## 4.2 Curative Factors

**ปัจจัยบำบัด (Therapeutic factor)** (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ตามแนวคิดของ ยาลอม เป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็น ปัจจัยที่เกิดขึ้นจากกระบวนการภายในกลุ่ม จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน เป็น องค์ประกอบที่ช่วยให้การทำกลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ของการบำบัด ปัจจัยทั้งหมดจะค่อย ๆ พัฒนาและ เกิดขึ้นพร้อมๆกันไป แต่ละปัจจัยช่วยเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน สรุปปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม และมีความสำคัญต่อการบำบัด มีดังนี้

1) **การสร้างความหวัง (Instillation of hope or inspiration)** กลุ่มบำบัดสร้างความหวังให้แก่สมาชิกกลุ่ม ซึ่งกำลังเสียขวัญและมองโลกในแง่ร้าย การที่สมาชิกคนอื่นดีขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เห็นสมาชิกที่มีปัญหาเหมือนตนเองดีขึ้น ทำให้สมาชิกกลุ่มระลึกได้ว่า ปัญหานั้นสามารถ แก้ไขได้ ทำให้ตัวเองมีความหวังมากขึ้น เช่น กลุ่มติดสุรา มีสมาชิกที่หยุดใช้แล้ว มาร่วมในกลุ่ม ทำให้ สมาชิกที่ติดอยู่รู้สึกมีความหวังกับปัญหาของตน

2) **การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน (Universalization)** เป็นการตระหนักได้ของ สมาชิกที่ว่าตนเองมิใช่คนเดียวที่มีปัญหาเมื่อได้เข้ากลุ่ม สมาชิกพบว่าคนอื่น ๆ ก็มีปัญหาเช่นกัน ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็จะลดลง

3) **การยอมรับ (Acceptance)** ความรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของสมาชิกอื่น ๆ ในกลุ่มสามารถทนต่อความคิดเห็นที่ขัดแย้งกันได้ ทำให้มีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น

4) **การรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism)** ก่อนเข้ากลุ่มสมาชิกมักมีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะช่วยใครหรือไม่มีอะไรที่มีคุณค่าพอที่จะให้ผู้อื่น แต่เมื่อเข้ากลุ่มสมาชิกได้เรียนรู้ รู้จักการเสียสละเพื่อส่วนรวม รู้ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น ช่วยเหลือผู้อื่นได้ ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง

5) **การได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึก (Cathasis)** การที่สมาชิกได้รับการระบายปลดปล่อยความคิด ความรู้สึก อารมณ์ที่เก็บกดออกมา ทำให้สมาชิกรู้สึกโล่งสบาย (relief) ถือเป็นประสบการณ์ที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษา สมาชิกได้เรียนรู้วิธีที่จะแสดงอารมณ์และเรียนรู้ว่าการแสดงออกทางอารมณ์ไม่ใช่เรื่องเสียหาย

6) **ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในกลุ่ม (Cohesion)** ความรู้สึกที่ว่ากลุ่มกำลังดำเนินไปด้วยกัน สู่เป้าหมายเดียวกัน รวมไปถึงความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน “We-ness” สมาชิกจะมีความผูกพันกับผู้นำกลุ่ม ผูกพันกับเพื่อนสมาชิกและผูกพันกับกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเป็นเจ้าของกลุ่ม

7) **เรียนรู้ทักษะทางสังคม (Interpersonal learning)** การเรียนรู้วิธีที่จะติดต่อและสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยอาศัยกลุ่มเป็นที่ฝึกซ้อม กลุ่มเปรียบเสมือนสังคมจำลอง (Social microcosm) ถ้าให้เวลานานพอ สมาชิกจะแสดงพฤติกรรมในกลุ่มเช่นเดียวกับที่เขาแสดงในสังคมที่เขาอยู่ด้วย พฤติกรรมที่สมาชิกมีต่อผู้อื่นอย่างไม่ถูกต้อง (interpersonal maladaptive behavior) ก็จะปรากฏออกมาในกลุ่มได้ชัดเจนกว่าการบำบัดรายบุคคล สมาชิกได้เรียนรู้ว่าพฤติกรรมชนิดไหนของตนเอง ที่ทำให้ผู้อื่นต้องผละหนึหรือถอยห่าง พฤติกรรมแบบไหนที่ทำให้ผู้อื่นอยากใกล้ชิดมากขึ้น สมาชิกยังได้เรียนรู้ผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับของเพื่อนสมาชิกในกลุ่มด้วยว่ามีพฤติกรรมที่บ่อนทำลายตัวเอง หรือทำให้ตนเองเป็นฝ่ายไม่ได้ประโยชน์อย่างไร

8) **การได้รับและให้ข้อมูลข่าวสาร (Imparting of information)** สมาชิกมีโอกาสได้รับคำแนะนำจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ในขณะที่เดียวกันก็ได้มีโอกาสให้ข้อมูลหรือคำแนะนำกับสมาชิกคนอื่น ๆ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างสมาชิกในกลุ่ม

9) **การได้เลียนแบบ (Imitative behaviour)** การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ลอกเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนเองพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิก ทำให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

10) **การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (The corrective recapitulation of the primary group member)** สถานการณ์ในกลุ่มก็คล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มนึกถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตนเองและแสดงพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็น

ปัญหาออกมา ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มได้เสนอแนะพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิก ทำให้สมาชิกได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้น ๆ ให้ถูกต้องเหมาะสม

**11) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้ากลุ่ม (Development of socializing techniques)** การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ได้เรียนรู้ทักษะทางสังคม เรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งมีประโยชน์ต่อสมาชิกในการนำไปใช้กับสังคมภายนอก

**12) การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factors)** การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิต บางครั้งก็สมหวังบางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ทำให้สมาชิกมีความพึงพอใจในตนเอง ความรู้สึกต่ำต้อย เสียใจ ท้อถอยกับชีวิตตนเอง ลดลงหรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

**4.3 ทักษะพื้นฐาน ในการดำเนินการกลุ่ม** ทักษะที่ใช้ในการดำเนินการกลุ่ม มี 3 ลักษณะ ดังนี้ (กาญจนา ไชยพันธ์, 2541) ทักษะการตอบสนอง (Reaction Skills) ประกอบด้วย

**1) การฟัง (Listening)** เป็นการแสดงถึงการยอมรับ เข้าใจ สนใจ และแสดงให้ผู้พูดรับรู้ว่าเรากำลังสนใจประสานสายตา การพยักหน้า

**2) การทวนซ้ำ (Restatement)** หมายถึง ความเข้าใจที่ผู้นำกลุ่มถ่ายทอดกลับไปให้สมาชิกรับทราบ โดยเอาประโยคที่สมาชิกได้กล่าวมาแล้วกล่าวซ้ำ อาจกล่าวซ้ำทั้งประโยคหรือกล่าวซ้ำบางส่วนที่เป็นใจความสำคัญ

**3) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection)** หมายถึง การที่ผู้นำกลุ่มรับรู้ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ หรือย่อสมการที่สมาชิกแสดงออก ด้วยวาจา ท่าทาง หรือแฝงเร้นในเนื้อหา ทำให้สมาชิกเข้าใจความรู้สึก ความคิด ทศนคติของตนเอง ตระหนักในเรื่องที่พูด

**4) การทำให้กระจ่าง (Clarification)** โดยผู้นำกลุ่มจะช่วยให้สิ่งที่ผู้พูดนั้นได้ความเข้าใจชัดเจน ด้วยภาษาง่าย ๆ เพื่อให้สมาชิกทั้งกลุ่มเข้าใจตรงกัน

**5) การสรุปความ (Summarizing)** ผู้นำกลุ่มจะสรุปก่อนยุติ เป็นการสรุปสาระสำคัญ หรือใช้ในการช่วยให้สมาชิกมุ่งไปสู่ประเด็นสำคัญ

**ทักษะการปฏิสัมพันธ์ (Interaction Skill)** ประกอบด้วย

**1) ทักษะการดำเนินการกลุ่ม (Moderating)** เป็นทักษะของการใช้ คำพูด หรือท่าทีที่ผู้ใช้เพื่อการควบคุมปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม เพื่อให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นของตน

**2) การแปลความ (Interpretation)** โดยการนำเอาสิ่งที่สมาชิกพูดมาตีความใหม่ให้เกิดความเข้าใจลึกซึ้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจยิ่งขึ้น ในการตีความอาจจะให้ความเห็นเชิงวิจฉัยใส่เข้าไปด้วย

3) **การเชื่อมโยง (Linking)** เป็นการเอาความคิดที่ร่วมกัน ของสมาชิกมาเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดความแน่นแฟ้นมากขึ้น

4) **การสกัดกั้น (Blocking)** เป็นการใช้ทักษะที่ผู้นำกลุ่มใช้ในการป้องกันมิให้สมาชิกทำสิ่งที่ไม่สมควรหรือ ไม่เหมาะสม

5) **การสนับสนุน (Encouraging and Supporting)** เป็นทักษะในการให้แรงเสริมให้กำลังใจและให้การสนับสนุน ต่อสมาชิกกลุ่มที่เขาได้พยายามมีส่วนร่วมในกลุ่ม

6) **การจำกัด (Limiting)** หมายถึง ทักษะที่ใช้ในการกำหนดขอบเขตของการทำงานของกลุ่ม เพื่อป้องกันการกระทำของกลุ่มที่เกินเลย การรุกรานสิทธิส่วนบุคคล พยายามข่มขู่เน้นการกระทำ

7) **การป้องกัน (Protection)** เป็นทักษะที่ป้องกันที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่ม การหาความคิดเห็นที่สอดคล้องกันเป็นทักษะในการค้นหาว่าสมาชิกมีจุดยืนของตนอย่างไรในปัญหาต่าง ๆ

**ทักษะเชิงปฏิบัติการ (Action Skill)** ประกอบด้วย

1) **การถาม (Questioning)** เป็นการส่งเสริมให้สมาชิกรู้จักขบคิด และพูดตามความต้องการโดยผู้นำกลุ่มใช้คำถามปลายเปิด

2) **การค้นหา (Exploring)** เป็นการช่วยส่งเสริมให้สมาชิก ได้มองตนเองและปัญหาของตนเองได้อย่างลึกซึ้ง ผู้นำกลุ่มพยายามจะใช้วิธีการที่ช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้กระบวนการของการสำรวจจิตใจของตนเอง และสามารถใช้เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้กลุ่มก้าวไปสู่ปฏิสัมพันธ์และปัญหาที่ลึกซึ้ง

3) **การเผชิญหน้า (Confronting)** คือการชี้ให้เห็นอย่างจริงจังและตรงไปตรงมา ซึ่งผู้นำกลุ่มควรกระทำในลักษณะที่เป็นการหยั่งดู และไม่บีบบังคับให้เขาจนมุมเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกที่ช่วยให้กลุ่มจัดการกับความไม่สอดคล้องกันหรือขัดแย้งกันในพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งมุ่งให้เกิดประโยชน์ในการทำให้สมาชิกเข้าไปรับผิดชอบต่อปัญหาของตน

4) **การร่วมเปิดเผยตนเอง (Personal Sharing)** โดยผู้นำกลุ่มเปิดเผยตนเอง ที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในการทำให้เขาเห็นว่า ถ้าผู้ให้การปรึกษาเป็นมนุษย์คนหนึ่ง ชี้ให้เห็นว่าตนมีความเต็มใจที่จะร่วมมือเปิดเผยตนเองเช่นเดียวกันสมาชิก แต่การเปิดเผยตนเอง ไม่ควรเปิดเผยในสิ่งที่ไม่ควร ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของผู้ให้การปรึกษา

5) **การเป็นแบบ (Modelling)** หมายถึง ทักษะในการสาธิตให้สมาชิกได้เห็นถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้นำกลุ่มเพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการเข้ากลุ่ม และดำเนินชีวิตส่วนตัว

## 5. กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

สมาคมผู้ติดยาเสพติดนิรนาม (Narcotics Anonymous: NA) ก่อตั้งขึ้น เมื่อเดือน กรกฎาคม ปี ค.ศ. 1953 โดยพัฒนามาจาก กลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์ (Alcoholics Anonymous) และมีการประชุมกันเป็นประจำเริ่มต้นที่ ลอสแอนเจลิส รัฐแคลิฟอร์เนีย หลังจากนั้นแพร่หลายอย่างรวดเร็วในประเทศสหรัฐอเมริกา และอีกหลายประเทศทั่วโลกสมาคมเอ็นเอ คือสมาคมที่ไม่หวังผลกำไรของคนทุกเพศทุกวัยซึ่งมีปัญหาจากการใช้ยาเสพติด ที่กำลังฟื้นฟูสภาพมาพบกันเป็นประจำเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้เลิกยาเสพติด สิ่งเดียวที่จะเป็นสมาชิกเอ็นเอคือความต้องการที่จะหยุดใช้ยาเสพติด ขอให้คุณเปิดใจให้กว้างและใช้เวลากับตนเอง วิธีการของเอ็นเอเป็นวิธีการที่ชัดเจนนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทุกคนสามารถเป็นสมาชิกเอ็นเอได้โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ไม่มีค่าสมัครหรือค่าธรรมเนียม ไม่มีใบสัญญาที่ต้องลงนาม ไม่จำกัดอายุ เพศ ศาสนา เชื้อชาติสิ่งสำคัญที่คุณต้องมีเมื่อเข้ามาอยู่ในกลุ่มเอ็นเอคือ ความซื่อสัตย์ การเปิดใจให้กว้าง และความยินยอมพร้อมใจคุณมีทั้ง 3 อย่างนี้ แสดงว่าคุณ กำลังเดินไปในทางที่ถูกต้อง โรงพยาบาลลอร์ดบร็อกวูด ได้นำหลักการของสมาคมผู้ติดยาเสพติดนิรนาม มาพัฒนาให้เป็นกิจกรรมทางเลือก ให้ผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้กลับไปเสพยา โดยการประชุมกลุ่มเอ็นเอ ดังนี้ มีการจัดประชุมกลุ่มเอ็นเอ ทุกวันพุธ เวลา 13.30-14.30 น. มีการจัดประชุมกลุ่มเอ็นเอประจำปี (Round up) ในช่วงเดือน กรกฎาคม ของทุกปีมาอย่างต่อเนื่องแล้ว 8 ครั้ง และพาสมาชิกไปเข้าร่วมประชุม Round up ที่กรุงเทพฯและเชียงใหม่ อย่างสม่ำเสมอ โรงพยาบาลลอร์ดบร็อกวูด ได้นำดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอ็นเอโดยการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

กลุ่มผู้ติดยาเสพติดนิรนาม จากหลักการ 12 ขั้นตอน กระบวนการต่อไปนี้เป็นสิ่งที่ทำให้สามารถฟื้นฟูสภาพจากการติดยาเสพติดได้ การนำหลักการไปปฏิบัติในกิจวัตรทุกอย่างของเรา สำคัญในหลักการ 12 ขั้นตอน ในขั้นต้นเป็นการยอมรับตนเองว่ามีปัญหาติดยาเสพติด และไม่สามารถแก้ปัญหาตนเองได้ ผู้เสพติดต้องหันกลับมาเคารพศรัทธาพลังอำนาจที่อยู่เหนือตน ในการกลับฟื้นคืนสภาพ พลังอำนาจที่อยู่เหนือตน คือสิ่งศักดิ์ในความเชื่อ ความศรัทธาของแต่ละคน ซึ่งอาจแตกต่างกัน หรืออาจจะเป็นอย่างอื่นก็ได้ การหมั่นทบทวนถึงการกระทำที่ผ่านมาของตัวเอง การยอมรับสิ่งผิดพลาดในอดีต การยอมรับผิดกับบุคคลที่เป็นที่เคารพรัก และการขอขมาโดยตรงต่อบุคคลที่ตนเองเคยล่วงเกินไว้ ความสม่ำเสมอในการทบทวนตนเองยอมรับผิดอย่างจริงจังเมื่อพบว่าผิด กิจกรรมกลุ่มตามหลักการ 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation Manual: TSF) ใช้วิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของผู้ติดยาเสพติด โดยอาศัยการประชุมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ซึ่งลักษณะกิจกรรมกลุ่มประชุมก็จะมีหลากหลายกิจกรรมซึ่งแต่ละกลุ่มจะเลือกกิจกรรมอะไรก่อนหลังก็แล้วแต่กลุ่มจะตกลงกัน ซึ่งแต่ละกลุ่มมีอิสระในการเลือกกิจกรรมประชุมกลุ่มกันเอง แต่จะมีแนวทางคล้ายกันวางเอาไว้ โดยทั่วไปจะมีเช่น

## 5.1 ลักษณะกิจกรรมกลุ่ม

1) สมาชิกที่ติดยาเสพติดได้ (Speaker) เล่าประสบการณ์ของตนเองให้กลุ่มฟัง สมาชิกเล่าเรื่องตนเองประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด ชีวิตปัจจุบัน ความหวังในอนาคต และทำอะไรจึงจะไม่ ใช้ยาเสพติด เวลาในการเล่า 15 – 20 นาที จากนั้นเปิดโอกาสให้ที่ประชุม พุดคุยในเรื่องที่ได้รับฟัง

2) ให้สมาชิกอ่านหลักการ 12 ขั้นตอน (Twelve steps) โดยอ่านทีละคน ความ ยาวแล้วแต่จะกำหนด และเปิดโอกาสให้ที่ประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องที่อ่าน (ซึ่งการ ประชุมแต่ละครั้งจะเลือก steps ในช่วงเริ่มกิจกรรมใหม่ ๆ)

3) พื้นฐานการหยุดเสพ (Back to basics) ที่ประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่อง การไม่ใช้ยาเสพติด เช่น หยุดเสพให้ได้ทีละวัน

4) อ่านหนังสือบิกบุ๊ก คนละหนึ่งย่อหน้า และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องที่ได้ อ่านกัน

5) ขั้นตอนที่ 11 (Step 11) ฝึกนั่งสมาธิบางที่มีการจดเทียบ และพูดคุยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์

6) ขอแค่วันนี้ (Just for today) เลือกอ่านตอนใดตอนหนึ่ง “ขอแค่วันนี้” และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์

7) อ่านหนังสือ “อยู่อย่างไม่ใช่ยาเสพติด” 1 บท แบ่งกันอ่านคนละหนึ่งย่อหน้า และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน

8) ข้อคิดประจำวัน (Daily sober) อ่านหนังสือ หนังสือข้อคิดประจำวัน (ให้คนใด คนหนึ่งอ่าน 1 หน้าของวันนั้น) และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

9) ความเห็นของบิล (As Bill sees it) ให้คนใดคนหนึ่งเลือกอ่านหน้าใดก็ได้ของ หนังสือ “ความเห็นของบิล” และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

10) ผู้มาใหม่ (Newcomer) เป็นการประชุมแบบถามตอบแลกเปลี่ยนกัน

11) หัวข้อเปิด (Topic) ให้ที่ประชุมเสนอหัวข้อขึ้นมา และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในหัวข้อนั้นตัวอย่างหัวข้อ (Topic) การพึ่งพาอาศัยกัน, ความสัมพันธ์อันดี, ภาวะความเสี่ยง, อารมณ์, ความเบื่อหน่าย ฯลฯ

คำแนะนำในการประชุมเอ็นเอ

- ระยะเวลา 1 ชั่วโมง (เริ่ม – จบ ตรงเวลา) กลุ่มส่วนใหญ่ใช้เวลา 1 ชั่วโมง แต่มี บางกลุ่มใช้เวลามากกว่านั้น ส่วนช่วงเวลาที่ใช้ประชุมขึ้นอยู่กับความสะดวกของสมาชิกและสถานที่

- ให้มีสมาชิกที่หยุดใช้ยาเสพติด อย่างต่ำ 2 คน เข้าร่วมประชุม

- เวลาประชุม จะให้สมาชิกพูดทีละคนไม่อนุญาตให้พูดสวนกัน หรือพูดโต้ตอบกัน



### ประเภทของกลุ่มเอ็นเอ

ประเภทของการประชุมกลุ่มเอ็นเอ สามารถแบ่งตามลักษณะผู้เข้าร่วมเป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มประชุมแบบเปิด (Open group) และกลุ่มแบบปิด (Close group) การประชุมกลุ่มเอ็นเอเป็นการดำเนินการโดยสมาชิกกลุ่มเอ็นเอ ซึ่งเป็นผู้ที่กำหนดรูปแบบการประชุมด้วยตัวเอง

- กลุ่มประชุมแบบปิด (Closed group) เป็นการประชุมสำหรับเฉพาะสมาชิกกลุ่มเอ็นเอเท่านั้น

- กลุ่มประชุมแบบเปิด (Open group) ผู้ที่เข้าร่วมเป็นใครก็ได้ที่สนใจในโปรแกรมกลุ่มเอ็นเอในการฟื้นฟูสภาพ

ประเภทของกลุ่มเอ็นเอ แบ่งตามลักษณะการดำเนินกลุ่ม สามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่

- การอภิปราย (Discussion) ผู้ดำเนินการประชุมจะทำหน้าที่เปิดการประชุม และเลือกหัวข้อในการอภิปราย หัวข้อมักนำมาจากหนังสือ Big book หลัก 12 ขั้นตอนและธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ และวารสารเอเอเกรฟไวน์

- การพูดของสมาชิกที่มีประสบการณ์ (Speaker) โดยมีการเลือกสมาชิกที่จะพูดไว้ล่วงหน้าโดยขึ้นอยู่กับมติของกลุ่มโดยทั่วไป Speaker มักเป็นสมาชิกที่มีประสบการณ์อย่างต่อเนื่องเพื่อมาแบ่งปันประสบการณ์ มักเป็นการนำเสนอเรื่องราวของตนเอง สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนในอดีต การเปลี่ยนแปลงในตนเอง สิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ในปัจจุบันความหวัง และทำอย่างไรถึงอยู่ได้โดยไม่ต้องใช้ยาบ้า

- การประชุมสำหรับผู้เริ่มต้น (beginners) การประชุมนำโดยสมาชิกเก่า ประสบการณ์ได้ระยะเวลาหนึ่งแล้ว มักกระทำในลักษณะการถามตอบเพื่อช่วยเหลือผู้มาเข้าร่วมประชุมใหม่

- การประชุมเกี่ยวกับขั้นตอน ธรรมเนียม หรือหนังสือ big book เป็นการประชุมเพื่อศึกษาแต่ละขั้นตอนของหลัก 12 ขั้นตอน ศึกษาธรรมเนียมแต่ละข้อในธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ หรือศึกษาเนื้อหาในหนังสือ big book โดยทั่วไปกลุ่มเอ็นเอ มักนิยมนำเนื้อหาในหนังสือ big book ในช่วงการเริ่มต้นประชุมทุกครั้ง ซึ่งพยาบาลที่เป็น Facilitation สามารถที่จะให้คำแนะนำโดยการแสดงให้ดูว่าการประชุมแบบ การอภิปราย ทำอย่างไร แบบการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Speaker) ทำอย่างไรได้ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของสมาชิก และช่วยให้สมาชิก เห็นความแตกต่างของรูปแบบการประชุมในแต่ละรูปแบบ

## 5.2 หลักการ 12 ขั้นตอน (12 Steps) และธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ (12 Traditions)

### 5.2.1 วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดได้รู้ถึงหลักการพื้นฐานในการฟื้นฟูสภาพของกลุ่ม เอ็นเอ
- 2) เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าใจถึงแนวคิดเกี่ยวกับหลักการ 12 ขั้นตอนของกลุ่มเอ็นเอ ที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพของตนเอง
- 3) เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดรู้ถึงพื้นฐาน 12 ข้อที่เป็นธรรมเนียมปฏิบัติของสมาชิกเอ็นเอ

### 5.2.2 เนื้อหา

หลัก 12 ขั้นตอนเป็นหลักการฟื้นฟูสภาพเป็นลำดับขั้นทางจิตวิญญาณ สำหรับสมาชิกกลุ่มเอ็นเอหลักการที่ได้มาจากประสบการณ์ของตนในด้วยตนเอง เพื่อใช้เป็นหลักในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอ็นเอและช่วยกันร่างธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ เพื่อเป็นธรรมเนียมปฏิบัติของสมาชิกกลุ่ม ทำให้กลุ่มคงความเป็นอิสระ ไม่พึ่งพาวงศ์กรภายนอกป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้งของศาสนา หรืออิทธิพลทางการเมืองเข้ามาแทรกแซงแสวงหาผลประโยชน์และยังทำให้กลุ่มสามารถรักษาความลับหรือความเป็นนิรนามของสมาชิกไว้ได้ ระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ 1 ชั่วโมง

### 5.2.3 วิธีการดำเนินกิจกรรม

- 1) สร้างสายสัมพันธ์และพูดคุยเรื่องทั่วไป รวมทั้งใส่ใจต่อคำพูด ท่าทีและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ สังคมที่เกิดขึ้น
- 2) พูดคุยถึงแนวคิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เขาเป็นอยู่และการรู้จักเกี่ยวกับเอ็นเอเท่าที่เขาพร้อมทั้งตั้งใจให้เขาลองเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
- 3) พูดคุยและให้ความรู้เกี่ยวกับ 12 steps
- 4) พูดคุยและให้ความรู้เกี่ยวกับ 12 Tradition
- 5) บอกให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าใจคือประโยชน์ที่จะได้รับ ถ้าเข้าร่วมกลุ่ม เอ็นเอ และลองศึกษาความรู้เกี่ยวกับ 12 ขั้นตอน โดยดูจากการเข้าร่วมประชุมกลุ่ม หรืออ่านหนังสือของเอ็นเอ
- 6) สรุปกิจกรรมในครั้งนี้ นัดหมายครั้งต่อไป

### 5.2.4 หลักการ 12 ขั้นตอน ของกลุ่มเอ็นเอ

**ขั้นตอนที่ 1** เรายอมรับว่าเราไม่มีอำนาจเหนือยาเสพติดและเราไม่สามารถควบคุมชีวิตของเราเองได้

**ขั้นตอนที่ 2** เราเชื่อว่าอำนาจที่ยิ่งใหญ่กว่าเรา จะสามารถรักษาให้เรากลับสู่สภาพปกติได้

**ขั้นตอนที่ 3** เราตัดสินใจที่จะมอบชีวิตและจิตใจของเราไว้ภายใต้การดูแลของพลังอำนาจและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ตามที่เราได้เข้าใจในสิ่งศักดิ์สิทธิ์

**ขั้นตอนที่ 4** เราทำการสำรวจความผิดชอบชั่วดีในตัวเราอย่างกล้าหาญ

**ขั้นตอนที่ 5** เรายอมรับผิดชอบต่อพลังอำนาจและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่อตัวเราและต่อผู้อื่นในความผิดของเรา

**ขั้นตอนที่ 6** เราพร้อมแล้วโดยสิ้นเชิงที่จะให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์กำจัดความประพฤติที่เสื่อมเสียเหล่านี้

**ขั้นตอนที่ 7** เราอ่อนน้อมอย่างอ่อนน้อมและด้วยความรู้สึกสำนึกขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์กำจัดความประพฤติที่เสื่อมเสียเหล่านี้

**ขั้นตอนที่ 8** เราทำรายชื่อของผู้ที่เราเคยทำความเสียหายให้และเต็มใจที่จะชดเชยใช้ความเสียหายให้แก่พวกเขาทั้งหมด

**ขั้นตอนที่ 9** เราขอใช้ให้แก่พวกเขาเหล่านั้นโดยตรงเท่าที่จะเป็นไปได้ ยกเว้นในกรณีที่การกระทำดังกล่าวอาจเป็นอันตรายแก่พวกเขาหรือผู้อื่นได้

**ขั้นตอนที่ 10** เราสำรวจตัวเองอยู่เสมอและยอมรับผิดทันทีเมื่อเราผิด

**ขั้นตอนที่ 11** เราได้สวดภาวนาและตั้งจิตสมาธิเพื่อจะได้ สัมผัสกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์อย่างมีสติตามที่เราได้เข้าใจสิ่งศักดิ์ ภาวนาขอทราบความปรารถนาของสิ่งศักดิ์สิทธิ์และพลังที่จะกระทำตามนั้นได้สำเร็จลุล่วง

**ขั้นตอนที่ 12** เมื่อเราได้รับผลสำเร็จจากการทำตามขั้นตอนเหล่านี้และพ้นจากความมืดบอดทางจิตวิญญาณแล้วเราจะพยายามเล่าเรื่องนี้ให้ผู้ติดยาเสพติดคนอื่นได้ทราบและใช้หลักเกณฑ์เหล่านี้มาเป็นหลักปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ

ใน 12 ขั้นตอนนั้นจะได้ผลดีต่อเมื่อ ได้ลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนจริง ๆ และในแต่ละขั้นตอนในแต่ละคนก็ใช้เวลาไม่เท่ากันบางคนได้ผลเร็ว บางคนเห็นผลช้า แต่หากมีความมุ่งมั่นเพียรพยายามทำตามจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายแน่นอน การเข้าร่วมประชุมกลุ่มกับสมาชิก เอ็นเอ บ่อยครั้งจะทำให้เข้าใจ มีพลังในการเปลี่ยนแปลงและเห็นความก้าวหน้าของตนเอง และในแต่ละ Steps ให้ลงมือปฏิบัติอย่างค่อยเป็นค่อยไปแต่ให้มีความสม่ำเสมอผู้ที่ปฏิบัติตาม 12 ขั้นตอนอย่างจริงจัง มักหยุดเสฟได้อย่างมีความสุข และมีอิสระมักพบกับหนทางในการแก้ไขปัญหาทางจิตใจและพัฒนาเติบโตขึ้นทางจิตวิญญาณและสามารถที่จะใช้ชีวิตอยู่กับปัจจุบันได้อย่างมีความสุขมากขึ้นสบายใจขึ้น โดยไม่ต้องพึ่งพายาเสพติดแต่อย่างใด

**5.2.5 กลุ่มผู้ติดยาเสพติดนิรนาม** คือการรวมตัวของชายและหญิงที่มาแบ่งปันประสบการณ์ความเข้มแข็ง ความหวังซึ่งกันและกันพวกเขาอาจจะสามารถแก้ไขปัญหาของพวกเขาเองได้และช่วยผู้อื่นให้พ้นสภาพจากโรคติดยาเสพติดได้ คุณสมบัติของสมาชิกภาพมีเพียงข้อเดียวคือ

มีความต้องการหยุดเสพไม่มีค่าสมาชิกหรือค่าใช้จ่ายของการเป็นสมาชิกกลุ่มเอ็นเอ พวกเราช่วยเหลือตนเอง โดยผ่านการบริจาคของพวกเราตนเองกลุ่มเอ็นเอไม่เกี่ยวข้องกับกลุ่มการเมือง องค์กรหรือสถาบันใด ๆ ไม่มีความประสงค์เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับความขัดแย้งใด ๆ ทั้งไม่เห็นด้วยหรือต่อต้านในทุก ๆ กรณีเป้าประสงค์หลักของพวกเราช่วยผู้ติดยาเสพติดให้ดีขึ้น”

### 5.2.6 ธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ ของกลุ่มเอ็นเอ

ได้สะท้อนให้เห็นภาพของความสัมพันธ์ของสมาชิกจากมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1) สวัสดิการส่วนรวมมีความสำคัญที่สุดต้องมาก่อน การรักษาเป็นรายบุคคลจะพึงพาความสามัคคีของกลุ่ม
- 2) เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ผู้ทรงอำนาจสูงสุดมีหนึ่งเดียว คือ สังกัดศิษย์ผู้เมตตา ผู้จะทรงแสดงต่อสามัญสำนึกของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มเป็นเพียงผู้รับใช้อย่างซื่อสัตย์ เขาเหล่านั้นไม่ได้ปกครองกลุ่ม
- 3) คุณสมบัติข้อเดียวที่จะทำให้เป็นสมาชิกเอ็นเอได้ คือ ความปรารถนาที่จะหยุดเสพ
- 4) กลุ่มเอ็นเอแต่ละกลุ่มมีอิสระจากกัน ยกเว้นในกรณีที่จะมีผลกระทบต่อกลุ่มอื่น หรือต่อเอ็นเอทั้งหมด
- 5) แต่ละกลุ่มมีวัตถุประสงค์หลักประการเดียวคือสืบทอดข้อมูลวิธีการรักษาตัว สูผู้ติดยาเสพติดที่ยังทนทุกข์ทรมานอยู่
- 6) กลุ่มเอ็นเอจะต้องไม่แสดงความเห็นชอบเข้าข้างหรือให้ผู้อื่นยืมชื่อไปใช้ ไม่ว่าจะ เป็นกลุ่มหรือสมาคมที่เกี่ยวข้องกับเราหรือส่วนบุคคลภายนอก เนื่องจากปัญหาเรื่องเงิน ๆ ทอง ๆ ทรัพย์สินและความมีหน้าตา จะมาทำให้กลุ่มของเราเบี่ยงเบนไปจากวัตถุประสงค์หลักของกลุ่ม
- 7) กลุ่มเอ็นเอทุกกลุ่ม จะต้องพึ่งพาตนเองได้โดยสมบูรณ์ ไม่บริจาคจากภายนอก
- 8) กลุ่มเอ็นเอจะต้องคงลักษณะการรวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการเอาไว้แต่ศูนย์บริการของเราอาจว่าจ้างพนักงานพิเศษได้
- 9) ดังนั้น เอ็นเอจึงไม่มีการก่อตั้งอย่างเป็นทางการ แต่เราอาจตั้งคณะกรรมการหรือกรรมการที่มีหน้าที่รับผิดชอบการให้บริการแก่บุคคลที่เราช่วยเหลือ
- 10) กลุ่มเอ็นเอไม่มีความคิดเห็นในเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรา ดังนั้นชื่อของกลุ่มไม่ควรถูกกล่าวอ้างในเหตุขัดแย้งใด ๆ

11) นโยบายการประชาสัมพันธ์ของเราเป็นการดึงดูดความสนใจไม่ใช่การส่งเสริมการขาย เราจะต้องคงความเป็นนิรนามไว้ตลอดเวลา เมื่อติดต่อกับสื่อมวลชน หนังสือพิมพ์ วิทยุ และโทรทัศน์

12) ความเป็นนิรนามเป็นพื้นฐานสำคัญทางจิตใจของธรรมเนียมทั้งหมดของเรา เป็นสิ่งที่เตือนให้เราให้ความสำคัญต่อหลักการมากกว่าตัวบุคคล

### 5.2.7 ขั้นตอนการดำเนินกลุ่มเอ็นเอในการประชุมกลุ่มของสมาชิกเอ็นเอ

การประชุมกลุ่มเอ็นเอ ใช้ระยะเวลาแต่ละครั้งประมาณ 60 – 90 นาที การกำหนดเวลาเป็นช่วงใดขึ้นอยู่กับความสะดวกของสมาชิกและสถานที่ที่ใช้ จำนวนสมาชิกที่เป็นผู้ติดยาเสพติดตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีสมาชิก 1 คนอาสาสมัครเป็นผู้นำการประชุม ทำหน้าที่เปิดและปิดการประชุมให้ตรงเวลา คอยควบคุมประเด็นที่พูดให้เกี่ยวกับยาบ้าคอยดูแลไม่ให้สมาชิกแต่ละท่านพูดนานเกินไป เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกท่านมีโอกาสได้พูด ขั้นตอนของการดำเนินการประชุมมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1) ผู้นำการประชุมกล่าวสวัสดิและแนะนำตนเอง มักใช้เป็นชื่อเล่น และตามด้วย “ผู้ติดยาบ้า” หรือ “ผู้มีปัญหาเรื่องยาบ้า” และกล่าวต้อนรับสมาชิกทั้งหมด

2) สมาชิกกล่าวคำขอพรและความสงบสุขพร้อม ๆ กัน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**“ขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ความสงบแก่ข้า ให้อยอมรับสิ่งที่เปลี่ยนไม่ได้ ให้อำนาจเปลี่ยนสิ่งที่เปลี่ยนได้ และปัญญาที่จะแยกแยะ”**

3) ผู้นำการประชุมจะบอกต่อกลุ่มว่า กลุ่มเอ็นเอ คืออะไร เนื้อหา มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

“เอ็นเอ เป็นกลุ่มชายและหญิงที่มาแบ่งปันประสบการณ์ ความหวัง ช่วยกันแก้ปัญหา และช่วยเหลือผู้มีปัญหาเกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติด สมาชิกคือผู้ที่อยากหยุดยาเสพติด การเป็นสมาชิกไม่มีค่าใช้จ่าย เอ็นเออยู่ได้จากเงินบริจาคจากสมาชิก เอ็นเอไม่เกี่ยวข้องกับองค์กร ความเชื่อ หรือการเมือง และไม่ประสงค์ที่จะเกี่ยวกับเรื่องอื่นใด ๆ หลักสำคัญของเราคือการหยุดเสพและช่วยผู้ติดยาเสพติดให้หยุดเสพ”

4) ผู้นำการประชุมเตือนสมาชิกปิดเครื่องมือถือสื่อสาร เพื่อไม่เป็นการรบกวนตลอดการประชุม

5) ผู้นำการประชุมจะขอให้สมาชิก 1 ท่าน อ่านข้อความที่เลือกไว้ ซึ่งมักเป็นข้อความที่อยู่ในหนังสือ “จะทำให้สำเร็จได้อย่างไร”

6) ผู้นำการประชุมชักชวนให้สมาชิกแต่ละท่านแนะนำตัว โดยใช้ชื่อเล่น และตามด้วยการบอกว่าตนเองเป็นคนขี้ยา เช่น “ผมชื่อ แดง ผมเป็นคนขี้ยา” และสมาชิกท่านอื่น ๆ

ก็ต้อนรับพร้อมกันว่า “สวัสดี แดง” ผู้นำการประชุมมักเริ่มต้นจากสมาชิกที่ใหม่ (New comer) สมาชิกที่เริ่มต้นหยุดเสฟได้ไม่ถึง 30 วัน สมาชิกที่มีวันเกิดเอ็นเอในวันนั้น ๆ คือวันครบรอบของการหยุดเสฟ เพื่อเป็นการต้อนรับสมาชิกใหม่และผู้ที่ยุติหยุดเสฟใหม่ ๆ และเป็นการแสดงความยินดีกับผู้ที่ครบรอบของวันที่หยุดเสฟ

7) ในบางการประชุมมีการมอบเหรียญที่ระลึกของการครบรอบระยะเวลาการหยุดเสฟ เช่น 1 วัน 30 วัน 60 วัน 90 วัน 6 เดือน เป็นต้น โดยเฉพาะในช่วงแรกๆ ของการหยุดเสฟ เพื่อเป็นการแสดงความยินดีต่อความสำเร็จในแต่ละลำดับขั้น และเป็นการเสริมแรงต่อพฤติกรรมหยุดเสฟให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น สมาชิกกลุ่มเอ็นเอก็มักใช้เหรียญเหล่านี้เป็นตัวเตือนความสำเร็จที่สำคัญของการหยุดเสฟ

8) ผู้นำการประชุมแจ้งต่อสมาชิกถึงหัวข้อการประชุมในวันนี้ หัวข้อที่กลุ่มเอ็นเอเอ็นเอมีดังต่อไปนี้

- เรื่องราวของสมาชิกที่มีประสบการณ์ (Speaker) โดยเลือกสมาชิก 1 ท่าน เพื่อมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การหยุดเสฟของตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15 -20 นาที และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยถึงเรื่องที่ได้รับฟัง

- การพัฒนาขั้นตอน (Steps) โดยให้สมาชิกช่วยกันอ่านเนื้อหาของขั้นตอน 1 ขั้นตอนในหนังสือหลัก 12 ขั้นตอน โดยอาจช่วยกันอ่านคนละ 1 ย่อหน้า และเปิดโอกาสให้สมาชิกเอ็นเอแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องที่ได้อ่าน

- การกลับคืนสู่พื้นฐานของการหยุดเสฟ (Back to basics) โดยให้ที่ประชุมแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องราวพื้นฐานสำคัญของการหยุดเสฟ ได้แก่ หลักการ 24 ชั่วโมงขอแค่วันนี้ ไม่เสฟครั้งแรก เป็นต้น

- การอ่านหนังสือ Big book ของกลุ่มเอ็นเอ โดยให้สมาชิกช่วยกันอ่านเนื้อหาบางส่วนจากหนังสือ big book อาจช่วยกันอ่านคนละ 1 ย่อหน้า ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที และสมาชิกแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องที่ได้อ่าน

- การพัฒนาขั้นตอนที่ 11 (Step 11) โดยทำใจให้เป็นสมาธิด้วยวิธีการต่าง ๆ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที และสมาชิกแบ่งปันประสบการณ์

- การอ่านเนื้อหาสำคัญในหนังสือของกลุ่มเอ็นเอ หัวข้อที่นิยมเป็นอันดับต้น ๆ ได้แก่ ขอแค่วันนี้ ข้อคิดประจำวัน (Daily reflections) เป็นต้น โดยให้สมาชิกช่วยกันอ่านคนละ 1 ย่อหน้า และแบ่งปันประสบการณ์กัน

- การประชุมถามตอบเพื่อผู้มาใหม่ (New -comer) โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีการถามตอบกับสมาชิกที่มีประสบการณ์ติดต่อบ้างมานานพอสมควร

- การประชุมแบบหัวข้อเปิด (Open topics) โดยเปิดโอกาสให้สมาชิก นำเสนอหัวข้อ และแบ่งปันประสบการณ์ในหัวข้อนั้น ๆ

9) ขณะการประชุมผู้นำการประชุมจะเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีโอกาสพูด ทุกคน ขอให้สมาชิกพูดทีละคน ไม่พูดแทรกกัน ไม่พูดนานเกินไป พูดคุยในประเด็นหรือเรื่องที่เพิ่งอ่าน พูดคุยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดยาเสพติด การพูดคุยของสมาชิกกลุ่มเอ็นเอมักไม่พูดเรื่องราวเกี่ยวกับสมาชิกอื่น ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มบำบัดของบุคลากรทางการแพทย์

10) ก่อนหมดเวลาประชุม 5 นาที ผู้นำการประชุมจะอ่านธรรมเนียม ข้อที่ 7 และเปิดรับเงินบริจาคจากสมาชิกโดยไม่บังคับ เพื่อเป็นกองทุนใช้จ่ายต่าง ๆ ของกลุ่ม เช่น ค่าสถานที่ ค่าโทรศัพท์ ค่าหนังสือเอกสารต่าง ๆ เป็นต้น

### 5.2.8 กฎกติกามารยาทของกลุ่มเอ็นเอ

กฎกติกามารยาทของการดำเนินกลุ่มเอ็นเอ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1) อย่ารบกวนขณะที่สมาชิกอื่นกำลังพูด
- 2) พูดเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนเอง
- 3) พูดอย่างซื่อสัตย์ตรงไปตรงมามากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- 4) อย่าพูดเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวของผู้อื่น
- 5) อย่าพูดถึงลัทธิศาสนาหรือบรรยายทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์
- 6) สมาชิกอาจพูดถึงปัญหาส่วนตัวของการปรับใช้โปรแกรม แต่ไม่ควรที่จะพยายามปฏิเสธโปรแกรม
- 7) อย่าเผชิญหน้าหรือทำทนายการพูดของสมาชิกอื่นก่อนหน้านี้
- 8) อย่าแนะนำสมาชิกอื่น ๆ ของกลุ่มเอ็นเอโดยตรง
- 9) อย่าอธิบายสาเหตุพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มเอ็นเอคนอื่น ๆ
- 10) อย่าแปลความหมายของทางจิตวิทยาเกี่ยวกับพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มเอ็นเอคนอื่น ๆ

สรุป บทบาทพยาบาลในหลักการ 12 ขั้นตอนของกลุ่มเอ็นเอ มีกิจกรรมกลุ่มเพื่อน ช่วยเพื่อน หัวข้อที่ใช้ในกลุ่ม ดังนี้ 1) โรคสมองติดยาเสพติด 2) ตัวกระตุ้นภายนอกและภายใน 3) เส้นทางการเจ็บป่วย 4) เอ็นเอคืออะไร วิธีการของเอ็นเอ ได้ผลอย่างไร 5) หลักการ 12 ขั้นตอนและธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ 6) การจัดการกับอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์และความสำคัญของ เอ็นเอ 7) อะไรคือสิ่งที่คุณจะได้รับเมื่อเลือกจะเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มเอ็นเอ และญาติหรือผู้เกี่ยวข้อง มีบทบาทอะไรบ้าง 8) ศัพท์ที่ควรรู้เกี่ยวกับเอ็นเอ 9) โรคจิตเวช ครอบคลุมกับโรคติดยาเสพติด เป็นต้น พยาบาลทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือบริการสมาชิกในการเตรียมการประชุม, เปิดกลุ่มและเป็นตัวแทนสมาชิกในการดูแลการประชุมและเพื่อสมาชิกให้มีความสิ้นใจในการประชุมและปิดกลุ่ม

## 6. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2551)

**6.1 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพ็พพลา (Peplau's interpersonal theory)** แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นการประยุกต์แนวคิดของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการบำบัด (Therapeutic nurse-patient relationship) ลักษณะเป็นแบบ one-to-one relationship พยาบาลจะใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งบทบาทเหล่านี้ช่วยให้พยาบาลค้นพบความต้องการของผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Peplau, 1952 อ้างถึงใน ศุภกรใจ เจริญสุข, 2557; Peplau, 1991 อ้างถึงใน ญาธิตา วุฒิสาสตร์กุล, วิยะดา ทิพม่อม, และ ฉัญญาสิริ ฉันทยสวัสดิ์, 2565)

**6.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)** เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากจิตใต้สำนึก (Subconscious) หรือสัญชาตญาณดั้งเดิม (basic instinct) การแก้ไข พฤติกรรมสามารถกระทำได้โดยการเจาะลึกถึงจิตใต้สำนึก ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ สัญชาตญาณที่คอยผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความสุข และความต้องการของ ตนเอง Ego ทำหน้าที่ในการตระหนักถึงความเป็นเหตุเป็นผลตามสภาพความเป็นจริงและ Superego ทำหน้าที่คอยควบคุมพฤติกรรม โดยปกติการทำงานของ 3 ส่วนจะมีความสมดุลระหว่างกัน ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายปรากฏการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจาก 2 สาเหตุคือ 1) เกิดจากการที่บุคคลขาดความสามารถในการควบคุมสัญชาตญาณของมนุษย์ ขาดความรักความอบอุ่นในครอบครัว ขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสมตามพัฒนาการ 2) เกิดจากการที่บุคคลไม่พัฒนา Superego มีการใช้กลไกการเก็บกดการโทษตนเอง เมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด กังวล

**6.3 ทฤษฎีมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม ((Humanistic Existentialism Theory)** พัฒนาการมาจากจิตวิทยาแนวมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม ((Humanistic Existentialism psychology) ศึกษาเรื่องความเป็นมนุษย์และลักษณะเฉพาะของมนุษย์ ที่ทำให้มนุษย์มีปรากฏการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตเชื่อว่าความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง การแปลและความหมายส่วนตัวของประสบการณ์ และความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง (Self Perception) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ การรักษาในแนวนี้นำความรู้เรื่องมนุษยนิยมมาช่วยให้เข้าใจถึงธรรมชาติของพฤติกรรมและปัญหาของมนุษย์จากอีกมุมมองที่ช่วยให้เห็นภาพรวมของปัญหาได้กว้างและชัดเจนขึ้น ทำให้การรักษาจิตบำบัดมีประสิทธิภาพดีขึ้น การรักษาให้ความสนใจและความหวังในเรื่องความเป็นมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรี มีความสามารถและศักยภาพที่จะพัฒนาให้บรรลุถึงเป้าหมายของการเป็นตนเองที่สมบูรณ์ ดังนั้นการรักษาจะช่วยเสริมลักษณะพิเศษของมนุษย์ เช่น ความสามารถในการเลือก (Choice) ความสร้างสรรค์ (Creativity) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกาย จิตใจ และวิญญาณ และสมรรถภาพที่จะรู้สึกตัว ความเป็นอิสระ และความรับผิดชอบ เพื่อนำมาพัฒนาตนเองให้มีทักษะในการแก้ปัญหา ให้รู้สึกว่าคุณค่า มีความนับถือในตนเอง (Self Respect) และ



เพิ่มคุณภาพของชีวิตตน ส่วนด้านจิตบำบัดแนวอัตถิภาวนิยม (Existentialism) ให้ความสนใจต่อความหมายของการมีชีวิตอยู่ ความตาย อิสรภาพ ความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น รวมความถึงการมีชีวิตแบบมีคุณค่า การรักษาด้วยวิธีนี้ นอกจากจะให้ผู้ป่วยรู้ถึง (Awareness) ตนเองแล้วยังช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาให้กว้างออกไปจากปัญหาในแต่ละวันไปถึงปัญหาที่เป็นเรื่องของความหมายของชีวิตมนุษย์ (Human Existence) เพื่อใช้เป็นหลักการในการตัดสินใจรับผิดชอบชีวิตตน ปรัชญาของแนวนี้มองว่า ชีวิตคือการตัดสินใจเลือก ทุกคนต้องรับผิดชอบต่อการเลือกการรักษาแนวอัตถิภาวนิยมให้มีความสำคัญต่อปัจจุบัน (Present) ไม่โยงไปที่อดีต (Past Experiences) และให้ความสนใจกับสิ่งที่กำลังรู้สึกหรือรู้สึกได้ขณะนี้ (Conscious Feelings) มากกว่าเรื่องของจิตใต้สำนึก (Unconscious Thoughts) การรักษาในแนวนี้ นำความรู้เรื่องมนุษย์มาช่วยให้เข้าใจถึงธรรมชาติของพฤติกรรมและปัญหาของมนุษย์ จากอีกมุมมอง ที่ช่วยให้เห็นภาพรวมของปัญหาได้กว้างและชัดเจนขึ้น ทำให้การรักษาจิตบำบัดมีประสิทธิภาพดีขึ้น การรักษาให้ความสนใจและความหวังในเรื่องความเป็นมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรี มีความสามารถและศักยภาพที่จะพัฒนาให้บรรลุถึงเป้าหมายของการเป็นตนเองที่สมบูรณ์ ดังนั้นการรักษาจะช่วยเสริมลักษณะพิเศษของมนุษย์ เช่น ความสามารถในการเลือก (Choice) ความสร้างสรรค์ (Creativity) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกาย จิตใจ และวิญญาณ และสมรรถภาพที่จะรู้สึกตัวความเป็นอิสระ และความรับผิดชอบ เพื่อให้นำมาพัฒนาตนเองให้มีทักษะในการแก้ปัญหาให้รู้สึกว่าคุณค่า มีความนับถือในตนเอง (Self Respect) และเพิ่มคุณภาพของชีวิตตน

ส่วนด้านจิตบำบัดแนวอัตถิภาวนิยม (Existentialism) ให้ความสนใจต่อความหมายของการมีชีวิตอยู่ ความตาย อิสรภาพ ความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น รวมความถึงการมีชีวิตแบบมีคุณค่า การรักษาด้วยวิธีนี้ นอกจากจะให้ผู้ป่วยรู้ถึงตนเอง (Awareness) แล้วยังช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาให้กว้างออกไปจากปัญหาในแต่ละวันไปถึงปัญหาที่เป็นเรื่องของความหมายของชีวิตมนุษย์ (Human Existence) เพื่อใช้เป็นหลักการในการตัดสินใจรับผิดชอบชีวิตตน ปรัชญาของแนวนี้มองว่า ชีวิต คือการตัดสินใจเลือก ทุกคนต้องรับผิดชอบต่อการเลือกของตน และต้องประสบกับผลของการเลือกนั้นของตนการรักษาแนวอัตถิภาวนิยมให้ความสำคัญต่อปัจจุบัน (Present) ไม่โยงไปที่อดีต (Past Experiences) และให้ความสนใจกับสิ่งที่กำลังรู้สึกหรือรู้สึกได้ ขณะนี้ (Conscious Feelings) มากกว่าเรื่องของจิตใต้สำนึก (Unconscious Thoughts ทฤษฎี มนุษนิยม-อัตถิภาวนิยม) ทฤษฎีนี้เชื่อในศักยภาพของมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มทฤษฎี ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มทฤษฎี 3 กลุ่มคือ

- 1) ทฤษฎีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Theory) เชื่อว่ามนุษย์มีธรรมชาติที่ดี มีแรงจูงใจในทางบวก สามารถตัดสินใจเลือกทางชีวิตของตนเองได้ ถ้ามีอิสระเพียงพอ และในสถานการณ์ที่เอื้ออำนวย มนุษย์จะพัฒนาได้เต็มศักยภาพ (Full Potential) ฉะนั้นมนุษย์จึงเป็นผู้นำตนเอง (Self-Directing) และภายใต้สภาพการณ์ที่มีเงื่อนไขอันเหมาะสม

ยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditioned Positive Regard) มนุษย์จะพัฒนาตนเองไปในทางทิศทางการที่เหมาะสมกับความสามารถของตน พฤติกรรมของผู้นำกลุ่มจะไม่ชี้แนะ (Nondirective) แสดงออกถึงความอบอุ่น เข้าใจ ยอมรับ ฟังอย่างตั้งใจ เชื่อมโยง (Linking) เนื้อหา ความรู้สึกของสมาชิกภายในกลุ่มบ่งชี้ให้เห็นที่ประสบการณ์ ความรู้สึกของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งค่อนข้างจะเป็นปัญหาภายในจิตใจ สัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มจะมีลักษณะอบอุ่น เปิดเผยเป็นมิตร เข้าใจ ลักษณะปัญหาที่นำมาพูดคุยในกลุ่ม มักจะเป็นเรื่องของความรู้สึกความวิตกกังวล สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

2) ทฤษฎีเอกซิสเทนเชียลและเกสตาท์ (Existential and Gestalt Theory) มีแนวคิดดังนี้ (Posthuma, 1996) เน้นความเป็นอิสระของบุคคล มีเอกลักษณ์ของตัวเอง ผู้บำบัดจะต้องเอื้อให้สมาชิกตระหนักรู้และเข้าใจตัวเอง เมื่อสมาชิกตระหนักรู้ในภาวะที่นี้และเดี๋ยวนี้ รู้ว่าอะไรคือปัญหา ไม่ใช่ทำไมจึงเกิดปัญหา สมาชิกจะสนใจปัจจุบันและตระหนักรู้พร้อม แนวทางแก้ไขปัญหาได้โดยทฤษฎี เกสตาท์ มีจุดหมายพื้นฐานของการบำบัดอยู่ที่กล่าวถึง ความสำเร็จของการตระหนักรู้ด้วยตนเอง นั่นคือการบำบัด หากไม่ตระหนักรู้ ผู้ป่วยจะไม่มีเครื่องมือ สำหรับการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ ด้วยการตระหนักรู้ ผู้ป่วยจะหันมาแก้ปัญหาและพบเงื่อนไขใหม่ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงให้ได้โดยใช้ประสบการณ์ในอดีตมารวมประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจ การบำบัดเกสตาท์ เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดแบบ Existential ซึ่งมีฐานบนการค้นพบตนเอง ตามหนทางแห่งชีวิตตน ยอมรับ และรับผิดชอบในส่วนตัวตน บุคคลต้องตระหนักในภาวะขณะนี้ เดียวนี้การรักษาในแนวคิดนี้เน้นความสำคัญที่การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

ดังนั้นการให้การยอมรับ ความเห็นใจ และความเข้าใจผู้ป่วยของผู้รักษาเป็นจุดที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ และเข้าใจถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตและความรู้สึกของตนเองที่แท้จริงทำให้สามารถยอมรับตนเอง และเห็นได้ว่าตนเองนั้นต้องเป็นผู้ที่รับผิดชอบต่อการกระทำหรือพฤติกรรม และชีวิตของตนเอง รวมทั้งตนเองเท่านั้นที่จะเป็นผู้สามารถพัฒนา ดัดแปลงพฤติกรรมของตนเพื่อแก้ไขและขจัดปัญหาจิตใจ

### 3) ทฤษฎีการบำบัดเชิงเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Theory)

Albert Ellis นักจิตวิทยาคลินิกเป็นผู้ริเริ่มทฤษฎีและมีพื้นฐานจากทฤษฎีการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) โดยเชื่อว่าด้านอารมณ์และพฤติกรรมแปรปรวนของบุคคลว่ามีสาเหตุจากกระบวนการคิดของบุคคลที่ประกอบด้วยความคิด การรับรู้ ความเชื่อและการแปลความหมาย Ellis เรียกว่าความคิดหรือความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล เป็นสาเหตุโดยตรงของอารมณ์และพฤติกรรมแปรปรวน เช่น อารมณ์ซึมเศร้า โกรธ เฉื่อยชา หรือวิตกกังวล ดังนั้นการช่วยเหลือให้บุคคลมีอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เหมาะสม คือ การเปลี่ยนแปลงความคิดหรือความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลเป็นความคิดที่มีเหตุผล เป้าหมาย RET สอดคล้องกันโดยมีเป้าหมาย คือ เข้าถึงความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล

ที่ทำให้เป็นปัญหาทางพฤติกรรม งดกิจกรรมเสริมที่เป็นปัญหา รักษาสภาพความคิดที่มีประสิทธิผล ปรับปรุงมุมมองให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมโดยฝึกคิดอย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มนักทฤษฎีที่นำไปสู่การปฏิบัติจากความเชื่อนี้ได้แก่ กลุ่ม Gestalt กลุ่ม Cognitive Therapy กลุ่ม RET

### 6.3 การทำกลุ่มบำบัดเชิงพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

แม้ว่าการนำ RET มาใช้ในการทำจิตบำบัดครั้งแรกเป็นรายบุคคล Ellis (1962) ได้นำมาใช้ในการทำกลุ่ม Ellis พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงซึ่งผลการศึกษาที่เกิดจากการทำกลุ่มบำบัดเชิงพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อสมาชิกและผู้นำกลุ่ม มีดังต่อไปนี้ (Ellis, 1977)

- 1) ยอมรับความเป็นจริง กับปัญหาที่เกิดขึ้นและมีความเข้าใจตนเอง ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ แทนที่จะเรียกร้องแต่ความต้องการมากกว่าจะแยกไปคุยกับผู้นำกลุ่ม
- 2) ทำให้สมาชิกที่เข้ากลุ่ม กล่าวพูดและแสดงความคิดเห็น เปิดเผยปัญหาของตน เพื่อแลกเปลี่ยนกับสมาชิก
- 3) ผู้บำบัดมีบทบาทเป็นที่ยอมรับของสมาชิกเนื่องจากได้มีการนำเอาข้อเสนอแนะของสมาชิกในกลุ่มนำมาให้สมาชิกกลุ่มได้คิดวิพากษ์วิจารณ์
- 4) ให้ข้อสังเกตเกี่ยวกับการบ้านที่เป็นชีวิตจริงที่ได้รับมอบหมายให้ลองไปปฏิบัติในเรื่องที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่ชอบ
- 5) ได้มีการปฏิบัติเป็นบทบาทสมมติ สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น กระตุ้นให้สมาชิกกล่าวพูดคุยโดยใช้ความคิดความเชื่อ
- 6) ต้องทำการบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการเรียงลำดับในสิ่งที่เรียนมาอย่างเป็นระบบ
- 7) การทำเป็นกระบวนการกลุ่ม ทำให้คนในกลุ่มรู้สึกไม่โดดเดี่ยว
- 8) การเรียนรู้จากการกระทำ
- 9) สมาชิกที่เข้ากลุ่มสามารถเป็นตัวของตัวเองและกล้าที่จะพยายามแก้ไขปัญหา
- 10) ต้องใช้เวลาและทำบ่อยๆจึงจะทำให้ดีขึ้น

## บทที่ 3

### ทฤษฎีทางการพยาบาลและการพยาบาล

#### 1. กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่มีขั้นตอนการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล กิจกรรมในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเป็นการใช้องค์ความรู้ (Knowledge based) ทางวิทยาศาสตร์ ศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และทักษะการคิดวิเคราะห์ (Critical thinking) สามารถคิดเป็นระบบ ตัดสินใจ (Decision-making) และการใช้เหตุและผล (Rational) ในการอ้างอิงได้อย่างถูกต้องตามหลักการแก้ปัญหา กระบวนการพยาบาล ใช้หลักของกระบวนการแก้ปัญหา (Problem-solving process) โดยมีเป้าหมายเป็นตัวกำหนด (Goal-directed) ดังนั้นก่อนนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ ควรทำความเข้าใจในกิจกรรมและเป้าหมายในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

- 1.1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment)
- 1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
- 1.3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)
- 1.4 การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan)
- 1.5 การประเมินผล (Evaluation)

**กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้**

**1.1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment)** การประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล เป็นการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยตลอดจนความสามารถในการจัดการความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการจะต้องถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการอย่างแท้จริง การประเมินภาวะสุขภาพจะนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ควรเป็นการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของทุกความต้องการของผู้รับบริการ โดยใช้แนวคิดและรูปแบบการพยาบาลมาใช้เป็นกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพมีกิจกรรมที่พยาบาลต้องทามี 5 กิจกรรม ได้แก่

**1.1.1 การเก็บข้อมูล (Collecting data)** เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม-วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past health history) การเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present/Current illness) ผลการตรวจและการรักษาของแพทย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลที่เก็บจะต้องสะท้อนต่อภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective Data) ที่ได้มาจากผู้รับบริการโดยตรง เป็นความรู้สึกหรืออาการ (Symptoms) โดยผู้รับบริการเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยเจ็บของตนเอง วิธีการดำเนินชีวิตและความต้องการที่ต้องการการตอบสนอง ข้อมูลปรนัย (Objective Data) ที่เก็บมาจากอาการแสดง (Signs) เป็นข้อมูลพยาบาลรับรู้ได้จากการดู การสังเกต การวัด การตรวจ การฟัง การสัมผัส การดม และการตรวจร่างกาย (Physical Examination) เช่น สีหน้าที่แสดงออกมา ลักษณะการเดิน การยืน ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าของความดันโลหิต อุณหภูมิของร่างกาย เป็นต้น วิธีการเก็บข้อมูลเบื้องต้นที่ใช้ ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและจากประวัติสุขภาพ

**1.1.2 การรวบรวมข้อมูล** มีหลายแนวทางโดยใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาล เช่น กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework) หรือตามแนวคิดความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow's basic needs) หรือตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory) หรือตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self Care Theory) ทั้งนี้แล้วแต่สถานบริการสุขภาพจะเลือกใช้เพื่อทำให้การรวบรวมข้อมูลถูกรวบรวมมาอย่างเป็นระบบ

**1.1.3 การตรวจสอบข้อมูล** ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาในขั้นตอนของการประเมินภาวะสุขภาพต้องสมบูรณ์ เป็นความจริงและถูกต้อง เพราะว่าการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการเลือกกิจกรรมการพยาบาลขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้มา การตรวจสอบข้อมูลจึงเป็นการตรวจสอบซ้ำหรือตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้มาถูกต้องและเป็นความจริงโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่เก็บมาครบถ้วนสมบูรณ์ ข้อมูลปรนัยและข้อมูลอัตนัยมีความสอดคล้องกัน ให้ได้ข้อมูลอื่นที่ถูกลืมมองข้ามไป ป้องกันการสรุปอย่างเร่งรีบและให้สามารถแยกแยะข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ ก่อนทำการสรุป

**1.1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล** เป็นการใช้เหตุและผลในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาทั้งหมด การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการส่งสัญญาณให้รู้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพหรือไม่ พิจารณาได้จากสิ่งบ่งบอกของปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ อาการและอาการแสดง สิ่งบ่งบอกจะนำไปสู่การค้นหาความต้องการหรือปัญหา ถ้าข้อมูลถูกรวบรวมในรูปแบบของ 11 แบบแผนสุขภาพ

ของกอร์ดอน จะทำให้พยาบาลได้มุ่งความสนใจไปที่ความต้องการหรือปัญหาในแบบแผนสุขภาพนั้น ๆ สรุปลอกมาเป็นปัญหาสุขภาพ

**1.1.5 การบันทึกข้อมูล** ข้อมูลจะถูกบันทึกทุกขั้นตอนของการประเมินสุขภาพ รูปแบบของการบันทึก ขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่จะนำออกมาใช้ก่อนที่ข้อมูลจะถูกบันทึก จะต้องมีการรวบรวมข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ การบันทึกต้องบันทึกปราศจากอคติหรือลำเอียงหรือการใช้ความคิดเห็นส่วนตัว ต้องระบุว่าเป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) หรือข้อมูลปรนัย (Objective data) การบันทึกข้อมูลอัตนัยพยาบาลต้องบันทึกตามคำพูดที่ผู้บริการพูดออกมา โดยต้องไม่เอาคำพูดนั้นไปแปลความหรือสรุปความออกมา การบันทึกข้อมูลต้องกระชับ กะทัดรัด สั้น แต่ได้ใจความ ตัวสะกดและไวยากรณ์ที่ใช้ต้องถูกต้อง การบันทึกจะเขียนหรือพิมพ์ก็ได้ให้สามารถอ่านได้ชัดเจน การบันทึกข้อมูลไม่ใช่การสรุปข้อมูล

**1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)** เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ (Client's needs or problems) ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อเท็จจริงจนสรุปได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพ มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis Statement) การวินิจฉัยการพยาบาลใช้เป็นฐานสำหรับการจัดกิจกรรมการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่พยาบาลรับผิดชอบ จำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาลออกเป็น 5 ประเภทดังนี้

**1.2.1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis)** เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่บ่งบอกถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วในขณะที่ทำการประเมินภาวะสุขภาพ มีอาการและอาการแสดงให้เห็นชัดเจน (Signs and Symptoms) ได้มาจากการบอกเล่าของผู้รับบริการหรือจากการสังเกตของพยาบาลที่เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (Objective data) หรือจากการวินิจฉัยของแพทย์

**1.2.2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (Risk nursing diagnosis)** เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้ คือมีปัจจัยเสี่ยงปรากฏให้เห็นแต่ปัญหายังไม่เกิด ไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็นชัด และมีโอกาสพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพได้

**1.2.3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น (Possible nursing diagnosis)** เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ปัญหาอาจเกิดขึ้นได้ แต่ยังไม่ชัดเจนและไม่สมบูรณ์ในข้อมูลที่มีและสาเหตุของปัญหายังระบุไม่ได้ ปัญหาเป็นเพียงพิจารณาได้ว่าอาจจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลต้องหาข้อมูลที่สำคัญและเกี่ยวข้องมาสนับสนุนเพิ่มเติมหรือตัดทิ้งออกไปถ้าแน่ใจว่าปัญหาจะไม่เกิด

**1.2.4 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี (Wellness nursing diagnosis)** เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดีที่แสดงถึงภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับสุขภาพดีเป็นระดับที่ดีมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพสามารถพิจารณาได้จากพฤติกรรมของผู้รับบริการใน 2

ประเด็นนี้ ได้แก่ 1) พฤติกรรมที่แสดงถึงความต้องการที่จะมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น 2) พฤติกรรมที่แสดงถึงการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**1.2.5 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกลุ่มของอาการ (Syndrome Nursing Diagnosis Statement)** เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อธิบายกลุ่มอาการที่เฉพาะเจาะจงของการวินิจฉัยการพยาบาล ที่เกิดขึ้นร่วมกันของข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้วกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกันที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์

ซึ่งจะบอกให้พยาบาลได้รับรู้ว่า มีสถานการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้ จะมีข้อความที่รวมถึงพยาธิสภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

**1.3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) มี 4 ขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้**

**1.3.1 จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา การจัดลำดับมีหลักการพิจารณา** ได้ 2 ทาง คือ 1) ปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลต่อชีวิตต้อง ได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันที เป็นปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) 2) การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยการใช้ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow, 1943) ตามขั้นตอนความต้องการของมนุษย์ ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นระดับความต้องการที่จำเป็นต่อการอยู่รอดของชีวิต ได้แก่ อากาศอาหาร น้ำ การขับถ่าย อุณหภูมิ ที่อยู่อาศัย การพักผ่อนนอนหลับและความสัมพันธ์ทางเพศ

**1.3.2 กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected out comes) หรือเกณฑ์การประเมินผล (Evaluation criteria)** เป็นการกำหนดข้อบ่งชี้ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปตามที่คาดหวังไว้ว่าบรรลุตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ เป็นการกำหนดเกณฑ์การประเมินผล

**1.3.3 การเลือกกิจกรรมการพยาบาล (Selecting Nursing Interventions/Activities)** เป็นการเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการและเป้าหมายการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่ทำในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ไม่ขัดต่อความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรม รวมถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ เป็นกิจกรรมสำหรับผู้รับบริการเฉพาะรายเน้นความเป็นปัจเจกบุคคลแบบองค์รวม

**1.3.4 การเขียนแผนการพยาบาล (Writing nursing care plan)** เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลทุกคนที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการที่ได้รับมอบหมาย แผนการพยาบาลจะเขียนก่อนที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการ การเขียนแผนการพยาบาลเป็นการนำส่วนต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบของกระบวนการพยาบาลมาเขียนเป็นแผนการพยาบาล

**1.4 การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan)** เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แผนการ

พยาบาลที่มีความสมบูรณ์และถูกต้อง ก่อนนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ พยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการซ้ำ เพื่อตรวจสอบภาวะสุขภาพของผู้รับบริการอีกครั้งว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงจะได้มีการปรับกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถ และทักษะทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นถึงความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้รับบริการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ กิจกรรมการพยาบาลต้องเป็นการปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการเป็นรายบุคคล คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล สิทธิของบุคคล และความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้

**1.5 การประเมินผล (Evaluation)** การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ การประเมินผลการพยาบาลช่วยทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการ

## 2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

### 2.1 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพ็พพลาว (Peplau's interpersonal theory)

แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นการประยุกต์แนวคิดของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการบำบัด (Therapeutic nurse-patient relationship) ลักษณะเป็นแบบ one-to-one relationship พยาบาลจะใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งบทบาทเหล่านี้ช่วยให้พยาบาลค้นพบความต้องการของผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Peplau, 1952 อ้างถึงใน ศุภกรใจ เจริญสุข, 2557; Peplau, 1991 อ้างถึงใน ญาธิดา วุฒิสาสตร์กุล, วิยะดา ทิพม่อม, และ ธัญญาสิริ ฉันทยสวัสดิ์. (2565) ดังนี้

1) บทบาทคนแปลกหน้า (Stranger role) เป็นบทบาทที่พยาบาลและผู้ป่วยพบกันครั้งแรก ซึ่งเป็นคนแปลกหน้าต่อกัน พยาบาลจำเป็นต้องสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้น

2) บทบาทแหล่งสนับสนุน (Role of the resource person) เป็นบทบาทที่พยาบาลทำหน้าที่ให้ความรู้หรือข้อมูลเฉพาะ ตอบคำถาม แลกข้อมูล และให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย

3) บทบาทผู้สอน (Teaching role) เป็นบทบาทที่พยาบาลกระทำร่วมกับบทบาทอื่น ๆ โดยให้คำแนะนำและอบรมความรู้แก่ผู้ป่วย

4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Counseling role) เป็นบทบาทที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของสภาพการณ์ในปัจจุบัน ให้คำแนะนำและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง



5) บทบาทผู้ทดแทน (Surrogate role) เป็นบทบาทที่พยาบาลเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ โดยพยาบาลจะแสดงบทบาทนี้ในภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้

6) บทบาทผู้นำ (Leadership role) เป็นบทบาทที่พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตามเป้าหมายของการบำบัด

7) บทบาทของผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค (Technical expert role) เป็นบทบาทที่พยาบาลให้การดูแลด้านร่างกายผู้ป่วยและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ

**2.2 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล** ประกอบด้วย (Peplau, 1952 cited in Videbeck, 2014)

บุคคล (Person) เป็นระบบตัวตนซึ่งประกอบด้วยลักษณะและความต้องการทางชีวเคมี สรีระ และสัมพันธภาพ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะสามารถผสมผสานความต้องการและประสบการณ์อย่างมีแบบแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ แต่หากกระบวนการผสมผสานนี้ไม่ประสบความสำเร็จก็อาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ คับข้องใจ เครียด และวิตกกังวล บุคคลจึงพยายามหาหนทางให้ตนเองสมหวังซึ่งจำเป็นต้องมีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ

สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ เป็นหน้าที่หลักที่พยาบาลต้องรับผิดชอบและดำเนินการเพื่อให้ผู้ใช้บริการบรรลุเป้าหมายของการมีภาวะสุขภาพที่ดี

สุขภาพ (Health) เป็นการเปลี่ยนแปลงของบุคคลไปในทางที่ดีและมีประสิทธิภาพ ซึ่งภาวะสุขภาพจะเกิดขึ้นได้เมื่อความเครียดในบุคคลลดลงและถ่ายทอดออกมาเป็นพลังในทางสร้างสรรค์ พลังนี้จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีจะเป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกพึงพอใจ

การพยาบาล (Nursing) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลเพราะเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตั้งแต่สองคน โดยพยาบาลใช้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการให้การพยาบาลและบำบัดทางจิตเวช ที่เรียกว่า therapeutic nurse-patient relationship ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเริ่มต้น (Orientation phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะเกิดปัญหา และต้องการความช่วยเหลือ พยาบาลจะต้องสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วยในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการการช่วยเหลือนั้น ช่วยให้ผู้ทำความเข้าใจกับปัญหาและตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว

2) ระยะระบุปัญหา (Identification phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือเขาได้ สามารถระบุได้ว่าใครควรเป็นผู้ช่วยเหลือในการ

แก้ไขปัญห และเริ่มรู้สึกว่ามีความสามารถในการจัดการกับปัญหา พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกของตน และสามารถตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นได้

3) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) เป็นระยะของการให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลต้องทำความเข้าใจ ให้การยอมรับ ห่วงใย เอาใจใส่ ไม่ตัดสินหรือใช้อารมณ์กับผู้ป่วย และช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองที่ดีขึ้น ค้นพบความสามารถของตนเองเพื่อนำมาพัฒนาความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด

4) ระยะสรุปผล (Resolution phase) เป็นระยะสุดท้ายของการพยาบาลที่ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว โดยความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เป็นการยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งบางครั้งการยุติสัมพันธภาพอาจทำได้ยากเนื่องจากความต้องการพึ่งพาเพราะสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมักมีความต่อเนื่อง ถ้าการยุติสัมพันธภาพสำเร็จลงด้วยดี ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อิสระโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล แสดงว่าผู้ป่วยเกิดการพัฒนาและประสบความสำเร็จของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทุกระยะด้วย

### 2.3 ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation theory)

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย มีความเชื่อว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต จะมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม โดยจะปรับตัวได้ดีหรือมีปัญหาการปรับตัว ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่มากระทบและระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคล โดยมีโน้ตทัศน์หลักของทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1984 อ้างถึงใน จิราภร รักการ, (2565) มีดังนี้

บุคคล (Person) เป็นสิ่งมีชีวิตที่ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ และสังคม (Bio psycho social) ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นระบบการปรับตัว บุคคลจะมีพฤติกรรมตอบสนองและเกิดกระบวนการควบคุมให้มีการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

1) การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological mode) เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงด้านร่างกาย พฤติกรรมการปรับตัวด้านนี้จะสนองต่อความต้องการพื้นฐานของบุคคล 5 ด้าน คือ ความต้องการออกซิเจน อาหาร การขับถ่าย กิจกรรมและการพักผ่อน รวมถึงการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย

2) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode) เป็นการปรับตัวเพื่อนำไปสู่ความมั่นคงทางจิตใจ อัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลยึดถือเกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่งเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา ภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ รวมไปถึงความเชื่อ และค่านิยม

3) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) บุคคลมีตำแหน่งและบทบาทในสังคมของตนเอง บุคคลจะต้องปรับตัวหรือกระทำตามบทบาทหน้าที่ของตนเองตามที่สังคมคาดหวังได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม บทบาทของบุคคลมี 3 กลุ่ม ดังนี้

3.1) บทบาทปฐมภูมิ (Primary role) เป็นบทบาทตามอายุ เพศ และระดับพัฒนาการ เช่น บทบาทการเป็นวัยรุ่น และบทบาทการเป็นผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.2) บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทที่เกี่ยวกับงานตามระดับพัฒนาการ เช่น บทบาทการเป็นบิดามารดา บทบาทการเป็นสามีภรรยา และบทบาทตามอาชีพ เช่น บทบาทการเป็นพยาบาล บทบาทการเป็นครู และบทบาทการเป็นนักศึกษา เป็นต้น

3.3) บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลนั้นได้รับ เช่น บทบาทสมาชิกสมาคม และบทบาทผู้ป่วย เป็นต้น

4) การปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Interdependent mode) บุคคลมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องและพึ่งพาซึ่งกันและกัน โดยเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือเกื้อกูล บุคคลที่สามารถปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (Interdependence) ได้อย่างเหมาะสมจะต้องมีความสมดุลระหว่างการพึ่งตนเอง (Independence) การพึ่งพาผู้อื่น (Dependence) และการให้ผู้อื่นได้พึ่งตนเอง ถ้าบุคคลสามารถปรับตัวได้ก็จะสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นด้วยความรู้สึกรับประกันปลอดภัย สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นสิ่งที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคลทั้งภายในและภายนอก มีอิทธิพลต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของบุคคล รอยเรียกสิ่งแวดล้อมนี้ว่าเป็น “สิ่งเร้า” (Stimuli) ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัว สิ่งเร้านี้อาจจะมาจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล หรือมาจากภายในตัวบุคคล และอาจจะเป็นสิ่งเร้า ทางด้านกายภาพ จิตสังคม หรือหลายๆ อย่างรวมกัน แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

4.1) สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) เป็นสิ่งเร้าที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่หรือเป็นสิ่งที่มียอิทธิพลและกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการปรับตัวมากที่สุด เช่น การผ่าตัดเต้านม การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หรือความเจ็บปวด เป็นต้น

4.2) สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) เป็นสิ่งเร้าอื่น ๆ ที่ปรากฏอยู่ในสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ และมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคล เช่น คุณลักษณะทางพันธุกรรม เพศ อายุ ระยะต่าง ๆ ของพัฒนาการ สถานภาพสมรส บทบาทในสังคม การสูบบุหรี่หรือความเครียดทางร่างกายและอารมณ์ แบบแผนการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

4.3) สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) เป็นปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคล เป็นสิ่งที่แอบแฝงอยู่ภายในและนอกตัวบุคคล เช่น ค่านิยม ทักษะคติ อุปนิสัย หรือประสบการณ์ในอดีต เป็นต้น

สุขภาพ (Health) เป็นภาวะของบุคคลที่มีความมั่นคงและสมบูรณ์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นผลมาจากความสามารถในการปรับตัวของบุคคล การมีสุขภาพดี จึงหมายถึงการที่บุคคลปรับตัวได้ดีการเจ็บป่วยเกิดจากการปรับตัวไม่ดี การที่บุคคลจะปรับตัวได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ

ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ระดับความรุนแรงของสิ่งเร้า และระดับความสามารถในการปรับตัว รอยได้แบ่งระดับความสามารถในการปรับตัวออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

- 1) ระดับปกติ (Integrated level) เป็นภาวะที่โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายทำงานเป็นองค์รวม สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลได้อย่างเหมาะสม
- 2) ระดับชดเชย (Compensatory level) เป็นภาวะที่กระบวนการชีวิตถูกรบกวน ทำให้กลไกการควบคุมและการรับรู้ของระบบบุคคลถูกกระตุ้นให้ทำงานเพื่อจัดการกับสิ่งเร้า
- 3) ระดับบกพร่อง (Compromised level) เป็นภาวะที่กระบวนการปรับตัวระดับปกติและระดับชดเชยทำงานไม่เพียงพอที่จะจัดการกับสิ่งเร้าได้ ก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวตามมา

การพยาบาล (Nursing) เป็นการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของบุคคล ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคล

#### 2.4 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง เน้นให้โดยบุคคลต้องดำรงไว้และควบคุมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งบางครั้งบุคคลอาจจะกระทำด้วยตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่น การดูแลตนเองมีเป้าหมายและเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ในการสร้างความสมบูรณ์ของโครงสร้างการทำงานที่ต่าง ๆ และการพัฒนาเพื่อการพัฒนาที่ดี โดยมโนทัศน์หลักของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1991 อ้างถึงใน จิรากร รักการ, 2565) มีดังนี้

บุคคล (Person) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการผสมผสานการทำงานที่ในด้านต่างๆ เข้าด้วยกันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสังคม โอเรมเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง การที่บุคคลตอบสนองความต้องการดูแลตนเองไม่ใช่การตอบสนองด้วยสัญชาตญาณ แต่เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ ถ้าบุคคลไม่สามารถเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองได้จะต้องมีผู้อื่นเรียนรู้และกระทำทดแทน

สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นลักษณะทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ และสังคม วัฒนธรรม บุคคลกับสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันไม่สามารถแยกจากกันได้ สิ่งแวดล้อมมีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อการดำเนินชีวิต สุขภาพ ความผาสุกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

สุขภาพ (Health) เป็นภาวะของร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสังคมที่เป็นความต่อเนื่องกันโดยไม่สามารถแยกจากกันได้ บุคคลที่มีสุขภาพดีจะมีโครงสร้างที่สมบูรณ์สามารถทำหน้าที่ของตนได้ และมีการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง

การพยาบาล (Nursing) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง กระบวนการพยาบาลจะมุ่งเน้นในการช่วยเหลือบุคคลต่อการดูแลสุขภาพ โดยโอเรมได้เสนอทฤษฎีย่อยไว้ 3 ทฤษฎี

## 2.5 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care)

2.5.1 การดูแลตนเอง (Self-care: SC) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites)

2.5.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency: SCA) เป็นความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจริงจัง โดยมีความแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ

2.5.3 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand: TSCD)

1) ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites: USCR) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนในทุกๆ ช่วงชีวิต เป็นกระบวนการของชีวิต เพื่อรักษาโครงสร้าง การทำหน้าที่ ตลอดจนความผาสุกของบุคคล ในเรื่องอากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การมีเวลาส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมศักยภาพและพัฒนาการในสังคม

2) ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites: DSCR) เป็นความต้องการที่นำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาการของบุคคลและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในบางช่วง เช่น การตั้งครรภ์ และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น

3) ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisite: HDSCR) เป็นความต้องการการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือได้รับอันตราย มีความพิการ หรือความผิดปกติในโครงสร้างการทำงานที่ของร่างกาย

## 2.6 ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)

เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand: TSCD) เป็นการกำหนดว่าเมื่อใดบุคคลต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ซึ่งอาจเกิดขึ้นเฉพาะบางส่วนหรือทั้งหมดก็ได้ ถ้าเป็นความบกพร่องในการดูแลตนเองทั้งหมด แสดงว่าบุคคลนั้นไม่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้เลย ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มี 3 ลักษณะ ดังนี้

2.6.1 ความต้องการที่สมดุล

2.6.2 ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ

2.6.3 ความต้องการมากกว่าความสามารถ

**2.7 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system)** เป็นการกำหนดรูปแบบการพยาบาลเพื่อช่วยบุคคลให้สามารถเรียนรู้ ฝึกฝน ในการดูแลสุขภาพด้วยความสามารถดูแลตนเองหรือบุคคลอื่นอย่างมีประสิทธิภาพสมบูรณ์และต่อเนื่อง ส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง โดยประเมินความต้องการในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และความพร้อมในการดูแลตนเอง ว่ามีความพร้อมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับใด ได้แก่ พร้อมทั้งหมด พร้อมบางส่วนหรือพร้อมเล็กน้อย เพื่อที่จะให้การพยาบาลทดแทนได้อย่างเหมาะสม แบ่งออกได้ดังนี้

**2.7.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system)** เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้ป่วย โดยการชดเชยให้ทั้งหมดเป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

**2.7.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system)** เป็นระบบการพยาบาลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย เป็นการชดเชยให้บางส่วน โดยให้การพยาบาลเฉพาะสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ เช่น การช่วยผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และการร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่น

**2.7.3 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system)** เป็นระบบการพยาบาลที่เน้นการให้การศึกษา การสอน และให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

## **2.8 กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1994)**

**แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ** การรับรู้สุขภาพ เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิดความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะต่อโรคและอาการเจ็บป่วยทางจิตที่ผู้ป่วยเป็น ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ได้แก่ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะความเจ็บป่วย สาเหตุการเจ็บป่วย สาเหตุของการเข้าโรงพยาบาลครั้งนี้ความคาดหวังต่อความช่วยเหลือของแพทย์และพยาบาล ผลกระทบที่ผู้ป่วยคาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจากการออกจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็น สาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใดๆในชีวิต หรือมีผลต่อครอบครัวหรือไม่

**แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร** ได้แก่ การประเมินความเปลี่ยนแปลงในด้านการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักที่มากหรือน้อยลง พร้อมทั้งระบุจำนวนและระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มักมีปัญหาในการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารน้อยเกินไป หรือรับประทานอาหารมากเกินไป ดังนั้นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญอย่างมาก

**แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย** ได้แก่การประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะตามปกติและ การเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ควรประเมินทั้งจำนวนครั้งของการขับถ่าย และความสามารถในการดูแลตนเองในการขับถ่าย เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีปัญหาท้องผูก ท้องเดิน ปัสสาวะ

ลำบาก ซึ่งเกิดได้จากผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช และผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดฤทธิ์ของยาเสพติดมีผลต่อการขับถ่าย

**แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย** ได้แก่ การใช้พลังงานตามปกติการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมนันทนาการ ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และความคาดหวังที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่มีการสูญเสียหน้าที่ในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีความพร่องทางสติปัญญาและการรู้คิด ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด

**แบบแผนที่ 5 สติปัญญาและการรับรู้** เน้นการประเมินสภาพจิตในมิติด้านความรู้ปัญญาและการรู้คิด (Cognition) ได้แก่ การรู้สีกตัว (Conscious) การคิด (Thought) การรับรู้ (Perception) การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล(Orientation) ความจำ (Memory) สมาธิและความสนใจ (Attention and concentration) ความรอบรู้ทั่วไป (Fund of knowledge) การคิดนามธรรม (Abstract thinking) การตัดสินใจ (Judgment)

**แบบแผนที่ 6 การพักผ่อนนอนหลับ** ได้แก่ แบบแผนการนอนตามปกติและแบบแผนการนอนที่เปลี่ยนไปจากปกติ ปัญหาการนอนในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยยาเสพติด พบได้ทั้งนอนน้อยเกินไปหรือนอนมากเกินไป เช่น หลับยาก ตื่นกลางดึก ตื่นเช้ามิด การหลับมากหรือน้อยกว่าปกติ

**แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์** ได้แก่ ความรู้สีกวิตกกังวลของผู้ป่วยและสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล การเชื่ออำนาจภายในตน ความภาคภูมิใจ ของตนเอง ภาพลักษณ์ปัญหาของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อครอบครัว และความคาดหวังเกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการวางแผนชีวิต ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชที่มักพบในแบบแผนนี้ เช่น ความรู้สึกด้อยคุณค่า ไร้ค่า รู้สึกตนเองเป็นภาระคนอื่น รู้สึกถูกตีตราว่าเป็นคนบ้า เป็นต้น

**แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ** ได้แก่ การประกอบอาชีพ ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการประกอบอาชีพ บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยคือใคร ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง บุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยคือใคร ความรู้สึกที่ตนเองแยกจากสังคม ประวัติการแยกตัวออกจากสังคม การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วย ปัญหาและการแก้ไขปัญหภายในครอบครัว บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว บทบาทของบุคคลสำคัญของครอบครัว ขณะที่ผู้ป่วยพูดถึงครอบครัวมีความรู้สึกโกรธบุคคลใดบ้าง การติดต่อสื่อสารภายในครอบครัว เช่น ฟังพา บังคับ ควบคุม การแสดงออกต่อกัน ความระแวงสงสัย มีลัษณคมใน ไม่สนใจใคร ลักษณะการตอบ คำถามของผู้ป่วยเป็นไปอย่างเปิดเผยหรือปิดบัง และการสบตาขณะพูดคุย ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด มักมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านการทำงานและด้านสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถงงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ซึ่งเป็นผลมาจากอาการของโรคเองและบุคลิกภาพดั้งเดิม

ของผู้ป่วย ปัญหาที่พบได้บ่อย ได้แก่ ผู้ป่วยมักมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน ทำงานไม่ได้ ลาออกจากงาน เปลี่ยนงานบ่อย มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่เป็นมิตร หวาดระแวง หลงผิดคิดว่ามีคนจะทำร้าย เป็นต้น

**แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์** แบบแผนนี้ควรประเมินเกี่ยวกับความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ การเจริญพันธุ์ รวมถึงภาวะกามวิปริต(Paraphilia) เช่น เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเพศและระยะเวลาของความเปลี่ยนแปลง ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางเพศที่เกิดจากการเจ็บป่วยครั้งนี้หรือเหตุผลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

**แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด** ควรรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเครียด/วิตกกังวลในปัจจุบัน รวมถึงความวิตกกังวล/คับข้องใจที่ผ่านมาแบบแผนการปรับตัวต่อปัญหา กลไกทางจิตที่มักใช้เมื่อเกิดความเครียด แหล่งสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจและมักไปปรึกษาเมื่อมีปัญหา นอกจากนี้ควรประเมินสภาพจิตด้านอารมณ์ (Mood/Affect) อย่างละเอียด เช่น ระดับความเครียดก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ความเครียดหลังจากที่กลับไป ความคาดหวังของผู้ป่วย ความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ความรู้สึกเศร้า ภาวะวิตกจริต สิ่งที่กระทบกระเทือนใจที่สุด เมื่อเผชิญกับสิ่งที่กระทบกระเทือนใจดังกล่าวผู้ป่วยแก้ปัญหาอย่างไร มี ประวัติการทำร้ายตัวเองหรือไม่

**แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ** ได้แก่ การนับถือศาสนา วัฒนธรรมและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความสัมพันธ์ของความเจ็บป่วยและความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วย ความเชื่ออย่างไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต

สรุป ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช ตามแนวคิด 11 แบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน พยาบาลซึ่งเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพ มีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ทั้งนี้ต้องมีการประเมินปัญหาให้ครอบคลุม ทั้งจากตัวผู้ป่วย และครอบครัว/ผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจไม่ให้ความร่วมมือ หรืออยู่ในสภาวะทางจิตที่ไม่สามารถรับรู้ตนเองตามความเป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการประเมินแบบแผนที่เกี่ยวกับสภาวะจิตใจ และอารมณ์ ต้องบูรณาการองค์ความรู้จากศาสตร์สาขาต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่องโรคและอาการแสดงทางจิตเวชการสัมภาษณ์และซักประวัติทางจิตเวช การทดสอบสภาพจิต และการใช้เครื่องมือประเมินทางสุขภาพจิตต่าง ๆ และพยาบาลควรมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลต่าง ๆ ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล

## 2.9 กระบวนการพยาบาลผู้ติดยาบ้า

กระบวนการพยาบาลผู้ติดยาบ้า เป็นกระบวนการที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยยาและสารเสพติดอย่างเป็นระบบ และมีขั้นตอนที่ต่อเนื่องตามหลัก



วิทยาศาสตร์ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผน การพยาบาล การนำแผนไปปฏิบัติและการประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทาง การปฏิบัติการพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดรักษา พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เพื่อเป็น ขั้นตอนการพยาบาลให้ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ (วิมล ลักขณาภิชนชัช, 2563)

## 2.10 บทบาทของพยาบาลดูแลผู้ติดยาบ้า

โรคจิตจากยาบ้าหรือเมทแอมเฟตามีนมีลักษณะอาการคล้ายกับโรคจิตเภทแบบ หวาดระแวง (Paranoid schizophrenia) ในระยะแรกผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีนจะมีอาการทางจิตเป็น ช่วงสั้น ๆ อาการมักจะเริ่มจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปร่วมกับสงสัย ไม่แน่ใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม รอบ ๆ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกว่าถูกสังเกตุจากภายนอก จนถึงมีอาการหลงผิดชัดเจน มีภาพหลอน (visual hallucination) และหูแว่ว (auditory hallucination) ร่วมด้วย พฤติกรรมเหล่านี้ เริ่มจากเป็น พัก ๆ จนเป็นเกือบตลอดเวลา จนเมื่อมีอาการทางจิตเต็มที่ ผู้ป่วยจะไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง มีอาการหลงผิด หวาดระแวงอย่างมาก ยิ่งในผู้ป่วยที่เสพยาอย่างหนักจนหมดเรี่ยวแรง ผู้ป่วยจะถูกเร้า จากสิ่งกระตุ้นภายนอกได้ง่าย สับสนก่อให้เกิดอาการ panic ก้าวร้าว จนถึงเป็นอันตรายต่อผู้อื่นได้ (พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2546) บทบาทของพยาบาลในการดูแลเมื่อผู้ติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวช ร่วมเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในสถานบำบัด พยาบาลซึ่งถือเป็นวิชาชีพที่สำคัญที่มีบทบาทในการ ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลผู้ติดยาบ้าเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้าสู่ กระบวนการบำบัดรักษา โดยให้การพยาบาลในระยะบำบัดด้วยยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และติดตามการรักษา ซึ่งพยาบาลมีบทบาทให้การพยาบาลผู้ติดยาบ้าในทุกขั้นตอน ของการบำบัดรักษา ดังนี้ (วิมล ลักขณาภิชนชัช, 2563)

- 1) ประเมินสภาพผู้ป่วยผู้ติดยาบ้า พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการคัดกรอง และประเมินภาวะสุขภาพ และระดับการติดยาเสพติดด้วยการซักประวัติการใช้ยาเสพติด ตรวจร่างกาย ดำเนินการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ประเมินอาการถอนพิษยาด้วยแบบประเมินตามประเภทยาเสพติด ประเมิน ภาวะแทรกซ้อนทางกาย ทางจิตประสาท ตลอดจนประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ พฤติกรรม ครอบครัวย และสังคม เพื่อนำเสนอข้อมูลให้แพทย์ประกอบการวินิจฉัย และพยาบาลใช้เป็นข้อมูลในการตั้งเป็นข้อ วินิจฉัยทางการแพทย์และวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ตามการวินิจฉัยการพยาบาล และมีการ ส่งต่อทีมสหวิชาชีพอื่นอย่างเหมาะสม ร่วมให้การดูแลด้วย เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น
- 2) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้ติดยาบ้าให้พ้นภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ซึ่งภาวะวิกฤติฉุกเฉินในผู้ป่วยยาเสพติดได้แก่ ภาวะถอนพิษยา เช่น ภาวะถอนพิษสุรา ซัก เพ้อสับสน ภาวะถอนพิษสารกระตุ้น ประสาทหลอน เอะอะไว้วาย ก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง ภาวะได้รับสาร

เฮโรอินหรือเมทาโดนเกินขนาดมีภาวะ กดการหายใจในผู้ป่วยเสพติดเฮโรอิน หรือภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เป็นโรคร่วม ที่เกิดจากการใช้ยาหรือเสพติด เช่น เลือดออกในกระเพาะอาหาร ปอดอักเสบ เป็นต้น ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทในการประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วย เพื่อประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ประสานกับครอบครัวเพื่อรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนการบำบัดรักษาผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการบำบัดรักษา

3) ให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะถอนพิษยา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนทางกาย และทางจิต สำหรับผู้ติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษา เมื่อหยุดใช้ยาเสพติดจะเกิดอาการถอนพิษ หรืออาการขาดยาซึ่งความรุนแรงของอาการถอนพิษยาอาจเกิดได้ตั้งแต่เล็กน้อย ปานกลาง จนถึงรุนแรงมากขึ้นกับระดับการติดยา ระยะเวลาในการเสพติด ปริมาณการใช้ยาเสพติด ซึ่งอาการถอนพิษยานี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย จนถึงทุกข์ทรมาน หากไม่ได้รับการรักษา หรือดูแลอย่างเหมาะสมอาจทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นได้

4) ค้นหาปัญหาด้านจิตใจ สังคม และพฤติกรรมของผู้ติดยาบ้าตลอดจนให้การช่วยเหลือ เนื่องจากปัญหาเสพติดเกี่ยวข้องกับปัญหาอื่นๆ รอบตัวผู้ป่วย จนทำให้เกิดการใช้ยาเสพติดและติดในที่สุด ดังนั้น การช่วยแก้ปัญหาด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยจึงเป็นการช่วยในเรื่องการเลิกใช้ยาเสพติดควบคู่กันไปด้วย เช่น ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ บกพร่องในสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ปัญหาการว่างงาน ปัญหาบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม เป็นต้น พยาบาลมีบทบาทในการค้นหาปัญหา ให้คำปรึกษา บทบาทในการประสานผู้เกี่ยวข้องให้ร่วมแก้ไขด้วย เช่น ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อคลี่คลายปัญหาให้ผู้ป่วย จนผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ต่อไปเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

5) เสริมสร้างความตระหนักในโทษพิษภัยยาเสพติดและสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้ยาบ้าเนื่องจากการใช้ยาบ้าส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่การใช้ยาบ้าเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุข ความพึงพอใจในฤทธิ์ของยาเสพติด ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงต้องเสริมสร้างความตระหนักในโทษพิษภัยของยาเสพติด และสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้ยา โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา เพื่อสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการเลิกยาเสพติด และลดผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด

6) จัดกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด เมื่อผู้ติดยาบ้าได้รับการบำบัดรักษาอาการถอนพิษยาจนทุเลาลงหรือหมดไป หรือบางรายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย หรือทางจิตร่วมด้วย จะได้รับการรักษาควบคู่ไปกับอาการถอนพิษยาจนอาการทุเลาลงหรืออยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกยาบ้า

ซึ่งพยาบาลเป็นวิชาชีพที่สำคัญที่มีบทบาทในการจัดกลุ่มบำบัด กิจกรรมบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในก็ตาม

7) ประสานครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ติดยาบ้ากลับสู่สังคม โดยพยาบาลจะประสานกับครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา เน้นให้เห็นความสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้ให้คำปรึกษา เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

8) ค้นหาสาเหตุและวางแผนป้องกันการติดยา สำหรับผู้ติดยาบ้าเข้ารับการบำบัดรักษา เพื่อให้เลิกยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง การป้องกันการติดยาจึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยเหลือผู้ติดยาบ้าได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการค้นหาสาเหตุ หรือโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดยา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงโอกาสเสี่ยงดังกล่าว และร่วมกันวางแผนป้องกันการเสพติดซ้ำ โดยฝึกทักษะที่จำเป็นได้แก่ การจัดการตัวกระตุ้นภายนอก ตัวกระตุ้นภายใน การจัดการความอยาก (Craving Management) ทักษะการจัดการความเครียด การเผชิญปัญหา ทักษะการปฏิเสธ ฯลฯ ตลอดจนเสริมสร้างแรงจูงใจในการหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่อง

9) ประสานทีมสหวิชาชีพหรือเครือข่ายต่าง ๆ ในการจัดกิจกรรม/แก้ไขปัญหามาให้ผู้ติดยาบ้า ในการบำบัดรักษาต้องใช้ศาสตร์ในการดูแลรักษานั้นต้องใช้องค์ความรู้ต่าง ๆ ในการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาระบบเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์เฉพาะทาง นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จึงมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา หรือกรณีผู้ป่วย มีปัญหาทางด้านสังคม การประกอบอาชีพ พยาบาลมีบทบาทช่วยในการประสานเครือข่ายอื่นเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ติดยาบ้าในการแก้ปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ ลดโอกาสกลับไปพึ่งพายาเสพติด

10) ให้การดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ เมื่อผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาครบขั้นตอน และพร้อมกลับสู่สังคม ขั้นตอนการบำบัดยังคงมีต่อเนื่องในเรื่องของการติดตามการรักษา หรือให้การดูแลหลังรักษา โดยส่งเสริมการหยุดใช้ยาต่อเนื่อง ค้นหาปัญหา ความเสี่ยงในการเสพติดซ้ำ และร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาระยะยาว หรือหากกรณีผู้ป่วยติดยาบ้าซ้ำนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา

## 2.11 บทบาทของพยาบาลเอ็นเอในการดูแลผู้ติดยาบ้า

บทบาทหลักพยาบาลเอ็นเอ คือ ผู้ช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริง และสนับสนุนการเข้าร่วมปฏิบัติตามกลุ่มซึ่งเป็นหนทางในการฟื้นฟูสภาพ โดยมีหน้าที่ต่าง ๆ เหล่านี้ช่วยให้บรรลุผลสำเร็จ ได้แก่ การให้ความรู้ (Education) ทำหน้าที่เป็นแหล่งข้อมูลส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาตนเองตามหลัก 12 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) อธิบายมุมมองของกลุ่มเอเอต่อโรคติดติดยาบ้าที่มีโรคจิตเข้าร่วม นำเสนอขั้นตอนและหลักการ และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาหลักของกลุ่ม NA
- 2) นำเสนอ อธิบาย และสนับสนุนการอาศัยกลุ่มเพื่อนเป็นพื้นฐานในการฟื้นตัวจากโรค ซึ่งเป็นกระบวนการระงับยั้งโรค (Arrest) มากกว่าการหายจากโรค (Cure)
- 3) อธิบายบทบาทของ Sponsor (พี่เลี้ยง) และช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองจะได้รับประโยชน์อะไรจาก Sponsor
- 4) ตอบคำถามเกี่ยวกับเนื้อหาที่พบในหนังสือปีกบึก และ 12 ขั้นตอน 12 ข้อธรรมเนียมและสื่อสิ่งพิมพ์อื่น ๆ

กลุ่มผู้ติดยาเสพติดนิรนาม (Narcotics Anonymous) สิ่งสำคัญประการแรกสำหรับคนที่กำลังเลิกยาเสพติด คือ การหาผู้ช่วยเหลือจากกลุ่มหลักการ 12 ขั้นตอน การเลิกยาเสพติดในระยะสัปดาห์หรือเดือนแรก ๆ ผู้เลิกยาจะสับสน ว้าวุ่นใจมาก ไม่เข้าใจ กังวลและหวาดกลัว ผู้เลิกยาจึงต้องการพูดคุยและระบายออกถึงความรู้สึกเหล่านี้ที่เกิดขึ้น การที่ผู้เลิกยาเข้าไปร่วมในกลุ่มหลักการ 12 ขั้นตอน ในช่วงแรกซึ่งเป็นเรื่องแปลกใหม่ ไม่คุ้นเคย โดยเฉพาะผู้ที่แยกตัวออกจากสังคมเป็นเวลานานผู้ช่วยเหลือจากกลุ่มหลักการ 12 ขั้นตอน จะช่วยประคับ ประคองความรู้สึกผู้รับการบำบัดให้รู้สึกคุ้นเคยได้ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2563) บทบาทของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ความรู้ยาเสพติด: สถานการณ์ปัญหายาเสพติด ผลกระทบของการติดยาเสพติด การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด 2) การให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด ขั้นตอนการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติดและ 3) บทบาทของพยาบาลในการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด บทบาทของพยาบาลคือการเป็นผู้ให้การปรึกษาคควมมีคุณลักษณะของการเป็นผู้ให้การปรึกษาที่ดี 7 ประการสำคัญ คือ 1) การตระหนักรู้ในตนเอง 2) เข้าใจแนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษา 3) เข้าใจหลักการ ปรัชญาและจรรยาบรรณของการให้การปรึกษา 4) มีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด 5) มีทัศนคติดี 6) มีบุคลิกภาพดีและ 7) มีความสามารถใช้ทักษะการให้การปรึกษาเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลที่มีบทบาทเป็นผู้ให้การให้การปรึกษามุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการหยุดเสพยาเสพติดและไม่กลับไปเสพยาของผู้ติดยาเสพติด (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยจิต, 2561)

สรุป กระบวนการพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง แต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เป็นการดำเนินการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนกิจกรรมการพยาบาล โดยมีเป้าหมายเป็นตัวกำหนด การประเมินผลและนำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไข นอกจากนี้การใช้กระบวนการพยาบาลทำให้พยาบาลได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการครอบครัวและชุมชนทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการผู้ที่เกี่ยวข้องและทีมสุขภาพเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดี

ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาลและทีมสุขภาพ ในการให้การพยาบาลผู้ติดยาบ้าที่มีปัญหาทางด้านจิตเวช จะต้องทำความเข้าใจในแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานทางด้านจิตเวช เพื่อนำมาอธิบายพฤติกรรมของบุคคล สาเหตุของพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือการเจ็บป่วยทางจิตของบุคคลได้อย่างสมบูรณ์ มีการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งจะเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลได้รู้จักบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ ประเมินสภาพปัญหา วางแผนให้การช่วยเหลือ ปฏิบัติการช่วยเหลือ รวมทั้งประเมินผลการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม พยาบาลต้องใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการ ทฤษฎีทางการพยาบาลจะประกอบด้วย 4 มิโนมิติหลัก คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาลที่สามารถนำมาประยุกต์ได้ คือ ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปพลาว ทฤษฎีทางการพยาบาลของรอย ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, 2565) นอกจากนี้ ในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องประสานความร่วมมือทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งครอบครัว ชุมชน เพื่อวางแผนในการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ครอบครัวทำหน้าที่ตามบทบาทที่เหมาะสม ชุมชน สังคมเกิดความตระหนักและมีส่วนในการเฝ้าระวัง ป้องปราม ติดตามดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยไม่พึ่งพาสาเสพติด ครอบครัว ชุมชน สังคมปลอดภัย

## บทที่ 4

### กรณีศึกษา กิจกรรมผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วม

#### 1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

##### 1.1 ข้อมูลส่วนตัว

เพศ ชาย

อายุ 42 ปี

เชื้อชาติ/สัญชาติ ไทย

ศาสนา พุทธ

สถานภาพ แต่งงาน

ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3

อาชีพ รับจ้างทั่วไป

วันที่รับไว้รักษา 15 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567

##### 1.2 อาการสำคัญ

หงุดหงิด ก้าวร้าว หูแว่ว หลงผิด พุดหัวเราะคนเดียว 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

##### 1.3 ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยเคยเข้ารับการรักษา 1 ครั้ง ผู้ป่วยเริ่มเสพยาบ้าอายุ 16 ปี อยากรองกับเพื่อน เสพ 1 เม็ด/ 4 คน พ.ศ. 2544 ไปทำงานที่ประเทศไต้หวันกลับมาเสพ 2-3 เม็ด/3 วัน พ.ศ. 2565 มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ะอะอะอาละวาด จะทำร้ายคนในบ้านเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนินทร์ รักษาไม่ต่อเนื่อง มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว หูแว่ว หลงผิด พุดหัวเราะคนเดียว ถ้ามืดจะทำร้ายภรรยาคิดว่ามีซู้ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

##### 1.4 ประวัติการใช้และสารเสพติด

ผู้ป่วยเริ่มเสพยาบ้าอายุ 16 ปี อยากรองกับเพื่อน เสพ 1 เม็ด/4 คน พ.ศ. 2544 ไปทำงานที่ประเทศไต้หวันกลับมาเสพ 1-2 เม็ด 1 ครั้ง/เดือน 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลเสพยาทุกวันละ 2-3 เม็ดเสพครั้งสุดท้าย 4 กุมภาพันธ์ 2566 ปริมาณ 2 เม็ด 2 อาทิตย์ก่อนมามีหงุดหงิด ก้าวร้าว ะอะอะโวยวาย ถ้ามืดจะทำร้ายคนในครอบครัว มีหูแว่วเสียงคนพุดคุยกัน หวาดระแวงกลัวภรรยามีซู้ หลงผิดคิดว่าพ่อตาข่มขืนลูกสาว พุดบ่นยืมหัวเราะคนเดียว 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล หงุดหงิด ก้าวร้าว หูแว่ว หลงผิด พุดหัวเราะคนเดียว ถ้ามืดจะทำร้ายภรรยาคิดว่ามีซู้

## 1.5 ประวัติในครอบครัว

ผู้ป่วยแต่งงานมีบุตรสาวกับภรรยา 1 คน อาศัยอยู่บ้านภรรยามีพ่อตาแม่ยายอาศัยอยู่ด้วยความสัมพันธ์ทุกคนรักใคร่กันดี

## 2. แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ดังนี้

### 2.1 แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยรับรู้สุขภาพของตนเองให้ประวัติว่าผู้ป่วยเริ่มเสพยาบ้าอายุ 16 ปี อยากรองกับเพื่อน เสพ 1 เม็ด/4 คน พ.ศ. 2544 ไปทำงานที่ประเทศไต้หวันกลับมาเสพ 1-2 เม็ด 1 ครั้ง/เดือน 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลเสพยาทุกวันละ 2-3 เม็ด เสพครั้งสุดท้าย 4 กุมภาพันธ์ 2566 ปริมาณ 2 เม็ด 2 อาทิตย์ก่อนมามีหงุดหงิด ก้าวร้าว อะอะโว้ยวาย ถ้อมีตจะทำร้ายคนในครอบครัว มีหูแว่วเสียงคนพูดคุยกัน หวาดระแวงกลัวภรรยามีชู้ หลงผิดคิดว่าพ่อตาข่มขืนลูกสาว พูดบ่นยืมหัวเราะคนเดียว 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลหงุดหงิด ก้าวร้าว หูแว่ว หลงผิด พูดหัวเราะคนเดียว ถ้อมีตจะทำร้ายภรรยาคิดว่ามีชู้ เข้ารับการรักษาสามารถดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ได้อย่างปกติ และมาติดตามผลอย่างต่อเนื่อง 4 ครั้ง/ปี

### 2.2 แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ผู้ป่วยรับประทานอาหารตรงต่อเวลาทั้ง 3 เวลา เข้า-เที่ยง-เย็น รับประทานอาหารได้ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน

### 2.3 แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ปัสสาวะ กลางวัน 5-6 ครั้ง สีเหลืองใสไม่มีอาการแสบขัด  
อุจจาระ วันละ 1-2 ครั้ง ไม่มีอาการท้องผูก สีน้ำตาลมีน้ำปนเนื้อ

### 2.4 แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สามารถทำกิจกรรมประจำวันอาบน้ำและรับประทานอาหารได้

### 2.5 แบบแผนที่ 5 การนอนหลับ การพักผ่อน

การนอนหลับ จะนอนค่อนข้างตึก ประมาณ 24.00น. ตื่น ประมาณ 05.00 น. การผ่อนคลายความเครียดโดยส่วนใหญ่จะดูหนัง ฟังเพลง สันหลังกับเพื่อน

### 2.6 แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้

ระดับการศึกษามัธยมต้น มีการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ ปกติ

### 2.7 แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

รู้สึกนึกคิดต่อรูปร่างหน้าตา ผู้ป่วยบอกรู้สึกพอใจในสิ่งที่ตนเองมีและเป็นอยู่ปัจจุบัน ความรู้สึกคิดต่อความสามารถของตนเองต่ำ เมื่อหายจากการเจ็บป่วย

ความรู้สึกต่อคุณค่าของตนเองน้อย รู้สึกว่าตนมีค่าในสังคมและครอบครัวน้อย

## 2.8 แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

สมาชิกในครอบครัวมี 4 คน ผู้ป่วยแต่งงานมีบุตรสาวกับภรรยา 1 คน อาศัยอยู่บ้าน ภรรยาแม่ยายอาศัยอยู่ด้วยความสัมพันธ์ทุกคนรักใคร่กันดี หลังติดยาผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวง กลัวภรรยาฆ่า หลังผิติดคิดว่าพ่อตาข่มขืนลูกสาว

## 2.9 แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

ลักษณะการแสดงออก ปัจจุบันยังมีความต้องการทางเพศปกติ

## 2.10 แบบแผนที่ 10 ความเครียดและการทนทานต่อความเครียด

โดยปกติเมื่อเกิดความเครียดขึ้นจะเล่าให้มารดาฟัง ส่วนใหญ่จะหาทางออกโดยการชวนเพื่อนไปเสพยาบ้าที่สุดลักษณะนิสัย ปกติจะเป็นคน อารมณ์ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส สนุกสนาน

## 2.11 แบบแผนที่ 11 คุณค่าความเชื่อ

ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าเสพยาบ้าแล้วไม่ติด

ความเชื่อศรัทธากับการเจ็บป่วย รับประทานยาตลอดและมาติดตามผลการรักษาทุกครั้งและหยุดเสพยาบ้าได้นานที่สุด

ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย การปฏิบัติตนให้ชีวิตมีความสุขก็จะทำให้ไม่เจ็บป่วย รู้จักปรับตัวที่เหมาะสมต่อสภาพแวดล้อมก็จะทำให้ไม่เจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่เคยมีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งเหนือธรรมชาติแต่ไม่เคยหลบหลู่

## 2.12 การตรวจร่างกายเบื้องต้น

ตรวจร่างกายแรกรับ T=36 องศา P=68 ครั้ง/นาที R=20 ครั้ง/นาที BP=95/63 mmHg. น้ำหนัก 58 กิโลกรัม สูง 173 เซนติเมตร

ศีรษะ ลักษณะของศีรษะ สมส่วนไม่มีก้อนนูน

เส้นผม ผมขาวสลับดำ ไม่มีรังแคไม่มีผมร่วงสะอาดทึบเรียบร้อย

ตา มองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง ขอบตาคล้ำ ง่วง ซึม

หู รูปทรงปกติได้ยินเสียงชัดเจน

จมูก ได้สัดส่วน

ริมฝีปากได้รูป มีสีน้ำตาลคล้ำแห้ง

เยื่อปาก เป็นสีชมพู ไม่มีบาดแผลชุ่มชื้นดี

ลิ้น ไม่มีฝ้าขาว การรับรู้รสเป็นปกติ

ฟัน มีลักษณะออกสีเหลืองไม่มีฟันผุ

ลำคอ ตั้งตรงไม่มีภาวะ Neck Vein Engorgement คลำไม่พบก้อนต่อม

ไทรอยด์ไม่โต



ทรงอกสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง มีการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับการหายใจ  
 ปอด ฟังเสียงชัดเจนดี ไม่มีเสียง wheezing  
 หัวใจ ต้นสม่าเสมอ P = 86 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะหัวใจวาย  
 ท้อง รูปทรงปกติ กดไม่เจ็บคลำไม่พบตับหรือม้ามโต  
 กล้ามเนื้อ แขนขาทั้ง 2 ข้าง การเคลื่อนไหวปกติ มือสั่น การทรงตัวปกติ  
 ระบบประสาท ไม่มีอาการชาปลายมือปลายเท้า ตรวจTender มีReflex ดี

### 3. การวิเคราะห์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	อาการผู้ป่วย
<p><b>1. ยาบ้า</b> เป็นยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ในระยะแรกจะออกฤทธิ์ทำให้ร่างกายตื่นตัวหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงใจสั่น ประสาทตึงเครียด แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะรู้สึกอ่อนเพลียมากกว่าปกติ ประสาทล้าทำให้การตัดสินใจช้าและผิดพลาด เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงได้ ถ้าใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้สมองเสื่อม เกิดอาการประสาทหลอนเห็นภาพลวงตา หวาดระแวง คลุ้มคลั่ง เสียสติเป็นบ้า อาจทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ หรือในกรณีที่ได้รับยาในปริมาณมาก จะไปกดประสาทและระบบการหายใจทำให้หมดสติ และถึงแก่ชีวิตได้</p>	<p>ผู้ป่วยรับรู้สุขภาพของตนเองให้ประวัติว่าผู้ป่วยเริ่มเสพยาบ้าอายุ 16 ปี อยากรองกับเพื่อนเสพ 1 เม็ด/4 คน พ.ศ. 2544 ไปทำงานที่ประเทศไต้หวันกลับมาเสพ 1-2 เม็ด 1 ครั้ง/เดือน 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลเสพทุกวัน ๆ ละ 2-3 เม็ดเสพครั้งสุดท้าย 4 กุมภาพันธ์ 2566 ปริมาณ 2 เม็ด 2 อาทิตย์ก่อนมามีหงุดหงิด ก้าวร้าว เอะอะโวยวาย ถือมิตจะทำร้ายคนในครอบครัว มีหูแว่วเสียงคนพูดคุยกัน หวาดระแวงกลัวภรรยาหนี หงุดหงิดคิดว่าพ่อตาข่มขืนลูกสาว พูดบ่นยืมหัวเราะคนเดียว</p>
<p><b>2. การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดมี 4 ขั้นตอน</b>  <b>ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนการรักษา</b>          เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้การบำบัดผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ ผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจสูงและยอมรับว่าจำเป็นต้องแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง โดยผู้บำบัดทำความเข้าใจตกลงกับผู้ป่วยให้มีการเตรียมความพร้อม</p>	<p>1 วันก่อนมาโรงพยาบาลหงุดหงิด ก้าวร้าว หูแว่ว หลงผิด พูดหัวเราะคนเดียว ถือมิตจะทำร้ายภรรยาคิดว่ามีผี เข้ารับการรักษาสามารถดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ได้อย่างปกติ และมาติดตามผลอย่างต่อเนื่อง 4 ครั้ง/ปี กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยด้วยกันจะสามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้สามารถหยุดใช้ยาได้อย่าง</p>

ทฤษฎี	อาการผู้ป่วย
<p>ของครอบครัวผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่รวบรวมข้อมูลด้านร่างกาย โดยการตรวจร่างกาย ข้อมูลจิตสังคมโดยการสัมภาษณ์ เพื่อประกอบการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดยา</b> เน้นการบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการยาบ้าในระหว่างนี้จะฟื้นฟูสภาพจิตใจไปพร้อม ๆ กัน ร่วมกับการให้คำปรึกษา ซึ่งประกอบด้วย การประเมินถึงความรุนแรงของการเสพและปัญหาที่สัมพันธ์กันการป้อนกลับให้เกิดแรงจูงใจและการแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองพร้อมทั้งให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการบำบัดเสริม กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการรักษาพร้อมฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ</b> กระบวนการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก พบว่า ปัญหาการกลับไปติดซ้ำ เป็นปัญหาที่รุนแรง ต้องได้รับการแก้ไขเป็นลำดับแรก เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาพบว่า มี 3 ด้าน คือ ด้านตัวผู้ป่วยจากการที่มีความคิดอยากไปใช้ยา คบเพื่อนกลุ่มเดิมที่เสพยา ไปเที่ยวในสถานเริงรมย์ การที่ยังไปพบผู้ขายอยู่ มีอารมณ์เบื้อ และขาดการบำบัดฟื้นฟูที่ต่อเนื่องด้านสังคม สิ่งแวดล้อมมียาเสพติดแพร่ระบาดมาก พร้อมกับได้รับผลกระทบจากสังคม</p>	<p>ต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเป็นแรงสนับสนุนเสริมแรงจูงใจในการบำบัดรักษา ให้ผู้ติดยาเสพติดได้ช่วยเหลือตัวเอง ลักษณะของปัญหาความต้องการที่คล้าย ๆ กัน ได้มาร่วมกันอภิปรายความรู้สึกให้ข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือต่อกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยมีความเข้าใจ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้</p>

ทฤษฎี	อาการผู้ป่วย
<p>รอบข้างที่ก่อให้เกิดความเครียดและปัญหา ด้านครอบครัวเกิดจากการที่ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจขาดความไว้วางใจบางครอบครัวปล่อยปละละเลย ไม่ให้กำลังใจทำให้ขาดแรงสนับสนุนดังนั้นทีมงานจึงเลือกวิธีการ “กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน” ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยด้วยกันจะสามารถช่วยเหลือซึ่งกันให้สามารถหยุดใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการ กลุ่มช่วยเป็นแรงสนับสนุนเสริมแรงจูงใจในการบำบัด รักษาให้ผู้ติดยาเสพติดได้ช่วยเหลือกันเอง ซึ่งเริ่มจากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ ผ่านการบำบัดรักษา หรือใกล้จบโปรแกรม และมีสภาพปัญหาที่คล้ายคลึงกันมาก่อน เป็นตัวต้นแบบโดยมีการประเมินผลผู้ป่วยสามารถหยุดใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 4 การติดตามหลังการรักษา</b></p> <p>เป็นการติดตามหลังจากฟื้นฟูสภาพจิตใจ ซึ่งหมายถึงการติดตามให้ความช่วยเหลือคำแนะนำ เสริมสร้างกำลังใจ ติดตามผลการรักษา และที่สำคัญคือการป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปเสพซ้ำ โดยการนัดผู้ป่วยมาพบที่โรงพยาบาล ซึ่งจะทำได้พบผู้ป่วยโดยตรงรวมทั้งครอบครัวหรือผู้ดูแล ผู้ป่วยสามารถซักถามผลการ รักษาได้พร้อมกับตรวจร่างกาย ให้คำแนะนำช่วยแก้ปัญหาได้โดยตรง สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติ ไม่กลับไปเสพซ้ำ</p> <p><b>3. บทบาทพยาบาล</b> ที่ให้การดูแลผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ความรู้ยาเสพติด: สถานการณ์ปัญหาเสพติด ผลกระทบของการติดยาเสพติด การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ</p>	<p>พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดยาเสพติด คือ</p> <p>1) ความรู้ยาเสพติด: สถานการณ์ปัญหาเสพติด ผลกระทบของการติดยาเสพติด การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด 2) การให้การ</p>

ทฤษฎี	อาการผู้ป่วย
<p>ผู้ติดยาเสพติด 2) การให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด ขั้นตอนการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด และ 3) บทบาทของพยาบาลในการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติดบทบาทของพยาบาลคือการเป็นผู้ให้การปรึกษา ควรมีคุณลักษณะของการเป็นผู้ให้การปรึกษาที่ดี 7 ประการสำคัญคือ 1) การตระหนักรู้ในตนเอง 2) เข้าใจแนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษา 3) เข้าใจหลักการปรัชญาและจรรยาบรรณของการให้การปรึกษา 4) มีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด 5) มีทัศนคติดี 6) มีบุคลิกภาพดี และ 7) มีความสามารถใช้ทักษะการให้การปรึกษาเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลที่มีบทบาทเป็นผู้ให้การให้การปรึกษามุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการหยุดเสพยาเสพติดและไม่กลับไปเสพยาของผู้ติดยาเสพติด</p> <p><b>4. ผู้ติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วมผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาจิตเวช</b> หรือปัญหาการใช้สารเสพติด ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยขั้นต้น ควรถามถึงอีกภาวะหนึ่งเสมอ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้น ทั้งที่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมมาโรงพยาบาล บ่อยกว่าที่ควร มาไม่ตรงนัดหรือไม่มาตามนัด ผู้ป่วยจะจ้องขอยาบางประเภทมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นบ่อย ๆ หรือมีประวัติว่าบุคคลใครรอบครั้วมีประวัติการใช้สารเสพติดหรือโรคทางจิตเวช และควรคิดถึงภาวะ co-morbidity ดังนั้นในการซักประวัติการใช้ยา</p> <p><b>5. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง</b> ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ชี้ให้เห็นว่าในสภาพของสังคมปัจจุบัน บุคคลมีอิสระ มีสิทธิในการดูแลตนเอง บุคคลต้อง</p>	<p>ปรึกษาผู้ติดยาเสพติด ขั้นตอนการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติดและการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด และ 3) บทบาทของพยาบาลในการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด</p>

ทฤษฎี	อาการผู้ป่วย
<p>มีวุฒิภาวะในการรับผิดชอบตนเอง และดูแลตนเองอย่างมีความสุขหากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้สมบูรณ์จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในการดูแลตนเองตามความเหมาะสม โอเร็มกล่าวว่าการพยาบาลเป็นการบริการทางสุขภาพในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพให้สามารถดูแลตนเอง ให้มีสุขภาพสมบูรณ์ โดยใช้ศาสตร์และศิลป์รวมทั้งเทคโนโลยีในการดูแลช่วยเหลือ</p> <p>การประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง กระบวนการพยาบาลหลักการตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น ก็คือการจัดดำเนินการให้ผู้รับบริการ ทั้งบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ใช้ความสามารถในการดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาทางจิต ดูแลช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และชุมชนเมื่อมีปัญหาทางจิต</p> <p>ทฤษฎีการปรับตัวของรอย พัฒนาจากแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีระบบที่เน้นการทำงานในร่างกายทั้งภายในและภายนอกอย่างมีระบบ มีระบบย่อยในระบบใหญ่ มีการปรับตัวให้คงสถานะสมดุลรอมงมนุษย์เป็นระบบโดยมีความเชื่อว่า มนุษย์เป็นหน่วยเดียวกันมนุษย์มีร่างกายและจิตใจที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ ระบบย่อยในร่างกายทำงานร่วมกันเป็นระบบใหญ่ เมื่อมีสิ่งใดมากระทบระบบใดระบบหนึ่งของมนุษย์ ก็จะส่งผลถึงระบบอื่น ๆ ไปด้วยการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเป็นการตอบสนองร่วมอันเกิดจากการทำงานประสานสัมพันธ์ของหน่วยย่อยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ</p>	

#### 4. อาการที่พบในระหว่างการบำบัดรักษา มีดังนี้

ผู้ป่วยชายไทยวัยทำงานอายุ 42 ปี ผู้ป่วยรับรู้สุขภาพของตนเองให้ประวัติว่าผู้ป่วยเริ่มเสพยาบ้าอายุ 16 ปี อยากรองกับเพื่อน เสพ 1 เม็ด/4 คน พ.ศ. 2544 ไปทำงานที่ประเทศไต้หวัน กลับมาเสพ 1-2 เม็ด 1 ครั้ง/เดือน 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลเสพยาทุกวันละ 2-3 เม็ด เสพครั้งสุดท้าย 4 กุมภาพันธ์ 2566 ปริมาณ 2 เม็ด 2 อาทิตย์ก่อนมามีหงุดหงิด ก้าวร้าว เอะอะโวยวาย ถีอมีดจะทำร้ายคนในครอบครัว มีหูแว่วเสียงคนพูดคุยกัน หวาดระแวงกลัวภรรยาผีหลงผิตคิดว่าพ่อตาข่มขืนลูกสาว พุดบ่นยืมหัวเราะคนเดียว 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลหงุดหงิด ก้าวร้าว หูแว่ว หลงผิต พุดหัวเราะคนเดียว ถีอมีดจะทำร้ายภรรยาคิดว่ามีผี เข้ารับการรักษาสามารถดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ได้อย่างปกติ และมาติดตามผลอย่างต่อเนื่อง 4 ครั้ง / ปี

วันที่ 1-7 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566 หงุดหงิด ก้าวร้าว หูแว่ว หลงผิต พุดหัวเราะคนเดียว ถีอมีดจะทำร้ายภรรยาคิดว่ามีผี 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากควบคุมอารมณ์ไม่ได้ผู้ป่วยบอก “ไม่ได้เป็นอะไรและไม่ได้เสพยาบ้ามา ไม่ต้องการนอนโรงพยาบาล” เอะอะ โวยวาย หงุดหงิด ก้าวร้าว คุณค่าเจ้าหน้าที่ที่ติดผู้ป่วยนอก ขณะระหว่างอยู่บำบัดมีหงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว ต่อต้านการรักษาไม่ให้ความร่วมมือ สายตาไม่เป็นมิตร ควบคุมตนเองได้น้อย ให้คำแนะนำการพยาบาลที่เหมาะสมขณะอยู่ที่บ้านแนะนำให้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์

- Diazepam (10 mg) ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ prn.
- Lorazepam (2mg) 1x $\odot$  hs.
- Perphenazine (16 mg) 1x2 $\odot$  pc เช้า, hs.
- DZP (2 mg) 1 tab prn. ทุก 6 hs.
- DZP (10 mg) 1 tab  $\odot$  hs.
- DZP (5 mg) 1x2 $\odot$  pc.
- Fluoxetine (20 mg) 1 tab  $\odot$  pc. เช้า
- Benzhexol (2 mg) 1 tab  $\odot$  prn. For eps ทุก 6 hs.

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าทำร้ายตนเองและผู้อื่น ขณะนอนโรงพยาบาลวันที่ 1 ต้องมัดไว้ เพราะควบคุมตนเองไม่ได้ จะทำร้ายตนเองและผู้อื่นอยากกลับบ้าน มีอาการเดินไปมา พุดหัวเราะคนเดียว

วันที่ 8-14 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นจากการซักประวัติ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตน ในระหว่างการบำบัดระยะบำบัดด้วยยาผู้ป่วยบอกว่าไม่รู้ว่าการรักษาเป็นอย่างไร กลัวอดทนไม่ได้ ต้องอยู่กี่วัน ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล ท่าทางเหนื่อยเพลีย นอนบนเตียงตลอดเวลาไม่หลับ เพราะพฤติกรรมนอนในเวลากลางคืนของผู้ป่วยไม่เหมาะสมขณะอยู่บ้านมีเรื่องวิตกกังวลเรื่องงาน อยู่ที่บ้านผู้ป่วยจะนอน 5-6 ชั่วโมง/วัน ผู้ป่วยไม่ชอบนอนกลางวันชอบตาค้าง ง่วงซึม พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง

ลูกนั่งเดินไปมาตอนกลางคืนอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงการนอนไม่หลับว่า เป็นอาการผู้ติดยาบางอย่างหนึ่ง บางครั้งทำให้ผู้ป่วยหลับ ๆ ตื่น ๆ แต่อาการของผู้ป่วยจะค่อย ๆ ดีขึ้นตามลำดับ แนะนำญาติดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ Lorazepam (2mg) รับประทานยา 1 เม็ดก่อนนอน ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการหยุดเสพยาบ้า ขาดความรู้ความเข้าใจโทษและพิษภัย ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวลไม่มั่นใจว่าจะหยุดเสพได้เนื่องจากเคยทำมาแล้วแต่ไม่สามารถหยุดได้มีจิตใจอ่อนไหว คล้อยตามผู้อื่นง่าย เคยหยุดนานที่สุด 4 เดือน พยายามหยุด 4 ครั้ง แต่หยุดไม่ได้ อยู่ในสังคมที่มีงานเลี้ยงและมีการสังสรรค์บ่อยๆจึงได้ประเมินความรู้ของผู้ป่วยก่อนให้ความรู้เกี่ยวกับ โทษพิษภัยของยาบ้ารายบุคคล ให้ Individual Counseling เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดถึงปัญหาต่าง ๆ ของตนเองและพยาบาลให้คำแนะนำ โดยให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเองประเมินผลพบว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้นจากการพูดคุยในกลุ่ม ชักถามทักษะสามารถตอบได้จะนำไปปฏิบัติ

เดือนที่ 1 หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน คิดว่าหายป่วยแล้ว ไม่รับประทานยาก็ได้ อยู่บ้านทำงานหยุดเสพได้ ไม่ต้องมาโรงพยาบาล ญาติปล่อยให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ไม่มาเข้ากิจกรรมกลุ่มจากปัญหาดังกล่าวบทบาทของพยาบาล กับกลุ่มเอ็นเอ บทบาทหลักคือ ผู้ช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับเข้าใจความจริงเกี่ยวกับโรคติดยาเสพติด และสนับสนุนการเข้าร่วมปฏิบัติตามกลุ่มเอ็นเอ โดยมีการประเมินปัญหาทางการพยาบาลแบบองค์รวม คือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การดูแลผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ความรู้ยาเสพติด : สถานการณ์ปัญหาหายาเสพติด ผลกระทบของการติดยาเสพติด การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด 2) การให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด ขั้นตอนการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด และ 3) บทบาทของพยาบาลในการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด ผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าจะหยุดเสพได้เนื่องจากเคยทำมาแล้วแต่หยุดไม่ได้ มีจิตใจอ่อนไหว คล้อยตามผู้อื่นง่าย เคยหยุดเสพ 2 ครั้ง เลิกเองได้นานที่สุด 2 เดือน แต่กลับมาเสพซ้ำเพราะความอยากเสพหยุดไม่ได้การแสดง สีหน้าท่าทางการพูดมีความคั่นเคยและพอใจในรสชาติของยาบ้ารามีอาการนอนไม่หลับเพราะพฤติกรรมการนอนในเวลากลางคืนของผู้ป่วยไม่เหมาะสม ขณะอยู่บ้านมีเรื่องวิตกกังวล เรื่องงาน อยู่ที่บ้านผู้ป่วยจะนอน 5 - 6 ชั่วโมง/วัน อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงอาการนอนไม่หลับว่า เป็นอาการผู้ติดยาบ้ารอย่างหนึ่ง บางครั้งทำให้ผู้ป่วยหลับ ๆ ตื่น ๆ แต่อาการของผู้ป่วยจะค่อย ๆ ดีขึ้นแนะนำญาติดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ Lorazepam (2mg) 1 เม็ดรับประทานก่อนนอน

เดือนที่ 2 ผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สีหน้าวิตกกังวลไม่มั่นใจว่าจะหยุดเสพได้ เนื่องจากเคยทำมาแล้วแต่ไม่สามารถหยุดได้มีจิตใจอ่อนไหว คล้อยตามผู้อื่นง่าย การแสดงสีหน้าท่าทาง การพูดมีความคั่นเคย และอยู่ในสังคมที่มีงานเลี้ยง มีการสังสรรค์บ่อย ๆ ได้ประเมินความรู้ของผู้ป่วยก่อนให้ความรู้เกี่ยวกับ โทษพิษภัยยาบ้ารายบุคคล ให้ Individual Counselingและให้เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดถึงปัญหาต่าง ๆ ของตนเองและเพื่อน

แปลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอง ประเมินผลพบว่า ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้นจากการพูดคุย ซักถามทักษะการเลิกยาบ้าสามารถทำได้ และจะนำไปปฏิบัติ

เดือนที่ 4 ผู้ป่วยมารับการรักษาระยะติดตามหลังการรักษา สามารถหยุดเสพยาได้ต่อเนื่อง แต่พบปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวน้อย กังวลกลัวหยุดเสพยาไม่ได้ ให้คำปรึกษารายบุคคลเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่เพื่อลดความวิตกกังวลร่วมหาแนวทางที่ถูกต้อง ซักถามปัญหาและส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วย

เดือนที่ 6 ผู้ป่วยมารับการรักษาระยะติดตามหลังการรักษา สามารถหยุดเสพยาได้ต่อเนื่อง ผู้ป่วยบอกว่ากลับไปบ้านก็เจอสภาพเดิม ๆ มีเพื่อนติดยาบ้ากลัวเลิกไม่ได้ อีกทั้งเพื่อนบ้านไม่ยอมรับที่ผู้ป่วยติดยาบ้า เสี่ยงต่อการกลับเสพยาเนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ สอนครอบครัวเรื่องสัญญาณเตือนของการกลับไปเสพยา ซึ่งผู้ป่วยไม่ทราบว่าสัญญาณเตือนของตนคืออะไร เช่น โกรธ ทิว เจ็บป่วย หงุดหงิด เหนงา โดดเดี่ยว หรืออารมณ์ที่มีความสุขหรือทุกข์ครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวสามารถป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำได้โดยการเรียนรู้เรื่องเหล่านี้ อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการหยุดเสพยาและประโยชน์ของการหยุดเสพยา การป้องกันการกลับเสพยา การประเมินผลเมื่อซักถามผู้ป่วยสามารถตอบได้ว่าจะไม่กลับไปเสพยา และสามารถดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ได้อย่างปกติ

## 5. การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากควบคุมอารมณ์ไม่ได้

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าทำร้ายตนเองและผู้อื่น

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าจะหยุดเสพยาได้เนื่องจากเคยทำมาแล้วแต่หยุดไม่ได้

ปัญหาที่ 4 ขาดแรงจูงใจในการเลิกยาบ้า เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจโทษและพิษภัย

ของยาบ้า

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากพฤติกรรมในการนอนผิดไปขณะอยู่ที่บ้าน

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในครอบครัวน้อยเนื่องจากไม่หยุดเสพยาบ้า

ปัญหาที่ 7 เสี่ยงต่อการกลับเสพยาเนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่

ปัญหาที่ 8 ขาดความรู้ ความตระหนักถึงโทษพิษภัยยาเสพติด

ปัญหาที่ 9 ส่งเสริมการปฏิบัติตัวตามหลัก D -METHOD



## 5.1 การให้การพยาบาลผู้ป่วย ดังนี้

### 5.1.1 ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติให้ประวัติผู้ป่วย มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว หูแว่ว หลงผิด พุดหัวเราะคนเดียว ถ้ามืดจะทำร้ายภรรยาคิดว่ามีชู้ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

O: เอะอะ โวยวาย หงุดหงิด ก้าวร้าว ดุด่าเจ้าหน้าที่ที่ติดผู้ป่วยนอก

O: ขณะระหว่างอยู่บำบัดมีหงุดหงิดง่าย ก้าวร้าวต่อต้านการรักษาไม่ให้ความร่วมมือสายตาไม่เป็นมิตร ควบคุมตนเองได้น้อย

#### วัตถุประสงค์

ไม่เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

#### เกณฑ์การประเมิน

ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น

ผู้ป่วยไว้วางใจผู้ป่วยอื่นและพูดคุยกับผู้ป่วยอื่นได้

#### กิจกรรมพยาบาล

1) ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ระดับความรุนแรง โดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การเคลื่อนไหว คำพูด การโต้ตอบ สิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งจัดบันทึกการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

2) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาลด้วยการให้ความสนใจพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวลไม่แสดงท่าทีว่าสงสัยในตัวผู้ป่วย สังเกตอาการ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งบันทึกรายงานไว้ มีการส่งต่อ มอบหมายงานให้แก่เจ้าหน้าที่ทีมพยาบาลท่านอื่น จะได้ให้ความดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

3) จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย มีอุปกรณ์เครื่องใช้เท่าที่จำเป็นไม่มีสิ่งที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่น เช่น อาวุธต่าง ๆ หรือสิ่งกระตุ้นที่จะนำมาทำเป็นอาวุธ เช่น มีด ไม้ แก้ว เชือก

4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่แท้จริงในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยรับฟังอย่างสงบไม่ได้แย้ง ขณะที่ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ให้เพื่อนสะท้อนกลับคำพูดที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ตนเองเพื่อจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการฝึกการจัดการควบคุมตนเอง

5) หลีกเลี่ยงการหัวเราะ การพูดกระซิบกับบุคคลอื่นต่อหน้าผู้ป่วยหรือแสดงพฤติกรรมดังกล่าวให้ผู้ป่วยเห็น เพื่อป้องกันการเกิดความคิดหวาดระแวงเพิ่มขึ้น

6) จัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยและให้มีเพื่อนที่ผู้ป่วยไว้วางใจดูแลตลอดเวลา

7) พุดคุยให้คำปรึกษาและให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อแสดงอารมณ์เหมาะสมชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งดูแลให้ยาตามแผนการรักษา

- DZP (5 mg) 1x2 ☉ pc.

#### ประเมินผล

ผู้ป่วยและผู้อื่นไม่ได้รับอันตราย มีอาการหงุดหงิดลดลง บอกอยากกลับบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ขณะเข้ากลุ่มให้ความร่วมมือดี การแสดงความคิดเห็นยังมีน้อย

### 5.1.2 ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าทำร้ายตนเองและผู้อื่น

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาครั้งที่ 2 ขณะนอนโรงพยาบาลวันที่1ต้องมัดไว้เพราะควบคุมตนเองไม่ได้ จะทำร้ายตนเองและผู้อื่นอยากกลับบ้าน

O: มีอาการเดินไปมา พุดหัวเราะคนเดียว

#### วัตถุประสงค์

ไม่มีความคิด และพฤติกรรมทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น

#### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีความคิด และพฤติกรรมทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น

#### กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต
- 2) ประเมินอาการทางกายร่วมเพื่อประกอบการบริหารจัดการเรื่องการให้ยา
- 3) ชักประวัติการใช้ยาเสพติดร่วมอย่างละเอียด
- 4) ให้ข้อมูลเรื่องโรค แผนการรักษาแก่ผู้ป่วยให้เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมแพทย์พยาบาลที่ดูแล
- 5) ประเมินระดับความรุนแรงของอาการขาดยาบ้า
- 6) ให้การดูแลลดอาการขาดยาบ้าลงอย่างรวดเร็วที่สุดถ้ามีเหตุฉุกเฉิน
- 7) จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย พิจารณาผูกยึดถ้าจำเป็น
- 8) ประสานงานกับ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ให้เฝ้าระวังและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันและช่วยเหลือได้ทันท่วงทีหากมีเหตุฉุกเฉิน
- 9) ดูแลให้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ Perphenazine (16 mg) 1x2 ☉ pc เข้า, hs. Benzhexol (2 mg) 1 tab ☉ pm. For eps ทุก 6 hs.

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่นขณะนอนอยู่ที่โรงพยาบาล

### 5.1.3 ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าจะหยุดเสพได้เนื่องจากเคยทำมาแล้วแต่หยุดไม่ได้

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: มีจิตใจอ่อนไหว คล้อยตามผู้อื่นง่าย เคยหยุดเสพ 2 ครั้ง เลิกเองได้นานที่สุด 2 เดือน แต่กลับมาเสพซ้ำเพราะความอยากเสพหยุดไม่ได้

O: การแสดงสีหน้าท่าทางการพูดมีความคั่นเคยและพอใจในรสชาติของยาบ้า

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองและสามารถหยุดเสพได้

#### เกณฑ์การประเมินผล

มีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้นไม่กลับไปเสพซ้ำ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1) ให้ความรู้เรื่อง โทษพิษภัยของยาเสพติดโดยจัดกลุ่มและรายบุคคล  
2) แนะนำและจูงใจผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพ  
3) Individual Counseling เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดถึงปัญหาต่าง ๆ ของตนเอง และพยาบาลให้คำแนะนำ โดยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอง

4) พยาบาลทำ Group Counseling เพื่อให้กลุ่มช่วยแนะนำการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

5) พยาบาลทำ Family Counseling เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ และยอมรับซึ่งกันและกัน และพร้อมที่จะดูแลสนับสนุน เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

6) ให้ความช่วยเหลือ คอยทำกิจกรรมเมื่อมีเวลาว่างหรือหน้าที่ประจำ เพื่อให้เกิดความสุขและเพลิดเพลิน ซึ่งสามารถปฏิบัติได้จริง เช่น กีฬา หนังสือธรรมะ

7) ทดลองให้ผู้ป่วยสวมบทบาทสมมุติ เมื่อมีเพื่อนมาชวนผู้ป่วยให้ใช้ยาบ้า ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธได้โดยทดลองพูดกับพยาบาลก่อนและพูดในกลุ่ม

#### การประเมินผล

มีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้นจากการพูดคุยในกลุ่ม ชักถามทักษะการเลิกยาบ้าสามารถทำได้ และจะนำไปปฏิบัติเลิกยาบ้า

#### 5.1.4 ปัญหาที่ 4 ขาดแรงจูงใจในการเลิกยาบ้า เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ โทษและพิษภัยของยาบ้า

##### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าหากไม่เสพจะมีอาการใจสั่น นอนไม่หลับหงุดหงิดเสพแล้ว คลายเครียด

O: ประเมิน Stage of change อยู่ในระยะตัดสินใจหยุดเสพยาอย่างจริงจัง (Determination)

##### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและมีความรู้ความเข้าใจในโทษพิษภัยของยาบ้า

##### เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกยาบ้าและมีความรู้ความเข้าใจในพิษภัยของยาบ้า สามารถบอกโทษ พิษภัย จากยาบ้าได้

##### กิจกรรมการพยาบาล

- 1) เสริมสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดด้วยการพูดคุย ด้วยท่าที่เป็นมิตร และนุ่มนวลเพื่อสร้างความไว้วางใจ
- 2) ประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลในการหยุดเสพ เพื่อค้นหาสาเหตุและแนวทางในการ
- 3) จัดการปัญหาร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย
- 4) แจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและอาการใจสั่น ให้ผู้ป่วยคิดและตัดสินใจในการหยุดเสพ
- 5) ประเมินแรงจูงใจ โดยการประเมิน Stage of change
- 6) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มบำบัดเพื่อเลิกยา เช่น MI, CBT, Group counselling, Family therapy, Alcoholic anonymous เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยพร้อมอาการ stable และสามารถเข้ากลุ่มต่างๆได้
- 7) เปรียบเทียบสุขภาพของผู้ป่วยก่อนมาบำบัดและปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างและเกิดการตัดสินใจ
- 8) สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโดยการกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจ ยกตัวอย่างเคสที่สามารถเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้ป่วยในการเลิกยาบ้า

##### การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะเลิกยาบ้า เนื่องจากการเสพอย่างหนัก ทำให้ต้องมาบำบัดรักษา ตั้งใจเลิกเพื่อมารดาจะได้มีความสุข และกลับไปอยู่ร่วมกันได้ตามปกติ

### 5.1.5 ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากพฤติกรรมในการนอนผิดไปขณะอยู่ที่บ้าน

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: มีเรื่องวิตกกังวลกลัวเมียมีชู้

: อยู่ที่บ้านผู้ป่วยจะนอน 5-6 ชั่วโมง/วัน

O: ขอบตาค้าง ง่วง ซึม

: พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ลุกนั่งเดินไปมาตอนกลางคืน

#### วัตถุประสงค์

เพื่อนอนหลับพักผ่อนได้ตามปกติ

#### เกณฑ์การประเมินผล

นอนหลับได้ 6 - 8 ชั่วโมง/วัน ไม่มีการเดินไปมาตอนกลางคืน

ไม่พบอาการ ง่วง ซึม ขอบตาไม่ซ้ำ

#### กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินสภาพอาการที่แสดงถึงความพอเพียงในการพักผ่อน
- 2) ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอ
- 3) ชักถามจำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยหลับได้และสาเหตุของการนอนไม่หลับ

เพื่อให้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาล

- 4) แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ จัดห้องให้ห่างจากผู้อื่น เพื่อลดสิ่งกระตุ้นต่างๆ

- 5) แนะนำการดูแลรักษาความสะอาดร่างกายส่วนต่าง ๆ และจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาดรวมทั้งอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ จัดให้เป็นระเบียบ ผ้าปูที่นอนสะอาด เรียบตึง จัดท่านอนของผู้ป่วยให้สุขสบาย สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น

- 6) อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงการนอนไม่หลับว่า เป็นอาการผู้ติดยาบ้าอย่างหนึ่ง บางครั้งทำให้ผู้ป่วยหลับ ๆ ตื่น ๆ แต่อาการของผู้ป่วยจะค่อย ๆ ดีขึ้นตามลำดับ

- 7) ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ Diazepam (2 mg) รับประทาน 1 เม็ดก่อนนอน Fluoxetine (20 mg) รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า Lorazepam (2 mg) รับประทาน 1 เม็ดก่อนนอน

#### การประเมินผล

ชักถามผู้ป่วยการนอนหลับได้ 6- 8 ชั่วโมง /วัน ไม่มีการเดินไปมาตอนกลางคืน

ไม่พบอาการ ง่วง ซึม ขอบตาไม่ซ้ำ

### 5.1.6 ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในครอบครัวน้อยเนื่องจากไม่หยุดเสพยาบ้า

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าทะเลาะกับพ่อเลี้ยงและสามีบ่อยครั้ง ท้อแท้ เบื่อ

O: สังเกตจากสีหน้าเวลาถามถึงครอบครัว สีหน้าดูเศร้า

#### วัตถุประสงค์

เพื่อเข้าใจตนเองสามารถจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมได้

#### เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง และครอบครัว สามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ การแสดงออกที่เหมาะสม

สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมและเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริง ต่อตัวเอง / ครอบครัว

#### กิจกรรมการพยาบาล

1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด กับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ

2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายปัญหา ความคับข้องใจต่อตนเอง และครอบครัว พร้อมรับฟังอย่างตั้งใจ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาตามปัญหาที่ค้นพบ

3) ประเมินปัญหาครอบครัวโดยใช้แผนผังครอบครัว (Family map) พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจในเส้นสัมพันธภาพภายในครอบครัวในปัจจุบัน พร้อมอภิปรายร่วมกันถึงวิธีการต่างๆที่จะนำมาแก้ไขปัญหาแต่ไม่ได้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยสามารถนำมาปฏิบัติเพื่อลดความขัดแย้งในครอบครัว

5) หากประเมินพบว่าผู้ป่วยยังไม่มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวได้วางแผนการให้ความรู้แก่ครอบครัว / ครอบครัวบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในปัญหา และร่วมกันแก้ไขอย่างถูกต้อง

6) ติดตามทักษะทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว ทักษะการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด การเผชิญปัญหาในครอบครัว

7) ส่งต่อปัญหาที่ประเมินเพื่อวางแผนดูแลต่อเนื่อง

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง ยอมรับผลจากการกระทำของตนเอง มีความคิดว่าหากตนเองเลิกยาบ้าได้ ครอบครัวก็จะกลับมามีความสุขและอยู่ร่วมกันเช่นเดิมได้อย่างมีความสุข

### 5.1.7 ปัญหาที่ 7 เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำเนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่ากลับไปบ้านก็พบสภาพเดิม ๆ ที่ผ่านมามีเพื่อนติดยาบ้า และสามีติดยาบ้าและขายยาบ้าอยู่กลัวเลิกไม่ได้

O: สิ้นหวังวิตกกังวล พุดน้อยเมื่อพูดถึงที่บ้าน

#### วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ

#### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำและสามารถดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ได้

#### กิจกรรมการพยาบาล

- 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยขณะมาติดตามผล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักวิธีการปรับตัวได้ถูกต้อง
- 2) สร้างแรงกระตุ้นให้กับผู้ป่วยในการจัดการกับสัญญาณเตือนของการกลับไปเสพยาบ้าเมื่อมีสิ่งกระตุ้น
- 3) การจัดกิจกรรมการจัดการกับอารมณ์อันตรายที่ทำให้กลับไปเสพยาบ้า โดยใช้ตัวแบบและบทบาทสมมติให้ผู้ป่วยทดสอบ
- 4) สอนครอบครัวเรื่องสัญญาณเตือนของการกลับไปเสพยาบ้าซึ่งผู้ป่วยไม่รู้สัญญาณเตือน เช่น โกรธ หิว เจ็บป่วย หงุดหงิด เหงา โดดเดี่ยว หรืออารมณ์ที่มีความสุขหรือทุกข์ ครอบครัวไม่รู้ ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัว สามารถป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำได้โดยการเรียนรู้เรื่องเหล่านี้
- 5) ให้เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยด้วยกันจะสามารถช่วยเหลือซึ่งกันให้สามารถหยุดใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการ กลุ่มช่วยเป็นแรงสนับสนุน เสริมแรงจูงใจในการบำบัดรักษา ป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ
- 6) อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการมาติดตามผล เพื่อป้องกันการกลับเสพยาบ้าซ้ำ

#### การประเมินผล

เมื่อซักถามผู้ป่วยสามารถตอบได้ว่าจะไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำและสามารถดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ได้อย่างปกติ และมาติดตามผลอย่างต่อเนื่อง 4 ครั้ง/ปี

### 5.1.8 ปัญหาที่ 8 ขาดความรู้ ความตระหนักถึงโทษพิษภัยยาเสพติด

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: “คิดว่าเสพติดเล็กน้อยไม่เป็นไร เพื่อนๆ ก็เสพกันเยอะ”

O: สีน้าท่าทางไม่ได้ใส่ใจเมื่อพูดถึงยาเสพติด

#### วัตถุประสงค์

1) ตระหนักถึงโทษพิษภัยยาเสพติด

2) มีความรู้ถึงโทษพิษภัยยาเสพติด

#### เกณฑ์การประเมิน

1) บอกถึงโทษพิษภัยยาเสพติดได้

2) เกิดแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด

#### กิจกรรมการพยาบาล

1) สร้างสัมพันธภาพ สนทนาเพื่อการบำบัด

2) ประเมินการรับรู้เรื่องโทษ พิษภัย ของยาเสพติดของผู้ป่วย

3) อธิบายเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองตื้อยา โดยให้ผู้ป่วยมี

ส่วนร่วมในการอธิบายและแสดงความคิดเห็นจากประสบการณ์ของตนเอง

4) ให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างอาการต่างๆ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเสพ

ยาที่ผ่านมา

5) ให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการเสพยาเสพติด ทางเลือกใน

การเลิกยาเสพติด

6) ประเมินแรงจูงใจในการเลิกยาของผู้ป่วย เหตุผล และแผนการจัดการ

กับการเสพยาในอนาคต

7) กำหนดแนวทางในการเลิก การรักษา ร่วมกับผู้ป่วย

8) ให้ผู้ป่วยสรุปความรู้เรื่องโทษพิษภัยยาเสพติด

#### ประเมินผลการพยาบาล

1) ผู้ป่วยอธิบายถึงโทษพิษภัยได้อย่างถูกต้อง

2) ผู้ป่วยสามารถบอกผลดี ผลเสียของการเสพยาเสพติดได้เหมาะสม

3) แรงจูงใจในการเลิกยาอยู่ในขั้น Contemplation



### 5.1.9 ปัญหาที่ 9 ส่งเสริมการปฏิบัติตัวตามหลัก D-METHOD

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยอยู่บ้านต้องดูแลยังไง

O: ญาติและผู้ป่วยสอบถามการดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการอยู่บ้าน

#### เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการอยู่บ้าน

#### กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ
- 2) วางแผนการจำหน่าย ตามแผนการจำหน่าย DMETHOD ประกอบด้วย
  - D Diagnosis ให้ความรู้เรื่องยาเสพติดสาเหตุ การป้องกันเสพติด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแล เน้นเรื่องแรงจูงใจ
  - M Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อน อาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช รวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย
  - E Environment /Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่อาจจะทำให้กลับไปใช้ยา การไม่กลับไปในที่เสี่ยงในชุมชน การอยู่ห่างจากเพื่อนที่เสพยา
  - T Treatment ทักษะที่จำเป็นตามแผนการรักษาเสพติด เช่น การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น การจัดการกับอาการอยากยา การป้องกันการกลับไปเสพติด
  - H Health การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ
  - O Out patient การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก (Matrix program) เน้นย้ำการมาตามนัด
  - D Diet การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดบุหรี่ยาเสพติด
- 3) การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ
- 4) การเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว

5) ประสานเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่ในการส่งเสริมกระตุ้นการมาเข้า  
บำบัดรักษาต่อเนื่องในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก รวมทั้งการวางแผนการเฝ้าระวังการป้องกัน  
การกลับไปเสพซ้ำระหว่างการดูแลในชุมชน

#### ประเมินผลการพยาบาล

1) ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจแผนการรักษาและการปฏิบัติตัว  
การมาติดตามรักษาต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก

2) หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ให้ความร่วมมือในการวางแผนการดูแล  
ต่อเนื่องร่วมกับชุมชน

#### การดำเนินงานกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนของผู้ติดยาบ้าที่มีจิตเวชร่วม

จากกรณีศึกษาที่พบ มีการเข้ากลุ่มเอ็นเอ ทุกวันพุธ เวลา 13.30-14.30 น.

การเตรียมผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยนอก

เจ้าหน้าที่จะมีการพูดคุย ทักทาย สร้างสัมพันธ์ภาพ และกรณีสมาชิกยังรับ  
การรักษาด้วย ดูแลซักประวัติ ส่งพบแพทย์ ให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ก่อนเข้าร่วมประชุม  
ช่วยอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับสถานที่จุดประชุมในการประชุมเจ้าหน้าที่มีการเข้าร่วมสังเกตการณ์  
ระหว่างการประชุม ร่วมแลกเปลี่ยนในประเด็นทางด้านสุขภาพ การบำบัดรักษา และช่วยส่งเสริมให้  
การประชุมดำเนินไปอย่างปกติ

การเตรียมผู้ป่วยหลังส่งผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม

มีการพูดคุยให้กำลังใจ เสริมแรงใจ ให้สมาชิกตระหนักถึงการปฏิบัติตาม  
ขั้นตอนของกลุ่มเอ็นเอ ที่ช่วยในการหยุดเสพยาบ้า เชิญชวนให้เข้าร่วมประชุมอย่างต่อเนื่อง

วิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมาเข้าร่วมช่วยส่งเสริมให้สมาชิกมีการสร้างสาย  
สัมพันธ์ระหว่างกัน ติดต่อสื่อสารด้านข้อมูลข่าวสารและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

#### หลักการ 12 ขั้นตอน ของกลุ่มเอ็นเอ

ขั้นตอนที่ 1 เรายอมรับว่าเราไม่มีอำนาจเหนือยาเสพติดและเราไม่สามารถ  
ควบคุมชีวิตของเราเองได้

ขั้นตอนที่ 2 เราเชื่อว่าอำนาจที่ยิ่งใหญ่กว่าเรา จะสามารถรักษาให้เรากลับ  
สู่สภาพปกติได้

ขั้นตอนที่ 3 เราตัดสินใจที่จะมอบชีวิตและจิตใจของเราไว้ภายใต้การดูแล  
ของพลังอำนาจและตามที่เราได้เข้าใจในสิ่งศักดิ์สิทธิ์

ขั้นตอนที่ 4 เราทำการสำรวจความผิดชอบชั่วดีในตัวเราอย่างกล้าหาญ

ขั้นตอนที่ 5 เรายอมรับต่อพลังอำนาจและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่อตัวเราและต่อผู้อื่น  
ในความผิดของเรา

ขั้นตอนที่ 6 เราพร้อมแล้วโดยสิ้นเชิงที่จะให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์กำจัดความประพฤติที่เสื่อมเสียเหล่านี้

ขั้นตอนที่ 7 เราอ่อนน้อมอย่างอ่อนน้อมและด้วยความรู้สึกสำนึกขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์กำจัดความประพฤติที่เสื่อมเสียเหล่านี้

ขั้นตอนที่ 8 เราทำรายชื่อของผู้ที่เราเคยทำความเสียหายให้และเต็มใจที่จะชดเชยใช้ความเสียหายให้แก่พวกเขาทั้งหมด

ขั้นตอนที่ 9 เราขอใช้ให้แก่พวกเขาเหล่านั้นโดยตรงเท่าที่จะเป็นไปได้ ยกเว้นในกรณีที่มีการกระทำดังกล่าวอาจเป็นอันตรายแก่พวกเขาหรือผู้อื่นได้

ขั้นตอนที่ 10 เราสำรวจตัวเองอยู่เสมอและยอมรับผิดทันทีเมื่อเราผิด

ขั้นตอนที่ 11 เราได้สวดภาวนาและตั้งจิตสมาธิเพื่อจะได้ สัมผัสกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์อย่างมีสติตามที่เราได้เข้าใจสิ่งศักดิ์ ภาวนาขอทราบความปรารถนาของสิ่งศักดิ์สิทธิ์และพลังที่จะกระทำตามนั้นได้สำเร็จลุล่วง

ขั้นตอนที่ 12 เมื่อเราได้รับผลสำเร็จจากการทำตามขั้นตอนเหล่านี้และพ้นจากความมืดบอดทางจิตวิญญาณแล้วเราจะพยายามเล่าเรื่องนี้ให้ผู้ติดยาบ้าคนอื่นได้ทราบและใช้หลักเกณฑ์เหล่านี้มาเป็นหลักปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ

ใน 12 ขั้นตอน นั้นจะได้ผลดีต่อเมื่อ ได้ลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนจริง ๆ และในแต่ละขั้นตอนในแต่ละคนก็ใช้เวลาไม่เท่ากันบางคนได้ผลเร็ว บางคนเห็นผลช้า แต่หากมีความมุ่งมั่น เพียรพยายามทำตามจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายแน่นอน การเข้าร่วมประชุมกลุ่มกับสมาชิกเอ็นเอ บ่อยครั้งจะทำให้เข้าใจ มีพลังในการเปลี่ยนแปลงและเห็นความก้าวหน้าของตนเอง และในแต่ละ Steps ให้ลงมือปฏิบัติอย่างค่อยเป็นค่อยไปแต่ให้มีความสม่ำเสมอผู้ที่ปฏิบัติตาม 12 ขั้นตอน อย่างจริงจัง มักหยุดเสพได้อย่างมีความสุข และมีอิสระมักพบกับหนทางในการแก้ไขปัญหาทางจิตใจ และพัฒนาเติบโตขึ้นทางจิตวิญญาณและสามารถที่จะใช้ชีวิตอยู่กับปัจจุบันได้อย่างมีความสุขมากขึ้น สบายใจขึ้น โดยไม่ต้องพึ่งพายาบ้าแต่อย่างใด

หลักการ 12 ขั้นตอนมีกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนหัวข้อที่ผู้ป่วยเข้ากลุ่มมีกิจกรรมดังนี้

วันที่ 5 เมษายน 2566 ครั้งที่ 1 โรคสมองติดยาเสพติด

วันที่ 19 เมษายน 2566 ครั้งที่ 2 ตัวกระตุ้นภายนอกและภายใน

วันที่ 3 พฤษภาคม 2566 ครั้งที่ 3 เส้นทางของการเจ็บป่วย

วันที่ 24 พฤษภาคม 2566 ครั้งที่ 4 เอ็นเอคืออะไร วิธีการของ เอ็นเอ

ได้ผลอย่างไร

วันที่ 7 มิถุนายน 2566 ครั้งที่ 5 หลักการ 12 ขั้นตอน และธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ

วันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ครั้งที่ 6 การจัดการกับอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์และความสำคัญของเอ็นเอ

วันที่ 2 สิงหาคม 2566 ครั้งที่ 7 อะไรคือสิ่งที่คุณจะได้รับเมื่อเลือกจะเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มเอ็นเอ และญาติหรือผู้เกี่ยวข้องมีบทบาทอะไรบ้าง

วันที่ 6 สิงหาคม 2566 ครั้งที่ 8 ศัพท์ที่ควรรู้เกี่ยวกับเอ็นเอ

วันที่ 3 มกราคม 2567 ครั้งที่ 9 โรคจิตเวช ครอบคลุมกับโรคติดยาเสพติด

บทบาทการดูแลผู้ติดยาบ้าเข้ากลุ่มผู้ติดยาเสพติดนิรนาม (Narcotics Anonymous) สิ่งสำคัญสำหรับคนที่กำลังเลิกยาเสพติด คือ การหาผู้ช่วยเหลือจากกลุ่มหลักการ 12 ขั้นตอน การเลิกยาเสพติดในระยะสัปดาห์หรือเดือนแรก ๆ ผู้เลิกยาจะสับสน ว่าวุ่นใจมาก ไม่เข้าใจกังวลและหวาดกลัว ผู้เลิกยาจึงต้องการพูดคุยและระบายออกถึงความรู้สึกเหล่านี้ที่เกิดขึ้น การที่ผู้เลิกยาเข้าไปร่วมในกลุ่มหลักการ 12 ขั้นตอน พยาบาลเอ็นเอทำหน้าที่บริการสมาชิกในการเตรียมการประชุม, เปิดกลุ่มและเป็นตัวแทนสมาชิกในการดูแลการประชุมและเพื่อสมาชิกให้มีความสั่นไหวในการประชุมและปิดกลุ่มบทบาทหลักช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริง และสนับสนุนการเข้าร่วมปฏิบัติตามกลุ่มซึ่งเป็นหนทางในการฟื้นฟูสภาพ โดยมีหน้าที่ต่าง ๆ เหล่านี้ช่วยให้บรรลุผลสำเร็จได้แก่ การให้ความรู้ ทำหน้าที่เป็นแหล่งข้อมูลส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาตนเองตามหลัก 12 ขั้นตอน อธิบายมุมมองของกลุ่มเอ็นเอต่อโรคติดยาเสพติด นำเสนอขั้นตอนและหลักการ และช่วยให้ผู้ติดยาเข้าใจเนื้อหาหลักของกลุ่มเอ็นเอ นำเสนออธิบายและสนับสนุนการอาศัยกลุ่มเพื่อนเป็นพื้นฐานในการฟื้นตัวจากโรค ซึ่งเป็นกระบวนการระงับยับยั้งโรค (Arrest) มากกว่าการหายจากโรค (Cure) อธิบายบทบาทของพี่เลี้ยงและช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองจะได้รับประโยชน์อะไรจาก Sponsor (พี่เลี้ยง) ตอบคำถามเกี่ยวกับเนื้อหาที่พบในหนังสือบ๊ิกบุ๊ก และ 12 ขั้นตอน 12 ข้อธรรมเนียม และสื่อสิ่งพิมพ์ อื่นๆ การช่วยเหลือส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการประชุมเฝ้าติดตามการเข้าร่วมกลุ่มและส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในการเข้าร่วมอย่างจริงจังเพิ่มมากขึ้น การไปเข้าร่วมประชุมที่ต้องมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้ติดยาบ้าเข้ากิจกรรมจำนวน 9 ครั้งมีความรู้ความเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยตนเองได้มากขึ้นหลังทำกิจกรรมมีการนำความรู้ไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันและสามารถหยุดเสพได้

#### **สรุปสภาพการจำหน่าย การวางแผนการจำหน่าย และการติดตามเยี่ยมบ้าน**

ผู้ป่วยชายไทยวัยทำงานตอนกลาง อายุ 42 ปี เริ่มเสพยาบ้าอายุ 16 ปี อยากรองกับเพื่อน เสพ 1 เม็ด/4คนพ.ศ. 2544 ไปทำงานที่ประเทศไต้หวันกลับมาเสพ 1-2 เม็ด 1 ครั้ง/เดือน 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เสพยาทุกวันละ 2-3 เม็ดเสพครั้งสุดท้าย 4 กุมภาพันธ์ 2566 ปริมาณ 2 เม็ด 2 อาทิตย์ก่อนมามีหงุดหงิด ก้าวร้าว เอะอะโวยวาย ถู่มิดจะทำร้ายคน

ในครอบครัว มีหูแว่วเสียงคนพูดคุยกัน หวาดระแวงกลัวภรรยาหนี หงุดหงิดคิดว่าพ่อตาข่มขืนลูกสาว พุดบ่นยืมหัวเราะคนเดียว 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลหงุดหงิด ก้าวร้าว หูแว่ว หงุดหงิด พุดหัวเราะคนเดียว ถ้ามืดจะทำร้ายภรรยาคิดว่ามีไข้เข้ารับการรักษาบำบัดระยะถอนพิษยาจำนวน 14 วันอาการดีขึ้นจึงเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ตาม 12 ขั้นตอน 12 ข้อธรรมเนียม และสื่อสิ่งพิมพ์อื่นๆ การช่วยเหลือส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการประชุมเฝ้าติดตามการเข้าร่วมกลุ่มและส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในการเข้าร่วมอย่างจริงจังเพิ่มมากขึ้น การไปเข้าร่วมประชุมที่ต้องมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้ติดยาเข้ากิจกรรมจำนวน 9 ครั้งมีความรู้ความเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยตนเองได้มากขึ้น หลังทำกิจกรรมมีการนำความรู้ไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันและสามารถหยุดเสพยาได้ ติดตามเพื่อป้องกันการกลับเสพยาบ้าซ้ำการประเมินผลเมื่อซักถามผู้ป่วยสามารถตอบได้ว่าจะไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำสามารถดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่และมาติดตามผลอย่างต่อเนื่อง 4 ครั้ง / ปีโดยเดินทางมาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำสามารถดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ได้ปกติสุข ได้มีการเยี่ยมติดตามที่บ้านพร้อมทีมสหวิชาชีพจำนวน 1 ครั้งผู้ป่วยมีอาการปกติไม่เกิดภาวะซึมเศร้าให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวสังเกตอาการซึมเศร้าถ้ามีอาการผิดปกติให้พบแพทย์ใกล้บ้าน ครอบครัวและผู้ป่วยรับฟัง

### สรุปการเรียนรู้ที่ได้จากกรณีศึกษา

- 1) เรียนรู้ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วมที่ถูกต้องเหมาะสม
- 2) เรียนรู้ในการเป็นผู้บำบัดรักษาให้การพยาบาลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วมที่ถูกต้องเหมาะสม
- 3) เรียนรู้การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถดำเนินชีวิตได้ปกติสุข
- 4) เรียนรู้ให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมและสามารถดำรงชีวิตในสังคมสามารถหยุดเสพยาบ้าได้อย่างยาวนาน

## บทที่ 5

### สรุปกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยชายไทยวัยทำงานอายุ 42 ปี ผู้ป่วยรับรู้สุขภาพของตนเองให้ประวัติว่าผู้ป่วยเริ่มเสพยาบ้าอายุ 16 ปี อยากรองกับเพื่อน เสพ 1 เม็ด/4 คน พ.ศ. 2544 ไปทำงานที่ประเทศไต้หวัน กลับมาเสพ 1-2 เม็ด 1 ครั้ง/เดือน 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลเสพยาทุกวันละ 2-3 เม็ด เสพครั้งสุดท้าย 4 กุมภาพันธ์ 2566 ปริมาณ 2 เม็ด 2 อาทิตย์ก่อนมามีหงุดหงิด ก้าวร้าว อะอะโวยวาย ถีอมีดจะทำร้ายคนในครอบครัว มีหูแว่วเสียงคนพูดคุยกัน หวาดระแวงกลัวภรรยาหนีหู หลงผิดคิดว่าพ่อตาข่มขืนลูกสาว พุดบ่นยืมหัวเราะคนเดียว 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลหงุดหงิด ก้าวร้าว หูแว่ว หลงผิด พุดหัวเราะคนเดียว ถีอมีดจะทำร้ายภรรยาคิดว่ามีหู เข้ารับการรักษาสามารถดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ได้อย่างปกติ และมาติดตามผลอย่างต่อเนื่อง 4 ครั้ง / ปี

วันที่ 1-7 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566 หงุดหงิด ก้าวร้าว หูแว่ว หลงผิด พุดหัวเราะคนเดียว ถีอมีดจะทำร้ายภรรยาคิดว่ามีหู 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากควบคุมอารมณ์ไม่ได้ผู้ป่วยบอก “ไม่ได้เป็นอะไรและไม่ได้เสพยาบ้ามา ไม่ต้องการนอนโรงพยาบาล” อะอะ โวยวาย หงุดหงิด ก้าวร้าว ดุด่าเจ้าหน้าที่ที่ตักผู้ป่วยนอก ขณะระหว่างอยู่บำบัดมีหงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว ต่อต้านการรักษาไม่ให้ความร่วมมือ สายตาไม่เป็นมิตร ควบคุมตนเองได้น้อย ให้คำแนะนำการพยาบาลที่เหมาะสมขณะอยู่ที่บ้านแนะนำให้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์

- Diazepam (10 mg) ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ prn.
- Lorazepam (2 mg) 1 x ☉ hs.
- Perphenazine (16 mg) 1 x 2☉ pc เข้า, hs.
- DZP (2 mg) 1 tab prn. ทุก 6 hs.
- DZP (10 mg) 1 tab ☉ hs.
- DZP (5 mg) 1x2☉ pc.
- Fluoxetine (20 mg) 1 tab ☉ pc. เข้า
- Benzhexol (2 mg) 1 tab ☉ prn. For eps ทุก 6 hs.

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าทำร้ายตนเองและผู้อื่น ขณะนอนโรงพยาบาลวันที่ 1 ต้องมัดไว้ เพราะควบคุมตนเองไม่ได้ จะทำร้ายตนเองและผู้อื่นอยากกลับบ้าน มีอาการเดินไปมา พุดหัวเราะคนเดียว

วันที่ 8-14 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นจากการซักประวัติ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตน ในระหว่างการบำบัดระยะบำบัดด้วยยาผู้ป่วยบอกว่าไม่รู้ว่าการรักษาเป็นอย่างไร กลัวอดทนไม่ได้ ต้องอยู่กักตัวผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล ทำทางเหนียวเพื่อย นอนบนเตียงตลอดเวลาไม่หลับเพราะพฤติกรรมนอนในเวลากลางคืนของผู้ป่วยไม่เหมาะสมขณะอยู่บ้านมีเรื่องวิตกกังวล เรื่องงาน อยู่ที่บ้านผู้ป่วยจะนอน 5-6 ชั่วโมง/วัน ผู้ป่วยไม่ชอบนอนกลางวันชอบตากผ้า ว่างซึม พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ลูกนั่งเดินไปมาตอนกลางคืนอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงการนอนไม่หลับว่า เป็นอาการผู้ติดยาบางอย่างหนึ่ง บางครั้งทำให้ผู้ป่วยหลับๆ ตื่นๆ แต่อาการของผู้ป่วยจะค่อยๆ ดีขึ้นตามลำดับ แนะนำญาติดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ Lorazepam (2mg) รับประทานยา 1 เม็ด ก่อนนอน ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการหยุดเสพยาบ้า ขาดความรู้ความเข้าใจโทษและพิษภัย ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวลไม่มั่นใจว่าจะหยุดเสพได้เนื่องจากเคยทำมาแล้วแต่ไม่สามารถหยุดได้มีจิตใจอ่อนไหว คล้อยตามผู้อื่นง่าย เคยหยุดนานที่สุด 4 เดือน พยายามหยุด 4 ครั้ง แต่หยุดไม่ได้ อยู่ในสังคมที่มีงานเลี้ยงและมีการสังสรรค์บ่อยๆ จึงได้ประเมินความรู้ของผู้ป่วยก่อนให้ความรู้เกี่ยวกับ โทษพิษภัยของยาบ้ารายบุคคล ให้ Individual Counseling เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดถึงปัญหาต่างๆ ของตนเองและพยายามให้คำแนะนำ โดยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเองประเมินผลพบว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้นจากการพูดคุยในกลุ่ม ซักถามทักษะสามารถตอบได้จะนำไปปฏิบัติ

เดือนที่ 1 หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน คิดว่าหายป่วยแล้ว ไม่รับประทานยาก็ได้ อยู่บ้านทำงานหยุดเสพได้ ไม่ต้องมาโรงพยาบาล ญาติปล่อยให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ไม่มาเข้ากิจกรรมกลุ่มจากปัญหาดังกล่าวบทบาทของพยาบาล กับกลุ่มเอ็นเอ บทบาทหลักคือ ผู้ช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับเข้าใจความจริงเกี่ยวกับโรคติดยาเสพติด และสนับสนุนการเข้าร่วมปฏิบัติตามกลุ่มเอ็นเอ โดยมีการประเมินปัญหาทางการพยาบาลแบบองค์รวม คือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การดูแลผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ความรู้ยาเสพติด:สถานการณ์ปัญหา ยาเสพติด ผลกระทบของการติดยาเสพติด การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด 2) การให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด ขั้นตอนการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด และ 3) บทบาทของพยาบาลในการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด ผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าจะหยุดเสพได้เนื่องจากเคยทำมาแล้วแต่หยุดไม่ได้ มีจิตใจอ่อนไหว คล้อยตามผู้อื่นง่าย เคยหยุดเสพ 2 ครั้ง เลิกเองได้นานที่สุด 2 เดือน แต่กลับมาเสพซ้ำเพราะความอยากเสพหยุดไม่ได้การแสดง สีหน้าท่าทางการพูดมีความคุ้นเคยและพอใจในรสชาติของยาบ้ามีอาการนอนไม่หลับเพราะพฤติกรรมนอนในเวลากลางคืนของผู้ป่วยไม่เหมาะสม ขณะอยู่บ้านมีเรื่องวิตกกังวล เรื่องงาน อยู่ที่บ้านผู้ป่วยจะนอน 5 - 6 ชั่วโมง/วัน อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงอาการนอนไม่หลับว่า เป็นอาการผู้ติดยาบ้าอย่างหนึ่ง บางครั้งทำให้ผู้ป่วยหลับๆ ตื่นๆ แต่อาการของผู้ป่วยจะค่อยๆ ดีขึ้นตามลำดับ แนะนำญาติดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ Lorazepam (2mg) 1 เม็ดรับประทานก่อนนอน

เดือนที่ 2 ผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สีหน้าวิตกกังวลไม่มั่นใจว่าจะหยุดเสฟได้ เนื่องจากเคยทำมาแล้วแต่ไม่สามารถหยุดได้มีจิตใจอ่อนไหว คล้อยตามผู้อื่นง่าย การแสดงสีหน้าท่าทางการพูดมีความคุ้นเคย และอยู่ในสังคมที่มีงานเลี้ยง มีการสังสรรค์บ่อย ๆ ได้ประเมินความรู้ของผู้ป่วยก่อนให้ความรู้เกี่ยวกับ โทษพิษภัยยาบ้ารายบุคคล ให้ Individual Counseling และให้เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดถึงปัญหาต่างๆ ของตนเองและเพื่อน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือก การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอง ประเมินผลพบว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้นจากการพูดคุย ซักถามทักษะการเลิกยาบ้าสามารถทำได้ และจะนำไปปฏิบัติ

เดือนที่ 4 ผู้ป่วยมารับการรักษาในระยะติดตามหลังการรักษา สามารถหยุดเสฟได้ต่อเนื่อง แต่พบปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวน้อย กังวลกลัวหยุดเสฟไม่ได้ ให้คำปรึกษารายบุคคลเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่เพื่อลดความวิตกกังวลร่วมหาแนวทางที่ถูกต้อง ซักถามปัญหาและส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วย

เดือนที่ 6 ผู้ป่วยมารับการรักษาในระยะติดตามหลังการรักษา สามารถหยุดเสฟได้ต่อเนื่อง ผู้ป่วยบอกว่ากลับไปบ้านก็เจอสภาพเดิม ๆ มีเพื่อนติดยาบ้ากลัวเลิกไม่ได้ อีกทั้งเพื่อนบ้านไม่ยอมรับที่ผู้ป่วยติดยาบ้า เสี่ยงต่อการกลับไปเสฟซ้ำเนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ สอนครอบครัวเรื่องสัญญาณเตือนของการกลับไปเสฟซ้ำ ซึ่งผู้ป่วยไม่ทราบว่าสัญญาณเตือนของตนคืออะไร เช่น โกรธ หิว เจ็บป่วย หงุดหงิด เหงา โดดเดี่ยว หรืออารมณ์ที่ไม่มีความสุขหรือทุกข์ครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวสามารถป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำได้โดยการเรียนรู้เรื่องเหล่านี้ อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการหยุดเสฟและประโยชน์ของการหยุดเสฟ การป้องกันการกลับไปเสฟซ้ำ การประเมินผลเมื่อซักถามผู้ป่วยสามารถตอบได้ว่าจะไม่กลับไปเสฟซ้ำ และสามารถดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ได้อย่างปกติ

สรุปจากการรวบรวมข้อมูล จากแฟ้มประวัติ การสัมภาษณ์ดูแลให้การบำบัดรักษาตามกระบวนการพยาบาล สามารถสรุปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนให้การพยาบาลดังนี้

#### การวินิจฉัยทางการพยาบาล

- ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากควบคุมอารมณ์ไม่ได้
- ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าทำร้ายตนเองและผู้อื่น
- ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าจะหยุดเสฟได้เนื่องจากเคยทำมาแล้วแต่หยุดไม่ได้
- ปัญหาที่ 4 ขาดแรงจูงใจในการเลิกยาบ้า เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจโทษและพิษภัยของยาบ้า
- ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากพฤติกรรมในการนอนผิดไปขณะอยู่ที่บ้าน
- ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในครอบครัวน้อยเนื่องจากไม่หยุดเสฟยาบ้า



ปัญหาที่ 7 เสี่ยงต่อการกลับเสพซ้ำเนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่

ปัญหาที่ 8 ขาดความรู้ ความตระหนักถึงโทษพิษภัยยาเสพติด

ปัญหาที่ 9 ส่งเสริมการปฏิบัติตัวตามหลัก D -METHOD

จากปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1-5 ได้มีการแก้ไขให้การพยาบาลแล้วโดยมีการร่วมวางแผนกิจกรรมบำบัด ได้แก่ การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้คำปรึกษารายครอบครัวและมีการประเมินผลโดยให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับสภาพตนเองที่เป็นอยู่ ตระหนักถึงผลเสียต่าง ๆ ที่ตามมา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6-9 จากการประเมินก่อนจำหน่ายมีการวางแผน เสี่ยงต่อการกลับเสพยาบ้าซ้ำเนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่และการเตรียมความพร้อมหลังจากเสพยาบ้าซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลเสียของการเสพยาบ้า สอนครอบครัวเรื่องสัญญาณเตือนของการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ให้มาเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยด้วยกันจะสามารถช่วยเหลือซึ่งกันให้สามารถหยุดใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการ กลุ่มช่วยเป็นแรงสนับสนุน เสริมแรงจูงใจในการบำบัดรักษา ให้ผู้ติดยาเสพติดได้ช่วยเหลือกันเอง ลักษณะของปัญหา ความต้องการที่คล้ายๆกัน ได้มาร่วมกันอภิปรายความรู้สึก ให้ข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือต่อกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยมีความเข้าใจ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการมาติดตามประเมินผลการติดตามเยี่ยมบ้าน จดหมาย โทรศัพท์ติดตามเพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาบ้าซ้ำการประเมินผลเมื่อซักถามผู้ป่วยสามารถตอบได้ว่าจะไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ สามารถดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง 4 ครั้ง/ปี โดยเดินทางมาที่โรงพยาบาลรัฐราษฎร์ขอนแก่น ได้ให้คำปรึกษาพบว่าผู้ป่วยไม่กลับไปเสพซ้ำและสามารถดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ได้อย่างปกติสุข

### วิจารณ์

การดูแลผู้ติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วมมีความยุ่งยากและซับซ้อนการเข้าถึงยากเกี่ยวกับการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องเสี่ยงต่อการกลับเสพซ้ำพยาบาลต้องกระตุ้นในขณะเข้ารับการทำกิจกรรมในการมาเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง

### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

บ้านผู้ป่วยอยู่ห่างจากโรงพยาบาล 20 กิโลเมตร ไม่มีรถโดยสารประจำทางต้องเดินทางขับรถมาบางครั้งไม่สะดวกในการเข้าร่วมในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งแต่ก็มีการโทรติดตามผู้ป่วยจึงมาร่วมอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะ

พัฒนาระบบการดูแลผู้ติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วมขณะอยู่ที่บ้านโดยการให้ความรู้หรือคำแนะนำครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญในการมาติดตามผลเพื่อจะได้เรียนรู้กับการ

เจ็บป่วยทักษะ การสังเกตเพื่อให้สามารถดูแลและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านได้อย่างปกติสุข ถ้ามีอาการผิดปกติสามารถโทรมาสอบถามได้ตลอด 24 ชั่วโมง

#### **การนำไปใช้ประโยชน์**

1. เป็นข้อมูลและแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพด้านบทบาทของพยาบาลดูแลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วมระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอ็นเอโดยการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
2. นำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการปรับปรุง พัฒนาระบบการบทบาทของพยาบาลดูแลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคจิตเวชร่วมระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเอ็นเอโดยการใช้ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
3. เป็นเอกสารวิชาการเผยแพร่ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้องและผู้สนใจ

## บรรณานุกรม

- กรองจิต วงศ์สุวรรณ. (2544). **ลักษณะและพฤติกรรมการใช้ยาบ้าของผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้ยาบ้าที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง**. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. (2552). **แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- จิราภร รักษาการ. (2565). **แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ้จันทร์สุข, และศุภกรใจ เจริญสุข. (2565). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. นนทบุรี: ธนาเพรส.
- ญาธิดา วุฒิสาสตร์กุล, วิยะดา ทิพม่อม, และชญญาสิริ ฉันทสวัสดิ์. (2565). **การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาวในกระบวนการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล**. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ตรีนุช ราชฤทธิ์ดุขดี. (2554). **ผลของโปรแกรมไบโอฟีดแบคร่วมกับการสร้างจินตนาการต่อระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้เสพสารแอมเฟตามีน**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2546). **โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน**. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- ไพฑูรย์ ณรงค์ชัย และสิริพันธ์ ณรงค์ชัย. (2548). **นิติพิษวิทยา**. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พาริตา อิมราฮิม. (2551). **กระบวนการพยาบาลคู่มือการปฏิบัติการขั้นวิชาชีพ**. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองธรรม.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิต. (2561). **บทบาทของพยาบาลในการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติด**. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ภิญญาดา ภัทรกิจจาธร. (2563). **แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชตามแบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน**. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย, 10(1), 156-159.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). **จิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์พิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). **จิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี.

- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. (2566). **การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด**. ขอนแก่น: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น.
- วิมล ลักษณะภิกขชนซ์. (2563). **คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด**. ปทุมธานี: ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
- วิโรจน์ วีรัชย์ และคณะ. (2544). **ตำราเวชศาสตร์การเสพติด**. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ศุภกรใจ เจริญสุข. (2557). **แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (Theoretical Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing)**. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพจันท์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1**. (หน้า 90-113). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2566). **สถิติข้อมูลเวชระเบียน**. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2563). **สถิติข้อมูลเวชระเบียน**. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2552). **การพัฒนาแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบองค์รวม**. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์.
- สุชาติ เลขาบริหาร. (2544). **ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด เรื่อง แนวทางการพัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย** กรุงเทพมหานคร: วัชรอินเตอร์ปรีนติ้ง.
- อนุพงษ์ สุธรรมนิรัตน์ และคณะ. (2544). **ความภูมิใจแห่งตนในวัยรุ่นที่ไชยาบ้า**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 46(1), 13-11.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว**. กรุงเทพมหานคร: ชั้นดีการพิมพ์.
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental Disorders**. 5<sup>th</sup> ed. Arlington, VA: American Psychiatric.
- Atsawaprawiphuth, W. (2015). **Standards of Nursing Care: Nursing Process and professional ethics**. Public Health Policy and Laws Journal, 2(3), 393–400.
- Maslow, A.H. (1970). **Motivation and personality**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Harper & Row. Mot
- Maslow, A.H. (1943). **A theory of human motivation**. Psychological Review, 50(4), 370–396.
- Peplau, H. (1952). **Hildegard Peplau 1909-1999**. Mental Health Practice, 2(8), 4.

Roy, C. (1984). **Introduction to Nursing: An Adaptation Model**. 2<sup>nd</sup> ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Roy, C. & Andrews, H.A. (1999). **The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement**. 2<sup>nd</sup> ed. Stamford, CT: Appleton & Lange.

United Nations Office On Drugs and Crime. (2020). **World drug report 2020**.

Retrieved October 15, 2024, from <http://www.unodc.org>

Videbeck, S.L. (2014). **Psychiatric-Mental Health Nursing**. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

ภาคผนวก

## การใช้ยารักษา

### 1. ชื่อยา Perphenazine

ข้อบ่งใช้ใช้รักษา ผู้ป่วยจิตเภท ลดอาการหลงผิด และประสาทหลอนได้ดี

ขนาดที่ใช้ ให้รับประทานยาครั้งละ 4 - 8 mg วันละ 3 ครั้ง ขนาดยาสูงสุด คือวันละ 64 mg  
อาการข้างเคียง กล้ามเนื้อแข็ง ลิ้นแข็ง อาการสั่น ภาวะวณกระวาย

ข้อควรระวังและห้ามใช้

- 1) ผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ยามาแล้วหลายๆ ชนิด ผู้ป่วยโรคกระดูกและโรคสมองเสื่อม
- 2) ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคตับ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคต่อหินโรคเบาหวาน โรคปาร์กินสัน โรคแพ้กระเพาะอาหาร โรคลมชัก

### 2. ชื่อยา Fluoxetine

ข้อบ่งใช้เป็นยาด้านซึมเศร้าในกลุ่ม SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) ออกฤทธิ์เพิ่มปริมาณของสารเซโรโทนินในสมอง จึงช่วยปรับสมดุลของสารเคมีในสมอง ยานี้ใช้รักษาอาการที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า โรคแพนิก (Panic Disorder) โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคบูลิเมีย และกลุ่มอาการรุนแรงก่อนมีประจำเดือน (PMDD) ฟลูออกซิทีนจัดเป็นที่ต้องใช้ตามที่แพทย์สั่งเพื่อรักษาโรคเท่านั้น ผู้ใช้ยาไม่ควรปรับขนาดยาและหยุดยาเอง เพราะอาจทำให้อาการของโรคกำเริบหรือเกิดอาการขาดยาได้

#### รักษาโรคซึมเศร้า

ขนาดที่ใช้ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เบื้องต้นรับประทานครั้งละ 20 มิลลิกรัม วันละครั้ง โดยอาจเพิ่มปริมาณยาที่ใช้ หากอาการยังไม่ดีขึ้นในอีกหลายสัปดาห์ต่อมา โดยปริมาณยาสูงสุดไม่เกิน 60 มิลลิกรัม/วันในผู้ใหญ่ และไม่เกิน 40 มิลลิกรัม/วันในผู้สูงอายุ ส่วนปริมาณยาสำหรับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะอยู่ที่ 20-60 มิลลิกรัม/วัน กรณีรับประทานวันละมากกว่า 20 มิลลิกรัม ควรแบ่งรับประทานวันละ 2 ครั้ง

#### รักษาโรคย้ำคิดย้ำทำ

ผู้ใหญ่ เบื้องต้นรับประทานครั้งละ 20 มิลลิกรัม วันละครั้ง และสามารถเพิ่มปริมาณยาหากอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำยังไม่ดีขึ้นใน 2-3 สัปดาห์ โดยปริมาณยาสูงสุดไม่เกิน 60 มิลลิกรัม/วัน ในผู้ใหญ่ และไม่เกิน 40 มิลลิกรัม/วันในผู้สูงอายุ ส่วนปริมาณสำหรับการรักษาอย่างต่อเนื่องอยู่ที่ 20-60 มิลลิกรัมต่อวัน อาการข้างเคียง

- 1) ตาพร่ามัว เจ็บตา ตาบวม เห็นแสงรอบดวงไฟ หรือการมองเห็นแคบลง
- 2) น้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ
- 3) กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง

- 4) เวียนศีรษะเฉียบพลัน รู้สึกคล้ายจะเป็นลม
- 5) มีไข้สูง
- 6) หัวใจเต้นเร็ว หรือเต้นผิดจังหวะ
- 7) หายใจลำบาก
- 8) พุดไม่ชัด สับสน รู้สึกมึนงงและตื่นเต้นจนไม่สามารถควบคุมตัวเองได้
- 9) อ่อนเพลียอย่างรุนแรง เสียการทรงตัว

### 3. ชื่อยา Benhexol

ข้อบ่งใช้ เป็นยาต้านการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ให้ผลยับยั้งโดยตรงต่อระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ยังมีผลทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัวรักษาโรค อัมพาตชนิดสั้น (โรคพาร์กินสัน) มีฤทธิ์อย่างอ่อนในการสกัดกั้นแรงกระตุ้นของอะซิติลโคลีนใช้ในการแก้อาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ช่วยชะลออาการเกร็งของกล้ามเนื้อและความเฉื่อยชา ด้านจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังช่วยลดอาการลิ้นรัวและอาการน้ำลายสอได้อีกด้วย

ขนาดที่ใช้ ยานี้ใช้สำหรับรับประทาน โดยทั่วไปรับประทานวันละ 3-4 ครั้ง (รับประทานตามมื้ออาหารและก่อนนอน)

อาการข้างเคียง อาการตาพร่ามัว ม่านตาขยาย ปากแห้ง แต่อย่างไรก็ตาม ยาจะไม่ทำให้ความดันในลูกตาของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อาการคลื่นไส้อาเจียน วิงเวียนเกิดขึ้นได้ในบางรายแต่มักจะหายไปเองเมื่อให้ยาต่อ

### 4. ชื่อยา Lorazepam

ข้อบ่งใช้	ใช้รักษาอาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ
ขนาดที่ใช้	รักษาอาการวิตกกังวล ให้รับประทาน ให้รับประทานในขนาด 2-3 mg ต่อวัน โดยแบ่งใช้ รักษาอาการนอนไม่หลับ ให้รับประทานในขนาด 2-4 mg ก่อนนอน
อาการข้างเคียง	กล้ามเนื้อเปลี้ย ง่วงซึม สับสน ปวดศีรษะ มีผื่นแพ้
ข้อควรระวังและห้ามใช้	ระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเหล้า และในผู้ป่วยที่มีอาการทำงานของตับ ไต ผิดปกติ หรือผู้สูงอายุ

### 5. ชื่อยา Diazepam

ข้อบ่งใช้ยา	กลุ่มประสาทหรือสงบประสาท (Tranquilizer) ทำให้จิตใจสงบ ใช้สำหรับรักษาอาการผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว แก้อาการชัก เป็นต้น
ขนาดที่ใช้	ในผู้ใหญ่ 5-20 มิลลิกรัมต่อวัน ใช้น้ำในอีก 2-4 ชั่วโมงหากจำเป็น หรือใช้น้ำ 10 มิลลิกรัม 3-4 ครั้งต่อวันในวันแรก จากนั้น



ลดขนาดเป็น 5 มิลลิกรัม 3-4 ครั้งต่อวัน ขนาดยาในผู้สูงอายุไม่ควรเกินครึ่งหนึ่งของขนาดยาที่ใช้ในผู้ใหญ่

### อาการข้างเคียง

- 1) ง่วงซึม รู้สึกเหนื่อยล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง ร่างกายสูญเสียความสมดุล
- 2) ภาวะปัสสาวะสูญเสียการควบคุม ทำให้ปัสสาวะน้อย หรือไม่ปัสสาวะเลย
- 3) ลมหายใจอ่อนแรง หายใจแผ่วเบา
- 4) มึนงง เห็นภาพหลอน มีความคิดและมีพฤติกรรมที่ต่างไปจากที่เคย
- 5) ทำอะไรเสียๆ อย่างไม่เกรงกลัวอันตราย ขาดความยับยั้งชั่งใจ
- 6) อยู่ไม่นิ่ง อยู่ไม่เป็นสุข กระสับกระส่าย ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร
- 7) ซึมเศร้า มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตัวเอง
- 8) กล้ามเนื้อกระตุก ตัวสั่น
- 9) เกิดอาการชัก หรือทำให้อาการชักแย่ลงไปอีก
- 10) อาการแพ้ยา เช่น ผื่นขึ้น หายใจติดขัด ใบหน้า ปาก ลิ้น ลำคอ มีอาการบวม

### ข้อควรระวังและห้ามใช้

- 1) ไม่ใช้ยาในผู้ป่วยต่อหีนมปิด ผู้ป่วยที่มีการกดของระบบประสาทส่วนกลาง ผู้ป่วยโคม่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิด Myasthenia gravis
- 2) ไม่ใช้ยาในผู้ป่วยโรคตับระดับรุนแรง
- 3) ระวังการใช้ยาในผู้ป่วยต่อหีนมเปิด ผู้ป่วยกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยบุคลิกภาพบกพร่อง ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า หรือมีความวิตกกังวล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว
- 4) ระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สารเสพติด หรือมีอาการเสพติดแอลกอฮอล์
- 5) ระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคตับ หรือโรคไต
- 6) ระวังการใช้ยาในผู้สูงอายุ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของ  
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข


แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์

ชื่อ - สกุล : .....นางสุพรรณิษา งามชัด.....  
วัน/เดือน/ปี: .....๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๗.....  
หัวข้อ: ... กรณีศึกษา เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง ใน  
ระยะบำบัดยาแบบผู้ป่วยนอก”  
รายละเอียดข้อมูล  
.....ตามเอกแนบ .....

Linkภายนอก (ถ้ามี): .....  
หมายเหตุ: .....

ผู้ขอเผยแพร่ผลงาน  
  
(.....นางสุพรรณิษา งามชัด.....)  
ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....  
วันที่.....๒๕ ต.ค. ๒๕๖๗..... พ.ศ.....

ผู้อนุมัติรับรอง  
  
(.....นายชาญชัย ชงพานิช.....)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น  
วันที่.....๒๕ ต.ค. ๒๕๖๗..... พ.ศ.....

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  
  
(.....นายรัฐพล ประชุมแสน.....)  
ตำแหน่ง.....(นายรัฐพล ประชุมแสน)  
วันที่.....นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ.....  
หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์  
๒๕ ต.ค. ๒๕๖๗

คำอธิบายแบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวข้อ	คำอธิบาย
หน่วยงาน	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดทำและเผยแพร่ข้อมูล
วัน/เดือน/ปี	วันเดือนปีที่ขอนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่
หัวข้อ	กำหนดหัวข้อที่จะนำขึ้นเผยแพร่โดยให้มีใจความสำคัญที่มาจากเนื้อหาที่มีความยาวไม่เกิน ๒ บรรทัด
รายละเอียดข้อมูล	เลือกใช้คำอธิบาย/คำบรรยายที่มีความกระชับใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและสะกดคำให้ถูกต้องตามอักขระวิธีเหมาะสมกับลักษณะรูปแบบข้อมูลแต่ละชนิด
Link ภายนอก	ให้ระบุ Link ที่อ้างอิงหรือนำมาใช้ในการเผยแพร่
หมายเหตุ	ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล (ผู้รายงาน)	ระบุลงลายมือชื่อหรือชื่อของผู้รับผิดชอบที่ได้มอบหมายจากหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงาน
ผู้อนุมัติรับรอง	ระบุลงลายมือชื่อของหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ (Web Master)	ระบุลงลายมือชื่อผู้ทำการ Upload ข้อมูลที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข