

ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้าในระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

(Home ward)

ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบง อำเภอน้ำพอง

จังหวัดขอนแก่น

โดย

นางอรรัญญา สาลี

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ 6128

งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

กลุ่มงานวิชาการการพยาบาล ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

กรมการแพทย์

คำนำ

กรณีศึกษารายนี้ใช้ยาบ้า มีพฤติกรรมการเสพโดยการใช้เพื่อให้ทำงานได้มากขึ้นโดยใช้ร่วมกับ กลุ่มเพื่อน ในชุมชนที่ทำงานด้วยกัน (อาชีพรับจ้าง) เคยได้รับการบำบัดที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นปี 2566 แต่ยังมี การใช้ยาบ้าอย่างต่อเนื่อง ทางผู้ศึกษาจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแล และคำนึงถึงผลประโยชน์ ของผู้ป่วย และครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เห็นความสำคัญของ รูปแบบการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน (home ward)

ซึ่งเป็นการให้บริการทางการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Personal-based Medical Services) เพื่อให้ ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient) การดำเนินการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยในบ้าน หรือการ ดูแลเสมือนโรงพยาบาลที่บ้าน (Hospital care at home) เป็นรูปแบบการจัดบริการมาอย่างต่อเนื่องเพื่อผู้ป่วยจิต เวชและยาเสพติดให้ ญาติ/ผู้ดูแล ได้รับบริการที่ดี มีมาตรฐานอย่างปลอดภัย รวมถึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้อยู่กับ ครอบครัวและชุมชนได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง แพทย์ได้พิจารณาให้ผู้ป่วยบำบัดรักษาโดยใช้รูปแบบ (home ward) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้สารเสพติดได้และดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติต่อไป

โอกาสนี้ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชาญชัย ชงพานิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น คุณโสภิตา ดาวสดีใส รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ที่กรุณาชี้แนะ ให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาดำเนินการจนกระทั่งเสร็จสิ้นสมบูรณ์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานกรณีศึกษานี้จะเป็น ประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์พยาบาลยาเสพติดและผู้สนใจ ตลอดจนเป็นการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลต่อไป

อรัญญา สาลี
ผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	3
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด	3
2. ภาวะติดสารเสพติด	8
3. ระบบและขั้นตอนการบำบัดรักษา	9
บทที่ 3 การพยาบาลผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยในบ้าน (home ward)	12
1. การดูแลผู้ป่วยในบ้าน (home ward)	12
2. วิธีปฏิบัติงานระบบบริการแบบผู้ป่วยในบ้าน (home ward)	14
3. บทบาทหน้าที่พยาบาลและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย	13
4. การประเมินและแบบประเมินการคัดเข้าและคัดกลาง	16
บทที่ 4 กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ติดยาบ้าวัยแบบผู้ป่วยในบ้าน (home ward)	18
1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย	18
2. การประเมินสุขภาพครอบครัวและสิ่งแวดล้อม	19
3. การประเมินและวิเคราะห์ชุมชนเพื่อหาแนวทางในการดูแลส่งต่อ	21
4. ประวัติการเจ็บป่วย พันธุกรรม และการรับบริการสุขภาพที่สำคัญ	22
5. เครือข่ายทางสังคมและแหล่งประโยชน์	24
6. แบบแผนการดำเนินชีวิต, การประเมินและตรวจร่างกายตามระบบ	25
7. การเปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา	27
8. ยาที่ใช้ในการบำบัดรักษา	30
9. ข้อมูลจากระบบ DMS home ward	32
10. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	38
บทที่ 5 สรุปกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ	44
- บรรณานุกรม	46
- ภาคผนวก	47

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหายาเสพติดถือเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกจากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่า ในปี 2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีการใช้สารเสพติด ซึ่งเทียบได้กับจำนวน 1 ในทุก ๆ 18 คนจากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึง 26% เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา และในปี 2563 พบผู้ใช้แอมเฟตามีนจำนวน 34 ล้านคน ซึ่งคิดเป็น 0.7% ของจำนวนประชากรโลก นอกจากนี้ยังมีผู้ใช้ Ecstasy ซึ่งเป็นสารกลุ่มเดียวกัน กับแอมเฟตามีนหรือยาบ้าอีกกว่า 20 ล้านคน ซึ่งคิดเป็น 0.4% ของจำนวนประชากรโลกนอกจาก อเมริกาและเม็กซิโก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นหนึ่งในขบวนการผลิตแอมเฟตามีนที่ใหญ่ที่สุดในโลก ได้แก่ พื้นที่แถบแม่น้ำโขงตอนล่างและบริเวณสามเหลี่ยมทองคำ การใช้แอมเฟตามีนยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และ Ecstasy ยังจัดอยู่ในตัวยายอดฮิตในหลายๆประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วยเช่นกัน

จากสถานการณ์ยาเสพติดปัจจุบัน ศักยภาพในการบำบัดรักษาในระยะบำบัดยา Detoxication ระยะเวลา 14 วัน จำนวน 135 เตียงและศักยภาพ acute care จิตเวช 1,094 เตียง รัษฎารักษ์ 900 เตียง สป. 2,535 เตียง สถิติการให้บริการพบว่าผู้ที่มีมารับบริการในโรงพยาบาลรัษฎารักษ์ขอนแก่น ปี 2564 – 2566 แบบผู้ป่วยใน 3,749 ราย 4,775 ครั้ง และมีค่าใช้จ่ายสูงถึง 15,000-20,000 บาท ส่งผลต่อความต้องการเตียงอย่างมาก เพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ซึ่งกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการมาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติด ญาติ/ผู้ดูแล ได้รับบริการที่ดี มีมาตรฐานอย่างปลอดภัย และเพิ่มช่องทางหรือทางเลือกในการเข้าถึง ระบบบริการโทรเวชกรรมสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด Home ward เป็นระบบบริการที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา มาตรฐานเดียวกันกับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล ช่วยยกระดับสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่นั้นๆ โดยสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของกลไกต่างๆ ในเขตพื้นที่ เพื่อความยั่งยืน

กรมการแพทย์จึงมีนโยบายสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Personal-based Medical Services) เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient) ซึ่งกรณีศึกษารายนี้มีการใช้ยาบ้า พฤติกรรมการเสพติดโดยการใช้เพื่อให้งานได้มากขึ้นโดยใช้ร่วมกับกลุ่มเพื่อนที่ทำงานด้วยกัน เคยได้รับการบำบัดที่โรงพยาบาลรัษฎารักษ์ขอนแก่นปี 2566 แต่ยังมีการใช้ยาบ้า ต่อเนื่อง และข้อจำกัดของการดูแลคือผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เต็มศักยภาพ นำมาสู่การวางแผนการดูแลบำบัด แบบผู้ป่วยในที่บ้าน (home ward) โดยได้ให้ข้อมูลแก่ปู่ของผู้ป่วย ซึ่งรับฟังดีและรับเป็นผู้ดูแลหลัก มีการวางแผนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน หน่วยงานหลักที่ร่วมเป็นเครือข่ายในการดูแลคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คำบาง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมี บุคลากรทางการแพทย์ประจำที่ รพสต.คำบาง ผู้นำชุมชน อสม. ช่วยทั้งการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม การดูแลประจำวัน และความพร้อมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้ได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้สารเสพติดได้และดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

ขั้นตอนในการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสารและผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง กับการพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้าในระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน(Home ward)
2. ศึกษาประวัติด้วยการสัมภาษณ์และจากแฟ้มประวัติ
3. ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
4. รวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดจากแฟ้มประวัติ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย การปรึกษาทีมแพทย์ ทีมการพยาบาล ทีมสหวิชาชีพด้านการบำบัดรักษา และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคาง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
5. วางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้การพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และพฤติกรรม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
6. วางแผนการจำหน่าย รวมทั้งการดูแลหลังการ บำบัดรักษาโดยวางแผนร่วมกับผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคาง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
7. ปรึกษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาถึงปัญหา สาเหตุ อาการของผู้ป่วยยาเสพติด
2. เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อาการและการวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาล อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด Intensive care แบบผู้ป่วยในบ้าน Home ward
4. เพื่อพัฒนา DMS Home ward for addiction recovery สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับบริการ ตามมาตรฐานและมี ความปลอดภัยเหมือนกันทุกราย เปรียบเสมือนนอนโรงพยาบาลจริงการดำเนินงานที่สะดวก ถูกต้อง รวดเร็ว
5. เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ลดอัตราการก่อ ความรุนแรงในชุมชน
6. เพื่อลดค่าใช้จ่ายของญาติ ลดวันนอนในโรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียง ลดความแออัด

ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีแนวทางในการให้การพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้าในระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home ward)
2. เพื่อยกระดับสุขภาพของประชาชน ช่วยเพิ่มช่องทางการบำบัดรักษา บุคลากร หน่วยงานในพื้นที่ร่วม ประสาน ร่วมแลกเปลี่ยน ร่วมชี้ทิศทางการบูรณาการร่วมกันระดมสรรพกำลังและทรัพยากรขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหา ยาเสพติด ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
3. เป็นเอกสารสำหรับค้นคว้าอ้างอิงแก่ผู้จัดทำเอกสารวิชาการ เป็นข้อมูลเผยแพร่แก่ผู้มาศึกษาดูงาน และ ผู้สนใจทั่วไป

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด

1. ความหมายของยาเสพติด

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้ความหมายว่า ยาเสพติด หมายถึง สิ่งซึ่งเสพเข้าไปแล้วจะเกิดความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อไปโดยไม่สามารถหยุดเสพได้ และจะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุดจะทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่อร่างกายและจิตใจขึ้น

องค์การสหประชาชาติ ให้ความหมายว่า ยาเสพติด หมายถึง สารใด ๆ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือได้จากธรรมชาติ หรือจากการสังเคราะห์ที่มีผลต่อจิตใจและระบบประสาท

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายว่า ยาเสพติด หมายถึง ยาหรือสารเคมีซึ่งเมื่อเสพหรือฉีดเข้าสู่ร่างกายติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่งก็จะติด ก่อให้เกิดพิษเรื้อรัง ทำให้ร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรม เช่น ฝิ่น กัญชา เฮโรอีน ยานอนหลับ สุรา

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กำหนดความหมายของคำว่า “ยาเสพติดให้โทษ” ไว้ดังนี้คือ สารเคมีหรือวัตถุใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยวิธีรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยวิธีการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญได้แก่

- ผู้ที่เสพยาต้องเพิ่มขนาดการเสพมากขึ้นเป็นลำดับ
- ผู้ที่เสพยา จะเกิดอาการถอนยา เมื่อหยุดใช้ยาหรือขาดยา
- ผู้ที่เสพยา จะเกิดความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง
- ผู้ที่เสพยา จะมีสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรมลง

2. ประเภทของยาเสพติดให้โทษ

ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่5)พ.ศ. 2545 แบ่งยาเสพติดให้โทษออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้คือ

ประเภทที่ 1 คือยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน แอลเอสดี เอ็กซ์ตาซีหรือ MDMA

ประเภทที่ 2 คือยาเสพติดทั่วไป เช่น มอร์ฟีน โคเคอีน และฝิ่น

ประเภทที่ 3 คือยาเสพติดให้โทษชนิดเป็นตำรับยาที่มียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 และ 2 ผสมอยู่ด้วย เช่น ยาแก้ไอ ยาแก้ท้องเสียที่มีฝิ่นโคเคอีนเป็นส่วนผสม โคเคอีน หรือ ไดฟีน็อกซีเลคเป็นส่วนผสม

ประเภทที่ 4 คือสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 หรือประเภทที่ 2 ได้แก่ อะเซติลคอโคไรด์ อะเซติลแอนไฮโดรด์ เช่น อะเซติลแอนไฮโดรด์ อะเซติลคลอไรด์

ประเภทที่ 5 พืชเสพติดให้โทษ ได้แก่ กัญชา กระบอสม เห็ดขี้ควาย ซึ่งจัดเป็นยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าข่ายอยู่ในประเภทที่ 1 ถึง ประเภทที่ 4

ตามวิธีการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้ คือ

ประเภทออกฤทธิ์กดประสาท (Depressant) ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน เซโคนัล โคเคอีน

เซโคบาร์บิทัล อะโม่บาร์บิทัล ไดอะซีเพรม แลคเกอร์ คลอไดอะซีป็อกไซด์ ทินเนอร์ กาว เป็นต้น ยาเสพติดเหล่านี้จะกดประสาทส่วนกลางหรือสมอง ทำให้ประสาทมันง ง่วง ซึม และหมดแรงนอกจากนี้ยังกดศูนย์ประสาทการหายใจทำให้หายใจช้าลงจนถึงขั้นหยุดหายใจได้

ประเภทออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (Stimulant) ได้แก่ แอมเฟตามีน (ยาบ้า) อีเฟดรีน (ยาอี) พืชกระท่อม โคเคอิน เป็นต้น ยาเสพติดเหล่านี้กระตุ้นประสาทส่วนกลางหรือสมอง ทำให้ประสาทตื่นตัวและกระวนกระวาย ไม่ง่วงนอน แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาแล้วจะหมดแรง เพราะร่างกายไม่ได้รับการพักผ่อนและอาจเกิดการตัวสั่น ตึงเครียดถึงกับหมดสติจนถึงขั้นเสียชีวิตได้

ประเภทออกฤทธิ์หลอนประสาท (Hallucinogen) ได้แก่ แอลเอสดี ดีเอ็มที เห็ดขี้ควาย เป็นต้น ยาเสพติดเหล่านี้จะทำให้ประสาทหลอนเห็นภาพผิดไปจากปกติ รสสัมผัสเปลี่ยนแปลงรวมทั้งอายตนะทั้งห้าของร่างกายแปรปรวน มีปฏิกิริยาผิดไปจากความจริงทั้งหมด

ประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน (Mixed) ได้แก่ กัญชา ถ้าเสพจำนวนน้อยจะกดประสาทอยู่ชั่วระยะหนึ่ง แต่เมื่อเสพมากขึ้นก็จะกดประสาท และทำให้ประสาทหลอนได้ ได้แก่ กัญชา กระท่อม

ชนิดของสารเสพติดให้โทษที่แพร่ระบาดในปัจจุบัน

แอมเฟตามีน หรือยาบ้า

มนุษย์สามารถสกัดสารออกฤทธิ์ที่มีความ คล้ายคลึงกับ amphetamine ได้เป็นเวลากว่า 5,000 ปีมาแล้ว กลุ่มพืชชนิดหลักที่ค้นพบ ได้แก่ Ephedra sinica (จีนเรียกว่า Ma Huang) มีบันทึกการค้นพบใน ช่วงยุคหินใหม่ ระบุถึงสรรพคุณว่าใช้รักษาโรคหอบหืดและโรคติด เชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ในหนังสือสมุนไพรของจีนช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 1 ส่วนในแอฟริกาตะวันออก มีรายงานการค้นพบพืช Catha edulis ซึ่งให้สารออกฤทธิ์ที่คล้ายคลึงกับ amphetamine ปีค.ศ. 1887 มีการสังเคราะห์ Amphetamine ขึ้นครั้งแรกที่ประเทศเยอรมนีโดยนักเคมีชาวโรมาเนียชื่อ Lazar Edeleanu จากนั้น ในช่วงคริสต์ทศวรรษ 1920 Amphetamine ถูกนำมาใช้รักษาโรคหอบหืด ขยายหลอดลม และบรรเทาอาการคัดจมูก แทนที่ใช้ Ephedrine ปีค.ศ. 1932 Amphetamine sulfate และ Amphetamine hydrochloride ได้รับการจดสิทธิบัตรโดยนักเภสัชวิทยาชาวสหรัฐอเมริกาชื่อ Gordon Alles

ปี ค.ศ. 1933 Amphetamine ถูกนำมาผลิตเป็น ยาพ่นจมูก Benzidrine Inhaler โดยบริษัท Smith, Kline and French (SKF) วางจำหน่ายในขนาดบรรจุ Oily Amphetamine 325 มิลลิกรัม จากนั้นจึงมีการนำ Benzadrine Sulfate มารักษาโรคลมหลับ(narcolepsy), postencephalitic parkinsonism, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), และโรคซึมเศร้า

พิษจลนศาสตร์ และเภสัชจลนศาสตร์

Amphetamine จัดอยู่ในกลุ่มยาจำพวก β -phenylethylamines มีโครงสร้างคล้ายคลึงกับสารสื่อประสาทในสมองหลายชนิด เช่น Noradrenaline (Norepinephrine), Dopamine และ 5-Hydroxytryptamine (5-HT; Serotonin) นอกจากนี้ Racemic Amphetamine ยังมีโครงสร้างคล้ายคลึง กับ Ephedrine

1) การดูดซึม (absorption)

Amphetamine ดูดซึมได้เร็วที่สุดทางหลอดเลือดตามมาด้วยการสูบแห้งทางทวาร หนัก/ช่องคลอด พ่นจมูก และรับประทาน ค่าความเข้มข้นสูงสุด (Cmax) ในเลือด 15 นาทีหลังการฉีดเข้าสู่ร่างกาย และไม่เกิน 4

ชั่วโมงหลังการรับประทาน ค่าครึ่งชีวิตของ d-isomer มีค่า 7 - 11 ชั่วโมง เมื่อปัสสาวะเป็นกรด ค่าครึ่งชีวิตของทั้ง d- และ l-isomer จะลดลง หาก pH ในปัสสาวะมีค่า มากกว่า 6.7 ค่าครึ่งชีวิตอาจนานถึง 18 - 34 ชั่วโมง Methamphetamine เสพโดยการรับประทาน ฉีดเข้าหลอดเลือด ฟันจุก สุดดมไอระเหย และสูบ มีค่าครึ่งชีวิต 10 ชั่วโมง ออกฤทธิ์ได้นานถึง 8 ชั่วโมง แม้เสพเพียงครั้งเดียวค่าความเข้มข้นสูงสุด (Cmax) 1 - 2.5 ชั่วโมง เมื่อเสพโดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดหรือสูบ และ 3 ชั่วโมง หากเสพโดยการรับประทาน ค่าชีวปริมาณออกฤทธิ์ (bioavailability) เมื่อสูบมี ค่า 90%

2) การกระจาย (distribution)

Amphetamine จับกับโปรตีนในกระแสเลือดได้ประมาณ 16 - 20 % ค่า Volume of distribution (Vd) ของ Amphetamine ในผู้ที่ไม่ได้เสพเป็นประจำมีค่า 3.5-4.6 L/kg ส่วนในผู้เสพติดจะมีค่า 6.1 L/kg เนื่องจากเนื้อเยื่อของกลุ่มผู้เสพติดมีสัมพรรคภาพ (affinity) สูงในการจับกับ Amphetamine อัตราส่วน Amphetamine ในน้ำลายเทียบกับพลาสมาคือ 2.86 : 1

Methamphetamine มีการกระจายตัวคล้ายกับ Amphetamine สามารถสะสมได้ในน้ำลาย เส้นผม เล็บ ปอด ตับ สมอง (โดยเฉพาะบริเวณ cortical, subcortical regions และ white matter) และไต

3) เมตาโบลิซึม (metabolism)

Amphetamine มีกระบวนการเมตาโบลิซึมที่สำคัญ ได้แก่

3.1 Deamination เป็นกระบวนการหลักใน metabolic pathway ของ Amphetamine โดยเอนไซม์ที่มีบทบาทมาก คือ Cytochrome P450 2D6 ได้สาร p-Hydroxyamphetamine และ Phenylactone ถูกออกซิไดซ์ได้เป็น Benzoic acid และขับออกทางปัสสาวะในรูปของ Hippuric acid และ Glucuronide Conjugates

3.2 Oxydation เปลี่ยน Amphetamine ให้ กลายเป็น Norephedrine

3.3 Hydroxylation ได้สาร o-Hydroxynorephedrine ทำหน้าที่เป็นสารสื่อประสาทหลง (false neurotransmitter) ระดับความเป็นพิษของ Amphetamine จะเพิ่มขึ้น ในผู้เสพที่มี CYP2D6 activity ลดลง โดยการสังเคราะห์เอนไซม์ดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับ CYP2D6 gene ซึ่งตั้งอยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 22

Methamphetamine มีปฏิกิริยาเมตาโบลิซึมหลักคือการเปลี่ยน N-demethylation เป็น Amphetamine ด้วยเอนไซม์ CYP2D6 ทั้งนี้สามารถตรวจพบ Methamphetamine ในปัสสาวะที่อยู่ในรูปเดิมได้ในปริมาณสูง เนื่องจากมีเมตาโบลิซึมต่ำ

4) การกำจัด (excretion)

Amphetamine ถูกขับออกโดยไม่มีการเปลี่ยน รูปคิดเป็น 33% สำหรับ d-isomer และ 49% สำหรับ l-isomer กำจัดทางไต 30% หากปัสสาวะเป็นกรดจะทำให้กำจัดได้เร็วขึ้น 18ในสภาวะปกติ Amphetamine ที่เปลี่ยนรูปเป็นสารอื่นจะถูกกำจัดออกจากร่างกายดังนี้; Hippuric Acid 16 - 28%, Benzoylglucuronide 4%, p-Hydroxyamphetamine 2 - 4%, Norephedrine 2%, Phenylactone น้อยกว่า 1%, และ p-Hydroxynorephedrine น้อยกว่า 0.5%

Methamphetamine ถูกกำจัดออกทางปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง คิดเป็น 70% การเสพปริมาณสูง ทำให้กำจัด ออกทางปัสสาวะได้ลดลง เนื่องจากอัตราการกำจัดทางไต มีค่าน้อย และมีการเพิ่มช่องทางการกำจัดโดยทาง

อื่นนอกเหนือจากไต สามารถขบออกจากร่างกายได้ในรูปแบบต่าง ๆ คือไม่เปลี่ยนรูป 50%, 4-
Hydroxymetamphetamine 15%, และ Amphetamine 10% ค่าครึ่งชีวิตของการกำจัด มีค่า 25 ชั่วโมง

ผลกระทบของแอมเฟตามีนต่อสุขภาพ

Monoamine 1 โมเลกุลจะเชื่อมกับโซเดียม 2 ไอออนและคลอไรด์ 1 ไอออน จากนั้นจึงเคลื่อนเข้าไป บริเวณ presynaptic terminal โดยอาศัย monoamine reuptake transporter กระบวนการ active transport นี้เกิดขึ้นเมื่อความเข้มข้นโซเดียมไอออนภายใน nerve terminal มีค่าต่ำกว่าภายนอก โดยมี Na⁺/K⁺ ATPase เป็นตัวปั๊มโซเดียม 2 ไอออนเข้ามา และปั๊มโพแทสเซียม 1 ไอออนออกไป

เนื่องจาก Amphetamine มีโครงสร้างทางเคมีคล้ายคลึงกับ Catecholamines จึงสามารถ แย่งจับ substrate ของ monoamine reuptake transporters ได้แก่ noradrenaline transporter, dopamine transporter (DAT), และ 5-HT transporter(SERT)บริเวณ presynaptic nerve terminals มีผลยับยั้งการ เก็บกลับของ Catecholamines ทำให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ Dopamine หากได้รับ Amphetamine ในปริมาณสูงจะสามารถยับยั้งเอนไซม์ monoamine oxidase จึงมีผลยับยั้งการสลาย Dopamine จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ทำให้ Catecholamines ในบริเวณ synapse เพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้เกิดอาการทางระบบประสาท ตามมา กลไกการออกฤทธิ์ของ Amphetamines เมื่อได้รับในปริมาณสูง

Amphetamine ทำให้เกิดพิษเฉียบพลันและพิษ ต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ดังนี้

1. พิษเฉียบพลัน เนื่องจาก Amphetamine มีฤทธิ์ เป็น adrenergic stimulants จึงมีผลในการเพิ่ม อัตราการเต้นหัวใจ เพิ่มความดันโลหิต เพิ่มอุณหภูมิร่างกาย เบื่ออาหาร ลดความ ่วง กล้ามเนื้อตึงตัว การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ตัวยาว ไตวาย คลื่นไส้ ตาพร่ามัว รุ่มาตาขยาย เดินเซ สับสน โรครจิต กระบวนการเรียนรู้ บกพร่อง และชัก

2. พิษต่อระบบต่าง ๆ

2.1 พิษต่อระบบประสาท Amphetamine ทำให้เกิดโรครจิตเภทชนิด หวาดระแวง (paranoid form of schizophrenia) และเพิ่ม เมตาโบลิสมของน้ำตาลในสมอง Methamphetamine ทำให้เกิด white matter hypertrophy, สมองส่วน hippocampus มีขนาดเล็ก, และลดปริมาตรเนื้อสมองโดยเฉพาะบริเวณ grey matter

2.2 พิษต่อหัวใจ

Amphetamines ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ช่วงการคลายตัวลดลง กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจน ปริมาณสูง ส่งผลให้ เกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ คือ arrhythmia, coronary spasm, ruptured coronary artery, stress cardiomyopathy, myocardial infarction/necrosis, heart failure, และ right ventricle rupture

2.3 พิษต่อดับ พยาธิสภาพที่พบ เช่น fatty changes, sinusoidal dilatation, cholestatic hepatitis, centrilobular necrosis, และ fulminant hepatic failure

2.4 พิษต่อไต จากการที่สารกลุ่ม Amphetamines ทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น เพิ่มเมตาโบลิสมของเซลล์ กล้ามเนื้อ, ลด muscle perfusion, การแข็งตัวของเลือด ผิดปกติ, และความดันโลหิตต่ำ ดังนั้นสิ่งเหล่านี้ทำให้ เกิดภาวะ rhabdomyolysis เมื่อเซลล์กล้ามเนื้อถูกทำลายจะมีการปลดปล่อย myoglobin รวมถึงมี fibrin-platelet complexes ทำให้ท่อไตและโกลเมอรูลัสอุดตันเป็นผลให้ไตถูกทำลาย

2.5 พิษต่อระบบหายใจ

Amphetamine และ Methamphetamine เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด idiopathic pulmonary arterial hypertension และการสูดดม Methamphetamine ซึ่งมี สาร talc ทำให้เกิด interstitial pulmonary fibrosis

2.6 ภาวะทุพโภชนาการ เป็นผลมาจากฤทธิ์ในการลดความอยากอาหารของ Amphetamines

2.7 ผลต่อการตั้งครรภ์และการพัฒนาของทารก และเด็ก ในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารกลุ่ม Amphetamines มีรายงานการเกิด placental abruption และ hypertension ในทารกที่มารดาเสพ Methamphetamine พบภาวะน้ำหนักรกคลอดต่ำ คลอดก่อนกำหนด และ ทารกมีขนาดตัวเล็ก ส่วนทารกที่มารดาเสพสารกลุ่ม Ecstasy พบภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด และ malformations เด็กที่คลอดจากมารดาซึ่งเสพ Methamphetamine ขณะตั้งครรภ์ พบว่ามี ความบกพร่องในด้าน visual motor integration, verbal memory, long term spatial memory, และ attention เป็นต้น

3. ระดับความเป็นพิษ การเสียชีวิตที่เป็นผลโดยตรงจาก Amphetamine พบได้น้อย ปริมาณต่ำสุดที่สามารถทำให้ถึงแก่ชีวิตโดย การรับประทาน คือ 200 มิลลิกรัม ระดับยาในเลือด สำหรับการรับประทานเพื่อรักษาโรค 2 - 3 ug/dL, ระดับเริ่มต้นของความเป็นพิษ 50 ug/dL, และระดับที่ทำให้ถึงแก่ชีวิต 200 ug/dL ตามลำดับ

อาการถอนพิษยา(Withdrawal symptoms)

เมื่อผู้เสพยาบ้าหยุดเสพทันทีจะมีอาการถอนพิษยาปรากฏ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 ระยะหยุดยาทันที (Crash) ประมาณ 9 ชั่วโมงถึง 4 วัน ระยะเริ่มแรกเมื่อหยุดยา จะมีผลต่อร่างกายและจิตใจคือ อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย เริ่มซึมเศร้าวิตกกังวล และต้องการเสพยาอย่างมาก ในช่วงกลางของระยะนี้ความต้องการเสพยาจะลดลง มีความต้องการนอนแต่นอนไม่หลับ และในช่วงสุดท้ายของระยะนี้จะมีอาการนอนมากเกินไปพร้อมกับกินมากเกินไป

ระยะที่ 2 ระยะถอนพิษยา (Withdrawal) หลังจากระยะ“crash”แล้วถ้าหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่องจะเข้าสู่ใน ระยะนี้ ซึ่งมีอาการตรงข้ามกับฤทธิ์ของยาบ้า คือ ไม่มีแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ อาการอ่อนเพลีย ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม

ระยะที่ 3 ระยะสงบ (Extinction) ระยะนี้เป็นช่วงสงบแต่อาจมีอาการอยากยาขึ้นอีก ถ้าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ได้รับการกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมหรือจากยาบ้า โดยเฉพาะการอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ หากไม่มีการเชื่อมโยงถึงอาการที่เกิดจากฤทธิ์ของยาบ้าแล้วอาการอยากยาก็จะลดลง และ ถ้าเวลาผ่านไปนานๆผู้ป่วยจะมีอาการอยากยาลดลง โอกาสในการติดยาก็ลดลงด้วย

สมองและกลไกการเสพติด

สมองคืออวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกายที่สำคัญมาก มีลักษณะเป็นก้อนเนื้อนิ่ม ๆ หนักประมาณ 1.4 กิโลกรัม อยู่ภายใต้กะโหลกศีรษะ มีหน้าที่ควบคุมการทำงานต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การประสานงานของกล้ามเนื้อ เช่น การแกว่งแขนเวลาเดิน การมองเห็น การได้ยิน การพูด การคิด ความจำ อารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ทั้งความพอใจและความเจ็บปวด

สมองประกอบด้วยเซลล์สมองหรือเรียกว่าเซลล์ประสาท (neuron) นับพันล้านเซลล์ การทำงานของสมองเกิดขึ้นจากการติดต่อสื่อสารส่งสัญญาณกันระหว่างเซลล์ประสาทเหล่านี้ และระหว่างเซลล์ประสาทกับเซลล์ของอวัยวะอื่นๆ เช่น เซลล์กล้ามเนื้อ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะเครือข่ายการทำงานของเซลล์ประสาทรู้นั้น นอกจากจะอยู่

ภายในสมองแล้ว ยังกระจายออกไปทั่วร่างกาย เรียกว่าระบบประสาท ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทส่วนกลางได้แก่ สมองและไขสันหลัง ระบบประสาทส่วนปลายได้แก่ เส้นประสาทต่าง ๆ ที่กระจายอยู่ทั่วร่างกาย

การทำงานของสมองคือการส่งสัญญาณระหว่างเซลล์ประสาททั้งหลาย เซลล์ประสาทมีรูปร่างเหมือนปลาหมึกยักษ์ คือมีตัวเซลล์ (soma) และมีแขนยาว ๆ ยื่นออกไปรอบ ๆ แขนยาว ๆ นี้แบ่งได้เป็น 2 ชนิด ตามหน้าที่การทำงาน คือแขนรับสัญญาณ (dendrite) ทำหน้าที่รับสัญญาณหรือข้อมูลจากเซลล์ประสาทอื่นและแขนส่งสัญญาณ (axon) ทำหน้าที่ส่งสัญญาณหรือข้อมูลไปยังเซลล์ประสาทอื่น สัญญาณประสาทมี 2 ชนิด คือสัญญาณไฟฟ้าและสัญญาณเคมี ในการส่งสัญญาณข้ามเซลล์นั้น เซลล์ประสาททั้งสองไม่ได้สัมผัสกันแต่จะมีช่องว่างขวางอยู่ เรียกบริเวณนี้ว่าจุดส่งสัญญาณข้ามเซลล์ (terminal) เมื่อเซลล์ประสาทถูกกระตุ้น ตัวเซลล์จะส่งสัญญาณในรูปสัญญาณไฟฟ้า ไปตามแขนส่งสัญญาณจนถึงจุดส่งสัญญาณข้ามเซลล์ ที่ปลายแขนส่งสัญญาณตรงจุดนี้ จะมีลักษณะเป็นกระเปาะเรียกว่าบวมประสาท (synapse) ภายในบรรจุสารเคมีชนิดต่างๆ เรียกว่าตัวส่งผ่านสัญญาณประสาท (neurotransmitter) สัญญาณไฟฟ้าจะกระตุ้นให้สารเคมีหลั่งออกมาสู่ช่องว่างรอบ ๆ จุดส่งสัญญาณข้ามเซลล์ สารเคมีที่เซลล์ประสาทหนึ่งๆ หลั่งออกมานี้ จะไปจับกับโปรตีนที่ผิวของแขนรับสัญญาณของเซลล์ประสาทอื่น และกระตุ้นให้ประจุไฟฟ้าของเซลล์ประสาทนั้นเปลี่ยนแปลงไปสัญญาณไฟฟ้าที่เกิดขึ้นก็จะถูกส่งไปตามแขนรับสัญญาณไปสู่ตัวเซลล์

สารเคมีในสมองที่ทำหน้าที่เป็นตัวส่งผ่านสัญญาณประสาทนี้เองที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับกลไกการติดยาเสพติดของมนุษย์

กล่าวโดยสรุปว่าสารที่จะทำให้สารเสพติดได้นั้น ต้องถูกดูดซึมเข้าไปที่สมองได้ และเมื่อเข้าไปแล้วสามารถจับกับโปรตีนตัวจับที่ผิวของเซลล์ประสาทได้และมีผลต่อเนื่องไปเปลี่ยนแปลงระบบการควบคุมปริมาณโดปามีนในสมองส่วนควบคุมความพอใจ ทำให้มีโดปามีนมากขึ้นและกระตุ้นเซลล์ประสาทบริเวณนั้นสมดุลงใหม่ที่ต้องใช้ โดปามีนปริมาณสูงขึ้น ๆ มากกระตุ้นเซลล์ประสาทจึงจะทำงานได้เป็นปกติ การเสพติดจึงนำไปสู่การพึ่งยา (สภาวะที่ร่างกายจะทำงานตามปกติเฉพาะเมื่อมียาอยู่ในร่างกาย ร่างกายจะเกิดการทำงานแปรปรวนเมื่อขาดยา เรียกว่าอาการถอนพิษ และการติดยา (สภาวะที่ร่างกายไม่ตอบสนองต่อยาปริมาณเดิมที่เคยได้รับ ต้องเพิ่มปริมาณยามากขึ้นเพื่อให้ได้ผลของฤทธิ์ยาเท่าเดิม) ในที่สุด

ความพอใจและการเสพติด

กลไกการเสพติดเป็นกลไกตามธรรมชาติของร่างกาย เพื่อให้เกิดการแสวงหาสิ่งซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตมนุษย์ ได้แก่ อาหาร น้ำ เพศสัมพันธ์ และการทำนุบำรุง ดูแลเอาใจใส่ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่หรือกระตุ้นความพอใจของมนุษย์ สมองมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ร่างกายได้รับสิ่งเหล่านี้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสมองส่วนที่ทำหน้าที่นี้ เรียกว่า สมองส่วนควบคุมความพอใจ ตัวส่งผ่านสัญญาณประสาทในสมองส่วนนี้คือโดปามีน

เมื่อสมองส่วนที่ควบคุมความรู้สึก พอใจนี้ถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าต่างๆ จะหลั่งสารโดปามีนออกมาเมื่อสิ่งเร้าหมดไป ระดับโดปามีนในสมองลดลง ความรู้สึกพอใจก็ลดลงด้วย เกิดเป็นความไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ ต้องแสวงหาสิ่งเร้ามากขึ้นอีก เพื่อรักษาระดับโดปามีนในสมองไว้ เรียกว่า พฤติกรรมแสวงหาความพอใจ (Rewarding behaviors)

โดปามีน

เป็นสารเคมีที่ทำหน้าที่ส่งผ่านสัญญาณประสาท ในสมองส่วนควบคุมความพอใจ เมื่อเซลล์ประสาทของสมองส่วนควบคุมความพอใจเมื่อเซลล์ประสาทของสมองส่วนควบคุมความพอใจกระตุ้นจะส่งสัญญาณ ไฟฟ้ามาตามแกนส่งสัญญาณเมื่อมาถึงปลายแกนส่งสัญญาณจะกระตุ้นให้โดปามีนหลั่งออกมาและที่ผิวของแกนรับสัญญาณของอีกเซลล์หนึ่งจะมีโปรตีนที่ทำหน้าที่จับโดปามีนเรียกว่าตัวจับโดปามีนเมื่อโดปามีนจับกับตัวจับโดปามีนซึ่งเป็นโปรตีนที่ผิวเซลล์ตัวจับโดปามีนจะเปลี่ยนโครงสร้างโมเลกุลไปทำให้เกิดผลต่อ เนื่องถึงโครงสร้างโปรตีนตัวอื่นๆ ด้วย ได้แก่ โปรตีนจี เอนไซม์อะดีโนเลตไซเคลสและไซคลิก เอ - เอ็ม - ที ไซคลิก เอ- เอ็ม-พี เป็นตัวควบคุมการทำงานต่างๆ ของเซลล์ การส่งผ่านสารเคมีเข้า-ออก รวมทั้งการผลิตและส่งสัญญาณไฟฟ้าของเซลล์ประสาทด้วย

สรุป

ยาเสพติดออกฤทธิ์โดยกระตุ้นสมองส่วนควบคุมความพอใจ เซลล์ประสาทบริเวณนั้นมีโปรตีนที่ผิวซึ่งจับกับยาเสพติดได้ยาเสพติดบางชนิดจะกระตุ้นให้ปมประสาทหลังโดปามีนซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ปมประสาทหลังโดปามีนซึ่งเป็นตัวส่งผ่านสัญญาณประสาทออกมามากขึ้น บางชนิดยับยั้งการเก็บโดปามีนกลับเข้าสู่ปมประสาทเพิ่มมากขึ้นความรู้สึกพอใจเป็นผลมาจากการรับส่งสัญญาณระหว่างเซลล์ประสาท ตัวส่งผ่านสัญญาณประสาทคือ โดปามีนซึ่งหลั่งออกมาจากปมประสาท เมื่อเซลล์ประสาทถูกกระตุ้นและเซลล์ประสาทจะปรับตัวจนอยู่ในสมดุลของโดปามีนในระดับสูงเช่นนี้ ดังนั้นเมื่อ โดปามีนลดลง จึงเกิดการขาดยาขึ้น ทำให้ต้องแสวงหายามาใช้อีกเรื่อย ๆ เพื่อรักษาระดับโดปามีนไว้ให้สูงอยู่ตลอดเวลา

ภาวะติดสารเสพติด

องค์การอนามัยโลกให้นิยามของภาวะติดสารเสพติดไว้ในเอกสารการแบ่งหมวดหมู่ของโรคทุกชนิด (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem :ICD-10 Primary care) ไว้ดังนี้(บุญศิริ จันศิริมงคลและพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2556)

1. การใช้สารเสพติดในทางที่ผิด (harmful use หรือ abuse) หมายถึง การใช้สารใดๆในลักษณะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูงจากสารเสพติดแอมเฟตามีน หรือด้านจิตใจ เช่นภาวะซึมเศร้า จากการดื่มสุราอย่างหนัก

2. กลุ่มอาการติดสารเสพติด (dependence syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการผิดปกติทางด้านพฤติกรรม ความคิดอ่านและระบบสรีระทางร่างกาย ซึ่งเกิดภายหลังจากการใช้สารเสพติดซ้ำๆ และมีอาการต่างๆ ดังต่อไปนี้ร่วมด้วย

- มีความต้องการอย่างรุนแรงที่จะใช้สารเสพติดนั้นๆ
- มีความยากลำบากในการควบคุมการใช้ (ปริมาณ ความถี่)
- ยังคงใช้สารเสพติดนั้นต่อไปทั้ง ๆ ที่รู้ว่าจะเป็นอันตรายต่อร่างกาย
- หมกมุ่นอยู่กับการใช้สารเสพติดมากกว่าการทำกิจกรรมอื่นที่สำคัญกว่า
- มีการติดยา (ต้องเพิ่มปริมาณการใช้ให้ได้ผลเท่าเดิม)
- เมื่อหยุดใช้สารเสพติดจะเกิดอาการทางกาย เช่น ขาดหรืออยากยา (physical withdrawal state)

การวินิจฉัยการติดสารเสพติดในระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้กำหนดนิยามของภาวะติดสารเสพติดไว้ในเอกสารแบ่งหมวดหมู่ของโรคทางจิตเวช ไว้ดังนี้

ภาวะ “**ติดสารเสพติด**” หมายถึง ภาวะอันเป็นผลจากการเสพสารเสพติดมาระยะเวลาหนึ่ง แล้วเกิดอาการอย่างน้อย 3 ใน 7 ข้อ ปรากฏขึ้นระยะเวลาใดๆในช่วงเวลา 12 เดือน

1. เกิดการติดยา
2. เกิดอาการถอนพิษยา
3. ใช้สารเสพติดในจำนวนและระยะเวลามากกว่าที่ตั้งใจไว้
4. มีความต้องการใช้สารเสพติดโดยไม่สามารถลดหรือควบคุมการใช้ด้วยตนเอง
5. ใช้เวลาส่วนมากไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวกับสารเสพติด
6. การเรียน การงาน สังคมหรือกิจกรรมที่สร้างสรรค์เสื่อมถอยหรือสูญเสียไป
7. ใช้สารเสพติดนั้นต่อไปถึงที่รู้ว่าทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายหรือจิตใจ

ระบบการบำบัดรักษายาเสพติด

การบำบัดรักษา การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด มี 4 ขั้นตอน (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น, 2566)

ขั้นตอนที่ 1

การเตรียมการก่อนการรักษา เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ การบำบัดผู้ป่วย ประสบผลสำเร็จ ผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจสูงและยอมรับว่าจำเป็นต้องแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง โดยผู้บำบัดทำความเข้าใจกับผู้ป่วยให้มีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่รวบรวมข้อมูลด้านร่างกาย โดยการตรวจร่างกาย ข้อมูล จิตสังคมโดย การสัมภาษณ์ เพื่อประกอบการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ขั้นตอนที่

ขั้นตอนที่ 2

การบำบัดยา เน้นการบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการยาบ้า ในระหว่างนี้จะฟื้นฟู สภาพจิตใจไปพร้อมๆกันร่วมกับการให้คำปรึกษาซึ่ง ประกอบด้วย การประเมินถึงความรุนแรงของการเสพและ ปัญหาที่สัมพันธ์กันการป้องกันกลับให้เกิดแรงจูงใจและการแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมตนเองพร้อมทั้งให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการบำบัดเสริมกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการรักษา พร้อมฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้นการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าไม่ใช่การทำให้ร่างกายปลอดจากยาเสพติด แต่เป็นการบำบัดรักษาความผิดปกติของร่างกายจากผลของยาเสพติด คือ ความผิดปกติของระบบประสาท (คือผู้เสพจะรู้สึกว่าร่ากายตื่นตัว และมีความต้องการทำในสิ่งที่คิดหรือสิ่งที่ถูกสั่งจากสมอง) โดยเฉพาะสมอง ส่วนกลาง (Central nervous system) และสารสื่อเคมีสมอง สมองของผู้ติดยาเสพติดต้องการฤทธิ์ของยาเสพ ติดที่จะกระตุ้นให้ระบบสมองทำงานอย่างปกติ หากช่วงใดขาดยาเสพติดไปกระตุ้นก็จะเกิดอาการผิดปกติขึ้น อาการผิดปกติของร่างกายที่เห็นทันทีที่หยุดยาบ้า คือ อาการถอนพิษยา ซึ่งจะมีอาการหิวบ่อย กินจุ กระวน กระวาย อ่อนเพลียและมีความรู้สึกจิตใจหดหู่ บางรายมีอาการถึงขนาดอยากฆ่าตัวตาย ในระยะนี้ ผู้ติดยาบ้า จะอยากนอนและนอนเป็นเวลานาน ในช่วง 2 - 3 สัปดาห์แรกต่อจากอาการถอนพิษยา ผู้ติดยาบ้าจะมีอาการ อายากยามาก ในช่วงนี้ผู้ติดยาเสพติดจะมี

ความรู้สึกไม่เป็นสุข ไม่มีกำลังทั้งทางร่างกายและจิตใจ อยากรที่จะใช้ 7 ยาเพื่อกระตุ้นร่างกายและจิตใจให้เกิดความ กระชุ่มกระชวยกลับมาใหม่การบำบัดรักษายาบ้าในช่วงแรก เป็น การบำบัดรักษาเพื่อลดอาการถอนพิษยาจึงเป็น การให้ยาตามอาการ เพื่อลดความเครียด อาการซึมเศร้าหรือ อาการทางจิตอื่น ๆ เช่น อาการหวาดระแวง เพื่อให้ผู้ ติดยาเสพติดสามารถประคับประคองตนเองผ่านช่วงนี้ไป ให้ได้ หลังจากหยุดยาบ้าประมาณ 3 - 4 สัปดาห์ อาการ ถอนพิษยาและอาการอยากยาจะลดน้อยลงแม้ว่าผู้ติด ยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษาขั้นถอนพิษยาแล้ว จะมีสุขภาพ ร่างกายและจิตใจดีขึ้น ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง แต่ ความผิดปกติของระบบสมอง พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมยัง ไม่ได้แก้ไข จำเป็นที่จะต้องเข้าสู่ขั้นตอนฟื้นฟู สมรรถภาพต่อไป เพื่อให้ผู้ติดยาบ้าหายขาด ไม่หวนกลับไปใช้ยาเสพติดอีกการที่ต้องผ่านขั้นตอนฟื้นฟู สมรรถภาพเพื่อฟื้นฟูให้สมองของผู้ติดยาเสพติดกลับมาเป็นสมองของคนปกติ เนื่องจากระบบประสาทของคน ติดยาต้องการเสพติดเป็นประจำ เพื่อกระตุ้นให้มีสารเคมีสมองพอเพียงที่จะทำให้ เกิดความสุขไม่วิตกกังวล หาก ขาดการกระตุ้นจากยาเสพติด สมองของผู้ติดยาเสพติดจะมีปฏิกริยาตรงกันข้าม คือ ผู้ติดยาจะหงุดหงิดไม่เป็น สุข มีความเครียด วิตกกังวลและมีความอยากที่จะกลับไปเสพติด ยาเสพติดอีก ดังนั้นจึง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้ ระยะเวลาานานพอสมควรให้ส่วนต่างของสมองได้ปรับตัวกลับเป็นปกติในช่วงที่ระบบ สมองปรับตัวเป็นปกติ ผู้ ติดยาเสพติดต้องไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติดอีกนอกจากระบบสมองแล้ว พฤติกรรมและ สภาพแวดล้อมของผู้ ติดยาต้องได้รับการปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้น ในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพมีหลายวิธี การที่จะ ช่วยเหลือผู้ติดยา เสพติด เช่น การเข้าค่ายฟื้นฟู ๆ การให้ คำปรึกษา การทำจิตบำบัด และชุมชนบำบัด เป็นต้น เพื่อให้ผู้ติดยา เสพติดเข้าใจถึงปัญหาของตนเองที่นำไปสู่การเสพยาเสพติด ปรับสภาพครอบครัวให้สมาชิกใน ครอบครัวได้ เข้าใจปัญหาและช่วยกันดูแลประคับประคองผู้ติดยาเสพติด ปรับสภาพกลุ่มเพื่อนให้ห่างไกลจาก เพื่อนที่จะมา ชักชวนให้เสพยาเสพติด สร้างความมั่นคงทางจิตใจผ่านทางผู้เกี่ยวข้องหรือกลุ่มที่เลิกยาแล้ว ให้ผู้ติด ยาเสพติด สามารถยืนหยัดแก้ไข้ปัญหาต่าง ๆ โดยไม่หวนกลับไปเสพยาอีก

ขั้นตอนที่ 3

การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นขั้นตอนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจเพื่อ แก้ไขความ ผิดปกติของจิตใจ พฤติกรรม สิ่งแวดล้อมรวมถึงปัญหาต่างๆ ที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดเสพ ได้ เพื่อให้ ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมและใช้ชีวิตอย่างปกติ การดำเนินการจึงมุ่งเน้นการปรับแก้พฤติกรรมโดยใช้ รูปแบบของกลุ่ม บำบัดพฤติกรรมบำบัดพฤติกรรมบำบัดแบบการรู้การคิดจิตบำบัดครอบครัวบำบัดช่วยให้ผู้ป่วย เกิดทักษะ การ หลีกเลี้ยงและการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียความสามารถในการ ควบคุมตนเอง การ เรียนรู้ช่วยให้เกิดทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพการยืนยั้นการปฏิเสธและสามารถหยุดได้ ระยะเวลา1ปีจากการ ติดตามผล

ขั้นตอนที่ 4

การติดตามหลังการรักษา เป็นการติดตามหลังจากฟื้นฟูสภาพจิตใจซึ่งหมายถึงการ ติดตามให้ความ ช่วยเหลือ คำแนะนำ เสริมสร้างกำลังใจ ติดตามผลการรักษาและที่สำคัญคือการป้องกันไม่ให้ กลับไปเสพซ้ำโดย การนัดผู้ป่วยมาพบที่โรงพยาบาลซึ่งจะทำให้ได้พบผู้ป่วยโดยตรงรวมทั้งครอบครัวหรือผู้ดูแล ผู้ป่วยสามารถซักถาม ผลการรักษาได้พร้อมทั้งตรวจร่างกาย ให้คำแนะนำ ช่วยแก้้ปัญหาได้โดยตรง สามารถ ดำเนินชีวิตในสังคมได้ ตามปกติไม่กลับไปเสพซ้ำ

กระบวนการบำบัดรักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายของการบำบัด มุ่งเน้นที่จะปรับปรุงหรือ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติที่ดีต่อการหยุดเสพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือ

ตนเองได้ อยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ ความเจ็บป่วยและความต้องการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เตรียมผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติเพื่อ หยุดเสพได้ง่ายขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ผู้ป่วยเพศชายวัยรุ่น มีภาวะติดสารเสพติดชนิดยาบ้า มีพฤติกรรม การใช้ยาบ้าผู้ป่วยอยากเลิกแต่ล้มเหลวหลายครั้งและไม่มีความพร้อมที่จะบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในเนื่องจากผู้ป่วย ระบุว่าตนเองไม่ได้ติดหนักและอยากทำงานหาเงินเนื่องจากเป็นกุดเก็บเกี่ยวข้าวและรับจ้างตัดอ้อย จึงประสานกับ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.คำบงเพื่อแนะนำรูปแบบการรักษาการดูแลผู้ติดสารเสพติดและครอบครัวกรณีการดูแลแบบ ผู้ป่วยในบ้าน (home ward) ซึ่งผู้ป่วยจะอยู่ที่บ้านสามารถดำรงชีวิตตามปกติประกอบอาชีพอยู่ในครอบครัว และชุมชนได้แต่ในกระบวนการรักษาผู้ป่วยจะผ่านการดูแลโดยทีม อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเชื่อมโยงกับ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ซึ่งเป็นการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่บ้านที่มีมาตรฐานการดูแล เทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD)โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็น สำคัญตามมาตรฐานการรักษาบริการสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยยกระดับระบบบำบัดฟื้นฟูและอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ ให้มาก เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดี ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่าย ของผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient) อีกทั้ง ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ได้มีบทบาทหน้าที่ในการบำบัดรักษาไปพร้อมๆกันส่งผลให้เกิดความยั่งยืนและสามารถหยุดเสพ ได้อย่างยั่งยืน

บทที่ 3

บริการผู้ป่วยในบ้าน (Hospital Care at Home)

คำนิยาม

บริการผู้ป่วยในบ้าน (Hospital Care at Home) หรือ Home ward เป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษา ของแต่ละวิชาชีพโดยมีความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแล (care giver) ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วย และสื่อสารกับทีมแพทย์

การปฏิรูประบบสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ส่งผลให้มีการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยสาระสำคัญที่ประชาชนจะได้รับ คือ ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ การเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเป็นธรรม ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ยังเข้าไม่ถึงการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง อาทิ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง ผู้พิการ เป็นต้น ประกอบกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลให้เตียงรองรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เพียงพอ กรมการแพทย์จึงมีนโยบายสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Personal-based Medical Services) เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient) การดำเนินการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยในบ้าน หรือ การดูแลเสมือนโรงพยาบาลที่บ้าน (Hospital care at home) เป็นการให้บริการการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่ใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วย ซึ่งมีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (IPD) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ รวมถึงได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลรักษา

ขอบเขต

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท หมายถึงบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์/แพทย์ ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการติ่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติด และบันทึกรหัสตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases: ICD-10) (F10 -F19)

Step down: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (hospital care in hospital) ก่อน แล้วแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าส่งกลับไปรักษาที่บ้าน (hospital care at home) โดยโรงพยาบาลเดิมดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในกระบวนการบำบัด ต้องการลดจำนวนวันนอน

Refer Back: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ 1 ส่งต่อไปให้โรงพยาบาลที่ 2 ดูแล แล้วแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยในบ้านได้.

Step up/ Start at home: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในบ้านหลังจากได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ในโรงพยาบาล (OPD, ER) แล้วแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่บ้านได้ หรือแพทย์หน่วยบริการปฐมภูมิไปตรวจผู้ป่วยที่บ้าน ในกรณีผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง กลุ่มผู้ป่วยนอกที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยไม่มี ความพร้อมนอนโรงพยาบาลหรือเตียงเต็ม

คำจำกัดความ

1. **บริการโทรเวชกรรม** หรือ โทรเวช (Telemedicine) หมายความว่า เป็นการส่งผ่านหรือสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์แผนปัจจุบันโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม สหวิชาชีพทางการแพทย์ ทั้งจากสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน หรือจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่งโดยอาศัยวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้การปรึกษา คำแนะนำ แก่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม สหวิชาชีพทางการแพทย์ หรือบุคคลอื่นใด เพื่อดำเนินการทางการแพทย์ ในกรอบความรู้ทางวิชาชีพ ตามภาวะ วิสัย และพฤติกรรมที่เป็นอยู่ ทั้งนี้โดยความรับผิดชอบของผู้ส่งผ่านหรือสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์นั้น ๆ

2. **สถานพยาบาล** หมายความว่า สถานพยาบาลที่เป็นของภาครัฐหรือเอกชน ที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

3. **ผู้ให้บริการ** หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม สหวิชาชีพทางการแพทย์ที่ให้บริการโทรเวชกรรม หรือ โทรเวช (Telemedicine)

4. **ผู้ใช้บริการ** ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท หมายถึงบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์/แพทย์ ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติด และบันทึกรหัสตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases: ICD-10) (F10 -F19)ผู้ป่วยหรือญาติ

หน้าที่ความรับผิดชอบ

สถานพยาบาล

1. ทีมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และสหสาขาวิชาชีพ
2. อุปกรณ์พื้นฐานที่ต้องให้ผู้ป่วยมีระหว่างทำการรักษา เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว และอุปกรณ์ อื่น ๆ ตามความเหมาะสมของแต่ละโรค
3. ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นตามมาตรฐานการรักษาแต่ละโรค
4. สถานพยาบาลจัดให้มีระบบการเก็บสิ่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการเอ็กซเรย์พื้นฐาน โดยจัดช่องทางบริการพิเศษ

5. สถานพยาบาลมีวิธีการติดตามอาการ และประเมินอาการตามมาตรฐานผู้ป่วยในอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน

6. สถานพยาบาลจัดให้มีช่องทางสื่อสารระหว่างสถานพยาบาลและผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง

7. สถานพยาบาลจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการแย่ลง ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

8. สถานพยาบาลมีการบันทึกเวชระเบียนตามมาตรฐานผู้ป่วยใน เช่น แบบฟอร์มซักประวัติ ตรวจร่างกาย โดยแพทย์ แบบฟอร์มติดตามสัญญาณชีพ คำสั่งการรักษา การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นต้น

ผู้ให้บริการ

ให้คำแนะนำข้อตกลง การลงทะเบียน การเข้าสู่ระบบบริการโทรเวชกรรมสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด หรือ โทรเวช (Telemedicine) พร้อมนัดหมายให้กับผู้ใช้บริการและให้การปรึกษา การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การ

พยาบาลป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคม ให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถดูแลตนเองได้ในทางที่ถูกต้อง ตามนัดหมายในลำดับต่อไป

ทางการแพทย์มองผู้สูงอายุเสพติด เป็นปัญหาของบุคคลที่มีสาเหตุมาจากโรคสมองตื้อยา หรือสภาวะ อื่น ๆ ซึ่งจำเป็นต้องรักษาโดยผู้ชำนาญทางการแพทย์ การจัดการความบกพร่อง หรือการบำบัดรักษา ผู้ใช้ ยาเสพติด มีจุดมุ่งหมายในการที่รักษา หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล การดูแลทางการแพทย์ถือว่าเป็นเรื่องใหญ่ที่สุด และสิ่งที่รัฐบาลต้องทำเป็นอย่างแรก คือการ เปลี่ยนแปลง หรือปฏิรูปนโยบายด้านสาธารณสุข ในขณะที่รูปแบบทางสังคม มองว่า ผู้สูงอายุเสพติด เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม และเป็นของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุเสพติดเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความเจ็บป่วยจากการใช้สารเสพติดไม่เป็นเพียงลักษณะของปัจเจกบุคคล แต่ประกอบด้วยเงื่อนไขต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งหลายๆ เงื่อนไข เกิดจากสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการจัดการปัญหานี้ จึงต้องใช้ปัจจัยทางสังคม เป็นเป็นความรับผิดชอบของสังคมในการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อม เพื่อที่จะทำให้ผู้สูงอายุเสพติดนั้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างเต็มที่ ดังนั้น เรื่องนี้จึงถือเสมือนเป็นเรื่องเกี่ยวกับทัศนคติและบริบทที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งในระดับนโยบายกลายเป็นเรื่องสิทธิมนุษยชน การรวมกัน การดำเนินงาน จึงต้องนำแนวคิด ด้าน ชีวจิต วิทยา สังคม (Bio psycho social) แนวคิดการดูแลทางสังคมผู้สูงอายุเสพติด แบบบูรณาการ ทั้งด้าน ชีววิทยา ปัจเจกบุคคล และมุมมองทางสังคม ซึ่งรวมถึง การทำงานของร่างกาย โครงสร้างทางร่างกาย สมรรถภาพ ความสามารถ ความยากลำบาก หน้าที่ของบุคคล การทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วม ปัจจัยแวดล้อม แสดงถึง ภูมิหลังหมดของชีวิต และการดำรงชีวิตของปัจเจกบุคคล ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อตัวบุคคลที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด ดังนั้น วิเคราะห์ความรุนแรงของรากเหง้าปัญหาของบุคคล กับสิ่งแวดล้อม จึงเป็นสิ่งสำคัญ

เครื่องมือ/อุปกรณ์

1. เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social diagnosis and management Assessment : (S.D.M.A.)
2. เครื่องมือประเมินความพร้อมครอบครัว Family Readiness Assessment : (F.R.A.)
3. เครื่องมือประเมินทักษะพื้นฐานในการทำงานและทักษะการปรับตัวทางสังคม (Prevocational and social skill Assessment : (P.S.S.A.)
4. เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององการอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF- THAI)
5. แบบฟอร์มการบันทึกเยี่ยมบ้าน (IN-HOMR-SSS)
6. แบบฟอร์ม Treatment checklist
7. แบบสรุปรูปการปรึกษาผู้ป่วยนอก
8. แบบบันทึกติดตามผู้ป่วยเข้ารับการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยนอก
9. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q 9Q 8Q
10. แบบประเมิน Brief assessment of recovery capital (BARC-10)
11. เครื่องมือการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อื่น ๆ
12. แบบประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์อยู่ในระดับเล็กน้อย CIWA -AR
13. ประเมินอาการถอนพิษยาบ้า AWQ
14. แบบประเมินอาการถอนพิษอนุพันธ์ฝิ่น COWS

15. แบบเครื่องมือประเมินความรุนแรงอาการทางจิต CGI-S
16. แบบประเมิน Burden of Care
17. แบบประเมินความเสี่ยง SMIV ทั้ง 4 ข้อ
18. แบบประเมินระดับความรุนแรง OAS

วิธีปฏิบัติงานระบบบริการโทรเวชกรรมสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

1. รายละเอียดวิธีปฏิบัติงาน

1.1 ผู้ให้บริการให้คำแนะนำระบบบริการโทรเวชกรรมสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดข้อตกลงการให้บริการ การลงทะเบียน การเข้าสู่ระบบระบบบริการโทรเวชกรรมสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

1.2 ผู้ให้บริการแนะนำการเข้าใช้งาน Line official ระบบบริการโทรเวชกรรมสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ให้คำแนะนำการลงทะเบียนและการเข้าสู่ระบบรวมไปถึงลงบันทึกนัดหมายการให้ผู้ใช้บริการ

1.3 ให้บริการแนะนำการเข้าใช้งานเครื่องมือตรวจวัดร่างกาย การทานยา การให้บริการตามเวลานัดหมาย

1.4 ผู้ให้บริการให้การปรึกษา การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาลป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคม ประเมินการติดตามผลการบำบัดรักษาให้กับผู้ใช้บริการผ่านระบบ Line official ระบบบริการโทรเวชกรรมสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดตามที่บ้านที่นัดหมายผู้ใช้บริการ

1.5 ผู้ให้บริการส่งต่อบันทึกการตรวจสอบยา ในกรณีที่ใช้บริการต้องทานยาต่อเนื่อง และ การจัดส่งยาให้ทางไปรษณีย์ตามลำดับ

1.6 ผู้ให้บริการส่งต่อการตรวจสอบการชำระเงินตามสิทธิการรักษา เอกสารเรียกเก็บค่ารักษา การให้การอนุเคราะห์

1.7 ผู้ให้บริการส่งต่อการรักษาไปยังระบบการรักษาในโรงพยาบาลหรือส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ กรณีผู้ใช้บริการมีปัญหาเฉพาะด้าน

1.8 ผู้ให้บริการยุติบริการโทรเวชกรรมสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด เมื่อสิ้นสุดกระบวนการรักษา หรือยุติการให้บริการในกรณีส่งต่อการรักษาไปยังระบบการรักษาในโรงพยาบาล

2. รายละเอียดขั้นตอนวิธีปฏิบัติงานการตรวจวินิจฉัย

การตรวจวินิจฉัย และประเมินผู้ป่วย ดังนี้

- 2.1 มีความจำเป็นต้องดูแลใกล้ชิด และญาติ/ผู้ดูแล/ผู้ดูแลสามารถดูแลที่บ้านได้
- 2.3 เกณฑ์การพิจารณาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สาร ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เข้ารับบริการแบบ PHW
- 2.4 ผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ป่วย OPD/ER/IPD
- 2.5 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค ดังต่อไปนี้ F10.2, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9F11.2, F11.5, F11.6, F11.7, F11.8, F11.9 F12.2, F12.3, F12.5, F12.6, F12.7, F12.8, F12.9 F13.2, F13.5, F13.6, F13.7, F13.8, F13.9 F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9 F15.2, F15.3, F15.5, F15.6, F15.7, F15.8, F15.9 F16.2, F16.3, F16.5, F16.6, F16.7, F16.8, F16.9 F18.2, F18.3, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9F19.2, F19.3, F19.5, F19.6, F19.7, F19.8, F19.9

3. รายละเอียดขั้นตอนวิธีปฏิบัติงานบันทึกการตรวจสอบยาและจัดส่งยาทางไปรษณีย์

- 3.1 รวบรวมข้อมูลการติดตามผลการรักษา ส่งต่อบันทึกการตรวจสอบยาในกรณีไม่ใช่ การติดตามระหว่างนัด จะส่งต่อกรณีมียาทานมียาทานต่อเนื่องตามคำแนะนำแพทย์
- 3.2 เกสซ์กร บันทึกการตรวจสอบยา กรณีมียาทานต่อเนื่อง ส่งต่อระบบการจัดส่งยาทางไปรษณีย์
- 3.3 ผู้ประเมินกรอกแบบฟอร์มการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ (ตามเอกสารแนบ)เพื่อส่งต่อ การประเมินลงความเห็นการจัดส่งยาให้แพทย์พิจารณา
- 3.4 แพทย์ประเมินพิจารณา จ่ายยาให้กับผู้ป่วย
- 3.5 ส่งต่อการชำระเงิน ฝ่ายการเงิน ตามสิทธิการรักษาผู้ป่วย
- 3.6 เกสซ์กรบันทึกตรวจสอบรายการยาและจัดส่งยาทางไปรษณีย์ตามลำดับ

4. รายละเอียดขั้นตอนวิธีปฏิบัติงานระยะเข้าสู่ระบบ

- 4.1 จิตแพทย์/แพทย์ round 2 ครั้ง/สัปดาห์ และพิจารณาปรับเปลี่ยนการรักษาตามอาการผู้ป่วย
- 4.2 พยาบาลจิตเวช/พยาบาลวิชาชีพ/ติดตามอาการผู้ป่วยผ่าน DMS Home ward (AMED)/โทรศัพท์/Line official Home ward มีการประเมินอาการทางจิต และบันทึกการประเมิน ติดตามอาการผู้ป่วยประจำวัน ลงบันทึกในโปรแกรม DMS Home ward (AMED) เช่นอาการถอนพิษแอลกอฮอล์หรืออาการถอนพิษสารเสพติดอาการข้างเคียงจากยา ได้แก่ ง่วงนอนมาก ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง มือสั่น ตาพร่า ปัสสาวะลำบากท้องผูก เป็นต้น
- 4.3 เกสซ์กร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ให้คำปรึกษาตามโปรแกรมการบำบัดรักษาและบันทึกการประเมิน ติดตามอาการผู้ป่วยประจำวัน ลงบันทึกในโปรแกรม DMS Home ward (AMED)

การประเมินแบบประเมินการคัดเข้าและคัดออก

1. การตัดสินใจร่วมกันระหว่างจิตแพทย์/แพทย์ ผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแล โดยได้รับข้อมูลแนวทางการรักษาแบบผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดที่บ้าน อย่างครบถ้วน ผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแล ยินยอมการเข้าร่วมการรักษาแบบผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดที่บ้าน
2. ยินยอมให้โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นบำบัดรักษาให้การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน Home ward ทาง DMS Home ward และ Line official Home ward
3. ยินยอมให้โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นจัดส่งยาทางไปรษณีย์และทราบว่าข้อมูลผู้ป่วยในกระบวนการจัดส่งอยู่ในช่องทางที่เปิดเผยได้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องและชื่อที่อยู่ในการจัดส่งจะเป็นโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
4. ยินยอมให้โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น เบิกจ่าย ตามสิทธิการรักษาพยาบาล

กลุ่มผู้ป่วยสารเสพติด

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตจากการเสพยาบ้า ต้องมีการประเมินอาการถอนพิษยาบ้าอยู่ในระดับเล็กน้อย AWQ = 0-10 คะแนน
2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตจากการเสพฝิ่นหรืออนุพันธ์ของฝิ่น มีอาการถอนพิษเล็กน้อย COWS 0 - 12
3. ประเมินอาการทางจิตแล้วมีอาการทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง ด้วยเครื่องมือประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (CGI-S) น้อยกว่า 4 คะแนน
4. หากมีอาการทางจิตที่สามารถควบคุมได้ ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย NON-Induce psychosis
5. ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายใน 2 สัปดาห์ และ PHQ9 < 12
6. Burden of Care น้อยกว่า 61 คะแนน
7. ไม่มีความเสี่ยง SMIV ทั้ง 4 ข้อ
8. ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะฉุกเฉินทางกายและอาการโรคเรื้อรังทางกายสามารถควบคุมได้
9. ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง OAS = 0
10. มีผู้ดูแลหลัก care giver

ระยะสิ้นสุด

1. ประเมินผลผู้ป่วยมีอาการทุเลา เพื่อจำหน่ายจากการบริการ โดยแพทย์ พยาบาล วิชาชีพ และ/หรือ ทีมสหวิชาชีพร่วมกัน
 - กรณี ผู้ป่วยมีอาการไม่ทุเลา อาการทางจิตกำเริบ หรือกลับไปเสพซ้ำไม่สามารถเข้ารับบริการแบบ home ward ได้ต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา และประสานส่งต่อโรงพยาบาลตามสิทธิการรักษา หรือปรับแผนการรักษาเข้ามาอนที่โรงพยาบาล (Return)
2. เยี่ยมบ้านและติดตามผลหลังจำหน่ายออกจากการบริการ โดยพยาบาลจิตเวชชุมชนและนักสังคมสงเคราะห์/ สหวิชาชีพ

บทที่ 4

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้าในระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน(Home ward)ร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้ป่วย นายสุรพงษ์ (นามสมมุติ) Amphetamine dependence อายุ 21 ปี

สถานภาพสมรส โสด

เบอร์โทรศัพท์ xxxxxxxx ที่อยู่ หมู่ xx ตำบลxxxxxx อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ชื่อหน่วยบริการสุขภาพที่สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบง

ระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ศาสนา พุทธ สัญชาติ ไทย เชื้อชาติ ไทย

อาชีพ รับจ้างทั่วไป รายได้ 5,000 บาท/เดือน (200-300 บาท/วัน)

อาการสำคัญ สูบยาบ้า 2-3 เม็ด / ครั้ง , 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ ร่วมกับเพื่อน 2 คน เสพครั้งสุดท้าย 30 ต.ค 66 ปริมาณ 2 เม็ด มีหงุดหงิดง่าย เบื่อ เซ็ง ปู่จึงพามารักษา

อาการทั่วไป ผู้ป่วยเสพยาบ้าครั้งแรกอายุ 15 ปี เสพต่อเนื่องมา 5 ปี เสพ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 2-3 เม็ดร่วมกับเพื่อน 2 คน เสพครั้งสุดท้าย 30 ต.ค 66 ปริมาณ 2 เม็ดหงุดหงิด เบื่อ เซ็ง ปฏิเสธอาการ หูแว่ว ประสาท หลอน กลางคืนหลับได้ ปู่จึงพามารักษา

ภาวะสุขภาพ สุขภาพแข็งแรงดี (มีพฤติกรรมดื่มสุราและเสพยาบ้า)

กรณีศึกษา ผู้ป่วยเพศชายวัยรุ่น มีภาวะติดสารเสพติดชนิดยาบ้า มีพฤติกรรมการใช้ยาบ้าผู้ป่วยอยากเลิก แต่ล้มเหลวหลายครั้งและไม่มีความพร้อมที่จะบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในเนื่องจากผู้ป่วยรู้ว่าตนเองไม่ได้ ติดหนักและอยากทำงานหาเงินเนื่องจากเป็นลูกเก็บเกี่ยวข้าวและรับจ้างตัดอ้อย จึงประสานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.คำบงเพื่อแนะนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ติดสารเสพติดและครอบครัวกรณีการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน (home ward) ซึ่งผู้ป่วยจะอยู่ที่บ้านสามารถดำรงชีวิตตามปกติประกอบอาชีพอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้แต่ในกระบวนการรักษาผู้ป่วยจะผ่านการดูแลโดยทีม อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเชื่อมโยงกับ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอัญญารักษขอนแก่น ผ่านซึ่งเป็นการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่บ้านที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษาบริการสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยยกระดับระบบบำบัดฟื้นฟูและอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ ให้มากขึ้น เช่น ขยายการจัดการด้านการบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยให้เข้าถึงได้ง่ายมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นพื้นที่ห่างไกล หรือถิ่นทุรกันดาร ให้ผู้ป่วยมีตัวเลือกในการเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นและหลากหลาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ลดลงจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient)

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงค้นหาประเด็นปัญหาและให้คำปรึกษารวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือร่วมกับทีมผู้บำบัด และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.คำบง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพยาบ้าได้และช่วยเพิ่มทางเลือกในการบำบัดรักษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

I : เป้าหมายการดูแลระดับบุคคล

1. เพื่อดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยาไม่ให้ได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการหยุดเสพสารเสพติด โดยใช้รูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน (home ward)

2. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในการให้ความช่วยเหลือให้ลดละเลิกยาเสพติดและป้องกัน การกลับไปเสพยา

3. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงโทษพิษภัยของการใช้ยาเสพติด

4. เพื่อประเมินทักษะพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน

5. เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ลดอัตราการก่อ ความรุนแรงในชุมชน

6. ลดค่าใช้จ่ายของญาติลดวันนอนในโรงพยาบาล

II : เป้าหมายการดูแลระดับครอบครัว

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว

2. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันทั้งด้านการสื่อสารและรูปแบบการเผชิญปัญหา ที่เหมาะสม

3. ลดความวิตกกังวลในครอบครัว หาแหล่งประโยชน์ในการดูแล เมื่อเกิดปัญหาขึ้น

ตารางรวมคะแนนประเมิน

ว/ด/ป	V2	AWQV2	Craving	2Q	8Q	PHQ9	PVSS	OAS	CIWA- Ar	Gesell
31/10/66	23	8	3	Neg	0	0	1	1	1	อยู่ในช่วง Borderline - Mild MR

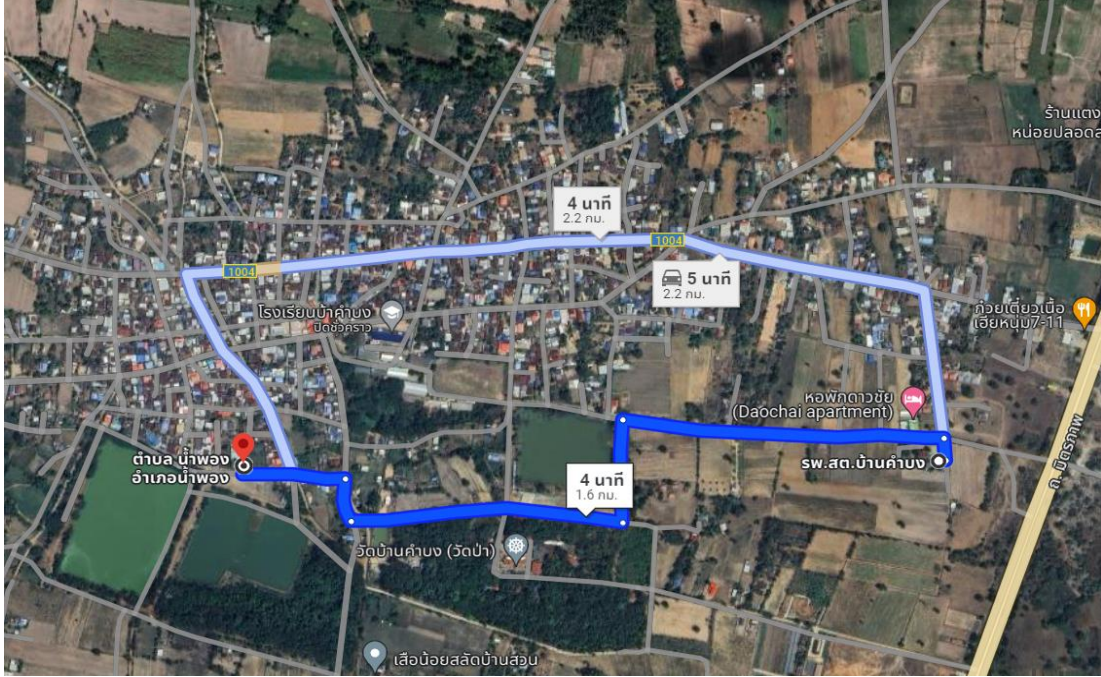
4. การประเมินรอบด้าน

2. การประเมินสุขภาพครอบครัวและสิ่งแวดล้อม

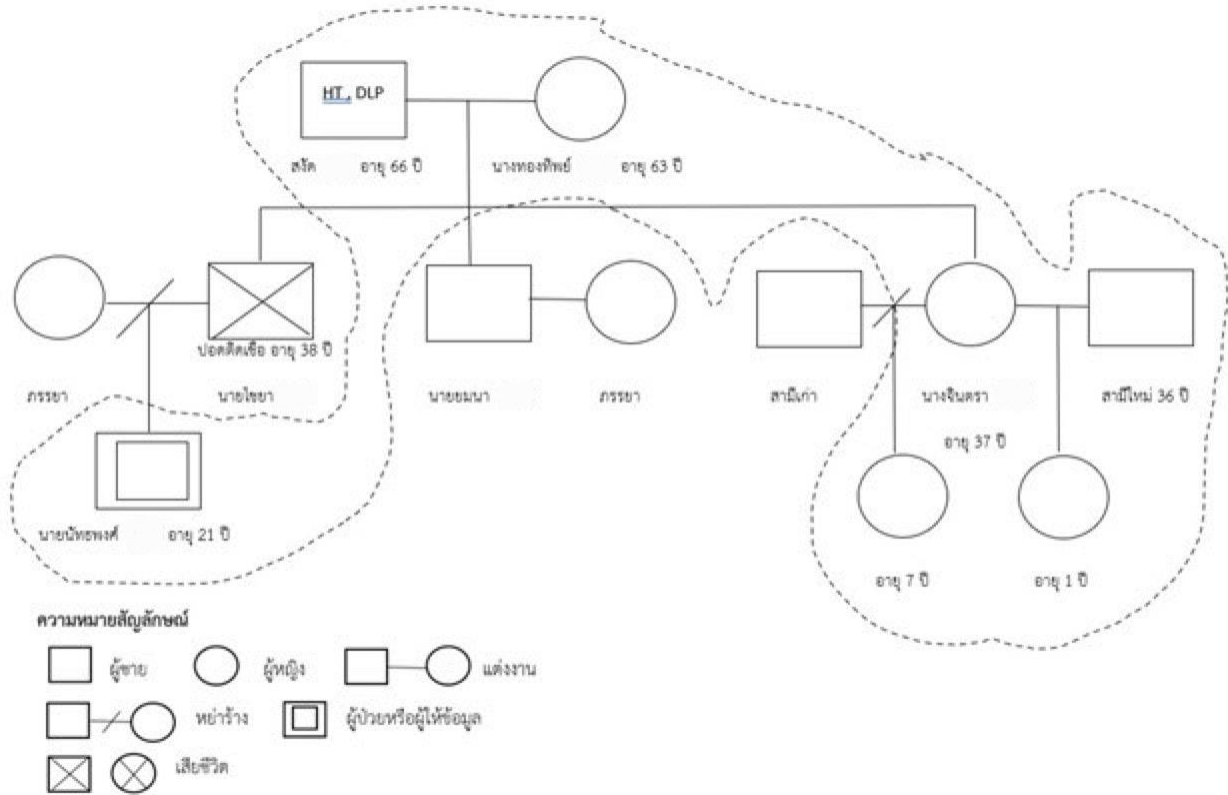
- ที่ตั้งของบ้าน บริเวณบ้าน โดยระบุแผนที่บ้าน/แผนผังบ้าน

บ้านผู้ป่วยอยู่ตรงข้ามกับลานตากข้าวเปลือกของหมู่บ้าน และสระน้ำหมู่บ้าน มีรั้วบ้านเป็นสัดส่วนชัดเจน บริเวณรอบตัวบ้านมีพื้นที่รอบๆบ้าน มีสวนหย่อมเล็กๆหน้าบ้าน ปลูกไม้ประดับ ไม้ผล เช่น มะม่วง เป็นต้น สภาพบ้านเป็นบ้านปูนชั้นเดียว มีห้องนอนชัดเจน 3 ห้อง มีห้องครัวขยายแยกออกจากตัวบ้าน ห้องน้ำ 2 ห้อง รถยนต์ 2 คัน





3. การประเมินและวิเคราะห์ชุมชนเพื่อหาแนวทางในการดูแลและส่งต่อการประเมินแผนภูมิครอบครัว (Family Genogram)



- รายชื่อสมาชิกในครอบครัว ระบุเป็นตาราง อธิบายความสัมพันธ์ทางสายเลือด และวาดภาพแผนภูมิครอบครัว (Genogram)

ลำดับ	ชื่อ สกุล	ว/ด/ป เกิด, อายุ	สภาพสมรส	การศึกษา	อาชีพ / รายได้	ศาสนา	สุขภาพ	สิทธิการรักษา	ความสัมพันธ์ในครอบครัว	หมายเหตุ
1	นายสมชาย นามสมมุติ	19/6/2501, 66 ปี	สมรส	ป.4	เกษตรกร	พุทธ	แข็งแรง	บัตรทอง	หัวหน้าครอบครัว	U/D HT, DLP
2	นางสมหญิง นามสมมุติ	7/11/2503, 64 ปี	สมรส	ป.4	เกษตรกร	พุทธ	แข็งแรง	บัตรทอง	ภรรยา	
3	นางสาวสมใจ นามสมมุติ	19/4/2530, 37 ปี	สมรส	ป.ตรี	ค้าขาย	พุทธ	แข็งแรง	บัตรทอง	บุตรสาว	

ลำดับ	ชื่อ สกุล	ว/ด/ป เกิด, อายุ	สภาพสมรส	การศึกษา	อาชีพ / รายได้	ศาสนา	สุขภาพ	สิทธิการรักษา	ความสัมพันธ์ในครอบครัว	หมายเหตุ
4	นาย กอนามสมมุติ	อายุ 36 ปี	สมรส	ป.ตรี	ค้าขาย	พุทธ	แข็งแรง	บัตรทอง	บุตรชาย	
5	นายสุรพงษ์ นามสมมุติ	23/3/2546, 21 ปี	โสด	ม.3	รับจ้าง	พุทธ	แข็งแรง	บัตรทอง	หลาน	ผู้ป่วย
6	ค.ญ.ชอนามสมมุติ	23/10/2559, 7 ปี	โสด	ป.2	นักเรียน	พุทธ	แข็งแรง	บัตรทอง	หลาน	
7	ค.ญ. งอนามสมมุติ	7/4/2566, 1 ปี	โสด	-	ในความปกครอง	พุทธ	แข็งแรง	บัตรทอง	หลาน	

● **ความคิด ความเชื่อ ศาสนา ค่านิยม ของสมาชิกและครอบครัวต่อการดำเนินชีวิตและสุขภาพ**

ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกอยู่ร่วมกัน 7 คน อาศัยอยู่พื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท สมาชิกในครอบครัวประกอบอาชีพหลากหลายเช่น ทำการเกษตร ขายสินค้าออนไลน์และรับจ้างทั่วไป ในด้านค่านิยม ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา ครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบาป/บุญ เวรกรรม โดยปู่และยายจะชอบทำบุญที่วัด แต่ผู้ป่วยจะไม่ได้ไปทำบุญหรือร่วมกิจกรรมทางศาสนา เนื่องจากมีพฤติกรรมชอบอยู่คนเดียว อยู่ติดบ้าน ไม่ค่อยสูงลิ้งกับใคร แต่นำเอาหลักธรรมมาใช้ในการดำเนินชีวิตคือ ไม่ฆ่าสัตว์ตัดชีวิต

ค่านิยมและความเชื่อด้านการสุขภาพ ครอบครัวเมื่อไม่สบายหรือเจ็บป่วยจะรับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพบ้างก่อน เมื่อมีอาการมากขึ้นจึงจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลน้ำพอง ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด เพราะค่านึงถึงงบประมาณที่รัฐบาลใช้ในการรักษา แต่ละครั้งที่มีราคาสูง

● **วิถีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมของสมาชิกและครอบครัวที่เด่น ๆ**

ครอบครัวจะมีปู่และย่าเป็นศูนย์รวมใจ และคอยบอกสอนสมาชิกในครอบครัวโดยเน้นทำความดีไม่ไปเอาเปรียบใคร อย่านอจฉาวิชาซึ่งจะทำให้ตนเองอยู่ไม่เป็นสุข และพอใจในสิ่งที่ตนเองมี ซึ่งปู่และย่าเลี้ยงผู้ป่วย ตั้งแต่ อายุ 7 วัน เมื่อผู้ป่วยมีอายุ 4 ปี สังเกตผู้ป่วย ผู้ป่วยใช้มือสองข้างไม่ได้ถนัด คล้ายไม่มีแรงและควบคุม การขยับถ่ายไม่ค่อยได้ เรียนรู้ไม่ค่อยทันเพื่อน มีการปรึกษาเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าง ในการดูแลแต่ก็คิดว่าอาการที่ผู้ป่วยเป็นมีส่วนจากพันธุกรรมทางแม่ เนื่องจากลูกที่เกิดจากแม่ของผู้ป่วย แต่คนละพ่อมีอาการเช่นเดียวกันทั้ง 2 คนและครอบครัวทางแม่อีกมีอาการคล้ายกัน จึงเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยเป็นพิเศษ ไม่ได้ทานยา รักษา

4. ประวัติการเจ็บป่วย พันธุกรรม และการรับบริการสุขภาพที่สำคัญของสมาชิกครอบครัว

นายสมชาย (นามสมมุติ)

- โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง รับประทาน รพ.สต.คำบาง กินยาสม่ำเสมอ
- เคยสูบบุหรี่ ปัจจุบันเลิกแล้ว
- เคยดื่มเหล้าหลังจากดื่มมีความรู้สึกคล้ายผีเข้าตลอด รู้สึกว่าตนเองเป็นคนอื่นจึงเลิกดื่ม แต่ดื่มเบียร์นานๆครั้ง

นายสุรพงษ์ นามสมมุติ (ผู้ป่วย)

- ไม่มีโรคประจำตัว
- โรคทางพันธุกรรม : ครอบครัวนายสงัดนามสมมุติสงสัยพันธุกรรมทางแม่ของผู้ป่วย เนื่องจากโรคประจำตัวของบุคคล ในครอบครัวแม่ผู้ป่วยคือ จิตเวชและพัฒนาการช้า น้องร่วมมารดามีพัฒนาการล่าช้า ต้องดูแลตลอดเวลา ไม่สามารถเข้าเรียนได้
- ประวัติพัฒนาการ : ย่าให้ข้อมูลว่า
อายุ 1 ½ - 2 ปี เริ่มยืนและพูดได้เป็นคำ
อายุ 4 ปี สื่อสารเป็นประโยคสั้นๆได้ ยังควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ปัสสาวะราดกางกางหรือถ่ายติดกางเกงในบ่อย

อายุ 7 ปี เริ่มควบคุมการขับถ่ายได้ บอกความต้องการขับถ่ายได้
วัยเรียน ผู้ป่วยและย่าให้ข้อมูลว่า เรียนไม่ค่อยเข้าใจ ช่วงประถมศึกษาได้ลำดับที่สุดท้ายของห้องทุกชั้นปี ชั้นมัธยมศึกษา เรียนได้เกรด 0 หลายวิชา ย่าได้มีการพูดคุยกับคุณครูผู้สอนเรื่อง พัฒนาการและการเรียนรู้ที่ช้า และผู้ป่วยไม่ยอมเรียนต่อเนื่องจากเรียนไม่ทันเพื่อน คุณครูมีความเข้าใจและ ช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยมีเพื่อนที่เป็นญาติห่างๆกันช่วยสอนและช่วยทำงานส่งคุณครู ส่วนพ่อของผู้ป่วยผลการเรียนดี เรียนสูงสุดคือ ปวส.ปี 1 สาเหตุที่เรียนไม่จบเนื่องจากเกเร ติดเที่ยว อาจมีใช้สารเสพติดบ้างแต่ไม่ใช้บ่อย

- ยาบ้า เริ่มเสพยาอายุ 19 ปี เริ่มเสพ 1 เม็ด เพราะเห็นเพื่อนเสพแล้วชวนเลยอยากลองและเสพแล้วสามารถรับจ้างหรือทำงานได้เร็วกว่าคนอื่นๆ หลังจากนั้นเพิ่มปริมาณเป็น 6-10 เม็ด/ครั้ง สัปดาห์ประมาณ 1 ครั้ง เวลามีคนจ้างงานไปทำอะไรอ้อย ไร่ไรนา หากไม่มีงานก็ไม่เสพ เวลาเสพแล้วรู้สึกทำงานได้นาน ทำงานได้เร็วทันเพื่อนร่วมงานคนอื่น หลังหยุดเสพรู้สึกเพลีย ง่วงนอน กินข้าวเยอะ ไม่มีหงุดหงิด ไม่มีอะอะโววาย ไม่มีหิวแหว่ ไม่มีประสาทหลอน ประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา เสพลดลงเนื่องจากปู่เตือนให้หยุดเสพยาบ้า เหลือปริมาณ 1-2 เม็ด/ครั้ง เฉพาะเวลาไปทำงาน ต่อมาปู่พาไปบำบัดยาเสพติดที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ 15 วัน มีการรับยาตามนัด 2 ครั้งก่อนจะขาดนัดเนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากไปรับจ้างไร่อ้อย แล้วมีอาการง่วงนอน ไม่ค่อยมีแรงและเสพยาบ้า จึงไม่เอากิน Last dose 5 พฤษภาคม 2567 จำนวน 1 เม็ด

- เหล้าขาว เริ่มดื่มอายุ 20 ปี สัปดาห์ละ 2-3 วันๆละ 1 ขวดเล็กกับเพื่อน last dose 5 พฤษภาคม 2567 1 ขวดเล็กกับเพื่อน 2-3 คน

- กัญชา เริ่มเสพอายุ 14 ปี เพราะเห็นเพื่อนเสพแล้วอยากลอง เคยเสพ 2 ครั้ง เลิกใช้แล้วเนื่องจากหายาก

- เพื่อนบ้านและชุมชน

เพื่อนบ้านพูดคุยได้ปกติ มีทะเลาะกันเล็กน้อยเวลาไปตามหาผู้ป่วย เนื่องจากหลานชายเพื่อนข้างบ้านก็เสพยาเหมือนกัน มีการแบ่งปันอาหารและให้ความช่วยเหลือกันเป็นประจำ เมื่อมีกิจกรรมชุมชนครบคร้ว จะไปร่วมเสมอ ยกเว้นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมชอบอยู่คนเดียว ไม่ค่อยสูงส่งกับใครจึงไม่ได้ ไปร่วมกิจกรรมชุมชน หรือทางศาสนา

- สถานบริการสุขภาพ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำบาง
- สถานที่สำคัญในชุมชน : วัดป่าบ้านคำบาง โรงเรียนบ้านคำบาง
- การคมนาคม : เดินทางรถยนต์และจักรยานยนต์ส่วนตัว ถนนคอนกรีตสะดวก

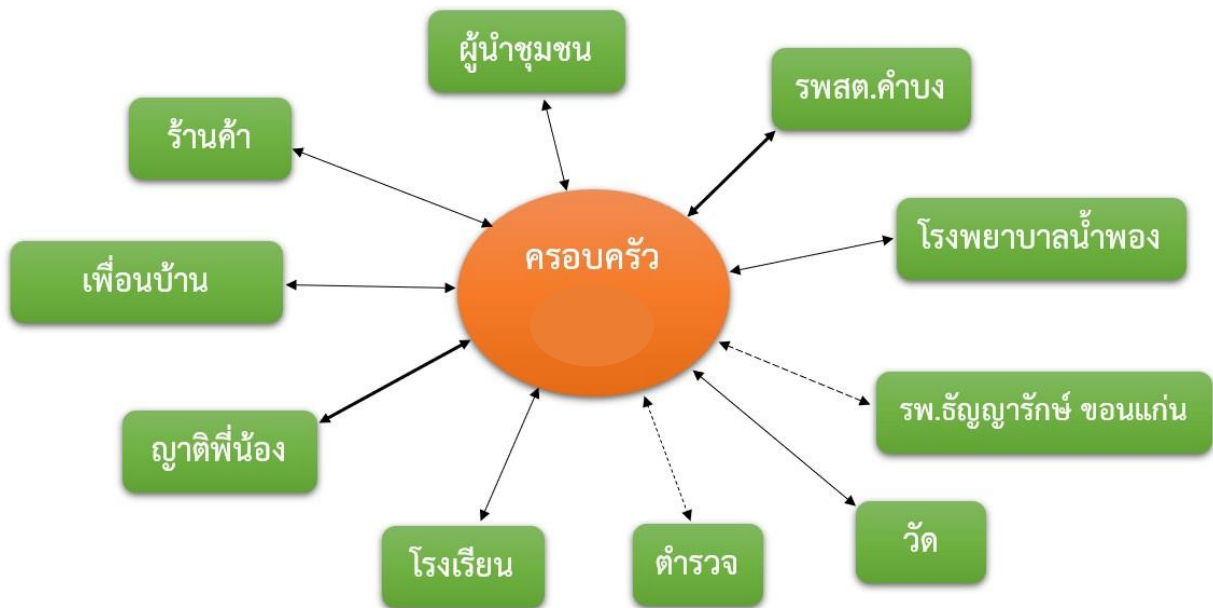
5. เครือข่ายทางสังคมและแหล่งประโยชน์

มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนบ้านคนในชุมชน ผู้ป่วยไม่เคยมีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกับคนในชุมชน หากมีกิจกรรมหรืองานที่ต้องการความช่วยเหลือจากคนในชุมชนผู้ป่วยจะช่วยเหลือเป็นอย่างดี

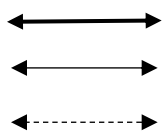
- ภาวะเศรษฐกิจ เครือญาติ และแหล่งประโยชน์ของสมาชิกและครอบครัว

ไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ รายได้ส่วนใหญ่มาจากการทำไร่อ้อย และการขายรองเท้าออนไลน์ รับจ้างไถไร่บางครั้ง

- วาดรูประบบนิเวศน์ครอบครัว (Eco mapping)



หมายเหตุ



ความสัมพันธ์มาก
 ความสัมพันธ์ปานกลาง
 ความสัมพันธ์น้อย

โครงสร้างครอบครัว

● โครงสร้างบทบาท

หัวหน้าครอบครัวคือ ปู่ ทำหน้าที่ดูแลความเป็นอยู่ของทุกคนในบ้าน ช่วยเลี้ยงหลานอายุ 1 ปีร่วมกับย่า ทำเกษตรปลูกอ้อย ค่าใช้จ่ายได้มาจาก 4 ทางได้แก่ รายได้จากการทำเกษตร เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เงินจากการค้าขายรองทำออนไลน์ของลูกสาวคนเล็กและรายได้จากการรับจ้างทั่วไปของผู้ป่วย

ย่า ทำหน้าที่ช่วยเลี้ยงหลานและทำอาหารให้ทุกคนในบ้านรับประทานเป็นประจำ ยกเว้นวันที่ผู้ป่วยอยากทำอาหารกินเอง

อาผู้ป่วย ทำหน้าที่หารายได้เสริมขายรองทำออนไลน์ เพื่อให้ปู่/ย่า และเลี้ยงดูครอบครัวตนเอง

สามีของอาผู้ป่วย ทำหน้าที่ช่วยภรรยาหารายได้จากการขายรองทำออนไลน์

ผู้ป่วย ทำหน้าที่รับจ้างทำงานทั่วไปเพื่อหารายได้เสริมเข้ามาช่วยเหลือครอบครัวร่วมกับสมาชิกคนอื่น

● ระบบค่านิยม

ครอบครัวมีค่านิยมด้านการใช้จ่ายที่พอเพียงตามฐานะตนเอง ใช้จ่ายเท่าที่ตนเองหาได้ มีหนี้สินจากการทำเกษตรบ้างแต่สามารถผ่อนจ่ายได้

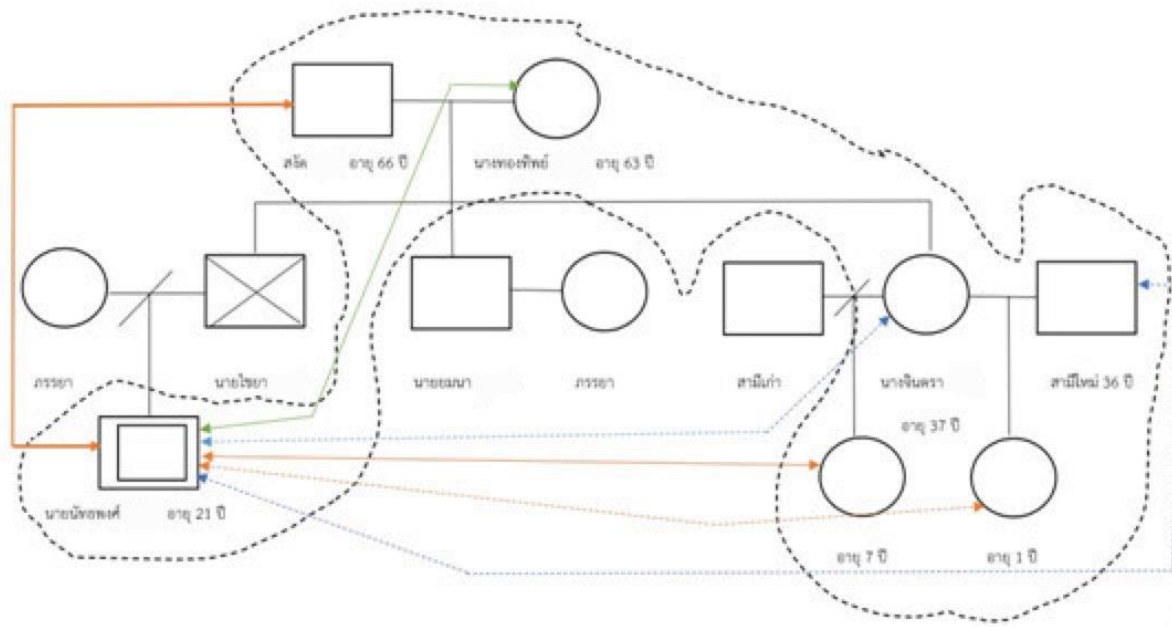
ค่านิยมทางศาสนา ทุกคนในครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตักบาตรตามเทศกาลวันสำคัญ ทางศาสนาและโอกาสต่างๆ ยกเว้นผู้ป่วยที่ไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมทางพุทธศาสนา

ค่านิยมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สมาชิกทุกคนในครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือไม่สบายจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หากยังไม่หายดีจึงค่อยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลน้ำพองต่อไป

● กระบวนการสื่อสาร

รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวใช้ทั้งแบบ Verbal และ non verbal communication เช่น ย่ามีการใช้ทั้ง คำพูดในการสอบถามและสังเกตลักษณะท่าทาง อาการที่แสดงออกของผู้ป่วยร่วมด้วยเสมอ โดยใช้ภาษาพื้นบ้าน อีสานเป็นหลักในการสื่อสาร สมาชิกทุกคนในครอบครัวสามารถรับรู้และเข้าใจภาษากันได้ดี ทั้งลักษณะคำพูดและภาษาท่าทาง

● วาดภาพระบบและความผูกพัน / แผนที่ครอบครัว (Attachment & Family Mapping) :



นายสุรพงษ์ (นามสมมุติ)(ผู้ป่วย) อายุ 21 ปี เพศ ชาย สถานภาพ โสด
อาชีพ เกษตรกร,รับจ้างทั่วไป รายได้ 200-300 บาท/วัน น้ำหนัก 52 ก.ก. ส่วนสูง 171 ซม. BMI
15.20 kg/m² อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อย

6. แบบแผนการดำเนินชีวิต

- แบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน : หากอยู่ในช่วงฤดูกาลทำไร่ไถ้อ้อยก็จะออกไปทำงานไร่ตนเอง แต่ช่วงนี้ฝนแล้งจึงไม่ค่อยได้ออกจากบ้าน หากมีคนมาจ้างไถไร่หรืองานอื่นๆก็จะออกไป บางวันจะนอนที่ ไร่ นายจ้างหรือไร่ตนเอง บางวันก็กลับมานอนบ้าน
- การพักผ่อนและการออกกำลังกาย : นอน 20.00 น. ตื่นนอน 8.00-9.00 น. ไม่เคยออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ใช้เวลาไปกับการทำไร่ไถ้อ้อยหรือรับจ้าง
- ภาวะโภชนาการ : ย่าเป็นผู้ทำอาหารให้กิน ส่วนใหญ่เป็นอาหารพื้นบ้าน เช่น น้ำพริกผักต้ม กินอาหาร วันละ 3 มื้อ ไม่มีปัญหาในการรับประทานอาหาร
- การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ : ถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ไม่มีปัญหาท้องผูก ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด
- สุขนิสัยส่วนตัว : เป็นคนไม่ค่อยพูด ค่อนข้างเก็บตัว ไม่ค่อยแสดงอารมณ์ มีไปหาเพื่อนสนิทบางครั้ง ประวัติสุขภาพ การเจ็บป่วยและการแสวงหาการรักษาในอดีต
- ไม่แพ้ยา/อาหาร ไม่เคยผ่าตัด
- อายุ 1½ - 2 ปี เริ่มเดินได้และพูดได้เป็นคำ

- อายุ 4 ปี สื่อสารเป็นประโยคสั้นๆได้ ยังควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้ ปัสสาวะรดกางเกงหรือถ่ายติดกางเกงในบ่อยเริ่มสังเกตเห็นว่ามีพัฒนาการล่าช้า ใช้มือหยิบสิ่งของไม่ค่อยได้ เข้าสู่วัยประถม ศึกษาเรียนช้ากว่าเพื่อนในห้องเรียน ไม่เคยรับคำปรึกษาหรือไปรักษาที่ใด

ประวัติสุขภาพ การเจ็บป่วยและการแสวงหาการรักษาในปัจจุบัน

- ไม่มีโรคประจำตัว

- อายุ 19 ปี เริ่มเสพยาบ้า เพราะเห็นเพื่อนเสพและเพื่อนชวนเลยอยากลอง เริ่มเสพ 1 เม็ด เดือนละ 1-2 ครั้ง เวลามีคนจ้างงานไปทำไร่อ้อย ไถไร่เนา หากไม่มีงานก็ไม่เสพ เวลาเสพแล้วรู้สึกทำงานได้นาน ทำงานได้เร็วทัน เพื่อนร่วมงานคนอื่น หลังหยุดเสพรู้สึกเพลีย ง่วงนอน กินข้าวเยอะ ไม่มีหงุดหงิด ไม่มีเอะอะโวยวาย ไม่มีหิวแหว่ ไม่มี ประสาทหลอน ประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา ปูพาไปรักษาที่รพ.ธัญญารักษ์ขอนแก่น 15 วัน หลังออกจากการบำบัด ยาเสพติดที่รพ.สต.คำบาง กินยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากไปรับจ้างไร่อ้อย แล้วมีอาการง่วงนอน ไม่ค่อยมีแรง และเสพยาบ้าจึงไม่อยากกิน เคยคิดที่จะหยุดใช้ยาบ้าแต่เพื่อนชวนให้ใช้ ปฏิเสธไม่ได้จึงเสพ Last dose 5 พฤษภาคม 2567 จำนวน 1 เม็ด

ประวัติสุขภาพ การเจ็บป่วย และพันธุกรรมของคนในครอบครัว

- ไม่มีโรคประจำตัว HT, DLP รับยาที่ รพ.สต.คำบาง
- น้องสาวต่างบิดามีพัฒนาการล่าช้า ต้องมีผู้ดูแลตลอด

การประเมินและตรวจร่างกายตามระบบ

- ผิวหนัง : ผิวสีดําแดง ไม่มีรอยสัก ไม่มีรอยโรค
- ศีรษะ : สมมาตร ผมสั้นสีดำ ไม่มีบาดแผล/รอยโรค
- ตา : สมมาตรกัน มองเห็นชัดเจน ไม่มีตาเหลือง ไม่มีตาแดง
- หู : สมมาตรกัน ได้ยินเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีสารคัดหลั่งไหลออกจากหู
- จมูก : สมมาตรดี จมูกได้กลิ่นปกติ ไม่มีสารคัดหลั่งไหลออกจากจมูก
- ช่องปากและคอ : มีคราบหินปูน ไม่มีเหงือกอักเสบ กลืนอาหารได้ปกติ
- ระบบหายใจ : หายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อยหอบ
- ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต : หัวใจเต้นปกติ ไม่มีใจสั่น ไม่มีเจ็บหน้าอก
- ระบบทางเดินอาหาร : กลืนอาหารได้ปกติ ไม่มีปวดท้อง ไม่มีท้องอืด
- ระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ : ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีแขนขาผิดปกติ
- ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ถามตอบเข้าใจแต่ตอบช้า บางครั้งต้องทวนคำถามซ้ำหรืออธิบายคำถาม

เพิ่ม รับรู้วันเวลาสถานที่

7. การเปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา

ตาราง เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>1. สาเหตุการติดยาบ้า ตัวผู้เสพ (Addict)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะทางพันธุกรรม คนทุกคนจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารเสพติดชนิดเดียวกันในขนาดเท่ากัน หรือแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบุคคล สภาพร่างกายทางระบบประสาท การแพ้ (allergy) หรือสภาพการเผาผลาญ (metabolism) ของแต่ละคน - อายุ คนในช่วงอายุแตกต่างกัน การคิด การตัดสินใจ การเผชิญปัญหาชีวิต การทนต่อความยุ่งยากจิตใจ และความมั่นคงทางจิต ย่อมแตกต่างกัน ตามทฤษฎีพัฒนาการของอีริคสัน วัยรุ่นในระหว่าง 13-16 ปีมีการทดลองใช้สารเสพติดสูงที่สุด - เพศชายมีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดมากกว่าเพศหญิง เพราะในวัฒนธรรมต่างๆ เพศชายมักถูกคาดหวังให้เป็นผู้ที่เสี่ยงและต้องผจญภัยมากกว่า โดยลักษณะของเพศชาย จะมีความก้าวร้าว ชอบเสี่ยง ต้องการผจญภัย มีความอยากรู้ อยากรองมากกว่าเพศหญิง - บุคลิกภาพ นักจิตวิทยาเชื่อว่า ความบกพร่องในจิตใจมนุษย์เกิดจากการเลี้ยงดูของบิดามารดาในเยาว์วัย ความผิดปกติในร่างกายและจิตใจเหล่านี้เป็นความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องกัน และความสัมพันธ์ของความผิดปกติทางจิตใจ เป็นผลที่ต่อเนื่องไปถึงบุคลิกภาพที่ผิดปกติของมนุษย์ได้ การที่มีความผิดปกติในทางบุคลิกภาพนี้ ทำให้บุคคลผู้นั้นมีแนวโน้มในทางที่จะใช้สารเสพติดได้ง่ายกว่าคนอื่นๆ เพราะเป็นผู้ที่ขาดความมั่นใจในตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ ใ้บกดอารมณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเพศชาย เสพยาบ้าครั้งแรกอายุ 15 ปี อยู่ในช่วงระยะอายุากรู้ยากทดลอง สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการของอีริคสัน - เสพต่อเนื่องมา 5 ปี เสพ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ เสพครั้งละ 2-3 เม็ดร่วมกับเพื่อน 2 คน เริ่มเสพยาบ้าเนื่องจากเพื่อนชวนและอยากลอง เพราะใช้แล้วมีแรงทำงานได้เร็วและนานกว่าคนอื่น - พ่อกับแม่ผู้ป่วยแยกทางกันตั้งแต่แรกเกิด ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับปู่และย่า ส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นคนพูดน้อยไม่ค่อยมีสัมพันธ์ภาพกับคนอื่น

<p>-ปล่อยตนตามแรงผลักดันและต่อต้าน (impulsive and rebellious) อาจพบในผู้มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder) มีลักษณะเสื่อมลงทั้งทางร่างกาย บุคลิกภาพ จิตใจ วินัย เพื่อนที่คบก็เฉพาะกลุ่มที่เสพสารเสพติดด้วยกันเท่านั้น</p>	<p>เพื่อนชวนเลยอยากลอง เริ่มเสพ 1 เม็ด เดือนละ 1-2 ครั้ง เวลามีคนจ้างงานไปทำไร้อ้อย ไถไร่นา หากไม่มีงานก็ไม่เสพ เวลาเสพแล้วรู้สึกทำงานได้นาน ทำงานได้เร็วทัน เพื่อนร่วมงานคนอื่น</p>
<p>ทฤษฎี</p>	<p>กรณีศึกษา</p>
<p>- ผู้เสพติดมีปัญหาสุขภาพกายและทางจิตร่วมด้วยการเจ็บป่วยอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยใช้เป็นยารักษาหรือลดอาการให้ตัวเอง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคประสาทวิตกกังวล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นต้น</p> <p>2. ติดยาหรือสารเสพติด (drug or substance)</p> <p>- ความยากง่ายในการแสวงหาสารเสพติด (availability) มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมในการเสพ</p> <p>- เข้าถึงได้ง่าย (access) ผู้ใช้มีวิธีหนทางที่จะหยิบซื้อหาสารหรือยาเสพติดมาใช้ได้อย่างง่าย</p> <p>- มีโอกาสที่จะใช้ (opportunity) เช่นมีเวลาว่าง มีสถานที่เหมาะสม มีกลุ่มที่เสพด้วยกัน มีเงินทองที่จะซื้อสารนั้นมาเสพ โอกาสหรือความถี่ของการใช้สารเสพติดก็จะมากขึ้น</p> <p>- มีความพอใจที่จะใช้ (willingness to use) การเสพทำให้เกิดความสุข และเพลิดเพลินใจ เป็นการให้รางวัลชีวิตตนเอง self rewarding) และเป็น (reinforcement) การเสริมแรงจูงใจที่จะผลักดันให้ทำสิ่งต่างๆ ทำให้เกิดการเสพซ้ำๆอย่างต่อเนื่อง</p> <p>- สิ่งแวดล้อม (environment) สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการติดสารเสพติดได้ หากรอบๆ สถานที่อยู่อาศัยเต็มไปด้วยสิ่งผิดกฎหมาย แหล่งซ่องสุมค้ายาเสพติด บรรยากาศภายในบ้านขาดความอบอุ่น จึงเอื้อหรือเร่งให้ใช้สารเสพติดได้ง่าย และยังเป็นอุปสรรคขัดขวางให้เลิกสารเสพติดได้ยากเป็นทวีคูณ สิ่งแวดล้อมดังกล่าวจำแนกได้ดังนี้</p>	<p>- ในชุมชนมีการแพร่ระบาดของยาบ้าอย่างรุนแรง หาซื้อได้ง่าย ราคาถูก (3 เม็ด 100 บาท)</p> <p>- เพื่อนที่คบในชุมชนใช้ยาเสพติด มีทั้งกลุ่มผู้เสพและผู้ค้า</p> <p>ในชุมชนมีการแพร่ระบาดของยาบ้าอย่างรุนแรง หาซื้อได้ง่าย ราคาถูก (3 เม็ด 100 บาท)</p>

<p>- อิทธิพลจากเพื่อน (peer influence) มักพบในวัยรุ่นที่เติบโตในครอบครัวที่แตกแยก และขาดความอบอุ่น พ่อแม่ไม่มีเวลาสื่อสารเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำที่ถูกต้อง เพื่อนจึงมีอิทธิพลอย่างมากในการชักจูงไปในทางที่ผิด และชักชวนกันเสพยาเสพติด</p> <p>3. สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ขึ้นกับบรรยากาศในครอบครัว แบบแผน การพูดจาสื่อความหมาย การแสดงอารมณ์ต่อกัน (emotional expression) และความคาดหวัง(expectation)ดังนี้</p>	<p>- ได้รับการเลี้ยงดูโดยคุณปู่ คุณย่า ตั้งแต่แรกเกิด เนื่องจากบิดามารดาแยกทางกัน ถูกเลี้ยงดูแบบตามใจมี เหตุการณ์ให้อึดที่ครอบครัวรับรู้ ผู้ป่วยมีการใช้ยาเสพติดครั้งแรก คือ กัญชาที่สูบรวมกันกับเพื่อน ครอบครัว ไม่ได้ต่อว่าอะไร เนื่องจากผู้ป่วยลองใช้ 2 ครั้งหลังจากนั้นก็ไม่ได้เสพกัญชาต่อ เนื่องจากเพื่อนไม่ได้หามาให้เสพอีก และช่วงอายุ 19 ปีครึ่ง เริ่มเสพยาบ้า เนื่องจากเพื่อนชวนและอยาก</p>
<p>ทฤษฎี</p>	<p>กรณีศึกษา</p>
<p>1.) การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ (failure of communication) โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างพ่อแม่กับลูกในลักษณะดังนี้</p> <p>1.1) มักพูดกันเฉพาะด้านลบ (negative communication) ไม่มีการชมหรือให้กำลังใจ แต่มีท่าทีจับผิด ตำหนิ ดูว่าเพียงอย่างเดียว</p> <p>1.2) พู ด ป ร ะ ช ด (vicarious communication) คือพูดเป็นเชิงยุยงให้ทำเลย หรือไปเสพติดเสียเลยถ้าทำไม่ได้</p> <p>1.3) เด็กใช้วิธีทำผิดเพื่อให้พ่อแม่สนใจ เอาใจใส่ตนเองมากขึ้น (a cry for help) เช่นเกเร ไม่ไปโรงเรียน กลับบ้านไม่ตรงเวลา เริ่มใช้สารเสพติดหรือให้ตำรวจจับ ซึ่งลักษณะการทำผิดเพื่อเรียกร้องความสนใจนี้มักจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ</p> <p>1.4) พ่อแม่ที่มีท่าทีปฏิเสธลูกอย่างมาก (massive parental denial) พ่อแม่มักมีท่าทีปฏิเสธการทำผิดของลูก แม้จะทำอยู่ก็เหมือนไม่เห็น มักแสดงว่า “ ลูกฉันต้องดี ไม่ใช่ลูกฉันที่ไปติดสารเสพติด”</p> <p>2.) ปัญหาการเก็บกดอารมณ์ เป็นการเก็บซ่อนอารมณ์โกรธเอาไว้ข้างในใจ</p>	<p>ลอง เพราะใช้แล้วมีแรงทำงานได้เร็วและนานกว่าคนอื่นเริ่มใช้ 1 เม็ด หลังจากนั้นเพิ่มปริมาณ 6-10 เม็ด/ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง</p> <p>-พ่อแม่ผู้ป่วยแยกทางกันตั้งแต่ผู้ป่วยแรกเกิด ผู้ป่วยถูกเลี้ยงดูโดยปู่กับย่า</p>

<p>3.) ความคาดหวังเกี่ยวกับตัวเด็กที่ส่งผลในทางไม่ดี (pathogenic parental expectation) มักจะเป็นไปในทางตั้งความหวังในตัวลูกสูงเกินไปและเด็กไม่สามารถทำตนให้ประสบผลสำเร็จตามความคาดหวังของพ่อแม่ได้ ขณะเดียวกันพ่อแม่ใช้ความสำเร็จของลูกเป็นเงื่อนไขที่จะให้ความรักแก่ลูก</p> <p>4.) การศึกษาต่ำ ไม่มีความรู้โทษและพิษภัยของสารเสพติด</p>	<p>-แบบประเมิน Gesell drawing test : มีระดับเขาวงกตปัญญาอยู่ในช่วง Borderline - Mild MR</p>
--	---

8. ยาที่ใช้ในการบำบัดรักษา

ยา Risperidone (2) 1xhr

Risperidone (ริสเพอริโดน) เป็นยาในกลุ่มรักษาอาการทางจิต (Antipsychotic)

กลไกการออกฤทธิ์

เป็นยารักษาโรคจิตเภทกลุ่ม benzisoxazole atypical ที่มีฤทธิ์ผสมระหว่างฤทธิ์ในการต้านการทำงานของเซโรโทนิน (serotonin) และโดปามีน (dopamine) ริสเพอริโดนเข้าจับกับตัวรับเซโรโทนิน (5-HT₂-receptor) ในระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลายอย่างแน่นหนา และจับกับตัวรับโดปามีน (dopamine-D₂-receptor) ด้วยแรงที่น้อยกว่าตัวรับเซโรโทนิน

ข้อบ่งใช้

สำหรับรักษาโรคจิตเภท (schizophrenia) รักษาภาวะมาเนีย (mania) ชนิดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ (bipolar) รักษาอาการความจำเสื่อม ระดับความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์

ข้อควรระวังของการใช้ยา

ระวังการใช้ยาในผู้ป่วยผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ เช่น ขาดน้ำ หรือมีปริมาณของเหลวในร่างกายต่ำ ผู้ป่วยที่มีประวัติชัก หรืออยู่ในภาวะที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการชัก ผู้ป่วยที่มีฮอร์โมนโปรแลคตินต่ำ ผู้ป่วยโรคตับ โรคไต ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะทางจิตเกี่ยวข้องกับโรคความจำเสื่อม สตรีมีครรภ์ และสตรีให้นมบุตร

ผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Risperidone

อาจก่อให้เกิดผื่น ภาวะฮอร์โมนโปรแลคตินสูง เพิ่มน้ำหนักตัว ท้องผูก ท้องเสีย เพิ่มการหลั่งของน้ำลาย เพิ่มความอยากอาหาร อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ ปวดท้องส่วนบน อาเจียน อ่อนเพลีย มึนงง กลุ่มอาการ parkinsonism อาการสั่น เห็นภาพไม่ชัด อาการไอ การติดเชื้องูทางเดินหายใจส่วนบน อาการปวด

ผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะ QT prolongation อาการรูด ภาวะ diabetic acidosis ตับอ่อนอักเสบ agranulocytosis thrombocytopenia หลอดเลือดสมอง อาการชัก tardive dyskinesia กลุ่มอาการนิวโรเลปติก

ยา Trazodone (50) 1xhr

เป็นยาสำหรับรักษาโรคซึมเศร้า (Depression) ออกฤทธิ์โดยการปรับสมดุลของสารเคมีตามธรรมชาติในสมอง ได้แก่ สารซีโรโทนิน (Serotonin) อาจช่วยให้อารมณ์ของคุณดีขึ้น ช่วยเพิ่มความอยากอาหาร และเพิ่มระดับพลังงานให้กับคุณ และยังช่วยบรรเทาอาการวิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าด้วย

สรรพคุณของยา Trazodone

- รักษาภาวะซึมเศร้า (Depression): ใช้ในการรักษาอาการของภาวะซึมเศร้า เช่น อารมณ์เศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง และความไม่สนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ
- บรรเทาอาการนอนไม่หลับ (Insomnia): ใช้เป็นยาช่วยในการนอนหลับสำหรับผู้ที่มีปัญหาอนไม่หลับ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย
- บรรเทาอาการวิตกกังวล (Anxiety): อาจใช้เพื่อบรรเทาอาการวิตกกังวลในบางกรณี

กลไกการออกฤทธิ์ของยา Trazodone

Trazodone ทำงานโดยการเพิ่มระดับของเซโรโทนิน (serotonin) ในสมอง ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีบทบาทในการควบคุมอารมณ์และการนอนหลับ นอกจากนี้ยังมีผลในการปิดกั้นตัวรับของเซโรโทนินบางตัว ทำให้ช่วยลดอาการซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับ

ผลข้างเคียงของยา Trazodone

อาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยา Trazodone ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ง่วงนอน เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงไป ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปากแห้ง รู้สึกถึงรสชาติผิดปกติในปาก คัดจมูก ท้องผูก หรือมีความสนใจทางเพศ/ความสามารถทางเพศเปลี่ยนแปลงไป ถ้าอาการเหล่านี้ไม่ดีขึ้น หรือมีอาการแย่ลง ให้แจ้งแพทย์หรือเภสัชกรทันที

เพื่อบรรเทาอาการปากแห้ง ให้อมลูกอมชนิดน้ำตาลน้อย หรือน้ำแข็งก้อนเล็กๆ หรือเคี้ยวหมากฝรั่งชนิดน้ำตาลน้อย ดื่มน้ำมากๆ หรือใช้ลำลายเทียม

เพื่อลดความเสี่ยงต่ออาการเวียนศีรษะและหน้ามืด ให้ค่อยๆ ลุกขึ้นช้าๆ เมื่อต้องเปลี่ยนจาก นั่งหรือท่านอนโปรดจำไว้ว่า การที่แพทย์สั่งยานี้ให้กับคุณ เพราะว่าแพทย์ได้ประเมินแล้วว่า คุณจะได้รับประโยชน์จากยานี้มากกว่าความเสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียง ผู้ป่วยหลายรายที่ใช้นี้ไม่เกิดอาการข้างเคียงร้ายแรงจากยา

Vitamin B complex (วิตามินบีรวม) 1x3 oral pc

วิตามินบีรวม (Vitamin B Complex) เป็นกลุ่มของวิตามินบีที่ใช้รักษาและป้องกันการขาดวิตามินบีชนิดต่าง ๆ เนื่องมาจากทุกภาวะโภชนาการ โรคบางชนิด การติดเชื้อ หรืออยู่ในช่วงตั้งครรภ์ ซึ่งวิตามินบีจะช่วยเสริมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายแตกต่างกันออกไปตามคุณสมบัติของวิตามินบีแต่ละชนิด

กลุ่มยา วิตามิน

ประเภทยา ยาตามใบสั่งแพทย์ ยาที่สามารถหาซื้อได้เอง

สรรพคุณ

ป้องกันการขาดและรักษาระดับวิตามินบีในร่างกาย กลุ่มผู้ป่วย เด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ การใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ ยังไม่มีการจัดหมวดหมู่ของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารชนิดนี้จากองค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกาหรือ FDA ซึ่งอาหารเสริมนี้อาจส่งผลกระทบต่อมารดาหรือทารกในครรภ์ได้ หากผู้ที่กำลังตั้งครรภ์หรือวางแผนที่จะตั้งครรภ์ ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อตนเองและทารกมากที่สุด

ปริมาณการใช้วิตามินบีรวม

วิตามินบีรวมมีอยู่หลายสูตรและมีสัดส่วนของวิตามินบีแตกต่างกันออกไป บางสูตรอาจมีการผสมส่วนประกอบหรือวิตามินชนิดอื่นเสริมลงไป เช่น วิตามินซี วิตามินอี ซิงค์ โดยทั่วไปแพทย์จะแนะนำให้รับประทานครั้งละ 1-2 เม็ด วันละ 1-3 ครั้ง สำหรับเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ส่วนการฉีดหรือวิตามินบีรวมในรูปแบบอื่นอาจต้องพิจารณาเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ ปริมาณและระยะเวลาในการใช้จะขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์หรือเภสัชกรเป็นหลัก เพราะต้องมีการประเมินถึงสาเหตุของโรคและความรุนแรงของอาการที่ผู้ป่วยเป็นร่วมด้วย

การใช้วิตามินบีรวม

ก่อนการใช้วิตามินทุกครั้งควรแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรให้ทราบหากเคยมีประวัติการแพ้ยา มีโรคประจำตัวเดิม หรือกำลังใช้ยา สมุนไพร และวิตามินเสริมตัวใดอยู่ในช่วงนั้น เพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียง ซึ่งผู้ป่วยควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือข้อบ่งใช้บนฉลากผลิตภัณฑ์ ไม่ควรเปลี่ยน เพิ่ม และลดปริมาณการใช้วิตามินด้วยตนเอง ยกเว้นได้รับคำสั่งจากแพทย์ หากเป็นวิตามินในรูปแบบเม็ด ไม่ควรเคี้ยว แบ่ง หรือตัดออกเป็นส่วน ควรรับประทานทั้งเม็ด จากนั้นดื่มน้ำตาม 1 แก้ว ส่วนวิตามินในรูปแบบยาน้ำบางชนิดต้องเขย่าขวดให้เข้ากันดีก่อน และใช้ช้อนตวงยาที่ทางโรงพยาบาลให้มาการเก็บรักษาวิตามินบีรวมควรอยู่ในที่มีอุณหภูมิไม่เกิน 25 องศาเซลเซียส ห่างจากความร้อน ความชื้น แสงแดด และเก็บไว้ให้ห่างจากมือเด็ก รวมถึงไม่ควรนำวิตามินที่หมดอายุมารับประทานหรือฉีด เพราะอาจเป็นอันตรายต่อร่างกาย

ผลข้างเคียงจากการใช้วิตามินบีรวม

วิตามินบีรวมแทบไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียง บางส่วนอาจมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย รู้สึกง่วงนอนได้เล็กน้อย ขึ้นอยู่กับสูตรและปริมาณของส่วนผสมที่ออกฤทธิ์ แต่ในบางรายอาจเกิดอาการแพ้ยาจนทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น เช่น วิงเวียนศีรษะอย่างรุนแรง มีปัญหาในการหายใจ เกิดผื่นแดง คัน และมีอาการบวมบริเวณใบหน้า คอ ลิ้น ซึ่งควรรีบไปพบแพทย์

9. ข้อมูลจากระบบ DMS home ward การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยกรณีศึกษา

การทำกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในที่บ้านผ่านระบบ DMS A-Med Home ward และ Line official ward ทั้งหมด 15 ครั้ง ระยะเวลาตั้งแต่แรกเริ่ม 31 ตุลาคม 2566 ถึง 14 พฤศจิกายน 2566 วันที่ รวมระยะเวลา 15 วัน ซึ่งการเยี่ยมแต่ละครั้ง พบอาการและการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยกรณีศึกษา

ครั้งที่ 1 วันที่ 31 ต.ค. 2566 เวลา 14:33

สูบบุหรี่ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ มีหยุดหิด เบื่อ เซ็ง เสพยาบ้าครั้งแรกอายุ 15 ปี เสพต่อเนื่องมา 5 ปี เสพ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ เสพครั้งละ 2-3 เม็ดร่วมกับเพื่อน 2 คน เสพครั้งสุดท้าย 30 ต.ค 66 ปริมาณ 2 เม็ด มีหยุดหิดง่าย อารมณ์เบื่อ เซ็ง ปฏิเสธอาการ หูแว่ว ประสาทหลอน กลางคืนหลับได้ พ่อ แม่ แยกทางตั้งแต่แรกเกิด ผู้ป่วยอยู่กับตา ยาย อาชีพรับจ้างรายวัน เพื่อนกลุ่มผู้เสพยา ผู้ค้า PE: WNL

V2	AWQV2	Craving	2Q	8Q	PHQ9	PVSS	OAS	CIWA-Ar	Gesell
23	8	0	Neg	0	0	1	1	1	อยู่ในช่วง Borderline - Mild MR

ครั้งที่ 2 วันที่ 1 พ.ย. 2566 เวลา 15:34

จากการติดตามอาการ ข้อมูลจากคุณตา/ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้ป่วยให้การยอมรับรูปแบบการรักษาแบบ home ward บอกคุณตาครั้งนี้จะตั้งใจเลิกให้ได้ พฤติกรรมทั่วไปเหมาะสม พักผ่อนนอนหลับได้ รับประทานอาหารได้ วันนี้ออกไปรับจ้างขุดมัน พุดคุยให้กำลังใจ แนะนำการรับประทานยา การปรับรูปแบบกิจวัตรประจำวันให้เป็นปกติ เช่น การรับผิดชอบพื้นฐานต่อตนเอง การรับประทานอาหารเช้า การพักผ่อน การดูแลสุขภาพจิตส่วนตัวบุคคลให้ตรงเวลา เพื่อปรับพื้นฐานร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรง -วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและคุณตาพุดนี้ก่อนไปรับจ้างขุดมัน ให้ผู้ไปไปวัดสัจญาณชีพและประเมินอาการที่ รพ.สต.ก่อน เพื่อไม่ให้กระทบกับการทำงาน ผู้ป่วยรับทราบ -stage of change = determination

ชนิดของหัตถการ: Principal procedure – หัตถการหลัก ได้แก่

- Morning Brief
- การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ผล v/s stable
- รายงานอาการประจำวัน self Report ผล normal
- การสอบถามแบบประเมินประจำวัน

AWQV2	Craving	2Q	8Q	PHQ9	OAS	CIWA-Ar	Gesell
6	2	Neg	0	0	0	3	อยู่ในช่วง Borderline - Mild MR

- Motivation scale ผล 7/10

- INTERVENTION อื่นๆ ตามอาการที่ผู้ป่วยรายงาน

ครั้งที่ 3 วันที่ 2 พ.ย. 2566 เวลา 14:57

ติดตามทางโทรศัพท์และ video call ผู้ป่วย /ตา /เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้ป่วยมาพบเจ้าหน้าที่ช่วงเช้าเนื่องจากต้องไปรับจ้างขุดมัน พุดคุยชมเชยให้กำลังใจ ผู้ป่วยให้ข้อมูลพักผ่อนรับประทานอาหารเช้า ได้กำลังใจจากบุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่รู้สึกดีมีกำลังใจ ให้คำแนะนำ หยุดเสพยาวันต่อวัน วางแผนระหว่างวันในเรื่อง การทำงาน หลังเสร็จงานกลับบ้านไม่ไปหาเพื่อนเพื่อลดตัวกระตุ้น ผู้ป่วยรับฟังจะนำไปปฏิบัติ -รพ.สต.บ้านคำบง ขอรายงาน

ผู้ป่วย ชื่อ นาย นัทพงศ์ (นามสมมุติ)อายุ 20 ปี บ้านเลขที่ 252 ม.11 ต.สะอาด อ.น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น V/S
วันนี้ เวลา 10.00 น. T=37.0 C R = 20/min P = 80/min BP 119/66 mmHg BW =52 kg ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สี
หน้าสดขึ้น ถามตอบรู้เรื่อง ได้อธิบายเรื่องการกินยา ผู้ป่วยและญาติรับทราบ และตอบคำถามได้ถูกต้อง ได้อธิบาย
เรื่องอาการขาด หรือภาวะถอนพิษของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ตอบคำถามได้
ถูกต้อง

ชนิดของหัตถการ: Principal procedure – หัตถการหลัก ได้แก่

- Morning Brief
- การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ผล v/s stable
- รายงานอาการประจำวัน self Report ผล normal
- การสอบถามแบบประเมินประจำวัน

AWQV2	Craving	2Q	8Q	PHQ9	OAS	CIWA- Ar	Gesell
5	2	Neg	0	0	0	1	อยู่ในช่วง Borderline - Mild MR

- Motivation scale ผล 7/10
- INTERVENTION อื่นๆ ตามอาการที่ผู้ป่วยรายงาน

ครั้งที่ 4 วันที่ 3 พ.ย. 2566 เวลา 16:11

จากการเยี่ยมบ้าน รพ.สต.คำบาง รพ.สต.บ้านคำบาง วันที่ 3 พย 66 เวลา 11.00 น. ขอรายงานผู้ป่วย ชื่อ
นาย นัทพงศ์ (นามสมมุติ)อายุ 20 ปี บ้านเลขที่ 252 ม.11 ต.สะอาด อ.น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น V/S เวลา 10.00
น. T=37.0 C R = 20/min P = 80/min BP 118/65 mmHg BW =52 kg ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดขึ้น ไม่มี
อาการหงุดหงิด นอนหลับพักผ่อนได้ดี รับประทานอาหารได้ -เจ้าหน้าที่จาก รพ.ธัญญารักษ์ขอนแก่นโทรศัพท์
สอบถามอาการผู้ป่วยและคุณตา ผู้ป่วยสามารถหยุดเสพยาได้ อารมณ์ปกติเหมาะสม พักผ่อน รับประทานอาหารได้
วันนี้จะไปรับจ้างตัดอ้อย ที่ผ่านมาแบ่งเงินให้คุณตาวันละ 300 บาท ชมเชย แนะนำวางแผนเรื่องการเงิน เพราะ
เป็นตัวกระตุ้น ผู้ป่วยรับฟังและเข้าใจ

ชนิดของหัตถการ: Principal procedure – หัตถการหลัก

- Morning Brief
- การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ผล v/s stable
- รายงานอาการประจำวัน self Report ผล normal
- การสอบถามแบบประเมินประจำวัน

AWQV2	Craving	2Q	8Q	PHQ9	OAS	CIWA-Ar	Gesell
3	1	Neg	0	0	0	0	อยู่ในช่วง Borderline - Mild MR

- Motivation scale ผล 7/10
- INTERVENTION อื่นๆ ตามอาการที่ผู้ป่วยรายงาน

ครั้งที่ 5 วันที่ 4 พ.ย. 2566 เวลา 15:37

ติดตามกำกับดูแลการกินยา นายแพทย์ทพงศ์ (นามสมมุติ) BP:116/83 P:84 จากการสอบถามข้อมูลผู้ป่วย อาการคงที่ปกติอารมณ์ปกติสัมพันธ์ภาพดี ไม่พบความรุนแรงปฏิเสธอาการทางจิตนอนหลับได้เจ็ดถึง 8 ชั่วโมง สามารถทานยาได้อย่างต่อเนื่องไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการทานยา ทำกิจวัตรประจำวันตนเองได้ปกติ

ชนิดของหัตถการ: Principal procedure - หัตถการหลัก

- Morning Brief
- การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ผล v/s stable
- รายงานอาการประจำวัน self Report ผล normal
- การสอบถามแบบประเมินประจำวัน

AWQV2	Craving	2Q	8Q	PHQ9	OAS	CIWA-Ar	Gesell
1	1	Neg	0	0	0	0	อยู่ในช่วง Borderline - Mild MR

- Motivation scale ผล 7/10
- INTERVENTION อื่นๆ ตามอาการที่ผู้ป่วยรายงาน
- ให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร
- round โดยแพทย์

ครั้งที่ 6 วันที่ 5 พ.ย. 2566 เวลา 15:37

ติดตามกำกับดูแลการกินยา นายแพทย์ทพงศ์ (นามสมมุติ) V/ S T = 37.0 C R = 20/ min P 100 /min BP:118/ 65 mmHg ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการหวิว ประสาทหลอน นอนหลับพักผ่อนได้ ทำงานได้ตามปกติ

ชนิดของหัตถการ: Principal procedure – หัตถการหลัก

- Morning Brief
- การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ผล v/s stable
- รายงานอาการประจำวัน self Report ผล normal
- การสอบถามแบบประเมินประจำวัน

AWQV2	Craving	2Q	8Q	PHQ9	OAS	CIWA-Ar	Gesell
0	0	Neg	0	0	0	0	อยู่ในช่วง Borderline - Mild MR

- Motivation scale ผล 7/10
- INTERVENTION อื่นๆ ตามอาการที่ผู้ป่วยรายงาน

ครั้งที่ 7 วันที่ 6 พ.ย. 2566 เวลา 15:37

ติดตามกำกับดูแลการกินยา นายแพทย์พงศ์ (นามสมมุติ) V/ S T = 37.0 C R = 20/ min P 100 /min BP:114/ 60 mmHg ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการหิวแหว่ ประสาทหลอน นอนหลับพักผ่อนได้ ทำงานได้ตามปกติ
ชนิดของหัตถการ: Principal procedure – หัตถการหลัก

- Morning Brief
- การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ผล v/s stable
- รายงานอาการประจำวัน self Report ผล normal
- การสอบถามแบบประเมินประจำวัน

AWQV2	Craving	2Q	8Q	PHQ9	OAS	CIWA-Ar	Gesell
0	0	Neg	0	0	0	0	อยู่ในช่วง Borderline - Mild MR

- Motivation scale ผล 7/10
- INTERVENTION อื่นๆ ตามอาการที่ผู้ป่วยรายงาน

ครั้งที่ 8 วันที่ 7 พ.ย. 2566 เวลา 15:37

ติดตามการกินยา เวลาประมาณ 08.15น. bp 113/84 p77 อุณหภูมิ 36.6

ชนิดของหัตถการ: Principal procedure – หัตถการหลัก

- Morning Brief
- การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ผล v/s stable
- รายงานอาการประจำวัน self Report ผล normal
- การสอบถามแบบประเมินประจำวัน

AWQV2	Craving	2Q	8Q	PHQ9	OAS	CIWA-Ar	Gesell
0	0	Neg	0	0	0	0	อยู่ในช่วง Borderline - Mild MR

- Motivation scale ผล 7/10
- INTERVENTION อื่นๆ ตามอาการที่ผู้ป่วยรายงาน
- Urine test for 1wk : negative
- การประเมินระดับแรงจูงใจ Stage of Change = determination
- สรุปผลการบำบัด สัปดาห์ที่ 1 สามารถหยุดเสพยาได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยหายจากภาวะถอนพิษยาเสพติด และอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ ไม่พบอาการทางจิต นอนหลับได้ กระดับกระแฉ่ง แสดงอารมณ์ได้ปกติ

ครั้งที่ 9 วันที่ 8 พ.ย. 2566 เวลา 15:37

อาการโดยทั่วไปคงที่ปกติ สามารถดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น ทานยาต่อเนื่องไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการทานยา นอนหลับได้ดี BP:108/87 P:78 T: 36.3

ชนิดของหัตถการ: Principal procedure – หัตถการหลัก

- Morning Brief
- การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ผล v/s stable
- รายงานอาการประจำวัน self Report ผล normal
- การประเมินระดับแรงจูงใจ motivation scale 8/10
- Health education สมองติดยา ผล ผู้ป่วยยังมีกระบวนการรับรู้ที่ไม่เต็มศักยภาพ รับฟังการเสพติด และภาวะสมองติดยา ยังไม่เกิดความเข้าใจ

ครั้งที่ 10 วันที่ 9 พ.ย. 2566 เวลา 15:37

อาการโดยทั่วไปคงที่ปกติ พฤติกรรมนิ่งขึ้น ไม่มีหงุดหงิดหรือบเร้ากลับบ้าน v/s T=37 C R=20/min P 80 /min BP 112/64 mmHg ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการเยี่ยมดี กินยาถูกต้อง นอนหลับพักผ่อนได้ดี

ชนิดของหัตถการ: Principal procedure – หัตถการหลัก

- Morning Brief
- การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ผล v/s stable
- รายงานอาการประจำวัน self Report ผล normal
- การประเมินระดับแรงจูงใจ motivation scale 8/10
- Health education การจัดการ craving ผล ผู้ป่วยจัดการความอยากเสพด้วยการหาอะไรทำเพื่อให้ผ่านเวลาที่มีอาการอยากไปโดยส่วนใหญ่เป็นความอยากในรูปแบบความคิดแวบเข้ามาหัวสามารถจัดการได้ ให้คำปรึกษาและเสริมทักษะ Grounding technique, เทคนิคการหยุดความคิด การจัดการกับความเครียดเพิ่มเติม

ครั้งที่ 11 วันที่ 10 พ.ย. 2566 เวลา 15:37

อาการโดยทั่วไปคงที่ปกติ พฤติกรรมนิ่งขึ้น สีหน้าสดชื่นขึ้น ถามตอบรู้เรื่อง อาการโดยทั่วไปคงที่ปกติ V/S. T=37°C R=20/min P=78/min BP=113/76mmHG

ชนิดของหัตถการ: Principal procedure – หัตถการหลัก

- Morning Brief
- การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ผล v/s stable
- รายงานอาการประจำวัน self Report ผล normal
- การประเมินระดับแรงจูงใจ motivation scale 8/10
- การวิเคราะห์ตัวกระตุ้น ผลการวิเคราะห์ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ตัวกระตุ้นได้ดี สภาพแวดล้อมเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ ตัวกระตุ้นเสี่ยงอยู่ในชุมชนมีจำนวนมาก การเข้าถึงสิ่งเสพติดสามารถเข้าถึงได้ง่าย สถานที่ที่เสพเวลาเห็นจะมีความอยากรูปแบบความคิดแวบเข้ามา สามารถควบคุมจัดการได้
- เสริมทักษะ Social skills training ทักษะการสื่อสารเบื้องต้น ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพและการเข้าใจผู้อื่น

ครั้งที่ 12 วันที่ 11 พ.ย. 2566 เวลา 15:37

สีหน้าสดชื่นขึ้น ถามตอบรู้เรื่อง อาการโดยทั่วไปคงที่ปกติ นายแพทย์ พงศ์. (นามสมมุติ) V/s. T=37. R=20 /min P=80/min BP 112/70mmHg

ชนิดของหัตถการ: Principal procedure – หัตถการหลัก

- Morning Brief
- การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ผล v/s stable
- รายงานอาการประจำวัน self Report ผล normal
- การประเมินระดับแรงจูงใจ motivation scale 9/10
- การให้การปรึกษาครอบครัว สภาวะครอบครัว: ครอบครัวใหญ่ บิดามารดาแยกทางกัน ตา-ยายดูแลเป็นหลัก มีญาติพี่สาวและป้าช่วยดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพต่อครอบครัวดี การสื่อสารภายในครอบครัวดี ประเมินความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับความพร้อมมาก 38 คะแนน

ครั้งที่ 13 วันที่ 12 พ.ย. 2566 เวลา 15:37

ติดตามผลการรักษาวันที่ 13 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยมีอาการคงที่ปกติวันนี้ผู้ป่วยติดภาระกิจงานศพ บิดาจึงยังไม่สะดวกส่งผลตรวจวัดค่าร่างกายจากการให้ติดตามผลผู้ป่วยสามารถทานยาได้อย่างต่อเนื่องไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการทานยาทำงาน ทำกิจวัตรประจำวันตนเองได้ปกติและนอนหลับได้ ญาติให้ข้อมูลว่าอาการดีขึ้นไม่พบข้อกังวลใจผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น

ชนิดของหัตถการ: Principal procedure – หัตถการหลัก

- Morning Brief
- การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ผล v/s stable
- รายงานอาการประจำวัน self Report ผล normal
- การประเมินระดับแรงจูงใจ motivation scale 9/10
- ประเมินทางสังคม ประเมินด้านการประกอบอาชีพ, ด้านการศึกษาต่อ และการช่วยเหลือให้ เข้าถึงสิทธิและประโยชน์ทางสังคม ผลการประเมิน

สรุปสภาพปัญหาความเดือดร้อน: สภาพแวดล้อมเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ ตัวกระตุ้นเสี่ยงอยู่ในชุมชนมีจำนวนมาก การเข้าถึงสิ่งเสพติดสามารถเข้าถึงได้ง่าย

ปัญหาเร่งด่วนระยะสั้น: การจัดการตัวกระตุ้นเสี่ยง ลดความเสี่ยงกลับไปเสพติด

ปัญหาระยะยาว: การดูแลสุขภาพ และติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง

สภาวะกาย จิต สังคม: สภาวะทางร่างกายดีขึ้น ใบหน้าสดชื่น โภชนาการดีขึ้น การเคลื่อนไหวร่างกาย ปกติ สภาวะทางจิต แสดงอารมณ์ได้น้อยโดยบุคลิกภาพเป็นคนเรียบร้อย พุดน้อย แรงจูงใจดีให้ความสนใจการติดตามผลการรักษาการทานยา และให้ความร่วมมือดี สภาวะทางสังคม สามารถให้ความช่วยเหลือกันได้ดี ญาติและครอบครัวให้ความช่วยเหลือเข้าใจในอาการเจ็บป่วย มีวิธีการและเป้าหมายดูแลผู้ป่วยชัดเจน

ครั้งที่ 14 วันที่ 13 พ.ย. 2566 เวลา 15:37

ติดตามผลการรักษา V/S T=37 P=72/min. R=18/min BP113/67mmHg ผู้ป่วยกินยาได้ถูกต้องนอนหลับพักผ่อนได้ไม่มีอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยสามารถทานยาได้อย่างต่อเนื่องไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการทานยาทำงาน ทำกิจวัตรประจำวันตนเองได้ปกติและนอนหลับได้ ญาติให้ข้อมูลว่าอาการดีขึ้นไม่พบข้อกังวลใจผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น

ชนิดของหัตถการ: Principal procedure – หัตถการหลัก

- Morning Brief

- การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ผล v/s stable

- รายงานอาการประจำวัน self Report ผล normal

- การประเมินระดับแรงจูงใจ motivation scale 10/10

- ทบทวนความรู้ด้านยา ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยา, อาการไม่พึงประสงค์ จากยา (ADR) ที่อาจเกิดขึ้นและวิธีจัดการ (ADR) เบื้องต้น ให้ความรู้เกี่ยวกับชนิดของยาที่ผู้ป่วยได้รับ

ครั้งที่ 15 วันที่ 14 พ.ย. 2566 เวลา 15:37

ผู้ป่วยสามารถหยุดได้ต่อเนื่อง ผลตรวจ AMP Negative T:37.3 ผู้ป่วยมีไข้เล็กน้อย ทานยาลดไข้ดีขึ้น ยังมีง่วงซึมเล็กน้อย P:74 BP: 108/87 อาการโยเยทั่วไปคงที่ปกติ ไม่พบข้อกังวลใจ สามารถทานยาได้อย่างต่อเนื่อง ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการทานยา สามารถทำกิจวัตรประจำวันตนเองได้ นอนหลับได้ปกติ 7-8 ชั่วโมง/วัน

ชนิดของหัตถการ: Principal procedure – หัตถการหลัก

- Morning Brief

- การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ผล v/s stable

- รายงานอาการประจำวัน self Report ผล normal

- การประเมินระดับแรงจูงใจ motivation scale 10/10

- แพทย์ประเมินครบโปรแกรม เพื่อจำหน่าย

- สรุปผลการบำบัด สัปดาห์ที่ 2 จำหน่าย Improved amphetamine withdrawal no complications

SOC action Plan rehab at OPD F/U มา รพ. 22/11/66 ประเภทการจำหน่าย: With Approval - จำหน่ายออกระบบ HW โดยแพทย์อนุญาต

10. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการหยุดเสพยาบ้า

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า เสพต่อเนื่องมา 5 ปี เสพ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 2-3 เม็ดร่วมกับเพื่อน 2 คน ถ้าไม่ได้เสพ มีหงุดหงิด เบื่อ เซ็ง กลางคืนหลับได้

O : สีหน้าไม่สดชื่น

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการหยุดเสพยาบ้า

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการหยุดเสพยาบ้า

กิจกรรมการพยาบาล

- สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเกิดความไว้วางใจ
- อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ความเข้าใจ อาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการหยุดเสพยาบ้า เช่น หงุดหงิด เบื่อหน่าย ล้า หงุดหงิด เบื่อ เศร้า นอนไม่หลับ
- แนะนำญาติให้ดูแลการรับประทานยาให้ต่อเนื่องตรงเวลา, และจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน
- แนะนำญาติให้ดูแลเรื่องอาหาร ช่วยจัดอาหารที่มีประโยชน์และอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น
- แนะนำญาติให้สังเกตอาการใกล้ชิด ถ้ามีอาการรุนแรง เช่น หงุดหงิดมากขึ้นก้าวร้าวให้รีบประสานเจ้าหน้าที่

การประเมินผล

- ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ไม่ได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการหยุดเสพยาสารเสพติด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการใช้ยาบ้าซ้ำเนื่องจากขาดความตระหนักในโทษของพิษภัยยาบ้าและขาดทักษะการปฏิเสธ

ข้อมูลสนับสนุน

S : “เสพยาบ้าเฉพาะเวลาทำงาน มันทำให้มีแรง ทำงานได้นาน ได้เท่าคนอื่น หลังเสพผมไม่มีอาการผิดปกติ อะไร หนูไม่แ้วว ไม่โวยวายเหมือนข้างบ้าน”

“บางทีก็คิดว่าจะไม่สูดยาบ้า แต่เพื่อนชวนซึ่ก็เลยสูบเหมือนเดิม”

O : Stage of change : Pre-contemplation

- คัดกรอง V2 : 23 คะแนน อนุমানเป็นผู้เสพ

- แบบประเมิน Gesell drawing test : มีระดับเขาวนปัญญาอยู่ในช่วง Borderline - Mild MR

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโทษของพิษภัยยาบ้า
- เพื่อให้ผู้ป่วยเลิกใช้ยาบ้า

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยสามารถบอกโทษของพิษภัยยาบ้า
- ผู้ป่วยสามารถใช้ทักษะปฏิเสธเพื่อนชวนเสพยาบ้าได้
- ผลตรวจ UAM : Negative

กิจกรรมการพยาบาล

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเกิดความไว้วางใจ
- ประเมินการติดยาบ้าด้วยแบบประเมิน V2
- ให้ความรู้เรื่องผลกระทบของการใช้ยาบ้า ภาวะสมองติดยา ผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ
- เสริมทักษะปฏิเสธที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย โดยจำลองเหตุการณ์ให้ผู้ป่วยพิจารณาการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม

เหมาะสม

- หากผู้ป่วยสามารถใช้ทักษะปฏิเสธเหมาะสมให้คำชื่นชม เพื่อให้เกิดกำลังใจในการเลิกเสพยาบ้า

การประเมินผล

- ผู้ป่วยบอกข้อดีของการใช้ยาบ้าคือ หลังเสพทำงานได้เร็วขึ้น คล่องขึ้น รับประทานผลกระทบของยาบ้าแต่ตนเองไม่ได้รับผลกระทบของพิษจากยาบ้า เนื่องจากเสพเฉพาะตอนทำงาน ผู้ป่วยอยู่ในระยะ Pre-contemplation

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ครอบครัวยึดกังวลเกี่ยวกับการใช้ยาบ้าของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S : - ย่าบอกว่า “ก็อยากให้เลิกยาบ้า กินเยอะก็จะเป็นบ้าเหมือนหลานเพื่อนข้างบ้าน”

- ย่าบอกว่า “ก็จะสังเกตตลอดเวลา เขาไปรับจ้างทำงานมา ถ้าตาแดงๆ เวลาเราไปนั่งใกล้ๆ จะลุกเดินหนี ไปนั่งอีกที่ เราก็จะรู้เลยแหละว่าเขาไปเสพมาแน่ ๆ อาการมันแสดงออก”

- ผู้ป่วยบอกว่า “ปู่เคยไล่ออกจากบ้านตอนจับได้ครั้งแรกผู้ป่วยว่า เสพยาบ้า”

O : - สังเกตเห็น ยาสีหน้าไม่สดชื่น

- มีประวัติ รับการบำบัดที่โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ ขอนแก่น

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ครอบครัวคลายความวิตกกังวล
- เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ ปฏิบัติตัวถูกต้องเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาบ้าซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

- ครอบครัวมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
- ครอบครัวมีการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำโดยรูปแบบเหมาะสมกับผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเกิดความไว้วางใจ
- ประเมินความรู้และความเข้าใจในการ ดูแลผู้ป่วยและสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ป่วยและครอบครัว
- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติด เน้น ให้เห็นถึงความรุนแรงต่อตนเองและครอบครัว หากยังคงใช้ต่อไป

- อธิบายความสำคัญของครอบครัวในการป้องกันการติดซ้ำ และอธิบายให้ครอบครัวเข้าใจเรื่องการติด ยาเสพติดว่าเป็นโรคชนิดหนึ่งที่รักษาให้หายได้ โดยครอบครัวมีส่วนช่วยเป็นสำคัญ
- ส่งเสริมครอบครัวและผู้ป่วยร่วมวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และทราบแผนการรักษา
- ให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเปิดโอกาสได้ระบายนปัญหาต่างๆ และตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผน การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

การประเมินผล

- ผู้ป่วยบอกและครอบครัวครอบครัวมีการวางแผนร่วมกันในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำโดยรูปแบบเหมาะสมกับผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 สภาพแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นเสี่ยงและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ **ข้อมูลสนับสนุน**

- S : อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีการแพร่ระบาดของยาบ้า
- S : คบเพื่อนที่ติดยาบ้าและชักชวนให้เสพยา โดยไม่มีการปฏิเสธ
- S : เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจหรือมีความเครียดมักจะไปหาเพื่อนรุ่นพี่ ส่วนมากจะชวนกันใช้ยาเสพติดเวลาไปประกอบอาชีพ
- O : จากประวัติผู้ป่วยเคยหยุดใช้หลายครั้งและกลับมาใช้อีก
- O : ประเมินความต้องการในการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปฏิเสธและไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ความมั่นใจที่จะกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยปรับสภาพแวดล้อมการดำเนินชีวิตตนเองให้ส่งผลดีต่อการดูแลสุขภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมตนเองได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิเสธเมื่อถูกเพื่อนชักชวนให้เสพยาได้
3. มีการวางแผนการดำเนินชีวิตหลังออกจากรับการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองในชุมชนแบบผู้ป่วยในบ้าน
 2. สร้างสัมพันธภาพ ให้กำลังใจในการเลิกยาเสพติด แนะนำถึงวิธีการคลายเครียดหรือการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น การดูหนัง ฟังเพลงหรือปลูกต้นไม้ พุดคุยทำกิจกรรมกับครอบครัว
 3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด เช่น การสำรวจตนเอง การแก้ไขปัญหา การวางแผน การดำเนินชีวิต
 4. ให้ความรู้เรื่องตัวกระตุ้นเสี่ยง การประเมินตัวกระตุ้น วัน เวลา สถานที่ บุคคลสัมพันธภาพและโอกาสอื่นๆที่อาจนำไปสู่การเสพ

5. ให้ผู้ป่วยได้ประเมินระดับความเสี่ยงของแต่ละตัวกระตุ้น ความถี่ ความรุนแรงที่มีผลต่อการกลับไปเสพซ้ำมากที่สุดเรียงลำดับ และวางแผนหาวิธีในการจัดการด้วยตนเอง
6. ให้ญาติเข้าร่วมวางแผนในการหาวิธีในการจัดการร่วมด้วย รวมถึงวิธีการให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยให้กับผู้ป่วย
7. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการหาสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เช่น ตนเอง คุณปู่ คุณย่า เพื่อเป็นแรงยึดเหนี่ยวและแรงบันดาลใจเป็นพลังให้ตนเองเข้มแข็งในการเลิกยาเสพติด
8. สังเกตพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการตามแบบแผนที่ผู้ป่วยวางไว้ร่วมกับครอบครัว และติดตามผล

การประเมินผล

ผู้ป่วยตั้งใจอยู่บำบัดรักษาจนครบกำหนด ในระหว่างบำบัดแบบผู้ป่วยในบ้าน ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ปลอดภัย ควบคุมกับการดูแลร่วมกับญาติได้ สามารถหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นเสี่ยงทางสังคมได้ดีมากขึ้น ไม่ออกไปพบเจอกลุ่มเสี่ยง ปรับเปลี่ยนแบบแผนการทำงานเพื่อไม่ให้ใกล้ชิดผู้เสพและไม่ต้องใช้แรงเยอะในช่วงที่บำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน ช่วยงานครอบครัว และยังสามารถบอกถึงวิธีการแก้ปัญหาและการปฏิเสธ ผู้ป่วยวางแผน การใช้ชีวิตได้ว่าจะกลับไปอยู่ที่เดิมกับครอบครัวที่ประกอบไปด้วยคุณปู่ คุณย่าช่วยในการคอยดูแลในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ขาดความภูมิใจในชีวิตเนื่องจากรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

S : “ผมไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย เป็นปัญหาให้ปู่และครอบครัวกังวล เครียดกับผม”

O : ขณะพูดคุยแววตาเศร้า ก้มหน้า

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกภูมิใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีแบบแผนการดำเนินชีวิต

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยมีความภูมิใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีแบบแผนการดำเนินชีวิต

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัด เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเองจนเกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินทัศนคติ การรับรู้คุณค่าของตนเองของผู้ป่วย เพื่อช่วยเสริมสร้างคุณค่าในตัวเองและให้กำลังใจผู้ป่วย
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นหรือสาเหตุของการมองตนเองด้านลบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก
4. ให้คำปรึกษา และแนะนำแนวทางในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ด้วยการให้พูดคุยระบายความรู้สึกกับเพื่อนที่สนิทหรือเจ้าหน้าที่ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหา
5. ให้ผู้ป่วยฝึกทาสมาธิ ฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เสริมทางบวกตามความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และส่งเสริมความภาคภูมิใจ

6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก ฝึกการคิด และพฤติกรรมรักตัวเอง การสร้างความหวัง ส่งเสริมการร่วมกิจกรรมกลุ่มที่มีคุณค่าต่อตนเองและผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และรู้สึกถึงการยอมรับ

7. พูดคุยกับคนในครอบครัวของผู้ป่วยในการ ให้กำลังใจ และการดูแลผู้ป่วยที่ บ้าน เช่น การสื่อสารทางบวก ชมเชยเมื่อ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในทางที่ดี ไม่ตำหนิโดยไม่ บอกเหตุผล มอบหน้าที่ให้ผู้ป่วยรับผิดชอบ

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง motivation ดีขึ้นบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านได้ ครบตามโปรแกรม และมีแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคนสำคัญของครอบครัวมีแผนการดำเนินชีวิตจะช่วยทำงานหารายได้และช่วยทำงานบ้านแบ่งเบาภาระของครอบครัว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ขาดประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดเนื่องจากขาดความรู้ ทักษะ และความสามารถที่เพียงพอ เพื่อรับรู้และจัดการปัญหาและหาทางออกที่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

S : ระดับการศึกษาสูงสุดจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

O : เรียนไม่ค่อยเข้าใจ ช่วงประถมศึกษาได้ลำดับที่สุดท้ายของ ห้องทุกชั้นปี ชั้นมัธยมศึกษา เรียนได้เกรด 0 หลายวิชา ย่าได้มีการพูดคุยกับคุณครูผู้สอนเรื่อง พัฒนาการและการเรียนรู้ที่ช้า และผู้ป่วยไม่ยอมเรียนต่อเนื่อง จากเรียนไม่ทันเพื่อน คุณครูมีความเข้าใจและ ช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

- แบบประเมิน Gesell drawing test : มีระดับเขาวนปัญญาอยู่ในช่วง Borderline - Mild MR (ประเมินโดยนักจิตวิทยา)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะและความรู้ความสามารถเพียงพอสำหรับการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยมีเข้าใจในทักษะพื้นฐานทางสังคมเบื้องต้น สามารถบอกวิธีการจัดการกับปัญหาโดยใช้ทักษะได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัด เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเองจนเกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินการใช้ทักษะพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการฟัง ทักษะการแสดงออกด้วยอารมณ์ ทักษะสะท้อนกลับ

3. ให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าตัวอย่างปัญหาที่ตนเองเจอในชีวิตประจำวันและสามารถแก้ไขได้ให้ผู้บำบัด

4. ให้คำปรึกษา สะท้อนผลจากการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

5. ให้ผู้ป่วยฝึกใช้การแก้ไขปัญหาลักษณะอื่นโดยใช้ทักษะพื้นฐานเบื้องต้น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการฟัง ทักษะการแสดงออกด้วยอารมณ์ ทักษะสะท้อนกลับ

6. แลกเปลี่ยนและสะท้อนผลจากการใช้ทักษะกับการจัดการกับปัญหา และให้ฝึกทำซ้ำๆบ่อยๆครั้งกับ หลากๆสถานการณ์ปัญหา

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะสามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น เข้าใจในทักษะขั้นพื้นฐาน สามารถสะท้อนผลและใช้ทักษะพื้นฐานได้อย่างเหมาะสม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ครอบคลุมพร่องความรู้ในการดูแลช่วยเหลือและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อที่อยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวมีเด็กกับผู้สูงอายุ ไม่ได้รับการดูแลโดยบิดาและมารดา

O : ผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ติดสารเสพติดน้อย และไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการเข้าถึงเครื่องมือสื่อสาร ข้อมูลทางการแพทย์ แนวทางการรักษา การทานยา การตรวจร่างกาย ไม่สามารถทำได้เต็มศักยภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ญาติมีทักษะและความรู้ความสามารถเพียงพอสำหรับการดูแล ลดความวิตกกังวลในครอบครัว หาแหล่งทรัพยากรในชุมชนร่วมดูแล

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และมีความมั่นใจในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านได้รับการสนับสนุนทรัพยากรด้านสุขภาพในชุมชน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัด เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเองจนเกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินการใช้ทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การให้ยา การตรวจร่างกาย รวมถึงการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หากมีการเปลี่ยนแปลงของอาการ
3. ประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ รพสต.บ้านคำบัง ในการติดตามเยี่ยมและสนับสนุนทรัพยากรด้านสุขภาพ เครื่องมือตรวจวัดร่างกาย เป็นเป็นจุดบริการเพื่อให้ติดตามผลอาการจนครบโปรแกรม
4. ประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ รพสต.บ้านคำบัง ในการติดตามเยี่ยมบ้านและลงให้ข้อมูลด้านสุขภาพกับครอบครัวและญาติในการดูแลผู้ป่วย การสังเกตอาการและเสริมพลังให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย
5. แลกเปลี่ยนและสะท้อนผลจากการร่วมดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ รพสต.บ้านคำบัง

การประเมินผล

ผลจากการร่วมดูแลญาติมีทักษะและความรู้ความสามารถเพียงพอสำหรับการดูแลเพิ่มมากขึ้น เกิดความมั่นใจในการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรด้านสุขภาพที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ และเกิดการดูแลร่วมกันกับชุมชนครบโปรแกรมการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

บทที่ 5

สรุปกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปกรณีศึกษา

ชื่อผู้ป่วย นายนัทพงศ์ (นามสมมุติ) อายุ 21 ปี สถานภาพสมรส โสด ระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ศาสนา พุทธ สัญชาติ ไทย เชื้อชาติ ไทย อาชีพ รับจ้างทั่วไป รายได้ 5,000 บาท/เดือน (200-300 บาท/วัน) อาการแรกเริ่ม สูบยาบ้า 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ มีเหตุหงุดหงิด เบื่อ เซ็ง เสพยาบ้าครั้งแรกอายุ 15 ปี เสพต่อเนื่องมา 5 ปี เสพ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ เสพครั้งละ 2-3 เม็ดร่วมกับเพื่อน 2 คน เสพครั้งสุดท้าย 30 ต.ค 66 ปริมาณ 2 เม็ด มีเหตุหงุดหงิดง่าย อารมณ์เบื่อบ้าง เซ็ง ปฏิเสธอาการ หูแว่ว ประสาทหลอน กลางคืนหลับได้ พ่อ แม่ แยกทางตั้งแต่แรกเกิด ผู้ป่วยอยู่กับปู่ ย่า อาชีพรับจ้างรายวัน เพื่อนกลุ่มผู้เสพ ผู้ค้า PE: WNL

การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอน การลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดจุดมุ่งหมาย การพยาบาล การกำหนดเกณฑ์ประเมินผลของการพยาบาล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล และการเขียนแผนการพยาบาลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพยาบาลจะต้องนำความรู้ทางการพยาบาลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสรุปสภาพปัญหาความเดือดร้อน: สภาพแวดล้อมเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ ตัวกระตุ้นเสี่ยงอยู่ในชุมชนมีจำนวนมาก การเข้าถึงสิ่งเสพติดสามารถเข้าถึงได้ง่าย ปัญหาเร่งด่วนระยะสั้นคือ การจัดการตัวกระตุ้นเสี่ยง ลดความเสี่ยงกลับไปเสพยา ปัญหาระยะยาวคือ การดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และติดตามผลการรักษาเพื่อลดความเสี่ยงที่จะก่อผลกระทบตามมา ป้องกันการกลับไปเสพยาในช่วงที่ผู้ป่วยต้องออกไปทำงานเนื่องจากยังมีกลุ่มตัวกระตุ้นที่ต้องทำงานร่วมกัน ผู้ป่วยทำการเกษตรรับจ้างตามฤดูกาล และข้อจำกัดของการดูแลคือผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ เต็มศักยภาพขาดความรู้ความเข้าใจพยาธิสภาพขอโรคและวิธีการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ต้องทำการเกษตรตามฤดูกาลทำงาน นำมาสู่การวางแผนการดูแลบำบัด แบบผู้ป่วยในที่บ้าน (home ward) โดยได้ให้ข้อมูลแก่ปู่ของผู้ป่วย ซึ่งรับฟังดีและรับเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยได้รับการดูแล โดยยังมีความต้องการการดูแลต่อเนื่องดังนี้

1. การป้องกันการกลับไปเสพติดยาบ้าซ้ำ
2. การจัดการอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม
3. การช่วยเหลือของครอบครัวในการจัดการตัวกระตุ้น
4. การดูแลควบคุมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมาติดตามผลตามนัด

จากกรณีศึกษา เมื่อเก็บข้อมูลประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการประเมินผู้ป่วยสามารถนำมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และให้การพยาบาลตามกระบวนการการพยาบาล ตามลำดับได้ดังนี้

- เสี่ยงต่อการใช้ยาบ้าซ้ำเนื่องจากขาดความตระหนักในโทษของพิษภัย
- ครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้ยาบ้าของผู้ป่วย
- สภาพแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นเสี่ยงและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ
- ขาดประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดเนื่องจากขาดความรู้ ทักษะ และความสามารถที่เพียงพอเพื่อรับรู้และจัดการปัญหาและหาทางออกที่เหมาะสม
- ครอบครัวพร่องความรู้ในการดูแลช่วยเหลือและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อที่อยู่บ้าน

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้าในระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาผู้ป่วยได้รับการประเมิน คัด

กรองความเหมาะสมและความจำเป็นในการเป็นผู้ป่วยที่สามารถดูแลสุขภาพที่บ้าน ทั้งการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม การดูแลประจำวัน และความพร้อมในการดูแลสุขภาพที่บ้านในด้านอื่นๆ เพื่อให้สามารถได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย พร้อมทั้งญาติ ผู้ดูแล ทรัพยากรในชุมชนที่สามารถเข้าถึงได้ รพสต-อสม ในชุมชน การดูแลสุขภาพที่บ้านในแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับแนวทางหรือคำแนะนำขององค์กรวิชาชีพ

ข้อวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

รูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด จากผลการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้า ในระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน(Home ward)ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลบาง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ยังเป็นโอกาสในการพัฒนางานผู้ป่วยในบ้าน Home ward หลายด้านเช่นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด โดยที่การทบทวนความรู้และทักษะ การประเมินและจัดระดับความรุนแรงตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด การรักษาพยาบาล ภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติดตามระดับความรุนแรง ความเร่งด่วนของการเจ็บป่วย จึงสร้างเป็น Solution เพิ่มแนวช่องทางการเข้าถึงบริการดูแลเตรียมความพร้อมร่วมกับครอบครัว และระยะเวลาการบำบัดรักษา พัฒนา patient outcome report และ self report ADR แบบเฝ้าระวังความรุนแรงโดยมี notify แจ้งเตือนใน line application ช่องทางติดต่อ 24 ชั่วโมงรวมถึงเพิ่มระบบประสานการส่งต่อสถานพยาบาลใกล้บ้าน

บรรณานุกรม

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). **บทบาทหน้าที่** ของพยาบาลวิชาชีพ กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน.
- แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลแบบ
ผู้ป่วยในบ้านพ.ศ. ๒๕๖๖
- แนวทางการป้องกันปัญหายาเสพติดสำหรับเด็กและเยาวชนอย่างยั่งยืน: ภูมิคุ้มกันเพื่อ สร้างโลกสีขาว ของวิชา
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น.(2559). สรุปผลการดำเนินงานบริการ ปีงบประมาณ 2556 – 2559 . ขอนแก่น:
โรงพยาบาล ธัญญารักษ์ขอนแก่น.
- สังคมจิตวิทยา วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร. ค้นเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2567, จาก <http://nctc.oncb.go.th> .
พรวิวัฒน์ อธิธัญชัยพงษ์. (2560). **ทิศกรมการแพทย์ 2561 The Best for the Most**. กรุงเทพมหานคร : อาร์ต
ควอลิตี้.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2551). **ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญ
พานิชย์.
- มาตรฐานการปฏิบัติงานStandard Operating Procedures: SOPsการบริการผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดที่
บ้าน(Psychiatric Home Ward: PHW)
- รัศมน กัลยาศิริและธีรยุทธ รุ่งนรินทร์. (2558). **คำแนะนำการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด : ภาควิชา
จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**.
- วิพร เสนารักษ์. (2555). **การวินิจฉัยการพยาบาล**. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- อัครพล คุรุศาสตร์. (2561). **คู่มือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาพยาบาล : กอง
บริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข**. นนทบุรี: บอร์น ทู ปี พับลิชชิ่ง.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). **World Drug Report 2018**. Vienna Austria

ภาคผนวก

แบบบันทึกอาการถอนพิษยาแอมเฟตามีน

Amphetamine Withdrawal Questionnaire Version 2 (AWQV2)

(ฉบับดัดแปลงสำหรับใช้ในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ขอนแก่น)

ชื่อผู้ป่วย... [REDACTED] ...อายุ 21 ปี HN วันที่เข้าบำบัด..... ตึก.....

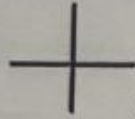
กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ว่าผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด ในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

ไม่มีเลย = 0 มีน้อยมาก = 1 มีพอควร = 2 มีมาก = 3 มีมากอย่างยิ่ง = 4

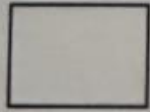
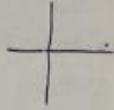
อาการ	วันเดือนปี						
	วันที่ 1 7/๒๕๖7	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5	วันที่ 6	วันที่ 7
1. ความรู้สึกอยากยา Have you been craving Amphetamine?	0						
2. รู้สึกซึมเศร้า Have you felt sad?	0						
3. รู้สึกเบื่อ หมดความหวัง หรือความสนใจ Have you lost interest in things or no longer take pleasure in them?	0						
4. รู้สึกวิตกกังวล Have you felt anxious?	1						
5. รู้สึกเคลื่อนไหวเชื่องช้า Have you felt as if your movements are slow?	2						
6. รู้สึกกระวนกระวาย Have you felt tired?	0						
7. ไม่มีเรี่ยวแรงหรืออ่อนเพลีย Have you felt tired?	2						
8. รู้สึกอยากอาหารมากขึ้นหรือทานอาหารมากขึ้น Has your appetite increased or are you eating too much?	2						
9. ฝันร้ายหรือรู้สึกว่าฝันเหมือนจริง Have you had any vivid or unpleasant dreams?	0						
10. รู้สึกอยากนอนหรือนอนมาก Have you been craving for sleep or sleeping too much?	1						
คะแนนรวม	8						
คะแนนกลุ่มอาการ Hyperarousal (ข้อที่ 1 + 6 + 9)	0						
คะแนนกลุ่มอาการ Anxiety (ข้อที่ 3 + 4 + 5)	3						
คะแนนกลุ่มอาการ Reversed Vegetative (ข้อที่ 7 + 8 + 10)	5						
ลงชื่อผู้ประเมิน							



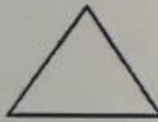
3 נקודות



3.0 נקודות



4 נקודות



5 נקודות



6 נקודות



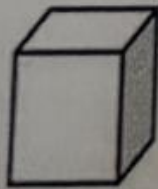
7 נקודות



8 נקודות



9 נקודות



11 נקודות



12 נקודות

AD 2-1 : แบบบันทึกติดตามอาการอนพิษสุรารายบุคคลด้วยเครื่องมือ CIWA-Ar

CIWA-Ar		ชื่อ: [REDACTED]	อายุ: 21	HN:	ตึก:	เพศ: ชาย หญิง
วันที่ดื่มครั้งสุดท้าย:		วันที่		14/10/25		
เวลา:		เวลา				
คลื่นไส้	0 ไม่มีคลื่นไส้ ไม่อาเจียน	1 คลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน	0			
อาเจียน	4 คลื่นไส้เป็นพักๆ อาเจียนแต่ไม่มีอะไร	7 คลื่นไส้เรื่อยๆ อาเจียนบ่อย				
การรับสัมผัส	0 ไม่มี		0			
ผิดปกติ	1 คื่นยุบอับ เห็นบวม ปวดแสบปวดร้อน ปวดแปล็บๆ เป็นน้อยมาก					
	2 คื่นยุบอับ เห็นบวม ปวดแสบปวดร้อน ปวดแปล็บๆ เป็นน้อย					
	3 คื่นยุบอับ เห็นบวม ปวดแสบปวดร้อน ปวดแปล็บๆ เป็นปานกลาง					
	4 มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างมาก	5 มีประสาทหลอนทางสัมผัสมาก				
	6 มีประสาทหลอนทางสัมผัสรุนแรงมาก	7 มีประสาทหลอนอยู่ตลอดเวลา				
สั่น	0 ไม่มีอาการสั่น		0			
	1 ไม่เห็นแต่รู้สึกว่าปลายนิ้วแต่ละนิ้วมีอาการสั่น					
	4 ปานกลาง พบสั่นขณะผู้ป่วยเหยียดแขนตรง					
	7 รุนแรง เห็นแม้ขณะไม่เหยียดแขน					
การรับรู้	0 ไม่มีเสียง	1 เสียงระคายหูหรือทำให้กัว้น้อยมาก	0			
ทางเสียง	2 เสียงระคายหูหรือทำให้กัว้น้อย	3 เสียงระคายหูหรือทำให้กัว้นปานกลาง				
ผิดปกติ	4 มีอาการหูแว่วค่อนข้างรุนแรง	5 มีอาการหูแว่วรุนแรงมาก				
	6 มีอาการหูแว่วรุนแรงมากอย่างชัดเจน	7 มีอาการหูแว่วอยู่ตลอดเวลา				
อาการเหวี่ยง	0 ไม่เห็นเหวี่ยง	1 ไม่ค่อยเห็นว่าเหวี่ยงออก, ฝ่ามือขึ้น	0			
ออกเป็นพักๆ	4 เห็นเหวี่ยงเป็นเมื่อกๆ ชัดบริเวณหน้าผาก	7 เหวี่ยงแตกหัวตัว				
การรับรู้	0 ไม่มี	1 ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย	0			
ทางตา	2 ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย	3 ไวต่อแสงกว่าปกติปานกลาง				
ผิดปกติ	4 อาการประสาทหลอนค่อนข้างรุนแรง	5 อาการประสาทหลอนรุนแรง				
	6 อาการประสาทหลอนรุนแรงมาก	7 มีประสาทหลอนอยู่ตลอดเวลา				
อาการ	0 ไม่กังวล, ม่อนคลาย	1 กังวลเล็กน้อย	1			
วิตกกังวล	4 กังวลปานกลาง หรือปิดบังทำให้สงสัยว่าน่าจะมี					
	7 ตระหนักกลัวรุนแรงมาก					
ปวดหัว	0 ไม่มี	1 มีน้อยมาก	2 มีน้อย	0		
มีนคือ	3 ปานกลาง	4 ค่อนข้างรุนแรง	5 รุนแรง			
	6 รุนแรงมาก	7 รุนแรงที่สุด				
อาการ	0 พฤติกรรมปกติ	1 กระวนกระวายกว่าปกติเล็กน้อย	0			
กระวนกระวาย	4 ดูกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง					
	7 เดินไปมาขณะตอบคำถาม, หรืออยู่กับที่ไม่ได้เลย					
การรับรู้เรื่อง	0 ตอบได้ตรง	1 ไม่แน่ใจเรื่องวัน				
เวลา สถานที่	2 ตอบผิดเรื่องวัน แต่ผิดพลาดไม่เกิน 2 วัน	3 ตอบวันผิดมากกว่า 2 วัน				
	4 ตอบผิดด้านสถานที่ และ/หรือบุคคล					
คะแนนรวม CIWA-Ar			1			
ความดันโลหิต						
ชีพจร						
อัตราการหายใจ						
ยาที่ให้เพิ่ม						
Nurse Initials						

แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสียหายต่ออากาศก่อนความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย
(Prasri Violence Severity Scale : PVSS)

คำชี้แจง โปรดถามข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และหาข้อมูลแวดล้อม ร่วมกับการสังเกตอาการผู้ป่วย ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่ประเมิน ว่าผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมอย่างไร เพื่อพิจารณาประเมิน ให้คะแนนตามระดับคะแนนที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด

ชื่อผู้ป่วย HN วันที่ประเมิน.....

ข้อ	ความรุนแรง	คะแนน	ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้	คะแนนที่ได้
1	พฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น สุรา ยาบ้า กัญชา สารระเหย เป็นต้น (≥ 1 ชนิด)	0	ไม่ได้ใช้	1
		1	ใช้แต่สามารถทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	
		2	ใช้ในปริมาณมากและบ่อยจนไม่สามารถทำงาน หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ไม่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อคนหรือสิ่งของหลังจากการใช้	
		3	ใช้ในปริมาณมากและบ่อย จนถึงขั้นติดสุราหรือสารเสพติดนั้น และมีพฤติกรรมรุนแรงต่อคนหรือสิ่งของหลังจากการใช้	
2	ความคิดและการพยายามทำร้ายตนเอง	0	ไม่มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ไม่มีพฤติกรรมพยายามทำร้ายตนเอง	0
		1	มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดีกว่า	
		2	ได้วางแผนหรือเตรียมการที่จะทำร้ายตนเองเช่น หาอุปกรณ์ที่จะใช้ในการฆ่าตัวตายมารวมไว้ พุดสังลา เขียนจดหมาย หรือมอบสมบัติที่มีให้ผู้อื่น	
		3	ได้พยายามทำร้ายตัวเองแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้ตาย หรืออาจใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง ไม่ทำให้ถึงตาย เช่น กรีดแขน กินยาแก้ปวดหรือกินสารเคมี หรือกินยานอนหลับในปริมาณไม่มาก	
		4	ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวังตั้งใจที่จะทำให้ตาย โดยใช้วิธีการที่รุนแรงซึ่งมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จ เช่น ใช้ปืนยิง ราดน้ำมันจุดไฟเผา ใช้ไฟฟ้าช็อต แขนวคอ ใช้ของมีคมแทง วิ่งให้รถชน กระโดดจากที่สูง	
3	การแสดงท่าทางคุกคามข่มขู่ผู้อื่น	0	ไม่มี	0
		1	แสดงออกถึงการพูดคำหยาบคาย คำรุนแรง ตะโกน แผลเสียงพูดจากกลาง คาดโทษ ข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น แต่ยังไม่ลงมือ	
		2	แสดงกิริยาท่าทางที่กำลังจะจู่โจม ทำร้ายผู้อื่น ร่วมกับมีอารมณ์โกรธ เช่น กระหึบเท้า กำหมัด เดินตรงเข้ามาใกล้ ชี้นิ้ว ตาขวาง หน้าบึ้ง เคลื่อนตัวเข้ามาใกล้ผู้อื่น แต่ยังไม่ลงมือทำร้ายผู้อื่น	
		3	มีการแสดงท่าทางคุกคาม ข่มขู่ผู้อื่นที่ชัดเจนทั้งคำพูดและกิริยาท่าทาง (ทั้งข้อ 1 และ 2)	

หมายเหตุ:
หากข้อนี้ประเมินได้คะแนน 1-4 โปรดดูการแปลผลเฉพาะของระดับความเสียหายต่ออากาศก่อนความรุนแรงต่อตนเอง

ข้อ	ความรุนแรง	คะแนน	ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้	คะแนนที่ได้
4	การแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรมที่หวาดระแวงว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายและไม่เป็นมิตร	0	ไม่มี	0
		1	ไม่แน่ใจ เนื่องจากการแสดงออกไม่ชัดเจน แต่ญาติหรือผู้ประเมินสงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว	
		2	มีอาการหวาดระแวงชัดเจน ทั้งทางคำพูดและพฤติกรรม แต่ยังไม่ลงมือกระทำรุนแรง เช่น พกอาวุธ หันมองซ้ายขวา ระวังตัวอย่างมาก เป็นต้น	
		3	ต่อสู้หรือจู่โจมเป้าหมายที่หวาดระแวง	
5	พฤติกรรมรุนแรงและการทำร้ายผู้อื่น	0	ไม่มี ทั้งพฤติกรรมและความคิด หรือการวางแผนที่จะทำร้ายผู้อื่น ถ้าตอบ "ไม่มี" ในข้อนี้ ไม่ต้องตอบข้อ 6-9	0
		1	มีความคิดหรือพูดถึงแผนที่จะทำร้ายคนอื่น แต่ยังไม่เฉพาะเจาะจงว่าเป็นใคร	
		2	มีความคิดหรือพูดถึงแผนที่จะทำร้ายผู้อื่น หรือมีความคิดอยากจะข่มขืน จะฆ่าคนอื่น โดยระบุบุคคลใดคนหนึ่ง หรือบอกว่าจะเผาที่ไหนหนึ่ง แต่ยังไม่ลงมือทำ	
		3	ลงมือกระทำรุนแรงต่อผู้อื่น หรือเผา หรือทำลายสิ่งของ หรือมีพฤติกรรม ถ้ามอง เล่น หรือโชว์อวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะหรือไม่	
6	เป้าหมายของการกระทำรุนแรง	1	กระทำรุนแรงต่อสิ่งของอย่างเดียว ไม่ได้ทำร้ายผู้อื่น	
		2	กระทำรุนแรงต่อผู้ชาย	
		3	กระทำรุนแรงต่อผู้หญิงหรือเด็ก ผู้สูงอายุนานกว่า 60 ปีขึ้นไป หรือ ผู้พิการ	
		4	กระทำรุนแรงทั้งต่อสิ่งของ และผู้ชาย ผู้หญิง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือเด็กที่มากกว่า 1 คนขึ้นไป	
7	ส่วนของร่างกายที่ใช้กระทำรุนแรงและอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกับการกระทำรุนแรง	1	ใช้ปากกัด ใช้ศีรษะโขก หรือกระแทก ใช้มือ ผลัก ตบ ตี ต่อย บีบ ผู้อื่น	หมายเหตุ หากประเมินได้ 4 คะแนน ให้ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นในระดับสูง
		2	ใช้เข่า เท้า เตะ ถีบ กระทุบ ผู้อื่น แต่ไม่ได้ใช้อาวุธ หรือมีพฤติกรรมถ้ามอง เล่น หรือโชว์อวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะ	
		3	ใช้อุปกรณ์ที่ไม่ใช่ของมีคม หรือมีการลวนลามทางเพศ เช่น กอดจูบ จับหน้าอกหรือของสงวนผู้อื่น แต่ยังไม่ข่มขืน	
		4*	ใช้อุปกรณ์ที่เป็นของมีคม หรืออาวุธ เช่น มีด ดาบ ปืน เพื่อทำร้ายผู้อื่น/ หรือตั้งใจเผา วางเพลิงเพื่อสร้างความเสียหายต่อทรัพย์สินและบุคคล /หรือมีการข่มขืนกระทำชำเราผู้อื่น	

ข้อ	ความรุนแรง	คะแนน	ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้	คะแนนที่ได้
8	ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำรุนแรง	1	สิ่งของมีการแตกหัก พังเสียหาย ใช้การไม่ได้ แต่ไม่มีผู้ได้รับบาดเจ็บ	หมายเหตุ หากประเมินได้ 5 คะแนน ให้ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นในระดับสูง
		2	มีผู้ได้รับบาดเจ็บ มีรอย ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก ปวดตามร่างกาย แต่ไม่มีแผล ไม่มีเลือดออกมา	
		3	มีผู้ได้รับบาดเจ็บ มีแผล มีเลือดออก ต้องรับการรักษาจากสถานพยาบาล แบบผู้ป่วยนอกหรือแผนกฉุกเฉิน	
		4	มีผู้ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง มีการเสียเลือด หรือแตกหักของอวัยวะในร่างกายอย่างรุนแรง จนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	
		5*	มีผู้เสียชีวิต	
9	การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจเหยื่อที่เป็นผลจากการกระทำรุนแรง	1	ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกผิด เสียใจจากการกระทำของตน เช่น ร้องไห้ ยอมรับผิด แสดงการขอโทษผู้ได้รับผลจากการกระทำของตน	
		2	ผู้ป่วยไม่แสดงอารมณ์ความรู้สึกที่ชัดเจน ว่าเสียใจหรือโกรธ สีหน้าเฉยเมย ไม่สนใจว่ามีผู้ใดหรือสิ่งใดได้รับผลกระทบจากการกระทำรุนแรงของตน	
		3	ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ขาดความเห็นอกเห็นใจผู้ได้รับผลกระทบจากการกระทำรุนแรงของตนอย่างชัดเจน ไม่รู้สึกผิด ยังมีอารมณ์โกรธ หรือพูดถึงความรู้สึกสะใจที่ได้กระทำรุนแรงต่อผู้อื่น	
รวมคะแนน		ภาพรวมความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น <input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> สูง ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง (ข้อ2) <input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> สูง		

การแปลผล

ภาพรวมความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อผู้อื่น คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 32 คะแนน

คะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับเล็กน้อย

คะแนน 6-13 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับปานกลาง

คะแนน 14-32 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับสูง

การแปลผล เฉพาะของระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในการฆ่าตัวตายที่ได้จากการประเมินคำถามเฉพาะข้อ 2

หากประเมินพบว่าได้คะแนน ≥ 1 ในข้อนี้ ให้ใช้เกณฑ์นี้ในการพิจารณาร่วมด้วย

คะแนน 1 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับเล็กน้อย

คะแนน 2-3 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับปานกลาง

คะแนน 4 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับสูง

ในการรายงานผลการประเมิน ควรรายงานภาพรวมของคะแนนและเกณฑ์ของข้อ 2 ด้วย ดังนั้นผู้ป่วยจะได้รับการจัดระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อคนอื่นและความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อตนเอง เช่น หากผู้ป่วยได้รับการประเมินคะแนนของข้อ 2 ได้ 3 คะแนน และรวมคะแนนทั้งหมดของข้ออื่น ได้ 5 คะแนน จะแปลผลว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับปานกลาง และความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย



แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์

ชื่อ - สกุล :นางอรัญญา สาลี.....
วัน/เดือน/ปี:๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๗.....
หัวข้อ: ... “กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้าในระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน (home ward)
ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลคำบาง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น”

รายละเอียดข้อมูล

.....ตามเอกสารแนบ

Linkภายนอก (ถ้ามี):

หมายเหตุ:

ผู้ขอเผยแพร่ผลงาน

อรัญญา

(.....นางอรัญญา สาลี.....)

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....
วันที่..... 18 เดือน..... ตุลาคม..... พ.ศ. 2567

ผู้อนุมัติรับรอง

✓

(.....)

(นายชาญชัย ธงพานิช)
ตำแหน่ง.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น.....
วันที่..... ๒๕ เดือน..... ตุลาคม..... พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(.....*ศุภา*.....)

ตำแหน่ง..... (นายนิรุพล ประชุม.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัล.....

๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๗

คำอธิบายแบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวข้อ	คำอธิบาย
หน่วยงาน	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดทำและเผยแพร่ข้อมูล
วัน/เดือน/ปี	วันเดือนปีที่ขอนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่
หัวข้อ	กำหนดหัวข้อที่จะนำขึ้นเผยแพร่โดยให้มีความสำคัญที่มาจากเนื้อหาที่มีความยาวไม่เกิน 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