ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

เรื่อง

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยติดกัญชาที่มีอาการทางจิตในระยะบำบัดยา

โดย

นางสาวสุภาพร ช่างถัก
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ตำแหน่งเลขที่ 6109

งานการพยาบาลผู้ป่วยในบำบัดด้วยยา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน
ภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์

คำนำ

รายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอาการทางจิตในระยะบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นนี้ ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ การตรวจร่างกายทุกระบบ และการตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) โดยใช้กรอบแนวคิดตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อประเมินสภาพและวางแผนให้การพยาบาลร่วมกับแนวคิดทฤษฎีที่นิยมใช้ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไว้ในความดูแลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพคลอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอาการทางจิตเวชได้แก่ หูแว่ว หวาดระแวง หลงผิดคิดว่าคนอื่นล่วงรู้ความคิดของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ไว้วางใจผู้อื่น มีพฤติกรรมแยกตัวไม่ค่อยพูดคุยกับใคร บางครั้งหงุดหงิดง่าย เสี่ยงต่อการเกิดการทะเลาะวิวาทกับผู้อื่นในขณะอยู่รับการบำบัด นอกจากนี้ยังมีประวัติทำร้ายมารดาและเคยติดคุกมาก่อน เคยเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านและโรงพยาบาลจิตเวชหลายครั้งแต่ยังคงเลิกไม่ได้ ผู้ศึกษาจึงใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic Care) เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลคือทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพบพลาว (Peplau) และทฤษฎีการพยาบาลของคิง มาใช้ในผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชมักมีปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พยาบาลจึงต้องประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในพยาบาลผู้ดูแล และให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้และเข้าใจในภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองและสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ทั้งในขณะอยู่บำบัดและเมื่อกลับสู่ชุมชน โดยผู้ศึกษาได้นำทฤษฎีลงสู่การปฏิบัติในกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน คือ การประเมินสภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

ท้ายนี้ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น นายแพทย์ชาญชัย ธงพานิช, นางโสภิดา ดาวสดใส รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล และนางศิราณี คำเพราะ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ที่ได้กรุณาชี้แนะและให้คำแนะนำตลอดการดำเนินการศึกษาจนแล้วเสร็จ ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานกรณีศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยยาและสารแสพติดได้ไม่มากก็น้อย

สุภาพร ช่างถัก
กันยายน 2567

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	2
กลุ่มเป้าหมาย	2
ตัวชี้วัด	3
ขั้นตอนการดำเนินงาน	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	
บทที่ 2 ความรู้เรื่องโรค การรักษาและภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	4
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด	4
กัญชา	6
ประวัติความเป็นมาของกัญชา	6
ลักษณะทั่วไปของกัญชา	6
วิธีการเสพหรือการใช้กัญชา	7
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชา	8
การวินิจฉัยการเสพติดกัญชา	11
การบำบัดรักษาผู้ติดกัญชา	11
กัญชากับโรคทางจิตเวช	12
การจำแนกโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับกัญชา	13
การรักษาภาวะทางจิตเวช	16
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต	16
บทที่ 3 การพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา	24
กระบวนการพยาบาล	24
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด	29
การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอาการทางจิต	31
ทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง	33
บทที่ 4 กรณีศึกษา	43
บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ	69
บรรณานุกรม	72

บทที่ 1
บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหายาเสพติดนับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากพบว่า มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างกว้างขวางและมีแนวโน้มว่าจะขยายตัวต่อเนื่องตามสภาพความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคม และจากการประเมินสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในปัจจุบันพบว่า กัญชาเป็นยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุดในโลก มีจำนวนสูงถึง 209 ล้านคน และประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ใช้ คือเพศชาย ทั้งนี้พบว่ามีจำนวนผู้ใช้พุ่งสูงขึ้นถึง 23% เมื่อเทียบกับช่วงสิบปีที่ผ่านมา กัญชาถูกใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก แต่ภูมิภาคที่ถูกพบว่ามีการใช้กัญชามากที่สุดได้แก่ อเมริกาเหนือ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และแอฟริกาตะวันตก การเพาะปลูกกัญชามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากการปลดล็อคกัญชาเสรีในหลายๆประเทศ ทำให้การเข้าถึงการผลิตและบริโภคทำได้ง่ายมากขึ้น (World Drug Report, 2022) ในประเทศไทยหลังจากที่มีการปลดล็อกกัญชา เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ.2565 ทำให้กัญชาถูกถอดออกจากยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ส่งผลให้มีการปลูก บริโภค รวมไปถึงจำหน่ายเป็นผลิตภัณฑ์กันอย่างแพร่หลาย ข้อมูลจากระบบรายงานติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่ามีผู้ใช้กัญชาจำนวน 7,299, 4,994, และ 6,577 ราย สูงเป็นลำดับที่3รองจากยาบ้าและสารกลุ่มโอปิออยด์ สอดคล้องกับสถิติของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดรักษากัญชาจำนวน 306, 531 และ 934 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.39, 8.70 และ 13.08 ของผู้ใช้ยาเสพติดทั้งหมดตามลำดับ ส่วนข้อมูลการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นในปี 2565 – 2566 มีผู้ป่วยที่ใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้นเป็น 104 ราย และ 214 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น, 2566)

กัญชาจะออกฤทธิ์หลายอย่างผสมผสานกัน เริ่มตั้งแต่กระตุ้น กด และหลอนประสาท เนื่องจากในช่อดอกและใบกัญชามีสารพิษร้ายแรงชนิดหนึ่งเรียกว่า TETRAHYDROCANNABINOL (THC) ซึ่งเป็นสารพิษที่ทำลายสุขภาพร่างกาย และก่อให้เกิดอาการติดยา หลังเสพกัญชาประมาณ 15 - 30 นาที ฤทธิ์ของ THC จะทำให้ร่างกาย อารมณ์ และจิตใจของผู้เสพเปลี่ยนแปลงไป การใช้กัญชาติดต่อกันจะเกิดอาการทนยา (Tolerance) และเมื่อหยุดใช้ทันทีจะมีอาการขาดยาโดยจะรู้สึกสะบัดร้อนสะบัดหนาว ปวดศีรษะ เหงื่อออกมาก ไข้ สั่น นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียนท้องเสีย สะอึก เบื่ออาหาร มักมีอาการหลังหยุดกัญชา 24 - 48 ชม. โดยมีอาการมากสุดในช่วงวันที่ 4-6 และอาการจะคงอยู่ 1-3 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับปริมาณที่ได้รับ หากมีการเสพกัญชาในขนาดสูงที่ขึ้นจะเริ่มมีอาการซึมลง หากเสพในขนาดสูงมากจะมีอาการประสาทหลอนทางหู มองเห็นวัตถุผิดจากความเป็นจริง และหากเสพเป็นเวลานานอาจมีอาการเมินเฉย หรือมีอาการเหมือนโรคจิตเภท หูแว่ว ประสาทหลอน บางรายอาจถึงขั้นไม่สามารถควบคุมสติตนเองได้ และมีอาการของโรคจิตในเวลาต่อมา (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2549) กัญชามีฤทธิ์รบกวนการทำงานของสมองและเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวช เช่น หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน อารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า วิตกกังวล โดยอาการทางจิตที่เกิดจากการใช้กัญชาจะยังคงอยู่ได้แม้จะผ่านการถอนพิษกัญชาแล้ว จากการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษายาเสพติด กรมการแพทย์ พบผู้ป่วยเสพติดกัญชามีความชุกในการเกิดโรคจิตเวชสูงถึงร้อยละ 72.3 ในจำนวนนี้พบโรคจิต โรคอารมณ์แปรปรวน และโรควิตกกังวลคิดเป็นร้อยละ 63.4, 39.7 และ 37.1 ตามลำดับ (ชาญชัย ธงพานิช, 2562) สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีมีการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษา

แบบผู้ป่วยใน พบว่า มีความชุกของการเกิดโรคทางจิตเวช (psychiatric disorder) ร้อยละ 91.5 ในจำนวนนี้พบเป็น โรคจิต (psychotic disorder) โรควิตกกังวล (anxiety disorder) และโรคทางอารมณ์ (mood disorder) คิดเป็นร้อยละ 83.7, 64.9 และ 56.1 ตามลำดับ (ณรงค์ ศิลปะสะคราญ และนันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2562) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ NIDA ที่พบว่า การเสพกัญชาส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท (schizophrenia) ภาวะซึมเศร้า (depression) และเกิดภาวะวิตกกังวล (anxiety) (National Institute on Drug Abuse, 2561) นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาอาการทางจิตเวชที่สัมพันธ์กับผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่ากัญชาทำให้เกิดอาการทางจิตเวชร้อยละ 3.27 และจะเกิดอาการหลังได้รับกัญชาตั้งแต่ 3 ถึง 83 วัน (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2565) ผลกระทบจากการเสพกัญชานอกจากจะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเอง แล้วยังส่งผลต่อครอบครัวและคนรอบข้าง รวมถึงกระทบต่อชุมชน และเศรษฐกิจของประเทศชาติอีกด้วย โดยเฉพาะในปัจจุบันที่ผู้ป่วยมักมีโรคแทรกซ้อนทางกาย และโรคร่วมทางจิตเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเมื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัด ผู้บำบัดจึงต้องใช้ความรู้ความสามารถและเทคนิคเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายที่ใช้ยาและสารเสพติดย่อมมีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นในปี 2565-2566 พบว่ามีอาการทางจิตร่วมด้วยถึงร้อยละ 80

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาและสารเสพติดในระยะบำบัดยาจึงเห็นความสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอาการทางจิต ให้ได้รับการดูแลในระยะบำบัดยาได้ตามมาตรฐานเพื่อช่วยลดอันตรายจากอาการขาดกัญชา ลดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางกาย – ทางจิต ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้ป่วยอื่น โดยได้รวบรวมข้อมูลที่น่าสนใจของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการใช้สารเสพติด แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสมและสามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยรายอื่นหรือหน่วยงานอื่นต่อไป

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อศึกษาประวัติ ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยทางจิตสังคม ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอาการทางจิต

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอาการทางจิตได้รับบริการทางการพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา

2.3 เพื่อลดความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้ป่วยอื่น อันเป็นผลมาจากอาการทางจิตจากการใช้กัญชา

2.4 เพื่อให้ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอาการทางจิตรับรู้ข้อมูลสุขภาพตนเอง และสามารถหยุดเสพกัญชาได้อย่างต่อเนื่อง

2.5 เพื่อพัฒนาแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอาการทางจิต

2.6 เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอาการทางจิตต่อไป

3. กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยเฉพาะรายเสพติดกัญชาที่มีอาการทางจิตเวชหลงผิด หวาดระแวงรับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

4. ตัวชี้วัด

4.1 เชิงปริมาณ

4.1.1 การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอาการทางจิตในระยะบำบัดยา จำนวน 1 เล่ม

4.2 เชิงคุณภาพ

4.2.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว

4.2.2 ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลสุขภาพตนเอง และสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

4.2.3 ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

4.2.4 ผู้ป่วยสามารถหยุดเสพกัญชาได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4.2.5 ผู้ศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอาการทางจิต

5. ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน สิงหาคม 2566 – กันยายน 2567

6. ขั้นตอนการดำเนินงาน

6.1 ขั้นเตรียมการ

6.1.1 กำหนดกรอบทิศทางในการเขียน

6.1.2 กำหนดหัวข้อและรูปแบบ

6.1.3 เลือกผู้ป่วยที่จะศึกษา

6.1.4 ศึกษาแผนการดูแลผู้ป่วยติดกัญชาจากแหล่งความรู้อื่นๆและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1.5 วางแผนและจัดเตรียมกิจกรรมต่างๆ ให้พร้อมสำหรับการบำบัดรักษา

6.2 ขั้นดำเนินงาน

6.2.1 รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยกัญชาที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ช่วงปี พ.ศ.2565-2566 แล้วเลือกศึกษา 1 ราย

6.2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการใช้กัญชา พร้อมกับสังเกตอาการ ประเมินภาวะถอนพิษกัญชา และประเมินภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช

6.2.3 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ และนำมาวางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล

6.2.4 ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และดำเนินการให้กิจกรรมทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่วางไว้ โดยให้การพยาบาลแบบองค์รวม

6.2.5 สรุปและประเมินผลการพยาบาล

6.2.6 ติดตามผลการรักษาโดยประเมินจากการมาตรวจตามนัดและทางโทรศัพท์

6.3 ขั้นสรุปผลงาน

6.3.1 รวบรวมเอกสาร เรียบเรียงผลงาน

6.3.2 เขียนรายงานการศึกษาและจัดพิมพ์

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1. ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอาการทางจิตในระยะบำบัดยา

7.2 นำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการพยาบาล การบำบัดรักษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม

7.3 ใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ วิจัย เพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพด้านการพยาบาล และการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอาการทางจิต

7.4 เป็นเอกสารวิชาการเผยแพร่ความรู้แก่ผู้สนใจและบุคคลทั่วไป

บทที่ 2
ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและภาวะต่างๆที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสาร แนวคิดทฤษฎีจากแหล่งค้นคว้าต่างๆ รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาอธิบายและเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นต่างๆในการศึกษา โดยมีรายละเอียดของเนื้อหา ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด

ยาเสพติด หมายถึง สารเคมี พืช หรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมถึงสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย แต่ไม่หมายความรวมถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่ตามกฎหมายว่าด้วยยา (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

ประเภทของยาเสพติดจำแนกตามพ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2564 แบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ

1. ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin)
2. ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (Morphine) โคคาอีน (Cocaine) โคเดอีน (Codeine) หรือฝิ่นยา (Medicinal Opium)
3. ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะเป็นตำรับยา และมียาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ผสมอยู่
4. ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 หรือประเภท 2 เช่น อาเซติคแอนไฮไดรด์ (Acetic Anhydride)
5. ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มิได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น พืชฝิ่น

ประเภทของยาเสพติดแบ่งตามการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (ภูฟ้าเรสท์โฮม, 2565)

1.ประเภทกดประสาท ยาเสพติดประเภทนี้เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะไปชะลอการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางในสมอง ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด จะเห็นว่ายาเสพติดบางประเภทในกลุ่มนี้มีการใช้ในทางการแพทย์ เช่น การฉีดมอร์ฟีน เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย แต่หากใช้ผิดวัตถุประสงค์ ก็ก่อให้เกิดอันตรายได้ เพราะจะทำให้ร่างกายของผู้เสพซูบผอม อ่อนเพลีย อารมณ์แปรปรวนง่าย มีอาการเลื่อนลอย ขาดความรับผิดชอบ ฟุ้งซ่านทำร้ายตนเอง เกิดความก้าวร้าว หากเสพมากเกินขนาดในปริมาณสูง อาจจะชักจนเสียชีวิตได้ ยาเสพติดประเภทนี้ได้แก่ สุรา ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน สารระเหย ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ฯลฯ ยาเสพติดที่ออกฤทธิ์กดประสาทและสร้างความเสียหายให้กับประเทศเป็นอย่างมากคือสุรา ซึ่งผลสำรวจพบว่าคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ดื่มสุราแบบผิดปกติเกือบ 3 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งปัญหาการติดสุรา ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต อุบัติเหตุ หนี้สินในครัวเรือน และปัญหาอื่นๆตามมาอีกด้วย

2. ประเภทหลอนประสาท ยาเสพติดประเภทนี้ออกฤทธิ์กับสมอง ทำให้การรับรู้ของสมองผิดปกติจากที่ควรจะเป็น แปลสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบผิดไป เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายจะทำให้ผู้เสพเกิดอาการหลอน เห็นภาพลวงตาที่ไม่มีอยู่จริง ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ประสาทรับรู้แปรปรวนผิดปกติ มีอาการจิตหลอน เห็นภาพลวงตา บางครั้งเห็นคนจะมาฆ่า เห็นผี เห็นคนไล่ตาม บางครั้งทำให้ผู้เสพหวนคิดถึงเรื่องเลวร้ายที่เคยประสบพบเจอ จนทำให้คลุ้มคลั่งหวาดกลัวจนทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ สิ่งเสพติดประเภทนี้ได้แก่ แอลเอสดี เมสคาลิน ไซไลซิบิน เอสทีพี กัญชา LSD เห็ดขี้ควาย เป็นต้น ยาเสพติดประเภทที่ระบาดมากคือ LSD ซึ่งเป็นสารสกัดจากกรดไลเซอจิกที่ได้มาจากเชื้อรา มีลักษณะเป็นผงสีขาวสามารถละลายได้ในน้ำ บางครั้งเอาไปผสมท็อฟฟี่ก็มี LSD จะออกฤทธิ์หลอนประสาทอย่างรุนแรง ปัจจุบันที่น่ากลัวคือมีการนำกระดาษ

ขนาดเล็กๆ ที่สามารถดูดซึมได้ดีเคลือบด้วย LSD ใช้ในการเสพยาเสพติดประเภทนี้ที่เรียกกันว่าแสตมป์มรณะ

3. ประเภทกระตุ้นประสาท ยาเสพติดประเภทนี้ออกฤทธิ์กับระบบประสาทส่วนกลางและกระตุ้นการทำงานของหัวใจและอารมณ์ให้ทำงานตามฤทธิ์ยา แต่บางครั้งอาจจะเกินกำลังความสามารถของร่างกาย ทำให้เมื่อฤทธิ์ยาหมดลง ร่างกายจะอ่อนเพลีย ทรุดโทรมเสื่อมสภาพ หากใช้เกินขนาดเป็นระยะเวลาติดต่อกันอาจจะก่อให้เกิดอาการหัวใจวายได้ ยาเสพติดประเภทนี้ได้แก่ แอลกอฮอล์ Ketamine Opioids Depressants กัญชา ยาบ้า ยาลดความอ้วน เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน นิโคติน เป็นต้น ส่วนใหญ่ที่เรารู้จักกันดีคือแอมเฟตามีนหรือยาบ้า ซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะกลมแบนขนาดเล็กเหมือนเม็ดยา มีสีต่างกัน บนเม็ดยาจะมีสัญลักษณ์ เช่น M, PG, WY, ฯลฯ หรือรูปดาว รูปพระจันทร์เสี้ยว เมื่อเสพเข้าไปจะทำให้ผู้เสพในระยะแรกนั้นทำงานได้นานขึ้น เพราะมีฤทธิ์ทำให้ร่างกายตื่นตัว จึงถูกใช้ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เช่น คนขับรถโดยสาร ช่างก่อสร้าง หรือผู้ที่ต้องทำงานตอนกลางคืน แต่เมื่อหมดฤทธิ์ก็อ่อนเพลีย การตัดสินใจผิดพลาด ร่างกายพังอย่างรุนแรง และเมื่อใช้ไปเป็นระยะเวลานานจะเกิดอาการสมองเสื่อม

4. ประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน ยาเสพติดประเภทนี้ออกฤทธิ์ทั้งกระตุ้น กดและหลอนประสาทร่วมกัน โดยผู้เสพติดมักมีอาการหวาดระแวง ความคิดสับสนเห็นภาพลวงตา หูแว่ว ควบคุมตนเองไม่ได้และจะป่วยเป็นโรคจิตในที่สุด ยาเสพติดประเภทนี้ ได้แก่ กัญชา

สาเหตุของการติดยาเสพติด

1. สาเหตุจากตัวบุคคล มีความอยากรู้อยากลอง มีค่านิยมและความเชื่อที่ผิด เชื่อว่าสามารถทำงานได้มากขึ้น ทำให้สนุกสนาน อาจช่วยให้สบายใจ ลืมความทุกข์ และอยากเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน ขาดความรู้เกี่ยวกับโทษของการใช้ยาเสพติด ขาดทักษะการใช้ชีวิตที่เหมาะสม เช่น การจัดการความเครียดของตนเองไม่ได้จึงหันมาใช้ยาเสพติดทดแทน

2. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม ครอบครัวแตกแยก การสื่อสารและความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี หรือมีคนในครอบครัวใช้ยาเสพติด มีเพื่อนใช้ยาเสพติด อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เสี่ยงมาก สภาพแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อการติด เช่น ใกล้สถานบันเทิง แหล่งมั่วสุม แหล่งที่มีการจำหน่ายยาเสพติด

3. สาเหตุจากสารเสพติด ยาเสพติดจะทำให้สมองสร้างสารเคมีให้รู้สึกมีความสุข เมื่อหยุดใช้ ยาเสพติดจะหมดฤทธิ์จึงทำให้ร่างกายเกิดอารมณ์หงุดหงิด เศร้า ส่งผลให้ผู้เสพยาพยายามหายาเสพติดมาใช้ซ้ำ จนสมองอาจถูกทำลาย ทำให้ไม่สามารถหยุดการใช้ได้จนเกิดการติดขึ้น

ลักษณะสำคัญของยาเสพติดต่อผู้เสพดังนี้ (สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, มปป.)

1. เกิดอาการดื้อยา หรือต้านยา และเมื่อติดแล้ว ต้องการใช้สารนั้นในประมาณมากขึ้น
2. เกิดอาการขาดยา ถอนยา หรืออยากยา เมื่อใช้สารนั้นเท่าเดิม ลดลง หรือหยุดใช้
3. มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจ อย่างรุนแรงตลอดเวลา
4. สุขภาพร่างกายทรุดโทรมลง เกิดโทษต่อตนเอง ครอบครัว ผู้อื่น ตลอดจนสังคมและประเทศชาติ

ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด (สมพงษ์ แจ้งกระจ่าง, 2559)

1. ด้านร่างกายและจิตใจ สภาพร่างกายของผู้เสพจะอ่อนเพลีย ซูบซีด หมดเรี่ยวแรง ขาดความกระปรี้กระเปร่าและเกียจคร้าน เฉื่อยชา น้ำหนักตัวลด ผิวคล้ำ ซีด เลือดจาง ผอมลงทุกวันทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆของร่างกายเสื่อมโทรม โดยจะทำลายประสาท สมอง ทำให้สมรรถภาพเสื่อมลง มีอารมณ์จิตใจไม่ปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย เช่น วิตกกังวล เลื่อนลอยหรือฟุ้งซ่านทำงานไม่ได้ อยู่ในภาวะมึนเมาตลอดเวลา อาจเป็นโรคจิตได้ง่าย

2. ด้านครอบครัว ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อครอบครัว และญาติพี่น้องจะหมดสิ้นไป ไม่สนใจที่จะดูแลครอบครัว สูญเสียทรัพย์สินเงินทอง ที่จะต้องหามาซื้อสารเสพติด ทำงานไม่ได้ สูญเสียสมรรถภาพในการหาเลี้ยงครอบครัว ก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรมและอุบัติเหตุอันตรายต่าง ๆ ต่อตนเองและผู้อื่น

3.ด้านสังคมและประเทศชาติ รัฐบาลต้องสูญเสียกำลังคน และงบประมาณแผ่นดินจำนวนมหาศาล เพื่อใช้ในการป้องกนปราบปรามและบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด ทำให้ต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลอันมีค่า เกิดความ ไม่สงบสุขของบ้านเมือง ความมั่นคงของประเทศชาติถูกกระทบกระเทือน ประชาชนเดือดร้อนเพราะเหตุอาชญากรรม ประเทศชาติต้องสูญเสียกำลังของชาติอย่างน่าเสียดาย

2. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ (วิโรจน์ วีระชัยและคณะ, 2548 อ้างถึงใน หนึ่งนุช สกุณา, 2561)

2.1 ขั้นเตรียมการรักษา เป็นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษาที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับการรักษา

2.2 ขั้นบำบัดยา เป็นการรักษาทางยาเพื่อทดแทนยาหรือสารเสพติด และเพื่อลดอาการไม่สุขสบายจากการขาดสารเสพติดที่เรียกว่า การถอนพิษยา (Detoxification) ซึ่งขั้นตอนนี้จะเน้นการดูแลทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็มีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติร่วมด้วย เช่น การให้สุขศึกษา การส่งเสริมพลานามัย การจัดกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย เช่น เล่นดนตรี สวดมนต์ ฟังเทศน์ ฝึกสมาธิ เป็นต้น

2.3 ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นขั้นตอนที่มุ่งเน้นให้ผู้ติดสารเสพติดฝึกการคิดแบบใช้เหตุผล ให้มีปัญญาเท่าทันสิ่งชักนำให้กลับไปเสพยาเสพติดอีก และฝึกจัดการสมดุลการดำเนินชีวิตด้วยตารางกิจกรรมการทำงาน กิจกรรมครอบครัวและเพื่อนฝูง การใช้เวลาว่าง การพักผ่อนนอนหลับและการแสวงหากิจกรรมที่ช่วยให้เลิกยาเสพติด เช่น กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นต้น

2.4 ขั้นติดตามการรักษา เป็นขั้นตอนที่ช่วยประคับประคองและส่งเสริมกำลังใจและแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมเมื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคม

3. กัญชา (Cannabis , Marijuana)

3.1 ประวัติความเป็นมาของกัญชา

กัญชาเป็นพืชพันธุ์ไม้ล้มลุกชนิดหนึ่งขึ้นได้เกือบทั่วโลก ต้นกัญชาสามารถนำมาใช้เป็นยาเสพติดได้เกือบทุกส่วน มนุษย์รู้จักกัญชาและเสพกันมานานประมาณ 4,000-5,000 ปมาแล้ว แต่เดิมเข้าใจกันว่ากัญชาปลูกขึ้นได้ในประเทศที่มีอากาศร้อน เช่น ทวีปอาฟริกาและเอเชีย ต่อมาได้ทดลองนำกัญชาจากอาฟริกาใต้ไปปลูกในนอรเวย์และไอซแลนดซึ่งมีอากาศหนาวกัญชาก็ปลูกขึ้นได้ดี และมีสารตัวสำคัญที่ทำให้กัญชามีฤทธิ์ คือ
เตตร้าไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol) อยู่มากด้วย ดังนั้นกัญชาจึงสามารถปลูกขึ้นได้ทั่วโลกและอาจมีชื่อเรียกแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ

3.2 ลักษณะทั่วไปของกัญชา

กัญชาเป็นพืชล้มลุกจำพวกหญ้าชนิดหนึ่งที่ชื่อ Cannabis sativa L. มีชื่อเรียกต่างกัน เช่น Mary-June Thai-Sticks หรือที่นิยมเรียกกันทั่วไปว่า “เนื้อ” ขึ้นได้ง่ายในเขตร้อน ลำต้นสูงประมาณ 2-4 ฟุต ลักษณะใบจะแยกออกเป็นแฉกประมาณ 5-8 แฉก คล้ายใบมันสำปะหลังที่ขอบใบทุกใบจะมีรอยหยักอยู่เป็นระยะๆ ออกดอกเป็นช่อเล็กๆตามง่ามของกิ่งและก้าน ส่วนที่คนนำมาเสพได้แก่ส่วนของกิ่ง ก้าน ใบ และยอดช่อดอกกัญชา โดยนำมาตากหรืออบแห้ง แล้วบดหรือหั่นให้เป็นผงหยาบๆ จากนั้นจึงนำมายัดไส้บุหรี่สูบ (แตกต่างจากบุหรี่ ทั่วไปที่ไส้บุหรี่จะมีสีเขียว ต่างจากไส้ยาสูบที่มีสีน้ำตาลและขณะจุดสูบจะมีกลิ่นเหมือนหญ้าแห้งไหม้ไฟ) หรืออาจสูบด้วยกล้องหรือบ้องกัญชา บ้างก็ใช้เคี้ยวหรือผสมลงในอาหาร

รับประทาน ปัจจุบันรูปแบบของกัญชาที่พบนอกจากจะพบในลักษณะของกัญชาสด กัญชาแห้งอัดเป็นแท่งเป็นก้อนแล้ว ยังอาจพบในรูปของ “น้ำมันกัญชา”(Hashish Oil) ซึ่งมีลักษณะเป็นของเหลวสีน้ำตาลเข้มหรือสีดำ ได้จากการนำกัญชามาผ่านกระบวนการสกัดหลายๆ ครั้ง จึงได้เป็นน้ำมันกัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสูงถึงร้อยละ 20-60 หรืออาจพบในลักษณะของ“ยางกัญชา” (Hashish) เป็นยางแห้งที่ได้จากใบและยอดช่อดอกกัญชา ซึ่งโดยทั่วไปจะมีฤทธิ์แรงกว่ากัญชาสดและมีปริมาณสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประมาณ ร้อยละ4-8 ออกฤทธิ์หลายอย่างต่อระบบประสาทส่วนกลางคือ
ทั้งกระตุ้นประสาท กดและหลอนประสาท กัญชามีสารเคมีที่เป็นองค์ประกอบอยู่มากมายกว่า 750 ชนิด มีรายงานว่าในจำนวนนี้มีอยู่มากว่า 104 ชนิดที่เป็นสาร Cannabinoids (Leyton M, 2016 อ้างถึงใน ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และ โชษิตา ภาวสุทธิไพสิฐ, 2560) โดย cannabinoids ที่พบเป็นหลักในพืชกัญชา คือ del-ta-9-tetrahydrocannabinol หรือ THC (พบมากในส่วนของยอดช่อดอกกัญชา), cannabidiol (CBD) และ cannabinol (CBN) โดย THC และ CBD เป็นสารที่ได้รับความสนใจในทางการแพทย์มากที่สุด เนื่องจากมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่หลากหลาย การใช้ใบหรือดอกกัญชาตามธรรมชาติซึ่งไม่ผ่านการสกัดหรือการเตรียมการใดๆ ด้วยวิธีการทางห้องปฏิบัติการจึงคาดการณ์ผลที่เกิดกับผู้ใช้ได้ยากเนื่องด้วยผู้ใช้อาจใช้วิธีการต่างๆ กัน ทำให้ได้ปริมาณของcannabinoids เข้าสู่ร่างกายต่างกัน เช่น การสูบ มักออกฤทธิ์ได้เร็วกว่าการกิน เพราะการกินทำให้ฤทธิ์ cannabinoids สูญเสียไปบ้างจากกระบวนการสลาย (catabolism) เมื่อผ่านตับ (Skoglund G, Nockert M, Holst B, 2013) โดยทั่วไปจะพบ THC มากกว่า CBD แต่อาจแตกต่างกันไปไนแต่ละสายพันธุ์ (พบTHC ร้อยละ 3 -16 โดยน้ำหนักในกัญชาแห้ง)(Radwan MM, ElSohly MA, El-Alfy AT, et al, 2015) การเตรียมกัญชาในรูปแบบน้ำมัน (butane hash oil) ทำให้ความเข้มข้นของ THC เพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 80 (Baggio S, Deline S, Studer J, Mohler-Kuo M, Daeppen JB, Gmel G, 2014) สารTHCนี้ ในเบื้องต้นจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ทำให้ผู้เสพตื่นเต้นช่างพูดและหัวเราะตลอดเวลา ต่อมาจะกดประสาท ทำให้ผู้เสพมีอาการคล้ายเมาเหล้าอย่างอ่อน เซื่องซึมและง่วงนอน หากเสพเข้าไปในปริมาณมากๆจะหลอนประสาททำให้เห็นภาพลวงตา หูแว่ว ความคิดสับสน ควบคุมตนเองไม่ได้ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, ม.ป.ป.)

3.3 วิธีการเสพหรือใช้กัญชา (ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และ โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, 2560)

การใช้หรือเสพกัญชามีหลายวิธี เช่น การสูบ การกิน การสวนทางทวารหนัก และการดูดซึมผ่านเยื่อบุหรือผิวหนัง การสูบ (ทั้งโดยตรงหรือผ่านไอน้ำ) ทำให้ THC เข้าสู่ร่างกายได้รวดเร็วที่สุด โดยทำให้ระดับ THC ในเลือดขึ้นสูงสุดใน 15 ถึง 30 นาที และลดลงใน 2 ถึง 3 ชั่วโมง แต่ทั้งนี้ก็คาดการณ์ได้ยากเพราะขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ปริมาณการสูบ การกลั้นลมหายใจขณะสูบ และความเข้มข้นของใบกัญชาในมวนยาสูบ การสูบกัญชาโดยตรงทำให้ได้รับสารโมเลกุลหนักอื่นๆ เช่น ammonia hydrogen cyanide และ carbon monoxide เหมือนกับการสูบบุหรี่ (แต่ปริมาณอาจแตกต่างกัน เช่น การสูบกัญชาโดยตรงทำให้ผู้สูบได้รับแอมโมเนียมากกว่าการสูบบุหรี่ถึง 20 เท่า แต่ได้รับสาร polycyclic aromatic hydrocarbons น้อยกว่าการสูบบุหรี่ การสูบกัญชาผ่านไอน้ำเชื่อว่าทำให้ได้รับสารโมเลกุลหนักเหล่านี้น้อยกว่า รูปแบบกัญชาอีกประเภทหนึ่งที่มักใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ hashish ซึ่งหมายถึงน้ำมันเรซินเข้มข้น ผู้ใช้มักใช้โดยการกินหรือสูบผ่านไอน้ำ hashish มีปริมาณ THC สูงกว่าใบหรือดอกกัญชาทั่วไป การกิน hashish ทำให้ THC เข้าสู่เลือดน้อยลง เหลือประมาณร้อยละ 10 ถึง 20 แต่กระนั้นฤทธิ์ทางจิตประสาทยังคงอยู่ เพราะเมื่อ THC ผ่านตับจะถูก metabolite เป็น 11-OH-THC ซึ่งยังยังส่งผลกับระบบประสาทส่วนกลาง การกินทำให้เกิดผลทางจิตประสาทภายใน 30 ถึง 90 นาที ผลสูงสุดที่ 2 ถึง 3 ชั่วโมงและคงอยู่นาน 4 ถึง 12 ชั่วโมง การสูบกัญชาเป็นเวลานานทำให้ THC คงอยู่ในเลือดนานขึ้นเพราะการสะสม THC ในไขมัน

(lipophilicity) ในร่างกายสูงขึ้นส่งผลให้การกำจัดTHC ช้าลง ในเลือดของคนที่สูบกัญชาทุกวันสามารถตรวจพบ THC เป็นระยะเวลาหนึ่งเดือนหลังหยุดสูบ

3.4 อาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา (กรมการแพทย์, 2565)

กลุ่มสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoid) ในกัญชาที่มีข้อมูลทางการแพทย์ มี 2 ชนิด คือ Tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) การใช้กัญชาที่มีขนาดสูงทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย โดยเฉพาะ THC ซึ่งมีฤทธิ์ด้านอาการปวดและลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้ที่ใช้กัญชาที่มี THC ในขนาดสูงต่อเนื่องกันเป็นเวลานานอาจทำให้ร่างกายเกิดความทนต่อสาร (tolerance) ทำให้ต้องเพิ่มปริมาณการใช้มากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสพติดได้ในที่สุด ส่วน CBD ไม่มีฤทธิ์เสพติดและต้านฤทธิ์เมาเคลิ้มของ THC อย่างไรก็ตาม CBD สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นให้อาเจียนได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่ใช้สาร THC เพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน หากได้รับสารสกัดกัญชาชนิดที่มี CBD สูงจะทำให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเพิ่มขึ้นได้ อาการไม่พึงประสงค์และภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ อาทิ ปริมาณที่ได้รับต่อครั้ง (unit dose) ความทน (tolerance) ของผู้ใช้ วิธีการนำเข้าสู่ร่างกาย (การใช้กัญชาที่ไม่ถูกวิธีอาจทำให้เกิดoverdose) วิธีการใช้กัญชาเข้าสู่ร่างกาย เช่น

- ชนิตสูด (inhalation) ระยะเวลาออกฤทธิ์เร็ว ถึงระดับสูงสุดภายในเวลา 15-30 นาที มีระยะเวลาคงอยู่ประมาณ 3-4 ชั่วโมง
- ชนิดรับประทาน เริ่มออกฤทธิ์ประมาณ 30 นาที เนื่องจากมี first pass metabolism ที่ตับ
- ชนิดหยดใต้ลิ้น (sublingual drop) สารสกัดกัญชาออกฤทธิ์เร็วประมาณ 15 นาที (ไม่ผ่าน first pass metabolism)

เมื่อร่างกายได้รับ THC ในปริมาณมาก THC จะไปจับกับ CB1 receptor ที่ basal ganglion ทำให้ dopamine ที่ synapse ลดลง และ GABA เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงท่าทาง และเสียการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (impair movement) ในขณะเดียวกัน brain reward system ที่ mesolimbic จะมีปริมาณของ dopamine เพิ่มขึ้นและ GABA ลดลง ส่งผลทำให้เกิดอาการเคลิ้ม (euphoria) ประสาทหลอน
(hallucination) และติดยา (addiction) THC มี dose response และความเสี่ยงในการเกิดอาการทางสมอง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสติ (Alteration of conscious), ความสนใจ (attention), สมาธิ (concentration), ความจำระยะสั้น (short-term memory) และการทำงานของสมอง (executive functioning)

อาการไม่พึงประสงค์และภาวะพิษเรียบพลันจากกการใช้กัญชา ส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ดังนี้

1. พิษของกัญชาต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System)

ผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆ ได้แก่ เคลิ้ม (euphoria), ตระหนก (panic), กระสับกระส่าย agitation), อารมณ์แปรปรวน (mood alterations), การรับรู้ผิดปกติ (alterations of perception), ชาดการยังยั้งทางสังคม (loss of social inhibition), ความสามารถของสมองและการตัดสินใจเสียไป (impairment of cognition and judgment), กตระบบประสาทส่วนกลาง (CNS depression) และกดการหายใจ (respiratory depression)ในเด็ก, กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน (muscle incoordination), การเคลื่อนไหวแบบกระตุก (myoclonic jerking), เดินเซ (ataxia), พูดไม่ชัด (slurred speech) นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บ ทำร้ายตนเอง และอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอุบัติเหตุจราจร (traffic accident), กระโดดตึก (jump from height), ฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอ (suicidal hang) ผู้เสพหรือใช้สารสกัดกัญชาบางรายอาจมีภาวะทางจิตซ่อนอยู่ THC ทำให้เกิดภาวะขาดการยับยั้ง (disinhibition) ส่งผล

ให้เกิด psychotic break และเป็นโรคจิต (psychosis) หรือ โรคจิตเภท (schizophrenia) ได้ ซึ่งในคนทั่วไปอาจเกิดเพียงภาวะเคลิ้ม (euphoria) เท่านั้น

2. พิษของกัญชาต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

2.1 ผลเฉียบพลันต่อหัวใจและหลอดเลือด (Acute Cardiovascular Effect) ได้แก่

- Vasodilation โดย THC และ CBD จะไปกระตุ้นที่ TRPA-1 (transient receptor potential Ankyrin type-1) และTRPV-1 (transient receptor potential vanilloid type-1) ซึ่งเป็น calcium channel receptors ทำให้เกิด vasodilation

- Tachycardia กัญชาชนิดสูบ (smoke cannabis) ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ขึ้นได้ร้อยละ 20-100 เป็นเวลา 2-3 ชั่วโมง มี sympathetic outflow เพิ่มขึ้นเนื่องจาก sympathetic tone เพิ่มและ parasympathetic tone ลดลง เกิดภาวะ reflex tachycardia หากมี tachycardia มาก อาจทำให้เกิดเส้นเลือดหัวใจตีบได้

- อาการหน้ามืด / หมดสติเมื่อลุกยืน (orthostatic syncope)

2.2 ผลเรื้อรังต่อหัวใจและหลอดเลือด (Chronic Cardiovascular Effect)

- Vasospasm การใช้กัญชาเป็นเวลานานจะทำให้เกิด tolerance ของ vasodilation vessel tone เปลี่ยนเป็น vasospasm ตามมาเนื่องจาก blood vessel มีการลดลงของ receptor (downregulation) TRPA-1 และ TRPV-1 ทำให้เสี่ยงที่จะเกิด vascular insufficiency ส่งผลให้เส้นเลือดปลายมือ - เท้าไม่ดี เส้นเลือดหัวใจตีบได้

- หัวใจเต้นช้าลง (slower heart rate) มีรายงานการเกิด heart block ในกรณีที่ใช้กัญชาชนาดสูงและเกิดtolerance เป็นเวลานาน ๆ ทำให้หัวใจเต้นช้าลงได้ รวมถึงการทำงานของ sympathetic จะลดลง และ parasympathetic จะทำงานเพิ่มขึ้น

2.3 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial Ischemia) ซึ่งรายงานพบความเสี่ยงในการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) 4.8 เท่าภายใน 60 นาที ภายหลังการเสพกัญชา

- การได้รับพิษจากกัญชาเฉียบพลัน (acute exposure) อัตราการเต้นของหัวใจ และการทำงานของ sympathetic เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเพิ่ม cardiac workload และ Oxygen demand

- การได้รับพิษจากกัญชาเรื้อรัง (chronic exposure) ส่งผลให้เกิด vasospasm ของ Coronary artery เนื่องจาก down regulation ของ TRPA-1 และ TRPV-1

- กระตุ้นการทำงานของเกร็ดเลือด (activate platelet) ทำให้เกิด clot ได้

2.4 ผลอื่น ๆ ต่อหัวใจและหลอดเลือด

- หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) พบ atrial fibrillation (AF), ventricular tachycardia (VF) ได้

- ภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) เนื่องจาก cardiac workload เพิ่มทำให้เกิด high output heart failure

- โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheral artery disease)

3. พิษของกัญชาต่อระบบทางเดินอาหาร

ทำให้เกิดอาการอาเจียนรุนแรงจากกัญชา (Cannabinoid Hyperemesis Syndrome; CHS) CHS เป็นอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรงในผู้ใช้ THC มาเป็นเวลานาน (ร้อยละ 68 ของรายงานผู้ป่วยใช้มากกว่า 2 ปี) และเป็นแล้วหายช้า ใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ กลไกการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด คาดว่าน่าจะเกิดจาก down regulation ของ CB1 receptor ทำให้เกิดคลื่นไส้อาเจียน (ปกติ THC จะกระตุ้น CB1 receptor ทำให้หายคลื่นไส้) หรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลง CB1 receptor downstream effect หาก

THC ได้รับมากเกินไปจะไปกระตุ้น CB1 receptor ที่ GI tract ทำให้เกิด bowel movement และ dilate splanchnic vasculature ส่งผลให้เกิด epigastric pain, colicky pain หรืออาจเกิดจาก upregulation ของ TRPV-1 หรือสารอื่น ๆ ส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน THC ที่รับเข้าไปในร่างกายจำนวนมากจะไปจับกับ CB1 receptor ที่ระบบทางเดินอาหาร ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยอาบน้ำอุ่นจะทำให้เส้นเลือดบริเวณผิวหนังขยายตัว THC จะเคลื่อนไปอยู่บริเวณผิวหนัง ทำให้อาการปวดท้องคลื่นไส้อาเจียนลดลง ภาวะแทรกซ้อนจาก Cannabinoid Hyperemesis Syndrome ได้แก่ Dehydration, Electrolyte imbalance, Esophageal rupture, Cardiac arrhythmia, Precipitate diabetic ketoacidosis

4. พิษต่อระบบหลอดเลือดสมอง

- กลุ่มอาการหลอดเลือดสมองหดชั่วคราว (Reversible Cerebral Vasoconstrictive Syndrome; RCVS) เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) ร้อยละ 40 จากกัญชาเป็นตัวกระตุ้นให้เกิด ร้อยละ 32 จากสารที่ทำให้หลอดเลือดตีบอื่นๆ (cocaine, ergots, nicotine) การวินิจฉัยยืนยันด้วยการตรวจ CTA หรือ MRI

- การใช้กัญชาที่มี THC เป็นเวลานาน มีโอกาสเกิด transient cerebral vasospasm ของเส้นเลือดสมองส่งผลให้เกิด cerebral ischemia ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปวดศีรษะรุนแรงมาก (thunderclap headache) ในลักษณะเป็นๆ หายๆ มีรายงานพบ seizure, TIA, neurological deficit, คลื่นไส้อาเจียนได้

- ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ subarachnoid hemorrhage (SAH), intracranial hemorrhage และเสียชีวิตได้

3.5 อาการและอาการแสดงของผู้ที่เสพกัญชา (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, ม.ป.ป.)

ระยะแรกของการเสพ ฤทธิ์ของกัญชาจะกระตุ้นประสาททำให้ร่าเริง หัวเราะง่าย ช่างพูด อยากอาหารกระหายน้ำ หัวใจเต้นเร็ว ตื่นเต้นง่าย ส่งเสียงดัง กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนเปลี้ยและทำงานไม่ประสานกันคล้าย คนเมาเหล้าอย่างอ่อนๆและหลังจากนั้นจะเริ่มง่วงนอน ซึม เห็นภาพลวงตา ภาพหลอน หายใจถี่ ตกใจง่าย วิตกกังวล บางรายคลื่นไส้อาเจียน ความคิดสับสน เพ้อคลั่ง

3.5.1 อาการตาแดง คออักเสบ คอแห้ง เหงื่อออกมาก และกัญชาทำให้เพิ่มการขับน้ำในร่างกายผู้เสพซึ่งทำให้ผู้เสพกัญชาหิวน้ำและต้องการของหวานๆ มากทำให้กินอาหารจุ

3.5.2 มีอาการสั่นของกล้ามเนื้อ มือสั่น เท้าสั่น ทรงตัวไม่อยู่มีอาการผิดปกติทางสายตา ขาดการควบคุมนเอง ซึ่งมีอันตรายอย่างยิ่งถ้าผู้เสพกัญชาขับรถยนต์หรือเดินในท้องถนน

3.5.3 มีอาการเวียนศีรษะอย่างแรง หูอื้อ มีเสียงในหู ม่านตาขยายกว้างขึ้น มักอยู่ไม่สุขพูดพล่าม หัวเราะลั่น เอะอะ หรือแสดงตลกต่างๆ มีความรู้สึกต่อความเจ็บปวดและประสาทสัมผัสไวมากขึ้น

3.5.4 มีอาการความดันเลือดสูง อัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้น ทำให้อุณหภูมิในร่างกายลดต่ำ มือเท้าเย็นและกัญชามีส่วนทำให้เปลี่ยนระดับน้ำตาลในเส้นเลือดด้วย

3.5.5 มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องเดิน ตื่นเต้น กระสับกระส่ายหายใจไม่สะดวก ทำการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายได้พร้อมกันได้ยาก

3.5.6 มีอาการทางความคิดสับสนการตัดสินใจและสมาธิเสีย อารมณซึมเศร้า คุมสติไม่อยู่เกิดอาการเป็นโรคจิตขึ้นได้ อาการต่างๆเหล่านี้อาจจะมีอยู่เป็นเวลาหลายชั่วโมงหรือหลายสัปดาห์ก็ได้ ดังนั้นผู้เสพกัญชาเป็นประจำจึงมักหลีกเลี่ยงอาการเสื่อมทางจิตไม่พ้นจนกลายเป็นโรคจิตในที่สุด

3.6 การวินิจฉัยการเสพติดกัญชา

การวินิจฉัยผู้ที่มีปัญหาจากการเสพกัญชานิยมใช้เกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) Cannabis use disorder (CUD) เป็นภาวะที่เสพกัญชาจนเกิดปัญหา ซึ่งจะเข้าได้กับเกณฑ์อย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไปภายใน 12 เดือน (ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช, 2565)

1. มีการเสพกัญชาในปริมาณที่มากหรือระยะเวลานานกว่าที่ตั้งใจไว้
2. มีความพยายามที่จะลดหรือหยุดการเสพกัญชานั้นแต่ไม่สามารถทำได้
3. ใช้เวลามากในการหากัญชา เสพกัญชา และการฟื้นตัวจากฤทธิ์กัญชา
4. มีอาการอยากหรือความต้องการรุนแรงที่จะเสพกัญชา
5. มีการเสพกัญชาบ่อยจนไม่สามารถจัดการกับกิจวัตรประจำวัน ทั้งที่ทำงาน บ้าน หรือโรงเรียน
6. ยังคงมีการเสพกัญชาอย่างต่อเนื่องแม้จะเกิดปัญหาด้านสังคมหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เกิดจากการเสพกัญชาอยู่บ่อยครั้ง
7. ต้องยกเลิกกิจกรรมที่สำคัญในด้านสังคม งานอาชีพ หรือกิจกรรมสัณทนาการเพราะการเสพกัญชา
8. มีการเสพกัญชาในภาวะที่อาจเกิดอันตรายต่อร่างกายอยู่บ่อยครั้ง
9. มีการเสพกัญชาอย่างต่อเนื่องแม้จะทราบว่าการเสพกัญชาจะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตหรือทำให้ปัญหานั้นรุนแรงขึ้น
10. มีอาการดื้อยาตามคำจำกัดความดังนี้
    a. ต้องเสพกัญชาในปริมาณที่เพิ่มขึ้นมากเพื่อให้ได้ผลที่ต้องการ
    b. เสพกัญชาเท่าเดิมแต่ฤทธิ์ลงชัดเจน
11. อาการถอนพิษยา ซึ่งมีอาการดังต่อไปนี้
    a. มีอาการถอนพิษยาจากกัญชา
    b. การเสพกัญชา (หรือสารที่ออกฤทธิ์คล้ายคลึง) สามารถบรรเทาหรือทำให้อาการถอนพิษยาจากกัญชาหายไป

การวินิจฉัย CUD

1 ข้อหรือน้อยกว่าไม่ถือว่ามีปัญหาการเสพติด

2-3 ข้อ ถือว่ามีปัญหาการเสพติดแบบรุนแรงต่ำ

4-5 ข้อ ถือว่ามีปัญหาการเสพติดแบบรุนแรงปานกลาง

ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป ถือว่ามีปัญหาการเสพติดแบบรุนแรงสูง

3.7 การบำบัดรักษาผู้ติดกัญชา

การรักษาที่เป็นแนวทางแรก (first line) ควรจะเป็นการรักษาในรูปแบบการรักษาทางจิตสังคมมากกว่าการรักษาด้วยยา ถึงแม้ว่ายังไม่มีการทดลองทางคลีนิค (clinical trials) ที่มีการเปรียบเทียบการรักษาทางจิตสังคมในรูปแบบต่างๆ แต่ก็พบว่าการรักษาทางจิตสังคมเป็นการรักษาที่มีประสิทธิผล ส่วนการรักษาโดยการให้ยายังมีผลการทดลองที่ยังไม่เป็นที่แน่ชัดและข้อมูลหลักฐานยังไม่เพียงพอในการรองรับถึงประสิทธิผลในการรักษาที่เพียงพอ (ชาญชัย ธงพานิช, 2562) สอดคล้องกับคำแนะนำสำหรับการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการเสพกัญชาที่นายแพทย์ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจุบันการใช้ จิตสังคมบำบัด (Psychotherapy) และกระบวนการอื่นๆ เช่น การบริหารตามสถานการณ์ (Contingency management) , ชุมชนบำบัด (TC) , การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy (MET), การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self-Health Group) ก็สามารถใช้ได้กับผู้ที่มีปัญหาการเสพกัญชาได้เช่นกัน โดยพบว่าปัจจุบันการบำบัดที่ได้ผลดีมาก คือ วิธีการผสมผสานระหว่าง การบำบัดด้านการรู้คิด การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการจัดการรายกรณี

ส่วนการบำบัดด้วยยา พบว่ายังไม่มียาที่สามารถใช้รักษาอาการถอนพิษกัญชาได้อย่างปลอดภัยหรือมีประสิทธิภาพดีพอ แต่อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาว่า กาบาเพนติน (Gabapentin) เป็นยาที่ช่วยลดอาการถอนพิษกัญชาได้ ในขณะที่ เอ็นอซิติลซิสเตอีน (N-acetylcysteine) สามารถช่วยลดความอยากกัญชาได้บางส่วน ถ้าหากจะนำ Gabapentin มารักษาผู้ป่วยเสพติดกัญชาจะพบอาการข้างเคียงได้บ่อย คือ มึงงง วิงเวียน อ่อนล้า จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงประโยชน์เมื่อเทียบกับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาผู้ติดกัญชาด้วยสารทดแทนกัญชา คือ Nabilone หรือ Dronabinol พบว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยเสพติดกัญชาได้ แต่ยังต้องมีการวิจัยยืนยันเพิ่มเติมมากขึ้น หากจะต้องนำมาใช้จริงในคน (ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช, 2565)

4. กัญชากับโรคทางจิตเวช

โรคจิตเป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง โดยการทดสอบความเป็นจริงเสียไป (impaired reality testing) หากเกิดโดยไม่มีสาเหตุและเป็นระยะเวลานานจะเรียกว่า โรคจิตเภท (schizophrenia) ซึ่งจะพบได้ ประมาณร้อยละ 0.3 - 0.7 ของประชากรทั่วไป ภาวะโรคจิตจะประกอบด้วยการมีความคิด พฤติกรรม และสภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติ จนไม่สามารถทำงานหรือเข้าสังคมได้ตามปกติ โดยจะมีอาการต่าง ๆ เหล่านี้อย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่ ความเชื่อหลงผิด (delusions) ประสาทสัมผัสหลอน (hallucinations) การพูดไม่เป็นระบบระเบียบ (disorganized speech) พฤติกรรมไม่เป็นระบบระเบียบ (grossly disorganized behavior) หรือพฤติกรรมคาทาโทนิก (catatonic behavior) และอาการด้านลบ (negative symptoms) ผู้ที่ใช้สารเสพติดนั้นจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิต จากการใช้สาร (substance/ medication - induced psychotic disorder) โดยพบการใช้กัญชาในผู้ที่มีอาการโรคจิตครั้งแรกในชีวิตได้สูงถึงร้อยละ 33.758 จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ากัญชาจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอาการโรคจิต และเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) ได้ (Karila L, Roux P, Rolland B, Benyamina A, Reynaud M, Aubin HJ, et al, 2014)

การใช้กัญชาอย่างต่อเนื่อง การใช้กัญชาในปริมาณมาก และการเริ่มต้นใช้กัญชาตั้งแต่อายุน้อย จะส่งผลให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะสมองส่วนที่มี cannabinoid receptors จำนวนมาก เช่น สมองส่วน ฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ สมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการตัดสินใจและวางแผน สมองส่วนอะมิกดาลา (amygdala) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์โดยเฉพาะความวิตกกังวล หวาดระแวง กลัว และสมองส่วนหลัง (cerebellum) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัว โดยการเปลี่ยนแปลงของสมองส่วนต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาดังกล่าว สามารถพบการเปลี่ยนแปลงทั้งในส่วนของกระบวนการสร้างและเผาผลาญกลูโคส ความเร็วในการไหลเวียนเลือดในสมอง ปริมาตรของน้ำไขสันหลังในช่องสมองเวนตริเคิล (ventricular cerebrospinal fluid, CSF) และความหนาแน่นของสมองเนื้อสีเทา (gray matter) และสมองเนื้อสีขาว (white matter) นอกจากนี้ ยังมีรายงานถึงรูปแบบการทำงานของสมองส่วน posterior cingulate ในผู้ใช้กัญชาที่เกิดโรคจิตเวช โดยพบว่ามีอัตราการสร้างและเผาผลาญที่เปลี่ยนแปลงไปในรูปแบบเช่นเดียวกันกับการเกิดโรคจิตเวชที่ไม่ได้เกิดจากการใช้กัญชา เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคไบโพล่าร์ที่มีอาการโรคจิต (bipolar disorder with psychosis) เป็นต้น (รัศมน กัลป์ยาศิริ และ สกล ศรีสุขล้อม, 2563)

นักวิจัยกล่าวว่าการสูบกัญชาที่มีกลิ่นเหม็นอย่างรุนแรง อาจเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง รายงานการวิจัยฉบับนี้ได้รับการเปิดเผยในวารสารทางการแพทย์ เดอะแลนเซต ในหมวดจิตเวชศาสตร์ (the Lancet Psychiatry) เมื่อเดือนมีนาคม 2019 ด้วยการศึกษาในเมืองต่าง ๆ ในยุโรป โดยพบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ประมาณ 1 ใน 10 คน ที่อาจเชื่อมโยงกับการใช้กัญชาที่มีความเข้มข้นสูง โดยเฉพาะในกรุงลอนดอนของอังกฤษและกรุงอัมสเตอร์ดัมของเนเธอร์แลนด์ ซึ่งพบว่า มีความเสี่ยงสูงกว่า

เนื่องจากกัญชาส่วนใหญ่ที่วางขายนั้นมีความเข้มข้นสูงมาก การศึกษายังระบุอีกด้วยว่า การใช้กัญชาทุกวันยังทำให้มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคจิตเวชมากขึ้น (มิเชลล์ โรเบิร์ต, 2024) ในประเทศไทยมีการศึกษาผลของการใช้กัญชาซึ่งพบว่ากัญชาจะมีฤทธิ์รบกวนการทำงานของเซลล์สมอง และสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการและโรคทางจิตเวชได้มากมาย เช่น วิตกกังวล ย้ำคิด หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ประสาทหลอน อารมณ์แปรปรวน ก้าวร้าว ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย หลงลืม ไม่มีสมาธิ สมองเสื่อม โดยเฉพาะผู้ที่ใช้ตั้งแต่วัยเด็กและวัยรุ่น (เจษฎา ทองเถาว์, 2561)

จากการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่า ผู้ป่วยเสพติดกัญชามีความชุกในการเกิดโรคทางจิตเวช (psychiatric disorder) คิดเป็นร้อยละ 91.5 ในจำนวนนี้ โรคที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคจิต (psychotic disorder) คิดเป็นร้อยละ 83.7 รองลงมาคือ โรควิตกกังวล (anxiety disorder) และ โรคทางอารมณ์ (mood disorder) คิดเป็นร้อยละ 64.9 และ 56.1 ตามลำดับ (ณรงค์ ศิลปะสะคราญ และ นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของ Royal College of Psychiatrists, 2018 ที่พบว่า การใช้กัญชามีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต เมื่อเสพกัญชาเป็นเวลานานจึงมีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตเวช และผู้ใช้กัญชาอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวช ทั้งโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าระยะเวลาการใช้กัญชามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค อารมณ์แปรปรวน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ป่วยที่เสพติดกัญชาระยะเวลานานกว่า 5 – 10 ปี จะเกิดโรคทางอารมณ์มากถึงร้อยละ 67.9 ด้านปริมาณการใช้กัญชาต่อวัน พบว่าผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่ใช้กัญชามากกว่า 20 บ้องต่อวันจะเกิดโรคจิตมากถึงร้อยละ 89.4 ซึ่งมากกว่าการใช้กัญชา ในปริมาณน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านความถี่ในการใช้กัญชาต่อวัน พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิต โรควิตกกังวลและโรคจิตเวช โดยผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่ใช้กัญชา 4 – 10 ครั้งต่อวันจะเกิดโรคจิตและโรควิตกกังวลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.7 และ 61.7 ส่วนผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เสพกัญชาวันละ 1 – 3 ครั้ง จะเกิดโรคจิตเวชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.5 ผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติดตั้งแต่อายุยังน้อยมีโอกาสเกิดอาการทางจิต และโรคจิตเวชได้เร็วกว่าผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่เริ่มใช้ยาเสพติดเมื่ออายุมากขึ้น (Siri H, 2016)

สรุป การใช้กัญชามีผลเสียต่อระบบประสาทและสมอง แม้จะยังไม่เป็นที่ประจักษ์ว่ากัญชาก่อให้เกิดอาการทางจิต แต่ก็มีรายงานการศึกษาที่บ่งบอกว่ากัญชาเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตที่รุนแรง และอาจมีปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น

5. การจำแนกโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับกัญชาตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-11 ขององค์การอนามัยโลก

Cannabis-induced psychotic disorder มีลักษณะคือ มีอาการโรคจิต ที่เกิดขึ้นระหว่างหรือไม่นานหลังจากเมาหรือถอนพิษกัญชา เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ความคิดไม่เป็นระบบ (disorganized thinking) พฤติกรรมที่เห็นได้ชัดว่าแปลกพิกลคาดเดาไม่ได้ (disorganized behavior) โดยความรุนแรงและระยะเวลาของอาการเป็นมากเกินกว่าอาการความผิดปกติของการรับรู้ ความคิด หรือพฤติกรรมคล้ายโรคจิตที่พบได้ในภาวะเมากัญชาหรือภาวะถอนพิษกัญชา ปริมาณ และ ระยะเวลาที่ใช้กัญชาต้องมากพอที่จะทำให้เกิดอาการโรคจิตได้ และอาการเหล่านี้อธิบายไม่ได้ด้วยโรคจิตเวชหลักอื่น ๆ ได้แก่ โรคจิตเภทหรือความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการโรคจิต (พรจิรา ปริวัชรากุล, 2565)

6. ความผิดปกติทางจิตด้านความคิด

ผู้ป่วยจิตเวชมักมีความผิดปกติทางด้านความคิด ซึ่งเป็นผลให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออกผิดปกติไปด้วย ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ (รัชดาภรณ์ ใจอ้าย, ม.ป.ป.)

6.1 ความผิดปกติของรูปแบบความคิด (Disorder in form of thought)

6.1.1 ความคิดแบบรูปธรรม (Concrete thinking) คือความคิดที่มีทุกงานเป็นไปตามความรู้สึก ในแง่การรับรู้ที่เกิดขึ้นด้านวัตถุอย่างเดียว โดยไม่สามารถรับรู้หรือเข้าใจในเรื่องสัญลักษณ์ หรือไม่มีความคิดอิสระที่อาจคิดได้นอกเหนือจากข้อเท็จจริงที่รับรู้อยู่เฉพาะหน้าคือ ไม่เป็นความคิดแบบนามธรรม (Abstract thinking)

6.1.2 ความคิดหมกมุ่นในเรื่องตนเอง (Autistic thinking) เป็นความคิดส่วนต้นทีเกิดขึ้นในโลกของตนเอง มักเป็นความคิดที่เพ้อฝัน หรือเป็นไปตามความหลงผิดหรือประสาทหลอน

6.1.3 ความคิดเพ้อฝัน (Magical thinking) เป็นความคิดแบบเด็กๆซึ่งยังไม่เข้าใจในเหตุผลหรือความเป็นจริง จึงคิดว่ายิ่งมีอำนาจอภินิหารหรือสิ่งลี้ลับในโลก จะปัดเป่าส่งที่กลัวหรือกังวลออกไปได้

6.2 ความผิดปกติของกระแสความคิด (Disorder of stream of thought)

6.2.1 ความคิดกระจัดกระจาย (Flight of idea) เป็นการเพิ่มอัตราความเร็วของความคิด เพราะมีความคิดมากมายหลั่งไหลออกมาแสดงออกโดยการพูดมาก พูดเร็ว พูดเรื่องหนึ่งยังไม่จบก็ไปต่ออีกเรื่องหนึ่ง

6.2.2 ความคิดช้า (Retardation of thought) อัตราความคิดที่มีต่อเนื่องนั้นช้ากว่าปกติ ทำให้พูดช้า ตอบคำถามช้า เสียงเบา ความจำไม่ดี ตัดสินใจไม่ได้หรือคิดไม่ออก

6.2.3 ความคิดหยุดชะงัก (Thought blocking) กระแสความคิดหยุดชะงักเพราะมีเรื่องอื่นเข้ามา เช่น การคิดอยู่นั้นเกิดมีอาการประสาทหลอนเป็นเสียงเข้ามา จึงทำให้ความคิดที่กำลังคิดอยู่หยุดชะงักลง

6.2.4 ความคิดว่างเปล่า หรือไม่มีความคิด (Emptiness and poverty of idea) เป็นความคิดที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภท การที่ไม่มีความคิดนั้นเป็นเพราะหมกมุ่นกับเรื่องอื่นที่ไม่ชัดเจน ตนเองก็ไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นเรื่องอะไร มักเป็นเรื่องภายในจิตไร้สำนึก ผู้ป่วยมักบอกว่าคิดไม่ออก สมองไม่มี หรือ ไม่มีความคิด

6.3 ความผิดปกติด้านเนื้อหาความคิด (Disorder of content of thought)

6.3.1 ความคิดจากอารมณ์ (Overdetermined ideas) เป็นความคิดที่ถูกกำหนดจากอารมณ์มากกว่าเหตุผล เป็นเรื่องที่กระทบอารมณ์ จึงมองไม่เห็นเหตุผล

6.3.2 ย้ำคิด (Obsessive) เป็นการคิดซ้ำๆเรื่องเดิม ไม่สามารถหาเหตุผลอื่นเข้ามาช่วยไม่ให้คิดได้

6.3.3 ความกลัว (Phobia) คิดกลัวต่อเหตุการณ์หรือวัตถุรุนแรงเกินกว่าเหตุ ไม่สมเหตุสมผล เช่น กลัวที่แคบ กลัวผลไม้ ความกลัวมักเกิดขึ้นซ้ำๆ

6.3.4 ความคิดหลงผิด (Delusion) เป็นความผิดปกติของความคิด ซึ่งผู้ป่วยมีความเชื่ออย่างสนิทใจในเรื่องที่ไม่เป็นจริง ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการใช้เหตุผล ความคิดหลงผิดมีหลายชนิด ได้แก่

- Delusion of Erotomanic หลงผิดว่าบุคคลอื่นหลงรักตนเองหรือเป็นคู่รักตนเอง
- Delusion of Grandiose หลงผิดว่ามีความสามารถเกินความเป็นจริง มีคุณค่า มีอำนาจ มีความรู้สูง มีทรัพย์สินเงินทองมาก หรือมีความสัมพันธ์พิเศษกับบุคคลสำคัญ
- Delusion of Jealousy หลงผิดคิดว่าคู่ของตนเองนอกใจ
- Delusion of Persecutory หลงผิดคิดว่าตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดถูกปองร้าย
- Delusion of Somatic คิดว่าร่างกายมีความผิดปกติ หรือป่วยเป็นโรคบางอย่าง เช่น มะเร็ง
- Delusion of alien control หลงผิดคิดว่ามีอำนาจภายนอกควบคุมความคิดและการกระทำของตนเอง
- Delusion of guilt หลงผิดคิดว่าตนเองทำความผิดอย่างมากและสมควรถูกลงโทษ
- Delusion of nihilistic หลงผิดคิดว่าอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของตนเองหายไป
- Delusion of broadcasting คิดว่าผู้อื่นล่วงรู้ความคิดของตนเอง

- Delusion of withdrawal คิดว่าความคิดของตนเองหยุดชะงักเหมือนสมองว่างเปล่าไปโดยกะทันหัน

- Delusion of insertion คิดว่าความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ความคิดของตนเอง เช่น คิดว่าคนอื่นพูดเรื่องตน

- Delusion of reference หลงผิดคิดว่าเหตุการณ์รอบตัวมีความหมายเกี่ยวข้องกับตนเอง

6.4 การรักษาผู้ป่วยโรคหลงผิด

ควรเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา การใช้จิตบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับว่ามีปัญหาในระดับหนึ่ง เป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมกินยาและรับการรักษาต่อไป ยารักษาโรคจิตช่วยลดอาการหลงผิดของผู้ป่วยได้ และเมื่อใช้ร่วมกับจิตบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลที่สุดในปัจจุบันการให้ครอบครัวบำบัด (Family therapy) ช่วยให้คนในครอบครัว เกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้สภาพจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งเป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยด้วย

7. ความผิดปกติทางจิตด้านการรับรู้

การรับรู้คือกระบวนการที่บุคคลได้รู้ ได้เรียนรู้สิ่งต่างๆซึ่งอยู่รอบตัวและในตัวตนของตนเองโดยอาศัยประสาทสัมผัสคือการเห็น การรับรู้ การได้ยิน การสัมผัส และการได้กลิ่น โดยการรับรู้จากสิ่งเร้าจะส่งไปที่สมองและแปลความหมายตามประสบการณ์ที่ผ่านมา แยกแยะสิ่งต่างๆได้อย่างละเอียด แต่คนที่มีความผิดปกติทางจิต เรามักพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ร่วมด้วย ซึ่งส่งผลให้กระบวนการรับรู้ตามความเป็นจริงเสียไป

ชนิดของความผิดปกติด้านการรับรู้

1. การแปลผิด (Illusion) ความผิดปกติของการรับรู้ที่บุคคลตีความหมายหรือแปลความของสิ่งกระตุ้นผิดจากความเป็นจริง หรือการเปลี่ยนสิ่งที่เห็น สิ่งที่ได้ยิน ได้กลิ่น ได้รับรส และได้สัมผัสนั้นเปลี่ยนไปจากความเป็นจริงเช่นเห็นสายน้ำเกลือเป็นงู ได้ยินเสียงลมเป็นเสียงปีศาจร้องโหยหวน ได้กลิ่นน้ำหอมเป็นกลิ่นศพ ทานน้ำเปล่าแล้วบอกว่าเผ็ด อาบน้ำแล้วรู้สึกร้อนเหมือนไฟคลอก เป็นต้น

2. อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้สิ่งต่างๆตามประสาทรับรู้ของคนเรา ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส โดยที่ไม่มีสิ่งนั้นจริง ๆ เช่น หูแว่ว ภาพหลอน โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าจากภายนอก ลักษณะเช่นนี้มีกพบในระยะโรคกำเริบ เมื่อโรคทุเลาอาการก็จะหายไป

ชนิดของอาการประสาทหลอน

1.1 Auditory Hallucination ประสาทหลอนทางการได้ยินหรือหูแว่ว เป็นประสาทหลอนชนิดที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต เช่น เป็นเสียงคนพูดกับตัวเขา ดุว่า ข่มขู่ สั่งให้ทำตาม โดยทั่วไปสิ่งที่ได้ยินจะเป็นเสียงในด้านไม่ดีเสียมากกว่า สิ่งที่ได้ยินนอกจากจะเป็นเสียงคนซึ่งพบได้บ่อยแล้วยังอาจเป็นเสียงอื่นๆ เช่น เสียงระฆัง เสียงนาฬิกา เสียงคนเคาะโต๊ะซึ่งพบได้ไม่บ่อยนัก

1.2 Visual Hallucination ประสาทหลอนทางการมองเห็น หรือ ภาพหลอน จะเห็นเป็นภาพคนมาคุยด้วย เห็นสายลับมาติดต่อ เห็นบุคคลสำคัญต่างๆมาหา เห็นภูตผีปีศาจ โดยส่วนใหญ่แล้วจะเห็ณภาพพร้อมกับได้ยินเสียงมักจะเกิดจากการใช้สารกระตุ้นประสาทหรืออาการขณะหยุดสุรากระทันหัน

1.3 Tactile Hallucination ประสาทหลอนด้านการสัมผัส ผู้ป่วยมักรู้สึกผิดปกติจากการรับสัมผัสทางผิวหนัง เช่น รู้สึกมีแมลงมาไต่ตามตัว รู้สึกร้อนเป็นไฟเพราะคิดว่าตัวเองถูกไฟไหม้

1.4 Olfactory ประสาทหลอนทางการได้กลิ่น ผู้ป่วยมักได้กลิ่นที่ผิดปกติที่ไม่มีอยู่จริงในขณะนั้น เช่นได้กลิ่นเหม็นเน่า กลิ่นหอมกลิ่นศพ กลิ่นแก๊ส กลิ่นเหม็นไหม้

1.5 Gustatory Hallucination ประสาทหลอนทางการรับรส ผู้ป่วยมักมีความรู้สึกถึงรสชาติต่างๆในปาก โดยที่ไม่ได้ทานอาหาร เช่น รู้สึกขมในปากในลิ้น รู้สึกร้อนในปากและลิ้น

การรักษาภาวะทางจิตเวช

ภาวะทางจิตเวชที่สามารถเกิดได้ในช่วง cannabis intoxication ได้แก่ psychotic symptoms, panic attacks, anxiety symptoms (กรมการแพทย์, 2565)

1. อาการโรคจิต (Psychotic symptoms) ได้แก่ อาการประสาทหลอน สับสน วุ่นวาย พิจารณาให้ยาต้านโรคจิต (antipsychotics) เช่น haloperidol 2-5 mg หรือ risperidone 2-4 mg ชนิดกิน หรือถ้าอาการรุนแรง พิจารณาให้ haloperidol 5 mg IM

- ในกรณีที่วุ่นวายพิจารณาให้ sedation ด้วย benzodiazepine เช่น diazepam 5-10 mg IV หรือ IM
- ผูกมัด (physical restrained) เมื่อผู้ป่วยมีท่าทีควบคุมตนเองไม่ได้ หรือก้าวร้าว
- จัดบรรยากาศลดสิ่งกระตุ้น เช่น ย้ายไปมุมที่เงียบหรือคนไม่พลุกพล่าน
- เฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น
- หากควบคุมอาการไม่ได้ ให้พิจารณาปรึกษาจิตแพทย์

2. อาการตื่นตระหนก วิตกกังวล (Panic attacks, anxiety symptoms)

- พิจารณาให้ lorazepam 2 mg, diazepam 5 mg ชนิดกิน ให้ช่วงสั้นๆ
- ให้ข้อมูลอาการที่เป็นเพื่อลดความตื่นตระหนก (reassure)
- จัดบรรยากาศลดสิ่งกระตุ้น
- ถ้ามีอาการเหนื่อยง่าย ให้ตรวจแยกสาเหตุระบบหัวใจและการหายใจด้วย

8. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต

8.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ถูกคิดค้นโดย ซิกมันด์ ฟรอยด์ เป็นจิตแพทย์ชาวเวียนนิส ทฤษฎีได้เป็นที่ยอมรับมากมาย ซึ่งมีแนวคิดต่างๆเกี่ยวกับปัญหาด้านจิตใจที่พัฒนาตามมาอีกมากมาย ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เป็นส่วนที่จะช่วยให้เราเข้าใจปรากฏการณ์ต่างๆของจิตใจได้เป็นอย่างดี (มาโนช หลอ่ ตระกูล, 2554)

ทฤษฎีพื้นฐาน จิตใจของคนเราสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับตามการรับรู้ ได้แก่

1. **จิตสำนึก (The conscious)** เป็นส่วนของจิตใจที่คนเรารู้สึกนึกคิดอยู่ในแต่ละขณะ
2. **จิตก่อนสำนึก (The preconscious)** เป็นส่วนของจิตใจที่ตามปกติแล้วเราไม่ได้ตระหนักถึงแต่หากใช้ความตั้งใจก็จะขึ้นมาสู่จิตสำนึกได้ เช่น การพยายามนึกถึงเหตุการณ์บางอย่างในอดีต
3. **จิตไร้สำนึก (The unconscious)** เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความต้องการที่อยู่ในส่วนลึกของจิตใจตามปกติไม่อาจขึ้นมาในระดับจิตสำนึกได้ อาจแสดงออกมาในความฝันหรือแสดงเป็นอาการต่างๆของผู้ป่วย ซึ่งจะเบี่ยงเบนไปจากความคิดหรือความต้องการดั้งเดิม

และฟรอยด์ยังได้แบ่งกระบวนการคิดออกเป็น 2 ลักษณะ

1. **กระบวนการคิดปฐมภูมิ (Secondary process)** เป็นกระบวนการคิดที่เราคุ้นเคยและใช้กันอยู่ในระดับจิตสำนึกและจิตก่อนสำนึก มีกระบวนการคิดเช่นนี้ เป็นมาเป็นการคิดที่ยึดเหตุผล มองสิ่งต่างๆตามความเป็นจริง เช่น คนเราบางครั้งผิดหวังและบางครั้งก็สมหวังหรือสิ่งที่ต้องการบางอย่างอาจต้องรอคอยบ้าง
2. **กระบวนการคิดแบบทุติยภูมิ (Primary process)** เป็นกระบวนการคิดในระดับจิตไร้สำนึก วิธีคิดเป็นแบบเด็กๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลไม่สนใจเรื่องเวลาหรือสถานที่ สิ่งที่ต้องการคือความสุขความสมหวัง ซึ่งหากต้องการก็จะต้องได้รับการตอบสนองทันทีจึงจะพอใจ โดยไม่คำนึงถึงผลตามมาว่าจะเป็นอย่างไร ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดได้แก่ การฝัน ซึ่งเหตุการณ์ทุกอย่างสามารถเกิดขึ้นได้ สิ่งที่อยู่แต่ละมิติคนละเวลาสามารถอยู่ด้วยกันได้ หากนึกคิดอะไรก็จะได้สิ่งนั้น

นอกจากการแบ่งจิตใจออกเป็น 3 ระดับแล้ว ฟรอยด์ยังแบ่งโครงสร้างของจิตใจออกตามหน้าที่เป็น 3 ส่วนด้วยกัน ได้แก่

2.1 Id เป็นส่วนที่อยู่ในจิตไร้สำนึกเท่านั้น เป็นแรงผลักดันตั้งแต่ดั้งเดิมของคนเราแบ่งออกเป็น แรงผลักดันทางเพศ (libidinal drive) และแรงผลักดันทางความก้าวร้าว (aggressive drive) การแสดงออกของ Id เป็นไปตามความต้องการพื้นฐาน (primary process) และ หลักความพึงพอใจ (pleasure principle)

2.2 Ego เป็นส่วนที่ทำหน้าที่ทั้ง 3 ระดับของจิตใจ โดยจะะควบคุม บริหารจัดการ ต่อแรงผลักดันต่างๆ ที่มามีปฏิสัมพันธ์กัน ทำหน้าที่ประนีประนอมระหว่างแรงผลักดันจาก Id กับระเบียบหรือข้อจำกัดจากสภาพเป็นจริงภายนอกและแรงต่อต้านจาก Super Ego โดยการทำหน้าที่เป็นไปตามกระบวนการคิดแบบทุติยภูมิ และหลักความเป็นจริง (reality principle)

2.3 Superego เป็นส่วนของจิตที่พัฒนาขึ้นมาในระยะ edipal แบ่งออกเป็นมโนธรรม (conscience) ซึ่งมีหน้าที่คอยตัดสินความคิด และการกระทำว่าถูกหรือผิด

กลไกการเกิดอาการ (Symptom Formation)

ปกติแรงผลักดันต่างๆภายในจิตใจและจากสิ่งแวดล้อม จะมีปฏิสัมพันธ์กันโดยตลอดไม่หยุดนิ่ง แรงผลักดันจาก id จะถูกต่อต้านโดย ego เนื่องจากหาความต้องการจาก id ได้ขึ้นสู่จิตสำนึกหรือแสดงออกโดยตรง อาจก่อให้เกิดผลเสียแก่บุคคลนั้นได้ ในบางขณะ superego จะเข้ามามีบทบาทร่วมด้วย แรงผลักดันที่มีลักษณะตรงข้ามกันเหล่านี้จะก่อให้เกิดความขัดแย้งขึ้นซึ่งอาจเป็นความขัดแย้งของโครงสร้างต่างๆภายในจิตใจหรืออาจเป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แต่เมื่อพิจารณาถึงต้นตอของความขัดแย้งต่างๆเหล่านี้จะพบว่ามีจุดเริ่มต้นมาจากความขัดแย้งระหว่าง id กับ ego ทั้งสิ้น ซึ่งเป็นจุดสำคัญในทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เราความขัดแย้งระหว่าง id กับ ego นี้ว่า ความขัดแย้งทางประสาท (neurotic conflict) เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้น จิตใจจะอยู่ในสภาพเสียสมดุล (disequilibrium) แรงผลักดันจาก id มีแนวโน้มจะพุ่งขึ้นสู่จิตสำนึก ภายใต้สถานการณ์นี้จะเกิดสัญญาณเตือนต่อ ego ในลักษณะของความรู้สึกวิตกกังวล (signal anxiety) ทำให้อีกโก้ต้องแก้ไขสถานการณ์โดยใช้กลไกทางจิต (defense mechanism) เข้ามาช่วย กลไกทางจิตที่ใช้เป็นลำดับแรกได้แก่การเก็บกด (repression) ถ้าสำเร็จความผลักดันจาก id รวมทั้งความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวเนื่องกับแรงผลักดันนี้จะถูกผลักกลับไปสู่จิตใต้สำนึกตามเดิม เกิดความสมดุลของจิตใจขึ้นใหม่ ในกรณีที่กลไกทางจิตแบบเก็บกดไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอเนื่องจากแรงกดดันจาก id รุนแรงมาก ego อ่อนแอลงในช่วงนั้นหรือมีปัจจัยภายนอกมาเสริมแรงผลักดันจาก id egoจะใช้กลไกทางจิตแบบอื่นๆเข้ามาช่วย เช่น การกระทำตรงข้ามกับความรู้สึก (Reaction formation) หรือ การโทษผู้อื่น (Projection) ลักษณะการแสดงออกเป็นไปในรูปแบบของการประนีประนอมกล่าวคือให้แรงผลักดันจาก id ได้ขึ้นสู่จิตสำนึกบางส่วนในรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้ความต้องการจากแรงผลักดันดั้งเดิมได้รับการตอบสนองบ้าง ในขณะเดียวกันก็ยังแสดงถึงแรงต่อต้านจาก ego ในรูปแบบของกลไกทางจิตที่เข้าข่ายอาการต่างๆของผู้ป่วยนั้นเป็นผลของแรงผลักดันจาก id ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

กลไกการป้องกันทางจิต (Defense mechanism)

กลไกการป้องกันทางจิต เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในระดับจิตไร้สำนึกที่บุคคลใช้เพื่อลดความวิตกกังวลเมื่อเผชิญปัญหา หรือขจัดความไม่สบายใจ ความทุกข์ใจ อันมีสาเหตุมาจากความกลัว ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ หรือความขัดแย้งที่ตนแก้ไขไม่ได้ หากบุคคลใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสมจนติดเป็นนิสัยจะมีแนวโน้มเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ กลไกทางจิตที่พบบ่อยมีดังนี้ (ศุกร์ใจ เจริญสุข, 2557; Videbeck, 2014 อ้างถึงใน จิราพร รักการ, ม.ป.ป)

1. การชดเชย (Compensation) เป็น การกระทำเพื่อลบล้างจุดบกพร่อง จุดอ่อน หรือปมด้อยของตน โดยการสร้างจุดเด่นทางอื่น ตัวอย่างเช่น คนที่เรียนไม่เก่งหันไปเอาดีทางด้านดนตรี

2. การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเป็นพฤติกรรม (Conversion) เป็นการเปลี่ยนความขัดแย้งในจิตใจเกิดเป็นอาการทางกาย ตัวอย่างเช่น เดินไม่ได้เพราะขาอ่อนแรงหลังจากถูกบังคับให้แต่งงาน

3. การปฏิเสธ (Denial) เป็นการปฏิเสธที่จะยอมรับบางสิ่งบางอย่างซึ่งเป็นความจริงโดยการเพิกเฉย เพราะการยอมรับความจริงทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ตัวอย่างเช่น ไม่ยอมรับผลการตรวจจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งจึงไปพบแพทย์ที่อื่นเพื่อให้ตรวจรักษาใหม่

4. การแทนที่ (Displacement) เป็นการถ่ายเทอารมณ์ที่มีต่อบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลอื่นหรือวัตถุสิ่งของอื่น โดยที่บุคคลหรือวัตถุสิ่งของนั้นไม่ได้เป็นตัวกระตุ้นอารมณ์แต่อย่างใด ตัวอย่างเช่น หลังจากถูกมารดาดุรู้สึกโกรธมากจึงหันไปขว้างแจกันของมารดาแตกกระจาย

5. การโทษตัวเอง (Introjection) เป็นการตำหนิ กล่าวโทษตนเองตัวอย่างเช่น เพราะตนเองดูแลน้องไม่ดีจึงทำให้น้องถูกรถชน

6. การโทษผู้อื่น (Projection) เป็นการโยนอารมณ์ ความรู้สึกที่รับไม่ได้ของคนเราภายในจิตไร้สำนึกไปยังอีกคนหนึ่งหรือเป็นการโยนความผิดให้ผู้อื่น ตัวอย่างเช่น นักเรียนสอบตกบอกว่าครูสอนไม่ดี

7. การแยกตัว (Isolation) เป็นการไม่ตอบสนองต่อการกระทำที่นำความคับข้องใจมาให้ จะแยกตัวออกจากสภาพการณ์นั้น ตัวอย่างเช่น เด็กคิดว่าพ่อแม่ไม่รักจึงขังตัวอยู่ในห้องคนเดียว

8. การถดถอย (Regression) เป็นการแสดงออกโดยการมีพฤติกรรมกลับไปสู่ในระดับพัฒนาการของจิตใจและอารมณ์ในระดับต้นๆ เกิดขึ้นเมื่อประสบภาวะความไม่มั่นคงทางจิตใจ ตัวอย่างเช่น เด็กที่แม่มีน้องใหม่กลับมามีพฤติกรรมปัสสาวะรดที่นอน

9. การเก็บกด (Repression) เป็นการเก็บกดอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดจากระดับจิตสำนึกไปสู่ระดับจิตไร้สำนึก เพื่อให้ลืมเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ ตัวอย่างเช่น เคยถูกน้าชายข่มขืนในวัยเด็กแล้วจำไม่ได้ว่าทำไมตนเองจึงเกลียดน้าชาย

10. การเก็บกด (ระดับจิตสำนึก) (Suppression) เป็นการลืมบางสิ่งบางอย่างโดยเจตนา มีลักษณะคล้ายกับ repression แต่เป็นกระบวนการขจัดความรู้สึกดังกล่าวออกไปจากความคิด และเกิดขึ้นโดยผู้กระทำมีความรู้ตัวและตั้งใจ ในขณะที่ repression นั้นไม่รู้ตัว ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยบอกพยาบาลว่ายังไม่พร้อมที่จะพูดเรื่องการทะเลาะกับสามี

11. การลบล้างความรู้สึกผิด (Undoing) เป็นการกระทำในสิ่งที่ดีเพื่อลบล้างความรู้สึกผิดที่เกิดจากการกระทำของตนเอง ตัวอย่างเช่น ผิดนัดกับเพื่อนจึงพาเพื่อนไปเลี้ยงข้าว

12. การอ้างเหตุผล (Rationalization) เป็นการหาเหตุผลที่สังคมยอมรับมาอธิบายพฤติกรรมต่างๆ ของตน เป็นการหาเหตุผลเข้าข้างตัวเองหรือเป็นการแก้ตัว

12.1. แบบองุ่นเปรี้ยว (Sour grape) เป็นการให้เหตุผลว่าสิ่งที่ตนเองต้องการแล้วไม่ได้นั้นเป็นสิ่งไม่ดี ตัวอย่างเช่น อยากเรียนแพทย์แต่สอบไม่ติดเลยบอกว่าอาชีพแพทย์ไม่ดีเรียนแล้วเครียด

12.2 แบบมะนาวหวาน (Sweet lemon) เป็นการหาเหตุผลมาสนับสนุนเมื่อตนเองต้องการสิ่งใดแล้วไม่สามารถหามาได้ โดยบอกว่าสิ่งที่ตนเองประสบหรือการกระทำของตนเป็นสิ่งที่ดีที่สุดแล้ว ตัวอย่างเช่น มีบ้านหลังเล็ก บอกว่าดีเพราะดูแลทำความสะอาดง่าย

13. การหาทางทดแทน (Sublimation) เป็นการปรับเปลี่ยนความรู้สึกหรือแรงผลักดันที่ไม่ดี ที่สังคมไม่ยอมรับ ไปเป็นวิธีการที่สังคมยอมรับ ซึ่งเป็นการลดความกดดันทางจิตใจไปในทางสร้างสรรค์ ตัวอย่างเช่น คนก้าวร้าวผันตัวเองไปเป็นนักมวย

14. การกระทำตรงข้ามกับความรู้สึก (Reaction formation) เป็นการที่บุคคลมีพฤติกรรมการแสดงออกตรงข้ามกับความคิดความรู้สึกที่แท้จริงของตน ตัวอย่างเช่น บอกเพื่อนร่วมงานว่าหัวหน้าเป็นคนดีทั้งที่ในใจเกลียดหัวหน้ามาก

15. การเลียนแบบ (Identification) เป็นการรับเอาความคิด ทัศนคติค่านิยม ลักษณะประจำตัวของบุคคลสำคัญในชีวิตหรือบุคคลที่นิยมชมชอบมาเก็บและจดจำไว้จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของตนเอง ตัวอย่างเช่น เด็กบอกพยาบาลว่า “โตขึ้นจะเป็นพยาบาลเหมือนพี่” หรือ การเลียนแบบครู การเลียนแบบดารา เป็นต้น

พัฒนาการทางบุคลิกภาพ (Psychosexual development)

ฟรอยด์ แบ่งพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลออกเป็น 5 ระยะ (Halter & Carson, 2010 อ้างถึงใน ศุกร์ใจ เจริญสุข, 2557) ดังนี้

1. ระยะปาก (Oral stage) อายุ 0-1 ปี เป็นช่วงที่เด็กจะมีความสุขอยู่กับการใช้ปากในการดูดไม่ว่าจะเป็นการดูดนมมารดา ดูดนิ้ว การกัด การเคี้ยว หรือนำสิ่งต่างๆ เข้าปาก หากมารดาเลี้ยงดูโดยให้ความรักความอบอุ่นอย่างเหมาะสม เด็กก็จะไว้วางใจมารดาและโลกภายนอกต่อไปในอนาคต แต่ถ้าหากมารดาไม่ตอบสนองต่อเด็กเวลาที่เด็กต้องการ เช่น หิว หรือขับถ่าย เด็กจะติดอยู่ที่ขั้นพัฒนาการนี้ โดยจะเป็นคนที่พึ่งพาผู้อื่น ต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่นตลอดเวลา หากมีการหยุดชะงักของพัฒนาการระยะปาก (Oral fixation) จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเช่น พูดมาก ช่างนินทา ก้าวร้าว กินจุบจิบ สูบบุหรี่ ถุยน้ำลาย เคี้ยวหมากฝรั่ง และกัดเล็บ เป็นต้น

2. ระยะทวารหนัก (Anal stage) อายุ 1-3 ปี เด็กเริ่มเรียนรู้ถึงแรงกดดันที่ต้องการจะขับถ่ายและเริ่มมีความสามารถที่จะควบคุมการขับถ่ายได้ หากบิดามารดามีการฝึกการขับถ่ายของเด็กได้อย่างเหมาะสม ไม่เข้มงวดเกินไป จะทำให้เด็กโตขึ้นเป็นคนที่มีความภาคภูมิใจในตนเอง แต่ถ้าหากบิดามารดาเข้มงวดในการฝึกการขับถ่ายมาก จะทำให้เด็กโตขึ้นเป็นคนเจ้าระเบียบ รักความสะอาดมากเกินไป ย้ำคิดย้ำทำ หากมีการหยุดชะงักของพัฒนาการระยะทวารหนัก (Anal fixation) จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น เจ้าระเบียบตรงต่อเวลา ขาดความยืดหยุ่น วิตกกังวล กลัวความผิดพลาด จนอาจกลายเป็นโรคย้ำคิดย้ำทำหรือกลายเป็นคนไร้ระเบียบในชีวิต เป็นต้น

3. ระยะพัฒนาการทางเพศ (Phallic stage) อายุ 3-6 ปี ในช่วงนี้เด็กจะให้ความสนใจทางด้านเพศมาก และเป็นระยะสำคัญที่เกิดปม oedipal complex ในเด็กผู้ชาย และ electra complex ในเด็กผู้หญิง โดยเด็กจะสนใจบิดามารดาเพศตรงข้าม เกิดการเลียนแบบทางเพศจากบิดาหรือมารดา เด็กชายรู้สึกผูกพันกับมารดาจึงพร้อมเลียนแบบอย่างบิดา เด็กหญิงรู้สึกผูกพันกับบิดาจึงพร้อมเลียนแบบอย่างมารดา เด็กที่ติดอยู่ที่ระยะนี้จะมีจินตนาการเกี่ยวกับการรักบิดามารดาเพศตรงกันข้ามและเป็นปรปักษ์กับบิดามารดาเพศเดียวกัน มีการแข่งขันกับบิดามารดาเพศเดียวกันเพื่อแย่งความสนใจจากบิดามารดาเพศตรงข้าม ทำให้ไม่สามารถเลียนแบบค่านิยม มโนธรรมได้ กลายเป็นคนไม่มีคุณธรรมจริยธรรม มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม หากมีการหยุดชะงักของระยะพัฒนาการทางเพศ (Phallic fixation) อาจทำให้มีการแสดงออกทางพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมหรือมีความผิดปกติในการสร้างอัตลักษณ์ทางเพศ เป็นต้น

4. ระยะแฝง (Latency stage) อายุ 6-12 ปี เป็นช่วงที่เด็กจะพัฒนาความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เป็นเพื่อนเพศเดียวกัน ถ้าหากในระยะนี้เด็กถูกบังคับให้อยู่ในระเบียบกฎเกณฑ์จากครอบครัวหรือจากโรงเรียนที่เข้มงวดมากเกินไปจะทำให้เกิดพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ เคร่งครัดเกินไป และไม่ยืดหยุ่นได้ หากมีการหยุดชะงักของพัฒนาการระยะนี้ จะเกี่ยวข้องกับการพัฒนาทักษะทางสังคมและเกิดปมด้อย

5. ระยะวัยเจริญพันธุ์ (Genital stage) อายุ 12 ปีขึ้นไป เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทางด้านเพศ ระดับฮอร์โมนที่สูงขึ้นทำให้แรงขับทางเพศกลับมาสูงขึ้นอีก มีการพัฒนาความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ เป็นระยะที่เด็กเริ่มต้องการความเป็นอิสระ ต้องการเป็นตัวของตัวเอง และมีการปรับเปลี่ยนตนเองให้เป็นที่ยอมรับจากสังคม หากมีการหยุดชะงักของพัฒนาการระยะนี้ จะเกี่ยวข้องกับการไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ลึกซึ้งที่พอใจกับผู้อื่นได้

8.2 ทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ (Biomedical model)

ทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ (Biomedical model) กำเนิดขึ้นปลายศตวรรษที่ 18 (ประมาณ ค.ศ. 1900) โดยยอดอล์ฟ ไมเออร์ (Adolf Meyer: 1866-1950) ซึ่งได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชว่ามีสาเหตุมาจากร่างกายและจิตใจ และอธิบายว่าบุคคลเป็นหน่วยรวมขององค์ประกอบด้านชีวภาพและจิตใจ การเจ็บป่วยทางจิตเป็นผลมาจากการมีพยาธิสภาพทางด้านชีวภาพและความล้มเหลวของการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม (ภัสรา ศิรินทร์ภาณุ, 2556 อ้างถึงใน จิราพร รักการ, ม.ป.ป.) ต่อมาในปี ค.ศ.1950 ได้มีกาค้นพบยา chlorpromazine (CPZ) สำหรับใช้รักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชการค้นพบนี้นับเป็นความท้าทายด้านจิตเภสัชบำบัด ภายหลังมีการค้นพบยารักษาอาการทางจิตอื่นๆที่ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางจิต อาการคุ้มคลั่ง อาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล รูปแบบชีวภาพทางการแพทย์จึงมุ่งเน้นไปที่ระบบประสาท สารเคมีในสมอง ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางพันธุกรรม เพื่อที่จะพยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับร่างกายที่มีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกและการรับรู้ (Halter, 2014 อ้างถึงใน จิราพร รักการ, ม.ป.ป.)

แนวคิดหลักของทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์

แนวคิดหลักของทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ (Wilson, 1996 อ้างถึงใน ศุกร์ใจ เจริญสุข, 2557) มีดังนี้

1. บุคคลมีความแปรปรวนทางด้านอารมณ์และจิตใจ คือ ผู้ที่เจ็บป่วยเช่นเดียวกับผู้ป่วยทางกายโรคอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง

2. สาเหตุการเจ็บป่วย เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมองโดยเฉพาะ limbic system และ synapse ในระบบประสาทส่วนกลาง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยประกอบด้วย สารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ที่มีมากหรือน้อยเกินไป การเปลี่ยนแปลงของจังหวะการทำงานของชีวภาพของร่างกาย เช่น วงรอบการหลับ-ตื่น (Sleep-wake cycle) และปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors)

3. ความเจ็บป่วยจะมีลักษณะของโรคและมีอาการแสดงที่สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวินิจฉัยและจำแนกโรคได้

4. โรคทางจิตเวชมีการดำเนินโรคที่แน่นอนและสามารถพยากรณ์โรคได้

5..โรคทางจิตเวชสามารถรักษาได้โดยการรักษาแบบฝ่ายกาย เช่น การรักษาด้วยยา

6. แนวความคิดที่ว่าโรคจิตมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางชีวภาพ ช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งลดเจตคติของสังคมที่ว่าการเจ็บป่วยทางจิตมาจากบุคลิกภาพที่อ่อนแอของบุคคลหรือจากการผิดศีลธรรมของบุคคล

สาเหตุของความผิดปกติทางจิต

1. พันธุกรรม (Genetic) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอ ความชุกของการเกิดความผิดปกติทางจิตเวช มีความสัมพันธ์กับประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะโรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) และโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) (ภัสรา ศิรินทร์ภาณุ, 2556) ตัวอย่างเช่น โรคจิตเภท ในบุคคลทั่วไปมีโอกาสเกิดเพียง ร้อยละ 1 ขณะที่ในฝาแฝดทั้งฝาแฝดเทียมและฝาแฝดแท้ มีโอกาสเกิดได้ร้อยละ 40 และ 65 ตามลำดับ (Cardno &

Gottesman, 2000 อ้างถึงใน ศุกร์ใจ เจริญสุข, 2557) สำหรับโรคอารมณ์สองขั้ว ในฝาแฝดมีอัตราการเกิดโรคได้ร้อยละ 40 ถึงร้อยละ 80 ในเครือญาติมีโอกาสเกิดได้ร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 10 ในขณะที่บุคคลทั่วไปมีโอกาสเกิดโรคเพียงร้อยละ 1.2 (Craddock, O'Dovovan & Owen, 2009 อ้างถึงใน ศุกร์ใจ เจริญสุข, 2557)

2. สารสื่อประสาท (Neurotransmitters) สารสื่อประสาทในสมองที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางจิต แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม (ภัสรา ศิรินทร์ภาณุ, 2556; Varchol & Raynor, 2009 อ้างถึงใน ศุกร์ใจ เจริญสุข, 2557) ดังนี้

2.1. Monoamines สารสื่อประสาท สำคัญ คือ dopamine มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวและการประสานงานของกล้ามเนื้อ และด้านอารมณ์ norepinephrine มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติของบุคคล และ serotonin โดย dopamine และ norepinephrine ที่มีมากเกินไปจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท (Schizophrenia) และแมเนีย (Mania) แต่หากมีน้อยเกินไปจะเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) และภาวะซึมเศร้า (Depression) ขณะที่ serotonin ที่มากเกินไปจะกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล แต่หากมีน้อยเกินไปจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า

2.2 Amino acid สารสื่อประสารทที่สำคัญคือ GABA (Gammaaminobytyric acid) ซึ่งทำหน้าที่ลดความตื่นเต้น ลดความวิตกกังวล หากพบว่ามีสารนี้น้อยจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทและแมเนีย

2.3 Neuropeptide สารสื่อประสาทที่สำคัญ คือ somatostatin neurotensin และ substance P ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และความเจ็บปวด

2.4 Cholinergics สารสื่อประสาทสำคัญ คือ acetylcholine มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ การจำ การควบคุมอารมณ์ การนอนหลับ และการตื่นตัว หากมีน้อยเกินไปจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า และหากมีมากเกินไปจะมีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) และความผิดปกติของความจำ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) (Townsend, 2009 อ้างถึงใน ภัสรา ศิรินทร์ภาณุ, 2556)

3. ความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของสมอง (Structure and functional of brain)

3.1 Cerebrum เป็นสมองส่วนที่มีขนาดใหญ่ที่สุด ทำหน้าที่สำคัญเกี่ยวกับการรู้สึกตัว การคิด การเคลื่อนไหว และการเรียนรู้ ประกอบด้วย 4 ส่วน (ภัสรา ศิรินทร์ภาณุ, 2556; Videbeck, 2014) ดังนี้

3.1.1 Frontal lobe ทำหน้าที่ควบคุมระบบการทำงานของความคิด การเคลื่อนไหวของร่างกาย ความจำ การแสดงออกทางอารมณ์ ความสามารถในการแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ หากมีความผิดปกติของสมองส่วนนี้จะสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท โรคสมาธิสั้น (Attention deficit hyperactivity disorder: ADHD) โรคสมองเสื่อม (Dementia) และการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ที่อ การย้ำทำ และการตัดสินใจเสีย เป็นต้น

3.1.2 Temporal lobe เป็นศูนย์กลางของรับรู้การได้กลิ่นและการได้ยิน รวมทั้งความจำ และการแสดงออกทางอารมณ์ หากมีความผิดปกติของสมองส่วนนี้อาจพบอาการเช่น หูแว่ว ความสนใจลดลง และหมกมุ่นเรื่องเพศมากขึ้น เป็นต้น

3.1.3 Parietal lobe เกี่ยวข้องกับการแปรผลการรับรส การสัมผัสรวมทั้งการอธิบายถึงสิ่งต่างๆ รอบตัว การคิดอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอน หากมีความผิดปกติของสมองส่วนนี้ อาจพบอาการ เช่น อนามัยส่วนบุคคลเปลี่ยนแปลงไป คิดคำนวณตัวเลขช้า และสมาธิไม่ดี เป็นต้น

3.1.4 Occipital lobe เกี่ยวข้องกับการใช้ภาษาและการมองเห็น หากมีความผิดปกติของสมองส่วนนี้อาจพบอาการ เช่น การเห็นภาพหลอน

3.2 Brainstem ประกอบด้วย midbrain, pons และ medulla oblongata หากมีความผิดปกติของสมองส่วนนี้อาจพบอาการมือสั่นในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

3.3 Cerebellum เป็นศูนย์กลางในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวและการทรงตัว รับข้อมูลจากส่วนของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อ ข้อต่อ อวัยวะ และส่วนประกอบอื่นๆของระบบประสาทส่วนกลาง การยับยั้ง dopamine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในบริเวณนี้เกี่ยวข้องกับอาการของโรคพาร์กินสันและโรคสมองเสื่อม

3.4 Limbic system ประกอบด้วย thalamus, hypothalamus, hippocampus และ amygdala โดย thalamus จะควบคุมการกระทำ ความรู้สึก และอารมณ์ hypothalamus จะเกี่ยวข้องกับการทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล เช่น อุณหภูมิของร่างกาย ควบคุมความอยากอาหาร การทำงานของต่อมไร้ท่อ ความต้องการทางเพศ เป็นต้น ส่วน hippocampus และ amygdala ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมสภาวะทางอารมณ์และความจำหากมีความผิดปกติของสมองระบบนี้อาจเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต เช่น การสูญเสียความจำ พร้อมกับการเกิดโรคสมองเสื่อมไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้และการแสดงพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น

4. พัฒนาการของเซลล์ประสาท (Neural development) ความผิดปกติของโครงสร้างสมองอาจมาจากการพัฒนาโครงสร้างระบบประสาทขณะอยู่ในครรภ์ โดยเฉพาะช่วง 20 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งความผิดปกตินี้อาจเกิดจากการติดเชื้อหรือจากภาวะแทรกซ้อนในระหว่างที่มารดาตั้งครรภ์หรือมารดาเสพสารเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ จะทำให้เกิดภาวะทารกติดแอลกอฮอล์ (Fetal alcohol syndrome) และนำไปสู่การมีภาวะปัญญาอ่อน (Mental retardation) ได้ (ภัสรา ศิรินทร์ภาณุ, 2556 อ้างถึงใน จิราพร รักการ, ม.ป.ป.)

8.3 ทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial theory)

อิริค เอช อิริคสัน (Erik H. Erikson: 1902-1982) ได้อธิบายถึงพัฒนาการทางจิตใจโดยยอมรับพัฒนาการทางจิตใจตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ แต่เน้นความสำคัญของปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นต่อพัฒนาการทางจิตใจ โดยเชื่อว่าบุคลิกภาพเป็นผลมาจากความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการแก้ไขข้อขัดแย้งเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในแต่ละช่วงชีวิตของบุคคล โดยแบ่งพัฒนาการของบุคลิกภาพ เป็น 8 ขั้นตอน ดังนี้

1. ความไว้วางใจหรือไม่ไว้วางใจ (Trust vs Mistrust) อายุ 0-18 เดือน การเลี้ยงดูที่มารดาสามารถตอบสนองความต้องการทางร่างกาย เช่น การให้นมและอาหารในเวลาที่เด็กรู้สึกหิว และสามารถตอบสนองความต้องการทางจิตใจด้วยความรักความอบอุ่นอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เด็กเกิดความไว้วางใจและสามารถแก้ไข internal crisis ในระยะแรกนี้ได้ และเด็กจะมีการพัฒนา basic trust คือ ความรู้สึกไว้วางใจผู้อื่นและเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งสามารถพึ่งพาผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

2. ความเป็นตัวของตัวเองหรือความละอายและสงสัยไม่แน่ใจ (Autonomy vs Shame and Doubt) อายุ 18 เดือน-3 ปี เป็นระยะที่เด็กสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวต่างๆรวมทั้งการขับถ่ายได้ดีและเริ่มต้องการความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) แต่ในขณะเดียวกันบิดามารดาเริ่มต้องการฝึกหรือควบคุมพฤติกรรมบางอย่าง การควบคุมอย่างเข้มงวดหรือเร็วเกินไปจะเกิดผลเสียต่อการพัฒนา internal control ของเด็กเอง หากบิดามารดาไม่สามารถควบคุมให้เด็กควบคุมตนเองได้ จะมีผลเสียต่อการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองของเด็ก การควบคุมอย่างเหมาะสมช่วยให้เด็กพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองได้โดยไม่เกิดความละอายหรือไม่แน่ใจในตนเอง (Shame and Doubt)

3. ความคิดริเริ่มหรือความรู้สึกผิด (Initiative vs Guilt) อายุ 3-6 ปี เป็นระยะที่เด็กมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อ ภาษา ความคิด และปัญญา มีความอยากรู้อยากเห็นและมีความคิดริเริ่มในเรื่องต่างๆ หากบิดา

มารดาสนับสนุนโดยควบคุมให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม เด็กจะสามารถแก้ไข internal crisis นี้ได้ และมีความคิดริเริ่มในทางที่เหมาะสม (Initiative) มีความรับผิดชอบสามารถควบคุมตนเองและมีมโนธรรม ส่วนเด็กที่พ่อแม่คอยปกป้อง ห้ามปราม หรือควบคุมมากเกินไปจะมีมโนธรรมที่เข้มงวดมากจนเกิดความรู้สึกผิด (Guilt) ในเรื่องต่างๆ ได้ง่าย

4. ความขยันหมั่นเพียรหรือความรู้สึกมีปมด้อย (Industry vs Inferiority) อายุ 6-12 ปี เป็นวัยที่เด็กเข้าสู่สังคมนอกครอบครัว ทั้งกับเพื่อน ครูที่โรงเรียน และบุคคลอื่นในสังคมมากขึ้น มีความสนใจและความสุขในการเรียนรู้และฝึกทักษะด้านต่างๆ หากบิดามารดาและครูสนับสนุนกระตุ้นให้เด็กรู้จักทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยยอมรับและให้อภัยเมื่อเด็กผิดพลาด เด็กจะมีการพัฒนาความวิริยะอุตสาหะ (Industry) รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถและนับถือตนเอง (Selfestreem) ส่วนเด็กที่ได้รับการดูแลในทางตรงข้ามจะมีความรู้สึกมีปมด้อย (Inferiority) รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มีคุณค่า

5. การรู้เอกลักษณ์ของตนเองหรือสับสนในบท บาท (Identity vs Role Confusion) อายุ 12-20 ปี เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นอย่างมาก ที่สำคัญในระยะนี้ คือ การพัฒนาอัตลักษณ์ (Identity) ที่สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม ประสบการณ์จากพัฒนาการ ประสบการณ์กับกลุ่มเพื่อน ครูอาจารย์ บิดามารดา และบุคคลทั่วไปการมีบุคคลที่ยึดเป็นแบบอย่างจะช่วยให้วัยรุ่นแก้ไข identity crisis และมีการพัฒนาอัตลักษณ์ (Identity) ที่มั่นคงได้ หากพัฒนาการในระยะนี้ล้มเหลว จะเกิดความสับสนในบทบาทและความสำคัญของตนเองในสังคม (Role confusion) ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ขาดความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม และอาจมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศหรือเกเรอันธพาล

6. ความผูกพันใกล้ชิดหรือการแยกตัว (Intimacy vs Isolation) อายุ 20-40 ปี เป็นระยะที่บุคคลมีการพัฒนาอัตลักษณ์ที่มั่นคงและพร้อมสำหรับการทำงานและการมีความรักอย่างมีความสุข มีความต้องการความสัมพันธ์ที่สนิทสนมกับบุคคลอื่น (Intimacy) โดยรู้จักการประนีประนอม เสียสละความสุขส่วนตัวบางอย่าง การไว้วางใจซึ่งกันและกัน และสามารถมีความสุขทางเพศกับคู่ครองได้ หากพัฒนาการในระยะนี้ล้มเหลว บุคคลจะแยกตัวจากสังคม (Isolation) ไม่สามารถยอมรับความแตกต่างและไม่สามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ หมกมุ่นแต่เรื่องของตนเอง

7. การคิดถึงส่วนรวมหรือการคำนึงถึงแต่ตนเอง (Generativity vs Stagnation) อายุ 40-60 ปี เป็นระยะที่บุคคลต้องการทำประโยชน์ต่อสังคมและคนรุ่นต่อไป ด้วยการชี้แนะ สั่งสอน ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ หากพัฒนาการในระยะนี้ล้มเหลวบุคคลจะเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า (Stagnation) กลายเป็นคนที่ทำอะไรตามใจตัวเองและยึดความพอใจของตนเองเป็นหลัก

8. ความรู้สึกมั่นคงสมบูรณ์หรือความสิ้นหวัง (Integrity VS Despair) อายุ 60ปีขึ้นไป บุคคลที่สามารถแก้ไข internal crisis ในพัฒนาการทุกระยะที่ผ่านมาได้อย่างสมบูรณ์จะเข้าใจความหมายและคุณค่าของตนเอง ยอมรับและรู้สึกพึงพอใจชีวิตทุกด้านของตนเอง (Integrity) สามารถละวางความยึดมั่นถือมั่นในเรื่องต่างๆ สามารถเผชิญสิ่งคุกคาม รวมทั้งความตายได้อย่างมั่นคง บุคคลที่ไม่สามารถพัฒนา ego integrity ได้ จะรู้สึกสิ้นหวัง (Despair) เนื่องจากผิดหวังกับชีวิตที่ผ่านมาโดยไม่มีโอกาสแก้ไขแล้วและมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างไร้คุณค่า

สรุป แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล สามารถนำมาอธิบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ผิดปกติของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ปัจจุบันยังไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งที่สามารถอธิบายความผิดปกติของพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ในครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดทฤษฎี ทั้ง 3 แนวคิดมาใช้ในการทำความเข้าใจการเกิดอาการทางจิตของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

บทที่ 3
การพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

การพยาบาล (Nursing)

การพยาบาล หรือ พยาบาลศาสตร์ ตามความหมายที่ ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ได้ให้ไว้ หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้อยู่ในสภาวะที่จะต่อสู้กับการรุกรานของโรคได้อย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ในขณะที่ เวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน ได้ให้ความหมายของการพยาบาลไว้ว่า การพยาบาลคือการช่วยเหลือบุคคล (ทั้งยามปกติและยามป่วยไข้) ในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือส่งเสริมการหายจากโรค (หรือแม้กระทั่งการช่วยให้บุคคลได้ไปสู่ความตายอย่างสงบ) ซึ่งบุคคลอาจจะปฏิบัติได้เองในสภาวะที่มีกำลังกาย กำลังใจ มีความรู้เพียงพอ และเป็นการกระทำที่จะช่วยให้บุคคลกลับเข้าสู่สภาวะที่ช่วยตนเองได้ โดยต้องรับการช่วยเหลือนั้นโดยเร็วที่สุด

1. กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

กระบวนการพยาบาล เป็นการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการอย่างมีระบบระเบียบ ชี้บ่งความต้องการพื้นฐานของผู้รับบริการ และกำหนดเป้าหมาย วิธีการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการภายหลังการประเมินสภาพปัญหาได้แล้ว มีการปฏิบัติหรือวางแผนปฏิบัติให้เป็นไปตามแผน และมีการประเมินผลปฏิบัติว่าบรรลุเป้าหมายการแก้ปัญหาหรือตอบสนองความต้องการพื้นฐานมากน้อยเพียงใด เพื่อปรับปรุงแผนและสธีการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ และสามารถสนองความต้องการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541 อ้างถึงใน กฤษณา นรนราพันธ์, 2547)

กระบวนการพยาบาล เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการในคุณภาพของการบริการที่ได้รับ และพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล (อรนันท์ หาญยุทธ, 2557)

คุณลักษณะของกระบวนการพยาบาลมี 6 ประการคือ

1. มีเป้าหมาย (Purposeful) กระบวนการพยาบาลมีเป้าหมายเป็นตัวชี้นำการปฏิบัติ ผู้ใช้กระบวนการพยาบาลจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมของผู้รับบริการให้ชัดเจน

2. เป็นระบบ (System) กระบวนการพยาบาลมีวิธีการและขั้นตอนที่ชัดเจนในการจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่บอกต่อกันมาหรือการดูแลเฉพาะสถาบัน

3. เป็นพลวัตร (Dynamic) กระบวนการพยาบาลไม่หยุดนิ่งอยู่กับที่ มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา และมีความต่อเนื่อง เหมาะสมกับความต้องการหรือปัญหาของผู้รับบริการ กล่าวคือ กระบวนการพยาบาลไม่หยุดนิ่งอยู่ที่การวางแผนเท่านั้น แต่ต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลเมื่อประเมินผลแล้วถ้าพบว่ายังมีปัญหาทางการพยาบาลอยู่ ก็ต้องเริ่มต้นกระบวนการพยาบาลใหม่ด้วยการประเมินภาวะสุขภาพใหม่ วินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่และวางแผนการพยาบาลใหม่ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการแก้ปัญหานั้น ๆ ให้หมดไป คือมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการตลอดเวลา

4. มีปฏิสัมพันธ์ (Interactive) ตลอดกระบวนการพยาบาล พยาบาลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้รับบริการเฉพาะบุคคล

5. มีความยืดหยุ่น (Flexible) กระบวนการพยาบาลสามารถนำ ไปปรับใช้ได้ทุกสถานการณ์ทั้งรายบุคคล รายกลุ่มหรือชุมชน ปฏิบัติที่ละขั้นตอนหรือปฏิบัติพร้อม ๆกันไปในหลายขั้นตอนก็ได้

6. อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎี (Theoretically base) กระบวนการพยาบาลได้รับการออกแบบจากพื้นฐานความรู้ที่กว้างขวางทั้งทางวิทยาศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และประยุกต์ใช้ได้กับทุก ๆ กรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล

ประโยชน์ของกระบวนการพยาบาล

1. กระบวนการพยาบาลที่ใช้ในผู้ป่วยจะช่วยกำหนดขอบเขตของวิชาชีพพยาบาลได้ชัดเจนขึ้น และมองเห็นวัตถุประสงค์ของการพยาบาลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของทีมสุขภาพ คือ การแก้ไขปรับปรุงและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพราะพยาบาลต้องรับผิดชอบสุขภาพของผู้ป่วยเท่าเทียมกับบุคลากรในทีมสุขภาพคนอื่นๆ

2. กระบวนการพยาบาลจะช่วยให้การปฏิบัติพยาบาลเป็นระบบขึ้น ก่อให้เกิดความเข้มแข็งและความมั่นคงของวิชาชีพพยาบาลจากความสามารถของพยาบาลในการนำ กระบวนการพยาบาลไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยในสถานการณ์ต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งมีความภูมิใจในวิชาชีพ เพราะมองเห็นเป้าหมายของงานที่ทำอยู่และเป็นการสร้างสมรรถภาพของการปฏิบัติงานให้เป็นที่ยอมรับของสังคมพยาบาล สังคมของทีมสุขภาพ และสังคมภายนอก ซึ่งถ้าพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบจะทำให้ปฏิบัติงานทำได้อย่างเหมาะสม และสามารถตอบคำถามได้ว่า “การพยาบาลคืออะไร” ซึ่งถ้าพยาบาลทุกคนใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกราย คำตอบที่ได้จะไม่มีความแตกต่างกัน คือ การพยาบาลเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ ซึ่งอาจเป็นการแก้ปัญหาที่พยาบาลช่วยเหลือ ประคับประคองจนสามารถ แก้ไขปัญหาได้ หรือพยาบาลเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้สติปัญญาในการแก้ไขปัญหาด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ซึ่งปัญหาบางอย่างจำ เป็นต้องให้ผู้ป่วยยอมรับและหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองจึงจะประสบผลสำเร็จ

4. ช่วยในการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีม เป็นการลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติการพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

5. เป็นการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล ช่วยให้มีการติดตามประเมินผลแต่ละขั้นตอน

กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (อรนันท์ หาญยุทธ, 2557)

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) การประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ ของกระบวนการพยาบาล เป็นการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับการ ตอบสนองของผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ตลอดจนความสามารถในการจัดการความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นขั้นตอนที่ทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตลอดกระบวนการพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการจะต้องถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการอย่างแท้จริง การประเมินภาวะสุขภาพจะนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนอง ต่อความต้องการของปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ควรเป็นการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของทุกความต้องการของผู้รับบริการโดยใช้แนวคิดและรูปแบบการพยาบาลมาใช้เป็นกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ มีกิจกรรมที่พยาบาลต้องทำมี 5 กิจกรรม ได้แก่

1.1 การเก็บข้อมูล (Collecting data)

1.2 การตรวจสอบข้อมูล (Validating data)

1.3 การจัดระบบข้อมูล (Organizing data)

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล (Analyzing of data)

1.5 การบันทึกข้อมูล (Recording/Documentation of data)

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ (Client's needs or problems) ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อเท็จจริงจนสรุปได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพ มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis Statement) NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association) ได้ให้ความหมายของการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ว่า "เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับ บุคคล ครอบครัวหรือชุมชนที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่ กำลังเกิดขึ้นหรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้ในกระบวนการของชีวิต การวินิจฉัยการพยาบาลใช้เป็นฐานสำหรับการจัดกิจกรรมการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ พยาบาลรับผิดชอบ NANDA ได้จำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาล ออกเป็น 5 ประเภทดังนี้

2.1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่บ่งบอกถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วในขณะที่ทำการประเมินภาวะสุขภาพ มีอาการและอาการแสดงให้เห็นชัดเจน (Signs and Symptoms) ได้มาจากการบอกเล่าของผู้รับบริการหรือจากการสังเกตของพยาบาลที่เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (Objective data) หรือจากการวินิจฉัย ของแพทย์

2.2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (Risk nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้คือมีปัจจัยเสี่ยงปรากฏให้เห็น แต่ปัญหายังไม่เกิด ไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็นชัด และมีโอกาสพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพได้ถ้าพยาบาลปล่อยให้ปัจจัยเสี่ยงได้พัฒนาจนเป็นปัญหา การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้จึงไม่ต้องเขียน/ระบุอาการหรืออาการแสดงไว้เนื่องจากปัญหาสุขภาพยังไม่เกิด แต่ต้องระบุปัจจัยเสี่ยงที่แสดงว่าปัญหาทำท่าจะเกิดจากปัจจัยเสี่ยงนั้น ๆ พยาบาลต้องทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งกับปัจจัยเสี่ยงนั้นเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา การเขียนข้อวินิจฉัยประเภทนี้ จะขึ้นต้นข้อความว่า "เสี่ยง" (Risk)

2.3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น (Possible nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ปัญหาอาจเกิดขึ้นได้แต่ยังไม่ชัดเจนและไม่สมบูรณ์ในข้อมูลที่มีและ สาเหตุของปัญหายังระบุไม่ได้ ปัญหาเป็นเพียงพิจารณาได้ว่าอาจจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลต้องหาข้อมูลที่สำคัญและเกี่ยวข้องมาสนับสนุนเพิ่มเติมหรือตัดทิ้งออกไปถ้าแน่ใจว่าปัญหาจะไม่เกิด การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้จะขึ้นต้นข้อความว่า "อาจ" (Possible)

2.4 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี (Wellness nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดีที่แสดงถึงภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับสุขภาพดี เป็นระดับที่ดีมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพสามารถพิจารณาได้จากพฤติกรรมของผู้รับบริการใน 2 ประเด็นนี้ ได้แก่ 1) พฤติกรรมที่แสดงถึงความต้องการที่จะมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น 2) พฤติกรรมที่แสดงถึงการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะเริ่มต้นด้วยคำว่า "มีความพร้อมสำหรับ...." (Readiness for Enhanced) หรือขึ้นต้นด้วย ข้อความที่เป็นการบ่งบอกถึงพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น เช่น ให้นมบุตร ได้ถูกต้องจาก...ข้อวินิจฉัยประเภทนี้จะเน้นที่การตอบสนองของ การมีสุขภาพดีของผู้รับบริการที่พบได้บ่อยในผู้รับบริการทาง ด้านสูติศาสตร์ ครอบครัว และชุมชน

2.5 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกลุ่มของอาการ (Syndrome Nursing Diagnosis Statement) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อธิบายกลุ่มอาการที่เฉพาะเจาะจงของข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้วกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกัน ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ซึ่งจะบอกให้พยาบาลได้รับรู้ว่ามีสถานการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น

3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) มี 4 ขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้

3.1 จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา การจัดลำดับมีหลักการพิจารณา ได้ 2 ทาง คือ

3.1.1 ปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลต่อชีวิตต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันที

3.1.2 การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยการใช้ทฤษฎี ความต้องการของมาสโลว์ (Maslow' hierarchy of needs theory. 1943 อ้างถึงใน อรนันท์ หาญยุทธ, 2557) ตามขั้นตอนความต้องการของมนุษย์ ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นระดับความต้องการที่จำเป็นต่อการอยู่รอดของชีวิต ได้แก่ อากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย อุณหภูมิ ที่อยู่อาศัย การพักผ่อน นอนหลับและความสัมพันธ์ทางเพศ

3.2 กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected outcomes) หรือเกณฑ์การประเมินผล (Evaluation criteria) เป็นการกำหนดข้อบ่งชี้ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับ บริการที่เปลี่ยนแปลงไปตามที่คาดหวังไว้ว่าบรรลุตามที่คาดหวัง ไว้หรือไม่

3.3 การเลือกกิจกรรมการพยาบาล (Selecting Nursing Interventions/Activities) เป็นการเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการและเป้าหมายการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่ทำในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ไม่ขัดต่อความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรม รวมถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ

3.4 การเขียนแผนการพยาบาล (Writing nursing care plan) การเขียนแผนการพยาบาลเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลทุกคนที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการที่ได้รับมอบหมาย แผนการพยาบาลจะเขียนก่อนที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกคน รูปแบบหรือแบบฟอร์มแผนการพยาบาลที่ใช้มีความหลากหลายทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวปฏิบัติของแต่ละสถานบริการสุขภาพ การเขียนแผนการพยาบาลเป็นการนำส่วนต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบของกระบวนการพยาบาลมาเขียนเป็นแผนการพยาบาล แผนการพยาบาลมีการเขียนดังนี้

3.4.1 เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้ผ่านการจัดลำดับตามความสำคัญแล้ว พร้อมทั้งระบุข้อมูลสนับสนุนที่เป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (Objective data) ที่ได้มาจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ

3.4.2 เขียนเป้าหมายและผลลัพธ์ที่คาดหวังสำหรับแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล การเขียนเป้าหมายควรเน้นไปที่ตัวผู้รับบริการ พยาบาลต้องการอยากเห็นการเปลี่ยนแปลงอะไรให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการเมื่อสิ้นสุดการให้การพยาบาลในช่วงของเวลาที่กำหนด อาจจะเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือสัปดาห์

3.4.3 เขียนกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions) การเขียนกิจกรรมการพยาบาลเป็นการเขียนต่อจากผลลัพธ์ที่คาดหวังโดยถามว่า "พยาบาลจำเป็นต้องทำอะไร ในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้ได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด การเขียนอาจเขียนเป็นข้อ ๆ

3.4.4 การเขียนเหตุผล (Scientific Rationale) การเขียนเหตุผลช่วยอธิบายถึงการพิจารณาการตัดสินใจของพยาบาลในการทำกิจกรรมการพยาบาลนั้น ๆ 5) การประเมินผล (Evaluation) เป็นการเขียนผลการประเมินตามตัวชี้วัดที่ระบุไว้ในเกณฑ์การประเมินผล เป็นการตรวจสอบด้วยว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้แก่ผู้รับบริการสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงและสามารถแก้ปัญหาได้หรือไม่ ถ้าพบว่ามีอุปสรรคหรือมีปัญหาที่ส่วนใดจะได้ ใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงต่อไป

4. การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan)

เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แผนการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์และถูกต้อง ก่อนนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ พยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการซ้ำ เพื่อตรวจสอบภาวะสุขภาพของผู้รับบริการอีกครั้งว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงจะได้มีการปรับกิจกรรมการ พยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถและทักษะทางการพยาบาล เมื่อพยาบาลพิจารณาแล้วว่าขาดความรู้ หรือไม่มีทักษะในกิจกรรมนั้น ๆ จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากพยาบาลคนอื่นที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านนี้โดยตรงมาช่วย กิจกรรมการพยาบาลต้องเป็นการปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการเป็นรายบุคคล คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล สิทธิของบุคคลและความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ จึงควรมีการนิเทศและตรวจสอบเป็นระยะ ๆ

5. การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ ผู้รับบริการสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ การประเมินผลการพยาบาลช่วยทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการ ดังนั้นการประเมินผลการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาล และผลการปฏิบัติการพยาบาล

จะเห็นได้ว่ากระบวนการพยาบาลเป็นการกระทำกิจกรรมการดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง แต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เป็นการดำเนินการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ เริ่มตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่มีเป้าหมายเป็นตัวกำหนด การประเมินผลและนำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไข การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบมีขั้นตอนของการตอบสนองความต้องการและปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล

2. แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care)

การพยาบาลองค์รวม เป็นแนวคิดปรัชญาเพื่อส่งเสริมสุขภาวะองค์รวม (Holistic health) หมายถึงภาวะสมดุลของ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน เชื่อว่าการเจ็บป่วยไม่ใช่ผิดปกติแต่ร่างกายเท่านั้นทุกระบบมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นการรักษาจึงควรส่งเสริมความเป็นองค์รวม ไม่ใช่รักษาเฉพาะส่วน โดยต้องคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ ความหมาย และประสบการณ์แต่ละบุคคลด้วย (อมรรัตน์ แสงใสแก้ว และพัชนี สมกำาลัง, 2560)

คุณลักษณะของแนวคิดสุขภาพองค์รวม ประกอบด้วย

1. ความสมดุล (Balance) ความสมดุลของสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

2. ความกลมกลืน (Harmony) ความกลมกลืนภายในตน คือ มิติกาย จิต สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ และความกลมกลืนภายนอกคือสิ่งแวดล้อมในระบบธรรมชาติ

3. ความเป็นหนึ่งเดียว (Cohelence) แต่ละมิติต้องมีการเชื่อมโยงกัน ถ้าไม่เชื่อมโยงจะทำให้เสียสมดุล

องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวมมี 5 มิติ ได้แก่

1. มิติทางกาย (Physical dimension) เป็นมิติทางร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรงปราศจากโรค หรือความเจ็บป่วย มีปัจจัยองค์ประกอบทั้งด้านอาหาร สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ปัจจัยเกื้อหนุน ทางเศรษฐกิจที่เพียงพอและส่งเสริมภาวะสุขภาพ

2. มิติทางจิตใจ (Psychological dimension) เป็นมิติที่บุคคลมีสภาวะทางจิตใจที่แจ่มใส ปลอดโปร่ง ไม่มีความกังวล มีความสุข มีเมตตาและลดความเห็นแก่ตัว

3. มิติทางสังคม (Social dimension) เป็นความผาสุกของครอบครัว สังคม และชุมชน โดยชุมชนสามารถให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สังคมมีความเป็นอยู่ที่เอื้ออาทร เสมอภาค มีความยุติธรรม และมีระบบบริการที่ดีและทั่วถึง

4. มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual dimension) เป็นความผาสุกที่เกิดจากจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีบุคคลยึดมั่นและเคารพสูงสุด ทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่นศรัทธา มีการปฏิบัติในสิ่งที่ดีงาม ด้วยความมีเมตตากรุณา ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ และยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุข หรือความสำเร็จของบุคคลอื่น ทั้งนี้สุขภาวะทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความหลุดพ้นจากตัวเอง (Self transcending)

5. มิติทางอารมณ์ (Emotional dimension) คนเราจะตอบสนองต่ออารมณ์ทั้งทางด้านบวก และลบผลที่จะเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดีทั้งนี้อยู่ที่การควบคุมของแต่ละบุคคล มิติสุขภาพองค์รวมทั้ง 5 มิติ ซึ่งถือเป็นสุขภาวะจะมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันโดยสุขภาวะทางจิตวิญญาณจะเป็นมิติที่สำคัญที่จะบูรณาการความเป็นองค์รวมของ กาย จิต อารมณ์ และสังคม ของบุคคลและชุมชนให้สอดประสานเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

หลักการพยาบาลแบบองค์รวม (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, 2556) ได้แก่

1) ตระหนักถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล
2) สร้างสภาพแวดล้อมต่อกันมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ
3) ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ
4) สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดกับผู้รับบริการ
5) การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้รับบริการ
6) การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการและครอบครัว
7) สนับสนุนการฟื้นตัวของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการอย่างเอื้ออาทร
8) ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้วิธีพื้นบ้านที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ

สุขภาพแบบองค์รวม ปฏิกิริยาความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ สุขภาพเป็นความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสุขภาวะ สุขภาพทุกมิติเป็นระบบที่เชื่อมโยงกัน การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม ต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงหลักการบริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ความแตกต่างของปัจเจกบุคคลและช่วงวัย เพื่อจะได้วางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหาและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการให้มากที่สุด

3. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (วิมล ลักขณาภิชนชัช, 2563)

เมื่อผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในสถานบำบัด พยาบาลซึ่งถือเป็นวิชาชีพที่สำคัญที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา โดยให้การพยาบาลในระยะบำบัดด้วยยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และติดตามการรักษา ซึ่งพยาบาลมีบทบาทให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในทุกขั้นตอนของการบำบัดรักษา ดังนี้

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยยาเสพติด พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพ และ ระดับการติดยาเสพติดด้วยการซักประวัติการใช้ยาเสพติด ตรวจร่างกาย ดำเนินการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตาม แผนการรักษาของแพทย์และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินอาการถอนพิษยาด้วยแบบประเมินตาม ประเภทยาเสพติดที่ผู้ป่วยเสพ ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย ทางจิตประสาท ตลอดจนประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ พฤติกรรม ครอบครัว และสังคม เพื่อนำเสนอข้อมูลให้แพทย์ประกอบการวินิจฉัย และพยาบาลใช้เป็นข้อมูลในการตั้ง เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและ

วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายตามการวินิจฉัยการพยาบาล และมีการส่งต่อ ทีมสหวิชาชีพอื่นอย่างเหมาะสม ร่วมให้การดูแลด้วย เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

2. ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดให้พ้นภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ซึ่งภาวะวิกฤติฉุกเฉินในผู้ป่วยยาเสพติดได้แก่ ภาวะถอนพิษยาเช่น ภาวะถอนพิษสุรา ชัก เพ้อสับสน ภาวะถอนพิษสารกระตุ้น ประสาทหลอน เอะอะโวยวาย ก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง ภาวะได้รับสารเฮโรอีนหรือเมทาโดนเกินขนาดมีภาวะกดการหายใจในผู้ป่วย เสพติดเฮโรอีน หรือภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เป็นโรคร่วม ที่เกิดจากการใช้ยาหรือสารเสพติดเช่น เลือดออกในกระเพาะ อาหาร ปอดอักเสบเป็นต้น ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทในการประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วย เพื่อประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ประสานกับครอบครัวเพื่อรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนการบำบัดรักษาผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการบำบัดรักษา

3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะถอนพิษยา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา เมื่อหยุดใช้ยาเสพติดจะเกิดอาการถอนพิษหรืออาการขาดยา ซึ่งความรุนแรงของอาการ ถอนพิษยาอาจเกิดได้ตั้งแต่เล็กน้อย ปานกลาง จนถึงรุนแรงมาก ขึ้นกับระดับการติดยา ระยะเวลาในการเสพติด ปริมาณ การใช้ยาเสพติด ซึ่งอาการถอนพิษยานี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย จนถึงทุกข์ทรมาน หากไม่ได้รับการรักษา หรือดูแล อย่างเหมาะสมอาจทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นได้ หรือหากผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจะทำให้ไม่สามารถ ก้าวผ่านระยะนี้ได้ การเลิกยาเสพติดจะไม่ประสบผลสำเร็จ บทบาทของพยาบาลจะเป็นการประเมินอาการถอนพิษยาอย่างต่อเนื่อง ให้ยาตามแผนการรักษา ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการถอนพิษยา ได้รับความปลอดภัยเมื่อเกิดอาการถอนพิษยา หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น จนผู้ป่วยปลอดภัยและกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

4. ค้นหาปัญหาด้านจิตใจ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยยาเสพติดตลอดจนให้การช่วยเหลือ เนื่องจากปัญหายาเสพติดเกี่ยวข้องกับปัญหาอื่นๆรอบตัวผู้ป่วย จนทำให้เกิดการใช้ยาเสพติดและติดในที่สุด ดังนั้นการช่วย แก้ปัญหาด้านอื่นๆของผู้ป่วยจึงเป็นการช่วยในเรื่องการเลิกใช้ยาเสพติดควบคู่กันไปด้วย เช่น ความรู้สึกด้อยคุณค่าใน ตนเอง ความวิตกกังวล การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ บกพร่องในสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ปัญหาการว่างงาน ปัญหาบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม เป็นต้น พยาบาลมีบทบาทในการค้นหาปัญหา ให้คำปรึกษา หากต้องให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา พยาบาลมีบทบาทในการประสานผู้เกี่ยวข้องให้ร่วมแก้ไขด้วยเช่นทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวของผู้ป่วย หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อคลี่คลายปัญหาให้ผู้ป่วยจนผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ต่อไปเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

5. เสริมสร้างความตระหนักในโทษพิษภัยยาเสพติดและสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้ยาเสพติด เนื่องจาก การใช้ยาเสพติดส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่การใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุข ความพึง พอใจในฤทธิ์ของยาเสพติด ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงต้องเสริมสร้างความตระหนักในโทษพิษภัยของยาเสพติด และสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้ยา โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการเลิกยาเสพติด และลดผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด

6. จัดกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด เมื่อผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาอาการถอนพิษยาจนทุเลาลงหรือหมดไป หรือผู้ป่วยยาเสพติดบางรายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย หรือทางจิตร่วมด้วย จะได้รับการรักษาควบคู่ไปกับอาการถอนพิษยาจนอาการทุเลาลงหรืออยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ ผู้ป่วยยาเสพติดจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยาเสพติด ซึ่งพยาบาลเป็นวิชาชีพที่สำคัญที่มีบทบาทในการจัดกลุ่มบำบัด กิจกรรมบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในก็ตาม

๗. ประสานครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยยาเสพติดกลับสู่สังคม โดยพยาบาลจะประสานกับครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

8. ค้นหาสาเหตุและวางแผนป้องกันการติดซ้ำ สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา เพื่อให้เลิกยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง การป้องกันการติดซ้ำจึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการค้นหาสาเหตุ หรือโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดซ้ำ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงโอกาสเสี่ยงดังกล่าว และร่วมกันวางแผนป้องกันการเสพติดซ้ำ โดยฝึกทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การจัดการตัวกระตุ้นภายนอก ตัวกระตุ้นภายใน การจัดการความอยาก (Craving Management) ทักษะการจัดการความเครียด การแผชิญปัญหา ทักษะการปฏิเสธ ฯลฯ ตลอดจนเสริมสร้างแรงจูงใจในการหยุดเสพอย่างต่อเนื่อง

9. ประสานทีมสหวิชาชีพหรือเครือข่ายต่างๆในการจัดกิจกรรม/แก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยยาเสพติด ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดต้องใช้ศาสตร์ในการดูแลรักษานั้นต้องใช้การผสมผสานศาสตร์ต่างๆในการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์เฉพาะทาง นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จึงมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา หรือกรณีผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพด้านอื่น เช่น โรคในช่องปาก พยาบาลมีบทบาทในการประสานทันตแพทย์ให้การบำบัดรักษาโรคในช่องปากเป็นต้น หากผู้ป่วยมีปัญหาด้านอื่น เช่น ปัญหาทางด้านสังคม การประกอบอาชีพ พยาบาลมีบทบาทช่วยในการประสานเครือข่ายอื่นเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดในการแก้ปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ ลดโอกาสกลับไปพึ่งพายาเสพติด

10. ให้การดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ เมื่อผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาครบ ขั้นตอนและพร้อมกลับสู่สังคม ขั้นตอนการบำบัดยังคงมีต่อเนื่องในเรื่องของการติดตามการรักษา หรือให้การดูแลหลังรักษา โดยส่งเสริมการหยุดใช้ยาต่อเนื่อง ค้นหาปัญหาความเสี่ยงในการเสพติดซ้ำ และร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา หรือหากกรณีผู้ป่วยเสพติดซ้ำนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา บทบาทนี้หากเป็นโรงพยาบาลทั่วไปพยาบาลคลินิกยาเสพติดจะเป็นผู้ติดตามการรักษา แต่หากเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจะมีนักสังคมสงเคราะห์หรือทีมสหวิชาชีพติดตามดูแลหลังการรักษา

บทบาทต่างๆที่พยาบาลได้กระทำเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดนั้น ต้องใช้ทั้งองค์ความรู้ และประสบการณ์ในการทำงาน ดังนั้นพยาบาลยาเสพติดจำเป็นจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอาการทางจิต

การติดยาและสารเสพติด เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งการดำเนินของโรคจะเป็นลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทีผิดปกติจากบุคคลทั่วไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม การทำงาน การดูแลตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น กรณีศึกษาผู้ป่วยเสพติดกัญชารายนี้พบว่ามีอาการทางจิตหลายอาการร่วมกัน ได้แก่ อาการหูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง บางครั้งมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่ค่อยพูดคุยหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในตอนแรก พยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลผู้ป่วย จึงมีบทบาทสำคัญในการประยุกต์องค์ความรู้สู่การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ครอบครัว หรือญาติผู้ดูแลจะเป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่งที่มีหน้าที่ในการ

ดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

4.1 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด

การพยาบาลเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ประเมินชนิดและความรุนแรงเกี่ยวกับอาการหลงผิดที่จะนำไปสู่การทำร้ายตนเองและผู้อื่น พยาบาลควรให้การยอมรับผู้ป่วย ไม่ควรโต้แย้งถกเถียง หรือถามเนื้อหาของความคิดหลงผิด เพราะอาจจะทำให้ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลนั้นรุนแรงมากขึ้น พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการหลงผิดตามความเป็นจริง (present reality) โดยการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ เช่น การออกกำลังกายเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ลดความหมกมุ่นจากอาการหลงผิด และเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการหลงผิดจึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดเพื่อฝึกการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น รวมทั้งการให้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการให้ยา

4.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวง

อาการหวาดระแวงเป็นการแสดงออกถึงความไม่ไว้วางใจผู้อื่น จนเป็นอาการหลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย กลั่นแกล้ง มีคนคอยติดตามเพื่อจะทำร้ายซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมีหลักฐานหรือเหตุผลมาหักล้าง ดังนั้นการพยาบาลจึงมุ่งเน้นการประเมินความรุนแรงเกี่ยวกับอาการหวาดระแวงในผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพแบบ 1 ต่อ 1 เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการให้การพยาบาล รวมทั้งการสื่อสารกับผู้ป่วยแบบเปิดเผย ตรงไปตรงมา เข้าใจง่าย และลดพฤติกรรมที่อาจเพิ่มความหวาดระแวงให้กับผู้ป่วย เช่น การกระซิบ การสัมผัสตัวผู้ป่วย เป็นต้น รวมทั้งการดูแลให้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการให้ยา และเมื่อผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงลดลง ควบคุมอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้น จึงกระตุ้นให้ผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เช่น การทำกิจกรรมกลุ่ม เป็นต้น

4.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว

หูแว่ว หมายถึง อาการประสาทหลอนที่มีการรับรู้ทางการได้ยินเสียงผิดปกติโดยไม่มีสิ่งเร้ากระตุ้น เป็นอาการทางบวกที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท หรือผู้ที่ใช้สารเสพติดเป็นเวลานาน โดยส่วนใหญ่แล้วอาการหูแว่วที่ผู้ป่วยได้ยินจะเป็นเสียงภายในตัวเอง เสียงจากบุคคลอื่น และจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งอาการหูแว่วนี้จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย คือ ความกลัว วิตกกังวล หมกหมุ่น หรือเครียด ซึ่งสามารถนำไปสู่การทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ พยาบาลมีบทบาทในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ประเมินรายละเอียดเกี่ยวกับอาการหูแว่วร่วมกับการประเมินความรู้สึกต่ออาการหูแว่ว เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งการให้ข้อมูลที่เป็นจริง และร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว พร้อมทั้งการดูแลให้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงจากการให้ยา

4.4 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตัว

พฤติกรรมการแยกตัวเป็นการหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ รู้สึกไม่ปลอดภัย โดยการอยู่คนเดียว เป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการแยกตัวที่เกิดจากอาการทางบวกส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงที่อาการกำเริบ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวคนอื่นจะมาทำร้าย ส่วนการแยกตัวนั้น มักเริ่มต้นตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยซึ่งเป็นการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับสังคม แยกตัวอยู่คนเดียว โดยใช้กลไกทางจิตสร้างโลกแห่งจินตนาการให้ตนเองอยู่เพื่อลดความไม่สบายใจ บางครั้งพบการใช้กลไกทางจิตแบบถดถอยร่วมด้วย การพยาบาลมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและมีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

5. ทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

5.1 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพบพลาว (Peplau's interpersonal theory)

ฮิลการ์ด เพบพลาว (Hildegard Peplau: 1909-1999) เป็นพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นมารดาของการพยาบาลจิตเวชยุคใหม่ (Mother of modern psychiatric nursing) ซึ่งได้นำแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของซัลลิแวนมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลจิตเวช โดยได้พัฒนาเป็นแนวคิดของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการบำบัด (Therapeutic nurse-patient relationship) (Videbeck, 2014) ลักษณะเป็นแบบ one-to-one relationship พยาบาลจะใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดผู้ป่วย

สมมติฐานเบื้องต้นของทฤษฎีทางการพยาบาลของเพบพลาว (ญาธิดา วุฒิศาสตร์กุล, วิยะดา ทิพม่อม และ ธัญญาสิริ ธันยสวัสดิ์, 2565) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อพื้นฐานว่า บุคคลประกอบด้วยโครงสร้างทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณที่มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตนที่ทำให้แต่ละคนมีความแตกต่างกัน เมื่อความต้องการทางร่างกายและจิตใจไม่ได้รับการตอบสนอง บุคคลจะมีปฏิกิริยาแสดงออกถึงความรู้สึกกังวลในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อสัมพันธภาพที่บุคคลมีกับบุคคลอื่นในสังคม การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจในความรู้สึกและปัญหาของตนและสามารถสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่นได้กระบวนการนี้จะทำให้พยาบาลและผู้รับบริการได้พัฒนาตนเองและเติบโตขึ้น (Pornchaikate au yeong, 2016) เพบพลาวได้ริเริ่มในการวางรากฐานในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับการกระทำกับผู้รับบริการโดยเปลี่ยนบทบาทของพยาบาลเป็นผู้กระทำร่วมกับผู้รับบริการ โดยทั้งคู่ต้องมีความเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคลของกันและกัน และต่างฝ่ายต่างต้องเรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น พยาบาลต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดการหยั่งรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเองจนกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหาได้

จากสมมติฐานเบื้องต้นของทฤษฎี จะพบว่าปฏิสัมพันธ์ของแต่ละบุคคลที่แสดงออกมาจากความรู้สึกวิตกกังวลในระดับที่แตกต่างกันของบุคคล ซึ่งความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามกับจิตใจ ประกอบด้วยความรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิดใจ หวาดหวั่น หวั่นเกรง อึดอัดตกใจ กลัว หรือมั่นใจ เป็นต้น ความวิตกกังวล แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (Stuart and Sundeen, 1987 as cited in Lueboonthavatchai, 2002) คือ

1. ความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mild anxiety) เป็นระดับความวิตกกังวลของบุคคลโดยทั่วไป เป็นระดับที่ส่งผลดี เพราะจะช่วยให้บุคคลแก้ปัญหาและแสดงพฤติกรรมตอบสนองกับสิ่งกระตุ้นได้ดี และช่วยให้บุคคลสามารถพยายามทำงานนั้นๆให้สำเร็จได้

2. ความวิตกกังวลระดับกลาง (Moderate anxiety) เป็นระดับความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้นมาอีกขั้นจากระดับพื้นฐานของบุคคลทั่วไป ในระดับนี้จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้แคบลง สมาธิและการรับรู้ข้อมูลต่างๆ ลดลง จะสนใจเฉพาะปัญหาที่ตนกำลังประสบ บุคคลจะพยายามควบคุมตนเองมากขึ้น พยายามแก้ปัญหาสูงขึ้น

3. ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) เป็นระดับความวิตกกังวลสูง บุคคลจะรู้สึกมีอาการมึนงง กระสับกระส่าย ไม่อยู่กับที่ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หัวใจเต้นเร็วและอาจมีอาการเจ็บที่หน้าอกได้ การรับรู้แคบลงสมาธิในการรับฟังปัญหาและข้อมูลต่างๆลดลง เพราะหมกมุ่นในรายละเอียดต่างๆมากไป

4. ความวิตกกังวลระดับสูงสุด (Panic anxiety) เป็นระดับความวิตกกังวลสูงสุดทำให้การรับรู้ข้อมูลเรื่องราวต่างๆลดลงบุคคลจะรู้สึกสูญเสียการรับรู้เหตุผล ความคิด มีภาพหลอน หูแว่วและแขนขาขยับไม่ได้ควบคุมตนเองไม่ได้ วุ่นวาย ไม่มีแรง เป็นต้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นไปตามบทบาทหน้าที่ โครงสร้างทางสังคม นอกเหนือจากปัจจัยที่เป็นนามธรรม เช่น ค่านิยม ทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้สึก ฯ ยังได้รับอิทธิพลโดยตรงจากคุณสมบัติของตัวบุคคล (Payomyam, 2005 อ้างถึงใน ญาธิดา วุฒิศาสตร์กุล, วิยะดา ทิพม่อม และ ธัญญาสิริ ธันยสวัสดิ์, 2565) ได้แก่

1. สรีรวิทยา (Physiology) หมายถึง พื้นฐานทางชีวภาพที่กำหนดความต้องการของร่างกาย เช่น ความง่วง ความหิว ความเหนื่อย เป็นต้น รวมไปถึงระบบสมอง ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่น (Payomyam, 2005)

2. บุคลิกภาพ (Personality) หมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้และพันธุกรรมที่แสดงออกมาในรูปแบบของกิริยามารยาทและอุปนิสัย บุคลิกภาพมีความสลับซับซ้อนเป็นอย่างมาก ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวเข้ากับผู้อื่น การเรียนรู้บทบาทของตนเองและผู้อื่น ความสามารถในการไว้วางใจ การให้ความรัก ความเชื่อถือต่อผู้อื่นอันมีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Schneider,1976 as cited in Manikat, 2000) และที่สำคัญตามมุมมองของเพบพลาว ความวิตกกังวลของแต่ละบุคคลและแต่ละระดับ ดังที่กล่าวมาแล้ว ล้วนส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

3. ด้านการศึกษา (Knowledge) การศึกษาและการเรียนรู้ด้วยตนเองจะช่วยในการเสริมสร้างสัมพันธภาพ การติดต่อและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยพบว่าบุคคลที่มีความรู้มีแนวโน้มจะสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพได้ดีกว่า (Sookmak, 2014)

4. ค่านิยม (Value) หมายถึง เงื่อนไขต่างๆที่บุคคลหนึ่งต้องการที่จะเน้นหรือทราบว่ามีค่าเหนือกว่าคนอื่นๆ ซึ่งเงื่อนไขต่างๆมีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น ประสบการณ์จากความเจ็บปวดต่างๆการถูกโกหก การถูกทรยศ การปฏิเสธ การถูกวิจารณ์ (Leary, 2020) ล้วนเป็นเงื่อนไขที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นต้น

5. ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-Concept) เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นประสบการณ์ ลักษณะต่างๆ คุณภาพต่างๆของบุคคลที่แตกต่างไปจากคนอื่น ความนึกคิดเกี่ยวกับตนจะถูกหล่อหลอมให้เกิดขึ้นเป็นทัศนคติที่เป็นแกนกลางของลักษณะบุคคลนั้น และเมื่อใดที่มีความคิดเกี่ยวกับตนเองเกิดขึ้น พฤติกรรมเฉพาะอย่างได้รับการปรับจนเป็นที่ยอมรับก็จะมีแนวโน้มที่ยากต่อการเปลี่ยนแปลงและยากต่อการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นด้วย (Sullivan, 1990 as cited in Kaewkangwan, 2002)

6. สังคมและวัฒนธรรม (Society and culture) ความแตกต่างทางโครงสร้างสังคมจะทำให้แต่ละคนมีบทบาท และหน้าที่แตกต่างไปตามสถานภาพในโครงสร้างนั้นๆ การปฏิบัติตามบทบาทและหน้าที่ก็จะเป็นไปตามวัฒนธรรมของสังคมนั้น ซึ่งความแตกต่างของสังคมและวัฒนธรรมจะทำให้พฤติกรรมการสร้างสัมพันธภาพแตกต่างกันด้วย (Payomyam, 2005)

นับเป็นทฤษฎีที่มีประโยชน์มากในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและเป็นหลักการพื้นฐานของการพยาบาลจิตเวชมาจนถึงปัจจุบัน เพ็พพลาว กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งบทบาทเหล่านี้ช่วยให้พยาบาลค้นพบความต้องการของผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่ว ยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Peplau,1952 อ้างถึงใน ศุกร์ใจ เจริญสุข, 2557) ดังนี้

1. บทบาทคนแปลกหน้า (Stranger role) เป็นบทบาทที่พยาบาลและผู้ป่วยพบกันครั้งแรกซึ่งเป็นคนแปลกหน้าต่อกัน พยาบาลจำเป็นต้องสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้น

2. บทบาทแหล่งสนับสนุน (Role of the resource person) เป็นบทบาทที่พยาบาลทำหน้าที่ให้ความรู้หรือข้อมูลเฉพาะ ตอบคำถาม แปลข้อมูล และให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วย

3. บทบาทผู้สอน (Teaching role) เป็นบทบาทที่พยาบาลกระทำร่วมกับบทบาทอื่นๆ โดยให้คำแนะนำและอบรมความรู้แก่ผู้ป่วย

4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Counseling role) เป็นบทบาทที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของสภาพการณ์ในปัจจุบัน ให้คำแนะนำและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

5. บทบาทผู้ทดแทน (Surrogate role) เป็นบทบาทที่พยาบาลเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ โดยพยาบาลจะแสดงบทบาทนี้ในภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้

6. บทบาทผู้นำ (Leadership role) เป็นบทบาทที่พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตามเป้าหมายของการบำบัด

7. บทบาทของผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค (Technical expert role) เป็นบทบาทที่พยาบาลให้การดูแลด้านร่างกายผู้ป่วยและการใช้เครื่องมือต่างๆ

เพบพลาว ได้เสนอมโนทัศน์หลักของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Peplau, 1952 cited in Videbeck, 2014) ไว้ดังนี้

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

สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการเป็นหน้าที่หลักที่พยาบาลต้องรับผิดชอบและดำเนินการเพื่อให้ผู้ใช้บริการบรรลุเป้าหมายของการมีภาวะสุขภาพที่ดี

สุขภาพ (Health) เป็นการเปลี่ยนแปลงของบุคคลไปในทางที่ดีและมีประสิทธิภาพ ซึ่งภาวะสุขภาพจะเกิดขึ้นได้เมื่อความเครียดในบุคคลลดลงและถ่ายทอดออกมาเป็นพลังในทางสร้างสรรค์ พลังนี้จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีจะเป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกพึงพอใจ

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

1. ระยะเริ่มต้น (Orientation phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเกิดปัญหา และต้องการความช่วยเหลือ พยาบาลจะต้องสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วยในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการการช่วยเหลือนั้น ช่วยให้ทำความเข้าใจกับปัญหา และตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว โดยมีแนวปฏิบัติ ดังนี้

- พยาบาลแนะนำตนเอง เพื่อสร้างความไว้วางใจ ให้แจ้งวัตถุประสงค์ของการให้การพยาบาล
- กำหนดข้อตกลงของการสร้างสัมพันธภาพ โดยพยาบาลต้องแจ้งข้อตกลงของสถานที่ เวลา ในการให้การพยาบาล
- เพื่อลดความวิตกกังวลจากการพบกันครั้งแรก ให้พยาบาลแสดงท่าทีด้วยความเชื่อมั่น ให้เกียรติและยอมรับในความเป็นปัจเจกของผู้รับบริการ รวมถึงเคารพในสิทธิของผู้ป่วยเสมอ
- ประเมินความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับบริการ และประเมินความคิดความรู้สึกต่อตนเอง ต่อการเจ็บป่วย

- รวบรวมข้อมูล ประวัติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการไว้ให้พร้อม เตรียมและทบทวนทักษะต่างๆให้พร้อม เพื่อใช้ประกอบการให้การพยาบาล

2. ระยะระบุปัญหา (Identification phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือเขาได้ สามารถระบุได้ว่าใครควรเป็นผู้ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา และเริ่มรู้สึกว่ามีความสามารถในการจัดการกับปัญหา พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกของตน และสามารถตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นได้ แนวปฏิบัติ ได้แก่

- ยอมรับและให้เวลา สร้างความไว้วางใจด้วยความจริงใจให้มากขึ้น

- สนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างเร่งด่วนด้วยท่าทีใส่ใจ เต็มใจและมีความน่าเชื่อถือด้วยความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมั่นใจ

- ค้นหาสาเหตุของปัญหาผู้รับบริการ กระตุ้นให้ผู้รับบริการระบายปัญหาความวิตกกังวลออกมาให้มากที่สุด เพื่อให้ได้ข้อมูลนำมาระบุปัญหา และในการสนทนาควรตั้งใจฟังอย่างเข้าใจและเห็นใจในปัญหาของผู้รับบริการมากกว่าการแนะนำ ขัดแย้งหรือสั่งสอน การถามควรถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการ

- ลำดับความสำคัญของปัญหาจากข้อมูลที่ประเมินได้ และกำหนดการพยาบาลตามความเหมาะสมโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกของบุคคลและความต้องการของผู้รับบริการ

- เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้แสดงความรู้สึก รับฟังปัญหาและพยาบาลควรแสดงท่าทีเชิงบวกกับผู้รับบริการตลอดระยะการสร้างสัมพันธภาพ

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

- พยาบาลต้องฝึกตนเองให้มีความพร้อมในการใช้ทักษะต่างๆ รวมถึงการทบทวนทฤษฎีทางการพยาบาลต่างๆมาปรับใช้กับผู้รับบริการอย่างเหมาะสม

- ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

- หลังให้การพยาบาล ควรกระตุ้นให้ผู้รับบริการได้ทบทวนตนเองเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมความคิดการกระทำของตนเองเพื่อการเข้าใจตนเองและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น

- ช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างจริงใจ ให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและผู้รับบริการและสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ระยะสรุปผล (Resolution phase) เป็นระยะสุดท้ายของการพยาบาลที่ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว โดยความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เป็นการยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งบางครั้งการยุติสัมพันธภาพอาจทำได้ยากเนื่องจากความต้องการพึ่งพาเพราะสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมักมีความต่อเนื่อง ถ้าการยุติสัมพันธภาพสำเร็จลงด้วยดี ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อิสระโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล แสดงว่าผู้ป่วยเกิดการพัฒนาและเป็นความสำเร็จของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทุกระยะด้วย แนวปฏิบัติ ได้แก่

- ควรมีการแจ้งผู้รับบริการให้เตรียมตัวล่วงหน้าอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้รับบริการเตรียมตัวและสังเกตปฏิกิริยาท่าทางเพื่อให้การช่วยเหลือและแก้ไขต่อไป

- ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการสิ้นสุดร่วมกับพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการร่วมรับรู้ในกระบวนการและเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ

- ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการควรเรียนรู้ถึงการยุติสัมพันธภาพและยอมรับความจริง ว่าเมื่อผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้ เข้าใจความต้องการของตนเอง ปัญหาของตนเอง และได้รับการตอบสนองตาม

พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือ ค้นหา และทำความเข้าใจผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลต้องรู้จักตนเองและเข้าใจพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย ความเข้าใจ การยอมรับ และมีทัศนคติที่ดีจะส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ร่วมมือกับผู้ป่วยในการวางแผนการแก้ไขปัญหานั้น สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นกลไกในการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเอง ยอมรับตนเอง และสามารถดึงศักยภาพออกมาใช้ในการแก้ปัญหาของตนเองได้ โดยพยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้วิธีการแก้ปัญหา (จิราพร รักการ. 2565)

5.2 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory)

แฮรี สแตค ซัลลิแวน (Harry Stack Sullivan: 1892-1949) จิตแพทย์ชาวอเมริกัน พัฒนาทฤษฎีโดยเริ่มต้นจากแนวคิดของฟรอยด์ แต่ซัลลิแวนมีความคับข้องใจเกี่ยวกับการจัดการในสิ่งที่มองเห็นและกระบวนการทางจิตใจภายในตัวบุคคล จึงหันมาสนใจกระบวนการระหว่างบุคคล (Interpersonal process) โดยให้นิยามคำว่าบุคลิกภาพว่าเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ในการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Halter, 2014) ซัลลิแวนมีความเชื่อว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความสำคัญกว่าสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจ บุคคลที่มีสุขภาพดี จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และความเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากการขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (McGuinness, 2001 อ้างถึงใน ศุกร์ใจ เจริญสุข, 2557)

1. แนวคิดหลักของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลผ่านการมีสัมพันธภาพ และเป็นการลดความวิตกกังวล โดยซัลลิแวนกล่าวว่าความรู้สึกวิตกกังวลเป็นความรู้สึกเจ็บปวดจากความรู้สึกที่ไม่ได้รับความมั่นคง ปลอดภัย และความพึงพอใจทางสรีรวิทยา (Halter, 2014) ซึ่งแสดงออกได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1.1 ความวิตกกังวลที่เริ่มมาจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เกิดจากความวิตกกังวลของมารดาถ่ายทอดไปสู่บุตร

1.2 ความวิตกกังวลสามารถอธิบายและสังเกตได้ บุคคลที่อยู่ในภาวะวิตกกังวล สามารถบอกได้ว่าเขารู้สึกอย่างไรและแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างไร

1.3 บุคคลพยายามที่จะดิ้นรนเพื่อขจัดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นคงให้กับตนเอง ตัวอย่างเช่น เด็กพยายามเรียนรู้เพื่อหลีกเลี่ยงความวิตกกังวลที่เกิดจากการถูกลงโทษ และแสวงหาความมั่นคงโดยการยินยอมกระทำตามความปรารถนาของบิดามารดา

2. ลักษณะของทฤษฎี

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของซัลลิแวน มีความเชื่อว่า บุคคลถูกกระตุ้นเพื่อไปสู่เป้าหมาย 2 ประการ คือ

2.1 เป้าหมายเพื่อไปสู่ความพึงพอใจ (Satisfaction) ซึ่งเน้นความต้องการทางสรีรวิทยา เช่น ความหิว การนอนหลับพักผ่อน และความต้องการทางเพศ

2.2 เป้าหมายเพื่อไปสู่ความมั่นคง (Security) เป็นความต้องการเพื่อความเป็นอยู่อย่างมีความสุข ต้องการการยอมรับในสังคม ซึ่งเกิดจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความต้องการทั้ง 2 ด้านนี้ มี

ความสัมพันธ์กัน ถ้าบุคคลได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอทั้ง 2 ด้าน บุคคลก็จะไม่เกิดความวิตกกังวล เป็นการส่งเสริมความมั่นคงของตนเอง ซึ่งในที่สุดจะหล่อหลอมเป็น ระบบแห่งตน (Self-system)

3. ระบบแห่งตน (Self-system)

ระบบแห่งตนตามแนวคิดของ ซัลลิแวน คือ ภาพของบุคคลที่มีต่อตนเองซึ่งสร้างขึ้นภายในขวบปีแรก เป็นเครื่องมือที่ทำให้บุคคลสามารถจัดการและหลีกเลี่ยงจากความวิตกกังวล รวมทั้งสร้างความมั่นคงปลอดภัยได้ โดยถูกสร้างมาจากประสบการณ์ในวัยเด็กซึ่งสะท้อนให้เห็นวิธีการที่บุคคลได้เรียนรู้ในการติดต่อกับบุคคลอื่นที่มีนัยสำคัญ ระบบแห่งตนพัฒนาในกระบวนการของการค้นหาความพึงพอใจทางร่างกาย ความต้องการทางด้านร่างกาย และความปลอดภัย ซึ่งระบบแห่งตนตามแนวคิดของซัลลิแวน มีดังนี้

3.1 ฉันดี (Good me) เป็นการมองภาพตนเองว่าเป็นคนดี ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ได้รับความพึงพอใจ การยอมรับจากบุคคลสำคัญในชีวิต เช่น ได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นและการยอมรับจากมารดาที่แสดงความอ่อนโยนให้ความรักและมีความใกล้ชิดกับทารก

3.2 ฉันเลว (Bad me) เป็นการมองภาพตนเองว่าเป็นคนไม่ดี เป็นคนเลวซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ไม่ได้รับการยอมรับหรือการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญในชีวิต เช่น มารดาปฏิเสธการให้ความรัก ความอบอุ่น ทอดทิ้ง หรือท่าทีต่างๆ ที่แสดงต่อเด็ก มีผลให้บุคคลเกิด ความวิตกกังวลและมีปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้

3.3 ไม่ใช่ฉัน (Not me) เป็นการปฏิเสธตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อความวิตกกังวลสูง เป็นเพราะปฏิสัมพันธ์ของมารดากับทารกนั้น เกิดเป็นครั้งเป็นคราว เช่น บางครั้งก็ห้าม บางครั้งก็กอดรัด บางครั้งก็ไล่ ทำให้เด็กเกิดความกลัวและความเครียดอย่างรุนแรง ทำให้บุคคลปฏิเสธพฤติกรรมของตนเองเนื่องจากไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมหรือยอมรับการกระทำของตนเองไม่ได้ด้วยการใช้กลไกการป้องกันทางจิต เช่น เก็บกด การโทษผู้อื่น

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของซัลลิแวน เป็นรากฐานสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาล การบำบัดผู้ป่วยจึงควรทำโดยให้ความรู้และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วยการให้ความเคารพนับถือผู้ป่วย ยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข และมีความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) พยาบาลต้องพยายามทำความเข้าใจปัญหาสัมพันธภาพของผู้ป่วย และยังใช้เป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใหม่ในการที่จะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความไว้วางใจ (จิราพร รักการ. 2565) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิตในลักษณะบรรยากาศของการยอมรับจะเป็นโอกาสในการฝึกทักษะและพัฒนาการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Halter, 2014)

6. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิด ของ มาร์จอรีย์ กอร์ดอน (Gordon, 1994) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผน พฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย การตัดสินว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือผิดปกติ พิจารณาจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคล ตามกลุ่มอายุและเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม โดยเกณฑ์มาตรฐานของแต่

ละบุคคลตามกลุ่มอายุ จะนำมาพิจารณาตัดสินความปกติหรือผิดปกติของพฤติกรรมภายในบางแบบแผน เช่น แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร หรือแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย จะพิจารณาจากค่าปกติของสารเคมีต่างๆ ในเลือด โดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนเป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย 11 ด้าน ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตปกติ เช่น ผลกระทบต่อการหารายได้ ภาระในครอบครัว การกินอยู่หลับนอน ฯลฯ เกณฑ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการประเมินความผิดปกติ ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยภายใต้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของเขา ข้อจำกัด เงื่อนไขและปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการดูแลสุขภาพ เช่น ข้อจำกัดทางกาย ฐานะความเป็นอยู่ ช่องทางและความสามารถในการเรียนรู้ หรือปรับตัวเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหา ฯลฯ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินพฤติกรรม และการปรับตัวในเรื่องการกินของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย เช่น ปรับเวลา ปรับอาหารให้สอดคล้องกับงานที่ทำ สภาพแวดล้อม หรือสภาพร่างกาย โรคหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนมุมมอง (ความคิด) ของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคและการเผาผลาญสารอาหารของตนเอง เช่น การดื่มเหล้า การกินอาหารขยะ เช่น มาม่า ขนมกร็อบแกรบ การกินไม่เป็นเวลา เป็นต้น

- ประเมินผลของความเจ็บป่วยที่มีผลต่อเรื่องกิน เช่น ทำให้เบื่ออาหาร กลืนลำบาก ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว ความอยากอาหารฯลฯ ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถกินอาหารที่ตนเองเคยชอบ หรือไม่สามารถควบคุมตนเองในเรื่องการกินได้ตามที่ได้รับคำแนะนำ เช่น กังวล กลัวว่าจะมีอาการรุนแรงขึ้น เกรงจะถูกตำหนิ
- น้ำหนักและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา Body mass index (ค่าปกติผู้หญิง 18 – 24 kg/m^2, ผู้ชาย 20 – 27 kg/m^2) ปริมาณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน
- ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและระบบย่อยอาหาร (ผิวหนัง ความยืดหยุ่น ความชื้น บวมหรือไม่ ผม เล็บ ช่องปาก ตา ฟัน คอ ท้อง ลักษณะทั่วไป มีก้อน/กดเจ็บหรือไม่ ต่อมน้ำเหลือง ต่อมไทรอยด์)
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินกระบวนการขับถ่าย ลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้งของของเสียทุกประเภทออกจากร่างกายทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ น้ำและอิเลคโตรไลท์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการขับถ่าย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงกระบวนการขับถ่ายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหา

- ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับการขับถ่าย (ตรวจท้อง ระบบขับถ่ายปัสสาวะ บริเวณรอบทวารหนักและการทำงานของลำไส้)
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลบ้าน การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างและนันทนาการ มุมมองในการออกกำลังกายของผู้รับบริการ เช่น เห็นว่าการทำงาน หรือการทำกิจกรรมที่มีเหงื่อออกเป็นการออกกำลังกายในมุมมองของเขา ข้อจำกัดหรือเงื่อนไขในการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย เช่น หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก ไม่มีเวลา ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกาย ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำกิจ กรรมที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องด้วยข้อจำกัดต่างๆ

- ผลการตรวจร่างกายระบบหายใจ (จำนวนครั้ง จังหวะ เสียงปอด)
- ผลการตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด (ชีพจรกี่ครั้ง/นาที จังหวะ เสียงหัวใจ ความดันโลหิตเท่าไหร่ สีผิวและปลายมือปลายเท้ามีภาวะซีด/เขียวหรือไม่)
- ผลการตรวจร่างกายระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว การทรงตัว
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

เป็นการประเมินการนอนหลับ และการพักผ่อน (Relax) ของผู้รับบริการ ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการนอน ตลอดจนความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ตามความต้องการ) การปฏิบัติตนให้รู้สึกผ่อนคลาย (มีวิธีทำให้ตนรู้สึกผ่อนคลาย/หายเครียดอย่างไรบ้าง สังเกตพฤติกรรมการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ เป็นต้น)

- การสังเกต อาการแสดงถึงการนอนไม่พอ

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำ การแก้ปัญหา ตลอดจนการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองและการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ

- ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการอ่านและการเขียนหนังสือ/ความจำ/การรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ และเวลา/ลักษณะการตอบโต้/การใช้ภาษา/การได้ยิน/การมองเห็น/การได้กลิ่น/การสัมผัส/อาการเหน็บชา/เจ็บปวด/ระดับความรู้สึกตัว/ อาการทางระบบประสาท (Nuerological signs) /Reflex

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง เช่น คุณค่า ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ ความสามารถ ฯลฯทั้งในภาวะปกติและในขณะที่เจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องด้วยข้อจำกัดต่างๆ เช่นความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตา ความรู้สึกต่อความสามารถ ความรู้สึกผิดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเอง หรือความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง

- สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาตนเอง การปิดบังอวัยวะบางส่วน การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น สีหน้าท่าทางที่แสดงความภาคภูมิใจ/การท้อแท้สิ้นหวัง

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัวที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การที่ต้องรับผิดชอบชีวิตของทุกคนในครอบครัวทำให้สนใจแต่เรื่องทำมาหากินไม่ได้คิดถึงเรื่องมารับยาที่โรงพยาบาลหรือมาตรวจตามนัด และผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อบทบาทและสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น เช่น บทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนในครอบครัวลดลง แยกตัวออกจากสังคม ติดต่อกับเพื่อนน้อยลง เนื่องจากข้อจำกัดทางกาย หรือมีภารกิจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนความรู้สึกและความคิดเห็นที่มีต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทและการร่วมกิจกรรมพบปะกับบุคคลอื่น

- การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวขณะป่วย (ขณะที่ไม่สบายอยู่นี้ใครรับผิดชอบงานในบ้านแทน ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ บุคคลที่ช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยครั้งนี้)

- การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพในอาชีพขณะป่วย (ขณะป่วยนี้กระทบต่ออาชีพการงานหรือไม่ อย่างไร)

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (พิจารณาตามความเหมาะสมกับอายุและสถานการณ์)

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะทางเพศ พฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ตลอดจนอิทธิพลทางสังคม การเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและคู่ของตนเอง

- เพศสัมพันธ์ (ถามในกรณีที่แต่งงานแล้ว มีปัญหาหรือไม่ ป้องกันโรคติดต่ออย่างไร)

- เพศหญิง (ถามประวัติการมีประจำเดือน ความผิดปกติขณะมีประจำเดือน ตกขาว ตกเลือด เป็นหนอง คัน มีก้อน ตุ่มหรือไม่ การคุมกำเนิด)

- เพศชาย (ปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธ์ หนอง คัน ต่อมลูกหมากโต ไส้เลื่อน มีก้อน/ตุ่มหรือไม่) พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศหรือไม่ (สังเกตอากัปกิริยา ท่าทาง การแต่งกาย คำพูดและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกันและต่างเพศ)

- ผลการตรวจร่างกายระบบสืบพันธ์ (เฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ว่าอาจมีความผิดปกติ เพศหญิงตรวจเต้านม และอวัยวะเพศ เพศชายตรวจอวัยวะเพศ)

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมิน ความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียด ทั้งในภาวะปกติและการเจ็บป่วยโดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น เผชิญกับความไม่สุขสบายทางกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาท การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ฯลฯ ทำให้เกิดความรู้สึก ทุกข์ ทรมาน รำคาญ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มั่นใจ กลัว ฯลฯ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัว การแก้ปัญหา บริบทแวดล้อมที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว และกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับตัวและการแก้ปัญหา

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสะท้อนออกมาทางความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งที่ตนเองคิดว่าความหมายต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง และการดูแลสุขภาพ เช่น การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อขอให้ท่านปกป้องคุ้มครองภัย อันตราย การงดเว้นของแสลงเพราะเชื่อว่าจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น การแสวงหาวิธีการรักษาต่างๆที่เชื่อว่าจะทำให้อาการหรือความเจ็บป่วยของตนดีขึ้น

- ต้องการสวดมนต์ไหว้พระหรือปฏิบัติอะไรเกี่ยวกับศาสนาบ้างหรือไม่ขณะที่อยู่โรงพยาบาล สังเกตสิ่งที่นับถือบูชา เช่น ห้อยพระ ใส่เครื่องลาง รอยสัก พวงมาลัย เป็นต้น ศาสนามีความสำคัญต่อชีวิตหรือไม่ และสามารถช่วยเมื่อมีปัญหา/ความยากลำบากหรือไม่

เนื่องจากบุคคล คือ “องค์รวม” ที่ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ พยาบาลจึงไม่ควรละเลยในการประเมินภาวะสุขภาพในมิติทางด้านร่างกาย เช่นเดียวกับการประเมินในผู้ป่วยโรคทางกายทั่วไป เพื่อนำไปสู่การจำแนกภาวะการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตที่ถูกต้อง พร้อมทั้งสามารถวางแผนการพยาบาลได้สอดคล้อง และตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยติดสารเสพติด

บทที่ 4
กรณีศึกษา
การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอาการทางจิตในระยะบำบัดยา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ชื่อ – สกุลผู้ป่วย ผู้ป่วยเพศชาย **เพศ** ชาย **อายุ** 28 ปี
เชื้อชาติ ไทย **สัญชาติ** ไทย **ศาสนา** พุทธ
สถานภาพสมรส โสด **ระดับการศึกษา** ประถมศึกษาปีที่ 6
อาชีพ ว่างงาน
รายได้ต่อเดือน ไม่มีรายได้
ภูมิลำเนา จังหวัดเพชรบูรณ์
ที่อยู่ปัจจุบัน 86 หมู่ 3 ตำบล วังกวาง อำเภอ น้ำหนาว จังหวัด เพชรบูรณ์
สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
แหล่งข้อมูล
- ผู้ป่วย ระดับความน่าเชื่อถือ ปานกลาง
- เวชระเบียนผู้ป่วย ระดับความน่าเชื่อถือ มาก
- แบบบันทึกการตรวจร่างกายของแพทย์ และพยาบาล ระดับความน่าเชื่อถือ มาก

เข้ารับการรักษาครั้งที่ 1 **วันที่** 4 สิงหาคม 2566 **วันที่ครบจำหน่าย** วันที่ 8 กันยายน 2566
การวินิจฉัยโรค Marijuana Induced Psychosis (F12.5) โรคจิตจากการใช้สารกัญชา
เข้ารับการรักษาครั้งที่ 2 **วันที่** 4 สิงหาคม 2566 **วันที่ครบจำหน่าย** วันที่ 8 กันยายน 2566
การวินิจฉัยโรค Marijuana Induced Psychosis (F12.5) โรคจิตจากการใช้สารกัญชา

2. ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ที่เสพ และผู้ติดสารเสพติด

2.1 อาการสำคัญ (Chief Complaint)

หลังจากจำหน่ายได้ 2 สัปดาห์ กลับไปเสพกัญชาซ้ำ กัญชาวันละ 10 เขียง มีอาการคลุ่มคลั่ง ก้าวร้าว จุดไฟเผาบ้านชาวบ้านช่วยกันดับได้ทัน นอนไม่หลับเดินไปมา เป็นก่อนมารพ. 1 วัน

2.2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present Illness)

ประวัติผู้ป่วยเสพกัญชามาตั้งแต่อายุ 14 ปี สูบกัญชาทุกวัน วันละ 4-5 เขียง เสพมาเรื่อย ๆ ตามโอกาส ประมาณ 10 ปี ก่อนมารพ. เสพกัญชาทุกวันวันละ 10 เขียง last dose 4 สิงหาคม 2566 มีพฤติกรรมหงุดหงิดก้าวร้าว จุดไฟเผาบ้านแต่ญาติช่วยกันดับได้ทัน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ กลางคืนนอนไม่หลับเดินไปเดินมา มีหูแว่ว ปฏิเสธอาการหวาดระแวง

1 วันก่อนมามีอาการคลุ้มคลั่ง ข่มขู่ จะทำร้ายมารดา จะทำร้ายคนรอบข้าง ญาติแจ้งตำรวจพาไปรักษาที่รพ. น้ำหนาว Admit 1 คืน และประสานพระอาจารย์ที่ศูนย์บำบัดของอำเภอน้ำหนาวมาช่วยดูแล อยากให้ส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โดยรถกู้ชีพนำส่ง
แรกรับมีอาการอ่อนเพลีย ง่วงนอน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past History)

2.3.1 การใช้สารเสพติด

ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเริ่มใช้ยาบ้าทดลองใช้ตอนอยู่มัธยมศึกษาปีที่ 1 เพราะเพื่อนชวนและอยากลอง ผู้ป่วยทดลองเสพได้ 1 ปีแล้วจึงหยุดเสพเพราะไม่มีเงิน แล้วไม่ได้เรียนต่อด้วยปัญหาครอบครัวฐานะยากจน และเริ่มสูบกัญชาตั้งแต่อายุ 14 ปี สูบกัญชาทุกวัน วันละ 4-5 เขียง เสพมาเรื่อย ๆ ตามโอกาสและเริ่มเสพมากขึ้น จนต้องออกจากการเรียน ประมาณ 10 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล. เสพกัญชาทุกวันวันละ 10 เขียง

มีอาการหงุดหงิดก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ มีหูแว่ว พูดคนเดียว หวาดระแวง เศร้า คิดอยากตาย แต่ไม่เคยลงมือทำ มารดาจึงพาไปรักษาที่โรงพยาบาลน้ำหนาว โรงพยาบาลน้ำหนาวจึงส่งมารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เมื่อปี 2565 ไม่ได้นอนโรงพยาบาล ได้ยาฉีด 1 เข็ม แล้วให้ไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลน้ำหนาว ปี 2562 ติดทหารเกณฑ์ที่สัตหีบ ประจำการได้ 3 เดือนกว่า ออกมาเยี่ยมภูมิลำเนา และผู้ป่วยบอกว่าได้ยินเสียงหลวงพ่อคูณสั่งให้ยิงน้าสาวตนเอง ผู้ป่วยก็ทำตามเสียงที่สั่ง แต่น้าสาวไม่ได้เสียชีวิต ผู้ป่วยบอกกับคนอื่นว่าไม่ได้ตั้งใจ บอกว่าเจตนายิงสุนัข แต่ผู้ป่วยก็ได้รับโทษจำคุก 3 ปี 9 เดือน ออกจากเรือนจำปี 2565 ขณะอยู่ที่บ้านผู้ป่วยก็มีพฤติกรรมหากัญชามาสูบเป็นประจำทุกวัน โดยเอามาจากรุ่นพี่ในหมู่บ้านของตนเอง มีอาการหงุดหงิดก้าวร้าว หูแว่ว หวาดระแวง เศร้า คิดอยากตาย แต่ไม่ลงมือทำ กลางคืนนอนไม่หลับ ชอบขโมยของร้านค้าที่ติดบ้าน เป็นบางครั้งที่อยากดื่มแอลกอฮอล์ ญาติจึงขอใบส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น เมื่อ มิถุนายน 2566 เข้ารับการรักษาในรูปแบบผู้ป่วยใน ระยะเวลารับการบัด 35 วัน หลังจากจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยหยุดเสพได้ 2 วันแล้วกลับไปใช้กัญชาอีกเพราะรู้สึกหงุดหงิด โดยสูบทุกวัน ทำให้เพลิน และบอกว่าตนเองเลิกไม่ได้ ไม่อยากเลิกอยากใช้อยู่ กลางคืนไม่นอน และมีพฤติกรรมขวางถนนเวลารถผ่านแถวบ้านเพราะรำคาญ อยากอยู่เงียบๆ มารดาจึงพาไปโรงพยาบาลน้ำหนาว ได้นอนโรงพยาบาล 1 คืน รพ.จึงได้ประสานต่อมายังโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาเป็นครั้งที่ 2

2.3.2 การเจ็บป่วยทางร่างกาย

ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร สารเคมี ปฏิเสธการมีโรคประจำตัวและไม่เคยได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ

2.3.3 การเจ็บป่วยทางจิต

- เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เมื่อปี 2565 ไปแบบผู้ป่วยนอก
- ผู้ป่วยมีประวัติการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น และรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลน้ำหนาว

2.4 ประวัติครอบครัว (Family History)

ความสัมพันธ์ของครอบครัว ตั้งแต่บิดาเสียชีวิตด้วยติดเชื้อในกระแสเลือด เมื่อปี 2553 อายุ 56 ปี และบิดาก็มีพฤติกรรมสูบกัญชาและดื่มสุราด้วย ทำให้ผู้ป่วยเห็นบิดาสูบมาตั้งแต่เด็ก หลังจากที่บิดาเสียชีวิตผู้ป่วยก็อาศัยอยู่กับมารดา 2 คน อยู่ในช่วงวัยรุ่น ติดเพื่อน ไม่เรียนหนังสือ ติดยาเสพติดทำให้เป็นเด็กเกเร มีพฤติกรรมเสพยามาตั้งแต่ช่วงวัยรุ่น ไม่ได้ประกอบอาชีพ ว่างงาน ขอเงินมารดาใช้ ครอบครัวผู้รับการบำบัดอาศัยอยู่ด้วยกันทั้งหมด 2 คน คือ ผู้ป่วย และ มารดา ซึ่งข้อมูลของสมาชิกในครอบครัวผู้รับการบำบัดปัจจุบันมี ดังนี้ มารดา อายุ 56 ปี อาชีพ เกษตรกรรม มีโรคประจำตัว DM HT ไตระยะที่3 มีภาวะแทรกซ้อนตาเริ่มมองไม่เห็น ตามัว ได้ล้างไต ไม่ได้ทำงานแล้วตอนนี้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ จึงให้หลานทำเกษตรกรรมให้ คือ ปลุกข้าวโพด ปลูกมัน มีรายได้ไม่แน่นอน บางวันหาเก็บหน่อไม้มาขายตามหมู่บ้าน หลังจากที่สามีเสียชีวิต ผู้ป่วยก็อยู่กับลูกชาย 2 คน มีบุตรสาวอีก 1 คน แยกไปมีครอบครัว อยู่คนละจังหวัด ทางลูกสาวก็มีบุตรที่ต้องดูแล มีภาวะที่ต้องรับผิดชอบ จึงไม่ค่อยได้กลับมาบ้าน ไม่ได้ส่งเงินให้แม่ใช้

2.5 อาการปัจจุบัน (เป็นอาการของผู้ป่วยในวันที่พบกับผู้ป่วยครั้งแรก)

ผู้รับการบำบัดชายไทย วัยรุ่น รูปร่างอ้วน แต่งกายด้วยชุดโรงพยาบาลฟ้า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง ตรงประเด็น รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล สีหน้าเรียบเฉย การเคลื่อนไหวร่างกายปกติ มีความคล่องแคล่วในการพูดและตอบคำถามด้วยน้ำเสียงและจังหวะสม่ำเสมอ รับประทานอาหารได้ Vital signs stable ไม่มีไข้ ไม่มีชักเกร็ง ปฏิเสธอาการหูแว่วเห็นภาพหลอน หวาดระแวงหรือมีความคิดอยากฆ่า

ตัวตาย ผู้ป่วยยังมีอาการหลงผิดว่าคนอื่นควบคุมล่วงรู้ความคิดตนเองได้ และคิดว่าตนเองควบคุมความคิดคนอื่นได้ คิดว่าแม่ย้อนอายุได้ และเชื่อว่าเอาดอกไม้มาผสมดื่มคิดว่าเป็นสมุนไพร และให้ข้อมูลกับผู้เข้ารับการบำบัดผิดๆว่าสามารถดื่มได้

ขณะซักประวัติมีท่าทางหงุดหงิดง่าย ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ผลการประเมิน คือ 0 คะแนน คือ ไม่มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ผลการประเมิน คือ 0 คะแนน ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หายจากภาวะเมายาขาดยาภายใน 6 วัน

3. ข้อมูลด้านการรักษา

3.1 การตรวจร่างกายทั่วไป (Physical Examination)

Body Weight = 74 kgs High = 169 cms. (น้ำหนักแรกรับ 70 กิโลกรัม เพิ่มขึ้น 4 กิโลกรัมหลังจาก Admit 2 สัปดาห์) BMI = 25.9 การแปลอ้วน ระดับ 2

Vital Signs: BT=36.5˚C, PR=72bpm, RR=18bpm, BP=133/76mm.Hg, SpO_2=97% room air

3.2 การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ผิวหนัง ผม เล็บ

ผิวหนัง : ผิวสีดำแดง มีรอยสักที่แขนทั้ง 2 ข้าง แขนสักเพชรรวงข้าว ด้านหลังสักรูปเก้ายอด ไม่มีผื่นหรือจ้ำเลือด ไม่มีการเปลี่ยนแปลงสีผิว ไม่มีประวัติแพ้สารเคมี

ผม : ตัดสั้น หัวเกรียน หนังศีรษะไม่มีรอยแผล

เล็บ : รูปร่างปกติ เล็บยาว ขาวสะอาด

ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ

ศีรษะ : ลักษณะของศีรษะสมมาตรกัน มีรอยแผลเป็น จากการถูกแตะใส่ลูกกรง ตอนติดคุก เคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะรถมอเตอร์ไซค์ล้ม ตอนอายุ 17 ปี ศีรษะกระแทกพื้น

ตา : ดวงตาทั้งสองมีลักษณะสมมาตรกัน เยื่อบุตาปกติไม่ซีด ตาขาวปกติ ตาทั้งสองข้างมองเห็นชัดเจน ไม่มีปัญหาสายตาสั้น / ยาว หรือ ตาบอดสี

หู : อยู่ในตำแหน่งปกติ สมมาตรกับใบหน้าการได้ยินปกติ ไม่มีบาดแผล ไม่เคยเป็นโรคเกี่ยวกับหู

จมูก : ลักษณะปกติ ไม่มีบาดแผล ไม่มีเลือดกำเดาออก ได้กลิ่นปกติ ไม่มีโพรงจมูกบวมแดง ไม่เคยเป็นโรคเกี่ยวกับจมูก

ใบหน้า : ไม่มีอาการบวม ไม่มีรอยโรคผิวหนังที่ใบหน้า

ปากและฟัน : มีฟันผุ มีฟันหลอฟันกราม ไม่ปวดฟัน ไม่มีเหงือกบวมอักเสบ ไม่มีเลือดออกตามเหงือก/ไรฟัน

ลำคอ : เคลื่อนไหวได้ปกติ ไม่มีคอแข็ง ไม่มีบาดแผล ลำคอไม่มีก้อน

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก

หายใจปกติ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่เคยเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคปอดและวัณโรค

ระบบหัวใจและหลอดเลือด

ไม่เคยมีอาการเหนื่อยหอบง่ายเมื่อออกกำลังกาย ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว ไม่เคยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีใจสั่น ชีพจรปกติ เต้นสม่ำเสมอ ไม่มีอาการบวมตามตัว

ระบบทางเดินอาหาร

ไม่มีอาการจุกเสียดแน่นท้อง ไม่เคยถ่ายอุจจาระเป็นเลือดหรือถ่ายอุจจาระสีดำ ไม่มีอาการท้องผูก

ระบบประสาท

ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง รับสัมผัส เจ็บปวดได้ตามปกติ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

แขนขาได้รูปสัมพันธ์กันดี ไม่ลีบ ไม่เคยมีข้ออักเสบหรือข้อบวม ไม่ปวดตามข้อต่างๆ ไม่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ

ระบบปัสสาวะ

ปัสสาวะได้ปกติ ไม่มีแสบขัด

ระบบต่อมไร้ท่อ

ต่อมไทรอยด์ไม่โต

3.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันเดือนปี	รายการตรวจทางห้องปฏิบัติ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
4 ส.ค. 2566	Amphetamine	Positive	negative
4 ส.ค. 2566	Marijuana	Positive	negative
4 ส.ค. 2566	Complete Blood Count	ปกติทุกตัว	-
4 ส.ค. 2566	BUN Creatinine	7.0 L 0.86	8.9-20.6 mg/dl 0.73-1.18 mg/dl
4 ส.ค. 2566	Electrolytes	ปกติทุกตัว	-

3.4 การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน

ตารางที่ แสดงผลการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน

วันเดือนปี	เวลา	Progress note	Order for one day	Order for continue
4 ส.ค. 66	14.22		Marijuana induced psychosis Marijuana dependence Amphetamine induced psychosis Admit 4ก -ATK day 1 Negative -CXR PA upright -CBC BUN Cr E'lyte	-Aggressive precaution -Haloperidol 5 mg IM prn q 30 min for Agitation max 20 mg/day -Diazepam 10 mg iv prn q30 min for Agitation max 60 mg/day -Haloperidol decanoate 50 mg IM stat then q 4 wks. -Risperidol (2) 1*2 oral pc เช้า, ก่อนนอน -Diazepam (5) 1 tab oral hs

วันเดือนปี	เวลา	Progress note	Order for one day	Order for continue
8 ส.ค. 66	7.50	-หงุดหงิด ตาขวาง ชกมือตนเอง นั่งจ้องเพื่อนข้างเตียง OAS= 3 คะแนน	- Haloperidol 5 mg IM stat - Diazepam 10 mg iv stat	
9 ส.ค. 66	09.16	Aggressive		- Diazepam (2) 1*2 oral pc
9 ส.ค. 66	15.00	-ปฏิเสธ irritable mood -Bizarre delusion	- ย้าย 4ข. พรุ่งนี้	

ยาที่ใช้ในการรักษา

1. Diazepam (2) 1*2 oral pc
2. Diazepam (5) 1tab oral hs
3. Risperidol (2) 1*2 oral pc เช้า, ก่อนนอน
4. Haloperidol decanoate 50 mg IM stat then q 4 wks.
5. Haloperidol 5 mg IM prn q 30 min for Agitation max 20 mg/day
6. Diazepam 10 mg iv prn q30 min for Agitation max 60 mg/day

ตาราง ผลการประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบคัดกรองต่างๆ

การประเมินโดยใช้แบบคัดกรอง (วันที่ 4 ส.ค. 66)

รายการที่ใช้แบบประเมิน	แรกรับ 4 สิงหาคม 2566	ปัจจุบัน 19 สิงหาคม 2566	การแปลผล
2Q	Negative	Negative	ไม่มีโรคซึมเศร้า
9Q	0 คะแนน	0 คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
8Q	0 คะแนน	0 คะแนน	ไม่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย
Fagerstrom Test	8 คะแนน	8 คะแนน	มีการติดนิโคตินในระดับสูง
Stage of Change	Pre-Contemplation	Pre-Contemplation	อยู่ในขั้นเมินเฉย ไม่คิดว่าเป็นปัญหา
MoCA	N/A คะแนน	14 คะแนน	มีภาวะ MCI
AWQV2	6 คะแนน	0 คะแนน	ปัจจุบันไม่มีอาการถอนพิษยาแอมเฟตามีน หายจากภาวะเมา-ยาขาดยาภายใน 5 วัน
OAS	0 คะแนน	0 คะแนน	ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
SCL-90	ไม่ได้ประเมิน	ตามแบบประเมิน SCL-90	ตามแบบประเมิน SCL-90

4. การประเมินสภาพจิตใจ (Mental Status Examination) วันที่ 19 สิงหาคม 2566 เวลา10.30น.

ตารางที่ แสดงผลการการประเมินสภาพจิตใจ

Mental Status Examination: MSE	
รายการประเมินสภาพจิตใจ	**ผลการประเมินสภาพจิตใจ**
1. ลักษณะทั่วไปที่ปรากฏ	ผู้ป่วยรูปร่างอ้วน ผมสั้น มีสบตาเมื่อพูดคุยสนทนา
2. พฤติกรรมการเคลื่อนไหว	ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวปกติ ขณะการสนทนาผู้ป่วยมีสัมพันธภาพ/ท่าทางที่เป็นมิตร
3. ลักษณะการพูด	พูดคุยได้คล่องแคล่ว มีหยุดคิดแล้วค่อยพูดบ้างบางครั้ง
4. ลักษณะอารมณ์	อารมณ์สอดคล้องกับคำถาม/สถานการณ์ เมื่อพูดถึงปัญหา ผู้ป่วยดูเรียเฉย
5. การรับรู้	รับรู้ว่าตนเองมาบำบัดเฉพาะยาบ้า ส่วนกัญชาไม่คิดจะเลิก ตอนนี้ร่างกายแข็งแรงขึ้นมาก ผู้ป่วยปฏิเสธอาการหูแว่วประสาทหลอน
6. ความคิด	ไม่มีอาการกลัว มีหลงผิดว่าคนอื่นควบคุมล่วงรู้ความคิดตนเองได้ และคิดว่าตนเองควบคุมความคิดคนอื่นได้ คิดว่าแม่ย้อนอายุได้ และเชื่อว่าเอาดอกไม้มาผสมดื่มคิดว่าเป็นสมุนไพร และไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย
7. การรับรู้วัน เวลา สถานที่	ผู้ป่วยสามารถบอก วันที่ เดือน ปี สถานที่และบุคคลได้ถูกต้อง
8. ความจำ	Immediate memory, Recent memory, Recent pass memory, and Remote memory = Passed
9. สมาธิและความตั้งใจ	Digit forward and Digit back word = Passed
10. ระดับสติปัญญาโดยทั่วไป	Good
11. การตัดสินใจ	ผู้ป่วย ไม่สามารถให้คำตอบและวางแผนชีวิตตนเองได้ ไม่ค่อยตระหนักถึงการเสพยาและผลกระทบที่เกิดขึ้น
12. การรู้จักความเจ็บป่วยของตนเอง	ผู้ป่วยทราบว่าตอนนี้ตัวเองมารับการรักษาสาเหตุมาจากการเสพยาบ้ากัญชา

สรุปปัญหาที่พบจากการตรวจสภาพจิต

1. มีสีหน้าเรียบเฉย เมื่อพูดคุยถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ผู้ป่วยไม่ตระหนักรู้คิด เมื่อพูดถึงมารดาที่มีโรคประจำตัว และอยู่คนเดียวที่บ้านไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร ถ้าผู้ป่วยขอเงินไม่ได้ สามารถบอกได้ว่าจะชอบขู่แม่ให้หายืมเงินจากคนอื่นมาให้ตนเองใช้ให้ได้

2. มีนิสัย พฤติกรรม หงุดหงิดเอาแต่ใจ อารมณ์ร้อน วู่วาม โกรธง่าย เมื่อโมโหหรือโกรธจะควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ค่อยได้

3. ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักถึงโทษของการเสพสารเสพติดต่อตนเอง

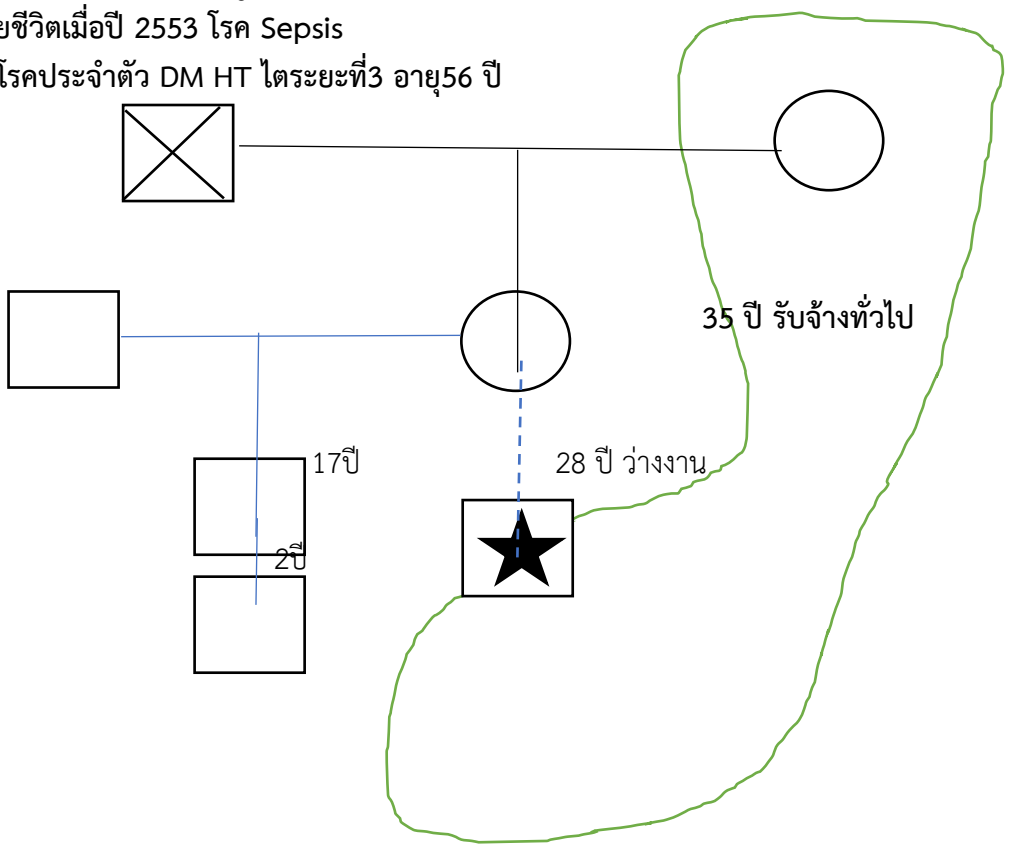
แบบประเมิน SCL-90 (11 ส.ค. 2566) พบว่า

Somatization	สูง
Obsessive Compulsive	สูง
Interpersonal Sensitivity	ปกติ
Depression	สูง
Anxiety	ปกติ
Hostility	สูง
Phobic Anxiety	ปกติ
Paranoid Ideation	สูง
Psychoticism	สูง

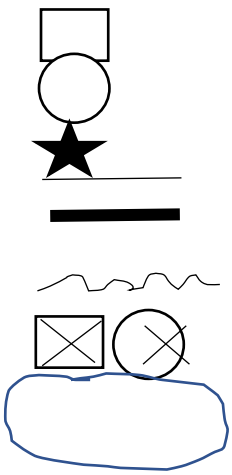
5. มิติด้านครอบครัวของผู้ป่วย

เสียชีวิตเมื่อปี 2553 โรค Sepsis

มีโรคประจำตัว DM HT ไตระยะที่3 อายุ56 ปี



สัญลักษณ์



เพศชาย
เพศหญิง
ผู้ป่วย
มีความสัมพันธ์กันปกติ
มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด
มีความขัดแย้งกัน
เสียชีวิต
อาศัยอยู่ด้วยกัน

จากรูปได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ของครอบครัว ตั้งแต่บิดาเสียชีวิตด้วยติดเชื้อในกระแสเลือด และบิดาก็มีพฤติกรรมสูบกัญชาและดื่มสุราด้วย ทำให้ผู้ป่วยเห็นบิดาสูบมาตั้งแต่เด็ก หลังจากที่บิดาเสียชีวิต ผู้ป่วยก็อาศัยอยู่กับมารดา 2 คน อยู่ในช่วงวัยรุ่น ติดเพื่อน ไม่เรียนหนังสือ ติดยาเสพติด ทำให้เป็นเด็กเกเร มีพฤติกรรมเสพยามาตั้งแต่ช่วงวัยรุ่น ไม่ได้ประกอบอาชีพ ว่างงาน ขอเงินมารดาใช้ ครอบครัวผู้รับการบำบัดอาศัยอยู่ด้วยกันทั้งหมด 2 คน คือ ผู้ป่วย และ มารดา ซึ่งข้อมูลของสมาชิกในครอบครัวผู้รับการบำบัดปัจจุบันมี ดังนี้

- ผู้ป่วย อายุ 28 ปี ปัจจุบัน ว่างงาน ใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมลักขโมยถ้าขอเงินแม่ไม่ได้ ส่วนใหญ่จะสูบกัญชาเป็นหลัก เอามาจากรุ่นพี่ในหมู่บ้าน สูบทุกวันวันละ 10 เขียง ผู้ป่วยมีปมด้อยมาตั้งแต่ยังเด็ก ตอนเด็กๆอยู่กับยาย กับพี่สาว พ่อแม่ไปทำงานหาเงิน พอโตขึ้นติดเพื่อน ติดยา เกเร

- มารดา อายุ 56 ปี อาชีพ เกษตรกรรม มีโรคประจำตัว DM HT ไตระยะที่ 3 มีภาวะแทรกซ้อนตาเริ่มมองไม่เห็น ตามัว ได้ล้างไต ไม่ได้ทำงานแล้วตอนนี้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ จึงให้หลานทำเกษตรกรรมให้ คือ ปลูกข้าวโพด ปลูกมัน มีรายได้ไม่แน่นอน บางวันหาเก็บหน่อไม้มาขายตามหมู่บ้าน หลังจากที่สามีเสียชีวิต ผู้ป่วยก็อยู่กับลูกชาย 2 คน มีบุตรสาวอีก 1 คน แยกไปมีครอบครัว อยู่คนละจังหวัด ทางลูกสาวก็มีบุตรที่ต้องดูแล มีภาวะที่ต้องรับผิดชอบ จึงไม่ค่อยได้กลับมาบ้าน ไม่ได้ส่งเงินให้แม่ใช้

7. มิติด้านสังคม

ผู้ป่วยเป็นคนไม่ค่อยพูด มีเพื่อนกลุ่มที่เสพยาด้วยกัน มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ลักขโมยร้านค้า เป็นประจำ ทางเจ้าของร้าน ไม่กล้าทำอะไร กลัวผู้ป่วยเช่นกัน สูบบุหรี่ทุกวัน ไม่ค่อยเชื่อคำเตือนของบุคคลในครอบครัว มีพฤติกรรมก้าวร้าวเกเรอันธพาลกับผู้อื่น เที่ยวเตร่ตามงานเทศกาลหรือตามบ้านเพื่อนบ้าง ไม่มีความรับผิดชอบในครอบครัว สร้างความเดือดร้อนให้ชุมชน ล่าสุดมีพฤติกรรมหาสิ่งกีดขวางถนนเวลารถผ่านแถวบ้านเพราะรำคาญ อยากอยู่เงียบๆและจะจุดไฟเผาบ้าน ชาวบ้านช่วยกันดับได้ทัน เพราะกลัวลามไปบ้านผู้อื่น

7.1 สัมพันธภาพทางสังคม

ตั้งแต่ผู้ป่วยเป็นวัยรุ่น เริ่มใช้สารเสพติด ติดเพื่อน เรียนไม่จบ ติดเพื่อนรุ่นพี่ที่มียาเสพติด ไม่เข้าบ้านเสพเยอะจนมีอาการทางจิต หูแว่ว ประสาทหลอน ก่อความรุนแรงในชุมชนไว้เยอะ มีพฤติกรรมลักขโมยของเพื่อนบ้าน ไม่ฟังคำเตือนของบุคคลในครอบครัว มารดากลัวเมื่อเสพยาแล้วจะมีอาการ จึงไปนอนบ้านญาติตนเอง

7.2 ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม

ในชุมชนของผู้ป่วยจะมีงานบุญประเพณี ต่างๆตามเทศกาล ตามหลักศาสนาพุทธ แต่ผู้รับการบำบัดไม่ค่อยเข้าร่วมหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ไม่ได้ใส่ใจ เสพยาแล้วนอนอยู่บ้าน บางครั้งไปอยู่บ้านรุ่นพี่กลุ่มเพื่อนที่เสพกัญชาด้วยกัน กลุ่มวัยรุ่นมั่วสุมเสพยาเสพติดค่อนข้างเยอะ เนื่องจากกัญชาราคาถูกและหาซื้อได้ง่าย

8. มิติด้านจิตวิญญาณ

มีความเชื่อว่า กัญชา หาง่าย เสพแล้วทำให้เพลิน ยังมองเห็นข้อดีของการเสพสารเสพติดอยู่ ไม่ตระหนักถึงปัญหา ล่าสุดก่อนมารพ. บอกว่าคุณแม่เอายาบ้ามาให้ตนเองกิน ความเป็นจริงเป็นยารักษาของแพทย์ ผู้ป่วยปฏิเสธการกินยาอย่างต่อเนื่อง ขณะอยู่ที่โรงพยาบาลมีความคิดหลงผิดไปเอาดอกไม้เครือต้นไม้ มาต้มใส่น้ำร้อนบอกว่าเป็นสมุนไพรเอาไว้ดื่ม

9. ข้อมูลด้านแรงจูงใจในการบำบัด

ผู้ป่วยอยู่ในขั้นไม่สนใจ (Pre-Contemplation) เนื่องจากมีมีความคิดว่าที่มารักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นนี้เพื่อมาบำบัดกัญชา แต่ยังไม่คิดจะเลิกสูบกัญชาและบุหรี่ เพราะทุกครั้งที่สูบกัญชาก็จะมีการสูบบุหรี่ร่วมด้วยทุกครั้ง แต่การมาบำบัดครั้งนี้บอกว่ารถมูลนิธิจับมา ไม่ได้ตั้งใจจะมาผู้ป่วยยังไม่ตระหนักถึงปัญหาการสูบกัญชา ยังมองเห็นว่าเป็นข้อดีอยู่ เสียงต่อการกลับไปเสพซ้ำสูงมาก

10. สรุปสภาวะผู้ป่วยในปัจจุบัน

ผู้รับการบำบัดชายไทย วัยทำงาน รูปร่างอ้วน ผมสั้นเกรียน แต่งกายด้วยชุดสุภาพสีฟ้าชุดโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง ตรงประเด็น รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล สีหน้าเรียบเฉย การเคลื่อนไหวร่างกายปกติ มีความคล่องแคล่วในการพูดและตอบคำถามด้วยน้ำเสียงและจังหวะสม่ำเสมอ รับประทานอาหารได้ Vital signs stable ไม่มีไข้ ไม่มีชักเกร็ง ท่าทางหงุดหงิดง่าย ปฏิเสธอาการหูแว่วเห็นภาพหลอน ผู้ป่วยยังมีอาการหลงผิดว่าคนอื่นควบคุมล่วงรู้ความคิดตนเองได้ และคิดว่าตนเองควบคุมความคิดคนอื่นได้ คิดว่าแม่ย้อนอายุได้ และเชื่อว่าเอาดอกไม้มาผสมดื่มคิดว่าเป็นสมุนไพรและให้ข้อมูลกับผู้เข้ารับการบำบัดผิดๆว่าสามารถดื่มได้

ในวันที่ประเมินสภาพ 19 สิงหาคม 2566 ขณะซักประวัติไม่แสดงอาการหงุดหงิด หรือวิตกกังวล ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอนคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ผลการประเมิน คือ 0 คะแนน คือ ไม่มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ผลการประเมิน คือ 0 คะแนน ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หลังจากนอนพักที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 15 วัน ผู้รับการบำบัดชายไทย วัยทำงาน สีหน้าเรียบเฉย รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ตรงประเด็น ให้ความร่วมมือในการพูดคุยสอบถามเป็นอย่างดี การเคลื่อนไหวร่างกายปกติ มีความคล่องแคล่วในการพูดและตอบคำถามด้วยน้ำเสียงและจังหวะสม่ำเสมอ ผู้ป่วยสบตาขณะพูดคุย การแสดงสีหน้าท่าทางสัมพันธ์กับคำพูดและบรรยากาศในขณะสัมภาษณ์ มีการเรียบเรียงคำพูดและแสดงเหตุผลสัมพันธ์กัน ถามตอบได้ตรงประเด็น ไม่มีอาการย้ำคิด ย้ำทำ หวาดระแวง หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ขณะนั่งสัมภาษณ์ไม่แสดงอาการหงุดหงิด หรือวิตกกังวล ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน รับรู้ วัน เวลา สถานที่ถูกต้อง ประเมิน SCL-90 มีปกติ 2 ด้านคือ Interpersonal Sensitivity และ phobia anxiety ประเมิน MOCA = 14 คะแนน ผู้ป่วยมีภาวะ MCI AWQV2 = 0 คะแนน ผู้ป่วยหายจากภาวะเมายา-ขาดยาภายใน 6 วัน ประเมินอาการติดนิโคติน = 3 คะแนน แปลผล ติดนิโคตินระดับเล็กน้อย ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือในการซักประวัติ พูดคุยสอบถามข้อมูลเป็นอย่างดี

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์พลวัตร การเกิดปัญหาการเสพสารเสพติด

วิเคราะห์พลวัตร การเกิดปัญหาการเสพสารเสพติด เขียนตามรูปแบบต่อไปนี้

ปัจจัยส่งเสริม

ด้านบุคคล	ด้านครอบครัว	ด้านสังคม/ชุมชน
-มีปมด้อยมาตั้งแต่เด็ก ขาดความรักจากพ่อแม่ -เห็นพ่อสูบกัญชา แอบใช้ตอนที่พ่อเผลอ -พ่อเสีย คิดมากคิดลายเรื่อง “ทำไมพ่อถึงจากไปเร็ว” -เสพยากับเพื่อน -สูบบุหรี่ทุกวัน ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางวัน -เรียนจบประถมศึกษาปีที่ 6 เขียนหนังสือไม่ได้ ปัจจุบันว่างงาน	- ฐานะยากจน - พ่อเคยสูบกัญชาและดื่มแอลกอฮอร์ เสียชีวิตแล้วเมื่อปี 2553 ด้วยติดเชื้อในกระแสเลือด - พ่อเสียชีวิต ขาดเสาหลักของครอบครัว - มารดามีโรคประจำตัว DM HT ไตระยะที่3 ทำให้ดูแลผู้ป่วยไม่ไหว ทำงานไม่ได้ ตาเริ่มมัว ไม่ได้ประกอบอาชีพที่ชัดเจน รับจ้างเป็นบางวัน ไม่มีรายได้ - ขาดความรัก ขาดความผูกพันกับครอบครัว	- มีกลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด -อยู่ในชุมชนที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดได้ง่าย หาซื้อได้ง่าย ราคาถูก -ขาดที่พึ่ง เมื่อมีปัญหาอะไรจะเล่าให้เพื่อนฟัง และชวนกันเสพยา ต้องการความรัก การยอมรับจากกลุ่มเพื่อน -กัญชาหาง่าย ไม่ได้ซื้อ ปลูกแถวชุมชนเป็นจำนวนมาก บางครั้งได้มาฟรี จากรุ่นพี่ในหมู่บ้าน

<u>ปัจจัยกระตุ้น</u>

-คบเพื่อนกลุ่มเสพยา ในหมู่บ้านเดียวกัน

- ว่างงาน ไม่ได้ประกอบอาชีพ

-มีแหล่งชุมชนที่ใช้ยาเสพติด เข้าถึงง่าย

<u>ความรู้สึก</u>

ความเครียด ,ไม่มีคุณค่า ,เห็นพ่อเสพจึงแอบเสพมาตั้งแต่ตอนเป็นวัยรุ่น มองว่ามันเท่ห์ เพลิดเพลิน , น้อยใจ ว่าพ่อเสียชีวิตจากไปเร็วเกิน

<u>กลไกทางจิตที่ใช้</u>

Acting out เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ การเผชิญความเครียดและปัญหาไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจะสูบบุหรี่ ใช้เสพยาบ้าและสูบกัญชา เพราะเชื่อว่าหลังจากใช้แล้วทำให้สมองโล่ง เพลิดเพลิน

Projection: ผู้ป่วยโทษสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ใช้ยาเสพติด โทษพ่อเห็นพ่อสูบ พี่ชายแบ่งกัญชาให้ฟรีโดยที่ไม่ได้เสียตังค์ซื้อ

Depression: ผู้รับการบำบัดเก็บกดความรู้สึกต่างๆ ไว้ข้างใน พอเจอปัญหาก็จะพึ่งยาเสพติด

Rationnalization: หาเหตุผลเข้าข้างตนเอง โดยบอกว่าเสพกัญชาเพราะต้องทำงานได้เพลิน หัวสมองไม่ตื้อ เสพแล้วทำให้ไม่ง่วง

Denial: เป็นการปฏิเสธที่จะยอมรับบางสิ่งบางอย่างซึ่งเป็นความจริงโดยการเพิกเฉย เพราะการยอมรับความจริงทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง คิดว่าตนเองไม่ได้ติดกัญชา มองว่ามีข้อดีมากกว่าข้อเสีย

<u>อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล</u>

หลัง D/C ได้ 2 สัปดาห์ กลับไปเสพกัญชาซ้ำ ผู้ป่วยเสพกัญชา วันละ 10 เขียง มีอาการคลุ่มคลั่ง ก้าวร้าว จุดไฟเผาบ้านดับได้ทัน นอนไม่หลับเดินไปมา เป็นก่อนมารพ. 1 วัน

อาการเจ็บป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้รับการบำบัดชายไทย วัยรุ่น รูปร่างอ้วน แต่งกายด้วยชุดโรงพยาบาลฟ้า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง ตรงประเด็น รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล สีหน้าเรียบเฉย การเคลื่อนไหวร่างกายปกติ มีความคล่องแคล่วในการพูดและตอบคำถามด้วยน้ำเสียงและจังหวะสม่ำเสมอ รับประทานอาหารได้ Vital signs stable ไม่มีไข้ ไม่มีชักเกร็ง ปฏิเสธอาการหูแว่วเห็นภาพหลอน หวาดระแวงหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยยังมีอาการหลงผิดว่าคนอื่นควบคุมล่วงรู้ความคิดตนเองได้ และคิดว่าตนเองควบคุมความคิดคนอื่นได้ คิดว่าแม่ย้อนอายุได้ และเชื่อว่าเอาดอกไม้มาผสมดื่มคิดว่าเป็นสมุนไพร และให้ข้อมูลกับผู้เข้ารับการบำบัดผิดๆว่าสามารถดื่มได้

ขณะซักประวัติมีท่าทางหงุดหงิดง่าย ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ผลการประเมิน คือ 0 คะแนน คือ ไม่มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ผลการประเมิน คือ 0 คะแนน ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หายจากภาวะเมายาขาดยาภายใน 6 วัน

สภาพจิตและพฤติกรรมการเจ็บป่วยขณะที่ดูแล

ผู้รับการบำบัดชายไทย วัยทำงาน รูปร่างอ้วน ผมสั้นเกรียน แต่งกายด้วยชุดสุภาพสีฟ้าชุดโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง ตรงประเด็น รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล สีหน้าเรียบเฉย การเคลื่อนไหวร่างกายปกติ มีความคล่องแคล่วในการพูดและตอบคำถามด้วยน้ำเสียงและจังหวะสม่ำเสมอ รับประทานอาหารได้ Vital signs stable ไม่มีไข้ ไม่มีชักเกร็ง ท่าทางหงุดหงิดง่าย ปฏิเสธอาการหูแว่วเห็นภาพหลอน ผู้ป่วยยังมีอาการหลงผิดว่าคนอื่นควบคุมล่วงรู้ความคิดตนเองได้ และคิดว่าตนเองควบคุมความคิดคนอื่นได้ คิดว่าแม่ย้อนอายุได้ และเชื่อว่าเอาดอกไม้มาผสมดื่มคิดว่าเป็นสมุนไพร และให้ข้อมูลกับผู้เข้ารับการบำบัดผิดๆว่าสามารถดื่มได้

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ผลการประเมิน คือ 0 คะแนนน ข้อ การแปลผลคือ ไม่มีความเสี่ยงหรือแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

- แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ผลการประเมิน คือ 0 คะแนน การแปลผลคือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า
- แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ไม่ได้ประเมิน
- แบบทดสอบวัดระดับความรุนแรงในการติดนิโคติน (Fagerstrom Test) ผลการประเมิน 3 คะแนน

การแปลผล การติดนิโคตินในระดับเล็กน้อย

- แบบประเมินพุทธิปัญญา (MOCA) 14 คะแนน มีภาวะ MCI
- แบบวัดสุขภาพจิตมาตรฐาน SCL-90 อยู่ในเกณฑ์ปกติทั้ง 2 ด้าน คือ Interpersonal Sensitivity และ phobia anxiety

ปัญหาทางการพยาบาล

1. เสี่ยงต่อการทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหลงผิด
2. ผู้ป่วยมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่อง
3. บกพร่องด้านการเรียนรู้เนื่องจากมีเชาว์ปัญญาบกพร่องจากการใช้สารเสพติดเป็นเวลานาน
4. ผู้ป่วยมีเศรษฐานะยากจน
5. ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเลิกยา เนื่องจากขาดความตระหนักเรื่องโทษ พิษภัยของสารเสพติด
6. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำ เนื่องจากขาดสิ่งยึดเหนี่ยวในการดำเนินชีวิตและขาดทักษะในการจัดการกับตัวกระตุ้น

ส่วนที่3 . การวิเคราะห์ทฤษฎีพื้นฐานทางการพยาบาลผู้เสพยาและติดสารเสพติด

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
1.ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ เชื่อว่าพฤติกรรมทุกชนิดเกิดจากการเรียนรู้สถานการณ์สิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นสิ่งเร้า มนุษย์สามารถสร้างสถานการณ์และการวางเงื่อนไข เพราะธรรมชาติของมนุษย์มีความต้องการที่จะได้มาซึ่งความพอใจ ซึ่งสาเหตุของพฤติกรรมที่แสดงออกย่อมมีสิ่งเร้าที่เสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมนั้น การเรียนรู้ตามทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์มี 2แบบ ดังนี้ Classical conditioning ตัวกระตุ้น → อยากยา → เสพยาซ้ำ Operant conditioning ฤทธิ์ของสารเสพติดเป็น reward กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม แสวงหาสารเสพติดและการใช้สารเสพติดการที่พฤติกรรมยังคงดำเนินไปอย่างสม่ำเสมอเพราะ reward ทำหน้าที่เป็นแรงเสริมพฤติกรรม (reinforcement)	ผู้ป่วยสูบกัญชา มานาน 15 ปี มีอาการแสดงออกของกัญชาที่กระตุ้นประสาท รู้สึกเพลิดเพลิน ต่อมาจะกดประสาททำให้ผู้เสพมีอาการคล้ายเมาเหล้าอย่างอ่อนๆเซื่องซึมและง่วง หลอนประสาท ทำให้มีหูแว่ว ความคิดสับสน
2.ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological) สารเสพติดจะมีผลต่อสมองเพราะเมื่อเสพเข้าไปจะทำให้สมองติดยา คือยาและสารเสพติดทุกชนิดเมื่อผ่านวิธีการเสพแล้วจะเดินทางเข้าสู่สมองของผู้เสพ กระตุ้นการทำงานของระบบสารสื่อประสาทให้ไปจับกับตัวรับจำเพาะของยาและสารเสพติดนั้น ๆ ในสมองเพื่อออกฤทธิ์ให้ผู้เสพเรียนรู้ถึงความสุขแบบสุดยอด และติดอยู่กับความสุขนี้ เมื่อผู้เสพเรียนรู้ความสุขจากการได้ยาจะจดจำความสุขจำเพาะนี้ เมื่อผู้เสพต้องการมีความสุขจึงพยายาม	ผู้ป่วยเรียนรู้ความสุขจากการได้เสพยา ทำให้ลืมความทุกข์ มีความสุข เมื่อผู้ป่วยต้องการความสุขอีกจึงพยายามพึ่งยา(Dependence) ซึ่งสารแห่งความสุขจะหลั่งตามประเภทของสารเสพติดที่เสพ ซึ่งผู้ป่วยเสพยากัญชาซึ่งมีความแรงขึ้น สมองจะทำการจดจำสารเสพติดที่ใช้แล้วเกิดความพึงพอใจ ผู้ป่วยจึงพยายามไปหายาเสพติดมาใช้ และใช้ใน

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
พึ่งยา (Dependence) ซึ่งสารแห่งความสุขจะหลั่งตามประเภทของสารเสพติดที่เสพ เช่น ยาบ้า สมองจะถูกกระตุ้นสารโดปามีนออกมาจะทำให้ผู้ป่วยรู้กระปี่กระเปล่า มีความสุข สมองจะทำการจดจำสารเสพติดที่ใช้แล้วเกิดความพึงพอใจ ผู้ป่วยจึงพยาบาลไปหายาเสพติดมาใช้และใช้ในปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆเพื่อให้สนองความพึงพอใจของผู้ป่วย	ปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อให้สนองความพึงพอใจของผู้ป่วย แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีรายได้มากขึ้นจากการทำงาน และต้องทำงานช่วงกลางคืน จึงทำให้สูบกัญชาเพิ่มมากขึ้น
3. ทฤษฎีสัมพันธภาพ ซัลลิแวน(Harry Stack Sullivan) จิตแพทย์ชาวอเมริกัน เชื่อว่า พฤติกรรมและบุคลิกภาพของมนุษย์ เป็นผลมาจากสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลโดยเฉพาะในช่วงวัยต้นของชีวิต การเจ็บป่วยทางจิตเป็นผลมาจากความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น (Sullivan,1953) มีแนวคิดที่สำคัญคือ มนุษย์มีความต้องการขั้นพื้นฐาน 2 ประการ คือ 1. ความต้องการความพึงพอใจ(Satisfaction)ซึ่งเป็นความต้องการทางสรีรวิทยา เช่น ความหิว ความต้องการทาเพศ 2. ความต้องการทางด้านความมั่นคง(Security) ซึ่งเป็นความต้องการทางด้านจิต ความต้องการทางด้านสรีรวิทยาที่จะได้รับการตอบสนองในสถานการณ์ที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เมื่อได้รับการตอบสนองความพึงพอใจ และความรู้สึกมั่นคงในตัวบุคคล บุคคลนั้นก็ไม่มีความวิตกกังวล ซัลลิแวนเชื่อว่า การพัฒนาบุคลิกภาพในวัยเยาว์มีความสำคัญมาก และ บุคลิกภาพจะเปลี่ยนแปลงทุกครั้งที่มีสัมพันธภาพกับบุคคลใหม่ๆและจะมีการเรียนรู้ใหม่เกิดขึ้น เพราะร่างกายมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาดีขึ้นเรื่อยๆ ถ้าบุคคลได้รับความสุข ความพอใจในการยอมรับจากสังคม	ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเริ่มสูบบุหรี่ ร่วมกับสูบกัญชาตอนอายุ 12 ปี เสพมานาน 15 ปี สมัยเป็นหนุ่มนิยมสูบกัญชาเป็นอย่างมาก เพราะแถวบ้านมีการปลูกปริมาณเยอะ และอยากรู้อยากลอง เพื่อนวัยรุ่นด้วยกันชักชวนสูบ เพราะชอบสนุกสนาน ปริมาณ 1-2 หวีด / สัปดาห์ และสูบมาเรื่อย ๆตามโอกาส และตามที่หามาเสพได้ เสพยาบ้าตอนอายุ 12 ปี เสพมานาน 15 ปี เสพมาเรื่อยๆ ตามโอกาส เสพครั้งละ1 เม็ด ช่วงนั้นยาบ้าแพง จะชอบเสพกัญชามากกว่า
4.ทฤษฎีพุทธิปัญญานิยม แนวคิดของนักจิตวิทยากลุ่มนี้สนใจเกี่ยวกับกระบวนการคิด (Cognitive process) การให้เหตุผลของบุคคล นักจิตวิทยากลุ่มนี้ตระหนักเรื่องของพุทธิปัญญา (Cognitive) ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าภายนอกกับสิ่งเร้าภายในซึ่งความคิดเห็น ความเชื่อ และสติปัญญา จะเป็นตัวตีความหมายของสิ่งเร้าภายนอกให้เกิดความรู้สึกความเข้าใจ หลักของทฤษฎีคือการทำความเข้าใจองค์ประกอบ 3 อย่างคือ อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมว่ามีความสัมพันธ์กัน	การรักษาโดยใช้พฤติกรรมบำบัดสามารถนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยติดยา กลุ่มผู้ป่วยติดเหล้าหรือกลุ่มวัยรุ่นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าจะต้องประพฤติหรือปฏิบัติวิธีการใดจึงจะมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง รวมทั้งการเป็นแบบอย่าง (Modeling) ซึ่งเป็นการที่ผู้บำบัดหาแบบอย่างพฤติกรรมที่พึงประสงค์และให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากการเลียนแบบ

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
ประสบการณ์ในอดีตมีผลต่อการรับรู้และการแสดงออกของบุคคล นักทฤษฎีพุทธิปัญญา ได้แก่ **กลิบเบอร์ (Gliber)** กล่าวว่า สติปัญญาเป็นตัวที่ก่อให้เกิดข้อมูลอย่างเหมาะสม เป็นตัวก่อให้เกิดความเศร้าและความเครียดเมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ กระทบ สติปัญญาคือสิ่งที่สร้างความหมายและความสำเร็จในบุคคล	ใกล้ชิดก็เสพยา คิดว่าการเสพยาช่วยให้ตนไม่เหงา คลายเครียดได้ มีความสุข
แอรอน เบค (Arron T.Beck) เชื่อว่าความเศร้าของบุคคลเริ่มจากวัยเด็ก จากมีการพัฒนาการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในแง่ลบ เพราะได้รับประสบการณ์ในแง่ลบที่สะสมไว้ เมื่อเป็นผู้ใหญ่ ทำให้บุคคลกระทบกระเทือนได้ง่าย เมื่อมีเหตุการณ์ในแง่ลบคล้ายๆกันมากระทบ ทำให้บุคคลมองตัวเองในแง่ลบมากขึ้น เช่น บุคคลในวัยเด็กที่ถูกพ่อแม่ประทับตราว่าโง่ ไม่ดี ไม่มีความสามารถ มักจะล้มเหลวในการทำงานอย่างหนึ่งอย่างใดในอนาคต	การรับรู้ที่บิดเบือน ความเชื่อที่ผิดพลาดและจุดบอดของบุคคล ซึ่งนำไปสู่ปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ การแก้ไขปัญหาจะมุ่งที่การตรวจสอบความเป็นจริง ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการมองตนเองและมองโลกตามความเป็นจริงมากขึ้น
อัลเบิร์ต เอลลิส (Albert Ellis) อธิบายว่าปัญหาสุขภาพจิต เช่น อารมณ์ซึมเศร้า ความวิตกกังวล มีสาเหตุมาจาก กระบวนการความคิด หรือความเชื่อ ที่ไม่มีเหตุผล ใช้การบำบัดโดย วิธีการบำบัดเชิงอารมณ์และเหตุผล (Rational Emotive Therapy หรือ RET) โดยสอนให้บุคคลหยุดตำหนิตนเอง ยอมรับว่าบุคคลไม่สมบูรณ์แบบที่สุด โดยเน้น ปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรม	
5. ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs)	
อับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow: 1908-1970) บิดาแห่งจิตวิทยากลุ่มมนุษยนิยม (Halter, 2014) ได้อธิบายว่าพฤติกรรมเป็นผลมาจากแรงจูงใจของบุคคลที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานตามลำดับขั้น เมื่อบุคคลไม่ได้รับการสนองตอบตามความต้องการพื้นฐานที่เหมาะสม ย่อมก่อให้เกิดการเสียสมดุลของจิตใจขึ้น แต่ถ้าปรับตัวไม่ได้จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา มาสโลว์แบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 6 ขั้น ดังนี้ 1) ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เช่น อาหาร น้ำ อากาศ การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย เป็นต้น 2) ความต้องการความปลอดภัย (Safety needs) เมื่อมนุษย์ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นแรกแล้ว มนุษย์ก็	ผู้ป่วยคิดว่าตัวเองไม่ดี ไม่มีค่าทำให้มีปัญหาครอบครัว เน้นเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม สอนให้บุคคลหยุดการตำหนิตนเองและยอมรับตนเองอย่างที่เป็นตนเองซึ่งมีข้อบกพร่อง ไม่สมบูรณ์แบบ แยกปัญหาจากความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยใช้หลัก A-B-C เน้นที่ศักยภาพของผู้ใช้บริการ เปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง คอยสนับสนุน และให้กำลังใจ

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
จะพัฒนาไปสู่ความต้องการความปลอดภัย การคุ้มครอง จากความกลัวและความวิตกกังวล 3) ความต้องการความรักและเป็นเจ้าของ (Belonging and love needs) เมื่อมนุษย์รู้สึกว่าตนเองปลอดภัยก็จะต้องการความรักและความเป็นเจ้าของเพื่อขจัดความรู้สึก โดดเดี่ยว 4) ความต้องการความภาคภูมิใจ (Esteem needs) เมื่อมนุษย์ได้รับการตอบสนองเรื่องความรักความเป็นเจ้าของแล้ว มนุษย์ก็จะต้องการการยอมรับยกย่องในสังคม 5) ความต้องการเป็นตนเองอย่างแท้จริง (Self-actualization) เป็นความต้องการที่จะเป็นในทุกๆ อย่างที่เขาจะสามารถเป็นได 6) ความต้องการตื่นรู้ในตนเอง (Self-transcendence) เป็นความต้องการการตื่นรู้ทางจิตวิญญาณ	ผู้ป่วยประสบความสำเร็จด้านครอบครัว ก็จะไปเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อนที่เสพยาด้วยกัน ต้องการการยอมรับยกย่องในสังคม มีเพื่อนกลุ่มเสพในหมู่บ้าน บางคนก็มีครอบครัวแล้ว บางคนเป็นหนุ่มโสดเช่นเดียวกับผู้ป่วย บางครั้งสูบเองที่บ้าน สูบไปด้วยเปิดเพลงเสียงดัง ทำให้เพลิน

ปัจจัยการติดยาเสพติดตามแนวคิดทางระบาดวิทยามี 3 ปัจจัยคือ

1. ยาและฤทธิ์ของยา (Agent) เนื่องจากสารเสพติดมีฤทธิ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายและจิตใจ
2. ตัวผู้เสพ (Host) ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยทางด้านร่างกาย และปัจจัยทางด้านจิตใจ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้บุคคลติดสารเสพติดคือ บุคลิกภาพพื้นฐาน (Basic Personality) ซึ่งเป็นผลมาจากการเลี้ยงดูของครอบครัวและพันธุกรรม บุคคลที่มีบุคลิกภาพผิดปกติและมีแนวโน้มในการใช้สารเสพติดมีหลายลักษณะ (อังกูร ภัทรากร, 2541) ดังนี้

2.1 ผู้ที่มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Amtisocial personality Disorder) จะมีลักษณะเป็นเด็กเกเร หนีเรียน แกล้งเพื่อน

2.2 บุคลิกภาพพึ่งพา ไม่เป็นตัวของตัวเอง จะตัดสินใจทำอะไรต้องได้รับคำแนะนำยืนยันอย่างหนัก ไม่สามารถเป็นผู้นำหรือรับผิดชอบอะไรได้ แต่เป็นผู้ตามที่ดี ต้องพึ่งพาสารเสพติด เนื่องจากมีความกังวลทุกข์ใจ

2.3 Histrionic Personality Disorder ต้องการการยอมรับในสังคมตลอดเวลา ในส่วนลึกของจิตใจมีความหวั่นวิตกเสมอว่าจะถูกทอดทิ้ง ต้องใช้สารเสพติดเพื่อคลายความทุกข์ใจ

2.4 สิ่งแวดล้อม (Environment) ที่เป็นสาเหตุให้ติดสารเสพติดได้แก่ ครอบครัว เพื่อนและการอยู่ใกล้ชิดสารเสพติด

วิเคราะห์กรณีศึกษา การเปรียบเทียบข้อมูลวิชาการ/ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
กัญชา (Cannabis) **อาการและอาการแสดงของผู้ที่เสพกัญชา** อาการและอาการแสดงของผู้ที่เสพกัญชามีความหลากหลายทั้งในผู้เสพคนเดียวกัน และอาจแตกต่างจากผู้เสพอื่น ทั้งนี้เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น ปริมาณสารสำคัญที่เสพแต่ละครั้งไม่เท่ากัน วิธีการเสพที่ต่างกัน ประสบการณ์ของผู้เสพ ความสามารถในการรับรู้ของผู้เสพ สายพันธุ์ของกัญชาที่ใช้เสพ และการใช้ยาหรือสารเสพติดอื่นร่วมด้วย เป็นต้น อาการและอาการแสดงของผู้เสพกัญชาในขนาดที่ไม่ทำให้เกิดพิษ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มอาการหลัก คือ 1. ผลต่อจิตใจ (psychological effect) ได้แก่ ความรู้สึกผ่อนคลาย มีความสุข เวลาผ่านไปช้า และเจริญอาหารมากขึ้น	ผู้ป่วยสูบกัญชา ตอนอายุ 12 ปี เสพมานาน 15 ปี และเสพต่อเนื่องมากขึ้นเรื่อยๆวันละ 10 เขียง ผู้ป่วยให้เหตุผลว่า หาง่าย แถวบ้านปลูกเยอะ รุ่นพี่เอามาให้สูบฟรีๆ ใช้แล้วเพลิดเพลินทำงานได้เยอะ ทำให้มีอาการทางจิต ดังนี้ มีอาการหงุดหงิด มีหูแว่ว มีพูดบ่นคนเดียว ยิ้มหัวเราะคนเดียว นอนไม่หลับ เดินไปมา ไม่หลงผิดระลึกชาติได้ชาติที่แล้วเกิดเป็นพระพิฆเนศ หลงผิดว่าตนเองสามารถควบคุมความคิดคนอื่นได้ และผู้อื่นสามารถควบคุมการพูดความคิดตนเองได้
2. ผลต่อร่างกาย (physiological effect) ได้แก่ เลือดไหลเวียนไปยังสมองมากขึ้น ชีพจรเต้นเร็วลด ความต้านทานภายในหลอดเลือดแดงส่วนปลายความ ดันโลหิตสูง (แต่บางครั้งมีภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนอิริยาบถ เนื่องจากความต้านทานในหลอด เลือดแดงส่วนปลายลดลง) หายใจสะดวกขึ้น (ทั้งในผู้เสพทั่วไป และผู้เสพที่เป็นโรคหืดร่วมด้วย) ตาแดง และลดความดันในลูกตา	ผู้ป่วยมีภาวะเมายา ขาดยา หายภายใน 5 วัน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนช่วงถอนพิษยาบ้าและกัญชา
เกณฑ์การวินิจฉัยที่มีปัญหาจากการเสพกัญชาของ DSM-V CUD เป็นภาวะที่ เสพกัญชาจนเกิดปัญหาโดยต้องเข้าได้กับเกณฑ์ อย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไปภายใน 12 เดือน 1. มีการเสพกัญชาในปริมาณที่มากหรือระยะเวลานานเกินกว่าที่ตั้งใจ 2. มีความต้องการที่จะลดหรือหยุดการเสพกัญชา นั้นแต่ไม่สามารถทำ ได้ 3. ใช้เวลามากในการหากัญชาการเสพกัญชา และการฟื้นตัวจากฤทธิ์กัญชา 4. มีอาการอยากหรือความต้องการรุนแรงที่จะเสพกัญชา 5. มีการเสพกัญชาบ่อยๆจนไม่สามารถจัดการกับ	ผู้ป่วยเคยไปรักษาอาการทางจิตที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ตั้งแต่ปี2565 ด้วยอาการหูแว่ว ยิ้มหัวเราะคนเดียว หวาดระแวง เศร้า คิดอยากตาย แต่ไม่เคยลงมือทำ **การรักษาที่ได้รับ** 1. Diazepam (2) 1*2 oral pc 2. Diazepam (5) 1 tab oral hs 3. Risperidol (2) 1*2 oral pc เช้า, ก่อนนอน 4. Haloperidol decanoate 50 mg IM stat then q 4 wks. 5. -Haloperidol 5 mg IM prn q 30 min for Agitation max 20 mg/day

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
กิจวัตรประจำวัน ทั้งที่ทำงาน บ้านหรือโรงเรียน 6. ยังคงมีการเสพกัญชาอย่างต่อเนื่อง แม้จะ เกิดปัญหาทางด้านสังคมหรือความสัมพันธ์กับ ผู้อื่นที่เกิด จาการเสพกัญชาอยู่บ่อยครั้ง 7. ต้องยกเลิกกิจกรรมที่สำคัญในด้านสังคม งาน อาชีพ หรือกิจกรรมสันทนาการเพราะการเสพกัญชา 8. มีการเสพกัญชาในภาวะที่อาจเกิดอันตรายทางร่างกายอยู่บ่อยครั้ง 9. มีการเสพกัญชาต่อเนื่อง แม้จะทราบว่าการ เสพกัญชาจะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกาย และจิตหรือ ทำ ให้ปัญหานั้นรุนแรงขึ้น 10. มีอาการดื้อยา 11. อาการถอนพิษยา	6. -Diazepam 10 mg iv prn q30 min for Agitation max 60 mg/day การบำบัดทางจิต(Psychological Treatment) ดังนี้ สมัครใจเข้ารับการรักษาและการหยุดเสพ (Engagement and Abstinence Initiation) มีเป้าหมายหลักของการดำเนินการในระยะนี้คือทำให้ผู้รับบริการสามารถหยุดเสพยาและหยุดวงจรการกลับไปเสพซ้ำไม่ว่าจะเป็นประจำหรือเสพเป็นครั้งคราวก็ตามการบำบัดรักษาเป็นทั้งเป็นการปรับพฤติกรรมและการให้การช่วยเหลือทางจิตใจ “contingency contracting” คือให้สมัครใจที่จะหยุดเสพและยอมรับการบำบัดรักษา มีการสุ่มตรวจปัสสาวะตลอดการรักษา และทำข้อตกลงร่วมกันถึงผลกระทบที่ผู้ป่วยจะได้รับ -การช่วยเหลือทางจิตใจและการให้คำปรึกษาอะไรที่เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมการหยุดเสพได้ และหาความต้องการพื้นฐานที่ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ยาและหาวิธีสนองความต้องการนั้นโดยไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปพึ่งยา

ส่วนที่ 4 กระบวนการทางการพยาบาล

1. เสี่ยงต่อการทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหลงผิด
2. ผู้ป่วยมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่อง
3. ผู้ป่วยสารเสพติดเชาว์ปัญญาบกพร่อง
4. ผู้ป่วยมีเศรษฐานะยากจน
5. ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเลิกยา เนื่องจากขาดความตระหนักเรื่องโทษของสารเสพติด
6. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำ เนื่องจากขาดสิ่งยึดเหนี่ยวในการดำเนินชีวิตและขาดทักษะในการจัดการกับตัวกระตุ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1

เสี่ยงต่อการทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีหลงผิด

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data:

: ผู้ป่วยบอกว่า “คนอื่นควบคุมล่วงรู้ความคิดตนเองได้ และคิดว่าตนเองควบคุมความคิดคนอื่นได้ คิดว่าแม่ย้อนอายุได้ และเชื่อว่าเอาดอกไม้มาผสมดื่มคิดว่าเป็นสมุนไพร”

Objective data:

: มีลักษณะ Bizarre delusion

: มีลักษณะท่าทางไม่ค่อยไว้วางใจผู้อื่น สีหน้าเรียบเฉย

: ยาได้รับยากลุ่ม Antipsychotic drug

Analysis

ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological) สารเสพติดจะมีผลต่อสมองเพราะเมื่อเสพเข้าไปจะทำให้สมองติดยา คือ ยาและสารเสพติดทุกชนิดเมื่อผ่านวิธีการเสพแล้วจะเดินทางเข้าสู่สมองของผู้เสพ กระตุ้นการทำงานของระบบสารสื่อประสาทให้ไปจับกับตัวรับจำเพาะของยาและสารเสพติดนั้นๆในสมองเพื่อออกฤทธิ์ให้ผู้เสพรู้สึกถึงความสุขแบบสุดยอด และติดอยู่กับอยู่กับความสุขนี้ ผู้เสพเรียนรู้ความสุขจากการได้ยาจะจดจำความสุขจำเพาะนี้ เมื่อผู้เสพต้องการมีความสุขจึงพยายาม พึ่งยา (Dependence)ซึ่งสารแห่งความสุขจะหลั่งตามประเภทของสารเสพติดที่เสพเช่น ยาบ้า สมองจะถูกกระตุ้น สารโดปามีนออกมาจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น ตื่นตัว มีความสุขชั่วครั้งชั่วคราว ซึ่งผลจากการเสพยาบ้า เป็นยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ในระยะแรกจะออกฤทธิ์ทำให้ร่างกายตื่นตัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ใจสั่น ประสาทตึงเครียด แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะรู้สึกอ่อนเพลียมากกว่าปกติ ประสาทล้าทำให้การตัดสินใจช้าและผิดพลาด เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงได้ ถ้าใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้สมองเสื่อม เกิดอาการประสาทหลอน เห็นภาพลวงตา หวาดระแวง คลุ้มคลั่ง เสียสติ เป็นบ้า อาจทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ หรือในกรณีที่ได้รับยาในปริมาณมาก จะไปกดประสาท และระบบการหายใจทำให้หมดสติ และถึงแก่ชีวิตได้

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดอุบัติการณ์ทำร้ายตนเองและผู้อื่น

เกณฑ์การประเมิน: ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นและการกระทำที่สื่อต่อการฆ่าตัวตายหรือคิดทำร้ายผู้อื่นโดยไม่ตัดสินว่าถูกหรือผิดดีหรือเลว
3. ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและทำร้ายผู้อื่นโดยสังเกตจากคำพูด ท่าทาง การกระทำ ความคิด ความรู้สึก และสถานการณ์แวดล้อม
4. จำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยเมื่อจำเป็น หรือมีภาวะเสี่ยงมากขึ้น
5. ดูแลสภาพแวดล้อมให้แน่ใจว่าไม่มีวัสดุหรืออุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธหรือใช้ทำร้ายตัวเองได้
6. เฝ้าระวังพฤติกรรมการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่นโดยตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอทุก 1/2 ชั่วโมง
7. จัดให้เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มนันทนาการทุกวัน
8. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา
9. ส่งต่อเวรเรื่องอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง

การประเมินผล

ผู้ป่วยยังมีความคิดหลงผิดอยู่ ท่าทางการพูดภาคภูมิใจ พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data:

"ผู้ป่วยบอกว่า ตั้งแต่พ่อเสียชีวิต ก็ขาดเสาหลักของครอบครัวไป รู้สึกว่าพ่อจากไปเร็ว"

"ผู้ป่วยบอกว่า บางครั้งรู้สึกไม่มีคุณค่า "

Objective data:

: ขณะพูดสีหน้าท่าทางดูตาระห้อย

: ขณะอยู่บำบัดรักษาญาติไม่ค่อยโทรมาสอบถามอาการผู้ป่วย

A : ทฤษฎีลำดับของ Maslow เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นจำนวนมาก สามารถอธิบายโดยใช้แนวโน้มของ บุคคล ในการค้นหาเป้าหมายที่ จะทำให้ชีวิตของเขาได้รับความต้องการ ความปรารถนาและได้รับสิ่งที่มีความหมาย ต่อตนเอง เป็นความจริงที่จะกล่าวว่า กระบวนการของแรงจูงใจเป็นหัวใจของทฤษฎีบุคลิกภาพของ Maslowโดยเขา เชื่อว่ามนุษย์เป็น "สัตว์ที่มีความต้องการ" (wanting animal) และเป็นการยากที่มนุษย์จะไปถึงขั้นของความพึง พอใจอย่างสมบูรณ์ ในทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของMaslow เมื่อบุคคลปรารถนาที่ได้รับความพึงพอใจ และ เมื่อบุคคลได้รับความพึงพอใจในสิ่งหนึ่งแล้วก็ยังคงเรียกร้องความพึงพอใจสิ่งอื่นๆต่อไป ซึ่งถือเป็นคุณลักษณะของ มนุษย์ ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการจะได้รับสิ่งต่างๆอยู่เสมอ Maslow กล่าวว่าความต้องการของมนุษย์ติดตัวมาตั้งแต่เกิดและ ความปรารถนาเหล่านี้จะเรียงลำดับขั้นของความปรารถนา ตั้งแต่ขั้นแรกไปสู่ความปรารถนาขั้นสูงขึ้นไปเป็นลำดับ Maslow เรียงลำดับความต้องการของมนุษย์จากขั้นต้นไปสู่ความต้องการขั้นต่อไปไว้เป็นลำดับดังนี้ 1) ความ ต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) 2) ความต้องการความปลอดภัย (Safety needs) 3) ความ ต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Belongigness and love needs) 4) ความต้องการได้รับความนับถือยกย่อง (Esteem needs) 5) ความต้องการที่จะเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Self-actualization needs)จากประวัติ ผู้ป่วยรายนี้เทียบเข้ากับทฤษฎีพบว่า ครอบครัวแตกแยก ไม่ได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัว ขาดความความอบอุ่น จึงทำให้ผู้ป่วยโหยหาความรัก แสวงหาความรักจากคนรอบข้าง

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล :

1.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรูสึกมีคุณค่าในตนเองและครอบครัวมากขึ้น

2.มีสัมพันธภาพกับครอบครัวมากขึ้น ไม่มีพฤติกรรมแยกตัว ร่วมกิจกรรมกับครอบครัวได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัด เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเองจนเกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินทัศนคติ การรับรู้คุณค่าของตนเองของผู้ป่วย
3. ส่งเสริมให้แสดงความรู้สึก ความรัก สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวและคนรอบข้างมากขึ้น
4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยทราบเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และร่วมกันอภิปรายถึงวิธีการ แนวทางเพื่อให้บรรลุ เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยไม่ตัดสินแทนผู้ป่วย
5. ให้คำปรึกษา และแนะนำแนวทางในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ด้วยการให้พูดคุยระบายความรู้สึกกับเพื่อนที่ สนิทหรือเจ้าหน้าที่ ให้ผู้ป่วยฝึกทำสมาธิ ฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบัน
6. พูดคุยกับคนในครอบครัวของผู้ป่วยในการให้กำลังใจ และการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น การสื่อสาร ทางบวก ชมเชยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมในทางที่ดี ไม่ตำหนิโดยไม่บอกเหตุผล มอบหน้าที่ให้ผู้ป่วยรับผิดชอบ

7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก ฝึกการคิด และพฤติกรรมรักตัวเอง การสร้าง ความหวัง การร่วมกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อตนเองและผู้อื่น

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น รู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของครอบครัว มีแผนการดำเนินชีวิตหลัง จำหน่าย ว่าจะไม่กลับไปเสพยาซ้ำ จะไปทำงานช่วยแม่ พูดถึงตนเองในแง่บวกมากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 บกพร่องด้านการรู้คิดเนื่องจากการใช้สารเสพติดเป็นเวลานาน

Subjective data: ผู้ป่วยบอกว่า เขียนหนังสือไม่ได้

Objective data: จากการดูประวัติ ผู้ป่วยเรียนจบ ประถมศึกษาปีที่ 6

คะแนน MOCA = 14 คะแนน มีภาวะ MCI

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และมีทักษะในการแก้ปัญหาได้เหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน:

ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการแก้ปัญหาได้ถูกต้อง สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินศักยภาพและคุณสมบัติการทำบทบาทหน้าที่ตามความสามารถของผู้ป่วย
2. ดูแลให้รับผิดชอบตารางกิจวัตรประจำวัน
3. พูดคุยเสริมแรงบวกอย่างสม่ำเสมอ
4. ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดตามความสามารถของผู้ป่วย
5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างสมดุล ให้คำปรึกษาหากผู้ป่วยมีปัญหา

การประเมินผล :

ผู้ป่วยดูแลรับผิดชอบหน้าที่ประจำวันได้ ดูแลตนเองได้ครบถ้วน ร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดได้ แต่ค่อนข้างช้า คิดช้า ต้องช่วยเหลือบางกิจกรรมที่ต้องเขียนใบงาน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยมีเศรษฐานะยากจน

Subjective data: “ผู้ป่วยบอกว่า ปัจจุบันนี้ ไม่ค่อยเสพยาบ้า เพราะไม่มีเงิน แต่สูบกัญชามากขึ้น เพราะได้มาฟรีๆ”

: “ผู้ป่วยบอกว่า จะขอเงินแม่เป็นประจำ ถ้าแม่ไม่มีจะขู่ขอเงินให้ได้”

Objective data: ว่างงาน ไม่ได้ประกอบอาชีพ

: มารดาให้ข้อมูลว่า ถ้าขอเงินจากแม่ไม่ได้ ก็จะไปลักขโมยร้านค้าข้างบ้าน

: มารดาบอกว่า ตนเองไม่ได้ประกอบอาชีพ เพราะมีโรคประจำตัว ตามองไม่เห็น ทำงานไม่ได้

: ขณะผู้ป่วยอยู่บำบัด มารดาไม่ค่อยโทรมา ผู้ป่วยไม่ได้รับเงินฝากจากญาติ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้มีรายได้ใช้จ่ายเพียงพอในครอบครัว

เกณฑ์การประเมิน: ผู้ป่วยประกอบอาชีพที่สุจริต หาเงินมาใช้จ่ายในครอบครัวได้

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ให้ความสำคัญหลังจำหน่ายการประกอบอาชีพที่สุจริต เพื่อให้รายได้มาจุนเจือครอบครัว
2. ให้ข้อมูลผลกระทบของโรคติดยาที่สำคัญ ผลกระทบต่อสุขภาพ การงาน การเงิน
3. ควรปรับวิถีชีวิตหลังผ่านการบำบัด โดยไม่ว่างงาน รับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ ป้องกันความอยากเสพยา ไม่สังสรรค์กับเพื่อนที่ตั้งวงดื่มสุรา/ เสพสารเสพติด
4. ให้กำลังใจชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสาสมารถหยุดเสพ และมีการประกอบอาชีพได้เหมาะสม

การประเมินผล:

ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลที่ให้ แนะนำการปฏิบัติตัวรับฟังเข้าใจดี แต่ยังไม่สามารถบอกได้ว่าหลังจากจำหน่ายจะไปทำงานอะไร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเลิกยา เนื่องจากขาดความตระหนักเรื่องโทษของสารเสพติด

Subjective data:

: ผู้ป่วยบอกว่า เสพแล้วทำงานได้เพลิน หัวไม่ตื้อ

: ผู้ป่วยบอกว่า ก็ยังกลับไปใช้กัญชาอยู่เหมือนเดิม บางครั้งได้มาฟรีๆจากพี่แถวบ้านเอามาให้

Objective data:

: Stage of Change ผู้ป่วยอยู่ในขั้นเมินเฉย ไม่สนใจปัญหา (Pre-Contemplation)

: ผู้ป่วยยังขาดความตระหนักถึงปัญหาของยาเสพติด

: ประเมิน MOCA = 14 คะแนน มีภาวะ MCI

Analysis

ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological) สารเสพติดจะมีผลต่อสมองเพราะเมื่อเสพเข้าไปจะทำให้สมองติดยา คือ ยาและสารเสพติดทุกชนิดเมื่อผ่านวิธีการเสพแล้วจะเดินทางเข้าสู่สมองของผู้เสพ กระตุ้นการทำงานของระบบสารสื่อประสาทให้ไปจับกับตัวรับจำเพาะของยาและสารเสพติดนั้นๆในสมองเพื่อออกฤทธิ์ให้ผู้เสพรู้สึกถึงความสุขแบบสุดยอด และติดอยู่กับอยู่กับความสุขนี้ ผู้เสพเรียนรู้ความสุขจากการได้ยาจะจดจำความสุขจำเพาะนี้ เมื่อผู้เสพต้องการมีความสุขจึงพยายาม พึ่งยา (Dependence)ซึ่งสารแห่งความสุขจะหลั่งตามประเภทของสารเสพติดที่เสพเช่น ยาบ้า สมองจะถูกกระตุ้น สารโดปามีนออกมาจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น ตื่นตัว มีความสุขชั่วครั้งชั่วคราว ซึ่งผลจากการเสพยาบ้า เป็นยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ในระยะแรกจะออกฤทธิ์ทำให้ร่างกายตื่นตัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ใจสั่น ประสาทตึงเครียด แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะรู้สึกอ่อนเพลียมากกว่าปกติ ประสาทล้าทำให้การตัดสินใจช้าและผิดพลาด เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงได้ ถ้าใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้สมองเสื่อม เกิดอาการประสาทหลอน เห็นภาพลวงตา หวาดระแวง คลุ้มคลั่ง เสียสติ เป็นบ้า อาจทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ หรือในกรณีที่ได้รับยาในปริมาณมาก จะไปกดประสาท และระบบการหายใจทำให้หมดสติ และถึงแก่ชีวิตได้

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโทษของยาเสพติดและแรงจูงใจในการเลิกยา

เกณฑ์การประเมิน: ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโทษของยาเสพติดและมีแรงจูงใจในการเลิกเสพยา

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อบอุ่น

2. ให้ข้อมูลทำให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความขัดแย้งที่มีอยู่ในตนเอง เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง จูงใจผู้ป่วยโดยให้รับรู้ว่า พฤติกรรมในปัจจุบันเป็นอุปสรรคอย่างไรกับเป้าหมายในชีวิต

3. พูดคุยให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feed-back) เน้นข้อเท็จจริง เป็นเหตุเป็นผล

4. หลีกเลี่ยงการขัดแย้งกับผู้ป่วย ซึ่งในช่วงแรกนี้ผู้ป่วยยังมีความสับสนเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง

5. พูดคุยให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของสถาบันครอบครัว ที่ได้พามาบำบัดรักษาเพื่อให้หายจากอาการติดยา

6. ให้ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับสาเหตุการติดยา แนวทางในการบำบัดรักษา วิธีการที่จะหยุดใช้ยาได้อย่างถูกต้อง

7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถาม พูดคุย และระบายความรู้สึก และช่วยกันค้นหาคำตอบในประเด็นที่สงสัย

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโทษของยาเสพติด และเกิดความตระหนักเรื่องโทษของยาเสพติดที่มีผลต่อร่างกาย ครอบครัว และสังคม และรับทราบทักษะต่าง ๆ การจัดการกับอารมณ์ ความเชื่อ ความคิดที่จะทำให้กลับไปเสพยาซ้ำ มีแรงจูงใจในการจัดการกับสัญญาณเตือนของการกลับไปเสพซ้ำ ผู้ป่วยบอกว่าจะลดปริมาณการเสพยาลง Stage of Change ผู้ป่วยอยู่ในขั้นลังเลใจ (Contemplation)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำ เนื่องจากขาดสิ่งยึดเหนี่ยวในการดำเนินชีวิตและขาดทักษะในการจัดการกับตัวกระตุ้น

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data:

: “ผู้ป่วยบอกว่าเมื่อเห็นคนเสพอาจกลับไปเสพได้อีก”

: “ผู้ป่วยบอกว่าเมื่อเสพกัญชาแล้ว จะทำงานได้มากขึ้นไม่ง่วงนอน และเพลิดเพลิน”

: “ความเครียดและความเหนื่อยล้าจากทำงานอาจทำให้กลับไปเสพได้อีก”

: “มีเพื่อนเยอะ เพื่อนชวนเสพยาก็เลยใช้ยา ไม่อยากปฏิเสธเพื่อน”

Objective data:

: Stage of Change ผู้ป่วยอยู่ในขั้นเมินเฉย (Pre-Contemplation)

: ขาดทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม

: พักอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด

Analysis

ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ เชื่อว่าพฤติกรรมทุกชนิดเกิดจากการเรียนรู้สถานการณ์สิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นสิ่งเร้า มนุษย์สามารถสร้างสถานการณ์และการวางเงื่อนไข เพราะธรรมชาติของมนุษย์มีความต้องการที่จะได้มาซึ่งความพอใจ ซึ่งสาเหตุของพฤติกรรมที่แสดงออกย่อมมีสิ่งเร้าที่เสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมนั้น การเรียนรู้ตามทฤษฎี พฤติกรรมศาสตร์มี 2 แบบ ดังนี้ 1. Classical conditioning ตัวกระตุ้น→ *อยากยา* →เสพยาซ้ำผู้ป่วยกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ การใช้ยาเสพติดครั้งแรกทำให้สมองมีการจำ ในตัวผู้ป่วยก็จะมีพฤติกรรมที่ต้องการเสพเรื่อยๆ และถ้าได้เสพจะรู้สึกว่าต้องการเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะหวังผลในการเสพเพื่อคลายเครียดแต่การเรียนรู้ของผู้ป่วย คือถ้าได้เสพยาจะมีเรี่ยวแรง ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าเสพยาบ้าจะทำงานได้มากขึ้น ทำให้นายจ้างชื่นชมและ 2.Operant conditioning ฤทธิ์ของสารเสพติดเป็น reward กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม แสวงหาสารเสพติดและการใช้สารเสพติดการที่พฤติกรรมยังคงดำเนินไปอย่างสม่ำเสมอ เพราะ reward ทำหน้าที่เป็นแรงเสริมพฤติกรรม (reinforcement)

ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological) สารเสพติดจะมีผลต่อสมองเพราะเมื่อเสพเข้าไปจะทำให้สมองติดยา คือยาและสารเสพติดทุกชนิดเมื่อผ่านวิธีการเสพแล้วจะเดินทางเข้าสู่สมองของผู้เสพ กระตุ้นการทำงานของระบบสารสื่อประสาทให้ไปจับกับตัวรับจำเพาะของยาและสารเสพติดนั้นๆ ในสมองเพื่อออกฤทธิ์ให้ผู้เสพเรียนรู้ถึงความสุขแบบสุดยอด และติดอยู่กับความสุขนี้ เมื่อผู้เสพเรียนรู้ความสุขจากการได้ยาจะจดจำความสุขจำเพาะนี้ เมื่อผู้เสพต้องการมีความสุขจึงพยายามพึ่งยา (Dependence) ซึ่งสารแห่งความสุขจะหลั่งตามประเภทของสารเสพติดที่เสพ เช่น ยาบ้า สมองจะถูกกระตุ้น สารโดปามีนออกมาจะ

ทำให้ผู้ป่วยรู้กระปี่กระเปล่า มีความสุข สมองจะทำการจดจำสารเสพติดที่ใช้แล้วเกิดความพึงพอใจผู้ป่วยจึงพยาบาลไปหายาเสพติดมาใช้และใช้ในปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้สนองความพึงพอใจของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ : เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาและสารเสพติดซ้ำได้อีก

เกณฑ์การประเมิน : มีสิ่งยึดเหนี่ยวในการดำเนินชีวิต รู้จักทักษะในการจัดการกับตัวกระตุ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพพูดคุยแนะนำตัวเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัด
2. ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสัญญาณเตือนภายในของการหวนกลับไปใช้ยาซ้ำ และสามารถหยุดยั้งได้ทัน
3. พูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุการณ์ ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาที่เคยทำให้กลับไปใช้ยา และเรียนรู้การมีพฤติกรรมใหม่ที่ไม่ต้องใช้ยาเสพติด
4. ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในช่วงนี้ที่หยุดยาได้ เพื่อให้เข้าใจ และเห็นถึงผลสำเร็จที่เกิดจากความตั้งใจ
5. สอนทักษะต่าง ๆ ในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ ความเชื่อ เทคนิคการปฏิเสธ ความคิดที่จะทำให้กลับไปเสพยาซ้ำ
6. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใหม่ที่ต่างจากการใช้ยา การออกกำลังกาย การจัดตารางชีวิตประจำวันใหม่ การมีกิจกรรมนันทนาการใหม่ ๆ ในชีวิต
7. สนับสนุนให้ผู้ป่วยเรียนรู้โอกาสของการกลับไปใช้ยาซ้ำ อาจเกิดขึ้นได้ ไม่ใช่ความล้มเหลว แต่เป็นสิ่งที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่จะป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก
8. แนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคม จิตใจแก่ผู้ป่วยระหว่างอยู่ที่โรงพยาบาล เช่น การเข้ากลุ่มบำบัดต่าง กลุ่มสุขศึกษา กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประครองเป็นต้น
9. ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของครอบครัวต่อการเลิกเสพยาเสพติด
10. ให้กำลังใจผู้ป่วยในการเลิกเสพยาบ้าและยาเสพติดอื่นๆ

ประเมินผล

มีแรงจูงใจอยู่ในระดับ stage of contemplation ผู้ป่วยสามารถบอกสิ่งยึดเหนี่ยวที่ทำให้สามารถหยุดเสพยาได้ สามารถบอกเป้าหมายของตนเองได้ สามารถบอกวิธีสร้างความสุขได้โดยไม่ใช้ยาเสพติด และมีทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้นไม่กลับไปเสพซ้ำ

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้หลัก D –Method

1. D – Disease ให้ความรู้เรื่องโรค

โรคสมองติดยา อาการสมองติดยา อาการและอาการแสดง อาการถอนพิษยา และอาการร่วมทางจิตประสาท (อาการหูแว่ว หลงผิด ยิ้มหัวเราะคนเดียว)

2. M-Medication ให้ความรู้เรื่องยา

ยารักษาอาการทางจิต Haloperidol decanoate 50 mg IM stat then q 4 wks.

-Risperidol (2) 1*2 oral pc เช้า, ก่อนนอน -Diazepam (5) 1 tab oral hs เมื่อมีอาการคอแข็ง ลิ้นแข็ง น้ำลายไหล คอบิดเกร็ง Benzhexol (2) 1 tab oral prn for EPS และแนะนำให้รับประทานยาที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดหรือเพิ่มยากินเอง

3. E-Environment; Economic

ให้คำแนะนำเกี่ยวกับปรับตัวในการเข้าสังคม เช่น การทำงาน การเข้าสังคม การอยู่ร่วมกับครอบครัว และกลุ่มเพื่อนแนะนำทักษะการปฏิเสธเมื่อมีเพื่อนชักชวน

4. T-Treatment

ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ การมาพบแพทย์ตามนัด การหยุดการใช้สารเสพติดทุกชนิด เมื่อมีอาการผิดปกติ ให้ไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน

5. H-Health แนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

การรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ/วัน และการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพโดยใช้หลัก 3อ 2ส

อ.ที่ 1 คือ อาหาร รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ครบทั้ง 5 หมู่ ลดความหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้น้ำมันซ้ำหลายๆ ครั้ง กินอาหารหลากหลายไม่จำเจ

อ.ที่ 2 คือ ออกกำลังกาย การออกกำลังกายทำให้แข็งแรง อายุยืน โดยออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที และทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน

อ.ที่ 3 คือ อารมณ์ เลือกวิธีที่ถนัด สนใจ ทำแล้วเพลิดเพลิน ลดความเครียด มีความสุข เช่น ฟังเพลง ร้องเพลง ดูโทรทัศน์ นอนหลับพักผ่อน ปลูกต้นไม้ พูดคุยพบปะกับเพื่อนฝูง

ส.ที่ 1 คือ ลดการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นมะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง ปอดอุดตันเรื้อรัง และเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

ส.ที่ 2 คือ ลดการดื่มสุรา การดื่มสุราทำให้ความดันโลหิตสูง เกิดโรคหัวใจ เพิ่มโอกาสเสี่ยงเป็นตับอักเสบ ตับแข็ง ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง และเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

6. O-Out patient referral

การดูแลต่อเนื่อง โดยการส่งข้อมูลแก่ทีมติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

7. D-Diet แนะนำการรับประทานอาหาร

รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ส่งเสริมภาวะสุขภาพ

คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต

ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านญาติควรได้รับคำแนะนำในการดูแลและสังเกตอาการ พฤติกรรมของผู้ป่วยรวมถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชนใกล้บ้านเมื่อเกิดเหตุที่ต้องขอรับความช่วยเหลือเร่งด่วน

1. เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการกำเริบหรือการป่วยใหม่ ดังนั้น ผู้ป่วย และญาติจึงควรติดต่อรับยาที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ญาติควรดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง และควรปรึกษาแพทย์ก่อนเสมอที่จะไปลด หรือเพิ่ม หรือหยุดยากินเอง

2. ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ญาติควรชักจูง โน้มน้าวให้ผู้ป่วยกินยา ถ้าไม่ได้ผลให้ปรึกษาแพทย์ ซึ่งแพทย์อาจ ให้ยาฉีดรักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว (นาน 2-4 สัปดาห์) แทน

3. ญาติ ควรกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยให้ทำงานตามกำลังและความสามารถที่มีอยู่เพื่อฟื้นฟูความสามารถ ของผู้ป่วยให้กลับมาให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่เฉยๆ หรือมีเวลาว่างมากเกินไป เพราะจะทำให้ ผู้ป่วยเฉื่อยชา ซึ่งจะเป็นภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต หลังการรักษาผู้ป่วยอาจมีความสามารถในหลายๆ ด้าน (เช่น การดูแลตนเอง การทำงาน การเข้าสังคม) ลดลง

4. ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนปกติทั่วไปโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายปัญหา เพื่อผู้ป่วยและ ญาติจะได้เข้าใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

5. สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และให้คำปรึกษาแนะนำ

6. ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมผิดปกติ (เช่น พูดคนเดียว กลัวคนมาทำร้าย) ญาติไม่ควรตกใจหรือกลัว ควรพยายามชักจูงให้ผู้ป่วยหันไปสนใจสิ่งอื่น ญาติไม่ควรตำหนิติเตียนผู้ป่วย โดยเฉพาะถ้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่ได้รบกวนผู้ป่วย ญาติควรเข้าใจว่าพฤติกรรมและอาการที่ผิดปกตินั้นเกิดจากโรคที่สัมพันธ์กับ

ความแปรปรวนของสารสื่อนำประสาท ในสมอง ผู้ป่วยไม่ได้ตั้งใจทำและไม่สามารถหยุดการกระทำได้โดยง่าย

7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคมกับคนทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ โดยเริ่มจาก การพูดคุยกับคนในบ้านก่อน ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยแยกตัวหรือเก็บตัวอยู่คนเดียว

การพยาบาลผู้ป่วยหรือผู้มารับการบัดบัดด้วยประวัติการเสพยาเสพติด พยาบาลต้องมีความเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้รับการบำบัดในแต่ละราย จึงจะสามารถให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ พยาบาลจึงควรมีการทบทวนความรู้ความเข้าใจในการพยาบาลผู้ป่วยหรือผู้รับการบำบัดโรคติดสารเสพอย่างต่อเนื่อง การทำรายงานกรณีศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้พยาบาลและผู้ที่สนใจที่มีบุคคลในครอบครัวติดสารเสพติดได้เข้าใจและมีแนวทางในการดูแล ส่งเสริม ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคสมองติดยา ตามหลัก D-METHOD และฟื้นฟูสุขภาพผู้ที่เป็นโรคสมองติดยา ให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้โดยปราศจากยาเสพติด

จากการศึกษาจะเห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยผู้ติดสารเสพติด (Substance - related disorders) ซึ่งต้องใช้ความเข้าใจในเรื่องสารเสพติดและการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด แต่สิ่งที่ดีที่สุดคือการป้องกันการใช้สารเสพติด ไม่ให้ทดลองใช้ตั้งแต่แรก แต่ถ้าติดสารเสพติดแล้วต้องมีการประเมิน stage of change ว่าอยู่ในระยะใด ถ้าอยู่ในระยะเพิกเฉยหรือลังเล ก็จะทำได้ยากและถ้าขาดครอบครัวคอยสนับสนุน ขาดความเชื่อมั่นในการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองก็จะกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำได้ ดังนั้นหลักสำคัญในการดูแลผู้ที่ติดสารเสพติดคือ ต้องป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำต่อไปให้นานที่สุด โดยผู้ป่วยต้องมีการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นและใช้เทคนิคการปฏิเสธ เพื่อเลิกสารเสพติดให้ได้ในที่สุด

สรุปผลการดูแลและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

1. จากกรณีศึกษาผู้ป่วยไม่ได้สมัครใจเข้ารับการบำบัดด้วยตนเอง ญาติเป็นคนวางแผนให้เจ้าหน้าที่ตำรวจ เข้าควบคุมตัวแล้วนำส่งโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวชรุนแรงขึ้นส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น ขณะอยู่บำบัดระยะถอนพิษยาผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดรักษาต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมระยะเวลาอยู่บำบัดระยะถอนพิษยา ครั้งที่ ๑ จำนวน ๔ วัน ครั้งที่ ๒ จำนวน ๑๑ วัน จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต นัดติดตามผลหลังการรักษา ๒ สัปดาห์

2. ผู้ป่วยรายนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยมีการใช้ยาเสพติดมาตั้งแต่อายุยังน้อยคืออายุ ๑๕ ปีและมีการเสพต่อเนื่องเป็นเวลานานและมีการเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ ไม่เคยคิดที่จะหยุดการใช้ยาและสารเสพ จนเกิดอาการทางจิตเวช มีภาวะซึมเศร้ามีความคิดพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยรับรู้ความมีคุณค่าในตัวเองต่ำ มีความพร่องในกระบวนการคิด ตัดสินใจ อารมณ์ไม่มั่นคง นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วยังต้องอาศัยการทำงานร่วมกันจากสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ร่วมกันประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครอบคลุม พบว่าขณะบำบัดผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาดี แต่มีความรู้สึกเบื่อหน่ายเป็นครั้งคราว ขาดแรงจูงใจในการบำบัด ต้องการอยู่บำบัดเฉพาะระยะถอนพิษยาดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีบทบาทในการช่วยเหลือ ค้นหาปัญหาและทำความเข้าใจผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจอารมณ์ความคิด และพฤติกรรมของตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาลในการประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย สามารถร่วมมือกับผู้ป่วยในการวางแผนการแก้ไขปัญหานั้น นอกจากนี้การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการบำบัดในหอผู้ป่วยจึงต้องมีความผ่อนคลาย ปลอดภัย ลดสิ่งเร้า เพื่อส่งเสริมให้อาการของผู้ป่วยสงบเร็วขึ้น

๓. ผู้ป่วยรายนี้ต้องการอยู่บำบัดรักษาแค่ระยะถอนพิษยา พยาบาลต้องใช้เทคนิคสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้าบำบัดต่อระยะฟื้นฟูและกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา เปิดโอกาสให้ญาติได้คุยกับผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจอยู่บำบัดต่อ ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้งและเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัวให้ดียิ่งขึ้นแต่ผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดต#อระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงต้องมีการวางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมโดยไม่พึ่งพายาเสพติด ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวชและญาติสามารถดูแลและส#งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกใช้ยาเสพติดได้สำเร็จ

๔. ผู้ป่วยและญาติบกพร่องด้านสัมพันธภาพ อาจจะขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนมีพฤติกรรมใช้สารเสพติดมาเป็นระยะเวลานาน ครอบครัวบังคับ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ เป็นปัจจัยหลักก่อให้เกิดความขัดแย้ง เมื่อผู้บำบัดได้ประสานครอบครัว ให้คำแนะนำด้านองค์ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยรายนี้ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้น

๕. ผู้ป่วยรายนี้มีความหลากหลายของปัญหา มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา ตรงกับสถานการณ์ปัจจุบันโดยเฉพาะผู้ใช้สารเสพติด จนเกิดอาการทางจิตเวช มีภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับรายอื่นๆที่ใกล้เคียงได้

๖. ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยรายนี้ได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย วางแผนนัดติดตามีผลจำนวน ๗ ครั้ง ใน ๑ ปี แต่ผู้ป่วยมาติดตามผลจริงจำนวน ๒ ครั้ง

๗. การเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตมีภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายมีความสำคัญอย่างยิ่ง เน้นการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้สำเร็จ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชรุนแรง

บทที่ 5
สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยชายไทยวัยผู้ใหญ่ อายุ 28 ปีเข้ารับการรักษา วันที่เข้ารับการรักษา 4 สิงหาคม 2566 วันที่ครบจำหน่าย 8 กันยายน 2566 การวินิจฉัยโรค Marijuana Induced Psychosis ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเริ่มใช้กัญชาครั้งแรกตอนอายุ 13 ปี โดยทดลองใช้กับเพื่อนตอนอยู่มัธยมศึกษาปีที่ 1 เพราะเพื่อนชวน เสพนานๆครั้งตามโอกาส ต่อมาตอนอายุ 14 ปี เริ่มสูบถี่ขึ้นทุกวัน วันละ 4-5 เขียง เสพมาเรื่อยๆ ประมาณ 10 ปี ก่อนมา รพ. เสพกัญชาหนักขึ้นทุกวัน วันละ 10 เขียง เริ่มมีอาการหงุดหงิดก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ มีหูแว่ว พูดคนเดียว หวาดระแวง เศร้า คิดอยากตาย แต่ไม่เคยลงมือทำ มารดาจึงพาไปรักษาที่โรงพยาบาลน้ำหนาว โรงพยาบาลน้ำหนาวจึงส่งมารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เมื่อปี 2565 ไม่ได้นอนโรงพยาบาล ได้ยาฉีด 1 เข็ม แล้วให้ไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลน้ำหนาว ปี 2562 ติดทหารเกณฑ์ที่สัตหีบ ประจำการได้ 3 เดือนกว่า เมื่อออกมาเยี่ยมบ้านก็มีแอบสูบกัญชาอยู่ตลอด จนกระทั่งผู้ป่วยบอกว่าได้ยินเสียงหลวงพ่อคูณสั่งให้ยิงน้าสาวตนเองและผู้ป่วยก็ได้ลงมือทำแต่น้าสาวของผู้ป่วยไม่เสียชีวิต จากการซักถามผู้ป่วยบอกว่าไม่ได้ตั้งใจ บอกว่ายิงสุนัข จากเหตุการณ์ดังกล่าวผู้ป่วยได้รับโทษคดีพยายามฆ่าติดคุก 3 ปี 9 เดือน ออกจากเรือนจำปี 2565 ขณะอยู่ที่บ้านผู้ป่วยก็มีพฤติกรรมสูบกัญชาเป็นประจำทุกวัน โดยเอามาจากรุ่นพี่ในหมู่บ้านของตนเอง มีอาการหงุดหงิดก้าวร้าว หูแว่ว หวาดระแวง เศร้า คิดอยากตาย แต่ไม่ลงมือทำ กลางคืนนอนไม่หลับ ชอบขโมยของร้านค้าที่ติดบ้าน เป็นบางครั้งที่อยากดื่มแอลกอฮอล์ ญาติจึงขอใบส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น เมื่อเดือนมิถุนายน 2566 ได้รับการรักษาในรูปแบบผู้ป่วยในนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 35 วัน หลังจากจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยหยุดเสพได้ 2 วันแล้วกลับไปใช้เพราะรู้สึกหงุดหงิด สูบทุกวัน ทำให้เพลิน และบอกว่าตนเองเลิกไม่ได้ ไม่อยากเลิกอยากใช้อยู่ กลางคืนไม่นอน และมีพฤติกรรมขวางถนนเวลารถผ่านแถวบ้าน เพราะรำคาญ อยากอยู่เงียบๆ มารดาจึงพาไปรพ.น้ำหนาว ได้นอนโรงพยาบาล 1 คืน โรงพยาบาลจึงได้ประสานต่อมายังโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาเป็นครั้งที่ 2 ประวัติผู้ป่วยเสพกัญชามาตั้งแต่อายุ 14 ปี สูบกัญชาทุกวัน วันละ 4-5 เขียง เสพมาเรื่อย ๆ ตามโอกาส ประมาณ 10 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล เสพกัญชาทุกวันวันละ 10 เขียง last dose 4 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหงุดหงิดก้าวร้าว จุดไฟเผาบ้านดับได้ทัน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ กลางคืนนอนไม่หลับ เดินไปมา มีหูแว่ว ปฏิเสธอาการหวาดระแวง 1 วันก่อนมามีอาการคลุ้มคลั่งข่มขู่ จะทำร้ายมารดา จะทำร้ายคนรอบข้าง ญาติแจ้งตำรวจพาไปรักษาที่รพ.น้ำหนาว นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลน้ำหนาว 1 คืน และประสานพระอาจารย์ที่ศูนย์บำบัดมาช่วยดูแลอยากให้ส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โดยรถกู้ชีพนำส่งขณะเข้ารับการบำบัดรักษา

การวินิจฉัยโรค

F1๒.๕๐ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพกัญชา Mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids - Cannabinoids psychotic disorder - Cannabinoids, Psychotic disorder,Schizophrenia-like

แผนการรักษาของแพทย์

1. Diazepam (2) 1*2 oral pc
2. Diazepam (5) 1 tab oral hs
3. Risperidol (2) 1*2 oral pc เช้า, ก่อนนอน
4. Haloperidol decanoate 50 mg IM stat then q 4 wks.
5. Haloperidol 5 mg IM prn q 30 min for Agitation max 20 mg/day
6. Diazepam 10 mg iv prn q30 min for Agitation max 60 mg/dayยาที่ใช้ในการรักษา

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

1. เสี่ยงต่อการทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีอาการทางจิตหลงผิด
2. ผู้ป่วยมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่อง
3. ผู้ป่วยสารเสพติดเชาว์ปัญญาบกพร่อง
4. ผู้ป่วยมีเศรษฐานะยากจน
5. ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเลิกยา เนื่องจากขาดความตระหนักเรื่องโทษของสารเสพติด
6. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำ เนื่องจากขาดสิ่งยึดเหนี่ยวในการดำเนินชีวิตและขาดทักษะในการจัดการกับตัวกระตุ้น

ข้อวิเคราะห์/วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ป่วยชายรายนี้พบว่าผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่มีอาการทางจิต เกิดภาวะภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยบุคคลรอบข้างและครอบครัวพยาบาลต้องศึกษาความรู้และเพิ่มทักษะในการให้คำปรึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช โดยเน้นการพยาบาลด้านการช่วยเหลือในภาวะวิกฤตทางอารมณ์ต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ในนการวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยการให้การพยาบาลเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ควบคู่ไปกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชโดยให้การพยาบาลในลักษณะของทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวะบำบัด ตลอดจนญาติและตัวผู้ป่วยเอง พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีกำลังใจไม่ทำร้ายตนเอง หรือบุคคลอื่นหรือแม้กระทั่งพยายามฆ่าตัวตาย เผชิญปัญหาอย่างถูกวิธี จะต้องมีการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา โดยให้ข้อมูลให้ญาติเห็นความสำคัญของการช่วยดูแลผู้ป่วย และพยาบาลเป็นตัวกลางเชื่อมระหว่างผู้ป่วยและญาติในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ระบายความรู้สึก

ประเด็นหลักที่ได้จากการศึกษาที่สำคัญ ได้แก่

1. ด้านผู้ป่วย/ญาติ

การดูแลผู้ป่วยรายนี้ถือว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้กัญชา ซึ่งมีผลต่อระบบการหลั่งของสารสื่อประสาทเมื่อหยุดใช้ อาจส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ตนเองได้กระบวนการคิดและตัดสินใจไม่ดี การใช้ยากัญชาทำลายเซลล์สมองส่วนคิด ทำให้ไม่สามารถนำประสบการณ์หรือคำแนะนำที่ได้รับมาปฏิบัติตามได้ ทำให้มีโอกาสกลับไปเสพซ้ำได้ง่าย

ญาติอาจจะขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิต เกิดภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายประกอบกับผู้ป่วยขาดที่พึ่งจึงมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดซ้ำๆ

ประวัติการเลี้ยงดู สัมพันธภาพภายในครอบครัว สิ่งแวดล้อมทำให้ผู้ป่วยหันไปพึ่งพาฤทธิ์ของกัญชา ซึ่งการใช้กัญชาเป็นเวลานานส่งผลต่อระบบประสาทและสมองเกิดความผิดปกติทางพฤติกรรมได้

การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช มีสาเหตุหลากหลาย ปัจจัยทางสังคม (social factors) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งแนวคิดทางสังคมวิทยาเชื่อว่าการฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับความผูกพันของสมาชิกในสังคม สังคมที่มีความผูกพันสูงจะมีการฆ่าตัวตายต่ำกว่าสังคมที่สมาชิกผูกพันกันน้อย สังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง โดยเฉพาะการขาดความช่วยเหลือจากผู้ดูแลครอบครัวหรือผู้อื่น สาเหตุหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยรายนี้คือเป็นผู้ป่วยมีอาการทางจิต

๒. ด้านกิจกรรมการพยาบาล

ระยะถอนพิษยา ควรเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม เนื่องจากในระยะแรกผู้ป่วยมีอาการถอนพิษยาการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมก็เป็นความวิตกกังวลของผู้ป่วยระดับหนึ่งและการเลือกกิจกรรมที่เป็นภาพรวมของ

ตึกอาจจะไม่เป็นผลดีในผู้ป่วยบางรายที่ยังปรับตัวไม่ได้ทำให้เพิ่มความเครียดได้ซึ่งถ้าขาดการประเมินความพร้อมผู้ป่วยรายบุคคล จะทำให้การบำบัดรักษาไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

ผู้ป่วยเสพกัญชาที่มีอาการทางจิต เกิดภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายใช้กระบวนการดูแลแนวทางเดียวกับการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต พยาบาลต้องใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค)ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

พยาบาลต้องมีการประสาน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ให้มีการร่วมดำเนินการแก้ปัญหาเป็นการเสริมแรงจูงใจช่วยเหลือติดตามอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาและสารเสพติดได้

๓. ด้านการบำบัดรักษา

การดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็นการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหาต้องได้รับการดูแลจากทีมแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ โดยทุกวิชาชีพมีการวางแผนให้เข้าถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายให้เร็วที่สุด

การให้ยาผู้ป่วยรายนี้เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชอาการที่พบได้บ่อยคือ มีปัญหาในการนอนหลับ ลิ้นแข็ง ตัวแข็ง พูดไม่ชัด น้ำลายไหล กลืนหรือพูดลำบาก เวียนศีรษะง่วงซึม ปากแห้ง ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ เป็นตัน การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมีความพึงพอใจกับฤทธิ์ของยาทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ต่อเนื่อง ป้องกันอาการกำเริบของโรคได้

ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อนมากหลายอย่าง เช่น ปัญหาสัมพันธภาพที่มักจะเก็บตัวไม่ปรึกษาปัญหากับครอบครัว ไม่มีเพื่อนให้คำปรึกษา จึงอาจทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายซ้ำได้ตลอดเวลา การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล การสร้างความรู้สึกที่ปลอดภัย พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการปรึกษาจึงจะสามารถทำให้ผู้ป่วยไม่มีความคิดในการฆ่าตัวตาย และมีความสามารถในการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆได้

๔. ด้านสิ่งแวดล้อม

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต เกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย การจัดสิ่งแวดล้อมช่วยผ่อนคลาย บรรยากาศสงบ ลดสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นที่ทำให้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่นการจัดเตียงนอนใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล ไม่มีอุปกรณ์ เชือก ลักษะคล้ายเชือกที่สามารถใช้ฆ่าตัวตายได้ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย มีการติดกล้องวงจรปิดเพื่อสังเกตุพฤติกรรม เพื่อการดูแลใกล้ชิด การติดตามอาการตลอดเวลา ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้แก้ไขปัญหาได้ทันเหตุการณ์ ป้องกันข้อร้องเรียน จากการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะจากกรณีศึกษา

1. ผู้ศึกษามีความเห็นว่าควรได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลใกล้บ้านดูแลต่อ เพื่อประเมินความสามารถในการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเผชิญปัญหา การดำเนินชีวิตในสังคมได้หรือไม่ มีปัญหาหรือความต้องการความช่วยเหลือในด้านใด เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกับญาติ

2. จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบว่ายังขาดความรู้เรื่องโรคสมองติดยาและการบำบัดรักษา ดังนั้นการที่จะให้ญาติได้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคสมองติดยาและการดูแลรักษา จึงมีความสำคัญเช่นกัน เพื่อให้ญาติเข้าใจและยอมรับในตัวผู้ป่วย และร่วมมือดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

บรรณานุกรม

กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล. (2562). ประสิทธิผลและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร, 16(1), 96-105.

กฤษณา นรนราพันธ์. (2547). การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา.ชลบุรี.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). แนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุง). กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วย บริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้. บียอนด์ พับลิสซิ่ง.

งานเวชระเบียน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น.(2565-2566).รายงานสถิติประจำปี 2565-2566.งานเวชระเบียน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น.

จิราภร รักการ. (2565). แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.เอกสารประกอบการสอน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช NSG3210, กรุงเทพฯ, มหาวิทยาลัยราชภัฏ.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แผ จันทร์สุข, และศุกร์ใจ เจริญสุข. (2565). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี ธนาเพรส จำกัด.

ชาญชัย ธงพานิช. (2562). การบำบัดรักษาผู้ติดกัญชา. วารสารกรมการแพทย์, 44(1), 5-6.

ญาธิดา วุฒิศาสตร์กุล, วิยะดา ทิพม่อม, และธัญญาสิริ ธันยสวัสดิ์. (2565). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพบพลาวในกระบวนการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล. พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49(2), 365-375.

ภิญญดา ภัทรกิจจาธร และ จิรวรรณ ชัยวิศิษฎ์, 2563. แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชตามแบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย, 10(1). 156-159.

ภูฟ้าเรสท์โฮม, (2565). โทษของยาเสพติดที่ทุกคนควรรู้. สืบค้นจาก https://www.phufaresthome.com/blog/drug-and-narcotic-penalties.

ธนพล บรรดาศักดิ์. (2564). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท: กรณีศึกษา. เวชสารแพทย์ทหารบก, 274(3), 221-32.

ธนน คงเจริญสมบัติ. (2562). กัญชา จากอดีตสู่ปัจจุบัน. วารสารโภชนบำบัด. 27(2), 2-7.

ณรงค์ ศิลปะสะคราญ และ นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2563). ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. วารสารกรมการแพทย์, 45(1). 12-20.

นริสา วงศ์พนารักษ์. (2557). สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(2), 84-91.

นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ.(2561). บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาผู้ติดยาเสพติด. วาสารทหารบก, 19(1)), 16-23.

นิภา กิมสูงเนิน, ธัญญา สิงโต, ระเบียบ โตแก้ว และ สุวภัทร คงหอม. (2556). สมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางด้านยาเสพติดในทศวรรษหน้า. วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31(1), 122-131.

บุรฉัตร จันทร์แดง. (2560). บทวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในปัจจุบัน. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 4(2). 37-56.

บุญศิริ จันศิริมงคล, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์, ยุภา คงกลิ่นสุคนธ์ และ จักรพงศ์ โตะหมูด, (2565). อาการจิตเวชที่สัมพันธกับผู้ที่ใชกัญชาทางการแพทย์. ศรีนครินทรเวชสาร 2565; 37(1), 82-91.

ปาหนัน พิชยภิญโญ. (2556). ทฤษฎีการพยาบาล : ความเป็นมาและพัฒนาการ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 27(2), 96-111.

ยุทธชัย ไชยสิทธิ์. (2556). การประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพในการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวมตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31(2), 100-110.

รัชดาภรณ์ ใจอ้าย. (2556).เอกสารประกอบการสอนรายวิชา 619252 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 เรื่องการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านความคิดและการรับรู้ สืบค้นจาก http://sutir.sut.ac.th:8080/jspui/handle/123456789/4894

รัศมน กัลป์ยาศิริ และ สกล ศรีสุขล้อม. (2563). บทความปริทัศน์ แคนนาบิสกับโรคจิตเวช : ปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ทางการแพทย์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 28(4), 360-74.

ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช. (ม.ป.ท.). *คำแนะนำสำหรับการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการเสพ*กัญชา. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

วิมล ลักขณาภิชนชัช, (2563). คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (ม.ป.ท). หนังสือชุดองค์ความรู้พืชเสพติด กัญชา (Cannabis).

สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2554). *การพยาบาลองค์รวม : กรณีศึกษา.* กรุงเทพฯ : ธนาเพลส จำากัด.

สุรสิงห์ สมบัติ สุรนาถวัชวงศ์ นงค์นุช แน่นอุดร ภาสิต ศิริเทศ มนเทียร วงศ์เทียนหลาย ชานนท์ ชูศรีวัน Chankomadararithysak Duch และอนันต์ จรรยาดี. กัญชากับวัยรุ่น. บูรพาเวชสาร. 2566; 11(1): 115-127.

สุรศักดิ์ อิ่มเอี่ยม, ศรัณณัฏฐ์ แสนเสนาะ, ประเสริฐ สุขเจริญ และ ฉัตรชัย สวัสดิไชย. (2562). ยาน่ารู้ : กัญชา (Cannabis). วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 36 (4), 356-362.

สมพงษ์ แจ้งกระจ่าง, (2559). สาเหตุและผลกระทบของการเกี่ยวข้องกับยาเสพติดของผักระทำความผิดคดียาเสพติดข้อหาสำคัญ จังหวัดชลบุรี. สืบค้นจาก https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/11760/1/Fulltext.pdf

ศุกร์ใจ เจริญสุข. (2557). แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (Theoretical Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing). สืบค้นจาก https://elnurse.ssru.ac.th

อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ และ สมชาย ธนะสิทธิชัย. (2562). กัญชากับการแพทย์แผนปัจจุบัน. วารสารกรมการแพทย์, 44(6), 5-8.

อภิญภัทร ทรัพย์ประเสริฐ. (2564). เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาร่วมกับยาบ้าที่มีภาวะโรคแทรกซ้อนทางจิตเวชในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ : กรณีศึกษา. กรุงเทพฯ.

อรนันท์ หาญยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 137-143.