

ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

เรื่อง

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคซึมเศร้าเรื้อรัง
ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

โดย

นายสาธิต สมศรี

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตำแหน่งเลขที่ 6112

งานการพยาบาลผู้ป่วยในฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์

คำนำ

การติดยาเสพติดจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ซึ่งยาเสพติดแต่ละชนิดออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท สารเคมีสื่อประสาทในสมองเกิดการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านความคิด ด้านการรับรู้เกิดปัญหาด้านการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมการแสดงออก ส่งผลให้ผู้ติดยาเสพติดมีอาการโรคแทรกซ้อนทางจิตเวช ซึ่งโรคแทรกซ้อนทางจิตเวชที่มักจะพบในผู้ป่วยที่เสพยาเสพติด ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคไบโพลาร์ โรคจิตเภท และโรคจิตเวชจากสารเสพติดนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ผู้ที่เป็นซึมเศร้าเรื้อรัง อาจไม่สามารถบอกอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นสัญญาณของซึมเศร้าเรื้อรังได้ และโรคซึมเศร้าเรื้อรังอาจไม่ได้อันตรายเท่ากับโรคซึมเศร้ารุนแรง แต่พฤติกรรมเสี่ยงทำร้ายตัวเอง ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายสามารถเกิดขึ้นในผู้ที่เป็นซึมเศร้าเรื้อรัง ซึ่งการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล โดยจะพยายามแก้ไขปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า เมื่อปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลนั้นได้รับการแก้ไขก็จะช่วยให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น

กรณีศึกษาผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคซึมเศร้าเรื้อรังในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นศึกษาลงในรายละเอียดของผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคซึมเศร้าเรื้อรังในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะรายที่น่าสนใจ เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ข้อมูลรายละเอียด ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการใช้ยาเสพติด และผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด เปรียบเทียบกับทฤษฎีองค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดยาบ้าและโรคซึมเศร้าเรื้อรัง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการบริการ การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ การแก้ไขปัญหาคำให้การพยาบาลที่ตอบสนองผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีโรคซึมเศร้าเรื้อรังต่อไป

สาริต สมศรี

กันยายน 2567

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา	3
3. วัตถุประสงค์ในการศึกษา	4
4. ขั้นตอนการดำเนินงาน	4
5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา	4
บทที่ 2 ความรู้เรื่องโรคการรักษาและภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	5
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด	5
2. ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า	6
3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการติดยาเสพติด	13
4. การตรวจวินิจฉัยโรค	21
5. การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด	22
6. โรคซึมเศร้าเรื้อรัง	27
บทที่ 3 ทฤษฎีทางการพยาบาลและการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา	34
1. ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว	34
2. สัมพันธภาพและการประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล	37
3. บทบาทของพยาบาลในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	41
4. กระบวนการพยาบาล	43
5. การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด	51
6. การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง	55
บทที่ 4 กรณีศึกษา	60
บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ	97
ภาคผนวก	
บรรณานุกรม	

บทที่ 1 บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหายาเสพติด นับเป็นหนึ่งในปัญหาทางสังคมที่รุนแรงในแต่ละประเทศทั่วโลก ถึงแม้ว่าจะมีมาตรการรวมถึงนโยบายต่างๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดมาอย่างต่อเนื่อง โดยจากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่า มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลกใช้ยาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 26 ยาเสพติดที่นิยมใช้ทั่วโลกใน 3 อันดับแรก คือ กัญชา อนุพันธ์ฝิ่น และเมทแอมเฟตามีน ผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีอายุน้อยลง เด็กและเยาวชนมีการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่ รวมถึงเด็กมีการใช้ในปริมาณยาเสพติดที่มากกว่าผู้ใหญ่ด้วย สำหรับสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษายาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ของกระทรวงสาธารณสุข มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด 155,500 ราย จะพบสัดส่วนผู้เสพยาใหม่ ถึงร้อยละ 70.34 ข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษายาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด 208,616 คน ส่วนใหญ่พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.66 เมื่อพิจารณากลุ่มอายุของผู้เข้าบำบัดทั้งหมด พบมากที่สุดเป็นกลุ่มอายุ 25 - 29 ปี ร้อยละ 18.24 ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 65.77 รองลงมา คือ ผู้ติด ร้อยละ 21.15 ข้อมูลยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาด มากที่สุด คือ ยาแอมเฟตามีน ร้อยละ 79.2 (Office of the Narcotics Control Board, 2023) ซึ่งกระบวนการในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาและสารเสพติด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนบำบัดด้วยยา ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และขั้นติดตามการรักษา (วิโรจน์ วีระชัย, 2559)

การติดยาเสพติดจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ซึ่งยาเสพติดแต่ละชนิดออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท สารเคมีสื่อประสาทหรือโดปามีนในสมองเกิดการเปลี่ยนแปลง จนเกิดความผิดปกติด้านความคิด ด้านการรับรู้ ทำให้เกิดปัญหาด้านการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมการแสดงออก ส่งผลให้ผู้ติดยาเสพติดมีอาการโรคแทรกซ้อนทางจิตเวช ซึ่งโรคแทรกซ้อนทางจิตเวชที่มักจะพบในผู้ป่วยที่เสพยาเสพติด ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคไบโพลาร์ โรคจิตเภท และโรคจิตเวชจากสารเสพติดนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากการสำรวจประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบการเกิดภาวะซึมเศร้าตลอดช่วงชีวิตในผู้เสพยาบ้าร้อยละ 41.6 (Conway KP และคณะ, 2006) ในประเทศออสเตรเลีย พบผู้เสพยาเสพติดชนิดยาบ้ามีประวัติซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 79.0 (Hall W และคณะ, 1996) ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้ากับการใช้เสพยาเสพติดพบข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ว่าบุคคลที่มีปัญหาซึมเศร้า มีแนวโน้มจะใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น (Khantzia M, 1997 อ้างใน กุญฤติ ไ้วศิริ ดาวเรือง จตุชัย, 2567) ซึ่งการศึกษาในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นที่ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่จะมีการดำเนินการในต่างประเทศ มุ่งไปที่ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า พบว่า ผู้ใช้สารเสพติดเพศหญิงมีอาการซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย (เพ็ญพัทธ์ อูทิศ และคณะ, 2561) อายุที่เริ่มใช้สารเสพติดกับการหยุดใช้สารเสพติดได้และระยะเวลาที่หยุดใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า (Bao YP, 2013 อ้างใน กุญฤติ ไ้วศิริ, ดาวเรือง จตุชัย, 2567) ดังนั้นผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดต่อเนื่องยาวนานจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้ารุนแรง (major depressive disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder or dysthymia) ซึ่งอาการหลักๆ ของซึมเศร้าเรื้อรัง คือ มีอารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้และ

อารมณ์ฉุนเฉียว อาการเหล่านี้เกิดขึ้นบ่อยๆ เป็นเวลานานกว่า 2 ปี ในผู้ใหญ่และ 1 ปี ในเด็กและวัยรุ่น ถือว่ามี ความเสี่ยงเป็นซึมเศร้าเรื้อรัง ซึ่งความน่าสนใจและน่ากังวล คือ ผู้ที่เป็นซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia หรือ persistent depressive disorder) อาจไม่สามารถบอกอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นสัญญาณของซึมเศร้าเรื้อรัง ได้ และโรคซึมเศร้าเรื้อรังอาจไม่ได้อันตรายเท่ากับโรคซึมเศร้ารุนแรง (major depressive disorder) แต่พฤติกรรมเสี่ยงทำร้ายตัวเอง ความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสามารถเกิดขึ้นในผู้ที่เป็นซึมเศร้าเรื้อรัง

จากสถิติผู้ป่วยผู้สูงอายุและสารเสพติดเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพอาการ ติดยาและสารเสพติดมีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเองเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2564 พบ อุบัติการณ์ผู้ป่วยเพศหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 8 อุบัติการณ์ เป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเอง 1 อุบัติการณ์ คิดเป็นร้อยละ 12.50 ปี พ.ศ. 2565 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 15 อุบัติการณ์ เป็น พฤติกรรมทำร้ายตนเอง 2 อุบัติการณ์ คิดเป็นร้อยละ 13.33 และปี พ.ศ. 2666 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยหญิงมี พฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 18 อุบัติการณ์ เป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเอง 3 อุบัติการณ์ คิดเป็นร้อยละ 16.67 และจากการตามรอยอุบัติการณ์เพื่อวิเคราะห์สาเหตุราก (root cause analysis) ในผู้ป่วยเพศหญิงที่เข้ารับ การบำบัดรักษาในระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเองทั้ง 6 อุบัติการณ์ พบว่า เป็นผู้ที่ได้รับการ วินิจฉัยอาการป่วยโรคซึมเศร้าจากการใช้สารเสพติด (amphetamine dependence with major depressive disorder) จำนวน 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยอาการป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังจากการใช้สารเสพติด (amphetamine dependence with dysthymia depressive disorder) จำนวน 4 ราย (สารสนเทศระบบ บริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น, 2566) อาการของโรคซึมเศร้าหากได้รับการรักษาจนดีแล้ว ก็สามารถจะกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิมได้ การรักษาที่สำคัญ คือ การรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า โดยเฉพาะในราย ที่อาการมาก ส่วนในรายที่มีอาการไม่มาก แพทย์อาจรักษาด้วยการช่วยเหลือชี้แนะการมองปัญหาต่างๆ ในมุมมองใหม่ แนวทางในการปรับตัวหรือการหาสิ่งที่จะช่วยให้จิตใจผ่อนคลายความทุกข์ใจลง ร่วมกับการให้ ยาแก้ซึมเศร้าหรือยาคลายกังวล (มาโนช หล่อตระกูล, 2562) ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าประมาณร้อยละ 80-90 สามารถหายได้จากการรักษาด้วยรักษาโรคซึมเศร้า (antidepressants) ร่วมกับการรักษาด้วยจิตบำบัด (psychotherapy) ด้วยวิธีการต่างๆ รวมทั้งการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (rehabilitation) หลากๆ รูปแบบ

การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) เป็นจิตบำบัดชนิดหนึ่งโดย อ้างอิงจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) ที่เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้า (depression) มีส่วนเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal problems) การบำบัดรักษาจะ พยายามเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยจะพยายาม แก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า เมื่อปัญหาสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลนั้นได้รับการแก้ไขก็จะช่วยให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น ตามลำดับ และยังเป็นจิตบำบัดที่มุ่งเน้น ประเด็นปัญหาสำคัญ (core problem) ใช้ระยะเวลาบำบัดสั้น ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมามีหลายการศึกษา พบว่า จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) เป็นจิตบำบัดที่มีหลักฐานอ้างอิงถึง ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วย (evidence-based) ชัดเจนมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพ (controlled trial) และมีคู่มือการบำบัดรักษา (manualized treatment) อย่างเป็นทางการอย่างชัดเจน สามารถใช้ได้ผลดี กับโรคซึมเศร้า (depressive disorders) ทั้งในโรคซึมเศร้ารุนแรง (major depressive disorder) และ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder or dysthymia) ทั้งในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเด็กและ

วัยรุ่น จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจึงเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่ได้ผลเป็นที่นิยม และมีหลักฐานอ้างอิงถึงประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เหมาะกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยในปัจจุบันที่ต้องคำนึงถึงเรื่องระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดรักษา (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2562) ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการโรคซึมเศร้าเรื้อรังมีความซับซ้อนยุ่งยากในการดูแลและจัดการกับปัญหาทางการแพทย์เฉพาะราย ส่งผลกระทบต่อภาพรวมการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดกลุ่มกระตุ้นประสาท มีความสัมพันธ์กันของการก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าในอัตราที่สูงและรุนแรง ซึ่งยาบ้าออกฤทธิ์โดยตรงต่อสารสื่อประสาทชนิดโมโนเอมีนในสมองทำให้เกิดอาการซึมเศร้า มีอารมณ์หดหู่ กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ ขาดแรงจูงใจ ผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการของโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือรับประทานอาหารมากขึ้น สมาธิไม่ดี นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป มองทุกอย่างในแง่ลบ รู้สึกไร้ค่า ในระยะยาวอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายสูง (นันทศักดิ์ ชนะพันธ์, 2563) ซึ่งสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ เป็นสัมพันธ์ภาพที่มีขอบเขตและจำกัดของเวลา มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด สัมพันธ์ภาพถือเป็นเครื่องมือและการบำบัดในด้านการเป็นเครื่องมือ พยาบาลใช้สัมพันธ์ภาพในการติดต่อค้นหาทำความเข้าใจผู้รับบริการในด้านการบำบัด พยาบาลใช้สัมพันธ์ภาพทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ รับรู้และยอมรับในตนเอง นำพลังและศักยภาพออกมาใช้ในการดูแลตนเอง อันจะส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนักในความสามารถและคุณค่าของตนเอง ดังนั้น การที่พยาบาลจะต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือสำคัญในการบำบัด ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจและยอมรับในปัญหาของตนเอง จนกระทั่งสามารถจัดการกับปัญหาได้ พยาบาลจะต้องมีคุณสมบัติในด้านของความจริงใจ (genuineness) เข้าถึงความรู้สึก (empathy) ยอมรับ (acceptance) มีความสม่ำเสมอ (consistency) มีการใช้คำพูดให้กำลังใจ ใช้เทคนิคการสื่อสาร (verbal communication) และมีการตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553) ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าเรื้อรังนอกจากจะมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทั้งด้านความก้าวหน้าในการบำบัดรักษา ตลอดจนการดูแลการให้การพยาบาล ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อเกิดความยุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการบำบัดรักษาและเพิ่มต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายด้วย

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาได้เล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาลงในรายละเอียดของกรณีศึกษาผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคซึมเศร้าเรื้อรังในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะรายที่น่าสนใจ เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ข้อมูลรายละเอียด ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการใช้ยาเสพติด และผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด เปรียบเทียบกับทฤษฎีองค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดยาบ้าและโรคซึมเศร้าเรื้อรัง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการบริการการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ การแก้ไขปัญหา การให้การพยาบาลที่ตอบสนองผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีโรคซึมเศร้าเรื้อรังต่อไป

2. เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา

2.1 เพื่อศึกษาข้อมูลรายละเอียดเชิงลึก ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการใช้ยาเสพติด และผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดโรคซึมเศร้าเรื้อรังที่เกิดจากการเสพยาเสพติด เปรียบเทียบกับทฤษฎีองค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดยาบ้าและโรคซึมเศร้าเรื้อรัง

2.2 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ การแก้ไขปัญหา การให้การพยาบาลที่ตอบสนองผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีโรคซึมเศร้าเรื้อรัง

3. วัตถุประสงค์ในการศึกษา

- 3.1 เพื่อสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อและโรคซึมเศร้าเรื้อรัง
- 3.2 เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอาการ การวินิจฉัยทางการพยาบาลนำไปวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.3 เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อที่มีโรคซึมเศร้าเรื้อรัง

4. ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 4.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลวิชาการ วารสารผลงานวิชาการ หลักสูตรเชิงประจักษ์
- 4.2 ศึกษารวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ ตัวผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย
- 4.3 รวบรวมข้อมูล ประเมินผู้ป่วย วิเคราะห์ปัญหาเพื่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการให้การพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์การพยาบาล
- 4.4 ให้การปฏิบัติการรักษาพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลรวมทั้งแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง
- 4.5 ติดตามผลการรักษาพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ
- 4.6 ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
- 4.7 ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง
- 4.8 สรุปประเด็นคุณภาพที่ได้ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่มีโรคซึมเศร้าเรื้อรังในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

- 5.1 ได้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาบ้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง และการพยาบาลผู้ป่วยยาบ้าที่มีโรคซึมเศร้าเรื้อรัง
- 5.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลเฉพาะรายตรงกับปัญหาและความต้องการ
- 5.3 เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ
- 5.4 ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและอยู่ในสังคมได้โดยไม่ต้องเสพยาบ้า
- 5.5 ปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่มีโรคซึมเศร้าเรื้อรัง

บทที่ 2

ความรู้เรื่องโรค การรักษาและภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและการทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคซึมเศร้าเรื้อรังในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ซึ่งผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด
2. ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า
3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการติดยาเสพติด
4. การตรวจวินิจฉัยโรค
5. การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
6. โรคซึมเศร้าเรื้อรัง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของการใช้สารเสพติด (Substance abuse) หมายถึง การใช้สารออกฤทธิ์ทางจิตประสาทที่เป็นอันตรายหรือเสี่ยงอันตราย ทั้งแอลกอฮอล์และสารเสพติดผิดกฎหมาย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และทำให้เกิดภาวะทางการเงินต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม

ยาเสพติดติด หมายความว่า ยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ หรือสารระเหย

ยาเสพติดให้โทษ หมายความว่า สารเคมี พืช หรือวัตถุนิตใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมถึงสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย แต่ไม่หมายความรวมถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่ตามกฎหมายว่าด้วยยา (พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564)

เสพ หมายความว่า การรับยาเสพติดเข้าสู่ร่างกายโดยรู้ว่าเป็นยาเสพติดไม่ว่าด้วยวิธีการใด

ประเภทของยาเสพติด

1. แบ่งตามแหล่งที่เกิด แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ยาเสพติดธรรมชาติ, ยาเสพติดสังเคราะห์
 - 1.1 ยาเสพติดธรรมชาติ คือ ยาเสพติดที่ผลิตมาจากพืช เช่น ฝิ่น กระท่อม กัญชา
 - 1.2 ยาเสพติดสังเคราะห์ คือ ยาเสพติดที่ผลิตขึ้นด้วยกรรมวิธีทางเคมี เช่น ยาบ้า ไอซ์ เคตามีน
2. แบ่งตามการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง แบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่ กกดประสาท, กระตุ้นประสาท, หลอนประสาท และออกฤทธิ์ผสมผสาน
 - 2.1 ยาเสพติดประเภทกดประสาท เช่น ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน สารระเหย ยานอนหลับ ยาระงับประสาท ยากล่อมประสาท มักพบว่าผู้เสพยาเสพติดมีร่างกายซูบซีด ผอมเหลือง อ่อนเพลีย ฟุ้งซ่าน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

2.2 ยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท เช่น ยาบ้า (แอมเฟตามีน, เมทแอมเฟตามีน) ไอซ์ ยาอี โคเคน มักพบว่าผู้เสพติดจะมีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย จิตสับสน หวาดระแวง อาการคลุ้มคลั่งหรือทำในสิ่งที่คนปกติไม่กล้าทำ เช่น ทำร้ายตนเอง หรือฆ่าผู้อื่น เป็นต้น

2.3 ยาเสพติดประเภทหลอนประสาท เช่น แอลเอสดี เห็ดขี้ควาย สารระเหย ผู้เสพติดจะมีอาการประสาทหลอน หูแว่ว ได้ยินเสียงประหลาดหรือเห็นภาพหลอน ควบคุมตนเองไม่ได้

2.4 ยาเสพติดประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน กล่าวคือ ในช่วงแรกออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท เมื่อเสพมากขึ้นจะออกฤทธิ์กดประสาทและทำให้ประสาทหลอน ซึ่งได้แก่ กัญชา ผู้เสพติดมักมีอาการหวาดระแวง ความคิดสับสนเห็นภาพลวงตา หูแว่ว ควบคุมตนเองไม่ได้

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของภาวะที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดไว้ ดังนี้

1. การใช้ในทางที่ผิด หมายถึง การใช้ยาเสพติดในลักษณะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายหรือด้าน จิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้าจากการดื่มสุราอย่างหนัก

2. การติดสารเสพติด หมายถึง ภาวะผิดปกติทางด้าน พฤติกรรม สติปัญญาความคิดอ่าน และระบบสรีระร่างกาย ซึ่งเกิดภายหลังจากการใช้สารเสพติดซ้ำๆ และมีอาการต่างๆ ดังต่อไปนี้ ร่วมด้วย

2.1 มีความต้องการอย่างรุนแรงที่จะใช้สารตัวนั้นๆ

2.2 มีความยากลำบากในการควบคุมการใช้ทั้งปริมาณ และความถี่

2.3 ยังคงใช้สารนั้นต่อไปทั้งๆ ที่รู้ว่าจะเป็นอันตรายต่อร่างกาย

2.4 หมกมุ่นอยู่กับการใช้สารเสพติดมากกว่าการทำกิจกรรม อื่นที่สำคัญกว่า

2.5 มีอาการติดยา คือต้องเพิ่มปริมาณการใช้เพื่อให้ได้ผลเท่าเดิม

2.6 เมื่อหยุดใช้ยาจะเกิดอาการขาดยาหรืออยากยาทางร่างกาย

ลักษณะสำคัญของสารเสพติดจะทำให้เกิดอาการ และอาการแสดงต่อผู้เสพดังนี้

1. เกิดอาการติดยา หรือต้านยา และเมื่อติดแล้ว ต้องการใช้นั้นในปริมาณมากขึ้น

2. เกิดอาการขาดยา ถอนยา หรืออยากยา เมื่อใช้สารนั้นเท่าเดิม ลดลง หรือหยุดใช้

3. มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจ อย่างรุนแรงตลอดเวลา

4. สุขภาพร่างกายทรุดโทรมลง เกิดโทษต่อตนเอง ครอบครัว ผู้อื่น ตลอดจนสังคมและประเทศชาติ

2. ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า

แอมเฟตามีน (Amphetamine)

มนุษย์สามารถสกัดสารออกฤทธิ์ที่มีความคล้ายคลึงกับ amphetamine ได้เป็นเวลากว่า 5,000 ปี มาแล้ว กลุ่มพืชชนิดหลักที่ค้นพบ ได้แก่ ephedra sinica (จีนเรียกว่า Ma Huang) มีบันทึกการค้นพบในช่วงยุคหินใหม่ ระบุถึงสรรพคุณว่าใช้รักษาโรคหอบหืดและโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ในหนังสือสมุนไพรของจีนช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 1 ส่วนในแอฟริกาตะวันออกมีรายงานการค้นพบพืช catha edulis ซึ่งให้สารออกฤทธิ์ที่คล้ายคลึงกับ amphetamine (อาานนท์ จำลองกุล, 2559)

ปี ค.ศ. 1932 amphetamine sulfate และ amphetamine hydrochloride ได้รับการจดสิทธิบัตรโดย นักเภสัชวิทยาชาวสหรัฐอเมริกาชื่อ Gordon Alles

ปี ค.ศ. 1933 amphetamine ถูกนำมาผลิตเป็นยาพ่นจมูก benzidine inhaler โดยบริษัท Smith, Kline and French (SKF) วางจำหน่ายในขนาดบรรจุ oily amphetamine 325 มิลลิกรัม จากนั้นจึงมีการนำ benzadine sulfate มารักษาโรคลมชักหลับ (narcolepsy), postencephalitic parkinsonism, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), และโรคซึมเศร้า เมื่อติดตามผลการรักษาระยะยาวพบว่า ผู้ป่วยบางรายมีภาวะ amphetamine psychosis

ช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 มีการใช้ Amphetamine กับนักบินของกองทัพหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น อังกฤษ และเยอรมนี เพราะช่วยให้ทำงานหนักต่อเนื่องได้เป็นระยะเวลานาน จนถึงช่วงคริสต์ทศวรรษ 1960 amphetamine แพร่ระบาดอย่างมากในสหรัฐอเมริกา amphetamine derivatives เช่น methylenedioxyamphetamine (MDA) และ para-methoxy amphetamine นิยมนำมาใช้เป็นยาหลอนประสาท

amphetamine ในรูปออกฤทธิ์ชนิด levo-isomer มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ดีมาก จึงนำมาใช้ลดการบวมของเยื่อจมูก ส่วน dextro-isomer นั้นกระตุ้นระบบประสาทได้มากกว่า

เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine)

ปี ค.ศ. 1919 นักเคมีชาวญี่ปุ่นชื่อ Akira Ogata ทำการสังเคราะห์ methamphetamine ขึ้นเป็นครั้งแรก โดยการให้ความร้อนแก่ ephedrine หรือ pseudoephedrine ร่วมกับ hydriodic acid และ yellow phosphorus ได้ผลิตภัณฑ์เป็น crystal methamphetamine ส่วนที่แพร่ระบาดในสหรัฐอเมริกานิยมผลิตโดยปฏิกิริยา reduction ของ ephedrine ร่วมกับ hydriodic acid และ red phosphorus

methamphetamine ชนิดที่นิยมนำมาผลิต “ยาบ้า” ในไทย คือ methamphetamine hydrochloride มักเสพโดยการรับประทาน บดเม็ดยานำไปไล่น้ำแล้วสูดดม หรือฉีดเข้าทางหลอดเลือดหากเป็นก้อนผลึกใสคล้ายน้ำแข็งจะเรียกว่า “ยาไอซ์” (ice ชื่ออื่นๆ ได้แก่ crystal, crank, crystal meth, และ speed) ซึ่งมีความบริสุทธิ์เกือบ 100% จึงมีฤทธิ์แรงกว่ายาบ้า

ring-substituted amphetamine (RSAs) สารในกลุ่มนี้มีคุณสมบัติและการออกฤทธิ์คล้ายคลึงกัน ได้แก่ MDMA, MDA, MDEA, และ MBDB เป็นต้น ปัจจุบันคำว่า “ecstasy” ไม่ได้หมายถึงเฉพาะ MDMA เท่านั้น แต่ยังครอบคลุมสารกลุ่ม RSAs ทั้งหมด

สำหรับในประเทศไทย ระยะเวลาที่ยาบ้ามีชื่อเรียกในภาษาไทยว่า “ยาขยัน” เป็นที่นิยมในกลุ่มนักเรียนที่ต้องดูหนังสือสอบตึกๆ ต่อมาเป็นที่นิยมในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน คนขับรถบรรทุก มีชื่อเรียกว่า “ยาม้า” ซึ่งสาเหตุที่เรียกว่า “ยาม้า” สันนิษฐานได้หลายแง่ บ้างว่าคงมาจากกรที่คนนำไปใช้กระตุ้นม้าแข่งให้วิ่งเร็วและอดทน บ้างว่าเนื่องจากทำให้ผู้ใช้ยาคึกคะนองเหมือนม้า อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนมาเรียกเป็นยาบ้า ก็เพื่อจะเน้นความเป็นพิษของยา ซึ่งเมื่อใช้มากเกินไปขนาดหรือใช้ติดต่อกันนานๆ จะทำให้ผู้ใช้ยามีลักษณะเหมือนคนบ้า จึงเปลี่ยนชื่อเรียกว่า “ยาบ้า” ตามข้อเสนอของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ. 2539 (กิตติมา วัฒนากมลกุล, 2555) เพื่อให้ผู้เสพตระหนักถึงโทษของยาที่ทำให้ผู้เสพไม่สามารถควบคุมสติได้ เกิดความรังเกียจ ทำให้ไม่อยากเสพและจะช่วยลดจำนวนผู้เสพยาได้ และเปลี่ยนประเภทจากสิ่งเสพติดประเภท 3 ซึ่งจำหน่ายได้ในร้านขายยาเป็นสิ่งเสพติดประเภท 1 ซึ่งห้ามจำหน่ายและมีบทลงโทษต่อผู้ขายรุนแรง เพื่อให้ผู้ขายกลัวต่อบทลงโทษ แต่กลับ

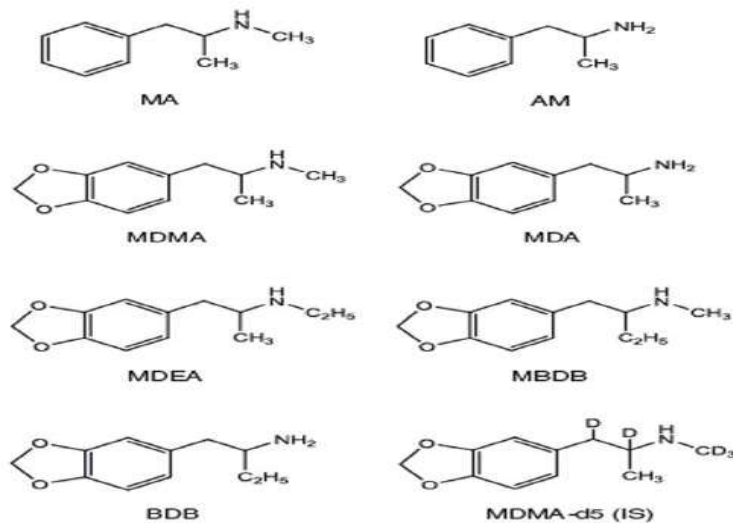
ทำให้ยาบ้ามีราคาจำหน่ายสูงขึ้น จนสร้างผลกำไรต่อผู้ขายเป็นอย่างมาก และมีผู้ผลิตและจำหน่ายมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงส่วนผสมให้เสพติดง่ายขึ้น มีฤทธิ์รุนแรงขึ้น จนกลายเป็นปัญหาสังคมในปัจจุบัน ยาบ้า (amphetamines) amphetamines-type stimulants หมายถึง กลุ่มของสาร amphetamines แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มย่อย คือ

1. ยาเสพติดผิดกฎหมาย เช่น amphetamine (ยาบ้า), methamphetamine (กลุ่มยาบ้า ยาไอซ์), methcathinone, ecstasy group (กลุ่มยาอี), MDA (ยาเลิฟ), MDEA (ยาอีฟ) เป็นต้น
2. ยารักษาโรค เช่น methylphenidate (MPH), amphetamine หรือ diethylpropione (DIE), mazindol, และ fenproporex (FPP) เป็นต้น

คุณสมบัติทางฟิสิกส์และเคมี

แอมเฟตามีน (amphetamine: IUPAC name: 1-phenylpropan-2-amine) สูตรเคมี คือ $C_9H_{13}N$ น้ำหนักโมเลกุล 135.20622 g/mol จุดเดือด (boiling point) 200 - 203 °C ที่ความดัน 760 mmHg เป็นของเหลวใสระเหยง่ายที่อุณหภูมิห้องจุดวาบไฟ (flash point) 26.6°C ความหนาแน่น (density) 0.913 g/mL ที่ 25°C ละลายในน้ำและ ethyl ether ได้เล็กน้อยละลายได้ดีใน alcohol และ chloroform มีกลิ่นเอมีไหม้ฉุน มีฤทธิ์เป็นด่างเมื่ออยู่ในรูปสารละลายหากได้รับความร้อนสูงจะเสียดสีภาพและปล่อยควันพิษของ Nitrogen Oxide ออกมา

เมทแอมเฟตามีน (methamphetamine: IUPAC name: (2S)-nmethyl-1-phenylpropan-2-amine) สูตรเคมีคือ $C_{10}H_{15}N$ น้ำหนักโมเลกุล 149.2328 g/mol จุดเดือด (boiling point) 212 °C ที่ความดัน 760 mmHg เป็นของเหลวใส ละลายได้ในน้ำ, ethanol และ ethyl ether กลิ่นคล้ายใบของต้น geranium



รูปที่ 1 โครงสร้างทางเคมีของ amphetamines และอนุพันธ์ (ตัวอย่าง: MA, methamphetamine; AM, amphetamine; MDMA, 3,4-methylenedioxyamphetamine; MDA, 3,4-methylenedioxyamphetamine; MDEA, 3,4-methylenedioxyethylamphetamine; MBDB, N-methyl-1-(3,4-methylenedioxyphenyl)propan-2-amine; BDB, 1-(3,4-methylenedioxyphenyl)propan-2-amine)

พิษจลนศาสตร์และเภสัชจลนศาสตร์

แอมเฟตามีน (amphetamine) จัดอยู่ในกลุ่มยาจำพวก β -phenylethylamines มีโครงสร้างคล้ายคลึงกับสารสื่อประสาทในสมองหลายชนิด เช่น noradrenaline (norepinephrine), dopamine, และ 5-hydroxytryptamine (5-HT; serotonin) นอกจากนี้ racemic amphetamine ยังมีโครงสร้างคล้ายคลึงกับ ephedrine

1. การดูดซึม (absorption) amphetamine ดูดซึมได้เร็วที่สุดทางหลอดเลือดตามมาด้วยการสูบเห็บทวานหนัก/ช่องคลอด ฟันจุก และรับประทาน ค่าความเข้มข้นสูงสุดในเลือด 15 นาทีหลังการฉีดเข้าสู่ร่างกาย และไม่เกิน 4 ชั่วโมงหลังการรับประทาน ค่าครึ่งชีวิตของ d-isomer มีค่า 7-11 ชั่วโมง เมื่อปัสสาวะเป็นกรด ค่าครึ่งชีวิตของทั้ง d- และ l-isomer จัดลดลงหาก pH ในปัสสาวะมีค่ามากกว่า 6.7 ค่าครึ่งชีวิตอาจนานถึง 18-34 ชั่วโมง ส่วน methamphetamine เสพโดยการรับประทานฉีดเข้าหลอดเลือด ฟันจุก สูดดมไอระเหยและสูบ มีค่าครึ่งชีวิต 10 ชั่วโมง ออกฤทธิ์ได้นานถึง 8 ชั่วโมง แม้เสพเพียงครั้งเดียว ค่าความเข้มข้นสูงสุด 1-2.5 ชั่วโมง เมื่อเสพโดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดหรือสูบ และ 3 ชั่วโมง หากเสพโดยการรับประทาน ค่าชีวปริมาณออกฤทธิ์ (bioavailability) เมื่อสูบมีค่า 90% สำหรับ ring-substituted amphetamine (RSAs) นิยมเสพโดยการรับประทาน สูดไอจากควันทางจุก ฉีดเข้าเส้นเลือด และทางทวารหนัก สารในกลุ่มนี้ทุกตัวสามารถละลายได้ในน้ำและแอลกอฮอล์ ออกฤทธิ์เฉลี่ย 30 นาที สูงสุด 60-90 นาทีหลังเสพ ฤทธิ์ยาคงอยู่ได้นาน 4-6 ชั่วโมง

2. การกระจายตัว (distribution) amphetamine จับกับโปรตีนในกระแสเลือดได้ประมาณ 16-20% ค่า volume of distribution (Vd) ของ amphetamine ในผู้ป่วยที่ไม่ได้เสพประจำมีค่า 3.5-4.6 L/kg ส่วนในผู้เสพติดจะมีค่า 6.1 L/kg เนื่องจากเนื้อเยื่อของกลุ่มผู้เสพติดมักมีสรรรภาพ (affinity) สูงในการจับกับ amphetamine อัตราส่วน amphetamine ในน้ำลายเทียบกับพลาสมาคือ 2.86 : 1 methamphetamine มีการกระจายตัวคล้ายกับ amphetamine สามารถสะสมได้ในน้ำลาย เส้นผม เล็บ ปอด ตับ สมอง (โดยเฉพาะบริเวณ cortical, subcortical regions และ white matter) และไต สำหรับ ring-substituted amphetamine (RSAs) มีการกระจายตัวคล้ายกับ amphetamine สะสมได้ในหลายอวัยวะ พบว่าระดับความเข้มข้น MDMA ในตับสูงกว่าในพลาสมา 18 เท่า และในสมองสูงกว่าในพลาสมา 30 เท่า

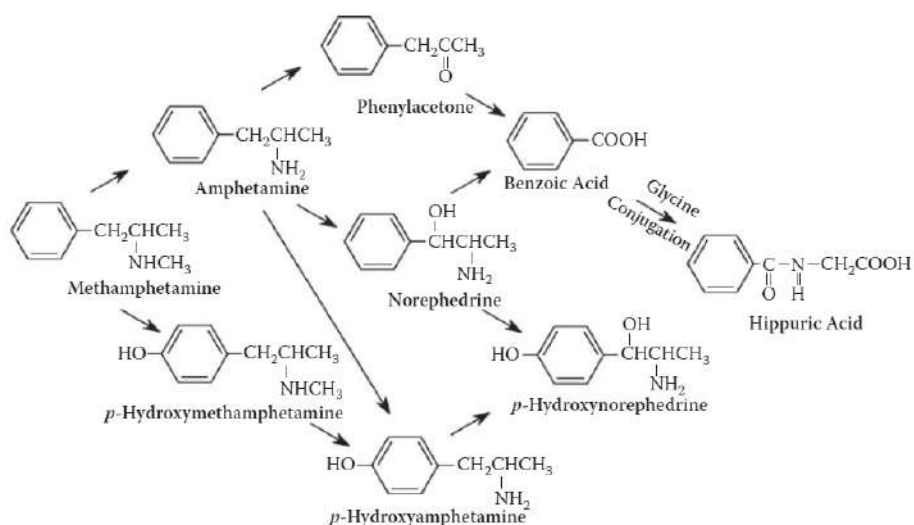
3. เมตาโบลิสม (metabolism) มีกระบวนการเมตาโบลิสมที่สำคัญ ได้แก่

3.1 deamination เป็นกระบวนการหลักใน metabolic pathway ของ amphetamine โดยเอนไซม์ที่มีบทบาทมากคือ cytochrome P450 2D6 ได้สาร *p*-hydroxyamphetamine และ phenylactone ถูกออกซิไดซ์ได้เป็น benzoic acid และขับออกทางปัสสาวะในรูปของ hippuric acid และ glucuronide conjugates

3.2 oxydation เปลี่ยน amphetamine ให้กลายเป็น norehedrine

3.3 hydroxylation ได้สาร o-hydroxynorephedrine ทำหน้าที่เป็นสารสื่อประสาทลวง (false neurotransmitter)

ระดับความเป็นพิษของ amphetamine จะเพิ่มขึ้นในผู้เสพที่มี CYP2D6 activity ลดลงโดยการสังเคราะห์เอนไซม์ดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับ CYP2D6 gene ซึ่งตั้งอยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 22



รูปที่ 2 แสดง metabolic pathway ของแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน

ที่มา <https://digital.car.chula.ac.th/cgi/viewcontent.cgi?article=4433&context=clmjournal>

(สืบค้นเมื่อ 29 กุมภาพันธ์ 2567)

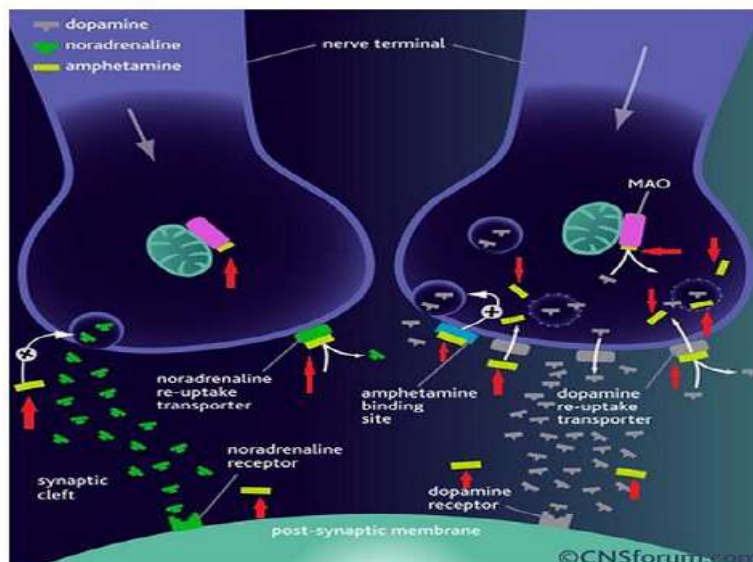
4. การกำจัด (excretion)

แอมเฟตามีน (amphetamine) ถูกขับออกโดยไม่มีการเปลี่ยนรูปคิดเป็น 33% สำหรับ *d*-isomer และ 49% สำหรับ *l*-isomer กำจัดได้ทางไต 30% หากปัสสาวะเป็นกรดจะทำให้กำจัดได้เร็วขึ้น

เมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) ถูกกำจัดออกทางปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 70% การเสพปริมาณสูงทำให้กำจัดออกทางปัสสาวะได้ลดลง เนื่องจากอัตราการกำจัดทางไตมีค่าน้อย และมีการเพิ่มช่องทางการกำจัดโดยทางอื่นนอกเหนือจากไต มีค่าน้อย และมีการเพิ่มช่องทางการกำจัดทางไตมีค่าน้อย และมีการเพิ่มช่องทางการกำจัดโดยทางอื่นนอกเหนือจากไต สามารถขับออกจากร่างกายได้ในรูปแบบต่างๆ คือไม่เปลี่ยนรูป 50% 4-hydroxymetamphetamine 15%, และ amphetamine 10% ค่าครึ่งชีวิตของการกำจัดมีค่า 25 ชั่วโมง

ผลกระทบของแอมเฟตามีนต่อสุขภาพ

monoamine 1 โมเลกุลจะเชื่อมกับโซเดียม 2 ไอออนและคลอไรด์ 1 ไอออน จากนั้นจึงเคลื่อนเข้าไปบริเวณ presynaptic terminal โดยอาศัย monoamine reuptake transporter กระบวนการ active transport นี้เกิดขึ้นเมื่อความเข้มข้นโซเดียมไอออนภายใน nerve terminal มีค่าต่ำกว่าภายนอก โดยมี Na^+/K^+ ATPase เป็นตัวปั๊มโซเดียม 2 ไอออนเข้ามา และปั๊มโพแทสเซียม 1 ไอออนออกไป เนื่องจาก amphetamine มีโครงสร้างทางเคมีคล้ายคลึงกับ catecholamines จึงสามารถแย่งจับ substrate ของ monoamine reuptake transporters ได้แก่ noradrenaline transporter, dopamine transporter (DAT), และ 5-HT transporter (SERT) บริเวณ presynaptic nerve terminals มีผลยับยั้งการเก็บของ catecholamines ทำให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ dopamine หากได้รับ amphetamine ในปริมาณสูงจะสามารถยับยั้งการสลาย dopamine จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ทำให้ catecholamines ในบริเวณ synapse เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการระบบประสาทตามมา กลไกการออกฤทธิ์ของ amphetamines เมื่อได้รับในปริมาณที่สูง แสดงในรูปที่ 3



รูปที่ 3 แสดงกลไกการออกฤทธิ์ของ amphetamine เมื่อได้รับในปริมาณที่สูง amphetamine ทำให้เกิดพิษเฉียบพลันและพิษต่อระบบต่างๆ ของร่างกายดังนี้

1. พิษเฉียบพลัน

เนื่องจาก amphetamine มีฤทธิ์เป็น adrenergic stimulants จึงมีผลในการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มความดันโลหิต เพิ่มอุณหภูมิร่างกาย เบื่ออาหาร ลดความ่วง กล้ามเนื้อตึงตัว การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ตับวาย ไตวาย คลื่นไส้ ตาพร่ามัว รูปร่างตาขยาย เดินเซ สับสน โรครจิต กระบวนการเรียนรู้บกพร่องและชัก

2. พิษต่อระบบต่างๆ

2.1 พิษต่อระบบประสาท amphetamine ทำให้เกิดโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (paranoid form of schizophrenia) และเพิ่มเมตาโบลิสมของน้ำตาลในสมอง methamphetamine ทำให้เกิด white matter hypertrophy, สมองส่วน hippocampus มีขนาดเล็ก, และลดปริมาตรเนื้อสมองโดยเฉพาะบริเวณ grey matter

2.2 พิษต่อหัวใจ amphetamines ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ช่วงการคลายตัวลดลง กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนปริมาณสูงส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพต่างๆ คือ arrhythmia, coronary spasm, ruptured coronary artery, stress cardiomyopathy (e.g. takotsubo cardiomyopathy), myocardial infarction/necrosis, heart failure, และ right ventricle rupture มีรายงานการเกิด ventricular hypertrophy และ contraction band necrosis ในผู้เสพ methamphetamine และ myocarditis ในผู้เสพ MDMA

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

2.4 พิษต่อไต จากการที่สารกลุ่ม amphetamines ทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น, เพิ่มเมตาโบลิสมของเซลล์กล้ามเนื้อ, ลด muscle perfusion, การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ, และความดันโลหิตต่ำ ดังนั้น

สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดภาวะ rhabdomyolysis เมื่อเซลล์กล้ามเนื้อถูกทำลายจะมีการปลดปล่อย myoglobin รวมถึง มี fibrin-platelet complexes ทำให้ท่อไตและโกลเมอรูลัสอุดตัน เป็นผลให้ไตถูกทำลาย

2.5 พิษต่อระบบหายใจ amphetamine และ methamphetamine เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด idiopathic pulmonary arterial hypertension และการสูดดม methamphetamine ซึ่งมีสาร talc ทำให้เกิด interstitial pulmonary fibrosis

2.6 ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะทุพโภชนาการเป็นผลมาจากฤทธิ์ในการลดความอยากอาหารของ amphetamines

2.7 ผลต่อการตั้งครรภ์ และการพัฒนาของทารก และเด็ก ในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารกลุ่ม amphetamines มีรายงานการเกิด placental abruption และ hypertension ในทารกที่มารดาเสพ Methamphetamine พบภาวะน้ำหนักรกคลอดต่ำ คลอดก่อนกำหนด และทารกมีขนาดตัวเล็ก ส่วนทารกที่มารดาเสพสารกลุ่ม ecstasy พบภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด และ malformations เด็กที่คลอดจากมารดาซึ่งเสพ methamphetamine ขณะตั้งครรภ์พบว่ามีความบกพร่องในด้าน visual motor integration, verbal memory, long term spatial memory, และ attention เป็นต้น

3. ระดับความเป็นพิษ

การเสียชีวิตที่เป็นผลโดยตรงจาก amphetamine พบได้น้อย ปริมาณต่ำสุดที่สามารถทำให้ถึงแก่ชีวิตโดยการรับประทาน คือ 200 มิลลิกรัม ระดับยาในเลือด สำหรับการใช้เพื่อรักษาโรค 2 - 3 ug/dL, ระดับเริ่มต้นของความเป็นพิษ 50 ug/dL, และระดับที่ทำให้ถึงแก่ชีวิต 200 ug/dL ตามลำดับ ระดับความเป็นพิษ (toxic level) ของ Methamphetamine ในเลือด คือ 0.2 - 5.0 $\mu\text{g/mL}$ ส่วนระดับที่ทำให้เสียชีวิต (fatal level) มีค่า 10 $\mu\text{g/mL}$

ประโยชน์ในการรักษาโรค

1. attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) methylphenidate เป็นตัวเลือกแรกในการรักษา ADHD กลไกการออกฤทธิ์ คือ ปลดปล่อย dopamine, ยับยั้ง dopamine transporter, และยับยั้งการเก็บกลับของ dopamine จากบริเวณช่องว่างระหว่างเซลล์ประสาท

2. obesity amphetamine ทำให้เกิดการหลั่ง serotonin และ catecholamines สารสื่อประสาทเหล่านี้จะไปจับกับตัวรับ ทำให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกอย่างรุนแรง รวมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ศูนย์ควบคุมความอิม (centers of satiety) บริเวณสมองส่วนไฮโปทาลามัสด้านข้าง ยากลุ่ม amphetamines ที่ใช้ เช่น diethylpropione และ fenproporex เป็นต้น

3. narcolepsy โรคหลับเป็นโรคที่ผู้ป่วยจะมีอาการง่วงนอนตลอดเวลา เดิมรักษาด้วย methylphenidate และ amphetamine แต่ปัจจุบันสามารถทดแทนได้ด้วยยาอื่น เช่น modafinil และ sodium oxybate เป็นต้น

การเก็บสิ่งส่งตรวจ

โดยทั่วไปแล้วการเก็บสิ่งส่งตรวจจากพลาสมาเพื่อตรวจวิเคราะห์ amphetamines มีความแม่นยำมากที่สุด แต่วิธีดังกล่าวเป็นหัตถการที่ต้องล่วงละเมิดร่างกายผู้ต้องสงสัย ส่วนเนื้อเยื่อหรือของเหลวอื่นๆ ที่สามารถส่งตรวจได้ เช่น ปัสสาวะ ของเหลวในช่องปาก เล็บ และ เส้นผม เป็นต้น

3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการติดยาเสพติด

ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral Theory)

ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมให้ความสำคัญของการเรียนรู้ (learning) และการปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อม (interactive) ของมนุษย์ว่ามีส่วนมีการกำหนดพฤติกรรมและบุคลิกภาพของมนุษย์ เพราะมนุษย์เกิดมาพร้อมด้วยสมรรถภาพที่จะเรียนรู้ถ้าสิ่งแวดล้อมอำนวย ดังนั้น ภายใต้เงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายๆ อย่าง และภายใต้กฎเกณฑ์แห่งการเสริมแรง มนุษย์สามารถเรียนรู้อะไรก็ได้ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ ได้ หรือควบคุมพฤติกรรมใดๆ ได้ ดังตัวเราและผู้อื่นประสงค์ ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมนี้เป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับอย่างยิ่งในการอธิบายพฤติกรรมต่างๆ เนื่องจากมีการศึกษาค้นคว้าทดลองที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่เป็นรูปธรรมมากที่สุด มีแบบแผนการดำเนินงานและขั้นตอนการทำงานที่แน่นอน มีการควบคุมเป็นอย่างดี และมีผลการทดลองที่เห็นได้ชัดเจน (ศรีเรืองแก้วกั้วาน, 2545)

ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม แบ่งเป็น 2 แนวคิดใหญ่ๆ ดังนี้

1. ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมแบบคลาสสิก (classical learning theory) เจ้าของทฤษฎี ได้แก่ Ivan Pavlov นักจิตวิทยาชาวรัสเซีย ผู้เป็นนักจิตวิทยาการทดลองทางพฤติกรรมที่สำคัญ เขามุ่งศึกษาการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก และได้ทำการทดลองเพื่ออธิบายพฤติกรรมการวางเงื่อนไข และเป็นที่มาของการอธิบายกลไกการติดยาเสพติดว่าด้วยเรื่องโรคสมองติดยา คือการทดลองในสุนัข โดยมีหลักการอยู่ที่การเสนอเงื่อนไขทางพฤติกรรมให้กับสัตว์ที่ทดลอง ตัวอย่างการวางเงื่อนไข เช่น การทดลองเรื่องสุนัข อาหารและปฏิกิริยาน้ำลายไหล

สุนัข+ผงเนื้อ	=>	น้ำลายไหล
สุนัข+ผงเนื้อ+เสียงกระดิ่ง	=>	น้ำลายไหล
สุนัข+เสียงกระดิ่ง	=>	น้ำลายไหล

ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า โดยธรรมชาติเมื่อสุนัขได้กลิ่นอาหารที่เป็นที่ชื่นชอบของสุนัข เช่น เนื้อสัตว์ สุนัขจะเกิดความรู้สึกกระหายอยากกิน นำไปสู่ปฏิกิริยาทางร่างกาย เช่น น้ำลายไหล แต่การให้อาหารแบบมีเงื่อนไขด้วยการให้สุนัขเห็นผงเนื้อไปพร้อมๆ กับการสั่นกระดิ่ง เสียงจากการสั่นกระดิ่งจะเป็นการวางเงื่อนไขเบื้องต้น ทุกครั้งที่สุนัขได้ยินเสียงกระดิ่ง สุนัขจะเชื่อมโยงกับเหตุการณ์ที่ผ่านมาว่ามันจะได้รับการให้อาหาร สุนัขจะน้ำลายไหลทันที การที่น้ำลายไหลเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบอัตโนมัติ เป็นไปด้วยวิธีการวางเงื่อนไข และท้ายที่สุดจะพัฒนาไปสู่การวางเงื่อนไขทางพฤติกรรม เปรียบเทียบกับการติดตามเสพติด

คน+การใช้ยาเสพติด	=>	ความสุขความพึงพอใจ
คน+การใช้ยาเสพติด+สิ่งเร้า	=>	ความสุขความพึงพอใจ
คน+สิ่งเร้า	=>	ความสุขความพึงพอใจ

เมื่อคนใช้ยาเสพติดจะเกิดความสุขความพึงพอใจในการได้รับผลจากการเสพนั้นๆ ในขณะเดียวกันการใช้ยาเสพติดของคนๆ นั้น เมื่อใช้ยาเสพติดในสภาพแวดล้อมหรือเงื่อนไขทางสังคมอื่นๆ ในสภาพเดิมๆ ซ้ำๆ เช่น ใช้ในกลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดคนเดิมๆ อุปกรณ์การเสพเดิมๆ สภาพอารมณ์ในการเสพเดิมๆ สถานที่ที่ใช้เสพสม่ำเสมอครั้งต่อๆ ไป เพียงแค่เห็นเงื่อนไขตามตัวอย่างเท่านั้นก็จะทำให้เกิดความรู้สึกอยากใช้ยาเสพติดขึ้นมาในระบบความคิด

เมื่อถึงกรณีนี้หากไม่สามารถหยุดความคิดได้จะนำไปสู่ความรู้สึกของความอยากใช้ยาเสพติดอย่างรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมได้อีกต่อไป และใช้ยาเสพติดในท้ายที่สุด

2. พฤติกรรมนิยมแบบลงมือทำ (operant-condition theory) B.F. Skinner เป็นผู้บุกเบิก ทฤษฎีทางจิตวิทยาว่าด้วยการลงมือกระทำเขาเห็นด้วยกับ Ivan Pavlov ในเรื่องของการเรียนรู้เป็นตัวกำหนด พฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคล แต่ไม่เห็นด้วยในเรื่องที่ว่าสิ่งภายนอกเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม โดยเขาเชื่อว่า สิ่งเร้าภายในบุคคลต่างหากที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น ความคิด ความกระหาย ความสุข ความทุกข์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้นำไปสู่การสร้างพฤติกรรมและบุคลิกภาพในตัวบุคคล เขาได้ทำการทดลองที่สำคัญในหนูกับ อาหารโดยหลักการมีอยู่ว่า “หนูทดลองในกรงขังจะวิ่งไปมาเพื่อเกิดความหิว และด้วยความบังเอิญไปกดคานทำให้ อาหารตกลงมา หนูจึงได้กินอาหารนั้น หนูจึงเกิดการเรียนรู้ว่าทุกครั้งที่มันกดคานมันจะได้รับอาหารที่ช่วยให้มัน บรรเทาความหิวลงไปได้ เพราะฉะนั้นทุกครั้งที่หนูหิวจะวิ่งเข้าไปกดคานเพื่อให้อาหารตกลงมา” นอกจากนั้น Skinner ยังได้ทดลองในอีกแนวโดยใช้นกพิราบ เขาสร้างเครื่องมือให้มีแปงสีเหลือง สีฟ้า สีแดง สีเขียว จัดตั้ง เครื่องกลไว้หลังแปงสีใดสีหนึ่ง สัมพันธ์กับการจ่ายอาหารให้กับนก เขาให้นกพิราบจิกแปงสีต่างๆ นั้น นกจิกตรง แปงที่ต่อเชื่อมกับเครื่องกลให้มีอาหารไหลออกมาให้กิน จิกแปงสีอื่นๆ ไม่ได้กินอาหาร ในที่สุดนกก็ถูกวางเงื่อนไข การตอบสนองไว้กับแปงสีที่กำหนด เกิดการเรียนรู้ว่าจิกแปงสีใดจะได้กินอาหาร ในการทดลองครั้งหลังการ ตอบสนองใช้เวลา น้อยกว่าครั้งก่อน เพราะฉะนั้นการลงมือกระทำ จึงหมายความว่า สิ่งที่ได้รับการทดลองต้องลงมือ กระทำ ซึ่งต่างจากสุนัขในกรงทดลองของ Pavlov ที่ไม่ต้องทำอะไรเลย Skinner แสดงความเห็น ว่า พฤติกรรม ทั่วไปมี 2 ชนิด คือ

2.1 พฤติกรรมแบบถูกเร้าให้ทำ (respondent behavior) คือ พฤติกรรมที่อยู่ภายใต้ การควบคุมของสิ่งเร้าโดยตรง เช่น การตอบสนองของสุนัขในการทดลองของ Pavlov เด็กตกใจเมื่อได้ยินเสียงดัง เป็นต้น ซึ่งปฏิกิริยาสะท้อนอัตโนมัติของร่างกายที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก

2.2 พฤติกรรมแบบลงมือกระทำ (operant behavior) เป็นพฤติกรรมที่ปรากฏออกมา โดยการกระทำของเจ้าของพฤติกรรมเองมากกว่าเกิดขึ้นเพราะถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้า

Skinner สนใจพฤติกรรมแบบที่ 2 เป็นพิเศษ เขาเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ส่วนมากเป็นไปในลักษณะ แสดงอาการกระทำต่อสิ่งแวดล้อมเพื่อจุดหมายบางอย่าง หรือเป็นพฤติกรรมที่ทำให้มีผลเกิดขึ้นเสมอ ไม่ว่าจะ กระทำด้วยความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ ไม่ว่าจะรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัว

นอกจากหลักทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นแล้ว Skinner ยังให้ความสำคัญเป็นพิเศษต่อการเสริมแรงและตัว เสริมแรง (reinforcement-reinforces) ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการทดลองทางพฤติกรรมของเขา Skinner ให้คำนิยาม “ตัวเสริมแรง” หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าซึ่งเมื่อเกิดขึ้นกับการตอบสนองในช่วงเวลาที่พอเหมาะ ทำให้มีแนวโน้มพลังการตอบสนองมากขึ้น วิธีการใช้ตัวเสริมแรงคือ “การเสริมแรง” (reinforces) นั่นเอง

การวางเงื่อนไขแบบลงมือกระทำ Skinner ทำการทดลองโดยใช้การเสริมแรงเข้าควบคุมการตอบสนอง เพื่อให้สัตว์ที่ถูกทดลองกระทำพฤติกรรมต่างๆ ตามต้องการเป็น 3 แบบ คือ

1. การฝึกแบบให้รางวัล
2. การฝึกแบบหลบหนี

3. การฝึกแบบหลีกเลี่ยง

การฝึกทั้ง 3 แบบตามหลักของการเสริมแรง สามารถแบ่งเป็น 2 แบบ คือ

1. การเสริมแรงทางบวก (positive reinforcement)
2. การเสริมแรงทางลบ (negative reinforcement)

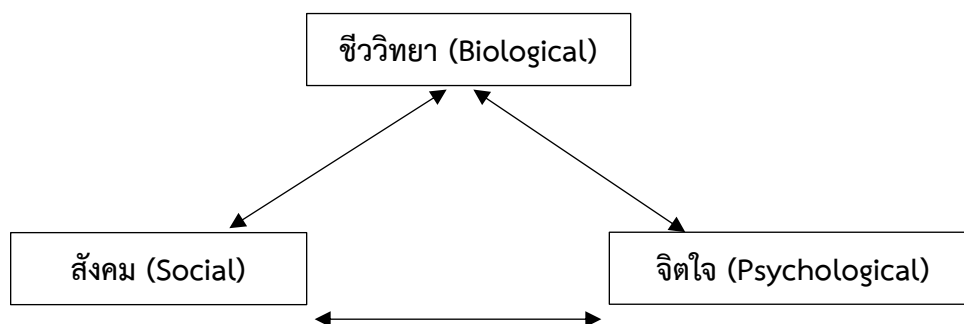
ทฤษฎีที่ยึดหลักทางศีลธรรม (Moral model)

ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ได้รับอิทธิพลจากศาสนาที่มองว่าพฤติกรรมเสพติดเป็นความอ่อนแอทางจิตวิญญาณหรือศีลธรรมที่บกพร่อง เป็นสิ่งที่ผู้เสพเลือกเอง ในปัจจุบันถึงแม้ว่าทฤษฎีที่ยึดหลักทางศีลธรรมจะไม่ได้ได้รับการกล่าวถึงในทางวิชาการมากเท่าใดนัก หากแต่ยังส่งผลต่อทัศนคติต่อตัวผู้ที่มี พฤติกรรมการเสพติดเอง บุคคลรอบข้าง ผู้ที่มีพฤติกรรมดังกล่าวรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในกลุ่มบุคคลที่สนับสนุนทฤษฎีนี้จะมีท่าทีต่อพฤติกรรมเสพติดในเชิงตำหนิ นำไปสู่กฎหมายที่เน้นการลงโทษ ต่อบุคคลที่มีพฤติกรรมเสพติดมากกว่า ให้การบำบัดรักษา อย่างไรก็ตามข้อดีของทฤษฎีนี้ คือ เป็นทฤษฎีที่ชักนำให้ผู้ที่มี พฤติกรรมเสพติดต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตน และเน้นย้ำว่าทุกคนสามารถเลือกที่จะไม่ทำพฤติกรรมดังกล่าวได้ นอกจากนี้ทฤษฎีนี้ช่วยให้เข้าใจผลกระทบทางด้านจิตใจของการเสพติด ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นคนผิดบาป เนื่องจากทำพฤติกรรมไปตามอารมณ์โดยขาดความยับยั้งชั่งใจ และในที่สุดจะขาดความเคารพนับถือตนเองทำให้ ผู้มีพฤติกรรมเสพติดกลับไปเสพยาเพื่อประชดตนเอง ติดอยู่ในวังวนของพฤติกรรมเสพติด ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพทางจิตวิญญาณ (spiritual recovery) และศาสนาบำบัด จึงมีส่วนช่วยให้ผู้ที่มีพฤติกรรมดังกล่าวเลิกยาเสพติดได้สำเร็จเพิ่มมากขึ้น เช่น โปรแกรมที่อิงหลัก 12 ขั้นตอน การฝึกเจริญสติสมาธิ การปฏิบัติตามหลักธรรมคำสอนของศาสนาที่ตนเคารพนับถือ (วนิดา รัตนสุมาวงศ์, รัศมน กัลป์ยานศิริ และพิชัย แสงชาญชัย, 2561)

การประยุกต์ใช้ในผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดผู้ที่มีปัญหาสุรา ผู้ติดยาเสพติดจะเริ่มต้นด้วยการยอมรับอย่างแท้จริงว่าตนเองมีปัญหาติดยาเสพติด พฤติกรรมเสพติดเป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทางเดียวที่เป็นทางออกคือหยุดสุราหยุดยาเสพติดอย่างเด็ดขาด และจำเป็นต้องหันกลับมาเคารพศรัทธาพลังอำนาจที่อยู่เหนือตน (higher power) เพื่อการฟื้นกลับคืน หลักการยังรวมถึงการยอมรับสิ่งผิดพลาด หรือพฤติกรรมที่ไม่ดีในอดีตของตน ยอมรับผิดกับบุคคลที่เคยล่วงเกินหรือทำร้ายอย่างจริงใจ เมื่อค้นพบความสุขอย่างแท้จริงก็ให้ช่วยเหลือผู้ที่ยังมีปัญหาติดยาเสพติดคนอื่นๆ ต่อไป อย่างไรก็ตามข้อด้อยของทฤษฎีนี้ คือ เกิดการตีตรา (stigma) ต่อผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดอีกทั้งยัง ไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมเสพติด นอกเหนือจากเป็นการกระทำที่ไม่ดี

ทฤษฎีชีวจิตสังคม (Bio-psychosocial Model, BPS)

ทฤษฎีชีวจิตสังคม นำเสนอโดย George L. Engel และ Jon Romano ในปี 1977 (อ้างใน สุริยัน บุญแท้, 2563) มีหลักการว่า พฤติกรรมเสพติดมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย โดยแต่ละปัจจัยมีส่วนเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน อันได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา (biological), ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological) รวมถึงปัจจัยทางด้านสังคม (social) ปัจจัยทางจิตวิญญาณ (spiritual) ทฤษฎีชีวจิตสังคมให้ความสำคัญกับสาเหตุปัจจัยแต่ละอย่างเท่ากัน โดยอธิบายว่า บุคคลมีปัจจัยทางชีววิทยาเป็นพื้นฐานอันเป็นจุดเริ่มต้นในเกิดความเสี่ย ปัจจัยอื่นๆ อันได้แก่ ปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางด้านสังคม ล้วนแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สำคัญให้บุคคลผู้นั้นเข้าสู่กระบวนการเสพติด



รูปที่ 4 แสดงส่วนประกอบและความสัมพันธ์ของทฤษฎีจิตสังคม ประกอบด้วย ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางด้านสังคม

รูปแบบการบำบัดที่มาจากแนวคิดของทฤษฎีจิตสังคม จะมีลักษณะให้การรักษาพฤติกรรมเสพติดมากกว่าการลงโทษ เน้นให้ความสำคัญกับการมองพฤติกรรมเสพติดแบบองค์รวม มีสาเหตุจากหลายปัจจัย และในการบำบัดรักษาจำเป็นต้องมองปัจจัยทุกส่วนร่วมกันเพื่อให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด การใช้ยาเพื่อช่วยรักษา หรือ medication assisted treatment or recovery (MAT or MAR) เป็นเพียงตัวช่วยในการรักษา หากแต่ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรักษาอย่างมาก คือการรักษาแบบจิตสังคมบำบัด (psychosocial treatment) ความสัมพันธ์ที่ตึงเครียดระหว่างผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติด ผู้ให้การบำบัดรักษาครอบครัวและครอบครัวของผู้ที่มีพฤติกรรมดังกล่าว เป็นสิ่งสำคัญและเป็นตัวขับเคลื่อนให้ผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดตระหนักในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อเข้าสู่พฤติกรรมที่ดีขึ้น ผู้บำบัดรักษาจำเป็นต้องออกแบบการรักษาให้เหมาะสมกับบุคคลนั้นๆ เพราะในบุคคลแต่ละคนมีส่วนของปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสพติดรวมถึงปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมเสพติด ยังคงอยู่แตกต่างกัน The American Society of Addiction Medicine's (ASAM)¹⁰ ได้ให้หลักการบำบัดพฤติกรรมเสพติดโดยใช้พื้นฐาน สำคัญของทฤษฎีจิตสังคมซึ่งมองการบำบัด เป็น 6 Dimension ดังนี้

Dimension 1: acute intoxication/withdrawal potential

Dimension 2: biomedical conditions/ complications

Dimension 3: emotional/behavioral/ cognitive conditions and complications

Dimension 4: readiness to change

Dimension 5: relapse/continued use/ continued problem potential

Dimension 6: recovery environment

ปัจจุบันทฤษฎีจิตสังคมได้รับการยอมรับว่าเป็นทฤษฎีที่มีความเหมาะสมในการบำบัดรักษาพฤติกรรมเสพติด และได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ข้อดีของทฤษฎีนี้คือมีหลักการบำบัดที่ให้ความสนใจกับปัจจัยทุกด้านไม่จำกัดเพียงแค่ผู้เสพติด (dependence) แต่ยังสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ใช้สารหรือผู้เสพ (users) ได้สามารถใช้ทฤษฎีนี้กับนโยบายการลดอันตรายในผู้มีพฤติกรรมเสพติด (harm reduction) ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้หรือผู้เสพติดที่ยังไม่พร้อมกับการเลิกการเสพติดอย่างเด็ดขาด ข้อดีของทฤษฎีนี้ คือจำเป็นต้องมีข้อมูลจำนวนมาก เพราะมีหลายองค์ประกอบในการรักษา ผู้ให้การบำบัดรักษาต้องใช้เวลาและทำความเข้าใจกับผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดเพื่อทำความเข้าใจองค์ประกอบในแต่ละส่วนเพราะในแต่ละบุคคลมีส่วนปัจจัยที่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาข้อมูลอย่างรอบด้านนั้นทำได้ยาก และบางครั้งผู้บำบัดอาจไม่สามารถหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้เข้ารับการบำบัดได้ทั้งหมด (วนิดา รัตนสุมาวงศ์ และคณะ, 2561)

ทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมอง (Brain-disease model of addiction, BDMA)

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาความเจริญก้าวหน้าของงานวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์และพฤติกรรมเป็นไปอย่างก้าวกระโดดนำมาซึ่ง แนวคิดใหม่ในเรื่องพฤติกรรมเสพติด ความรู้ดังกล่าวส่วนใหญ่ได้รับการค้นพบจากการศึกษาวิจัยในสัตว์ (animal study), การศึกษาวิจัยทางพันธุกรรม (genetic study) รวมถึงการศึกษาวิจัยจากการสร้างภาพสมอง (neuroimaging study) ข้อสรุปของงานวิจัยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ได้นำมาเป็นหลักฐานอ้างอิงว่า พฤติกรรมเสพติดเป็นความเจ็บป่วยทางสมองที่ซับซ้อนเรื้อรังและเกิดเป็นทฤษฎีใหม่ที่เรียกว่า ทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมอง (brain-disease model of addiction, BDMA) ซึ่งมีมุมมองต่อพฤติกรรมเสพติดว่ามีปัจจัยที่สำคัญมาจากพันธุกรรมในครอบครัว (genetic vulnerabilities) ถึงแม้ว่าการเริ่มต้นใช้สารนั้นเกิดจากการเลือกเองของ ผู้ใช้แต่ผลจากพันธุกรรมทำให้เกิด ความเปราะบางในแต่ละบุคคลแตกต่างกัน อันส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองความพึงพอใจต่อการเสพที่แตกต่างกันไป (the initial reinforcing effects) ผู้ที่มีการตอบสนองทางบวก (positive reinforce effect) ต่อสารมากจะมีแนวโน้มที่จะใช้สารต่อไปมากกว่าผู้ที่มีการตอบสนองทางบวกน้อยกว่า ซึ่งการใช้สารในช่วงนี้ยังไม่ถือว่าเข้าสู่การเสพติด ในช่วงนี้ปัจจัยทางด้านจิตสังคม การเลี้ยงดู กลุ่มเพื่อน สิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยร่วมในการส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมเสพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ปัจจัยทางชีววิทยา สังคม และสิ่งแวดล้อมจะมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน (complex interaction) เมื่อเกิดการเสพซ้ำๆ จะนำมาซึ่งความเปลี่ยนแปลงในระดับสมองทั้งด้านโครงสร้าง (structure) และการทำงาน (function) จนในที่สุดจะเกิดรูปแบบของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป อันเรียกว่าพฤติกรรมเสพติด (addiction behavior) เมื่อเกิดพฤติกรรมเสพติดแล้ว (addiction behavior) บุคคลนั้นจะมีความยากลำบากอย่างมากในการเลิกพฤติกรรมดังกล่าว ถึงแม้ว่าจะมีความตั้งใจที่จะเลิกเสพเป็นอย่างมากก็ตาม เนื่องจากกระบวนการเสพติดได้ส่งผลกระทบต่อสมอง การตัดสินใจ ความจำรวมถึงการมองเห็น ผลกระทบที่ตามมาตามความเป็นจริง ในปี ค.ศ. 1997 the US National Institute on Drug Abuse (NIDA) ออกมาให้การสนับสนุนรับรองว่า พฤติกรรมเสพติด (addiction) เป็นโรคเรื้อรังทางสมอง (chronic and complex relapsing brain disease) ตามทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมอง โดยมีหลักฐานที่ให้การสนับสนุนมาจากงานวิจัยสี่ด้านคือ

1) การศึกษาในสัตว์ (animal study) เริ่มจากการศึกษาในหนูทดลองจากการศึกษา พบว่า เมื่อหนูทดลองมีการใช้สารเสพติดจะเกิดความต้องการใช้สารนั้นซ้ำอีกในปริมาณที่เพิ่มขึ้นและถี่มากขึ้น โดยความต้องการใช้สารนั้นซ้ำจะยังคงอยู่ถึงแม้ว่าหนูจะหยุดใช้สารไปเป็นเวลานาน นอกจากนี้เมื่อให้หนูทดลองหยุดใช้สารเสพติดแล้ว หากกระตุ้นด้วยตัวกระตุ้นอย่างอื่นก็สามารถทำให้หนูทดลองกลับไปใช้สารเสพติดได้ พฤติกรรมของหนูนี้มีความเกี่ยวข้องกับสมองส่วนอยากที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้สารเสพติดของหนูทดลองลดน้อยลงเมื่อใช้ไฟฟ้าจี้ที่สมองส่วนอยาก (brain reward pathway) ของหนูทดลองนั้น จากงานทดลองในหนูนี้สามารถค้นพบสมองส่วนอยาก รวมถึงการระบุโครงสร้างและหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอันเป็นที่มาของพฤติกรรมเสพติดได้ ผลจากการศึกษานี้สรุปได้อีกว่า ผู้ใช้ หรือ ผู้เสพ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เมื่อเข้าสู่พฤติกรรมเสพติดจะส่งผลให้สมองเกิดความเปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในระยะยาว และถึงแม้ว่าจะหยุดการเสพติดนั้นแล้วก็ตาม

2) การศึกษาทางพันธุกรรม (genetic study) การศึกษาทางพันธุกรรม พบว่า ปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมเสพติด ผลจากการศึกษาพบว่า ช่องว่างระหว่างผู้ใช้หรือผู้เสพ (users) ไปสู่ผู้เสพติด (dependence) มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรมถึงร้อยละ 40-60 แล้วแต่ชนิดของการเสพติด การศึกษาทางพันธุกรรมส่วนใหญ่ในปัจจุบันใช้หลักการการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลำดับเบสที่แตกต่างกันในจีโนมของกลุ่มประชากรหนึ่งๆ ต่อลักษณะฟีโนไทป์หนึ่งๆ ที่มีความแตกต่างกัน (large scale

genome wide association studies (GWAS)) รวมถึงวิธีการศึกษาในคู่แฝด (twin study) สามารถค้นพบลำดับเบสที่แตกต่างกันในกลุ่มประชากร ที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่นำไปสู่การเสพติด เช่น ความหุนหันพลันแล่น ความอยากสารเสพติด ความรู้สึกดีที่มีต่อการใช้สารเสพติด เป็นต้น ในปัจจุบันแม้เรายังไม่สามารถรักษาผู้ป่วยโดยการเปลี่ยนพันธุกรรมได้ แต่เราสามารถใช้เวลาเพื่อการจูงใจและป้องกันพฤติกรรมเสพติดได้

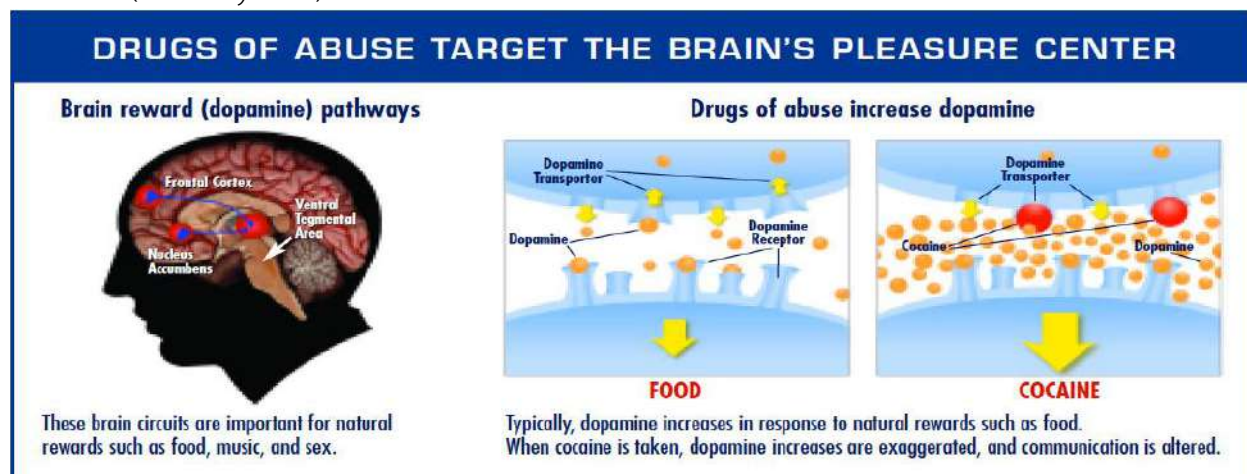
3) ศึกษาจากการสร้างภาพสมอง (neuroimaging study) การศึกษาการสร้างภาพสมองให้ข้อมูลสนับสนุน และสามารถค้นหาภาพและวงจรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสพติด (neurobiological model of brain addiction) ที่สามารถอธิบายกระบวนการของพฤติกรรมเสพติด ได้แก่

- ช่วงการใช้สารหรือเสพติดอย่างหนัก (binge and intoxication) อธิบายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงของระดับโดปามีน (dopamine) ในสมองเมื่อมีการใช้สารหรือ การเสพติดในระยะเวลาหนึ่งเพื่อให้เกิดความพึงพอใจ การเปลี่ยนแปลงของระดับโดปามีนนี้จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงตัวรับสัญญาณ (receptor) ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้บางอย่าง (learning or conditioning)

- ช่วงการถอน (withdrawal and negative effect) อธิบายถึงกระบวนการต่อเนื่องจากการเกิดกระบวนการเรียนรู้บางอย่าง (learning and conditioning) สมองจะเกิดการปรับตัว ให้ปริมาณของสารที่เข้าสู่ร่างกายกระตุ้นโดปามีนได้ลดน้อยลง ผลคือการใช้หรือเสพติดไม่สามารถทำให้เกิดความสุขได้ในปริมาณเท่าเดิม จึงต้องเพิ่มการเสพติดมากขึ้นและเพื่อพยายามหลีกเลี่ยงผลกระทบในทางลบที่จะเกิดขึ้น เช่น ภาวะถอนยา (withdrawal and negative effect)

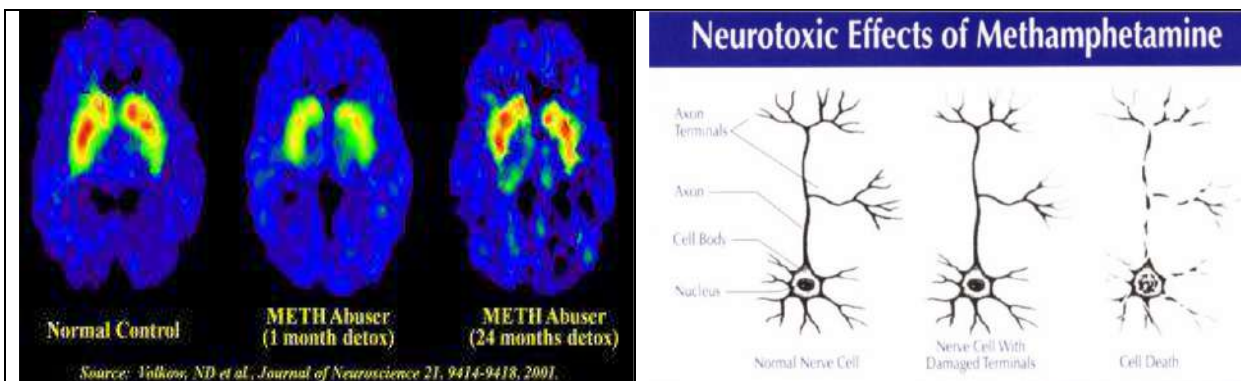
- ช่วงหมกมุ่น (preoccupation and anticipation) อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของสมองจะค่อยเป็นค่อยไปจนในที่สุดจะเกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในสมองส่วนต่างๆ อันได้แก่ สมองส่วนคิด สมองส่วนอยาก รวมถึงสมองส่วนอื่นๆ เช่น สมองส่วนอารมณ์ สมองส่วนความทรงจำ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงอย่างมากในสมองหลายส่วนนี้ส่งผลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมของผู้เสพติด เช่น ไม่สามารถควบคุมการตัดสินใจ อารมณ์ หรือมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวมากขึ้น ผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดส่วนหนึ่งมีความต้องการที่จะเลิกพฤติกรรมเสพติด แต่ก็มีความยากลำบากอย่างมากที่จะหยุดพฤติกรรมดังกล่าว

โรคสมองติดยา เป็นภาวะเสียสมดุลของสมองส่วนที่คิดด้วยสติปัญญา (prefrontal cortex) และสมองส่วนอยาก (limbic system) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของโดปามีนในสมอง



รูปที่ 5 แสดงความผิดปกติของโดปามีนในสมอง

และเมื่อมีการเสพยาเสพติดยิ่งเสพนานผลกระทบก็จะยิ่งรุนแรงมากขึ้น สมอมของผู้ใช้ยาเสพติดจะมีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยลงเรื่อยๆ ดังภาพ



รูปที่ 6 แสดงความผิดปกติของสมองและสารสื่อประสาทจากการเสพยาเสพติด

ทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมองมีจุดเด่นในเรื่องชีววิทยา (biological factor) แต่ก็ไม่ได้ละทิ้งปัจจัยทางจิตสังคม (psychological factor) และปัจจัยทางด้านสังคม (social factor) ปัจจัยทางชีววิทยามีส่วนสำคัญ และเป็นแกนหลัก แต่ก็มีความสัมพันธ์อันซับซ้อน และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม หลักการนี้นำมาซึ่งการป้องกันผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงไม่ให้อาศัยการใช้หรือการเสพยาเสพติดบำบัดรักษา และการวัดผลที่มีหลักฐานอย่างชัดเจน อีกทั้งยังเป็นพื้นฐานการพัฒนาแบบการบำบัดทั้งด้านยาและการรักษาทางจิตสังคมต่อไปในอนาคต

ทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมองยังเน้นเรื่องการลดการตีตราของสังคมต่อผู้มีพฤติกรรมเสพยาเสพติด (stigma) ส่งผลให้ผู้ใช้ที่มีพฤติกรรมเสพยาเสพติดกล้าเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษามากขึ้น บุคคลรอบข้างมีท่าทีร่วมมือมากขึ้น รวมถึงก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของนโยบาย เช่น การช่วยเหลือที่มากขึ้นในการรักษาบำบัดเพิ่มเติมในกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมเสพยาเสพติด เป็นต้น

ส่วนข้อดีของทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมอง คือ ให้ความสำคัญกับปัจจัยอื่นนอกเหนือจากชีววิทยาน้อยจนเกินไป นำไปสู่การรักษาที่เน้นในเชิงชีววิทยาเพราะเชื่อว่าเป็นความเจ็บป่วยทางสมองมากกว่าในด้านอื่น จนเลยที่จะมองปัจจัยอื่นซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยที่สำคัญ อีกทั้งทฤษฎีดังกล่าวยังเหมาะสมกับผู้ใช้ที่มีพฤติกรรมเสพยาเสพติดที่อยู่ในระดับรุนแรง (dependence) เสพติดมานานเลิกยาหลายครั้งแล้วไม่สำเร็จมากกว่ากลุ่มใช้หรือผู้เสพยาทั่วไป (users) นักวิทยาศาสตร์และนักสังคมศาสตร์ส่วนหนึ่ง เชื่อว่าทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมองเป็นการลดผลกระทบในทางลบต่อผู้ใช้ที่มีพฤติกรรมเสพยาเสพติดจนอาจทำให้ผู้ใช้ที่มีพฤติกรรมเสพยาเสพติดสามารถใช้อย่างมีข้ออ้าง และไม่ต้องรับผิดชอบผลการกระทำดังกล่าว

สาเหตุของการติดยาและสารเสพติด

สาเหตุที่ทำให้คนติดยาบำมียู่หลายสาเหตุ คือ

1. ทางด้านร่างกาย การจัดหาหรือซื้อสารเสพติดด้วยตนเองเนื่องจากอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ในกลุ่มรักษาตนเอง เช่น ประสบอุบัติเหตุแพทย์ให้ยาระงับปวดอยู่ชั่วขณะหนึ่ง ภายหลังได้ใช้ยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์เพื่อช่วยตนเอง เลยทำให้ติดยาโดยไม่ตั้งใจ

2. ทางด้านจิตใจ พวกที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ เช่น ต่อต้านสังคม ก้าวร้าว ชอบพึ่งพาผู้อื่น แยกตัวเองหรือซึมเศร้า พวกที่มีความกังวลใจ หวาดกลัว หรือป่วยเป็นโรคประสาทหรือโรคจิตที่มีอาการนอนไม่หลับ มักใช้ยาเสพติดระดับความรู้สึกจึงทำให้ติดยาเสพติดได้ นอกจากนี้ยังพบว่า สภาพครอบครัวแตกแยก พ่อแม่ไม่เข้าใจกัน เด็กขาดความอบอุ่น หรือการอบรมเลี้ยงดูลูกไม่ถูกต้อง หรือมีคนในครอบครัวติดสารเสพติด

3. ทางด้านสังคม บุคคลที่ถูกเพื่อชักชวน อยากรอง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ใกล้ชิดกับพวกติดสารเสพติด ความกดดันทางสังคม เช่น มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ไม่มีงานทำ

นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นติดยาบ้า ดังนี้ (อ่างโน กรมสุขภาพจิต, 2558)

1. เพื่อหนีความทุกข์ใจ โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่นที่มีปัญหาในครอบครัวนั้นจากขาดความรักความอบอุ่น ครอบครัวแตกแยกหรือทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ ตลอดจนมีปัญหาทางการเรียน ปัญหาความรัก จะส่งผลให้วัยรุ่นหาทางออกโดยการใช้ยาเสพติดเพื่อระงับความทุกข์ใจที่เกิดขึ้น

2. ความอยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง บางคนลองเสพตามเพื่อนเพราะกลัวเพื่อนไม่ให้เข้ากลุ่มด้วย ตลอดจนวัยรุ่นบางคนอาจอยากลองด้วยความคึกคะนอง เพราะอยากทดลองสิ่งใหม่ๆ และคิดว่าตัวเองคงไม่ติดง่าย ๆ ซึ่งมักส่งผลให้วัยรุ่นติดสารเสพติดได้ในเวลาต่อมา จากผลสำรวจของ national center for drug abuse statistics (NCDAS) พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 13 ที่ใช้ยาเสพติด 70% จะพัฒนาเป็นอาการติดยาเสพติดภายใน 7 ปี เนื่องจากสมองอยู่ช่วงพัฒนา และสามารถติดยาได้ง่ายมากกว่า

3. อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีคนติดยาหรือเป็นแหล่งที่มีการขายยาเสพติด ซึ่งการที่วัยรุ่นอยู่ในสภาพแวดล้อมเช่นนี้ ทำให้เห็นว่าการใช้ยาเสพติดเป็นเรื่องธรรมดา เมื่อวัยรุ่นถูกชักจูงให้ลองยาก็จะคล้อยตามได้ง่าย หรือบางคนอาจลองเสพยาเสพติดเองเพราะเกิดความสงสัยว่ายาเสพติดจะช่วยให้เกิดความสนุกสนานได้อย่างไร

4. ถูกหลอกลวงให้ติดยาเสพติด เนื่องจากสิ่งเสพติด ในปัจจุบันมักมีมาในรูปแบบต่างๆ เช่น เป็นลูกกวาดหรือท็อฟฟี่ เป็นแคปซูล เป็นต้น ซึ่งกรณีนี้วัยรุ่นอาจไม่ทราบว่าสิ่งที่ตนเสพ เป็นสิ่งเสพติดชนิดร้ายแรง จึงทำให้ลองกินเข้าไปจนกลายเป็น คนติดยาได้

กลไกการติดยาเสพติด

นักจิตวิทยาที่ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของคนที่ติดยาเสพติด ได้ให้ข้อสรุปที่น่าสนใจเอาไว้ว่า การที่บุคคลคนหนึ่งจะตัดสินใจหันไปใช้ยาเสพติดนั้นจะต้องมีแรงจูงใจอย่างแรงกล้าเกิดขึ้นกับบุคคลนั้น จนทำให้เกิดการตัดสินใจยอมรับ และเริ่มทดลองใช้แรงจูงใจที่ทำให้เริ่มทดลองใช้ยาในแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับพื้นฐานการศึกษา อาชีพ สถานะทางสังคม และสภาวะแวดล้อมในชีวิตประจำวันเมื่อมีการเริ่มทดลองใช้ยาเสพติดขึ้นแล้ว ต่อมาจะมีพัฒนาการทางด้านการใช้ยาเสพติดชนิดนั้นๆ เกิดตามมาเรื่อยๆ จนในที่สุดผู้ที่ทดลองใช้ยาก็จะกลายเป็นผู้ติดยาโดยสมบูรณ์แบบ การติดยาบ้านั้นเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เริ่มต้นจากการใช้ยาเป็นครั้งคราวจนสู่การใช้ยาที่ถี่ขึ้น จนต้องใช้ทุกวันและวันละหลายครั้ง การใช้ยาเสพติดจะมีผลต่อ สมอง 2 ส่วนคือ สมองส่วนนอกที่เป็นส่วนคิด (cerebral cortex) และสมองส่วนที่อยู่ชั้นใน (limbic system) ซึ่งเป็นส่วนเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความอยาก สมองส่วนคิดทำหน้าที่ควบคุมสติปัญญา ใช้ความคิดแบบมีเหตุผล ขณะที่สมองส่วนนอกเป็นศูนย์ควบคุม อารมณ์ ความรู้สึก ยาบ้าจะกระตุ้นปลายประสาทในสมองให้ส่ง โดปามีน ซึ่งเป็นสารเคมีชนิดหนึ่งออกมาเป็นปริมาณมาก สารนี้ทำให้เกิดความรู้สึกสบาย สมองจึงมี

การปรับตัวด้วยการลดการหลั่งสารเคมีนั้นลง เมื่อหมดฤทธิ์ยาบ้างจึงเสมือนว่าร่างกายมีอาการขาดสาร โดปามีน ทำให้มีอาการหงุดหงิดหรือซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้เสพพยายามแสวงหายามาใช้ซ้ำ ในขณะที่เดียวกันเมื่อใช้ยาบ้างบ่อยๆ จะทำให้สมองส่วนคิดถูกทำลาย การใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลจะหายไป ผู้ที่ใช้ยาบ้างจึงมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีอารมณ์ก้าวร้าว หงุดหงิด ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ จึงทำให้มีการใช้ยาเสพติดบ่อยขึ้น ผลสุดท้ายจะเกิดความสุขเสียอย่างรุนแรงในด้านต่างๆ ของชีวิตผู้เสพ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ด้วยสติปัญญาหรือความคิด และทำให้มีอาการทางจิตและสามารถเป็นโรคจิตเต็มขั้นได้ในที่สุด

ระยะการติดยาเสพติด แบ่งออกเป็น 4 ระยะด้วยกัน คือ

1. ระยะเริ่มใช้ยา (introductory stage) อาจเริ่มใช้ยาเป็นครั้งคราวในโอกาสพิเศษ เช่น มีกิจกรรม สังสรรค์กับเพื่อนฝูงที่ใช้ยาหรือใช้เพราะเหตุผลบางประการ เช่น เพื่อลดน้ำหนัก ลดอาการเศร้า เพิ่มกำลังทำงานได้มากขึ้นหรือ ไมให้่วงนอน เป็นต้น ในระยะนี้สมองที่ใช้เหตุผลยังคงตัดสินใจให้ใช้ยา เพื่อตอบสนองเหตุผลบางอย่างที่ตนคิด

2. ระยะเสพยาต่อเนื่อง (maintenance stage) ผู้เสพยาจะมีการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นและเริ่มใช้เป็นประจำ เช่น ใช้ทุกสัปดาห์หรือทุกเดือน ในระยะนี้สมองส่วนนอกยังคงควบคุมความคิดได้ พฤติกรรมยังถูกควบคุมโดยเหตุผลแต่สมอง ส่วนคิดเริ่มบังคับตนเองได้น้อยลงในขณะที่สมองส่วนควบคุม ความอยากมีพลังมากขึ้นทำให้การตัดสินใจเริ่มโอนเอียงไป ในทางใช้ยาต่อไปแม้มีผลเสียจากการใช้ยาเริ่มมีมากขึ้น

3. ระยะเสพติด (disenchantment stage) ระยะนี้จะมีผลทางลบกระทบต่อชีวิตผู้ใชยามากขึ้น เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาสัมพันธภาพ หรือกฎหมายจะมีผลต่อผู้เสพยาอย่างชัดเจน ถึงจุดนี้ผู้เสพบางคนสามารถหยุดยาได้ โดยใช้เหตุผล แต่บางคนจะทำได้ไม่ได้ เพราะสมองส่วนอยากมีอำนาจเหนือสมองส่วนคิดแล้ว จึงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และก้าวเข้าสู่สภาพของการเสพติดทั้งที่ผู้ติดยายังมีความคิดถึงผลเสียที่เกิดขึ้นและตระหนักว่าตนควรเลิกเสพ

4. ระยะวิกฤต (disaster stages) แม้ในระยะนี้ผลเสียจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้เสพยาจะรุนแรงชัดเจน แต่ผู้เสพก็ยังคงการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพราะการตัดสินใจที่ใช้เหตุผลและสติจากสมองส่วนควบคุมความคิดอ่อน ไม่เพียงพอที่จะขัดขวางความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสมองที่ควบคุมการตอบสนองความอยาก (limbic system) จึงทำให้หมกมุ่นกับการเสพติดอย่างรุนแรง

4. การวินิจฉัยโรค

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-5 : substance use disorder รูปแบบพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอย่างไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก ซึ่งรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏอย่างน้อย 2 ข้อใน 12 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้

1. มีการใช้สารเสพติดปริมาณมากขึ้นหรือใช้เวลานานมากขึ้นกว่าที่ตั้งใจไว้
2. มีความต้องการ หรือพยายามจะลดและควบคุมการใช้สารเสพติดอยู่เรื่อยๆ แต่ทำไม่สำเร็จ
3. ใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับกิจกรรมแสวงหาสารเสพติด เสพจนเมา แล้วฟื้นจากเมา
4. มีความอยาก หรือต้องการเสพสารเสพติดนั้นบ่อยมาก (craving) ผุดขึ้นมา
5. มีการใช้สารเสพติดบ่อยครั้งจนเป็นเหตุให้บกพร่องในภารกิจหลักที่คนนั้นต้องมีหน้าที่รับผิดชอบด้านการงาน การเรียน ครอบครัว

6. ยังคงใช้สารเสพติดต่อเนื่องต่างๆ ที่มีปัญหาสังคมหรือปัญหาสัมพันธภาพเกิดขึ้นบ่อยๆ จากการใช้สาร เช่น เมมาแล้วทะเลาะกับคู่สมรส เกิดเรื่องทะเลาะชกต่อย

7. กิจกรรมที่สำคัญไม่ว่าจะเป็นการเข้าสังคม การทำงานหรือกิจกรรมบันเทิงอื่นๆ ถูกละเลยหรือลดลงอย่างมากเนื่องจากการใช้สารเสพติด

8. มีการใช้สารเสพติดบ่อยครั้งในสถานการณ์เสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ขับขี่ยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกลขณะเมามากจากการใช้สารเสพติด

9. ยังคงใช้สารเสพติดต่อเนื่องต่างๆ ที่รู้ว่าการใช้สารเสพติดทำให้ปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจเกิดขึ้นบ่อยๆ จากสารเสพติด

10. มีอาการทนทานต่อสารเสพติด (tolerance) โดยให้นิยามหนึ่งในสองข้อ ดังนี้ :

- มีความต้องการเพิ่มปริมาณสารเสพติดขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ได้ฤทธิ์เมาหรือผลที่คาดหวังไว้
- เมื่อใช้สารเสพติดขนาดเท่าเดิมที่เคยใช้มา กลับได้ฤทธิ์น้อยลงหรือไม่มีอาการเมา

11. มีอาการขาดสาร (withdrawal) โดยมีอาการปรากฏหนึ่งในสองข้อดังนี้

a. มีกลุ่มอาการขาดสาร (เป็นเกณฑ์ข้อ A และ B ของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขาดสารเสพติดแต่ละชนิด)

b. เมื่อได้ใช้สารเสพติดเดิมหรือสารเสพติดใกล้เคียงกัน อาการดังกล่าวทุเลาหรือหายไป ทำให้ผู้ใช้

5. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ผู้ป่วยยาและสารเสพติด เมื่อหยุดยาจะมีทั้งอาการขาดยา (withdrawal symptoms) และอาการอยากยา (craving symptoms) อาการขาดยา (withdrawal symptoms) หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหยุดสารเสพติด เช่น ผู้ป่วยติดสารตระกูลฝิ่น เมื่อขาดยาจะมีอาการที่มักเรียกว่าลางแดง คือ มีอาการท้องเสีย เหงื่อแตก หาว มีน้ำมูก ปวดกระดูก นอนไม่หลับหรือหลับมาก อ่อนเพลีย (วิโรจน์ วีระชัย, 2548 อ้างถึงใน จำปา สิงขระ, 2565) เป็นต้น ส่วนในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า เมื่อหยุดเสพยาอาการขาดยาจะมีมากน้อยแตกต่างกันไป แต่ส่วนใหญ่อาการทางร่างกายไม่รุนแรงนัก เช่น มีอาการอยู่ไม่เป็นสุข หงุดหงิด กระวนกระวายอาการอยากยา (craving symptoms) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากจะใช้สารเสพติด ซึ่งอาจเกิดขึ้นในช่วงใดของการหยุดยาก็ได้ โดยทั่วไปมักมีอาการอยากยามากในระยะแรกๆ ของการหยุดยาแม้แต่ในขณะที่เพิ่งเสพยาไป ผู้ป่วยก็อาจมีอาการอยากยาเกิดขึ้นโดยที่ยังไม่มีอาการขาดยาเลยก็ได้ ในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าอาการอยากยาทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดซ้ำอีก การบำบัดรักษาอาการขาดยาบ้า (management of MA withdrawal) มีหลักปฏิบัติในการบำบัดรักษาหลายประการ คือ

1. การรักษาผู้เสพติดยาบ้า ควรจะให้หยุดยาทันทีโดยไม่ต้องค่อยๆ ลดยา อาการขาดยาไม่เป็นอันตรายรุนแรง

2. ถ้าเสพยาเสพติดอื่นๆ ด้วย เช่น กัญชา สุรา ยานอนหลับ ต้องหยุดพร้อมกันหมดเนื่องจากเมื่อหยุดยาบ้าแม้จะไม่มีอาการรุนแรงที่เป็นอันตราย เช่น เดียวกับการหยุดเหล้า หรือบาร์บิ-ทูเรต แต่การให้ยารักษาอาการต่างๆ ระยะหยุดเสพยาก็ยังมีผลสำคัญ ในบางรายการรักษาจะต้องเน้นในแบบประคับประคอง โดยจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

2.1 ทำให้ปัสสาวะเป็นกรด เพราะเมทแอมเฟตามีนจะถูกขับออกทางปัสสาวะและจะถูกขับออกได้ดีในภาวะปัสสาวะเป็นกรด โดยให้วิตามิน ซี 1 กรัม ทุก 6 ชั่วโมง ติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน

2.2 อาการรู้สึกไม่มีความสุข (dysphoria) มักพบหลังหยุดเสฟไม่นานอาจพบรุนแรงในบางราย และอะอะอะอะวาทได้ ผู้ป่วยมักมีการสับสนขัดแย้งในจิตใจสูง และหวาดระแวง เครียด หงุดหงิด การดูแลผู้ป่วยอาจมีความจำเป็นต้องยึดผู้ป่วยไว้และทำให้สงบในที่ปลอดภัยให้ benzodiazepines เช่น diazepam เพื่อควบคุม agitation ถ้าผู้ป่วยยังกระสับกระส่าย และไม่หลับอาจให้ trazodone (Desyrel) ในรายที่มีอาการทางผิวหนัง ทั้งอาการคัน หรือการแพ้อาจให้ Benadryl

2.3 การหมดแรงหลับมาก หลังจากเสฟหนัก (crash) มักพบหลังยาบ้าหมดฤทธิ์ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่สนใจสิ่งรอบตัวจะเป็นอยู่นาน 12-96 ชั่วโมง อาจหลับอยู่เป็นวันๆ (hypersomnolence) การดูแลผู้ป่วยควรระวัง ต้องให้น้ำและอาหารผู้ป่วยตามสมควร แต่อย่าให้ยาที่มีฤทธิ์ง่วงนอน การให้ยาทำให้ง่วง ทั้ง benzodiazepines และ antipsychotic Drugs ในระยะนี้ต้องระวังอย่างยิ่ง เพราะอาจกดการหายใจได้ ผู้ป่วยที่หลับมากในช่วงนี้ การปลุกผู้ป่วยต้องดูให้เหมาะสม การปลุกผู้ป่วยบ่อยครั้งเกินไปก็อาจเป็นการรบกวน เพราะระยะนี้ถ้าผู้ป่วยหลับก็จะสงบได้ การปลุกผู้ป่วยบ่อยเกินไปจะทำให้หงุดหงิดจนถึงมีอาการอะอะหรืออะอะวาทได้

2.4 อาการซึมเศร้า (depression) มักพบหลังหยุดเสฟ 3-4 วัน ในรายที่มีอาการซึมเศร้าควรให้ยาต้านซึมเศร้า โดยเฉพาะกลุ่มที่ออกฤทธิ์ทั้ง dopamine และ serotonin หรือกลุ่ม selective serotonin receptor inhibitors (SSRI) ซึ่งจะช่วยเพิ่ม serotonin ในสมองช่วยไม่ให้คิดฆ่าตัวตายได้ การบำบัดการเสฟติดยาบ้า (methamphetamine dependence treatment) เดิมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสฟติดยาให้ความสำคัญกับการรักษาอาการขาดยา โดยเรียกว่าการถอนพิษยา (detoxification) โดยนับเป็นขั้นตอนสำคัญของการบำบัดรักษาการเสฟติดยา เพราะเห็นว่า ผู้ป่วยหยุดเสฟแล้วมีอาการทางกายมากและต้องอาศัยแพทย์ในการสั่งใช้ยา รักษาแล้วไปเรียกการรักษาการติดยาจริงๆ ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ปัจจุบันเป็นที่เข้าใจและยอมรับว่า การติดยาเป็นโรคของสมองที่มีพฤติกรรมผิดปกติ ดังนั้นการรักษาให้เลิกเสฟติดยาจึงเป็นการฝึกควบคุมอารมณ์ ความคิด และพัฒนาพฤติกรรมให้เป็นปกติและมีความสมดุลในการดำเนินชีวิตต่อไปเราอาจแบ่งระยะหลังจากการหยุดยาจนเลิกได้ (roadmap of recovery) เป็น 4 ระยะ ดังนี้

2.4.1 ระยะขาดยา (withdrawal stage) ระยะนี้ใช้เวลาประมาณเป็นชั่วโมงจนถึง 5-10 วันหลังจากหยุดยา ในตอนเริ่มต้นผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้ารู้สึกไม่มีความสุข (dysphoria) เครียด หงุดหงิด กระวนกระวาย นอนไม่หลับ และมีอาการอยากยามาก บางรายก็อะอะวาท ต่อมาความอยากยาถูกแทนที่ด้วยความเหนื่อยล้ามีอาการอ่อนเพลียหมดเรี่ยวแรง รู้สึกง่วงนอนหลับมากใน 24 ชั่วโมง และบางรายยังหลับมากต่อไปอีก 2-3 วัน เมื่อตื่นขึ้นมาก็จะหิวมากและอาการอยากยาจะค่อยๆ ลดลงในบางรายเมื่อหมดฤทธิ์กระตุ้นของยาบ้า ผู้ป่วยบางรายกลับมีอาการซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) จนถึงกับพยายามฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระยะนี้มีเพียงอาการเมื่อยล้า รู้สึกง่วงนอน หลับมาก แล้วตามด้วยการหิวมาก

2.4.2 ระยะหยุดเสฟช่วงแรก (early abstinence or honeymoon stage) ถัดจากระยะแรกจนถึง 45 วัน ยังมีอาการเครียด อ่อนเพลียอยู่บ้าง การนอนหลับและอารมณ์ยังมีการแปรปรวนและจะค่อยๆ กลับมาเข้าสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยหลายรายเกิดความเชื่อมั่นเกิน (overconfidence) เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกเสฟได้ง่ายดายและเลิกได้แน่นอน ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาเรื่องสมาธิ และความจำ อารมณ์มีการแปรปรวน (mood swings) บางรายจะมีอาการซึมเศร้าและกระวนกระวายซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาและขนาดของยาบ้าที่เสฟ

2.4.3 ระยะผ่านอุปสรรค (protracted abstinence or the wall stage) ระยะเวลา 4-6 เดือนหลังจากหยุดยาบ้า ระยะนี้มีอาการเหมือนคนปกติ แต่บางรายมีการสูญเสียความจำการเรียนรู้ (cognitive)

อาจมีอาการแปรปรวน และยังมีอาการซึมเศร้าได้ (emotion swings) จะยังมีอาการอยากยาเป็นพักๆ หรือมีอาการอยากยาเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น เพื่อนพูดชักชวน เห็นผู้อื่นเสพยาจะมีอาการอยากยาที่รุนแรงได้ ดังนั้น จึงพบได้ว่าผู้ป่วยบางรายที่เลิกได้เป็นเดือนๆ ก็ยังหวนกลับมาเสพยาใหม่ได้อีก

2.4.4 ระยะเวลาปรับสภาวะ (adjustment/resolution Swings) เป็นระยะปรับตัวทางความคิด พฤติกรรมและสังคม ผู้ป่วยรู้สึกถึงความถูกต้องเกิดความสบาย ยังขาดเป้าหมายของชีวิตอาจมีความเบื่อหน่ายและมีปัญหาในสถานะหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น การจัดสมดุลของชีวิตในระยะนี้จึงมีความสำคัญที่จะทำให้การเลิกยายั่งยืนและไม่กลับไปติดซ้ำอีก

การหายจากการเสพติด (Remission)

- Early remission การหายจากภาวะการณั้เสพติดระยะเริ่มต้น ระยะเวลาการหยุดการใช้สารได้นานอย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่มีอาการ ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ยกเว้นอาการอยากสาร

- Sustained remission การหายจากภาวะการณั้เสพติดได้อย่างต่อเนื่อง เป็นการหยุดการใช้สารได้นานอย่างน้อย 12 เดือน โดยไม่มีอาการตามเกณฑ์วินิจฉัย ยกเว้นเรื่องอาการอยากสาร

- In a controlled environment เป็นการหยุดสารนั้นจากมีสิ่งแวดล้อมเป็นตัวช่วย เช่น อยู่ในสถานทีที่ควบคุมเฉพาะ เช่น เรือนจำ หรือสถานบำบัดรักษาการเสพติด

- On maintenance therapy เป็นการหยุดสารได้เนื่องจากได้รับสารทดแทน หรือการรักษาโดยไม่กลับไปใช้สาร

- Recovery and rehabilitation การบำบัดฟื้นฟู เป็นกระบวนการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งชีวิตในทุกด้านให้ดีขึ้น

การเสพติดกลับเป็นซ้ำ (Relapse)

การเสพติด (addiction) เป็นโรคเรื้อรัง ไม่หายขาด (cure) สมอม่มีการเปลี่ยนแปลงหลังจากใช้สารมาเป็นระยะเวลานาน และการเปลี่ยนแปลงที่สมอม่ตั้งกล่าวอาจคงอยู่เป็นเวลานานแม้ภายหลังจากหยุดใช้สารแล้ว การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำหรือเกิดการกลับเป็นซ้ำ (relapse) เป็นการกลับไปใช้สารในรูปแบบเดิมเหมือนกับตอนที่หยุดใช้สารได้สำเร็จแล้วทั้งนี้ จะสามารถพบได้โดยประมาณร้อยละ 40 – 60 ของผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษา และการกลับมาใช้สารอีกครั้งแต่เป็นเพียงช่วงสั้นๆ (lapse) ซึ่งอาจนำไปสู่การมี relapse ได้ ซึ่งการกลับไปใช้สารซ้ำเกิดขึ้นเป็นธรรมชาติการเกิดโรคของผู้ติดยาเสพติด (อิสระ เจริญวิริยะบุญญา, 2564)

ขั้นตอนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเพื่อช่วยผู้ป่วยให้สามารถหยุดยาเสพติดได้ ต่อเนื่องขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติดมี 4 ขั้นตอนประกอบด้วย

1. ขั้นเตรียมการ (pre-admission)
2. ขั้นบำบัดด้วยยา (detoxification)
3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation)
4. ขั้นติดตามหลังการรักษา (follow up or aftercare)

1. ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา (pre-admission) เป็นการศึกษาประวัติและภูมิหลังผู้เสพติดทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง และครอบครัวเพื่อให้คำแนะนำและเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจในการบำบัดด้วยการสัมภาษณ์ ลงทะเบียน รวมทั้งการตรวจทางกายภาพ เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต เอกซเรย์ ตรวจเลือดและปัสสาวะ เป็นต้น การทำความเข้าใจกับครอบครัวญาติของผู้ป่วยเพื่อให้การบำบัดรักษา มีความสัมฤทธิ์จะต้องเตรียมความพร้อมของครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และเป็นผู้ให้

กำลังใจแก่ผู้ป่วย เข้าใจรูปแบบการรักษา การปฏิบัติตนของผู้ป่วย และบทบาทของญาติ ที่จะเข้ามา มีส่วนร่วมในการรักษา

2. **ขั้นบำบัดด้วยยา (detoxification)** เป็นการรักษาอาการทางร่างกาย ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดด้วยการบำบัดด้วยยา แพทย์จะพิจารณาให้ยาตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย การบำบัดในขั้นตอนนี้แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

2.1 การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยไม่ต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาล แต่ต้องมารับยาตามที่แพทย์กำหนด ทีมสหวิชาชีพ อาทิ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ในการบำบัดด้านจิตใจด้วยการบำบัดรายบุคคล หรือรายกลุ่ม

2.2 การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาลโดยให้การบำบัดด้วยการถอนพิษยาเสพติดร่วมกับการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการให้ความรู้ การให้กิจกรรมบำบัดโดยทีมสหวิชาชีพ อาทิ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

3. **ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation)** เป็นกระบวนการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบุคลิกภาพการดำเนินชีวิตให้สามารถกลับสู่สังคมได้ โดยทีมนักบำบัด กิจกรรมบำบัดที่ใช้กับผู้ป่วยตามแนวคิดของ FAST Model ได้แก่ การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา (family) การมีกิจกรรมทางเลือกในการส่งเสริมให้ผู้ยารู้จักการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ (alternative activity treatment) การเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยเทคนิคช่วยเพื่อช่วยตนเอง (self-help) และการนำแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบชุมชนบำบัด (therapeutics community) ซึ่งเป็นการสร้างชุมชนหรือสังคมจำลองให้ผู้ป่วยมาอยู่ร่วมกันเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยเหลือกันและกัน ฝึกความรับผิดชอบเรียนรู้ตนเอง และเรียนรู้การแก้ไข ปัญหาด้วยเหตุผล เพื่อกลับไปมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ ร่วมกับการให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม รวมทั้งการฝึกอาชีพ เป็นต้น

เมื่อผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพครบตามกำหนดระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความพร้อมในการกลับสู่สังคม จำเป็นจะต้องมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการติดตามผลหลังการรักษาต่อไป ซึ่งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยยึดหลัก D-METHOD ดังนี้

D - disease ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการติดยาและสารเสพติด อาการสำคัญภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นผลจากภาวะถอนพิษยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การเฝ้าระวังสังเกตอาการของผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถบอกอาการให้ทีมรักษาทราบได้ โดยแนวทางการปฏิบัติ คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับความรู้เรื่องโรคสมองติดยา อาการถอนพิษยา อาการพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม รวมทั้งตัวกระตุ้นที่สำคัญจากแพทย์ผู้รักษา พยาบาลประจำตึก การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เช่น individual counseling, brief motivational advice (BA), brief motivational intervention (BI)

M - medication ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด โดยแพทย์ผู้รักษา เภสัชกร หรือพยาบาลวิชาชีพ หรือจากเอกสารแผ่นพับความรู้เรื่องยา ได้แก่ ชื่อยา การออกฤทธิ์วัตถุประสงค์ ความจำเป็นในการใช้ยา วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนวทางแก้ไข ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ความสามารถของผู้ดูแล หรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

E - environment & economic ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งของและสถานที่ที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมซึ่งจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแล หรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัวก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยการให้สุศึกษาเรื่องโรคสมองตติยา อาการถอนพิษยา ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม รวมทั้งตัวกระตุ้นที่สำคัญและการจัดการกับตัวกระตุ้น การฝึกทักษะการปฏิเสธ การเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ ภายในตึก การให้คำปรึกษาญาติทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตลอดจนการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการส่งต่อ ผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้าน

T- treatment ผู้ป่วยยาและสารเสพติดและผู้ดูแลต้องทราบ และเข้าใจเป้าหมายแผนการรักษา และกระบวนการรักษา การปฏิบัติเกี่ยวกับโรคร่วมทั้งต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และได้รับการเตรียมทักษะที่จำเป็น ซึ่งมีผลต่อการดำเนิน ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแล หรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวในการตรวจต่างๆ ทั้งขณะอยู่รักษาและเมื่อมาตามนัดหลังจำหน่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับความรู้เรื่องการรักษา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค ข้อจำกัดของตนเองในขณะที่อยู่รักษาโดยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลประจำตึก มีการให้ความรู้ในเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยาเสพติด เช่น ผู้ป่วยสุรา มีอาการชัก ภาวะเพื่อสับสน ความจาเสื่อมจากการดื่มสุรา ภาวะตับแข็ง โรคระเพาะอาหาร ฯลฯ ตลอดจนการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น การตรวจเลือด การตรวจสมอง การตรวจปัสสาวะ เป็นต้น

H - health ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของผู้ป่วยว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย การดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรมการเคลื่อนไหว การประกอบอาชีพ การเรียนและผู้ป่วยสามารถปรับวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริม ฟันฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะมีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ โดยแพทย์ผู้รักษา พยาบาลที่ผู้ป่วยนอก นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ที่ซักประวัติผู้ป่วย พยาบาลประจำตึก การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา มีการให้คำปรึกษา ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล

O - outpatient referral ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งเวลา และสถานที่ที่ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้างในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือมีอาการเฉียบพลัน โดยแพทย์และพยาบาล นอกจากนี้ยังรวมถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการมาพบแพทย์ตามแพทย์นัด โดยหลังการจำหน่าย จะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

D - diet ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารหรือสารน้ำได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ หรืออาหารที่มีปฏิกิริยาทางลบต่อยาที่รับประทานหรือรวมทั้งวิธีการจัดทา/เตรียมอาหารเฉพาะโรค โดยพยาบาลประจำตึก โภชนากรและเภสัชกร การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตลอดจนการสอดแทรกความรู้ในการเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ

4. ขั้นติดตามหลังการรักษา (after care) เป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษา ด้วยการให้คำปรึกษา โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ ดำเนินการโดยการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ หรือนัดให้มาพบ ณ สถานบำบัด ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ติดตามจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติที่ใกล้ชิดร่วมกับการตรวจปัสสาวะของผู้ป่วย

เพื่อหาสารเสพติดประเมินพฤติกรรมเสี่ยง เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงผู้บำบัดจะให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่พบ หากพบผู้ป่วยกลับไปเสพติดซ้ำจะใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการบำบัด โดยเร็ว ซึ่งการติดตามหลังการรักษาจะติดตาม 7 ครั้ง ใน 1 ปี หลังจำหน่าย (2 สัปดาห์, 1 เดือน, 2 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน และ 12 เดือน)

6. โรคซึมเศร้าเรื้อรัง

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาพของความรู้สึกและอารมณ์ในแง่ลบ เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยวอ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง เช่น ต่ำหนืดตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ท้อแท้ เบื่อหน่ายนอนไม่หลับ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หหมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ และมีความแปรปรวนทางอารมณ์ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงและลงโทษตนเอง หรืออยากตายมีอาการเบื่ออาหาร สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนไปจากเดิมลดน้อยลงและเชื่องช้า (Beck, 1973 อ้างใน สุดาพร สถิติยุทธการ, 2561)

อาการซึมเศร้าจะมีการแสดงออกถึงอารมณ์เศร้า (sad mood) การไม่มีความสุข (inability to derive pleasure) มีการเปลี่ยนแปลงความอยากอาหาร (appetite) ระดับพลังงาน (energy level) และรูปแบบการนอน (sleeping patterns) ความรู้สึกผิด (feeling of guilt) ความรู้สึกไร้ค่า (worthlessness) และความรู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness) ซึ่งความรู้สึกหรืออาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย และมีการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มอาการทางอารมณ์และกลุ่มอาการทางกระบวนการคิด โดยการแสดงออกของอาการซึมเศร้าในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และจะเกิดขึ้นต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์

ภาวะซึมเศร้าอาจจะเกิดจากอาการทางด้านลบของโรคจิตเภทที่มีลักษณะการแสดงออกคล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้า แต่ไม่ได้มีเฉพาะการแสดงออกเท่านั้นต้องมีอาการของภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เช่น ความคิดด้านลบต่อตนเองและความรู้สึกต่างๆ ดังนั้นควรมีการพิจารณาอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน เช่น การหมดหวัง รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด เป็นต้น

โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (persistent depressive disorder หรือ dysthymic disorder) เป็นอาการที่พบได้ในบุคคลทุกเพศทุกวัยโดยคำว่า dysthymia มาจากคำศัพท์ภาษากรีก แปลว่าภาวะจิตใจแย่ (bad state of mind) อารมณ์ที่ไม่เป็นปกติ (ill humor) และถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังได้ปรากฏครั้งแรกในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติของความผิดปกติทางจิตฉบับที่ 3 (diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III) ซึ่งมีการระบุว่า โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังนั้นเป็นอาการเศร้าที่มีความรุนแรงในระดับเล็กน้อยแต่จะมีอาการที่ยาวนานกว่าโรคซึมเศร้า (Sansone & Sansone, 2009; Melrose, 2017 อ้างใน พิศุทธิภา เมธิกุล และเทพรัตน์ พานิชย์, 2566) และจัดอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ โดยลักษณะที่สำคัญของโรคนี้ คือ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าที่เป็นอยู่เกือบทั้งวันร่วมกับอาการอื่น เช่น เบื่ออาหารหรือรับประทานจุ นอนไม่หลับหรือหลับมาก อ่อนเพลียไม่มีแรง รู้สึกไร้ค่า สูญเสียสมาธิ และรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนน่าเบื่อและไร้ประสิทธิภาพ ซึ่งมีลักษณะอาการคล้ายโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เพียงแต่มีความรุนแรงน้อยกว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังต้องเผชิญความทุกข์ทรมานจากโรคต่อเนื่องติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จึงกล่าวได้ว่าเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของบุคคลมากกว่าโรคซึมเศร้า โดยลักษณะที่แตกต่างไปจากโรคซึมเศร้า คือ จะมีอาการบอกเล่า (subjective signs) เด่นชัดมากกว่าอาการที่สังเกตหรือตรวจพบ (objective signs) โดยมักจะไม่บอกเล่าตนเองมีอาการซึมเศร้าอยู่เสมอ แต่ไม่ค่อยพบความอยากอาหาร หรือความต้องการทางเพศลดลง ทั้งนี้โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง

จะมีลักษณะอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป เริ่มตั้งแต่ช่วงวัยเด็กหรือวัยรุ่น จึงส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ทักษะทางสังคม การทำกิจกรรมทางสังคมการรักษความสัมพันธ์กับเพื่อน การประกอบอาชีพและ ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำของโรคหรือการพัฒนาไปสู่โรคซึมเศร้าได้ในอนาคต นอกจากนี้โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังยังเพิ่มความเสี่ยงต่อความพยายามฆ่าตัวตาย และพบอัตราของความพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นอยู่ที่ร้อยละ 9.5-19

ผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอุบัติการณ์สะสมของโรคซึมเศร้า (cumulative incidence) ในช่วงวัยรุ่นร้อยละ 15-20 ซึ่งใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นตอนกลางหรือวัยรุ่นตอนปลายมักเกิดโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ได้ถึงร้อยละ 25 (Chen et al., 2020) จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า วัยรุ่นมีความชุกของโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 7 และโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังประมาณร้อยละ 0.5 (Bernaras et al., 2019) โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังเป็นโรคที่พบประมาณร้อยละ 1.6-8 ในวัยรุ่นซึ่งมีอายุเฉลี่ยของการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังอยู่ระหว่าง 10.1 ± 4.9 ถึง 13.8 ± 3.1 ปี และมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังในวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี พบว่า วัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังร้อยละ 0.9 แม้ว่าปัจจุบันจะยังไม่มีการสำรวจจำนวนที่แน่ชัดในวัยรุ่นแต่ผลการสำรวจที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่ามีวัยรุ่นที่ต้องเผชิญกับโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังเพิ่มขึ้น

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง

สาเหตุของโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัด แต่สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากสาเหตุร่วมกันของปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังนั้นเป็นผลมาจากการทำงานที่ผิดปกติของระบบต่างๆ ในร่างกายโดยเฉพาะระบบประสาทที่ทำงานผิดปกติ ภายในสมองของมนุษย์จะมีเครือข่ายการทำงานของสมองส่วนต่างๆ หรือที่เรียกว่า default mode network (DMN) ซึ่งเป็นพื้นที่ภายในสมองที่เกี่ยวข้องกับสภาวะพัก (resting state) โดยมีการทำงานมากขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในสภาวะพักในทางตรงกันข้าม เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมแบบมีเป้าหมายชัดเจน (goal-directed behavior) จะมีการทำงานน้อยลง (Raichle, 2015) การเชื่อมต่อที่เพิ่มขึ้นภายในสมองส่วน DMN นี้ก่อให้เกิดพยาธิสภาพของการเกิดภาวะซึมเศร้าแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังโดยการศึกษาของ Posner et al. (2013) พบว่า การใช้ยาต้านเศร้า (antidepressants) ทำให้สมองส่วน DMN มีการทำงานที่ปกติและอาจช่วยลดภาวะซึมเศร้าเรื้อรังได้ รวมทั้งจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ความผิดปกติของสารเคมีในสมอง โดยพบในผู้ที่มีการดูดซึมสารเซโรโทนิน (serotonin) ที่น้อยกว่าปกติ (Ravindran et al., 1994) ความผิดปกติของการสร้าง interleukin-1 ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าชนิดเรื้อรังจะมีการสร้าง interleukin-1 ที่เพิ่มขึ้น และสาเหตุมาจากพันธุกรรมโดยกลุ่มอาการโรคซึมเศร้ามักพบในมีประวัติของสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้าโรคอารมณ์สองขั้วโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง และโรคบุคลิกภาพผิดปกติ

2. ปัจจัยทางจิตสังคม

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องและเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง ได้แก่ ประสบการณ์ที่มีความรุนแรงในวัยเด็ก การขาดแหล่งสนับสนุนสภาพแวดล้อมที่ไม่พึงประสงค์ภายในครอบครัวที่มีมาตั้งแต่วัยเด็ก การถูกทำร้ายทางร่างกาย และสถานการณ์ที่สร้างความเครียดในระดับสูง เช่น การสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิตหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงของคนในครอบครัว ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังในวัยรุ่น

ลักษณะอาการทางคลินิก

ลักษณะอาการทางคลินิก แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก จะมีอาการของโรคซึมเศร้า (major depressive episode) ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 ปี ส่วนกลุ่มที่สอง จะมีอาการคล้ายกับในโรคซึมเศร้าแต่ความรุนแรงน้อยกว่า แต่มีอาการเป็นระยะเวลานาน โดยอาการที่พบได้บ่อยส่วนมากจะเป็นทางด้านอารมณ์และความคิด โดยจะมีอารมณ์เบื่อหน่ายท้อแท้และมองโลกในแง่ลบ และมีแนวโน้มที่จะโทษตัวเองซึ่งอาจจะมีอาการของโรคซึมเศร้าเป็นช่วงๆ ได้ (Ittasakul & Hongsanguansri, 2012 อ้างใน พิศุทธิภา เมธิกุล และเทพรัตน์พานิชย์, 2566) ผู้ป่วยจะมีอาการดังกล่าวเกือบทุกวันหรือบ่อยมาก ผู้ป่วยอาจมีอาการของโรคซึมเศร้าร่วมด้วยในกรณีเช่นนี้อาจเป็นอาการ double depression และอาการอื่นซึ่งอาจพบร่วมด้วย เช่น การขาดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ การแยกตัวเองจากสังคม การมีความรู้สึกขมขื่นใจเกี่ยวกับชีวิตในอดีต มีอารมณ์หงุดหงิดง่ายหรือขุ่นเคืองใจตลอดเวลา และเป็นคนเฉื่อยชาในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นมีการพบโรคสมาธิสั้น โรคในกลุ่มกังวลและความประพฤติดีผิดปกติร่วมด้วย อย่างไรก็ตามจิตแพทย์วินิจฉัยเพื่อแยกโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังจากโรคซึมเศร้า อาจทำได้ยากเนื่องจากโรคทั้งสองชนิดมีอาการคล้ายกันและถูกสันนิษฐานว่าเป็นโรคซึมเศร้าเนื่องจากอาการของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังและโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึกสิ้นหวังที่ไม่สามารถจัดการให้หายไปได้เช่นเดียวกัน และหากบุคคลนั้นมีอาการของ double depression ก็จะทำให้ความรู้สึกสิ้นหวังที่มากยิ่งขึ้น

ลักษณะและความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

กรรมพันธุ์หรือพันธุกรรม ผลการศึกษา พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพันธุกรรม บิดามารดาหรือบรรพบุรุษที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีผลให้สมาชิกในครอบครัวมีโอกาส เป็นโรคซึมเศร้าได้มากขึ้น และพบว่าโรคชนิดสองขั้ว (bipolar disorder) มักเกิดได้ง่ายกับสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันโดยมีคว่าเครียดเป็นสิ่งกระตุ้น

เพศ โรคซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า เกิดจากการเปลี่ยนแปลง ระดับฮอร์โมนภายในร่างกาย เช่น การมีประจำเดือน ภาวะหมดประจำเดือน การตั้งครรภ์ ภาวะหลังคลอด เป็นต้น จากผลการศึกษาของสายฝน เอกวารงกูร, 2564 เรื่องมุมมองของการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายเนื่องจากถูกวางเงื่อนไขการดำเนินชีวิตให้ซับซ้อนกว่าเพศชาย บทบาทของเพศหญิงถูกกำหนดให้แตกต่างจากเพศชาย ขณะที่กรอบวัฒนธรรมทางสังคม จำกัดโอกาสของเพศหญิงต่อการระบายออกในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการปลุกฝังค่านิยมและให้คุณค่ากับผู้หญิงที่เป็นกุลสตรี สามารถเก็บกอดอารมณ์ความรู้สึกไม่พอใจ รุนแรงก้าวร้าวและอดทนกับอุปสรรคได้ดี เพศหญิงจึงต้องเก็บกอดความขัดแย้งและความคับข้องใจไว้กับตนเอง

อายุและช่วงวัย บุคคลทุกช่วงวัยมีโอกาสเสี่ยงต่อเกิดภาวะซึมเศร้า ช่วงวัยที่ทำการศึกษาค้นคว้า ได้แก่

วัยผู้ใหญ่ เป็นวัยแห่งการเริ่มต้นและแสวงหาความสำเร็จของชีวิตทุกด้าน ต้องแข่งขัน สร้างอาชีพ สร้างฐานะ สร้างตำแหน่งที่สูงขึ้น วัยผู้ใหญ่ยังเป็นวัยของการสร้างครอบครัว มีลูกที่ต้องให้การดูแล เป็นหลักในการหาเลี้ยงสมาชิกครอบครัว สถานการณ์ปัญหาสิ่งเร้า และการแข่งขันดังกล่าวล้วนเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าแทบทั้งสิ้น

วัยผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและมีอุบัติการณ์สูงมากในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ต้องพึ่งพาครอบครัวทั้งทางด้านการเงิน การเงิน สังคม การดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งเกิดการล้มป่วยได้บ่อย อย่างไรก็ตาม พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักถูก

คัดกรองได้น้อยเนื่องจากคนส่วนใหญ่เข้าใจผิดว่าภาวะซึมเศร้าเป็นอาการปกติสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่มีโรคทางร่างกายในลักษณะเรื้อรัง และอาการแสดงที่พบไม่เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-5 หรือ ICD-10 ประเด็นสำคัญพบว่าอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) จากภาวะซึมเศร้าพบได้สูงในกลุ่มผู้สูงอายุ

ความผิดปกติของสมดุลชีวเคมีในสมอง ภาวะซึมเศร้าเกิดจากภาวะขาดสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง คือ ซีโรโทนิน (serotonin) นอร์เอพิเนพริน (norepinephrine) และโดปามีน (dopamine) มีปริมาณลดลง ทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้ เหนงขาดความสุข นอนไม่หลับ และประสิทธิภาพการทำงานลดลง

ความคิด อ้ารอน แบค (Aaron Beck) ทำการศึกษารูปแบบและกระบวนการคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าการมองตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตในด้านลบจะส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองลดลง มีความพึงพอใจในตนเองลดลงรู้สึกไร้คุณค่าสิ้นหวัง หมดพลังและเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

บุคลิกภาพ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีบุคลิกภาพแบบยอมตาม (passive personality) ไม่สามารถแสดงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและความต้องการของตนเองได้อย่างอิสระ นอกจากนี้พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีบุคลิกภาพเต็มแบบพึ่งพา (dependent personality) หรือแบบเรียกร้องความสนใจตลอดเวลา (histrionic personality)

กลไกการป้องกันทางจิต ผลการศึกษา พบว่าเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกคับข้องใจ กลไกการป้องกันทางจิตที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เลือกใช้ คือเก็บกด (repression) และแยกตัว (isolation) ซึ่งถือเป็นกลไกการป้องกันทางจิตที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ปัญหาทางด้านอารมณ์และการปรับตัว

การมีโรคทางกาย โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ผู้ที่ด้อยทักษะ ต้องพึ่งพาผู้อื่น การสูญเสียอวัยวะ และอาการป่วยเฉียบพลันทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน อัมพาต มะเร็ง เอดส์ เป็นต้น นอกจากนี้พบว่าโรคทางกายบางชนิดส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตใจตามมา เช่น โรคฮัยรอยด์ โรคระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง อุบัติเหตุทางสมอง เป็นต้น

การใช้สารเสพติด การใช้สารเสพติดติดต่อกันเป็นระยะเวลาานส่งผลให้เกิดรอยโรคในสมองเกิดภาวะเสียสมดุลของสารสื่อประสาทสมอง และเกิดอาการทางจิตตามมา

การเผชิญเหตุการณ์ไม่คาดฝัน/ภาวะวิกฤตของชีวิต การเผชิญภาวะสูญเสียบุคคล/สิ่งของที่มีความสำคัญในชีวิต อุบัติเหตุ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังนั้นจะวินิจฉัยจากการที่บุคคลมีอาการของความเศร้าเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี ในผู้ใหญ่และระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี ในเด็กและวัยรุ่นและในช่วงระยะเวลาดังกล่าว บุคคลจะไม่มีภาวะอารมณ์ที่เป็นปกตินานกว่า 2 เดือน โดยอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลมาจากที่การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าโดยใช้เกณฑ์ของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติของความผิดปกติทางจิตฉบับที่ 5 (diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5) ตาม DSM-5 ได้ระบุเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการของโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง ดังนี้

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าแทบทั้งวันเป็นเวลานานกว่า 2 ปีโดยในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดและเป็นมานานอย่างน้อย 1 ปี

2. ขณะที่ซึมเศร้าจะมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการขึ้นไปประกอบด้วย

- 1) เบื่ออาหารหรือกินจุ
- 2) นอนไม่หลับหรือนอนหลับมาก
- 3) อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง
- 4) ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (low self-esteem)
- 5) สมาธิไม่ดีหรือลังเลในการตัดสินใจ
- 6) รู้สึกท้อแท้
3. ในช่วงที่เป็นต้องไม่มีช่วงที่หายติดต่อกันนานเกินกว่า 2 เดือน
4. อาจมีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder)
5. อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานหรือทำให้การประกอบอาชีพการเข้าสังคมหรือหน้าที่

ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องอย่างชัดเจน

เครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าที่มีใช้ในประเทศไทย

เครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าที่มีใช้ในประเทศไทย เป็นแบบสอบถามฉบับภาษาไทย ที่พิจารณาตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคและเป็นที่ยอมรับ สามารถใช้ได้ในระยะเวลาที่จำกัด ดังนี้

เครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ ตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป

แบบทดสอบ	กรอบเวลาในการประเมิน	จำนวนข้อ	หมายเหตุ
The Nine-item Patient Health Questionnaire Screening (PHQ-9)	2 สัปดาห์	9 ข้อคำถาม	สอบถามอาการต่างๆ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค 9 ข้อ (DSM-IV-TR) เพื่อประเมินระดับความรุนแรง และการส่งผลกระทบต่อการทำงาน การดูแลสิ่งต่างๆในบ้านหรือการเข้ากับผู้คน
แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q9Q8Q 2Q	2 สัปดาห์	2 ข้อคำถาม (มี ≥ 1 ข้อขึ้นไปถือว่า “เป็นผู้มีความเสี่ยง”)	รูปแบบคำตอบ “มี หรือ ไม่มีอาการ” เพื่อใช้ในการคัดกรองเบื้องต้น สามารถประเมิน 9Q ได้เลยอีก 7 ข้อที่เหลือ ในข้อ 1, 2 (คะแนนรวม 0-6 คะแนน)
9Q	2 สัปดาห์	9 ข้อคำถาม (มี ≥ 7 ข้อขึ้นไป ให้ประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตายด้วย 8Q)	ประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่ ตั้งแต่ “มีความผิดปกติแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง”

แบบทดสอบ	กรอบเวลาในการประเมิน	จำนวนข้อ	หมายเหตุ
8Q	1 เดือน	8 ข้อคำถาม (มี ≥ 17 ข้อขึ้นไป ให้ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ด่วน)	ระดับความรุนแรง 3 ระดับ
Depression Subscale of hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)	ในขณะนี้	14 ข้อคำถาม	แบ่งเป็นคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด และสำหรับอาการวัดซึมเศร้าอีก 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด
Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI)	2 สัปดาห์	14 ข้อคำถาม	เป็นแบบประเมินที่ใช้ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
Beck Depression Inventory	ในขณะนี้	21 ข้อคำถาม	ระดับความรุนแรงของอาการในแต่ละข้อมีไม่เท่ากัน มีตั้งแต่ 4-6 ระดับ
Health-Related Self-Reported (HRSR-scale)	ในขณะนี้	20 ข้อคำถาม	ความบ่อยของการเกิดอาการ 4 ระดับ โดยบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ประเมิน

เครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าในวัยเด็ก-วัยรุ่น

แบบทดสอบ	กรอบเวลาในการประเมิน	จำนวนข้อ	หมายเหตุ
The Center for Epidemiology Studies Depression Scale (CES-D)	1 สัปดาห์	20 ข้อ	ความบ่อยของการเกิดอาการ 4 ระดับ ผู้ถูกประเมินเป็นผู้ประเมินตนเอง
Children's Depression Inventory (CDI)	2 สัปดาห์	20 ข้อ	ระดับความรุนแรงของอาการ 3 ระดับ บุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ประเมิน

ในกรณีศึกษาฉบับนี้ผู้ศึกษา ประยุกต์ใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q9Q8Q ตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นในการประเมินคัดกรองอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

การรักษาโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง

1. การรักษาด้วยยา

การใช้ยาแก้เศร้า เนื่องจากโรคซึมเศร้าสาเหตุที่พบเกี่ยวข้องกับสารเคมีในสมอง ดังนั้นการให้ยาแก้เศร้า เพื่อไปปรับสมดุลสารเคมีในสมองจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก ยาแก้เศร้าช่วยบรรเทาอาการเศร้า ทานยาจนรู้สึกดีขึ้นและเมื่อดีขึ้นแล้วควรทานยาต่อไปอีก 6-12 เดือน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้านั้นมักจะกลับมาป่วยซ้ำหรืออาจมีอาการกำเริบซ้ำ จึงถือว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับยาระยะยาว (มาโนช หล่อตระกูล, 2554) การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง เดิมเชื่อกันว่าผู้ป่วยมักไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาแต่การศึกษาในระยะหลัง พบว่า ยาแก้ซึมเศร้าได้ผลดีในการรักษาจึงจัดเป็นวิธีการรักษาแรกในโรคนี้นายาแก้ซึมเศร้าที่ใช้แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ ได้แก่

1.1 การใช้ยากลุ่มต้านอาการซึมเศร้า (antidepressant) ได้แก่ imipramine, desipramine, amitriptyline, trazodone หรือ fluoxetine (prozac) ซึ่งยาเหล่านี้จะเข้าจับกับสาร serotonin ในสมองเพื่อลดอาการซึมเศร้าและอาการอยากยา

1.2 การใช้ยากลุ่มยาระงับประสาท (sedatives) ได้แก่ dalmane, chloral hydrate, librium, phenobarbital หรือ valium ถูกใช้รักษาอาการวิตกกังวล หรืออาการนอนไม่หลับ

1.3 การใช้ยากลุ่มรักษาอาการทางจิต (antipsychotic) ได้แก่ haldol, thorazine ที่ช่วยปรับความสมดุลให้กับสาร dopamine เพื่อบรรเทาอาการทางจิต และรู้สึกพึงพอใจโดยให้การบำบัดรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจควบคู่กันไปด้วย

2. การรักษาทางจิตใจ

มีวิธีการรักษาทางจิตใจหลายรูปแบบในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นการพูดคุยกับจิตแพทย์ อันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง สาเหตุที่ทำให้ตนเองเป็นทุกข์ ซึมเศร้า เข้าใจปัญหาและนำไปสู่การแก้ไข ปัญหาได้อย่างเหมาะสมในที่สุด วิธีการที่พบว่าสามารถรักษาโรคซึมเศร้าได้ดี คือ

2.1 การรักษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง เพราะในหลายครั้ง บางคนทุกข์เพราะความคิดของตนเอง เช่น มองตนเองในแง่ลบ มองสิ่งต่างๆ แ่ลบเกินความจริง ดังนั้น การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรมใช้ทักษะใหม่ที่เหมาะสมมากขึ้นในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมหรือเอื้ออำนวยให้วัยรุ่นพ้นภัยจากภาวะซึมเศร้า ในการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การออกกำลังกาย การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการบำบัดโดยการปรับความคิดพฤติกรรม เป็นต้น

2.2 การรักษาจิตบำบัดเชิงลึก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปมขัดแย้งที่อยู่ในจิตใจตนเอง จนนำมาสู่โรคซึมเศร้า

2.3 การรักษาแบบปรับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรักษามุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น

บทที่ 3

ทฤษฎีทางการพยาบาลและการพยาบาล

1. ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลา (Interpersonal Nursing Theory of Hildegard Peplau)

ฮิลการ์ต เพ็พพลา (Hildegard Peplau: 1909-1999) เป็นพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นมารดาของการพยาบาลจิตเวชยุคใหม่ (Mother of modern psychiatric nursing) ซึ่งได้นำแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของซัลลิแวนมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลจิตเวช โดยได้พัฒนาเป็นแนวคิดของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการบำบัด (Therapeutic nurse-patient relationship) (Videbeck, 2014 อ้างถึงใน จิราพร รักษการ, 2557) ลักษณะเป็นแบบ one-to-one relationship พยาบาลจะใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดผู้ป่วย นับเป็นทฤษฎีที่มีประโยชน์มากในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและเป็นหลักการพื้นฐานของการพยาบาลจิตเวชมาจนถึงปัจจุบัน

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลา (Peplau) เป็นกระบวนการที่ระบอบบทบาทหน้าที่ของพยาบาลและผู้รับบริการในการช่วยเหลือกันและกันเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ โดยจะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจในความรู้สึกและปัญหาของตน และสามารถสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่นได้ กระบวนการนี้จะทำให้พยาบาลและผู้รับบริการได้พัฒนาตนเองและเติบโตขึ้น สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการเป็นสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพหรือสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล ทั้งนี้พยาบาลและผู้ป่วยจะมีบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละคนในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ เพปพลาเชื่อว่าผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหา และสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎี คือ สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลสามารถสังเกตได้ ศึกษาได้ อธิบายได้ ทำความเข้าใจได้ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพปพลาเชื่อว่า พฤติกรรมของพยาบาลในฐานะบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุคคลที่มีความสำคัญต่อสุขภาวะของผู้ป่วย และคุณภาพหรือผลลัพธ์ของการพยาบาล อธิบายได้ว่าสัมพันธภาพเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล มีจุดเริ่มต้น มีการดำเนินต่อไปในช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีจุดสิ้นสุด เป้าหมายของการพยาบาลคือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและสามารถแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของตนเองได้

มโนทัศน์หลักของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลา

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relation theory) ของ Hildegard E. Peplau เริ่มต้นจากแนวคิดในหนังสือเล่มแรกที่ว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการพยาบาล (interpersonal relationship in nursing) ในปี ค.ศ. 1952 ที่กล่าวถึงระยะของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการและบทบาทของพยาบาล โดยมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีพัฒนาการ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Sullivan และทฤษฎีการเรียนรู้ โดยเพปพลา ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับมโนทัศน์หลักทางการพยาบาล (nursing metaparadigm) 4 ด้านไว้ดังนี้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2551 :142 อ้างถึงใน อัจรา ลีตวัฒนกุล, 2558)

1. บุคคล (Person) บุคคล หมายถึง ระบบตัวตน (self-system) ซึ่งประกอบด้วยลักษณะและความต้องการทางชีวเคมี สรีรวิทยาและด้านสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้อง บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นบุคคลที่สามารถผสมผสานประสบการณ์ต่างๆ เพื่อให้ความต้องการของตนเองบรรลุผล พฤติกรรมของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่มิระบบแบบแผนและถูกกำหนดโดยประสบการณ์ที่เป็นผลมาจากพัฒนาการของตน ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในอดีตและเป้าหมายกับความคาดหวังของบุคคลนั้นในอนาคต เฟลบลาวเชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ๆ หนึ่งนั้นได้รับอิทธิพลมาจากประสบการณ์ (experience mode) 3 แบบ คือ

(1) ประสบการณ์โปรโตแทกติก (prototaxic) เป็นประสบการณ์ที่มีลักษณะเหมือนประสบการณ์ในวัยทารก ซึ่งจำกัดอยู่เฉพาะในปัจจุบันไม่สัมพันธ์กับอดีตและอนาคต

(2) ประสบการณ์พาราแทกติก (parataxic) เป็นประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความคิดของบุคคลที่สามารถเชื่อมโยงอดีต ปัจจุบันและอนาคตได้ บุคคลใดที่มีความวิตกกังวลระดับสูงจะไม่สามารถเชื่อมโยงและเข้าใจประสบการณ์ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตได้อย่างต่อเนื่อง

(3) ประสบการณ์ซินแทกติก (syntactic) เป็นประสบการณ์ที่บุคคลสามารถรับรู้ความมีเอกลักษณ์ของสถานการณ์เฉพาะอย่างได้ สามารถเชื่อมโยงอดีต ปัจจุบัน และอนาคตได้เช่นกัน รวมทั้งใช้ประสบการณ์แบบใดแบบหนึ่งที่มีอยู่ในการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเมื่อบุคคลพัฒนาประสบการณ์แบบที่สองและสามเพิ่มขึ้น ความสามารถของบุคคลในการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาจะเพิ่มขึ้นด้วย

บุคคลตามความหมายของเฟลบลาว คือ บุคคลแต่ละคนประกอบด้วยลักษณะความต้องการทางชีวเคมี สรีรวิทยา และด้านสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นพื้นฐานของพัฒนาการของบุคลิกภาพตั้งแต่วัยทารกจนตลอดช่วงชีวิตโดยเป็นไปเพื่อให้ชีวิตมีความสุข บุคคลทุกคนมีความต้องการเฉพาะตนเมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองจะเป็นผลให้เกิดความไม่พอใจ ความคับข้องใจ ความเครียดและวิตกกังวล ความรู้สึกต่างๆ เหล่านี้เกี่ยวข้องกับระดับของความปรารถนาที่แต่ละบุคคลตั้งไว้ และเมื่อบุคคลจะต้องจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลมีความหมายโดยมุ่งเน้นให้ตนเองมีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกมั่นคง ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคลในการเชื่อมโยงอดีต ปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะประสบการณ์ด้านสัมพันธภาพระหว่างตนเองกับบุคคล

2. สิ่งแวดล้อม (Environment) สิ่งแวดล้อมในความหมายของเฟลบลาว จะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนาของมนุษย์ เช่น สภาพเศรษฐกิจ บริบทวัฒนธรรม ค่านิยมของสังคมเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพของบุคคลตั้งแต่เกิดจนตาย สิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อสุขภาพของคน คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ดังเช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและครอบครัว บุตรกับบิดามารดา หรือผู้รับบริการกับพยาบาล เฟลบลาวยังกล่าวอีกว่า โรงพยาบาลเปรียบเสมือนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม โดยมีสิ่งแวดล้อมด้านสัมพันธภาพที่สำคัญคือ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ซึ่งเป็นความรับผิดชอบหลักของพยาบาล สิ่งแวดล้อมจะกำหนดด้วยสถานการณ์ที่มีพยาบาลและผู้รับบริการและระบบการพยาบาลไม่ได้เจาะจงสิ่งแวดล้อมในด้านผู้ป่วย

3. สุขภาพ (Health) สุขภาพ ตามความหมายของเพลบลาว เป็นความรู้สึกสบาย เพียงพอ และมีความสุข อีสรระจากความไม่สุขสบายกายและใจ (ฟาริตา อิบราฮิม, 2551 อ้างถึงใน อัจรา รัฐวัฒนกุล, 2558) รวมทั้งเป็นการแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและกระบวนการต่างๆ ของมนุษย์ในทางบวกเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีความเป็นส่วนตัวและเกี่ยวข้องกับชุมชน ซึ่งพลังงานที่มีอยู่ในตัวของบุคคลจะถ่ายทอดออกมาอย่างสร้างสรรค์ พลังงานภายในตัวบุคคลอาจถ่ายทอดออกมาเป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมหรือทำลายภาวะสุขภาพที่ดีอยู่แล้วก็ได้ เพลบลาว ได้เสนอแนะเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี เนื่องจากความต้องการของตนได้รับการตอบสนอง สนับสนุนให้บุคคลเกิดความรู้สึกพึงพอใจ รู้จักตนเองและสามารถผสมผสานประสบการณ์ในชีวิต ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์การเจ็บป่วยก็ได้ในทิศทางที่เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ซึ่งสุขภาพเป็นความรู้สึกสบาย เพียงพอ และมีสุข อีสรระจากความไม่สุขสบายกายและใจ

4. การพยาบาล (Nursing) การพยาบาลเป็นสถานการณ์เกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา เป็นการใช้กระบวนการลดความไม่สุขสบายหรือภาวะหมดทางช่วยเหลือ โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการและให้การช่วยเหลือ ลดความไม่สุขสบาย ปรับปรุงพฤติกรรม และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง แลกเปลี่ยนข้อมูลและการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรมของผู้รับบริการ ปฏิบัติการของพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงองค์รวมของผู้รับบริการ

เพลบลาว เป็นผู้ริเริ่มวางรากฐานในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ โดยการเปลี่ยนบทบาทของพยาบาลจากการกระทำต่อผู้รับบริการ เป็นผู้กระทำร่วมกับผู้รับบริการ กล่าวคือ พยาบาลและผู้รับบริการต่างเคารพซึ่งกันและกันในความเป็นปัจเจกบุคคล และทั้งสองฝ่ายต่างเกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นอันเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม เพราะในกระบวนการนี้ พยาบาลจะต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดการหยั่งรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง จนกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหาได้ และการที่ผู้รับบริการจะกลับไปมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลต่างๆ ในสังคมได้นั้น จะต้องมีการเรียนรู้วิธีที่จะสร้างสัมพันธภาพได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเริ่มต้นจากการมีสัมพันธภาพกับพยาบาล นั่นคือสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ (therapeutic nurse client relationship)

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีลักษณะสำคัญ ดังนี้ (Murray, 1991 อ้างถึงใน นริสา วงศ์พนารักษ์, 2557)

1. การเข้ากันได้ (Rapport) พยาบาลจะต้องเข้ากันได้กับผู้รับบริการอย่างกลมกลืน ซึ่งความรู้สึกเข้ากันได้จะต้องมีตั้งแต่แรกเริ่มของสัมพันธภาพ รวมทั้งให้เวลากับผู้รับบริการสร้างความรู้สึกให้ผู้รับบริการผ่อนคลาย และปฏิบัติกับผู้รับบริการในฐานะมนุษย์เท่าเทียมกัน

2. การสร้างความไว้วางใจ (Trust) ซึ่งเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นอย่างจริงใจที่บุคคลหนึ่งมีต่ออีกบุคคลหนึ่ง โดยไม่เคลือบแคลงว่าจะเกิดอะไรขึ้น เพราะมีความเชื่อมั่นอยู่ภายในความไว้วางใจตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเสมอต้นเสมอปลายพยาบาลจะต้องมีความสม่ำเสมอและจริงใจ เพราะจะช่วยให้ผู้รับบริการค่อยๆ สร้างความเชื่อถือในตัวพยาบาล แม้ว่าในระยะแรกผู้รับบริการอาจจะยังทดสอบพยาบาลอยู่ก็ตาม

3. การมองในแง่ดีและการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข (unconditional positive regard and acceptance) พยาบาลต้องมีความเต็มใจที่จะเข้าใจผู้รับบริการและเป็นบุคคลมองในแง่ดี ไม่ตัดสินโดยมีความเชื่อในคุณค่าศักดิ์ศรี

4. การเข้าถึงความรู้สึกหรือเข้าใจตามการรับรู้ของผู้รับบริการ (empathy) คือการที่พยาบาลเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการเหมือนกับที่ผู้รับบริการรู้สึก หรือเหมือนกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง แต่ต้องแยกตนเองไว้ต่างหาก ความรู้สึกเหล่านั้นไม่ได้มีผลต่อพยาบาล ความเข้าใจตนเองอย่างดีจะช่วยให้เกิดความตระหนักในความเป็นผู้อื่นได้อย่างแท้จริง

5. มีการติดต่อสื่อสารที่มีจุดประสงค์ (purposeful communication) เน้นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง พัฒนาส่งเสริมและป้องกันปัญหา

6. มีการถ่ายโอนความรู้สึก (transference) อาจเป็นทั้งความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบที่ถ่ายโอนมายังพยาบาลจากความใกล้ชิดและรู้สึกว่าคุณพยาบาลเป็นเหมือนคนสำคัญของตนเองในด้านต่างๆ และอาจทำให้ผู้รับบริการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา

7. การกำหนดหรือตั้งเป้าหมายชัดเจน (goal formulation) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจะต้องมีการตั้งเป้าหมาย และปฏิบัติให้บรรลุตามที่ตั้งไว้

8. การมีอารมณ์ขัน (humor) เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดในบางสถานการณ์ที่ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการกำลังเผชิญอยู่

ดังนั้น เมื่อพยาบาลใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษา พยาบาลจึงต้องพัฒนาตนเองให้มีคุณสมบัติ คือควรมีความอบอุ่นและจริงใจ (warmth and genuineness) การเข้าใจความรู้สึก (empathy) การยอมรับ (acceptance) ความสม่ำเสมอ (consistency) การใช้คำพูดให้ความมั่นใจหรือให้กำลังใจ (verbal communication) และมีการตระหนักในตนเอง (self-awareness)

2. สัมพันธภาพและการประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลแต่ละขั้นตอน รวมทั้งการประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัย เมื่อเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ ควรให้ความสำคัญกับการเตรียมตัวก่อนเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งเป็นขั้นตอนก่อนที่พยาบาลจะพบกับผู้รับบริการ ในระยะนี้มีแนวทางปฏิบัติ คือ พยาบาลควรมีการประเมินตนเอง (self-assessment) เพราะหากพยาบาลตระหนักในตนเองอย่างดีจึงจะสามารถใช้ความเข้าใจตนเองเป็นเครื่องมือในการเข้าใจผู้รับบริการ และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้รับบริการได้ ซึ่ง Pokorny (2010 in Alligood and Tomey, 2010: 54 อ้างถึงใน นริสา วงศ์พนารักษ์, 2557) อธิบายว่า สัมพันธภาพเช่นนี้ มีลักษณะเป็นกระบวนการต่อเนื่อง มีทั้งความคาบเกี่ยวกันและเกี่ยวพันกันในการดำเนินการแต่ละระยะ เมื่อพยาบาลกับผู้รับบริการร่วมมือกันเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกันแล้ว การสังเกต การสื่อสาร และการบันทึกจะถูกใช้เป็นเครื่องมือพื้นฐานในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ และใช้ในกระบวนการพยาบาลที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนสำคัญคือ การประเมินสภาพ (assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (planning) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และการประเมินผล (evaluation) โดยมีการดำเนินการแต่ละระยะของสัมพันธภาพ (จันท์เพ็ญ สันตวาจา และคณะ, 2551:33; ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539: 62-68; พาริดา อิบราฮิม, 2551: 141-142 อ้างถึงใน นริสา วงศ์พนารักษ์, 2557) ดังต่อไปนี้

กระบวนการพยาบาล	ระยะของสัมพันธภาพ
<p>ประเมินสภาพ (assessment): เป็นขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง โดยการสัมภาษณ์ ชักประวัติ เพื่อรวบรวมปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ</p>	<p>1. ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพหรือปฐมนิเทศ (introduction of orientation phase)</p> <p>เป็นระยะที่พยาบาลและผู้รับบริการทำความรู้จักกันครั้งแรก ปัจจัยที่มีผลต่อการสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ได้แก่ ค่านิยม วัฒนธรรม เชื้อชาติ ความคิดเดิม ความเชื่อ ประสบการณ์ในอดีต ความคาดหวัง ในระยะนี้ทั้งผู้รับบริการและพยาบาลต่างเป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน หากการสร้างสัมพันธภาพในขั้นต้นดำเนินไปด้วยดีจะทำให้ทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะดำเนินในขั้นตอนต่อไปได้ พยาบาลและผู้รับบริการเข้าใจกันและกัน ผู้รับบริการต้องการความช่วยเหลือ ต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถซักถามข้อสงสัย บางครั้งผู้รับบริการบางรายอาจต้องการทดสอบพยาบาลทั้งในแง่ความรู้ ความจริงใจของพยาบาลที่มีต่อตนเอง ในระยะนี้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติ ดังต่อไปนี้คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำตนเอง เพื่อเพิ่มความรู้สึกไว้วางใจในตัวพยาบาล พร้อมกับบอกวัตถุประสงค์การนัดหมายและการพูดคุยสนทนา 2. กำหนดข้อตกลงของสัมพันธภาพ หลังจากแนะนำตนเองแล้ว พยาบาลต้องบอกถึงข้อตกลงของการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งได้แก่ สถานที่ เวลาที่นัดหมายเพื่อสนทนา ระยะเวลาของการสนทนาแต่ละครั้ง เป็นต้น ข้อตกลงเหล่านี้จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลเมื่อต้องสิ้นสุดสัมพันธภาพ อีกทั้งยังช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจขอบเขตของสัมพันธภาพ 3. ลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการพบกันครั้งแรกหรือในระยะของการมีสัมพันธภาพ ความวิตกกังวลของผู้รับบริการอาจเกิดจากพยาบาลเป็นคนแปลกหน้าที่ยังไม่ไว้วางใจ ไม่กล้าพูดคุยเรื่องส่วนตัว ส่วนพยาบาลอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรู้และทักษะในการสนทนา ไม่ทราบว่าจะสนทนากับผู้รับบริการได้อย่างไร ไม่แน่ใจว่าตนจะช่วยผู้รับบริการได้หรือไม่ ความวิตกกังวลของผู้รับบริการจะลดลงได้ก็ด้วยการแสดงท่าทีและพฤติกรรมของพยาบาลที่น่าไว้วางใจได้ และท่าทีที่แสดงออกในลักษณะของการยกย่องนับถือผู้รับบริการ การรักษาสัญญาและรักษาความลับ รวมทั้งท่าทีที่สม่ำเสมอ ส่วนตัวพยาบาลเองนั้นสามารถลดความวิตกกังวลได้โดยการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพและการสนทนาเพื่อการบำบัด 4. ประเมินความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้รับบริการ ในระยะเริ่มต้นของสัมพันธภาพนี้ พยาบาลควรมีการประเมินความคิด ความรู้สึกต่อการสร้างสัมพันธภาพ ความคิดต่อตนเองต่อความเจ็บป่วย ซึ่งถ้าพยาบาลสามารถประเมินใกล้ความจริงเท่าใดก็จะสามารถวางแผนการพยาบาลได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง

กระบวนการพยาบาล	ระยะของสัมพันธภาพ
<p>การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) และการวางแผนการพยาบาล (planning): นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพ มากำหนดและลำดับปัญหาสุขภาพและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แล้วนำมาวางแผนให้การพยาบาลสอดคล้องกับปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมทั้งกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่จะนำไปปฏิบัติกับผู้รับบริการ และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน</p>	<p>2. ระยะระบุปัญหา (identification phase)</p> <p>เป็นขั้นตอนของการมองปัญหาผู้รับบริการจะเลือกตอบสนองต่อบุคคลที่ทำให้มองเห็นปัญหาผู้รับบริการบางรายอาจจะให้ความร่วมมือมากขึ้นและพึ่งพาตนเองบ้างบางเรื่อง บางรายอาจพึ่งพิงพยาบาลมากคือไม่ช่วยเหลือตนเองเลย และบางรายอาจมีอิสระและไม่พึ่งพิงพยาบาลคือช่วยเหลือตนเองเต็มที่ ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการแลกเปลี่ยนการรับรู้และความคาดหวังระหว่างกัน เมื่อมีสัมพันธภาพระหว่างกันเกิดขึ้นในระยะนี้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติ ดังต่อไปนี้ คือ ค้นหาสาเหตุของปัญหาของผู้รับบริการ พยาบาลใช้เทคนิคการสนทนาที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้รับบริการได้ระบายปัญหาความวิตกกังวลออกมาให้มากที่สุด เพื่อช่วยให้สามารถระบุปัญหา ซึ่งทักษะที่สำคัญของพยาบาลในระยะนี้คือ การฟังและการถาม โดยในการฟังนั้น พยาบาลต้องฟังอย่างตั้งใจและติดตามเรื่องราวของผู้รับบริการเพื่อจับประเด็นให้ได้ ฟังอย่างเข้าใจและเห็นใจในปัญหาของผู้รับบริการมากกว่าการแนะนำ ชัดแย้ง หรือสั่งสอน เพราะบางครั้งเมื่อผู้รับบริการได้ระบายปัญหาออกมาแล้ว ผู้รับบริการอาจจะมองเห็นแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง สำหรับการถามนั้น พยาบาลต้องซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ เพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการ ไม่ใช่ถามเพราะพยาบาลอยากรู้</p>
<p>การปฏิบัติการพยาบาล (implementation): พยาบาลและผู้รับบริการต่างเคารพซึ่งกันและกันในความเป็นปัจเจกบุคคล และทั้งสองฝ่ายต่างเกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นอันเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กันและร่วมมือกันในการทำกิจกรรมต่างๆ</p>	<p>3. ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (exploitation phase) เป็นขั้นตอนการแก้ปัญหาหลังจากที่สามารถระบุปัญหาได้แล้ว ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต่างรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของบรรยากาศการช่วยเหลือ ผู้รับบริการเห็นคุณค่าของสัมพันธภาพและเห็นประโยชน์ ในระยะนี้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติ ดังต่อไปนี้คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ช่วยพัฒนาการเข้าใจตนเองและการแก้ไขปัญหของผู้รับบริการ หลังจากผู้รับบริการได้ระบายปัญหาออกมาแล้ว พยาบาลใช้ทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดช่วยให้ผู้รับบริการได้วิเคราะห์พฤติกรรม ความคิดและการกระทำของตนเองเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้เข้าใจตนเองและเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น พยาบาลอาจให้ข้อมูลและช่วยผู้รับบริการให้ใช้วิธีการแก้ไขปัญหาใหม่ให้ผู้รับบริการ ได้ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง ในแนวทางที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางสร้างสรรค์และเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ 2. ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ โดยการให้เวลาให้กำลังใจ ให้การช่วยเหลืออย่างจริงใจ พยายามช่วยให้ผู้รับบริการมีสัมคมกับคนอื่นเพื่อสามารถมองตนเองและคนอื่นในแง่ดีขึ้น แต่ต้องไม่ทำให้พึ่งพาพยาบาลมากเกินไป ต้องพยายามทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองสามารถตัดสินใจและปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้

กระบวนการพยาบาล	ระยะของสัมพันธภาพ
	<p>3. พยาบาลต้องชำนาญในการใช้ทักษะต่างๆ เช่น การฟัง การยอมรับ การทำความเข้าใจ และการตีความหมายและนำทักษะเหล่านี้มาใช้ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถค้นพบศักยภาพในตนเอง และนำมาใช้ในการปรับตัวและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น</p>
<p>การประเมินผล (evaluation): ประเมินผลและรับทราบผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล</p>	<p>4. ระยะสรุปผล (resolution phase) เป็นระยะที่เมื่อความต้องการของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองจากความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ผู้รับบริการเข้าใจตนเองและสามารถแก้ไขปัญหาได้แล้ว ความต้องการในการช่วยเหลือก็ลดน้อยลง สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการสิ้นสุด ระยะนี้มีการประเมินผลและอาจมีการสร้างเป้าหมายใหม่เพื่อการรักษาและการดำรงภาวะสุขภาพต่อไป ในระยะนี้ถ้าพยาบาลเตรียมผู้รับบริการไม่ดี ผู้รับบริการอาจเกิดความวิตกกังวลจากการพลัดพราก (separate anxiety) ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปแบบต่างๆ เช่น ไม่ยอมรับการยุติสัมพันธภาพ ไม่ยอมรับในตัวพยาบาล มีอาการซึมเศร้ามากขึ้น แสดงอาการก้าวร้าวทางคำพูดและท่าทาง และมีท่าที่ไม่เป็นมิตรและมีพฤติกรรมถดถอย ช่วยเหลือตนเองน้อยลงหรือไม่ช่วยเหลือตนเอง ในระยะนี้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติพยาบาลควรให้ผู้รับบริการได้รับการเตรียมตัวล่วงหน้าได้รับทราบถึงการยุติสัมพันธภาพ ตั้งแต่ระยะแรก และได้รับการเตือนเป็นระยะๆ ว่าเหลือเวลาอีกประมาณกี่วัน กี่สัปดาห์ ที่จะยุติสัมพันธภาพ โดยมากนิยม บอก 1-2 สัปดาห์ ก่อนยุติสัมพันธภาพเพื่อปฏิบัติกิจวัตรใดๆ จะทำได้ให้การช่วยเหลือทันที ซึ่งการสิ้นสุดสัมพันธภาพเป็นการช่วยให้ผู้เรียนรู้ว่าสัมพันธภาพกับทุกคนจะต้องมีการยุติลงในวันใดวันหนึ่งเป็นการให้ความจริงที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ</p>

กล่าวได้ว่า การนำทฤษฎีของเพปพลาวไปใช้ในกระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือผู้รับบริการให้มีความสามารถหรือศักยภาพที่เพิ่มขึ้นทั้งทางความคิดและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยมุ่งเน้นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการและความร่วมมือระหว่างกันในการช่วยเหลือ โดยที่คนหนึ่งเป็นผู้รับบริการที่รู้สึกว่ามีปัญหา มีความต้องการและต้องการการสนองความต้องการและอีกคนหนึ่งเป็นพยาบาลที่ได้รับการฝึกให้ตระหนักในตนเอง และมีทักษะในการให้ความช่วยเหลือและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการจนเกิดเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิดการพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหาาร่วมกัน พยาบาลมีกระบวนการพยาบาลเพื่อการรวบรวมข้อมูล วินิจฉัยปัญหา วางแผนปฏิบัติและประเมินผล กระบวนการช่วยเหลือนี้ใช้การสังเกต การสื่อสารและการบันทึกเป็นพื้นฐานเพื่อการดูแลที่ความครอบคลุมโดยรวม ผู้รับบริการบางรายพยาบาลอาจสามารถสร้างความไว้วางใจได้อย่างรวดเร็ว จึงผ่านระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพไปโดยใช้เวลาไม่มากและเข้าสู่ระยะระบุปัญหา และระยะดำเนินการแก้ปัญหาแม้พบกันครั้งแรกกับผู้รับบริการได้ และในทางตรงข้ามหากผู้รับบริการไม่พร้อม ไม่ต้องการและไม่ไว้วางใจ อาจต้องใช้เวลากับระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพอย่างมากและพบกันหลายครั้งจึงเข้าสู่ระยะระบุปัญหาและระยะดำเนินการแก้ปัญหาได้ ความสำเร็จของการช่วยเหลือจึงขึ้นกับ

ความชำนาญ ทักษะ ความพร้อมของพยาบาลและผู้รับบริการ รวมถึงความต้องการของผู้รับบริการซึ่งแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันในบริบทของปัญหาด้วย ดังนั้น การนำไปใช้ในกระบวนการพยาบาลจึงต้องตระหนักถึงระยะต่างๆ ของการสร้างสัมพันธภาพอยู่ตลอดเวลาเพื่อที่จะสามารถวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย

3. บทบาทของพยาบาลในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในแต่ละระยะ ดังนี้ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539 อ้างถึงใน นริสา วงศ์พนารักษ์, 2557)

1. คนแปลกหน้า (stranger) ในการพบกันครั้งแรกช่วยให้ผู้รับบริการยอมรับและไว้วางใจพยาบาล เช่นเดียวกับคนแปลกหน้าที่สามารถพบได้ในสถานการณ์ทั่วไป
2. ผู้ให้การสนับสนุน (resource person) ช่วยตอบคำถาม ให้ความรู้ในข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อความเข้าใจปัญหา และสถานการณ์ใหม่ๆ ที่ต้องเผชิญ
3. ครู (teacher) ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความรู้การเรียนรู้ตามความต้องการหรือในสิ่งที่ผู้รับบริการสนใจ ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ
4. ผู้นำ (leader) ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความคิดริเริ่ม และมีทิศทางที่ชัดเจนในการรับผิดชอบเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน
5. ผู้ทดแทน (surrogate) ช่วยเป็นตัวแทนที่ทำหน้าที่ทดแทน โดยแสดงบทบาทนี้ในภาวะที่ผู้รับบริการอาจไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้
6. ผู้ให้คำปรึกษา (counselor) ช่วยให้เกิดความเข้าใจและบูรณาการเป้าหมายของชีวิตและบริบทแวดล้อมส่งเสริมประสบการณ์และให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลง

นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทอื่นๆ เช่น ผู้ชำนาญการด้านเทคนิค ที่ปรึกษาผู้แนะนำ ผู้จัดการสิ่งแวดล้อม ผู้บริหาร ผู้บันทึกและสังเกตการณ์ ผู้วิจัย เป็นต้น ซึ่งบทบาทเหล่านี้เกิดขึ้นได้ในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ Pokorny (2010 in Alligood and Tomey, 2010: 55 อ้างถึงใน นริสา วงศ์พนารักษ์, 2557) อธิบายว่า บทบาทคนแปลกหน้า จะเกิดในระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ เมื่อเข้าสู่ระยะระบุปัญหาและระยะดำเนินการแก้ปัญหา จะเกิดบทบาทผู้ให้การสนับสนุน ครู ผู้นำ ผู้ทดแทน ผู้ให้คำปรึกษา จนเมื่อเข้าสู่ระยะสรุปผล ผู้รับบริการจะเป็นผู้ที่เติบโต มีวุฒิภาวะ พร้อมทั้งจะจัดการปัญหาและพึ่งพาตนเองได้

บทบาทของพยาบาลในทฤษฎีการของเพบพลาวนั้น เกิดขึ้นในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ พยาบาลสามารถเป็นได้หลายบทบาทเนื่องจากผู้รับบริการแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ในบางสถานการณ์ของการบำบัด ผู้รับบริการมีความพร้อมและต้องการความช่วยเหลืออย่างมากอยู่แล้วในระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพจึงไม่ยุ่งยากพยาบาลอาจมีบทบาทเป็นคนแปลกหน้าในระยะเวลานั้นๆ หรืออาจไม่เกิดความรู้สึกว่าเป็นคนแปลกหน้าเลย และพร้อมเข้าสู่ระยะระบุปัญหาและระยะดำเนินการแก้ปัญหา และบทบาทต่างๆ ที่หลากหลายเหล่านี้ขึ้นกับปัญหาของผู้รับบริการแต่ละคนที่แตกต่างกันและความพร้อมหรือศักยภาพที่แตกต่างกัน เช่น ผู้รับบริการอาจต้องการข้อมูล ต้องการความรู้ ต้องการคำปรึกษา เป็นต้น พยาบาลจะมีบทบาทในการช่วยเหลือตามความสามารถหรือศักยภาพของผู้รับบริการ จนกระทั่งเข้าสู่ระยะสรุปผล นั่นคือผู้รับบริการเรียนรู้ เข้าใจและสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการปัญหาได้

ขั้นตอนของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพลบลาว มีพื้นฐานมาจากการมีสัมพันธภาพร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ โดยมีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีพัฒนาการ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและทฤษฎีการเรียนรู้ โดยแบ่งระยะของการสร้างสัมพันธภาพเป็น 4 ระยะ (วันดี สุทธิรงค์, ถนอมศรี อินทนนท์ และศรีสุตา วนาลีสิน, 2559) ดังนี้

1. ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ (orientation phase) เป็นระยะเริ่มแรกที่พยาบาลและผู้รับบริการพบกันในลักษณะของคนแปลกหน้า บทบาทของพยาบาลในระยะนี้จะต้องให้การต้อนรับที่อบอุ่น ยอมรับและเข้าใจพฤติกรรมหรือสภาพของผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย รู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน ผู้รับบริการมีความกล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวเพื่อให้พยาบาลรับรู้ ในระยะนี้ความผูกพันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการจะเกิดขึ้นและดำเนินต่อไป ความผูกพันจะมีความมั่นคงมากขึ้นทั้งสองฝ่ายจะรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกัน มีความคุ้นเคยกันมากขึ้น ผู้รับบริการอยู่ในบรรยากาศของการช่วยเหลือและทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะร่วมมือในการดูแลสุขภาพกันต่อไป

2. ระยะระบุปัญหา (identification phase) ในระยะนี้ผู้รับบริการจะมีการตอบสนองต่อพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาให้เขาได้ ผู้รับบริการแต่ละคนจะมีการตอบสนองที่แตกต่างกัน ซึ่งการที่พยาบาลสนับสนุนให้ผู้รับบริการระบายความคิด ความรู้สึก โดยแสดงออกถึงการยอมรับ เข้าใจผู้รับบริการจะทำให้เขาได้นำประสบการณ์ของความเจ็บปวดมาเป็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนความรู้สึกของตน รวมทั้งการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพที่เหมาะสมสำหรับตนเอง ซึ่งตลอดเวลาของระยะนี้ผู้รับบริการจะเริ่มยอมรับปัญหา และรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการแก้ไขความทุกข์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งทำให้ความรู้สึกวิตกกังวล สิ้นหวังหมดหนทางบรรเทาลง รู้สึกว่าเขาเองเป็นผู้หนึ่งที่มีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเอง ยอมรับในความสามารถและรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น

3. ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (exploitation phase) ในระยะนี้พยาบาลจะสนับสนุนให้ผู้รับบริการมีการรับรู้ตนเองดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่สร้างสรรค์ มีประโยชน์ มีการรับรู้คุณค่าในตนเอง ซึ่งพยาบาลจะต้องให้การยอมรับ ห่วงใย เอาใจใส่ต่อผู้รับบริการ พัฒนาสัมพันธภาพให้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมถึงแม้พยาบาลจะต้องใช้ความพยายามในการกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักและสำรวจความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ความชำนาญในการใช้เทคนิคการสื่อสาร เช่น การฟัง การสังเกต การทำความเข้าใจ การยอมรับและการแปลความหมายและนำเทคนิคเหล่านั้นมาใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และสภาพผู้รับบริการแต่ละราย เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการค้นพบความสามารถของตนเองและพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิต พึ่งพาตนเอง ยอมรับแก้ไขปัญหาและสามารถปรับตัวได้ในที่สุด

4. ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ (resolution phase) เป็นระยะสุดท้ายของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นระยะที่ผู้รับบริการจะค่อยๆ ปลดปล่อยตนเองจากการมีสัมพันธภาพกับพยาบาล ในระยะนี้ผู้รับบริการได้เรียนรู้ถึงความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของตนเองอย่างสร้างสรรค์ ก่อให้เกิดความพึงพอใจ ความสุข เกิดความสมดุลทางอารมณ์ สามารถดูแลตนเองได้อิสระโดยไม่ต้องขอรับความช่วยเหลือจากพยาบาล และสามารถแยกจากพยาบาลได้ ซึ่งแสดงว่าผู้รับบริการเกิดการพัฒนาตนเองและเป็นความสำเร็จของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทุกระยะด้วย

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ เป็นสัมพันธภาพที่มีขอบเขตและจำกัดของเวลา มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด สัมพันธภาพถือเป็นเครื่องมือและการบำบัดในด้านการเป็นเครื่องมือพยาบาลใช้สัมพันธภาพในการติดต่อกันหา ทำความเข้าใจผู้รับบริการ ในด้านการบำบัด พยาบาลใช้สัมพันธภาพทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ รับรู้และยอมรับในตนเอง นำพลังและศักยภาพออกมาใช้ในการดูแลตนเอง อันจะส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนักในความสามารถและคุณค่าของตนเอง

สำหรับในต่างประเทศ มีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดย Peden (1993) พบว่า สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดช่วยให้เกิดผลดีต่อกระบวนการฟื้นฟู ในกลุ่มหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าจึงได้มีการอภิปรายการใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวในการทำรูปแบบการบำบัด โดยนำองค์ความรู้จากทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างลงมาสู่ทฤษฎีการพยาบาลในระดับปฏิบัติ ใช้ทั้งวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า มีความชัดเจนในการนำไปใช้ได้จริงมากขึ้น นับเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในวิชาชีพที่เป็นประโยชน์มากต่อผู้รับบริการโดยเฉพาะการพยาบาลจิตเวช (Peden, 1998 อ้างถึงใน นริสา วงศ์พนารักษ์, 2557)

4. กระบวนการพยาบาล

สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความของ “การพยาบาล” (Nursing) ไว้ว่า การพยาบาลเป็นการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของประชาชน ตั้งแต่มีสุขภาพดีไปจนถึงมีการเจ็บป่วยโดยปราศจากเงื่อนไขใดๆ โดยการบูรณาการความรู้เชิงประจักษ์ร่วมกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเข้าในกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน โดยใช้ความสัมพันธ์ที่เอื้ออาทรเพื่อช่วยให้หายจากการเจ็บป่วย และได้สุขภาพดีกลับคืนมา

กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานของกรอบแนวคิดวิเคราะห์ทางการพยาบาลที่เป็นระบบเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางการพยาบาลทฤษฎีการพยาบาล หลักทางวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหา ที่มาของปัญหาเพื่อนำมาสู่การวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล ซึ่งรวมถึงทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในการเลือกกิจกรรมการพยาบาลในการแก้ปัญหา การค้นหาปัญหาหรือความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละคนมีความหลากหลายที่มีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความรุนแรงของโรคที่เป็นวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและความเชื่อ ดังนั้นกระบวนการพยาบาลจึงถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการหรือสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลได้ กระบวนการพยาบาลได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่พยาบาลได้นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ (อรนนท์ หาญยุทธ, 2557)

กระบวนการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่มีขั้นตอนที่พยาบาลคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล กิจกรรมในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเป็นการใช้องค์ความรู้ (knowledge based) ทางวิทยาศาสตร์ ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และทักษะการคิดวิเคราะห์ (critical thinking) สามารถคิดเป็นระบบตัดสินใจ (decision-making) และการใช้เหตุและผล (rational) ในการอ้างอิงได้อย่างถูกต้องตามหลักการแก้ปัญหา กระบวนการพยาบาลใช้หลักของกระบวนการแก้ปัญหา (problem-solving process) โดยมีเป้าหมายเป็นตัวกำหนด (goal-directed) ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล

(nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) การใช้แผนการพยาบาล (implementation of nursing care plan) และการประเมินผล (evaluation)

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment) การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล เป็นการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยตลอดจนความสามารถในการจัดการความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการจะต้องถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการอย่างแท้จริง การประเมินภาวะสุขภาพจะนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ควรเป็นการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของทุกความต้องการของผู้รับบริการ โดยใช้แนวคิดและรูปแบบการพยาบาลมาใช้เป็นกรอบแนวคิด การประเมินภาวะสุขภาพมีกิจกรรมที่พยาบาลต้องทำ 5 กิจกรรม ได้แก่

1.1 การเก็บข้อมูล (collecting data) เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม-วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (past health history) การเจ็บป่วยในปัจจุบัน (present/current illness) ผลการตรวจและการรักษาของแพทย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลที่เก็บจะต้องสะท้อนต่อภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (subjective data) ที่ได้มาจากผู้รับบริการโดยตรง เป็นความรู้สึกหรืออาการ (symptoms) โดยผู้รับบริการเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง วิธีการดำเนินชีวิตและความต้องการที่ต้องการการตอบสนอง ข้อมูลปรนัย (objective Data) ที่เก็บมาจากอาการแสดง (signs) เป็นข้อมูลพยาบาลรับรู้ได้จากการดู การสังเกต การวัด การตรวจ การฟัง การสัมผัส การดม และการตรวจร่างกาย (physical examination) เช่น สีหน้าที่แสดงออกมา ลักษณะการเดิน การยืน ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าของความดันโลหิต อุณหภูมิของร่างกาย เป็นต้น วิธีการเก็บข้อมูลเบื้องต้นที่ใช้ ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและจากประวัติสุขภาพ การตรวจสภาพจิต (mental health examination/mental status examination) การตรวจสภาพจิตเป็นการตรวจเพื่อประเมินข้อมูลสำหรับพิจารณาให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การตรวจสภาพจิตเป็นเรื่องละเอียดอ่อนต้องอาศัยทักษะมากกว่าการตรวจชนิดอื่น เนื่องจากไม่มีเครื่องมือที่สามารถประเมินได้โดยตรง เป็นนามธรรมจับต้องไม่ได้ต้องอาศัยการสังเกต การสัมภาษณ์ และการแปลความ เพื่ออธิบายย้อนกลับไปถึงสภาพจิตของบุคคลอย่างปราศจากอคติ (สายฝน เอกวารุงกูร, 2559) องค์ประกอบของสภาพจิตมีดังนี้

1.1.1 สภาพทั่วไปและพฤติกรรมแสดงออก (general appearance and behavior)

- การแต่งกาย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า ความเหมาะสมของการแต่งกายและเสื้อผ้า

- การแสดงออกทางสีหน้า เช่น ไม่สดชื่น เศร้าหมอง ทุกข์ท้อแท้เสียใจ ผิดหวัง หมดหวัง โกรธ อุนเฉียว ก้าวร้าว วิดกกังวล หวาดกลัว หวาดระแวง เรียบเฉยไร้อารมณ์ เป็นต้น

- ท่าทาง เช่น ผ่อนคลาย ตึงเครียด สับสน เกร็งขัดขืน อิริยาบถต่างๆ การนั่ง การยืน การเดิน ทรงตัว รวมถึงท่าทางการแสดงออกในสถานการณ์ต่างๆ เป็นต้น

- การเคลื่อนไหว เช่น กระวนกระวาย กระสับกระส่าย เดินไปมา ขาสั่น มือสั่น ตัวสั่น กระตุก การเคลื่อนไหวช้าหรือเร็วกว่าปกติมีการเคลื่อนไหวแตกต่างจากปกติ เป็นต้น

- ลักษณะร่างกาย เช่น สูงเตี้ยอ้วนผอม สมส่วน แขนขาสั้นกว่าปกติ มีบาดแผล รอยฟกช้ำ รอยแผลเป็นบริเวณร่างกาย เป็นต้น

- ปฏิกริยาขณะสนทนา เช่น เป็นมิตร ขาดความมั่นใจ หวาดระแวง ก้าวร้าว กลัว ไม่ตอบสนอง ไม่สนใจ เรียบเฉย มีลักษณะพึงพา ผ่อนคลาย เป็นต้น

1.1.2 ลักษณะการติดต่อสื่อสาร (speech and communication)

- ลักษณะเนื้อหาในการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ หลงผิด (delusion) เพื่อฝัน (fantasy)

- ลักษณะวิธีการพูด แบ่งเป็นปริมาณการพูด (พูดมาก พูดน้อย ไม่พูด) ความเร็วในการพูด (พูดเร็ว พูดช้า พูดติดอ่าง) น้ำเสียงการพูด (เศร้า ตื่นเต้น ไม่มั่นใจ) สำเนียงการพูด (การเน้นหนัก-เบา) การใช้ภาษา (ภาษาแสดง ภาษาที่คิดขึ้นใช้คนเดียว)

- ลักษณะภาษาท่าทาง เช่น การนั่งที่แสดงถึงการปิดตนเอง คือ นั่งกอดอก การนั่งไขว่ห้าง การแสดงภาวะเครียด กัดฟันและกังวล คือ ปีบมือ เกร็ง จิก/กัดปลายเท้า หรือการนั่งที่มีลักษณะผ่อนคลายคือวางมือไว้บนตัก โนมตัวตามสบาย เป็นต้น

1.1.3 ลักษณะการแสดงอารมณ์ (affect, mood)

- อารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น หัวเราะ ครื้นเครง ในงานศพ ร้องไห้ในงานแต่งงาน เป็นต้น

- อารมณ์ยินดีมากเกินไป เช่น การยินดีมากเกินไป (euphoria) ความยินดีที่รู้สึกว่าคุณเองเป็นผู้ยิ่งใหญ่ (exaltation) เป็นต้น

- อารมณ์อื่นๆ เช่น อารมณ์ปกติ (normal) อารมณ์เศร้า (depress) อารมณ์สิ้นหวัง (despair) หงุดหงิด (irritable) ว่างเปล่า (empty) เป็นต้น

- ไม่มีอารมณ์ใดๆ เลยต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น แม้ว่าต้องเผชิญกับปัญหา (la belle indifference)

1.1.4 กระบวนการคิด (thinking process)

- กระบวนการคิดผิดปกติ เช่น การพูดจาวกวน (circumstantiality) เป็นการพูดอ้อมค้อมไม่ตรงจุดหมายโดยจะพูดเพิ่มเติมรายละเอียดที่ไม่ตรงประเด็น แต่ก่อนจบจะกลับมาที่จุดหมายเดิมหรืออาจพูดได้ว่าเป็นการตอบคำถามแบบซัดน้ำซัดน้ำ

- การสร้างคำใหม่ขึ้นมาใช้เอง อาจเป็นคำใหม่หรือคำที่ใช้กันอยู่ แต่ถูกนำมาใช้ในความหมายที่แปลกไป โดยที่ผู้สัมภาษณ์ หรือบุคคลทั่วไปฟังไม่เข้าใจ ไม่รู้เรื่อง

- ความคิดเปลี่ยนแปลงรวดเร็วจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่อง (flight of ideas) คือ การพูดอย่างรวดเร็วเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่งเชื่อมโยงเนื้อหาต่อเนื่องกันไม่ได้

- การพูดตอบในลักษณะเดียวกัน คำพูดเดียวกันแม้ว่าคำถามจะเปลี่ยนไปแล้ว (perseveration)

- การนำคำต่างๆ มาพูดต่อๆ กันโดยไม่สามารถเชื่อมคำเหล่านั้นให้เกิดความเข้าใจได้ (word salad)

- การหยุดกะทันหันโดยไม่มีสาเหตุในช่วงที่กำลังพูดอยู่กลางประโยคเพราะนึกไม่ออกว่าจะพูดอะไร (blocking)

- การพูดที่มีเนื้อหาผิดปกติ/อาการหลงผิด มีลักษณะแปลกประหลาด (bizarre delusion)

- การย้ำพูดย้ำคิดอยู่ประโยคเดียวแม้จะตอบคำถามหรืออยู่คนเดียว ก็พูดขึ้นมาเองด้วยประโยคเดี๋ยวนั้น

1.1.5 การรับรู้ (perception) ผ่านทางประสาทสัมผัสทางด้านการมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัสของบุคคล การรับรู้ที่ผิดปกติ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

- ประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้ที่ผิดปกติของบุคคลโดยปราศจากสิ่งเร้า (stimuli) เข้ามากระตุ้น เช่น ประสาทหลอนทางตา เรียกว่าภาพหลอน (visual hallucination) ประสาทหลอนทางหู เรียกว่าหูแว่ว (auditory hallucination) ประสาทหลอนทางการรับรส (gustatory hallucination) เป็นการรับรสโดยที่ไม่มีอะไรอยู่ในปาก ประสาทหลอนทางการได้กลิ่น (olfactory hallucination) เป็นการได้กลิ่นโดยที่ไม่มีสิ่งเร้าใดมากระตุ้น ประสาทหลอนทางการสัมผัส (tactile hallucination) เป็นการรับรู้ว่ามีผิวหนังถูกสัมผัสโดยที่ไม่มีสิ่งเร้าใดมากระตุ้น

- การแปลภาพผิด (illusion) เป็นการรับรู้ที่ผิดปกติโดยมีสิ่งเร้าเข้ามากระตุ้น

1.1.6 การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) เป็นการตระหนักรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล

1.1.7 ความจำ (memory) หมายถึง ลักษณะการให้ความสนใจและความสามารถในการเก็บข้อมูลไว้ในสมองดึงข้อมูลดังกล่าวออกมาใช้ได้เมื่อต้องการ ดังนี้

- ความจำในเรื่องที่ผ่านมาเป็นระยะเวลาหลายๆ หรือความจำในอดีต (remote memory)

- ความจำในเรื่องที่เพิ่งจะเกิดขึ้นไปไม่นานหรือความจำในเรื่องปัจจุบัน (recent memory)

- ความจำในเรื่องในขณะนั้น (immediate memory)

1.1.8 ความตั้งใจและสมาธิ (attention and concentration) เช่น การทดสอบอ่านออกเสียงตัวเลขแล้วให้ผู้ป่วยพูดตามหรือสังเกตจากการให้ผู้ป่วยวาดภาพ การให้ความสนใจและตั้งใจฟังขณะสนทนา เป็นต้น

1.1.9 สติปัญญา (intelligence) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความรู้โดยทั่วไป ความสามารถเรื่องการใช้ภาษา การคิดคำนวณ ความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม การคิดโดยใช้สัญลักษณ์ การคิดเชื่อมโยง การคิดสร้างสรรค์ตามพื้นฐานการศึกษาของผู้ป่วย

1.1.10 การตัดสินใจ (judgment) โดยการกำหนดสถานการณ์ให้ผู้ป่วย เลือกตัดสินใจ เช่น ถ้าคุณเดินไปเจอคุณจะไปเดินต่อไปหรือหนีไปทางอื่นเพราะอะไร เป็นต้น

1.1.11 การรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง (insight) ประกอบด้วยความรู้ และความเข้าใจในการเจ็บป่วยทางจิตของตนซึ่งมีระดับ ดังนี้

- ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย
- คิดว่าตนเองอาจป่วยและควรรักษาแต่ปฏิเสธการรักษา
- คิดว่าตนเองป่วยแต่ไม่รู้ว่าป่วยเป็นอะไรและโทษไปที่ผู้อื่นหรือปัจจัยอื่นๆ
- คิดว่าตนเองป่วยแต่เป็นการป่วยทางกาย
- ยอมรับว่าป่วยเนื่องจากความผิดปกติทางจิตแต่ไม่ได้แก้ไขและไม่ทำอะไร

เปลี่ยนแปลง

- ยอมรับว่าป่วยเนื่องจากความผิดปกติของจิตใจพร้อมจะแก้ไขและได้แสดงให้เห็นว่าได้พยายามแก้ไขบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้กลับคืนสู่ลักษณะปกติ

1.2 การรวบรวมข้อมูล มีหลายแนวทางโดยใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาล เช่น กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework) หรือตามแนวคิดความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow's basic needs) หรือตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation theory) หรือตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care theory) ทั้งนี้แล้วแต่สถานบริการสุขภาพจะเลือกใช้เพื่อทำให้การรวบรวมข้อมูลถูกรวบรวมมาอย่างเป็นระบบ

1.3 การตรวจสอบข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาในขั้นตอนของการประเมินภาวะสุขภาพต้องสมบูรณ์ เป็นความจริงและถูกต้อง เพราะว่าการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการเลือกกิจกรรมการพยาบาลขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้มา การตรวจสอบข้อมูลจึงเป็นการตรวจสอบซ้ำหรือตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้มาถูกต้องและเป็นความจริงมีความสอดคล้องกัน

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการใช้เหตุและผลในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมาทั้งหมด การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการส่งสัญญาณให้รู้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพหรือไม่ พิจารณาได้จากสิ่งบ่งบอกของปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ อาการและอาการแสดง สิ่งบ่งบอกจะนำไปสู่การค้นหาความต้องการหรือปัญหา ถ้าข้อมูลถูกรวบรวมในรูปแบบของ 11 แบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน จะทำให้พยาบาลได้มุ่งความสนใจไปที่ความต้องการหรือปัญหาในแบบแผนสุขภาพนั้นๆ

1.5 การบันทึกข้อมูล ข้อมูลจะถูกบันทึกทุกขั้นตอนของการประเมินสุขภาพรูปแบบของการบันทึกขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่จะนำออกมาใช้ก่อนที่ข้อมูลจะถูกบันทึก จะต้องมีการรวบรวมข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ การบันทึกต้องบันทึกปราศจากอคติหรือลำเอียงหรือการใช้ความคิดเห็นส่วนตัว ต้องระบุว่า เป็นข้อมูลอัตนัย (subjective data) หรือข้อมูลปรนัย (objective data) การบันทึกข้อมูลอัตนัยพยาบาลต้องบันทึกตามคำพูดที่ผู้บริการพูดออกมา โดยต้องไม่เอาคำพูดนั้นไปแปลความหรือสรุปความออกมา

การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิดของ มาร์จจอร์รี่ กอร์ดอน (Gordon, 1994) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่ง และมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพกอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่ง อาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีหรือเจ็บป่วย การตัดสินใจว่าแบบแผนสุขภาพใด ปกติหรือผิดปกติของพฤติกรรมภายใน

เป็นกรอบแนวคิด ของมาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Gordon, 1994) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพรวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการท าหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การ บริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผนแต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย การตัดสินใจว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือผิดปกติ พิจารณาจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ มาตรฐานซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคล ตามกลุ่มอายุและเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม โดยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุจะนำมาพิจารณาตัดสินความปกติหรือผิดปกติของพฤติกรรมภายในบางแบบแผน เช่น แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร หรือแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย จะพิจารณาจากค่าปกติของสารเคมีต่างๆ ในเลือด โดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนเป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัวและจิตสังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย 11 ด้าน ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแล ได้แก่ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะความเจ็บป่วย สาเหตุการเจ็บป่วย สาเหตุของการเข้าโรงพยาบาลครั้งนี้ความคาดหวังต่อความช่วยเหลือของแพทย์และพยาบาล ผลกระทบที่ผู้ป่วยคาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจากการออกจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในชีวิตหรือมีผลต่อครอบครัวหรือไม่

แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ได้แก่ การประเมินความเปลี่ยนแปลงในด้านการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักที่มากหรือน้อยลง พร้อมทั้งระบุจำนวนและระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลง

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย ได้แก่ การประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะตามปกติและการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เนื่องจากผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดฤทธิ์ของยาเสพติดมีผลต่อการขับถ่าย

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย ได้แก่ การใช้พลังงานตามปกติ การเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และการคาดหวังที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองหลังจากออกจากโรงพยาบาล

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ ได้แก่ แบบแผนการนอนตามปกติ และแบบแผนการนอนที่เปลี่ยนไปจากปกติ เช่น หลับยาก ตื่นกลางดึก ตื่นเช้ามีด การหลับมากหรือน้อยกว่าปกติ

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ ได้แก่ อาการอยากยาเสพติด ความรุนแรง ความถี่ และสิ่งที่จะช่วยเหลือเพื่อลดอาการอยากยา ระดับการรู้จักตัวเอง การรับรู้กาล เวลา สถานที่ และบุคคล การพูด การติดต่อสื่อสาร อารมณ์กระบวนการความคิด การรับรู้รูปแบบความคิด การตัดสินใจ ความจำในอดีต ความจำในปัจจุบัน

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ได้แก่ ความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วยและสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล การเชื่ออำนาจภายในตน ความภาคภูมิใจ ของตนเอง ภาพลักษณ์ปัญหาของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อครอบครัว และความคาดหวังเกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการวางแผนชีวิต

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ ได้แก่ การประกอบอาชีพ ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการประกอบอาชีพ บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยคือใคร ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง บุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยคือใคร ความรู้สึกว่าตนเองแยกจากสังคม ประวัติการแยกตัวออกจากสังคม การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วย ปัญหาและการแก้ไขปัญหภายในครอบครัว บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว บทบาทของบุคคลสำคัญของครอบครัว ขณะที่ผู้ป่วยพูดถึงครอบครัวมีความรู้สึกโกรธบุคคลใดบ้าง การติดต่อสื่อสารภายในครอบครัว เช่น ฟังพา บังคับ ควบคุม การแสดงออกต่อกัน ความระแวงสงสัย มีลัทธิลึกลับใน ไม่สนใจใคร ลักษณะการตอบ คำถามของผู้ป่วยเป็นไปอย่างไร เปิดเผยหรือปิดบัง และการสบตาขณะพูดคุย

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ ได้แก่ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเพศและระยะเวลาของความเปลี่ยนแปลง ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางเพศที่เกิดจากการเจ็บป่วยครั้งนี้หรือเหตุผลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด ได้แก่ ระดับความเครียดก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ความเครียดหลังจากที่กลับไป ความคาดหวังของผู้ป่วย ความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ความรู้สึกเศร้า ภาวะวิกฤติ สิ่งที่กระทบกระเทือนใจที่สุด เมื่อเผชิญกับสิ่งที่กระทบกระเทือนใจดังกล่าวผู้ป่วยแก้ปัญหาอย่างไร มีประวัติการทำร้ายตัวเองหรือไม่

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ ได้แก่ การนับถือศาสนา วัฒนธรรมและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความสัมพันธ์ของความเจ็บป่วยและความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วย

พยาบาลเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพ มีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งทั้งนี้จะต้องค้นหาปัญหาเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ พยาบาลจึงต้องมีกรอบการทำงานที่ได้มาจากแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับโรคและความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆ มาช่วยในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ กระบวนการพยาบาล (nursing process) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ความช่วยเหลือทางการพยาบาล ทั้ง 4 มิติ ด้านการส่งเสริม การป้องกัน รักษาและการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยยาเสพติดเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งทางกาย และทางใจ โรคทางกาย คือ การรักษาอาการติดยาทางกายให้บรรเทาหรือหมดไป บางรายมีโรคแทรกซ้อนต้องให้การรักษาโรคแทรกซ้อนไปพร้อมกัน โดยให้การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้คืนสู่สภาพปกติ นอกจากนี้ยังต้องรักษา โรคทางใจ ที่เกิดจากการหลอหลอมบุคลิกภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการบำบัดรักษาและพยาบาลที่ซับซ้อนมาก พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดต้องมีความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการให้การพยาบาลแก้ไขปัญหาทางด้านกายจิต สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย แบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล การปฏิบัติพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ (client's needs or problems) ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อเท็จจริงจนสรุปได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพ มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis statement) NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association) ได้ให้ความหมายของการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ว่า

“เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นหรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้ในกระบวนการของชีวิต การวินิจฉัยการพยาบาลใช้เป็นฐานสำหรับการจัดกิจกรรมการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่พยาบาลรับผิดชอบ จำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาลออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

2.1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (actual nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่บ่งบอกถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วในขณะที่ทำการประเมินภาวะสุขภาพ มีอาการและอาการแสดงให้เห็นชัดเจน (signs and symptoms) ได้มาจากการบอกเล่าของผู้รับบริการหรือจากการสังเกตของพยาบาลที่เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (subjective data) และข้อมูลปรนัย (objective data) หรือจากการวินิจฉัยของแพทย์

2.2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (risk nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้ คือ มีปัจจัยเสี่ยงปรากฏให้เห็นแต่ปัญหายังไม่เกิด ไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็นชัด และมีโอกาสพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพได้ ถ้าพยาบาลปล่อยให้ปัจจัยเสี่ยงได้พัฒนาจนเป็นปัญหา การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องระบุปัจจัยเสี่ยงที่แสดงว่าปัญหาทำท่าจะเกิดจากปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ พยาบาลต้องทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งกับปัจจัยเสี่ยงนั้นเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา การเขียนข้อวินิจฉัยประเภทนี้จะขึ้นต้นข้อความว่า “เสี่ยง” (risk)

2.3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น (possible nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ปัญหาอาจเกิดขึ้นได้ แต่ยังไม่ชัดเจนและไม่สมบูรณ์ในข้อมูลที่มีและสาเหตุของปัญหายังระบุไม่ได้ ปัญหาเป็นเพียงพิจารณาได้ว่าอาจจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมและเกี่ยวข้องมาสนับสนุนเพิ่มเติมหรือตัดทิ้งออกไปถ้าแน่ใจว่าปัญหาจะไม่เกิด การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้จะขึ้นต้นข้อความว่า “อาจ” (possible)

2.4 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี (wellness nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดีที่แสดงถึงภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับสุขภาพดีเป็นระดับที่ดีมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพสามารถพิจารณาได้จากพฤติกรรมของผู้รับบริการใน 2 ประเด็นนี้ ได้แก่ 1). พฤติกรรมที่แสดงถึงความต้องการที่จะมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น 2). พฤติกรรมที่แสดงถึงการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะเริ่มต้นด้วยคำว่า “มีความพร้อมสำหรับ....” (readiness for enhanced) หรือขึ้นต้นด้วยข้อความที่เป็นการบ่งบอกถึงพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น เช่น ให้นมบุตรได้ถูกต้องจาก....

2.5 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกลุ่มของอาการ (syndrome nursing diagnosis statement) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อธิบายกลุ่มอาการที่เฉพาะเจาะจงของการวินิจฉัยการพยาบาล ที่เกิดขึ้นร่วมกันของข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้วกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกันที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ซึ่งจะบอกให้พยาบาลได้รับรู้ว่า มีสถานการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น

3. การวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) มี 4 ขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้

3.1 จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา การจัดลำดับมีหลักการพิจารณาปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลต่อชีวิตต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันทีที่เป็นปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (actual nursing diagnosis)

3.2 กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง (expected out-comes) หรือเกณฑ์การประเมินผล (evaluation criteria) เป็นการกำหนดข้อบ่งชี้ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปตามที่คาดหวังไว้ว่าบรรลุตามที่คาดหวังไว้หรือไม่

3.3 การเลือกกิจกรรมการพยาบาล (selecting nursing interventions /activities) เป็นการเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการและเป้าหมายการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่ทำในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ไม่ขัดต่อความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรม รวมถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ เป็นกิจกรรมสำหรับผู้รับบริการเฉพาะรายเน้นความเป็นปัจเจกบุคคลแบบองค์รวม

3.4 การเขียนแผนการพยาบาล (writing nursing care plan) การเขียนแผนการพยาบาลเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลทุกคนที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการที่ได้รับมอบหมาย แผนการพยาบาลจะเขียนก่อนที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการ

4. การใช้แผนการพยาบาล (implementation of nursing care plan) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แผนการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์และถูกต้อง ก่อนนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ พยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการซ้ำ เพื่อตรวจสอบภาวะสุขภาพของผู้รับบริการอีกครั้งว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงจะได้มีการปรับกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถและทักษะทางการพยาบาล

5. การประเมินผล (evaluation) การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้รับบริการสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ การประเมินผลการพยาบาลช่วยทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และเป็น การตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการ

5. การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด

การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัดรักษาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ติดยาเสพติดให้มีพฤติกรรมเหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสังคมสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดให้รู้จักช่วยตนเองโดยอาศัยปรัชญาของการพยาบาลยาเสพติดว่า “ช่วยเพื่อช่วยตนเอง” (help to self help) ทำให้ผู้ติดยาเสพติดรู้จักปรับปรุงตนเอง เผชิญปัญหาหรือวิกฤตการณ์ต่างๆ ไปในทางที่เหมาะสม รับฟังคำแนะนำ ยินยอมรับการรักษายาเสพติดเพื่อเลิกยาเสพติดให้ได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดต้องให้การพยาบาลครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ชีวจิต สังคมความรู้ (cognitive) และจิตวิญญาณ และต้องปฏิบัติตามวินิจฉัยการพยาบาลและเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดมีดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

1. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปราศจากสิ่ง que ผู้ป่วยจะเกิดความอยากได้ยา หรือสิ่งเสพติดต่างๆ จัดหาเครื่องมือให้พร้อมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วนในระยะถอนพิษยา (detoxification) บรรายากของหอผู้ป่วยต้องรื่นรมย์ สงบ ไม่มีสิ่งกระตุ้นจนเกินไป

2. การเข้าถึงผู้ป่วย (approach) ผู้ป่วยที่อาศัยสิ่งเสพติดต่างๆ มักเป็นคนตามใจตัวเอง ทนกับอะไรไม่ค่อยได้ และคิดว่าคนอื่นไม่ชอบตน จึงจะแสดงกิริยาอาการต่อต้านบุคคลที่ไม่ชอบตน พยาบาลจะต้องเข้าใจถึงกลไกของการเกิดพฤติกรรมเช่นนี้ ความจริงแล้วผู้ป่วยต้องการได้รับความช่วยเหลือให้เขามีความภาคภูมิใจในตนเอง เชื่อมมั่นในตนเอง เคารพตนเอง ซึ่งจะทำให้อารมณ์ของเขาเป็นสุขและทำให้สังคมมีคุณค่าขึ้น

3. ด้านความต้องการทางร่างกาย ขึ้นอยู่กับระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

4. ให้ความคุ้มครองผู้ป่วย โดยป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันการทำร้ายตนเอง

5. สัมพันธภาพภายในกลุ่ม จัดให้ผู้ป่วยได้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกันได้พูดคุยกัน จะได้เป็นการระบายทุกข์

6. ระยะเวลาพักฟื้น จัดให้ผู้ป่วยมีงานประจำ ให้ผู้ป่วยได้ทำงาน ได้เล่นได้ฝึกนิสัยให้ผู้ป่วยหัดเป็นตัวของตัวของตัวเอง
 คาร์เรน ลี ฟอนเทน (Karen Lee Fontaine) กล่าวว่า ผู้ติดยาเสพติดนั้น พบเห็นได้ไม่ยากแต่ยากที่จะบำบัดรักษา ตัวผู้ป่วยเองจะต้องให้ความสนใจการบำบัดรักษายาเสพติดเป็นอันดับแรก และต้องได้รับการประคับประคอง สนับสนุนจากครอบครัว ผู้บำบัดและชุมชนในภายหลังการให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดควรครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

1. ด้านพฤติกรรม

1.1 ดูแลเรื่องการขาดยา (withdrawal) และการเกิดพิษ (intoxication) ในระยะแรกผู้ป่วยจะเกิดอาการขาดยา หรืออาการเกิดพิษ ในรายที่ได้รับยาเสพติดมากพยาบาลจะต้องสามารถประเมินอาการให้เร็วที่สุด ซึ่งเป็นสงจจะเป็นที่จะรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้

1.2 การบำบัดรักษา

1.2.1 สอนทักษะการแก้ปัญหา (problem-solving skill) ผู้ป่วยยาเสพติดมักจะหลีกเลี่ยงปัญหาโดยการเสพยาเสพติด การปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญคือ การช่วยให้ผู้ป่วยเอาชนะการปฏิเสธการเสพยาเสพติดได้ ซึ่งให้ผู้ป่วยเห็นว่า ยาเสพติดเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดปัญหาต่างๆ ในชีวิตเขา แนะนำให้ผู้ป่วยคบหากับบุคคลที่จะชักจูงให้ผู้ป่วยหยุดการเสพยาเสพติด และจะต้องมีความยึดมั่นผูกพันที่จะเลิกให้ได้ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งและเชื่อมั่นว่าตัวเองมีความสามารถที่จะเลิกยาเสพติดได้ และลดความรู้สึกว่าขาดการช่วยเหลือและสิ้นหวัง ซึ่งทั้งนี้พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยผ่านกระบวนการรับฟังและสนับสนุน

1.2.2 การทำงานให้คำแนะนำเรื่องการทำงาน ให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะยังคงทำงานเดิมต่อไปหรือจะหางานใหม่อย่างไร ซึ่งการมีงานทำมีอาชีพ เป็นเป้าหมายหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลอาจจะช่วยในการวางแผนทั้งเรื่องการศึกษาและการทำงาน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว บางครั้งอาจจะต้องจำลองสถานการณ์และสมมุติให้ผู้ป่วยได้รับความกดดันเรื่องการทำงาน

1.2.3 ด้านสุขภาพร่างกาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น โดยจัดโปรแกรมการออกกำลังกาย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า การออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง จะทำให้ร่างกายหลังสารเอนดอร์ฟิน ซึ่งเป็นสารธรรมชาติ ทำให้มีความเคลิ้มสุข แทนที่จะได้รับความเคลิ้มสุขจากยาเสพติด

1.2.4 จัดให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help groups) จะช่วยให้เกิดความรู้สึกว่ามีประโยชน์และมีคุณค่า ในระยะเริ่มต้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพ จะต้องจัดและควบคุมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดยให้เป็นกลุ่มที่สนใจและเหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่มีทักษะการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ การจัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

บำบัดด้วยกันจะช่วยให้เขาได้เรียนรู้ มีการเคารพนับถือ และดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ลดความต้องการความสมบูรณ์แบบ (perfectionism) และช่วยให้ครอบครัวพัฒนาความรับผิดชอบให้กำลังใจในการแสดงพฤติกรรมใหม่ๆ เพื่อเป็นการเสริมแรงในการเปลี่ยนพฤติกรรม

1.2.5 การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมพบว่าเป็นข้อจำกัดของผู้ติดยาเสพติด การสอนให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสม และให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ปลอดภัยที่สุด ซึ่งกลุ่มบำบัดเป็นการรักษาที่ดีที่สุด ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะยอมรับผู้ป่วย และรู้จักการช่วยเหลือผู้อื่น กลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเป็นแหล่งของมิตรภาพให้เขารู้สึกว่าเขาไม่ได้อยู่ลำพังคนเดียว

การสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) พัฒนาโดยมิลเลอร์และโรลนิก (Miller & Rollnick ในปีค.ศ.๑๙๙๑) ภายใต้แนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยระบุขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ไว้อย่างชัดเจน (พิชัย แสงชาญชัย, 2548 อังไฉน จำปา สิงขระ, 2565)

ตารางที่ 1. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ลักษณะสำคัญของผู้ติดยาเสพติดและการตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัดในแต่ละขั้นตอน

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง	ลักษณะผู้ป่วย	พฤติกรรมที่แสดงออก	การช่วยเหลือ
ขั้นเมินเฉย (pre-contemplation)	ไม่คิดจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไม่ตระหนักถึงปัญหา ไม่ยอมรับว่าการใช้ยาเสพติดจะก่อให้เกิดปัญหาหรือความเสียหายที่จะตามมาได้	ปกปิดพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ต่อต้านหรือโกรธเมื่อถูกกดดัน บังคับให้เลิกหรือเมื่อผู้อื่นพูดเรื่องการใช้ยาเสพติดของตน	เสนอข้อมูลที่เป็นจริงให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษาเมื่อผู้ป่วยพร้อม
ขั้นลังเลใจ (contemplation)	เริ่มตระหนักว่าเกิดปัญหาจากการใช้ยาเสพติด มักจะมีความคิดสองจิตสองใจระหว่างเหตุผลที่จะเลิกยากับเหตุผลที่ไม่เลิกยา	ยังคงใช้ยาเสพติดอยู่ แต่มักจะเริ่มคิดถึงการเลิกยาหรือการลดปริมาณการเสพยาในอนาคต ชั่งข้อดีข้อเสียของการเลิกยาเสพติด	ให้ผู้ป่วยค้นหาและชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อเสียของการใช้ยาเสพติดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระตุ้นให้พูดถึงการเปลี่ยนแปลง จากตัวผู้ป่วยเอง

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง	ลักษณะผู้ป่วย	พฤติกรรมที่แสดงออก	การช่วยเหลือ
ขั้นตัดสินใจ (determination)	วางแผนในการเลิกยาเสพติดที่เฉพาะเจาะจง เช่น ตัดสินใจเข้ารับการรักษา พิจารณาความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน	อาจจะลองหยุดหรือลดปริมาณการใช้ยาเสพติดลงด้วยวิธีของผู้ป่วยเอง เริ่มตั้งเป้าหมายในการเลิกยา	ช่วยผู้ป่วยวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสนอทางเลือก และให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุด
ขั้นลงมือแก้ไข (action)	เชื่อว่าตัวเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เริ่มพิจารณาถึงภาพลักษณ์ใหม่ของตัวเอง	เปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ยอมรับความช่วยเหลือและต้องการการสนับสนุนจากผู้บำบัดและครอบครัวมารับการบำบัดตามนัดอย่างสม่ำเสมอ	ช่วยให้ผู้ป่วยยึดมั่นและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ เรียนรู้การป้องกันการกลับไปใช้ยาซ้ำ
ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance)	พยายามคงความสำเร็จในการเลิกยาเสพติดไว้ เริ่มสนใจการดำเนินชีวิตของตน	ปรึกษาปัญหาอื่นๆ เช่น การจัดการทางอารมณ์ ครอบครัวยังไม่ไว้วางใจ ลองทำกิจกรรมใหม่ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด	ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะใหม่ๆ ที่จำเป็นในการเลิกยาเสพติด การรื้อฟื้นสัมพันธภาพ ทางสังคม การหาความสุขโดยไม่ใช้ยาเสพติดเป็นต้น
ขั้นกลับไปติดซ้ำ (relapse)	ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถคงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ทันที ผู้ป่วยมักจะกลับไปเริ่มที่ระยะต้นของ stage of change อีกครั้ง	รู้สึกผิดและหมดหวังคิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตัวเองได้ หลบเลี่ยงไม่มารับการบำบัดรักษา	ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตัวเองให้ ความหวัง กำลังใจ ประคับประคองให้ผู้ป่วยอยู่ในการบำบัดรักษา

ที่มา : การบำบัดรักษา ยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ (พิชัย แสงชาญชัย, 2548 อ่างโน จำปา สิงขระ, 2565)

บทบาทของพยาบาลยาเสพติด

1. ระยะเวลาเตรียมการก่อนบำบัดรักษา ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัว ศึกษาและรวบรวมข้อมูลบุคคล ประวัติสุขภาพ ข้อมูลที่เกี่ยวกับการเสพยาเสพติด ปัจจัยที่ทำให้ยังคงเสพยาอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการคัดกรอง/การประเมินภาวะที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด ประวัติการรักษา การประเมินอาการทางกาย/ทางจิต ระดับความรุนแรงของปัญหา ประเมินขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับการติดยาเสพติด

2. ระยะบำบัดยา การให้ยาตามแผนการรักษาทั้งการถอนพิษยาและภาวะแทรกซ้อน สังเกตและป้องกันพฤติกรรมรุนแรง กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลระดับประคอง ด้านจิตใจ การเสริมแรงทางบวก

3. ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดของตนเอง วิเคราะห์สาเหตุ การเผชิญปัญหา ให้กำลังใจ สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมในการบำบัด เผื่อหวังให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น

4. ระยะการติดตามผล ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ให้การสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ติดตามการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่าย ให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัว นัดพบแพทย์ ติดตาม สุ่มตรวจ ปัสสาวะหาสารเสพติด

6. การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า การที่พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคซึมเศร้ากระบวนการฟื้นหาย ลักษณะและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นหายจากโรคซึมเศร้านั้น เป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งเสริมให้พยาบาลมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ละรายมากขึ้น โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการทำงาน ที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่ การประเมินข้อมูลของผู้ป่วยว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยอะไร ขณะนี้มีระดับอาการซึมเศร้ายุทธแรงเท่าใด จะต้องวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นหายจากโรคซึมเศร้า หรือขณะนี้ผู้ป่วยอยู่ในระยะใดของกระบวนการฟื้นหาย ซึ่งในแต่ละระยะของกระบวนการฟื้นหายพยาบาลจะต้องวางแผน การพยาบาลให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และเมื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยไปแล้วนั้นผลลัพธ์เป็นอย่างไร ต้องปรับปรุงแก้ไข การพยาบาลอย่างไรบ้าง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพเป็น ปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นหายจากความซึมเศร้าได้ (นันทกค ชนะพันธ์, 2556)

การที่พยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าว่ามีลักษณะ การดำเนินโรคอย่างไร สาเหตุของการเกิดโรค การรักษาและโอกาสในการหาย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พร้อมทั้งจะรับการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรับผิดชอบต่อตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยจะได้รู้สึกถึงศักยภาพในตนเอง ความสามารถในการควบคุมตนเอง ทำให้เกิดการรักษาที่ต่อเนื่อง การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ศรัทธาและเชื่อมั่น กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากตัวผู้ป่วยเองแล้วพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับครอบครัวของผู้ป่วย เพราะครอบครัวเองเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าแก่ครอบครัว เพราะถ้าครอบครัวมีความรู้ มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย ส่งผลให้ครอบครัวมีการปฏิบัติหรือดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย คอยสนับสนุนให้การช่วยเหลือผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น มีความผูกพันเกิดความสุขในครอบครัว รวมถึงการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตกับผู้ป่วยและครอบครัว และอีกบทบาทที่สำคัญคือการประสานงานและให้ความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการหายจากความซึมเศร้าได้นั้นตัวผู้ป่วยเองเป็นปัจจัยที่สำคัญ

ที่สุด เพราะว่าหากผู้ป่วยยังคงรู้สึกมีความซึมเศร้า จมอยู่กับตัวเอง มีความคิดซ้ำๆ อยู่ตลอดเวลาโดยไม่พยายามที่จะลุกขึ้นมาเปลี่ยนแปลงความคิด และพฤติกรรมตัวเอง ถึงแม้จะมีการรักษาดีแค่ไหนก็ไม่สามารถที่จะทำให้เกิดการหายจากภาวะซึมเศร้าได้

การฟื้นหาย (recovery) เป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำการรักษาให้มีความสนใจเพื่อมุ่งไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องมีการหายหรือการฟื้นหายกลับไปใกล้เคียงสภาพเดิมที่ไม่ใช่เพียงแค่จากอาการลดลงหรือไม่มีอาการซึมเศร้า แต่สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีแนวทางในการปรับปรุงตนเอง เกิดการพัฒนาตนเอง สามารถที่จะมีวิธีการจัดการกับอาการกำเริบได้ พยาบาลเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นหายจากโรคซึมเศร้าได้ เช่น บทบาทการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำ และการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ความสามารถและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยด้วยโดยการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมร่วมกับการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมเพื่อให้อาจสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

เป้าหมายสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีความสุขสบาย โดยการประคับประคองและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำสิ่งใหม่ๆ เช่น รูปแบบการดำเนินชีวิต การได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีเป้าหมายชีวิต ส่งเสริมคุณค่าในตนเองโดยใช้วิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ คือ การรักษาด้วยยาต้านเศร้า และการบำบัดทางจิตสังคม การให้คำแนะนำคำปรึกษาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว โดยมีแนวทางในการพยาบาล ดังนี้

1. การบำบัดรักษาทางจิตวิทยาการแพทย์

1.1 การบำบัดรักษาด้วยยาต้านเศร้า (antidepressant drugs) การดูแลบำบัดรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า การรักษาหลักในปัจจุบัน ได้แก่ การใช้ยาต้านเศร้า (antidepressants) แบ่ง ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ tricyclic antidepressant (TCAs), monoamine oxidase inhibitor (MAOIs), selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) จากการศึกษา พบว่า ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เป็นยาลำดับแรก (first choice) ซึ่งมีผลข้างเคียงน้อย เพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มความจำและการเรียนรู้ อาการจะดีขึ้นเมื่อรับประทานยาประมาณ 8-12 สัปดาห์ ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ช่วยลดการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย หรือความรุนแรงอื่นๆ จากภาวะซึมเศร้าและลดความวิตกกังวล ซึ่งการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้า จะมีระยะเวลาในการตอบสนองของยาช้า จึงต้องให้ยาเป็นเวลานานกว่าอาการซึมเศร้าจะหาย บทบาทของพยาบาล ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่อง ควรประเมินอาการพึงประสงค์และไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สังเกตผลการรักษาและผลข้างเคียงจากยาต้านอาการซึมเศร้า ให้ความรู้และคำแนะนำผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้าและผลข้างเคียงจากยาที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำเมื่อลุกจากท่านอน หัวใจเต้นผิดจังหวะ ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก อ่อนเพลีย กล้ามเนื้อกระตุก ประสาทหลอน หลงผิด เป็นต้น หากมีอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลหรือมาพบแพทย์

1.2 การบำบัดโดยการกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy หรือ ECT) การบำบัดรักษาโดยการกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้ามักใช้กับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หรือโรคซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือไม่สามารรอให้ยาออกฤทธิ์ได้ อาการเป็นมาจนเสี่ยงต่อชีวิตหรือในกรณีไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา มีหลักการคือแพทย์กดปล่อยกระแสไฟฟ้าให้ผู้ป่วยเกิดการชัก ซึ่งจะทำให้เกิดการปรับสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ในสมองให้มีความสมดุล ถือเป็นการรักษาที่ให้ผลรวดเร็ว และค่อนข้างแน่นอนถ้าเลือกใช้ให้เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ บทบาทของพยาบาลทางจิตเวช การบำบัดโดยการกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้าใช้ได้ปลอดภัยและได้ผลดีสำหรับผู้ป่วยที่สูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง อยากรักษาตัวตาย เพราะได้ผลดีกว่าการใช้ยา เมื่อเทียบกับยารอื่น

2. การบำบัดทางจิตสังคม การบำบัดทางจิตสังคมเป็นสิ่งที่ทำควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (antidepressant drugs) ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรักษาทางยา และมีการเผชิญปัญหาที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด การรักษาโดยการบำบัดทางจิตจะให้ผลดีในช่วง 6-8 สัปดาห์ และควรบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 1 ปี

2.1 การให้คำปรึกษา (counseling) เป็นการบำบัดผู้ป่วยโดยการให้คำปรึกษา โดยการสื่อสารให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าได้รับการดูแลอย่างไร และการให้ความสำคัญกับผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบาย สิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิต สิ่งที่น่าสนใจหรือกลัว ผู้ป่วยจะรู้สึกเศร้ามาก บทบาทของพยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพเชิงบวกที่มีความเชื่อใจ มีความเข้าใจและความเอื้ออาทร การมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้คิดไตร่ตรองได้มีโอกาสเล่าด้วยภาษาและความเข้าใจของตนเอง ด้วยการฟังอย่างตั้งใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าเพื่อค้นหาปมที่อยู่ในใจ เอาใจใส่รับฟังด้วยท่าที่เป็นมิตรและจริงใจ ยอมรับและแสดงถึงความเข้าใจในอารมณ์ผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ได้รับระบายความรู้สึกต่างๆ พุดคุยหาแนวทางในการปรับตัวและช่วยให้ผู้ป่วยหากวิธีในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการรักษาด้วยการรับประทานยาและการบำบัดจิตสังคมในรูปแบบต่างๆ จะช่วยลดอาการหรือหายจากภาวะซึมเศร้าได้

2.2 การทำกลุ่มจิตบำบัด (group psychotherapy) เป็นการใช้กลุ่มบำบัดที่ได้รับการยอมรับว่าทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาที่มีสาเหตุมาจากกระบวนการคิดและจิตใจของตนเอง มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่น ส่งผลให้การรักษาจิตบำบัดมีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้าในระยะยาว และสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ ได้แก่ การทำดนตรีบำบัด (music therapy) การรำลึกถึงความหลัง (reminiscence therapy)

2.3 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) เป็นการบำบัดโดยการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลหรือกลุ่ม เป็นจิตบำบัดและพฤติกรรมบำบัดด้วยการใช้รูปแบบพฤติกรรมบำบัดทางปัญญาสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยหนึ่งในประเทศอังกฤษ พบว่าพฤติกรรมบำบัดทางปัญญามีประสิทธิภาพในการลดความคิดฆ่าตัวตาย ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง การบำบัดทำให้ปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริงในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีทักษะในการแก้ปัญหามากขึ้น สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นบทบาทของพยาบาลควรนำรูปแบบพฤติกรรมบำบัดทางปัญญามาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในการเปลี่ยนแปลงความคิดของ

ผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์โดยการให้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ และ พฤติกรรมด้านลบให้ปรับความคิดและพฤติกรรมใหม่ หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

2.4 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem solving therapy) เป็นการบำบัดโดยการบำบัด การรู้คิดและปรับพฤติกรรมรูปแบบหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นสาเหตุของปัญหา มีแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งจากการศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัย 7 เรื่องเป็น systematic review 1 เรื่อง และ randomized controlled trial 6 เรื่อง เกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าโปรแกรมการบำบัดแบบประสานความร่วมมือ (IMPACT) ซึ่งประกอบด้วย การบำบัดด้วยยาต้านเศร้าและการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST-PC) มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น บทบาทของพยาบาลควรนำรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการพยาบาลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ช่วยทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา เกิดความคิดทางบวกและมองปัญหาตามความเป็นจริง โดยมีกระบวนการคิดแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ช่วยให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

2.5 การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) เป็นการบำบัดโดยการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดและการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การทำกิจกรรมกลุ่มแบบเพิ่มกิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ และการมีพยาบาลคอยเป็นที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลือสนับสนุนดูแลผู้ป่วยและครอบครัว และการจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านร่วมกับการเพิ่มกิจกรรมทางกายสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ ดังนั้น บทบาทของพยาบาลควรให้ความรู้ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ในครอบครัว การส่งเสริมสนับสนุนให้ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน การร่วมปลูกต้นไม้ การไปเที่ยวพักผ่อนในวันหยุด ส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในสังคมที่มีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันในชุมชนเพื่อช่วยส่งเสริมการ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างให้ดีขึ้น (สาวตรี สงหาต, 2559)

จากการวิจัยของพีรพนธ์ ลีบุญธวัชชัย (2562) การพัฒนารูปแบบจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลรูปแบบกลุ่มในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เปรียบเทียบการใช้จิตบำบัดร่วมกับการรักษาตามปกติด้วยยาว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้มากกว่าการรักษาตามปกติด้วยยาเพียงอย่างเดียวหรือไม่ วิธีการศึกษาเชิงทดลองโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่ม เภณท์การคัดเลือกคือเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิด major depressive disorder หรือ persistent depressive disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 และมีคะแนนจากแบบประเมิน Thai HRSD ตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป โดยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ทำการศึกษาทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คนเท่ากันโดยวิธีการสุ่มแบบบล็อก กลุ่มทดลองได้รับจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลรูปแบบกลุ่มเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ร่วมกับการรักษาด้วยยาตามปกติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาด้วยยาตามปกติเพียงอย่างเดียว ทำการประเมินคะแนนซึมเศร้าโดยแบบประเมิน Thai HRSD และคะแนนอาการทางคลินิกโดยแบบประเมิน CGI ก่อนเริ่มศึกษา

(สัปดาห์ที่ 0) และติดตามประเมินต่อในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และหลังจากการศึกษา (สัปดาห์ที่ 16) แล้วทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ยและคะแนนอาการทางคลินิกเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลร่วมกับการรักษาด้วยยาตามปกติมีค่าคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ย และค่าคะแนนอาการทางคลินิกเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยยาตามปกติเพียงอย่างเดียว ทั้งในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และหลังการศึกษา (สัปดาห์ที่ 16) สรุปผลการศึกษาได้ว่า จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลรูปแบบกลุ่ม (interpersonal psychotherapy) ที่ได้ปรับและพัฒนาขึ้นช่วยให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลง และมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นได้ และพบว่าการให้จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลรูปแบบกลุ่มร่วมกับการรักษาด้วยยาตามปกติ ส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้าและอาการทางคลินิกของผู้ป่วยได้มากกว่าการรักษาด้วยยาตามปกติเพียงอย่างเดียว

สรุป

การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใช้การปฏิบัติทั้งศาสตร์และศิลป์ ที่ได้รับการยอมรับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อสนองตอบความต้องการของสังคม ทั้งบุคคลปกติ เจ็บป่วยครอบครัว และชุมชน การพยาบาลยังมีความเกี่ยวข้องโดยตรงต่อภาวะสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของชีวิตประชาชน ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถ ความชำนาญ มีเจตคติที่ดี และมีคุณธรรมจริยธรรมในการให้การพยาบาล ทั้งนี้เพื่อคุณภาพในการให้การพยาบาล พยาบาลต้องให้การพยาบาลบนพื้นฐานของหลักการพยาบาล เมื่อพิจารณาหลักการพยาบาลที่พัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญ หลักการพยาบาลพัฒนามาจากปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ 3 ด้าน ดังนี้ ความต้องการของผู้ใช้บริการ การร่วมมือระหว่างบุคลากร หน่วยงาน องค์กร และการพัฒนาการประยุกต์ และการนำความรู้ทางการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาล

ในบริบทของผู้ป่วยยาเสพติด การใช้ยาเสพติดจะส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย บุคคลรอบข้าง รวมทั้งครอบครัวและสังคม การออกฤทธิ์ของยาเสพติดทำให้เกิดรอยโรคได้มากขึ้นทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม ทำให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตร่วมด้วย พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องแล้ว พยาบาลต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล ทั้งกับผู้รับบริการและครอบครัว ตลอดจน ชุมชน ในกรณีที่ผู้ป่วยยาเสพติดมีโรคซึมเศร้าเรื้อรังร่วมด้วยที่ก่อให้เกิดความยากที่จะเปลี่ยนแปลง พยาบาลจึงต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ยอมรับอดทน สร้างสัมพันธ์ภาพให้เกิดความไว้วางใจ ดูแลอย่างใกล้ชิด มีความไวต่ออาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งการให้การพยาบาลเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลทุกระยะของการบำบัดรักษา โดยพยาบาลเป็นตัวกลางในการประสาน ในลักษณะของทีมวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ตลอดจนญาติและตัวผู้ป่วยเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับการพัฒนาศักยภาพของตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่กลับไปพึ่งพายาเสพติด สามารถดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน และดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ต่อไป

บทที่ 4

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคซึมเศร้าเรื้อรังในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. การประเมินทางการพยาบาล

การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment)

ข้อมูลทั่วไป :

ผู้ป่วย หญิงไทย อายุ 20 ปี ผิวขาว รูปร่างท้วม สูง 165 เซนติเมตร น้ำหนัก 60 กิโลกรัม
 สถานภาพสมรส โสด
 เชื้อชาติ ไทย
 สัญชาติ ไทย
 ศาสนา พุทธ
 การศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 อาชีพว่างงาน
 ภูมิลำเนา จังหวัดนครราชสีมา
 สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพ ช่วงอายุ 12-59 ปี
 วันที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล วันที่ 30 มีนาคม 2566 เวลา 15.50น.
 วันที่ผู้ป่วยจำหน่ายและพ้นจากการดูแล วันที่ 27 เมษายน 2566 เวลา 13.30น.
 รวมระยะเวลา 28 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล

- ตัวผู้ป่วยจากการซักประวัติ
- ทะเบียนประวัติผู้ป่วย
- บุคคลในครอบครัว พี่ชาย และมารดา

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย :

การวินิจฉัยแรกเริ่ม substance induced psychosis
 การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย amphetamine dependence with persistent depressive disorder

อาการสำคัญ (Chief complaint)

3 วันก่อนมา มีอาการไม่นอนทั้งคืน พุดบ่นคนเดียว บ่นอยากตาย กินยานอนหลับทุกวันๆ ละ ประมาณ 5-7 เม็ด

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present illness)

6 ปี ก่อน (อายุ 14ปี) เริ่มเสพยาบ้า เนื่องจากอยากลองเสพและสนุกสนานตามเพื่อนในปริมาณ 1/2 เม็ด เสพเป็นครั้งคราวเมื่อมีโอกาสเดือนละ 1-2 ครั้งในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์หรือเมื่อมีโอกาสเพื่อนชักชวน

5 ปี ก่อน (อายุ 15 ปี) ทดลองเสพยาไอซ์ ยาเค ครั้งละ 1 กรัม เดือนละ 2-3 ครั้ง เสพยาอี ครั้งละ 1 เม็ด สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง สูบบุหรี่ทุกวันๆ ละ 2-3 เขียงร่วมกับเพื่อน 4 คน ดื่มน้ำใบกระท่อมผสมยาแก้ปวด ยาแก้ไอ และน้ำอัดลมทุกวันๆ ดื่มเบียร์ ดื่มสุรา สูบบุหรี่ไฟฟ้าทุกวัน และใช้ยาเสพติดนาน 2 ปี เลิกเสพได้เอง 1 ปี เนื่องจาก

รู้สึกเบื่อตัวเอง บางครั้งมีอาการหิวแล้ว นอนไม่หลับ จึงหาซื้อยานอนหลับ diazepam หรือ midazolam แล้วแต่จะหาซื้อได้ โดยยานอนหลับทุกวันๆ ละ 4-5 เม็ด

2 ปีก่อน เริ่มกลับมาเสพยาบ้าและยาไอซ์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 4-5 เม็ด เนื่องจากอยากมีเพื่อน รู้สึกเครียดเรื่องเพื่อนที่ชอบบ่นให้บ่อยครั้งว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปตั้งแต่มีแฟน และเพื่อนของผู้ป่วยแอบไปคุยและคบกับแฟนผู้ป่วยด้วย หลังเสพมีอาการหิวแล้ว

1 ปีก่อน เสพยาบ้าทุกวันๆ ละ 5-10 เม็ด เสพยาไอซ์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 1 กรัม หลังเสพไม่นอน หิวแล้ว ยี้ไม่สมเหตุสมผล พูดเรื่อยเปื่อยเกี่ยวกับครอบครัวบิดา-มารดาหย่าร้าง ไม่มีความสุข หากไม่ได้เสพจะมีอาการเพลียนอน ไม่รับประทานอาหาร หงุดหงิด ก้าวร้าว

2 สัปดาห์ก่อนมา เสพยาบ้าประมาณ 10 เม็ด กินยานอนหลับประมาณ 5-7 เม็ด เนื่องจากเครียดนอนไม่หลับ หงุดหงิดหิวแล้ว มารดาพาไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน admit 7 วัน หลังจำหน่าย มีนัดติดตามผลการรักษา 2 สัปดาห์

3 วันก่อนมา มีอาการไม่นอนทั้งคืน พูดบ่นคนเดียว บ่นอยากตาย กินยานอนหลับทุกวันๆ ละ 5-7 เม็ด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past history)

การใช้สารเสพติด

ผู้ป่วยทดลองสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เบียร์ เมื่ออายุประมาณ 13-14 ปี เนื่องจากเพื่อชกชวนและอยากทดลองสูบบุหรี่ตามเพื่อน โดยสูบบุหรี่วันละ 3-4 มวน ดื่มเบียร์ สุราเป็นครั้งคราวตามโอกาส เช่น งานสังสรรค์วันเกิด งานปีใหม่ สงกรานต์ เป็นต้น

การเจ็บป่วยทางร่างกาย

ปฏิเสธการเจ็บป่วยทางกาย โรคประจำตัวใดๆ

1 ปี ก่อนมาป่วยติดเชื้อโควิด รักษาที่โรงพยาบาลพิมายกักตัวที่บ้านเป็นเวลา 10 วัน

ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร

ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุและการผ่าตัด

การเจ็บป่วยทางจิต

3 ปีก่อน ผู้ป่วยเคยคิดทำร้ายตนเองอยากตาย กินยานอนหลับให้หลับตายไปโดยไม่ต้องตื่น บางครั้งมีอาการหิวแล้ว รู้สึกไม่ปลอดภัย ระวังว่าจะมีคนป็นเข้าห้องเพื่อข่มขืน มารดาพาไปรักษาที่คลินิกเอกชนในอำเภอใกล้บ้าน แพทย์ให้การรักษาด้วยการให้ยากลับมากินที่บ้าน และนัดติดตามผล ผู้ป่วยไม่ไปรับการตรวจรักษาต่อเนื่อง

อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยสีหน้าเรียบเฉย ไม่สดชื่น พูดน้อย ถาม-ตอบรู้เรื่อง ประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (คบค.กสธ.) v2: อยู่ในระดับ 39 คะแนน อนุมานว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) อยากเลิกยาเสพติดตามที่มารดาและครอบครัวร้องขอ แต่ไม่แน่ใจว่าการควบคุมตนเองได้ดีหรือไม่ ยังไม่มั่นใจกับการมาบำบัดเพื่อเลิกยาครั้งนี้ ประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม ผู้ป่วยมีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม รวมคะแนนเท่ากับ 11 คะแนน

มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และทำการประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม รวมคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน การตรวจหาสารเสพติดในน้ำปัสสาวะ ผลเป็นลบ ไม่พบส่วนประกอบของสารเสพติดในน้ำปัสสาวะ

ประวัติสุขภาพครอบครัว (Family history)

ข้อมูลของครอบครัว

บิดา อายุ 49 ปี สุขภาพแข็งแรง ปัจจุบันประกอบอาชีพรับรถตู้จ้างเหมาบริการ เรียนจบชั้นมัธยมตอนต้น (ม.3) เป็นคนขี้เมวอด จริงจังกับการทำงาน ดื่มสุราเป็นบางครั้ง บิดาชอบตำหนิ ดุด่า มารดาและผู้ป่วยบ่อยครั้ง โดยให้เหตุผลมารดาคบชู้ที่ทำงาน เลี้ยงดูลูกไม่ดี ปล่อยให้เป็นลูกเกเร ไม่ตั้งใจเรียน จากนั้นบิดาได้เลิกร้างกับมารดาเนื่องจากบิดามีภรรยาใหม่ และย้ายออกไปอยู่กับภรรยาใหม่ เมื่อ 6 ปีก่อน ความสัมพันธ์ห่างเหิน บิดาจะมาเยี่ยมผู้ป่วยนานๆ ครั้ง แต่ไม่ได้พูดคุยอะไรกันมากนักเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกเสียใจและโกรธบิดาที่ทิ้งมารดาและผู้ป่วยไปมีภรรยาใหม่

มารดา อายุ 47 ปี จบ ปวช. สาขาการบัญชี ประกอบอาชีพเป็นพนักงานธุรการ หน่วยงานราชการในอำเภอ และเปิดร้านขายของชำที่บ้านโดยให้ยายช่วยดูแลระหว่างที่ออกไปทำงาน มีรายได้เฉลี่ยเดือนละประมาณ 30,000 บาท ความสัมพันธ์รักใคร่กับดี เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ใจดี ตามใจ รับฟังปัญหา ช่วยเหลือมีเหตุผล ภายหลังมารดารู้ว่าผู้ป่วยเสพยาเสพติด และมีปัญหาการดามีความพยายามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ชวนไปรักษา และเข้มงวดกับพฤติกรรมผู้ป่วยมากขึ้น บางครั้งใช้วิธีการขังผู้ป่วยไว้ในห้องนอน ตำหนิ ดุด่า ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยออกไปเที่ยวกับเพื่อนที่เสพยาเสพติด มารดาดื่มเบียร์ทุกวันในช่วยเย็นหลังเลิกงาน

พี่ชาย อายุ 22 ปี สุขภาพแข็งแรง เรียนจบมัธยมตอนต้น (ม.3) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำนา และรับจ้างทั่วไป เป็นคนขยันทำงาน ช่วยมารดา ยายชายของที่บ้าน และออกไปทำนา ทำงานรับจ้าง เป็นคนชอบดื่มสุราตามโอกาส สิบบุหรีทุกวัน เสพยาบ้าและขายยาบ้าครั้งละ 5-10 เม็ด แต่ผู้ป่วยไม่เคยเห็นพี่ชายหงุดหงิดทำร้ายคนในครัวครอบ มีแต่คอยช่วยเหลืองานบ้านเท่าที่ทำได้

ยาย อายุประมาณ 80 ปี สุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง เนื่องจากอายุมาก ใจดี ดูแลตามใจผู้ป่วย ชอบบ่นเรื่องผู้ป่วยเกเร ช่วยดูแลร้านขายของชำเวลามารดาผู้ป่วยออกไปทำงาน

ประวัติการตั้งครุฑและการคลอดของมารดา

บิดามารดา มีการวางแผนการตั้งครุฑ และเป็นครุฑที่พึงประสงค์

การคลอด ขณะตั้งครุฑไม่พบความผิดปกติ ผู้ป่วยเกิดที่โรงพยาบาล คลอดปกติ

ประวัติชีวิตในวัยเด็กและการอบรมเลี้ยงดู

พัฒนาการและการเจริญเติบโตปกติ แข็งแรงสมบูรณ์ดี ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใดๆ มีพัฒนาการสมวัย สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร วัยเด็กเป็นคนร่าเริงสมวัย ในครอบครัวมีพี่น้อง 2 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนเล็ก มีพี่ชาย 1 คน อายุห่างกัน 2 ปี พี่น้องรักใคร่สนิทสนมกันดี อาศัยอยู่กับบิดามารดาและคุณยาย บิดาเป็นคนเข้มงวดกับการเลี้ยงดูจะต้องเป็นระเบียบเรียบร้อยทุกอย่าง มารดาใจดีคอยช่วยเหลือ ยายใจดีตามใจดูแลทุกอย่าง คอยปกป้องเมื่อผู้ป่วยโดยบิดาดุด่า ตำหนิ รู้สึกมีความสุข กระทั่งเมื่อ 10 ปีก่อนที่บิดาเริ่มมีเรื่องทะเลาะกับมารดาบ่อยครั้ง ในที่สุดเมื่อ 6 ปีก่อน บิดามารดาได้เลิกร้างกัน สาเหตุน่าจะมาจากที่

บิดามีภรรยาใหม่และมีลูกกับภรรยาใหม่อีก 2 คน เป็นผู้ชาย 1 คน หญิง 1 คน แต่ผู้ป่วยไม่ทราบรายละเอียด ซึ่งภายหลังที่บิดามารดาเลิกร้างผู้ป่วยยังรู้สึกโกรธ เสียใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ประวัติพัฒนาการในแต่ละวัย

- วัยเด็กช่วงต้น (แรกเกิดถึง 3ปี) บิดามารดาเป็นผู้เลี้ยงดู มียายช่วยเลี้ยงดูแลให้ความสนใจให้ชมเวลาหิว ได้กินนมเกือบตลอดเมื่อร้องหิว

- วัยเด็กช่วงกลาง (3-11ปี) เป็นคนมีนิสัยสนุกสนาน ชอบสังคมนาเล่นกับเพื่อน ชีวิตในวัยเรียน เริ่มเข้าเรียนตั้งแต่อายุประมาณ 6 ขวบ ชอบไปโรงเรียน ไม่เกเร เป็นคนมีผลการเรียนดี ไม่ได้ย้ายโรงเรียน

- วัยเด็กช่วงปลาย-วัยรุ่น (12-20 ปี) บุคลิกเป็นคนที่ชอบสนุกสนาน ร่าเริง หลังเรียนจบ ป.6 เรียนต่อมัธยมต้น ปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ ชอบไปโรงเรียน มีเพื่อนสนิท 4 คน กิจกรรมที่ทำร่วมกันบ่อยๆ คือ เรนยหนังสือ ออกไปเที่ยวงานในชุมชนอำเภอบ่อยครั้ง เริ่มมีพฤติกรรมการดื่มเบียร์ ดื่มสุรา สูบบุหรี่ และเสพยาบ้าช่วงระหว่างเรียนมัธยม 2 จากการอยากทดลองตามเพื่อน ผู้ป่วยเริ่มทดลองสูบกัญชา ยาไอซ์ ยาเค ทุกครั้งที่ได้ออกไปเที่ยวกับเพื่อน บางครั้งก็ได้ตีมน้ำกระท่อมผสมน้ำอัดลมด้วย และประมาณ 3 ปีก่อนเริ่มนอนไม่หลับต้องกินยาช่วยให้หลับ

ประวัติทางเพศ

เริ่มสนใจมีแฟน/มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 14 ปี เมื่อครั้งเรียนอยู่มัธยม 2 ซึ่งแฟนเป็นนักเรียนรุ่นที่มัธยมศึกษาปีที่ 4 โดยคบกันระหว่างเรียนนัดกันไปเที่ยวหลังเลิกเรียน หรือช่วงวันหยุด มีดื่มเบียร์ เสพยาบ้า เที่ยวสนุกและมีเพศสัมพันธ์มีการป้องกันการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยการให้แฟนสวมถุงยางอนามัย บางครั้งก็มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน คบกันได้ 2 ปี เลิกกันเนื่องจากแฟนเรียนจบและไปมีคนอื่น ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจได้ไม่นานจึงได้คบกับแฟนอีก 3 คนซึ่งแต่ละคนก็ได้มีเพศสัมพันธ์ทุกคนทั้งป้องกันและไม่ได้ป้องกัน

ประวัติสมรส และชีวิตครอบครัว

ผู้ป่วยสถานภาพสมรสโสด ปัจจุบันอาศัยอยู่กับมารดา ยาย และพี่ชาย

ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

ประสบการณ์สำคัญในชีวิตผู้ป่วยมี 2 เหตุการณ์ กล่าวคือ เหตุการณ์ที่ 1 เมื่อ 6-10 ปีก่อน ช่วงอายุประมาณ 11 – 15ปี บิดามารดามีปัญหาในครอบครัวทะเลาะกันบ่อยครั้งมีหลายเรื่องหลากหลายประเด็น หลักๆ บิดามีภรรยาใหม่ กล่าวหาและสงสัยว่ามารดาผู้ป่วยเป็นชู้กับหัวหน้าที่ทำงาน จนกระทั่งบิดามารดาเลิกกันเมื่อ 6 ปีก่อน และเหตุการณ์ที่ 2 เมื่อ 3 ปีก่อน ผู้ป่วยถูกญาติซึ่งเป็นลูกของน้องมารดาที่มีบ้านอยู่ระแวงหมู่บ้านเดียวกัน ช่มชืนในห้องของผู้ป่วยเอง ซึ่งวันที่เกิดเหตุมารดาไปราชการต่างจังหวัด พี่ชายชวนกลุ่มเพื่อนมาตีกันที่บ้านจำนวน 3 คน ผู้ป่วยได้ร่วมตีด้วยหลังจากดื่มเบียร์ สุรา ก็มีเสพยาบ้า ไอซ์ด้วยและทุกคนต่างเมาผู้ชาย 1 ใน 3 คนได้เข้าไปช่มชืนผู้ป่วยในห้อง หลังจากเหตุการณ์นั้นลูกของน้องมารดาผู้ชายคนดังกล่าวก็หาโอกาสที่มารดาไม่อยู่บ้านเข้ามาช่มชืนอีก 2-3 ครั้ง ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้เล่าเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นให้มารดาและพี่ชายได้รับรู้

บุคลิกภาพก่อนป่วย

- เจตคติต่อตนเอง ตนเองเป็นคนร่าเริง ชอบสนุก รู้สึกไม่พึงพอใจในตนเอง คิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว เป็นต้นเหตุให้ครอบครัวมีปัญหาทะเลาะกันบ่อยครั้งถึงขั้นอยู่ด้วยกันไม่ได้และอย่าร้างกันไป ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้คาดหวังอะไรกับตนเอง

- เจตคติต่อคนอื่น เป็นคนไม่ชอบเข้าสังคม ชอบอยู่คนเดียวและชอบการมีเพื่อนคุย แต่ไม่ชอบการแข่งขัน คิดว่าผู้หญิงต้องเป็นคนที่ดีทน เก็บความรู้สึกให้ได้ ไม่อ่อนแอให้ใครเห็น

- คุณธรรม เป็นคนไม่เข้มงวด ไม่เป็นคนเจ้าระเบียบ ตามใจตนเอง ไม่ชอบกฎเกณฑ์ของสังคมที่ไม่ให้เกียรติผู้หญิงต้องคอยบริการทำอะไรให้ผู้ชาย ไม่มีความเชื่อทางศาสนาและคิดว่าศาสนาช่วยอะไรใครไม่ได้ต้องพึ่งตนเองเท่านั้นถึงจะสำเร็จ

- อารมณ์ ยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง หงุดหงิดง่ายเป็นบางครั้งรู้สึกเหงา เข้ากับเพื่อนๆ ได้ง่าย ค่อนข้างซู้กังวล เมื่อมีปัญหาส่วนใหญ่จะเก็บไว้ในใจ ไม่ค่อยบอกใคร

- กิจกรรมยามว่าง คือ นอนเล่นโทรศัพท์คนเดียว ออกไปเที่ยงเล่นกับเพื่อน ดื่มสังสรรค์

- ความฝันจินตนาการ อยากให้ครอบครัวมีความสุข อยู่พร้อมกันทุกคน ไม่อยากให้เกิดการหย่าร้าง บิดามารดาเข้าใจกัน ตนเองไม่เป็นภาระของครอบครัว

- การปรับตัว เมื่อมีปัญหาที่ไม่สบายใจ สิ่งที่ทำแล้วทำให้สบายใจ คือ นอนกินยานอนหลับหรือออกไปเที่ยวหาเพื่อนเสพยาเสพติด

2. การตรวจร่างกายตามระบบ

การตรวจร่างกายทั่วไป เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2566 เวลา 15.50น.

T = 36.5 °C, PR = 68/min, RR = 16/min, BP=110/ 82 mmHg.

ส่วนสูง 165 ซม. น้ำหนัก 60 กิโลกรัม

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ผิวหนัง : ผิวสองสี มีร่องรอยแผลเป็นที่เกิดจากการกรีด การข่วนบริเวณข้อมือและแขนทั้ง 2 ข้าง มีรอยสักรูปดอกไม้บริเวณหัวไหล่ซ้าย 1 ดอก สักลายสร้อยกำไลบริเวณข้อเท้าขวา

ผม : ผมยาวปกบ่า สะอาด สีดำ หนังศีรษะไม่มีรอยแผล

เล็บ : รูปร่างปกติ ไม่หนา เล็บสีชมพู ไม่มีคราบสีเหลือง

ศีรษะ : ลักษณะของศีรษะสมมาตรกัน ไม่มีรอยแผล ไม่มีก้อนนูนบนศีรษะ

ตา : ไม่มี discharge มองเห็นปกติ ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย ไม่มีอาการเจ็บตา ไม่มีตาแดง

หู : ได้ยินปกติ ใบหูไม่มีรอยแผล ภายในรูหูไม่มี discharge ไม่มีอาการปวด

จมูก : ไม่มีอาการอุดตัน ไม่มีแผล ไม่มีเลือดกำเดาออก ได้กลิ่นปกติ

ใบหน้า : ไม่มีอาการบวม กดไม่เจ็บ ไม่มีรอยโรค ใบหน้าไม่แสดงอารมณ์

ปากและฟัน : การเรียงตัวของฟันเป็นปกติ ไม่มีฟันผุ ไม่ปวดฟัน ไม่มีเหงือกบวมอักเสบไม่มีเลือดออกตามเหงือก/ไรฟัน เหงือกมีสีชมพูแดง

ลำคอ : เคลื่อนไหวได้ปกติ ไม่มีคอแข็ง ไม่มีอาการปวด ไม่มีก้อนที่คอ ไม่มีรอยแผล

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก : ทรวงอก ไม่มีบาดแผล ไม่มีอาการปวด หายใจปกติ ไม่มีอาการปวดเมื่อหายใจเข้าออก

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ไม่มีอาการเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรม ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก

ระบบทางเดินอาหาร : ไม่มีถ่ายอุจจาระสีดำ ไม่มี Heartburn ไม่มีอาการจุกเสียด/ ปวดแสบ แน่นท้อง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีอาการท้องผูก

ระบบประสาท : มีอาการปวดศีรษะ ปวดตื้อๆ บริเวณรอบศีรษะ ท้ายทอย เป็นบ่อยครั้ง โดยเฉพาะช่วงเวลาเครียดๆ นอนไม่หลับ มีอาการหูแว่วเป็นเสียงผู้ชายไม่รู้จักค่าเป็นบ่อยในช่วงกลางคืน ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง รับสัมผัส เจ็บปวดได้ตามปกติ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : แขนขาได้รูปสัมพันธ์กันดี ไม่ลีบ ไม่มีข้ออักเสบ/ไม่มีข้อติด ไม่มีอาการปวดตามข้อต่างๆ กล้ามเนื้อ ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5

ระบบปัสสาวะ : ไม่มีถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด หรือถ่ายแสบขัด ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองเข้มเล็กน้อย

ระบบต่อมไร้ท่อ : ต่อมไทรอยด์ไม่โต

3. การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนตามกรอบแนวคิดการประเมินของกอร์ดอน

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ปัจจุบันผู้ป่วยทราบว่าได้มานาน รพ. เพื่อรักษาอาการติดยาเสพติดต่อเนื่อง หลังจากได้นอนรักษาที่ รพ. ใกล้บ้านแล้ว 7 วัน ช่วงที่กลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการนอนไม่หลับมาหลายวัน ต้องกินยาช่วยให้หลับหลายเม็ด มารดาเป็นห่วงจึงพามาการรักษาที่ รพ. ธรรมศาสตร์ขอนแก่น ช่วงแรกผู้ป่วยไม่ยอมมารักษาและไม่อยากนอน รพ. อีก เนื่องจากรับรู้ว่าการรักษาเสร็จแล้วกับ รพ. ใกล้บ้าน แต่หลังจากพยาบาลได้อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการขั้นตอนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอาการติดยาเสพติด ผู้ป่วยเริ่มยอมรับและให้ความร่วมมือให้ข้อมูลประมวลการเสพยาเสพติด ผู้ป่วยรับรู้ถึงการติดยาเสพติดของตนเองและมีความพยายามที่จะเลิกเสพยาเสพติดบ่อยครั้ง แต่เลิกเสฟได้ไม่นานก็กลับไปเสฟเหมือนเดิม ซึ่งหลังจากเสพยาเสพติดไปแล้วทำให้ตนเองรู้สึกอารมณ์ดี แต่ถ้าไม่ได้เสฟจะรู้สึกเศร้า อารมณ์ไม่ดี การเข้าโรงพยาบาลครั้งนี้ความคาดหวังว่าจะสามารถเลิกยาเสพติดได้ แต่ไม่รู้ว่าจะหลังจากกลับไปอยู่ที่บ้านแล้วจะเลิกได้หรือไม่

สรุป : ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการรับรู้และการดูแลสุขภาพ ในประเด็นทักษะในการเลิกยาเสพติด ทักษะการจัดการอารมณ์และตัวกระตุ้น รวมทั้งทักษะการป้องกันการเสฟซ้ำ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร

น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) 22.04 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์ปกติ ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ภายหลังจากที่เริ่มเสพยาเสพติดผู้ป่วยทางอาหารไม่เป็นเวลา เมื่อเสพยาบ้า ยาไอซ์ ยาเค จะไม่รู้สึกริว แต่ภายหลังพ้นจากอาการขาดยาเสพติดประมาณ 3-4 วัน ผู้ป่วยจะเริ่มกินมากขึ้น เพราะมีอาการหิวมากและกินตลอดเวลา ขณะอยู่โรงพยาบาลจะรับประทานอาหารได้ และซื้อขนม นม น้ำหวาน ไว้รับประทานเมื่อมีอาการอยาก

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าเมื่อครั้งอยู่บ้านผู้ป่วยจะถ่ายอุจจาระทุกวัน ไม่มีริดสีดวงทวาร ไม่มีภาวะท้องผูก ไม่เคยใช้ยาระบาย แต่ระหว่างเข้ารับการรักษาใน รพ. วันที่ 30 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 8 เมษายน ยังไม่ถ่ายอุจจาระ มีอาการจุกเสียดแน่นท้อง ท้องผูก ปัสสาวะได้ปกติ ลักษณะสีเหลืองใส ไม่มีอาการแสบขัด

สรุป : ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่าย ท้องผูก ไม่ถ่ายอุจจาระ 7 วัน

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ปกติไม่ได้ออกกำลังกาย ส่วนมากผู้ป่วยจะแยกตัวพักผ่อนในห้องนอน และออกไปเที่ยวกับเพื่อน ขณะเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายทุกวันๆ ละ 2 ครั้ง คือ ช่วงเช้าเวลา 06.00 – 06.30น. ออกกำลังกายยืดเหยียด และช่วงเย็นเวลา 16.30 – 17.00น. ออกกำลังกายด้วยการเดินสลับวิ่งรอบสนามกีฬา ทำให้มีรู้สึกว่าร่างกายเริ่มแข็งแรงขึ้น รู้สึกสดชื่นกระปี้กระเป่าเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ และจะพยายามออกกำลังกายเป็นประจำเมื่อออกจากโรงพยาบาล

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับกิจกรรมและการออกกำลังกาย

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

ปกตินอนที่บ้านเข้านอนไม่เป็นเวลา นอนดึกตื่นสายเฉลี่ยอยู่ในช่วงเวลา 03.00น.-12.00น. นอนหลับไม่ค่อยสนิท บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยไม่สามารถนอนหลับได้ในช่วงกลางคืนเนื่องจากรู้สึกกลัวหวาดระแวงเพื่อนพี่ชาย จะเข้ามาข่มขืน ผู้ป่วยซื้อยานอนหลับ (ยา diazepam 2mg/ 5mg หรือยา midazolam) จากร้านขายยาหรือซื้อกับเพื่อนที่ขายมากินเพื่อช่วยให้นอนหลับได้ ผู้ป่วยกินยาช่วยให้นอนหลับเฉลี่ยวันละ 5-7 เม็ด ต่อเนื่องมาประมาณ 3 ปี และขณะบำบัดรักษาในโรงพยาบาล ในช่วง 3 วันแรก นอนหลับตลอดทั้งกลางวันกลางคืน หลังได้รับการปรับขนาดยาและพยาบาลสอนการฝึกผ่อนคลายผู้ป่วยหลับสนิทมากขึ้นเข้านอน 21.00-06.00 น.

สรุป : ผู้ป่วยมีปัญหาคาการพักผ่อนนอนหลับ

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้

เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) ไม่เรียนต่อเนื่องจากมีปัญหาการติดยาเสพติด ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีปัญหาครอบครัวบิดามารดาหย่าร้าง ตนเองติดยาเสพติด และพยายามเลิกหลายครั้งแต่ยังเลิกไม่ได้ ผู้ป่วยรับรู้ผลกระทบจากการเสพยาเสพติด ทำให้มีอาการหว่วหวาดระแวง อารมณ์ไม่คงที่ เบื่อ หงุดหงิดง่าย อ่อนเพลีย เครียด ขณะเจ็บป่วยมีอาการหว่วหว่วได้ยินเสียงผู้ชายไม่รู้จักบอกให้ตาย รับรู้วัน เวลา สถานที่ สามารถบอกชื่อ-นามสกุลได้ พูดคุยสื่อสารเข้าใจ

สรุป : ผู้ป่วยมีปัญหาคาการรับรู้ ย้ำคิดย้ำทำ กลว่าโทษตนเอง รู้สึกไม่ติดกับตนเองรังเกียจตนเอง

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

มีความรู้สึกวิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ กลว่าโทษตนเอง อยากทำร้ายตนเองไม่สามารถลืมภาพความจำเมื่อครั้งถูกเพื่อนพี่ชายข่มขืนได้ รู้สึกไม่ติดกับตนเองรังเกียจตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระครอบครัว คิดอยากตาย มีอาการหว่วหว่วได้ยินเสียงผู้ชายไม่รู้จักบอกให้ตาย กรีดแขนกรีดข้อมือรู้สึกเจ็บและกลัว ไม่กล้าบอกเล่าเรื่องราว ความรู้สึกตนเองให้มารดาฟังเนื่องจากกลัวมารดาไม่รัก

สรุป : ผู้ป่วยมีปัญหาคาการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ผู้ป่วยว่างงาน ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยอยู่กับมารดา พี่ชาย และยาย ทุกคนพยายามให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นอย่างดีเมื่อครั้งก่อนป่วย ภายหลังป่วยยายจะชอบบ่น ตำหนิผู้ป่วยเรื่องการเสพยาและการออกไปเที่ยวกับเพื่อนบ่อยครั้ง มารดาออกไปทำงานตั้งแต่เช้าเลิกงานกลับบ้านช่วงเย็นๆ พี่ชายเช่นกันออกไป

ทำงาน เกี่ยวกับเพื่อนบ้าง ในครอบครัวโดยรวมไม่ได้พบปะพูดคุยกัน ต่างคนต่างทำหน้าที่ของตนเอง แต่รับรู้ถึงความรักความผูกพันในบ้าน บุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยคือมารดาและพี่ชาย ซึ่งคอยช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหา ผู้ป่วยแยกตัวพูดน้อย พูดคุยกันปรึกษากันรับประทานอาหารร่วมกันนานๆ ครั้ง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วยเป็นปกติช่วยเหลือกันดี เวลามีปัญหาและการแก้ไขปัญหภายในครอบครัว จะมีมารดาดูแลช่วยจัดการปัญหาให้ตลอด ผู้ป่วยมีความรู้สึกตนเองเป็นภาระของครู้ครู้ มองว่าตนเองไม่ได้ให้การช่วยเหลือครอบครัวเท่าที่ควรจะเป็น แต่ผู้ป่วยยอมรับว่าไม่รู้จะทำอะไรเพราะทุกคนทำหมดแล้ว ขณะที่ผู้ป่วยพูดถึงครอบครัวมีความรู้สึกโกรธผิดหวังในตัวบิดาที่ทิ้งมารดาและลูกทั้ง 2 คนไปมีภรรยาคนใหม่ สงสารมารดาที่ต้องเลี้ยงดูแลลูก 2 คนเพียงลำพัง

สรุป : ผู้ป่วยมีปัญหาบทบาทและสัมพันธ์ภาพ

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

เริ่มสนใจมีแฟน มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 14 ปี เมื่อครั้งเรียนอยู่มัธยม 2 ซึ่งแฟนเป็นนักเรียนรุ่นที่มัธยมศึกษาปีที่ 4 โดยคบกันระหว่างเรียนนัดกันไปเที่ยวหลังเลิกเรียน หรือช่วงวันหยุด มีตี๋มเปียร์ เสพยาบ้า เที่ยวสนุกและมีเพศสัมพันธ์มีการป้องกันการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยการให้แฟนสวมถุงยางอนามัย บางครั้งก็มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน คบกันได้ 2 ปี เลิกกันเนื่องจากแฟนเรียนจบและไปมีคนอื่น ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจได้ไม่นานจึงได้คบกับแฟนอีก 3 คนซึ่งแต่ละคนก็ได้มีเพศสัมพันธ์ทุกคนทั้งป้องกันและไม่ได้ป้องกัน และผู้ป่วยถูกล่วงละเมิดทางเพศจากญาติซึ่งเป็นลูกของน้องมารดาที่มีบ้านอยู่ระแวงหมู่บ้านเดียวกัน ชมชื่นในห้องของผู้ป่วยเอง และผู้ชายคนดังกล่าวก็หาโอกาสที่มารดาไม่อยู่บ้านเข้ามาชมชื่นอีก 2-3 ครั้ง ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้เล่าเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นให้มารดาและพี่ชายได้รับรู้ และผู้ป่วยรับรู้ว่าอาจจะเป็นสาเหตุที่เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับด้วย

สรุป : ผู้ป่วยมีปัญหาเพศและการเจริญพันธุ์

แบบแผนที่ 10 ความเครียดและความทนทานต่อความเครียด

ก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี ผู้ป่วยแยกตัวอยู่ในห้อง เมื่อรู้สึกเครียดอยากเสพจะออกไปเที่ยวเสพยาเสพติดกับเพื่อน ผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการเครียดตนเองที่เกิดได้ง่าย สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด จากปัญหาครอบครัว ที่ไม่สามารถจัดการได้จนเกิดภาวะวิกฤติครอบครัวคือบิดามารดาเลิกร่างกัน เมื่อเผชิญกับสิ่งที่กระทบกระเทือนใจดังกล่าวผู้ป่วยแก้ปัญหาด้วยการออกไปเสพยาเสพติด หรือแยกเก็บตัวเงียบในห้อง มีประวัติการทำร้ายตัวเองด้วยวิธีการใช้มีดกรีดข้อมือ แขนทั้ง 2 ข้าง เนื่องจากไม่สามารถทนต่อความเครียดและอารมณ์เศร้าได้ ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลประเมินประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) รวมคะแนนเท่ากับ 11 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และทำการประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) รวมคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย

สรุป : ผู้ป่วยมีปัญหาความเครียดและความทนทานต่อความเครียด

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ตามทะเบียนราษฎร สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วยคือมารดา และผู้ป่วยเข้าใจว่าผลจากการกระทำของทั้งบิดามารดาทำให้ตนเองติดยาเสพติด เกิดอาการป่วยนอนไม่หลับและเชื่อ

ว่าทุกคนมีเส้นทางการดำเนินชีวิตเป็นของตนเอง ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน และผู้ป่วยมีความพยายามพึ่งตนเองมากกว่าพึ่งพามารดา แต่อย่างไรก็ตามเป็นกำลังใจเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วย

สรุป : ผู้ป่วยมีปัญหาคุณค่าและความเชื่อ

ผลการประเมินด้วยแบบประเมินอื่นๆ

การประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาการใช้ยาและสารเสพติด โดยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v2: อยู่ในระดับ 39 คะแนน แสดงว่าระดับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูง อนุมานว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง

การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2566 มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) รวมคะแนนเท่ากับ 11 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และทำการประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) รวมคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย เผื่อระวังประเมินซ้ำ ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 13 เมษายน 2566 ประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) รวมคะแนนเท่ากับ 7 คะแนน และครั้งที่ 3 วันที่ 27 เมษายน 2566 ก่อนจำหน่าย ประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) รวมคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน ไม่มีอาการหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) อยากเลิกยาเสพติดตามที่มารดาและครอบครัวร้องขอ แต่ไม่แน่ใจว่าการควบคุมตนเองได้ดีหรือไม่ ยังไม่มั่นใจกับการมาบำบัดเพื่อเลิกยาครั้งนี้

การทดสอบทางจิตวิทยาคลินิก โดยนักจิตวิทยาคลินิก เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ Rorschach, H-T-P เพื่อประเมินอาการทางจิตและภาวะซึมเศร้า ผลการทดสอบ พบว่า ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว อึดอัดอ่อนแออย่างมาก เปราะบางและถูกกระทบกระเทือนได้ง่ายทั้งทางอารมณ์และจิตใจ การเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำรู้สึกด้อยค่า พบ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดหลังความเครียดที่สะเทือนใจ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไร้พลังงาน และยังคงหมกมุ่นอยู่กับความคิดและจินตนาการของตนเอง ไม่สามารถอยู่กับความเป็นจริงได้ อีกทั้งยังพบความวิตกกังวล ซึ่งผู้ป่วยขาดที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจเนื่องจาก พบความร้อยระอุในครอบครัวและสัมพันธ์ภาพที่ห่างเหิน ซึ่งมีข้อเสนอแนะดังนี้

- ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จึงควรได้รับการบำบัดด้วยยาควบคู่กับสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดและหรือการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล แต่อาจต้องใช้เวลาระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยมีปมปัญหาที่ซับซ้อน

- ผู้ป่วยขาดที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและบุคคลสำคัญ อาจทำให้ผู้ป่วยแสดงออกในลักษณะการต้องการความรักและการยอมรับ ดังนั้นควรเพิ่มเติมในเรื่องการตระหนักและเห็นคุณค่าในตนเอง

การประเมินทางสังคม โดยนักสังคมสงเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยอารมณ์ไม่มั่นคง มีประวัติทำร้ายตนเอง บุคลิกภาพคล้ายเด็ก มักเรียกร้องและร้องขอ การรับรู้ผลกระทบจากการเสพยาค่อนข้างน้อยแบบ intellectual insight, stage of change ระยะ contemplation แรงจูงใจในการเลิกยาค่อนข้างน้อย อาศัยอยู่กับมารดา พี่สาว มีความขัดแย้งกับมารดาค่อนข้างบ่อย

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- วันที่ 30 มีนาคม 2566 ผลตรวจพิสูจน์ยาเสพติดในปัสสาวะ (urine for amphetamine): Negative
(urine for marijuana): Negative
(urine for opioid): Negative
- วันที่ 30 มีนาคม 2566 ผลการตรวจการตั้งครรภ์ (urine pregnancy test) : Negative
- วันที่ 30 มีนาคม 2566 ผลการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ด้วย ATK : Negative
- วันที่ 30 มีนาคม 2566 ผลการตรวจ CxR: Normal

Blood examination (CBC) 30 มีนาคม 2566

Test (ระบุ)	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	9.60 $10^3/\text{mm}^3$	4.00-10.00 $10^3/\text{mm}^3$	ปกติ
RBC	5.67 H $10^6/\text{mm}^3$	4.00-5.50 $10^6/\text{mm}^3$	สูงกว่าปกติ
HGB	9.6 L g/dl	12.0-16.0 g/dl	ต่ำกว่าปกติ
HCT	31.2 L %	36.0-48.0%	ต่ำกว่าปกติ
MCV	55.0 L fL	80.0-95.0 fL	ต่ำกว่าปกติ
MCHC	16.9 L pg	27.0-32.0 pg	ต่ำกว่าปกติ
RDW	22.1 H %	9.0-15.0 %	สูงกว่าปกติ
Neutrophils	65.3 %	46.5-75.0 %	ปกติ
Lymphocytes	28.8 %	12.0-44.0 %	ปกติ
Monocytes	4.1 %	0.0-11.2 %	ปกติ
Eosinophils	1.4%	0.0-9.5 %	ปกติ
Basophil	0.4 %	0.0-2.5 %	ปกติ

Blood examination (BUN, Creatinine, Electrolytes, LFT) 30 มีนาคม 2566

Test (ระบุ)	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าปกติ	การแปลผล
BUN	11.0 mg/dl	7.0-18.0 mg/dl	ปกติ
Creatinine	0.60 mg/dl	0.60-0.90 mg/dl	ปกติ
Electrolyte			
- Sodium (Na)	140 mmol/L	136-145 mmol/L	ปกติ
- Potassium (K)	4.1 mmol/L	3.5-5.1 mmol/L	ปกติ
- Chloride (Cl)	108 H mmol/L	98-107 mmol/L	สูงกว่าปกติ
- TCO ₂	22 mmol/L	22-29 mmol/L	ปกติ
- Anion gap	10 mmol/L		

Test (ระบุ)	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าปกติ	การแปลผล
Liver Function Test			
- Total protein	7.6 g/dL	6.4-8.3 g/dL	ปกติ
- Albumin	4.5 g/dL	3.5-5.2 g/dL	ปกติ
- Globulin	3.1 g/dL		
- Total Bilirubin	0.3 mg/dL	0.2-1.2 mg/dL	ปกติ
- Direct Bilirubin	0.1 mg/dL	0.0-0.5 mg/dL	ปกติ
- SGOT	15 u/L	5-34 u/L	ปกติ
- SGPT	13 u/L	0-34 u/L	ปกติ
- ALP	94 u/L	40-1500 u/L	ปกติ

Urine examination 30 มีนาคม 2566

Test (ระบุ)	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าปกติ	การแปลผล
Physical Examination			
- Color	Colorless	Normal: yellow	ปกติ
- Transparency	Clear	Normal: clear	ปกติ
- Specific gravity	1.000 L	1.003-1.030 L	ปกติ
- pH	5.5	4.5-8.0	ปกติ
Chemical Examination			
- protein	Negative	Normal: Negative	ปกติ
- glucose	Negative	Normal: Negative	ปกติ
- ketone	Negative	Normal: Negative	ปกติ
- bilirubin	Negative	Normal: Negative	ปกติ
- erythrocyte	Negative	Normal: Negative	ปกติ
- urobilinogen	Negative	Normal: Negative	ปกติ
- nitrite	Negative	Normal: Negative	ปกติ
- leucocyte	Negative	Normal: Negative	ปกติ

Test (ระบุ)	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าปกติ	การแปลผล
Urine Sedimentation			
- WBC	Not seen	0-5 cells/HPF	ปกติ
- RBC	Not seen	0-2 cells/HPF	ปกติ
- epithelial cell	0-1 cells/ HPF	0-5 cells/HPF	ปกติ
- mucous	Not seen	Not found	ปกติ
- bacteria	Not seen	Not found	ปกติ
- budding yeast	Not seen	Not found	ปกติ
- sperm	Not seen	Not found	ปกติ
Urine Crystal	Not seen		ปกติ

Blood for Anti-HIV, HBsAs, HBsAb Anti HCV, VDRL 6 เมษายน 2566

Test (ระบุ)	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าปกติ	การแปลผล
Anti-HIV	Negative	Negative	Negative
HBsAs	Negative	Negative	Negative
HBsAb	Negative	Negative	Negative
Anti-HCV	Negative	Negative	Negative
RPR	Non-reactive	Non-reactive	Non-reactive

5. แผนการรักษาของแพทย์

วันที่	Progress note	Order for one day	Order for continue
30 มีนาคม 2566 15.50น.	- multiple substance use - benzo dependence - suicide attempt	Admit เพื่อ rehab ดึกหญิง - CxR, ATK - CBC,BUN,Cr,E'lyte,LFT - U/A <u>Med</u> - halo 50mg IM stat then prn q 30 min max 3 dose - diazepam 10mg 1 tab q 6 hr x 3 วัน	suicide precaution <u>Med</u> - quetiapine 200mg ½ tab oral hs - sertraline 50mg 2tab hs - benzhexol 2mg 1tab oral prn for EPS
31 มีนาคม 2566 08.30น.	- ย้ายฟื้นฟูฯ หลัง off withdrawal		

วันที่	Progress note	Order for one day	Order for continue
2 เมษายน 2566 09.30น.	- เพลียตลอดวัน บ่นนอน ไม่หลับ		- diazepam 10mg 1 oral pc เข้า-เที่ยง-ก่อนนอน x 3 วัน
5 เมษายน 2566 08.45น.		- ย้ายพื้นฟูฯ ได้	
6 เมษายน 2566 10.30น.	- ผู้ป่วยไม่ประสงค์ให้ มารดาได้รับทราบข้อมูลของ ตน - multiple substance use induce psychosis -R/O PTSD	- consult harm for VCT if positive ส่ง blood for Anti-HIV, HBsAs, HBsAb Anti HCV, VDRL - consult นักจิต for psycho-test - consult จิตแพทย์	<u>Review treatment</u> -suicide precaution <u>Med</u> - quetiapine 200mg ½ tab oral hs - sertraline 50mg 2tab oral hs - benzhexol 2mg 1tab oral prn for EPS - clonazepam 0.5mg 2tab oral hs - clonazepam 0.5mg ½ tab oral pc เข้า - clorazepate 5mg 1 tab oral for anxiety max 2 dose/day - trazodone 50mg 1tab oral hs
7 เมษายน 2566 09.30น.	ย้าคิดย้าทำ คิดอยากทำ ร้ายตนเอง		- clorazepate 5 mg 1tab oral เข้า-เที่ยง-ก่อนนอน เริ่มเที่ยงนี้
7 เมษายน 2566 17.30น.		- รับ consult จิตแพทย์	- off quetiapine เดิม - quetiapine 200mg 2tab oral hs
8 เมษายน 2566 10.30น.	<u>consult จิตแพทย์</u> Imp: persistent depressive disorder Post traumatic stress : amphetamine dependence		

วันที่	Progress note	Order for one day	Order for continue
9 เมษายน 2566 11.45น.	<p><u>psychiatrist-note</u> “คุณไข่มุก” มีหูแว่วมาบอกให้ผู้ป่วยตาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฝันร้ายทุกคืน - ฝันร้ายนั่งในที่มืดคนเดียว ฝันร้ายว่ามีคนมาทำร้ายเรา - อยากให้ย้ายออกจากบ้านเพราะยายบ่นเยอะ - ระแวงพี่สาวของแม่จะมาฮุบสมบัติ - ระแวงพี่สาวอีกคนของแม่คิดว่าเขาส่งคนมาทำลายของที่บ้าน - ระแวงพี่ชายของแม่พูดไม่ดี 		<ul style="list-style-type: none"> - off trazodone - off quetiapine - quetiapine 200 mg 3tab oral hs
12 เมษายน 2566 09.30น.	<p><u>psychiatrist-note</u> - เศร้ามากขึ้น คิดอยากทำร้ายตนเอง</p>		<p><u>Review treatment</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - quetiapine 200mg 4tab oral hs - sertraline 50mg 1tab oral pc เช้า, 2tab oral hs - benzhexol 2mg 1 tab oral prn for EPS - clonazepam 0.5mg ½ tab oral at 06.00, 14.00, 1tab oral hs - clorazepate 5 mg 1tab oral tid pc - haloperidol 5mg IM prn q 30 min for severe anxiety agitation (max 2 dose/day) - เฝ้าระวัง NMS (ไข้, ชี้น, สั่น, rigidity)

วันที่	Progress note	Order for one day	Order for continue
15 เมษายน 2566 10.00น.	<p>psychiatrist-note</p> <ul style="list-style-type: none"> - สดชื่นมากขึ้น - หูแว่วลดลง (เหลือหูแว่ว 1 ครั้งในตอนกลางคืน เป็นเสียงผู้ชาย ไม่รู้จัก) - ความคิดฆ่าตัวตาย (ผูกคอ) ลดลง 		<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมกิจกรรม อ่านหนังสือ ออกกำลังกาย ต่อจ็อกซอร์ว ต่อเลโก้
18 เมษายน 2566	<p>psychiatrist-note</p> <ul style="list-style-type: none"> - เศร้ามากขึ้นมา 2 วัน - ปฏิเสธหูแว่ว - รู้สึกเบื่อ คิดถึงเรื่องในอดีต 		<ul style="list-style-type: none"> - off sertraline เดิม - sertraline 50mg 2tab oral pc เช้า, 2tab hs
20 เมษายน 2566	<ul style="list-style-type: none"> - คิดวณเรื่องเก่าๆ ทำให้ไม่สบายใจ กลัวคำพูดที่รุนแรงของมารดา “มึงไปตายซะ” - รู้สึกตนเองเป็นภาระของแม่ อยากรู้ว่าแม่จะรักตนเองอยู่มัย จะเลิกเสพจะไม่ทำให้แม่ผิดหวัง 		
24 เมษายน 2566 12.35น.	<p>psychiatrist-note</p> <ul style="list-style-type: none"> - หูแว่วลดลง เสียงต่อว่าลดลง - ยังมีความคิดฆ่าตัวตาย - ปฏิเสธ suicidal attempt ที่บ้าน - ผู้ป่วยให้ commitment ว่าจะกลับมา follow up ในวันที่ 16/5/66 - ผู้ป่วยต้องการกลับบ้าน ต้องการให้แม่เข้าใจ อยากให้แม่มีเวลาให้มากขึ้น อยากอยู่กับแม่ 	plan D/C 27/4/66	

วันที่	Progress note	Order for one day	Order for continue
27 เมษายน 2566 10.30น.	สดขึ้น ปฏิเสธความคิด suicide Idea 1. amphetamine dependence 2. persistent depressive disorder	D/C, F/U 16/5/66 <u>HM</u> - quetiapine 200mg 4tab oral hs # 80 tab - sertraline 50mg 2tab oral pc เช้า, hs # 80 tab - benzhexol 2mg 1 tab oral for EPS # 20 tab - clorazepate 5mg 1tab oral hs # 20 tab - clonazepam 0.5mg ½ tab oral at 06.00, 14.00 # 20 tab	

6. การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการรวบรวมข้อมูล ชักประวัติ การประเมินสุขภาพตรวจร่างกายตามระบบ การประเมิน 11 แบบแผน สุขภาพ การประเมินระดับความรุนแรงการใช้ยาและสารเสพติด (V2) การประเมินโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q,9Q,8Q) การประเมินทดสอบอาการทางจิต (Phyco-test) การประเมินทักษะทางสังคม ข้อมูลการวินิจฉัยจากแพทย์ และสรุปแผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการต่างๆ สามารถนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เป้าหมายการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล ได้ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า
และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเนื่องจากมีความคิดเชิงลบ
คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองโลกแง่ร้าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นบกพร่องเนื่องจากขาดทักษะ
การสร้างสัมพันธ์ภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 การปรับตัวในการแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดทักษะ
การแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง
ในการเลิกยาเสพติดและขาดทักษะการป้องกันการเสพติดซ้ำ

7. การปฏิบัติการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า

และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

(พบปัญหาระหว่างวันที่ 30 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 27 เมษายน 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยบอกรู้สึกเศร้า มีความคิดอยากตาย หูแว่วมีคนสั่งให้ตาย

Objective data: มารดาผู้ป่วยบอกว่าเมื่อ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยบ่นอยากตาย กินยานอนหลับ ทุกวันๆ ละ 5-7 เม็ด

: ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2566 มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

: ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2566 รวมคะแนน เท่ากับ 11 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

: ผลการประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2566 รวมคะแนน เท่ากับ 1 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย

วัตถุประสงค์ (Objective)

: เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองขณะบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

: ผู้ป่วยไม่มีความคิดทำร้ายตนเองหรือไม่มีแผนการทำร้ายตนเอง

: ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

: ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมได้ด้วยตนเอง

: ผลการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม คะแนนลดลง หรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ

: ผลการประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม หรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย

กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention)

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยจากคำพูด ท่าทาง การกระทำ ความคิด ความรู้สึก และสภาพการณ์แวดล้อมที่อาจเป็นสาเหตุกระตุ้น

2. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง

- จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีสิ่งรบกวน มีแสงสว่างเพียงพอ และอากาศถ่ายเทได้สะดวก

- จัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องใช้ที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นเครื่องมือ หรืออาวุธในการทำร้ายตนเอง เช่น ของมีคมทุกชนิด หรือของแข็งที่อาจใช้เป็นอาวุธ น้ำยาเคมี เป็นต้น

3. แสดงการยอมรับผู้ป่วยและไม่แยกผู้ป่วยออกไปอยู่คนเดียว จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่มี

สิ่งที่เป็นอันตราย

4. ใช้เทคนิคการสนทนาที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมา และใส่ใจรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยด้วย

ท่าทีที่จริงใจ และเป็นมิตร

5. สอบถามถึงวิธีการ และความคิดที่จะทำร้ายตนเอง เพื่อป้องกันการกระทำที่อาจเกิดขึ้น
6. สนทนากับผู้ป่วยถึงข้อดี ข้อเสีย ที่ผู้ป่วยได้รับการทำร้ายตนเอง ใช้เทคนิคกระตุ้นในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหากับผู้ป่วย
7. ทำสัญญากับผู้ป่วยจะไม่ทำร้ายตนเองในระยะเวลาอันใกล้นี้ และขอให้บอกพยาบาลทุกครั้งที่มีความคิดจะทำร้ายตนเอง วิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลมีความห่วงใยและเห็นว่าการมีชีวิตอยู่ของเขาเป็นสิ่งที่มีความหมาย
8. ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความหวังของการที่ยังมีชีวิตอยู่ เช่น พูดถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตในอนาคต
9. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมซึมเศร้า หรือแยกตัว เช่น ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายตอนเช้า เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มประคับประคอง ให้ผู้ป่วยอ่านหนังสือ
10. ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดติดตามเฝ้าความต้องการอย่างใกล้ชิดและความต้องการของผู้ป่วย โดยไม่รบกวนเวลาของผู้ป่วย
11. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่น
12. ให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับลักษณะ พฤติกรรม อาการ และแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจ และให้ความร่วมมือในการรักษา
13. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์
14. ติดตามประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นระยะและรายงานเพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาหากผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น
15. ติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (2Q,9Q,8Q) ซ้ำจนครบ 1 เดือน และก่อนการจำหน่าย ครั้งที่ 2 วันที่ 13 เมษายน 2566 ครั้งที่ 3 วันที่ 27 เมษายน 2566

การประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation)

แรกรับประเมินอาการผู้ป่วยโดยการสอบถามผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกเศร้า รู้สึกไม่ดีกับตนเอง มีความคิดอยากตาย ด้วยการกินยานอนหลับให้หลับโดยไม่ต้องตื่น บางครั้งมีอาการหวิวแว่วเสียงผู้ชายสั่งให้ตาย หลังการฟื้นฟูสมรรถภาพอาการซึมเศร้ามลดลง ผลการประเมินเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 13 เมษายน 2566 ประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) รวมคะแนนเท่ากับ 7 คะแนน และครั้งที่ 3 วันที่ 27 เมษายน 2566 ก่อนจำหน่าย ประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) รวมคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน ไม่มีอาการหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก ผู้ป่วยปฏิเสธความคิดทำร้ายตนเอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเนื่องจากมีความคิดเชิงลบ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองโลกแง่ร้าย (พบปัญหาระหว่างวันที่ 6 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 24 เมษายน 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

- Subjective data: ผู้ป่วยบอกถูกเพื่อนของพี่ชายข่มขืน ไม่ประสงค์ให้มารดาได้รับทราบข้อมูล
- : ฝันร้ายนั่งในที่มืดคนเดียว ฝันร้ายว่ามีคนมาทำร้าย
 - : รู้สึกตนเองเป็นภาระของแม่ ตนเองทำตัวเกรง ไม่รู้ว่าแม่จะรักตนเองอยู่มัย

: อยากให้ย้ายออกจากบ้านเพราะยายบ่นเยอะ

Objective data: ขณะพูด ก้มหน้า สีหน้าเศร้าหมอง เหม่อลอยบ่อยๆ

: ระแวงพี่สาวของแม่จะมาอุบสมบัติ

: ระแวงพี่สาวอีกคนของแม่คิดว่าเขาส่งคนมาทำลายของที่บ้าน

: ระแวงพี่ชายของแม่พูดไม่ดี

: ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม วันที่ 30 มีนาคม 2566 รวมคะแนนเท่ากับ 11

มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อให้ผู้ป่วยใจตนเองผ่านโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้า

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้จักและยอมรับการป่วยติดยาเสพติด และโรคซึมเศร้า
2. ผู้ป่วยสามารถสร้างมุมมองใหม่ ค้นหาคุณค่าในตนเองได้
3. ผู้ป่วยสามารถค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อนของตนเองได้
4. ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองร่วมกับมารดาผู้ดูแลได้

กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention)

1. ออกแบบโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคลเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 6 กิจกรรม ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมองติดยาและโรคซึมเศร้าเรื้อรัง กิจกรรมที่ 1 รู้จักและยอมรับการเจ็บป่วย

องค์ประกอบที่ 2 รื้อสร้างความคิดใหม่ ได้แก่ กิจกรรมที่ 2 รู้จักความคิดอัตโนมัติ และกิจกรรมที่ 3 รื้อสร้างมุมมองใหม่

องค์ประกอบที่ 3 ปลูกพลังคุณค่าในตนเอง ได้แก่ กิจกรรมที่ 4 คุณค่าในตนเองสร้างได้ และกิจกรรมที่ 5 รู้จุดแข็งยอมรับจุดอ่อน

องค์ประกอบที่ 4 ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ได้แก่ กิจกรรมที่ 6 ครอบครัวช่วยได้

2. จัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วยตามโปรแกรมที่ออกแบบ ตามกำหนด ดังนี้

วันที่ 7 เมษายน 2566 กิจกรรมที่ 1 รู้จักและยอมรับการเจ็บป่วย

วันที่ 11 เมษายน 2566 กิจกรรมที่ 2 รู้จักความคิดอัตโนมัติ

วันที่ 15 เมษายน 2566 กิจกรรมที่ 3 รื้อสร้างมุมมองใหม่

วันที่ 19 เมษายน 2566 กิจกรรมที่ 4 คุณค่าในตนเองสร้างได้

วันที่ 23 เมษายน 2566 กิจกรรมที่ 5 รู้จุดแข็งยอมรับจุดอ่อน

วันที่ 27 เมษายน 2566 กิจกรรมที่ 6 ครอบครัวช่วยได้

การประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation) : วันที่ 27 เมษายน 2566

1. ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการป่วยติดยาเสพติด และเข้าใจถึงอาการป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง
2. ผู้ป่วยสามารถค้นหาจุดแข็งของตนเองได้ คือ สามารถเติบโตได้แม้จะอยากลำบาก รักแม่ มีแม่เป็นแบบอย่าง เคยเลิกยาเสพติดได้ 2 ปี และสามารถค้นหาจุดอ่อนของตนเองได้ คือ ไม่ชอบพูดคุยสนทนากับบุคคลอื่น จิตใจไม่เข้มแข็ง ปฏิเสธเพื่อนที่ชักชวนไปเสพยาไม่เป็น และเป็นคนรู้สึกกลัวไม่ปลอดภัยระยะแวงมากเกินไป
3. ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความมีคุณค่าของตนเองร่วมกับมารดาได้ แสดงออกด้วยการกอดมารดา กล่าวขอโทษยอมรับการช่วยเหลือ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่องเนื่องจากขาดทักษะการสร้างสัมพันธภาพ (พบปัญหาระหว่างวันที่ 31 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 25 เมษายน 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยบอกคิดท้อใจเรื่องต่างๆ ทำให้ไม่สบายใจ กลัวคำพูดที่รุนแรงของมารดาเวลาโกรธ “มึงไปตายซะ”

: ผู้ป่วยบอกรู้สึกตนเองเป็นภาระของแม่ อยากรู้ว่าแม่จะรักตนเองอยู่มัย จะเลิกเสพยาจะไม่ทำให้แม่ผิดหวัง

Objective data: จากการสังเกต ผู้ป่วยแยกตัว มักนั่งคนเดียว สีหน้าเรียบเฉย ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยรายอื่น

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทำความเข้าใจปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดจากโรคซึมเศร้าเรื้อรังจากการใช้ยาเสพติด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดจากโรคซึมเศร้าเรื้อรัง
2. ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ปัญหาสัมพันธภาพของตนเองได้
3. ผู้ป่วยสามารถค้นหาทางเลือกวิธีการในการพัฒนาสัมพันธภาพได้
4. ผู้ป่วยสามารถพิจารณาเลือกวิธีการ ทางเลือกในการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพได้

กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention)

1. จัดทำแผนการจัดการบำบัดสัมพันธภาพรายบุคคลโดยเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พยายามแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความอาการของโรคซึมเศร้าจากการใช้ยาเสพติด

2. ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ พยาบาลและผู้รับบริการทำความรู้จักกัน เพื่อสร้างสัมพันธภาพในขั้นต้นดำเนินไปด้วยดีจะทำให้ทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะดำเนินในขั้นต่อไปได้ โดยปฏิบัติ ดังนี้

2.1 แนะนำตนเอง เพื่อเพิ่มความรู้สึกไว้วางใจในตัวพยาบาล พร้อมกับบอกวัตถุประสงค์การนัดหมายและการพูดคุยสนทนา

2.2 กำหนดข้อตกลงของสัมพันธภาพ หลังจากแนะนำตนเองแล้ว พยาบาลต้องบอกถึงข้อตกลงของการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งได้แก่ สถานที่ เวลาที่นัดหมายเพื่อสนทนา ระยะเวลาของการสนทนาแต่ละครั้ง เป็นต้น ซึ่งข้อตกลงเหล่านี้จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลเมื่อต้องสิ้นสุดสัมพันธภาพ และยังช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจขอบเขตของสัมพันธภาพ

2.3 ลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการพบกันครั้งแรกหรือในระยะของการมีสัมพันธภาพด้วยการแสดงท่าทีและพฤติกรรมของพยาบาลที่น่าไว้วางใจได้ และท่าทีที่แสดงออกในลักษณะของการยกย่องนับถือผู้รับบริการ การรักษาสัญญาและรักษาความลับ รวมทั้งท่าทีที่สม่ำเสมอ

2.4 ประเมินความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้รับบริการ ความคิดต่อตนเองต่อความเจ็บป่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง

3. ระยะระบุปัญหา ค้นหาสาเหตุของปัญหาของผู้รับบริการ พยาบาลใช้เทคนิคการสนทนาที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้รับบริการได้ระบายปัญหาความวิตกกังวลออกมาให้มากที่สุด เพื่อช่วยให้สามารถระบุปัญหา ซึ่งทักษะที่สำคัญของพยาบาลในระยะนี้คือ การฟังและการถาม ฟังอย่างตั้งใจและติดตามเรื่องราวของผู้รับบริการเพื่อจับประเด็นให้ได้ ฟังอย่างเข้าใจและเห็นใจในปัญหาของผู้รับบริการ เมื่อผู้รับบริการได้ระบายปัญหาออกมาแล้ว ผู้รับบริการอาจจะมองเห็นแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง สำหรับการถามนั้น พยาบาลต้องซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ เพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการ

4. ระยะดำเนินการแก้ปัญหา การแก้ปัญหาหลังจากที่สามารถระบุปัญหาได้แล้ว ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต่างรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของบรรยากาศการช่วยเหลือ ผู้รับบริการเห็นคุณค่าของสัมพันธภาพ และเห็นประโยชน์ ในระยะนี้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติ ดังต่อไปนี้คือ

4.1 ช่วยพัฒนาการเข้าใจตนเองและการแก้ไขปัญหของผู้รับบริการ พยาบาลอาจให้ข้อมูลและช่วยผู้รับบริการให้ใช้วิธีการแก้ไขปัญหใหม่ให้ผู้รับบริการ ได้ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง ในแนวทางที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางสร้างสรรค์และเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ

4.2 ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ โดยการให้เวลาให้กำลังใจ ให้การช่วยเหลืออย่างจริงใจ พยายามช่วยให้ผู้รับบริการมีสังคมกับคนอื่นเพื่อสามารถมองตนเองและคนอื่นในแง่ดีขึ้น แต่ต้องไม่ทำให้พึ่งพาพยาบาลมากเกินไป ต้องพยายามทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองสามารถตัดสินใจและปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้

5. ระยะสรุปผล เมื่อผู้รับบริการเข้าใจตนเองและสามารถแก้ไขปัญหได้แล้ว ความต้องการในการช่วยเหลือก็ลดน้อยลง สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการสิ้นสุด ระยะนี้มีการประเมินผลและอาจมีการสร้างเป้าหมายใหม่เพื่อการรักษาและการดำรงภาวะสุขภาพต่อไป พยาบาลยุติสัมพันธภาพ

การประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation) : วันที่ 24 เมษายน 2566

ผู้ป่วยได้รับการกิจกรรมการบำบัดสัมพันธภาพรายบุคคล จำนวน 6 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 31 มีนาคม 2566 กิจกรรมเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ

ครั้งที่ 2 วันที่ 5 เมษายน 2566 กิจกรรมการค้นหาสาเหตุของปัญหาของผู้ป่วย

ครั้งที่ 3 วันที่ 10 เมษายน 2566 กิจกรรมการดำเนินการพิจารณาทางเลือกการแก้ปัญหาสัมพันธภาพ
ครั้งที่ 4 วันที่ 15 เมษายน 2566 ติดตามการแก้ปัญหาสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติแก้ไขปัญหา
ครั้งที่ 5 วันที่ 20 เมษายน 2566 ติดตามการแก้ปัญหาสัมพันธภาพ ผู้ป่วยฝึกบทบาทสมมติในกลุ่มร่วมกับ
ผู้ป่วยรายอื่นในหอผู้ป่วย

ครั้งที่ 6 วันที่ 25 เมษายน 2566 สรุปผล และยุติสัมพันธภาพ

ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดจากโรคซึมเศร้าเรื้อรังจากการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วย ที่ส่งผลให้ผู้ป่วย
ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว บุคคลรอบข้างเกิดความไม่ไว้วางใจ ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการพัฒนา
สัมพันธภาพ ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม จากการติดตามผลหลังการรักษาผู้ป่วย
และมารดา มาตรวจตามนัด 2 ครั้ง ในวันที่ 11 พฤษภาคม 2566 ครั้งที่ 2 วันที่ 25 พฤษภาคม 2566 พบว่า ผู้ป่วย
และมารดา มีสัมพันธภาพที่ดีช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกันด้วยดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 การปรับตัวในการแก้ไขปัญหามีไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดทักษะการแก้ไขปัญหา
ที่มีประสิทธิภาพ (พบปัญหาระหว่างวันที่ 6 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 27 เมษายน 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: มารดาบอกว่าผู้ป่วยเป็นคนที่ไม่ค่อยพูดเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจจะเก็บไว้กับตัวเอง

Objective data: มีความเครียด เศร้า ไม่สบายใจ จะใช้วิธีแก้ไขโดยการเสพยาเสพติด กินยานอนหลับ

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกได้ถึงวิธีการปรับตัว คลายเครียดที่เหมาะสม โดยไม่เสพยาเสพติด
2. มีทางเลือกในการแก้ไขปัญหามีเหมาะสม และสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา

กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention)

1. สร้างสัมพันธภาพการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและร่วมมือ
2. ให้ผู้ป่วยบอกเล่าวิธีการจัดการเมื่อรู้สึกเครียด เศร้า หรือมีปัญหาคับข้องใจ เพื่อประเมินทักษะ
ประสิทธิภาพของการแก้ไขปัญหา เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการใช้วิธีจัดการความเครียดนั้น ร่วมกัน
แสดงความคิดเห็น
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหา การจัดการกับอารมณ์เศร้า โดยเสนอแนวทางวิธีแก้ไขหลายๆ
ทาง เช่น การแก้ไขที่ต้นเหตุอย่างเหมาะสม การเลี่ยงออกจากสถานการณ์ชั่วคราว การใช้วิธีการผ่อนคลาย
ความเครียด การหาแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือแนะนำเมื่อจัดการความเครียดด้วยตนเองไม่ได้ และให้ผู้ป่วยเลือก
วิธีที่เหมาะสมกับตนเอง
4. เพิ่มการรู้แจ้งของผู้ป่วย โดยสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพื่อหาการสนทนาเกี่ยวกับสิ่งที่
เกิดแรงผลักดันที่ทำให้ผู้ป่วยติดสารเสพติด บุคคลหรือสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจพูดถึงการเพิ่มความรู้สึกลง
ตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พูดถึงชนิดของสารเสพติดการเลิกสารเสพติด

5. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุน ให้กำลังใจ ควบคุมประคองผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการแก้ไข ปัญหาได้ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับเส้นทางการติดยา เส้นทางการเลิกยา บทบาทของครอบครัวในการช่วยเหลือ การประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation) : วันที่ 27 เมษายน 2566

ผู้ป่วยรู้วิธีแก้ไขปัญหาและซักถามสามารถบอกได้ว่าจะต้องทำอย่างไรบ้าง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดยาเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในการเลิกยาเสพติดและขาดทักษะการป้องกันการเสพยา (พบปัญหาระหว่างวันที่ 15 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 27 เมษายน 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยบอกว่าไม่อยากมาเลิก ที่ได้มาเพราะมารดาให้มารับ

Objective data: ผู้ป่วยกลับไปอาศัยอยู่ที่เดิม ซึ่งมีกลุ่มเพื่อนเสพยาเสพติด พี่ชายเสพยาเสพติด

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางหลีกเลี่ยงและปฏิเสธการเสพยาเสพติด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และแนวทางการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถหยุดเสพยาเสพติดได้ต่อเนื่อง ไม่กลับไปเสพยา

กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention)

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วย
2. แนะนำการเลิกเสพยาเสพติดที่ถูกต้องให้ผู้ป่วย การเลิกยาเสพติดให้สำเร็จจะต้องมีความตั้งใจเลิกโดยเด็ดขาด เมื่อผู้ป่วยมีประวัติการเสพยาเสพติดที่ยาวนานจนเกิดภาวะสมองติดยา เมื่อหยุดเสพยาได้แล้ว จะมีอาการอยากเสพยา และเมื่อหวนกลับไปเสพยาเสพติดชนิดใดๆ อีก สารเสพติดเหล่านั้นจะกระตุ้นสมองส่วนอยากทำให้เกิดอาการอยากเสพยา และไม่สามารถควบคุมการเสพยาได้จะทำให้ติดยาได้ง่าย
3. สะท้อนให้ผู้ป่วยคิดว่าหากเกิดปัญหาเมื่อใช้ยาเสพติดเป็นทางออก ซึ่งฤทธิ์ของยาเสพติดอาจช่วยเพียงให้เกิดความเมาเคลิ้มสุขแล้วล้มปัญหาชั่วคราว แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นจะหายหรือลดลงไปหรือไม่
4. แนะนำเทคนิควิธีแก้ไขปัญหามันที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติดเป็นทางออก
5. แนะนำการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การเสพยาเสพติด เช่น การไปงานสังสรรค์เกี่ยวกับกลุ่มเพื่อนที่เสพยาเสพติดควรต้องวางแผนก่อนไปว่าหากเพื่อนชวนจะปฏิเสธอย่างไรให้สำเร็จหรือมีญาติไปด้วยเพื่อคอยดูแลไม่ให้กลับไป
6. ควรหากิจกรรมทำไม่ให้งานเพราะการว่างงานจะทำให้นึกถึงยาเสพติดและมีโอกาสกลับไปเสพยาอีก
7. แนะนำผู้ป่วยให้คิดถึงผลกระทบที่เกิดจากการติดยาเสพติด และเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดในชีวิตพร้อมหนทางที่จะไปสู่เป้าหมาย
8. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลิกเสพยาเสพติด และเทคนิคที่ผู้ป่วยจะนำไปใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดได้สำเร็จ

การประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation) : วันที่ 24 เมษายน 2566

1. ผู้ป่วยมีแนวทางในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ
2. ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ถูกต้องเข้าใจเทคนิคต่างๆ ที่แนะนำและจะนำไปปฏิบัติ
3. ผู้ป่วยบอกว่าจะมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

8. วิเคราะห์กรณีศึกษา และเปรียบเทียบทฤษฎี ข้อมูลวิชาการทางการแพทย์และการพยาบาล

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
<p>โรคสมองติดยาเสพติด</p> <p>พฤติกรรมเสพติด (addiction) เป็นโรคเรื้อรังทางสมอง (chronic and complex relapsing brain disease) เป็นภาวะเสียสมดุลของสมองส่วนที่คิดด้วยสติปัญญา (prefrontal cortex) และสมองส่วนอยาก (limbic system) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของโดปามีนในสมอง ตามทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมอง โดยมีหลักฐานที่ให้การสนับสนุนมาจากงานวิจัยสี่ด้าน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การศึกษาในสัตว์ (animal study) ซึ่งผลการศึกษารูปได้อีกว่า ผู้ใช้ หรือ ผู้เสพ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเมื่อเข้าสู่พฤติกรรมเสพติดจะส่งผลให้สมองเกิดความเปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในระยะยาวและถึงแม้ว่าจะหยุดการเสพติดนั้นแล้วก็ตาม 2) การศึกษาทางพันธุกรรม (genetic study) ปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมเสพติด ผลจากการศึกษา พบว่า ช่องว่างระหว่างผู้ใช้หรือผู้เสพ (users) ไปสู่ผู้เสพติด (dependence) มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรมถึงร้อยละ 40-60 แล้วแต่ชนิดของการเสพติด ในปัจจุบันแม้เรายังไม่สามารถรักษาผู้ป่วยโดยการเปลี่ยนพันธุกรรมได้ แต่เราสามารถใช้ความรู้นี้เพื่อการจูงใจและป้องกันพฤติกรรมเสพติดได้ 3) ศึกษาจากการสร้างภาพสมอง (neuroimaging study) สามารถค้นหาภาพและวงจรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสพติด (neurobiological model of brain addiction) ที่สามารถอธิบายกระบวนการของพฤติกรรมการเสพติด ได้แก่ 	<p>ผู้ป่วยเริ่มทดลองเสพยาบ้าตั้งแต่อายุ 14 ปี เนื่องจากอยากลองเสพและสนุกสนานตามเพื่อนในปริมาณ ½ เม็ด เสพเป็นครั้งคราว เมื่อมีโอกาสเดือนละ 1-2 ครั้งในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์หรือเมื่อมีโอกาสเพื่อนชักชวน</p> <p>อายุ 15 ปี ทดลองเสพยาไอซ์ ยาเค ครั้งละ 1 กรัม เดือนละ 2-3 ครั้ง เสพยาอี ครั้งละ 1 เม็ดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง สุขภาพทุกวันๆ ละ 2-3 เขียงร่วมกับเพื่อน 4 คน ดื่มน้ำใบกระท่อมผสมยาแก้ปวด ยาแก้ไอ และน้ำอัดลมทุกวันๆ ดื่มเบียร์ ดื่มสุรา สูบบุหรี่ไฟฟ้าทุกวัน และใช้ยาเสพติดนาน 2 ปี เลิกเสพตัวเอง 1 ปี เนื่องจากรู้สึกเบื่อตัวเอง บางครั้งมีอาการหิวแหว่ นอนไม่หลับ จึงหาซื้อยานอนหลับ diazepam หรือ midazolam แล้วแต่จะหาซื้อได้ โดยยานอนหลับทุกวันๆ ละ 4-5 เม็ด</p> <p>อายุ 18 ปี เริ่มกลับมาเสพยาบ้าและยาไอซ์อีกครั้งๆ ละ 4-5 เม็ด สัปดาห์ละ 1-2 เนื่องจากอยากมีเพื่อน รู้สึกเครียด มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน รู้สึกไม่ไว้วางใจเพื่อและแฟน ไม่สามารถควบคุมปริมาณการเสพได้ หลังเสพมีอาการหิวแหว่ นอนไม่หลับ</p>

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
<p>- ช่วงการใช้สารหรือเสพติดกรรมอย่างมาก (binge and intoxication) ระดับโดปามีน (dopamine) ในสมองเมื่อมีการใช้สารหรือการเสพยาในระยะเวลาหนึ่งเพื่อให้เกิดความพึงพอใจ</p> <p>- ช่วงการถอน (withdrawal and negative effect) กระบวนการต่อเนื่องจากการเกิด สมองจะเกิดการปรับตัวให้ปริมาณของสารที่เข้าสู่ ร่างกายกระตุ้นโดปามีนได้ลดน้อยลง ผลคือการใช้หรือเสพยาไม่สามารถทำให้เกิดความสุขได้ในปริมาณเท่าเดิม จึงต้องเพิ่มการเสพยามากขึ้นและเพื่อพยายามหลีกเลี่ยงผลกระทบในทางลบที่จะเกิดขึ้น</p> <p>- ช่วงหมกมุ่น (preoccupation and anticipation) การเปลี่ยนแปลงของสมองจะค่อยเป็นค่อยไปจนในที่สุดจะเกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในสมองส่วนต่างๆ อันได้แก่ สมองส่วนคิด สมองส่วนอยาก รวมถึงสมองส่วนอื่นๆ เช่น สมองส่วนอารมณ์ สมองส่วนความทรงจำ ส่งผลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมของผู้เสพยา ไม่สามารถควบคุมการตัดสินใจ อารมณ์ หรือมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวมากขึ้น ผู้ที่มีพฤติกรรมเสพยาติดส่วนหนึ่งมีความต้องการที่จะเลิกพฤติกรรมเสพยา แต่ก็มีความยากลำบากอย่างมากที่จะหยุดพฤติกรรม</p> <p>การติดยาบ้านั้นเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เริ่มต้นจากการใช้ยาเป็นครั้งคราวจนสู่การใช้ยาที่ถี่ขึ้นจนต้องใช้ทุกวันและวันละหลายครั้ง การใช้ยาเสพยาติดจะมีผลต่อสมอง 2 ส่วนคือ สมองส่วนนอกที่เป็นส่วนคิด (cerebral cortex) และสมองส่วนที่อยู่ชั้นใน (limbic system) ซึ่งเป็นส่วนเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความอยาก สมองส่วนคิดทำหน้าที่ควบคุมสติปัญญา ใช้ความคิดแบบมีเหตุผล ขณะที่สมองส่วนอยากเป็นศูนย์ควบคุม อารมณ์ ความรู้สึก ยาบาจะกระตุ้นปลายประสาทในสมองให้ส่ง โดปามีน ซึ่งเป็นสารเคมีชนิดหนึ่งออกมาเป็นปริมาณมาก สารนี้ทำให้เกิดความรู้สึกสบาย สมองจึงมีการปรับตัวด้วยการลดการหลั่งสารเคมีนั้นลง เมื่อหมดฤทธิ์ยาบาจึงเสมือนว่าร่างกายมีอาการขาดสารโดปามีน ทำให้มีอาการหงุดหงิดหรือซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้เสพยาพยายามแสวงหายามาใช้ซ้ำ ในขณะเดียวกันเมื่อใช้ยาบ่าบ่อยๆ จะทำให้สมองส่วนคิดถูกทำลาย</p>	<p>กระทั่งเมื่อ 1 ปีก่อน เริ่มเสพยาบ้าทุกวันๆ ละ 5-10 เม็ด เสพยาไอซ์ ครั้งๆ ละ 1 กรัม เฉลี่ยสัปดาห์ละ 1-2 ผู้ป่วยเสพยาบ้า ยาไอซ์ อย่างต่อเนื่องหลังเสพยาไม่นาน มีอาการหูแว่ว ยิ้มไม่สมเหตุสมผล พูดเรื่อยเปื่อย เกี่ยวกับครอบครัวบิดา-มารดาหย่าร้าง ไม่มีความสุข หากไม่ได้เสพยาจะมีอาการเพี้ยนอนไม่รับประทานอาหาร หงุดหงิด ก้าวร้าว</p> <p>2 สัปดาห์ก่อนมา เสพยาบ้าประมาณ 10 เม็ด หลังเสพนอนไม่หลับ กินยานอนหลับ ประมาณ 5-7 เม็ด เนื่องจากเครียดนอนไม่หลับ หงุดหงิดหูแว่วมากขึ้น มารดาพาไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน admit 7 วัน หลังจำหน่าย มีนัดติดตามผลการรักษา 2 สัปดาห์</p> <p>3 วันก่อนหลังจากออกจากโรงพยาบาล มีอาการไม่นอนทั้งคืน พูดคนเดียว บ่นอยากตาย กินยานอนหลับทุกวันๆ ละ ประมาณ 5-7 เม็ด มารดาจึงพาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น</p>

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
<p>การใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลจะหายไป ผู้ที่ใช้จ่ายบ้างมักแสดง พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีอารมณ์ก้าวร้าว หงุดหงิด ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ จึงทำให้มีการใช้จ่ายเสพติดบ่อยขึ้น ผลสุดท้ายจะเกิดความสูญเสียอย่างรุนแรงในด้านต่างๆ ของชีวิตผู้เสพ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ด้วยสติปัญญาหรือความคิด และทำให้มีอาการทางจิตและสามารถเป็นโรคจิตเต็มขั้นได้ในที่สุด</p> <p>สาเหตุของการติดยาและสารเสพติด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทางด้านร่างกาย การจัดหาหรือซื้อสารเสพติดด้วยตนเอง เนื่องจากอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายในกลุ่มรักษาตนเอง เช่น ประสบอุบัติเหตุแพทย์ให้ยาระงับปวดอยู่ช่วงหนึ่ง ภายหลังได้ใช้ยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์เพื่อช่วยตนเอง เลยทำให้ติดยาโดยไม่ตั้งใจ 2. ทางด้านจิตใจ พวกที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ เช่น ต่อต้านสังคม ก้าวร้าว ชอบพึ่งพาผู้อื่น แยกตัวเองหรือซึมเศร้า พวกที่มีความกังวลใจ หวาดกลัว หรือป่วยเป็นโรคประสาทหรือโรคจิตที่มีอาการนอนไม่หลับ มักใช้ยาเสพติดระงับความรู้สึก จึงทำให้ติดยาเสพติดได้ นอกจากนั้นยังพบว่า สภาพครอบครัวแตกแยก พ่อแม่ไม่เข้าใจกัน เด็กขาดความอบอุ่น หรือการอบรมเลี้ยงดูลูกไม่ถูกต้อง หรือมีคนในครอบครัวติดสารเสพติด 3. ทางด้านสังคม บุคคลที่ถูกเพื่อชักชวน อยากลอง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ใกล้ชิดกับพวกติดสารเสพติด ความกดดันทางสังคม เช่น มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ไม่มีงานทำ <p>ระยะการติดยาเสพติด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระยะเริ่มใช้ยา (introductory stage) อาจเริ่มใช้ยาเป็นครั้งคราวในโอกาสพิเศษ เช่น มีกิจกรรม สังสรรค์กับเพื่อนฝูงที่ใช้ยาหรือใช้เพราะเหตุผลบางประการ เช่น เพื่อลดน้ำหนักลดอาการเศร้า เพิ่มกำลังทำงานได้มากขึ้นหรือ ไม่ให้่วงนอน เป็นต้น ในระยะนี้สมองที่ใช้เหตุผลยังคงตัดสินใจให้ใช้ยา เพื่อตอบสนองเหตุผลบางอย่างที่ตนคิด 	<p>- ผู้ป่วยมีลักษณะแยกตัว ซึมเศร้า มีความกังวลใจ หวาดกลัว ผู้ป่วยใช้วิธีการเสพยาเสพติดเพื่อให้รู้สึกดีขึ้น มั่นใจขึ้น และเมื่อนอนไม่หลับจึงกินยานอนหลับเพื่อช่วยให้สามารถนอนหลับได้ ซึ่งเป็นการจัดการปัญหาไม่เหมาะสม มีการใช้ยาในทางที่ผิด</p>

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
<p>2. ระยะเวลาเสพยาต่อเนื่อง (maintenance stage) ผู้เสพยาจะมีการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นและเริ่มใช้เป็นประจำ เช่น ใช้ทุกสัปดาห์หรือทุกเดือน ในระยะนี้สมองส่วนนอกยังคงควบคุมความคิดได้ พฤติกรรมยังถูกควบคุมโดยเหตุผลแต่สมอง ส่วนคิดเริ่มบังคับตนเองได้น้อยลงในขณะที่สมองส่วนควบคุม ความอยากมีพลังมากขึ้นทำให้การตัดสินใจเริ่มโอนเอียงไป ในทางใช้ยาต่อไปแม้มีผลเสียจากการใช้ยาเริ่มมีมากขึ้น</p> <p>3. ระยะเวลาเสพติด (disenchantment stage) ระยะนี้จะมีผลทางลบกระทบต่อชีวิตผู้ใชยามากขึ้น เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาสัมพันธภาพ หรือกฎหมายจะมีผลต่อผู้เสพยาอย่างชัดเจน ถึงจุดนี้ผู้เสพบางคนสามารถหยุดยาได้ โดยใช้เหตุผล แต่บางคนจะทำได้ เพราะสมองส่วนอยากมีอำนาจเหนือสมองส่วนคิดแล้ว จึงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และก้าวเข้าสู่สภาพของการเสพติดทั้งที่ผู้ติดยังมีความคิดถึงผลเสียที่เกิดขึ้นและตระหนักว่าตนควรเลิกเสพ</p> <p>4. ระยะเวลาวิกฤต (disaster stages) แม้ในระยะนี้ผลเสียจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้เสพจะรุนแรงชัดเจน แต่ผู้เสพก็ยังคงการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพราะการตัดสินใจที่ใช้เหตุผลและสติจากสมองส่วนควบคุมความคิดอ่าน ไม่เพียงพอที่จะขัดขวางความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสมองที่ควบคุมการตอบสนองความอยาก (limbic system) จึงทำให้หมกมุ่นกับการเสพติดอย่างรุนแรง</p> <p>การวินิจฉัยโรค เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-5 : substance use disorder รูปแบบพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอย่างไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก ซึ่งรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏอย่างน้อย 2 ข้อใน 12 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการใช้สารเสพติดปริมาณมากขึ้นหรือใช้เวลานานมากขึ้นกว่าที่ตั้งใจไว้ 2. มีความต้องการ หรือพยายามจะลดและควบคุมการใช้สารเสพติดอยู่เรื่อยๆ แต่ทำไม่สำเร็จ 3. ใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับกิจกรรมแสวงหาสารเสพติดเสพจนเมา แล้วฟื้นจากเมา 	<p>- ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤต (disaster stages) ยังคงเสพ ยาอย่างต่อเนื่อง หมกมุ่นกับการเสพติดอย่างรุนแรง</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแรกรับ substance induced psychosis</p>

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
<p>4. มีความอยาก หรือต้องการเสพสารเสพติดนั้นอยากมาก (craving) ผุดขึ้นมา</p> <p>5. มีการใช้สารเสพติดบ่อยครั้งจนเป็นเหตุให้บกพร่องในภารกิจหลักที่คนนั้นต้องมีหน้าที่รับผิดชอบด้านการทำงาน การเรียน ครอบครัว</p> <p>6. ยังคงใช้สารเสพติดต่อเนืองทั้งๆ ที่มีปัญหาสังคมหรือปัญหาสัมพันธภาพเกิดขึ้นบ่อยๆ จากการใช้สาร เช่น เมมาแล้วทะเลาะกับคู่สมรส เกิดเรื่องทะเลาะชกต่อย</p> <p>7. กิจกรรมที่สำคัญไม่ว่าจะเป็นการเข้าสังคม การทำงานหรือกิจกรรมบันเทิงอื่นๆ ถูกละเลยหรือลดลงอย่างมากเนื่องจากการใช้สารเสพติด</p> <p>8. มีการใช้สารเสพติดบ่อยครั้งในสถานการณ์เสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ขับขี่ยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกลขณะเมาจากการใช้สารเสพติด</p> <p>9. ยังคงใช้สารเสพติดต่อเนืองทั้งๆ ที่รู้ว่าการใช้สารเสพติดทำให้ปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจเกิดขึ้นบ่อยๆ จากสารเสพติด</p> <p>10. มีอาการทนทานต่อสารเสพติด (tolerance) โดยให้นิยามหนึ่งในสองข้อ ดังนี้ :</p> <p>a. มีความต้องการเพิ่มปริมาณสารเสพติดขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ได้ฤทธิ์เมาหรือผลที่คาดหวังไว้</p> <p>b. เมื่อใช้สารเสพติดขนาดเท่าเดิมที่เคยใช้มา กลับได้ฤทธิ์น้อยลงหรือไม่มีอาการเมา</p> <p>11. มีอาการขาดสาร (withdrawal) โดยมีอาการปรากฏหนึ่งในสองข้อดังนี้</p> <p>a. มีกลุ่มอาการขาดสาร (เป็นเกณฑ์ข้อ A และ B ของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขาดสารเสพติดแต่ละชนิด)</p> <p>b. เมื่อได้ใช้สารเสพติดเดิมหรือสารเสพติดใกล้เคียงกัน อาการดังกล่าวทุเลาหรือหายไป ทำให้ผู้ใช้</p>	

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
<p>บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติดมี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชั้นเตรียมการ (pre-admission) 2. ชั้นบำบัดด้วยยา (detoxification) 3. ชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) 4. ชั้นติดตามหลังการรักษา (follow up or aftercare) <p>1. ชั้นเตรียมการ (pre-admission) เป็นการศึกษาประวัติและภูมิหลังผู้เสพติดทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง และครอบครัวเพื่อให้คำแนะนำและเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจในการบำบัดด้วยการสัมภาษณ์ ลงทะเบียน รวมทั้งการตรวจทางการแพทย์ เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต เอกซเรย์ ตรวจเลือดและปัสสาวะ เป็นต้น การทำความเข้าใจกับครอบครัวญาติของผู้ป่วยเพื่อให้การบำบัดรักษา มีความสัมฤทธิ์จะต้องเตรียมความพร้อมของครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และเป็นผู้ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เข้าใจรูปแบบการรักษา การปฏิบัติตนของผู้ป่วย และบทบาทของญาติ ที่จะเข้ามา มีส่วนร่วมในการรักษา</p> <p>2. ชั้นบำบัดด้วยยา (detoxification) เป็นการรักษาอาการทางร่างกาย ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดด้วยการบำบัดด้วยยา แพทย์จะพิจารณาให้ยาตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย การบำบัดในขั้นตอนนี้แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยไม่ต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาล แต่ต้องมารับยาตามที่แพทย์กำหนด ทีมสหวิชาชีพ อาทิ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ในการบำบัดด้านจิตใจด้วยการบำบัดรายบุคคล หรือรายกลุ่ม 2.2 การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาลโดยให้การบำบัดด้วยการถอนพิษยาเสพติด ร่วมกับการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการให้ความรู้ การให้กิจกรรมบำบัดโดยทีมสหวิชาชีพ อาทิ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น 	<p>- ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ผ่านขั้นตอนการเตรียมการก่อนการรักษา (pre-admission) ประวัติและภูมิหลังผู้เสพติดทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง และมารดา การสัมภาษณ์ ชักประวัติ การตรวจทางการแพทย์ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต เอกซเรย์ ตรวจเลือดและปัสสาวะ การให้คำแนะนำและเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจในการบำบัดด้วย</p>

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
<p>3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation)</p> <p>เป็นกระบวนการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบุคลิกภาพ การดำเนินชีวิตให้สามารถกลับสู่สังคมได้ โดยทีมนักบำบัด กิจกรรมบำบัดที่ใช้กับผู้ป่วยตามแนวคิดของ FAST Model ได้แก่ การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา (family) การมีกิจกรรมทางเลือกในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ (alternative activity treatment) การเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยเทคนิคช่วยเหลือตนเอง (self-help) และการนำแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบชุมชนบำบัด (therapeutics community) ซึ่งเป็นการสร้างชุมชนหรือสังคมจำลองให้ผู้ป่วยมาอยู่ร่วมกันเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยเหลือกันและกัน ฝึกความรับผิดชอบเรียนรู้ตนเอง และเรียนรู้การแก้ไข ปัญหาด้วยเหตุผล เพื่อกลับไปมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ ร่วมกับการให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม รวมทั้งการฝึกอาชีพ เป็นต้น</p> <p>โรคซึมเศร้าเรื้อรัง</p> <p>ผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอุบัติการณ์สะสมของโรคซึมเศร้า (cumulative incidence) ในช่วงวัยรุ่นร้อยละ 15-20 ซึ่งใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นตอนกลางหรือวัยรุ่นตอนปลายมักเกิดโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ได้ถึงร้อยละ 25 และมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ความชุกของโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังในวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี พบว่า มีวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังร้อยละ 0.9</p> <p>สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง</p> <p>1. ปัจจัยทางชีวภาพ เป็นผลมาจากการทำงานที่ผิดปกติของระบบต่างๆ ในร่างกายโดยเฉพาะระบบประสาทที่ทำงานผิดปกติ ภายในสมองของมนุษย์จะมีเครือข่ายการทำงานของสมองส่วนต่างๆ ก่อให้เกิดพยาธิสภาพของการเกิดภาวะซึมเศร้าแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง และสาเหตุมาจากพันธุกรรมโดยกลุ่มอาการโรคซึมเศร้านักพบในมีประวัติของสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช</p>	<p>เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาในระยะบำบัดด้วยยา (detoxification) เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ จากโรงพยาบาลชุมชน และภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยปฏิเสธการเสพยาเสพติด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบสารเสพติดในน้ำปัสสาวะหา แพทย์ได้พิจารณาให้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) กำหนดระยะเวลา 4 สัปดาห์</p> <p>- ผู้ป่วยมีสาเหตุจากปัจจัยทางจิตสังคม ประสบการณ์ที่มีความรุนแรงในช่วงวัยเด็ก-วัยรุ่นตอนต้น ซึ่งเกี่ยวกับปัญหาภายในครอบครัวระหว่างบิดา-มารดาหย่าร้าง บิดาทิ้งมารดาไปมีภรรยาใหม่ เป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต มารดารับผิดชอบเลี้ยงดูแล้วผู้ป่วยกับพี่ชาย ตลอดจนการขาดแหล่งสนับสนุนสภาพแวดล้อมที่ไม่พึงประสงค์ภายในครอบครัว พี่ชายเสพยาเสพติด ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความเครียด มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่ายท้อแท้และมองโลกในแง่ลบ และโทษตัวเอง</p>

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
<p>2. ปัจจัยทางจิตสังคม ที่เกี่ยวข้องและเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง ได้แก่ ประสบการณ์ที่มีความรุนแรงในวัยเด็ก การขาดแหล่งสนับสนุนสภาพแวดล้อมที่ไม่พึงประสงค์ภายในครอบครัวที่มีมาตั้งแต่วัยเด็ก การถูกทำร้ายทางร่างกาย และสถานการณ์ที่สร้างความเครียดในระดับสูง เช่น การสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิตหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงของคนในครอบครัว ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรังในวัยรุ่น</p> <p>ลักษณะอาการทางคลินิก</p> <p>แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก จะมีอาการของโรคซึมเศร้า (major depressive episode) ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 ปี ส่วนกลุ่มที่สอง จะมีอาการคล้ายกับในโรคซึมเศร้าแต่ความรุนแรงน้อยกว่า แต่มีอาการเป็นระยะเวลานาน โดยอาการที่พบได้บ่อยส่วนมากจะเป็นทางด้านอารมณ์และความคิด โดยจะมีอารมณ์เบื่อหน่ายท้อแท้และมองโลกในแง่ลบ และมีแนวโน้มที่จะโทษตัวเองซึ่งอาจจะมีอาการของโรคซึมเศร้าเป็นช่วงๆ ได้</p> <p>การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง</p> <p>การวินิจฉัยจากการที่บุคคลมีอาการของความเศร้าเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี ในผู้ใหญ่และระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี ในเด็กและวัยรุ่นและในช่วงระยะเวลาดังกล่าวบุคคลจะไม่มีภาวะอารมณ์ที่เป็นปกติมากกว่า 2 เดือน โดยอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลมาจากการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าโดยใช้เกณฑ์ของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติของความผิดปกติทางจิตฉบับที่ 5 (diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5) ตาม DSM-5 ได้ระบุเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการของโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีอารมณ์ซึมเศร้าแทบทั้งวันเป็นเวลานานกว่า 2 ปีโดยในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดและเป็นมานานอย่างน้อย 1 ปี 2. ขณะที่ซึมเศร้าจะมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการขึ้นไปประกอบด้วย 1) เบื่ออาหารหรือกินจุ 2) นอนไม่หลับหรือนอนหลับมาก 3) อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง 4) ภาวะภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (low self-esteem) 5) สมาธิไม่ดีหรือล่งเลในการตัดสินใจ 6) รู้สึกท้อแท้ 	<p>ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคติดสารแอมเฟตา มีนร่วมกับโรคซึมเศร้าเรื้อรัง</p> <p>amphetamine dependence with persistent depressive disorder</p>

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
<p>3. ในช่วงที่เป็นต้องไม่มีช่วงที่หายติดต่อกันนานเกินกว่า 2 เดือน</p> <p>4. อาจมีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder)</p> <p>5. อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานหรือทำให้การประกอบอาชีพการเข้าสังคมหรือหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องอย่างชัดเจน</p> <p>การรักษาโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง</p> <p>1. การรักษาด้วยยา การให้ยาแก้อาการซึมเศร้าเพื่อไปปรับสมดุลสารเคมีในสมองจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก ยาแก้อาการซึมเศร้าช่วยบรรเทาอาการเศร้า ทานยาจนรู้สึกดีขึ้นและเมื่อดีขึ้นแล้วควรทานยาต่อไปอีก 6-12 เดือน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ยาแก้อาการซึมเศร้าได้ผลดีในการรักษาจึงจัดเป็นวิธีการรักษาแรกในโรคนี้นี้ยาแก้อาการซึมเศร้าที่ใช้แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ ได้แก่</p> <p>1.1 การใช้ยาต้านอาการซึมเศร้า (antidepressant) ได้แก่ imipramine, desipramine, amitriptyline, trazodone หรือ fluoxetine (prozac) ซึ่งยาเหล่านี้จะเข้าจับกับสาร serotonin ในสมองเพื่อลดอาการซึมเศร้าและอาการอยากยา</p> <p>1.2 การใช้ยาต้านอาการประสาท (sedatives) ได้แก่ dalmane, chloral hydrate, librium, phenobarbital หรือ valium ถูกใช้รักษาอาการวิตกกังวลหรืออาการนอนไม่หลับ</p> <p>1.3 การใช้ยาต้านอาการทางจิต (antipsychotic) ได้แก่ haldol, thiorazine ที่ช่วยปรับความสมดุลให้กับสาร dopamine เพื่อบรรเทาอาการทางจิตและรู้สึกพึงพอใจโดยให้การบำบัดรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจควบคู่กันไปด้วย</p> <p>2. การรักษาทางจิตใจ มีวิธีการรักษาทางจิตใจหลายรูปแบบในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นการพูดคุยกับจิตแพทย์ อันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง สาเหตุที่ทำให้ตนเองเป็นทุกข์ ซึมเศร้า เข้าใจปัญหาและนำไปสู่การแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสมในที่สุด วิธีการที่พบว่าสามารถรักษาโรคซึมเศร้าได้ดี คือ</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า</p> <p>ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor: SSRIs</p> <p>ยากลุ่ม benzodiazepines</p> <p>กลุ่มยานอนหลับและยาคลายเครียด</p> <p>ยารักษาภาวะซึมเศร้า (depressive disorder)</p> <p>รักษาอาการนอนไม่หลับ (insomnia) (off-labeled use)</p> <p>ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - quetiapine 200mg ½ tab oral hs - sertraline 50mg 2tab hs - benzhexol 2mg 1tab oral prn for EPS - diazepam 10mg 1 oral pc เข้า-เที่ยง-ก่อนนอน x 3 วัน - quetiapine 200mg ½ tab oral hs - sertraline 50mg 2tab oral hs - benzhexol 2mg 1tab oral prn for EPS - clonazepam 0.5mg 2tab oral hs - clonazepam 0.5mg ½ tab oral pc เข้า - clorazepate 5mg 1 tab oral for anxiety max 2 dose/day - trazodone 50mg 1tab oral hs - clorazepate 5 mg 1tab x 3 oral pc

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
<p>2.1 การรักษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy)</p> <p>2.2 การรักษาจิตบำบัดเชิงลึก</p> <p>2.3 การรักษาแบบปรับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy)</p> <p>กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด</p> <p>1. การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment)</p> <p>การประเมินภาวะสุขภาพ 5 กิจกรรม ได้แก่ การเก็บข้อมูล การรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการบันทึกข้อมูล</p> <p>ทั้งนี้มีหลายแนวทางโดยใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาล เช่น กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน หรือตามกรอบแนวคิดความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ หรือตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย หรือตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ทั้งนี้แล้วแต่ละสถานบริการสุขภาพจะเลือกใช้เพื่อทำให้การรวบรวมข้อมูลถูกรวบรวมมาอย่างเป็นระบบ</p> <p>2. การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นหรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้ในกระบวนการของชีวิต การวินิจฉัยการพยาบาลใช้เป็นฐานสำหรับการจัดกิจกรรมการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่พยาบาลรับผิดชอบ</p> <p>จำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาลออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้</p> <p>2.1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (actual nursing diagnosis)</p> <p>2.2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (risk nursing diagnosis)</p> <p>2.3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น (possible nursing diagnosis)</p> <p>2.4 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี (wellness nursing diagnosis)</p> <p>2.5 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกลุ่มของอาการ (syndrome nursing diagnosis statement)</p>	<p>จากการรวบรวมข้อมูล ชักประวัติ การประเมินสุขภาพตรวจร่างกายตามระบบ การประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพ การประเมินระดับความรุนแรงการใช้ยาและสารเสพติด (V2) การประเมินโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q,9Q,8Q) การประเมินทดสอบอาการทางจิต (Phyco-test) การประเมินทักษะทางสังคม ข้อมูลการวินิจฉัยจากแพทย์ และสรุปแผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการต่างๆ สามารถนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เป้าหมายการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล ได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย 2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเนื่องจากมีความคิดเชิงลบคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองโลกแง่ร้าย 3. การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นบกพร่องเนื่องจากขาดทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพ 4. การปรับตัวในการแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดทักษะการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ 5. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ต้องการเลิกยาเสพติด และขาดทักษะการป้องกันการเสพติดซ้ำ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
<p>3. การวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) มี 4 ขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้</p> <p>3.1 จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา</p> <p>3.2 กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง (expected out-comes) หรือเกณฑ์การประเมินผล (evaluation criteria)</p> <p>3.3 การเลือกกิจกรรมการพยาบาล (selecting nursing interventions /activities) ที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการและเป้าหมายการพยาบาล</p> <p>3.4 การเขียนแผนการพยาบาล (writing nursing care plan)</p> <p>4. การใช้แผนการพยาบาล (implementation of nursing care plan) การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แผนการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์และถูกต้อง เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถและทักษะทางการพยาบาล</p> <p>5. การประเมินผล (evaluation) เพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ การประเมินผลการพยาบาลช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการ</p> <p>บทบาทของพยาบาลยาเสพติด</p> <p>1. ระยะเตรียมการก่อนบำบัดรักษา ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัว ศึกษาและรวบรวมข้อมูลบุคคล ประวัติสุขภาพ ข้อมูลที่เกี่ยวกับการเสพยาเสพติด ปัจจัยที่ทำให้ยังคงเสพยาอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการคัดกรอง/การประเมินภาวะที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด ประวัติการรักษา การประเมินอาการทางกาย/ทางจิต ระดับความรุนแรงของปัญหา ประเมินขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับการติดยาเสพติด</p>	<p>จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้างต้น พยาบาลมีการวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และประเมินทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีแนวโน้มอาการดีขึ้น ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยรายอื่น และปรับสัมพันธภาพกับมารดาด้วยดี สามารถวิเคราะห์สาเหตุปัญหาพิจารณาทางเลือกแก้ไขปัญหาได้ รวมทั้งมีความรู้ทักษะการป้องกันการเสพยา จำหน่ายเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2567 นัดติดตามผลหลังการรักษา 2 สัปดาห์</p>

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
<p>2. ระยะบำบัดยา การให้ยาตามแผนการรักษาทั้งการถอนพิษยาและภาวะแทรกซ้อน สังเกตและป้องกันพฤติกรรมรุนแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลระดับประคอง ด้านจิตใจ การเสริมแรงทางบวก</p> <p>3. ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดของตนเอง วิเคราะห์สาเหตุ การเผชิญปัญหา ให้กำลังใจ สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมในการบำบัด เผื่อหวังให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น</p> <p>การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy)</p> <p>เป็นจิตบำบัดชนิดหนึ่งโดยอ้างอิงจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) ที่เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้า (depression) มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal problems) การบำบัดรักษาจะพยายามเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยจะพยายามแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า เมื่อปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นได้รับการแก้ไขก็จะช่วยให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น ตามลำดับ ซึ่งสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเป็นสัมพันธภาพที่มีขอบเขตและจำกัดของเวลา มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด สัมพันธภาพถือเป็นเครื่องมือและการบำบัดในด้านการเป็นเครื่องมือ พยาบาลใช้สัมพันธภาพในการติดต่อค้นหาทำความเข้าใจผู้รับบริการในด้านการบำบัด พยาบาลใช้สัมพันธภาพทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ รับรู้และยอมรับในตนเอง นำพลังและศักยภาพออกมาใช้ในการดูแลตนเอง อันจะส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนักในความสามารถและคุณค่าของตนเอง สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีลักษณะสำคัญ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเข้ากันได้ (Rapport) 2. การสร้างความไว้วางใจ (Trust) 3. การมองในแง่ดีและการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข (unconditional positive regard and acceptance) 	

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
<p>4. การเข้าถึงความรู้สึกหรือเข้าใจตามการรับรู้ของผู้รับบริการ (empathy)</p> <p>5. มีการติดต่อสื่อสารที่มีจุดประสงค์ (purposeful communication)</p> <p>6. มีการถ่ายโอนความรู้สึก (transference)</p> <p>7. การกำหนดหรือตั้งเป้าหมายชัดเจน (goal formulation)</p> <p>8. การมีอารมณ์ขัน (humor) เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด</p> <p>ในบางสถานการณ์ที่ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการกำลังเผชิญอยู่</p> <p>เมื่อพยาบาลใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษา พยาบาลจึงต้องพัฒนาตนเองให้มีคุณสมบัติ คือควรมีความอบอุ่นและจริงใจ (warmth and genuineness) การเข้าใจความรู้สึก (empathy) การยอมรับ (acceptance) ความสม่ำเสมอ (consistency) การใช้คำพูดให้ความมั่นใจหรือให้กำลังใจ (verbal communication) และมีการตระหนักในตนเอง (self-awareness)</p> <p>ระยะของสัมพันธภาพและการประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล</p> <p>1. ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพหรือปฐมนิเทศ (introduction of orientation phase) แนะนำตนเอง เพื่อเพิ่มความรู้สึกไว้วางใจ กำหนดข้อตกลงของสัมพันธภาพ ประเมินความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้รับบริการ</p> <p>2. ระยะระบุปัญหา (identification phase) เป็นขั้นตอนของการมองปัญหาผู้รับบริการจะเลือกตอบสนองต่อบุคคลที่ทำให้มองเห็นปัญหาผู้รับบริการ ค้นหาสาเหตุของปัญหาของผู้รับบริการ</p> <p>3. ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (exploitation phase) ช่วยพัฒนาการเข้าใจตนเองและการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการได้วิเคราะห์พฤติกรรม ความคิดและการกระทำของตนเองเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้เข้าใจตนเองและเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น พยาบาลอาจให้ข้อมูลและช่วยผู้รับบริการให้ใช้วิธีการแก้ไขปัญหาใหม่ให้ผู้รับบริการได้ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตัวเขาเองในแนวทาง</p>	

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
<p>ที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางสร้างสรรค์ และเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ โดยการให้เวลาให้กำลังใจ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถตัดสินใจและปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้</p> <p>4. ระยะสรุปผล (resolution phase) เมื่อความต้องการของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองจากความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ผู้รับบริการเข้าใจตนเองและสามารถแก้ไขปัญหาได้แล้ว ความต้องการในการช่วยเหลือก็ลดน้อยลง สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการสิ้นสุด</p> <p>บทบาทของพยาบาลในทฤษฎีการของเพปพลาวนั้น เกิดขึ้นในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ พยาบาลสามารถเป็นได้หลายบทบาทเนื่องจากผู้รับบริการแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ในบางสถานการณ์ของการบำบัด ผู้รับบริการมีความพร้อมและต้องการความช่วยเหลืออย่างมากอยู่แล้วใน ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพจึงไม่ยุ่งยาก พยาบาลอาจมีบทบาทเป็นคนแปลกหน้าในระยะเวลานั้นๆ หรืออาจไม่เกิดความรูสึกว่าเป็นคนแปลกหน้าเลย และพร้อมเข้าสู่ระยะระบุปัญหาและระยะดำเนินการแก้ปัญหา และบทบาทต่างๆ ที่หลากหลายเหล่านี้ขึ้นกับปัญหาของผู้รับบริการแต่ละคนที่แตกต่างกันและมีความพร้อมหรือศักยภาพที่ต่างกัน เช่น ผู้รับบริการอาจต้องการข้อมูล ต้องการความรู้ ต้องการคำปรึกษา เป็นต้น พยาบาลจะมีบทบาทในการช่วยเหลือตามความสามารถหรือศักยภาพของผู้รับบริการ จนกระทั่งเข้าสู่ระยะสรุปผล นั่นคือผู้รับบริการเรียนรู้ เข้าใจและสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการปัญหาได้</p>	

บทที่ 5

สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 20 ปี รูปร่างสมส่วน สูง 165 เซนติเมตร น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ผิดสองสี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพโสด ว่างาน การศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เข้ารับการบำบัดรักษา ณ โรงพยาบาล รัชฎษรภัษษอนแค้นเป็นครั้งแรก เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2566 เวลา 15.50น. จำหน่ายวันที่ 27 เมษายน 2566 เวลา 13.30น. รวมระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 28 วัน

อาการสำคัญนำส่ง 3 วันก่อนมา มีอาการไม่นอนทั้งคืน พุดบ่นคนเดียว บ่นอยากตาย กินยานอนหลับ ทุกวันๆ ละ ประมาณ 5-7 เม็ด

จากการซักประวัติพบว่า ผู้ป่วยเริ่มทดลองเสพยาบ้า ตั้งแต่อายุ 14 ปี เนื่องจากอยากลองเสพและ สนุกสนานตามเพื่อนครั้งละ ½ เม็ด เสพเมื่อมีโอกาสเฉลี่ยเดือนละ 1-2 ครั้ง อายุ 15 ปี เริ่มทดลองเสพยาไอซ์ ยาเค ครั้งละ 1 กรัม เดือนละ 2-3 ครั้ง เสพยาอี ครั้งละ 1 เม็ดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง สูบกัญชาทุกวันๆ ละ 2-3 เขียง ร่วมกับเพื่อน 4 คน ดื่มน้ำใบกระท่อมผสมยาแก้ปวด ยาแก้ไอ และน้ำอัดลมทุกวันๆ ดื่มเบียร์ ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ไฟฟ้าทุกวัน และใช้ยาเสพติดนาน 2 ปี เลิกเสพตัวเอง 1 ปี เนื่องจากรู้สึกเบื่อตัวเอง บางครั้งมีอาการหวิว นอนไม่หลับ จึงหาซื้อยานอนหลับ diazepam หรือ midazolam แล้วแต่จะหาซื้อได้ โดยยานอนหลับทุกวันๆ ละ 4-5 เม็ด อายุ 19 ปี เสพยาบ้าทุกวันๆ ละ 5-10 เม็ด เสพยาไอซ์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 1 กรัม หลังเสพไม่นอน มีอาการหวิว ยี้มไม่สมเหตุสมผล พุดเรื่อยเปื่อยเกี่ยวกับครอบครัวที่บิดา-มารดาหย่าร้าง ไม่มีความสุข หากไม่ได้เสพจะมีอาการเพี้ยนนอน ไม่รับประทานอาหาร หงุดหงิด ก้าวร้าว

อาการแรกรับ ผู้ป่วยสีหน้าเรียบเฉย ไม่สดชื่น พุดน้อย ถาม-ตอบรู้เรื่อง ประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มี ปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v2: อยู่ในระดับ 39 คะแนน อนุมาณว่า เป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) อยากเลิกยาเสพติดตามที่มารดาและครอบครัวร้องขอ แต่ไม่แน่ใจว่าการควบคุมตนเองได้ดีหรือไม่ ยังไม่มั่นใจกับการมาบำบัดเพื่อเลิกยาครั้งนี้ ประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม ผู้ป่วยมีความเสี่ยงหรือ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม รวมคะแนนเท่ากับ 11 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และทำการประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม รวมคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน การตรวจหาสารเสพติดในน้ำปัสสาวะ ผลเป็นลบ ไม่พบส่วนประกอบของ สารเสพติดในน้ำปัสสาวะ

ผลการทดสอบทางจิตวิทยา พบว่า ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว อึดตาอ่อนแออย่างมาก เปราะบางและ ถูกกระทบกระเทือนได้ง่ายทั้งทางอารมณ์และจิตใจ การเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำรู้สึกด้อยค่า พบ ภาวะซึมเศร้่าที่เกิดขึ้น หลังความเครียดที่สะเทือนใจ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไร้พลังงาน และยังคงหมกมุ่นอยู่กับความคิดและจินตนาการของตนเอง ไม่สามารถอยู่กับความเป็นจริงได้ อีกทั้งยังพบความวิตกกังวล ซึ่งผู้ป่วยขาดที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

การประเมินทางสังคม โดยนักสังคมสงเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยอารมณ์ไม่มั่นคง มีประวัติทำร้ายตนเอง บุคลิกภาพคล้ายเด็ก มักเรียกร้องและร้องขอ การรับรู้ผลกระทบจากการเสพยาค่อนข้างน้อยแบบ intellectual insight, stage of change ระยะ contemplation แรงจูงใจในการเลิกยาค่อนข้างน้อย

แพทย์ได้ทำการตรวจวินิจฉัยอาการป่วยแรกเริ่ม substance induced psychosis รับไว้รักษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน

ขณะอยู่บำบัดรักษาระหว่างวันที่ 30 มีนาคม - วันที่ 27 เมษายน 2566 ผู้ป่วยมีเพ็ญตลอดวัน อาการเศร้า สีหน้าเคร่งเครียด บ่นนอนไม่หลับ มีอารมณ์เศร้า หูแว่ว มีอาการย้ำคิดย้ำทำคิดอยากการทำร้ายตนเอง ฝันร้ายทุกคืน ระวังไม่ไว้วางใจ มีความคิดฆ่าตัวตาย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ปัญหาทางการพยาบาลที่พบในช่วงที่รับไว้ในการดูแล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเนื่องจากมีความคิดเชิงลบคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่ามองโลกแง่ร้าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่องเนื่องจากขาดทักษะการสร้างสัมพันธภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 การปรับตัวในการแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดทักษะการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการเลิกยาเสพติดและขาดทักษะการป้องกันการเสพซ้ำ

ซึ่งปัญหาทางการพยาบาลที่ได้รับการแก้ไขและสิ้นสุดได้แก่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ การฝึกทักษะสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เรื่องที่ได้รับการแก้ไขไปบางส่วนการปรับตัวในการแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสม ยังคงต้องดูแลเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพในหอผู้ป่วย ส่วนปัญหาที่ยังเหลืออยู่ที่ต้องดูแลต่อ คือผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

แพทย์พิจารณาแล้ว เห็นว่าผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ จำหน่าย วันที่ 27 เดือนมีนาคม 2566 รวมระยะเวลาที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 28 วัน และนัดมาตรวจรักษาต่อเนื่อง ครั้งที่ 1 ระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังการจำหน่าย ที่แผนกผู้ป่วยนอก งานฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ในวันที่ 11 เดือน พฤษภาคม 2566 ได้รับการติดตามปัญหาเรื่องการเสพยาเสพติด การนอนหลับ การมีสัมพันธภาพกับมารดา พบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นไม่เสพยาเสพติด สามารถนอนหลับพักผ่อนเป็นเวลา ไม่ออกไปเที่ยวนอกบ้าน กับเพื่อนที่เสพยา ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับมารดา

ยาที่ได้รับกลับไปปรับปรุชานที่บ้าน

- | | |
|--|-----------|
| 1. Quetiapine 200mg 4tab oral hs | # 80 tabs |
| 2. Sertraline 50mg 2tab oral pc เช้า, hs | # 80 tabs |
| 3. Benzhexol 2mg 1 tab oral for EPS | # 20 tabs |
| 4. Clorazepate 5mg 1tab oral hs | # 20 tabs |
| 5. Clonazepam 0.5mg ½ tab oral at 06.00, 14.00 | # 20 tabs |

คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

1. แนะนำเรื่องการรับประทานยาตามเวลาและขนาดตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด โดยถามญาติว่า “ดูตรงไหนว่าจะรับประทานยา ครั้งละกี่เม็ด และเวลาอะไรบ้าง” ญาติตอบว่า “ดูที่ซองยาจะมีบอกว่ากินครั้งละกี่เม็ด และเวลาใดบ้าง และที่สำคัญญาติจะต้องดูแลในเรื่องการรับประทานยา เพราะบางครั้งผู้ป่วยอาจไม่รับประทานยา

2. ให้สังเกตอาการของผู้ป่วย เช่น คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายตนเองและผู้อื่นแยกตัวเองถ้ามีอาการเหล่านี้ไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด ควรนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที

3. แนะนำญาติและผู้ป่วยให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันของตนเองเช่น อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า รับประทาน และสามารถให้ผู้ป่วยช่วยเหลืองานบ้านเล็กๆน้อยๆ ได้ เช่น กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ เพื่อเป็นการออกกำลังกาย และเป็นการเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยให้คิดว่าตนเองมีคุณค่า

4. ถามผู้ป่วยว่า “กลับบ้านจะเสพยาเสพติดอีกหรือไม่” ผู้ป่วยสายศิริชะ ชมเชยผู้ป่วย

5. แนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น นม ไข่ ผักต่างๆ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง

6. อธิบายให้ญาติยอมรับผู้ป่วยควรให้ความเอาใจใส่ สนใจ ไม่คิดว่าผู้ป่วยเป็นภาระเพื่อช่วยให้ตั้งผู้ป่วยให้กลับสู่สังคม เข้ากับคนในสังคมได้ ไม่ทอดทิ้งให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อสมควร

7. การมาตรวจตามนัดในอีก 2 สัปดาห์ (วันที่ 11 เมษายน 2566 เวลา 9.00น – 16.00น) ที่ตึกผู้ป่วยนอก ซึ่งการมาตรวจในครั้งนี้เป็นการนัดมารับยาเพิ่มและตรวจอาการหลังผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เพราะฉะนั้นผู้ป่วยควรมาตรวจด้วยในวันนั้น

บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1. การพยาบาลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคซึมเศร้ารื้อรังนั้นนอกจากพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยและแนวทางการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบแล้วพยาบาลจะต้องมีความสามารถมีทักษะในการนำความรู้ความเข้าใจเหล่านั้นมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย พยาบาลต้องมีทักษะในการสังเกต รับรู้ต่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงต่างๆ พร้อมกับคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดได้และตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีประสิทธิภาพ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดอย่างสม่ำเสมอ

2. การพยาบาลผู้ป่วยติดยาเสพติดต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร และโภชนากร เข้ามามีส่วนร่วมในการให้การพยาบาล เพราะผู้ป่วยไม่ได้มีปัญหาเพียงด้านเดียว ผู้ป่วยยาเสพติดมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ฉะนั้นการให้ทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม

ในการรักษาจะทำให้สามารถมองปัญหาทุกอย่างได้ครอบคลุม ครอบคลุมและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะที่อยู่บ้านโดยเฉพาะบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นการให้ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ ให้เล็งเห็นความเห็นความสำคัญของปัญหาผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง

4. ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าเรื้อรังร่วมด้วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงและมีความซับซ้อนยุ่งยากในการบำบัดรักษา หากผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าตั้งแต่แรกรับอาจทำให้การวินิจฉัยและการบำบัดรักษาไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาลดลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงตามมาได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมกับการเสพยาบ้า และสามารถประเมินอาการและให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

5. ผู้ป่วยรายนี้มีโอกาสกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำสูง แม้ว่าการพัฒนาทางด้านร่างกายหรือจิตใจในปัจจุบันจะดีขึ้นแต่ผู้ป่วยยังขาดทักษะในการเผชิญปัญหาของตนเองและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ที่บ้าน ดังนั้น ครอบครัวผู้ป่วยต้องดูแลอย่างใกล้ชิดในเรื่องการดูแลการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันการเสพยาซ้ำ และการมาพบแพทย์ตามนัด นอกจากนี้ต้องแนะนำให้มารดาช่วยดูแลผู้ป่วยและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยที่ควรมาพบแพทย์

6. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ประกอบกับในแต่ละบุคคลก็มีความแตกต่างกัน จึงต้องอาศัยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ดังนั้น การเข้าใจ เห็นอกเห็นใจในตัวผู้ป่วย การแสดงท่าทีที่อบอุ่นของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจ ส่งผลให้การบำบัดประสบผลสำเร็จได้ดียิ่งขึ้น ตัวผู้บำบัดเป็นตัวแปรที่สำคัญในการใช้เทคนิคและวิธีการบำบัดต้องฝึกฝนเพื่อให้เกิดทักษะ

7. ผู้บำบัดต้องยอมรับและเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงในกรณี que ผู้ป่วยยืนยันจะไม่เลิกเสพยาเสพติดหลังจากทำการบำบัดตามขั้นตอนอย่างครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว ผู้บำบัดควรเข้าใจในธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและควรแสดงความหวังใยกรรมของผู้ป่วยยาเสพติดว่าอาจไม่สามารถเลิกเสพยาได้อย่างทันทีทันใดและควรแสดงความหวังใยโดยให้กำลังใจและยินดีให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องการ

8. ผู้ป่วยยาเสพติดแต่ละคนมีปัจจัยในการเสพยาเสพติดและเสพยาหลากหลายอย่าง เช่น เนื่องจากตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและปัจจัยอื่น การบำบัดผู้ที่เสพยาเสพติดจึงเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขปัจจัยต่างๆที่เป็นสาเหตุไปพร้อมๆ กันด้วย เช่น มีการพูดคุยกับญาติให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลแก้ไขปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุไปพร้อมๆ กันด้วย เช่น มีการพูดคุยกับญาติให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลหรือมีกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัวและควรมีการติดตามเป็นระยะเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำโดยการมีโปรแกรมการบำบัดที่ต่อเนื่องเพื่อเป็นการป้องกัน (Relapse prevention)

การสะท้อนบทบาทของการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด

ในการดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้สมรรถนะและกิจกรรมที่สะท้อนบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลติดยาและสารเสพติด ดังต่อไปนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่ประสบปัญหาจากการติดยาและสารเสพติดโดยเริ่มจากศึกษาโดยใช้กระบวนการพยาบาล เริ่มจากการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพเพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหา ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น นำมาวางแผนการบำบัด เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกเสพยาเสพติด และได้ดำเนินการบำบัดเป็นรายบุคคลโดยมีกรอบแนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยต่างๆ มาเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติ ได้แก่ การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การบำบัดทางจิตสังคม การให้คำปรึกษา (counseling) การทำกลุ่มจิตบำบัด (group psychotherapy) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) การบำบัดโดยการแก้ปัญห (problem solving therapy) และการประเมินผล

2. ด้านการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะ ผู้ศึกษาได้ให้ความรู้ สอนและให้การชี้แนะแก่บุคลากรใหม่เกี่ยวกับการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การสัมภาษณ์ และการเสริมสร้างแรงจูงใจ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโปรแกรมการบำบัด นอกจากนี้ยังได้ให้ความรู้ สอน ชี้แนะผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องของยาบ้า ยาเสพติด และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ความสำคัญของการตั้งเป้าหมายและการชี้ให้เห็นสภาพปัจจุบันและสิ่งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตและแนวทางการรักษาตามโปรแกรมการบำบัด

3. ด้านการให้คำปรึกษา เป็นที่ปรึกษาแก่บุคลากรในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรือการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการเสพยาเสพติดและอาการแสดงที่เกิดจากการเสพยาบ้า อาการถอนพิษยา การบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคมนวมถึงการปฏิบัติตัวของครอบครัว ให้คำปรึกษาแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน บทบาทของญาติในการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกติ่มสุราได้นานที่สุด

4. ด้านการนำผลวิจัยมาใช้ มีการศึกษาปัญหาจากปรากฏการณ์ในโรงพยาบาลพบว่ามีผู้ป่วยยาเสพติดติดที่มีโรคซึมเศร้าเรื้อรัง จึงได้ศึกษาองค์ความรู้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยที่เสพยาบ้า เพื่อให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ป้องกันการกำเริบซ้ำโดยได้นำผลการวิจัยและองค์ความรู้ต่างๆ มาใช้ในการพัฒนาการบำบัดผู้ป่วยติดยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง

5. ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นผู้นำทางด้านวิชาการโดยการศึกษาดำรง เอกสารวิชาการให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการและใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ขอรับการประเมินได้ประสบการณ์ ได้รับการเรียนรู้ที่ดีจากการดูแลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคซึมเศร้าเรื้อรัง จากการศึกษา ทบทวนความรู้ทางวิชาการเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย และผู้ขอรับการประเมินที่ต้องได้รับการพัฒนาแก้ไขกระบวนการวางแผนดำเนินการ และการกำหนดโปรแกรมการดำเนินการเพิ่มเติมเพื่อให้การปฏิบัติการในอนาคตดีขึ้นส่วนนี้จะเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพและผู้ป่วยสูงสุด เพราะสกัดจากประสบการณ์ตรงของพยาบาลผู้ดูแลและปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยจริงๆ

ภาคผนวก

ยาที่ได้รับขณະรักษา

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

1. quetiapine

quetiapine เป็นยาในกลุ่ม atypical ที่ใช้สำหรับรักษาโรคจิตเภทและโรคไบโพลาร์ (bipolar disorder) หรือที่รู้จักในอีกชื่อหนึ่งว่า โรคอารมณ์สองขั้ว ยานี้ออกฤทธิ์โดยเปลี่ยนแปลงระดับสารสื่อประสาทภายในสมองที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ได้แก่ สารเซโรโทนิน (serotonin) และสารโดปามีน (dopamine)

คุณสมบัติทางเภสัชวิทยา

- รักษาโรคจิตเภท (schizophrenia): ใช้ในการรักษาอาการของโรคจิตเภท เช่น ประสาทหลอน ความคิดผิดปกติ พฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
- รักษาโรคไบโพลาร์ (bipolar disorder): ใช้ในการรักษาภาวะคลุ้มคลั่ง และภาวะซึมเศร้า ที่เกี่ยวข้องกับโรคไบโพลาร์
- รักษาภาวะซึมเศร้า (major depressive disorder): ใช้ร่วมกับยาต้านซึมเศร้าอื่นๆ ในการรักษาภาวะซึมเศร้าที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าเดี่ยว
- อื่นๆ ได้แก่ รักษาพฤติกรรมก้าวร้าว โรคอัลไซเมอร์ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคสมาธิสั้น โรคเครียดหลังประสบเหตุสะเทือนใจ และอาการนอนไม่หลับ ซึ่งจะต้องอยู่ภายใต้การดูแลจากแพทย์เท่านั้น

ปริมาณการใช้ยา quetiapine ที่ใช้ในการรักษา

quetiapine สามารถรับประทานพร้อมอาหารหรือไม่ก็ได้ โดยควรกลืนทั้งเม็ดยาพร้อมน้ำดื่มอย่างน้อย 1 แก้ว ไม่ควรหักแบ่ง บด หรือเคี้ยวยาก่อนกลืน

- สำหรับรักษาโรคจิตเภทในผู้ใหญ่ ใช้ยาปริมาณ 150-750 มิลลิกรัมต่อวัน
- สำหรับรักษาโรคไบโพลาร์ ใช้ยาปริมาณ 400-800 มิลลิกรัมต่อวัน

แพทย์ผู้รักษาจะให้เริ่มยาในปริมาณต่ำ หลังจากนั้นจึงค่อยๆ ปรับเพิ่มปริมาณยาจนถึงระดับที่จะทำให้อาการดีขึ้น

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา quetiapine

ผลข้างเคียงจากการใช้ quetiapine ได้แก่ ปากคอแห้ง ง่วงนอน วิงเวียนศีรษะ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ท้องผูก อาหารไม่ย่อย อาการข้างเคียงอื่นๆ ที่เกิดขึ้นได้จากการใช้ยา quetiapine แต่พบได้น้อยกว่า ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนเพลีย อาเจียน ทิวบอยและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น คัดจมูก แน่นจมูก มีอารมณ์หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ คิดอะไรไม่ออก หรือพูดจาสับสน งุ่มง่าม เคลื่อนไหวร่างกายเชื่องช้า ฝันร้าย ความต้องการทางเพศลดลง เต้านมขยายในผู้ชาย ประจำเดือนไม่มาตามปกติ มีสารคัดหลังผิดปกติไหลออกจากหัวนม

การใช้ยา quetiapine ร่วมกับยาอื่น ยาหลายชนิดมีผลต่อการออกฤทธิ์ของ quetiapine

- ยาหลายชนิดที่ใช้รักษาภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น กลุ่มยารักษาโรคซึมเศร้า และยาไทโอริดาซีน (thioridazine)
- ยาต่างๆ ที่นำมาใช้ในทางที่ผิด ยาที่นำมาใช้เป็นสารเสพติด

- ยารักษาอาการหวัด ยาแก้ไอ และยารักษาภูมิแพ้ชนิดต่างๆ
- ยาหลายชนิดที่ใช้รักษาการติดเชื้อรา เช่น ฟลูโคนาโซล (fluconazole) ไอทราโคนาโซล (itraconazole) และคีโตนาโซล (ketoconazole)
- ยาหลายชนิดที่ใช้รักษาการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ เช่น อินดีนาเวียร์ (indinavir) เนวฟินาเวียร์ (nelfinavir) และริโทนาเวียร์ (ritonavir)
- ยาบางชนิดที่ใช้บรรเทาอาการจุกเสียด แน่นท้อง
- ยาปฏิชีวนะหลายประเภท เช่น อิริโทรมัยซิน (erythromycin) กาดิฟลอกซาซิน
- ยารักษาโรคหัวใจ เช่น อะมิโอดาโรน (amiodarone) โพรเคนเอไมด์ (procainamide) ควินิดีน (quinidine) และโซทาลอล (sotalol)
- ยาแก้ชัก เช่น เฟนิโทอิน (phenytoin) และคาร์บามาซีปีน (carbamazepine)
- ยานอนหลับ
- เมทาโดน (methadone)
- ยาที่ใช้รักษาพาร์กินสัน เช่น โบรโมคริปทีน (bromocriptine) คาเบอร์โกลีน (cabergoline) และเลโวโดปา (levodopa)
- ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน ได้แก่ เดกซาเมธาโซน (dexamethasone) เมทิลเพรดนิโซโลน (methylprednisolone) เพรดนิโซโลน (prednisolone)

2. sertraline

ยา sertraline เป็นยาด้านเศร้าในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor: SSRIs ที่ช่วยปรับการสื่อสารระหว่างเซลล์ประสาทในระบบประสาทส่วนกลางและสารเคมีในสมอง รวมไปถึงช่วยให้สารเคมีในสมองกลับสู่สภาวะปกติ แพทย์จะใช้นี้ในการรักษาโรคซึมเศร้า (depression) โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive disorder: OCD) โรคแพนิคหรือโรคตื่นตระหนก (panic disorder) โรค PTSD (post-traumatic stress disorder) หรือทางการแพทย์เรียกว่า โรคเครียดจากเหตุการณ์ร้ายแรง กลุ่มอาการผิดปกติรุนแรงก่อนมีประจำเดือน (premenstrual dysphoric disorder: PMDD)

ข้อบ่งใช้

- ป้องกันและรักษาอาการซึมเศร้า (depression) ที่มีอาการวิตกกังวล (anxiety) ร่วมด้วยและที่มีหรือไม่เคยมีประวัติพลุ่งพล่าน (mania) มาก่อน
- ป้องกันและรักษาโรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive disorder: OCD) รักษาโรค OCD ในเด็ก
- ป้องกันและรักษาโรค panic disorder ที่มีหรือไม่มีอาการ agoraphobia
- ป้องกันและรักษาโรค post-traumatic stress disorder (PTSD)
- ป้องกันและรักษาโรค social phobia
- รักษาอาการซึมเศร้าวิตกกังวลก่อนมีประจำเดือน premenstrual dysphoric disorder (PMDD)

ขนาดและวิธีการใช้

การรักษาเบื้องต้น

- การรักษาโรคซึมเศร้าและโรค OCD: 50 mg/day
- การรักษา panic disorder (PTSD) and social phobia: เริ่มต้นด้วย 25 mg/day จากนั้น 1 สัปดาห์ควรเพิ่มขนาดยาเป็น 50 mg/day
- การรักษา premenstrual dysphoric disorder (PMDD): เริ่มต้นด้วยขนาด 50 mg/day ทุกวันตลอดรอบการมีประจำเดือน หรือให้เฉพาะช่วงหลังไข่ตกของรอบการมีประจำเดือนขึ้นกับการประเมินของแพทย์

การปรับขนาดยา

- ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า OCD, panic disorder และ PTSD: หากไม่ตอบสนองต่อยาสามารถเพิ่มขนาดยาได้ถึง ขนาดยาสูงสุด 200 mg/day โดยควรทิ้งช่วงห่างอย่างน้อย 1 สัปดาห์ก่อนปรับเปลี่ยนขนาดยา ไม่ควรปรับขนาดยาถี่เกินกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ เนื่องจากยามีค่าครึ่งชีวิตของการกำจัดยา 24 ชั่วโมง อาจเห็นผลการรักษาภายใน 7 วัน

- ในผู้ป่วย PMDD การปรับยาเพิ่มขึ้นอาจมีประโยชน์ในผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อขนาดยา 50 mg (โดยเพิ่มคราวละ 50 mg/รอบการมีประจำเดือน) จนถึง 150 mg/day โดยให้ยาติดต่อกันทุกวันตลอดรอบการมีประจำเดือน หรือ 100 mg/day กรณีให้ยาเฉพาะช่วงหลังตกไข่ของรอบการมีประจำเดือน ถ้าเคยได้ขนาดยา 100 mg/day ในช่วงหลังตกไข่แล้วการปรับขนาดยาควรเริ่มโดยให้ 50 mg/day ใน 3 วันแรก ตามด้วยขนาด 100 mg/day ตลอดช่วงหลังไข่ตกในแต่ละรอบการมีประจำเดือน

ขนาดยาที่ใช้ในการควบคุมโรค

- การรักษาในระยะยาวควรให้ขนาดต่ำสุดที่ยังได้ผล

ข้อห้ามใช้

- ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา
- ห้ามใช้ร่วมกันไปในผู้ป่วยที่กำลังใช้ยา monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) อยู่
- ห้ามใช้ร่วมกันในผู้ป่วยที่กำลังใช้ยา pimozide

อาการไม่พึงประสงค์

อาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ท้องเสีย ปากแห้ง ท้องอืด แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียน ง่วงซึม แขนขาอ่อนแรง หงุดหงิด ซัก ปวดศีรษะ การเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติ(extrapyramidal symptoms) ภาวะวอร์นิกซ์ สับสน หัวใจเต้นเร็ว นอนไม่หลับ ก้าวร้าว วิดกกังวล ซึมเศร้า ประสาทหลอน สมรรถภาพทางเพศลดลง ภาวะเต้านมโตในเพศชาย ประจำเดือนมาไม่ปกติ ผมหงอก หน้าบวม รอบเข่าบวม ผื่น คัน ลมพิษ ตับอักเสบ ตัวเหลือง ตาเหลือง ระดับเอนไซม์ตับสูงขึ้น

3. diazepam

diazepam เป็นยาในกลุ่ม benzodiazepines ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางโดยเป็น agonist ที่ benzodiazepine receptor ซึ่งจับกลุ่มอยู่กับ GABAA receptor และ chloride channel อยู่ที่เยื่อหุ้มเซลล์ประสาท ทำให้ GABAA receptor ทำงานได้มากขึ้น และยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทต่างๆ ทำให้มีผลลดอาการวิตกกังวล ทำให้ง่วงหลับ ต้านอาการชัก คลายกล้ามเนื้อ และอาจเกิดภาวะสูญเสียความจำข้างหน้า (anterograde amnesia)

เภสัชจลนศาสตร์

ยาถูกดูดซึมได้ดีและเร็ว ความเข้มข้นของยาในพลาสมาจะสูงสุดหลังรับประทานยาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ยา diazepam จับกับโปรตีนในพลาสมาได้มากถึงร้อยละ 98 ถูกแปลงสภาพโดยผ่าน CYP 2C19 และ CYP 3A4 ได้เป็นสาร metabolite ที่ยังคงฤทธิ์อยู่ คือ desmethyldiazepam, temazepam และ oxazepam ซึ่งมีค่า half-life 40-120 ชั่วโมง 8-15 ชั่วโมง และ 5-15 ชั่วโมง ตามลำดับ และยาถูกกำจัดออกทางไต

คำเตือนหรือข้อควรระวัง

- อาจทำให้ง่วงซึม ไม่ควรขับขี้นยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกลหรือในที่สูง
- สตรีมีครรภ์ สตรีระยะให้นมบุตร ผู้ป่วยโรคต้อ ไรต์ โรคไต โรคต้อหินชนิดมุมเปิด (open angle glaucoma) โรคไมแอสทีเนีย แกรวิส โรคพอร์ไฟเรีย โรคที่ระบบทางเดินหายใจทำงานบกพร่อง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคทางจิตเวช เช่น โรคจิต โรคอารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น ผู้มีประวัติการติดยาหรือสารเสพติดควรใช้ด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ
- อาจเกิดผลตรงข้ามกับฤทธิ์ของยาที่ให้ (paradoxical reactions) ในเด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยหนักได้
- อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาเมื่อใช้ร่วมกับยาอื่น ทำให้ระดับยาเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้มาก
- ระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วยภาวะเลือดมี albumin ต่ำ

อาการไม่พึงประสงค์

อาการไม่พึงประสงค์เกิดจากฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง อาการที่พบบ่อยคือ ง่วงซึม กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน กล้ามเนื้อเปลี้ย สับสน มึนงง เวียนศีรษะ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว นอกจากนี้อาจเกิดภาวะเสียความจำข้างหน้า มีรายงานการเกิดอาการระคายเคืองทางเดินอาหาร และพบปฏิกิริยาทางผิวหนังนอกจากนี้ อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบได้จากการใช้ยาคีโต Diazepam คือภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ และภาวะหลอดเลือดดำมีลิ่มเลือด

ปฏิกิริยาระหว่างยา

ระวังการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา หากใช้ยานี้ร่วมกับ

- แอลกอฮอล์หรือยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางจะทำให้ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหยุดหายใจ (apnea)
- ยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ในตับ (CYP2C19) เช่น cimetidine, quinidine และ tranylcypromine จะทำให้ diazepam มีการกำจัดออกช้าลงและทำให้การออกฤทธิ์ของยา diazepam ยาวขึ้น
- ยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ในตับ (CYP2C19) เช่น rifampin จะทำให้เพิ่มการกำจัดออกของ diazepam
- ยา ranitidine จะทำให้การดูดซึม diazepam ในทางเดินอาหารลดลง

การได้รับยาเกินขนาด

ง่วงซึม สับสน พูดเสียงลาก ลั่น ชัก หัวใจเต้นช้า เคนโซเซ อ่อนแรง reflex ลดลง โคม่า และอาจเกิดการหายใจ

4. clonazepam

ยา clonazepam (โคลนาซีแพม) เป็นยากันชักชนิดหนึ่ง ที่ใช้สำหรับป้องกันและควบคุมอาการชัก นอกจากนี้ยังใช้เป็นยาคลายกังวล และรักษาอาการตื่นตระหนก โดยจะออกฤทธิ์ไปทำให้สมองและระบบประสาทสงบมากขึ้น จัดเป็นยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepines) หนึ่งในกลุ่มยานอนหลับและยาคลายเครียดที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เพราะมีผลข้างเคียงน้อย

คุณสมบัติ

- รักษาอาการชัก ใช้ในการควบคุมและป้องกันการชักในโรคลมชักประเภทต่างๆ
- รักษาโรคแพนิค ช่วยลดความวิตกกังวลและความตื่นตระหนกที่เกี่ยวข้องกับโรคแพนิค
- บรรเทาอาการทางจิตเวช ใช้ในการรักษาอาการวิตกกังวลและความผิดปกติทางอารมณ์อื่นๆ ภายใต้การดูแลของแพทย์

กลไกการออกฤทธิ์

ยา clonazepam มีฤทธิ์ลดการส่งกระแสประสาทในมอเตอร์คอร์เทกซ์ (motor cortex) ซึ่งช่วยหยุดการขัดขวาง (spike) ของคลื่นสมองในโรคลมชักชนิดเหม่อ (absence seizure) มีความเชื่อว่ากลไกการออกฤทธิ์ของยา clonazepam เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเพิ่มการทำงานของกาบา (GABA) ในทางคลินิกยา clonazepam ใช้รักษาโรคลมชักเฉพาะที่ (focal epilepsy) และลมชักทั้งตัว (generalized seizure)

ข้อบ่งใช้

รักษาอาการชักชนิดภาวะชักต่อเนื่อง (status epilepticus: SE) แบบฉุกฉิน

- ใช้ยา clonazepam ชนิดยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ
- ขนาดการใช้ยาในผู้ใหญ่ ขนาด 1 มิลลิกรัม ครั้งเดียวฉีดเข้าหลอดเลือดดำซ้ำๆ โดยไม่ฉีดในอัตราเร็วเกินกว่า 2 มิลลิกรัมต่อนาที อาจให้ยาซ้ำหลังจากให้ยาครั้งแรกหากจำเป็น ขนาดยาสูงสุดคือ 20 มิลลิกรัม ข้อบ่งใช้ในการรักษาภาวะแพนิค (panic)
- ใช้ยา clonazepam ชนิดยาเม็ดสำหรับรับประทาน
- ขนาดการใช้ยาในผู้ใหญ่ ขนาดเริ่มต้น 0.25 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน อาจเพิ่มขนาดยาได้ถึง 0.5 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง ขนาดยาสูงสุดต่อวัน คือ 4 มิลลิกรัม หรือตามแพทย์สั่ง

ข้อบ่งใช้สำหรับรักษาโรคลมชัก

ขนาดการใช้ยาในผู้ใหญ่

- ขนาดเริ่มต้น 1 มิลลิกรัม ก่อนนอน เป็นเวลา 4 วัน ค่อยๆ เพิ่มขนาดยาในช่วง 2-4 สัปดาห์
- ขนาดยาในการควบคุมคือ 4-8 มิลลิกรัมต่อวัน
- ขนาดยาสูงสุดต่อวันคือ 20 มิลลิกรัม

ขนาดการใช้ยาในผู้สูงอายุ

- ขนาดเริ่มต้น 0.5 มิลลิกรัม ก่อนนอนเป็นเวลา 4 วัน

ขนาดการใช้ยาในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี หรือน้ำหนักต่ำกว่า 30 กิโลกรัม

- ขนาดเริ่มต้น 0.01-0.03 มิลลิกรัมต่อวัน แต่ไม่เกิน 0.05 มิลลิกรัมต่อวัน

- ขนาดยาสูงสุดต่อวัน คือ 0.2 มิลลิกรัมต่อวัน
- แบ่งให้ยา 2-3 ครั้งต่อวัน อาจเพิ่มขนาดยาได้ แต่ต้องไม่เกินกว่า 0.25-0.5 มิลลิกรัมต่อสามวัน จนกว่าจะสามารถควบคุมอาการชักได้
- ขนาดยาในการควบคุม 0.1-0.2 มิลลิกรัมต่อวัน

ผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา clonazepam

- อาจก่อให้เกิดอาการเซ มึนงง ง่วงซึม มีปัญหาด้านพฤติกรรม การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน อ่อนแรง ผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย

การใช้ยา clonazepam ร่วมกับยาอื่น

ยา clonazepam อาจเกิดปฏิกิริยาเมื่อใช้ร่วมกับยาดังต่อไปนี้ แอลกอฮอล์ ยากลากัลมามีนี ยานอนหลับ ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) เช่น บิวพรีนอร์ฟิน (buprenorphine) ยาที่มีฤทธิ์เพิ่มการทำงานของเอนไซม์ CYP3A4 บางชนิด (selected CYP3A4 inducers) ยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ CYP3A4 อย่างแรง (strong CYP3A4 inhibitors) ยาโคลซาพิน (clozapine) ยาฟีโนบาร์บิทัล (phenobarbital) เป็นยาในกลุ่มยากันชัก ยาไพรมิดอน (primidone) เป็นยาที่ใช้เพื่อควบคุมอาการชัก ยาที่ใช้รักษาอาการผิดปกติของอารมณ์ ได้แก่ MAOIs, ยารักษาอาการซึมเศร้า TCAs และ phenothiazides ยาไซเมทีดีน (cimetidine) หากคุณกำลังใช้ยาเหล่านี้อยู่ให้แจ้งแพทย์หรือเภสัชกรทราบ รวมถึงรายการยาอื่นๆ อาหารเสริม และสมุนไพรทุกชนิด ที่กำลังใช้อยู่ในปัจจุบันด้วย

5. clorazepate

clorazepate) หรือคลอราซีเพท ไดโปแตสเซียม (clorazepate dipotassium) เป็นยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) ทางคลินิกได้นำมารักษาอาการวิตกกังวล ใช้เป็นยากันชัก ยาช่วยสงบประสาท (ยากลากัลมามีนี) ยาทำให้ออนหลับ (ยานอนหลับ) รวมถึงเป็นยาช่วยคลายกล้ามเนื้อ (ยากลากัลมามีนี) ได้ด้วย นอกจากนี้ยังนำไปใช้บำบัดอาการของผู้ที่ติดสุรา รูปแบบยาแผนปัจจุบันของยานี้จะเป็นยาชนิดรับประทานที่เป็นแบบปลดปล่อยตัวยาทันที กับเป็นแบบควบคุมการปลดปล่อยตัวยาค่อยเป็นค่อยไป ตัวยาคลอราซีเพทสามารถดูดซึมจากระบบทางเดินอาหารได้ถึงประมาณ 91% จากนั้นตัวยาก็จะถูกลำเลียงไปทำลายที่ตับ ร่างกายจะใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมงเพื่อกำจัดยานี้ออกจากกระแสเลือดโดยผ่านทิ้งไปกับปัสสาวะ โดยทั่วไปในช่วงเริ่มต้นการรักษา แพทย์อาจให้ยาคลอราซีเพทในขนาดต่ำกว่าก่อนที่ขึ้นอยู่กับการและการตอบสนองต่อยาของตัวผู้ป่วย หลังจากนั้นจึงอาจมีการปรับขนาดยาให้สูงขึ้น

ยาคลอราซีเพทมีกลไกการออกฤทธิ์โดยตัวยาก็จะไปชะลอการเคลื่อนย้ายและการทำงานของสารสื่อประสาทต่างๆ ในสมอง เป็นผลให้ลดความวิตกกังวล และอาจส่งผลให้มีอาการง่วงนอน และอ่อนคลายการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อตามมา ยานี้ใช้ได้กับทั้งผู้ใหญ่เด็กและรวมถึงผู้สูงอายุ

ข้อห้ามทางคลินิกของการใช้ยาคลอราซีเพท ได้แก่

- ผู้ป่วยเคยมีประวัติแพ้ยาคลอราซีเพทมาก่อน
- ป่วยด้วยโรคต่อหิน หรือโรคตับระยะรุนแรง

- ผู้ป่วยมีการใช้ยา sodium oxybate อยู่ก่อนก็ถือเป็นข้อห้ามใช้ยานี้เช่นกัน

สตรีตั้งครรภ์หรือสตรีที่อยู่ในภาวะให้นมบุตรจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้ยาคลอราซีเพทซึ่งควรหลีกเลี่ยงหากไม่มีคำสั่งจากแพทย์ ผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตัวเองหรืออยากฆ่าตัวตายจัดเป็นอีกกลุ่มที่ต้องระวังการใช้ยานี้เป็นอย่างมาก ทัวไปสามารถรับประทานยาคลอราซีเพทนี้ก่อนหรือหลังอาหารก็ได้ แต่การหยุดใช้ยานี้ทันทีอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงตามมา ซึ่งอาการข้างเคียง (ผลข้างเคียง) ของยาคลอราซีเพท อย่างเช่น ตาพร่า วิงเวียน ง่วงนอน โดยหากเกิดอาการเหล่านี้ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการขับขี่ยานพาหนะใดๆรวมถึงการทำงานกับเครื่องจักรเพราะอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย นอกจากนี้การใช้ยานี้นานเกินไปสามารถส่งผลให้ติดยานี้ได้ หรือผู้ได้รับประทานยานี้เกินขนาดก็อาจพบอาการรู้สึกสับสน หลับลึก ง่วงนอน การทรงตัวด้อยลง มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆช้าลง

ข้อบ่งใช้

- บำบัดอาการติดยาสุราเรื้อรัง
- บำบัดและควบคุมอาการโรคลมชัก
- ช่วยคลายความวิตกกังวล

กลไกการออกฤทธิ์

กลไกการออกฤทธิ์ของยาคลอราซีเพทคือ ตัวยาจะออกฤทธิ์กับตัวรับ (receptor) ในสมองที่มีชื่อว่า เบนโซไดอะซีปีน รีเซพเตอร์ (benzodiazepine receptor) ส่งผลเพิ่มการส่งผ่านเกลือคลอไรด์ (chloride) ในเซลล์สมองและนำมาซึ่งสมดุลทางเคมีในสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทดีขึ้นตามสรรพคุณ

ข้อบ่งชี้การใช้ ขนาดรับประทาน

ก. สำหรับบำบัดอาการติดยาสุราและโรคลมชัก:

- ผู้ใหญ่: รับประทาน 90 มิลลิกรัม/วันโดยแบ่งรับประทานตามคำสั่งแพทย์
- เด็กอายุ 9 - 12 ปี: รับประทาน 60 มิลลิกรัม/วันโดยแบ่งรับประทานตามคำสั่งแพทย์
- เด็กอายุต่ำกว่า 9 ปี: ยังไม่มีการศึกษาทางคลินิกที่แน่ชัดถึงขนาดยาในเด็กวัยนี้ ดังนั้นการใช้ยานี้ในเด็ก

วัยนี้จึงอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ผู้รักษาเป็นกรณีๆไป

- ผู้สูงอายุ: ให้เริ่มรับประทานยานี้ในขนาดต่างๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์

ข. สำหรับคลายความวิตกกังวล:

- ผู้ใหญ่: รับประทานครั้งละ 7.5 มิลลิกรัมวันละ 3 ครั้ง เช้า - กลางวัน - เย็น
- ผู้สูงอายุ: ให้เริ่มรับประทานในขนาดต่ำตามคำสั่งแพทย์
- เด็ก: ยังไม่มีการศึกษาทางคลินิกที่แน่ชัดถึงขนาดยาในเด็ก ดังนั้นการใช้ยานี้ในเด็ก จึงอยู่ในดุลพินิจ

ของแพทย์ผู้รักษาเป็นกรณีๆไป

ผลไม่พึงประสงค์ ผลข้างเคียง/อาการข้างเคียง

ยาคลอราซีเพทสามารถก่อให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ (ผลข้างเคียง/อาการข้างเคียง) ต่อระบบอวัยวะต่างๆของร่างกายดังนี้

- ผลต่อสภาวะทางจิตใจ: เช่น มีอาการนอนไม่หลับ มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ซึมเศร้า
- ผลต่อระบบประสาท: เช่น วิงเวียน กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ อาการสั่น พูดไม่ชัด

- ผลต่อดับ: เช่น ก่อให้มีภาวะตับทำงานผิดปกติ (ตับอักเสบ)
- ผลต่อไต: เช่น ไตทำงานผิดปกติ (ไตอักเสบ)
- ผลต่อผิวหนัง: เช่น อาจพบผื่นคัน
- ผลต่อหัวใจ: เช่น ลดแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำได้

ข้อควรระวังการใช้ยาคลอราซีเพท เช่น

- ห้ามใช้กับผู้แพ้ยานี้
- ห้ามใช้ยานี้กับผู้ป่วยโรคต่อหิน
- ห้ามใช้ยานี้กับสตรีตั้งครรภ์ สตรีที่อยู่ในภาวะให้นมบุตร รวมถึงเด็กที่อายุต่ำกว่า 9 ปี
- ห้ามปรับขนาดรับประทานยานี้ด้วยตนเอง
- ห้ามหยุดใช้ยานี้ทันทีโดยไม่ปรึกษาแพทย์ด้วยจะทำให้เกิดภาวะถอนยาตามมา
- ห้ามใช้ยาที่มีสภาพเปลี่ยนไปจากเดิม
- ระวังการใช้ยานี้กับผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำเป็นประจำ ผู้ป่วยโรคตับ โรคไต โรคระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ
- ระวังการใช้ยานี้กับผู้ที่มีอาการแพ้ยาชนิดต่างๆหรือผู้ที่ต้องทำงานกับเครื่องจักร
- ระหว่างใช้ยานี้ควรตรวจคัดกรองแอลกอฮอล์ผู้ป่วยว่ามีแนวโน้มอยากทำร้ายตนเองหรือคิดฆ่าตัวตายหรือไม่
- หากพบอาการแพ้ยานี้เช่น อีดีเอ็ม/หายใจไม่ออก/หายใจลำบาก ผื่นคันขึ้นเต็มตัว ตัวบวม ให้หยุดการใช้ยานี้ทันทีแล้วรีบพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทันที/ฉุกเฉิน
- กรณีใช้ยานี้ไปแล้วตามระยะเวลาที่เหมาะสม (เช่น 1 – 2 สัปดาห์) แต่อาการไม่ดีขึ้นหรืออาการเลวลงควรกลับมาพบแพทย์/มาโรงพยาบาลโดยไม่ต้องรอจนถึงวันนัดเพื่อแพทย์พิจารณาปรับการรักษา
- พาผู้ป่วยมาพบแพทย์/มาโรงพยาบาลตามนัดทุกครั้ง
- ห้ามแบ่งยาให้ผู้อื่นใช้
- ห้ามใช้ยาหมดอายุ
- ห้ามเก็บยาหมดอายุ

ยาคลอราซีเพทมีปฏิกริยาระหว่างยากับยาตัวอื่น เช่น

- หลีกเลี่ยงการใช้ยาคลอราซีเพทร่วมกับยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์เสพติด (narcotic analgesics), ยากลุ่ม barbiturates, phenothiazines, ยาต้านฮีสตามีน (antihistamines), ยากลุ่ม MAOIs, ยานอนหลับชนิดต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบ (ผลข้างเคียง) ทางสมอง/ทางระบบประสาท มากยิ่งขึ้น

- ห้ามใช้ยาคลอราซีเพทร่วมกับยา sodium oxybate ด้วยอาจทำให้มีภาวะกดการหายใจตามมาเช่น หายใจเบา หายใจช้า หายใจตื้นๆ จนถึงอาจหยุดหายใจ

- กรณีใช้ยาคลอราซีเพทร่วมกับยา olanzapine อาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ ซึ่พบเห็นแล้ว กล้ามเนื้ออ่อนแรง ง่วงนอน วิงเวียน และพูดไม่ชัด หากจำเป็นต้องใช้ยาร่วมกันแพทย์จะปรับขนาดรับประทานให้เหมาะสมเป็นกรณีไป

6. trazodone

ชื่อสามัญทางยา (generic name) trazodone hydrochloride

ชื่อการค้า (trade name) trazodone®, desirel®, desyrel®, trazo®, trazodone pharماسant®, zorel®, zodonrel®

รูปแบบของยา (dosage form) ยาเม็ดเคลือบฟิล์มขนาด 50 มิลลิกรัม, 100 มิลลิกรัม

ข้อบ่งใช้

รักษาภาวะซึมเศร้า (depressive disorder)

รักษาอาการนอนไม่หลับ (insomnia) (off-labeled use)

กลไกการออกฤทธิ์

ยา trazodone มีโครงสร้างเป็นอนุพันธ์ของ triazopyridine (รูปที่ 10) โดยยาจะจับกับตัวรับซีโรโทนิน (serotonin receptor) ในสมอง มีผลยับยั้งการดูดกลับของสารสื่อประสาทซีโรโทนินที่เซลล์ประสาทก่อนไซแนปส์ (presynaptic neurons) ส่งผลให้ระดับซีโรโทนินที่บริเวณดังกล่าวเพิ่มขึ้น จนเกิดสมดุลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งมีระดับซีโรโทนินต่ำกว่าปกติ นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้นอีกด้วย

การกระจายยา

ยา trazodone สามารถจับกับโปรตีนในเลือดได้ดี มีค่า Protein binding ร้อยละ 89 – 95 และค่า volume of distribution (Vd) 0.47 – 0.84 ลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

เมตาบอลิซึม

ยา trazodone ถูกเมตาบอลิซึมผ่านเอนไซม์ cytochrome P450 3A4 (CYP 3A4) เป็นหลัก ผ่านกระบวนการ hydroxylation, N-dealkylation, N-oxidation และการตัดวงแหวน pyridine กระบวนการทั้งหมดดังกล่าวเกิดขึ้นที่ตับ ได้สารเมตาบอลิต์ที่ยังมีฤทธิ์อยู่ (active metabolite) ชื่อว่า m-chlorophenylpiperazine (m-CPP) โดยสาร m-CPP บางส่วนอาจเข้าสู่กระบวนการ conjugation ผ่านเอนไซม์ CYP 2D6 ต่อ ได้สาร Oxotriazolopyridinpropionic acid ซึ่งเป็นเมตาบอลิต์ที่ไม่มีฤทธิ์ (inactive metabolite)

การขจัดยาออกจากร่างกาย

ยา trazodone ถูกขับออกจากร่างกายทั้งทางปัสสาวะและอุจจาระ โดยขับออกทางอุจจาระ ร้อยละ 21 และทางปัสสาวะร้อยละ 70 – 75 โดยมีเพียงร้อยละ 0.13 ที่ขับออกทางปัสสาวะในรูปแบบที่ไม่เปลี่ยนแปลงทางเคมี ยา trazodone มีค่า renal clearance อยู่ที่ 3 - 5.3 ลิตรต่อชั่วโมง และค่า total body clearance อยู่ที่ 5.3 ลิตรต่อชั่วโมง ยาในรูปแบบ immediate release มีค่าครึ่งชีวิตในการขจัดยา (elimination half-life: T_{1/2}) เท่ากับ 7 ชั่วโมง ส่วนรูปแบบ extended-release ค่า T_{1/2} เท่ากับ 10 ชั่วโมง

ขนาดการรักษาและการบริหารยา

ภาวะซึมเศร้า รูปแบบยาเม็ดชนิดปลดปล่อยตัวยาทันที (immediate-release tablets) ขนาดเริ่มต้นวันละ 150 มิลลิกรัม โดยแบ่ง รับประทานหลังมีอาหาร อาจปรับเพิ่มขนาดยา เมื่อผู้ป่วยมีภาวะทนต่อยา (tolerance) หรือใช้ยาขนาดเดิมแต่ไม่ให้เกิดผลการรักษา โดยค่อยๆ ปรับเพิ่มวันละ 50 มิลลิกรัม ทุก 3-4 วัน เมื่อ

ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จึงปรับค่อยๆ ลดขนาดยาให้ต่ำที่สุดที่สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ (lowest effective maintenance dose) ขนาดยาสูงสุด 400 มิลลิกรัม ต่อวัน สำหรับผู้ป่วยนอก 600 มิลลิกรัม ต่อวัน สำหรับผู้ป่วยใน ขนาดเริ่มต้นวันละ 150 มิลลิกรัมรับประทานขณะท้องว่างตอนเย็นหรือก่อนนอน อาจปรับเพิ่มขนาดยาวันละ 75 มิลลิกรัม ทุก 3 วัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จึงปรับค่อยๆ ลดขนาดยาให้ต่ำที่สุดที่สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ ขนาดยาสูงสุด : 375 มิลลิกรัม ต่อวัน

อาการนอนไม่หลับ รับประทาน 50 ถึง 100 มิลลิกรัม 1 ชั่วโมง ก่อนนอนการปรับขนาดยา (dose adjustment) ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต ส่วนในภาวะหรือโรคร่วมอื่นๆ ยังไม่มีข้อมูล

อาการไม่พึงประสงค์

อาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรงและพบได้บ่อย (common) ท้องผูก (ร้อยละ 7 – 8) ท้องเสีย (ร้อยละ 9) คลื่นไส้ (ร้อยละ 21) อาเจียน (อย่างน้อยร้อยละ 1) ปากแห้ง (ร้อยละ 14 – 33.8) ปวดหลัง (ร้อยละ 5) มีภาวะสับสน (ร้อยละ 5.7) วิงเวียน ศีรษะ (ร้อยละ 25) ปวดศีรษะ (ร้อยละ 9.9 – 33) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 6.4) ง่วงซึม (ร้อยละ 23.9– 46) ตาพร่ามัว (ร้อยละ 5 – 14.7) ฝันร้าย (ร้อยละ 5.1) รู้สึกประหม่า กระวนกระวาย (ร้อยละ 6.4 – 14.8) รู้สึกอ่อนแรงเหนื่อยล้า (ร้อยละ 5.7 – 15)

อาการไม่พึงประสงค์รุนแรง (severe) หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันต่ำ (ร้อยละ 3.8 – 7) prolonged QT interval, torsades de pointes ภาวะภูมิไวเกินจากการแพ้ยา (น้อยกว่าร้อยละ 1) ภาวะชัก กลุ่มอาการซีโรโทนิน (serotonin syndrome) มีความคิดฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตาย ภาวะองคชาติแข็งค้าง (priapism)

7. benzhexol

benzhexol เป็นยาสำหรับรักษาโรคพาร์กินสัน แก้อาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ความเฉื่อยชาด้านจิตใจของผู้ป่วย ช่วยลดอาการสั่นรัว และอาการน้ำลายสอ

ขนาดและวิธีการใช้ รับประทานครั้งละ 2 มิลลิกรัม วันละ 3-4 ครั้ง

ฤทธิ์ข้างเคียง ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่า ความดันภายในลูกตาสูงขึ้น ถ่ายปัสสาวะขัด ง่วงนอน สับสนและอ่อนเพลีย

ข้อควรระวัง ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง หรือมีอาการผิดปกติที่หัวใจ และไต โรคต่อหิน ลำไส้อุดตันหรือไม่บีบตัว โรคต่อมลูกหมากโต จะใช้ยานี้ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด

8. lactulose

แลคตูโลส เป็นน้ำตาลชนิดโมเลกุลคู่ (disaccharide) ของฟรุคโตสและกาแลคโตส เป็นยาที่ออกฤทธิ์ได้หลากหลายกลไก (multimechanism) สำหรับรักษาอาการท้องผูกเรื้อรัง และช่วยปรับสมดุล ทำให้ร่างกายรักษาสมดุลการขับถ่ายในระยะยาว มีคุณสมบัติที่ช่วยรักษาอาการท้องผูกเรื้อรัง ดังนี้

- lactulose มีคุณสมบัติของน้ำตาลชนิดโมเลกุลคู่ ชนิดไม่ถูกย่อยและถูกดูดซึมในทางเดินอาหาร โดยผ่านกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กในรูปแบบไม่เปลี่ยนแปลง

- ในบริเวณลำไส้ใหญ่ lactulose จะถูกย่อยโดยแบคทีเรียหรือจุลินทรีย์ที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ได้เป็นกรดไขมันสายสั้น (short-chain fatty acid) จึงมีความเป็นกรดเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสถานะที่เพิ่มการดูดน้ำเข้ามาในโพรงลำไส้ใหญ่ จึงช่วยกระตุ้นการเคลื่อนตัวของลำไส้ ทำให้ขับถ่ายได้สะดวกขึ้น

- lactulose จัดอยู่ในยาระบายกลุ่มเพิ่มน้ำในลำไส้ (osmotic laxatives) ซึ่งยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ดึงน้ำไว้ในช่องลำไส้ใหญ่โดยวิธีออสโมซิส (osmosis) ช่วยให้อุจจาระนุ่มและผ่านลำไส้ใหญ่ได้ดีขึ้น ยาระบายในกลุ่มนี้มีความปลอดภัยสูง (หากใช้ถูกวิธี) เหมาะสำหรับทุกคน รวมถึงเด็ก ๆ ที่มีปัญหาท้องผูก ผู้สูงอายุ และคุณแม่ตั้งครรภ์ ที่มีปัญหาท้องผูกเรื้อรัง ซึ่งยาระบายในกลุ่มเพิ่มปริมาณอุจจาระ อาจจะมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ จำเป็นต้องใช้การเพิ่มน้ำในลำไส้เข้ามาช่วยด้วย

- lactulose มีคุณสมบัติเป็น prebiotics (พรีไบโอติกส์) คือ เป็นสารอาหารที่สามารถกระตุ้นการเจริญเติบโตและการทำงานของ probiotics ซึ่งเป็นจุลินทรีย์ที่มีประโยชน์ต่อร่างกายได้

- ตามข้อมูลข้างต้น เราทราบแล้วว่า lactulose คือพรีไบโอติกส์ ซึ่งมีส่วนช่วยในการขับถ่าย คำถามต่อมาคือแล้วเจ้า prebiotics (พรีไบโอติกส์) ที่ได้ยินชื่อกันบ่อย ๆ นี้คืออะไร มีส่วนช่วยในการขับถ่ายอย่างไร ทานไปแล้วได้ประโยชน์ต่อร่างกายในส่วนอื่น ๆ ด้วยหรือไม่ berlin GI life ขอขยายความในส่วนนี้เพื่อความเข้าใจมากขึ้นค่ะ

- prebiotics (พรีไบโอติกส์) คือไฟเบอร์ชนิดหนึ่งที่ได้มาจากน้ำตาลธรรมชาติ เป็นสิ่งไม่มีชีวิตซึ่งร่างกายไม่สามารถย่อยและดูดซึมได้เอง แต่จะสามารถถูกย่อยสลายโดยจุลินทรีย์พรีไบโอติกส์ ซึ่งเป็นจุลินทรีย์ชนิดดี

- โดยพรีไบโอติกส์นี้ สามารถพบได้ในหัวหอม กระเทียม ถั่วเหลือง ถั่วแดง ไฟเบอร์ในผัก และผลไม้ต่าง ๆ ดังนั้น การเสริมพรีไบโอติกส์ให้กับร่างกาย ก็คือการกระตุ้นการทำงานของจุลินทรีย์พรีไบโอติกส์ทำงานได้ดียิ่งขึ้นนั่นเอง

- เมื่อจุลินทรีย์ดีทำงานได้ดี ก็จะกำจัดจุลินทรีย์ก่อโรคได้ดี ร่างกายก็จะเกิดสุขภาวะที่ดี โดยการทำงานของพรีไบโอติกส์ ในกลไกการเป็นยาระบายของ lactulose ก็เกิดจากการที่ lactulose ถูกย่อยโดยแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ได้เกิดเป็นกรดอินทรีย์ซึ่งจะดูดน้ำเข้ามาในอุจจาระ ช่วยให้อุจจาระมีลักษณะอ่อนนุ่มและยังสามารถกระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่มีการเคลื่อนไหวดีขึ้น ดังนั้น การเสริม prebiotics (พรีไบโอติกส์) ให้กับร่างกาย นอกจากจะช่วยในเรื่องระบบขับถ่าย ทำให้ถ่ายง่ายขึ้นแล้ว ยังช่วยในการปรับสมดุลการย่อยอาหารให้มีการทำงานดีขึ้น สร้างค่า pH ให้ลำไส้เป็นกรด เพื่อไม่ให้แบคทีเรียก่อเกิดโรคเข้ามาเจริญเติบโตในร่างกาย ช่วยลดอาการลำไส้แปรปรวน บรรเทาอาการท้องผูกและท้องเสีย ช่วยกระตุ้นให้ร่างกายเติมจุลินทรีย์ชนิดดีเข้าสู่ร่างกายเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันที่แข็งแรง

การออกฤทธิ์

เริ่มเห็นผลหลังรับประทานยา 1-2 วัน จากหลักฐานทางวิชาการ พบว่า Lactulose ช่วยเพิ่มความถี่ของการถ่ายอุจจาระ ทำให้ลักษณะอุจจาระอ่อนนุ่มขึ้น และลดภาวะอุจจาระอัดแน่นได้ดีกว่ายาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อบ่งชี้การใช้ ขนาดยาที่แนะนำในผู้มีภาวะท้องผูก ดังนี้

- ผู้ใหญ่: 1-2 ช้อนโต๊ะต่อวัน และอาจเพิ่มปริมาณได้ถึง 4 ช้อนโต๊ะต่อวันถ้าจำเป็น
- เด็ก: 1-3 ช้อนชาต่อวัน หรือตามแพทย์สั่ง

วิธีรับประทาน อาจผสมกับน้ำผลไม้ น้ำหรือนมก็ได้ ทั้งนี้ สตรีมีครรภ์ ผู้มีโรคประจำตัว ควรใช้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์และเภสัชกร และห้ามใช้เป็นยาลดความอ้วนหรือยาลดน้ำหนัก

ผลข้างเคียง

lactulose เป็นยาระบายในกลุ่ม ยาระบายเพื่อเพิ่มน้ำในลำไส้ (osmotic laxatives) ซึ่งยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ดึงน้ำไว้ในช่องลำไส้ใหญ่โดยวิธีออสโมซิส (osmosis) ช่วยให้อุจจาระนุ่มและผ่านลำไส้ใหญ่ได้ดีขึ้น ยาระบายในกลุ่มนี้มีความปลอดภัยสูง ไม่ดูดซึมเข้ากระแสเลือด สามารถใช้ได้ทั้งในกลุ่มบุคคลทั่วไป เด็ก ผู้สูงอายุ และคุณแม่ตั้งครรภ์ ทั้งนี้ในส่วนของผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยานี้ เนื่องจาก lactulose จะถูกย่อยโดยแบคทีเรียและทำให้เกิดแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ อาจพบอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ และปวดเกร็งช่องท้องได้บ้าง

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ส่องสุข. (2560). ยาน่ารู้ วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 ม.ค. - มี.ค. 2560 หน้า 66-70
- กฤษฎิ์ โจ้วศิริ และ ดาวเรือง จัตุชัย. (2567) การพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม -เมษายน พ.ศ. 2567
- ข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า จาก HDC ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2567 <https://hdcservice.moph.go.th/>
- ญาธิดา วุฒิศาสตร์กุล, วิยะดา ทิพม่อม และ ธัญญาสิริ ธัญยศสวัสดิ์. (2565). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลของเพปพลาวในกระบวนการพยาบาล สำหรับนักศึกษาพยาบาล.พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีที่ 49 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2565 หน้า 365-375
- ดุชนิ ชาญปรีชา และคณะ. (2559). คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์
- ณัฐนิชากร กมลเทพา. (2565). ความสุขของพฤติกรรมเสพติดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2557). สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดการประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล วารสารพยาบาล ทหารบก ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (พ.ค. - ส.ค.) หน้า 85-91
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. (2556). การฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้า. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย ปีที่ 6 (ฉ.1 ม.ค.-มิ.ย. 56)
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. (2563). ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2563
- พชรลลย์ ชัยรัตน์. (2566). การพยาบาลให้คำปรึกษาผู้ป่วยซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตาย กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา. ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2566
- พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564
- พัชชา วงศ์สุวรรณ. (2552). พฤติกรรมการเสพยาบ้าของวัยรุ่น กรณีศึกษา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์
- พลอย เชนศรี. (2564). ภาวะซึมเศร้าความผูกพันต่อบทบาทและกลวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศ หญิงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2562). การพัฒนารูปแบบจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในประเทศไทย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย.(2549) จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและทางเลือกใหม่ของการรักษาโรคซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549 (หน้า 117-131)
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ. (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 27 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน - ธันวาคม 2561

มาโนช หล่อตระกูล. โรคซึมเศร้าโดยละเอียด. (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 24 ตุลาคม 2562.

จาก <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017>
วิโรจน์ วีระชัย, (2559) ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. สถาบันบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
วนิดา รัตนสุมาวงศ์, รัตมน กัลป์ยามศิริ, พิชัย แสงชาญชัย. (2561). ทฤษฎีของพฤติกรรมเสพติดและข้อถกเถียง
ในปัจจุบัน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(3): 295-306
ศิริรัตน์ นิตยวัน, นภัสสรณ์ รังวิเวโรจน์ และ อริญญา แพ้จ้อย. (2561). แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด.
วารสารแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ.

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2559). สารเสพติดกับผู้ป่วยจิตเวช. 28 มีนาคม 2559

www.https://ThaiPsychiatricAssociation/posts/812424728861545:0

สมรทิพย์ วิภาวนิช. (2564) บทบาทพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด. วารสารศูนย์อนามัยที่
9 ฉบับที่ 38 กันยายน 2564

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ศิริพร จิรวัดน์กุล, ธรณินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน

และ เยาวเรศ สุตะโท. (2555). เพศหญิงหรือความเป็นหญิงจึงนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า. วารสารสมาคม
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(1): 61-74

สารสนเทศระบบบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น, 2566

สาวตรี สงหาด. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2559

สาวตรี อัจฉรงค์กรชัย และ นพพร ตันติรังสี. (2557). แบบคัดกรอง ASSIST ฉบับภาษาไทย. หน่วยระบาดวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อรนันท์ หาญยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. วารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 15 ฉบับที่ 3
(ก.ย. - ธ.ค.) 2557

อิสระ เจียวิริยะบุญญา, (2564) การเสพติดกลับเป็นซ้ำ (Relapse) การเสพติด (addiction).

อัจฉรา ฐิติวัฒนากุล. (2558). ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ
เด็กหญิงที่ถูกกระทำรุนแรง ในสถานแรกรับ เขตภาคกลาง. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

HONESTDOCS. 22 ตุลาคม 2019.8 ผลข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านเศร้า. (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 24
ตุลาคม 2562 จาก <https://www.honestdocs.co/8-side-effects-of-taking-antidepressants>

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของ
โรงพยาบาลอัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์

ชื่อ - สกุล :นายสาธิต สมศรี.....

วัน/เดือน/ปี:๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๗.....

หัวข้อ: ... กรณีศึกษา “การพยาบาลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีโรคซึมเศร้าเรื้อรังในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ”

รายละเอียดข้อมูล

.....ตามเอกสารแนบ

Linkภายนอก (ถ้ามี):-.....

หมายเหตุ:

ผู้ขอเผยแพร่ผลงาน

(.....นายสาธิต สมศรี.....)

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

วันที่.....๑๕.....เดือน ..ตุลาคม...พ.ศ...๒๕๖๗.....

ผู้อนุมัติรับรอง

(นายชาญชัย สงพานิช)

.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัญญารักษ์ขอนแก่น

วันที่.....๑๕.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(..........)

ตำแหน่ง.....(นายรัฐพล ประชุมแสน)

.....นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

.....หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์

.....๑๕.....เดือน.....พ.ศ.....