

## ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

กรณีศึกษา : เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยชายติดยาบ้าที่มีความเสี่ยงสูง  
ต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและ  
พฤติกรรม(CBT) ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

โดย

นางศศิธร เต็มอินทร์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล  
ตำแหน่งเลขที่ 6129

งานการพยาบาลผู้ป่วยในฟื้นฟูสมรรถภาพ  
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล  
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น  
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

## คำนำ

รายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยชายติดยาบ้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม(CBT) ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โดยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การตรวจร่างกายทุกระบบและการตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) รวมทั้งการใช้กรอบแนวคิดตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อประเมินสภาพและวางแผนให้การพยาบาลร่วมกับแนวคิดทฤษฎีที่นิยมใช้ในผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไว้ในความดูแลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา อาการและบริบทของผู้ป่วย รูปแบบทางการพยาบาล (Nursing Model) ซึ่งพยาบาลต้องใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆในระยะที่ผู้ป่วยรับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบ FAST Model ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิดได้อย่างเหมาะสม โดยที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เข้ามากระตุ้นอย่างเหมาะสมจนผู้ป่วยสามารถหยุดพึ่งพายาและสารเสพติดได้อย่างยาวนาน และได้นำแนวคิดต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อเองที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข

โอกาสนี้ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชาญชัย ธงพานิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น, คุณโสภิตา ดาวสดใส รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล และคุณศิราณี คำเพราะ หัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ที่กรุณาชี้แนะ ให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาดำเนินการจนกระทั่งเสร็จสิ้นสมบูรณ์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานกรณีศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานทางการพยาบาลยาเสพติดและผู้สนใจ ตลอดจนเป็นการพัฒนาระบบวิชาชีพการพยาบาลต่อไป

ศศิธร เต็มอินทร์  
30 กันยายน 2567

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	6
ลำดับขั้นตอนการดำเนินงาน	7
ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา	7
บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดยาบ้า	8
ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	17
ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	22
บทที่ 3 ทฤษฎีทางการพยาบาล การพยาบาลและแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม	28
ทฤษฎีทางการพยาบาล (เพบพราว)	28
กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	30
กระบวนการพยาบาล	32
การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด	38
บทบาทของพยาบาลยาเสพติด	40
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	40
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว	42
แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม	47
บทที่ 4 กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยชายติดยาบ้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม(CBT) ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ	64
บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ	105
บรรณานุกรม	124
ภาคผนวก	128

## บทที่ 1 บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime-UNODC) เผยแพร่รายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก ประจำปี 2566 เมื่อ 26 มิ.ย.66 ระบุว่าจำนวน ผู้เสพยาเสพติดทั่วโลกเมื่อปี 2564 มีจำนวนมากกว่า 296 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 23 จากช่วงทศวรรษที่ผ่านมา และมีผู้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพรุนแรงจากการเสพยาเสพติดจำนวน 39.5 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 45 ในจำนวนดังกล่าวได้เข้ารับการรักษาเพียงร้อยละ 20 นอกจากนี้ กลุ่มเยาวชนเป็นกลุ่มเสี่ยงใช้ยาเสพติดมากที่สุดและได้รับผลกระทบทางสุขภาพอย่างรุนแรง เฉพาะอย่างยิ่งในภูมิภาคแอฟริกาซึ่งผู้เข้ารับการรักษาจากการติดยาเสพติดมากกว่าร้อยละ 70 มีอายุต่ำกว่า 35 ปี รายงานฉบับดังกล่าวยังระบุด้วยว่า การผลิตและการค้ายาเสพติดยังเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดความขัดแย้งเกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชน และการทำลายสิ่งแวดล้อม (UNODC,2022) ในขณะที่ทั่วโลกต้องเผชิญกับสถานการณ์ยาเสพติดที่สูงขึ้น ประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน จากข้อมูลรายงานเรื่อง Synthetic Drugs in East and Southeast Asia 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime) เอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นที่ตั้งของตลาดค้ายาบ้าที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของโลก และมีแนวโน้มที่จะขยายตัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ลุ่มแม่น้ำโขงตอนล่าง ได้แก่ ประเทศกัมพูชา สปป.ลาว พม่า เวียดนาม และไทย ครอบครองสัดส่วนการจับกุมแอมเฟตามีนสูงถึง ร้อยละ 89 ของการจับกุมทั้งปี 2564 จากข้อมูลผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศปี 2564 ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ซึ่งให้เห็นว่า ปริมาณของกลางยาเสพติดที่พบมากขึ้นจากปีที่ผ่านมา ได้แก่ ยาบ้า กัญชา และเฮโรอีน โดยปริมาณของกลางยาบ้าจำนวนสูงถึง 515.47 ล้านเม็ด เฮโรอีน 3,332 กิโลกรัม และกัญชาแห้ง 71,769 กิโลกรัม เนื่องด้วยในปัจจุบัน เทคโนโลยีและกระบวนการผลิตยาบ้าถูกพัฒนาให้ก้าวหน้ามากขึ้น สามารถผลิตได้ในปริมาณมากขึ้น ดังนั้นราคาขายปลีกยาบ้าจึงถูกลงอย่างต่อเนื่อง เฉลี่ยประมาณเม็ดละ 30-50 บาทเท่านั้น จึงทำให้ผู้เสพเข้าถึงการใช้ยาเหล่านี้ได้ง่ายขึ้นนั่นเอง (UNODC,2022)

การแพร่ระบาดของยาบ้า จากสถิติการจับกุมเฉพาะยาบ้าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีผู้ต้องหาคดียาบ้าประมาณ 1 ล้านคนทั่วประเทศ ซึ่งนับเป็นส่วนใหญ่ของยาเสพติดทั้งหมด (จากประมาณการยาเสพติด ทั้งหมดกว่า 1.9 ล้านคน) โดยหากจำแนกสถานภาพการเสพยาเสพติดตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 5 เป็นผู้ใช้ , ร้อยละ 25 เป็นผู้เสพ , ร้อยละ 25 เป็นผู้ติดยา และร้อยละ 5 เป็นผู้ติดยารุนแรง ทั้งนี้การจำแนกสถานะของการเสพยาจะส่งผลต่อการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหของผู้เสพ/ผู้ติดยา ยาเสพติดแต่ละประเภท กลุ่มผู้เสพที่ส่งผลกระทบต่อความเดือดร้อนของประชาชน จากข้อมูลการจำแนกสัดส่วน สถานะการเสพยาบ้า สามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้ กลุ่มผู้ใช้/ผู้เสพ จัดเป็นผู้เสพชั่วคราว เสพในปริมาณน้อย ไม่ต่อเนื่องถือเป็นกลุ่มผู้เสพที่ไม่ส่งผลกระทบหรือสร้างความเดือดร้อนต่อสังคม/ชุมชนเท่าใดนัก กลุ่มผู้ติดยา/ผู้ติดยารุนแรง หรือเรื้อรัง เป็นผู้ติดยาเสพติดในระดับที่สร้างความเดือดร้อนให้กับครอบครัว ชุมชน สังคม ทั้งต่อร่างกาย ชีวิต และทรัพย์สินของบุคคลอื่น ซึ่งกลุ่มผู้เสพยาเสพติดประเภทนี้ถือเป็นกลุ่ม ที่มีความรุนแรงต่อนานมากที่สุดในการแก้ไขปัญหากลุ่มผู้ติดยาที่สร้างผลกระทบ หรือสร้างความเดือดร้อนให้กับครอบครัว/ชุมชน/สังคม จำแนก ตามสถานภาพการเสพยา ตามผลการศึกษาของ

องค์การสหประชาชาติ ที่ได้ศึกษาจากหลายประเทศ พบว่า กลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่สร้างผลกระทบหรือสร้างความเดือดร้อนให้กับชุมชน/สังคม มีสัดส่วนประมาณ ร้อยละ 10 ของผู้เสพทั้งหมด ผลกระทบของผู้ติดยาเสพติดในห้วง ๓ ปีที่ผ่านมา พบว่ามีแนวโน้มความรุนแรงสูงขึ้นอย่างเห็น ได้ชัด จากการก่อความเดือดร้อนประเภทลักขโมย เพิ่มระดับเป็นการใช้ความรุนแรงต่อร่างกาย ชีวิต และทรัพย์สินของผู้อื่น โดยส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากภาวะทางจิตเวชที่เกิดจากการเสพติดอย่างต่อเนื่อง ประกอบ กับปัญหาทางสังคมอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้ติดยาในระดับนี้มีแนวโน้มก่ออาชญากรรมความรุนแรงในชีวิตและทรัพย์สิน สร้างผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยมีสถิติการก่อเหตุในลักษณะนี้เพิ่มขึ้น 1 เท่าตัว ในห้วง 2 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 292 คดี ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 651 คดีและปี พ.ศ. 2566 จำนวน 724 คดี) จากเฉลี่ยวันละ 1 คดี เพิ่มเป็นเฉลี่ยวันละ 2 คดี ในปัจจุบัน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เสี่ยงต่อการสร้างความสูญเสียในหลายมิติ การก่อเหตุรุนแรงของกลุ่มผู้ติดยาเสพติดในระดับที่สร้างผลกระทบ ส่วนมากเป็นผู้ติดที่มีอาการเรื้อรัง ไม่มีการติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งสภาพแวดล้อมในชุมชนที่ไม่เอื้อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ อาจมีภาวะทางจิตเวชทั้งจาก การเสพยาเรื้อรังและจากสาเหตุอื่นร่วมด้วย ซึ่งอาจนำไปสู่ ความเสี่ยงในการก่อพฤติกรรมรุนแรง ลักษณะประชากรผู้เสพยา/ผู้ใช้และผู้ค้ายาเสพติดในประเทศไทยในปัจจุบัน มีข้อมูลที่น่าสนใจ ดังนี้ ประมาณการผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในประเทศไทย (ปี พ.ศ. 2562) ประมาณ 1.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.87 ของประชากรทั้งประเทศ โดยยาเสพติดที่มีผู้เกี่ยวข้องมากที่สุดคือ ยาบ้า (ร้อยละ 83) จำนวนผู้ถูกจับกุมและผู้ใช้บำบัดต่อปีประมาณ 250,000 - 3000,000 คน ประชากรที่มีสัดส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุด คือช่วงอายุ 15 - 29 ปี ร้อยละ 37 โดยกว่าร้อยละ 80 - 85 เป็นผู้มียาได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท สัดส่วนของผู้เสพยาเสพติดรายใหม่และรายเก่า อยู่ในระดับที่ไม่ต่างกันมาก คือ ร้อยละ 57 และร้อยละ 43 ตามลำดับ สัดส่วนโครงสร้างผู้เสพยาเสพติด ประกอบด้วย ผู้ใช้ ร้อยละ 5 ผู้เสพยา ร้อยละ 65 และผู้ติด ร้อยละ 30 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ส่งผลกระทบต่อสังคมมากที่สุด โดยเป็นผู้ติดในระดับรุนแรงเรื้อรังร้อยละ 5 สัดส่วนโครงสร้างผู้ค้ายาเสพติดประกอบด้วย ผู้ผลิต เครื่องขายรายใหญ่ ผู้ค้ารายกลาง ผู้ค้ารายย่อยในชุมชนและผู้เดินยา/มือขน/ลำเลียง ซึ่งมักเป็นแรงงานและเหยื่อในวงจรการค้ายาเสพติด โดย กลุ่มที่ส่งผลกระทบต่อสถานการณ์การค้ายาเสพติดมากที่สุดคือกลุ่มผู้ผลิตและเครื่องขายรายใหญ่ที่แม้จะเป็น กลุ่มที่มีจำนวนน้อยแต่สามารถผลิตและเคลื่อนย้ายอุปทานจำนวนมากป้อนเข้าสู่ตลาดการค้ายาเสพติด สรุปลักษณะภาพปัญหาที่เป็นโจทย์สำคัญ อุปทานยาบ้าจากแหล่งผลิตในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำที่ลักลอบเข้าสู่ประเทศไทยยังคงมีปริมาณสูงอีกทั้งมีราคาที่ถูกลงสามารถเข้าถึงได้ง่าย ผู้เสพยาเสพติดบางส่วนมีอาการทางจิตเวชและก่อเหตุความรุนแรงต่อชีวิตร่างกายและทรัพย์สิน สร้างความเดือดร้อนให้กับครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน มีผู้เสพยา/ผู้ติด/ผู้ติดเรื้อรัง จำนวนมากที่ยังไม่ได้เข้าสู่การบำบัดรักษา มีแนวโน้มความเสี่ยงในการสร้างผลกระทบรุนแรงต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม มีพื้นที่ที่ยังคงมีระดับปัญหายาบ้าที่รุนแรงดำรงอยู่อย่างต่อเนื่อง มีเครื่องขายการค้ายาเสพติดระดับต่าง ๆ กระจายอยู่ทั่วประเทศ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างบทบาทการค้าและมีการใช้ช่องทางออนไลน์และระบบโลจิสติกส์ แทนระบบการค้าแบบเดิมทำให้สามารถกระจายยาเสพติดได้มากขึ้น ผู้เสพยาสามารถเข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายขึ้น ปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลให้มีผู้เสพยาใหม่เพิ่มมากขึ้น เช่น การพัฒนาอย่างรวดเร็ว ของเทคโนโลยีและสื่อสังคมออนไลน์ที่ไร้การควบคุม ความเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคม การแก้ไข ปัญหา ผู้เสพยาไม่ครบวงจร เป็นต้น(ประกาศคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติด, 2567)

จากสถานการณ์ปัจจุบันสังคมไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะความเจริญก้าวหน้าทางด้าน เศรษฐกิจเทคโนโลยีและการสื่อสาร ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมมากมาย เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหายาเสพติด ปัญหาการว่างงาน ปัญหาการค้ำมนุษย์ จากสถานการณ์ดังกล่าวยังก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือปัญหาสุขภาพจิต รายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่าปัจจุบันทั่วโลกมีประชากรจำนวนเกือบ 1,000 ล้านคน มีอาการป่วยทางจิตโดยประมาณการว่าประชากรทั่วโลกทั้งหมด 1 ใน 8 คนมีปัญหาด้านสุขภาพจิต สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า สถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ปี 2563-2565 เท่ากับ 168,071 คน, 389,656 คน และ 706,299 คน ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เกิดจากการใช้สารเสพติดโดยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness–High Risk to Violence; SMI-V) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยพบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง จำนวน 1,463 คน 2,783 คนและ 3,527 ใน ปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการอย่างจริงจังในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวมา ข้างต้นโดยการขับเคลื่อนของคณะอนุกรรมการระบบบำบัด กรมสุขภาพจิตพบว่าผู้เสพยาที่ก่อความรุนแรงมีแนวโน้มสูงขึ้น คือปี 2565 มีผู้ป่วยจิตเวชจากการเสพยาเสพติดก่อความรุนแรงรายใหม่ 3,517 คน เมื่อเปรียบเทียบกับ ปี 2564 อยู่ที่ 2,783 คน ปี 2563 อยู่ที่ 1,463 คนและผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดและก่อความรุนแรงสะสมตั้งแต่ปี 2559 ถึงปัจจุบัน มีทั้งหมด 27,518 คน (กรมสุขภาพจิต,2565) ทั้งนี้ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้เสพยาบ้าพบใน 2 ลักษณะกล่าวคือ 1) ภาวะเมาเมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine Intoxication) โดยพบความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ (Sympathetic system) มีอาการแสดงดังนี้ ซึ่พจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ม่านตาขยาย อาการอาจรุนแรงถึงขั้นสับสน ชัก และโคมาได้ โดยทั่วไปอาการจะกลับ เป็นปกติใน 24 - 48 ชั่วโมง นอกจากจะต้องวินิจฉัยแยกโรคจาก สาเหตุทางกายแล้ว ในบางรายที่มีอาการ กระสับกระส่ายหรือ วุ่นวายมาก อาจต้องวินิจฉัยแยกโรคกับโรคจิต จากการเสพยาเมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine-induced psychotic disorder) 2) ภาวะถอนพิษเมทแอมเฟตามีน (Meth-amphetamine Withdrawal) หลังจากหยุดเสพยาบ้า ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการถอนยาได้โดยมักจะมีอาการอ่อนเพลีย นอน หลับมาก รับประทานอาหารมาก อารมณ์หงุดหงิด หรืออารมณ์เศร้า โดยแสดงอาการชัดเจนในช่วง 2 - 4 วัน แรกที่หยุดเสพยาและมักหายเป็นปกติ ใน 1 สัปดาห์บางรายอาจมีอาการอารมณ์ซึมเศร้าอย่างรุนแรงถึงขั้นมี ความคิดหรือมีการทำร้ายตัวเองได้ โดยเฉพาะในรายที่มีการเสพยาบ้าในปริมาณมากก่อนที่จะหยุดเสพยาบ้า โดยอาการทางจิตที่เกิดจากการเสพยาบ้า (Methamphetamine-Induced psychotic disorders) มีลักษณะเฉพาะของอาการทางจิต ได้แก่ หวาดระแวง (Paranoid) หูแว่ว (Hallucination) และมีพฤติกรรม ก้าวร้าว (Aggressive) รุนแรง อาจมีการทำร้ายตนเอง หรือ บุคคลอื่นได้ (คุณนีย์ชาญปรีชา และคณะ, 2560) ทั้งนี้พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้เสพยาเสพติดแสดงออกได้ทั้งทางคำพูด และทางร่างกาย กล่าวคือ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดผู้ป่วยมักใช้คำพูดตำหนิ ตีเตียน วิพากษ์วิจารณ์ พูดในแง่ร้าย เสียงดัง ชูตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจ พูดจาหยาบค้าย ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกทางร่างกาย ผู้ป่วยจะแสดงสีหน้าบึ้งตึง แววตาไม่เป็นมิตร ท่าทางไม่พอใจ กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ไม่สนใจเรื่องการกินการนอน การขับถ่าย ซึ่งจะก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นได้ ผู้ป่วยเสพยาบ้าที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นับเป็น ภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด จำเป็นต้องได้รับการดูแลให้การพยาบาลอย่างเร่งด่วน โดยเมื่อบำบัดรักษาจนผู้ป่วย ปลอดภัยแล้ว พยาบาลต้อง มีการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรอบด้าน โดยประเมินถึงสาเหตุของการเสพยาจนเกิด ภาวะก้าวร้าว รวมทั้ง ประเมินว่าภาวะก้าวร้าวของผู้ป่วยก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยอย่างไร กลุ่มผู้ป่วยที่เคย มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจะมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงขึ้นได้อีก ถ้าขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

และกลับไปใช้ยาและสารเสพติดซ้ำ จากข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) บนระบบคลังข้อมูลสุขภาพ พบว่าโรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วย SMI-V 4 อันดับโรค ได้แก่ 1.โรคความผิดปกติทางอารมณ์ 2. โรคจิตเวชอื่นๆ 3. โรคจิตเภท และ 4. โรคจิตเวชยาเสพติด (กรมสุขภาพจิต, 2566) สอดคล้องกับสถิติ ผู้ป่วยเสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น แบบผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่าผู้ป่วยยาบ้าที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและจากสถิติการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพพระยะสั้น และฟื้นฟูพระยะยาว (ตึกแสงอรุณ) ของผู้ป่วยชายที่ติดยาบ้าในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นในช่วง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2554 - 2566 พบว่า ปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 245 ราย มีพฤติกรรมก้าวร้าวจำนวน 28 ราย คิดเป็น 11.42% ปี 2565 มีผู้ป่วยจำนวน 197 ราย มีพฤติกรรมก้าวร้าวจำนวน 18 ราย คิดเป็น 9.13% และปี 2566 มีผู้ป่วยจำนวน 609 ราย มีพฤติกรรมก้าวร้าวและก่อความรุนแรง จำนวน 85 ราย คิดเป็น 13.95% ลักษณะการก่อความรุนแรงที่พบ ได้แก่ การชกต่อยทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น หลงผิดคิดว่าคนอื่นจะทำร้าย มีอารมณ์เศร้า รู้สึกถูกบีบคั้นจิตใจ ถูกควบคุมจ้องจับผิดการแสดงอาการและพฤติกรรมดังกล่าว ส่งผลให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองหรือต่อผู้อื่น จำเป็นจะต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างปลอดภัย ไม่ทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่น ผลจากการเสพยาบ้านอกจากจะมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษา ผู้ดูแลทั้งด้านความปลอดภัย และความก้าวหน้าในการบำบัดรักษา ตลอดจนการดูแลการให้การพยาบาล ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด จึงเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายที่น่าสนใจเพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ลักษณะประวัติส่วนบุคคล ประวัติการใช้ยาเสพติด และผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด เปรียบเทียบกับทฤษฎีองค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วยที่ติดยาบ้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม รุนแรงจากการเสพยาบ้า มีปัญหาการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ขาดการสร้างสัมพันธ์ภาพกับ ครอบครัวและผู้อื่น มองคุณค่าในตนเองต่ำ ใช้ยาบ้าซ้ำเพื่อแก้และหลีกเลี่ยงปัญหา ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลจึงต้องสร้างความไว้วางใจ ยอมรับในความเป็นบุคคล เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าให้กับผู้ป่วย ให้ได้ระบาย อารมณ์ความรู้สึกออกมา บอกปัญหาความต้องการ ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธ์ภาพ และอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ และเน้นกระบวนการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้โปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม(CBT) เนื่องจากการปรับเปลี่ยนที่ความคิดจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ดีกว่าการควบคุมอารมณ์เพียงอย่างเดียว และการปรับเปลี่ยนที่ความคิดในระดับลึก จะสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบได้ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถป้องกันผู้ป่วยที่ติดยาบ้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อารมณ์ สรีระในด้านบวกตามมาและใช้ระยะเวลาสั้นแต่ทำให้เกิดการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซ้ำได้ในพระยะยาว และสามารถเลิกเสพยาบ้าที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการบริการการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ การแก้ไขปัญหา การให้การพยาบาลที่ตอบสนองผู้ป่วยยาบ้าที่มารับการบำบัดต่อไป ซึ่งได้ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 9 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 29 ธันวาคม 2566

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยชายติดยาบ้าที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสามารถนำหลักการของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในควบคุมความคิดและพฤติกรรมได้ ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยชายติดยาบ้าที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพครบตามแผนการบำบัดฟื้นฟูได้ครบถ้วน
3. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยชายติดยาบ้าที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

## กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยเฉพาะรายที่ติดยาบ้าที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

## ลำดับขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษารวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ ตัวผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูโดยระบบสมัครใจในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่เข้ารับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในที่ตึกแสงอรุณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
2. รวบรวมข้อมูล คัดกรองผู้ป่วย ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) แล้วนำมาวิเคราะห์ความเสี่ยงและปัญหาเพื่อการวินิจฉัยทางการแพทย์ วางแผนการให้การพยาบาล ให้การพยาบาลแบบองค์รวมและการประเมินผลการพยาบาล
3. ให้การบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนมุมมอง ความคิด ความเชื่อ และการจัดการกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยการใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม(CBT) และแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง
4. จัดสถานที่ เอื้อต่อการบริการบำบัดฟื้นฟู ให้มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน
5. วางแผนการบำบัดฟื้นฟูในสมรรถภาพร่วมกับผู้ป่วยและญาติเพื่อเข้าสู่ระยะเตรียมความพร้อมก่อนกลับสู่สังคม
6. ติดตามผลการรักษาและให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ
7. สรุปประเด็นคุณภาพที่ได้นำมาปรับปรุงและหาแนวทางพัฒนาต่อไป

## ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา

1. มีแผนการพยาบาลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้อย่างถูกต้อง
2. ได้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการเสพยาบ้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น



## บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยชายติดยาบ้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม(CBT) ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ : กรณีศึกษา ของผู้ป่วยที่มารับบริการในรูปแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ซึ่งผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดยาบ้า
2. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
3. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด
4. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

### 1. แนวคิดยาบ้า

1.1 ยาบ้า เป็นยาเสพติด สารสังเคราะห์ประกอบด้วยเมทแอมเฟตามีนผสมกับกาเฟอีนมีชื่ออื่น ๆ เรียก เช่น ยาม้า, ยาขยัน, ยาแก้ง่วง, ยาโด๊ป, ยาตื่นตัว, ยาเพิ่มพลัง, WY, ตัวเล็ก นิยมเสพโดยรับประทานโดยตรงหรือผสมในอาหาร หรือเครื่องดื่ม หรือเสพโดยนำยาบ้ามาบดใส่พอยล์แล้วนำไปปนไฟโดยใช้ไฟลอย โดยการอมน้ำไว้ในปากเพื่อผ่านน้ำแล้วสูบเป็นไอระเหยเข้าสู่ร่างกาย ทำให้มีฤทธิ์กระตุ้นประสาท พอใช้ในปริมาณมาก ๆ จะทำให้เกิดอาการ หลอนประสาท หูแว่ว ระวัง ควบคุมตัวเองไม่ได้ จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2441

#### 1.2 ลักษณะทางกายภาพ

ยาบ้า มีลักษณะเป็นยาเม็ดกลมแบนขนาดเล็ก เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 6 - 8 มิลลิเมตร ความหนาประมาณ 3 มิลลิเมตร น้ำหนักเม็ดยาประมาณ 80 - 100 มิลลิกรัม มีสีต่าง ๆ กัน เช่น สีแดง สีส้ม สีน้ำตาล สีม่วง สีชมพู สีเทา สีเหลือง และสีเขียว เป็นต้น มีเครื่องหมายการค้า เป็นสัญลักษณ์หลายแบบ เช่น รูปหัวม้า และอักษร LONDON มีสัญลักษณ์ที่ปรากฏบนเม็ดยา เช่น พ, พ99, M, PG, WY สัญลักษณ์รูปดาว, รูปพระจันทร์เสี้ยว, 99 หรืออาจเป็นลักษณะของเส้นแบ่งครึ่งเม็ด ซึ่งสัญลักษณ์เหล่านี้อาจปรากฏบนเม็ดยาด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้งสองด้าน หรืออาจเป็นเม็ดเรียบทั้งสองด้าน รูปร่างของยาบ้าอาจพบในลักษณะเป็นเม็ดเล็ก ๆ กลมแบน รูปเหลี่ยม รูปหัวใจ หรือแคปซูลยาบ้า เป็นยากลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamines) ซึ่งมีหลายตัว เช่น

Dextroamphetamine, Methamphetamine เรียกกันแต่เดิมว่า “ยาม้า” ยานี้เคยใช้เป็นยารักษาโรคอยู่บ้างในอดีต สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลับหลับโดยไม่รู้ตัว (Narcolepsy) เด็กที่ไม่ชอบอยู่นิ่ง ขาดความตั้งใจและสมาธิในการเรียน (Attention Deficit Disorder) และผู้ที่ต้องการลดน้ำหนัก ปัจจุบันนิยมนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในประเทศแถบเอเชียใต้และตะวันออกเฉียงใต้ประวัติยาบ้ามีประวัติที่มายาวนาน โดยสังเคราะห์ได้กว่าหนึ่งร้อยปีแล้ว ในสมัยสงครามโลกครั้งที่สองใช้กระตุ้นความกล้าหาญและความอดทนของทหารทั้งสองฝ่าย โดยประมาณกันว่ามีการใช้ยาบ้ากว่า 72 ล้านเม็ดระหว่างสงครามโลกครั้งที่สอง หลังสงครามการใช้ยาบ้าจึงเริ่มแพร่ขยายออกไปสู่สังคม สาเหตุที่เคยเรียกว่า "ยาม้า" สันนิษฐานได้หลายแง่ บ้างว่าคงมาจากการที่เคยนำไปใช้กระตุ้นม้าแข่งให้วิ่งเร็ว และอดทน บ้างว่าเนื่องจากทำให้ผู้ใช้ยาคึกคะนอง เหมือนม้า อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนมาเรียกเป็นยาบ้า ก็เพื่อจะเน้นความเป็นพิษของยา ซึ่งเมื่อใช้มากเกินขนาดหรือใช้ติดต่อกันนาน ๆ จะทำให้ผู้ใช้ยามีลักษณะ

เหมือนคนบ้าและเนื่องจากกระบวนการสังเคราะห์สารนี้ไม่ ซับซ้อน ปัจจุบันจึงมีการลักลอบสังเคราะห์ กันอยู่ในประเทศไทยในระยะแรก ยาบ้ามีชื่อเรียกในภาษาไทยว่า "ยาขยัน" เป็นที่นิยมในกลุ่มนักเรียนที่ต้องดูหนังสือสอบตึก ๆ ต่อมาเป็นที่นิยมในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน คนขับรถบรรทุก มีชื่อเรียกว่า "ยาม้า" เหตุที่ได้ชื่อนี้มาจากเครื่องหมายการค้าของบริษัท Well come ซึ่งเป็นบริษัทแรกที่ส่งยาชนิดนี้มาขายในประเทศไทย

ในสมัยหนึ่งนักเคมี ทดลองสังเคราะห์ สารที่มีโครงสร้างคล้ายยาบ้ามากมายหลายตัว โดยหวังว่าคงจะมีสักตัวที่ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ แต่กลับปรากฏว่าสารเหล่านั้น มักไม่มีประโยชน์แต่กลับมีผลเสียต่อจิตอารมณ์แทบทุกตัว สารอนุพันธ์เหล่านี้ปัจจุบันมีการ ลักลอบสังเคราะห์กันในประเทศเป็นส่วนใหญ่ และเรียกกันรวม ๆ ว่า Designer Drugs ซึ่งหมายถึงสารที่พยายามดัดแปลงสูตรโครงสร้าง ทางเคมีจากสารเดิม ที่ถูกควบคุมโดยกฎหมาย ทั้งนี้เพื่อใช้ทดแทนสารเดิมและหลีกเลี่ยงปัญหาทางกฎหมายยาบ้ามีสารประกอบหลักในกลุ่มแอมเฟตามีน ซึ่งเป็นสารที่ถูกสังเคราะห์ขึ้นมาใน ค.ศ. 1887 โดยนักวิทยาศาสตร์ชาวเยอรมัน ชื่อ เอเดเลียโน ในรูปของแอมเฟตามีนซัลเฟต ต่อมาใน ค.ศ. 1888 (พ.ศ. 2431) นักวิทยาศาสตร์ชาวญี่ปุ่นก็สามารถสังเคราะห์อนุพันธ์ของแอมเฟตามีนได้อีกตัวหนึ่งคือ เมทแอมเฟตามีน ซึ่งมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางได้รุนแรงกว่า แอมเฟตามีน และยาบ้าที่ระบาดในประเทศไทยขณะนี้ก็มีสารประกอบหลักเป็นเมทแอมเฟตามีนนี้เองปัจจุบัน มีชื่อเรียกว่า ยาบ้า ตามข้อเสนอของนายเสนาะ เทียนทอง ขณะดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ. 2539 ซึ่งให้นโยบายว่า ชื่อยาม้า ทำให้ผู้เสพเข้าใจว่า เป็นยาที่กินแล้วให้กำลังวังชา มีเรี่ยวแรง คึกคักเหมือนม้า ควรจะเปลี่ยนไปเรียกว่า ยาบ้า เพื่อให้ผู้เสพรู้สึกถึงโทษของยาที่ทำให้ผู้เสพไม่สามารถควบคุมสติได้ เกิดความรังเกียจทำให้ไม่อยากเสพ และจะช่วยลดจำนวนผู้เสพยาได้ และเปลี่ยนประเภทจากสิ่งเสพติดประเภท 3 ซึ่งจำหน่ายได้ในร้านขายยา เป็นสิ่งเสพติดประเภท 1 ซึ่งห้ามจำหน่าย และมีบทลงโทษต่อผู้ขายรุนแรง เพื่อให้ผู้ขายกลัวต่อบทลงโทษ แต่กลับทำให้ยาบ้ามีราคาจำหน่ายสูงขึ้น จนสร้างผลกำไรต่อผู้ขายเป็นอย่างมาก และมีผู้ผลิตและจำหน่ายมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงส่วนผสมให้เสพติดง่ายขึ้น มีฤทธิ์รุนแรงขึ้น จนกลายเป็นปัญหาสังคมในปัจจุบันในปัจจุบัน แถบชายแดนไทย - กัมพูชาจะรับซื้อยาบ้าจากทางเว้าแดงส่งผ่านมาทางประเทศลาว แล้วนำยาบ้ามาบดแล้วผสมกับแป้งทำยา (Drug Powder) แล้วนำมาอัดขึ้นรูปใหม่เพื่อให้มีจำนวนเม็ดยาเพิ่มขึ้น ตัวสารเสพติดต่อเม็ดจะลดลงเพื่อเพิ่มกำไร

### 1.3 การออกฤทธิ์

ยาบ้า เป็นยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายในระยะแรกจะออกฤทธิ์ทำให้ร่างกายตื่นตัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ใจสั่น ประสาทตึงเครียด แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะรู้สึกอ่อนเพลียมากกว่าปกติ ประสาทล้าทำให้การตัดสินใจช้าและผิดพลาด เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงได้ ถ้าใช้ติดต่อกัน เป็นเวลานานจะทำให้สมองเสื่อม เกิดอาการประสาทหลอน เห็นภาพลวงตา หวาดระแวง คลุ้มคลั่ง เสียสติ เป็นบ้า อาจทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้หรือในกรณีที่ได้รับยาในปริมาณมากจะไปกดประสาท และระบบการหายใจทำให้หมดสติและถึงแก่ชีวิตได้ ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยามีความแตกต่างกันตามรูปแบบการบริหารยา คือ วิธีการสูบควันหรือไอระเหยจะออกฤทธิ์ทันที วิธีสูดดมยาเข้าโพรงจมูกจะออกฤทธิ์ภายใน 3 - 5 วินาที วิธีฉีดเข้าหลอดเลือดดำจะออกฤทธิ์ภายใน 15 - 30 วินาที วิธีรับประทานจะออกฤทธิ์ภายใน 30 นาที โดยสามารถออกฤทธิ์ได้อย่าง ยาวนาน 8 - 24 ชั่วโมง ดังนั้นการเสพซ้ำหลาย ๆ ครั้งใน 1 วัน จะส่งผลให้ปริมาณ methamphetamine ในเลือดสูงขึ้น อาการประสาทหลอนและคลุ้มคลั่งจึงมักปรากฏให้เห็นในหมู่ผู้เสพที่เสพซ้ำวันละหลายครั้งเป็นส่วนใหญ่ทาง

เภสัชวิทยากล่าวถึงผลกระทบต่อเคมีทางระบบประสาท (basic neurochemical) สรีรวิทยา (physiologic) และ พฤติกรรม (behavioral) ของการเกิดจากการใช้ amphetamines ทั้งที่ทันใจ

1. Central effects Amphetamines เป็น indirect catecholamine agonists มีผลต่อการ reuptake catecholamine ด้วยการทำลายโดยเอนไซม์ monoamine oxidase มีข้อมูลที่สนับสนุน คือ การใช้ reserpine ที่ลดการสะสม catecholamines ใน synaptic vesicles ไม่มีผลกระทบต่อ amphetamine แต่เมื่อใช้ alpha-methyltyramine มีหน้าที่ยับยั้งกระบวนการสร้าง catecholamine พบว่ามีผลยับยั้งผลกระทบที่สมองจาก amphetamine และการใช้ amphetamines ปริมาณสูงทำให้เกิดการปล่อย 5 - hydroxytryptamine และมีผลกระทบต่อโดยตรง ต่อ serotonergic receptors นอกจากนี้พบว่า amphetamines บางชนิด เช่น methylenedioxy methamphetamine (MDMA) เมื่อเข้าไปในเซลล์ประสาทของ serotonin มีผลทำให้เกิดการปล่อย serotonin ปริมาณมากและที่ทันใจ และมีผลยับยั้งเอนไซม์ในการสร้าง serotonin อีกด้วย

2. Peripheral effects amphetamines มีผลกระทบต่อ alpha และ beta-receptors ดังนี้

### 2.1 Cardiovascular

- เพิ่มความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic
- หัวใจเต้นช้า พบได้เมื่อใช้ amphetamine ปริมาณน้อย
- หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ พบได้ไม่บ่อย แต่จะพบในพวกที่ใช้ปริมาณมาก

2.2 Thermal regulation ผลทำให้เกิด peripheral hyperthermia โดยผ่านการ กระตุ้นของ sympathoadrenal system

### 2.3 Gastrointestinal

- ทำให้ท้องผูก จากการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง
- Gastric emptying ช้า ทำให้มีผลต่อการดูดซึมของยาอื่น ๆ

### 3. Behavioral effects

3.1 การเคลื่อนไหว (Locomotion) Locomotor activity ถูกกระตุ้นที่ nucleus accumbens ผ่าน dopaminergic system แต่บางรายงานพบว่าที่ neostriatum ก็มีผลกระตุ้นด้วยแต่น้อยกว่า nucleus accumbens

3.2 พฤติกรรมทำซ้ำๆ (Stereotypies) การใช้ amphetamine ปริมาณสูงมีผลกระทบด้วยเช่นกัน เช่น ปิด-เปิดวิทยุ หรือแกะประกอบอุปกรณ์เครื่องใช้ ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยก็ทราบว่า การกระทำดังกล่าวนี้ไม่มีความหมาย หรือไม่มีประโยชน์ แต่ก็ไม่สามารถหยุดพฤติกรรมเหล่านี้ได้ ไม่เช่นนั้นจะยิ่งเกิดอาการกระสับกระส่ายหงุดหงิดและวิตกกังวลมากขึ้นในผู้ป่วยที่เสพรื้อรังในขนาดสูง ผู้ป่วยมักแยกตัว ไม่สนใจคนอื่น และเริ่มมีพฤติกรรมประหลาด (bizarre behaviors)

3.3 Aggression การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเกี่ยวข้องกับปริมาณการใช้ สิ่งแวดล้อม และบุคคล ส่วนใหญ่เป็นผลจาก amphetamine intoxication และบางครั้งจากอาการหวาดระแวง (paranoid delusion) ของบุคคลที่เป็น amphetamine psychosis

3.4 Anorexia จากการที่ amphetamine มีผลต่อการลดความอยากอาหาร จึงถูก นำมาใช้ในการรักษาโรคอ้วน มีการใช้ไกลจาก amphetamine น่าจะเกิดจากการทำงานผ่าน dopaminergic neurotransmission

- เพราะเมื่อให้ alpha-methyl-p-tyrosine จะลดผลของ amphetamine ในหนู ทำให้ peripheral sympathomimetic blockers ไม่มีผลต่อ amphetamine ในการลดความอยากอาหาร
- ให้dopamine antagonist เช่น haloperidol จะลดผลของ amphetamine
- ถ้ามีความผิดปกติหรือสูญเสียส่วนของ dopaminergic system ทำให้ผลของ amphetamine ลดลง

#### 1.4 โทษทางกฎหมาย

ข้อหาบทลงโทษผลิต นำเข้า หรือส่งออก ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิต หากเป็นการกระทำเพื่อจำหน่าย ต้องระวางโทษประหารชีวิต (กรณีคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ได้ตั้งแต่ 20 กรัม ขึ้นไป ถือว่าเป็นการกระทำเพื่อจำหน่าย) จำหน่ายหรือครอบครองเพื่อจำหน่าย ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 5 ปี ถึงจำคุกตลอดชีวิตและปรับตั้งแต่ 5 หมื่นบาทถึง 5 แสนบาท หากมีสารบริสุทธิ์ไม่เกิน 100 กรัม แต่ถ้าเกิน 100 กรัม ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิตหรือโทษประหารชีวิตครอบครอง จำนวนเป็นสารบริสุทธิ์ไม่ถึง 20 กรัม ต้องระวางโทษจำคุก 1 ถึง 10 ปี และปรับ 1 หมื่นบาท ถึง 1 แสนบาท (คำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ 20 กรัมขึ้นไป ถือว่าครอบครองเพื่อจำหน่าย) เสพต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 6 เดือนถึง 10 ปี และปรับตั้งแต่ 5 พันบาท ถึง 1 แสนบาท ใช้อุบาย หลอกลวง ชูเชิญใช้กำลังประทุษร้าย ฯ ให้ผู้อื่นเสพต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ปี ถึง 20 ปี และปรับตั้งแต่ 2 หมื่นบาท ถึง 2 แสนบาท และถ้าเป็นการกระทำต่อหญิงหรือบุคคลซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะต้องระวางโทษประหารชีวิต ถ้ากระทำโดยมีอาวุธหรือร่วมกัน 2 คนขึ้นไป ต้องระวางโทษจำคุก 4 ปี ถึง 30 ปี และปรับตั้งแต่ 4 หมื่นบาท ถึง 3 แสนบาทยุยงส่งเสริมให้ผู้อื่นเสพต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปี ถึง 5 ปี และปรับตั้งแต่ 1 หมื่นบาท ถึง 5 หมื่นบาทการสังเกตุผู้ติดยาวิธีการสังเกตุผู้ติดยาแบบทั่ว ๆ ไป ประเภทนี้มีหลายวิธี โดยเริ่มต้นจากพฤติกรรมทั่ว ๆ ไปเช่น การไม่พักผ่อน นอนดึกเป็นนิสัยแต่ตื่นตอนเช้าตรู่ ไม่ค่อยออกสังคม มีโลกส่วนตัวสูง ชอบอยู่ในสถานที่มืดซิด สูบบุหรี่จัดหรือชอบกัดแฉะเครื่องจักรกลออกมาทำความสะอาดหรือซ่อมแซม กัดฟันกราม , หัวนี้วโป้เท้ากระดิกและขยับตลอดเวลา , หรือเอามือม้วนที่ปลายผม หรือปีบลิ่ว แต่งหน้าแต่งตัวเปลี่ยนเสื้อผ้าบ่อย ๆ เวลาเรียกทานข้าวมักจะไม่มาทานด้วยเพราะยาชนิดนี้จะช่วยให้ผู้เสพไม่หิวข้าวให้สังเกตตามซอกตู้ ลิ่นชัก ว่ามีอุปกรณ์การเสพซ่อนอยู่หรือไม่ เช่น หลอด เวลาซักผ้าให้ตรวจดูในกระเปาะเพื่อดูว่ามีเศษฟอยล์ของบุหรี่หรือไม่ ถ้าบ้านท่านมีแผ่นฝ้าเพดานชนิดเปิดได้ให้สังเกตว่าฝ้าเพดานที่บ้านท่านปิดสนิทหรือไม่ เพราะผู้เสพยามักนิยมนำอุปกรณ์การเสพไปซ่อนไว้ที่นั่น ถ้าสงสัยให้เปิดดู ส่วนใหญ่ถ้าแผ่นฝ้าเพดานหากถูกเปิดบ่อยมักจะไม่สนิท รอยมือดำ ๆ ติดอยู่ที่แผ่นฝ้าเพดานให้สังเกตกลุ่มเพื่อนที่มาหา เด็กกลุ่มติดยา มักร่วมทำกิจกรรมที่ดูเป็นมิตรเสมอ เช่น ช่อมดนตรี วาดภาพ เปิดทีวี แต่ความจริงแล้วพวกเขาหาโอกาสมารวมตัวกันเสพยา ให้สังเกตว่ากิจกรรมที่เขาทำอยู่นั้นเนิ่นนานกว่าปกติหรือไม่ถึงขยะคือแหล่งข้อมูลที่สำคัญของผู้เสพ ให้สังเกตตามถังขยะหน้าบ้านเวลาบุตรหลานท่านไปทิ้งขยะ (มักทิ้งเวลาเช้าตรู่) ผู้เสพจะนำอุปกรณ์ต่างๆ เหล่านั้นไปทิ้งหรือทิ้งลงโถส้วมแต่ข้อสังเกตทั้งหมดที่ว่ามานี้ต้องนำมาบริบทแวดล้อมอื่นๆ มาพิจารณาด้วยสังเกตผู้ติดยาทางกายภาพของผู้เสพให้สังเกตว่าคนติดยาบ้างจะมีหน้าตาที่เรียวเล็ก แขนและขาผอมลีบ ใบหน้าดำคล้ำ ขอบตาจะดำ เส้นผมแข็งหรือผมร่วง ร่างกายจะผอมผิดปกติ ไม่ชอบอยู่เฉย ๆ มีกลิ่นตัวแรง ลมหายใจเหม็น ถ้าไม่แน่ใจว่าบุตรหลานของท่านติดยาหรือไม่ให้ท่านไม่จำเป็นต้องตรวจด้วยยา ให้ใช้วิธีการให้คน ๆ นั้นยื่นมือยื่นแขนทั้งสองแขนเหยียดตรงมาข้างหน้า แล้วกางมือให้ตั้งฉากกับแขนแล้วกางนิ้วออก หากมีการสั่นผิดปกติ มีแนวโน้มว่าผู้ใช้นั้นใช้ยาเสพติดหรือเลือกซื้อชุดตรวจสารเสพติด

## สาเหตุการติดยาบ้า (Amphetamine)

1. กลุ่มเพื่อน กลุ่มเพื่อนถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพล และมีผลต่อการเสพยาเสพติดมากที่สุดเพราะเป็นกลุ่มที่มีวัฒนธรรม ความคิด ความรู้สึก คล้ายๆกัน โดยเฉพาะการสร้างความกลมเกลียวเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน เพื่อกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มที่วางไว้จนมีการเรียนรู้ เลียนแบบ สร้างแรงจูงใจจนเป็นทัศนคติและพฤติกรรมในที่สุด

2. ชุมชน การเรียนรู้ในการประกอบอาชีพการงานหรือการกระทำผิดใดๆนั้นเป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับชุมชนโดยเฉพาะแหล่งชุมชนหรือสังคมนั้นๆ เอื้อและเกื้อกูลต่อการกระทำผิด ไม่ว่าจะเป็นการเสพยาหรือผู้ใช้ยาเสพติดเป็นประจำหรือแม้กระทั่งการโจรกรรม ลักขโมย ชุมชนที่เต็มไปด้วยสิ่งเลวร้ายและอาชญากรรม คนที่อยู่ในสังคมนั้นจะถูกหล่อหลอม กล่อมเกล้าและถูกนำเข้ามาร่วมกิจกรรมในทางที่ผิดกฎหมาย ถูกหล่อหลอมการสร้างค่านิยม ทัศนคติ นิสัยใจคอและพฤติกรรมอันเป็นแรงจูงใจ กระตุ้นให้คนมีการเรียนรู้พฤติกรรมเป็นอาชญากรหรือการเสพยาติดต่อไป

3. ความแปลกแยก อธิบายโดยใช้หลักการสำคัญทางทฤษฎีวัฒนธรรมย่อย เพราะว่าพวกเขาเหล่านั้นถูกผลักดัน (Push) ให้นำไปสู่สังคมและการกระทำเฉพาะกลุ่มเมื่อเขารู้สึกว่าเป็นคนละพวกกับสมาชิกในสังคม สังคมปฏิเสธไม่ยอมรับเขาทำเขาถอยห่างออกจากสังคมที่ไม่เป็นมิตร สร้างความโดดเดี่ยวเหงามา ไม่มีใครเข้าใจเขา เขาเหล่านั้นจะสร้างสังคมขึ้นมาใหม่เฉพาะกลุ่มหรือกลุ่มอ้างอิง (reference groups) ขึ้นมาแทนที่ เช่นความรู้สึกถึงช่องว่างระหว่างวัย จนมีการรวมกลุ่มเพื่อค้ำยันผู้ใหญ่ มีการประชดประชันจนกลายเป็นคนติดยาเสพติด หันเหตัวเองเพื่อเรียกร้องความสนใจและต้องการให้ตนรู้สึกมีคุณค่า

4. ความเบื่อหน่าย ความเบื่อหน่าย ต่อสภาพสังคมที่มีการแข่งขัน ครอบครัวที่มีปัญหาความแตกแยก ปัญหาเศรษฐกิจอาจเป็นต้นเหตุแห่งการติดยาเสพติดเพราะอาจเป็นตัวการให้เป็นแรงจูงใจในการเสพยาเสพติด โดยเฉพาะคนหนุ่มสาวเมื่อตกอยู่ในภาวะแห่งความเบื่อหน่ายจึงทำให้เขาตัดสินใจ แก้ปัญหาต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงความเบื่อเหล่านั้น

5. การเข้าถึงยาเสพติดมีอยู่ทั่วไป การแพร่ระบาดของยาเสพติดจากอดีตจนถึงปัจจุบันยิ่งทวีความรุนแรงและแพร่ระบาดทั่วทุกมุมเมืองใหญ่ ๆ หรือเมืองท่าชายฝั่งหรือจังหวัดชายแดน เช่น จังหวัดชายแดน ภาคใต้มีการแพร่กระจายของยาเสพติดประเภทต่างๆ เกือบทุกพื้นที่และได้มีการกระจายสู่หมู่บ้าน ตามชนบทห่างไกลมากขึ้น ยาเสพติดหลักที่แพร่ระบาดยังคงเป็นยาบ้า ซึ่งมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 83.8 ขณะที่ไอซ์มีสถานการณ์ ความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นกลุ่มอายุหลักที่เข้าไปเกี่ยวข้องอยู่ในช่วง 15-24 ปี พื้นที่แพร่ระบาดยาเสพติดพบว่ามีหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ยังต้องเฝ้าระวังปัญหาเสพติดจำนวน 50,902 หมู่บ้าน/ชุมชน หรือคิดเป็นร้อยละ 62 ของหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ (แผนปฏิบัติการ พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด ปี 2557 ตามคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 19/2556) ฉะนั้นการมียาเสพติดอยู่ทั่วไปในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทยอย่างมากมาย เช่นนี้ ย่อมเป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นถึงความร้ายแรงและปัญหาของสังคมที่กำลังจะตามมาในอนาคต

6. แก้ปัญหาหรือเป็นทางออกเมื่อสังคมเต็มไปด้วยปัญหา เช่น ปัญหาปากท้อง อาชญากรรม ซึ่งมีความสลับซับซ้อนมากขึ้นจนทำให้หลายคนตกอยู่ในสภาวะ เมื่อยล้า กัดฟัน เครียด ไร้ที่พึ่ง และหนทางที่จะแก้ปัญหา จึงได้หันไปเสพยาเสพติดเพื่อบรรเทาความรู้สึกให้เกิดความกระชุ่มกระชวย สดชื่น และมีความสุข มากกว่าที่ต้องเจอแต่ความทุกข์ จนในที่สุดต้องตกเป็นทาสยาเสพติด

7. ความสนุกสนานและสันตนาการความเชื่อของคนทั่วไปเชื่อว่าถ้าไม่มีเหล้า งานก็ไม่สนุก เป็นแนวคิดของคนในทุกยุคทุกสมัย และเพื่อสร้างมิตรภาพที่ดีต่อกันเข้ากันได้ดี และการมอบสุราให้ในงานมงคลยังถือเป็นการให้เกียรติเจ้าภาพอีกด้วย แสดงให้เห็นว่าหากต้องการความสนุกสนานหลายคนคงนึกถึงยาเสพติดเพื่อเป็นการสานสัมพันธ์ดังกล่าว

### วิธีการเสพยาบ้า

1. การกิน เป็นวิธีการการเสพที่นิยมใช้กันทั่วไป มีการออกฤทธิ์ภายใน 15-60 นาทีจะออกฤทธิ์สูงสุดภายใน 2-3 ชั่วโมง และหลังจากนั้นฤทธิ์ของตัวยาจะลดลงอย่างรวดเร็ว (Angrist et al., 1987. อ้างอิงจาก วิโรจน์ และคณะ, 2548) แอมเฟตามีนมีกลไกในการจับตัวยาคึ่งหนึ่งอย่าง ทันทันทันใด ส่งผลให้มีการออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วและสูงสุด อีกครึ่งหนึ่งของตัวยาจะขับภายในเวลา 4 ชั่วโมงต่อมา

2. การสูดดมไอน้ำเป็นวิธีการเสพที่นิยมรองลงมาจากการกิน (Uitermark et al., 2006) เป็นการสูดดมไอน้ำระเหยทางรูจมูกโดยตัวยาจะซึมผ่านทางเนื้อเยื่อโพรงจมูก มีการออกฤทธิ์ทันทีทันใดและรุนแรงปรากฏให้เห็นผลภายใน 1 นาทีและการออกฤทธิ์จะส่งผลในระยะเวลาสั้นๆ (Drugs-forum, 2009) โดยมีอาการเมายาเรียกว่า “แหง”

3. การฉีดเข้าหลอดเลือด ส่วนใหญ่นิยมใช้สำหรับการทดลองในสัตว์มีการออกฤทธิ์อย่างทันทีทันใดต่อผู้เสพ (American Journal of Public Health, 2001) โดยวิธีการฉีดเข้าหลอดเลือด หรือใต้ผิวหนัง ซึ่งสามารถเข้าสู่ระบบการไหลเวียนเลือด ออกฤทธิ์ทันทีในระยะเวลาสั้น (Drugs-forum, 2009) และรุนแรงที่สุด

4. Rectal ซึ่ง โดยปกติทั่วไปไม่นิยมเสพกันมีรายงานในผู้ที่เคยเสพ พบว่าการออกฤทธิ์เร็วกว่าการกินแต่ช้ากว่าวิธีการสูดดมไอน้ำหรือการฉีด (Drugs-forum, 2007)

### อาการที่เกิดจากการเสพยาบ้า (Amphetamine)

1. อาการเฉียบพลัน เป็นอาการพิษที่เกิดจากการเสพเมทแอมเฟตามีนอย่างเฉียบพลันทำให้มีอาการอยู่ไม่นิ่ง (restlessness) หงุดหงิด (Irritability) มือเท้าสั่น (tremor) สับสน (confusion) พุดมาก วิตกกังวล และอารมณ์แปรปรวน (lability of mood) และอาการที่เกิดกับระบบประสาท ส่วนปลายคือ ปวดศีรษะ หนาวสั่น อาเจียน ปากแห้ง เป็นต้น

2. อาการเรื้อรัง เกิดจากการใช้ยาเสพติด ติดต่อกันเป็นเวลานานกรณีใช้ยาขนาดไม่มากจะมีผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่สามารถควบคุมได้จะทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายได้มากโดยจะทำให้ไม่รู้สึกริว ทำให้ขาดอาหาร ขาดวิตามิน การกระตุ้นประสาททำให้ร่างกายนอนไม่หลับ จะทำให้ร่างกายไม่ได้พักผ่อน สุขภาพจึงทรุดโทรม ซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ง่าย การใช้ยาเป็นประจำทำให้เกิดการติดยา ซึ่งต้องเพิ่มขนาดของยาที่ใช้ขึ้นเรื่อย ๆ ถ้าใช้ไปนานๆ ทำให้เกิดการติดเข้าทั้งทางจิตและทางกาย การติดยาทางจิตเกี่ยวกับความคิด อารมณ์และสมรรถภาพต้องการยาอยู่เรื่อย ๆ เมื่อหยุดใช้ยาทันทีจะมีอาการขาดยาเกิดขึ้น อาการขาดยาที่เกิดขึ้นในผู้ที่ใช้ในขนาดสูง ได้แก่อ่อนเพลียทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานถดถอย นอนหลับคล้ายคนหมดสติเกิดโรคจิตชนิดหวาดระแวง (Paranoid delusions) ประสาทหลอนทางจิต หูแว่วและกระวนกระวาย หิวอาหารอย่างรุนแรง ใน ระยะ 3 - 4 วัน หลังจากหยุดยาจะเกิดอาการสะท้อนกลับของอารมณ์(rebound phenomena) จากอารมณ์ตื่นตัว ร่าเริง เป็นอารมณ์ซึมเศร้า จนอาจถึงคลุ้มคลั่ง ทำร้ายผู้อื่นหรือฆ่าตัวตายได้อาการถอนยา (Withdrawal symptoms) มักเกิดกับผู้ที่เสพยาบ้า (Amphetamine) ในขนาดที่สูงเป็น เวลานาน จะทำให้หลับนาน

(hypersomnia) มีอาการซึ่มเศร้าโดยอาการจะรุนแรงสุดในช่วง 48 - 72 ชั่วโมงหลังหยุดยาและคงอยู่ได้นานเป็นเดือน บางรายอาจถึงขั้นทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย

3. พิษจากการได้รับยาเกินขนาดจะเกิดการกระตุ้นอะดรีเนอร์จิก ทำให้ม่านตาขยาย หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงและมักพบอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น หวาดระแวง วิตกเพ้อคลั่ง หากใช้ยาในขนาดที่สูงจะทำให้ชัก กระตุก หลอดเลือดหัวใจตีบ

ผลของยาบ้า (Amphetamine) ต่อร่างกายและจิตใจ เนื่องจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปริมาณของยาบ้าที่ใช้ วิธีเสพ ความถี่ บ่อย ของการใช้ยา ระยะเวลาที่ใช้ยา รวมทั้งร่างกายของผู้ป่วยเอง ในการรักษาก็มีความจำเป็นต้อง รักษาให้เหมาะสมตามลักษณะอาการของผู้ป่วย จึงขอแบ่งผลของยาบ้าออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. พิษ ผลอย่างเฉียบพลันและภาวะพิษเฉียบพลันจากยาบ้า (Toxic Acute Effect and Acute Methamphetamine-intoxivation)
2. ผลในระยะยาวภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบร่วมกับการเสพยาบ้า (Chronic Effect Chronic Methamphetamine use disorder)
3. การเสพติดและการบำบัดรักษาการติดยาบ้า (Methamphetamine dependence and treatment) พิษเฉียบพลัน (ธนุรัตน์ และคณะ, 2551)

1. พิษของยาบ้า (Toxic of Methamphetamine) เมทแอมเฟตามีน เป็นสารที่เป็นพิษ ต่อระบบประสาท (Nuerotoxic effect) ออกฤทธิ์นาน 8 - 12 ชั่วโมง การเสพยาหลาย ๆ ครั้งใน 1 วัน ทำให้ระดับสารสูงอยู่ในกระแสเลือดนานซึ่งทำให้มีอันตรายต่อสมองผู้ที่ใช้วันละ 20 - 30 มิลลิกรัม จะมีอาการตื่นเต็นง่าย พุดมาก มีการเคลื่อนไหวมาก มือสั่น เหงื่อออกมาก รู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และม่านตาขยาย เมื่อหมดฤทธิ์ จะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่ร่าเริง และมีอารมณ์เศร้า ผู้ที่เสพยาขนาดสูงวันละ 100-200 มิลลิกรัม อาจ เกิดอาการโรคจิต (Acute psychosis) ชนิด Amphetamine psychosis ซึ่งมีอาการเหมือนโรค จิตเภทชนิดหวาดระแวง

2. ผลของยาบ้าต่อร่างกายอย่างเฉียบพลัน (Acute Effect of Methamphetamine) เมทแอมเฟตามีนจะมีผลต่อร่างกายและจิตใจมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีการหลั่ง Catecholamine โดยเฉพาะ Norepinephrine ตำแหน่งที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่อยู่บริเวณ Cerebral cortex และ Reticular activating system มีฤทธิ์กระตุ้นทั้ง  $\alpha$  และ  $\beta$  Receptors โดยตรงเป็นผล ให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น และม่านตาขยาย บาง รายอาจมีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการผิดปกติของเส้นเลือดในสมอง อาจมีอาการชักจนถึง Coma ได้ มีการหลั่ง Dopamine บริเวณ Limbic reward system เมื่อใช้แอมเฟตามีนขนาดต่ำๆ จะทำให้มีการเพิ่ม activity ของ locomotor ซึ่งเป็นผลจากระบบ mesolimbic dopaminergic system ผู้ที่ได้รับแอมเฟตามีนจะเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อ เพิ่มการตื่นตัว ความลดความรู้สึกเมื่อยล้า ลดความอยากอาหาร ไม่ง่วงนอน และมีอาการเมาเคลิ้ม

3. ผลต่อพฤติกรรมความก้าวร้าว ผลต่อความก้าวร้าวมีความซับซ้อนผู้ที่เสพยาแอมเฟตามีน มักจะมีความก้าวร้าวชนิดระเบิดทันทีในช่วงสั้น ๆ ความก้าวร้าวนี้ดูเหมือนจะสัมพันธ์กับขนาด ปริมาณที่เสพ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นอาจมากจนถึงขั้นเป็นฆาตกร เนื่องจากอาการประสาทหลอน และ หวาดระแวง บางรายอาจฆ่าคนใน

ครอบครัว การเบื่ออาหาร แอมเฟตามีน จัดเป็นสารที่ทำให้เบื่ออาหารชนิดแรง โดยออกฤทธิ์ผ่านทาง Dopamine บริเวณ Lateral hypothalamus ส่วน Fenfluramine ดูเหมือนจะออกฤทธิ์ทางกลไกของ Serotonin

4. ภาวะเฉียบพลันจากยาบ้า (Acute Methamphetamine intoxication) ภาวะนี้เกิดจากการใช้ยาบ้าเกินขนาด ทั้งในกลุ่มที่เสพในลักษณะที่ใช้ในทางที่ผิด และกลุ่มที่เสพติดอยู่แล้วจะเสพเพิ่ม จนเกินขนาดบางรายอาจรับประทานโดยไม่รู้ตัว เนื่องจากมีผู้อื่นผสมในน้ำดื่มหรืออาหารเพื่อจุดประสงค์ต่าง ๆ กัน อาจพบการเสพเกินขนาดเป็นการประชดครอบครัวในบางรายที่ไม่สามารถให้ การวินิจฉัยได้ชัดเจน เนื่องจากไม่ได้มีประวัติหรือประวัติไม่ชัดเจนอยู่ในสถานที่ที่ไม่สามารถพิสูจน์หาเมทแอมเฟตามีนได้ จำเป็นต้องมีการวินิจฉัยแยกโรคไว้ด้วยเพื่อให้การรักษาได้อย่างเหมาะสม โรคหรือภาวะที่อาจจะมีอาการและอาการแสดงได้คล้ายกับภาวะเฉียบพลันจากยาบ้าคือ ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ Pheochromocytoma บาดเจ็บทางศีรษะ หรืออาการทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ภาวะอารมณ์แปรปรวนแบบ Mania อาการที่พบมักเป็นอาการทางสมอง มีสับสน (Delusion) และหวาดระแวง (Paranoid) ประสาทหลอนและคิดฆ่าตัวตาย บางรายอาจมีอาการชัก กล้ามเนื้อเปลี้ย มีอาการเจ็บหน้าอก จนถึงหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผลในระยะยาว ภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบร่วมกับการเสพยาบ้า (Chronic Effect Chronic Methamphetamine use disorder) ถ้าหากใช้ยาต่อเนื่องเป็นเวลานานยาบ้า (Amphetamine) จะทำลายประสาทสมอง ทำให้สมองเสื่อมเกิดความผิดปกติทางจิต เช่น ซึมเศร้า กังวล เลื่อนลอย หรือเป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวง ประสาทหลอนและอาจก่อความรุนแรง หรืออาชญากรรมได้ ร่างกายจะทรุดโทรม การควบคุมทางกล้ามเนื้อและระบบประสาทบกพร่อง ร่างกายอ่อนแอ ซุปซิด เนื่องจากขาดอาหารและขาดการพักผ่อน พิษยาจะทำลายอวัยวะต่างๆให้เสื่อมลง ทำให้เกิดโรคต่างๆได้ง่ายเช่น โรคติดเชื้อ และในบางครั้งผู้เสพอาจทำงานหนักเกินไป หรือไม่ได้พักผ่อนร่างกายรับไม่ไหวเกิดบาดเจ็บและทุพพลภาพได้

การเสพติดและการบำบัดรักษาการติดยาบ้า (Methamphetamine dependence and treatment) การติดยาเสพติดเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกิดขึ้นทีละน้อย จากการใช้ยาเป็นครั้งคราวสู่การใช้ถี่ขึ้น จนใช้ทุกวัน วันละหลายครั้ง การใช้ยาเสพติดจะมีผลต่อสมอง 2 ส่วน คือสมอง ส่วนนอก หรือสมองส่วนคิด และสมองส่วนที่อยู่ชั้นในหรือสมองส่วนอยาก สมองส่วนคิด ทำหน้าที่ ควบคุมสติปัญญาใช้ความคิดแบบมีเหตุผล ในขณะที่สมองส่วนอยากเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก เวลาเสพยาตัวยาจะไปกระตุ้นทำให้สมองสร้างสารเคมีชื่อ โดปามีน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดความสุข สมองจึงมีการปรับตัวด้วยการลดการหลั่งสารเคมีนั้นลง เมื่อหมดฤทธิ์ของ ยาเสพติด จึงเสมือนว่าร่างกายมีอาการขาดสารโดปามีนทำให้มีอาการหงุดหงิด ซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้เสพแสวงหา เสพซ้ำในขณะเดียวกันเมื่อใช้ยาเสพติดบ่อยๆจะทำให้สมองส่วนคิดถูกทำลาย การใช้ความคิดเป็นเหตุเป็นผลเสียไปแล้วสมองส่วนอยากจะอยู่เหนือสมองส่วนคิด จนทำอะไรตามใจตามอารมณ์มากกว่าเหตุผล ผู้ใช้ยาจึงมักแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ก้าวร้าว หงุดหงิด ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จึงทำให้มีการเสพยาบ่อยขึ้นเมื่ออยากมีความสุขก็ต้องพึ่งยาเสพติด อาการเช่นนี้เรียกว่า สมองติดยาในที่สุดก็ห้ามตัวเองไม่ได้ต้องทำทุกวิถีทางให้ได้ยาเสพติดมาเสพโดยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ด้วยสติปัญญาหรือความคิด ผลสุดท้ายจะเกิดความสูญเสียในด้านต่างๆ ของชีวิต การบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดยาบ้า (Amphetamine) ในผู้ป่วยยาและสารเสพติด เมื่อหยุดยาจะมีทั้งอาการขาดยา (Withdrawal symptoms) และอาการอยากยา (Craving symptoms) อาการขาดยา (Withdrawal symptoms) หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหยุดสารเสพติด เช่น ผู้ป่วยติดสารตระกูลฝิ่น เมื่อขาดยาจะมี อาการที่มักเรียกว่า ลงแดงคือมีอาการท้องเสีย เหงื่อแตก หาว มีน้ำมูก ปวดกระตุก นอนไม่หลับหรือ หลับมาก อ่อนเพลีย (วิโรจน์, 2548 ; สมภพ, 2548) เป็นต้น ส่วนในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า เมื่อหยุดเสพอาการขาดยาจะมีมากขึ้นแตกต่างกันไป



แต่ส่วนใหญ่อาการทางร่างกายไม่รุนแรงนัก เช่น มีอาการอยู่ไม่เป็นสุข หงุดหงิด กระวนกระวายอาการอยากยา (Craving symptoms) หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากจะใช้สารเสพติดซึ่งอาจเกิดขึ้นในช่วงใดของการหยุดยา ก็ได้ โดยทั่วไปมักมีอาการอยากยามากในระยะแรก ๆ ของ การหยุดยาแม้แต่ในขณะที่เพิ่งเสพยาไป ผู้ป่วยก็อาจมี อาการอยากยาเกิดขึ้นโดยที่ยังไม่มีอาการขาดยาเลยก็ได้ในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าอาการอยากยา ทำให้ผู้ป่วยกลับไปติด ซ้ำอีกการบำบัดรักษาอาการขาดยาบ้า (Management of MA Withdrawal) มีหลักปฏิบัติในการบำบัดรักษาหลาย ประการ คือ

- การรักษาผู้เสพติดยาบ้า ควรจะให้หยุดยาทันทีโดยไม่ต้องค่อยๆลดยา อาการขาดยาไม่เป็นอันตราย รุนแรง

- ถ้าเสพสารเสพติดอื่น ๆ ด้วย เช่น กัญชา สุรา ยานอนหลับ ต้องหยุดพร้อมกันหมดเนื่องจากเมื่อหยุด ยาบ้า แม้จะไม่มีอาการรุนแรงที่เป็นอันตราย เช่นเดียวกับกาหยุดเหล้า หรือ บาร์บิ - ทูเรต แต่การให้ยารักษา อาการต่างๆ ระยะหยุดเสพก็ยังคงมีความสำคัญในบางรายการรักษาจะต้องเน้นในแบบประคับประคองโดยจะต้อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ทำให้ปัสสาวะเป็นกรด เพราะเมทแอมเฟตามีนจะถูกขับออกทางปัสสาวะและจะถูกขับออกได้ดีในภาวะ ปัสสาวะเป็นกรดโดยให้วิตามินซี 1 กรัม ทุก 6 ชั่วโมง ติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน

2. อาการรู้สึกไม่เป็นสุข (Dysphoria) มักพบหลังหยุดเสพไม่นาน อาจพบรุนแรงในบางรายและอะอะ อาละวาดได้ ผู้ป่วยมักมีการสับสน ชัดแย้งในจิตใจสูง และหวาดระแวง เครียด หงุดหงิด การดูแลผู้ป่วยอาจมีความ จำเป็นต้องยึดผู้ป่วยไว้และทำให้สงบในที่ปลอดภัย ให้ Benzodiazepines เช่น Diazepam เพื่อควบคุม Agitation ถ้าผู้ป่วยยังกระสับกระส่ายและไม่หลับ อาจให้ Trazodone (Desyrel) ในรายที่มีอาการทางผิวหนัง ทั้งอาการคัน หรือการแพ้ อาจให้ Benadryl

3. การหมดแรง หลับมาก หลังจากเสพหนัก(Crash)มักพบหลังยาบ้าหมดฤทธิ์ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่สนใจสิ่งรอบตัว จะเป็นอยู่นาน 12-96 ชั่วโมง อาจหลับอยู่เป็นวันๆ (Hypersomnolence) การดูแลผู้ป่วยควรระวังต้องให้น้ำและอาหารผู้ป่วยตามสมควรแต่อย่าให้ยาที่มีฤทธิ์ง่วงนอน การให้ยาทำให้ง่วง ทั้ง Benzodiazepines และAntipsychotic Drugs ในระยะนี้ต้องระวังอย่างยิ่งเพราะอาจกด การหายใจได้ ผู้ป่วยที่หลับมากในช่วงนี้ การปลุกผู้ป่วยต้องดูให้เหมาะสม การปลุกผู้ป่วยบ่อยครั้งเกินไปก็อาจเป็น การรบกวน เพราะระยะนี้ถ้าผู้ป่วยหลับก็จะสงบได้ การปลุกผู้ป่วยบ่อยเกินไปจะทำให้หงุดหงิด จนถึงมีอาการอะอะ หรืออาละวาดได้

4. อาการซึมเศร้า(Depression) มักพบหลังหยุดเสพ 3 - 4 วัน ในรายที่มีอาการซึมเศร้านควรให้ยาด้าน ซึมเศร้าโดยเฉพาะกลุ่มที่ออกฤทธิ์ทั้ง Dopamine และ Serotonin หรือ กลุ่ม Selective serotonin receptor inhibitors (SSRI) ซึ่งจะช่วยให้เพิ่ม Serotonin ในสมองช่วยไม่ให้เกิดฆ่าตัวตายได้ การบำบัดการเสพติดยาบ้า (Methamphetamine Dependence Treatment) เดิมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ให้มีความสำคัญกับการ รักษาอาการขาดยา โดยเรียกว่าการถอนพิษยา (Detoxification) โดยนับเป็นขั้นตอนสำคัญของการบำบัดรักษาการ เสพติดเพราะเห็นว่าผู้ป่วยหยุดเสพแล้วมีอาการทางกายมากและต้องอาศัยแพทย์ในการสั่งใช้ยารักษาแล้วไปเรียก การรักษาการติดยาจริงๆว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ปัจจุบันเป็นที่เข้าใจและยอมรับว่าการติดยา เป็นโรคของสมองที่มีพฤติกรรมผิดปกติ

ดังนั้นการรักษาให้เลิกเสพยาจึงเป็นการฝึกควบคุมอารมณ์ ความคิดและพัฒนาพฤติกรรมให้เป็นปกติและมีความสมดุลในการดำเนินชีวิตต่อไปเราอาจแบ่งระยะหลังจากการหยุดยาจนเลิกได้ (Roadmap of Recovery) เป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะขาดยา (Withdrawal Stage) ระยะนี้ใช้เวลาประมาณเป็นชั่วโมง จนถึง 5 - 10 วัน หลังจากหยุดยา ในตอนเริ่มต้นผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า รู้สึกไม่เป็นสุข (Dysphoria) เครียด หงุดหงิด กระวนกระวาย นอนไม่หลับ และมีอาการอยากยามาก บางรายก็อาละวาด ต่อมาความอยากยาถูก แทนที่ด้วยความเหนื่อยล้า มีอาการอ่อนเพลีย หดเรี่ยวแรง รู้สึกง่วงนอน หลับมากใน 24 ชั่วโมง และบางรายยังหลับมากต่อไปอีก 2 - 3 วัน เมื่อตื่นขึ้นมาก็จะหิวมาก และอาการอยากยาจะค่อย ๆ ลดลงในบางรายเมื่อหมดฤทธิ์กระตุ้นของยาบ้า ผู้ป่วยบางรายกลับมีอาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression) จนถึงกับพยายามฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระยะนี้มักมีเพียงอาการเมื่อยล้า รู้สึกง่วงนอน หลับมาก แล้วตามด้วยการหิวมาก

2. ระยะหยุดเสพยาช่วงแรก (Early Abstinence or Honeymoon Stage) ถัดจากระยะแรกจนถึง 45 วัน ยังมีอาการเครียด อ่อนเพลียอยู่บ้าง การนอนหลับและอารมณ์ยังมีการแปรปรวนและ จะค่อย ๆ กลับมาเข้าสู่ภาวะปกติผู้ป่วยหลายรายเกิดความเชื่อมั่นเกิน (Overconfidence) เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกเสพยาได้ง่ายดาย และเลิกได้แน่นอน ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาเรื่อง สมาธิและความจำ อารมณ์มีการแปรปรวน (Mood Swings) บางรายจะมีอาการซึมเศร้า และกระวนกระวายซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลา และขนาดของยาบ้าที่เสพยา

3. ระยะผ่านอุปสรรค (Protracted Abstinence or The Wall Stage) ระยะเวลา 4 - 6 เดือน หลังจากหยุดยาบ้า ระยะนี้มีอาการเหมือนคนปกติ แต่บางรายมีการสูญเสียความจำการเรียนรู้ (Cognitive) อาจมีอาการแปรปรวนและยังมีอาการซึมเศร้าได้ (Emotion Swings) จะยังมีอาการอยากยา เป็นพัก ๆ หรือมีอาการอยากยาเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น เพื่อนพูดชักชวน เห็นผู้อื่นเสพยาจะมีอาการอยากยาที่รุนแรงได้ ดังนั้นจึงพบได้ว่าผู้ป่วยบางรายที่เลิกได้เป็นเดือนๆ ก็ยังหวนกลับมาเสพยาใหม่อีก

4. ระยะปรับสู่ปกติ (Adjustment/Resolution Swings) เป็นระยะปรับตัวทางความคิดพฤติกรรมและสังคมผู้ป่วยรู้สึกถึงความถูกต้อง เกิดความละเอียดยังขาดเป้าหมายของชีวิตอาจมีความเบื่อหน่ายและมีปัญหาในสถานะหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น การจัดสมดุลของชีวิตในระยะนี้จึงมี ความสำคัญที่จะทำให้การเลิกยายั่งยืนและไม่กลับไปติดซ้ำอีก (วีโรจน์, 2548)

## 2. ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ความหมายและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรง

ความรุนแรง หมายถึง การใช้วาจาเพื่อคุกคาม ต่อต้าน หรือใช้กำลัง อาวุธ อำนาจ ประทุษร้ายตนเอง บุคคลอื่น กลุ่มบุคคล หรือชุมชน ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการกระทบกระเทือนจิตใจ การบาดเจ็บ การเสียชีวิต ความสูญเสียทรัพย์สิน หรือการจำกัดสิทธิที่บุคคลพึงมี

### พฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรง

1. การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทำให้ขาดสติสัมปชัญญะและชอบใช้ความรุนแรง
2. เสพสารเสพติด ทำให้ขาดความยั้งคิด อารมณ์ไม่ดีเมื่อไม่ได้เสพยาอาจก่อให้เกิดปัญหา

อาชญากรรมเพื่อให้ได้เงินไปซื้อสารเสพติดมาเสพยา

3. อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่ชอบใช้ความรุนแรงทำให้ตนเองซึ่งซบนิสัยการใช้ความรุนแรงไปด้วย
4. ใจร้อนอารมณ์รุนแรง ทำให้ตัดสินใจใช้ความรุนแรงโดยไม่คิดให้ดีกว่า

### ประเภทของความรุนแรง ความรุนแรงอาจแบ่งได้ 6 ประเภท ดังนี้

1. การกระทำด้วยกำลังกาย เช่น การตบ เตาะ ชก ต่อย ผลัก กระแทก หยิก ดึงผม ใช้อาวุธ ไม้ มีด
2. การกระทำด้วยพฤติกรรมที่แสดงออก เช่น แสดงอาการดูถูกเหยียดหยาม ไม่พูดด้วย
3. การกระทำด้วยวาจา เช่น การด่า ตะคอก พูดส่อเสียด พูดเหน็บแนม พูดขู่
4. การทำร้ายทางด้านจิตใจ เช่น การบังคับ กักขัง หน่วงเหนี่ยว รวมไปถึงการกระทำด้วยกำลังกาย ด้วยพฤติกรรมที่แสดงออกและด้วยวาจา
5. การทำร้ายทางเพศ เช่น การปลุกปล้ำข่มขืน การถูกเนื้อต้องตัว
6. การทอดทิ้ง เช่น ทอดทิ้งเด็ก คนชรา ปล่อยปละละเลยทอดทิ้งคนในครอบครัว ทอดทิ้งคนพิการ ทอดทิ้งคนเป็นโรคร้ายแรง

### ปัญหาและผลกระทบจากการใช้ความรุนแรง

1. ร่างกายได้รับบาดเจ็บ พิการหรือเสียชีวิต
2. จิตใจหดหู่ เศร้าหมอง
3. ถูกดำเนินคดี อาจถูกปรับหรือคุมขัง
4. ครอบครัวเดือดร้อน เสื่อมเสียชื่อเสียงวงศ์ตระกูล
5. หมดอนาคตทางการศึกษาและการประกอบอาชีพที่ดี
6. สังคมวุ่นวาย เกิดปัญหาอาชญากรรม

### วิธีหลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรง

1. รู้จักการให้อภัยและมีความยืดหยุ่นต่อกัน ใช้เหตุผลในการพูดคุย ไม่ใช่กำลังตัดสินปัญหา
2. รู้จักคุมอารมณ์ตนเอง ไม่โกรธง่าย เป็นคนใจเย็น มีความอดทนอดกลั้น
3. ฝึกจิตใจให้สงบ เข้มแข็ง ด้วยการฟังธรรมะ นั่งสมาธิ เมื่อมีความเครียดควรทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายอารมณ์
4. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และไม่ใช้สารเสพติด
5. ไม่คบเพื่อนที่ชอบใช้ความรุนแรง
6. หลีกเลี่ยงการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ที่ชอบใช้ความรุนแรง

ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) (กรมสุขภาพจิต, 2563) หมายถึงผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิดอารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง หรือทำให้เกิดความทุพพลภาพรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแล เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) (กรมสุขภาพจิต, 2563) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิดอารมณ์หรือ พฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุพพลภาพ รุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกัน

การกำเริบซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน โดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์ดังนี้

1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน
3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง

เช่น ระบุ ชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ วางเพลิง)

#### **อาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง**

##### **ปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง**

1. ผู้ป่วยขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่ยอมรับประทานยาทำให้อาการทางจิตกำเริบ
2. ผู้ป่วยเมาสุราหรือใช้สารเสพติด
3. ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดระแวงว่าจะถูกทำร้าย กลัวหรืออาจหลงผิดว่ามีอำนาจ
4. ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายผู้อื่น
5. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอารมณ์โกรธรุนแรง อาจเกิดจากถูกขัดใจคนอื่นพูดผิดหู
6. ผู้ป่วยอาจเลียนแบบทำตามผู้อื่น

##### **ลักษณะสำคัญของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง**

- เคยก่อพฤติกรรมรุนแรงมาก่อน
- มีพฤติกรรมก้าวร้าว/มีความขัดแย้งรุนแรงกับคนรอบข้าง เช่น ทะเลาะวิวาท ด่าทอ
- มีอาวุธ

##### **สัญญาณเตือนการก่อความรุนแรง (กรมสุขภาพจิต 2561)**

1. ซัดข่วนหรือกรีดตัวเองเป็นรอยแผล
2. ส่งเสียงดังหรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยคำหยาบคายรุนแรง
3. ช่มชู้จะทำร้ายผู้อื่น
4. ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ
5. พกพาหรือสะสมอาวุธโดยไม่สมเหตุสมผล
6. รื้อหรือขว้างปาข้าวของกระจัดกระจาย
7. ทำลายสิ่งของจนแตกหัก

##### **การจัดการเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง**

1. เรียกชื่อผู้ป่วยด้วยเสียงนุ่มนวลให้ผู้ป่วยได้รู้สึกตัวได้สติ
2. หากผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้บ้าง พุดคุยให้ผู้ป่วยได้ถุกคิดเตือนสติ
3. อยู่ห่างๆ ชั่วคราว ไม่เข้าไปใกล้ผู้ป่วยเฝ้าสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย
4. หากผู้ป่วยมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น อยู่ห่างจากผู้ป่วยประมาณ 1 เมตร และให้ขอความช่วยเหลือ

จาก เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ รพสต. อปพร. ตำรวจ เป็นต้น เพื่อส่งต่อผู้ป่วยรับการรักษาที่โรงพยาบาล

### เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V)

กรมสุขภาพจิต (2563) ได้กำหนดลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน
3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุ ชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย
4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ วางเพลิง)

**สรุป** ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีการดำเนินโรคเรื้อรังและมีอาการกำเริบซ้ำ โดยมีปัจจัย กระตุ้นที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงคือผู้ป่วยขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือ ไม่ยอมรับประทานยา ตั้มสุรา/ใช้สารเสพติด มีอาการหลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว มีอารมณ์โกรธรุนแรง ฯลฯ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีการดูแลในรูปแบบที่เฉพาะ มีความเข้มข้นและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการกำเริบและกลับไปก่อความรุนแรงซ้ำ สำหรับการรักษผู้ป่วยSMI-V จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดย ใ้ยา ร่วมกับการดูแลฟื้นฟูทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Rehabilitation Intervention) เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การฝึกทักษะชีวิต ทักษะสังคม เป็นต้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติและผู้รักษาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจ และปรารถนาที่จะปรับปรุงตนเอง ส่งผลให้ทีมบำบัดรักษา สามารถสร้างความสำเร็จในการรักษาได้

### รายละเอียดของเกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

1. มีประวัติทำร้ายตัวเอง ด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต	2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน	3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง	4. เคยมีประวัติ ก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ วางเพลิง)
- ยิงตัวเองด้วยปืน - แขนวนคอ - ตั้งใจกระโดดจากที่สูง เพื่อให้เสียชีวิต เช่น กระโดดตึก/ กระโดดสะพาน/ กระโดดน้ำตาย	- ใช้อาวุธ มีด หรือของมีคม หรือ ส่วนของร่างกาย ทำร้ายผู้อื่น จนได้รับบาดเจ็บรุนแรง หรือ เลือดออกภายใน หรือมีการแตกหัก ของอวัยวะในร่างกาย	- มีความคิด จะทำร้ายผู้อื่น ให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่น หวังให้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต โดยระบุบุคคล ที่มุ่งจะทำร้าย -หวาดระแวง มีคนจะมาทำร้าย และพกอาวุธ ไว้กับตัว	- ฆ่าคนอื่น ให้ถึงแก่ชีวิต - พยายาม ฆ่าคนอื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรง แต่ไม่เสียชีวิต - ช่มชู้กระทำชำเราบุคคลอื่น

1. มีประวัติทำร้ายตัวเอง ด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต	2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณรุนแรงในชุมชน	3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง	4. เคยมีประวัติ ก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- กินยาฆ่าแมลง/ กินสารเคมี/ น้ำยาล้างห้องน้ำ/ ยาเบื่อหนู -</li> <li>-กินยาเกินขนาด ฆ่าตัวตายใช้มีดหรือ ของมีคมฟันแทงเฉือน ปาดตัวเอง</li> <li>- ทำให้ตัวเองจมน้ำ ในน้ำ เพื่อให้หายใจ ไม่ได้</li> <li>- ทำให้ยานยนต์ชน หรือทับตาย (เช่น รถไฟ รถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ หรือยานยนต์อื่นๆ ที่ถูกกระทบ แล้วสามารถทำให้ เสียชีวิตได้เป็นต้น)</li> <li>- ใช้วัตถุระเบิด ใส่ตัวเอง</li> <li>- ใช้ควันทไฟ เปลวไฟ รถมอเตอร์ให้หายใจ ไม่ออก</li> <li>- ใช้ของแข็ง โลหะ ไม่ทำร้ายตัวเอง เพื่อให้เสียชีวิต</li> <li>- มีพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้เสียชีวิต เช่น ทำให้ไฟฟ้าดูด เอาศีรษะโขกหรือ กระแทก ฟัน ผนัง หรือของแข็ง หรือใช้หมอนอุดจมูก เป็นต้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รัดคอผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นจมน้ำ</li> <li>- เจตนาชน หรือทับด้วยยานยนต์</li> <li>- จี้ตัวประกัน -ปล้น -พกอาวุธปืน หรือ ระเบิด หรือของมีคม พร้อมก่อเหตุรุนแรง</li> <li>- ขว้างปาสิ่งของที่อันตราย(เช่น มีด ขวาน ระเบิด หิน)</li> <li>- อาละวาดทำลาย สิ่งของหรือเผาสิ่งของ หรือทรัพย์สิน เสียหาย</li> <li>- ปล้นทรัพย์ชิงทรัพย์</li> <li>- ลวนลาม จับหน้าอก ก้น หรือ อวัยวะเพศ ผู้อื่น</li> <li>- ทำอนาจาร เปลือยกาย หรือเปิดเผยอวัยวะเพศของตนต่อหน้า สาธารณะ</li> <li>- บุกรุกบ้านเพื่อทำอันตรายผู้อื่น</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- วางเพลิงจมน</li> <li>ทรัพย์สิน เสียหาย</li> </ul>

หมายเหตุถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการเกิดความรุนแรง

### 3. รูปแบบการบำบัดรักษายาเสพติด

ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยแบ่งเป็น 3 ระบบ (พิชัย, 2548) ดังนี้

1. ระบบสมัครใจ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดที่ต้องการจะเลิกเสพยาเสพติดโดยสมัครใจสามารถขอรับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ โดยรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ

1.1 การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ภาย จิต สังคมบำบัด โดยมีหลักการปฏิบัติ ดังนี้

1.1.1 ไม่ต้องนอนในสถานบำบัด

1.1.2 แพทย์ให้การบำบัดรักษาตามสภาพปัญหา และอาการของผู้ป่วย

1.1.3 มารับการบำบัดตามเวลานัดโดยมีญาติมาด้วยทุกครั้งเพื่อประโยชน์ แก่ผู้ป่วยให้ประสบผลสำเร็จในการบำบัด

1.1.4 ระยะเวลาในการบำบัด 4 เดือน (16 สัปดาห์)

1.1.5 นัดติดตามผลการรักษาเป็นระยะๆ เป็นเวลา 1 ปี

1.2 การบำบัดแบบผู้ป่วยใน คือ การค้างคืนในสถานพยาบาลเพื่อดูแลอย่างใกล้ชิด ในระยะถอนพิษ นอกจากนี้ยังมีการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการให้ความรู้ด้วย เช่น การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค

2. ระบบบังคับบำบัด หมายถึง การใช้กฎหมายบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับ การบำบัดรักษา ใน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ผู้ติดยาเสพติดที่ถูกจับในฐานะผู้เสพยาจะถูกนำเข้ารับการบำบัดในระบบนี้และหากผู้เข้ารับการบำบัดมีผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ก็จะถูกปล่อยตัวโดยไม่ถูกดำเนินคดี โดยการนำผู้เสพยาเข้าบังคับบำบัด เริ่มจากการที่ผู้เสพยาถูกจับกุมตามฐานความผิดที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ศาลจะสั่งให้ 33 พนักงานคุมประพฤติตรวจพิสูจน์ว่าเป็นบุคคลที่เป็นผู้เสพยาจริงแล้ววางแผนการฟื้นฟู สำหรับผู้เสพยา ติดเป็นรายบุคคลต่อไป

3. ระบบต้องโทษ เป็นการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขังซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมายเรือนจำ หรือทัณฑสถานบำบัดพิเศษต่างๆ ของกรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย กรมคุมประพฤติในกรณีที่ เป็นเยาวชนอายุไม่เกิน 18 ปี สถานพินิจได้จัดให้มีการบำบัดฟื้นฟูสำหรับเยาวชนในสถานพินิจ

#### ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

1. ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา (pre-admission) เป็นการศึกษาประวัติและภูมิหลัง ผู้ป่วย เสพติดทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว เพื่อให้คำแนะนำและเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจในการบำบัด ด้วยการสัมภาษณ์ ลงทะเบียน รวมทั้งการตรวจทางการแพทย์ เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต เอกซเรย์ ตรวจเลือดและปัสสาวะ เป็นต้น

2. ขั้นถอนพิษยา (detoxification) เป็นการรักษาอาการทางกาย ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด ด้วยการบำบัดด้วยยา แพทย์จะพิจารณาให้ยาตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย การบำบัดในขั้นตอนนี้ แบ่งเป็น 2 รูปแบบ

2.1 การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยไม่ต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาล แต่ต้อง มารับยาตามที่แพทย์กำหนดทีมสหวิชาชีพ อาทิ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์มี หน้าที่บำบัดด้านจิตใจด้วยกิจกรรมกลุ่มบำบัด

2.2 การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาลโดยให้การบำบัดด้วยการถอนพิษยาเสพติดร่วมกับการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งให้ความรู้ร่วมกับกิจกรรมบำบัดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ อาทิ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

3. ชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เป็นกระบวนการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของ ผู้ป่วยให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้สามารถกลับสู่สังคมได้ โดยทีมนักบำบัดกิจกรรมบำบัดที่ใช้กับผู้ป่วยตามแนวคิดของ FAST Model ได้แก่ การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา (family) การมีกิจกรรมทางเลือกในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ (alternative activity treatment) การเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยเทคนิคเพื่อช่วยตนเอง (self-help) และการนำแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ "ชุมชนบำบัด" (therapeutics community) ซึ่งเป็นการสร้างชุมชนหรือสังคมจำลองให้ผู้ป่วยมาอยู่ร่วมกันเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยเหลือกันและกัน ฝึกความรับผิดชอบเรียนรู้ตนเอง และเรียนรู้การแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล เพื่อกลับไปมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ร่วมกับการให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม นันทนาการ และการฝึกอาชีพ เป็นต้น

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ประกอบด้วย

1. ครอบครัว (F: Family) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดและรับผิดชอบต่อดูแลควบคู่ไปกับการอยู่ในครอบครัว สังคม ชุมชนตามสภาพที่เป็นจริงมีกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ดังนี้

1.1 การให้ความรู้ครอบครัว (Family Education) ในเรื่องต่างๆ ได้แก่

1) ครอบครัวคืออะไร ลักษณะของครอบครัว ภารกิจของครอบครัว การทำหน้าที่ครอบครัว ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การควบคุมพฤติกรรมการทำบทรอบหน้าของตนเอง ความผูกพันทางอารมณ์ การเป็นที่พึ่งทางใจและการสื่อสารภายในครอบครัว

2) ความรู้เรื่องยาเสพติด สมอติดยา ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูฯ ระเบียบปฏิบัติ การเสพติดซ้ำ ธรรมชาติของวัยรุ่นและการอยู่ร่วมกับวัยรุ่น เป็นต้น

2.1 การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family Counseling) เป็นกิจกรรมเสริมสร้างให้ครอบครัวมีทักษะการแก้ปัญหาร่วมกัน

2.2 ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) เป็นการจัดกิจกรรมขึ้นเพื่อนำครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรม เช่น ครอบครัวสัมพันธ์ ครอบครัวศึกษา เป็นต้น

2.3) กิจกรรมทางเลือก (A: Alternative Treatment Activity) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.3.1) ชมรมที่ฉันชอบ ได้แก่ ชมรมกีฬา หัตถศิลป์ การอาหาร ตัดผม เป็นต้น

2.3.2) ฝึกการคลายความเครียด ได้แก่ การฝึกสมาธิ กลุ่มสัมพันธ์ เป็นต้น



- 2.3.3) การบำบัดด้วยยา (เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทางกาย)
- 2.3.4) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
- 2.3.5) อาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ อาสาป้องกันยาเสพติด
- 2.3.6) กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต

2. กิจกรรมทางเลือก (A: Alternative Treatment Activity) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ประกอบด้วย

- 2.1 ชมรมที่ฉันชอบ ได้แก่ ชมรมกีฬา หัตถศิลป์ การอาหาร ตัดผม เป็นต้น
- 2.2 ฝึกการคลายความเครียด ได้แก่ การฝึกสมาธิ กลุ่มสัมพันธ์ เป็นต้น
- 2.3 การบำบัดด้วยยา (เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทางกาย)
- 2.4 กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
- 2.5 อาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ อาสาป้องกันยาเสพติด
- 2.6 กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต

3. กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยตนเอง (S: Self Help) เป็นการจัดกิจกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย ได้เรียนรู้ มีความฉลาดทางอารมณ์ สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เจตคติความรู้สึก ของตนเองด้วยตนเอง จนสามารถอยู่ในสังคมได้โดยไม่พึ่งพายาเสพติด มีกิจกรรม ดังนี้

3.1 การบันทึกประจำวันเป็นการสร้างนิสัยใหม่ด้วยการเขียนความรู้สึกส่วนตัวในบันทึกที่จัดให้ เพื่อทบทวนตัวเองว่าในแต่ละวันทำอะไรไม่ดีบ้าง ควรปรับปรุง และได้เรียนรู้อะไรใน แต่ละวันที่ผ่านมา

3.2 การสำรวจตนเองเป็นการสำรวจตนเองเพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ เข้าใจและยอมรับตนเอง รวมถึงสามารถประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง

3.3 การตั้งเป้าหมายในชีวิต เป็นการฝึกทักษะการสร้างเป้าหมาย และกำหนดแนวทางที่จะนำตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

3.4 ทักษะการปฏิเสธ เป็นการฝึกทักษะการปฏิเสธในสถานการณ์ฉุกเฉินตามหลักการที่ถูกต้อง เช่น เมื่อผู้ป่วยถูกชักชวนให้ไปใช้ยาเสพติด เป็นต้น

3.5 ทักษะการควบคุมตนเอง เป็นการฝึกทักษะการรับรู้และบอกอารมณ์ความรู้สึกของตนเองแก่ผู้อื่นได้ และฝึกควบคุมอารมณ์ตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์

3.6 ทักษะการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์และเตือนตนเอง รวมถึงฝึกการให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น

3.7 ทักษะการแก้ปัญหา เป็นการฝึกการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ

3.8 ทักษะการสื่อสาร เป็นการฝึกให้รู้จักสื่อความรู้สึกนึกคิดของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจด้วยภาษาพูด ท่าทางและไต่ถามการรับรู้ความรู้สึกของคนอื่นอย่างถูกต้อง

3.9 การสร้างวินัยให้ตนเอง เป็นการฝึกระเบียบวินัยเมื่ออยู่เป็นหมู่คณะ

4. กระบวนการชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) เป็นกระบวนการในการบำบัดรักษาในขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้เข้ารับการรักษาช่วยเหลือ ตนเองได้ โดยจำลองรูปแบบการดำรงชีวิตในสังคม เป็นชุมชน ศูนย์จำลอง มีบุคคลเข้ามาอยู่ร่วมกันเสมือนครอบครัวเดียวกันยอม

มีความจำเป็นในการอยู่ร่วมกันภายใต้หลักการกฎเกณฑ์ที่สมาชิกร่วมกันกำหนดไว้ เพื่อสร้างการพัฒนาที่ครอบคลุมในด้านต่างๆ เริ่มตั้งแต่ จัดการพฤติกรรม ความสามารถ แนวคิด วุฒิภาวะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลให้สามารถอยู่ร่วมกันอย่างสมดุล ในสังคม ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่

#### 4.1 กลุ่มบำบัด (Group Therapy) ผู้บำบัดจะจัดให้มีกิจกรรม ดังนี้

(1) กลุ่มปฐมนิเทศ (2) กลุ่มประชุมเช้า (3) กลุ่มสัมมนา (4) กลุ่มประชุมเจ้าหน้าที่ (5) กลุ่มนันทนาการ (6) กลุ่มเสริมสร้างประสบการณ์ (7) กลุ่มจิตบำบัด (8) กลุ่มปรับความเข้าใจ (9) กลุ่มประเมินงานบำบัด (10) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

4.2 งานบำบัด (Works Therapy) เป็นการจัดแบ่งหน้าที่รับผิดชอบให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติงาน ตามทีมงานต่างๆ อาทิ ทีมงานเกษตร งานเลี้ยงสัตว์ งานครัว งานธุรการ-การตลาด งานตัดเย็บ งานอาหาร งานช่างไม้ งานตกแต่งตึก งานประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

4.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Re-Shape Behavior) เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองได้ด้วย การลงโทษและการให้รางวัล

4.3.1 เครื่องมือบ้าน (Tools of the House) เป็นกิจกรรมการลงโทษที่ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบ้านจึงเป็นกิจกรรมที่ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ที่ตอบสนองพฤติกรรมที่สมาชิก กระทำพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น สมาชิกกระทำข้อบกพร่อง ขาดความรับผิดชอบทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น งานในหน้าที่ หรือกระทำผิดกฎระเบียบ ให้เกิดการเรียนรู้ ฝึกฝนจนเป็นอุปนิสัย สามารถ เปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม สร้างความมั่นใจ จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ชนิดของเครื่องมือบ้าน การแบ่งชนิดของเครื่องมือของบ้านจะแบ่งตามระดับเบาไปหนัก โดยพิจารณาจาก กฎระเบียบหลัก กฎระเบียบรอง พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เจตนาและเหตุผลของผู้กระทำข้อบกพร่อง

- 1) การพูดคุยตักเตือน (Talking To) เป็นการพูดคุยตักเตือนบอกข้อบกพร่องและให้คำแนะนำแนวทางการแก้ไข
- 2) การบอกข้อบกพร่อง (Pull Up) เป็นการบอกข้อบกพร่อง /การกระทำที่ไม่เหมาะสมต่อหน้า เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ไม่กระทำซ้ำอีก
- 3) การทำกลุ่มให้คำแนะนำ (Hair Cut) เป็นการให้คำแนะนำตักเตือนสมาชิกที่มีข้อบกพร่อง สามารถนำวิธีการ หลักการ และเหตุผลไปใช้ได้
- 4) การเรียนรู้ประสบการณ์ (Learning Experience) เป็นการให้การช่วยเหลือ สมาชิกที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ผลจากพฤติกรรมที่ตนเองกระทำ
- 5) การนั่งเก้าอี้ใช้ความคิด (Prospective Chair/ Hot Chair) เป็นวิธีการที่ให้ สมาชิกได้ใช้เวลาหนึ่ง คิดทบทวนพฤติกรรมหรือความคิดของตนเองว่าผิดหรือถูกและควรแก้ไขอย่างไร
- 6) การทำงานใช้ความคิด (Shot Down) เป็นวิธีการให้การช่วยเหลือสมาชิกที่มี พฤติกรรมไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นการให้สมาชิกได้เรียนรู้ใช้เวลาคิดทบทวนพฤติกรรมของ ตนเอง รู้จักสำนักผิดและแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสม
- 7) การประชุมทั้งบ้าน (House Meeting) เป็นวิธีการในการช่วยเหลือสมาชิกที่ กระทำคามผิดรุนแรง ให้ได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับ เพื่อให้ผู้กระทำผิดได้เปลี่ยนแปลง แก้ไขตนเองและแก้ไขปัญหานั้นในทางที่ถูกต้องโดยมีสมาชิกทั้งหมดในบ้านและนักบำบัดทั้งหมดเป็นผู้ให้คำแนะนำ

4.3.2 การให้รางวัล เช่น การเลื่อนให้เป็นที่หน้าทีมงาน ตามตำแหน่ง โครงสร้างของชุมชนบำบัด การคัดเลือกให้เป็นสมาชิกดีเด่นประจำเดือน การชมเชย การอนุญาตให้สวม เครื่องประดับ การให้ร้องขอ การลาเยี่ยมบ้าน เป็นต้น การจัดการกับสมาชิกในชุมชนบำบัดให้ดำเนินไปได้ด้วยดี ชุมชนมีความจำเป็นต้องมีเครื่องมือของบ้าน ( Tools of house ) เป็นหัวใจสำคัญ ที่จะใช้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ทศนคติ ตลอดจน การพัฒนาทางอารมณ์และจิตใจ ส่งเสริมความสามารถของบุคคลทั้งในการทำงาน การแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง การยอมรับ การเข้าใจตนเอง การปรับตัวในอยู่ร่วมกัน เพื่อให้เขาสามารถ ดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพสิทธิผู้ป่วย/เสมอภาค/เท่าเทียม มีคุณธรรม จริยธรรม มี ความยุติธรรม ตัดสินตรงไปตรงมา และมีความเป็นแบบอย่างที่ดี (Role model)

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยชายติดยาบ้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้แนวคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม(CBT) ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมีหลักการดูแลเพื่อให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย โดยการให้คำปรึกษารายบุคคลร่วมกับกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูซึ่งในการให้การบำบัดฟื้นฟูโดยการให้คำปรึกษา รายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

4. ขั้นตอนติดตามหลังรักษา (after-care) เป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาครบทั้ง 3 ขั้นตอน ด้วยการให้คำปรึกษา การให้กำลังใจมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเสด็จซ้ำดำเนินการโดยการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ หรือนัดให้มาพบ ณ สถานบำบัด ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ติดตามจะสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติที่ใกล้ชิดร่วมกับการ ตรวจปัสสาวะของผู้ป่วย เพื่อหาสารเสพติดประเมินพฤติกรรมเสี่ยงเมื่อพบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงผู้บำบัดจะให้ การช่วยเหลือที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่พบ หากพบผู้ป่วยกลับไปเสด็จซ้ำจะใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ ผู้ป่วยกลับเข้ารับการบำบัดโดยเร็ว มีการติดตาม 7 ครั้ง ใน 1 ปี หลังจำหน่าย (2 สัปดาห์ / 1 เดือน / 2 เดือน / 3 เดือน / 6 เดือน / 9 เดือน / 12 เดือน) การวางแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD D - Disease ผู้ป่วย และผู้ดูแลจะได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการติดยาและสารเสพติด อาการสำคัญภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นผล จากภาวะถอนพิษยา การเฝ้าระวังสังเกตอาการของผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถบอกอาการให้ทีมรักษาทราบได้ โดยแนวทางการปฏิบัติคือผู้ป่วย ผู้ดูแลจะได้รับความรู้เรื่องโรคสมองติดยา อาการถอนพิษยา ภาวะแทรกซ้อนและ โรคร่วม รวมทั้งตัวกระตุ้นที่สำคัญจากแพทย์ผู้รักษา พยาบาลประจำตึก การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งรายบุคคลและ รายกลุ่มเช่น counseling, Individual, Brief Motivational Advice (BA), Brief Motivational Intervention (BI) M - Medication ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียดโดยแพทย์ผู้รักษา เภสัชกร หรือพยาบาล หรือจากเอกสารแผ่นพับความรู้เรื่องยา ได้แก่ เชื้อยา การออกฤทธิ์วัตถุประสงค์ ความจำเป็น ในการใช้ยา วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วย ได้รับยาอย่างถูกต้องครบถ้วน ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนวทางแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ความสามารถของ ผู้ดูแล หรือ หน่วยงานที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล E - Environment & Economic ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการ จัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งของ และสถานที่ที่บ้านให้เหมาะสมกับ ภาวะสุขภาพ การใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมซึ่ง จะมีผลต่อการดำเนิน ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแลหรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วย จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัวก่อนจำหน่ายกลับชุมชน โดยการให้สุข ศึกษาเรื่อง โรค สมองติดยา อาการถอนพิษยา ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม รวมทั้งตัวกระตุ้นที่สำคัญและการจัดการกับ ตัวกระตุ้น การฝึกทักษะการปฏิเสธ การเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ ภายในตึก การให้คำปรึกษาญาติทั้งรายบุคคล

รายกลุ่ม ตลอดจนการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ใกล้บ้านหรือสำนักงานคุมประพฤติ T- Treatment ผู้ป่วยยาและสารเสพติดและผู้ดูแลต้องทราบและเข้าใจเป้าหมายแผนการ รักษาและกระบวนการรักษา การปฏิบัติเกี่ยวกับโรค รวมทั้งต้องมีความรู้เพียงพอ ในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเอง อย่างเหมาะสม และได้รับการเตรียมทักษะที่จำเป็นซึ่งมีผลต่อการดำเนิน ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและความสามารถของผู้ดูแลหรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวในการตรวจต่างๆ ทั้งขณะอยู่รักษาและเมื่อมาตามนัดหลังจำหน่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับความรู้เรื่องการรักษา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและข้อจำกัดของตนเองในขณะที่อยู่รักษาโดยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลประจำตึก มีการให้ความรู้ในเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยาเสพติด เช่นผู้ป่วยสุรา มีอาการชัก ภาวะแพ้สับสน ความจำเสื่อมจากการดื่มสุรา ภาวะตับแข็ง โรคกระเพาะอาหาร ฯลฯ ตลอดจนการ ตรวจพิเศษต่างๆ เช่น การตรวจเลือด การตรวจจมอง การตรวจปัสสาวะ เป็นต้น H - Health ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของผู้ป่วยว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจ ผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย การดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรมการเคลื่อนไหว การประกอบอาชีพ การเรียน และผู้ป่วยสามารถปรับวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริม ฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะมีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ โดยแพทย์ ผู้รักษา พยาบาลที่ผู้ป่วยนอก นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ที่ซึ่กประวัติผู้ป่วย พยาบาลประจำตึก การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาทั้งผู้ป่วย การทำกลุ่ม และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการให้ คำปรึกษา ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งรายบุคคล และรายบุคคล O - Outpatient referral ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจ ตามนัดทั้งเวลา และสถานที่ ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้างในกรณีเกิดภาวะ ฉุกเฉิน หรือมีอาการเฉียบพลัน โดยแพทย์และพยาบาล นอกจากนี้ยังรวมถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการมาพบแพทย์ตามแพทย์นัด โดยหลังการจำหน่ายจะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน D - Diet ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจสามารถเลือกรับประทานอาหารหรือสารน้ำได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ หรืออาหารที่มีปฏิกิริยาทางลบต่อยาที่รับประทานหรือ รวมทั้งวิธีการจัดหา/เตรียมอาหารเฉพาะโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคตับ โรคกระเพาะอาหาร โรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อม เป็นต้น โดยพยาบาลประจำตึก โภชนากร และเภสัชกร การให้ สุขภาพจิตศึกษาทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตลอดจนการสอดแทรกความรู้ในการเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ

จากที่กล่าวมา จะเห็นว่า กระบวนการบำบัดรักษาถ้าได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสมทั้งระยะเวลาและการแก้ไขที่ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพมุ่งเน้นที่จะปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิดโดยสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติที่ดีต่อการหยุดเสพยา จัดการกับความคิดให้เหมาะสม นำไปสู่การจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมาและปรับปรุงสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไปเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ อยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข

### บทที่ 3

## ทฤษฎีทางการพยาบาล การพยาบาลและแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปพลา (Interpersonal Nursing Theory of Hildgard Peplau) ทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปพลาเป็นทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยมีจุดเน้นอยู่ที่ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล ทั้งนี้พยาบาลและผู้ป่วยจะมีบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละคนในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ เพปพลา เชื่อว่าผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหา และสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีคือ สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลสามารถสังเกตได้ศึกษาได้ อธิบายได้ทำความเข้าใจได้และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตามความเชื่อว่าพฤติกรรมของพยาบาลในฐานะบุคคลที่มี ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุคคลที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้ป่วย และคุณภาพหรือผลลัพธ์ของการพยาบาลอธิบายได้ว่าสัมพันธภาพเป็นกระบวนการระหว่างบุคคลมีจุดเริ่มต้น มีการดำเนินต่อไปในช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีจุดสิ้นสุดเป้าหมายของการพยาบาลคือช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและสามารถแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของตนเองได้ ทั้งนี้การสร้างสัมพันธภาพประกอบด้วย 3 ระยะสำคัญคือ 1. ระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (orientation phase) 2. ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ซึ่งประกอบด้วยระยะกำหนดปัญหา (identification phase) ระยะจัดการกับปัญหา (exploitation phase) 3. ระยะสิ้นสุด (termination phase) (ฉวีวรรณ, แม่และศุภกรใจ, ๒๕๕๗; วันดี, ถนอมศรี และศรีสุดา, ๒๕๕๙) มโนทัศน์หลักของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลา ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation Theory) ของ Hildegard E. Peplau เริ่มต้นจากแนวคิดในหนังสือเล่มแรกที่ชื่อว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการพยาบาล (Interpersonal Relationship in Nursing) ในปี ค.ศ. 1952 ที่กล่าวถึงระยะของสัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลและผู้รับ บริการและบทบาทของพยาบาล โดยมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎี พัฒนาการ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Sullivan และทฤษฎีการเรียนรู้ โดย เพปพลา ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับมโนทัศน์หลักทางการพยาบาล (Nursing Metaparadigm) 4 ด้าน ไว้ ดังนี้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2551 : 142) คน คือ บุคคล (Person) ซึ่งแสดงออกซึ่งพฤติกรรมทั้งด้วยคำพูดและท่าทางที่บอกถึงความต้องการเฉพาะตัวและยังต้องการความช่วยเหลือให้แก่ปัญหาสิ่งแวดล้อม (Environment) จะกำหนดด้วยสถานการณ์ที่มีพยาบาลและผู้รับบริการและระบบการพยาบาลไม่ได้ เจาะจงสิ่งแวดล้อมในด้านผู้ป่วยสุขภาพ (Health) เป็นความรู้สึกสบายเพียงพอและมีสุขอิสระจากความไม่สุขสบายกายและใจ การพยาบาล (Nursing) เป็นสถานการณ์เกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา เป็นการใช้กระบวนการลดความไม่สุขสบายหรือภาวะหมดทางช่วยเหลือโดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการและให้การช่วยเหลือลดความไม่สุขสบาย ปรับปรุงพฤติกรรมและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง แลกเปลี่ยนข้อมูลและการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรมของผู้รับบริการ ปฏิบัติการของพยาบาลและการปฏิบัติพยาบาลโดยคำนึงถึงองค์รวมของผู้รับบริการ เป็นผู้ริเริ่มวางรากฐานในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ โดยการเปลี่ยนบทบาทของพยาบาลจากการกระทำต่อผู้รับบริการเป็นผู้กระทำร่วมกับผู้รับบริการ กล่าวคือพยาบาลและผู้รับบริการต่างเคารพซึ่งกันและกันในความเป็นปัจเจกบุคคล และทั้งสองฝ่ายต่างเกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นอันเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการจึงเป็น สิ่งสำคัญอย่างมากในการช่วยส่งเสริมให้ ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสมเพราะในกระบวนการนี้ พยาบาล

จะต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะช่วย ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดการหยั่งรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง จนกระทั่งสามารถแก้ไข ปัญหาได้ และการที่ผู้รับบริการจะกลับไปมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลต่าง ๆ ในสังคมได้นั้นจะต้องมี การเรียนรู้วิธีที่จะสร้างสัมพันธภาพได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเริ่มต้นจากการมีสัมพันธภาพกับพยาบาล นั่นคือสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ (Therapeutic nurseclient relationship)

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้ (Murray,1991 อ้างถึงใน สมบัติ ธิยา พันธุ์, 2552: 70)

1. การเข้ากันได้ (Rapport) พยาบาลจะต้องเข้ากันได้กับผู้รับบริการอย่างกลมกลืน ซึ่งความรู้สึกเข้ากันได้จะต้องมีตั้งแต่แรกเริ่มของสัมพันธภาพ รวมทั้งให้เวลากับผู้รับบริการสร้าง ความรู้สึกให้ผู้รับบริการผ่อนคลาย และปฏิบัติกับผู้รับบริการในฐานะมนุษย์เท่าเทียมกัน

2. การสร้างความไว้วางใจ (Trust) ซึ่งเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นอย่างจริงใจที่บุคคลหนึ่ง มีต่ออีกบุคคลหนึ่ง โดยไม่เคลือบแคลงว่าจะเกิดอะไรขึ้น เพราะมีความเชื่อมั่นอยู่ภายในความไว้วางใจ ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเสมอต้นเสมอปลายพยาบาลจะต้องมีความสม่ำเสมอและจริงใจ เพราะจะ ช่วยให้ผู้รับบริการค่อย ๆ สร้างความเชื่อถือในตัวพยาบาล แม้ว่าในระยะแรกผู้รับบริการอาจจะยังทดสอบพยาบาลอยู่ก็ตาม

3. การมองในแง่ดีและการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข (Unconditional Positive Regard and Acceptance) พยาบาลต้องมีความเต็มใจที่จะเข้าใจผู้รับบริการและเป็นบุคคลมองใน แง่ดี ไม่ตัดสิน โดยมีความเชื่อในคุณค่า ศักดิ์ศรี

4. การเข้าถึงความรู้สึกหรือเข้าใจตามการรับรู้ของผู้รับบริการ (Empathy) คือการที่พยาบาลเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการเหมือนกับที่ผู้รับบริการรู้สึก หรือเหมือนกับความรู้สึกที่เกิด ขึ้นกับตนเอง แต่ต้องแยกตนเองไว้ต่างหาก ความรู้สึกเหล่านั้นไม่ได้มีผลต่อพยาบาล ความเข้าใจ ตนเองอย่างดีจะช่วยให้เกิดความตระหนักในความเป็นผู้อื่นได้อย่างแท้จริง

5. มีการติดต่อสื่อสารที่มีจุดประสงค์ (Purposeful communication) เน้นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง พัฒนาส่งเสริมและป้องกันปัญหา

6. มีการถ่ายโอนความรู้สึก (Transference) อาจเป็นทั้งความรู้สึกทั้งด้านบวกและ ด้านลบ ที่ถ่ายโอนมามายังพยาบาลจากความรู้สึกและรู้สึกรู้ว่าพยาบาลเป็นเหมือนคนสำคัญของตนเอง ในด้านต่าง ๆ และอาจทำให้ผู้รับบริการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา

7. การกำหนดหรือตั้งเป้าหมายชัดเจน (Goal Formulation) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจะต้องมีการตั้งเป้าหมาย และปฏิบัติให้บรรลุตามที่ตั้งไว้

8. การมีอารมณ์ขัน (Humor) เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดในบางสถานการณ์ที่ทั้ง พยาบาลและผู้รับบริการกำลังเผชิญอยู่ตั้งนั้น เมื่อพยาบาลใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษา พยาบาลจึงต้องพัฒนาตนเองให้มีคุณสมบัติ คือควรมีความอบอุ่นและจริงใจ (Warmth and genuineness) การเข้าใจความรู้สึก (Empathy) การยอมรับ (Acceptance) ความสม่ำเสมอ (Consistency) การใช้คำพูดให้ความมั่นใจหรือให้กำลังใจ (Verbal communication) และมีการตระหนักบทบาทของพยาบาลในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในแต่ละระยะ ดังนี้ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539 : 61-62)

1) คนแปลกหน้า (Stranger) : ในการพบกันครั้งแรกช่วยให้ผู้รับบริการยอมรับ และไว้วางใจพยาบาล เช่นเดียวกับคนแปลกหน้าที่สามารถพบได้ในสถานการณ์ทั่วไป

2) ผู้ให้การสนับสนุน (Resource person) : ช่วยตอบคำถาม ให้ความรู้ ในข้อมูลที่ เฉพาะเจาะจง ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อความเข้าใจปัญหา และสถานการณ์ใหม่ ๆ ที่ต้องเผชิญ

3) ครู (Teacher) : ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความรู้ การเรียนรู้ตามความต้องการหรือ ในสิ่งที่ผู้รับบริการสนใจทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

4) ผู้นำ (Leader) : ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความคิดริเริ่ม และมีทิศทางที่ชัดเจนใน การรับผิดชอบ เป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน

5) ผู้ทดแทน (Surrogate) : ช่วยเป็นตัวแทนที่ท าหน้าที่ทดแทน โดยแสดงบทบาทนี้ ในภาวะที่ผู้รับบริการอาจไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้

6) ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) : ช่วยให้เกิดความเข้าใจและบูรณาการเป้าหมาย ของชีวิตและบริบทแวดล้อมส่งเสริมประสบการณ์และให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลง การประยุกต์ใน

### กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework)

**แบบแผนที่ 1** การรับรู้และการดูแล ได้แก่ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะความเจ็บป่วย สาเหตุ การเจ็บป่วย สาเหตุของการเข้าโรงพยาบาลครั้งนี้ความคาดหวังต่อความช่วยเหลือของแพทย์และพยาบาล ผลกระทบที่ผู้ป่วยคาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจากการออกจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยคิดว่าการ เจ็บป่วยครั้งนี้เป็น สาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใดๆในชีวิต หรือมีผลต่อครอบครัวหรือไม่

**แบบแผนที่ 2** อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ได้แก่ การประเมินความเปลี่ยนแปลงใน ด้านการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักที่มากหรือน้อยลง พร้อมทั้งระบุ จำนวนและระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลง

**แบบแผนที่ 3** การขับถ่าย ได้แก่การประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะตามปกติและการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เนื่องจากผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดฤทธิ์ของยาเสพติดมีผลต่อการขับถ่าย

**แบบแผนที่ 4** กิจกรรมและการออกกำลังกาย ได้แก่ การใช้พลังงานตามปกติ การเปลี่ยนแปลงไปจากปกติสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กิจกรรม นันทนาการ กิจวัตรประจำวัน ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และการคาดหวังที่เกี่ยวกับ ความสามารถของตนเองหลังจากออกจากโรงพยาบาล

**แบบแผนที่ 5** การพักผ่อนนอนหลับ ได้แก่ แบบแผนการนอนตามปกติและ แบบแผนการนอนที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น หลับยาก ตื่นกลางดึก ตื่นเช้ามิด การหลับมากหรือน้อยกว่าปกติ

**แบบแผนที่ 6** การรู้และการรับรู้ ได้แก่ อาการอยากยาเสพติด ความรุนแรง ความถี่ และสิ่งที่ ช่วยเหลือ เพื่อลดอาการอยากยา ระดับการรู้จักตัวเอง การรับรู้กาล เวลา สถานที่ และบุคคล การพูด การติดต่อสื่อสาร อารมณ์กระบวนความคิด การรับรู้รูปแบบความคิด การตัดสินใจ ความจำในอดีต ความจำในปัจจุบัน

**แบบแผนที่ 7** การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ได้แก่ ความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วยและ สาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล การเชื่ออำนาจภายในตน ความภาคภูมิใจ ของตนเอง ภาพลักษณ์ปัญหาของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อครอบครัวและความคาดหวังเกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการวางแผนชีวิต

**แบบแผนที่ 8** บทบาทและสัมพันธภาพ ได้แก่ การประกอบอาชีพ ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการประกอบอาชีพ บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยคือใคร ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง บุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยคือใคร ความรู้สึกที่ตนเองแยกจากสังคม ประวัติการแยกตัวออกจาก สังคม การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ครอบครัวกับผู้ป่วย ปัญหา และการแก้ไขปัญหา ภายในครอบครัว บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว บทบาทของบุคคลสำคัญของครอบครัว ขณะที่ผู้ป่วยพูดถึง ครอบครัวมีความรู้สึกโกรธบุคคลใดบ้าง การติดต่อสื่อสารภายในครอบครัว เช่น ฟังพา บังคับควบคุม การแสดงออก ต่อกัน ความระแวงสงสัย มีลัทธิลึกลับ ไม่สนใจใคร ลักษณะการตอบ คำถามของผู้ป่วยเป็นไปอย่างเปิดเผยหรือ ปิดบัง และการสบตาขณะพูดคุย

**แบบแผนที่ 9** เพศและการเจริญพันธุ์ ได้แก่ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเพศ และระยะเวลาของความเปลี่ยนแปลง ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางเพศที่เกิดจากการเจ็บป่วย ครึ่งนี้หรือเหตุผลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

**แบบแผนที่ 10** การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด ได้แก่ ระดับความเครียดก่อนเข้ารับ การบำบัดรักษาในครั้งนี้ สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ความเครียดหลังจาก ที่กลับไป ความคาดหวังของผู้ป่วย ความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ความรู้สึกเศร้า ภาวะวิกฤติ สิ่ง ที่กระทบกระเทือนใจที่สุด เมื่อเผชิญกับสิ่งที่กระทบกระเทือนใจ ดังกล่าวผู้ป่วยแก้ปัญหาอย่างไร มีประวัติการทำร้าย ตัวเองหรือไม่

**แบบแผนที่ 11** คุณค่าและความเชื่อ ได้แก่ การนับถือศาสนา วัฒนธรรมและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความสัมพันธ์ของความเจ็บป่วยและความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วย พยาบาลเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพ มีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการจัดการเกี่ยวกับปัญหา สุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งทั้งนี้จะต้องค้นหาปัญหาเพื่อ ตอบสนองปัญหาและความต้องการของ ผู้รับบริการพยาบาลจึงต้องมีกรอบการทำงานที่ได้มาจากแนวคิดทฤษฎี ทางการพยาบาล ความรู้ เกี่ยวกับโรคและความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆมาช่วยในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจ ทางคลินิกใน การแก้ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ความช่วยเหลือทางการพยาบาล ทั้ง 4 มิติ ด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยยาเสพติดเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งทางกาย และทางใจ โรคทางกาย คือ การรักษาอาการติดยาทางกายให้บรรเทาหรือหมดไป บางรายมีโรคแทรกซ้อนต้องให้การรักษา โรคแทรกซ้อนไปพร้อมกัน โดยให้การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้คืนสู่สภาพปกติ นอกจากนี้ ยังต้องรักษา โรคทางใจ ที่เกิดจากการ หล่อหลอมบุคลิกภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการบำบัดรักษาและพยาบาลที่ซับซ้อนมาก พยาบาลที่ ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดต้องมีความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการให้การพยาบาลแก้ไขปัญหาด้าน กายจิต สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย แบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎี ไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล สร้างความ มั่นใจให้กับผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น การพยาบาล (Nursing) สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา ได้ให้คำ จำกัดความของ “การพยาบาล” (Nursing) ไว้ว่า “การพยาบาลเป็นการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของประชาชน ตั้งแต่มี สุขภาพดีไปจนถึงมีการเจ็บป่วยโดย ปราศจากเงื่อนไขใดๆ โดยการบูรณาการความรู้เชิงประจักษ์ร่วมกับ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเข้าในกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน โดยใช้ความสัมพันธ์ที่เอื้ออาทรเพื่อช่วยให้หาย จากอาการเจ็บป่วย และได้สุขภาพดีกลับคืนมา” กระบวนการพยาบาลกระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานของกรอบ แนวคิดวิเคราะห์ทางการพยาบาลที่เป็นระบบ เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่ต้อง อาศัยองค์ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาล หลักทางวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหา



ที่มาของปัญหาเพื่อนำมาสู่การวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล ซึ่งรวมถึง ทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในการเลือกกิจกรรมการพยาบาลในการแก้ปัญหา การค้นหาปัญหาหรือความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละคนมีความหลากหลายที่มีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความรุนแรงของโรคที่เป็นวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและ ความเชื่อ ดังนั้นกระบวนการพยาบาลจึงถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อ ความต้องการหรือสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลได้ กระบวนการพยาบาล ได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่พยาบาลได้นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ (อรนนท์, 2557)

**กระบวนการพยาบาล** หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่มีขั้นตอนที่พยาบาลคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล กิจกรรมในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเป็น การใช้องค์ความรู้ (Knowledge based) ทางวิทยาศาสตร์ ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และทักษะการคิดวิเคราะห์ (Critical thinking) สามารถคิดเป็นระบบ ตัดสินใจ (Decision-making) และการใช้เหตุและผล (Rational) ในการอ้างอิงได้อย่างถูกต้องตามหลักการแก้ปัญหา กระบวนการพยาบาล ใช้หลักของกระบวนการแก้ปัญหา (Problem-solving process) โดยมีเป้าหมายเป็นตัวกำหนด (Goal-directed) ดังนั้นก่อนนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ ควรทำความเข้าใจในกิจกรรมและเป้าหมายในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (อรนนท์, ๒๕๕๗) ได้แก่

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment)
2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)
4. การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan)
5. การประเมินผล (Evaluation)

### **กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้**

#### **1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment)**

การประเมินภาวะสุขภาพ เป็น ขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล เป็นการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองของ ผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยตลอดจนความสามารถในการจัดการความต้องการในการ ดูแลสุขภาพตนเอง การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการจะต้องถูกต้องและครบถ้วน สมบูรณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการอย่างแท้จริง การประเมินภาวะสุขภาพจะนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ควรเป็นการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของทุกความต้องการของผู้รับบริการ โดยใช้แนวคิดและรูปแบบการพยาบาลมาใช้เป็นกรอบแนวคิด การประเมินภาวะสุขภาพมีกิจกรรมที่พยาบาลต้องทำมี 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเก็บข้อมูล (Collecting Data) เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อภาวะ สุขภาพของผู้รับบริการ รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past health history) การเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present/Current illness) ผลการตรวจและการรักษาของแพทย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการข้อมูลที่เก็บจะต้องสะท้อนต่อภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective Data) ที่ได้มาจากผู้รับบริการโดยตรง เป็น

ความรู้สึกรหรืออาการ (Symptoms) โดยผู้รับบริการเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยเจ็บของตนเอง วิธีการดำเนินชีวิตและความต้องการที่ต้องการการตอบสนองข้อมูลปรนัย (Objective Data) ที่เก็บมาจากอาการแสดง (Signs) เป็นข้อมูล พยาบาลรับรู้ได้จากการดู การสังเกต การวัด การตรวจ การฟัง การสัมผัส การดม และการตรวจ ร่างกาย (Physical Examination) เช่น สีหน้าที่แสดงออกมา ลักษณะการเดิน การยืน ผลการตรวจ ร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าของความดันโลหิต อุณหภูมิของร่างกาย เป็นต้น วิธีการ เก็บข้อมูลเบื้องต้นที่ใช้ ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและจากประวัติสุขภาพ การตรวจสภาพจิต (mental health examination / mental status examination) การตรวจสภาพจิตเป็นการตรวจเพื่อประเมินข้อมูลสำหรับพิจารณาให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การตรวจสภาพจิตเป็นเรื่องละเอียดอ่อนต้องอาศัยทักษะมากกว่าการตรวจชนิดอื่น เนื่องจากไม่มีเครื่องมือที่สามารถประเมินได้โดยตรง เป็นนามธรรมจับต้องไม่ได้ต้องอาศัยการสังเกต การสัมภาษณ์ และการแปลความ เพื่ออธิบายย้อนกลับไปถึงสภาพจิตของบุคคลอย่างปราศจากอคติ (สายฝน, ๒๕๕๙) องค์ประกอบของสภาพจิตมีดังนี้

### 1.1 สภาพทั่วไปและพฤติกรรมการแสดงออก (general appearance and behavior)

1.1.1 การแต่งกาย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า ความเหมาะสมของการแต่งกายและเสื้อผ้า

1.1.2 การแสดงออกทางสีหน้า เช่น ไม่สดชื่น เศร้าหมอง ทุกข์ ท้อแท้เสียใจ ผิดหวัง หมดหวัง โกรธ ฉุนเฉียว ก้าวร้าว วิตกกังวล หวาดกลัว หวาดระแวง เรียบเฉยไร้ อารมณ์ เป็นต้น

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

1.1.4 การเคลื่อนไหว เช่น กระวนกระวาย กระสับกระส่าย เดินไปมา ขาสั่น มือสั่นตัวสั่นกระตุก การเคลื่อนไหวช้าหรือเร็วกว่าปกติมีการเคลื่อนไหวแตกต่างจาก ปกติ เป็นต้น

1.1.5 ลักษณะร่างกาย เช่น สูงเตี้ยอ้วนผอม สมส่วน แขนขา สั้นกว่าปกติ มีบาดแผลรอยฟกช้ำ รอยแผลเป็นบริเวณร่างกาย เป็นต้น

1.1.6 ปฏิกริยาขณะสนทนา เช่น เป็นมิตร ขาดความมั่นใจ หวาดระแวง ก้าวร้าว กลัว ไม่ตอบสนอง ไม่สนใจ เรียบเฉย มีลักษณะฟังพา ผ่อนคลาย เป็นต้น

### 1.2 ลักษณะการติดต่อสื่อสาร (speech and communication)

1.2.1 ลักษณะเนื้อหาในการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ หลงผิด (delusion) เพ้อฝัน (fantasy)

1.2.2 ลักษณะวิธีการพูด แบ่งเป็นปริมาณการพูด (พูดมาก พูด น้อย ไม่พูด) ความเร็วใน การพูด (พูดเร็ว พูดช้า พูดติดอ่าง) น้ำเสียงการพูด (เศร้า ตื่นเต้น ไม่มั่นใจ) สำเนียงการพูด (การเน้นหนัก - เบา) การใช้ภาษา (ภาษาแสดง ภาษาที่คิดขึ้นใช้คนเดียว)

1.2.3 ลักษณะภาษาท่าทาง เช่น การนั่งที่แสดงถึงการปิด ตนเอง คือ นั่งกอดอก การนั่งไขว่ห้าง การแสดงภาวะเครียด กัดฟันและกังวล คือบีบมือ เกร็ง จิก / กัด ปลายเท้า หรือการนั่งที่มีลักษณะ ผ่อนคลายคือวางมือไว้บนตัก โนม้ตัวตามสบาย เป็นต้น

### 1.3 ลักษณะการแสดงอารมณ์ (affect, mood)

1.3.1 อารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น หัวเราะ ครื้นเครง ในงานศพ ร้องไห้ในงานแต่งงาน เป็นต้น

1.3.2 อารมณ์ยินดีมากเกินไป เช่น การยินดีมากเกินไป (euphoria) ความยินดีที่รู้สึกว่าเป็นผู้ยิ่งใหญ่ (exaltation) เป็นต้น

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

1.3.4 ไม่มีอารมณ์ใดๆเลยต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น แม้ว่าต้องเผชิญกับปัญหา (la belle indifference)

### 1.4 กระบวนการคิด (thinking process)

1.4.1 กระบวนการคิดผิดปกติ เช่น การพูดจาวกวน (circumstantiality) เป็นการพูดอ้อมค้อมไม่ตรงจุดหมายโดยจะพูดเพิ่มเติมรายละเอียดที่ไม่ตรงประเด็น แต่ก่อนจบจะกลับมาที่จุดหมายเดิม หรืออาจพูดได้ว่าเป็นการตอบคำถามแบบชักแม่น้ำทั้งห้า

1.4.2 การสร้างคำใหม่ขึ้นมาใช้เอง อาจเป็นคำใหม่หรือคำที่ใช้กันอยู่ แต่ถูกนำมาใช้ในความหมายที่แปลกไป โดยที่ผู้สัมภาษณ์หรือบุคคลทั่วไปฟังไม่เข้าใจ ไม่รู้เรื่อง

1.4.3 ความคิดเปลี่ยนแปลงรวดเร็วจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่อง (flight of ideas) คือการพูด อย่างรวดเร็วเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่งเชื่อมโยงเนื้อหา ต่อเนื่องกันไม่ได้

1.4.4 การพูดตอบในลักษณะเดียวกัน คำพูดเดียวกันแม้ว่า คำถามจะเปลี่ยนไปแล้ว (perseveration)

1.4.5 การนำคำต่างๆมาพูดต่อกันโดยไม่สามารถเชื่อมคำเหล่านั้นให้เกิดความเข้าใจได้ (word salad)

1.4.6 การหยุดกะทันหันโดยไม่มีสาเหตุในช่วงที่กำลังพูดอยู่ กลางประโยคเพราะนึกไม่ออกว่าจะพูดอะไร (blocking)

1.4.7 การพูดที่มีเนื้อหาผิดปกติ/อาการหลงผิด มีลักษณะ แปลกประหลาด (bizarre delusion)

1.4.8 การย้ำพูดย้ำคิดอยู่ประโยคเดียวแม้จะตอบคำถามหรือ อยู่คนเดียว ก็พูดขึ้นมาเองด้วยประโยคเดี่ยวนั้น

1.5 การรับรู้ (perception) ผ่านทางประสาทสัมผัสทางการมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัสของบุคคล การรับรู้ที่ผิดปกติแบ่งออกเป็น ๒ ลักษณะคือ

1.5.1 ประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้ที่ผิดปกติ ของบุคคลโดยปราศจาก สิ่งเร้า (stimuli) เข้ามากระตุ้น เช่น ประสาทหลอนทางตาเรียกว่าภาพหลอน (visual hallucination) ประสาทหลอนทางหูเรียกว่าหูแว่ว (auditory hallucination) ประสาท หลอนทางการรับรส (gustatory hallucination) เป็นการรับรสโดยที่ไม่มีอะไรอยู่ในปาก ประสาท หลอนทางการได้กลิ่น (olfactory hallucination) เป็นการ ได้กลิ่นโดยที่ไม่มีสิ่งเร้าใดมากระตุ้น ประสาทหลอนทางการสัมผัส (tactile hallucination) เป็นการรับรู้ว่ามีผิวหนังถูกสัมผัสโดยที่ไม่มีสิ่งเร้าใดมากระตุ้น

1.5.2 การแปลภาพผิด (illusion) เป็นการรับรู้ที่ผิดปกติโดยมี สิ่งเร้าเข้ามา กระตุ้น

1.6 การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) เป็นการตระหนักรู้ถึง การมีสัมพันธภาพ กับผู้อื่นในเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล

1.7 ความจำ (memory) หมายถึง ลักษณะการให้ความสนใจและ ความสามารถในการเก็บข้อมูลไว้ในสมองดึงข้อมูลดังกล่าวออกมาใช้ได้เมื่อต้องการ ดังนี้

1.7.1 ความจำในเรื่องที่ผ่านมาเป็นระยะเวลาสั้นๆหรือ ความจำในอดีต (remote memory)

1.7.2 ความจำในเรื่องที่เพิ่งจะเกิดขึ้นไปไม่นานหรือ ความจำในเรื่อง ปัจจุบัน (recent memory)

1.7.3 ความจำในเรื่องในขณะนั้น (immediate memory)

1.8 ความตั้งใจและสมาธิ (attention and concentration) เช่น การทดสอบอ่าน ออกเสียงตัวเลขแล้วให้ผู้ป่วยพูดตามหรือสังเกตจากการให้ผู้ป่วยวาดภาพ การให้ความสนใจและตั้งใจฟังขณะ สนทนา เป็นต้น

1.9 สติปัญญา (intelligence) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความรู้โดยทั่วไป ความสามารถเรื่อง การใช้ภาษา การคิดคำนวณ ความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม การคิดโดยใช้ สัญลักษณ์ การคิดเชื่อมโยง การคิดสร้างสรรค์ตามพื้นฐานการศึกษาของผู้ป่วย

1.10 การตัดสินใจ (judgment) โดยการกำหนดสถานการณ์ให้ผู้ป่วย เลือกตัดสินใจ เช่น ถ้าคุณเดินไปเจอจุกุนจะเดินต่อไปหรือหนีไปทางอื่นเพราะอะไร เป็นต้น

1.11 การรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง (insight) ประกอบด้วยความรู้ และความเข้าใจใน การเจ็บป่วยทางจิตของตนซึ่งมีระดับดังนี้

1.11.1 ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย

1.11.2 คิดว่าตนเองอาจป่วยและควรรักษาแต่ปฏิเสธการรักษา

1.11.3 คิดว่าตนเองป่วยแต่ไม่รู้ว่าป่วยเป็นอะไรและโทษไปที่ผู้อื่น หรือปัจจัย

อื่นๆ

1.11.4 คิดว่าตนเองป่วยแต่เป็นการป่วยทางกาย

1.11.5 ยอมรับว่าป่วยเนื่องจากความผิดปกติทางจิตแต่ไม่ได้แก้ไขและไม่ทำอะไร

เปลี่ยนแปลง

1.11.6 ยอมรับว่าป่วยเนื่องจากความผิดปกติของจิตใจพร้อมจะแก้ไขและได้ แสดงให้เห็นว่าได้พยายามแก้ไขบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้กลับคืนสู่ลักษณะปกติ

1.12 การรวบรวมข้อมูล มีหลายแนวทางโดยใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการ พยาบาล เช่น กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework) หรือตาม แนวคิดความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow's basic needs) หรือ ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory) หรือตามแนวคิดทฤษฎีการ ดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self Care Theory) ทั้งนี้แล้วแต่ละสถานบริการสุขภาพจะเลือกใช้ เพื่อทำให้การรวบรวมข้อมูลถูกรวบรวมมาอย่างเป็นระบบ

1.13 การตรวจสอบข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาในขั้นตอนของการประเมินภาวะสุขภาพต้องสมบูรณ์ เป็นความจริงและถูกต้อง เพราะว่าการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการเลือกกิจกรรมการพยาบาลขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้มา การตรวจสอบข้อมูลจึงเป็นการตรวจสอบซ้ำหรือตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้ออกมาถูกต้องและเป็นความจริงมีความสอดคล้องกัน

1.14 การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการใช้เหตุและผลในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวม มาทั้งหมด การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการส่งสัญญาณให้รู้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพหรือไม่ พิจารณาได้จากสิ่งบ่งบอกของปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ อาการและอาการแสดงสิ่งบ่งบอกจะนำไปสู่การค้นหาความต้องการหรือปัญหา ถ้าข้อมูล ถูกรวบรวมในรูปแบบของ 11 แบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน จะทำให้พยาบาลได้มุ่งความสนใจไปที่ความต้องการหรือปัญหาในแบบแผนสุขภาพนั้นๆ

1.15 การบันทึกข้อมูล ข้อมูลจะถูกบันทึกทุกขั้นตอนของการประเมินสุขภาพ รูปแบบของการบันทึกขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่จะนำออกแบบมาใช้ก่อนที่ข้อมูลจะถูกบันทึก จะต้องมีการรวบรวมข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ การบันทึกต้องบันทึกปราศจากอคติหรือลำเอียง หรือการใช้ความคิดเห็นส่วนตัว ต้องระบุว่าเป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) หรือข้อมูลปรนัย (Objective data) การบันทึกข้อมูลอัตนัยพยาบาลต้องบันทึกตามคำพูดที่ผู้บริการพูดออกมา โดย ต้องไม่เอาคำพูดนั้นไปแปลความหรือสรุปความออกมา

**2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)** เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการ หรือปัญหาทางสุขภาพ ของผู้รับบริการ (Client's needs or problems) ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อเท็จจริงจนสรุปได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพ มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis Statement) NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association) ได้ให้ ความหมายของการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ว่า “เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับบุคคล ครอบครัว หรือชุมชนที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้น หรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้ในกระบวนการของชีวิต การวินิจฉัยการพยาบาลใช้เป็นฐานสำหรับการจัดกิจกรรมการพยาบาลในการปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่พยาบาลรับผิดชอบ จำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาลออกเป็น 5 ประเภทดังนี้

2.1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัย การพยาบาลที่บ่งบอกถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วในขณะที่ทำการประเมินภาวะ สุขภาพ มีอาการและอาการแสดงให้เห็นชัดเจน (Signs and Symptoms) ได้มาจากการบอกเล่า ของผู้รับบริการหรือจากการสังเกตของพยาบาลที่เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูล ปรนัย (Objective data) หรือจากการวินิจฉัยของแพทย์

2.2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (Risk nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการ พยาบาลที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้คือมีปัจจัยเสี่ยงปรากฏให้เห็นแต่ปัญหายังไม่เกิด ไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็นชัด และมีโอกาสพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพได้ถ้าพยาบาลปล่อย ให้ปัจจัยเสี่ยงได้พัฒนาจนเป็นปัญหาการเขียน ข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องระบุปัจจัยเสี่ยงที่แสดงว่า ปัญหาทำท่าจะเกิดจากปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ พยาบาลต้องทำสิ่งใด

สิ่งหนึ่งกับปัจจัยเสี่ยงนั้นเป็นการป้องกัน ไม่ให้เกิดปัญหาการเขียนข้อวินิจฉัยประเภทนี้ จะขึ้นต้นข้อความว่า “เสี่ยง” (Risk)

2.3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น (Possible nursing diagnosis) เป็น ข้อวินิจฉัย การพยาบาลที่ปัญหาอาจเกิดขึ้นได้แต่ยังไม่ชัดเจนและไม่สมบูรณ์ในข้อมูลที่มีและสาเหตุ ของปัญหา ยัง ระบุไม่ได้ ปัญหาเป็นเพียงพิจารณาได้ว่าอาจจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลต้องหาข้อมูลที่ สำคัญและเกี่ยวข้องมา สนับสนุนเพิ่มเติมหรือตัดทิ้งออกไปถ้าแน่ใจว่าปัญหาจะไม่เกิด การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้จะขึ้นต้น ข้อความว่า “อาจ” (Possible)

2.4 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี (Wellness nursing diagnosis) เป็นข้อ วินิจฉัย การพยาบาลสุขภาพดีที่แสดงถึงภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับสุขภาพดีเป็น ระดับที่ต่ำมากขึ้น การ เปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพสามารถพิจารณาได้จากพฤติกรรมของผู้รับบริการใน 2 ประเด็นนี้ ได้แก่

1) พฤติกรรมที่แสดงถึงความต้องการที่จะมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น

2) พฤติกรรมที่แสดงถึงการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อวินิจฉัยการ พยาบาลจะเริ่มต้นด้วยคำ “มีความพร้อม สำหรับ...” (Readiness for Enhanced) หรือขึ้นต้นด้วยข้อความที่เป็น การบ่งบอกถึงพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น เช่น ให้นมบุตรได้ถูกต้องจาก

2.5 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกลุ่มของอาการ (Syndrome Nursing Diagnosis Statement) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อธิบายกลุ่มอาการที่เฉพาะเจาะจงของการวินิจฉัยการ พยาบาล ที่เกิดขึ้น ร่วมกันของข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้วกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มี ความเสี่ยงสูงร่วมกันที่เกี่ยวข้องกับ สถานการณ์ ซึ่งจะบอกให้พยาบาลได้รับรู้ว่ามีสถานการณ์ร้ายแรง เกิดขึ้น

### 3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) มี 4 ขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้

3.1 จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา การจัดลำดับมีหลักการพิจารณาปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลต่อชีวิตต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันทีที่เป็น ปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis)

3.2 กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected out-comes) หรือเกณฑ์การประเมินผล (Evaluation criteria) เป็นการกำหนดข้อบ่งชี้ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปตามที่ คาดหวังไว้ว่าบรรลุตามที่คาดหวังไว้หรือไม่

3.3 การเลือกกิจกรรมการพยาบาล (Selecting Nursing Interventions /Activities) เป็นการเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการและเป้าหมาย การพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ทำในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและสอดคล้องกับแผนการรักษาของ แพทย์ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ไม่ขัดต่อความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรม รวมถึงความปลอดภัยของ ผู้รับบริการ เป็น กิจกรรมสำหรับผู้รับบริการเฉพาะรายเน้นความเป็นปัจเจกบุคคลแบบองค์รวม

3.4 การเขียนแผนการพยาบาล (Writing nursing care plan) การเขียนแผน การ พยาบาลเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลทุกคนที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการที่ได้รับ มอบหมาย แผนการพยาบาลจะเขียนก่อนที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการ

**4. การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan)** เป็นขั้นตอน ของ การนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แผนการพยาบาลที่มี ความสมบูรณ์และ ถูกต้องก่อนนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติพยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพของ ผู้รับบริการซ้ำเพื่อตรวจสอบภาวะ สุขภาพของผู้รับบริการอีกครั้งว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงจะได้มีการปรับกิจกรรมการ พยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพ ของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถและทักษะ ทางพยาบาล

**5. การประเมินผล (Evaluation)** การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของ กระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ ให้แก่ผู้รับบริการสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ การประเมินผลการพยาบาลช่วยให้ ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และเป็นการตรวจสอบ คุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติ ให้แก่ผู้รับบริการ รูปแบบทางการพยาบาล (Nursing Model) ในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต พยาบาลต้องใช้ แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจ ผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทฤษฎีทางการพยาบาลจะประกอบด้วย ๔ มโนคติหลัก คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า มีทฤษฎี การพยาบาลที่สามารถนำมาประยุกต์ได้ คือ ทฤษฎีทางการพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาลของรอย ทฤษฎี ทางการพยาบาลของโอเร็ม (ฉวีวรรณ, แพและศุภกิจ, ๒๕๕7; วินดี, ถนอม ศรี และศรีสุดา, 2559)

**การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด** คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทาง ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เชิงการบำบัดรักษาเพื่อ การส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ติดยาเสพติดให้มีพฤติกรรมเหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ ดีในสังคมสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพของ ผู้ติดยาเสพติดให้รู้จักช่วย ตนเองโดยอาศัย ปรัชญาของการพยาบาล ยาเสพติดว่า “ช่วยเพื่อช่วยตนเอง” (Help to self-help) ทำให้ผู้ติดยา รู้จัก ปรับปรุงตนเอง เผชิญปัญหา หรือวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ไปในทางที่เหมาะสม รับฟังคำแนะนำ ยินยอมรับ การรักษาพยาบาลเพื่อเลิกยา เสพติดให้ได้ (โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น) การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดต้องให้การพยาบาล ครบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ชีวจิต สังคม ความรู้ (Cognitive) และจิตวิญญาณ และต้องปฏิบัติตามวินิจฉัย การพยาบาลและเป้าหมายที่กำหนด ไว้ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดมีดังนี้ (ศรีสมบัติ และฉวีวรรณ, 2540 อ้างถึงใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

1. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปราศจากสิ่ง que ผู้ป่วยจะเกิดความอยากได้ยา หรือสิ่งเสพติดต่างๆ จัดหาเครื่องมือให้ พร้อมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วนในระยะถอนพิษยา (Detoxification) บรรเทาอาการของ หอผู้ป่วยต้องรื่นรมย์ สงบ ไม่มีสิ่งกระตุ้นจนเกินไป

2. การเข้าถึงผู้ป่วย (Approach) ผู้ป่วยที่อาศัยสิ่งเสพติดต่าง ๆ มักเป็นคนตามใจตัวเอง ทนกับอะไรไม่ค่อย ได้ และคิดว่าคนอื่นไม่ชอบตน จึงจะแสดงกิริยาอาการต่อต้านบุคคลที่ไม่ชอบตน พยาบาลจะต้องเข้าใจถึงกลไกของ การเกิดพฤติกรรมเช่นนี้ ความจริงแล้วผู้ป่วยต้องการได้รับความ ช่วยเหลือให้เขา มีความภาคภูมิใจในตนเอง เชื่อมั่น ในตนเอง เคารพตนเอง ซึ่งจะทำให้อารมณ์ของเขาเป็นสุข และทำให้สังคมมีคุณค่าขึ้น

3. ด้านความต้องการทางร่างกาย ขึ้นอยู่กับระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

4. ให้ความคุ้มครองผู้ป่วย โดยป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันการทำร้ายตนเอง

5. สัมพันธภาพภายในกลุ่ม จัดให้ผู้ป่วยได้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกัน ได้พูดคุยกัน จะได้เป็นการระบายทุกข์

6. ระยะเวลาพักผ่อน จัดให้ผู้ป่วยมีงานประจำให้ผู้ป่วยได้ทำงาน ได้เล่นได้ฝึกนิสัยให้ผู้ป่วยหัดเป็น ตัวของตัวเอง คาร์เรน ลี ฟอนเทน (Karen Lee Fontaine) กล่าวว่า ผู้ติดยาเสพติดนั้น พบเห็นได้ไม่ยาก แต่ยากที่จะบำบัดรักษา ตัวผู้ป่วยเองจะต้องให้ความสนใจการบำบัดรักษายาเสพติดเป็นอันดับแรก และต้องได้รับการประคับประคอง สนับสนุนจากครอบครัว ผู้บำบัดและชุมชนในภายหลัง การให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดควรครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

### 1) ด้านพฤติกรรม

1.1) ดูแลเรื่องการขาดยา (Withdrawal) และการเกิดพิษ (Intoxification) ใน ระยะแรก ผู้ป่วยจะเกิดอาการขาดยา หรืออาการเกิดพิษ ในรายที่ได้รับยาเสพติดมากพยาบาลจะต้องสามารถประเมินอาการ ให้เร็วที่สุด ซึ่งมีความจำเป็นที่จะรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้

#### 1.2) การบำบัดรักษา

1.2.1) สอนทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving skill) ผู้ป่วยยาเสพติด มักจะหลีกเลี่ยงปัญหา โดยการเสพยาเสพติด การปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญคือ การช่วยให้ผู้ป่วยเอาชนะการ ปฏิเสธการเสพยาเสพติดได้ ซึ่งให้ผู้ป่วยเห็นว่า ยาเสพติดเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดปัญหาต่างๆ ในชีวิตเขา แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยคบหากับบุคคลที่จะชักจูงให้ผู้ผู้ป่วยหยุดการเสพยาเสพติด และจะต้องมีความยึดมั่นผูกพันที่จะเลิกให้ได้ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งและเชื่อมั่นว่าตัวเอง มีความสามารถที่จะเลิกยาเสพติดได้ และลด ความรู้สึกลัวว่าขาดการช่วยเหลือ และสิ้นหวัง ซึ่งทั้งนี้ พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยผ่านกระบวนการรับฟังและ สนับสนุน

1.2.2) การทำงาน ให้คำแนะนำเรื่องการทำงาน ให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะยังคง ทำงานเดิมต่อไปหรือจะหางานใหม่ อย่างไร ซึ่งการมีงานทำ มีอาชีพ เป็นเป้าหมายหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลอาจจะช่วยในการวางแผนทั้งเรื่องการศึกษาและการทำงาน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว บางครั้งอาจจะ ต้องจำลอง สถานการณ์และสมมุติให้ผู้ผู้ป่วยได้รับความกดดันเรื่องการทำงาน

1.2.3) ด้านสุขภาพร่างกาย ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น โดยจัด โปรแกรมการออกกำลังกาย อธิบายให้ผู้ผู้ป่วย ทราบว่า การออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง จะทำให้ร่างกายหลังสาร เอนดอร์ฟิน ซึ่งเป็นสารธรรมชาติ ทำให้มีความสุข แทนที่จะได้รับความสุขจากยาเสพติด

1.2.4) จัดให้ผู้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help groups) จะช่วยให้เกิดความรู้สึกว่ามีประโยชน์และมีคุณค่า ในระยะเริ่มต้นของการฟื้นฟู สมรรถภาพ จะต้องจัดและ ควบคุมให้ผู้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดยให้เป็นกลุ่มที่สนใจและ เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบครัวของผู้ ติดยาเสพติดส่วนใหญ่มีทักษะการปรับตัวที่ไม่มี ประสิทธิภาพ การจัดให้ผู้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม บำบัดด้วยกันจะช่วยให้เขาได้ เรียนรู้ มีการเคารพนับถือ และดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ลดความต้องการความ สมบูรณ์แบบ (Perfectionism) และช่วยให้ครอบครัวพัฒนาความรับผิดชอบให้กำลังใจในการแสดงพฤติกรรมใหม่ ๆ เพื่อเป็นการเสริมแรงในการเปลี่ยนพฤติกรรม



1.2.5) การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมพบว่าเป็นข้อจำกัดของผู้ติดยาเสพติด การสอนให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสมและให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ปลอดภัย เสพติด ซึ่งกลุ่มบำบัดเป็น การรักษาที่ดีที่สุด ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะยอมรับผู้ป่วย และรู้จักการช่วยเหลือผู้อื่น กลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเป็นแหล่งของมิตรภาพให้เขารู้สึกว่าเขาไม่ได้ อยู่ลำพังคนเดียว

### **บทบาทของพยาบาลยาเสพติด**

1. ระยะเตรียมการก่อนบำบัดรักษา ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัว ศึกษาและรวบรวมข้อมูลบุคคล ประวัติสุขภาพ ข้อมูลที่เกี่ยวกับการเสพยาเสพติด ปัจจัยที่ทำให้ยังคงเสพยาอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการคัดกรอง/การประเมินภาวะที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด ประวัติการเบิกด้วยตนเองหรือการรักษา การประเมินอาการทางกาย/ทางจิต ระดับความรุนแรงของปัญหา ประเมินขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับการติดยาเสพติด
2. ระยะบำบัดยา การให้ยาตามแผนการรักษาทั้งการถอนพิษยาและภาวะแทรกซ้อน สังเกต และป้องกันพฤติกรรมรุนแรง กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลระดับประคอง ด้านจิตใจ การเสริมแรงทางบวก
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดของตนเอง วิเคราะห์สาเหตุ การเผชิญ ปัญหาให้กำลังใจ สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมในการบำบัด เผื่อระวังให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น
4. ติดตามผล ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ติดตาม การดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่าย ให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัว นัดพบแพทย์ ติดตาม สุ่มตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด

### **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง**

โดยส่วนใหญ่ผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมักไม่ยอมรับการรักษา ดังนั้นการบำบัดทางการพยาบาลสำหรับผู้มีบุคลิกภาพผิดปกติ เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อนำไปสู่การเข้าใจและการยอมรับผู้ป่วยซึ่งจะสามารถเกิดขึ้นได้เมื่อพยาบาลได้สำรวจและทำความเข้าใจความหมายภายใต้พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ผู้ป่วยต้องการให้เกิดผลจากสิ่งที่ได้กระทำ นอกจากนี้ความเข้าใจจะช่วยให้พยาบาลสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองที่ถูกกระตุ้นโดยผู้ป่วยได้ อีกทั้งยังเป็นแบบอย่างที่ดี ในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้วย ซึ่งความเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยจะช่วยให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสมและยังเป็นการป้องกันปัญหารุนแรงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาได้ โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลิกภาพแปรปรวนและต่อต้านสังคมที่มักพบปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำร้ายตนเอง หรือทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บ บงการผู้อื่น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มักเริ่มจากความรู้สึกไม่พอใจ โกรธ และเริ่มมีพฤติกรรมก่อวินาศกรรม ข่มขู่ตามมา จนถึงระดับ ก้าวร้าวรุนแรงได้ เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ สัมพันธภาพที่ดีและการเข้าใจพฤติกรรมที่ เกิดขึ้น จะช่วยให้สามารถป้องกันปัญหารุนแรงและให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นได้ตั้งแต่ในระยะแรก (ขวัญพนมพร, 2554)

การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อรุนแรง จะต้องมีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมถึงบุคลากรที่ทำการรักษาทั้งหมด ซึ่งทุกฝ่ายจะต้องตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาาร่วมกัน จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติ รวมถึงปัญหา ซ้ำซ้อนอื่นๆได้ เนื่องจากผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติก็มีโรคร่วมอื่นด้วย เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล การใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ หรือติดสุรา และ สารเสพติดร่วมด้วย สำหรับพฤติกรรมที่อาจนำไปสู่ความรุนแรงจำเป็นต้องใช้การบำบัดทางการพยาบาลอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การบำบัดทางการพยาบาลสำหรับ พฤติกรรมบงการ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ก้าวร้าวร่วมกับการจำกัดพฤติกรรม และการฝึกทักษะชีวิตที่จำเป็น เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้เกิดทักษะการจัดการกับความเครียด ทักษะการแก้ปัญหา การฝึกควบคุมตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายด้วยวิธีสร้างสรรค์ แทนวิธีเดิมที่ทำให้เกิดปัญหามากยิ่งขึ้น กระบวนการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อรุนแรง ประกอบด้วยหลักการพยาบาล 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ การประเมินทำได้โดยการสังเกตอาการทางคลินิก การสัมภาษณ์ ประสพการณ์ในชีวิตตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยรุ่นสาว กลไกการป้องกันตนเองและการเผชิญปัญหา แรงจูงใจในการบำบัดรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโรค ประวัติการถูกทำร้าย ประวัติทางคดีรวมถึงการใช้ผลการทดสอบทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น แบบประเมิน SMI-V, แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (PrasriViolence Severity Scale: PVSS), แบบทดสอบบุคลิกภาพ, แบบวัดโรคบุคลิกภาพแปรปรวน และประเมินแบบแผน สุขภาพ เป็นต้น ซึ่งการประเมินแบบแผนสุขภาพจะประเมินได้ ดังนี้

1.1 แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ ส่วนมากผู้ที่มีความเสี่ยงก่อความก้าวร้าวรุนแรงบุคลิกภาพมักไม่รู้ถึงความผิดปกติของตนเองไม่ยอมรับว่าตนเจ็บป่วย

1.2 แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร จะพบปัญหาในรายที่เรียกร้องความสนใจ วิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวังหรือคุณค่าในตนเองลดลง อาจมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ เปลี่ยนไป

1.3 แบบแผนการขับถ่าย ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหา พิจารณาเป็นรายๆไป

1.4 แบบแผนการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ในรายที่ท้อแท้สิ้นหวังอาจขาดความสนใจในการทำกิจกรรม หรือไม่ค่อยสนใจที่จะดูแลความสะอาดของเสื้อผ้าและร่างกาย

1.5 แบบแผนการพักผ่อนและการนอนหลับ ในรายที่มีความเครียดวิตกกังวลอาจมีนอนไม่หลับได้

1.6 แบบแผนการรู้คิดการรับรู้และการสื่อสาร ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบเจ้าอารมณ์มีความคิดระแวง สงสัยเมื่อเครียดจะมีความจำการรับรู้เกี่ยวกับตนสูญเสียไป (dissociative symptoms) ผู้ที่มี บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมจะขาดการไตร่ตรอง ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพาจะไม่กล้าสื่อสารตาม ความต้องการที่แท้จริงของตนเอง

1.7 แบบแผนการรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์และสภาพอารมณ์ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพา คิดว่าตนเป็นคนไม่มีคุณค่า มีอารมณ์วิตกกังวล เศร้า ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบเจ้าอารมณ์ จะสับสนใน ความเป็นตัวของตัวเอง รู้สึกหงุดหงิดโกรธง่าย อารมณ์ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงง่าย และผู้ต่อต้านสังคมจะ หงุดหงิดก้าวร้าว

1.8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพามีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นแบบพึ่งผู้อื่น ยอมตามผู้อื่น ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบเจ้าอารมณ์สัมพันธภาพไม่แน่นอนระหว่างดีสุดๆกับร้ายสุดๆ และต่อต้านสังคมจะไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น ไม่ซื่อสัตย์โกหกหลอกลวงและ ทำร้ายผู้อื่น

1.9 แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ มีท่าทางเย้ายวนทางเพศ บุคลิกภาพแบบ เจ้าอารมณ์ บางรายมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม บางรายมีการ กระทำผิดทางเพศ

1.10 แบบแผนความเครียด ความทนต่อความเครียด และการจัดการกับความเครียด ผู้ที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนมักมีความเครียดและการแก้ปัญหาจะพยายามเปลี่ยนที่สิ่งแวดล้อมมากกว่า เปลี่ยนที่ตนเอง ผู้ที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนแบบเจ้าอารมณ์บางรายจะมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

1.11 แบบแผนคุณค่าความเชื่อและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ พิจารณาในแต่ละรายไปซึ่ง มักจะมีความทุกข์ในการดำเนินชีวิต ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมการปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิต มักจะขัดกับกฎเกณฑ์ของสังคม

### การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวเนื่องจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมักจะมี การเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ พยาบาล ควรตระหนักและมองเห็นความสำคัญของปัญหานี้ และให้ความ ช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอารมณ์โกรธเข้าใจถึงความรู้สึกโกรธของตนเองในขณะนั้น ยอมรับว่ากำลังมีอารมณ์ โกรธ และสามารถสื่อสาร ถึงอารมณ์โกรธ ให้ผู้อื่นได้รับทราบถึงการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นที่ ยอมรับของสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ภาคภูมิใจที่ตนเอง สามารถปกป้องสิทธิของตนเองโดยไม่ละเมิด สิทธิของผู้อื่น กระบวนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าว

1. การประเมินสภาพ เพื่อประเมินความเสี่ยงมีพฤติกรรมก้าวร้าว ประเมินความรุนแรงที่เป็น สัญญาณเตือน ของพฤติกรรมรุนแรง

#### 1.1 การแสดงออกทางสีหน้า

- สีหน้าบึ้งตึง โกรธทำทางไม่พอใจ แวดตาไม่เป็นมิตร
- กัดกรามแน่น ดวงตาเบิกกว้าง และแข็งกร้าว
- ท่าทางเครียดไม่ผ่อนคลาย

#### 1.2 การเคลื่อนไหวและการกระทำ

- กระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง เดินไปเดินมา ตัวเกร็ง กำมือแน่น กำหมัด
- กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง
- หยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างกะทันหันที่ทันใด

#### 1.3. การแสดงออกทางคำพูด

- เจ็บแสบผิดปกติ
- โต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน ๆ
- พูดก้าวร้าวด่าคำหยาบ วิจารณ์ตำหนิติเตียน สวาปแข่ง พูดในแง่ร้าย
- การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างทันทีทันใด

#### 1.4 ประเมินประวัติพฤติกรรมรุนแรงจากญาติหรือผู้นำส่ง

#### 1.5 ประเมินจากประวัติการใช้สารเสพติด

- Intoxication
- Delirium tremens
- Drug overdose

สิ่งที่ควรคำนึงถึงในอันดับแรก คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคคลรอบข้างผู้ป่วยที่มีประวัติ ก่อความรุนแรงก่อนที่จะมาโรงพยาบาลหรือ ผู้ป่วยที่มีท่าทีบ่งบอกถึงการใช้ความรุนแรง ควรมีทีมปฏิบัติงาน อยู่รอบๆตัวผู้ป่วย

## 2. การวินิจฉัยการพยาบาล

- ผู้ป่วยไม่ปลอดภัยจากพฤติกรรมก้าวร้าว
- การเผชิญปัญหาและการจัดการอารมณ์ไม่เหมาะสม
- สัมพันธภาพระหว่างการเผชิญปัญหากับภาระการดูแลของญาติและผู้ดูแล

3. การวางแผนทางการพยาบาลพฤติกรรมก้าวร้าวมักเป็นสาเหตุที่เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง บุคลากรในทีมสุขภาพ พยาบาลควรตระหนักในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยของ พยาบาลในการ จัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว ต้องมีความเฉพาะ มีการวางแผนจัดการอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อลด ความ รุนแรงและผลกระทบที่อาจเกิดจากพฤติกรรมก้าวร้าว โดยพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกทางวาจาหรือการ กระทำเช่น การตะโกนเสียงดัง การข่มขู่ การทำลายข้าวของ การทำร้ายตัวเอง เช่น หยิก ข่วนตัวเอง เอาศีรษะโขก หากมีพฤติกรรมที่รุนแรงอาจก่อให้เกิดการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้

### วัตถุประสงค์กิจกรรม

1. เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมปรับตัวได้
3. เพื่อเสริมแรงจิตใจและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย
4. ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อม มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น
5. เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยและกิจวัตรประจำวันได้

4. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าว การตัดปัญหาการเกิดกรรมก้าวร้าวรุนแรง ควร ทำเมื่อประเมินได้ว่า บุคคลมีความโกรธจัดการอารมณ์ไม่เหมาะสม เมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำให้เกิดความ ยุ่งยากในการจัดการ และมี ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจของ ผู้ป่วยและบุคลากร เสี่ยงการ ถูก ร้องเรียน การละเมิดสิทธิและปัญหาข้อกฎหมายต่าง ๆ สูญเสียภาพลักษณ์ทั้งตัวผู้ป่วยและ บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน แต่ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยทั่ว ๆ ไปและ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช จึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธี ปฏิบัติในการจัดการที่มีประสิทธิภาพ วิธีจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว Herper-Jaques and Reimer (1998) เสนอ วิธีการจัดการ 3 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านชีวภาพ เช่น การฉีดยาการผูกมัดและการใช้ห้องแยก
- 2) ด้านจิตวิทยา เช่น การพูดคุยกับผู้ป่วย
- 3) ด้านสังคม เช่น การลดสิ่งกระตุ้น การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ตาม

สถานการณ์ PAPMS (Pre AsPost Management Systems)

- 1) การจัดการก่อนเกิด เหตุการณ์
  - การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย
  - การประเมินสถานการณ์ความเสี่ยง
  - การป้องกันพฤติกรรมรบกวน

- การฝึกอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมการจัดการขณะเกิดเหตุการณ์
- 2) การจัดการขณะเกิดเหตุการณ์
  - การจำกัดพฤติกรรมด้วยวาจา
  - การจำกัดพฤติกรรมด้วยเทคนิคทางกายภาพ การจัดการหลังเกิดเหตุการณ์
- 3) การจัดการหลังเกิดเหตุการณ์
  - การทบทวนร่วมกับผู้ป่วยและ ครอบครัว
  - การทบทวนแก้ไขปัญหาในหน่วย
  - การทบทวนกระบวนการทาง คลินิกของหน่วยงาน การจัดการพฤติกรรม

## ก้าวร้าวรุนแรง

### การประเมิน

#### ขั้นตอนการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง

1. การหาข้อมูลผู้ป่วย
2. การแยกผู้ป่วยออกจากสถานการณ์อื่น
3. การสนทนากับผู้ป่วย

## ผู้ป่วย

3.1 พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร สงบ จริงใจ ให้เกียรติ ยอมรับ พฤติกรรมของ

## ความรู้สึกละเอียดอ่อน

3.2 ให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกโดยการพูดพร้อมรับฟังอย่างใส่ใจ อาจสะท้อน

## หรือ ปฏิเสธ เรียกชื่อผู้ป่วยถูกต้อง ชัดเจน แสดงถึงความใส่ใจ

3.3 พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล มั่นคง ชัดเจน ไม่โต้เถียง หลีกเลี่ยง การตอบรับ

### 4. การใช้ยา

4.1 Benzodiazepine เช่น Diazepam

4.2 Antipsychotic เช่น Haloperidol, CPZ ,Olanzapine

### 5. การจำกัดพฤติกรรม ขั้นตอนการเข้าผูกยึดผู้ป่วย (physical Restraints)

5.1 การเตรียมอุปกรณ์ - ผ้าผูกยึด - รถเข็นนอน,นั่ง - ผ้าปูที่นอน,ผ้าห่ม,หมอน

5.2 ทีมผู้ดูแลควรมีอย่างน้อย 4 - 5 คน มีผู้นำ 1 คนและทีมต้องผ่านการฝึกอบรม

5.3 ก่อนเข้าผูกยึดผู้ป่วยต้องทำข้อตกลงกับญาติก่อน ขั้นตอนการเข้าผูกยึดผู้ป่วย

1) มีการวางแผนการเข้าผูกยึดต้องมีหัวหน้าทีม

2) หัวหน้าทีม/สมาชิก 1 คนชวนพูดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ

3) ผู้นำทีมให้สัญญาณในการเข้าจับ

4) จับล็อกผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเปลือย

5) สมาชิกที่เหลือช่วยจับ แขน ขา เพื่อเข้าผูกยึด

6) ผู้นำทีมแจ้งอธิบายเหตุผลในการผูกยึดครั้งนี้

7) เข้าผูกยึดอย่างถูกเทคนิค - จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย - การผูกยึดต้องหลวมให้

1-2 นิ้วสอดใต้ผ้าได้ แขน ขา ต้องไม่บิดเบี้ยว ไม่แก้ผ้า ผูกยึดขณะที่บุคลากรไม่พอ

8) ยาฉีดเตรียมให้พร้อมก่อน (ถ้ามี) การช่วยเหลือหลังการผูกยึด ตรวจเยี่ยมและประเมินอาการทุก 15 - 30 นาที ดูแลความสุสบาย พูดให้กำลังใจและข้อเท็จจริง เปิดโอกาสให้ระบายความคิด ความรู้สึก เมื่ออาการสงบ ยุติการผูกมัดหลังปฏิบัติการกิจ เสร็จผู้นำทีม ทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ค้นหาข้อบกพร่อง เพื่อปรับปรุงแก้ไขและให้กำลังใจ

#### ข้อห้ามในการผูกยึด

- ห้ามใช้เพื่อเป็นการลงโทษ
- ห้ามใช้เป็นการระบายความคับข้องใจ
- ห้ามใช้เพื่อเป็นการต่อรอง
- ห้ามใช้การผูกยึดก่อนจะหาวิธีช่วยเหลือโดยวิธีอื่นก่อน

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพทำร้ายตนเอง กลุ่มบุคลิกภาพแปรปรวนมักพบปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำร้าย ตนเอง หรือทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มักเริ่มจากความรู้สึกไม่พอใจโกรธ และ เริ่มมีพฤติกรรมก่อวินาศกรรม ช่มชู้ตามมา จนถึงระดับก้าวร้าวรุนแรงได้ เมื่อไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการ ความตั้งใจทำร้ายตนเอง (deliberate self-harm) ประกอบด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การวางยาเบื่อ ยาพิษ และการทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บ (ขวัญพนมพร, 2554 ; วาทีนี, 2557)

#### 1. การประเมินสภาพ

- เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- เพื่อประเมินความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองอย่างตั้งใจหรือฆ่าตัวตาย
- เพื่อประเมินปัญหาการรักษาหรือสังคมในปัจจุบัน ขั้นตอนแรกเพื่อประเมินระดับของความตั้งใจที่จะทำร้ายตนเอง รายละเอียดของเอียดของ เหตุการณ์เป็นสิ่งสำคัญ การวางแผนระยะยาวยิ่งมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ความตั้งใจอย่างแรงกล้า สามารถอนุมานได้ว่า ผู้รับบริการไม่ได้แสวงหาความช่วยเหลือหรือบอกใครเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น วิธีการรุนแรงและเป็นอันตราย เช่น การแขวนคอ การกระโดดจากที่สูง หรือการยิง ปังซี้ถึง ความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย รวมถึงการเขียนจดหมายลาและการทำพินัยกรรม หลังจากทำร้ายตนเองผู้รับบริการจำนวนมากรู้สึกดีใจที่ตนเองปลอดภัยและความตั้งใจที่จะ ฆ่าตัวตายลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการแก้ปัญหาภาวะวิกฤติได้บางส่วน เมื่อครอบครัวเข้ามา ช่วยเหลือผู้รับบริการหรือผลจากการบำบัดหลังจากการทำร้ายตนเอง ปัญหาที่ยังรุนแรงมักนำไปสู่ ความเสี่ยงที่ผู้รับบริการจะทำร้ายตนเองซ้ำแล้วซ้ำอีก พยาบาลจึงควรระลึกว่าปัญหาที่รุนแรงมาจากการประเมินของผู้รับบริการไม่ใช่มาจากพยาบาลหรือแพทย์ โดยเฉพาะในผู้รับบริการที่มีอาการซึมเศร้าที่ต้องได้รับการรักษา ซึ่งทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถ ประเมินสถานการณ์ของตนเองได้อย่างถูกต้อง เมื่อผู้รับบริการได้รับการบำบัดและมีอารมณ์ดีขึ้นอาจทำให้ผู้รับบริการมีมุมมองที่บวกในการแก้ปัญหาของตน

#### 2. การวินิจฉัยการพยาบาล

- มีความตั้งใจทำร้ายตนเอง
- การเผชิญปัญหาและการจัดการอารมณ์ไม่เหมาะสม
- การเผชิญปัญหาของครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ
- การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว
- ได้รับความทรมาณทางจิตวิญญาณ

3. การวางแผนทางการพยาบาล เป็นการเลือกสรรวิธีปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และเป็น การประสานความร่วมมือกับบุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ พฤติกรรมของ ผู้ป่วย เป็นอยู่นานและมั่นคง ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ภายในข้ามคืน ต้องค่อยเป็นค่อยไป ดังนั้นพยาบาลจึงต้อง อุตสาหะ อดทน และทำเรียงตามลำดับขั้นตอน นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีอารมณ์มั่นคง หนักแน่นเสมอต้นเสมอ ปลาย และเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ควรวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา เช่น ปฏิบัติ ตามแผนการรักษาและรับรู้บุคลิกภาพของตนเองได้ ถูกต้อง นอนหลับได้และความวิตกกังวลลดลง เห็นคุณค่าใน ตนเองและดูแลพึ่งพาตนเองได้ ไม่มีความ เสี่ยงต่อการกระทำที่รุนแรงหรือทำร้ายบุคคลอื่นและพฤติกรรมรุนแรง ว่างามลดลง ในการวางแผนการพยาบาลมีทั้งแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว โดยแผนระยะสั้นมุ่งไปที่ให้การ พยาบาลฉุกเฉินตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย แผนระยะยาวมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและเน้นการพัฒนาผู้ป่วยให้ ดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต

#### วัตถุประสงค์กิจกรรม

- 1) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
- 2) ผู้ป่วยสามารถระบายปัญหาและปรับตัวอย่างเหมาะสม
- 3) ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดีมีพฤติกรรมเหมาะสม
- 4) ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อม มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น
- 5) ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยและกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

๔. การปฏิบัติการพยาบาลผู้รับบริการที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง การปฏิบัติการพยาบาลผู้รับบริการที่ตั้งใจทำ ร้ายตนเอง ต้องถือเป็นเรื่องจริงจัง ผู้รับบริการมักต้องรับไว้รักษาไว้ในโรงพยาบาล เพื่อประเมินสภาพและบำบัด การ บำบัดที่สำคัญคือ การให้ คำปรึกษาและการให้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมาน หรือความวิตกกังวล ผู้รับบริการที่มี ภาวะซึมเศร้า ต้องได้รับยาต้านเศร้า หรือการดำเนินการครอบครัวบำบัด การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ ได้แก่

- 1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
- 2) พูดกับผู้รับบริการโดยตรงเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและแผนการที่จะดำเนินการ
- 3) สื่อสารถึงความเป็นไปได้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายต่อทีมสุขภาพและครอบครัว
- 4) อยู่กับผู้รับบริการ
- 5) ยอมรับในความเป็นบุคคลและรับฟังผู้รับบริการ
- 6) ทำสัญญา “ไม่มีการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง”
- 7) สื่อสารถึงความหวังของชีวิตที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง
- 8) เมื่อผู้รับบริการมีอาการดีขึ้นกระตุ้นให้เพิ่มการทำกิจกรรมต่างๆ
- 9) ยังคงต้องระวังการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะสิ่งของบางอย่างที่ผู้รับบริการสามารถ นำมาใช้ในการ ทำร้ายตนเอง นำสิ่งของที่มีอันตรายหรือมีแนวโน้มที่จะมีอันตรายออกไป
- 10) ประเมินและบำบัดการได้รับบาดเจ็บ เช่น การดูแลแผล การให้ยา หรือ antidote
- 11) มาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย
  - ระดับที่ 1 แยกห้องหรืออยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล
  - ระดับที่ 2 ให้อยู่ในสายตาของเจ้าหน้าที่ตลอดเวลา
  - ระดับที่ 3 ตรวจสอบความปลอดภัยทุก ๑๕ นาที

## 5. การประเมินผลการพยาบาล

- 1) ผู้รับบริการไม่ทำร้ายตนเอง
- 2) ผู้รับบริการมีความวิตกกังวลลดลงและสามารถควบคุมอาการประสาทหลอนได้
- 3) ผู้รับบริการไม่สามารถแสวงหาวัตถุที่จะทำร้ายตนเองได้
- 4) ผู้รับบริการสามารถควบคุมความคิดที่บิดเบือนได้
- 5) ผู้รับบริการสามารถควบคุมแรงขับของตนเองได้
- 6) ผู้รับบริการต้องการมีชีวิตต่อไป

**สรุป** การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใช้การปฏิบัติทั้งศาสตร์และศิลป์ ที่ได้รับการยอมรับว่ามีความ จำเป็นอย่างยิ่งต่อการให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อสนองตอบความต้องการของสังคม ทั้งบุคคลปกติ เจ็บป่วยครบครัน และชุมชน การพยาบาลยังมีความเกี่ยวข้องโดยตรงต่อภาวะสุขภาพอนามัยและ ความปลอดภัยของชีวิตประชาชน ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถ ความชำนาญ มีเจตคติที่ดี และมีคุณธรรมจริยธรรมในการให้การพยาบาล ทั้งนี้เพื่อคุณภาพในการให้การพยาบาล พยาบาลต้องให้การพยาบาลบนพื้นฐานของหลักการพยาบาล เมื่อพิจารณาหลักการพยาบาลที่พัฒนา จากผู้เชี่ยวชาญ หลักการพยาบาลพัฒนามาจากปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ 3 ด้าน ดังนี้ ความต้องการ ของผู้ใช้บริการ การร่วมมือระหว่างบุคลากร หน่วยงาน องค์กร และการพัฒนาการ ประยุกต์ และการนำความรู้ทางการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาล ในบริบทของผู้ป่วยยาเสพติด การใช้ยาเสพติดจะส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย บุคคลรอบข้าง รวมทั้งครอบครัวและสังคม การออกฤทธิ์ของยาเสพติดทำให้เกิดรอยโรค ได้มากขึ้นทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม ทำให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยยาเสพติด ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมร่วมด้วย พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องแล้ว พยาบาลต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทั้งกับ ผู้รับบริการและครอบครัว ตลอดจน ชุมชน ในกรณีที่ผู้ป่วยยาเสพติดมีความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ก้าวร้าวก่อความรุนแรง หวาดระแวง ซึ่งก่อให้เกิดความยากที่จะเปลี่ยนแปลง พยาบาลจึงต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความ เข้าใจ ยอมรับ อดทน สร้าง สัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ ดูแลอย่างใกล้ชิด มีความไวต่ออาการและพฤติกรรม ของผู้ป่วย รวมทั้งการให้การพยาบาลเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ทุกระยะของ การบำบัดรักษา ควบคู่ไปกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจิตเวช โดยพยาบาลเป็นตัวกลางในการประสาน ในลักษณะของ ทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวะบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ ตลอดจนญาติ และตัวผู้ป่วยเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับการพัฒนาศักยภาพของ ตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสม ไม่กลับไปพึ่งพายาและสารเสพติด สามารถดูแลป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ต่อไป



## แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

แนวคิดทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) แนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เห็นว่า ปัญหาทางจิตเกิดขึ้นเพราะบุคคลมีความคิดใน ลักษณะที่ปรับตัวไม่ได้เป็น ความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเหตุผล ซึ่งสะท้อนให้เห็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตัวเอง และโลกที่เขาอยู่ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ดังนั้น การบำบัดจึงมุ่งไปที่ความเชื่อพื้นฐานว่า บุคคลมีความรู้สึกนึกคิด มีการรับรู้ การตีความ ความหมายต่อเหตุการณ์อย่างไรที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ซึ่งถ้ามีการบิดเบือน และผิดพลาดจากความจริงจะต้องแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมที่มี ปัญหานั้นแนวคิดนี้จึงให้ความสำคัญกับตัวแปรภายในตัวบุคคลที่ ส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก (ประเทือง ภูมิภักทราคม, 2535 ; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ในระยะแรกๆ มีการนำแนวคิดนี้ไปใช้บำบัดผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ต่อมาจึงพัฒนาและนำไปใช้ใน กลุ่มที่กว้างขวางขึ้น นีเนนและดรายเดน (Neenan&Dryden, 2006) กล่าวว่า CBT เป็นการบำบัดที่อยู่บนพื้นฐาน ของกระบวนการ ประมวลผลของข้อมูล (Information-Processing Model) ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างความคิดที่ทำให้เกิด ความทุกข์ โจรจนกลายเป็นความคิดที่ตายตัวไม่ยืดหยุ่น (Rigid) และมีความบิดเบือนไป (Distort) หรือการตัดสินใจที่ ขยายความมากเกินไป (Over Generalized) และสรุปความอย่างเบ็ดเสร็จ (Absolute) กับความเชื่อ พื้นฐาน เกี่ยวกับตนเอง ผู้อื่นและสิ่งต่างๆ รอบตัวจนกลายเป็นความเชื่อที่ยึดติด (Fix) สอดคล้องกับแนวคิด ของเบคและคณะ (Beck and et al., 1993) ที่ให้ความหมายของ CBT ว่าเป็นระบบการบำบัดทางจิตที่ พยายามลดปฏิกิริยา ทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Excessive Emotional Reactions) และพฤติกรรมที่ทำร้ายตนเอง (Self-Defeating) โดยปรับเปลี่ยนความคิดที่มีความคลาดเคลื่อนบิดเบือนจากความจริง รวมทั้งความเชื่อที่ทำให้การปรับตัวไม่ เหมาะสมและเป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมที่แสดงออกมา ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของเจียรชีย์ งานทิพย์วัฒนา (2549) ที่กล่าวว่า CBT เป็นการบำบัดทางจิตใจและพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกระบวนการคิดที่ผิดปกติ หรือคิดในแง่ลบ (Negative cognition) โดยมีความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมในลักษณะที่เชื่อมโยงกัน การบำบัดจึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึง ความคิดด้านลบ และเปลี่ยนแปลงความคิดให้สอดคล้องกับความเป็นจริง จากความหมายดังกล่าวข้างต้นจึง สรุปได้ว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม หมายถึง วิธีการบำบัดรูปแบบหนึ่ง ที่ปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อและการรับรู้ของบุคคลซึ่งมีกระบวนการคิดที่บิดเบือน หรือคิดในแง่ลบให้มีความคิดที่ตรงตามความเป็นจริง และมีเหตุผลเชิงบวกเพิ่มขึ้นรวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ด้วยเทคนิคต่างๆ เพื่อ จัดการความคิดและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหา และนำไปสู่พฤติกรรมที่ปลอดภัยใช้ยาเสพติด การบำบัดรูปแบบนี้มีประวัติศาสตร์ยาวนานตั้งแต่ยุคที่มุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมเป็นหลักโดยบิดา ของแนวคิดนี้คือเออรอน ที เบค (Aaron T. Beck) ได้นำส่วนความคิด (Cognitive) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งใน การทำ CBT ซึ่งแตกต่างจาก Behavior Therapy ในสมัยก่อนที่กล่าวถึงพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวโดยละเอียด ความคิดที่มีอยู่เป็นพื้นฐาน แม้จุดเริ่มต้นของ CBT จะไม่มีความเกี่ยวข้องกับศาสนาแต่ถือว่ามีแนวคิดที่ใกล้เคียงกับพุทธศาสนามากใน ส่วนของการรับรู้ตน มีสติ การจัดการกับตัวตน และความคิดของตนเอง ในยุคแรกมีการนำ Cognitive Therapy มาใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Depression) คุณลักษณะที่สำคัญของ CBT คือมีลักษณะเป็นโครงสร้าง (Structure) ซึ่งต่างจาก Psychoanalysis เพราะ CBT ใช้เวลา สั้นกว่าและเน้นที่ปัจจุบัน ไม่ได้ค้นกลับไปยังปมที่มีมาตั้งแต่อดีต (ฉันทพร พิทยรัตน์เสถียร, 2556) ทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ต่อมาจึงพัฒนาและนำไปใช้ใน กลุ่มที่กว้างขวางขึ้น (นีเนนและ ดรายเดน (Neenan & Dryden, 2006) กล่าวว่า CBT เป็นการบำบัดที่อยู่บนพื้นฐานของ กระบวนการ ประมวลผลของข้อมูล (Information-Processing Model) ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างความคิดที่ทำให้เกิด

ความทุกข์ ใจจนกลายเป็นความคิดที่ตายตัวไม่ยืดหยุ่น (Rigid) และมีความบิดเบือนไป (Distort) หรือการตัดสินใจที่ขยายความมากเกินไป (Over Generalized) และสรุปความอย่างเบ็ดเสร็จ (Absolute) กับความเชื่อ พื้นฐานเกี่ยวกับตนเอง ผู้อื่นและสิ่งต่างๆ รอบตัวจนกลายเป็นความเชื่อที่ยึดติด (Fix) สอดคล้องกับแนวคิด โดยเบคและคณะ (Beck and et al., 1993) ให้ความหมายของ CBT ว่าเป็นระบบการบำบัดทางจิตที่ พยายามลดปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Excessive Emotional Reactions) และพฤติกรรมที่ทำ ร้าย ตนเอง (Self-Defeating) โดยปรับเปลี่ยนความคิดที่มีความคลาดเคลื่อนบิดเบือนจากความจริง รวมทั้ง ความเชื่อที่ทำให้การปรับตัวไม่เหมาะสมและเป็นสาเหตุของพฤติกรรมที่แสดงออกมา ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เห็นว่า ปัญหาทางจิตเกิดขึ้นเพราะบุคคลมีความคิด ในลักษณะที่ปรับตัวไม่ได้เป็นความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเหตุผล ซึ่งสะท้อนให้เห็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อ ตัวเอง และโลกที่เขาอยู่ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543)

ดังนั้น การบำบัดจึงมุ่งไปที่ความเชื่อพื้นฐานว่า บุคคลมีความรู้สึกนึกคิด มีการรับรู้ การตีความหมายต่อเหตุการณ์อย่างไรที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ซึ่งถ้ามี การบิดเบือน และผิดพลาดจากความจริงจะต้องแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมที่มี ปัญหานั้น แนวคิดนี้จึงให้ความสำคัญกับตัวแปรภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก (ประเทือง ภูมิภักทราคม, 2535 ; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ในระยะแรกๆ มีการนำแนวคิดนี้ไปใช้บำบัดผู้ที่มีปัญหา ทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ต่อมาจึงพัฒนาและนำไปใช้ในกลุ่มที่กว้างขวางขึ้น นีเนนและ ดรายเดน (Neenan&Dryden, 2006) กล่าวว่า CBT เป็นการบำบัดที่อยู่บนพื้นฐานของกระบวนการ ประมวลผลของข้อมูล (Information-Processing Model) ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างความคิดที่ทำให้เกิดความทุกข์ ใจจนกลายเป็นความคิดที่ตายตัวไม่ยืดหยุ่น (Rigid) และมีความบิดเบือนไป (Distort) หรือการตัดสินใจที่ขยายความมากเกินไป (Over Generalized) และสรุปความอย่างเบ็ดเสร็จ (Absolute) กับความเชื่อ พื้นฐานเกี่ยวกับตนเอง ผู้อื่นและสิ่งต่างๆ รอบตัวจนกลายเป็นความเชื่อที่ยึดติด (Fix) สอดคล้องกับแนวคิด ของเบคและคณะ (Beck and et al., 1993) ที่ให้ความหมายของ CBT ว่าเป็นระบบการบำบัดทางจิตที่ พยายามลดปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Excessive Emotional Reactions) โดยปรับเปลี่ยนความคิดที่มีความคลาดเคลื่อนบิดเบือนจากความจริง รวมทั้ง ความเชื่อที่ทำให้การปรับตัวไม่เหมาะสมและเป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมที่แสดงออกมา ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของเจียรชีย์ งามทิพย์วัฒนา (2549) ที่กล่าวว่า CBT เป็นการบำบัดทางจิตใจ และพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกระบวนการคิดที่ผิดปกติ หรือคิดในแง่ลบ (Negative cognition) โดยมีความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมในลักษณะที่เชื่อมโยงกัน การบำบัดจึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึง ความคิดด้านลบ และเปลี่ยนแปลงความคิดให้สอดคล้องกับความเป็นจริง จากความหมายดังกล่าวข้างต้นจึง

**สรุป** ได้ว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรม หมายถึง วิธีการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อและการรับรู้ของบุคคลซึ่งมีกระบวนการคิดที่บิดเบือน หรือคิดในแง่ลบให้มีความคิดที่ตรงตามความเป็นจริง และมีเหตุผลเชิงบวกเพิ่มขึ้นรวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ด้วยเทคนิคต่างๆ เพื่อ จัดการความคิดและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหา และนำไปสู่พฤติกรรมที่ปลอดภัยใช้ยาเสพติด ตัวแบบต่างๆ ของการบำบัดด้วย CBT (ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, 2556)

กล่าวโดยสรุปก็คือ เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น บุคคลจะเกิดความคิดอัตโนมัติ และส่งผลให้เกิดอารมณ์ พฤติกรรม และสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป มนุษย์เรามีความคิดอัตโนมัติซึ่งมาจากความเชื่อที่เป็นแก่นของระบบคิดที่เรียกว่า Core Beliefs ซึ่ง เป็นความเชื่อที่ฝังรากลึกอยู่ในตัวตนของบุคคลนั้น ส่วน Intermediate beliefs มีลักษณะเป็นกฎเกณฑ์ (Rules) ข้อสันนิษฐาน (Assumption) มักมีลักษณะเป็นเงื่อนไขเช่น “ถ้าเป็นอย่างนั้น...จะทำให้เป็นอย่างนี้ ...” หรือเป็นประโยคที่มีคำว่า “ควร” หรือ “ต้อง” เป็นส่วนประกอบ เช่น “ฉันต้องทำทุกอย่างให้สมบูรณ์แบบ” “ฉันควรใส่ใจความรู้สึกคนรอบตัวมากกว่าตัวเอง” เป็นต้น ความเชื่อมักมีที่มาซึ่งสามารถสืบค้นได้จาก ประวัติในอดีต เช่น การที่คนมีความเชื่อว่า “โลกนี้ไม่ปลอดภัย” ก็อาจเป็นเพราะว่าเติบโตมาจากที่มีแต่ ความรุนแรง พ่อแม่ทำร้ายกัน หรืออยู่ในชุมชนที่มีการฆ่าฟันกัน ดังนั้นเมื่อมีเสียงดังเกิดขึ้น คนที่มีความเชื่อ เช่นนี้ก็จะเกิดมีความคิดอัตโนมัติทันทีว่าเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงน่ากลัวและเกิดความกลัวขึ้นมา แต่ถ้าเป็นบุคคลที่เติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เสียงดังตามแม่อาจทำให้ตกใจแต่อาจไม่ทำให้กลัวสักเท่าไร เพราะเชื่อว่าจะไม่มีอะไรรุนแรงเกิดขึ้น ดังนั้นเหตุการณ์เดียวกันการตีความก็อาจไม่เหมือนกัน อยู่ที่แก่นของ ความเชื่อของคนๆ นั้นว่าเป็นคนมองโลกอย่างไร ซึ่งอาจมาจากการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก ในการทำการบำบัด ตามแนวคิด CBT อาจมีความจำเป็นต้องกลับไปแก้ไข Core Beliefs เพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ คงทนและยั่งยืนแต่โดยทั่วไปจะมุ่งเน้นที่การแก้ไข Automatic Thought ก่อนเป็นลำดับแรกเนื่องจาก สามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่าและมีโอกาสประสบความสำเร็จในการปรับแก้สูงกว่า

แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดด้วย CBT การบำบัดด้วย CBT เชื่อว่าความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (Dysfunctional Thinking) ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์ของมนุษย์ โดยในโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่ จะพบลักษณะของความคิดที่บิดเบือนไปบางประการ ดังนั้นแนวทางในการบำบัด คือ ถ้าสามารถประเมิน (Evaluate) ความคิดให้ถูกต้อง ตามความเป็นจริงหรืออยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ (Realistic) อาการเกี่ยวกับอารมณ์ (Emotion) พฤติกรรม (Behavior) ของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น โดยขั้นตอนคือ การทำให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนว่าความคิดนั้นมีความผิดปกติดังไร ให้การประเมินและช่วยแก้ไขให้ดีขึ้น CBT เป็นการรักษาที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม ซึ่งใน การรักษาโดยวิธีนี้ผู้บำบัดทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้ป่วยเข้าใจรูปแบบต่างๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรม ที่ผิดปกติ โดยการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกติอย่างเป็นระบบ ประกอบกับการให้ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรม ต่างๆ เป็นกรบ้าน เพื่อช่วยให้เขาประเมิน ปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วย ตนเอง Cognitive therapy เป็นจิตบำบัด (Psychotherapy) แขนงหนึ่งที่มุ่งความสนใจที่ความคิดที่บิดเบือน (Dysfunctional Thinking) โดยเฉพาะโรคต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนไป และการที่คนรู้สึกคิด หรือมีพฤติกรรมอย่างนั้น เกิดจากการที่บุคคลเติบโตหรือมีประสบการณ์มาอย่างไรความคิดที่บิดเบือนใน ระดับของความคิดอัตโนมัติ หากสามารถเข้าใจและแก้ไขได้อาการของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น แต่ถ้าหากแก้ไขได้ใน ระดับของความเชื่อก็ยิ่งจะทำให้อาการดีขึ้นอย่างคงทนยาวนาน การทำ Cognitive Therapy ให้ได้ผลดีต้องมีการทำ Cognitive Conceptualization โดยการใช้ Cognitive Model มาใช้กับผู้ป่วยให้เข้าใจโรคหรือปัญหาของตนเอง เช่น การบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าก็จะดูว่า ผู้ป่วยมีรูปแบบการคิดหรือวิธีคิด และมองโลกอย่างไร ทั้งนี้ในคนแต่ละคนก็จะใช้ Cognitive Model ที่ ต่างกันไป และเมื่อพบเหตุการณ์ก็จะมีวิธีคิด และตีความแตกต่างกันไป โรคทางจิตเวชที่มีงานวิจัยสนับสนุนว่าบำบัดด้วย CBT ได้ผลดี

- Major depression
- Generalized anxiety disorder
- Panic disorder
- Social phobia
- Substance abuse
- Eating disorders
- OCD (Obsessive Compulsive Disorder)
- PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder)
- Personality disorders
- Bipolar disorder
- Schizophrenia

ในแต่ละโรคที่นำ CBT มาใช้นั้นต้องมีการตั้งเป้าหมายก่อนเสมอว่าจะบำบัดเพื่อแก้ไขอะไร

การทำ Cognitive Conceptualization โดยใช้ Cognitive Model จะทำให้เข้าใจว่าแต่ละโรคจะมีลักษณะของความคิดที่บิดเบือน ทั้งนี้ในคนแต่ละคนก็จะใช้ Cognitive Model ที่ต่างกันไป และเมื่อพบเหตุการณ์ก็จะมีวิธีคิดและตีความแตกต่างกันไป ในแต่ละโรคที่นำ CBT มาใช้นั้นต้องมีการตั้งเป้าหมายก่อนเสมอว่าจะบำบัดเพื่อแก้ไขอะไร

การทำ Cognitive Conceptualization โดยใช้ Cognitive Model จะทำให้เข้าใจว่าแต่ละโรคจะมีลักษณะของความคิดที่บิดเบือน เช่น ภาวะซึมเศร้าก็จะมีความคิดที่ผิดไปจากความเป็นจริงโดยมักมองโลกในทางลบ มองตัวเองแย่ ไม่มีคุณค่า สิ้นหวังหรือสรุปลงเป็น 3 องค์ประกอบ (triad) คือ 1) ตัวเองแย่ 2) โลกรอบตัวแย่ อนาคต แย่การนำ cognitive model มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความเชื่อมโยงระหว่างกันและสามารถประเมิน ได้ว่าการมองโลกของเขานั้นถูกต้องหรือผิดไปจากความเป็นจริงอย่างไร ประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงถึงในการบำบัด

1. Cognitive therapy is based on an ever-changing formulation of the patient and problems in cognitive terms การทำ cognitive therapy อยู่บนพื้นฐานของการสังเคราะห์ (Formulate) ปัญหาของผู้ป่วย โดยนำข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยมาวิเคราะห์ในรูปแบบของ Cognitive Model ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยว่าในแต่ละสถานการณ์เขามีความรู้สึกและความคิดอย่างไร แล้วพิจารณา Cognitive Model ว่ามีปัญหาด้านใดบ้าง ซึ่งใน formulation ของคนใช้นั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาการพบ กับผู้ป่วยในแต่ละครั้ง Cognitive Model ก็อาจเปลี่ยนได้เมื่อเราได้ข้อมูลเพิ่มเติมขึ้น

2. Cognitive therapy requires a sound therapeutic alliance. การทำ Cognitive Therapy เป็นจิตบำบัด (Psychotherapy) อย่างหนึ่ง

ดังนั้น Cognitive Therapy จึงต้องมีพื้นฐานของ Therapeutic Alliance หรือความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยที่มีขอบเขต โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคการบำบัดเบื้องต้นเพื่อสร้างความสัมพันธ์นี้ และคอยตรวจสอบความมั่นคงของความสัมพันธ์นี้ในขณะที่การบำบัดดำเนินไปเรื่อย ๆ เราจะเห็นได้จากการวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่าความ เข้มแข็งของความสัมพันธ์ในการรักษาเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดถึงความสำเร็จในการบำบัด ความสัมพันธ์ในการ รักษาที่มีประสิทธิภาพมีจุดมุ่งหมายเพียงประการเดียว คือ การพยายามทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องมีพันธมิตรที่เข้มแข็งในการรักษา เมื่อความสัมพันธ์มั่นคง ผู้ป่วยจะไว้วางใจผู้รักษามาก พอที่จะพูดอย่างตรงไปตรงมา แสดงความรู้สึกที่แท้จริงไม่แสร้งผู้บำบัดคือพันธมิตรและผู้ร่วมมือ ไม่ใช่ผู้ปกครองหรือ ผู้นำที่เอาแต่ออกคำสั่ง ส่วนสัญญาณเตือนที่บอกให้รู้ว่าความสัมพันธ์นี้อาจมีปัญหาเช่น

- ไม่มาตามนัด
- ขอยกเลิกนัด มาสาย หรือชู้ว่าจะหยุดมารักษา - สัมทำงานที่ตกลงกันไว้ว่าจะทำ
- กล่าวโทษ ตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์ - ทำ “การบ้าน” ไม่เสร็จ - ขัดแย้งกับผู้บำบัดตลอดเวลา
- พฤติกรรมยั่ววนทางเพศ - มีลักษณะพึงพิงสูงหรือยอมตามมากเกินไป

3. Cognitive therapy emphasizes collaboration and active participation. การทำ Cognitive Therapy เน้นที่ Collaboration ที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วม อย่างแข็งขันแม้ผู้บำบัดจะมีหน้าที่แก้ปัญหาให้ผู้ป่วยแต่ผู้ป่วยเองก็มีหน้าที่ต้องช่วยเหลือตนเองด้วย ผู้บำบัด แบบ CBT จะพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการบำบัด ซึ่ง Collaboration อาจรวมถึงการทำการบ้านตามที่ตกลงกันว่าจะทำในแต่ละครั้ง การบำบัดที่มีประสิทธิภาพเป็นผลจากการทำงานแบบเป็นทีม (Teamwork) ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยในการบำบัดที่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยจะมีบทบาทมากขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่การบำบัดดำเนินต่อไป ความร่วมมือกันคือการพูดโต้ตอบแสดงความคิดเห็นกันอย่างสร้างสรรค์ ระหว่างคนสองคน ไม่ใช่การพูดคนเดียว บทบาทของผู้บำบัดแบบ CBT นั้นจึงเหมือนกับครูฝึก (Coach) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้เทคนิคต่างๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลว่าเหตุใดเราถึงต้องใช้เทคนิคนั้น (Rationale) และช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนการใช้เทคนิคนั้นๆ จนเกิดความชำนาญ 3) อนาคตแก่ การนำ cognitive model มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความเชื่อมโยงระหว่างกันและสามารถประเมิน ได้ว่าการมองโลกของเขานั้นถูกต้องหรือผิดไปจากความเป็นจริงอย่างไร

4. Cognitive therapy is goal-oriented and problem-focused. การทำ cognitive therapy มุ่งเน้นที่ปัญหา มีเป้าหมายที่ชัดเจน และพยายามไปให้ถึงเป้าหมาย ซึ่ง ผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องทำงานร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อกำหนดปัญหาและเป้าหมายที่เป็นประโยชน์

5. Cognitive therapy initially emphasizes the present. การทำ Cognitive therapy เน้นที่ปัจจุบัน ถึงแม้เมื่อบำบัดไประยะหนึ่งอาจมีการย้อนกลับไปดูที่ อดีตเพื่อประเมินว่าอดีตมีผลต่อความเชื่อในปัจจุบันอย่างไรแต่อย่างไรก็ตามมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาในปัจจุบันเป็นสิ่งสำคัญ ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะประเมิน และตอบโต้กับความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็น ประโยชน์ของตนเอง ให้เห็นลักษณะความคิดในปัจจุบันที่ทำให้เกิดความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์หรือพฤติกรรม ที่เป็นปัญหา สร้างสมมุติฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน เหตุการณ์ต่างๆในช่วงของการเติบโตที่มีอิทธิพลต่อความคิด และลักษณะการตีความเหตุการณ์ที่เป็นแบบนี้มานาน

6. Cognitive therapy is educative, aims to teach the patient to be his/her own therapist, and emphasizes relapse prevention. การทำ Cognitive Therapy จะมีส่วนที่เป็นการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เช่น ใน Session มักมีการสอนผู้ป่วยเรื่องการดำเนินของโรค หลักการและแนวคิดของ Cognitive Therapy และ Cognitive Model รวมทั้ง เทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้จัดการกับความคิด คุณสมบัติที่สำคัญของผู้บำบัดแบบ CBT ที่ดีประการหนึ่งจึงต้องมีความ เป็น “ครู” ที่สามารถถ่ายทอดเรื่องราวต่าง ๆ ให้กับผู้ฟังได้อย่างชัดเจนและเข้าใจ โดยเป้าหมายสุดท้ายหวังว่า ผู้ป่วยจะสามารถเรียนรู้จนสามารถนำไปใช้บำบัดตนเองได้ ซึ่งจะเป็นการป้องกันไม่ให้โรคกลับมาเป็นซ้ำได้อย่าง มีประสิทธิภาพ

7. Cognitive therapy aims to be time limited. การทำ Cognitive Therapy มักมีการกำหนดเวลาในแต่ละ Session ไว้ชัดเจน เช่น ครั้งละ 45 นาที หรือ 1 ชั่วโมง รวมทั้งจำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัด เช่น ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ซับซ้อนอาจกำหนดไว้ 12 ครั้ง หรือ 16 ครั้ง จุดประสงค์ของการกำหนดเวลาที่สำคัญคือเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงคุณค่าของเวลาและพยายามใช้ เวลาที่มีให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

8. Cognitive therapy sessions are structured. การทำ Cognitive Therapy ในแต่ละครั้งมีโครงสร้างที่ชัดเจนตามลำดับ ดังนี้ - ตรวจสอบอารมณ์ของผู้ป่วย - ให้ผู้ป่วยเล่าคร่าว ๆ ว่าสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง - ทบทวนการบ้านของสัปดาห์ที่แล้ว รวมทั้งข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) จาก Session ที่แล้ว -

ร่วมมือกันกำหนดหัวข้อ (Set Agenda) สำหรับการพูดคุยวันนี้ - พูดคุยหัวข้อตามที่ตกลง - สรุปเนื้อหาที่พูดคุย - กำหนดการบ้านสำหรับวันนี้ - ขอข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้ป่วยตอนท้าย Session

9. Cognitive therapy teaches patients to identify, evaluate, and respond to their dysfunctional thoughts and beliefs. การทำ Cognitive Therapy เป็นการสอนให้ความรู้หรือให้การศึกษ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะ และประเมินความคิด ความเชื่อของตนเอง รวมถึงการจะอย่างไรกับตนเองเพื่อแก้ไขความคิดที่บิดเบือนให้ เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล เป้าหมายสูงสุดของ CBT คือสอนให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองจนสามารถเป็นผู้บำบัดของ การทำ cognitive therapy มุ่งเน้นที่ปัญหา มีเป้าหมายที่ชัดเจน และพยายามไปให้ถึงเป้าหมาย ซึ่งผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องทำงานร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อกำหนดปัญหาและเป้าหมายที่เป็นประโยชน์ตนเองได้ ในการใช้ CBT ผู้บำบัดจะทำตัวเหมือนครูสอนให้ผู้ป่วยรู้ทักษะและเทคนิคใหม่ๆ ซึ่งผู้ป่วยจะเรียนรู้ มากขึ้นได้ด้วยการนำไปฝึกฝน เปรียบเช่นการเล่นฟุตบอล ที่ถึงแม้เราจะดูมากแค่ไหนก็ไม่อาจทำให้เราเล่น เก่งได้ถ้า เราไม่ได้ลงไปฝึกฝนเอง เราจึงต้องเรียนรู้วิธีที่จะเล่นฟุตบอลว่าเล่นอย่างไร เช่นเดียวการลงฝึกซ้อม อย่างสม่ำเสมอ

10. Cognitive therapy uses a variety of techniques to change thinking, mood, and behavior Cognitive therapy ใช้เทคนิคหลากหลายเพื่อเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมซึ่ง การเปลี่ยนแปลงจะเริ่มต้นที่จุดไหนก่อนขึ้นกับความเหมาะสม เช่นในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เก็บตัวไม่อยากทำอะไร เพราะ อารมณ์เศร้าถ้าเราสามารถแก้ไขให้อารมณ์ดีก็น่าจะกลับไปทำงานได้ แต่การแก้ไขอารมณ์โดยตรงอาจ ทำได้ยากหรือ การปรับแก้ความคิดก็อาจทำได้ยากในช่วงแรกเช่นกันเนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงที่ความคิด ความอ่านยังเชื่องช้าคิด อะไรไม่ออก ดังนั้นจึงอาจปรับแก้ที่พฤติกรรมก่อนโดยกำหนดกิจกรรมให้ทำ ให้ช่วย คิดกิจกรรมหรือตารางกิจกรรม ที่ผู้ป่วยควรทำ แล้วเฝ้าสังเกต ติดตาม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ ทำ ให้ผู้ป่วยกระฉับกระเฉงมากขึ้น ซึ่งผล สุดท้ายแล้วก็จะทำให้อารมณ์ดีขึ้นตามมา (ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร, 2556)

### เทคนิคพื้นฐานสำหรับ CBT

1. การบอกอารมณ์ตนเอง (Identifying Moods) การที่บุคคลสามารถบอกถึงอารมณ์ตนเองได้ นั้นจะทำให้เกิดการระลึกรู้ (Awareness) และสามารถ ตั้งเป้าหมายได้ว่าจะจัดการกับอารมณ์อย่างไรอาจไม่ใช่เรื่อง ง่ายสำหรับทุกคนที่จะสามารถบอกถึงอารมณ์ ของตนได้นอกจากนี้ยังอาจเกิดความสับสนระหว่าง “อารมณ์” กับ “ความคิด” การฝึกแยกแยะจึงเป็นทักษะที่ ควรฝึกฝนประการหนึ่งโดยสิ่งที่บ่งบอกว่าน่าจะเป็นอารมณ์มีดังนี้

- Strong Moods เป็นตัวบอกว่ากำลังมีเรื่องสำคัญเกิดขึ้นในชีวิต เช่น อยู่ดีๆก็รู้สึกตื่นเต้น หรือ เศร้าขึ้นมา นั่นแสดงว่าต้องมีอะไรสำคัญบางประการเกิดขึ้นภายในจิตใจของคนๆ นั้นความรู้สึกนั้นไม่ได้เกิดขึ้น ลอยๆ แต่จะต้องมีที่มาของความรู้สึก

- Moods มักบรรยายได้ด้วยคำ ๆ เดียว สั้นๆ เช่น โกรธ เสียใจ เศร้า อิจฉา - การแยกแยะ อารมณ์ (Identify Moods) ช่วยให้เราสามารถตั้งเป้าหมายและติดตามผลได้ง่ายขึ้น - อาการทางกายอาจเป็นตัว ช่วยบอกอารมณ์ ควรให้คนไข้ได้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ของอาการ ทางกายกับอารมณ์ เช่น มีอาการสั่น เหงื่อออก อาจเป็นเพราะอารมณ์ “ตื่นเต้น”หรือถ้ามีอาการ “เศร้า” ก็ อาจแสดงอาการทางกายเป็นลักษณะเชื่องช้า ไร้ เรี่ยวแรง เป็นต้น

2. สถานการณ์ต่างๆ (Situations) สถานการณ์ไม่ใช่ตัวกำหนดความรู้สึกของเรา ด้วยตัวของ สถานการณ์เองไม่ได้มีผลกระทบต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของเราโดยตรงแต่การรับรู้และการตีความของเรา ต่างหากที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกและ พฤติกรรมของเราอย่างลึกซึ้ง อารมณ์จะมีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์

เราสามารถตั้งคำถามที่ใช้ในการแยกแยะความคิดให้ เข้ากับเหตุการณ์โดยใช้หลัก 4 W - Who ตอนนั้นอยู่กับใคร การที่ถามว่าตอนที่เกิดเหตุการณ์อยู่กับใคร เพราะคนแต่ละคนที่อยู่ ด้วยมีความสำคัญต่างกันและมีผลต่อความรู้สึกที่ต่างกัน เช่น การชวนคนไปเที่ยว ถ้าเป็นเพื่อนบอกไม่ว่างก็ อาจรู้สึกน้อยใจเล็กน้อยแต่ถ้าเป็นแฟนก็อาจรู้สึกน้อยใจอย่างรุนแรง เป็นต้น - What ตอนนั้นทำอะไรอยู่ เหตุการณ์บางอย่างมีความจำเพาะเจาะจงกับอารมณ์ เช่น กลัวขณะที่อยู่ในลิฟต์ก็อาจเป็นเพราะกลัวที่แคบ ขับรถอยู่บนถนนแล้วกลัวก็อาจเป็นเพราะกลัวที่โล่ง หรือการที่ รู้สึกเหงาทั้งที่อยู่กับคนหลายๆ ก็มักมีอะไรสักอย่างที่อยู่ในใจ - When เกิดขึ้นเมื่อไหร่ ระยะเวลาหรือช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ก็มีผลต่ออารมณ์ความรู้สึก - Where ตอนนั้นอยู่ที่ไหน เหตุการณ์เดียวกันแต่หากเกิดในสถานที่ที่ต่างกัน อารมณ์ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นย่อมต่างกัน ดังนั้นเมื่อสามารถบรรยายเหตุการณ์ได้แล้วก็ควรเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเหตุการณ์มีความสัมพันธ์ กับอารมณ์ ทั้งนี้การฝึกเขียนบันทึกเหตุการณ์และอารมณ์นั้นจะทำให้เห็นภาพได้อย่างชัดเจนขึ้นเนื่องจาก บุคคลโดยทั่วไปมักไม่สามารถแยกแยะระหว่างความคิดต่อเหตุการณ์กับอารมณ์ที่เกิดออกจากกันได้ จึงควรฝึกฝน โดยนึกถึงตัวอย่างของเหตุการณ์ที่เรามีอาการที่เด่นชัดแล้วตอบคำถามตามหัวข้อ 4W ข้างต้น

### 3. อารมณ์ สถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเมื่อเกิดความเครียด (Moods

Situations, and Changes in Body Tension) เหตุการณ์ทำให้เกิดอารมณ์และอาจทำให้มีอาการทางกายเกิดขึ้นร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการบำบัดมักมาด้วยอารมณ์ทางลบ เช่น โกรธ ตื่นเต้น เศร้าใจ แต่หลายครั้งพบว่าผู้ป่วยอาจไม่สามารถบอกถึง อารมณ์ของตนเองได้ชัดเจนจึงอาจต้องใช้อาการทางกายเป็นตัวช่วยบอกอารมณ์ การเล่าเรื่องของแต่ละคนนั้น บางคนอาจเริ่มเล่าจากอารมณ์แล้วตามด้วยเหตุการณ์ แต่บางคนอาจ เล่าเหตุการณ์ก่อนแล้วตามด้วยอารมณ์ที่เกิดขึ้น หน้าที่ของผู้บำบัดคือการถามให้ได้อรรถประกอบที่ยังขาดไป เพื่อให้เกิดความชัดเจนหรือแน่ใจกับสิ่งที่คนไข้ให้ข้อมูลมา

4. การประเมินระดับอารมณ์ (Rating Moods) อารมณ์แต่ละชนิดในแต่ละช่วงเวลามีความรุนแรงไม่เท่ากัน เช่น อารมณ์โกรธซึ่งความโกรธในแต่ละ เหตุการณ์มักไม่เท่ากันคือบางทีโกรธมาก บางทีโกรธน้อย ประโยชน์ของการ Rating Moods คือ - ช่วยให้เราวัดระดับความแรง (Intensity) ของอารมณ์ - ช่วยให้เราสังเกตการขึ้นลง (Fluctuation) ของอารมณ์ - เตือนให้รู้ว่าเหตุการณ์หรือความคิดไหนมีผลต่ออารมณ์ - ใช้การเปลี่ยนแปลงระดับอารมณ์เป็นสิ่งที่บอกเราว่าวิธีที่ใช้จัดการอารมณ์นั้นมีประสิทธิภาพ ขนาดไหน เราสามารถประเมินระดับอารมณ์ได้ โดยลองนึกตัวอย่างเหตุการณ์ที่มีอารมณ์ที่ชัดเจนแล้ว Rating โดยอาจใช้เป็น Scale หรือเพื่อให้เห็นภาพชัดขึ้นอาจนึกถึงปรอท แล้วให้น้ำหนักอารมณ์ว่ามีความแรงมาก น้อยเท่าใด ดัง Scale ข้างล่าง 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 -ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุดเท่าที่เคยมี เมื่อ Rating แล้วผู้บำบัดอาจถามต่อว่า ณ ตอนที่รู้สึกโกรธมากนั้นมีอารมณ์อื่นๆ อีกหรือไม่หรือ ก่อนที่จะโกรธได้มากขนาดนี้มีอารมณ์โกรธอยู่บ้างแล้ววีเปล่า เช่น กรณีโดนเพื่อนขโมยของ เมื่อไปถามแล้ว เพื่อนไม่ยอมรับ ณ ตอนนั้นก็อาจรู้สึกโกรธอยู่นิดๆแล้ว และยังจับได้ว่าเขาเป็นคนขโมยอารมณ์โกรธที่มีก็อาจ พุ่งสูงถึง 100 % ดังนั้นการที่เราได้รายละเอียดหรือข้อมูลของเหตุการณ์ซึ่งนำมาสู่อารมณ์โกรธของผู้ป่วยนั้น ก็จะทำให้เข้าใจที่มาของ Rating อารมณ์นั้น ทั้งนี้อารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตาม สถานการณ์ ในขณะที่ใช้ CBT นี้ อาจเกิดมีความคิดที่เป็นทางเลือก (Alternative Thought) เพิ่มขึ้นและทำให้ มีทางเลือกมากขึ้น ซึ่ง Alternative Thought เป็นตัวที่ทำให้คิดอะไรได้กว้างขึ้น ตามแนวของการทำCBT ไม่ใช่เป็นการบอกว่าสิ่งที่ผู้ป่วยคิดนั้นเป็นความคิดที่ผิด ในความคิดนั้นถูกต้องเพียงบางส่วน เราจึงมีหน้าที่แนะ ให้ผู้ป่วยคิดให้รอบคอบมากขึ้น

5. การหาความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thoughts) ในเหตุการณ์ใดๆ ก่อนที่จะเกิดเป็น อารมณ์ และพฤติกรรมนั้นอาจมีสิ่งหนึ่งเกิดขึ้นก่อน นั่นคือ Automatic Thoughts ซึ่งเป็นความคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันทีก่อนที่จะผ่าน กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลรวมถึงการแปลความหมายของสิ่งแวดล้อมรอบตัวในปัจจุบัน อาจเป็นความคิด เกี่ยวกับตนเองหรือบุคคลอื่น ความคิดอัตโนมัติจะอยู่ในกระแสความคิดอื่นๆ ซึ่งคนเราจะคิดอยู่ตลอดเวลา ความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดที่ผุดขึ้นมาเป็นระยะๆ โดยถ้าเปรียบความคิดเป็นกระแสน้ำความคิดอัตโนมัติก็ คงคล้ายปลาที่ไหลขึ้นมาแล้วก็ตกลงไปใต้น้ำตามเดิม ความคิดอัตโนมัติที่ผุดขึ้นมา นั้นมักไม่เป็นที่สังเกตได้ ชัดเจน โดยทั่วไปคนเราจะไม่รู้ตัว ทั้งๆ ที่ความคิดอัตโนมัติมีความสัมพันธ์กับ อารมณ์หรืออาการทางกาย และ การที่จะรู้ความคิดอัตโนมัติได้นั้นต้องมีการฝึกฝนความสัมพันธ์ของความคิดอัตโนมัติกับอารมณ์บางชนิด เช่น อารมณ์เศร้าขึ้นอยู่กับการคิดและการให้ความหมายกับสิ่งนั้น ความคิดอัตโนมัติมีได้หลายรูปแบบ อาจเป็นคำสั้นๆ เป็นวลี เป็นประโยค หรืออาจเป็นภาพ บางครั้ง อาจมีลักษณะเหมือนสัญญาณโทรเลขที่ต้องอาศัยความชำนาญในการปะติดปะต่อเพื่อรับสาร ตัวอย่างเช่น คนที่กำลังโกรธ ความคิดอัตโนมัติอาจเป็นคำพูด เช่น “อยากจะฆ่ามัน” และอาจเป็นภาพโดยที่นึกถึงภาพที่ ตนเองเอาปืนมายิงเขาหรืออาจเห็นเป็นภาพตนเองกำลังชกเขาอยู่ แต่บางคนอาจเห็นเป็นภาพตนเองติดคุก เพราะโกรธปนกับกลัวหากตนเองทำอะไรรุนแรงไป การดูความคิดอัตโนมัตินั้นก็เพื่อดูว่ามันสัมพันธ์กับอารมณ์อย่างไร โดยอาจดูที่อารมณ์ก่อนเพราะมัก จับได้ง่ายกว่า แล้วค่อยดูว่าเกิดความคิดอัตโนมัติอย่างไรส่วนใหญ่คนเราจะเชื่อในความคิดอัตโนมัติทันทีโดยที่ไม่ มีการตรวจสอบกับตนเองและความเป็นจริงของโลกภายนอกอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ การคาดการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ในอนาคตจากเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตต่างๆ นานาทำให้เกิดอาการต่างๆ ของภาวะซึมเศร้าเช่น การไม่มีพลังกำลัง เหนื่อยชา วิดกกังวล รู้สึกผิด สมาธิไม่ดี นอน ไม่หลับ ซึ่งเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าแล้วความคิดอัตโนมัติทางลบก็จะเกิดตามมาเรื่อย ๆ และรุนแรงมากขึ้นจน ความคิดที่มีเหตุผลก็จะถูกบดบังและเลือนหายไปในที่สุด และหากมีภาวะซึมเศร้ามากเท่าไรก็ยิ่งจะทำให้มีความคิดด้านลบมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้ก็จะทำให้ยิ่งเชื่อไปตามความคิดนั้น และเกิดอารมณ์เศร้านำมากตามไป ด้วย

6. คำถามที่ใช้เพื่อจับความคิดอัตโนมัติ (Identifying Automatic Thoughts) ในการตั้งคำถาม ผู้ป่วยนั้นก็เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดอัตโนมัติว่าคืออะไรและทำให้เกิดความรู้สึกอย่างไร โดยการถามเพื่อแยกแยะความคิดอัตโนมัติ (Identify Automatic Thoughts) นั้นอาจเริ่มจากอารมณ์ที่เกิดแล้วตามด้วยการถามความคิดอัตโนมัติ เพราะจะทำให้ง่ายต่อการเข้าถึงความคิดอัตโนมัติซึ่ง คำถามที่ใช้ถามมีดังนี้

- ตอนที่เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นคุณจำได้ไหมว่าคิดอะไรขึ้นมา?
- หรือตอนที่เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นคุณนึกเห็นภาพอะไร? ในการตั้งคำถามผู้ป่วยนั้นก็เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดอัตโนมัติว่าคืออะไรและทำให้เกิดความรู้สึก อย่างไร โดยการถามเพื่อแยกแยะความคิดอัตโนมัติ (Identify Automatic Thoughts) นั้น อาจเริ่มจาก อารมณ์ที่เกิดแล้วตามด้วยการถามความคิดอัตโนมัติ เพราะจะทำให้ง่ายต่อการเข้าถึงความคิดอัตโนมัติ

7. ความคิดอัตโนมัติที่เราสนใจที่สุด (Hot Thought/ Key Cognition) Hot Thought เป็นความคิดอัตโนมัติที่ควรได้รับความสนใจมากที่สุดเนื่องจากมีผลต่ออารมณ์มาก ที่สุด เช่น ในขณะที่เศร้าอาจมีความคิดหลายอย่างเกิดขึ้น ควรพิจารณาว่าความคิดไหนที่มีผลต่อความเศร้า มากที่สุด ซึ่ง hot thought เป็นความคิดที่จำเป็นต้องได้รับการปรับแก้ก่อนความคิดอื่น รูปแบบความคิดที่บิดเบือน (Thinking Errors) รูปแบบความคิดที่บิดเบือนมีหลายรูปแบบทั้งที่เป็นความคิดอัตโนมัติและความเชื่อมีดังนี้



1) All-or-nothing thinking (หรือเรียกว่า Black-and-White หรือPolarized หรือ Dichotomous Thinking) คือความคิดสุดขั้วในด้านใดด้านหนึ่ง เป็นดำหรือขาวไปหมด บวกหรือลบไปหมด โดยไม่สามารถมองอะไรกลาง ๆ ได้

- “ถ้าทำได้ไม่สมบูรณ์แบบอย่าทำอะไรดีกว่า”
- “ฉันพูดอะไรที่ไม่เข้าท่า ฉันเป็นผู้บ่่าบ่ดที่ไม่ได้เรื่องที่สุด”
- “ถ้าไม่รักฉันที่สุดในโลกก็ไม่ต้องมายุ่งเกี่ยวกับฉัน”

2) Catastrophizing เป็นความคิดแบบ Overgeneralization ที่รุนแรง เป็นการแปลสถานการณ์ หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีด เป็นความหายนะ

- “ถ้าฉันไม่หายปวดหลัง ฉันคงไม่สามารถมีความสุขไปชั่วชีวิต”
- “ถ้าเขาไปที่นั่นฉันคงหงุดหงิดแล้วทำอะไรต่อไม่ได้”
- “ตายแน่ๆ ตายแน่ๆ”

3) Disqualifying or discounting the positive ไม่พึงพอใจในสิ่งดีๆที่ตนมีหรือเป็นอยู่ เพราะให้ ความสำคัญสิ่งที่ไม่ดีมากกว่า

- “งานนี้เขาว่าฉันท าดีแต่ฉันว่าพล้ค”
- (สอบเลขได้ A แต่สอบฟิสิกส์ได้ C) “วิชาเลขไม่มีความหมายหรือเพราะได้ A ทุกที่ ผลสอบฟิสิกส์ต่างหากที่เรื่องใหญ่”

4) Emotional reasoning ใช้ความรู้สึกตัดสิน ดูเหมือนมีเหตุผล แต่เป็นเหตุผลที่มาจากอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง เช่น ลางสังหรณ์ หรือ “รู้สึกว่ามันต้องเป็น...แน่ ๆ”

- “ดูเหมือนอะไรจะเป็นไปได้ด้วยดีแต่ฉันก็ยังเชื่อว่าชีวิตมันแย่”
- “ฉันรู้สึกสิ้นหวังเพราะฉะนั้นอะไรก็ค้งไม่ดีขึ้นสำหรับฉัน”
- “ฉันรู้สึกไม่ค่อยดีกับการลงทุนครั้งนี้แปลว่ามันน่าจะม่รอด”

5) Labeling เป็นการตีตราตนเอง หรือ คนอื่นในทางลบ ไม่ว่าจะทำอะไรก็มักยึดติดกับความรู้สึกที่ตนได้ ตีตราไว้

- “เด็กโง่”
- “ปัญญาอ่อน”

6) Magnification/ Minimization เมื่อเกิดความผิดพลาดกับตนเองจะมองปัญหานั้นแบบขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง เรียกว่า Magnification และเมื่อมีเรื่องดีเกิดขึ้นก็มองข้อดีหรือความสำเร็จของ ตนเองเป็นเรื่องเล็ก ซึ่งเรียกความคิดลักษณะนี้ว่า Minimization

- “วันนี้ทำบุญแจกจ่ายอีกแล้ว ไม่ได้เรื่องซักอย่างเลยฉัน”
- “วันนี้เล่นดีแต่ไม่ได้แปลว่าพรุ่งนี้จะทำได้ดี”

7) Mental filter เลือกที่จะเชื่อหรือคิดในสิ่งที่ตนเองมีความเชื่อหรือคิด

- (คะแนนสอบ 7 วิชา: A A D A B A A) – “เฮงช่วยจริง ๆ เลยฉัน” (เนื่องจากเชื่อมาก่อน แล้วว่าตนเองไม่เก่งจึงมองเห็นแต่คะแนนวิชาที่ไม่ดีและละเลยวิชาที่คะแนนดี)

- (คุยโทรศัพท์ดีๆ กับแฟน 2 ชั่วโมงแฟนขอมองโทรศัพท์ไปทำงาน)
- “เขาไม่มีเวลาให้ฉัน”

8) Mind reading สรุปรูป เดา ในทางลบเกี่ยวกับความคิด โดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน

- “มองตาก็มองว่าเขาเกลียดฉัน”
- (คนโตะข้างๆ มาถามว่ากระโปรงตัวนี้ซื้อที่ไหน)
- “เขาถูกฉันว่าคงไม่มีปัญญาซื้อของใช้แพงๆ”

9) Overgeneralization การสรุปแบบเหมารวม ด่วนสรุปอย่างไม่มีหลักฐานหรือมี

หลักฐานเพียง เล็กน้อย

- (ไปงานเลี้ยงแล้วรู้สึกอึดอัด)
- “ฉันเป็นคนมีปัญหามนุษยสัมพันธ์”
- “อายุ 25 ยังหาแฟนไม่ได้ แปลว่าฉันคนชั่ว”

10) Personalization การสรุปเหตุการณ์เข้าหาตนเอง การแปลสถานการณ์ เหตุการณ์ หรือ พฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวยืนยันให้เห็นว่าตนไม่ดี หรือบางคนก็คิดตรงข้ามคือเมื่อเกิดเรื่องไม่ดีก็จะโทษคนอื่นเสมอโดยไม่พยายามคิดว่าตนเองก็มีส่วนเกี่ยวข้อง

- (อยากดูหนังแต่ซื้อตั๋วไม่ได้เพราะตั๋วเต็ม)
- “เออ! คนจนมันไม่ขายตั๋วให้”
- (หัวหน้าออกกฎเรื่องการใช้โทรศัพท์ในที่ทำงาน)
- “เขาหาเรื่องเล่นงานฉัน”

11) “Should” and “must” statements การคิดคาดหวังให้ตนเองหรือคนอื่นเป็นอย่างนั้น อย่างนี้ ตามที่ตนคาดหวังหรือความต้องการของตน

- “ฉันต้องพยายามให้ดีที่สุดในทุกอย่างที่ผมทำ”
- (อาจารย์) “นักเรียนควรตั้งใจเรียนเต็มร้อยทุกนาทีในห้องเรียน”

การปรับแก้ความคิด (Modifying Dysfunctional Thoughts)

1. Dysfunctional thought สามารถประเมินได้จาก 2 อย่าง คือ

1) ความถูกต้องตามความเป็นจริง (Validity) ของข้อมูล เช่น คุณแม่คนหนึ่งซึ่งมีความคิดว่าลูกไม่รักและไม่ต้องการตนแล้วทำให้เกิดความเศร้า เมื่อได้มาประเมินหลักฐานต่างๆ แล้วก็พบว่าความคิดนี้อาจบิดเบือนไป เนื่องจากลูกก็ยังเอาใจใส่แม่ดีอยู่เพียงแต่ช่วงนั้นลูกอาจจะงานยุ่งมากซึ่งเมื่อได้ปรับแก้ความคิดแล้วก็ช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น

2) ประโยชน์ (Utility) ของข้อมูลหรือความคิดบางอย่างอาจตรงหรือถูกต้องตามความเป็นจริง แต่ไม่มีประโยชน์ เช่น คนทำงานในช่วงที่มีงานมากๆ อาจมี Automatic Thought ขึ้นมาว่า “โน่นก็ยังไม่ทำ นี่ก็ยังไม่ทำ แย่แน่เลย” ซึ่งเป็นความจริงและ Valid เพราะงานหลายอย่างก็ยังไม่สามารถทำได้ทำจริง และถ้า ทำงานไม่เสร็จก็อาจเดือดร้อนได้จริงๆ แต่ปัญหาคือยิ่งคิดก็ยิ่งเครียด แล้วก็ทำงานได้น้อยลง ซึ่งไม่เป็น ประโยชน์ต่อการทำงานเลย จึงควรเปลี่ยนเป็นความคิดที่ดีมีประโยชน์กว่า เช่น “งานเยอะก็ค่อยๆ ทำเดี๋ยวก็ เสร็จ” จะเป็นผลดีต่อการทำงานมากกว่า

## 2. เทคนิคการปรับความคิด โดยสรุปมีดังนี้

- 1) การตั้งคำถาม ผู้บำบัดจะใช้ทักษะการถามเพื่อทดสอบความมีเหตุผลในกระบวนการคิดของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดพยายามให้ผู้ป่วยคิดหาทางออกด้วยตนเอง
- 2) ใช้แบบฟอร์มความคิดอัตโนมัติ เพื่อบันทึกเหตุการณ์ ความคิดอัตโนมัติ ผลที่เกิดขึ้น และการตอบสนองที่ผู้ป่วยใช้
- 3) การหันเหความสนใจ การฝึกหันเหความสนใจหรือการพยายามนึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดความสุข อาจช่วยให้สามารถหยุดความคิดทางลบของผู้ป่วยได้
- 4) การพิจารณาข้อดีข้อเสียของการที่จะคงความคิดทางลบนั่นไว้ และให้ผู้ผู้ป่วยทดลองทำตามความคิดใหม่
- 5) ชี้ให้ผู้ผู้ป่วยเห็นว่าปัญหาไม่ใช่เกิดจากตัวผู้ป่วย และให้พยายามคิดแบบเป็นกลาง ไม่สุดขั้ว ไปด้วยกันด้านหนึ่ง
- 6) ฝึกให้ผู้ผู้ป่วยแปลการรับรู้ใหม่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งหากเปลี่ยนมุมมองของการรับรู้ จะ ช่วยให้เกิดความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางที่ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงได้

## 3. การตั้งคำถามกับความคิด (Questioning Thoughts) วิธีการตั้งคำถามกับความคิดมีดังนี้

- 1) อะไรทำให้คิดอย่างนั้น?
  - หลักฐานสนับสนุน เป็นการหาว่าสิ่งที่ทำให้คิดอย่างนั้นคืออะไร มีหลักฐานหรือเหตุผล อะไร?
  - หลักฐานคัดค้าน เป็นการคิดในทางตรงกันข้ามว่ามีหลักฐานไปในอีกทางหนึ่งไหม?
- 2) มีคำอธิบายอื่น ๆ ที่เป็นทางเลือก (Alternative Explanations) หรือไม่?
- 3) ถ้าเป็นอย่างที่คิดจริงๆ สิ่งแย่ที่สุดที่เป็นไปได้คืออะไร?
  - อะไรทำให้เชื่ออย่างนั้น?
  - แล้วถ้าเป็นอย่างนั้นจริงจะรับได้แค่ไหน? จะดำเนินชีวิตต่อไปได้ไหม?
  - สิ่งดีที่สุดในที่เป็นไปได้คืออะไร?
  - แล้วผลลัพธ์ที่น่าจะเป็นไปได้มากที่สุด (Most Realistic Outcome) คืออะไร?
- 4) ถ้าเราเชื่อความคิดนี้จะมีผลอะไรกับชีวิตเรา?
  - แต่ถ้าเราเปลี่ยนความคิดจะเกิดผลอะไรขึ้น?
- 5) ถ้าอย่างนั้น สรุปว่าจะ “เชื่อ” และ “ทำ” อย่างไรดี? การประยุกต์ใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ของเบคและคณะ (Beck et al., 1979) มาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) และเทคนิคบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) คุณลักษณะของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญ ที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการรักษา ผู้บำบัดต้องมีความอบอุ่น ยอมรับและเข้าใจประสบการณ์ชีวิต ของผู้ป่วยด้วยความจริงใจ มีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและต่อผู้ป่วยจะต้องมีความสามารถในการใช้ทักษะและ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจะต้องมีการกำหนดระเบียบวาระก่อนเริ่มต้นในแต่ละครั้งและมีการสอนทักษะใหม่ ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดจะต้องมีส่วนร่วมมือกันในการดำเนินการบำบัด

ส่วนประกอบของการบำบัดทาง พฤติกรรมความคิดประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Sadock&Sadock, 2003 ; สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

ขั้นตอนที่ 1 การสอนผู้ป่วย (Didactic Aspects) หมายถึง ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแบบแผนความคิดของผู้ป่วย (Cognitive triad) โครงสร้างทางความคิด (Schema) ที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดจะต้องบอกผู้ป่วยให้รู้ถึงวิธีการและตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับความคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่งและร่วมกันทดสอบสมมติฐานที่ตั้งขึ้น และอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ซึมเศร้า กับความคิด อารมณ์และ พฤติกรรม และเหตุผลของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

ขั้นตอนที่ 2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Technique) มี 4 ขั้นตอน คือ

1. การสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Eliciting Automatic Thought) ของผู้ป่วย หรือการ ค้นหา Automatic Thought ผู้บำบัดควรให้ผู้ป่วยสังเกตผลที่เกิดขึ้นภายหลังเหตุการณ์ภายนอกที่มากระตุ้น ผู้ป่วยอาจรายงานถึงเหตุการณ์ต่างๆที่ทำให้ไม่สบายใจอย่างไม่มีเหตุผลอธิบาย โดยใช้การบันทึกด้วยตนเอง การบันทึกดังกล่าวสามารถนำมาวิเคราะห์ถึงระบบความคิดและเนื้อหาของความคิดได้ นอกจากนี้ยังสามารถ อธิบายกระบวนการทางความคิดที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคลได้

2. การตั้งคำถามกับความคิด (Questioning Thoughts) วิธีการตั้งคำถามกับความคิดมีดังนี้

1) อะไรทำให้คิดอย่างนั้น?

- หลักฐานสนับสนุน เป็นการหาว่าสิ่งที่ทำให้คิดอย่างนี้คืออะไร มีหลักฐานหรือเหตุผลอะไร?

- หลักฐานคัดค้าน เป็นการคิดในทางตรงกันข้ามว่ามีหลักฐานไปในอีกทางหนึ่ง

ไหม?

2) มีคำอธิบายอื่น ๆ ที่เป็นทางเลือก (Alternative Explanations) หรือไม่?

3) ถ้าเป็นอย่างที่คิดจริงๆ สิ่งแย่ที่สุดที่เป็นไปได้คืออะไร?

- อะไรทำให้เชื่ออย่างนั้น?

- แล้วถ้าเป็นอย่างนั้นจริงจะรับได้แค่ไหน? จะดำเนินชีวิตต่อไปได้ไหม?

- สิ่งดีที่สุดในที่เป็นไปได้คืออะไร?

- แล้วผลลัพธ์ที่น่าจะเป็นไปได้มากที่สุด (Most Realistic Outcome) คืออะไร?

4) ถ้าเราเชื่อความคิดนี้จะมีผลอะไรกับชีวิตเรา?

- แต่ถ้าเราเปลี่ยนความคิดจะเกิดผลอะไรขึ้น?

5) ถ้าอย่างนั้น สรุปว่าจะ “เชื่อ” และ “ทำ” อย่างไรดี? การบันทึกดังกล่าวสามารถนำมาวิเคราะห์ถึงระบบความคิดและเนื้อหาของความคิดได้ นอกจากนี้ยังสามารถ อธิบายกระบวนการทางความคิดที่มี

ต่อพฤติกรรมของบุคคลได้ การประยุกต์ใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Beck et al.,1979) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสอนผู้ป่วย (Didactic) เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive technique) และเทคนิคบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior technique) คุณลักษณะของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญ ที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการรักษาผู้บำบัดต้องมีความอบอุ่น ยอมรับและเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยด้วยความจริงใจ มีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและต่อผู้ป่วยจะต้องมีความสามารถในการใช้ทักษะและการ มีปฏิสัมพันธ์ไปกับผู้ป่วยจะต้องมีการกำหนดระเบียบวาระก่อนเริ่มต้นในแต่ละครั้งและมีการสอนทักษะใหม่ ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดจะต้องมีส่วนร่วมด้วยกัน

ในการดำเนินการบำบัด ส่วนประกอบของการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิดประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Sadock&Sadock, 2003; สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

1. การทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Testing Automatic Thought) ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นครูช่วยผู้ป่วยทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติว่ามีความสมเหตุสมผลเพียงใดและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ (Alternative Possible Interpretation) หรือเป็นการค้นหาความคาดหวังของผู้ป่วยว่าถูกต้องสมเหตุสมผลเพียงใด ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาดเกินความจริงที่มักจะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ การตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติช่วยให้ผู้ป่วยมีการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ความคิด ทศนคติ การให้ความหมายของผู้ป่วยต่อปัญหา หรือสถานการณ์นั้นๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม มุ่งแต่จะโทษตนเอง ให้ ตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน

2. การพิสูจน์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (Identifying Maladaptive Assumption) ในขณะที่ผู้ป่วยและผู้บำบัดช่วยกันสกัดและทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ผู้บำบัดมักจะพบมูลบท หรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมที่มีอยู่ในความคิด การเข้าใจของผู้ป่วยยึดมูลบทหรือข้อสันนิษฐานเป็นเกณฑ์ ในการดำเนินชีวิตจนเกิดความคิดอัตโนมัติที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลวและมีอารมณ์ซึมเศร้าตามมา ในขั้นตอนนี้จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อให้มีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความจริงมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนความคิดได้จากปัจจัยเหตุของปัญหาและต่อผลลัพธ์ของปัญหา

3. การวิเคราะห์มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (Analyzing Maladaptive Assumption) ขั้นตอนนี้คล้ายกับการทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ คือเป็นการที่ผู้บำบัดช่วยผู้ป่วยทดสอบว่า มูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ผู้ป่วยมีนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง ในขั้นตอนนี้จะมีวิธีการอีกวิธีหนึ่งคือการชวนผู้ป่วยให้ป้องกันตนเองว่ายังมีมูลบทหรือข้อสันนิษฐานที่ต้ออย่างอื่น ในขั้นตอนนี้เบคและคณะ (Beck et al.,1979) กล่าวว่าเป็นการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ โดย มีการเข้าใจและแยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบ และค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เป็นวิธีการเพื่อให้ ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ มีลักษณะความคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น

ขั้นตอนที่ 3 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Technique) เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอยู่ด้วยกันหลายเทคนิค (Beck et al.,1979) เช่น

1. กระตุ้น ในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดอาการเฉื่อยชา หมกมุ่นกับความคิดทางลบของตนเอง ลดความคิดที่ว่าไม่สามารถ ในการทำสิ่งต่างๆ

2. การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิด (Thought Stopping) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้เกิดทักษะใหม่ในการควบคุมความคิดและสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม สมเหตุสมผล เนื่องจาก ปัญหาของผู้ป่วยบางปัญหาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดความคิดได้ หรือเลิกคิดได้ยาก เทคนิคการหยุด ความคิด สามารถใช้ได้ตีความคิดที่เป็นปัญหา เมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดความคิดนั้นได้แล้ว จึงให้ผู้ผู้ป่วย นำไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง

3. การให้คะแนนความสำเร็จ และความพึงพอใจในการทำกิจกรรม (Master and Pleasure Technique) เป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ดีขึ้น

4. การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (Graded Task Assignment) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะคิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถทำงานตามที่วางแผนได้สามารถประเมิน หรือ สถานการณ์นั้นๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม มุ่งแต่จะโทษตนเองให้ ตระหนักถึง ความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน 20 20 ความสำเร็จและความพอใจในการทำ กิจกรรม การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอนจะต้องมีการประเมิน ความสามารถของผู้รับการบำบัดก่อนแล้วจึง มอบหมายงานที่เหมาะสม

5. การทำการบ้าน (Homework) ผู้บำบัดใช้เทคนิคของการมอบหมายการบ้าน เพื่อให้ ผู้ป่วยได้ เรียนรู้ หรือมีทักษะใหม่ๆ เพราะการที่ผู้ป่วยได้หัดทำแทนการฟังและพูดในการบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยทำการบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การควบคุมอาการของตน

ดังนั้นการบำบัดฟื้นฟูด้วยการนำแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการฟื้นฟู ผู้ป่วยติดยาที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสูง มาใช้เป็นแนวทางในการบำบัด คือ ถ้าสามารถประเมิน (Evaluate) ความคิดให้ถูกต้อง ตามความเป็นจริงหรืออยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ (Realistic) อาการเกี่ยวกับ อารมณ์ (Emotion) พฤติกรรม (Behavior) ของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น โดยขั้นตอนคือ การทำให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนว่า ความคิดนั้นมีความผิดปกติอย่างไร ให้การประเมินและช่วยแก้ไขให้ดีขึ้น CBT เป็นการรักษาที่ใช้การผสมผสาน ระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม ซึ่งใน การรักษาโดยวิธีนี้ผู้บำบัดทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้ป่วย เข้าใจรูปแบบต่างๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรม ที่ผิดปกติ โดยการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกติ อย่างเป็นระบบ ประกอบกับการให้ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรม ต่างๆ เป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้เขาประเมิน ปรับเปลี่ยน ความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วย ตนเอง Cognitive therapy เป็นจิตบำบัด (Psychotherapy) แขนงหนึ่งที่มีมุ่งความสนใจที่ความคิดที่บิดเบือน (Dysfunctional Thinking) โดยเฉพาะโรคต่างๆที่เกี่ยวข้องกับ ความคิดที่บิดเบือนไป และการที่คนรู้สึกคิด หรือมีพฤติกรรมอย่างไรมัน เกิดจากการที่บุคคลเติบโตหรือมี ประสบการณ์มาอย่างไรความคิดที่บิดเบือนใน ระดับของความคิดอัตโนมัติ หากสามารถเข้าใจและแก้ไขได้อาการ ของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น แต่ถ้าหากแก้ไขได้ใน ระดับของความเชื่อก็ยิ่งจะทำให้อาการดีขึ้นอย่างคงทนยาวนาน

## บทที่ 4

### กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยชายติดยาบ้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้แนวคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม(CBT) ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยวัยรุ่น อายุ 19 ปี รูปร่างสมส่วน ส่วนสูง 165 เซนติเมตร น้ำหนัก 52 กิโลกรัม สถานภาพโสด เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ ระดับการศึกษา ม.3 อาชีพว่างงาน ที่อยู่ปัจจุบัน 196/10 หมู่ 1 ตำบลหนองแสง อำเภอ วาปีพุม จังหวัดมหาสารคาม สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นในระบบสมัครใจ เป็นรูปแบบผู้ป่วยนอกเมื่อปี 2564 จำนวน 1 ครั้ง หลังได้รับยาไปกินที่บ้านผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและยังคงกลับไปเสพยาบ้าอย่างต่อเนื่อง จนถึงปัจจุบันผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวรุนแรง เดินออกนอกบ้านร้องตะโกนโวยวาย ขว้างปาอาวุธข้าวของใส่ชาวบ้านในหมู่บ้าน ครั้งนี้มารดาแจ้งความให้ตำรวจจับกุมตัวมาส่งโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2566 วันที่ได้รับไว้ในความดูแล ระหว่างวันที่ 9 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 29 ธันวาคม 2566 จำหน่ายกลับบ้านด้วยแพทย์อนุญาต

แหล่งข้อมูล : จากการซักประวัติผู้ป่วย ญาติ และแฟ้มประวัติผู้ป่วย

#### 2. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย

**การวินิจฉัยแรกรับ - F15.3 : Amphetamine Withdrawal :** ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการเสพยากระตุ้นระบบประสาทอันรวมทั้งกาแฟ (Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine Withdrawal state.)

**การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย - F15.2 : Amphetamine Dependence :** ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยากระตุ้นระบบประสาทอันรวมทั้งกาแฟ (Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine Withdrawal state.)

#### 3. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้าจำนวน 7 เม็ด เสพทั้งวันเรื่อยมา มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าวรุนแรง กลางคืนไม่ยอมนอน ประสาทหลอน เดินออกนอกบ้านร้องตะโกนโวยวาย ขว้างปาอาวุธ ใส่ชาวบ้านในหมู่บ้าน ช่มชู่จะฆ่าคนรอบข้าง มารดาแจ้งความให้ตำรวจจับกุมตัวมาส่งโรงพยาบาลธัญญารักษ์ผู้ป่วยปฏิเสธการอยู่บำบัดรักษา

#### 4. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วยเริ่มเสพยาเสพติด ตั้งแต่อายุ 14 ปี ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลอง เริ่มเสพยาบ้าโดยวิธีการสูบใช้ครั้งละ 1/2 เม็ด ใช้สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ผู้ป่วยเสพต่อเนื่องทุกวันและเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อย ครั้งละ 4-5 เม็ดต่อครั้ง เสพทุกวัน มีประวัติเคยเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นเมื่อปี 2564 โดยมารดาได้พาผู้ป่วยมารับการรักษา ได้รับยากลับไปกินที่บ้านและนัดมาติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยไม่เคยพยายามหยุดเสพยาบ้าเรื่อยมา จนมีอาการก้าวร้าวรุนแรง ประสาทหลอนเดินออกนอกบ้านร้องตะโกนโวยวาย ขว้างปาอาวุธ ใส่ชาวบ้านในหมู่บ้าน ไม่มีใครสามารถห้ามปรามหรือตักเตือนผู้ป่วยได้ มารดาจึงแจ้งความ

ให้ตำรวจจับกุมตัวมาส่งโรงพยาบาลธัญญารักษ์ผู้ป่วยปฏิเสธการอยู่บำบัดรักษา มีเหตุหงุดหงิด ด่าทอเจ้าหน้าที่ ไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาได้รับยาฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อให้อาการสงบ ดูแลในห้องแยกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและลดผลกระทบกับผู้ป่วยรายอื่นๆ และนำส่งเข้ารับการถอนพิษยาที่ตึกถอนพิษยาเสพติด เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2566

## 5. ประวัติการใช้สารเสพติด

ผู้ป่วยเริ่มเสพยาเสพติดยาบ้าตั้งแต่อายุ 14 ปี ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลอง เริ่มเสพยาบ้าโดยวิธีการสูบ ใช้ครั้งละ 1/2 เม็ด ใช้สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง มีอาการหิวแหว่ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ หงุดหงิดง่าย มารดาจึงพาผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นในรูปแบบผู้ป่วยนอกเมื่อปี 2564 ได้รับยากลับไปกินที่บ้านผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และมีแอบกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ 6 เดือนก่อนมาผู้ป่วยเพิ่มปริมาณการเสพยาบ้ามากขึ้น เป็นครั้งละ 4-5 เม็ด และเริ่มเสพทุกวัน ล่าสุด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลเริ่มมีอาการก้าวร้าวรุนแรง กลางคืนไม่ยอมนอน ประสาทหลอน เดินออกนอกบ้านร้องตะโกนโวยวาย ขว้างปาอาวุธ ใส่ชาวบ้านในหมู่บ้าน ชมชู่จะฆ่าคนรอบข้าง จะทำร้ายมารดา มารดาจึงได้แจ้งความให้ตำรวจจับกุมตัวนำมาส่งโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

## 6. ประวัติส่วนตัว และลักษณะนิสัย

ผู้ป่วยเป็นคนชอบความสนุกสนาน ชอบเที่ยวเตร่กับเพื่อน อารมณ์หงุดหงิดง่าย ขี้น้อยใจ เอาแต่ใจตนเอง มีความรู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำ มักคิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่เก่ง คนในครอบครัวไม่สนใจ มักคบหากับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเพื่อนในชุมชนที่ใช้ยาเสพติดด้วยกัน ด้านพฤติกรรมทางเพศผู้ป่วย มีแฟนหลายคน คบเปลี่ยนคนบ่อยครั้ง เมื่อใช้ยาเสพติด มั่วสุม เรื่องเพศ ไม่ได้ป้องกัน หนีออกจากบ้านบ่อยครั้ง ประวัติด้านการเรียนหนังสือในโรงเรียน ตามหลักสูตรของกระทรวง ศึกษาธิการ ผู้ป่วยเรียนอยู่ชั้น ม. 2 แต่ไม่จบ ม.3 ผู้ป่วยอ่านเขียนหนังสือได้ ไม่มีอาชีพ ช่วยมารดาทำร้านถ่ายรูปและถ่ายเอกสาร ส่วนพี่สาวแยกไปเรียนอีกแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม

## 7. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

- ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยทางกาย โรคประจำตัว
- มีประวัติติดโรค โควิด 19 กักตัว 10 วันที่ 12-22 พฤศจิกายน 2566 ที่ศูนย์กัก ตัวโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
- ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร
- ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุและการผ่าตัด

## 8. ประวัติครอบครัว บิดากับมารดาผู้ป่วย

บิดาและมารดาแยกทางกัน บิดาไปมีภรรยาใหม่ โดยผู้ป่วยมีพี่น้อง 2 คน พ่อแม่เดียวกัน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 2 บิดาไม่ได้เลี้ยงดูผู้ป่วย ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับมารดาและพี่สาว มารดาประกอบอาชีพเปิดร้านถ่ายรูปและถ่ายเอกสารในอำเภอที่บ้าน มีรายได้เดือนละ 25,000 - 30,000 บาท ผู้ป่วยจะขอเงินจากครอบครัวในการใช้จ่าย และบางครั้งจะขโมยเงินของมารดาจากการทำกิจการของมารดา ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ไม่ค่อยราบรื่น บิดามารดามีปัญหาบ่อยครั้งจนแยกกันอยู่กับครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ห่างเหิน ผู้ป่วยมองว่าตนเองขาดที่พึ่ง ผู้ป่วยจะสนิทกับพี่สาว เมื่อพี่สาวแยกไปเรียนต่อจึงทำให้สัมพันธ์ภาพเริ่มห่างเหิน ผู้ป่วยมีปัญหทะเลาะกับมารดาบ่อยครั้งเรื่องผู้ป่วยไปใช้ยาเสพติดและไปเที่ยวกับแฟน มั่วสุมเรื่องเพศ ห้ามปรามไม่ฟัง สมาชิกในครอบครัว ปฏิเสธการใช้ยาและสารเสพติดทุกชนิด



## 9. ประวัติคดีความ

มีประวัติทางคดีความ เรื่องยาเสพติด และทะเลาะวิวาท เมื่อ เดือน พฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2564  
การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ

### 9.1 การประเมินทางชีวภาพ

- อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส
- ชีพจร 92 ครั้ง/นาที
- การหายใจ 18 ครั้ง/นาที
- ความดันโลหิต 123/81 มิลลิเมตรปรอท
- น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI 24 น้ำหนักเกณฑ์ปกติ

### 9.2 การประเมินสภาพโดยทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทยวัยรุ่น ลักษณะโดยทั่วไป รูปร่างสมส่วน ผิวสีดําแดง สีหน้าท่าทาง ไม่สดชื่น ไม่เต็มใจบำบัดรักษา ต่อรองระยะเวลาการบำบัดรักษา หงุดหงิด ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

## 10. การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ วันที่ 9 สิงหาคม 2566

### 10.1 ผิวหนัง

- ลักษณะผิวหนังแห้งสะอาด มีรอยแผลเป็นบริเวณแขนซ้ายเป็นรอยกรีดประมาณ 1 ครั้ง ยาวประมาณ 2.5 เซนติเมตร เล็บมือ เล็บเท้าสะอาด

### 10.2 ศีรษะ ใบหน้า ลำคอและทรวงอก

**ศีรษะ :** ขนาดของศีรษะปกติ สมมาตรกัน ผมสีดํา ตัดสั้น สะอาด การกระจาย ของเส้นผมปกติ หนึ่งศีรษะไม่มีผื่น ไม่มีรังแค มีรอยแผลเป็นเย็บที่ศีรษะด้านซ้าย ยาว 2.5 เซนติเมตร ต่อน้ำเหลืองบริเวณท้ายทอย ไม่มีโต

**ใบหน้า :** รูปร่างปกติเหมือนกันทั้งสองข้าง ไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ใบหน้า

**ตา :** ตาทั้งสองข้างมองเห็นปกติ หนึ่งตาไม่ตก ไม่บวม การเคลื่อนไหวของลูกตา ปกติเยื่อぶตาไม่ซีด ตาขาวไม่เหลือง รูม่านตากกลมดำขนาด 2.5 มิลลิเมตร เท่ากันทั้งสองข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ

**หู :** รูปร่างใบหูทั้งสองข้างปกติ การได้ยินเสียงปกติ ปกติ ไม่มีรอยโรค ไม่พบ ก้อนเนื้องอกบริเวณหูด้านนอก หูทั้งสองข้างสมมาตรกันดี ไม่มีรอยถลอกหรือการอักเสบ ไม่มี discharge ออกจากหู

**จมูก :** เยื่อจมูกสีชมพูผนังกันจมูกอยู่ตรงกลาง ไม่มีของเหลวออกจากจมูก แผล หรือจุดเลือดออก

**ปากและช่องคอ :** ริมฝีปากค่อนข้างคล้ำ เยื่อบุปากค่อนข้างซีด ไม่มีแผล เหงือก ปกติสีค่อนข้างซีด ไม่มีฟันผุ ไม่มีฝ้าที่ลิ้น ต่อมทอนซิลไม่โต ช่องคอไม่พบสิ่งผิดปกติ

**คอ :** หลอดลมอยู่ตรงกึ่งกลาง ตั้งสมมาตรกับลำตัว ต่อมไทรอยด์คล้ำไม่โต คอ ไม่แข็ง การเคลื่อนไหวปกติ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ และใต้คางไม่โตทรวงอก และทางเดินหายใจ

**ลักษณะทั่วไปของทรวงอกปกติ :** การหายใจเข้า ออกปกติ ทรวงอกขยาย เท่ากัน 2 ข้าง การหายใจสะดวก อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที คลำทรวงอกในส่วนต่างๆ ไม่พบ ก้อน กดไม่เจ็บ การเคาะปอดได้ยินเสียง resonance, breath sound ของปอดทั้งสองข้างดังเท่ากัน ไม่มีเสียง crepitation

### 10.3 ระบบหัวใจ และหลอดเลือด

เส้นโลหิตดำที่คอไม่โป่ง หัวใจเต้นแรงสม่ำเสมอ ได้ยินเสียงชัดเจน อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/81 mmHg ไม่มีเสียง murmur คลำชีพจรได้ ชัดเจน

### 10.4 ระบบทางเดินอาหาร และท้อง

หน้าท้องราบเหมือนกันทั้งสองข้าง ไม่โป่งพอง ไม่เห็นเส้นโลหิตดำหรือจุด เลือดออก ไม่มีแผลเป็น เสียงลำไส้ปกติเคาะท้องเสียงกังวานทั่วไป หน้าท้องคลำไม่พบก้อน ตับม้าม ไม่โต กดไม่เจ็บ ต่อม้ำเหลืองขาหนีบ ไม่โต

### 10.5 ระบบประสาท

การทรงตัวดี ลักษณะการพูดปกติ ถ้ามองตรงคำถาม การเคลื่อนไหวของแขน ขาปกติระบบ motor กล้ามเนื้อ ไม่อ่อนแรงหรือตื้อ แขนขาไม่สั่น ทำเดินปกติประสาทสัมผัสการ รับความรู้สึกเจ็บปวด สัมผัสเย็น และสัมผัสเบาๆ ปกติ

### 10.6 ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก

ความตึงตัวของกล้ามเนื้อตึงตัวดีกล้ามเนื้อไม่ลีบ กระดูกสันหลัง สะโพก ปกติ ลักษณะของข้อและการเคลื่อนไหวปกติการเคลื่อนไหวของข้อนิ้วมือ ข้อมือ ข้อศอก ข้อไหล่ ข้อเข่า ข้อเท้า และนิ้วเท้าปกติ

### 10.7 ระบบการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ

- ปัสสาวะสีเหลืองอ่อนปกติ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด กระปริดกระปรอย
- อุจจาระปกติ

### 10.8 ระบบสืบพันธุ์

- ปกติ ไม่มีลักษณะบวม

## 11. การตรวจสุขภาพจิต : MENTAL STATUS EXAMINATION วันที่ 11 สิงหาคม 2566

11.1 General : ผู้ป่วยชายไทย วัยรุ่น รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ตัดผมสั้น ผมสีดำ แต่งกายชุดผู้ป่วยเหมาะสม สะอาด ทำทางเป็นมิตร สีหน้าไม่สดชื่น ทำทางการเคลื่อนไหวปกติ

11.2 Speech : normal speed (พูดคุยเสียงดัง น้ำเสียงชัดเจน ถ้ามองตรงประเด็น คำถาม กระแสความคิด ต่อเนื่อง)

11.3 Affective and MOOD (อารมณ์และการแสดงออก) : appropriate การแสดงออก ด้านอารมณ์สอดคล้องกับเรื่องที่พูด ขณะพูดสีหน้าไม่สดชื่น

11.4 Thought (ความคิด) : ไม่มีความคิดหลงผิด ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง/ ไม่มีความคิด อยากรฆ่าตัวตาย

11.5 Perception (การรับรู้) : ปกติ ไม่มีอาการ หูแว่ว ประสาทหลอน

11.6 Orientation : good to time place person (รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ได้ถูกต้อง )

Time : ผู้ป่วยบอก วัน เดือน ปี และบอกช่วงเวลาได้ถูกต้อง

Place : ผู้ป่วยบอกสถานที่อยู่ขณะรักษาได้ถูกต้อง

Person : ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าคนที่ตนเองกำลังคุยด้วยเป็นพยาบาลที่ปรึกษา

### 11.7 Memory

Remote memory : สามารถเล่าเรื่องลำดับเหตุการณ์ในอดีตได้ เล่าประวัติการใช้ ยาเสพติด ตามลำดับช่วงอายุได้ สามารถบอกวันเดือนปีเกิดได้

Recent memory : บอกอาหารมื้อเช้า มื้อเที่ยงได้ถูกต้อง

Recall memory : ให้จำ “ดอกไม้เครื่องบิน สุนัข” จำได้ 2 อย่าง เมื่อเวลาผ่านไป แล้ว กลับมา ย้อนถามใหม่ (ประมาณ 5 นาที)

**11.8 Attention & concentration** : สามารถลบเลข จาก 100 – 7 ไปเรื่อยๆ ได้ถูกต้อง 2 ครั้ง ติดต่อกันและ 20 - 3 ถูกต้อง 2 ครั้ง ครั้งต่อไปผู้ป่วยคิดนาน และตอบไม่ถูกต้อง

Digit forward : สามารถพูดตัวเลขตามได้จนถึง 5 หลัก

Digit backward : สามารถพูดทวนตัวเลขได้ 3 หลัก

General Knowledge and abstract thinking : บอกชื่อนายกรัฐมนตรีคนที่ผ่าน มาได้ถูกต้อง คำถามเปรียบเทียบ ความต่าง กลางวันกับกลางคืน มีดกับสว่าน = abstract

โพธิ์กับต้นมะเขือ เป็นต้นเล็กกับต้นใหญ่ = concrete

เด็กกับคนแคระ ต่างกันที่อายุ = abstract

**สรุป** : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract 2 ข้อ concrete 1 ข้อ คำถามเปรียบเทียบความเหมือน สัมกับ กล้วย เป็นผลไม้เหมือนกัน = abstract เรือกับเครื่องบิน สามารถโดยสารได้ทั้งคู่ = abstract หมา กับแมว มี 4 ขา เหมือนกัน = concrete **สรุป** : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract 2 ข้อ concrete 1 ข้อ อธิบายสุภาษิตคำพังเพย น้ำขึ้นให้ รีบตัก = สิ่งดีๆเข้ามาต้องรีบไขว่คว้า = abstract หนีเสือปะจระเข้ = หนีสิ่งที่ไม่ดีไปเจอสิ่งที่ไม่ดีกว่า = abstract ช้างจับตักแตน = ทำไม่คุ้มค่า = abstract

**สรุป** : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract 3 ข้อ

### 11.9 Judgement (การตัดสินใจ) จากสถานการณ์

- ถ้าพบของจดหมายที่เจ้าหน้าที่ซองและปิดแสตมป์แล้ว ตอบว่าจะเปิดดู : ตัดสินใจ เหมาะสม
- ล้อคประตูบ้านแล้วลืมกุญแจไว้ในบ้าน ตอบว่าจะพังประตูบ้าน : ตัดสินใจไม่ เหมาะสม
- พบเหตุการณ์ไฟไหม้ในโรงหนัง ตอบว่าวิ่งหนี : ตัดสินใจไม่เหมาะสม

**11.10 Insight** : ผู้ป่วยคิดว่าการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดแล้วเลิกยาก ไม่สามารถเลิก ได้ด้วย ตนเอง ต้องบำบัดรักษา การติดยาเสพติดทำให้การทำงานหน้าที่ของครอบครัวไม่สมบูรณ์ และทำลายทุกสิ่งรอบนี้ อยากรู้ให้ได้ว่าเพื่อครอบครัว

**สรุป** Intellectual Insight ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง ยอมรับว่าตนเองติดยาเสพติด ต้อง ได้รับการรักษา สรุปสาเหตุการเกิดอาการหูแว่ว ประสาทหลอน มีผลมาจากการใช้ยาเสพติดในปริมาณมาก ติดต่อกัน เป็นเวลานาน

## 12. ประเมินแบบแผนสุขภาพ ประเมินโดยใช้กรอบแนวคิด ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน

1) แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (health perception and health management pattern) ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบัน เกี่ยวกับโรคอาการที่เป็นอยู่ตามรายละเอียด ดังนี้

- 1.1) โรคประจำตัว : ไม่มี
- 1.2) ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้ประจำ : ไม่มี
- 1.3) การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย : จะซื้อยากินเอง ถ้าไม่หายจะไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน
- 1.4) ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย : มารดาและพี่สาว
- 1.5) การรักษา : รักษาเย็บแผลที่โรงพยาบาลรัฐรักษาก่อนแค้น จำนวน 2 ครั้ง เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 1 ครั้งและครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 ซึ่งได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
- 1.6) การผ่าตัด : ปฏิเสธการผ่าตัด
- 1.7) ความรู้สึกรู้สึต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยยอมรับว่าเป็นปัญหาอยู่ในระดับรุนแรง ทำให้เกิดปัญหาในครอบครัว รวมถึงตนเองไม่ได้เรียนต่อเหมือนเพื่อนรุ่นเดียวกัน
- 1.8) สิ่งเสพติดที่ใช้ - ใช้น้ำยา 4-5 เม็ด/วัน ทุกวัน - ร่วมกับการดื่มสุรานานๆครั้งตามเทศกาล

**สรุปผล** แบบแผนที่ 1 : การรับรู้ปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองปกติ

2) แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (nutritional metabolic pattern)

- 2.1) การรับประทานอาหาร : รับประทานอาหารเองช่วยเหลือตัวเองได้
- 2.2) ปัญหาในการรับประทานอาหาร : ไม่มี
- 2.3) รสชาติอาหารที่ชอบ : อาหารรสจัด
- 2.4) การดื่มน้ำ : วันละ 6-8 แก้ว
- 2.5) น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI 24 น้ำหนักเกณฑ์ปกติ
- 2.6) สุขภาพของผิวหนัง เล็บ ผม : ปกติ
- 2.7) ระบบย่อยอาหาร : ปกติ

**สรุปผล** แบบแผนที่ 2 : ปกติ

3) แบบแผนการขับถ่าย (elimination pattern)

- 12.3.1) ปัสสาวะ : 4-5 ครั้ง/วัน ลักษณะปกติสีเหลืองใส
- 12.3.2) อุจจาระ : ถ่ายปกติทุกวัน วันละ 1 ครั้ง ไม่ใช้ยาระบาย
- 12.3.3) การสูญเสียเหงื่อ : ปกติ

**สรุปผล** แบบแผนที่ 3 : ปกติ

14) แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย (activity exercise pattern)

- 4.1) การเคลื่อนไหว : ปกติ
- 4.2) การทำกิจวัตรประจำวัน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง
- 4.3) การออกกำลังกาย : ปกติไม่ออกกำลังกาย
- 4.4) งานอดิเรกที่ทำ : ช่วยมารดาทำงานที่ร้านเป็นบางครั้ง

**สรุปผล** แบบแผนที่ 4 : ปกติ

5) แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน (sleep rest pattern)

- 5.1) ลักษณะของการหลับ : นอนหลับปกติแต่ในช่วงที่ไข้ยาเสพติด นอนหลับไม่สนิท
- 5.2) คุณภาพการนอนหลับ : นอนหลับสนิท ประมาณ 5-6 ชม./วัน ช่วงเวลา 24.00น. ถึง 06.00 น. ในช่วงที่ไข้ยาเสพติด กลางคืนไม่นอน กลางวันนอนประมาณ 3-4 ชั่วโมง
- 5.3) การนอนหลับกลางวัน : ตอนช่วงบ่าย ในช่วงที่ไข้ยาเสพติดนอนหลับไม่เป็นเวลา
- 5.4) การใช้นอนหลับ : ไม่ใช่
- 5.5) การใช้เวลาว่างและการพักผ่อนหย่อนใจ: ไปเที่ยวกับเพื่อน ไปเที่ยวกับแฟน ถ้ามีเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษาพี่สาว

**สรุปผล** แบบแผนที่ 5 : แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ

6) แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (cognitive perceptual pattern)

- 6.1) ระดับความรู้สึกตัว : ปกติระดับสติปัญญาอยู่ในระดับปกติ
- 6.2) การมองเห็นปกติ: มองเห็นชัด ไม่มีสายตาสั้นหรือยาว ไม่มีต่อกระจก ตาไม่บอดสี
- 6.3) การพูด : ปกติ
- 6.4) การได้ยิน : ปกติ
- 6.5) การแสดงอารมณ์: ไม่ค่อยสดชื่น อ่อนไหวง่าย โกรธง่าย บางครั้งควบคุมอารมณ์ ตนเองไม่ได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะโวยวาย เป็นบางครั้งเมื่อไม่พอใจ
- 6.6) ความคิด : ไม่มีอาการหลงผิดหรือหวาดระแวง ไม่มี ความคิดฆ่าตัวตาย ถ้ารู้สึกน้อยใจ เสียใจ หงุดหงิด โกรธไม่ได้ตั้งใจมักจะทำลายข้าวของ อาละวาดโวยวาย ทำร้ายบุคคลอื่น

**สรุปผล** แบบแผนที่ 6 : การแสดงอารมณ์และความคิดผิดปกติ

7) แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (self- perception-self- concept pattern)

- 7.1) ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง การมองตนเอง (perceived self) : ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเอง ดียาเสพติด ทำให้มีปัญหาครอบครัว หากหยุดยาเสพติดได้จะทำให้อาการดีขึ้น การจัดการกับอารมณ์เวลาไม่พอใจจะไม่ทำร้ายบุคคลอื่น
- 7.2) ตนเองตามการมองของผู้อื่นตามที่มีที่เป็นที่ที่เกิดขึ้นจริง (real self) : ผู้ป่วยคิดว่า ถูกคนรอบข้างญาติพี่น้องมองว่าตนเองเป็นตัวยุทธของครอบครัว ตนเองใช้ยาเสพติดทำให้มีการทะเลาะกันในครอบครัว เนื่องจากเมื่อเสพยา ตนเองจะไปเที่ยวเตร่กับเพื่อน และมักจะมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม ตามมาเกิดความเสียหายกับครอบครัว ขาดการยอมรับของสังคม
- 7.3) ตนเองในอุดมคติ (ideal self) : อยากเลิกยาเสพติดตามที่ครอบครัวขอร้อง และอยากเริ่มต้นชีวิตใหม่
- 7.4) การรับรู้หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) : มีความรู้สึกด้อยคุณค่า ในตนเอง เรื่องที่ตนเองเป็นตัวยุทธของครอบครัว ทำให้พ่อแม่ต้องเดือดร้อนและเสียใจ

**สรุปผล** แบบแผนที่ 7 : การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ผิดปกติ

8) แบบแผนการทำหน้าที่ตามบทบาทความสัมพันธ์ (role-relationship pattern)

8.1) สัมพันธภาพสมาชิกในครอบครัว : บิดากับมารดาผู้ป่วย แยกทางกันบิดาไปมีภรรยาใหม่ มีพี่น้อง 2 คน พ่อแม่เดียวกัน ผู้ป่วยเป็นคนที่ 2 บิดาไม่ได้เลี้ยงดูผู้ป่วย ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับมารดา และพี่สาว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ห่าง ผู้ป่วยมองว่าตนเองขาดที่พึ่ง

8.2) ผู้ที่หารายได้ หลักในครอบครัว คือ มารดาของผู้ป่วย ซึ่งประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวเปิดร้านถ่ายเอกสารและถ่านรูป มีรายได้ประมาณเดือนละ 300,000 บาท ส่วนตัวผู้ป่วยก็จะช่วยมารดาทำงานที่ร้านบ้างเป็นบางครั้ง

8.3) การเจ็บป่วยครั้งนี้ มีผลกระทบต่อครอบครัว คือ ทำให้สภาพจิตใจของคนในครอบครัวรู้สึกไม่ดี เครียดกับเรื่องของตนเอง และทำให้มีการทะเลาะกันในครอบครัว ตนสร้างปัญหา ให้กับครอบครัวมาก ทั้งด้านการเงิน ความเป็นอยู่และทำให้ครอบครัวเสียชื่อเสียง

8.4) ที่ผ่านมามีเคยเกิดปัญหาวิกฤตในครอบครัว : บิดามารดาแยกทางกัน

8.5) การสื่อสารในครอบครัว: มักจะใช้คำพูดที่รุนแรง ดุด่า บางครั้งมารดาก็ใช้วิธีการบ่น จุกจิกกับผู้ป่วย

8.6) การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือกับสังคม : มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นค่อนข้างดีมีเพื่อนเยอะเป็นคนมีมนุษยสัมพันธ์ดี เพื่อนที่มีส่วนใหญ่มักเป็นเพื่อนในชุมชนเป็นกลุ่มที่เสพยาเสพติดด้วยกันมีบางครั้งมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับต่างกลุ่มในหมู่บ้านทำให้เกิดปัญหาเป็นคดีความ ทะเลาะ วิวาท ทำร้ายร่างกายคู่กรณี เมื่อเดือนพฤศจิกายน ปี 2564

**สรุปผล** แบบแผนที่ 8 : ผิดปกติเรื่อง สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี

9) แบบแผนเพศสัมพันธ์ และการเจริญพันธุ์ (sexuality- reproductive pattern)

9.1) ภาวะสืบพันธุ์: ปกติ

9.2) การมีเพศสัมพันธ์: มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหลายคนโดยบางครั้งไม่ได้ป้องกัน

**สรุปผล** แบบแผนที่ 9 : ปกติ

10) แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญความเครียด (coping-stress tolerance pattern)

10.1) เมื่อเกิดความเครียดหรือปัญหาสำคัญต่างๆ: ถ้ามีปัญหาพี่สาวให้ช่วยเหลือ ถ้ามีความเครียดจะโทรหาเพื่อน ไปเที่ยวกับกลุ่มเพื่อนและแฟน คุยกับเพื่อนทำให้สนุกสนาน

10.2) สิ่งที่ทำให้เครียด กังวลใจ หรือทุกข์ใจ : มารดา และครอบครัว ดุด่า กักตัวให้อยู่ บ้าน ไม่ได้ไปเที่ยวกับกลุ่มเพื่อน

10.3) แก่ไขความเครียดหรือความทุกข์ใจ: เสพยาบ้า

10.4) บุคคลที่มีความสำคัญและจะให้การช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ได้แก่ มารดาและพี่สาว

10.5) ความต้องการการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาหรือจัดการกับความเครียดหรือความทุกข์ ครึ่งนี้ อยากเลิกยาเสพติดตามที่ทางครอบครัวขอร้องให้เลิก

**สรุปผล** แบบแผนที่ 10 : ผิดปกติ เรื่อง มีการปรับตัวและการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม

11) แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ (value-belief pattern)

11.1) การมีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ได้แก่ แม่ พี่สาว

11.3) การมีความหวังในชีวิต คือ หวังว่าอยากเลิกยาเสพติด และกลับไปเรียนหนังสือต่อให้สูงที่สุด

**สรุปผล** แบบแผนที่ 11 : ปกติ

### ผลการประเมินด้วยแบบประเมินอื่นๆ

1. ประเมินทางสังคม (โดยนักสังคมสงเคราะห์) อารมณ์ไม่มั่นคง มีประวัติทะเลาะวิวาท บุคลิกภาพคล้ายเด็ก มักเรียกร้องและร้องขอ การรับรู้ผลกระทบจากการเสพยาค่อนข้างน้อยแบบ Intellectual Insight, Stage of change ระยะ contemplation แรงจูงใจในการเลิกยาค่อนข้างน้อย อาศัยอยู่กับมารดา พี่สาว มีความขัดแย้งกับมารดาค่อนข้างบ่อย

2. ผลการประเมินด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติด ของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v.2 : อยู่ในระดับ 39 คะแนน แสดงว่า ระดับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูง อนุมานว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง

3. ผลการประเมินด้วยแบบคัดกรอง 2Q ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2566 คะแนน เท่ากับ 0 ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า เผ่าระวัง ประเมินซ้ำ ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2566 คะแนน เท่ากับ 0 ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรค ซึมเศร้า

4. การประเมินความเสี่ยงพฤติกรรมรุนแรง

4.1 แบบคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V Screening Test) ผล Positive

4.2 แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale : PVSS) 9 คะแนน แปลผล มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับปานกลาง

5. ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) : อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) อยากเลิกยาเสพติดตามที่ครอบครัวร้องขอ และเพื่อตัวเองแต่ไม่แน่ใจว่าการควบคุมตนเองได้หรือไม่ยังไม่มั่นใจกับการมาบำบัดเพื่อเลิกยาครั้งนี้

6. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2566 ผลตรวจพิสูจน์ยาเสพติดในปัสสาวะ : Positive

- เมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2566 ผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK : Positive

### แผนการรักษาของแพทย์

- Fluoxetine (20mg) 1 x 1 oral pc เช้า
- Tranxene (5 mg) 1 tab oral hs
- Depakine (500mg) 1/2 tab oral hs
- Haloperidol (5 mg) IM stat
- Clonazepam (0.5 mg) 1 tab PRN for insomnia

- Multivitamin 1 x 3 oral pc
- Vitamin B1-6-12 1 x 3 oral pc
- Amoxycillin (500mg) 2 x 2 oral pc
- Paracetamal (500 mg) 1 tab PRN q 4-6 hrs

ตารางที่ 3. สรุปอาการและการเปลี่ยนแปลง แผนการรักษาและกิจกรรมพยาบาลขณะอยู่ โรงพยาบาล

วัน/เดือน/ปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
30 กรกฎาคม 2566 (แรกรับ)	รับใหม่ เวลา 11.30 น . ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น โย้ววาย ต่ำทอ เจ้าหน้าที่และมารดา ไม่สมัครใจเข้ารับบำบัดรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินสัญญาณชีพ, ประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V Screening Test), PVSS, แบบคัดกรองโรค ซึมเศร้า ตามแผนรักษาผู้ป่วยแพทย์พิจารณาให้</li> <li>- Halo 5 mg M stat at 11.45 น.</li> <li>- Valium 10 mg IV stat at 11.45 น.</li> <li>- เฝ้าระวังอาการขาดนอน พิษ</li> <li>- ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น</li> <li>- ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด - ดูแลให้ยาตามแผนการ รักษาของแพทย์</li> <li>- เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา</li> <li>- ประเมินสัญญาณชีพ</li> <li>- เฝ้าระวังหลบหนี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สัญญาณชีพปกติ</li> <li>-SMI-V แผลผล Positive</li> <li>- PVSS แผลผล 9 คะแนนมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับปานกลาง</li> <li>-คะแนน 2Q = 0</li> <li>-ไม่มีอาการถอนพิชยา</li> <li>-ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น</li> </ul>
3 สิงหาคม 2566	บ่นอยากกลับบ้านต่อรองขอโทรศัพท์ติดต่อญาติคิดถึงเพื่อน/แฟน	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ประเมินแรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation)</li> <li>- เสริมแรงจูงใจในการบำบัดรักษา</li> </ul>	หลังให้คำแนะนำ ผู้ป่วยรับการบำบัดต่อเนื่อง
9 สิงหาคม 2566	ผู้ป่วยบอกว่าเริ่มปรับ ตัวได้ มีความพร้อมในการอยู่บำบัดรักษามากขึ้น ย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>-กระตุ้นเข้าร่วมกิจกรรม บำบัด - ดูแลให้คำแนะนำการปฏิบัติตามตารางกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยปรับตัวได้</li> <li>- ปฏิบัติตามตารางกิจวัตรประจำวัน</li> </ul>



วัน/เดือน/ปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
16 สิงหาคม 2566	ทำข้อบกพร่องผิดกฎระเบียบของ ตึกเสียงทำให้ทะเลาะ วิวาทกับ ผู้ป่วยด้วยกัน	- ให้คำแนะนำและให้การ ช่วยเหลือตามโปรแกรม ของชุมชน บำบัด ทำงาน โปรแกรมต่อเนื่อง	ผู้ป่วยยอมรับ ข้อบกพร่องตั้งใจ ทำงานตามที่ได้รับ มอบหมาย
24 สิงหาคม 2566	มีข้อบกพร่องเล่นไม่ สร้างสรรค์ ทะเลาะ วิวาทกับเพื่อนผู้ป่วย	- ให้คำแนะนำและให้การ ช่วยเหลือตาม โปรแกรม ของชุมชนบำบัด ทำงานใช้ ความคิด	ผู้ป่วยยอมรับ ข้อบกพร่อง
30 สิงหาคม 2566	มีข้อบกพร่องแอบอ้าง เจ้าหน้าที่ ขาดการยอมรับข้อบกพร่อง	- ทำกิจกรรมกลุ่มการ เผชิญปัญหา - ประเมินพฤติกรรม การ พัฒนาตนเอง	ขาดการยอมรับ ข้อบกพร่อง
20 ก.ย.66 (12.04 น.)	ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลียมาก มีน้ำมูก มีเสมหะ	รายงานแพทย์ ให้ยาตาม แผนการรักษา - Amoxicillin (500mg) 2 x 2 pc - Paracetamal (5 0 0 mg) 1 tab PRN q 4-6 hrs - ให้คำแนะนำ การรักษา ความสะอาด อาบน้ำ/เช็ด ตัว ลดไข้	- ยังมีอาการปวดเมื่อย ตามตัวแต่ละลง - อุณหภูมิ 37.3 องศา เซลเซียส
25 ก.ย.66	รู้สึกผิด ต่อการกระทำของตนเอง ที่ผ่านมา เรื่องการใช้ยาเสพติด มองว่าคุณค่าในตนเอง ต่ำรู้สึก ผิดหวังที่ตนเองไม่สามารถเลิกยา เสพติดได้	- ประเมินพฤติกรรมด้วย แบบประเมิน 2Q, 9Q 8Q ซ้ำ - จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความ ปลอดภัย ป้องกันการทำร้ายตนเอง - ดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ซึมเศร้า	- ผลการประเมิน 2Q = 0 คะแนน - ผู้ป่วยปลอดภัย
16 ต.ค.2566	ให้ความร่วมมือดี มี พัฒนาการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมคะแนนอยู่ในเกณฑ์ดี เลื่อนลำดับเป็น คณะทำงานของบ้านมีความมั่นใจ ในการเลิกยาเสพติด	- ประเมินพฤติกรรม - ประเมิน stage of change - เสริมแรงจูงใจในการเลิก ยาเสพติด	- คะแนนพฤติกรรม อยู่ในเกณฑ์ดี - stage of change อยู่ในระยะตัดสินใจ (Determination)
20 ต.ค.2566	มีแรงจูงใจในการเลิก เข้าสู่ กระบวนการบำบัดด้วยแนวคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและ พฤติกรรมครั้งที่ 1	สร้างสัมพันธภาพ ร่วมทำข้อตกลง กำหนดขอบเขต กติกา ร่วมสร้าง เป้าหมายในการบำบัดร่วมกับผู้ป่วย	- ผู้ป่วยมีความตั้งใจ เข้ารับกิจกรรมการ บำบัด เป้าหมายคือสามารถ จัดการกับอารมณ์ หงุดหงิด ก้าวร้าวของ ตัวเองได้

วัน/เดือน/ปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
23 ต.ค.2566	มีแรงจูงใจในการเลิก เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยแนวความคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมครั้งที่ 2	ทำความเข้าใจจักแนวความคิดการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมโดยการสอนและให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนซักถาม และเรียนรู้ A-B-C Model ฝึกสำรวจเหตุการณ์วิเคราะห์ A-B-C Model ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน	- ผู้ป่วยสนใจให้ความร่วมมือดี ตั้งใจดี
26 ต.ค.2566	มีแรงจูงใจในการเลิก เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยแนวความคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมครั้งที่ 3	ทำความเข้าใจจักแนวความคิดการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมโดยการสอนและให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนซักถาม และเรียนรู้ A-B-C Model ฝึกสำรวจเหตุการณ์วิเคราะห์ A-B-C Model ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน	- ผู้ป่วยสนใจให้ความร่วมมือดี ตั้งใจดี - ผู้ป่วยทำการบ้านส่งตามที่กำหนดมีความเข้าใจการเชื่อมโยงของโมเดล A-B-C
30 ต.ค.2566	มีแรงจูงใจในการเลิก เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยแนวความคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมครั้งที่ 4	สำรวจความเชื่อเกี่ยวกับอาการก้าวร้าว ให้ผู้ป่วยสำรวจความคิดที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมีความคิดความเชื่ออย่างไรกับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน	- ผู้ป่วยสนใจให้ความร่วมมือดี ตั้งใจดี
2 พ.ย.2566	มีแรงจูงใจในการเลิก เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยแนวความคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมครั้งที่ 5	สำรวจความเชื่อเกี่ยวกับอาการก้าวร้าว ให้ผู้ป่วยสำรวจความคิดที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมีความคิด ความเชื่ออย่างไรกับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน	- ผู้ป่วยสนใจให้ความร่วมมือดี ตั้งใจดี
6 พ.ย.2566	มีแรงจูงใจในการเลิก เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยแนวความคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมครั้งที่ 6	การลดความเสี่ยงการเกิดอาการก้าวร้าว โดยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน	- ผู้ป่วยสนใจให้ความร่วมมือดี ตั้งใจดี

วัน/เดือน/ปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
9 พ.ย.2566	มีแรงจูงใจในการเลิก เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยแนวคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมครั้งที่ 7	การลดความเสี่ยงการเกิดอาการกำเริบ โดยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการแสดงออกของพฤติกรรมกำเริบ ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน	- ผู้ป่วยสนใจให้ความร่วมมือดี ตั้งใจดี
20 พ.ย.2566	มีแรงจูงใจในการเลิก เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยแนวคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมครั้งที่ 8	การพัฒนาความเข้าใจในประสบการณ์จากอาการกำเริบ การค้นหา ความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยมุ่งเน้นถึงการเข้าใจความคิดทางลบ และปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรม ทางบวก ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน	- ผู้ป่วยสนใจให้ความร่วมมือดี ตั้งใจดี
23 พ.ย.2566	มีแรงจูงใจในการเลิก เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยแนวคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมครั้งที่ 9	การพัฒนาความเข้าใจในประสบการณ์จากอาการกำเริบ การค้นหา ความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยมุ่งเน้นถึงการเข้าใจความคิดทางลบ และปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรม ทางบวก ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน	- ผู้ป่วยสนใจให้ความร่วมมือดี ตั้งใจดี
27 พ.ย.2566	มีแรงจูงใจในการเลิก เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยแนวคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมครั้งที่ 10	การแก้ปัญหาพฤติกรรมกำเริบ เป็นการแก้ไขพฤติกรรมกำเริบที่เกิดขึ้น โดยการจัดการกับความคิดทางลบ ให้เปลี่ยนความคิดใหม่ทางบวก และแก้ไขพฤติกรรม กำเริบต่อไป ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน	- ผู้ป่วยสนใจให้ความร่วมมือดี ตั้งใจดี
23 พ.ย.2566	มีแรงจูงใจในการเลิก เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยแนวคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมครั้งที่ 11	การแก้ปัญหาพฤติกรรมกำเริบ เป็นการแก้ไขพฤติกรรมกำเริบที่เกิดขึ้น โดยการจัดการกับความคิดทางลบ ให้เปลี่ยนความคิดใหม่ทางบวก และแก้ไขพฤติกรรม กำเริบต่อไป ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน	- ผู้ป่วยสนใจให้ความร่วมมือดี ตั้งใจดี

วัน/เดือน/ปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
30 พ.ย.2566	มีแรงจูงใจในการเลิก เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยแนวคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมครั้งที่ 12	การจูงใจผู้ป่วยและการประเมิน สร้างแรงจูงใจให้สามารถปฏิบัติได้ ด้วยตนเอง มีการประเมินตนเอง ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน	- ผู้ป่วยสนใจให้ความร่วมมือดี ตั้งใจดี
4 ธ.ค.2566	มีแรงจูงใจในการเลิก เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยแนวคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมครั้งที่ 13	การเผชิญอาการก้าวร้าว โดยการให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญกับ อาการก้าวร้าวที่เกิดขึ้นได้ โดยรับรู้ถึงการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน	- ผู้ป่วยสนใจให้ความร่วมมือดี ตั้งใจดี
7 ธ.ค.2566	มีแรงจูงใจในการเลิก เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยแนวคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมครั้งที่ 14	การเผชิญอาการก้าวร้าว โดยการให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญกับ อาการก้าวร้าวที่เกิดขึ้นได้ โดยรับรู้ถึงการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน	- ผู้ป่วยสนใจให้ความร่วมมือดี ตั้งใจดี
11 ธ.ค.2566	มีแรงจูงใจในการเลิก เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยแนวคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมครั้งที่ 15	การเพิ่มพูนความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน	- ผู้ป่วยสนใจให้ความร่วมมือดี ตั้งใจดี - ผู้ป่วยมองเห็นด้านที่ดีของตนเองเพิ่มมากขึ้น จากการสะท้อนของผู้บำบัด ชื่นชมตัวเองได้
14 ธ.ค.2566	มีแรงจูงใจในการเลิก เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยแนวคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมครั้งที่ 16	ขั้นตอนการยุติสัมพันธภาพ ปิดขั้นตอนการบำบัด	โดยสรุปผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้เหมาะสม มีการควบคุมอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้น และสร้างเป้าหมายในการใช้ชีวิตที่ชัดเจน มีความภาคภูมิใจในตัวเองมากยิ่งขึ้น เข้าใจญาติและครอบครัว

วัน/เดือน/ปี	อาการและการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
29 ธ.ค.2567	ญาติขอรับตัวผู้ป่วยกลับบ้านไปช่วยมารดาทำงานและไปศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี โดยแพทย์อนุญาต นัดให้ยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน ติดตามผล 2 สัปดาห์	<p>ปฏิบัติการพยาบาลตาม แผนการจำหน่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รายงานแพทย์ รับยากลับไปรับประทาน ต่อเนื่องที่บ้าน</li> <li>- Fluoxetine (20 mg) 1 x 1 pc เช้า</li> <li>- Tranxene (5 mg) 1 tab hs -</li> <li>Depakine (500mg) 1/2 tab เช้า</li> <li>- Depakine (500 mg) 1/2 tab hs</li> <li>- ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน</li> <li>- นัดติดตามผล 2 สัปดาห์</li> </ul>	- ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจ คำแนะนำ

### การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

การดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นมีลักษณะแตกต่างกันออกไปตามความรุนแรง โดยแบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ด้านดังนี้

#### 1. การดูแลทางด้านร่างกายการดูแลทางด้านร่างกาย

เป็นการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนได้อย่างรวดเร็วทันทีเป็นการดูแลรักษาด้วยยาและการจำกัดพฤติกรรมโดยรูปแบบมีการดูแลดังนี้(ณัฐนันท์ พิทักษ์ตน, 2559)

##### 1.1 การดูแลรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยาจะใช้ยารักษาอาการทางจิตโดยยาจะทำให้ผู้ป่วยอาการสงบ นอนหลับ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ยาที่ใช้มีดังนี้

1.1.1 คลอโพรมาซีน (chlorpromazine) ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง คลุ้มคลั่ง อาละวาด ยาทำให้ความดันโลหิตต่ำได้ต้องประเมินสัญญาณชีพ

1.1.2 ฮาโลเพริดอล (haloperidol) ใช้ในการควบคุมพฤติกรรม ก้าวร้าวที่เกิดขึ้นฉับพลัน สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ทันทีภายหลังได้รับยาจะต้องดูแลสังเกตอาการคอปิด แข็งเกร็ง เดินลำบาก มือสั่นระว่างอุบัติเหตุและประเมินสัญญาณชีพเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

1.1.3 ไดอะซีแพม (diazepam) ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยได้นอนหลับ พักผ่อนในทันทีโดยสามารถบริหารยาได้ทันทีเมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและจะต้องได้รับการติดตามการเต้นของหัวใจ คลื่นหัวใจ และประเมินการหายใจทุก 1 ชั่วโมงหลังได้รับยา (พันธุณา กิตติรัตน์ ไพบูลย์, 2556)

##### 1.2 การผูกมัดและการใช้ห้องแยก

การผูกมัดและใช้ห้องแยกโดยจะใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พยายามทำร้ายตนเองและการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยเป็นการป้องกันการเกิดอันตรายทั้งต่อผู้ป่วยและผู้อื่น ซึ่งจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการผูกมัดการเข้าห้องแยกกว่าเป็นการรักษา ไม่ใช่การลงโทษและบอก

ระยะเวลาในการผูกมัด การเข้าห้องแยกเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลงโดยต้องได้รับการประเมินพฤติกรรมเป็นระยะๆ ทุก 1 - 2 ชั่วโมง และจะต้องได้รับการยินยอมทั้งจากญาติและผู้ป่วยยกเว้นกรณีฉุกเฉิน การผูกมัดและใช้ห้องแยกสามารถลดการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้ (รัตนาวิ ชอนตะวัน, 2555)

## 2. การดูแลทางด้านจิตสังคม

การดูแลทางด้านจิตสังคมเป็นการดูแลพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงแล้ว โดยเป็นการดูแลในด้านการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมการบำบัดแบบประคับประคองเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในระยะยาว โดยมีรูปแบบ ดังนี้

1) cognitive behavior therapy การปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม เป็นการปรับเปลี่ยนที่ความคิด ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว ตามมา ซึ่งจะแก้ปัญหาโดยการให้ผู้ป่วยได้คิด และค้นหาความคิดที่ ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและ ปรับเปลี่ยนความคิดนั้นใหม่ เป็นความคิดในด้านบวก การแสดงอารมณ์และการแสดงพฤติกรรม ก้าวร้าวจะลดลง (ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร, 2558)

2) supportive psychotherapy จิตบำบัดแบบประคับประคองเป็นการค้นหาปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยไม่มีการกำหนดระยะเวลาเป็นกลุ่มบำบัดเพื่อการรักษาโดยเน้นให้การประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถลดแรงกดดันเข้าใจพฤติกรรมก้าวร้าวและแก้ปัญหาด้วยตนเอง

3) group therapy กลุ่มบำบัดเป็นการให้ผู้ป่วยได้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้เข้าสังคม เรียนรู้บทบาทของสังคม ให้แสดงความรู้สึกภายในกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเห็นลดความก้าวร้าวและร่วมกันแก้ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น กลุ่มให้ความรู้ กลุ่มบำบัดเพื่อการรักษา กลุ่มกิจกรรม กลุ่มผ่อนคลาย (จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, 2557)

4) Family therapy โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาได้ปรับความเข้าใจกับญาติเกี่ยวกับปัญหาในด้านต่างๆ และแก้ไขความขัดแย้งต่อกัน เพื่อลดพฤติกรรม ก้าวร้าว และให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป โดยเน้นการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลให้มากที่สุด หลีกเลี่ยงการทอดทิ้งผู้ป่วยและให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (นภภรณ์ พึ่งเกษตรสุนทร, 2554)

## 3. การดูแลโดยใช้สิ่งแวดล้อม (milieu therapy)

การใช้สิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยในการรักษาโดยการปรับสถานที่ปรับสภาพให้ใกล้เคียงกับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นเคย สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ รู้หน้าที่ของตนเองและรู้จักการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้กฎระเบียบของหอผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถกลับไปอยู่ที่บ้านได้ด้วยตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการลดพฤติกรรมก้าวร้าวมีหลาย วิธีด้วยกัน ทั้งการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการควบคุมความโกรธ โดยให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกการควบคุมความโกรธ โดยแบ่งเป็นการฝึกในแต่ละ ช่วง และมีการฝึกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (กัญญาวรรณ ระเบียบ, 2556)

การฝึกไปโอพีดแบคร่วมกับการสร้างจินตนา โดยการให้ผู้ติดสาร แอมเฟตามีนได้ใช้เครื่องมือไปโอพีดแบค และฝึกการจินตนาการ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์อย่างต่อเนื่อง โดยการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว และให้ฝึกการลดความโกรธโดยการฝึกการผ่อนคลายให้ สัมพันธ์กับเครื่องมือไปโอพีดแบค สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้(ตรีณัฐ ราษฎร์ดุขตี, 2557)

การเจรจา โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยเมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมักจะใช้เป็นลำดับแรกและจะต้องใช้ ประสิทธิภาพและสัมพันธภาพในการเจรจาที่เหมาะสมแต่จะใช้ในกรณีที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด

การใช้ยาเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว จะใช้เมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและ เสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น โดยยาที่ใช้ในการลด พฤติกรรมก้าวร้าวได้แก่ ยา haloperidol ทั้งชนิด เม็ดและฉีด ซึ่งยาเม็ดที่ใช้ตั้งแต่ขนาด 2 mg ขึ้นไป และยาฉีดขนาด 5 mg cpz 50 mg ซึ่งใช้เฉพาะยาฉีด และ valium ขนาด 10 mg ฉีดทันทีเมื่อเกิด พฤติกรรมก้าวร้าว (รพ.พระมงกุฎเกล้า, 2557)

โดยสรุป การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว สามารถทำได้ทันที เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว เกิดขึ้น โดยการใช้บริหารยา การผูกมัด การส่งเข้าห้องแยก ให้ผู้ป่วยได้ สงบอารมณ์และป้องกันการทำร้ายตนเอง และผู้อื่นตามมา

### การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวมีรูปแบบต่างๆ ซึ่งแต่ละรูปแบบมีการประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าว ดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว overt aggressive scale (OAS) พัฒนาโดย Yodofsky, (1986) เป็นแบบประเมินโดยใช้ผู้สังเกตการณ์ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย กชพงศ์ สารการ (2542) โดยมีค่าดัชนีความตรงของ เครื่องมือ (CVI) เท่ากับ 1 และทำการตรวจสอบความเที่ยงของ เครื่องมือ (reliability) โดยวิเคราะห์ ความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .86 และจากการศึกษาของ ตรีนุช ราภรณ์ดุขดี(2557) ได้ใช้ แบบประเมิน OAS วัดระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้เสพสารแอมเฟตามีน โดยมีความเที่ยง ของ เครื่องมือเท่ากับซึ่งในแบบประเมินได้แบ่งพฤติกรรมก้าวร้าวออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด เช่น ส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความ โกรธ แผลดเสียงต่ำ “ไอ้พวกโง่” ต่ำทออย่างรุนแรง ใช้คำพูดหยาบคายและพูดข่มขู่จะจะทำร้ายผู้อื่นอย่างชัดเจน เช่น “ฉันจะฆ่าคุณ” โดยให้คะแนน 1-4 คะแนน เช่น ส่งเสียงต่ำ ให้ 1 คะแนน จนถึง 4 คะแนน

2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง เช่น การหยิก ข่วนผิวหนัง ชกต่อยตนเอง ดึงเส้นผม ศีรษะโขกพื้นโดยตั้งใจ กำปั้นขกสิ่งของรอบๆตัว กระแทกลำตัวกับผนังห้อง มีรอยฟกช้ำที่ลำตัวใช้ปากกัดตัวเอง โดยให้คะแนน 2 - 5 คะแนน

3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น เช่น กระชากเสื้อผ้าผู้อื่น จับผู้อื่นเหวี่ยงไปมา ทบตีอย่างรุนแรง ทำร้ายร่างกายชกต่อย ดึงเส้นผม ทำร้ายร่างกายผู้อื่นทำให้เกิดรอยขีดข่วน ฟกช้ำ บวมแดง กระตุก ส่วนต่างๆหัก มีบาดแผลลึก โดยให้คะแนน 3-6 คะแนน

4) พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ เช่น ใช้มือเขย่าประตู ฉีกเสื้อผ้าด้วยความ โกรธ โยนสิ่งของลงกระแทกพื้น เตะของใช้เฟอร์นิเจอร์ภายในบ้าน ทบสิ่งของรอบๆตัว ทบกระຈกภายในบ้าน โดยให้คะแนน 1-5 คะแนน โดยนำคะแนนในแต่ละด้านมารวมกันเป็นคะแนนรวมของพฤติกรรมโดยแบ่งระดับคะแนน ออกเป็น 4 ระดับ คือ

0	คะแนน	ไม่มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว
1 - 7	คะแนน	มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อย
8 - 15	คะแนน	มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง
16 - 21	คะแนน	มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว modified overt aggressive scale (MOAS) โดย Kay, Wolkenfield & Murrill (1988) พัฒนาต่อจาก Yodofsky, (1986) ซึ่งเป็นแบบประเมินโดยสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง โดยมีเนื้อหาการพัฒนา โดยการเพิ่มการ checklist พฤติกรรม เพิ่มระดับของความรุนแรงและมีการวัดระดับคะแนนให้เหมาะสมกับพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมีค่า reliability เท่ากับ .85

2. แบบประเมิน brief anger-aggression questionnaire (BAAQ) พัฒนาโดย Maiuro, Vitaliano & Cahn (1987) ซึ่งเป็นแบบประเมินโดยสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง โดยการพัฒนาเนื้อหาในส่วนของ การประเมิน assault, indirect hostility, irritability, negativism, resentment and verbal hostility ซึ่งมีทั้งหมด 6 หัวข้อการประเมิน มีเนื้อหา เกี่ยวกับการแสดงออกต่อตนเอง การแสดงออกต่อผู้อื่น และการแสดงออกต่อสิ่งแวดล้อมรอบข้าง เป็นการประเมินแบบถามตอบ ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้ระยะเวลาสั้น โดยมีค่า reliability เท่ากับ .84 มีค่า validity เท่ากับ .7

3. แบบประเมิน calgary general hospital aggressive scale (CGH) พัฒนาโดย Florez, Crisanti, Rose & Holley (1994) ซึ่งเป็นแบบประเมินโดยสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง โดยพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวตั้งแต่ระดับก้าวร้าวเล็กน้อย จนถึงก้าวร้าว รุนแรง โดยมีรายละเอียดดังนี้ isolated aggressive behavior, verbal aggressive behavior and physical aggressive behavior เป็นการประเมินตามหัวข้อของแต่ละลักษณะพฤติกรรมโดยในแต่ละพฤติกรรมจะมีความเฉพาะเจาะจง ได้แก่ การก้าวร้าวทางคำพูด การก้าวร้าว ทาง การแสดงออก มีการให้คะแนนตามระดับความรุนแรง โดยมีค่า reliability เท่ากับ .83

4. แบบประเมิน observation scale for aggressive behavior (OSAB) เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้ผู้สังเกตในการลงข้อมูล ซึ่งพัฒนาโดย Hornsveld, Nijman, Hollin & Kraaimaat (2007) โดยเป็นแบบสังเกตมีทั้งหมด 40 ข้อ ซึ่งเป็นการสังเกตและบันทึกผลตามหัวข้อ โดยสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 -3 สัปดาห์ ซึ่งมีค่า reliability เท่ากับ .81 แบบสังเกตมีการสังเกตเกี่ยวกับอารมณ์ พฤติกรรม สังคม ความถี่ในการแสดง พฤติกรรมก้าวร้าว

**สรุป** พฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนโดยส่วนใหญ่ แสดงออกมาในรูปแบบต่างๆ ทั้งการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นทางการกระทำ การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นทางคำพูดและการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสิ่งของ ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกมามีการใช้ประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว overt aggressive scale (OAS) พัฒนาโดย Yodofsky, (1986) ซึ่งได้ประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าวครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน และเป็นแบบประเมินที่สามารถสังเกตพฤติกรรมได้ทันทีและ ไม่มีความซับซ้อนมากเกินไป ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว overt aggressive scale (OAS) พัฒนาโดย Yodofsky, (1986) เป็นแบบประเมินโดยใช้ผู้สังเกตการณ์ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว และได้มีการนำมาใช้ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนในหอผู้ป่วยในแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าจากการศึกษาของ ตรีนุช ราภรณ์ดุขติ(2557) ได้ใช้ แบบประเมิน overt aggressive scale (OAS) วัดระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้เสพยาแอมเฟตามีนในหอผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นการนำไปใช้กับผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน มีความตรงเท่ากับ 1 และความเที่ยงเท่ากับ .86 ซึ่งเครื่องมือมีคุณภาพและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง



## การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ความหมายของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เบค (Beck, 1979) กล่าวว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นการบำบัดในเชิงรุกและแบบมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time-limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนทฤษฎีพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคล

การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) คือ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจากความคิดและพฤติกรรมที่บิดเบือนจากความเป็นจริงและปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วยตนเอง (ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร, 2558)

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังครูปแบบหนึ่งที่มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วโดยการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ให้ถูกต้องเหมาะสมกับในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งส่งผลให้มีการแสดงออกที่เหมาะสม ไม่ส่งผลกระทบต่อในทางลบ โดยเน้นการเปลี่ยนความคิดทางลบ ให้เป็นความคิดทางบวก (สมโภชน์เอี่ยมสุภาชิต, 2543)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) เป็นจิตบำบัดระยะสั้น มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและกระบวนการความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความคิดทางบวก ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีรูปแบบที่มุ่งเน้นให้ฝึกการเปลี่ยนความคิดใหม่ นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การมีความคิดในด้านที่ดีต่อไป (อรพรรณ ลือ บุญวัชชัย, 2549)

**โดยสรุป** การบำบัดความคิดและพฤติกรรมคือการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้ บุคคลเกิดปัญหาในการแสดงอารมณ์ พฤติกรรมและมีปัญหาสุขภาพจิต โดยช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนให้เกิดความถูกต้องเหมาะสมและแสดงออกทางความคิด อารมณ์ และ พฤติกรรมในทางที่ดี

### กลยุทธ์ของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

กลยุทธ์ของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นการเพิ่มความสามารถ ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้เพิ่มขึ้น โดยมีกลยุทธ์ดังนี้(ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร, 2558)

1. สืบหาความเชื่อเกี่ยวกับอาการก้าวร้าว ให้ผู้ป่วยสำรวจความคิดที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมีความคิด ความเชื่ออย่างไรกับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว
2. การลดความเสี่ยงการเกิดอาการก้าวร้าว โดยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว
3. การพัฒนาความเข้าใจในประสบการณ์จากอาการก้าวร้าว การค้นหา ความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยมุ่งเน้นถึงการเข้าใจความคิดทางลบ และปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรม ทางบวก
4. การแก้ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการแก้ไขพฤติกรรมก้าวร้าวที่ เกิดขึ้น โดยการจัดการกับความคิดทางลบ ให้เปลี่ยนความคิดใหม่ทางบวก และแก้ไขพฤติกรรม ก้าวร้าวต่อไป
5. การจูงใจผู้ป่วยและการประเมิน สร้างแรงจูงใจให้สามารถปฏิบัติได้ ด้วยตนเอง มีการประเมินตนเอง

6. การเผชิญอาการก้าวร้าว โดยการให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญกับอาการก้าวร้าวที่เกิดขึ้นได้ โดยรับรู้ถึงการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น
7. การเพิ่มพูนความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง
8. ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน โดยการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยได้ฝึกคิด ทบทวนและเข้าใจวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง

### เทคนิควิธีการการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

เทคนิควิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมซึ่งมีการนำไปใช้กับผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนนั้นมีดังนี้ (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2553)

1. การแยกแยะความเชื่อที่สัมพันธ์กับสารเสพติด เป็นการแยกแยะความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติดโดยการให้ผู้ป่วยได้แยกแยะส่วนประกอบที่เกิดขึ้นจากยาเสพติด และไม่ได้เกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติด เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กัน เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้ยาเสพติด
2. การวิเคราะห์ข้อดีและข้อเสีย เป็นการให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ ข้อดีข้อเสียจากการใช้แอมเฟตามีน เพื่อให้สามารถเห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน เช่น มี ข้อเสียทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว มีอาการหูแว่ว ภาพหลอนและมีข้อเสียอื่นๆที่เกิดขึ้นจากการใช้แอมเฟตามีน โดยผู้ป่วยมักจะมองเห็นแต่ในด้านดีของการใช้แอมเฟตามีน ซึ่งการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของการใช้แอมเฟตามีนจะทำให้ผู้ป่วยเห็นข้อดีและข้อเสียได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น
3. การบอกอารมณ์และการประเมินอารมณ์ของตนเองได้ เป็นการให้ผู้ป่วยได้รับรู้อารมณ์ที่เกิดขึ้นจริงในขณะนั้น เพื่อให้สามารถประเมินถึงอารมณ์ของตนเอง ที่จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมต่อไป โดยให้ผู้ป่วยนึกถึงตอนที่เกิดอารมณ์นั้นอยู่กับใคร (who) ขณะนั้น ทำอะไรอยู่ (What) เหตุการณ์เกิดขึ้นเมื่อไร (when) และตอนนั้นอยู่ที่ไหน (where) เกิดอารมณ์ อย่างไร (how) โดยเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ของเหตุการณ์กับอารมณ์และให้ประเมินระดับอารมณ์ตนเองต่อไป
4. การหาความคิดอัตโนมัติเป็นการให้ผู้ป่วยเริ่มใช้ความคิดของตนเอง โดยเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยจะต้องค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบของตนเอง เช่น มีความคิดที่จะทำร้ายผู้อื่นหรือความคิดที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาความคิดด้านลบของตนเองได้ว่าเกิดจากความต้องการที่จะทำร้ายผู้อื่นซึ่งเมื่อผู้ป่วยสามารถค้นหาความคิดด้านลบได้ แล้วจะทำให้รู้ถึงสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนความคิดต่อไปและจะทำให้สามารถปรับความคิดได้ อย่างถูกต้อง
5. การใช้คำถาม ถามผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การค้นพบคำตอบด้วยตนเอง เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เปิดเผย (open up) ความรู้สึกในใจ (closed-minded) และ ความคิดที่เป็นปัญหาในขณะนั้น (problem-perpetuating thinking) การถามเพื่อประเมิน และ ค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบความคิด (schema) ความเชื่อ (beliefs) ความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) อารมณ์(emotions) และพฤติกรรม(behaviors) ซึ่งจะนำไปสู่การค้นพบ คำตอบได้ด้วย
6. การจินตนาการ เป็นการฝึกการนึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตและส่งผลต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น การจินตนาการถึงการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ถ้ามีความคิดก้าวร้าวเกิดขึ้น อาจจะส่งผลให้เกิดการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวตามมาได้

7. การหยุดความคิด เป็นการฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ ด้านลบ ซึ่งเป็นการฝึกจากแบบฝึกหัดหรือจากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเคยเจอด้วยตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนเป็นความคิดใหม่ที่เหมาะสม เช่น เปลี่ยนจากความคิดด้านลบเป็นความคิดด้านบวกแทน เช่น มีความคิดก้าวร้าว ก็ปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ในด้านบวก โดยที่ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

8. การใช้คำพูดบอกกับตัวเอง เป็นการพูดคุยกับตนเองถึงพฤติกรรมที่แสดงออกมา เป็นการทบทวน การใช้คำพูดกับตนเองสามารถ สะท้อนให้เห็นถึงการยับยั้งชั่งใจ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

9. บันทึกประจำวัน เป็นการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือการแสดงพฤติกรรมต่างๆที่เกิดขึ้น การเกิดความคิดด้านลบการจัดการความคิดด้านลบซึ่งในแต่ละวันจะมีสถานการณ์เกิดขึ้นแตกต่างกันเพื่อที่จะสามารถนำมาคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมา

10. การฝึกฝนทักษะซ้ำเป็นการเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหาเป็นการฝึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซ้ำๆ โดยเมื่อเกิดปัญหาขึ้นจะสามารถแก้ปัญหาได้ทันที การฝึกบ่อยๆจะสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการแก้ปัญหาได้

**สรุป** การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นการปรับเปลี่ยนที่ความคิด ในระดับลึก (core belief) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความคิดอัตโนมัติทางลบ (automatic thought) ใหม่ในทางที่ถูกต้อง ซึ่งเมื่อมีสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์มากระทบ จะเกิดความคิดอัตโนมัติในทางที่ถูกต้อง ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกไป โดยเริ่มตั้งแต่การเข้าใจกระบวนการของจิตใจ การฝึกการผ่อนคลาย การรู้จักอารมณ์ของตนเอง การเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิดทักษะการสื่อสาร การแก้ไขพฤติกรรม การจัดการตัวกระตุ้น การเผชิญและแก้ไขปัญหา โดยในแต่ละ กระบวนการจะปรับเปลี่ยนในส่วนของความคิด อารมณ์ ซึ่งส่งผลไปยังการปรับพฤติกรรมตามมา

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเองและทำร้ายบุคคลอื่น มีปัญหาการจัดการอารมณ์และความรู้สึกของตัวเอง ขาดการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวและผู้อื่น มองคุณค่าในตนเองต่ำ ใช้ยาเสพติดซ้ำเพื่อแก้ปัญหา หลีกหนีปัญหา ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลควรสร้างความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ยอมรับในความเป็นบุคคล เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วย ให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกออกมา บอกปัญหาความต้องการ ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธ์ภาพและสื่อสารระหว่างกัน ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม การจัดการกับอารมณ์ไม่พึงประสงค์ของตนเองเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาให้กับตนเองได้โดยที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซ้ำอีก ไม่ทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่นและสามารถเลิกยาเสพติดใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ตามกระบวนการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญ เรียงไปตาม สถานการณ์ ที่คุกคามต่อชีวิตมากไปน้อย ประกอบด้วย

### ปัญหาที่ 1. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซ้ำ

อยู่ในระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (orientation phase) และระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพราว เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ/ผู้ป่วย เป็น การสร้างความไว้วางใจ และเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ส่งเสริม ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า ถ้าตนเองไม่พึงพอใจ จะพูดเสียงดัง โวยวาย ใช้คำพูดที่หยาบคาย ต่อ มารดา บุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น มักจะทำลายข้าวของ ขว้างปาสิ่งของ

○ : ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด โกรธง่าย พูดเสียงดังโวยวายเมื่อไม่พึงพอใจ

○ : ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ จะขว้างปาข้าวของและอาวุธ พยายามทำร้ายบุคคลที่ทำให้ไม่พอใจหรือไม่

ตอบสนองความต้องการของตนเอง

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
2. เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซ้ำ
3. ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัยจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีพฤติกรรมพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความ ไว้วางใจ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร สงบ จริงใจ ให้เกียรติ ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย
2. การหาข้อมูลผู้ป่วย ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และ การวางแผน เพื่อทราบความรุนแรงและเตรียมการป้องกันได้ทันที่
3. สังเกตอย่างใกล้ชิด และจัดให้อยู่ใกล้บริเวณทำงานของพยาบาล เพื่อสามารถสังเกต และดูแล ความปลอดภัยอย่างใกล้ชิด
4. สนทนาพูดคุย ให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกโดยการพูด พร้อมรับฟังอย่างใส่ใจ อาจ สะท้อนความรู้สึกได้ตามความเหมาะสม พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล มั่นคง ชัดเจน ไม่โต้เถียง หลีกเลี่ยง การตอบรับหรือ ปฏิเสธ เรียกชื่อผู้ป่วยถูกต้อง ชัดเจน แสดงถึงความใส่ใจ
5. การประเมินความรุนแรงที่เป็นสัญญาณเตือน ของพฤติกรรมรุนแรง เช่น สีหน้า ท่าทาง คำพูด
6. การประเมินสถานการณ์ความเสี่ยง ป้องกันพฤติกรรมรบกวน การเตรียมความพร้อม การจัดการขณะเกิดเหตุการณ์
7. รายงานแพทย์ ดูแลการให้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา
8. จัดสิ่งแวดล้อมการบำบัดรักษาเพื่อลดสิ่งเร้า ป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

9. การจำกัดพฤติกรรม และให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจำกัดพฤติกรรม
10. การทบทวนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมซ้ำ

### การประเมินผล

1. ขณะบำบัดมีพฤติกรรมทะเลาะวิวาท ก้าวร้าวรุนแรง 2 ครั้ง หลังจากย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูได้ 1 สัปดาห์ก่อนเข้าสู่โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องปลอดภัย
2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

### ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและบุคคลอื่นซ้ำเนื่องจากการจัดการความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสม

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพบพราว ซึ่งประกอบด้วย ระยะกำหนดปัญหา (Identification phase) โดยการค้นหาสาเหตุปัญหาของผู้ป่วย และระยะ จัดการกับปัญหา (Exploitation phase) โดยการพัฒนาการเข้าใจตนเอง และการแก้ไขปัญหของผู้ป่วย ในแนวทางที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางสร้างสรรค์ และเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ

### ข้อมูลสนับสนุน

S : จากประวัติ ผู้ป่วยเคยพยายามทำร้ายมารดา เวลาที่ขอเงินไม่ได้ โกรธมารดา ที่ควบคุมพฤติกรรมตนเองมากเกินไป

S: มีประวัติเคยทำร้ายตัวเองด้วยการกรีดแขนตัวเองเมื่อ 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลเนื่องแฟนบอกลีก

S : ผู้ป่วยบอกว่า โกรธ หงุดหงิดง่าย บางครั้งน้อยใจบ่อยๆ ก็มีความคิดจะทำร้ายตนเอง

O : ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้น้อย เมื่อมีสิ่งเร้า จะจัดการกับปัญหาด้วยการทำร้ายบุคคลอื่น

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองและผู้อื่น
2. ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัยไม่มีการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและบุคคลอื่น
2. มีสีหน้าและคำพูดที่แสดงถึงความพึงพอใจที่จะมีชีวิต
3. บอกเป้าหมายการมีชีวิตอยู่ได้
4. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ พยาบาลยอมรับในความเป็นบุคคลและรับฟังผู้รับบริการ แสดงความเข้าใจ มีท่าที่เป็นมิตร
2. ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น และการวางแผนเพื่อทราบความรุนแรงและเตรียมการป้องกันได้ทันที่
3. สังเกตอย่างใกล้ชิด และจัดให้อยู่ใกล้บริเวณทำงานของพยาบาลเพื่อสามารถสังเกต และ ดูแลความปลอดภัยอย่างใกล้ชิด

4. ประเมินระดับซึมเศร้าด้วย 2Q, 9Q, 8Q, ประเมินความเสี่ยงในการก่อความรุนแรง (PVSS) การสังเกตจากสีหน้าที่เศร้า การร้องไห้ และความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองจากคำพูด ท่าทาง การกระทำ ความคิด ความรู้สึกและสถานการณ์แวดล้อม เพื่อประเมินอาการผู้ป่วยและวางแผนการรักษา

5. สอบถามถึงความคิด ทำร้ายตนเอง การคิดฆ่าตัวตายรวมถึงความคิดที่อยากทำร้ายบุคคลอื่น ระหว่างการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ และเพื่อถามถึงความปลอดภัยใช้คำถามประเมินความคิดฆ่าตัวตาย เช่น “เมื่อมีความไม่สบายใจ คุณมีความคิดทำร้ายตัวเองหรือไม่”

6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ระบายความไม่สบายใจ ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวไม่มีบุคคลอื่นรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยระบายความเครียดหรือความกังวลออกมาและให้กำลังใจ

7. พูดคุยกับผู้ป่วยระหว่างการพูดสร้างสัมพันธภาพ ถามถึงการทำร้ายตัวเองว่ามีข้อดีข้อเสีย อย่างไร เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้คิดเลือกวิธีแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกว่าการทำร้ายตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

8. ช่วยให้ผู้ป่วยมองสิ่งดีๆ เห็นคุณค่าในตัวเองโดยการสอบถามผู้ป่วยในการวางแผนอนาคต หรือพูดถึงสิ่งดีๆ ที่ผู้ป่วยเคยทำมาอย่างสม่ำเสมอ เช่นการช่วยเหลือคนอื่น การมีอาชีพที่น่าถ่อมกึ่งนับถือ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าของตัวเอง

9. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีสิ่งรบกวน มีแสงสว่างเพียงพอ และอากาศถ่ายเทสะดวก จัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องใช้ ที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นเครื่องมือหรือ อาวุธในการทำร้ายตนเอง เช่น ของมีคมทุกชนิด ของแตกหัก หรือ ของแข็งที่อาจใช้เป็นอาวุธ น้ำยาเคมี ยา เป็นต้น

10. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมซึมเศร้า หรือแยกตัว เช่น ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายในตอนเช้า เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ

11. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการทำร้ายตัวเอง โดยกำหนดมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ดังนี้ กำหนดขอบเขตให้เหมาะสมและให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ที่สามารถมองเห็นได้ง่าย โดยจัดเตียงนอนให้ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล ให้อยู่ในสายตาของเจ้าหน้าที่ตลอดเวลา และตรวจสอบความปลอดภัยทุก 15 นาที

12. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงของยา เพื่อการ ติดตามการดูแลผู้ป่วย

13. สื่อสาร ให้ครอบครัวรับรู้และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ทีมสหวิชาชีพได้ทราบปัญหา และวางแผนการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

14. ค้นหาข้อมูล หรือสัญญาณเตือนจากผู้ป่วย เช่น คำพูดที่บอกถึงการจะทำร้ายตนเอง สอบถามถึงอาการหิว ปรสาทหลอน พยาบาลไวด่ตอพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป และประเมินซ้ำ อย่างต่อเนื่องเพื่อวางแผนการป้องกันและดูแล

### การประเมินผลการพยาบาล

1. หลังจากพูดคุยและให้กิจกรรมการพยาบาลเพิ่ม ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง และไม่พบพฤติกรรมการทำร้ายผู้อื่น
2. มีสีหน้าและคำพูดที่แสดงถึงความพึงพอใจที่จะมีชีวิต ผู้รับบริการมีความวิตกกังวลลดลง และสามารถควบคุมตนเองได้บางครั้ง
3. บอกเป้าหมายการมีชีวิตอยู่ได้บอกว่าตนเองเลิกยาเสพติดและจะช่วยดูแลกิจการของมารดาต่อที่สำคัญต้องการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น
4. ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม เมื่อมีความรู้สึกโกรธเคียด กังวลในสิ่งที่ตนเองคิดและหาทางออกให้ตนเองไม่ได้หรือไม่ได้ตั้งใจ ผู้ป่วยจะเอะอะ โวยวาย ก้าวร้าว ชูทำร้ายตนเองและผู้อื่น โดยไม่คำนึงถึงเหตุผลของผู้ที่เกี่ยวข้อง

### ปัญหาที่ 3 มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ

อยู่ในระยะจัดการกับปัญหา ( Exploitation phase) ของทฤษฎีเพปพราว และแบบแผนที่ 7 ของกอร์ดอน เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบศักยภาพในตนเองและนำมาใช้ในการปรับตัว สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

#### ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยพูดว่าตนเองทำให้ครอบครัวเสียใจ ทำให้ครอบครัวเดือดร้อน เรียนก็ไม่ได้ดีเหมือนพี่สาว
  - S : ผู้ป่วยบอกว่า ตนเองใช้ยาเสพติดเสพยาบ่อยๆ ครอบครัวมองว่าเป็นตัวปัญหาของครอบครัว
  - S : ผู้ป่วยบอกว่าตนเองเป็นคนไม่เก่ง ไม่เรียนหนังสือก็ไม่ได้ บิดาทิ้งไปตั้งแต่เล็กๆ แฟนก็บอกเลิก คนอื่นๆ ก็ ไม่ได้สนใจตนเอง
- : สีหน้าเศร้า ร้องไห้
  - : ต้องการให้คนอื่นสนใจ หากไม่ได้รับการตอบสนองมักจะรู้สึกน้อยใจ เสียใจ คิดว่าตนเอง ไม่มี

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสร้างคุณค่าในตนเองได้ เห็นคุณค่าในตนเอง

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกมีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้นบอกส่วนดีของตนเองได้
2. ผู้ป่วยรู้สึกมีความเชื่อมั่นในตัวเองสูงขึ้นยอมรับว่าตัวเองมีคุณค่า
3. ผู้ป่วยสามารถบอกคุณค่าในตนเองได้

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ
2. ประเมินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตัวเอง ค้นหาสาเหตุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม
3. ให้ผู้ป่วยบอกคุณค่าในตัวเอง และเสริมแรง เสริมพลังในการเอาความสามารถที่มีเพื่อให้ เกิดความเข้มแข็งในจิตใจ
4. เพิ่มทักษะการเห็นคุณค่าในตัวเองในด้านต่างๆ สะท้อนคุณค่าในตัวเองหลังจากการพูดคุย ให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปใช้

5. เพิ่มแรงจูงใจในครอบครัวให้กำลังใจ และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมหรือการทำงาน ให้โอกาสในการทำงาน การเลี้ยงดูบุตร เน้นให้เห็นศักยภาพโดยการใช้แนวคิดของชุมชนบำบัดมาเป็นการบำบัดร่วมด้วย
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหาแนวทางแก้ไขลักษณะที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วย ได้มีโอกาสแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง อันจะเป็นแนวทางให้เกิดความภาคภูมิใจว่าผู้ป่วยมีความสามารถที่จะพัฒนาตนเองได้
7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาความสามารถ หรือลักษณะเด่นที่ทำให้ภาคภูมิใจทั้งในอดีตและปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนลักษณะทางบวก เพื่อให้เกิดกำลังใจที่จะพัฒนาตัวเองต่อไป
8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม
9. จัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุย ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยเฉพาะในด้านบวกที่ครอบครัวมีต่อผู้ป่วยและมีโอกาสได้แสดงความรัก ความห่วงใยที่มีต่อกัน ความสำคัญของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัวและความต้องการของครอบครัวที่ต้องการให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยไม่ทำร้ายตนเอง
10. กระตุ้นให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษามากขึ้น มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย และครอบครัวมากขึ้นทั้งทางโทรศัพท์หรือการเข้าเยี่ยม
11. กระตุ้นให้ครอบครัววางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังการรักษา โดยจัดกิจกรรมที่ผู้ป่วย สามารถปฏิบัติหรือรับผิดชอบให้เกิดความสำเร็จได้
12. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมายร่วมกับพยาบาลและครอบครัว

#### การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณค่าในตนเองและมีทัศนคติต่อตนเองที่ดีขึ้น สิ้นหนาสดชื่นขึ้น บอกว่ารู้สึกคลายความกังวลใจ
2. ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น สามารถบอกส่วนดีของตนเองได้และภูมิใจที่ได้รับมอบหมายให้เป็นหัวหน้างานในงานชุมชนบำบัด ขณะที่บำบัดฟื้นฟูในโรงพยาบาล
3. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นจากเดิม และรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและความสำคัญต่อครอบครัว ได้ออกไปเรียนต่อในระบบการศึกษานอกโรงเรียน อย่างสม่ำเสมอโดยครอบครัวมารับไปเรียนตามนัดทุกครั้ง
4. ครอบครัวให้กำลังใจโดยการโทรศัพท์มาเยี่ยม สอบถามอาการ ส่งเงินให้เป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัว
5. ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจที่บ้านแสงอรุณและเพื่อนสมาชิกให้ความไว้วางใจให้เป็นหัวหน้าทีม

#### ปัญหาที่ 4 แบบแผนการเผชิญปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพราว ซึ่งประกอบด้วย ระยะกำหนดปัญหา (Identification phase) โดยการค้นหาสาเหตุความเครียดและการเผชิญของผู้ป่วยและระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) โดยการพัฒนาแบบแผนการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียดที่เหมาะสม โดยมีแนวทางการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถ แก้ไขปัญหาลดความเครียดได้

#### ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่า เวลาไม่พึงพอใจ จะพูดเสียงดัง พูดคำหยาบ โวยวาย ทำลายข้าวของ อยากทำร้ายคนอื่น
- S : ญาติให้ประวัติว่า ผู้ป่วยมีนิสัยดื้อรั้นไม่เชื่อฟังมารดาและพี่สาว เวลามีปัญหาจะออกจากบ้าน เที่ยวกับเพื่อนและแฟน หนีไปใช้ยาเสพติด



S : เวลาไม่พอใจ จะมีอาการหงุดหงิดง่าย และจะออกจากบ้านและมักไปมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับวัยรุ่นกลุ่มอื่นโดยทำร้ายมาบ้าง ตักเตือนไม่รับฟัง

O : หงุดหงิดง่าย เอาแต่ใจตัวเอง ไม่ฟังพอใจจะด่าทอด้วยคำหยาบคาย

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางจัดการแก้ไขปัญหา เผลอปัญหาและความเครียดได้อย่างเหมาะสม

### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการแก้ไขปัญหา และการเผลอปัญหาได้ถูกต้อง
2. ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและทำร้ายตนเอง ไม่ทำร้ายผู้อื่น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและความรู้สึก กลไกทางจิตและความต้องการต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
2. ร่วมพูดคุยถึงสาเหตุ ตัวกระตุ้น วิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหาแบบเดิมๆ ผลกระทบที่เกิดขึ้นในอดีตและส่งเสริมให้คิดหาแนวทางในการเผลอปัญหาได้เหมาะสมมากขึ้น
3. แนะนำวิธีการเผลอปัญหา และการแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกและเปิดโอกาสให้ทดลอง ใช้วิธีตามทางที่เลือก แก้ไขข้อเสียของทางเลือกได้เหมาะสม จะส่งเสริมให้การแก้ปัญหาง่ายขึ้น
4. แนะนำและฝึกทักษะวิธีการคลายเครียด เช่น การหาที่ปรึกษา การฝึกสมาธิการผ่อนคลายโดยใช้กิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและเป็นไปในทางที่สร้างสรรค์ไม่เกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเองและส่วนรวม
5. ชมเชย ให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้
6. กระตุ้นเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดเพื่อให้เกิดการเรียนรู้การปรับตัว แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้
7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติปรับความเข้าใจในการใช้ชีวิตร่วมกันเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

### ประเมินการพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการแก้ไขปัญหา และการเผลอปัญหาได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและทำร้ายตนเอง ไม่ทำร้ายผู้อื่น

### ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชเนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง

อยู่ในระยะระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพราว สามารถ วางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าปากแห้ง ง่วงซึม มึนงง เดี๋ยวเซ

O : แพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ผู้ป่วยรับประทานยา ดังนี้

- Fluoxetine (20mg) 1 tab oral pc เช้า
- Tranxene (5mg) 1 tab oral hs - Depakin (500) 1x2 oral pc hs

- Haloperidol (5 mg) IM stat
- Clonazepam (0.5) 1 tab oral prn for insomnia

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุและได้รับพิษจากฤทธิ์ของยาที่ใช้ในการบำบัด

### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุใดๆในระหว่างการบำบัดรักษา
2. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะพิษของยาที่ใช้ในการบำบัด ได้แก่ ง่วงซึมมาก มือสั่น ปากแห้งและคอแห้งมากขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ง่วงซึม เดี๋ยวเซ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการข้างเคียงของยาจิตเวชที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ง่วงนอน เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง เป็นต้น
3. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
4. พิจารณารายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยามากขึ้นหรือไม่สบายจนไม่สามารถรับประทานยาได้
5. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ใช้ลิปสติกมันทาริมฝีปาก รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ เปลี่ยนอิริยาบถบ้าง เช่น ขณะลูกนั่งหรือเปลี่ยนจากนอนมาเป็นนั่งหรือยืน
6. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ้าง ระวังการเกิดอุบัติเหตุ
7. ประเมินสัญญาณชีพ หากพบอาการผิดปกติให้รีบแจ้งกับเจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อรายงานแพทย์ทันที

### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุใดๆในระหว่างการบำบัดรักษา ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะพิษของยาที่ใช้ในการบำบัด ได้แก่ ง่วงซึมมาก มือสั่น ปากแห้งและคอแห้งมากขึ้น สัญญาณชีพปกติ
2. ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาทางจิตเวชที่ไม่รุนแรง ได้แก่ มีอาการง่วงนอนมากในเวลากลางวัน มึนศีรษะ ปากแห้ง เมื่อได้รับคำแนะนำผู้ป่วย เข้าใจ ไม่ได้กังวลกับอาการที่เกิดขึ้น
3. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ
4. ผู้รับประทายตามแผนการรักษาของแพทย์

### ปัญหาที่ 6 สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากครอบครัวแตกแยกและขาดสัมพันธภาพอันดีภายในครอบครัว

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพราว โดยสนับสนุนให้ ผู้ป่วยเกิดการหยั่งรู้ เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง จนกระทั่งแก้ไขปัญหาค้นหาได้ สามารถกลับไปมี สัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวได้และมีการเรียนรู้วิธีที่จะสร้างสัมพันธภาพได้อย่างเหมาะสม

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าการเป็นอยู่ในครอบครัวต่างคนต่างอยู่มารดา ทำงานไม่มีเวลาส่วนบิดาขาดการติดต่อและพี่สาวต้องไปเรียนต่างจังหวัด นานๆจึงจะได้ติดต่อกัน

S : ผู้ป่วยบอกว่า มารดาทำงานเลี้ยงบุตร 2 คน ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควรเพราะงานเยอะเพื่อหาเงินส่งเสียให้ทั้ง 2 คนได้เรียนหนังสือ รวมถึงต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดในบ้าน

○ : ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับมารดา เนื่องจากพ่อแยกทางไปมีครอบครัวใหม่

○ : ผู้ป่วยมักจะพูดถึงพี่สาวที่สนิทเพียงคนเดียว

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น มีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสม

### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและพูดคุยกันดีขึ้น แสดงความรักความห่วงใยกันมากขึ้นด้วยการโทรให้กำลังใจ มีส่วนสนับสนุนผู้ป่วยให้ทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น

2. ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่นในครอบครัว

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการก้าวร้าวหวาดระแวงและวิธีการจัดการกับ อาการดังกล่าว

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยระบายความรู้สึก และแสดงความเข้าใจกันและ กระตุ้นการมีส่วนร่วมในครอบครัว

3. สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานภาพทางครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะ ในการทำความเข้าใจกับปัญหา และดูแลด้านจิตใจของตนเองอย่างเหมาะสม

4. สังเกตสีหน้าของผู้ป่วยและญาติหลังให้คำปรึกษา และพฤติกรรมระหว่างผู้ป่วยและญาติ

### ประเมินผลการพยาบาล

1. มารดาและพี่สาวโทรมาสอบถามติดตามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะ มีการวางแผนดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกดีขึ้น มีความตั้งใจจะช่วยมารดาทำงานที่บ้านจะได้อยู่ใกล้ชิดมากขึ้น

3. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นต่อครอบครัวมากขึ้น และสามารถบอกความรู้สึกหรือความต้องการของตนเองต่อมารดา และพี่สาวได้ด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม

### ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยขาดความตระหนักและการรับรู้ถึงโทษพิษภัยของยาเสพติด

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพราว และแบบแผนที่ 1 ของกอร์ดอน ให้คำแนะนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษพิษภัยของยาเสพติด และการดูแลสุขภาพ ตนเอง ส่งเสริมสร้างความตระหนัก การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นพบ ศักยภาพในตนเอง และนำมาใช้ในการปรับตัว แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ที่ชุมชนแถวบ้านผู้ป่วยมีการใช้ยาเสพติดกันเกือบทุกบ้าน มีแฟนและเพื่อนเสพยาทุกคน ไม่เห็นเขาเดือดร้อนอะไร

S : บอกว่าจะเลิกหรือใช้ขึ้นอยู่กับจิตใจที่ผ่านมาร่างกายจิตใจแกร่งรับได้จึงกลับไปเสพยาซ้ำอีก

○ : สีหน้าท่าทางไม่มีความวิตกกังวลขณะพูด

## วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีความรู้ถึงโทษพิษภัยจากการใช้ยาเสพติด มีความคิดไม่กลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ

## เกณฑ์การประเมินผล

1. บอกผลกระทบหรือโทษจากการเสพสารเสพติดได้ 1-2 ข้อ
2. บอกวิธีการจัดการอาการอยากยาของตนเองได้ 1-2 วิธี

## กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการบำบัดและเปิดเผยความรู้สึก ความคิด ได้ค้นหาปัญหาาร่วมกัน
2. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบหรือโทษจากการเสพสารเสพติด เพื่อทราบ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบและโทษของสารเสพติดตามความเข้าใจของผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการอยากยา วิธีการจัดการอาการอยากยา (craving) ที่เกิดขึ้นโดยให้ควบคุมตนเอง ให้หยุดความคิดอยากยาทันที หากิจกรรมอื่นทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและขอความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลอาการอยากยา และวิธีการจัดการอาการอยากยา
4. ให้กำลังใจผู้ป่วยในช่วงนี้ที่หยุดยาได้ เพื่อให้เข้าใจ และเห็นถึงผลสำเร็จที่เกิดจากผลของ ความตั้งใจ
5. พูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุการณ์ ประสบการณ์ต่างๆที่ผ่านมาที่เคยทำให้กลับไปใช้ยาและเรียนรู้การมีพฤติกรรมใหม่ที่ไม่ต้องใช้ยาเสพติด
6. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใหม่ที่ต่างจากการใช้ยาเสพติด เช่นการออกกำลังกาย การจัดตารางชีวิตประจำวันใหม่ การมีกิจกรรมนันทนาการใหม่ๆในชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัว
7. แนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือ หากมีปัญหาสุขภาพฉุกเฉินหรือต้องการรับการปรึกษา เพื่อให้ข้อมูลแหล่งให้ความช่วยเหลือที่สำคัญให้ผู้ป่วยได้ทราบ

## ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยเรียนรู้เข้าใจโทษพิษภัยของการใช้ยาเสพติด ตอบคำถาม เรื่องโทษพิษภัยได้ถูกต้อง

1. บอกผลกระทบหรือโทษจากการเสพสารเสพติดได้ 3 ข้อ คือ มีผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้ทรุดโทรมผลกระทบต่อครอบครัว เกิดความขัดแย้ง และผลกระทบต่อสังคม สังคมไม่ยอมรับ
2. บอกวิธีการจัดการอาการอยากยาของตนเองได้ 3 วิธีคือ การปิดสวิตซ์ความคิดและการออกกำลังกาย รวมถึงการออกไปเที่ยวกับแม่มากขึ้นเมื่อคิดถึงยาเสพติดขึ้นมา

## ปัญหาที่ 8. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา

อยู่ในระยะสิ้นสุด (Interminate phase) ของทฤษฎีเพปพราว ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ และมีความพร้อมสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการปัญหาได้ ซึ่งมีแรงจูงใจในการเลิกยา

## ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่าใช้ยาเสพติดตั้งแต่อายุ 14 ปี โดยด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและช่วยคลายเครียด อยากทดลอง
- S : ผู้ป่วยบอกว่า เวลามีปัญหาหรือคนอื่นมองว่าตนเองไม่ดี มักจะหายาเสพติดมาใช้ต่อเนื่องเพื่อเป็นการประชดว่าไหน ๆ ก็เป็นคนไม่ดีอยู่แล้ว
- S : ผู้ป่วยบอกว่า ตนเองโดนตำหนิ เพราะตนเองไม่ฉลาด เป็นเรื่องปกติที่ได้ยินบ่อย
- O : ประวัติการบำบัดรักษาเสพยาเสพติดมาแล้ว 3 ครั้ง

○ : จากการประเมิน ผู้ป่วยไม่ได้เรียนหนังสือเพราะหยุดเรียน ผู้ป่วยมีเซวาร์ปัญญาไม่สูงนักโดยรับรู้ถึงความบกพร่องของตนเอง มีบุคลิกภาพต่ำกว่าวัยชอบใช้จินตนาการตอบสนองแบบหุ่นหันพลันแล่น ขาด ความยับยั้งชั่งใจ ผู้ป่วยมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (Low self-esteem) และ รู้สึกโดดเดี่ยว

○ : ผลการประเมินด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v.๒ = 37 คะแนน แสดงว่า ผลอยู่ในระดับผู้ติดยาเสพติด ทำให้มีความยากในการเลิกยาเสพติด

○ : จากการประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) : อยู่ในขั้น ลังเลใจ (contemplation)

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโทษพิษภัยยาเสพติด ทักษะ การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและโรคสมองตติยา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด
2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองไม่ให้กลับไปเสพซ้ำได้ถูกต้อง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินอาการถอนพิษยา ภาวะแทรกซ้อน การให้ยาตามแผนการรักษา
2. ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองตติยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เป็นรูปธรรม
3. ให้ผู้ป่วยค้นหาข้อดีและข้อเสียของการใช้ยาเสพติดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระตุ้นให้พูดถึงการเปลี่ยนแปลงจากตัวผู้ป่วยเอง
4. สอนและฝึกหรือให้แสดงบทบาทสมมุติที่เกี่ยวกับทักษะที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต เช่น ทักษะปฏิเสธ การจัดการกับอารมณ์ และเทคนิคการคลายเครียดต่างๆแล้วให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่เหมาะสมสำหรับตนเองเพื่อนำไปใช้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน
5. สอนและฝึกพาผู้ป่วยให้รู้จักและเข้าใจวิธีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เช่น แนะนำผู้ป่วยทำงานอดิเรกที่ตนเองสนใจการช่วยบิดามารดาทำงาน หลีกเลี่ยงการเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดเพราะจะชักชวนให้เสพยาเสพติดซ้ำและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อมีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แนวทางการเลิกยาเสพติด
7. ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้อย่างเหมาะสมหรือตอบคำถามได้ถูกต้อง

### การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยบอกผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดได้ ทำให้ร่างกายทรุดโทรม และอาจจะเป็นโรคทางจิตเวชได้
2. ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลตนเองไม่ให้กลับไปเสพยาซ้ำได้ถูกต้อง หาที่ปรึกษา และหลีกเลี่ยง ตัวกระตุ้น สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่สำคัญคือการทำเพื่ออนาคตของตนเองคือการศึกษาต่อ และได้ดูแลมารดาอย่างใกล้ชิด

### ปัญหาที่ 9. ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพบพราว ซึ่งประกอบด้วย ระยะกำหนดปัญหา (Identification phase) โดยการค้นหาแรงจูงใจของผู้ป่วย และระยะจัดการกับ ปัญหา (Exploitation phase) โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟู สมรรถภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี มีแนวคิดในการเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวรสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

#### ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยอยากกลับบ้าน ต้องการอยู่บำบัดรักษาแค่ 2 สัปดาห์
- O : stage of change = Contemplation (ลังเลใจ)
- O : สีหน้าไม่สดใส รบเร้าติดต่อญาติเพื่อจะขอกลับก่อน

#### วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาจนครบกำหนดในระยะ 4 เดือน

#### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาจนย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบผู้ป่วยในครบ 4 เดือน
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา
3. ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หรือผิดกฎระเบียบ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบเหตุผลของการต้องการบำบัดครบระยะเวลา 4 เดือน
3. ประเมิน stage of change ผู้ป่วยอยู่ในระยะลังเล เสริมแรงจูงใจ ให้เห็นผลดีผลเสียสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถบำบัดได้ครบ 4 เดือน และชมเชยสิ่งที่ดีที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี เพื่อให้ทราบระดับขั้นตอนของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและให้คำแนะนำได้ถูกต้อง และเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติต่อเนื่อง
4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลดความวิตกกังวล
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ออกไปศึกษาต่อในระดับ กศน.มัธยมศึกษาปีที่ 6 ในระหว่างการฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลในระหว่างอยู่รับการบำบัดฟื้นฟู
6. ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟู การเข้าเยี่ยมของญาติตามระเบียบเพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย พูดคุยกับเจ้าหน้าที่เพื่อดูแลให้การบำบัดเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อเตรียมความพร้อมครอบครัวร่วมด้วย
7. ชื่นชมและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเมื่อผู้ป่วยมีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงทั้งด้านพฤติกรรมและความคิดไปในทิศทางที่ดีขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการเปลี่ยนแปลงตัวเองให้ดีขึ้น

### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาในระยะถอนพิษยา และได้ย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพต่อในระยะสั้น สม่ครใจเข้าสู่การฟื้นฟูในระยะยาวต่ออีก 4 เดือน รวมระยะเวลาการอยู่บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งหมด 158 วัน
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น มีบางครั้งที่ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ แต่เมื่อให้การช่วยเหลือโดยการใช้เครื่องมือที่บ้านผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้เร็วขึ้น

### ปัญหาที่ 10. บกพร่องในการปรับตัวเนื่องจากไม่ยอมรับรูปแบบการบำบัดรักษาและกฎระเบียบ

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพราว ซึ่งประกอบด้วย ระยะกำหนดปัญหา (Identification phase) โดยการค้นหาปัญหาในการปรับตัวของผู้ป่วย และระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) โดยการให้คำแนะนำ สนับสนุน ช่วยเหลือให้ตรงกับ ปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ส่งเสริมการให้กำลังใจในการปรับตัว ให้เข้าใจและยอมรับกฎระเบียบ ตาม รูปแบบการบำบัดรักษา เพื่อการบำบัดรักษาได้ครบกำหนด

#### ข้อมูลสนับสนุน

- S : ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ
- S : บอกว่า การบำบัดนี้เข้มงวดเกินไป ยุ่งยากในการปฏิบัติตาม
- O : มีข้อบกพร่องบ่อยครั้ง ให้การช่วยเหลือแล้ว กระทำผิดกฎระเบียบซ้ำ 2 ครั้ง

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ และอยู่บำบัดรักษาครบตามโปรแกรม

#### เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีข้อบกพร่องซ้ำในระหว่างการฟื้นฟู
2. อยู่บำบัดฟื้นฟูครบโปรแกรม

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ให้ผู้ป่วยไว้วางใจ สร้างความเชื่อมั่นต่อการบำบัด ค้นหาปัญหาและทำความเข้าใจปัญหาข้อขัดแย้งในตัวผู้ป่วย
2. ประเมินการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก เหตุผลที่ต้องบำบัดรักษา ประเมินแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด เน้นให้เห็นความสำคัญของการเลิกยาและผลกระทบหากผู้ป่วยอยู่รับการบำบัดไม่ครบโปรแกรม
3. แนะนำรูปแบบการบำบัดรักษา แต่ระยะระยะของการบำบัดรักษาพร้อมชี้ให้เห็นผลดีที่จะเกิดขึ้นถ้าเข้ารับการบำบัดครบในแต่ละระยะ
4. เน้นย้ำกฎระเบียบย่อย กฎหลัก และการปฏิบัติตัวขณะบำบัดรักษา
5. ให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพื่อการปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่น
6. เสริมสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ที่เหมาะสมจากการบำบัด ส่งเสริมการมีคุณค่า การมอบหมายงานที่เหมาะสม และให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อมีการพัฒนาตนเองดีขึ้น
7. ให้ผู้ป่วยพูดคุย เรื่องที่สร้างความภาคภูมิใจจากการพัฒนาตนเอง
8. สังเกตและประเมินความก้าวหน้าในการปรับตัวในการบำบัดรักษา

### ประเมินการพยาบาล

1. หลังให้คำแนะนำ มีข้อบกพร่องซ้ำ 2 ครั้ง
2. มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทะเลาะวิวาทกับเพื่อนผู้ป่วย 2 ครั้ง เนื่องจากเพื่อนมาหยอกล้อ จึงผิดกฎระเบียบของตึก มีข้อบกพร่อง ยอมรับข้อบกพร่อง และยอมรับโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือ รับฟังการให้คำแนะนำและพร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเองใหม่
3. อยู่บำบัดรักษาจนถึงระยะฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวได้ครบกำหนด จำนวน 158 วัน

**ปัญหาที่ 11** แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากนอนไม่เป็นเวลาจากการใช้ยาเสพติดและวิตกกังวลแบบแผนที่ 5 ของกอร์ดอน การพักผ่อนนอนหลับ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพียงพอ

#### ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่ากลางคืนนอนไม่ค่อยหลับ วิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องทางบ้านและเรื่องเรียนของตัวเอง
- S : ไม่มีแบบแผนการนอน เวลานอนไม่แน่นอน บางครั้งนอนกลางวัน
- O : สีหน้าไม่สดชื่น
- O : ขณะอยู่ รพ.นอนหลับได้ประมาณ 3-4 ชม. หลับๆ ตื่นๆ

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ตามปกติ

#### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยนอนหลับได้ตามปกติ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง
2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. รับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ประเมินแบบแผนการนอน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ร่วมกันวางแผนกับผู้ป่วย เนื่องจากการนอนไม่หลับทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย อาจเกิดความเครียด
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเภสัชวิทยาของยาเสพติดที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางซึ่งทำให้ศูนย์การนอนหลับในสมองเปลี่ยนแปลงไป
3. แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติเพื่อการนอนหลับ (sleep hygiene) เช่น
  - ตื่นนอนให้เป็นเวลา เข้านอนให้เป็นเวลาทุกวัน
  - มีกิจกรรมผ่อนคลายก่อนเข้านอน เช่น อ่านหนังสือเบาๆ 10 นาทีก่อนเข้านอน สวดมนต์หรือนั่งสมาธิ
  - ถ้ากลับไปอยู่บ้าน งดกาแฟ ชา ก่อนเวลาเข้านอน 6 ชั่วโมงและงดสูบบุหรี่เมื่อ เวลาเข้านอน
  - การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในช่วงเย็น
  - ไม่นอนหลับในช่วงกลางวันมากเกินไปเพราะจะทำให้ไม่่วงในตอนกลางคืน
4. ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้นให้นอนไม่หลับ
5. เมื่อให้การดูแลและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลข้างต้นแล้วไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา
6. ให้ยาตามแผนการรักษา
7. บันทึกการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง



### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยใช้วิธีการออกกำลังกายช่วย ส่งผลให้นอนหลับได้ตามปกติ นอนกลางคืนประมาณ 5-6 ชั่วโมง
2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น

### ปัญหาที่ 12. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

อยู่ในระยะสิ้นสุด (Interminate phase) ของทฤษฎีเพปพราว เป็นระยะที่ให้ผู้ป่วยได้รับการ เตรียมตัว ล่วงหน้าและอาจจะมีการสร้างเป้าหมาย เพื่อการรักษา การมาตามนัดอย่างต่อเนื่อง และดำรงภาวะสุขภาพต่อไป

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติสอบถามการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

O : จากการสอบถามผู้ป่วยบอกแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ไม่ครอบคลุม

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวกลับไปอยู่บ้าน

#### เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการเตรียมตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. วางแผนการจำหน่าย ตามแผนการจำหน่าย D METHOD D Diagnosis ให้ความรู้เรื่องยาเสพติด สาเหตุ การป้องกันเสพยาเสพติด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง M Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของ ยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย E Environment /Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่อาจจะทำให้ กลับไปเสพยา T Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา ยาเสพติด รวมถึงการเฝ้าสังเกต อาการตนเองและ การปรึกษาแพทย์หรือการมาก่อนนัด H Health การส่งเสริม ฟันฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจน การ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากยาเสพติด O Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือ จาก สถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง D Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติบอกว่าเข้าใจคำแนะนำและมีความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

### สรุปผลการดูแลและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยมาบำบัดรักษาแบบไม่สมัครใจ ด้วยญาติแจ้งความให้ตำรวจนำส่ง หลังการถอนพิษยาความตั้งใจ ผู้ป่วยต้องการอยู่บำบัดเพียง 14 วัน ครบระยะถอนพิษยา ผู้บำบัดรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลได้ทำการประเมิน Stage of change สามารถจูงใจผู้ป่วยตามระดับขั้นของแต่ละ Stage ทำให้เข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพได้รวมระยะเวลา อยู่บำบัดฟื้นฟูระยะสั้น 28 วัน และหลังจากได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัด ผู้ป่วยสมัครใจอยู่ฟื้นฟูระยะ ยาวต่อจนครบโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟู 120 วัน จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตเนื่องจากญาติต้องการให้ผู้ป่วยไปเรียน หนังสือต่อและผู้ป่วยต้องการไปศึกษาต่อ

2. ในรายนี้เป็นรายที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยมีการใช้ยาเสพติดยาบ้า (Amphetamine) ต่อเนื่องมาประมาณ 5 ปี โดยเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง ประสาทหลอน ทำให้กระบวนการคิดไม่สมเหตุสมผล กระบวนการคิดบิดเบือน การควบคุมตนเองไม่ดี มีพฤติกรรมก้าวร้าว ขาดการยอมรับตนเอง เอาแต่ใจตนเอง ไม่สามารถควบคุมกำกับตนเองได้เมื่อเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเอง มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ดี(80%) ยอมรับข้อบกพร่อง ยอมรับการให้การช่วยเหลือโดยใช้เครื่องมือของบ้าน ให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดโดยใช้แนวคิดของ FAST Model และเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม( CBT )เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมใหม่ จนครบโปรแกรม

3. ผู้ป่วยและญาติบกพร่องด้านสัมพันธภาพ อาจขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด ครอบครัวเข้มงวด ลงโทษรุนแรง ซึ่งเหล่านี้ เป็นปัจจัยหลักก่อให้เกิดความขัดแย้ง เมื่อผู้บำบัดได้ประสานครอบครัว ให้คำแนะนำด้านองค์ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยรายนี้ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้น ติดต่อกาเยี่ยมผู้ป่วยจำนวน 4 ครั้ง ระยะห่างอยู่ที่เดือนละ 1 ครั้งพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย และมีการโทรสอบถามอาการให้กำลังใจพูดคุยกับผู้ป่วยทุกวัน วันละ 1 ครั้งในช่วงเย็น ครั้งละ 10 นาที ส่งผลให้ผู้ป่วยเองก็มีความรู้สึกดี มีกำลังใจในการอยู่บำบัดฟื้นฟูจนครบโปรแกรมการบำบัด และมีความต้องการเลิกยาเสพติดเพื่อมารดาและพี่สาว รวมถึงมีการวางแผนการทำงานและเรียนต่ออีกให้จบสูงที่สุดเพื่อตัวเอง ซึ่งความฝันของผู้ป่วยคือปริญญาตรีและปัจจุบันผู้ป่วยสามารถสอบเข้าเรียนต่อในระดับปริญญาตรีได้ในมหาวิทยาลัยของรัฐบาล

4. เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม มุมมองต่างๆต่อตัวเอง บุคคลอื่น เหตุการณ์ต่างๆ สิ่งแวดล้อม ในด้านลบ ซึ่งสามารถเกิดได้จากหลายปัจจัยเช่น การเลี้ยงดู พันธุกรรม ผลกระทบจากการใช้ยา ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้น จึงควรรณีครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดและประสานงานกับเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติด ติดตามหลังการรักษาหรือวางแผนการรักษาร่วมกันเพื่อดูแลเฉพาะรายได้ตรง ประเด็นและป้องกันการเสพยา

5. การทำงานร่วมกันของวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และ นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินของแต่ละวิชาชีพมาพูดคุยปรึกษาหารือเพื่อวางแผนร่วมกันในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ได้ครอบคลุม และแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

6. ผู้ป่วยรายนี้มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และพฤติกรรมได้ง่ายเมื่อมีสิ่งมากระตุ้นไม่ว่าจะทั้งภายในและภายนอกจึงต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ประเมินภาวะเสี่ยง โดยครอบครัวเองก็ต้องมีความเข้าใจในการเฝ้าระวัง รวมถึงการพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อช่วยให้ลดการกระตุ้นผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

7. สภาพแวดล้อมอาคารสถานที่ สำหรับการบำบัด ปลอดภัย ผ่อนคลาย อดสิ่งเร้า สิ่งเหล่านี้ เป็นวิธีการบำบัดอย่างหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสงบเร็วขึ้น

8. รูปแบบ FAST MODEL การใช้เครื่องมือชุมชนบำบัด การบอกข้อบกพร่อง วิธีการ ช่วยเหลือพฤติกรรม บางกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด กตสัน ผู้ป่วยต่อต้าน ขาดการยอมรับ ทำให้แสดงออกทางพฤติกรรมก้าวร้าวได้ รวมถึงกระบวนการของชุมชนบำบัดมีเครื่องมือบ้านที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม จึงถือว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีมีความครอบคลุมในทุกๆด้าน

9. กรณีศึกษารายนี้ มีความหลากหลายของปัญหา ตรงกับสถานการณ์ปัจจุบันโดยเฉพาะผู้ใช้สารเสพติด แขนงโน้มมีปัญหาคความผิดปกติทั้งทางร่างกาย กระบวนการคิด อารมณ์และพฤติกรรม มีปัญหาทางจิตเวชเพิ่มขึ้น สามารถนำไป ประยุกต์ใช้กับรายอื่นๆที่ใกล้เคียงได้

## ยาที่ใช้ในการบำบัดรักษา

### 1. ยา Haloperidol

ฮาโลเพอริดอล หรือที่รู้จักในชื่อการค้า ฮาดอล (Hadol) สังเคราะห์จากเพธิดีน(pethidine) เป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักขององค์การอนามัยโลก และจัดเป็นยาที่มีการใช้มากที่สุดในกลุ่มยาต้านโรคจิต

กลไกการออกฤทธิ์ มีฤทธิ์ยับยั้งตัวรับโดปามีน ชนิดที่ 1 และที่ 2 ที่บริเวณโพสไซแนปติก (postsynaptic dopamine D1 / D2 receptor) ในสมองส่วนมีโซลิมบิก และลดการปลดปล่อยฮอโมนจากสมองส่วนไฮโปทาลามัสและสมองส่วนไฮโปฟิเซียล มีฤทธิ์ต่อ psychomotor sedation ทำให้เกิดภาวะสงบ และลดอาการก้าวร้าว โดยไม่ก่อให้เกิดการเห็นภาพหลอน และอาการหลงผิด

ออกฤทธิ์ที่ basal ganglia ซึ่งทำให้เกิดอาการ กล้ามเนื้อหดเกร็ง แข็งเกร็งและอาการของโรคพาร์กินสัน การที่มีฤทธิ์ในการต้าน Dopamine ทำให้มีผลในการยับยั้งอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยผ่านทาง Chemoreceptor-trigger zone ทำให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อหูรูด และเพิ่มการหลั่งของฮอโมนของกระเพาะอาหารและลำไส้ โพรแลคติน โดยไปยับยั้งการออกฤทธิ์ของ prolactin inhibiting factor (PIF) ที่ adenohypophysis ออกฤทธิ์ใน 30 ถึง 60 นาที

#### ข้อบ่งใช้

- สำหรับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ใช้รูปแบบฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
- สำหรับอาการทางจิตเฉียบพลัน ยาในรูปแบบฉีดเข้ากล้ามเนื้อ อาจให้ยาทุกชั่วโมงหรือทุก 4 ถึง 8 ชั่วโมง จนกว่าจะควบคุมอาการได้ ขนาดยาสูงสุด 18 มิลลิกรัมต่อวัน
- สำหรับการควบคุมอาการฉุนเฉียวหรืออาการรุนแรง อาจให้ผ่านหลอดเลือดดำหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
- สำหรับอาการกระสับกระส่ายและสับสน ยาในรูปแบบยารับประทาน
- สำหรับรักษาโรคจิต ยาในรูปแบบยารับประทาน
- สำหรับรักษาอาการสะอึกแบบรุนแรง ยาในรูปแบบยารับประทาน

#### ข้อควรระวังของการใช้ยา Haloperidol

ห้ามใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่เกิดพิษกดระบบประสาทส่วนกลางระดับรุนแรง ผู้ป่วยโคมา ผู้ป่วยพาร์กินสัน ผู้ป่วยสตรีมีครรภ์ ระวังการใช้ยานี้ในเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคลมชัก โรคภูมิแพ้ โรคต่อหินมูมปิด โรคต่อมลูกหมากโต โรคหัวใจหรือโรคตับระดับรุนแรง ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื่อเฉียบพลัน มีภาวะฮอโมนไทรอยด์สูง รับประทานต้านการแข็งตัวของเลือด

#### ผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Haloperidol

- อาจเกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหวร่างกายที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ (tardive dyskinesia) กลุ่มอาการ extrapyridal ภาวะวิตกกังวล ง่วงซึม ซึมเศร้า เบื่ออาหาร หัวใจเต้นเร็วชั่วคราว ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า เม็ดเลือดขาวต่ำ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ปัสสาวะขัด
- อาการอันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ได้แก่ กลุ่มอาการ neuroleptic malignant syndrome

## 2. ยา Risperidone

Risperidone (ริสเพอริโดน) เป็นยาในกลุ่มรักษาอาการทางจิต (Antipsychotic)

กลไกการออกฤทธิ์

- เป็นยารักษาโรคจิตเภทกลุ่ม benzisoxazole atypical ที่มีฤทธิ์ผสมระหว่างฤทธิ์ในการต้านการทำงานของเซโรโทนิน (serotonin) และโดปามีน (dopamine) ริสเพอริโดนเข้าจับกับตัวรับเซโรโทนิน (5-HT<sub>2</sub>-receptor) ในระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลายอย่างแน่นหนา และจับกับตัวรับโดปามีน (dopamine-D<sub>2</sub>-receptor) ด้วยแรงที่น้อยกว่าตัวรับเซโรโทนิน

ข้อบ่งใช้

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

ข้อควรระวังของการใช้ยา

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

ผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Risperidone

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

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

## 3. ยา ไตรเฮกซีเฟนิดิล (Trihexyphenidyl)

ชื่อทางการค้า Benzhexol GPO, Artane เป็นยาในกลุ่มแอนติมีสคารินิก (Antimuscarinic drugs) ทางคลินิกได้นำมารักษาอาการโรคพาร์กินสัน ช่วยกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อให้กลับมาเหมือนปกติ รูปแบบยาแผนปัจจุบันของยานี้จะเป็นยารับประทานทั้งชนิดเม็ด แคปซูล และยาน้ำ เป็นยาสำหรับรักษาโรคพาร์กินสัน รักษาอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาบางชนิด

กลไกการออกฤทธิ์

- เป็น competitive antagonist ของ acetylcholine ที่ cholinergic receptor ตัวยาจะแสดงฤทธิ์ของ Antimuscarinic drug และแสดงฤทธิ์ในการยับยั้งระบบประสาทอัตโนมัติชนิดพาราซิมพาเทติก (Parasympathetics) ของร่างกายส่งผลในการปรับสมดุลใหม่ของสารสื่อประสาทที่เหมาะสม ในผู้ป่วยโรค Parkinson ยาจะลด cholinergic activity ที่มากเกินไปบริเวณ basal ganglia และมีฤทธิ์ antihistamine

- ยาถูกดูดซึมจากทางเดินอาหาร เริ่มออกฤทธิ์ภายหลังจากรับประทานยาแล้ว 1 ชม. และช่วงเวลาการออกฤทธิ์นาน 6-12 ชั่วโมง และถูกขับออกทางปัสสาวะ

### ข้อบ่งใช้

- ให้ร่วมกับยาอื่นในการรักษาโรค Parkinson ใช้ควบคุมอาการ extrapyramidal disorder จากยา Neuroleptic drugs

### ข้อห้ามใช้ยา

- ได้แก่ โรคต่อหิน ลำไส้อักเสบ ลำไส้อุดตัน โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัสสาวะไม่ออก/ปัสสาวะขัด โรคหัวใจบางประเภท ด้วยการใช้นี้กับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวสามารถทำให้อาการของผู้ป่วยรุนแรงมากยิ่งขึ้น หากเป็นสตรีตั้งครรภ์หรือสตรีที่อยู่ในภาวะให้นมบุตรอาจต้องเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษ ขณะที่รักษาด้วยยานี้ไม่ควรอยู่ในที่ที่มีอากาศร้อนจัด ด้วยภาวะร่างกายที่ได้รับยาไตรเฮกซีเฟนิดิลจะสามารถทนต่ออุณหภูมิที่สูงๆได้น้อยลง

### อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- รุ่มาตาชยาย สายตาพร่ามัว ความดันภายในลูกตาเพิ่ม คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง ท้องผูก เกิดอาการทางประสาทชาตามปลายแขน ขา เมื่อยขา เกิดภาพหลอน ง่วงซึม ตื่นเต้น ผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดสูงหรือไวต่อยา จะเกิดอาการตื่นเต้น สับสน อ่อนเพลีย และไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากควรหยุดยา และถ้าต้องให้ยาชนิดอื่นต้องให้ยาในขนาดต่ำกว่าก่อน

### ปฏิกิริยากับยาตัวอื่น

- การใช้ร่วมกับยา Potassium citrate, Potassium chloride ชนิดรับประทานด้วยจะก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่างๆเช่น ระคายเคืองในกระเพาะอาหารและลำไส้ อาจเกิดแผลในระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

- การใช้ร่วมกับยา Topiramate ด้วยจะทำให้เกิดการหลังเหงื่อออกน้อยเป็นผลให้อุณหภูมิร่างกายเพิ่มสูงขึ้นจนอาจเกิดอาการคล้ายเป็น ลมแดด (Heat stroke)

- การใช้ร่วมกับยา Brompheniramine, Chlorpheniramine, Diphenylhydramine จะทำให้เกิดอาการง่วงนอน ตาพร่า ปากแห้ง เหงื่อออกน้อย ปัสสาวะขัด เป็นตะคริวที่ท้อง หัวใจเต้นผิดจังหวะ

- การใช้ร่วมกับยา Hydrocodone สามารถเพิ่มอาการข้างเคียงทางระบบประสาทเช่น วิงเวียน ง่วงนอน ขาดสติหรือขาดความสามารถในการตัดสินใจ เพื่อหลีกเลี่ยงอาการดังกล่าวควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาร่วมกัน

## 4. ยา Lorazepam

ชื่อการค้า เรียกว่า Ativan จัดอยู่ในกลุ่ม benzodiazepines ซึ่งใช้ในการรักษาอาการที่ผิดปกติที่เกิดจากโรคซึมเศร้าและเพื่อคลายความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ใช้รักษาโรคนอนไม่หลับ โรคลมชัก กลุ่มอาการลำไส้แปรปรวน (IBS) สภาวะอยู่ไม่สุข ที่เกิดจากการเลิกแอลกอฮอล์ และอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดจากการทำการรักษาโรคมะเร็ง

### การออกฤทธิ์

กดระบบประสาทส่วนกลาง โดยเป็น agonist ที่ benzodiazepine receptor ซึ่งจับกลุ่มอยู่กับ GABA<sub>A</sub> receptor และ chloride channel อยู่ที่เยื่อหุ้มเซลล์ประสาท ทำให้ GABA<sub>A</sub> receptor ทำงานได้มากขึ้น ส่งผลให้ chloride channel เปิด ยอมให้ chloride ions เข้าสู่เซลล์มากขึ้น เกิด hyperpolarization และยับยั้งการทำงานของหน้าที่ของเซลล์ประสาทต่างๆ ทำให้มีผลลดอาการวิตกกังวล ทำให้ง่วงหลับ ต้านอาการชัก คลายกล้ามเนื้อ และอาจเกิดภาวะเสียความจำชั่วคราว

ยาถูกดูดซึมได้ดีในทางเดินอาหาร ความเข้มข้นของยาในพลาสมาจะสูงสุดหลังรับประทานยาประมาณ 1-6 ชั่วโมง โดยยากระจายไปยังเนื้อเยื่อต่างๆ จับกับโปรตีนพลาสมาได้มากถึงร้อยละ 85 ยามีค่า half-life สั้นถึงปานกลาง (ประมาณ 10-20 ชั่วโมง) ถูกเปลี่ยนแปลงสภาพโดยกระบวนการ glucuronide conjugation ได้เป็นสาร inactive metabolite และยาถูกกำจัดออกทางไต

ข้อบ่งใช้

- ลดอาการวิตกกังวลและช่วยให้นอนหลับ

อาการไม่พึงประสงค์

- ง่วงซึม กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน สูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว สับสน มึนงง เวียนศีรษะ ใจสั่น ซึพจรเต้นเร็ว นอกจากนี้ อาจเกิดภาวะเสียชีวิตฉับพลัน มีรายงานการเกิดอาการระคายเคืองทางเดินอาหาร และพบปฏิกิริยาทางผิวหนัง

ปฏิกิริยาระหว่างยา

ระวังการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา หากให้ยานี้ร่วมกับ

1) แอลกอฮอล์หรือยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง จะทำให้ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหยุดหายใจ (apnea)

2) ยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์จากตับ เช่น ยาคูเมก้าเนดซินิดรับประทาน, cimetidine, erythromycin, fluoxetine, ketoconazole, propranolol, metoprolol เป็นต้น จะยับยั้งการเกิด metabolism ที่ตับ ส่งผลให้ค่า half-life ของ lorazepam ยาวขึ้น

3) ยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นเอนไซม์จากตับ เช่น rifampin จะทำให้ metabolism ที่ตับเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่า half-life ของ lorazepam สั้นลง

## 5. ยาไดอะซีแพม (diazepam)

เป็นยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีน (benzodiazepine) ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใช้เป็นยาคลายกังวล (anxiolytic) ยาต้านชัก (anticonvulsant) และยาสงบ ยานอนหลับ (sedative / hypnotics)

การออกฤทธิ์

เป็น agonist ที่ benzodiazepine receptor ซึ่งจับกลุ่มอยู่กับ GABAA receptor และ chloride channel อยู่ที่เยื่อหุ้มเซลล์ประสาท ทำให้ GABAA receptor ทำงานได้มากขึ้น ส่งผลให้ chloride channel เปิด ยอมให้ chloride ions เข้าสู่เซลล์มากขึ้น เกิด hyperpolarization และยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทต่างๆ ทำให้มีผลลดอาการวิตกกังวล ทำให้ง่วงหลับ ต้านอาการชัก คลายกล้ามเนื้อ และอาจเกิดภาวะเสียชีวิตฉับพลัน

เมื่อให้โดยวิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้อ มีผลทำให้การดูดซึมช้าลง ถ้าฉีดบริเวณกล้ามเนื้อ deltoid จะดูดซึมได้เร็วและสมบูรณ์ ความเข้มข้นของยาในพลาสมาจะสูงสุดประมาณ 0.5-1.5 ชั่วโมง แต่ถ้าให้ในรูปแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ความเข้มข้นของยาในพลาสมาจะสูงสุดประมาณ 15 นาที ยา diazepam จับกับโปรตีนในพลาสมาได้มากถึงร้อยละ 98 ถูกเปลี่ยนแปลงสภาพโดยผ่าน CYP2C19 และ CYP3A4 ได้เป็นสาร metabolite ที่ยังคงฤทธิ์อยู่ คือ desmethyldiazepam, temazepam และ oxazepam ซึ่งมีค่า half-life 40-120 ชั่วโมง 8-15 ชั่วโมง และ 5-15 ชั่วโมง ตามลำดับ และยาถูกกำจัดออกทางไต

ข้อบ่งใช้

- แก้อาการชักหรือเกร็ง
- แก้อาการวิตกกังวลอย่างรุนแรง

ผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- อาจก่อให้เกิดการสลับ ง่วงซึม กล้ามเนื้ออ่อนแอ อากาแล้า สับสน ซึมเศร้า ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ รบกวนการมองเห็น อาการสั่น กตการหายใจ ความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะคั่ง คลื่นไส้ อาเจียนการใช้ยาเกินขนาด อาจส่งผลให้เกิดการง่วงซึมในเวลากลางวัน สับสน ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้ออ่อนแอ ซึมเศร้ารุนแรง

## 6. ยา Chlorpromazine

ชื่อการค้า Largactil, Chlorpromed, Matcine/GPO อยู่ในกลุ่มยา Antipsychotic agent ยาต้านอาเจียน (Antiemetics) เป็นยาในกลุ่มฟิโนโทอาซีน (Phenothiazine) ที่นำมาใช้รักษา ความผิดปกติของจิตใจ อารมณ์ และสภาวะอื่น ๆ เช่น

- กลุ่มโรคจิตเภทหรือโรคจิต ซึ่งเป็นความผิดปกติทางด้านจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึก อารมณ์ ประสาทหลอน อาการก้าวร้าว และอาการหลงผิด

- โรควิตกกังวลอย่างรุนแรง อาการสับสน กระสับกระส่าย หรือพฤติกรรมที่เป็นอันตรายอื่น ๆ ในระยะฉับพลัน

- กลุ่มโรคออทิสติกในเด็กหรือรักษาภาวะพฤติกรรมก้าวร้าวผิดปกติในเด็ก

- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือระยะรุนแรงของโรคต่าง ๆ

- อาการสะอึกต่อเนื่อง ที่หาสาเหตุไม่ได้

- บรรเทาอาการคลื่นไส้และอาเจียน

- โรคพอร์ไฟเรียเฉียบพลัน (Acute Intermittent Porphyria) ที่ทำให้เกิดอาการผิดปกติทางจิตเวชหรือระบบประสาทร่วมกับอาการปวดท้องแบบเฉียบพลัน

- ใช้ร่วมกับยาชนิดอื่นในการรักษาโรคบาดทะยัก

กลไกการออกฤทธิ์

ออกฤทธิ์ยับยั้งที่ postsynaptic dopaminergic, alpha-adrenergic, serotonergic, histaminergic และ muscarinic receptors มีผลลดอาการโรคจิต มีฤทธิ์สงบระงับ ทำให้ความดันเลือดต่ำ แก้อาเจียน เพิ่มการหลั่ง prolactin และมีฤทธิ์ anticholinergic เช่น ตาพร่า ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก นอกจากนั้นอาจทำให้เกิดอาการคล้ายโรคพาร์กินสันได้

ถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร และจากบริเวณที่ฉีด ยาเริ่มออกฤทธิ์หลังจากรับประทานยา 30 - 60 นาที และช่วงระยะเวลาออกฤทธิ์ นาน 2 - 4 ชั่วโมง การให้ยาโดยการรับประทาน จะเกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งแรกในตับ ( first pass effect ) เป็นผลให้ปริมาณยาในกระแสเลือดต่ำกว่าเมื่อฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ความเข้มข้นสูงสุดของยาในพลาสมาเกิดขึ้นในช่วงเวลา 2 - 4 ชั่วโมง Chlorpromazine จะกระจายตัวทั่วเนื้อเยื่อในร่างกาย Blood brain barrier และ ระดับยาในสมองจะสูงกว่าในพลาสมา ยาจะจับกับ plasma protien 98 - 99 % และถูกขับถ่ายออกทางปัสสาวะและ อุจจาระในรูป metabolite มี half life 16 - 30 ชั่วโมง metabolite ซึมผ่านรกและถูกขับออกทางน้ำนมได้

### ข้อบ่งใช้

- ใช้รักษาและควบคุมอาการโรคจิตชนิดคัมคลั่ง และโรคจิตเภท (Mania and schizophrenia) ใช้ลดอาการกระสับกระส่าย หวาดระแวงก่อนการผ่าตัด (Pre-operation anxiety) รักษาพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก ควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้นทั่วไปและหลังผ่าตัด

### อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- ตาพร่า ความดันในลูกตาเพิ่ม ปากคอแห้ง ท้องผูก และปัสสาวะคั่ง Postural hypotension ง่วง นอนหลับ ได้ หิวและรับประทานอาหารมากขึ้น ทำให้อ้วน มีฤทธิ์ยับยั้ง prolactin release inhibitory factor จึงทำให้มีการหลั่ง prolactin เพิ่มขึ้น

## 7. ยา Kalimite

เป็นชื่อการค้าของ Calcium polystyrene sulfonate 1 ซอง มี 5 mg

### การออกฤทธิ์

เป็น cation exchange resin แลกเปลี่ยน Calcium ion กับ Potassium ion ในระบบทางเดินอาหาร แล้วขับ Potassium ออกทางอุจจาระ

ส่วนประกอบ calcium resin ประสิทธิภาพลด K ขับ K 1mEq/g อุจจาระ

สำหรับผู้ป่วย -ใช้ในคน HT,CHF ได้ เพราะไม่มี Na

-ใช้ในผู้ป่วยโรคไตวายที่ต้องคุมKได้ด้วย

### ข้อบ่งใช้ในการรักษา

Hyperkalemia ที่สัมพันธ์กับ anuria หรือ severe oliguria และในผู้ที่ทำ dialysis มีกลไกการออกฤทธิ์ คือ แลกเปลี่ยน Calcium ion กับ Potassium ion

ให้ Kalimite ในการรักษา Hyperkalemia จะใช้เฉพาะกรณีไม่เร่งด่วน เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา โดยจะเริ่ม ให้เมื่อมีค่า serum Potassium > 6 mmol/L (6 mEq/L) และหยุดให้ยาเมื่อมีค่า serum Potassium ≤ 5 mmol/L (5 mEq/L) [5]

สำหรับรักษา ภาวะ hyperkalemia ในกรณีที่ K สูงเล็กน้อย 5-6 mEq/L หากสูงมากต้องรักษาหลายอย่างคู่กัน เช่น RI10U+50%glucose50ml สามารถลด K ได้ประมาณ 1mEq/L ในขนาดยา 15-30 gm/day

### วิธีการใช้

1. คุม K ในผู้ป่วยโรคไต Kalimite 1 ซอง (5 gm) Sig 1 ซอง ผสมน้ำเล็กน้อย(30-50ml) bid-tid หรืออาจผสมน้ำหวาน แต่ไม่ควรใช้น้ำผลไม้ เนื่องจากมี K สูง

2. แก้ K แบบครั้งคราวการใช้ Kalimite แทน Kayexalate ในการรักษา hyperkalemia แบบเป็นครั้งคราว

Oral : กิน 15-30 gm/day แบ่ง วันละ 2-3 ครั้ง {3-6ซองต่อวัน 1\*3-2\*3pc} ผสมน้ำเพียงเล็กน้อย ออกฤทธิ์ใน 2-3 ชั่วโมง

Anal : สวนเก็บ ครั้งละ 30 gm ผสมกับน้ำ หรือ 20%mannitol หรือ sorbitol 100 ml ก็ได้ ให้ยาอยู่ในลำไส้นาน 30-60 นาที Sig 6 ซอง ผสมน้ำ D5W 100 ml สวนเก็บ ให้อุ่นยาก่อนจะได้ไม่เย็นมาก ให้ผู้ป่วยนอนยกก้นสูง ไม่ให้ยาไหลออก



ผลข้างเคียง

- ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ระคายเคืองกระเพาะอาหาร K ต่ำ

ปฏิกิริยาระหว่างยา

1. digoxin intoxication หาก K ต่ำ
2. antacid ทำให้ลดประสิทธิภาพของ kalimate

## บทที่ 5

### สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

#### แพทย์วินิจฉัย

**การวินิจฉัยแรกรับ** - F15.3 : Amphetamine Withdrawal : ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยากระตุ้นระบบประสาทอันรวมทั้งกาเฟอีน (Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine Withdrawal state.)

**การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย** - F15.2 : Amphetamine Dependence : ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยากระตุ้นระบบประสาทอันรวมทั้งกาเฟอีน (Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine Withdrawal state.)

#### ผลการประเมินด้วยแบบประเมินอื่นๆ

1. ประเมินทางสังคม อารมณ์ไม่มั่นคง มีประวัติหยุดหยุด ก้าวร้าวอาละวาด ชู้ทำร้ายบุคคลอื่น ทำร้ายมารดา การรับรู้ผลกระทบจากการเสพยาค่อนข้างน้อยแบบ Intellectual Insight, Stage of change ระยะ contemplation แรงจูงใจในการเลิกยาค่อนข้างน้อย อาศัยอยู่กับมารดา พี่สาว มีความขัดแย้งกับมารดา ค่อนข้างบ่อย

2. ผลการประเมินด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของ กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) v.๒ : อยู่ในระดับ 39 คะแนน แสดงว่า ระดับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูง อนุมานว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง

3. ผลการประเมินด้วยแบบคัดกรอง 2Q

ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2566 คะแนน เท่ากับ 0 ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า เฝ้าระวัง ประเมินซ้ำ

ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2566 คะแนน เท่ากับ 0 ถือว่า ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรค ซึมเศร้า

4. ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) : อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) อยากเลิกยาเสพติดตามที่ครอบครัวร้องขอแต่ไม่แน่ใจว่าการควบคุมตนเองได้ดีหรือไม่ ยังไม่มั่นใจกับการมาบำบัดเพื่อเลิกยาครั้งนี้

5. แบบประเมินความเสี่ยงในการก่อความรุนแรง

- การคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V Screening Test)

แปลผล Positive

- แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale : PVSS) 9 คะแนน แปลผล มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับปานกลาง

6. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2566 ผลตรวจพิสูจน์ยาเสพติดในปัสสาวะ : Positive

- เมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2566 ผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK : Positive

## แผนการรักษาของแพทย์

- Fluoxetine (20mg) 1 x 1 oral pc เช้า
- Tranxene (5 mg) 1 tab oral hs
- Depakine (500mg) 1/2 tab oral hs
- Haloperidol (5 mg) IM stat
- Clonazepam (0.5 mg) 1 tab PRN for insomnia
- Multivitamin 1 x 3 oral pc
- Vitamin B1-6-12 1 x 3 oral pc
- Paracetamal (500 mg) 1 tab PRN q 4-6 hrs
- Diazepam 10 mg IV stat

## ตารางที่ 4. วิเคราะห์กรณีศึกษา การเปรียบเทียบข้อมูลวิชาการ/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมา

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><b>เกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติด</b></p> <p>การวินิจฉัยการเสพยาและสารเสพติดตามระบบ DSM-IV แบ่งเป็น 2 ระดับคือภาวะเสพติด (dependence) และภาวะการใช้สารในทางที่ผิด (abuse) แต่ใน DSM-V ซึ่งมี การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเกณฑ์วินิจฉัย โดยไม่แบ่งระดับการติด แต่รวมเป็น ความผิดปกติของการใช้ยาเสพติด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการใช้ยาเสพติดจนก่อให้เกิดความบกพร่องหรือผลกระทบ อย่างน้อย 2 ข้อ โดยเกิดขึ้นภายในช่วง 12 เดือน</li> <li>2. มีการใช้เสพยาในปริมาณ ที่มากกว่าหรือใช้ระยะเวลา ที่มากกว่าที่ตั้งใจไว้</li> <li>3. มีความตั้งใจอย่างมากหรือพยายามที่จะลดหรือหยุดใช้ยาเสพติดแต่ทำไม่สำเร็จ</li> <li>4. ในวันที่ใช้ยาเสพติดนั้น ต้องใช้เวลามากในการเสาะหา ยาเสพติดในการเสพหรือพ้นจากฤทธิ์ของยาเสพติด มี ความอยาก (craving) หรือความต้องการอย่างรุนแรงที่ ต้องการใช้</li> <li>5. ผลจากการใช้ยาเสพติดซ้ำๆทำให้เกิดความล้มเหลวของกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเรียน</li> <li>6. ยังคงมีการใช้อยู่ถึงแม้มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง</li> <li>7. จากการใช้ยาเสพติดทำให้อาจกระทบด้านสังคมที่สำคัญ การทำงาน การพักผ่อน ลดน้อยลง</li> <li>8. มีการใช้ยาเสพติดซ้ำๆ ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการ ได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย</li> </ol>	<p><b>แพทย์วินิจฉัยเป็น</b></p> <p><b>การวินิจฉัยแรกรับ - F15.3 : Amphetamine Withdrawal</b> : ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการเสพสารกระตุ้นระบบประสาทอันรวมทั้งกาแฟ (Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine Withdrawal state.)</p> <p><b>การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย - F15.2 :</b></p> <p><b>Amphetamine Dependence</b> : ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารกระตุ้นระบบประสาทอันรวมทั้งกาแฟ (Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine Withdrawal state.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยเริ่มเสพยาเสพติดยาบ้าตั้งแต่อายุ 14 ปี ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลอง เริ่มเสพยาบ้าโดยวิธีการสูบ ใช้ครั้งละ 1/2 เม็ด ใช้สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง มีอาการหูแว่ว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ หงุดหงิดง่าย</li> </ul>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>9. ยังคงมีการใช้ยาเสพติดอยู่ถึงแม้จะรู้ว่าการใช้ยาเสพติดนั้นก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ</p> <p>10. ภาวะติดยา มีความต้องการใช้ยาเสพติดปริมาณเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิมเมื่อใช้ปริมาณเท่าเดิมฤทธิ์ที่ได้จากยาเสพติดลดลง</p> <p>ภาวะถอนยา มีอาการถอนยา ต้องใช้ยาหรือสารเสพติดเพื่อให้ตัวเองหายจากอาการถอนยาหรือเพื่อให้รู้สึกดีขึ้น</p>	<p>- เสพยาบ้ามาเรื่อย ๆ ไม่เคยพยายามเลิกด้วยตัวเองถึงแม้จะมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยก็ยังคงใช้ยามาตลอดจนไม่สามารถที่จะเรียนหนังสือต่อได้ต้องออกจากการเรียนในระบบมาก่อน</p>
<p><b>สาเหตุของการติดยา</b></p> <p>การติดยาเสพติดมีสาเหตุที่ซับซ้อนประกอบด้วย หลายประการ โดยสามารถบ่งชี้ถึงสาเหตุการติดยาว่ามา จากปัจจัย 3 ประการด้วยกัน โดยทุกปัจจัยต่างมีความเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน ดังนี้</p> <p>1. ปัจจัยด้านตัวยาเสพติดยาเสพติดแต่ละชนิดมีการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน การใช้ยาเสพติดเป็นเวลานาน ๆ ร่างกายจะเกิดความเคยชินต่อยา และการทำงานของระบบ ต่าง ๆ ของร่างกายจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของสารดังกล่าว เมื่อร่างกายขาดยาหรือสารเสพติดดังกล่าว จะเกิดอาการ เปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน มีอาการผิดปกติกับร่างกายที่ เราเรียกว่า อาการขาดยา ความรุนแรงของอาการ อาจมีมากจนทนไม่ไหวจนต้องพยายามหายาหรือสารเสพติดมา เสพเพื่อระงับอาการต่าง ๆ ให้ร่างกายสามารถทำงานได้ในระบบเดิม</p> <p>2. ปัจจัยด้านบุคคลหรือผู้ป่วย มีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องและส่งเสริมให้ติดยาเสพติดสำคัญ 2 ประการ คือ</p> <p>2.1 สภาพร่างกาย พบว่า สาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยติดยาเสพติด เนื่องจากการเจ็บป่วยทางร่างกายและใช้ยาบำบัดรักษา กลุ่มผู้ใช้แรงงาน ต้องการเพิ่มรายได้ นักศึกษาที่ต้องการ อ่านหนังสือได้นานช่วยทำให้ร่างกายไม่อ่อนเพลีย มีกำลังในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น</p> <p>2.2 สภาพทางจิตใจ และบุคลิกภาพ บุคคลที่มีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดจะมีบุคลิกภาพอ่อนแอในทุกด้าน เช่น อารมณ์ และสติปัญญา ร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ ผู้ที่มีอารมณ์ วู่วาม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การมีคุณค่าในตนเองต่ำ ส่วนบุคลิกภาพมักจะ มีพฤติกรรมทำอะไรไม่ยั้งคิด เมื่อมี ปัญหาจะแก้ปัญหา แบบง่าย ๆ ไม่ใช่เหตุผลทำตามอารมณ์ และมักจะมองตนเองในแง่ลบ</p>	<p>1. ปัจจัยด้านตัวยาเสพติด สารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้ ยาบ้า (Amphetamine) การใช้ยาเสพติดเป็นเวลานาน ร่างกายจะเกิดความเคยชินต่อยา เมื่อหยุดใช้ยา จะมี อาการขาดยา ไม่สดชื่น ไม่กระปรี้กระเปร่า จึงพยายามหายาหรือสารเสพติดมาเสพเพื่อให้เกิดความสุข สนุกสนาน ตื่นตัวตลอดเวลา</p> <p>2. ปัจจัยด้านบุคคลหรือผู้ป่วย</p> <p>2.1 สภาพร่างกายผู้ป่วย พบว่าการใช้ยาบ้า ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้น ประสาททำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี กระปรี้กระเปร่าขึ้น สามารถทำกิจกรรมกับเพื่อนๆ ได้นานขึ้น</p> <p>2.2 ผู้ป่วยรับรู้ถึงความบกพร่องของตนเองเรียนหนังสือไม่จบต้องพักการเรียน เรียนไม่เก่งทำงานอะไรได้น้อยมีคุณค่าในตนเองต่ำถือเป็นปัจจัย สำคัญที่ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยติดยาเสพติดได้ง่าย ส่วนบุคลิกภาพมักจะมีพฤติกรรมทำอะไรไม่ยั้งคิด เมื่อมีปัญหาจะแก้ปัญหาแบบง่าย ๆ ขาดวุฒิภาวะไม่ใช่เหตุผลมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย มีการใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหา</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ชาวอุดมภาวะ มีบุคลิกภาพ แบบต่อต้านสังคม (antisocial) และแบบก้ำกึ่ง (borderline) นอกจากนี้กลุ่มบุคคลบางลักษณะ เช่น บุคคลที่มีความอดทนต่อความขัดแย้งต่ำบุคคลที่ไม่ยืดหยุ่น และบุคคลที่หลงตนเอง มีปัญหาไม่กล้าบอกใคร แก้ปัญหาโดยใช้ยาเสพติด</p> <p>3. สิ่งแวดล้อม มีผลต่อการผลักดันให้ไปติดยาเสพติดได้ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว การขาดความอบอุ่นในบ้าน ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาชีวิต สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม นอกจากจะส่งเสริมให้ติดยาเสพติดได้แล้ว ยังเป็นสิ่งที่เสริม ให้กลับไปใช้ยาเสพติดอีก รวมทั้งการมียาเสพติดจำหน่าย การเข้าถึงและหาซื้อได้ง่าย</p>	<p>3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพในครอบครัว การขาดความอบอุ่น ผู้ป่วยบอกว่าพ่อแม่สนใจดูแลผู้ป่วย พ่อกับแม่แยกทางกัน ตนมีปัญหาในชีวิตไม่มีที่พึ่ง มักคบหากับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเพื่อนในชุมชนที่ใช้ยาเสพติดด้วยกัน ยาเสพติดหาซื้อได้ง่าย ราคาถูก และอยู่ในแหล่งยาเสพติด</p>
<p><b>ยาบ้า (Amphetamine)</b></p> <p>ในปัจจุบันยาบ้ายังคงเป็นยาเสพติดที่เป็นปัญหามากที่สุด ของประเทศไทย เพราะมีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับยาเสพติดชนิดอื่น ยาบ้าเป็นยาที่ กระตุ้นประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย วิธีการเสพยาบ้า (Amphetamine)</p> <p>1. การกิน เป็นวิธีการเสพที่นิยมใช้กันทั่วไป มีการออกฤทธิ์ภายใน 15-60 นาทีจะออกฤทธิ์สูงสุดภายใน 2-3 ชั่วโมง และหลังจากนั้นฤทธิ์ของตัวยาคจะลดลงอย่างรวดเร็ว (Angrist et al., 1987)แอมเฟตามีนมีนกลไกในการขับตัว ยาครึ่งหนึ่งอย่างทันทีทันใด ส่งผลให้มีการออกฤทธิ์อย่าง รวดเร็วและสูงสุด อีกครึ่งหนึ่งของตัวยาคจะขับภายในเวลา 4 ชั่วโมงต่อมา</p> <p>2. การสูดดมไอน้ำเป็นวิธีการเสพที่นิยมรองลงมาจาก การกิน (Uitermark et al.,2006) เป็น การสูดดมไอน้ำระเหยทางรู จมูก โดยตัวยาคจะซึมผ่านทางเนื้อเยื่อโพรงจมูก มีการออก ฤทธิ์ทันทีทันใดและรุนแรงปรากฏให้เห็นผลภายใน 1 นาที และการออกฤทธิ์จะส่งผลในระยะเวลาดสั้นๆ (Drugsforum, 2009) โดยมีอาการเมายา เรียกว่า “แห้ง”</p>	<p>- ผู้ป่วยเริ่มเสพยาเสพติดยาบ้าตั้งแต่อายุ 14 ปี ด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและอยากลอง เริ่มเสพยาบ้าโดยวิธีการสูบ ใช้ครั้งละ 1/2 เม็ด ใช้สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง มีอาการหิวแหว่ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ หงุดหงิดง่าย มารดาจึงพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น ในรูปแบบผู้ป่วยนอกเมื่อปี 2564 ได้รับยากลับไปกินที่บ้าน ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และมีแอบกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ 6 เดือนก่อนมาผู้ป่วยเพิ่มปริมาณการเสพยาบ้ามากขึ้น เป็นครั้งละ 4-5 เม็ด และเริ่มเสพทุกวัน ล่าสุด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลเริ่มมีอาการก้าวร้าวรุนแรง กลางคืนไม่ยอมนอน ประสาทหลอน เดินออกนอกบ้าน ร้องตะโกนโวยวาย ขว้างปาอาวุธ ใส่ชาวบ้านในหมู่บ้าน ชมชู่จะฆ่าคนรอบข้าง จะทำร้ายมารดา เคยทำร้ายตัวเอง โดยการ กรีดแขน เพื่อเรียกร้องความสนใจจากแฟน last dose 29 กรกฎาคม 2566</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>3. การฉีดเข้าหลอดเลือด สวมใหญ่นิยมใช้สำหรับการทดลองในสัตว์ มีการออกฤทธิ์อย่างทันทีทันใดต่อผู้เสพ (American Journal of Public Health, 2001) โดย วิธีการฉีดเข้าหลอดเลือดหรือใต้ผิวหนังซึ่งสามารถเข้าสู่ ระบบการไหลเวียนเลือด ออกฤทธิ์ทันทีในระยะสั้น (Drugs-forum, 2009) และรุนแรงที่สุด</p> <p>4. Rectal ซึ่งโดยปกติทั่วไปไม่นิยมเสพกันมีรายงานในผู้ที่เคยเสพ พบว่าการออกฤทธิ์เร็วกว่า การกินแต่ช้ากว่า วิธีการสูดดมไอหรือการฉีด (Drugs-forum, 2007)</p> <p><b>การติดยาเสพติดยาบ้า(Amphetamine)</b></p> <p>คือภาวะที่ร่างกายได้รับยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งไม่ว่าจะเป็นสารตามธรรมชาติหรือสารสังเคราะห์ซ้ำๆบ่อยๆโดยวิธี กิน ดม สูบ ฉีดหรือด้วยวิธีใดๆแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกาย และจิตใจ ในลักษณะดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เกิดอาการดีอียา หรือต้านยา และเมื่อติดแล้วต้องการใช้สารนั้นในปริมาณมากขึ้น</li> <li>2. เกิดอาการขาดยา ถอนยา หรืออยากยา เมื่อใช้สารนั้นเท่าเดิมลดลงหรือหยุดใช้</li> <li>3. มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา</li> <li>4. สุขภาพร่างกายทรุดโทรมลง เกิดโทษต่อตนเอง ครอบครัว ผู้อื่น ตลอดจนถึงสังคม และประเทศชาติ</li> </ol> <p><b>ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาบ้า</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central Actions) ทำให้มีการหลั่ง Noradrenaline ตำแหน่งที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่อยู่บริเวณ Cerebral cortex และ Reticular activation system ทำให้ผู้ที่ได้รับ Amphetamine จะเพิ่ม Motor activity, Mental alertness ลด Sense of fatigue และมี Mild euphoria ถ้าใช้ขนาดสูงเกิดอาการมึนงงและอาจเกิด สภาวะตื่นกลัว (Panic) และภาวะโรคจิต (Psychosis)</li> <li>2. กระตุ้นหัวใจทำให้เกิดอาการใจ สั่น และจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ปวดศีรษะ</li> </ol>	<p>- หลังจากหยุดใช้ยาผู้ป่วยมีอาการถอนพิษยา หงุดหงิด มีความต้องการเสพยา ร่างกาย ซีด ชูบพอม น้ำหนักลด</p> <p>- การใช้ยาเสพติดมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิต 123/91 - 136/100 mmHg มีอาการใจสั่น และ ปวดศีรษะ</p> <p>- อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที จังหวะการหายใจปกติ</p> <p>ขณะใช้ยาเสพติดผู้ป่วยรับประทาน อาหาร ได้น้อย วันละ 1 ครั้ง แต่รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่หิวปากแห้ง</p> <p>- สอบถามผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศ ปกติ</p> <p>- ผลการตรวจยาบ้า(Amphetamine) ในปัสสาวะ positive</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>3. ฤทธิ์ต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้อัตราการหายใจสูง และจังหวะการหายใจไม่ปกติ</p> <p>4. ฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อเรียบทำให้หลอดเลือดขยายหลอดของ กระเพาะอาหารหดตัว</p> <p>5. ฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหารฤทธิ์ของAmphetamine จะไปควบคุมศูนย์ควบคุมแอฟพิไทด์ (Appetite) เพื่อควบคุม ความอยากอาหารเอาไว้ ทำให้ผู้เสพปากแห้ง เบื่อ อาหาร ไม่ รู้สึกหิว คลื่นไส้ อาเจียนท้องเสีย เป็นตะคริว ในช่วงท้อง</p> <p>6. ผลต่อมดลูก มักทำให้ Tone เพิ่มขึ้น</p> <p>7. อื่นๆ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ ไร้ สมรรถภาพชั่วคราว เพิ่มการหลั่งปัสสาวะ</p> <p><b>การตรวจพิษจรรยาบรรณทางห้องปฏิบัติการ</b></p> <p>การตรวจหายาบ้าทางห้องปฏิบัติการมีความสำคัญเพราะจะ ยืนยันว่าผู้ป่วยมีการเสพยาบ้าจริงหรือไม่ ตัวอย่างที่ นำมาใช้ ตรวจยาบ้ามีหลายชนิด เช่น ปัสสาวะ เลือด น้ำย่อยจากกระเพาะ เหนือ แต่ในทางปฏิบัติแล้วปัสสาวะ เป็นตัวอย่างตรวจที่ เหมาะสม ที่สุดเพราะ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ยาบ้าจะยังคงอยู่ในปัสสาวะได้นานกว่าตัวอย่างตรวจอื่นๆ</li> <li>2. ปริมาณของยาบ้าในปัสสาวะมากกว่าในเลือด</li> <li>3. การตรวจจากปัสสาวะทำให้ง่ายกว่าตัวอย่างตรวจอื่นๆ</li> </ol> <p><b>การบำบัดการเสพติดยาบ้า (Amphetamine Dependence Treatment)</b></p> <p>เดิมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ให้ความสำคัญกับ การรักษาอาการขาดยาโดยเรียกว่าการถอนพิษยา (Detoxification) โดยนับเป็น ขั้นตอนสำคัญของการบำบัดรักษา การเสพติด เพราะเห็นว่าผู้ป่วยหยุดเสพแล้วมีอาการทางกายมาก และต้องอาศัย แพทย์ในการสั่งใช้ยารักษา แล้วไปเรียก การรักษาการติดยาจริงๆว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ปัจจุบัน เป็นที่เข้าใจและยอมรับว่า การติดยา เป็นโรคของสมองที่มี พฤติกรรมผิดปกติ ดังนั้นการรักษาให้เลิก เสพติดจึงเป็นการ ฝึกควบคุมอารมณ์ ความคิด และพัฒนา พฤติกรรมให้เป็นปกติและมีความสุขในการดำเนินชีวิตต่อไป</p>	<p>- ผู้ป่วยรายนี้ วางแผนบำบัดรักษาระยะ ถอนพิษยา และส่งเสริมแรงจูงใจเข้าสู่ระยะฟื้นฟู สมรรถภาพเพื่อฝึกการปรับมุมมอง ความคิดและ อารมณ์ และพัฒนาพฤติกรรมให้เป็นปกติและมี ความสมดุลในการดำเนินชีวิต ป้องกันการเสพซ้ำ</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>เราอาจแบ่ง ระยะเวลาหลังจากการหยุดยาจนเลิกได้ (Roadmap of Recovery) เป็น 4 ระยะ ดังนี้</p> <p>1. ระยะขาดยา (Withdrawal Stage) ระยะนี้ ใช้เวลาประมาณเป็นชั่วโมง จนถึง 5-10 วัน หลังจากหยุดยา ในตอนเริ่มต้นผู้ป่วยจะมีการซึมเศร้า รู้สึกไม่เป็นสุข (Dysphoria) เครียด หงุดหงิด กระวนกระวาย นอนไม่หลับ และมีอาการอยากยามาก บางรายก็อาละวาด ต่อมาความอยากยาถูกแทนที่ด้วยความเหนื่อยล้า มีอาการอ่อนเพลีย หมดเร็วแรง รู้สึกง่วงนอน หลับมากใน 24 ชั่วโมง และบางรายยังหลับมากต่อไปอีก 2 - 3 วัน เมื่อตื่นขึ้นมาก็จะหิวมากและอาการอยากยาจะค่อย ๆ ลดลงในบางรายเมื่อหมดฤทธิ์กระตุ้นของยาบ้า ผู้ป่วยบางรายกลับมีอาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression) จนถึงกับพยายามฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระยะนี้ มักมีเพียง อาการเมื่อยล้า รู้สึกง่วงนอน หลับมาก แล้วตามด้วยการหิวมาก</p> <p>2. ระยะหยุดเสพช่วงแรก (Early Abstinence or Honeymoon Stage) ถัดจากระยะแรกจนถึง 45 วัน ยังมีอาการเครียด อ่อนเพลียอยู่บ้าง การนอนหลับและอารมณ์ ยังมีการแปรปรวนและจะค่อย ๆ กลับมาเข้าสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยหลายรายเกิดความเชื่อมั่นเกิน (Overconfidence) เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกเสพได้ง่ายดายและเลิกได้แน่นอน ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาเรื่องสมาธิและความจำอารมณ์มีการแปรปรวน (Mood Swings) บางรายจะมีการซึมเศร้าและกระวนกระวายซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลา และขนาดของยาบ้าที่เสพ</p> <p>3. ระยะผ่านอุปสรรค (Protrated Abstinence or The Wall Stage) ระยะเวลา 4-6 เดือน หลังจากหยุดยาบ้า ระยะนี้มีอาการเหมือนคนปกติ แต่บางรายมีการสูญเสียความจำ การเรียนรู้ (Cognitive) อาจมีอาการแปรปรวน และยังมีอาการซึมเศร้าได้ (Emotion Swings) จะยังมีอาการอยากยา ปั่นพักๆ หรือมีอาการอยากยาเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น เพื่อนพูดชักชวน เห็นผู้อื่นเสพยาจะมีการอยากยาที่รุนแรงได้ ดังนั้นจึงพบได้ว่าผู้ป่วยบางรายที่เลิกได้เป็นเดือนๆ ก็ยังหวนกลับมาเสพใหม่ได้อีก</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แรกเริ่มผู้ป่วยไม่มีอาการถอนพิษยาเสพติด จะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร</li> <li>- ขณะรับการบำบัดรักษาโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่นผู้ป่วยมีอาการถอนพิษยา ง่วงนอนมาก รับประทานอาหารได้น้อย ส่วนมากจะแยกตัวนอนที่เตียง มีหงุดหงิดเป็นบางครั้ง</li> <li>- ผู้ป่วยมีวิตกกังวล เครียด การนอนหลับและอารมณ์ยังมีการแปรปรวน ผู้ป่วยรีบร้อนอยากกลับบ้านในวันที่ 10 ของการอยู่บำบัด</li> </ul>



จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>4. ระยะปรับสู่ปกติ (Adjustment/Resolution Swings) เป็นระยะปรับตัวทางความคิดพฤติกรรมและสังคม ผู้ป่วยรู้สึกถึงความถูกต้อง เกิดความละอาย ยิ่งขาดเป้าหมายของ ชีวิตอาจมีความเบื่อหน่ายและมีปัญหาในสถานะหรือ ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การจัดสมดุลของชีวิต ในระยะนี้ จึงมี ความสำคัญที่จะทำให้ การเลิกยายั่งยืนและไม่กลับไปติดซ้ำอีก (วิโรจน์, 2548)</p> <p><b>ผลของยาบ้า(Amphetamine)ต่อร่างกายและจิตใจ</b> เนื่องจาก อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ ปริมาณของยาบ้าที่ใช้ วิธีเสพ ความถี่บ่อยของการใช้ยาระยะเวลาที่ใช้ยา รวมทั้ง ร่างกายของผู้ป่วยเอง ในการรักษาก็มีความจำเป็นต้องรักษาให้เหมาะสมตามลักษณะอาการของผู้ป่วย จึงขอแบ่งผลของยาบ้า ออกเป็น 1 ลักษณะ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พิษผลอย่างเฉียบพลันและภาวะพิษเฉียบพลันจาก ยาบ้า (Toxic Acute Effect and Acute Methamphetamine-intoxivation)</li> <li>2. ผลในระยะยาว ภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบร่วมกับ การเสพยาบ้า (Chronic Effect Chronic Methamphetamine use disorder)</li> <li>3. การเสพติดและการบำบัดรักษาการติดยาบ้า (Methamphetamine dependence and treatment)</li> </ol> <p><b>การบำบัดรักษายาเสพติด</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระบบสมัครใจ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดที่ต้องการจะเลิกเสพยาเสพติดโดยสมัครใจสามารถขอรับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ โดยรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก กาย จิต สังคมบำบัด</li> <li>1.2 การบำบัด แบบผู้ป่วยใน คือการค้างคืนในสถานพยาบาล เพื่อดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะเวลาถอนพิษยา นอกจากนี้ ยังมีการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการให้ความรู้ด้วย เช่น การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค</li> </ol> </li> <li>2. ระบบบังคับบำบัด หมายถึง การใช้กฎหมายบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการรักษาในศูนย์ฟื้นฟู สมรรถภาพที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545</li> </ol>	<p>- มีภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบร่วมกับการ เสพ ยาบ้า ( Amphetamine) รายนี้มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ เปลี่ยนแปลงง่าย ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง</p> <p>- มีการเสพติดต้องใช้ปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีอาการถอนพิษเล็กน้อย ปวดเมื่อยตามตัว เมื่อหยุดเสพยา</p> <p>ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจแบบผู้ป่วยใน โดยมารดากับเจ้าหน้าที่ตำรวจนำส่ง ครอบครัวเคยขอร่องตู่ผู้ป่วยแต่ผู้ป่วยไม่สนใจมา จึงต้องให้ตำรวจนำส่ง</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>3. ระบบต้องโทษ เป็นการให้การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขัง ซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของ กฎหมาย เรือนจำหรือทัณฑสถานบำบัดพิเศษต่างๆ ของกรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย กรมคุมประพฤติในกรณีที่เป็นเยาวชนอายุไม่เกิน 18 ปี สถานพินิจได้จัดให้มีการ บำบัดฟื้นฟูสำหรับ เยาวชนในสถานพินิจ</p> <p><b>การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient programs)</b> มีรูปแบบและขั้นตอน กระบวนการบำบัดรักษา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ชั้นเตรียมการ เป็นการสร้างแรงจูงใจ และเตรียม ความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้ารับการ บำบัดฟื้นฟู</li> <li>2. ชั้นถอนพิษยา เป็นการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายและ จิตใจ หลังจากหยุดเสพยาบ้าโดยให้ ยาทดแทนตามอาการ ของผู้ป่วย และใช้กลุ่มบำบัดต่างๆ</li> <li>3. ชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้รูปแบบการบำบัดรักษา ฟื้นฟูแบบ FAST Model ได้แก่ การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการ บำบัดรักษา (family) การมีกิจกรรมทางเลือกในการส่งเสริมให้ ผู้ป่วยรู้จักการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ (alternative activity treatment) การเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยเทคนิค ช่วยเพื่อช่วย ตนเอง (self- help) และการนำแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบ "ชุมชนบำบัด" (therapeutics community) ซึ่งเป็นการสร้างชุมชนหรือสังคมจำลองให้ผู้ป่วยมาอยู่ร่วมกันเพื่อ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยเหลือกันและกัน ฝึกความรับผิดชอบ เรียนรู้ตนเอง และเรียนรู้การแก้ไขปัญหาด้วย เหตุผล เพื่อ กลับไปมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ ร่วมกับการให้ คำปรึกษาทั้ง รายบุคคลและรายกลุ่ม นันทนาการ และการฝึกอาชีพ นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมบำบัดรูปแบบอื่น เช่น การฟื้นฟูสภาพ จิตใจด้วยหลักศาสนา โดยการนำผู้ป่วยเข้าศึกษาหลักธรรม เป็นต้น</li> <li>4. การติดตามหลังการรักษาเป็นการดูแลหลังจำหน่ายออก จากการบำบัดรักษาเพื่อติดตามให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้รักษาหายแล้วออกไปสู่สังคมได้ ตามปกติ</li> </ol>	<p>รับผู้ป่วยไว้ที่ตึกผู้ป่วยชาย มีทั้งระยะบำบัดด้วย ยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษา รวมระยะเวลา 152 วัน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ชั้นเตรียมการ สร้างแรงจูงใจ และเตรียม ความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>2. ในระยะบำบัดด้วยยา 7-14 วันแรก เป็น การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ หลังจากหยุดเสพนเน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ตามอาการถอนยาและภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วย พักผ่อน ดูแลตนเองปฏิบัติตาม ตารางกิจวัตร ประจำวัน</li> <li>3. ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยรายนี้ วันที่ 12-152 วัน ปกติ ใช้รูปแบบการบำบัดรักษา ฟื้นฟูแบบ FAST Model ซึ่งเป็นการสร้างชุมชน หรือสังคมจำลองให้ผู้ป่วยมาอยู่ร่วมกันเพื่อ เปลี่ยน แปลงพฤติกรรม ช่วยเหลือกันและกัน ฝึก ความรับผิดชอบ เรียนรู้ตนเอง และเรียนรู้การ แก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล กิจกรรมบำบัด และงาน บำบัด มีกฎระเบียบและแนวทางการปฏิบัติตน เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรม – ผู้ป่วยรายนี้สามารถเข้าสู่ระยะฟื้นฟูได้ ครบ 4 เดือน</li> <li>4. นัดติดตามผล 7 ครั้ง ใน 1 ปี (อย่าง น้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี</li> </ol>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><b>พฤติกรรมก้าวร้าว</b></p> <p>ปัจจัยการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้อย่างกว้างๆ เป็น 3 ปัจจัยหลัก หรือ IES factors</p> <p>1. ปัจจัยภายใน (internal factors)</p> <p>1.1 ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factors)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พันธุกรรม ความผิดปกติทางประสาทวิทยา สารสื่อประสาท ความแตกต่างทางเพศ เซาว์ปัญญา ภาวะสมองเสื่อม โรคสมองเสื่อม อัลไซเมอร์เนื้องอกสมอง ฟีโนสมอง</li> <li>- โรคทางจิตเวช และโรคที่ไม่ใช่โรคจิตเวช ได้แก่ กลุ่มที่เป็นความผิดปกติของบุคลิกภาพและพฤติกรรม ชนิดที่พบ ได้บ่อยคือ ผู้ป่วยกลุ่มมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม และพวกหลงตัวเอง</li> </ul> <p>1.2 ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (Psychological factors) เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความต้องการทางเพศ อารมณ์ต่าง ๆ ความผูกพันทางอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะชีวิต ปัจจัย ด้านการเจ็บป่วยทั้งทางด้านกายและจิตใจ ที่เป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง</li> <li>- โรคที่เกิดจากพยาธิสภาพทางสมอง (organic brain diseases) ภาวะ delirium ภาวะสมองเสื่อม โรคสมองเสื่อม อัลไซเมอร์เนื้องอกสมอง ฟีโนสมอง สารพิษและสิ่ง เสพติด</li> <li>- โรคทางจิตเวช (psychotic diseases) กลุ่มคลั่ง เยียบ พลับ โรคจิตเภท กลุ่มหวาดระแวง</li> <li>- โรคที่ไม่ใช่โรคจิต (non-psychotic diseases) กลุ่มที่เป็นความผิดปกติของบุคลิกภาพและพฤติกรรม (personality and behavioral disease/trait) ชนิดที่พบ ได้บ่อย คือผู้ป่วยกลุ่มมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม (antisocial) ชนิดคาบเส้น (borderline) และพวกหลงตัวเอง (narcissistic personality disorder)</li> <li>- ความผิดปกติของพฤติกรรมแบบทำทนาย (Oppositional Defiant Disorder (ODD)</li> <li>- ความประพฤติดีผิดปกติ(Conduct Disorder : CD)</li> <li>- ความผิดปกติของสมาธิและพฤติกรรมอยู่นิ่ง (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)</li> </ul>	<p>ในผู้ป่วยรายนี้ บิดาผู้ป่วยเป็นคนใจร้อน หุนหัน พลันแล่น และตัวผู้ป่วยเองก็มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคมได้</p> <p>ในผู้ป่วยรายนี้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ และรู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระของครอบครัว ทำอะไรก็ไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยมีลักษณะสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นน้อย และอารมณ์ที่ไม่คงที่ และควบคุมตนเองไม่ได้โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมีความพยายามอย่างยิ่งที่จะหลีกเลี่ยงการถูกละทิ้งซึ่งเป็นสิ่งที่คิดไปเองว่า บิดาทอดทิ้ง มารดา ครอบครัวไม่รัก</li> <li>2. มีปัญหาความบกพร่องของตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ</li> <li>3. ควบคุมตนเองไม่ได้ในใช้สารเสพติดยาบ้า ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียแก่ตนเอง</li> <li>4. มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บางคนสำส่อนทางเพศ ติดสารเสพติดโดยการกรีดแขนตัวเอง</li> <li>5. อารมณ์ไม่คงที่เนื่องจากการผันแปรของอารมณ์เปลี่ยนไปตามสิ่งแวดล้อม เช่น เมื่อมีเรื่อง ที่ผู้ป่วยไม่สบายใจ หรือวิตกกังวล ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หงุดหงิด ร้องไห้ ไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ</li> <li>6. ผู้ป่วยมักจะบอกว่าอยู่ตัวคนเดียวรู้สึกไม่มีใครสนใจ ไม่มีใครรัก รู้สึกโดดเดี่ยวและต้องการความรัก มารดาไม่ยอมรับไม่เข้าใจ</li> </ol>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>- ความผิดปกติทางอารมณ์(Mood Disorder) เช่น โรค ซึมเศร้า (Depressive Disorder) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder)</p> <p>- โรควิต (Psychotic Disorder) ในผู้ป่วยโรควิตอาจมีความคิดหลงผิด หวาดระแวงจึงตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่าย แต่ผู้ป่วยโรควิตเกทส่วนใหญ่ไม่ได้มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น (ศิริไชย หงส์สงวน ศรี และนางพะงา ธิ มสุวรรณ ม.ป.ป.)</p> <p>2. ปัจจัยภายนอก (External factors)</p> <p>2.1 ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม (sociocultural factors)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การเรียนรู้ทางสังคม วัฒนธรรม</li> <li>- ความยากจน และขัดสนในชีวิต การว่างงาน ชีวิตสมรสที่แตกแยกล้มเหลว ครอบครัวที่พ่อหรือแม่เลี้ยงลูกคนเดียว</li> <li>- ประสบการณ์การเลี้ยงดูในระยะแรกของชีวิต</li> </ul> <p>การถูกล่วงละเมิดในวัยเด็ก ครอบครัวที่มีความรุนแรง ขัดแย้งสูง</p> <p>2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับเชื้อชาติวัฒนธรรม และเศรษฐกิจ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความยากจน ความขัดสนในชีวิต และทักษะชีวิต (life skills) ชีวิตสมรสที่แตกแยกล้มเหลว</li> </ul> <p>2.3 ปัจจัยทางกายภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยที่เป็นลักษณะทางกายภาพของหอผู้ป่วยโครงสร้างและการออกแบบ ระดับความเป็นส่วนตัวแสงเสียงลานสายตาและระดับอุณหภูมิมีผลต่อ ความก้าวร้าวทั้งในทางบวกหรือลบ สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย จำนวนและประเภทของผู้ป่วย</li> </ul> <p>3. ปัจจัยด้านสถานการณ์และการมีปฏิสัมพันธ์ (situational/interactional factors)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การถูกบังคับ มีประสบการณ์ทางลบอย่างมากขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรือมีความกลัว ความวิตกกังวลที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย</li> <li>- ความต้องการเป็นส่วนตัว ความปลอดภัย ผู้ป่วยอื่น ครอบคลุมข้อบังคับของหน่วย ความไม่ชัดเจนในนโยบาย การจัดการกับความก้าวร้าว/รุนแรง</li> </ul>	

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>- ด้านปฏิสัมพันธ์ไม่รับฟังผู้ป่วย ล้มเหลวในการพบกับ ผู้ป่วย มีเจตนาต่อความก้าวร้าวรบกวนเพื่อนผู้ป่วยอื่น ไม่ เข้าใจ แบ่ง พฤติกรรมรุนแรงออกเป็น 4 ลักษณะ ( Yudofsky and others (1986)</p> <p>1) ทางคำพูด เป็นการส่งเสียงดังหรือตะโกนด้วยความ โกรธ ว่ากล่าวดูถูกคน อื่น</p> <p>2) ต่อร่างกายตนเอง เป็นการกระทำต่อตนเอง เช่นหยิก ข่วน ชกตีตัวเอง กระแทกลำตัวหรือศีรษะกับผนังห้องใช้มีดหรือ ของมีคมกรีดแขนหรือตาม ร่างกายตนเอง</p> <p>3) ต่อร่างกายผู้อื่น เป็นการกระทำต่อผู้อื่นให้เกิดการ บาดเจ็บ เช่น หยิกข่วน ชก ตบ ตีทำร้ายร่างกายผู้อื่น ทำให้เกิด ฟกช้ำบวม</p> <p>4) ต่อสิ่งของ เป็นการกระทำต่อสิ่งของ ทรัพย์สินให้ เสียหาย เช่น เขย่าประตู ฉีกเสื้อผ้า ปิดสิ่งของลงจากโต๊ะ ทูบ ทำลาย เฆสิ่งของ</p> <p><b>สาเหตุพฤติกรรมก้าวร้าว</b></p> <p>1. ภาวะทางอารมณ์ เกิดจากถูกกดดัน หรือถูกรบกวนภาวะทาง อารมณ์ เกิดจากถูกกดดัน หรือถูกรบกวนทาง อารมณ์ ทำให้ โกรธ หงุดหงิด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้สารเสพติด ยาไอซ์ ยาบ้า</li> <li>- มีความรุนแรงในครอบครัว ครอบครัวมักมีอารมณ์ ทำให้ โกรธ หงุดหงิด</li> </ul> <p>2. โรคทางจิตเวช โรคทางพันธุกรรมทางอารมณ์ อาจเกิด จาก อาการทางจิต ขาดยา หวาดระแวง ประสาทหลอน หงุดหงิด ซึมเศร้า อารมณ์ 2 ขั้ว</p> <p>3. โรคทางกาย โรคทางระบบประสาท ภาวะทางสมอง ออทิสติก ลมชักบางชนิด หรือผู้ใช้สารเสพติด ได้รับสารที่ ไปกระตุ้น อารมณ์ให้เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ</p> <p>4. ความรุนแรงในครอบครัว/สังคม เด็กที่เติบโตในครอบครัวที่ มักใช้ความรุนแรงอยู่เสมอ มีการเลียนแบบ เลือกใช้กำลังใน การแก้ปัญหา</p>	<p>ผู้ป่วยรายนี้มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการใช้ สารเสพติดแล้วถูกรบกวนทางอารมณ์ ทำให้ โกรธ</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><b>การประเมินความรุนแรงที่เป็นสัญญาณเตือนของ พฤติกรรมรุนแรง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การแสดงออกทางสีหน้า <ul style="list-style-type: none"> <li>- สีหน้าบึ้งตึง โกรธทำทางไม่พอใจ แวดตาไม่เป็นมิตร</li> <li>- กัดกรามแน่น ดวงตาเปิดกว้าง และแข็งกร้าว</li> <li>- ทำทางเครียดไม่ผ่อนคลาย</li> </ul> </li> <li>2. การเคลื่อนไหวและการกระทำ <ul style="list-style-type: none"> <li>- กระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง เดินไปเดินมา ตัวเกร็ง กำมือ แน่น</li> <li>- กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง</li> <li>- หยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างกระหน่ำที่ทันใด</li> </ul> </li> <li>3. การแสดงออกทางคำพูด <ul style="list-style-type: none"> <li>- เจ็บแค้นผิดปกติ</li> <li>- โต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน ๆ</li> <li>- พูดก้าวร้าวด่าคำหยาบ วิจารณ์ ต่ำหั้นตีเตียน สบประแข่ง พูดในแง่ร้าย</li> <li>- การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างทันที่ทันใด</li> </ul> </li> <li>4. ประเมินประวัติพฤติกรรมรุนแรงจากญาติหรือผู้นำส่ง</li> <li>5. ประวัติการใช้สารเสพติด Intoxication, Delirium tremens, Drug overdose</li> </ol> <p><b>แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความหมายของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเบค (Beck, 1979) กล่าวไว้ว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นการบำบัดในเชิงรุกและแบบมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time-limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนทฤษฎีพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคล</li> </ol> <p>การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) คือ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจากความคิดและพฤติกรรมที่บิดเบือนจากความเป็นจริงและ</p>	<p>ผู้ป่วยมีสีหน้าบึ้งตึง เสียงดังโวยวาย ตะโกนด่าทอชาวบ้าน เดินถืออาวุธไปรอบหมู่บ้านและขว้างปาข้าวของใส่บ้านชาวบ้าน และครั้งสุดท้ายก่อนนำส่งมาบำบัดรักษาที่ โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ขอนแก่น มารดาห้ามปรามผู้ป่วยไม่พอใจจะทำร้ายร่างกายมารดาหงุดหงิด</p> <p>ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเองและทำร้ายบุคคลอื่น มีปัญหาการจัดการอารมณ์และความรู้สึกของตัวเอง ขาดการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวและผู้อื่น มองคุณค่าในตนเองต่ำ ใช้ยาเสพติดซ้ำเพื่อแก้ปัญหา หลีกหนีปัญหาในผู้ป่วยรายนี้เข้ารับโปรแกรมการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมทั้งหมด 16 ครั้ง เข้ารับการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยเนื้อหาการบำบัดจากการพูดคุยกับกำหนดร่วมกันกับผู้ป่วยได้หัวข้อการบำบัดดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สร้างสัมพันธ์ภาพ ร่วมทำข้อตกลง กำหนดขอบเขต กติกา ร่วมสร้างเป้าหมายในการบำบัดร่วมกับผู้ป่วย</li> </ol>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วยตนเอง (ฉันทธรรมาภิบาล, 2558)</p> <p>การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมนี้อย่างหนึ่งที่มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วโดยการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ให้ถูกต้องเหมาะสมกับในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งส่งผลให้มีการแสดงออกที่เหมาะสม ไม่ส่งผลกระทบต่อในทางลบ โดยเน้นการเปลี่ยนความคิดทางลบ ให้เป็นความคิดทางบวก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543)</p> <p>การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) เป็นจิตบำบัดระยะสั้น มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและกระบวนการความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความคิดทางบวก ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีรูปแบบที่มุ่งเน้นให้ฝึกการเปลี่ยนความคิดใหม่ นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การมีความคิดในด้านที่ดีต่อไป (อรพรรณ ลือ บุญวิเศษชัย, 2549)</p> <p>การทำ cognitive therapy ในแต่ละครั้งมีโครงสร้างที่ชัดเจน ตามลำดับ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบอารมณ์ของผู้ป่วย</li> <li>2. ให้ผู้ป่วยเล่าคร่าว ๆ ว่าสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง</li> <li>3. ทบทวนการบ้านของสัปดาห์ที่แล้ว รวมทั้งข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) จาก session ที่แล้ว</li> <li>4. ร่วมมือกันกำหนดหัวข้อ (set agenda) สำหรับการพูดคุยในวันนี้</li> <li>5. พูดคุยหัวข้อตามที่ตกลง</li> <li>6. สรุปเนื้อหาที่พูดคุย</li> <li>7. กำหนดการบ้านสำหรับวันนี้</li> <li>8. ขอข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้ป่วยตอนท้าย session</li> </ol> <p>โดยสรุป การบำบัดความคิดและพฤติกรรมคือการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาในการแสดงอารมณ์ พฤติกรรมและมีปัญหาสุขภาพจิต โดยช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด</p>	<p>2. ทำความรู้จักแนวคิดการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมโดยการสอน และให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนซักถาม และเรียนรู้ A-B-C Model ฝึกสำรวจเหตุการณ์วิเคราะห์ A-B-C Model ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน โดยการมอบหมายการบ้าน</p> <p>3. สำรวจความเชื่อเกี่ยวกับอาการก้าวร้าวรุนแรง ให้ผู้ป่วยสำรวจความคิดที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมีความคิด ความเชื่ออย่างไรกับ การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน โดยการมอบหมายการบ้าน</p> <p>4. การลดความเสี่ยงการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง โดยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน โดยการมอบหมายการบ้าน</p> <p>5. การพัฒนาความเข้าใจในประสบการณ์จากอาการก้าวร้าว การค้นหา ความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยมุ่งเน้นถึงการเข้าใจความคิดทางลบ และปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรม ทางบวก ฝึกปฏิบัติ และมอบหมายการบ้าน โดยการมอบหมายการบ้าน</p> <p>6. การแก้ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นการแก้ไขพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น โดยการจัดการกับความคิดทางลบ ให้เปลี่ยนความคิดใหม่ทางบวก และแก้ไขพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรงต่อไป ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน โดยการมอบหมายการบ้าน</p> <p>7. การจูงใจผู้ป่วยและการประเมิน สร้างแรงจูงใจให้สามารถปฏิบัติได้ ด้วยตนเอง มีการประเมินตนเอง ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน โดยการมอบหมายการบ้าน</p>

จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ความเชื่อของตนให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมและแสดงออกทางความคิด อารมณ์ และ พฤติกรรมในทางที่ดี</p>	<p>8. การเผชิญอาการก้าวร้าวรุนแรง โดยการให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญกับ อาการก้าวร้าวที่เกิดขึ้นได้ โดยรับรู้ถึงการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน โดยการมอบหมายการบ้าน</p> <p>9. การเพิ่มพูนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ฝึกปฏิบัติและมอบหมายการบ้าน โดยการมอบหมายการบ้าน</p> <p>10. ขั้นตอนการยุติสัมพันธภาพ ปิดขั้นตอนการบำบัด</p> <p>โดยสรุปผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้เหมาะสม มีการควบคุมอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้น และสร้างเป้าหมายในการใช้ชีวิตที่ชัดเจน มีความภาคภูมิใจในตัวเองมากยิ่งขึ้น เข้าใจญาติและครอบครัว</p> <p>**เนื้อหาที่ได้ทำการบำบัด 2 session ได้แก่ เนื้อหาเรื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทำความรู้จักแนวความคิดการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมโดยการสอน และให้ผู้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนซักถาม และเรียนรู้ A-B-C Model</li> <li>2. สสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับอาการก้าวร้าว ให้ผู้ป่วยสำรวจความคิดที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมีความคิด ความเชื่ออย่างไรกับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว</li> <li>3. การลดความเสี่ยงการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง โดยให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความ เสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง</li> <li>4. การพัฒนาความเข้าใจในประสบการณ์ จากอาการก้าวร้าวรุนแรง การค้นหา ความคิด อัตโนมิติทางลบ โดยมุ่งเน้นถึงการเข้าใจความคิดทางลบ และปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมทางบวก</li> </ol>



จากทฤษฎี	กรณีศึกษา
	<p>5. การแก้ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นการแก้ไขพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เกิดขึ้น โดยการจัดการกับความคิดทางลบ ให้เปลี่ยนความคิดใหม่ทางบวก และแก้ไขพฤติกรรมก้าวร้าวต่อไป</p> <p>6. การเผชิญอาการก้าวร้าวรุนแรง โดยการให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญกับ อาการก้าวร้าวที่เกิดขึ้นได้ โดยรับรู้ถึงการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เกิดขึ้น</p> <p>**เนื่องจากเป็นเนื้อหาที่ผู้ป่วยให้ความสนใจและมองว่าเป็นปัญหาอยากทำการแก้ไข จึงมีการพูดคุยและฝึกกันซ้ำ</p>

### ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

1. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซ้ำ
2. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและบุคคลอื่นซ้ำเนื่องจากการจัดการความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสม
3. มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ
4. แบบแผนการเผชิญปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม
5. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชเนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กด ประสาทส่วนกลาง
6. สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากครอบครัวแตกแยกและขาดสัมพันธภาพอันดีภายในครอบครัว
7. ผู้ป่วยขาดความตระหนักและการรับรู้ถึงโทษพิษภัยของยาเสพติด
8. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา
9. ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
10. บกพร่องในการปรับตัวเนื่องจากไม่ยอมรับรูปแบบการบำบัดรักษาและกฎระเบียบ
11. แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากนอนไม่เป็นเวลาจากการใช้ยาเสพติดและวิตกกังวล
12. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

### ข้อวิเคราะห์ / วิจารณ์

ผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับกระบวนการรู้คิด การจัดการกับความเครียดและการจัดการกับปัญหาไม่เหมาะสม เมื่อเจอกับตัวกระตุ้นหรือสถานการณ์ที่เข้ามากระตุ้นจึงทำให้ผู้ป่วยหันไปพึ่งพาสารเสพติด สารเสพติดคือยาบ้า และเรียนรู้ที่จะใช้ยาบ้าเรื่อยมาจนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและทำร้ายตนเอง จะทำร้ายบุคคลอื่น จนส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย บุคคลรอบข้างรวมทั้งครอบครัวและสังคม พยาบาลต้องศึกษาความรู้และเพิ่มทักษะใน การให้การปรึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจิตเวชโดยเน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม

การช่วยเหลือในภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ต้องใช้ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ ในการวิเคราะห์และวินิจฉัย ปัญหาของผู้ป่วยการให้การพยาบาลเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ในขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ควบคู่ไปกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจิตเวช โดยให้การพยาบาลในลักษณะของทีมีวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ตลอดจนญาติและตัว ผู้ป่วยเอง พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความหวัง กำลังใจ ไม่ทำร้ายตนเอง และไม่มีความคิดทำร้ายบุคคลอื่น แก้ไขความวิตกกังวล เผชิญปัญหาอย่างถูกวิธี ควรที่จะมีการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษามากขึ้น โดยพยายามให้ข้อมูลให้เห็นความสำคัญและพยาบาลเป็นตัวกลางเชื่อมระหว่างผู้ป่วยและญาติในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ระบายนความรู้สึกพุดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลและแก้ปัญหาเสริมสร้างกำลังใจซึ่งกันและกันเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญอีกด้านที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวัง กำลังใจ และให้ผู้ป่วยปรับตัวผ่านระยะวิกฤตของชีวิตได้ ตลอดจนส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิด กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม ไม่กลับไปพึ่งพายาเสพติดอีก สามารถดูแลป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขและควรมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งรับบริการที่เหมาะสมเมื่อเกินศักยภาพในการดูแลประเด็นหลักที่ได้จากการศึกษา ที่สำคัญ ได้แก่

### 1. ด้านผู้ป่วย/ ญาติ

- การดูแลผู้ป่วยรายนี้ถือว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดมาเป็นเวลานานและมีความต่อเนื่องมาตลอด ยาเสพติดที่ผู้ป่วยใช้คือยาบ้า (Amphetamine) ซึ่งมีผลต่อระบบการหลั่งของสารสื่อประสาทเมื่อหยุดใช้ยาเสพติดอาจส่งผลกระทบต่อ ให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแปรปรวนทำให้การคิดและการควบคุม ตนเองไม่ดี ไม่สามารถควบคุมกำกับ จัดการกับอารมณ์ตนเองได้ กระบวนการคิดและตัดสินใจไม่ดี ใจร้อน หุนหันพลันแล่น ทำอะไรตามใจตนเอง การใช้ยาเสพติดทำลายเซลล์สมองส่วนคิด ทำให้ไม่สามารถนำ ประสบการณ์ หรือคำแนะนำที่ได้รับมาปฏิบัติตามได้ ทำให้มีโอกาสกลับไปเสพซ้ำได้ง่าย

- ประวัติการเลี้ยงดู กรรมพันธุ์ สัมพันธภาพ ภายในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทำให้ผู้ป่วยหันไปพึ่งยาเสพติด ซึ่งการใช้ยาเสพติดหลายชนิดแบบผสมผสาน และเป็นเวลานาน ยิ่งทำให้ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทและสมองเกิดความผิดปกติทางพฤติกรรมได้

- ญาติอาจจะขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพอารมณ์แปรปรวน มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลอื่น ประกอบกับผู้ป่วยขาดที่พึ่งทางจิตใจจึงมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดซ้ำๆ การแก้ปัญหาไม่ตรงกับปัญหาความต้องการที่แท้จริงเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยสิ่งเหล่านี้ เป็นปัจจัยส่งเสริมซึ่งกันและกันทำให้การแก้ไขปัญหาย่างยากซับซ้อนมากขึ้น

### 2. ด้านกิจกรรมการพยาบาล

- ระยะถอนพิษยา ต้องเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม เนื่องจากในระยะแรกๆ ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษยา และยังต้องปรับตัวกับอาการอยากยา ปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมก็เป็นความวิตกกังวลของผู้ป่วยระดับหนึ่งและการเลือกกิจกรรมที่เป็นภาพรวมของดีก็อาจจะไม่เป็นผลดีในผู้ป่วยบางรายที่ยังปรับตัวไม่ได้ทำให้เกิดความคับข้องใจเพิ่มความเครียดให้กับผู้ป่วยได้ ซึ่งถ้าขาดการประเมินความพร้อมผู้ป่วยรายบุคคล จะทำให้การบำบัดรักษา ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

- ระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยรูปแบบ FAST MODEL การใช้เครื่องมือชุมชนบำบัด การบอกข้อบกพร่อง วิธีการช่วยเหลือพฤติกรรมบางกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด กัดฟัน ผู้ป่วยต่อต้าน ขาดการยอมรับ ทำให้แสดงออกทางพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ อาจจะต้องปรับกิจกรรมตามบริบท ตามสภาพปัญหา ข้อจำกัดของผู้ป่วย ระยะเวลาและอาการของผู้ป่วย โดยการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเฉพาะราย

- ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในกระบวนการคิดและพฤติกรรม ใช้กระบวนการดูแลแนวทางเดียวกับการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต พยาบาลต้องใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทฤษฎีทางการพยาบาลจะประกอบด้วย ๔ มิโนมติหลัก คือบุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่ามีทฤษฎีการพยาบาลที่สามารถนำมาประยุกต์ได้ คือ ทฤษฎีทางการพยาบาลของ เพบพลาว ทฤษฎีทางการพยาบาลของรอย ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (ฉวีวรรณ, แผลและศุภกรใจ, ๒๕๕๗; วันดี, ถนอมศรี และศรีสุดา, ๒๕๕๙) ซึ่งในรายนี้ ใช้แนวคิดในการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic approach) และผสมผสานแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจผู้รับบริการที่มีองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมปัญหาแก้ไขตามความเร่งด่วนคุกคามต่อชีวิต

- การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมการก่อนรักษา การถอนพิษยา หรือการบำบัดรักษาด้วยยา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามการรักษาซึ่งในแต่ละขั้นตอนนั้นมีความสำคัญแตกต่างกันออกไป ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในระยะเวลาฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นระยะที่เหมาะสมในการเข้ากิจกรรมกลุ่มบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการถอนพิษแอมเฟตามีน และมีกระบวนการคิดการตัดสินใจมากขึ้นกว่าระยะอื่นๆ ดังนั้นกลุ่มบำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจึงเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ในระยะฟื้นฟูสภาพ และในระยะฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนยังมีการรับรู้ การรู้คิดที่ดีแล้ว ยังเป็นระยะที่ผู้บำบัดได้ ทบทวนพฤติกรรมของตนเองด้วย ซึ่งในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจะได้รับการรักษาทั้งการเข้ากลุ่มบำบัด สิ่งแวดล้อม บำบัด การทำครอบครัวบำบัด และรูปแบบการบำบัดอื่นๆต่อไป ซึ่งเป้าหมายหลักในการบำบัดในระยะนี้เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่อย่างถูกต้องและเหมาะสมในการเลิกใช้ยาเสพติดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่นๆ ที่ไม่เหมาะสมต่อไปพร้อมด้วย

- บทบาทพยาบาลที่สำคัญอีกอย่างคือต้องประสาน สนับสนุน ช่วยเหลือติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ให้มีการร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการแก้ปัญหา เป็นการเสริมแรงจิตใจ ประสานทีมสหวิชาชีพเข้ามาให้การช่วยเหลือในการดูแลฟื้นฟูและบำบัดผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างยั่งยืน

- ทีมจำกัดพฤติกรรม ต้องมีความพร้อมในการเรียกทีมทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ ควรฝึกปฏิบัติ ทบทวน ซักซ้อมอย่างสม่ำเสมอ

### 3. ด้านการบำบัดรักษา

- การดูแลผู้ป่วยรายนี้อาศัยการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การใช้ข้อมูลร่วมกันของทีมเนื่องจากความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์โดยทุกวิชาชีพมีการวางแผนให้เข้าถึงผู้ป่วยเพื่อได้รับการช่วยเหลือเพื่อการรักษาและปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สามารถจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม จนไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมการทำร้ายตนเองให้เร็วที่สุด

- การให้ยากรณีศึกษาเรื่องนี้ เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช การให้ยาอาจมีผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยดังต่อไปนี้ กระจกกระสาย ปวดท้อง มีปัญหาในการนอนหลับ ลึนแข็ง ตัวแข็ง พูดไม่ชัด น้ำลายไหล กลืนหรือพูดลำบาก ท้องผูก ท้องเสีย เวียนศีรษะ ง่วงซึม ปากแห้ง ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ เป็นต้น การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจกับฤทธิ์ของยาทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ต่อเนื่อง ป้องกันอาการกำเริบของโรคได้

- เนื่องจากผลของยาเสพติดที่มีต่อสุขภาพโดยเฉพาะการเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงและเป็นอันตราย ทั้งต่อตัวผู้ใช้ยาและผู้อื่น ควรมีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพในทิศทางที่จะช่วยผู้เสพติดให้สามารถเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน

#### 4. ด้านสิ่งแวดล้อม

- การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมรุนแรง การทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น การจัดสิ่งแวดล้อมช่วยผ่อนคลาย อากาศถ่ายเทได้ดี อากาศไม่ร้อน บรรยากาศสงบ เพื่อลดสิ่งเร้าและเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

- ควรจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่นการจัดห้องแยกหรือห้องจำกัดพฤติกรรม การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกมัด ทั้งนี้ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจความจำเป็น ของการจำกัดพฤติกรรมเพื่อวัตถุประสงค์หลักให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีการติดกล้องวงจรปิดเพื่อควบคุมพฤติกรรม เพื่อการดูแลใกล้ชิด การติดตามอาการตลอดเวลา ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้เป็นอย่างดี แก้ไขปัญหา ได้ทันเหตุการณ์ ป้องกันข้อร้องเรียน จากการดูแลผู้ป่วย

- ผู้ป่วยรายนี้มีกระบวนการคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุสมผล มีการจัดการกับอารมณ์ทางด้านลบไม่เหมาะสม จนเกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และพฤติกรรมได้ง่ายจึงต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จึงควรจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย จัดการ ดูแลผู้ป่วยในห้องจำกัดพฤติกรรมหรือห้องที่กำหนด

#### ข้อเสนอแนะจากกรณีศึกษา

- เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการเสพติดสารเสพติดตามข้อวินิจฉัยของแพทย์ และมีกระบวนการคิดและพฤติกรรมไม่สมเหตุสมผล การจัดการกับอารมณ์ได้ไม่เหมาะสมซึ่งอาจเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น การเลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัว พันธุกรรม ยาเสพติดฯ ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลและสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวให้มากขึ้นจึงควรมีการนัดครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดบ่อยครั้งขึ้นและประสานงานกับเครือข่ายการบำบัดรักษาเสพติด ติดตามหลังการรักษาหรือวางแผนการรักษาร่วมกัน

- ควรนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินของแต่ละวิชาชีพมาพูดคุยร่วมกัน มีการใช้ข้อมูลร่วมกัน โดยทีมร่วมกันปรึกษาหารือเพื่อลดระยะเวลาในการสืบค้นข้อมูลเชิงวิชาชีพ ได้เห็นความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา เพื่อวางแผนร่วมกันในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ ได้อย่างครอบคลุม รวดเร็ว

- ผู้ป่วยรายนี้ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเอง และมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการทำร้ายบุคคลอื่น มีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมได้ง่ายจึงต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา นอกจากการจัดที่เลี้ยงดูดูแลใกล้ชิดแล้ว ควรจำกัดทางกายภาพโดยให้อยู่ในพื้นที่หรือห้องที่กำหนด จำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดซึ่ง

ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ทำข้อตกลงกันไว้ก่อนและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะจำกัดพฤติกรรม

- การติดตามเสพติดเป็นภาวะที่เรื้อรังและกลับเป็นซ้ำได้จากสมองที่ยังไม่ฟื้นคืนเป็นปกติอันเป็นผลระยะยาวจากฤทธิ์ของสารโดยตรงต่อสมอง การติดตามผลต่อเนื่องมีความจำเป็นอย่างมากในการเฝ้าระวังการเสพซ้ำ

- การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดคือขั้นตอนหรือกระบวนการที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดมีภาวะสุขภาพหรือชีวิตที่ดีขึ้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ กระบวนการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ รวมถึงกระบวนการพยาบาลต้องผสมผสานรูปแบบต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้การช่วยเหลือภายหลังการบำบัด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถเลิกเสพยาเสพติดได้ยาวนานที่สุดและกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

## บรรณานุกรม

- กนกพร เรื่องเพิ่มพูนและคณะ. (2557). ปัจจัยบำบัดในกลุ่มละครจิตบำบัดสำหรับนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28(2), 32-45.
- กิตติมา วัฒนากมลกุล. (2555). ยาบ้า. ภาควิชาสรีรวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2558 จาก ; <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/87/>
- กัญญาวรรณ ระเบียบ, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, รัตน์ศิริ ทาโต. (2556). ผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 27(2), 69-84.
- กฤษดา ทองทับ, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2557). ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพติดต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีนของผู้เสพติดสารแอมเฟตามีน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28(2), 307-323.
- กัญญา ภูระหงษ์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพติดของผู้ติดยาเสพติดในเขตจังหวัดปทุมธานี, วารสารพยาบาลสาธารณสุข 25. 32(2), 24-40.
- กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). แนวคิดทฤษฎีการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี:
- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. (2539).
- การสอนทักษะชีวิตด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. เอกสารในการอบรม โครงการพัฒนาบุคลากรการสอนทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้เพื่อป้องกันสารเสพติดในสถานบัน การศึกษา 24-26 กรกฎาคม 2539 ณ โรงแรมหัวหินแกรนด์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. (อัดสำเนา).
- กรมอนามัย. (2543). สุขภาพจิตดีด้วยอีคิว. เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตปี2543. นนทบุรี: วงศ์กมลโปรดักชั่น. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2562). สถานการณ์ยาเสพติดในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ห้วงตุลาคม. สืบค้นเมื่อ 4 สิงหาคม 2562 จาก [https://www.oncb.go.th/ONCB\\_OR9/picture/Forms/Thumbnails.aspx](https://www.oncb.go.th/ONCB_OR9/picture/Forms/Thumbnails.aspx).
- การพยาบาลจิตเวชสู่การปฏิบัติเล่มที่ 1. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่ : ครองช่างพรินท์ติ้ง จำกัด.
- ขวัญพนมพร ธรรมไทย. (2554). การพยาบาลจิตเวช สู่การปฏิบัติเล่มที่ 1. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่ : ครองช่างพรินท์ติ้ง จำกัด.
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. (2562-2564). สถิติผู้ป่วยยาเสพติด. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น.
- จุฬาลักษณ์ ช่างทอง. (2556). การดูแลผู้มีความผิดปกติทางจิตเวชจากการเสพยาเสพติด. ในฉวีวรรณ สัตยธรรม, แผงจันทร์สุข และศุภโรจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 2 (หน้า 226-254). โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ธนาเพรส จำกัด.
- จิราวรรณ พรหมชาติและนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2553). แรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 22, 4-11.

- จรุงรักษ์ย์ภู. (2549). การศึกษากระบวนการเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการรักษาในรูปแบบฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่สถาบันธัญญารักษ์. (ปรัชญาดุษฎีนิพนธ์). สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ. เจริญ แฉกพิมาย,
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข.(2557). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, สุกมา แสงเดือนฉาย. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยติดยาแอมเฟตามีน. วารสารกองการพยาบาล, 40(1), 24-38.
- ฐาปนิก พญามงคล. (2552). ผลของโปรแกรมการฝึกตามแนวการบำบัดด้วยการรู้การคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและพฤติกรรมก้าวร้าว ในนักเรียนระดับชั้นมัธยม ศึกษาปีที่1. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะวิทยาศาสตร์, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา. สืบค้นจาก ; [http://www.library.cmu.digital\\_collection/full](http://www.library.cmu.digital_collection/full).
- ตรีสุข ราษฎร์ดุขดี, มรรยาท รุจิวิษชญ์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2557). ผลของโปรแกรมไบโอฟีดแบคร่วมกับการสร้างจินตนาการต่อระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้เสพสารแอมเฟตามีน.วารสารการ พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28(1), 92-114.
- ธนรัตน์ พทธชาติและคณะ. (2551).รายงานการวิจัยเรื่องสำรวจอัตราเสพซ้ำและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดทดแทนยาบ้าของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาในประเทศไทย (ภาคใต้).ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด สงขลา.
- ธวัชชัย ลีพานานาจ. (2549). โรคจิตเวชที่เกิดร่วมกับโรคติดยาเสพติด พิษัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนภาพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ : บางกอกบล็อก.
- นภวัลย์ กัมพลาศิริ.(2557).การพยาบาลบุคคลที่มีบุคลิกภาพแปรปรวน (Nursing Care for Persons with Personality Disorders). ใน อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทร และ วาริรัตน์ ถาน้อย (บรรณาธิการ), การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ (Psychiatric Nursing) (หน้า 445- 461). กรุงเทพมหานคร :อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- นฤมล ศิริวิพุกษ และนันทนา เลิศประสบสุข. (๒๕๖๑). พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของประชาชนใน ตำบลตลาดกระทุ่มแบน. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย, 10(1), 367-378.
- นฤมล อารยะพิพัฒน์. (2548). การพยาบาลผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีภาวะซึมเศร้า หูแว่ว หวาดระแวง กรณีศึกษา (1). ศูนย์ บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ปนัดดา ศรีธนสาร. (2555). พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดของ นักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- ประภาพรรณ จุเจริญ. (2556). โรคสมองติดยา. วารสารวิชาการเสพติด, 1(1), 1-5.
- พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2546). โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน : ทบทวนวรรณกรรม. วารสาร สอนปรุง, 19(1), 1-15.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2548). การบำบัดรักษาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ. ใน วิโรจน์ วีระชัย, อังกร ภัทรากกร, ล้ำชำลักษณ์เกษม, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, และนิภา กิมสูงเนิน (บรรณาธิการ), ตำราเวชศาสตร์การเสพติด (หน้า 147-167). กรุงเทพมหานคร : สานักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก.

- ไพโรจน์ สุขเกิด และคณะ, (2558) การบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Violent Behavior). สืบค้นเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2564, จาก <https://www.niems.go.th>
- พาริตา อิบราฮิม. (2551). ปฏิบัติการพยาบาล ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : สามเจริญพานิชย์.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (2539). ทฤษฎีการพยาบาลและกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพฯ : บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.(2457).การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2564, จาก <https://www.lib.bcniala.ac.th>
- มานพ คณะโต และคณะ. (2562). วิธีการสำรวจครัวเรือนเพื่อประมาณการผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทยปี 2562. วารสารส นักรงาน ป.ป.ส. ปีที่ 36. ฉบับที่ 1. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564 จาก <https://jfklib.oas.psu.ac.th>
- มาโนช หล่อตระกูล. (2559). การตรวจสัมภาษณ์ทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์
- รพ.พระมงกุฎเกล้า. (2557). สถิติพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วย. หน่วยงานสถิติความเสี่ยง กองการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- วาทินี สุขมาก. (2557). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1. มหาสารคาม: กากะเยีย
- วาทินี สุขมาก. (2557). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2. มหาสารคาม: กากะเยีย.
- วัลย์กรณ์ แพร่กิจธรรมชัย, นันทนา วงษ์อินทร์, มณฑิรา จารุเพ็ง. (2555). ผลของการปรับพฤติกรรมเพื่อลดความก้าวร้าวของวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรี นครินทรวิโรฒ, คณะวิทยาศาสตร์, สาขาจิตวิทยาการศึกษา. สืบค้นจาก ; <http://www.ir.swu.ac.th/xmlui/handle/browse>.
- วิโรจน์ วีรชัย,ประกายรัตน์ ช่วยเจริญ, สำเนา นิลบรรณ และ สุกุมมา แสงเดือนฉาย. (2558) มาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัดและ FAST MODEL . (พิมพ์ครั้งที่ 1). ปทุมธานี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิโรจน์ วีรชัยและคณะ. (2548). ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. ส นักรงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก, กรุงเทพมหานคร :
- ศุภกรใจ เจริญสุข. (๒๕๕๖). กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ในฉวีวรรณ สัตยธรรม, แฉ จันทรสุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับ ปรับปรุง) เล่มที่ 1. (หน้า 248-257). โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด.
- สถาบันธัญญารักษ์. (ม.ป.ป.) คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ ( FAST Model ) พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก.
- สายฝน เอกวางกูร. (2559). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 3). นครศรีธรรมราช : สามลดา.
- สมบัติ รียาพันธ์. (2552). การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด : แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลจิตเวช. วารสารกองการพยาบาล. 36 (2) : 68-76.



- สมภพ เรื่องตระกูล. (2548). ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ ห่วงทอง และรัก สมพงษ์เจริญ. (2550). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหวนกลับมาติดยาเสพติดของผู้ป่วย ที่เข้ามา  
รับการบำบัดซ้ำ: ศึกษากรณีอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. เอกสารประกอบการ  
อบรม อธิปไตย วชิรชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2553). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.  
กรุงเทพมหานคร : วิเจพรินติ้ง.
- American Journal of Public Health, (2001). Minding the world's health : World Health Day  
2001.91(4), pp.551–552. Retrieved November 11, 2021, from <https://ajph.aphapublications.org/tc/ajph/91/3>
- Arkadir D, Bergman H, and Fahn S (2014) Redundant dopaminergic activity may enable  
compensatory axonal sprouting in Parkinson disease. *Neurology* 82:1093–1098. Retrieved  
December 10, 2021, from <http://www.cmaj.ca/content/178/13/1679.figures-only>.
- Daytop Internation. The therapeutic community social learning treatment model.(n.d.) Retrieved  
November 11, 2021, from [http : www.ccd.rtaf.mi.th](http://www.ccd.rtaf.mi.th)
- Drugs-Forum (2007). Rectal Dexedrine not working?. Retrieved August 2 2021, from  
<http://www.drugs forum.com/forum/showthread.php>.
- Drugs-Forum (2009). Injecting Methamphetamine. Retrieved August 2 2021, from [http://www.drugs  
forum.com/forum/showthread.php](http://www.drugs forum.com/forum/showthread.php)
- van Pavlov, (1849-1936). Classical Condition Theory.Retrieved November 11, 2021, from [http://  
sites.google.com](http://sites.google.com).
- Keltner, Norman L & Folks, David G.(2005). Psychotropic Drugs. Fourth edition. New York : Elsevire  
Inc. Philadelphia, USA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Nakatani, Y., Yoshizawa, F., Yamada, H., Iwanami, A., Sakaguchi, M.and Katoh, N. (1989).  
Methamphetamine psychosis in Japan: A survey. *Br J Addict*, 84 (12) 1548-9.
- Riviello, Ralph J. (2010). Manual of forensic emergency medicine : a guide for clinicians. Sudbury,  
Mass.: Jones and Bartlett Publishers. p. 41. ISBN 9780763744625 Retrieved
- Townsend, Mary C.2009. Psychiatric Mental Health Nursing : Concepts of Care in Evidence-Based  
Practice. Sixth Edition. USA : is Company.

ภาคผนวก

รายการยาที่ใช้ใน กรณีศึกษารายนี้ มีดังนี้

ชื่อยาและสารนำขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาในผู้รับบริการ
<p>Fluoxetine (20mg) 1 x 1 oral pc เช้า</p>	<p>สรรพคุณ เป็นยาต้านซึมเศร้าในกลุ่ม SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) ออกฤทธิ์เพิ่มปริมาณของสารเซโรโทนินในสมอง จึงช่วยปรับสมดุลของสารเคมีในสมองและรักษาอาการที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าโรคตื่นตระหนก (Panick Attacks) โรคย้ำคิดย้ำทำโรคกลัวอ้วนบูลิเมียและกลุ่มอาการอารมณ์ผิดปกติก่อนมีประจำเดือนอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ยานี้อาจทำให้เกิดผื่น กระจกตาขาว สายตาสั้น เจ็บกล้ามเนื้อ ข้อต่อนอกจากนี้อาการร้ายแรงอื่น ๆ ที่พบได้ไม่บ่อยแต่ก็ควรระมัดระวังได้แก่มีอาการสับสน วิดก กังวล ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกตัวเย็น ผิวหนัง เย็นซีด ชักเกร็ง ท้องเสีย ง่วงซึม ปากแห้ง หัวใจผิดปกติ หัวใจเต้นเร็วหรือเต้นผิดปกติ ปวดศีรษะ เหงื่อออกมากขึ้น ระบายน้ำมากขึ้น อ่อนเพลีย มีจุดสีเขียวหรือม่วงบน ผิวหนัง เดินไม่มั่นคง มีอาการสั่น อารมณ์ไม่คงที่ รู้สึกหรือมีพฤติกรรมกระตือรือร้นอย่าง ควบคุมไม่ได้ หายใจลำบาก เหนื่อยล้า ผิดปกติ และร่างกายหรือใบหน้าเคลื่อนไหว ผิดปกติ</p> <p>ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ห้ามใช้ยานี้หากภายใน 14 วันที่ผ่านมา มี การใช้ยากกลุ่ม MAOI ได้แก่ ยาลิเนโซลิด (Linezolid) ฟิเนลซีน (Phenelzine) ไอโซ คาร์บอกซาซิด (Isocarboxazid) เซเลกิลีน (Selegiline) เนื่องจากยาอาจทำปฏิกิริยาต่อกันและเป็นอันตรายต้องหยุดใช้ยากกลุ่มนี้แล้วรอน้อย 14 วัน จึงจะเริ่ม รับประทานยาฟลูออกซิทีนและหากต้องใช้ ยาไทโอริดาซีนหรือยาใด ๆ ในกลุ่ม MAOI จะต้องหยุดใช้ฟลูออกซิทีนแล้วรอน้อย เป็นเวลา 5 สัปดาห์</li> <li>- ผู้ที่มีอาการแพ้ยานี้ผู้ที่กำลังใช้ยาพิโมไซด์ (Pimozide) หรือยาไทโอริดาซีน (Thioridazine) หรือได้รับการรักษาด้วยยา เมทิลีนบลูไม่ควรใช้ยานี้</li> </ul>	<p>- ผู้ป่วยมีอาการสับสน วิดก กังวล ไม่มีสมาธิอารมณ์ไม่คงที่พฤติกรรมกระตือรือร้นอย่างควบคุมไม่ได้</p>

ชื่อยาและสารนำขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาในผู้รับบริการ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หญิงตั้งครรภ์หรือกำลังวางแผนตั้งครรภ์ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยา</li> <li>- หญิงที่ให้นมบุตรควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ ยาเนื่องจากฟลูออคซิทีนสามารถไหลผ่านน้ำนมไปสู่ทารกได้</li> </ul>	
Tranxene (5 mg) 1 tab oral hs	<p><b>สรรพคุณ</b></p> <p>Clorazepate (คลอราซีเพท) เป็นยากดประสาทและยากล่อมประสาทออกฤทธิ์โดยช่วยลดความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าในสมอง นำมาใช้รักษาโรควิตกกังวล กลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุราแลโรคลมชัก นอกจากนี้ยังอาจใช้รักษาโรคอื่นๆ ตาม ดุลยพินิจของแพทย์ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การใช้ยา Clorazepate อาจทำให้เกิดผลข้างเคียง ได้แก่ เวียนศีรษะ ง่วงซึม ปวด ศีรษะ ท้องไส้ปั่นป่วน อาเจียน ปากแห้ง เหนื่อยหรืออ่อนเพลีย ประหม่าการมองเห็นเปลี่ยนแปลงมองเห็นไม่ชัดหรือเห็น ภาพซ้อน มีอาการสั่นตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ห้ามใช้หากมีประวัติแพ้ยาหรือ ส่วนประกอบ ของยาชนิดนี้</li> <li>- ห้ามให้เด็กอายุต่ำกว่า 9 ปีใช้ยานี้ และผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ให้ใช้ยานี้อย่างระมัดระวังเพราะเสี่ยงเกิดผลข้างเคียงสูง</li> <li>- ห้ามเริ่มใช้ยา หยุดยาหรือเปลี่ยนแปลง ปริมาณการใช้ยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษา แพทย์ เนื่องจากจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนได้</li> <li>- การใช้ยานี้ในระหว่างการตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดอันตรายต่อทารก ผู้ที่กำลังตั้งครรภ์ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบก่อนใช้ยา และหากตั้งครรภ์ในระหว่างที่ใช้ยานี้ ให้ไปพบแพทย์ ทันที</li> <li>- ห้ามให้นมบุตรในระหว่างที่ใช้ยานี้เพราะยาอาจซึมผ่านน้ำนมและเป็นอันตรายต่อ ทารกได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้เพื่อกดประสาทและกล่อมประสาทช่วยลดความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าในสมอง นำมาใช้รักษาโรค วิตกกังวล</li> </ul>

ชื่อยาและสารนำขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาในผู้รับบริการ
Depakine (500mg) 1/2 tab oral hs	<p>สรรพคุณ Valproic Acid เป็นยาที่ใช้บรรเทาอาการโรคลมชัก รักษาความผิดปกติทางอารมณ์ อย่างภาวะแมเนีย (Mania) ในผู้ป่วยโรค bipolar และป้องกันอาการปวดหัวไมเกรน โดยกลไกของยาจะช่วยปรับสมดุลของสารเคมีในสมองให้อยู่ในระดับปกติยานี้ อาจอยู่ในรูปของ Sodium และ Semisodium ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์ที่คล้ายคลึงกันเพียงแต่ใช้รักษาโรคที่ต่างกันออกไป นอกจากนี้แพทย์อาจใช้ยานี้รักษาโรคอื่นๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การใช้ยาล้างโปรเอทอาจมีผลข้างเคียง เช่น ง่วงซึม เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่า เห็นภาพซ้อน ประจำเดือนมาไม่ปกติ ท้องเสีย ได้ยินเสียงวิ้งในหู อยากรู้อาหารมากกว่าปกติ ภาวะตัวเย็นเกิน เห็นภาพหลอน ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ โรคคลังพอม (Anorexia) เป็นต้น ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ห้ามใช้หากหากมีประวัติแพ้ยาหรือส่วนประกอบของยาชนิดนี้</li> <li>- ยา Valproate อาจทำให้ตับทำงานล้มเหลวและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี</li> <li>- ห้ามหยุดใช้ยาด้วยตนเองเพราะอาจทำให้เกิดอาการชักชนิดรุนแรงและอาจเสี่ยงต่อ การเสียชีวิต หากต้องการหยุดใช้ยา ควรปรึกษาแพทย์</li> </ul>	- ใช้เพื่อรักษาความผิดปกติทางอารมณ์ลดอาการ โกรธ หงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตัวเอง และป้องกันการทำร้ายผู้อื่น
Haloperidol (5 mg) IM stat	<p>สรรพคุณ เป็นยาที่นำมาใช้รักษาโรคทางจิต หรือ อารมณ์ เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) กลุ่มโรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective Disorder) และกลุ่มอาการทูเรตต์ (Tourette Syndrome) เป็นต้น โดยยาจะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลน้อยลง สามารถใช้ ชีวิตได้ตามปกติรวมไปถึงอาจช่วยป้องกัน การฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยที่มีแนวโน้ม จะ ทำร้ายตัวเอง ช่วยลดความก้าวร้าว ความอยากทำร้ายผู้อื่น ความคิดในแง่ลบ และ อาการหลอน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาการใช้ยาอาจมีผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ดังต่อไปนี้ ท้องผูก ท้องเสีย เวียนศีรษะ ง่วง ซึม</p>	- ช่วยให้อาการสงบช่วยลดอาการก้าวร้าว ความอยากทำร้ายตนเองและผู้อื่น

ชื่อยาและสารนำขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาในผู้รับบริการ
	<p>ปากแห้ง ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ กระสับกระส่าย ปวดท้อง มีปัญหาในการนอนหลับ ลึนแข็ง ตัวแข็ง พูดไม่ชัด น้ำลายไหล กลืนหรือพูดลำบากเป็นต้น</p> <p><b>ข้อห้ามในการใช้ยา</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ห้ามใช้หากหากมีประวัติแพ้ยาหรือส่วน ประกอบของยาชนิดนี้</li> <li>- ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับผลข้าง เคียงจากการใช้ยานี้ จึงควรระมัดระวังใน การใช้ยาเป็นพิเศษ</li> <li>- ไม่ควรหยุดใช้ยานี้ หากแพทย์ไม่ได้กำหนด เพราะโรคทางจิตและอารมณ์ที่ไม่ได้รับการ รักษาอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดภาวะ อาการป่วยที่รุนแรงตามมาได้</li> <li>- หากเป็นผู้ที่กำลังวางแผนตั้งครรภ์กำลัง ตั้งครรภ์หรือคิดว่าอาจกำลังตั้งครรภ์อยู่ ควรปรึกษาแพทย์ถึงประโยชน์และความ เสี่ยงจากยานี้ ก่อนใช้ยาเสมอ</li> <li>- ยานี้ อาจผ่านเข้าสู่น้ำนมมารดาแล้วส่งผล ข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ต่อทารกได้ดังนั้น ควรปรึกษาแพทย์ก่อนให้นมบุตรเสมอ</li> </ul>	
Clonazepam (0.5 mg) 1 tab PRN for insomnia	<p>สรรพคุณ</p> <p>เป็นยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepine) ถูกนำมาใช้ในการรักษา โรคนิวโรติก (Panic Disorder) ควบคุมอาการ หรือรักษาโรคลมชักและช่วยบรรเทาความวิตกกังวล (Anxiety) นอกจากนั้น ยานี้อาจนำมาใช้เพื่อรักษาโรคหรืออาการอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์</p> <p>อย่างไรก็ตาม ยา Clonazepam มีข้อห้ามใช้และอาจเกิดผลข้างเคียงได้ดังนั้น การใช้ยาจึงควรอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์และเภสัชกร อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาผลข้างเคียงจากการใช้ยานี้ เช่น ง่วงซึม มึน งเวียนศีรษะ มีน้ำลายออกมาก ปวดข้อ ปัสสาวะบ่อย มีการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพทางเพศ การมองเห็นเปลี่ยนแปลงไป มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ มีการเคลื่อนไหวของดวงตาที่ผิดปกติหรือมี ปัญหาในการทรงตัว ข้อห้ามในการใช้ยา</p>	- ช่วยการนอนหลับพักผ่อน บรรเทาความวิตกกังวล

ชื่อยาและสารนำขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาในผู้รับบริการ
	<p>- หากเคยมีประวัติแพ้ยาหรือส่วนประกอบ ในยานี้ควรหลีกเลี่ยงใช้ยานี้และแจ้งให้ แพทย์ทราบ รวมไปถึงยาต่อไปนี้ เช่น ยาอัลปราโซแลม ยาคลอไดอะซีพอกไซด์ (Chlordiazepoxide) ยาคลอร่าซีเพท (Clorazepate) ยาไดอะซีแพม (Diazepam) ยาลอราซีแพม (Lorazepam) ยาไมดาโซแลม (Midazolam)</p> <p>- ไม่ควรใช้ยานี้ในเด็กโดยที่ไม่ได้ปรึกษา แพทย์เนื่องจากยานี้ไม่ได้รับการรับรองให้ ใช้รักษาโรคแพนิค (Panic Disorder) ใน ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี</p>	
Multivitamin 1 x 3 oral pc	<p><b>สรรพคุณ</b> คือวิตามินเสริมที่ประกอบด้วยวิตามินหลากหลายชนิดซึ่งพบได้ในอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน โดยจะนำมาใช้ในกรณีที่อาจได้รับวิตามินจากอาหารไม่เพียงพอ หรือเพื่อรักษาภาวะขาดวิตามิน ของร่างกายที่อาจเกิดจากอาการป่วยบาง ชนิด เช่น การขาดสารอาหาร โรคเกี่ยวกับการย่อยอาหาร และอื่น ๆ เป็นต้น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับประทานวิตามินรวมตามปริมาณที่แนะนำมักไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงร้ายแรงใดๆ ผลข้างเคียงชนิดไม่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ อาหารไม่ย่อย ปวดศีรษะ รู้สึกถึงรสชาติผิดปกติหรือไม่พึงประสงค์ในปาก ทั้งนี้ หากพบอาการที่แสดงถึงการแพ้ อัน รุนแรงต่อไปนี้ควรต้องรีบไปพบแพทย์ทันที ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ห้ามรับประทานหากมีอาการแพ้ส่วนผสม ใด ๆ ในวิตามินรวม</li> <li>- วิตามินรวมอาจทำปฏิกิริยากับยาบางชนิด หากกำลังใช้ยาสมุนไพร หรืออาหารเสริม ชนิดใดก็ตาม ควรแจ้งให้แพทย์หรือเภสัชกร ทราบก่อนเริ่มใช้ยา</li> </ul>	เพื่อบำรุงร่างกายจากการขาดวิตามินหลายชนิด

ชื่อยาและสารนำขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาในผู้รับบริการ
Vitamin B1-6-12 1 x 3 oral pc	<p><b>สรรพคุณ</b></p> <p>เป็นกลุ่มของวิตามินบีที่ใช้รักษาและ ป้องกันการขาดวิตามินบีชนิดต่างๆ เนื่อง มาจากทุกภาวะโภชนาการ โรคบางชนิด ติด สุรา หรืออยู่ในช่วงตั้งครรภ์ ซึ่งจะช่วยเสริมการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายที่ แตกต่างกันไป ออกไปตามชนิดของวิตามินบี โดยส่วนประกอบของวิตามินบีรวมในแต่ละสูตรอาจจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละประเภทของยาบางตัวอาจมีวิตามินบี เพียง 4 ชนิด แต่บางสูตรอาจมีวิตามินบีถึง 8 ชนิด อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาวิตามินบีรวมแทบไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียง บางส่วนอาจมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย รู้สึกวูบวาบได้เล็กน้อย ขึ้นอยู่กับสูตรและ ปริมาณของส่วนผสมที่ออกฤทธิ์แต่ในบาง รายอาจเกิดอาการแพ้ยาจนทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น เช่น วิงเวียนศีรษะอย่างรุนแรง มี ปัญหาในการหายใจ เกิดผื่นแดง คัน และมี อาการบวมบริเวณใบหน้า คอคิน ซึ่งควรรีบ ไปพบแพทย์ ข้อห้ามในการใช้ยา</p> <p>- เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีไม่ควรใช้วิตามินชนิดนี้ -ห้ามรับประทานหากมีอาการแพ้ส่วนผสม ใดๆ ในวิตามินบีรวม</p>	เพื่อบำรุงร่างกายจากการขาดวิตามินบี
Amoxicillin (500mg) 2 x 2 oral pc	<p><b>สรรพคุณ</b></p> <p>จัดอยู่ในยาปฏิชีวนะ กลุ่มเพนิซิลลิน (Penicillins) ซึ่งจะใช้ในการรักษาโรคที่มีสาเหตุการติดเชื้อมาจากแบคทีเรีย เช่น การติดเชื้อเกี่ยวกับทางเดินหายใจ ทางเดิน ปัสสาวะ หูคอ จมูกและผิวหนัง โดยต้อง ปรึกษาแพทย์ก่อนการใช้ยาชนิดนี้ทุกครั้ง อะม็อกซิซิลลิน จะใช้ในการรักษาโรคที่มีการติดเชื้อจากแบคทีเรียเท่านั้นและจะไม่มี ผลช่วยในการรักษาการติดเชื้อที่มาจากไวรัส ซึ่งยาชนิดนี้ จะกำจัดแบคทีเรียด้วยการ ยับยั้งการก่อตัวของผนังเซลล์แบคทีเรียนั้นๆ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาผลข้างเคียงจากการใช้ยาอะม็อกซิซิลลิน ที่อาจเกิดขึ้นได้มีดังนี้</p>	- ลดการอักเสบและการติดเชื้อ



ชื่อยาและสารนำขนาดและวิธีใช้	คุณสมบัติและอาการข้างเคียง	วัตถุประสงค์ของการให้ยาในผู้รับบริการ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน</li> <li>- ปวดท้อง ท้องร่วง ท้องเดิน</li> <li>- ปวดหัว</li> <li>- มีผื่นคัน ลมพิษ ข้อห้ามในการใช้ยา</li> <li>- ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาเพนนิซิลิน ห้ามใช้ยานี้</li> <li>- ไม่ควรใช้ยานี้ ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อจาก ไวรัสเอบสแตนบาร์ (มีอาการคล้ายไข้หวัด ร่วมกับต่อมน้ำเหลืองโต) เพราะจะทำให้เกิด ผื่นคันขึ้น</li> </ul>	
<p>Paracetamal (500 mg) 1 tab PRN q 4-6 hrs</p>	<p><b>สรรพคุณ</b></p> <p>เป็นยาที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดและช่วย ลดไข้ โดยนิยมใช้เพื่อรักษาอาการปวดทั่วไป อาการปวดศีรษะ หรือไข้หวัดใหญ่ ทั้งนี้ยา พาราเซตามอลยังสามารถใช้เพื่อบรรเทา อาการปวดของโรคข้ออักเสบได้อีกด้วย โดยยาชนิดนี้ จัดเป็นยาสามัญประจำบ้านเพราะ สามารถใช้ได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยาของแพทย์ แต่ต้องใช้ในปริมาณที่เหมาะสม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาการใช้ยาพาราเซตามอลอาจก่อให้เกิด ผลข้างเคียงบางอย่างขึ้นได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อูจจาระเป็นเลือด หรือมีสีดำ</li> <li>- ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะน้อยลงอย่าง ไม่มีสาเหตุ</li> <li>- มีอาการไข้ หนาวสั่น</li> <li>- ปวดที่หลังส่วนล่างอย่างรุนแรง</li> <li>- มีจุดแดงเล็ก ๆ ขึ้นตามผิวหนัง</li> <li>- มีผื่นคัน</li> <li>- เจ็บคอ</li> <li>- มีแผลร้อนใน หรือ จุดขาว ๆ ขึ้นที่ริม ฝีปากหรือภายในช่องปาก</li> <li>- เลือดออกผิดปกติ</li> <li>- เหนื่อยง่ายผิดปกติ</li> <li>- ตาเหลือง ตัวเหลือง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้ลดอาการปวดศีรษะ</li> <li>- ใช้เพื่อลดไข้</li> </ul>

### แบบคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V Screening Test)

**คำชี้แจง:** พยาบาลใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ พร้อมหาข้อมูลทั้งปัจจุบันและอดีตที่ได้จากการสังเกตอาการ จากญาติ ผู้ดูแล หรือเอกสารอื่น เช่น ประวัติเดิมจากเวชระเบียนผู้ป่วย ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่นำส่ง หนังสือส่งต่อ หรือหนังสือนำส่งจากหน่วยงาน เป็นต้น

ชื่อผู้ป่วย ..... HN ..... วันที่ประเมิน.....

เกณฑ์ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พิจารณาจากเกณฑ์ 4 ข้อ ต่อไปนี้

#### 1. มีประวัติการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรง โดยตั้งใจจะให้เสียชีวิต

พิจารณาจาก ประวัติการฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันของผู้ป่วยโดยใช้วิธีการที่รุนแรง ตั้งใจจะให้เสียชีวิต และมีโอกาสเสียชีวิตได้มาก วิธีการใดวิธีการหนึ่ง จากการใช้แนวคำถาม ดังนี้

.... “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยเคยทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรง มุ่งหวังตั้งใจจะให้ตายจริงๆหรือไม่?...ถ้าตอบว่า “มี” ให้ถามต่อว่า...กระทำด้วยวิธีอะไร?”

(ถามให้ครบทุกข้อ และบันทึกตามคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ยิงตัวเองด้วยปืน
- แขว่นคอ
- ตั้งใจกระโดดจากที่สูงเพื่อให้เสียชีวิต เช่น กระโดดตึก/กระโดดสะพาน/กระโดดน้ำตาย
- กินยาฆ่าแมลง/กินสารเคมี/น้ำยาล้างห้องน้ำ/ยาเบื่อหนู
- กินยาเกินขนาดฆ่าตัวตาย
- ใช้มีดหรือของมีคมฟันแทง เฉือน ปาดตัวเอง
- ทำให้ตัวเองจมน้ำเพื่อให้หายใจไม่ได้
- ทำให้ยานยนต์ชน หรือทับตาย (เช่น รถไฟ รถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ หรือยานยนต์อื่นๆที่ถูกกระแทกแล้วสามารถทำให้เสียชีวิตได้ เป็นต้น)
- ใช้วัตถุระเบิดใส่ตัวเอง
- ใช้ควันทไฟ เปลวไฟรมตัวเองให้หายใจไม่ออก
- ใช้ของแข็ง โลหะ ไม้ ทำร้ายตัวเองเพื่อให้เสียชีวิต
- มีพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้เสียชีวิต เช่น ทำให้ไฟฟ้าดูด เอาศีรษะโขกหรือกระแทกพื้น ผนัง หรือของแข็ง หรือ ใช้หมอนอุดจมูก เป็นต้น

#### 2. มีประวัติการก่อความรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น หรือสร้างความรุนแรงในชุมชน

พิจารณาจาก ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง หรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนด้วยวิธีรุนแรง ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน วิธีการใดวิธีการหนึ่ง จากการใช้แนวคำถาม ดังนี้

....“ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยเคยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่?”

(ถามให้ครบทุกข้อและบันทึกตามคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ใช้อาวุธ มีด หรือของมีคม หรือส่วนของร่างกาย ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรือเลือดออกภายนอก หรือมีการแตกหักของอวัยวะในร่างกาย
- รัศคอกผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นจมน้ำ
- เจตนาชน หรือทับด้วยยานยนต์

- จี้ตัวประกัน
- ปล้นธนาคาร
- พกอาวุธปืน หรือระเบิด หรือของมีคม พร้อมก่อเหตุรุนแรง
- ขวางปาสิ่งของที่เป็นอันตราย (เช่น มีด ขวาน ระเบิด หิน)
- อาละวาดทำลายสิ่งของ หรือเผาสิ่งของหรือทรัพย์สินเสียหาย
- ปล้นทรัพย์ ชิงทรัพย์
- บุกรุกบ้าน เพื่อทำอันตรายผู้อื่น
- ลวนลาม จับหน้าอก กัน หรืออวัยวะเพศผู้อื่น
- ทำอนาจาร เปลี่ยนกายหรือเปิดเผยอวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะ

### 3. อาการทางจิตปัจจุบันของผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น

**พิจารณาจาก** ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันของผู้ป่วย ที่แสดงออกให้เห็นชัดเจนจากการสังเกต การประเมินอาการทางจิต หรือจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ญาติ หรือผู้นำส่งว่าผู้ป่วยมีอาการหลงผิดแบบหวาดระแวง ว่ามีคนปองร้าย หรือมีความคิดมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจงบุคคลหรือมีความคิดจะทำร้ายผู้อื่นให้บาดเจ็บสาหัส หรือเสียชีวิต หรือมีการพกอาวุธไว้เพื่อป้องกันตัวโดยใช้แนวคำถามในการประเมินดังนี้

.....“คุณเคยคิดว่า มีใครบางคนมุ่งร้ายกับคุณ หรือพยายามทำร้ายคุณหรือไม่?..

ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “มี” ให้ถามต่อว่า .....“แล้วคุณทำอะไร?” ....“บุคคลนั้นเป็นใคร” .....

(ควรตรวจสอบข้อมูลกับญาติหรือผู้ดูแลว่า มีบุคคลตามที่ผู้ป่วยบอกจริงหรือไม่ และจะมุ่งร้ายจริงหรือเป็นความคิดหลงผิดของผู้ป่วย)

.....“คุณเคยคิดว่า ...คุณต้องกำจัดเขาให้ตายไปก่อนที่จะเขาจะมาทำร้ายคุณหรือไม่? หรือ “เพราะเหตุใด คุณถึงพกอาวุธไว้กับตัว”.....

(ถามให้ครบทุกข้อและบันทึกตามคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- มีความคิดจะทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นหวังให้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต เช่น ระบุบุคคลที่มุ่งจะทำร้าย
- หวาดระแวงมีคนจะมาทำร้าย และพกอาวุธไว้กับตัว

### 4. มีประวัติก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง

**พิจารณาจาก** ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยมีประวัติตาม ข้อใดข้อหนึ่ง จากการใช้แนวคำถามดังนี้

.....“ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยมีประวัติหรือมีคดีเกี่ยวข้องกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่”

- ลงมือฆ่าคนอื่นให้ถึงแก่ชีวิต
- พยายามฆ่าคนอื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงแต่ไม่เสียชีวิต
- ข่มขืนกระทำชำเราบุคคลอื่น
- วางเพลิงจมนทรัพย์สินเสียหาย

**หมายเหตุ :** กรณีนี้ให้พิจารณาหนังสือจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือหนังสือจากศาล เช่น หนังสือลงบันทึกประจำวันของ ตำรวจ หรือหนังสือที่ระบุว่า มีประวัติการถูกฟ้องศาลคดีอาญา

**การแปลผล** หากพบว่า มีอาการหรือพฤติกรรมในข้อใดข้อหนึ่งอย่างน้อย 1 ข้อ หมายถึง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการ เกิดความรุนแรง

**แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย**  
(Prasri Violence Severity Scale : PVSS)

**คำชี้แจง** โปรดถามข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และหาข้อมูลแวดล้อม ร่วมกับการสังเกตอาการผู้ป่วย ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่ประเมิน ว่าผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมอย่างไร เพื่อพิจารณาประเมิน ให้คะแนนตามระดับคะแนนที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด

ชื่อผู้ป่วย ..... HN ..... วันที่ประเมิน.....

ข้อ	ความรุนแรง	คะแนน	ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้	คะแนนที่ได้
1	พฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น สุรา ยาบ้า กัญชา สารระเหย เป็นต้น ( $\geq 1$ ชนิด)	0	ไม่ได้ใช้	
		1	ใช้แต่สามารถทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	
		2	ใช้ในปริมาณมากและบ่อยจนไม่สามารถทำงาน หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ไม่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อคนหรือสิ่งของหลังจากการใช้	
		3	ใช้ในปริมาณมากและบ่อย จนถึงขั้นติดสุราหรือสารเสพติดนั้น และมีพฤติกรรมรุนแรงต่อคนหรือสิ่งของหลังจากการใช้	
2	ความคิดและการพยายามทำร้ายตนเอง	0	ไม่มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ไม่มีพฤติกรรมพยายามทำร้ายตนเอง	หมายเหตุ: หากข้อนี้ประเมินได้คะแนน 1-4 โปรดดูการแปลผลเฉพาะของระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง
		1	มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดีกว่า	
		2	ได้วางแผนหรือเตรียมการที่จะทำร้ายตนเองเช่น หาอุปกรณ์ที่จะใช้ในการฆ่าตัวตายมารวมไว้ พุดสังลา เขียนจดหมาย หรือมอบสมบัติที่มีให้ผู้อื่น	
		3	ได้พยายามทำร้ายตัวเองแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้ตาย หรืออาจใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง ไม่ทำให้ถึงตาย เช่น กรีดแขน กินยาแก้ปวดหรือกินสารเคมี หรือกินยานอนหลับในปริมาณไม่มาก	
		4	ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวังตั้งใจที่จะทำให้ตาย โดยใช้วิธีการที่รุนแรงซึ่งมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จ เช่น ใช้ปืนยิง ราดน้ำมันจุดไฟเผา ใช้ไฟฟ้าช็อต แขนวคอ ใช้ของมีคมแทง รังไห้รถชน กระโดดจากที่สูง	
3	การแสดงท่าทางคุกคามข่มขู่ผู้อื่น	0	ไม่มี	
		1	แสดงออกถึงการพูดคำทอด้วยคำรุนแรง ตะโกน แผลดเสียง พุดจากลาง คาคโทษ ข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น แต่ยังไม่ลงมือ	
		2	แสดงกิริยาท่าทางที่ก้าวสั่งจะโจมตี ทำร้ายผู้อื่น ร่วมกับมีอารมณ์โกรธ เช่น กระตืบเท้า กำหมัด เดินตรงเข้ามาใกล้ ชี้นิ้ว ตาขวาง หน้าบึ้ง เคลื่อนตัวเข้ามาใกล้ผู้อื่น แต่ยังไม่ลงมือทำร้ายผู้อื่น	
		3	มีการแสดงท่าทางคุกคาม ข่มขู่ผู้อื่นที่ชัดเจนทั้งคำพูดและกิริยาท่าทาง (ทั้งข้อ 1 และ 2)	



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

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

### การแปลผล

ภาพรวมความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อผู้อื่น คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 32 คะแนน

- คะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับเล็กน้อย  
 คะแนน 6-13 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับปานกลาง  
 คะแนน 14-32 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับสูง

การแปลผล เฉพาะของระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในการฆ่าตัวตายที่ได้จากการประเมินคำถามเฉพาะข้อ 2

- หากประเมินพบว่าได้คะแนน  $\geq 1$  ในข้อนี้ ให้ใช้เกณฑ์นี้ในการพิจารณาด้วย  
 คะแนน 1 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับเล็กน้อย  
 คะแนน 2-3 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับปานกลาง  
 คะแนน 4 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับสูง

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

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของ  
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์

ชื่อ - สกุล : นางสาวศศิธร เต็มอินทร์  
หัวข้อ: กรณีศึกษา "การพยาบาลผู้ป่วยชายติดยาบ้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้แนวคิด  
การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม(CBT) ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ"

รายละเอียดข้อมูล

.....ตามเอกสารแนบ .....

Linkภายนอก (ถ้ามี): .....

หมายเหตุ: .....

ผู้ขอเผยแพร่ผลงาน



(นางสาวศศิธร เต็มอินทร์)

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

วันที่ 11 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562

ผู้อนุมัติรับรอง

  
(.....(นายชานฉัย ชงพานิช).....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

วันที่ 16 เดือน ต.ค. 2562 พ.ศ.....

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

  
(.....(นายนิธิพล ประชุมแสน).....)

ตำแหน่ง.....นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ.....

วันที่ 16 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562  
หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์