

การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต: กรณีศึกษา

บุบผา บุญญามณี*

บทคัดย่อ

ชายไทยวัย 27 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพว่างงาน ประวัติการเสพยาแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ต่อเนื่องมานาน 12 ปี จนมีอาการทางจิต หูแว่วได้ยินเสียงคนคุยกัน เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 1 ครั้ง และกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ร่วมกับยาไอซ์ กัญชา และดื่มน้ำกระท่อม (4x100) ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน มีอาการ หงุดหงิด หูแว่วได้ยินเสียงคนมาคุยด้วย ก้าวร้าว อาละวาด ทำลายข้าวของ ช่มชู้ ทำร้ายยาย ผู้ป่วยได้เสพยาบ้าครั้งสุดท้ายเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2566 และญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หงุดหงิด หวาดระแวง มีสีหน้าวิตกกังวล หูแว่วได้ยินเสียงคนคุยกัน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบแอมเฟตามีนในปัสสาวะ แพทย์ให้การรักษาด้วย Antipsychotic Antidepressant ระหว่างการรักษาผู้ป่วยมีอาการขาดยา มีอาการหูแว่ว แต่รับรู้สิ่งแวดล้อม หงุดหงิดง่ายเมื่อถูกกระตุ้น แยกตัว บ่นอยากกลับบ้าน พยาบาลสังเกตอาการ พูดคุย ประเมิน อาการเปลี่ยนแปลง เฝ้าระวังความปลอดภัยจากอาการทางจิต ป้องกันการทะเลาะวิวาท ดูแลช่วยเหลือบรรเทา อาการไม่สุขสบายจากภาวะขาดยา เฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต ดูแลให้ ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ สอนวิธีการผ่อนคลายและจัดการความเครียด พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจในการอยู่ บำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพต่อ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาระยะถอนพิษยาได้ 38 วัน สุขภาพทั่วไปแข็งแรงขึ้น ไม่มีอาการหูแว่ว ไม่มีอาการขาดยา พักผ่อนได้อย่างเพียงพอ สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยไม่พร้อมเข้ารับการบำบัด ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ทีมบำบัดจึงได้มีการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนการจำหน่าย ญาติเข้าใจแผนการรักษาดูแลผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมหลังจำหน่าย โดยมีการส่งต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน รวม ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 45 วัน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีน, ภาวะแทรกซ้อนทางจิต

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

Amphetamine dependence with psychiatric comorbidity: case study

Abstract

Thai single male is 27 years old graduated in secondary school and unemployed. History of Amphetamine abuse for 12 years until had been some psychotic symptoms. He had been hallucination of people talking. He was first admission for inpatient department. Then relapse to take amphetamine again together with ice, marijuana and drinking Kratom water (4x100). One day before coming to the hospital, the patient was irritable, and heard the voices of people talking to him, aggression, rampage, destroy something, intimidation, and hurting his grandmother. The last time, when the patient used methamphetamine was on February 20, 2023, and relatives were taken to the hospital. The first symptom was good consciousness, irritable, paranoid with an anxious expression, and auditory hallucination which the sound of people talking. Laboratory tests showed Amphetamine in the urine. Doctors prescribed with Antipsychotic Antidepressants. During treatment, the patient had symptoms of drug withdrawal, intermittent ringing in the ears but perception of the environment, easily irritable when stimulated, isolates, complains of wanting to go home. Nurse observes the symptom talks and health assessment. Watch out for safety from mental illnesses. Prevent quarrel, caring and helping to alleviate discomfort caused by withdrawal symptoms. Take care for side effects of antipsychotic drugs. Take care to get sleepless. And advise for relaxing and manage stress. As well as creating motivation for staying and therapy in rehabilitation phase. The patient received treatment for 38 days. The patient received treatment for detoxification period 38 days and his general health was stronger. No ringing in the ears, no withdrawal symptoms, gets enough rest and able to take care of oneself. The patient is not ready for therapy in rehabilitation phase. Therefore, a discharge plan has been planned together with the relatives and treatment teams. Relatives understand the patient care plan and involvement after discharge and refer to the hospital nearby home. Total length of stay in hospital is 45 days.

Key Word: Amphetamine Dependence, Psychaitric comorbidity

บทนำ

ปัจจุบันโรคจิตจากสารเสพติดนับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยประมาณ 29.5 ล้านคน หรือร้อยละ 0.6 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลกกำลังประสบปัญหาจากโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด¹ จากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่ามีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ที่ติดยาเสพติด ซึ่งคิดเป็น 26% เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา และสารที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกคือเมทแอมเฟตามีน ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ โดยพบว่าประชากรกว่า 35 ล้านคนเสพยาชนิดนี้² และจากแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2565 โดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) พบว่า ยาเสพติดที่แพร่หลายมากที่สุดในประเทศไทยยังคงเป็นยาบ้า ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 79.2 ตามมาด้วย ยาไอซ์ ร้อยละ 8.3 และยาเสพติดที่แพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องและก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพกาย สุขภาพจิตในประเทศไทย ได้แก่ ยาบ้าหรือยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ยาเสพติดกลุ่มฝิ่น สุราและกัญชา จากสถิติผู้ป่วยเสพยาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชที่เข้ามารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลอภัยภูธรรักษาตั้งแต่ ปี 2563 - 2565 มีจำนวน 374 คน, 402 คน และ 571 คน ตามลำดับ³ จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้นสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหานี้ และเมื่อจำแนกผู้ป่วยตามประเภทของยาเสพติดที่พบมากที่สุด ใน 3 อันดับแรก ได้แก่ ยาบ้า/ยาไอซ์ สุรา และกัญชา การเสพยาเสพติดดังกล่าวก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกายและจิต อาทิ การขาดยาอย่างรุนแรง หรือหากใช้ยาบ้าในขนาดสูงๆ อาจเกิดอาการเป็นพิษเฉียบพลันจากสารเมทแอมเฟตามีน ซึ่งอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้และมักพบอาการทางจิตจากการเสพยา

เรียกว่า “ภาวะโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด” หรือการใช้ยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาทเกินขนาดจะส่งผลให้เกิดอาการทางสมอง สับสนหวาดระแวง ประสาทหลอน ผู้ป่วยเสพยาที่มีอาการทางจิตอาจมีพฤติกรรมรุนแรงได้ด้วย ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด จะส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้เสพยา โดยเฉพาะ จะมีผลมากต่อสมองทำให้เป็นโรคสมองติดยา หากเสพยาในปริมาณที่สูงหรือเป็นเวลานาน ต่อเนื่อง ยังมีผลกระทบเป็นอย่างมากต่อความผิดปกติทางจิต อารมณ์ผิดปกติ หวาดระแวง เศร้า วิตกกังวล การคิดการตัดสินใจบกพร่อง อาจเกิดภาวะฉุกเฉินได้ทั้งในช่วงเสพยาและช่วงหยุดเสพยา

สารเสพติดเป็นสารเคมีซึ่งเมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าโดยวิธีใดจะทำให้เกิดการเสพยาได้ หากใช้สารนั้นเป็นประจำ ทำให้มีความต้องการเสพยาทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา ต้องการขนาดการเสพยาที่เพิ่มมากขึ้น และมีอาการถอนพิษยาเมื่อขาดยา ซึ่งสารเสพยาจะออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในลักษณะต่างกัน คือ 1) ออกฤทธิ์กดประสาท ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟิน เฮโรอีน สารระเหย และยาแก้ปวดประสาท เป็นต้น 2) ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ได้แก่ แอมเฟตามีน กระท่อม และโคคาอิน เป็นต้น 3) ออกฤทธิ์หลอนประสาท ได้แก่ แอลเอสดี ดีเอ็มที และเห็ดขี้ควาย เป็นต้น และ 4) ออกฤทธิ์ผสมผสาน กระตุ้นหรือหลอนประสาทได้พร้อม ๆ กัน เช่น กัญชา เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดอาการทางจิตได้บ่อย เช่น หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย หูแว่ว ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ขาดสติ ฯลฯ มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อตัวเองและผู้อื่นได้ และทำให้เกิดโรคจิตจากสารเสพติด⁴ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พยาบาลในฐานะทีมผู้ดูแลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและมักเป็นผู้ประสบเหตุเป็นลำดับแรกจึงควรมีความรู้ความสามารถในการประเมินภาวะดังกล่าวให้ได้อย่างรวดเร็ว ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากยาเสพติดหรือไม่ อย่างไร และจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสมและทันทั่วทั้งที่ จัดสารเสพยาให้ออกจากร่างกายอย่างรวดเร็ว

ดังนั้นพยาบาลในฐานะบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อตัวเองหรือผู้ป่วยอื่น พยาบาลที่ดูแล ต้องให้การดูแลช่วยเหลือโดยสามารถที่จะประเมินอาการได้อย่างรวดเร็ว และใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดสุขภาพแบบ 11 แบบแผน⁵ นำข้อมูลมาใช้ในการวินิจฉัยปัญหาและวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและทันทั่วถึง จึงเป็นบทบาทการพยาบาลที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากการพยาบาลจะมีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวดังกล่าว จึงได้สนใจจัดทำกรพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต: กรณีศึกษา โดยศึกษาค้นคว้าเอกสารตำราและงานวิจัย มาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาล รวมทั้งศึกษาผู้ป่วยในสถานการณ์จริงและนำมาจัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ ให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องได้มีแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นแนวทางการพัฒนางานด้านการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมปลอดภัยจากอาการทางจิต และปลอดภัยจากอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต

2. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต

วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเพื่อเป็นกรณีศึกษา 1 ราย

2. ศึกษาแฟ้มประวัติ บันทึกรายงาน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งทีมที่ดูแลและปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ การสังเกต สนทนาเพื่อการบำบัด

โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย พัฒนาการและแบบแผนการดำเนินชีวิตตามกรอบแนวคิดทฤษฎี ประเมินสภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ศึกษาข้อมูลการรักษา เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาล

3. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสาร รายงาน ผลงานทางวิชาการ ต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดแอมเฟตามีน

4. วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปปัญหาความต้องการของผู้ป่วย แล้วนำมาวางแผนการพยาบาลและจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับตัวผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลให้การพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

5. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน

6. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล

กรณีศึกษา

ชายไทยวัย 28 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพว่างงาน ประวัติการเสพติดแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ต่อเนื่องมานาน 12 ปี จนมีอาการทางจิต หูแว่วเป็นเสียงคนคุยกัน ได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 1 ครั้งและกลับไปเสพยาบ้าซ้ำร่วมกับยาไอซ์ กัญชา และดื่มน้ำกระท่อม (4x100) ผู้ป่วยได้เสพยาบ้าครั้งสุดท้ายเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2566 ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด หูแว่วได้ยินเสียงคนมาคุยด้วย ก้าวร้าว อาละวาด ทำลายข้าวของ ช่มชู้ ทำร้ายยาย ญาติจึงนำผู้ป่วยมาบำบัดรักษา เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หงุดหงิด หวาดระแวง มีสีหน้าวิตกกังวล หูแว่วเสียงคนคุยกัน การวินิจฉัยโรค F 15.50 Caffeine psychotic disorder Other stimulants including caffeine, Psychotic disorder, Schizophrenia-like

กลุ่มอาการความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทเนื่องจากการเสพยากระตุ้นระบบประสาทอื่น รวมทั้งคาเฟอีน ร่วมกับกลุ่มอาการผิดปกติแบบโรคจิต

การประเมินสภาพร่างกาย

สภาพทั่วไป : ชายไทย รูปร่างสมส่วน ผอมสัน สีดำ น้ำหนัก 66 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร แรกרבดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) 25.15: อยู่ในเกณฑ์ทั่วไป เสี่ยงต่อโรค

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/60 มิลลิเมตรปรอท

Skin: สีผิวสองสี มีความยืดหยุ่นปกติ มือและเล็บยาวเล็กน้อยไม่มีคราบดำ

Skull and face: ศีรษะและใบหน้าสมมาตร กันดี รูปร่างปกติ ไม่บวม ไม่มีผื่นหรือแผล คลำไม่พบก้อนหรือกดเจ็บ ลักษณะภายนอกปกติ สีหน้าดูเรียบเฉย การแสดงออกทางสีหน้าดูปกติดี

Ears: รูปร่างหูทั้ง 2 ข้างปกติ รับรู้ได้ยินเสียงปกติ ไม่มีสารคัดหลั่งในรูหูทั้ง 2 ข้าง ไม่มีบาดแผล มีหูแว่วเสียงคนคุยกันบางครั้ง

Eyes: ตามองเห็นปกติทั้งสองข้าง ตำแหน่งและขนาดของตาทั้ง 2 ข้างปกติ เปลือกตาไม่ซีด ไม่มีตาเข eyelids ปกติ ขนาดของรูม่าน 3 มิลลิเมตร เท่ากันทั้งสองข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ การทำงานของกล้ามเนื้อตาปกติ, การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อตาและลานสายตาปกติทั้ง 2 ข้าง

Nose: รูปร่างสมมาตร มี septum รูจมูกทั้ง 2 ข้างเท่ากัน ส่องดูรูจมูกไม่พบ nasal polyp ไต ๆ การรับกลิ่นปกติ

Mouth, throat and teeth: ช่องปากสะอาด ริมฝีปากแห้งค่อนข้างคล้ำ ไม่มีแผลในปาก ไม่มีฟันผุ หรือเหงือกอักเสบใด ๆ ฟันเหลืองเล็กน้อย tonsil ปกติดี ไม่โต เพดานปากปกติ ไม่พบฝ้าในปาก

Neck: Trachea in mid line คอปกติ ไม่พบภาวะต่อมน้ำเหลืองที่ผิดปกติ การเคลื่อนไหวของคอปกติดีในทุก ๆ ทิศทาง

Musculoskeletal: ลักษณะภายนอกของแขนและขาไม่ผิดปกติ การเคลื่อนไหวปกติ ไม่มีอีกเสบปวด บวม แดงร้อน กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงดี

Chest and Lung: ลักษณะทรวงอกปกติ หน้าอกสมมาตรเท่ากันดี Breath sound เท่ากันทั้ง 2 ข้าง อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของทรวงอกสม่ำเสมอปกติดี

Heart: อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นของหัวใจปกติ ฟังไม่พบเสียงผิดปกติ

Abdomen: รูปร่างท้องไม่โต ผิวหนังปกติไม่มีรอยแผล ไม่มีก้อน ไม่มีรอยผ่าตัด ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 4-6 ครั้ง/นาที

Cerebellar sign: finger – to – nose test ปกติ, Dysdiadochokinesia: ปกติ

Extremities: การเคลื่อนไหวปกติ ไม่มีเดินเซ

การตรวจสภาพจิต: Mental status examination
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566

การตรวจสภาพจิต ได้แก่

General appearance and behavior: ผู้ป่วยชายไทย ลักษณะทั่วไป รูปร่างท้วม ผิวสี ดำแดง สีหน้าท่าทางไม่เป็นมิตร หงุดหงิด การเคลื่อนไหวปกติ

Speed: พูดน้อย น้ำเสียงดัง ชัดเจน

Affective and mood: สีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยบอกว่า “หงุดหงิด”

Thought: ถามตอบตรงประเด็น “รำคาญคนที่เดินไปมา”

Perception: มีอาการมีหูแว่วได้ยินเสียงคนคุยกันบางครั้ง ปฏิเสธภาพหลอน

Orientation: Time บอกวันเวลาได้ถูกต้อง “วันพฤหัสบดี เดือนกุมภาพันธ์ 2566”

: Place บอกสถานที่อยู่ขณะ
บำบัดรักษาได้ถูกต้อง “โรงพยาบาลรัฐราษฎร์สงขลา”

: Person บอกคนที่พามา
โรงพยาบาล คือ ยาย

Memory Remote memory: สามารถเล่า
เรื่องการเสพยาบ้าได้ บอกวันเดือนปีเกิดได้

Recent memory: ไม่ได้รับประทานอาหารเช้า

Recall memory: ไม่สามารถประเมินได้ “หงุดหงิด
ไม่ต้องมาถาม”

จึงไม่ได้ประเมินสภาพจิตในหัวข้อ attention
and concentration และ judgment (การตัดสินใจ)

Insight: ผู้ป่วยคิดว่าการเสพยาบ้าครั้งละ
หลายเม็ด ทำให้ควบคุมตนเองไม่ได้ หงุดหงิด ทำลาย
ข้าวของ ทำให้ไม่สามารถอยู่ร่วมกับคนในครอบครัว
ได้ ต้องได้รับการบำบัดรักษา

**การประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวคิดตามแบบแผน
สุขภาพ (วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566)**

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ข้อมูล
จากการซักประวัติ : เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย
เช่น เป็นหวัด ปวดหัว มีไข้เล็กน้อย มักจะรักษาโดย
การไปซื้อยารับประทานเองที่ร้านขายยา ถ้าอาการไม่
ดีขึ้นจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลในพื้นที่ยอมรับ
ว่าตนเองติดยาเสพติด รับรู้ว่าการใช้ยาเสพติดมีโทษ
ตระหนักถึงโทษของยาเสพติดที่เกิดขึ้นกับตนเอง
บางครั้งผู้ป่วยก็คิดถึงการใช้ยาเสพติด แต่ก็ยังเลิก
ไม่ได้

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ:
ผู้ป่วยเพศชาย สีผิวดำแดง รูปร่างสูงสมส่วน แต่งตัว
ด้วยชุดโรงพยาบาล สะอาดดี ไม่มีกลิ่นตัว ดูแลตนเอง
ทำความสะอาดร่างกายและช่องปากทุกวัน ผู้ป่วย
บอกว่ายาเสพติดมีผลต่อการดำเนินชีวิต และคิดว่า
ตนเองควรจะเลิกยาเสพติดให้ได้ เพราะการใช้ยาเสพติด
ทำให้สิ้นเปลืองเงิน แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการไปรักษา
ต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะผู้ป่วยอยากกลับบ้าน

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ
สารอาหาร

ข้อมูลจากการซักประวัติ: รับประทานอาหาร
วันละ 2 มื้อ คือ มื้อเที่ยงและมื้อเย็น ผู้ป่วยรับประทาน
อาหารธรรมดา เช่น ข้าวราดแกง ไม่มีอาหารแสลง
หรืออาหารที่ไม่รับประทาน

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ :
รับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ได้ครบ 3 มื้อ
น้ำหนัก 66 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร แรกรับ
ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) 25.15
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ข้อมูลจากการซักประวัติ: การขับถ่าย
อุจจาระ 2-3 วัน/ครั้ง มีอาการท้องผูกบ่อย ปัสสาวะ
ปกติไม่มีแสบขัด

ขณะเข้ารับการบำบัด ขับถ่ายอุจจาระวันละ
ครั้ง ไม่มีอาการท้องผูก ลักษณะปกติ ไม่มีริดสีดวง
ทวาร ปัสสาวะวันละ 4 – 5 ครั้ง/วัน ไม่มีแสบขัด
ควบคุมการขับถ่ายได้

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ข้อมูลจากการซักประวัติ : ก่อนเสพยาเสพติด
ชอบออกกำลังกาย เล่นฟุตบอลกับเพื่อน สัปดาห์
ละ 1-2 ครั้ง หลังใช้ยาเสพติดไม่ออกกำลังกาย ใช้
เวลาส่วนใหญ่ไปกับการเสพยา เมื่อไม่เสพยาจะนอน
ไม่ได้ทำงาน ไม่ค่อยได้ช่วยเหลืองานที่บ้าน

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ:
ปัจจุบันเข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกายร่วมกับเพื่อนผู้ป่วย
ได้ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม แต่ยัง
ปรับตัวเข้ากับกลุ่มเพื่อนได้น้อย ชอบนั่งเฉยๆ ไม่
ค่อยพูด ชอบเดินแยกตัวออกจากกลุ่ม บางครั้งไม่
สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามรูปแบบที่
โรงพยาบาลกำหนดไว้ได้ เนื่องจากมีอาการทางจิตเวช
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

ข้อมูลจากการซักประวัติ: นอนกลางคืนวันละ
10-12 ชั่วโมง เนื่องจากหลังเสพยาจะเคลิ้มสุขและ

หลับจนถึงช่วงเย็นของวันถัดไป บางช่วงนอนกลางวัน บางครั้งมีปัญหาการนอน ไข้ยาบ้าเพื่อช่วยให้หลับ

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ : นอนหลับตามเวลา กลางคืนนอนวันละ 3-4 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท มีตื่นกลางดึก ตื่นแล้วหลับยาก และบางคืนก็นอนไม่ค่อยหลับเนื่องจากคิดถึงบ้าน ทำให้กลางวันมีอาการง่วงนอน บางครั้งง่วงมากจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ ต้องขอพยาบาลไปนอนหลับเป็นบางวัน มักเป็นช่วงเช้า

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

ข้อมูลจากการซักประวัติ: สติปัญญา: เคยหยุดเรียนเนื่องจากปัญหาการใช้สารเสพติด และมาเรียนต่อการศึกษาจนจบและจบการศึกษาตาม อัยาศัย (กศน.) จบมัธยมศึกษาปีที่ 6

การรับรู้: รับรู้ วันเวลา สถานที่และบุคคลได้ปกติ รับรู้ถึงการเจ็บป่วยของตนเอง และเหตุผลในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ: มีอาการหูแว่วบางครั้ง แต่ปฏิเสธการเห็นภาพหลอน ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่ตึกจัดให้ มีการโต้ตอบบ้างเมื่อกระตุ้น

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์

ข้อมูลจากการซักประวัติ: คิดว่าตนเองเป็นคนเกเร แต่สามารถปรับปรุงตัวได้ รับรู้ว่าตนเองติดยาเสพติด เคยมาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา แล้ว 1 ครั้ง อยู่นาน 60 วัน แต่ยังไม่เลิกได้และกลับไปเสพซ้ำ ผู้ป่วยยังไม่มียาทำ ไม่มีรายได้ ต้องขอเงินจากยายมาใช้จ่ายรายจ่ายส่วนใหญ่จะซื้อยาเสพติดมาเสพ หากขอเงินยายไม่ได้จะมีอารมณ์หงุดหงิด

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ: ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยของตนเองในขณะอยู่โรงพยาบาล รับรู้ว่าตนเองติดยาเสพติด อยากเลิกแต่ไม่อยากอยู่โรงพยาบาลต่อ อยากกลับบ้าน ผู้ป่วยบอกว่า

“ถ้าตั้งใจจะเลิกยากก็สามารถเลิกได้ และบอกว่าตนหายแล้ว”

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ข้อมูลจากการซักประวัติ: สัมพันธภาพในครอบครัวดี เข้ากับทุกคนในครอบครัวได้ สนิทกับยาย เนื่องจากที่บ้านอาศัยอยู่บ้านกับตาและยาย ซึ่งเป็นผู้ส่งเสียเลี้ยงดู นอกจากนั้นก็มีพ่อที่คอยช่วยเหลือให้เงินตักยาย แต่หลังใช้ยาเสพติด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหูแว่ว ทำลายข้าวของ ก้าวร้าว อาละวาด

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ: ญาติโทรมาเยี่ยมเป็นครั้งคราวและเมื่อรับโทรศัพท์ผู้ป่วยรู้สึกดีใจมาก ส่วนมารดาไม่เคยติดต่อ มีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ดี แต่ชอบแยกตัวห่างเพื่อน ไม่ค่อยร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยอื่น

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

ข้อมูลจากการซักประวัติ: เพศชาย แสดงออกตรงกับเพศสภาพ ไม่เคยมีแฟนและไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ เพราะส่วนใหญ่ใช้ชีวิตโดยการหมกมุ่นกับยาเสพติด จึงไม่ได้สนใจเพศตรงข้าม

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ: เพศชาย การแต่งกาย การแสดงออกเหมาะสมตรงกับเพศสภาพ มีพฤติกรรมตามเพศปกติ

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด

ข้อมูลจากการซักประวัติ: เมื่อเกิดความเครียดไม่สบายใจจะไม่ค่อยคุยกับใคร จะเก็บไว้คนเดียว จะแก้ปัญหาโดยใช้สารเสพติด เพราะใช้แล้วทำให้รู้สึกสบายใจ บางครั้งผู้ป่วยไม่มีเงินซื้อยาเสพติดก็จะขโมยของไปขายเพื่อให้ได้เงินไปซื้อยาเสพติดมาเสพหรือออกไปหาเพื่อนนอกบ้าน

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ: ผู้ป่วยแยกตัว ไม่ค่อยร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยอื่น หงุดหงิดง่าย

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ

ข้อมูลจากการซักประวัติ: นับถือศาสนาพุทธ แต่ไม่ได้เข้าวัดทำบุญ

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจพบ: เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสวดมนต์ก่อนนอนทุกวัน สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ คือ ตากับยายซึ่งเป็นผู้มีพระคุณ ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมการใช้สารเสพติดได้

สรุปปัญหาที่พบจากการประเมินตามแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร: ผู้ป่วยมีน้ำหนัก 66 กิโลกรัม สูง 162 เซนติเมตร BMI = 25.15: อยู่ในเกณฑ์ท้วม เสี่ยงต่อโรค แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ: กลางคืนนอนหลับไม่สนิท มีตื่นกลางดึกตื่นแล้วหลับยาก กลางวันมีอาการง่วงนอน บางครั้งง่วงมากจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้: มีอาการหูแว่ว บางครั้ง

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์: รับรู้ว่าการใช้สารเสพติดของตนเองเป็นปัญหากับบุคคลในครอบครัว แต่ในขณะบำบัดมีความคิดอยากกลับบ้านและบอกว่าตนหายแล้ว

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด: ผู้ป่วยแยกตัว ไม่ค่อยร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยอื่น หงุดหงิดง่าย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566)

Urine for Amphetamine = Positive
Complete blood count (CBC) ผลปกติ
Urinalysis (UA) ผลปกติ
Lipid profile ผลปกติ

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยในบำบัดด้วยยา วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 ประวัติใช้ยาบ้ามา 12 ปี มีประวัติป่วยด้วยอาการทางจิตเริ่มรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์เมื่อปี 2563 เคยเข้ารับการบำบัดยาเสพติดแบบผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา 1 ครั้ง ไม่สามารถหยุดเสพยาเสพติดได้

อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยสับสนวิตกกังวล แยกตัว หงุดหงิด ก้าวร้าว มีหูแว่วเสียงคนคุยกัน อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/60 มิลลิเมตรปรอท ประเมินอาการถอนพิษยาของผู้ป่วยเสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนพบภาวะถอนเมทแอมเฟตามีน ในระยะ acute phase แพทย์ให้การรักษาอาการถอนพิษเมทแอมเฟตามีนร่วมกับยารักษาอาการทางจิต

หลังเข้ารับการรักษา 3 วันแรก ผู้ป่วยยังดื้ออ่อนเพลียเล็กน้อย ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอน ขณะเข้าร่วมกิจกรรมมีง่วงนอน และผู้ป่วยยังมีอาการมีหูแว่ว หงุดหงิด และก้าวร้าว สัญญาณชีพปกติ พยาบาลให้การดูแลรักษาตามอาการทางกายและทางจิตของผู้ป่วย ให้คำแนะนำถึงอาการที่เกิดขึ้นในระยะถอนพิษยา เพื่อให้ผู้ป่วยก้าวผ่านอาการทุกข์ทรมานจากการหยุดใช้ยา หลังผู้ป่วยบำบัดรักษาในขั้นตอนบำบัดด้วยยา (Detoxification) นาน 21 วัน อาการถอนพิษยาดีขึ้น สภาพร่างกายผู้ป่วยแข็งแรงขึ้น

หลังเข้ารับการรักษา 30 วัน ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ พยาบาลให้การดูแลรักษาตามอาการทางกายและทางจิตของผู้ป่วย หลังเข้ารับการรักษา 38 วัน ผู้ป่วยสุขภาพทั่วไปแข็งแรงขึ้น ไม่มีอาการหูแว่ว ไม่มีอาการขาดยา พักผ่อนได้อย่างเพียงพอ สามารถดูแลตนเองได้จึงได้มีการประเมินและสนใจให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยไม่ยากอยู่ฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล อยากกลับบ้าน จึงวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ญาติเข้าใจในวิธีการบำบัดรักษาและยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยมากขึ้น จึงได้รับการจำหน่าย และประสานงานส่งต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน จำหน่ายวันที่ 7 เมษายน 2566 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 45 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น เนื่องจากมีอาการทางจิต
2. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต
3. เสี่ยงต่อการอยู่บำบัดรักษาไม่ครบตามแผนการรักษา เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษา
4. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการเสพยาเสพติด
5. มีสัมพันธภาพบกพร่องเนื่องจากไม่ไว้วางใจผู้อื่นและมีอาการหูแว่ว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น เนื่องจากมีอาการทางจิต

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า มีหูแว่ว ได้ยินเสียงคนคุยกัน

O: หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำทางไม่เป็นมิตร

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่ทำร้ายตนเองและผู้อื่น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้
2. ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น เช่น ไม่มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว เป็นต้น
3. ผู้ป่วยพูดคุย ได้ตอบรู้อย่าง
4. ความถี่ของหูแว่วลดลง
5. ไม่ทำทางที่ไม่เป็นมิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใดมีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้าง หรือไม่ และเกิดขึ้นตอนใด มีการตอบสนองอย่างไร โดยการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ลิ้น และสัมผัสทางกาย เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือ ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ครั้งละ 45 นาที โดยรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดด้วยความใส่ใจ อดทนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและเพื่อเพื่อการวางแผนแก้ไขปัญหา

3. แสดงการยอมรับอาการประสาทหลอนของผู้ป่วย ซึ่งทำได้โดยการรับฟังและไม่โต้แย้ง และบอกความเป็นจริงให้กับผู้ป่วยได้รู้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือกคิดและตัดสินใจเองจากความจริงที่ได้บอกแก่ผู้ป่วย

4. พยาบาลประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายคนอื่น โดยสังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามีอารมณ์หงุดหงิด ตาขวาง อาการหูแว่วเสียงคนมาขู่ทำร้ายหรือมาด่าหรือไม่

5. ถ้ามีความเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น พิจารณาควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยและฉีดยา PRN ตามแผนการ รักษาของแพทย์

6. พยาบาลอธิบายอาการหูแว่วที่ผู้ป่วยได้ยินว่าเป็นอาการ การเจ็บป่วยไม่มีใครมาด่า หรือขู่ทำร้าย

7. พยาบาลสอบถามถึงวิธีการที่ ผู้ป่วยจัดการกับอาการหูแว่ว

8. พยาบาลแนะนำวิธีการหลีกเลี่ยงเสียงแว่ว เช่น ไม่ควรอยู่คนเดียว ควรคุยกับเพื่อนหรืออาจใช้วิธีไล่ เสียงที่ได้ยิน หรือ ร้องเพลงกลบเสียงที่ได้ยิน

9. ถ้าจัดการกับเสียงแว่วที่ได้ยินไม่ได้ให้มาแจ้งให้พยาบาลทราบ

10. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย ลดสิ่งกระตุ้นผู้ป่วย

11. สังเกตและบันทึกอาการของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีหูแว่วมากให้ประสานแจ้งพยาบาลเพื่อรายงานแพทย์ทราบ

12. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับผู้อื่นกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร การแนะนำตนเองให้ผู้อื่นได้รู้จัก เช่น กิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการประสาทหลอน

13. หากพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมก็ให้การชื่นชมผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความมั่นใจ

ให้ผู้ป่วย รู้สึกภาคภูมิใจตัวเองและมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นมากยิ่งขึ้น

14. ให้การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อช่วยลดอาการ หูแว่ว ประสาทหลอนและลดอารมณ์หงุดหงิด

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการหูแว่ว สีหน้าแจ่มใสขึ้น ตาไม่ขวาง ไม่มีอารมณ์หงุดหงิด ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นและทำลายทรัพย์สิน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาด้านอาการทางจิต

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม Antipsychotic drugs ตามแผนการรักษา

- CPZ (25 mg) 1x2 ● pc
- Haloperidol (0.5) 1-tab po เย็น
- Depakine (200) 1x2 po เช้า-เย็น,

1-tab po hs.

S: ผู้ป่วยบอกว่าปากแห้ง ง่วงซึม

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการข้างเคียงจากการได้รับยาด้านอาการทางจิต

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการข้างเคียงจากการได้รับยาด้านอาการทางจิต

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและสังเกตอาการข้างเคียง ที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาด้านอาการทางจิต เช่น อาการ Dystonia, Akathisia, Tardive, dyskinesia, หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น

2. ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงตั้งแต่เริ่มแรกที่ได้รับยาด้านอาการโรคจิต

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาด้านอาการทางจิต ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง คอแข็ง น้ำลายไหล พูดไม่ชัด ลิ้นคับ

ปาก กระสับกระส่าย หากพบว่ามีอาการดังกล่าวให้แจ้งพยาบาลทราบทันที เพื่อการดูแลรักษาต่อไป

4. แนะนำผู้ป่วยระมัดระวังในการเปลี่ยนอิริยาบถ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก Postural hypotension เช่น การหกล้ม และได้รับบาดเจ็บ

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาครบตามจำนวน และถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีการตรวจความถูกต้องก่อนการแจกยาทุกครั้ง

6. ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาร่วมกับยาลดกรด (antacids) เนื่องจากจะลดการดูดซึมยาในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา

7. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ

8. พุดคุยให้กำลังใจ ในการรับประทานยาด้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง

9. บันทึกทางการพยาบาล

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาด้านอาการทางจิต ไม่พบอาการมือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง คอแข็ง น้ำลายไหล พูดไม่ชัด ลิ้นคับปาก กระสับกระส่าย และไม่เกิดอุบัติเหตุ

2. ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา

3. สัญญาณชีพปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการอยู่บำบัดรักษาไม่ครบตามแผนการรักษา เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบ่นอยากกลับบ้าน ไม่อยากย้ายไปรักษาต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล บอกว่าหากจะเลิกยาเสพติดก็สามารถเลิกเองได้

O: สีหน้าไม่สดชื่น หงุดหงิดง่าย

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาครบตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม ไม่บ่นเรื่องการกลับบ้าน ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา

2. ผู้ป่วยยินยอมรักษาตามแผนการรักษา
กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและความไม่สบายใจ โดยการซักถามและประเมินอาการผู้ป่วยทุกวัน

2. รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ และเอาใจใส่ต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย

3. ค้นหา/ สอบถามปัญหาผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล ว่าผู้ป่วยมีปัญหาอะไร เช่น การทำงาน การที่ต้องดูแลครอบครัว ค่าใช้จ่าย หรือที่อาจส่งผลต่อการบำบัดรักษาและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก โดยใช้คำถามปลายเปิด

4. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Stages of change) โดยบอกถึงผลดีของการบำบัดรักษา ประโยชน์ที่ได้รับหากบำบัดรักษาครบตามแผนการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการขาดยาและปลอดภัย เนื่องจากได้รับการประเมินอาการ การช่วยเหลือให้อาการบรรเทา ลดความวิตกกังวล โดยการพูดคุย ซักถามอาการผู้ป่วยทุกวัน

5. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของการอยู่บำบัดรักษาและไม่อยู่รับการบำบัดรักษา

6. สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของการเสพยาเสพติด ซึ่งมีผลต่อตัวผู้ป่วยเอง ทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย เช่น การไม่ดูแลตนเองเนื่องจากเมายาและเมื่อระยะเวลาขึ้นจะทำให้เกิดโรคตามมา สุขภาพจิตจากเดิมที่เป็นคนอารมณ์ดีแต่เมื่อใช้ยาเสพติดจะเป็นคนหงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวนบ่อยถึงขั้นหูแว่วประสาทหลอน เสียทรัพย์สินในการซื้อยาเสพติด เสียครอบครัวเนื่องจากหมกมุ่นอยู่กับยาเสพติด เป็นต้น

7. ประสานครอบครัว/ญาติผู้ป่วย เพื่อการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและเสริมแรงใจในการอยู่บำบัดรักษา

8. ให้กำลังใจผู้ป่วยในการอยู่บำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

9. บันทึกการเปลี่ยนแปลงและติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่พร้อมในการเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน และได้วางแผนการรักษา ร่วมกับญาติ/ ครอบครัว ญาติ/ ครอบครัว เข้าใจในวิธีการบำบัดรักษาและยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย จึงได้รับการจำหน่ายและส่งต่อเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการเสพยาเสพติด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาแบบผู้ป่วยใน 1 ครั้ง อยู่บำบัด 60 วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาล ก็กลับไปใช้ยาบ้าเหมือนเดิม”

S: ผู้ป่วยบอกว่าหากจะเลิกยาเสพติดไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถเลิกได้ด้วยตัวเอง

O: ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดแอมเฟตามีนมา 12 ปี และมีปริมาณการเสพยาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเริ่มลองสูบบุหรี่ 1 ฝืน สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เป็น สูบบุหรี่วัน ละ 5-6 ฝืน

O: ชุมชน/ กลุ่มเพื่อนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัยหา ยาเสพติดมาได้ง่าย

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการเสพยาเสพติด

2. ผู้ป่วยมีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจน

3. ผู้ป่วยมีทักษะในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยอธิบายถึงผลเสียของการใช้ยาเสพติดทั้งต่อร่างกายตนเองและครอบครัว
2. ผู้ป่วยมีทักษะในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง เช่น มีทักษะการปฏิเสธ
3. ผู้ป่วยมีการวางแผนในการดำเนินชีวิตหลังการรักษาร่วมกับครอบครัวเหมาะสม
4. ผู้ป่วยและครอบครัวบอกแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อเลิกยาเสพติดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการรักษา
2. ประเมินความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับยาเสพติด สถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดการเสพติด
3. ให้ความรู้เรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด
4. จัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มฝึกทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเสพติด เช่น การสำรวจตนเอง ทักษะการปฏิเสธ การตั้งเป้าหมายในชีวิต เป็นต้น
5. ให้ผู้ป่วยสำรวจตนเอง ตั้งเป้าหมายชีวิต การวางแผนการดำเนินชีวิต
6. ส่งเสริมให้ครอบครัวร่วมวางแผนการดำเนินชีวิตกับผู้ป่วยและการเป็นที่ปรึกษาที่ดีโดยมอบหมายให้ ตาและยายบอกเป้าหมายและแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละวันใน 1 สัปดาห์เพื่อนำมาวางแผนร่วมกับทีมบำบัด
7. ให้ความรู้และแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้านกับครอบครัวก่อนจำหน่าย เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ทั้งเรื่องการป้องกันการเสพติดและการดูแลให้ยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาตลอดจนการลดอันตรายจากการใช้ยา ดังนี้

สำหรับผู้ป่วย

- ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการแสดงของผู้ป่วยพร้อมประเมินทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลิกยาเสพติด การลดอันตรายจากการใช้ยา

- ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการเสพติด เช่น การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ทักษะการปฏิเสธและการกลับไปเสพติดซ้ำจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น

- แนะนำวิธีเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เช่น การระบายความรู้สึกให้ผู้อื่นรับทราบเมื่อไม่สบายใจหรือคับข้องใจ อ่านหนังสือ ฟังเพลงหรือทำงานอดิเรก เป็นต้น

- แนะนำการรับประทานอาหาร ยาต่อเนื่องถูกต้องครบถ้วนตรงเวลาไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง และสังเกตอาการข้างเคียง เช่น ตัวแข็ง คอแข็ง ลิ้นแข็ง น้ำลายไหลตาค้างถ้ามีอาการดังกล่าวให้รีบมาพบแพทย์ทันที

- พักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 5-6 ชั่วโมง เพราะการอดนอนจะทำให้อาการทางจิตกำเริบได้

- ควรหางานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชอบทำไม่ควรปล่อยให้ว่าง

- ควรปฏิบัติตามแผนและเป้าหมายที่วางไว้และมาพบแพทย์ตามนัด

- หาแหล่งสนับสนุนหรือเครือข่ายใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หรือสายด่วน เช่น 1165 สายด่วนสุขภาพจิต เป็นต้น

สำหรับครอบครัว

- ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย พร้อมประเมินทัศนคติของญาติต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

- ให้ความรู้ความเข้าใจกับญาติในเรื่องอาการที่ผู้ป่วยเป็นอย่างสั้นๆ เข้าใจง่าย

- ให้ความรู้และแนะนำเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเสพติด เช่น การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ทักษะการปฏิเสธยาเสพติดและการกลับไปเสพติดซ้ำจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น

- ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและมาพบแพทย์ตามนัด

- แนะนำญาติในเรื่องของการใช้เวลาในการเป็นที่ปรึกษาพร้อมที่จะรับฟัง และไม่ตำหนิเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือความคับข้องใจ

- แนะนำให้ญาติปฏิบัติตามแผนและเป้าหมายที่วางไว้ และควรหาเวลาว่างไปพักผ่อนหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยเช่นไปทำบุญที่วัด เป็นต้น

- แนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่เป็นวัยรุ่นควรส่งเสริมศักยภาพ ให้ผู้ป่วยทำงานตามความสามารถที่มีอยู่เพื่อเสริมสร้างคุณค่าในตัวเองหากผู้ป่วยทำอะไรผิดพลาดไม่ควรลงโทษ ควรให้โอกาสใหม่และให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้ง

- แนะนำญาติให้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการข้างเคียงของยา

- ดูแลผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 5-6 ชั่วโมง และนอนหลับอย่างต่อเนื่อง

8. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงประโยชน์ในการมาร่วมกิจกรรมแบบผู้ป่วยนอกและพบแพทย์เพื่อมาติดตามหลังการรักษาตามนัด โดยจะนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน รวมทั้งค้นหาปัญหาผู้ป่วยที่ต้องเผชิญเมื่อกลับไปสู่สิ่งแวดล้อมเดิม เพื่อหาวิธีการในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกโทษและอันตรายจากยาเสพติดต่อร่างกาย และครอบครัวได้

2. ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวในการดำเนินชีวิต คือ ตา ยาย ที่คอยเป็นห่วงผู้ป่วยเสมอ และคาดหวังจะให้ผู้ป่วยเลิกยาให้ได้

3. ผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นและบอกวิธีปฏิเสธเพื่อนเมื่อเพื่อนมาชวนไปเสพยาได้

4. ครอบครัวมีการวางแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และนำมาวางแผนร่วมกับผู้ป่วยเมื่อกลับไปพักผ่อนที่บ้าน

5. ผู้ป่วยบอกจะรับประทานยาต่อเนื่องและไม่กลับไปเสพยาเสพติดอีก

6. ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและบอกถึงความตั้งใจจะมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 มีสัมพันธภาพบกพร่องเนื่องจากไม่ไว้วางใจผู้อื่นและมีอาการหวาด

ข้อมูลสนับสนุน

S: จากการสังเกต พบว่า ผู้ป่วยไม่ค่อยคุยกับใครเลย ถ้าไม่มีใครชวนคุย

O: ผู้ป่วยพูดน้อย ถามคำตอบคำแยกตัว ไม่สนใจกับใคร

O: ปฏิเสธการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นเหมาะสม
2. ผู้ป่วยไว้วางใจผู้อื่น
3. ผู้ป่วยมีหูแว่วลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถพูดคุยกับผู้อื่นได้ 4-5 คน
2. หูแว่วเสียงลดลง
3. ไม่แยกตัวอยู่คนเดียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยแบบ one to one และรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยหลงผิดโดยไม่โต้แย้งหรือ ชัดแจ้งหะ เพื่อการบำบัดรายบุคคล

2. แจ้งความประสงค์ของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยทราบบทบาทของพยาบาลและของผู้ป่วยเอง ตลอดจนประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาล

3. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สม่ำเสมอตรงตามเวลาที่นัดหมายผู้ป่วยไว้

4. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดถึงอาการหูแว่วที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยไม่โต้แย้งกับผู้ป่วย

5. บอกถึงสภาพที่เป็นจริงให้กับผู้ป่วยได้รับรู้ว่าหูแว่วที่ ผู้ป่วยได้ยินและบอกพยาบาลนั้น พยาบาล ไม่ได้ยิน

6. พยาบาลตอบคำถามผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา ไม่มีการลังเลให้ผู้ป่วยเห็น และไม่ใช้คำพูดกระชับ กระชับ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจพยาบาล

7. พยาบาลบอกถึงผลดีของการมีเพื่อนและ แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักผู้ป่วยอื่น โดยเริ่มจากผู้ป่วยที่ผู้ป่วย อายากรู้จักอยากคุยด้วยก่อน 1-2 คน

8. พยาบาลบอกถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่โรงพยาบาลจัดขึ้น

9. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้น

10. ให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อผู้ป่วยสามารถ ร่วมกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม

11. พยาบาลแนะนำวิธีการเกิดภาวะหูแว่ว โดย

- ให้ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้ป่วยอื่นไม่ให้อยู่คนเดียว
- ให้เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดตามที่

โรงพยาบาลจัดขึ้น

12. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์และ สังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยอื่นได้ 5-6 คน โดยไม่มีท่าทีระมัดระวังตัว มองตาขวาง สามารถเข้า กลุ่มประชุมเข้าได้ เข้ากลุ่มเสริมแรงจิตใจได้วันละ 1-2 กลุ่ม ไม่แยกตัวเอง ไม่มีหูแว่วเสียงคนคุยกัน

วิจารณ์ผล

ในกรณีศึกษาผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มี ภาวะแทรกซ้อนทางจิตรายนี้ ผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษ ยาและมีอาการทางจิตร่วมด้วย แพทย์ให้การรักษา อาการถอนพิษเมทแอมเฟตามีนพร้อมทั้งรักษา อาการทางจิตเวชร่วมด้วย โดยให้ยา Antipsychotic Antidepressant การพยาบาลที่สำคัญ คือ การบรรเทา อาการไม่สุขสบายจากการขาดยา ให้นอนหลับ พักผ่อนได้เพียงพอ เนื่องจากอาการถอนพิษยาทำให้ ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และ ผู้ป่วยได้รับยาในการรักษา

อาการทางจิตเวช ซึ่งพยาบาลต้องเฝ้าระวังอาการ ข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต

การวางแผนการการดูแลผู้ป่วยเสพติด แอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต ในระยะ บำบัดด้วยยาเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยหยุด เสพติดแอมเฟตามีนผู้ป่วยจะเกิดอาการทุกข์ทรมาน และผู้ป่วยมีอาการทางจิตร่วมด้วย พยาบาลจึงมี บทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง สังเกต และการ ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สามารถรายงานแพทย์ได้ทันทั่วทั้งที่เมื่อมีอาการ เปลี่ยนแปลง จึงจะทำให้ได้รับการรักษาได้อย่าง รวดเร็ว ผู้ป่วยผ่านการถอนพิษยาได้อย่างปลอดภัย และลดอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ใน การวางแผนการรักษาผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีน ต้อง ทำให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาให้นาน เพียงพอ เพราะการติดยาเสพติดแอมเฟตามีนต้องใช้ ระยะเวลาในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ อาจต้องเข้าบำบัดรักษาหลายครั้งและในระหว่างที่ ผู้ป่วยยังเลิกเสพยาเสพติดไม่ได้ พยาบาลต้องให้ ความรู้และคำแนะนำในการลดอันตรายจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

1. ผู้ป่วยติดยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มี ภาวะแทรกซ้อนทางจิต ควรได้รับการประเมินทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา สังคมและจิตวิญญาณ อย่างครอบคลุม รวมทั้งประวัติการใช้แอมเฟตามีน เวลาที่ใช้ยาเสพติดครั้งสุดท้าย การตรวจร่างกายที่ ครอบคลุมในทุกระบบ อาการถอนพิษยา ผลตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาสุขภาพทางกาย ทางจิตทั้ง ในอดีตและปัจจุบัน อาการสำคัญที่มารับการบำบัด ในโรงพยาบาลและอาการปัจจุบัน อาการแทรกซ้อน ทางจิต รวมทั้งอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา จิตเวช เป็นต้น และพยาบาลควรใช้กระบวนการ พยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ในการบริหารจัดการพยาบาล

อย่างเหมาะสม จนส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

2. เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะถอนพิษยาอาการดีขึ้น ควรมีการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพร่วมกับปัจจัยด้านจิตใจ อารมณ์ สติปัญญา สังคมและจิตวิญญาณ จะส่งผลให้พยาบาลสามารถค้นหาปัญหา สาเหตุ ที่มีความเชื่อมโยงกันและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกมิติ การประเมินผู้ป่วยซ้ำจะช่วยวางแผนให้การพยาบาลตรงกับความต้องการของผู้ป่วย

3. การพยาบาลผู้ป่วยติดยาเสพติดแอมเฟตามีน ต้องทำความเข้าใจบริบทปัจจัยด้านครอบครัวของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ เศรษฐฐานะ แหล่งสนับสนุน เพื่อให้การพยาบาลนั้น ๆ เกิดประสิทธิภาพมากที่สุดและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งส่งเสริมสัมพันธภาพเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำอีก

ด้านวิชาการ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจและการเสริมสร้างแรงจูงใจและในการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดในผู้ป่วยแอมเฟตามีน อาจทำให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรมีการประมวลข้อมูลจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดประเทศ (บสต.) ที่เข้ารับการบำบัดที่มีอาการทางจิตเวช เพื่อการวางแผนการให้การดูแลอย่างเป็นรูปธรรม

ด้านนโยบาย

ในการทำงานเชิงรุกในโรงเรียนหรือชุมชน การสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพด้านยาเสพติด เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไปใช้ยาและสารเสพติดในวัยรุ่นหรือในชุมชนได้ เช่น การถูกเพื่อนชักชวน ทศนคติต่อการใช้ยาเสพติด สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น จะสามารถลดการเกิดผู้ใช้รายใหม่ได้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. (2017, 2021, 2022). World Drug Report. Vienna: United Nations [Internet]. 2014, 2021, 2022. [cited 2023 July 12]. Available from: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html

2. United Nations Office on Drugs and Crime. UNODC World Drug Report 2022 highlights trends on cannabis post-legalization, environmental impacts of illicit drugs, and drug use among women and youth. (n.d.). [Internet]. 2022. [cited 2023 July 12]. Available from: <https://www.unodc.org/unodc/frontpage/2022/June/unodc-world-drug-report-2022-highlights-trends-on-cannabis-post-legalization-environmental-impacts-of-illicit-drugs--and-drug-use-among-women-and-youth.html>

3. งานเวชระเบียนโรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา. รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา. สงขลา: โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา; 2566.

4. บุญศิริ จันศิริมงคล. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องโรคร่วมในโรคจิตสารเสพติด (Co-occurring disorders). สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์; 2552.

5. Gordon, M. Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill. 1994.