การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน: กรณีศึกษา

Nursing care for opioid addicts with mindfulness-based counseling: Case study

ณิชนันทน์ ลาภใหญ่[1]

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการและผลของการให้การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ในผู้ป่วยชายไทยอายุ 28 ปี รักษาแบบผู้ป่วยนอกคลินิกฟ้าใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ เริ่มวันที่ 31 มกราคม พ.ศ.2567 อาการสำคัญ คือ ง่วง สะลึมสะลือ ทำงานไม่ได้ สูบเฮโรอีนครั้งแรกอายุ 18 ปี อายุ 22 ปีใช้วิธีฉีดเข้าหลอดเลือดดำวันละ 3 หลอดกาแฟ ฉีดครั้งสุดท้ายวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 การวินิจฉัยโรคคือความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารโอปิออยด์ รักษาด้วยยาเมทาโดน 32 มิลลิกรัมต่อวันจำนวน 61 วัน ปัญหาสำคัญทางการพยาบาลได้แก่ 1) ไม่สุขสบายจากอาการขาดยา 2) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อชีวิต 3) เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 4) เสี่ยงต่อการใช้ยาเมทาโดนผิดวัตถุประสงค์และกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ 5) นอนไม่หลับ 6) เสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้การพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดังนี้ 1) จัดการกับความว้าวุ่นใจ 2) ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ 3) ปล่อยวางอารมณ์และความรู้สึก 4) รู้ทันความคิดและปล่อยวาง 5) ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ 6) สติสื่อสาร 7) เมตตาและให้อภัย 8) ชีวิตต้องเดินหน้า ผลพบว่าผู้ป่วยทบทวนพฤติกรรมอารมณ์ความคิด มีแรงจูงใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง คงอยู่ในการรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวโดยที่ไม่เกิดอันตรายต่างๆ ไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ไม่นำยาเมทาโดนไปใช้ผิดวัตถุประสงค์และปรับปรุงแบบแผนสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นได้กว่าเดิม

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด, การให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน, ยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์

[1] พยาบาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

Abstract

This case study aimed to study the process and results of providing nursing care to opioid addicts using mindfulness-based counseling. In a Thai male patient aged 28 years, treated as an outpatient at Fah Mai Clinic, Thanyarak Chiang Mai Hospital, starting January 31, 2024. The main symptoms were drowsiness, and unable to work. First smoked heroin at age 18. Age 22 used intravenous injection, 3 coffee straws per day. Last injection was January 1, 2024. The diagnosis was a mental and behavioral disorder caused by opioid abuse. Treated with methadone 32 mg. per day for 61 days. Important nursing problems included in: 1) discomfort from withdrawal symptoms 2) risk of life-threatening complications 3) risk of depression 4) risk of misuse of methadone and relapse into drug use 5) insomnia 6) risk of sexually transmitted diseases. Provide nursing care with mindfulness-based counseling, 8 sessions, 60 minutes per session, 1 time per week, as follows: 1) deal with distractions 2) live life mindfully 3) let go of emotions and feelings 4) be aware thoughts and letting go 5) rethinking relationships 6) mindful communication 7) kindness and forgiveness 8) life must move on. The results found that the patients reviewed their behavior, emotions, and thoughts. Have motivation to change his behavior, remain on long-term methadone treatment without harm. Didn't go back to taking drugs again. Did not misuse methadone and improve his health plan.

Keywords: Nursing care for drug patients, Mindfulness-based counseling, Opioid drugs

บทนำ

แนวโน้มการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศไทยยังคงเพิ่มขึ้น ดังรายงานผู้ป่วยเฮโรอีนเข้ารับการบำบัดระหว่างพ.ศ. 2562-2566 ดังนี้ 8.07%, 13.78%, 29.68%, 37.39% และ 36.04% ตามลำดับ[1] ผู้ใช้เฮโรอีนด้วยวิธีฉีดส่วนหนึ่งเปลี่ยนจากวิธีสูบหรือนัตถุ์ด้วยเหตุผลว่าการฉีดทำให้ใช้ยาในปริมาณที่น้อยกว่า ยาออกฤทธิ์เร็วกว่าทำให้ไม่เปลืองยา[2] ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด 87.07% พบอาการโรคซึมเศร้าร่วมด้วย สอดคล้องกับกลุ่มผู้เสพยาด้วยวิธีฉีดในสหรัฐอเมริกาช่วงค.ศ. 2017 พบ 92.6% เป็นผู้เสพสารเฮโรอีนและมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ในประเทศอินเดียเมื่อค.ศ. 2013 พบผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด 94.9% เป็นสารกลุ่มโอปิออยด์และมีอาการของโรคซึมเศร้า[3,4] นอกจากนี้พบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่างๆ จากการใช้เข็มและกระบอกฉีดร่วมกับผู้อื่น 34% ผู้หญิงมีการติดเชื้อเอชไอวีสูงมากกว่าผู้ชาย (11%, 7% ตามลำดับ) ข้อมูลที่พบนี้ถือเป็นสัญญาณเตือนและชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติดโดยเฉพาะวิธีฉีด[5] อนึ่งเมื่อหยุดใช้เฮโรอีนจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการขาดยาที่รุนแรงเกิดความทุกข์ทรมาน จากการขาดยาเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยเฮโรอีนกลับไปใช้เฮโรอีนซ้ำสูงถึง 75% ในระยะ 3 เดือนแรกหลังจากหยุดยา[6] ผลจากการใช้สารเสพติดด้วยการฉีดทำให้เกิดการติดที่รุนแรงมากและนำไปสู่การเกิดภาวะโรคร่วมทั้งทางกายและจิตเวชได้ การบำบัดรักษาจึงจำเป็นต้องใช้ทั้งรูปแบบการบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันการเสพยาซ้ำและการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ตระหนักถึงความเสี่ยงของผู้ป่วยต่ออันตรายต่างๆ อันเกิดจากภาวะถอนจากสารกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid withdrawal) การรักษาผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์จึงมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยการให้สารสังเคราะห์ของอนุพันธุ์ฝิ่น ได้แก่ เมธาโดน มีสรรพคุณเป็น opioid agonist ควรเริ่มต้นให้รับประทาน 5 – 30 มิลลิกรัมในมื้อเช้าขนาดเมทาโดนสูงสุดในสัปดาห์แรกไม่ควรเกิน 40 มิลลิกรัมต่อวัน การปรับขนาดยาสามารถเพิ่มปริมาณเมทาโดนได้ 5 - 10 มิลลิกรัมต่อวันในทุกๆ

3 - 5 วันกรณีเมายาอาจปรับได้จนถึง 60 - 120 มิลลิกรัมต่อวัน หลังจากนั้น 2 - 4 สัปดาห์ระดับขนาดยาเริ่มคงที่ปริมาณเมทาโดนที่คงที่ตั้งแต่ 60 มิลลิกรัมขึ้นไป นอกจากนี้ยังให้การรักษาด้วยการให้โอปิออยด์ทดแทนในระยะยาว (methadone maintenance treatment: MMT) เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอาการขาดยา ซึ่งอาการขาดยาเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากไม่สามารถทนกับอาการขาดยาหรือถอนยาได้ โดยนิยมให้เมทาโดนไปรับประทานที่บ้านได้ภายหลังจากเริ่มต้นรักษาไม่ควรต่ำกว่า 2 เดือน ปริมาณเมทาโดนสูงสุดที่ให้ไม่ควรเกิน 420 มิลลิกรัมต่อครั้ง ขนาดเมทาโดนที่รับประทานและจำนวนวันที่ได้รับยากลับบ้านขึ้นอยู่กับการพิจารณาของทีมผู้รักษา ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลตามความจำเป็น[7] อย่างไรก็ตามการรักษาผู้ติดสารกลุ่มโอปิออยด์ต้องผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยาและกระบวนการทางจิตสังคม อาทิ การให้คำปรึกษารายบุคคล การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การให้คำแนะนำปรึกษาด้านพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายสำคัญอันได้แก่ การลดหรือหยุดใช้ยาเสพติด การป้องกันอันตรายในอนาคตที่อาจเกิดขึ้นจากการเกี่ยวข้องกับสารกลุ่มโอปิออย์ ตลอดจนการเพิ่มคุณภาพชีวิตในการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย[8,9]

ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดผู้ติดสารเสพติดและผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางสุขภาพจิตด้วยการบำบัดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน อาทิ ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับโปรแกรม Mindfulness based relapse prevention; MBRP มีการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำหลังเข้ารับโปรแกรมไป 12 เดือนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ MBRP[10,11,12] ในประเทศไทยพบว่าการกลับมาเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม mindfulness – based therapy and counseling program; MBTC ร่วมกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในแบบเข้มข้นทางสายใหม่ หรือ FAST model น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดเฉพาะ FAST model เพียงอย่างเดียว[13] แนวคิดหลักของโปรแกรม MBTC คือ มนุษย์สามารถพัฒนาสภาวะจิตที่มีคุณภาพในระดับที่สูงขึ้นได้ โดยสามารถอธิบายได้ด้วยหลักทางจิตวิทยาดังนี้ ปกติคนเรามีสภาวะจิตขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การหลับ (จิตพัก) และการตื่น (จิตทำงาน) จิตพื้นฐานนี้เป็นสภาวะจิตที่สะสมความว้าวุ่นและความเครียด นำมาสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและจิตใจได้ในที่สุด อย่างไรก็ตามมนุษย์มีความสามารถในการพัฒนาสภาวะจิตให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งสภาวะจิตที่มีคุณภาพนี้สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ กระบวนการและวิธีการคือการใช้ลมหายใจในการทำให้เกิดสภาวะจิตพักโดยที่ยังรู้ตัวสร้างความสงบผ่อนคลาย เรียกว่า “สมาธิ” และสภาวะที่จิตทำงานได้โดยไม่วอกแวกไม่ถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์สามารถรับรู้ปัจจุบันขณะได้อย่างต่อเนื่องหรือเรียกว่า “สติ” จึงนำแนวคิดนี้มาพัฒนาร่วมกับกระบวนการให้คำปรึกษาซึ่งสามารถช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนักรู้ต่อปัญหาของตัวเองและมีทักษะในการสร้างความสงบผ่อนคลายรู้เท่าทันอารมณ์ ความคิดหรือพฤติกรรรมของตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้[14] ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงใช้การให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานด้วยโปรแกรม MBTC14 ในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ร่วมกับการบำบัดด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษากระบวนการและผลของการให้การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน

รายงานกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป เพศชาย สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย อายุ 28 ปี เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรกคือกัญชาเมื่ออายุ 17 ปี ปัจจุบันยาเสพติดหลักที่ใช้คือเฮโรอีนชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ สารเสพติดอื่นที่ใช้ ได้แก่ ยาทรามาดอล ยาน้ำแก้ไอ กัญชา บุหรี่ สุรา ประวัติการรักษายาเสพติดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ครั้งแรกเมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 และมาเริ่มรักษาที่คลินิกเมทาโดนของคลินิกฟ้าใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ อำเภอเมืองเชียงใหม่เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ.2566 ช่วงที่รับผู้ป่วยเข้าเป็นกรณีศึกษาระหว่างวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2567 - วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2567

อาการสำคัญ ง่วง สะลึมสะลือ ทำงานไม่ได้ และมารับการรักษาด้วยยาเมทาโดนรอบใหม่

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเมทาโดน 20 มิลลิกรัมมื้อเช้า และ 12 มิลลิกรัมมื้อเย็น จำนวน 61 วัน ดื่มเมทาโดน 32 มิลลิกรัมมื้อสุดท้ายวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2567 เวลา 18.00 น. มีการกลับไปฉีดเฮโรอีนซ้ำเมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 แพทย์วินิจฉัยเป็นความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารโอปิออยด์ (F 11.2 Opioid dependence syndrome)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต วันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 มาโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ อำเภอแม่ริม แผนกผู้ป่วยนอกด้วยการส่งต่อจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ที่ผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ด้วยอาการเกร็งชัก หมดสติขณะรับประทานอาหารเย็น ญาตินำส่งโรงพยาบาลสังเกตอาการในแผนกฉุกเฉินเป็นเวลา 2 วัน ก่อนหน้านี้ประมาณ 5 วันสูบเฮโรอีนทุกวัน วันละ 3 หลอดกาแฟ สูบครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 เวลา 17.00 น.

การประเมินแบบแผนสุขภาพ (ตาม 11 แบบแผน)

แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้ปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองบกพร่อง

แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารปกติ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวคงที่

แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายปกติ

แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย บกพร่องเล็กน้อย

แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ ประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยแบบประเมินของของพิตต์สเบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ได้ 12 คะแนนมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

แบบแผนที่ 6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ บกพร่องด้านการแสดงอารมณ์และความคิดในการแก้ไขปัญหา

แบบแผนที่ 7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ มีรับรู้ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับเรื่องการติดยาเสพติด แต่บกพร่องในด้านการรับรู้การมองตัวเองสืบเนื่องจากการรับรู้ตัวตนจากมุมมองของผู้อื่น การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว บกพร่องทั้งด้านการสื่อสารในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และด้านเศรษฐกิจ

แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์ และการเจริญพันธุ์ บกพร่องด้านการเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย อาทิ ไม่ได้สวมใส่ถุงยางขณะมีเพศสัมพันธ์ จึงมีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด บกพร่องโดยเฉพาะด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

แบบแผนที่ 11 แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ นับถือศาสนาพุทธ ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อค่านิยมของผู้ป่วยคือความใกล้ชิดหรือความสนใจที่ตรงกันของบุคคลรอบตัวผู้ป่วย อาทิ กลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด มีผลต่อการโน้มนำให้ผู้ป่วยเกิดค่านิยมที่แตกต่างจากค่านิยมปกติโดยรวมของสังคม

การประเมินสภาพร่างกาย อารมณ์จิตใจ เมื่อแรกพบไว้ในการดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวแต่มีอาการง่วงสะลึมสะลือ สีหน้าไม่สดชื่น มีอาการปวดกล้ามเนื้อดังที่ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกหงุดหงิดรำคาญ ปวดกระดูก ปวดอาการปวดตามกระดูกและกล้ามเนื้อ นอนหลับยาก” ตอบคำถามได้ตรงประเด็น ให้ความร่วมมือดี น้ำหนักตัว 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) เท่ากับ 20.76 อยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/74 มิลลิเมตรปรอท การตอบสนองของรูม่านตาทั้งสองข้างปกติ ขนาดรูม่านตาทั้งสองข้างเท่ากับ 2 มิลลิเมตร

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจอื่นๆ ประเมินอาการถอนพิษยาด้วย Clinical opiate withdrawal scale (COWs) เท่ากับ 2 คะแนน มีอาการถอนพิษยาเล็กน้อย ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2 ข้อคำถาม (2Q) ได้

2 คะแนนหมายถึงมีแนวโน้มที่เป็นโรคซึมเศร้า จึงประเมินต่อด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 ข้อคำถาม (9Q) ได้ 14 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ประเมินความเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สารเสพติดด้วยแบบคัดกรอง ASSIST V3.1 พบมีความเสี่ยงระดับรุนแรงของการใช้เฮโรอีนชนิดฉีด (27 คะแนน) และมีความเสี่ยงระดับปานกลางของการสูบกัญชา (20 คะแนน) ประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยไม้บรรทัดแห่งความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงตนเองได้ 6 คะแนนหมายถึงระดับแรงจูงใจขั้นลังเลใจ

การรักษาและการบำบัดที่ได้รับ คำสั่งการรักษาของแพทย์คือให้รับประทานยาเมทาโดน 20 มิลลิกรัม มื้อเช้า และ 12 มิลลิกรัมมื้อเย็น จำนวน 61 วัน ระหว่างวันที่ 31 มกราคม ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2567 และเข้าโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์

สรุปปัญหาที่พบมีดังนี้ 1) ไม่สุขสบายจากอาการขาดยา 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อชีวิต 3) เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า 4) เสี่ยงต่อการใช้ยาเมทาโดนผิดวัตถุประสงค์และกลับใช้ยาเสพติดซ้ำ 5) นอนหลับยาก และ 6) เสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการรวบรวมข้อมูลประวัติผู้ป่วย การประเมิน การตรวจสภาพร่างกายและจิตใจนำมาสู่การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะเริ่มต้น ระยะคงที่ และระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		
ระยะเริ่มต้น (31 ม.ค.- 2 ก.พ.2567)	**ระยะคงที่** (3 ก.พ.- 1 มี.ค. 2567)	**ระยะต่อเนื่อง** (2 – 27 มี.ค. 2567)
ข้อที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการขาดยา		
ข้อที่ 2 เสี่ยงต่ออันตรายแก่ชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน อาทิ อุบัติเหตุ ระบบหายใจล้มเหลวเนื่องจากภาวะเมาสารโอปิออยด์หรือได้รับเมทาโดนเกินขนาด		
ข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการเป็นโรคภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการใช้สารเสพติดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง	**ข้อที่ 1** เสี่ยงต่อการเป็นโรคภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการใช้สารเสพติดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง	**ข้อที่ 1** เสี่ยงต่อการเป็นโรคภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการใช้สารเสพติดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง
ข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการใช้ยาเมทาโดนสำหรับการบำบัดผิดวัตถุประสงค์ และการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ	**ข้อที่ 2** เสี่ยงต่อการใช้ยาเมทาโดนสำหรับการบำบัดผิดวัตถุประสงค์ และการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ	**ข้อที่ 2** เสี่ยงต่อการนำยาตามแผนการรักษาของแพทย์ไปใช้ผิดวัตถุประสงค์และกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ
	ข้อที่ 3 มีปัญหาการนอนหลับจากผลของการใช้สารเสพติด	
	ข้อที่ 4 มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือโรคติดต่ออื่น	**ข้อที่ 3** มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือโรคติดต่ออื่น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		
ระยะเริ่มต้น (31 ม.ค.- 2 ก.พ.2567)	**ระยะคงที่** (3 ก.พ.- 1 มี.ค. 2567)	**ระยะต่อเนื่อง** (2 – 27 มี.ค. 2567)
		วางแผนการจำหน่ายออกจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานด้วยD-METHOD-P

การวางแผนการพยาบาลและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วันเดือนปีที่ให้การพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานในแต่ละระยะ

ระยะการพยาบาล	ครั้งที่ : วันเดือนปีที่ให้การพยาบาล	กิจกรรมการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน
ระยะเริ่มต้น	ครั้งที่ 1 : 31 มกราคม พ.ศ. 2567	การจัดการกับความว้าวุ่นใจ
ระยะคงที่	ครั้งที่ 2 : 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567	ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ
	ครั้งที่ 3 : 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567	รู้จักปล่อยวางอารมณ์
	ครั้งที่ 4 : 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567	รู้ทันความคิดและปล่อยวาง
ระยะต่อเนื่อง	ครั้งที่ 5 : 7 มีนาคม พ.ศ. 2567	ทบทวนสัมพันธภาพใหม่
	ครั้งที่ 6 : 14 มีนาคม พ.ศ. 2567	ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น
	ครั้งที่ 7 : 21 มีนาคม พ.ศ. 2567	สติเมตตาและให้อภัย
	ครั้งที่ 8 : 27 มีนาคม พ.ศ. 2567	ชีวิตต้องเดินหน้า

ผลการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานตามตัวชี้วัดผลลัพธ์ ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ฯ ตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดผลลัพธ์	ผลลัพธ์
1. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ไม่เกิดอันตรายทางร่างกายและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากการขาดยาหรือใช้ยาเกินขนาด ในช่วงระหว่างการเข้ารับการบำบัด	- ไม่มีอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนใดๆ เกิดขึ้น - คะแนนประเมินอาการถอนพิษยาวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2567 และวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 เท่ากับ 0 คะแนน
2. ผู้ป่วยมาเข้ารับบริการพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ครบ 8 ครั้ง	- ผู้ป่วยมาตามนัดครบ 8 ครั้ง
3. ระยะเวลาระหว่างการร่วมเป็นกรณีศึกษาไม่พบการกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำ หรือการใช้ยาในการบำบัดผิดวัตถุประสงค์ มารับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ตรงตามนัด นำความรู้และทักษะที่ได้รับจากโปรแกรม MBTC ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้	- กลับไปสูบกัญชาซ้ำ 1 ครั้งเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ตรวจปัสสาวะหาสารกัญชา เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ผล Positive - มาตามตรวจและรับยาเมทาโดนตามนัดทุกครั้ง (ขอเลื่อนนัด 1 ครั้ง จากวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 เป็นวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567)

ผลการให้การพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน มีดังนี้

ครั้งที่ 1 เรื่อง การจัดการกับความว้าวุ่นใจ เป็นการฝึกหยุดความคิดด้วยการรับรู้ลมหายใจ ระหว่างทำกิจกรรมพยาบาลให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การฝึกและผลที่เกิดขึ้น ดังคำพูด *“รู้สึกผ่อนคลาย สงบจน รู้สึกง่วง” “รู้สึกว่าความเครียด ความโกรธเมื่อกี้หายไป*

เมื่ออยู่กับความเงียบ” “หยุดความว้าวุ่นใจได้เร็ว กลับมาตั้งใจทำงานได้”

ผลการประเมิน สามารถฝึกทักษะการจัดการกับความว้าวุ่นใจและรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากการฝึกได้ วางแผนการฝึกในชีวิตประจำวันอย่างน้อย 5-10 นาที ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q และ 9Q ได้คะแนน 2 และ 14 คะแนน แสดงถึงระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง

ครั้งที่ 2 เรื่อง ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ ฝึกโดยรู้ถึงลมหายใจที่ปลายจมูกที่เข้าและออกไว้เล็กน้อย และรู้ตัวในขณะที่ทำสิ่งต่างๆ ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ดังนี้ *“ขณะมีลมหายใจอยู่กับการทำสมาธิ ช่วงแรกรู้สึกไม่ดีพอได้ยินเสียงพยาบาลเตือนให้กลับมามีสมาธิที่ลมหายใจเข้าออกของตนเองจึงค่อยคลายความรู้สึกไม่ดีและไม่ค่อยรู้ถึงเสียงดังภายนอกห้อง” “ถ้าเราตัดอารมณ์โกรธเครียดออกไปจากหัวในระหว่างที่ทำงานอยู่ก็คงดี” “ลมหายใจหายไปเมื่อเราขยับตัว เห็นความเมื่อยความเหนื่อย ใจสั่น รู้สึกหายใจไม่ทันขณะลุกนั่ง” “ขณะสังเกตลมหายใจที่ปลายจมูกพร้อมการยืนหรือการเดินต่อส้นเท้าได้มั่นคงขึ้น”*

ผลการประเมิน สามารถฝึกปฏิบัติตามได้ บอกความแตกต่างระหว่างสมาธิและสติได้ วางแผนการนำสมาธิและสติไปฝึกในชีวิตประจำวัน ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q และ 9Q ได้คะแนน 1 และ 12 คะแนน แสดงถึงระดับภาวะซึมเศร้าน้อย

ครั้งที่ 3 รู้จักปล่อยวางอารมณ์ ฝึกทักษะการรู้จักปล่อยวางอารมณ์ด้วยการฝึกสังเกตความรู้สึกบนร่างกายอย่างเป็นระบบกล่าว คือ ฝึกการรับรู้ลมหายใจเล็กน้อยไปพร้อมกับการรับรู้ความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นทั่วร่างกายหรือเรียกว่า body scan ฝึกดูการเปลี่ยนแปลงฝึกปล่อยวางอารมณ์หรือความรู้สึกอยากเสพยาเสพติดที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ดังนี้*“ตอนเราโกรธมันไม่สบายกาย ใจหงุดหงิด รำคาญมาก โกรธอยู่นาน แม้กลับไปใช้ผงขาวให้สะใจแล้ว กลับบ้านก็ยังหงุดหงิดรำคาญ” “วางใจให้นิ่งยากมาก เริ่มกระวนกระวาย มีความคิดว่าเมื่อใดพยาบาลจะบอกให้หยุดสักที” “เห็นความต่างกันของฉันโกรธ ไม่ใช่ ฉันเห็นความโกรธ (เหมือนวันนี้) รู้สึกหงุดหงิดหายไปได้”*

ผลการประเมิน ให้ความร่วมมือ และสามารถฝึกทักษะ Body scan ได้

ครั้งที่ 4 เรื่อง รู้ทันความคิดและปล่อยวาง เป็นการสำรวจความคิดเชิงลบ ฝึกทักษะรู้ทันความคิดลบ ด้วยเทคนิคการติดป้ายความคิด (labelling) ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ดังนี้ *“ผมมีความคิดอัตโนมัติทางลบเกือบทุกข้อ ผมเป็นแบบนี้จริงๆ บางข้อเกิดจากความคิดของผมเอง เป็นความคิดที่มาเองโดยที่ไม่ใครทำอะไร พูดอะไรกับผมเลย” “พอคิดว่าไม่มีใครเข้าใจเรา ก็ไม่อยากอยู่ที่นี่ (หมายถึงบ้าน) “ผมบอกความคิดผมกับแฟนนะ บางทีก็ไลน์ ในโทรศัพท์ เช่น ไม่ชอบพ่อแม่พูดแบบนี้เลย มีความโกรธมาอีกแล้วนะ แล้วกว่าผมจะกลับดูลมหายใจได้ ใช้เวลานานอยู่นะ มันจะเป็นถอนหายใจแบบนี้ ก็ดูๆ ไป ลุกไปทำงานเปลี่ยนที่นั่งทำงาน หรือไปช่วยงานตำแหน่งอื่น สักพักรู้ตัวอีกทีความคิดนั้นหายไปแล้ว” “ผมสามารถสร้างความสุขสบายใจ และทำงานได้อย่างเต็มที่จากการฝึกสร้างสมาธิและบันทึกการมีสติอย่างน้อยผมก็มีเวลาจัดการอารมณ์ความรู้สึกลบนี้ ได้วันละ 2 ครั้ง”*

ผลการประเมิน เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างความคิดลบและอารมณ์ลบ ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q ไม่พบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 5 เรื่องทบทวนสัมพันธภาพใหม่ ให้สำรวจความคิดที่มีต่อสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิดและผลที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ดังนี้*“พูดไป พ่อกับแม่ก็ว่าผมเถียง แต่ถ้าผมไม่พูดเขาก็ซ้ำเติมผม ใช่ มันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง แต่มันเป็นสิ่งที่ทำไปแล้ว ผมขอโทษแล้ว ยอมรับแล้วว่าผมติดยา แต่จะทำอย่างไรละมันไม่ง่ายเลยนะ” “กับพ่อแม่ แม้ไม่ค่อยได้คุยกันดีๆ แต่พอเรามีอาการ หรืออารมณ์ไม่ดี สิ่งที่พ่อทำ ด่าด้วยคำพูดแรงๆ ทำให้เราหนีออกไปจากตรงนั้น”*

ผลการประเมิน ระหว่างทำกิจกรรมเกิดการเรียนรู้การปรับสัมพันธภาพใหม่ ดังคำพูด*“กับเพื่อนร่วมงาน แม่ของแฟน และก็แฟน บางทีเราก็คิดไปเอง คิดว่าเขารังเกียจเรา แล้วเราก็ไม่เคยคุยกับเขา ความจริงแล้วเขาไม่เคยรังเกียจเรา” “พ่อ เพื่อนร่วมงานและแฟนอาจจะไม่รู้ว่าจะเริ่มต้นคุยกับเราแบบไหน” “อย่าว่าแต่พวกเขาเลย บางทีผมเองก็ไม่รู้จะเริ่มต้น ขอโทษหรือร้องขอความช่วยเหลือจากเขาอย่างไรเช่นกัน” “แม่และแฟนจะคอยช่วยเหลือ เตือนให้มาทำงาน มารับยา พามารับ*

การปรึกษาตามเวลานัด คอยซักถามว่าเหนื่อยมั้ย ยุ่งยากใจบ้างมั้ย" "ตอนผมกลับไปเสพอีก ผมเป็นคนทำตัวเองไม่มีใครบังคับผม ก็มีแม่และแฟนมาส่งผมที่นี่ ให้เจอหมอ ทั้งหมดก็ล้วนแต่ให้โอกาสผมเริ่มต้นใหม่ครั้งแล้วครั้งเล่า"

ครั้งที่ 6 เรื่องปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น ฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีสติ ใช้สติในการใคร่ครวญเลือกภาษาท่าทางหรือประโยคคำพูดที่เหมาะสม (ภาษาฉัน) ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ดังคำพูด*"พ่อมักใช้ภาษาแกกับผม .....ทำให้รู้สึกว่า.....อีกละ" "มีแต่ผมเองที่พูดไปด้วยความโกรธ เครียด ทำให้ผมพูดไม่ดีกับเค้า (แฟน) ก็คงเสียใจ มาถึงตอนนี้ผมก็อยากจะขอโทษเค้า"*

<u>ผลการประเมิน</u> สามารถวิเคราะห์ภาษาแกที่เป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ และฝึกใช้ภาษาฉันได้ ดังคำพูดนี้ *"พี่เจ้าของอู่ที่ผมทำงานด้วย เป็นห่วงผม จะพูดว่า สิ่งที่พลาดมาแล้ว ก็จำไว้เป็นบทเรียน อย่าไปเสพซ้ำอีก ผมไม่ได้มีอาการเสี้ยนยาจริงๆ แค่รู้สึกโกรธ ยาทดแทนก็มีให้ดื่ม กินทุกวัน เริ่มต้นใหม่มากี่รอบแล้ว คิดใหม่ ทำใหม่" "พยาบาลทำให้ผมรู้สึกแปลกไปจากการพูดแบบเดิมๆ อย่างตอนที่ผมไม่เอาบันทึกมา และตรวจฉี่ พยาบาลก็ฟังผมทุกอย่าง ไม่ว่า ไม่ซ้ำเติม มีแต่จะถามว่าเกิดอะไรขึ้น ชี้ให้เห็นความจริงที่เกิดขึ้นกับตัวผม สิ่งเหล่านี้ทำให้ผมอยากเล่า ให้พยาบาลฟัง อยากให้พ่อแม่เป็นแบบนี้บ้างจัง" "จะพยายามฝึกสติเรื่อยๆ เวลาพูดจะได้คิดก่อนพูด แฟนจะได้ไม่เสียใจ"*

ครั้งที่ 7 เรื่องสติเมตตาและให้อภัย สติจะช่วยให้ยอมรับ กล้าเผชิญกับความนึกคิดอารมณ์เดิมๆ เห็นการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความเบาสบายและสงบ นำมาสู่การเกิดความเมตตาและให้อภัยตัวเอง

<u>ผลการประเมิน</u> ฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ได้ ดังคำพูดต่อไปนี้*"สิ่งที่ทำลงไป เป็นสิ่งที่ผมไม่รู้ตัว ไม่ได้เจตนาหรือตั้งใจ ผมทำร้ายทั้งตัวผมเอง และทำร้ายคนที่ดูแลผม" "ขอบคุณ (แฟน) นะที่ยังทนอยู่ดูแล ก็รู้อยู่ว่าพ่อและแม่ผมไม่ชอบเค้า ขอบคุณคุณน้า (แม่ของแฟน) ที่ช่วยผมและยอมให้(แฟน)มาอยู่เป็นเพื่อนผม" "ขอบคุณพยาบาล ที่ให้ผมได้รับรู้และปล่อยวางความเศร้าลงได้ รู้สึกถึงอิสระกับความรู้สึกเหล่านี้มากขึ้น"*

ครั้งที่ 8 เรื่อง ชีวิตต้องเดินหน้า ให้วางแผนการฝึกสมาธิและสติในชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยในเกิดการฝึกทักษะที่ต่อเนื่อง

<u>ผลการประเมิน</u> ให้ความร่วมมือในการฝึกทักษะต่างๆ ทั้งหมดได้ดี ดังคำพูด*"ทุกครั้งที่มารับยาตรงตามนัด ผมจะพยายามเป็นพี่เลี้ยง ช่วยแชร์ประสบการณ์นี้ให้กับเพื่อนผู้ใช้ยาคนอื่นๆ" "ไม่น่าเชื่อเลยนะครับที่ผมจะมาเข้าได้ครบ 8 ครั้ง ขอบคุณพี่พยาบาลที่ให้เวลาและยอมรับสภาพของผม ทีแรกผมก็ถอดใจ ขอบคุณที่อนุญาติให้(แฟน)มาช่วยผม"*

ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q ไม่พบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วย PSQI ได้ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับดี

วิเคราะห์กรณีศึกษา

การเปรียบเทียบระหว่างแนวคิดและทฤษฎีกับกรณีศึกษา นำเสนอตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระหว่างแนวคิดและทฤษฎีกับกรณีศึกษา

แนวคิดและทฤษฎี	กรณีศึกษา
1. ภาวะโรคร่วมในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ มีทั้งโรคและอาการทางร่างกาย จิตเวช และอารมณ์ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเฮโรอีนแบบฉีด 1.1 อาการซึมเศร้าในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ อาจเป็นสาเหตุที่นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ทางสุขภาพ	- ยาเสพติดหลักที่ใช้คือเฮโรอีนชนิดฉีดและมีความเสี่ยงระดับรุนแรงของการใช้เฮโรอีนชนิดฉีดจากการประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพ พบ แบบแผนที่ 10 ด้านการปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด บกพร่อง และการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q ระหว่างวันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 - วันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2567 ได้ 1-2 คะแนนแปลว่ามีแนวโน้มเป็นภาวะซึมเศร้า - ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคต่างๆ จากการประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพ พบแบบแผนที่ 9 บกพร่องด้านการเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

แนวคิดและทฤษฎี	กรณีศึกษา
2. เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คือ 1) ลดหรือหยุดใช้ยาเสพติด 2) ป้องกันอันตรายในอนาคตที่อาจเกิดขึ้นจากการเกี่ยวข้องกับสารกลุ่มโอปิออยด์ 3) เพิ่มคุณภาพชีวิตในการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย จึงเลือกการพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน โดยที่ยังคงความสำคัญของการดูแลภายใต้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ ต้องการตอบคำถามที่ว่า“พยาบาลทำหน้าที่อะไร”และ“พยาบาลควรทำอย่างไร” ทำให้สะท้อนภาพลักษณ์ของพยาบาลและบทบาทของการให้คำปรึกษา ตลอดจนการรับรู้ของพยาบาลและผู้รับบริการต้องสอดคล้องกัน ทั้งสองฝ่ายจะต้องมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ยอมรับนับถือในความสามารถของบุคคลที่คิด แสวงหาและใช้ความรู้ตัดสินใจและเลือกการกระทำ	- การให้การพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ในแต่ละครั้งมีการตั้งเป้าหมายต่อการฝึกทักษะพยาบาลจะชี้แจงและอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เข้าใจถึงเป้าหมายว่าการทำกิจกรรมหรือฝึกทักษะในวันนี้จะนำไปสู่เป้าหมายอะไร ผู้ป่วยจึงให้ความร่วมมือในการฝึก จนเกิดการเรียนรู้ภายในตนเอง - เลือกใช้การให้การปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานเป็นเครื่องมือทางการพยาบาล ต้องใช้กระบวนการและทักษะพื้นฐานของการให้คำปรึกษา เป็นการสร้างการสื่อสารแบบสองทางทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสโต้ตอบ แสดงออกทางความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม เอื้อต่อการทบทวนตรวจสอบด้วยการใช้คำถาม การทวนความ การฟัง การเงียบ การสรุปความเพื่อยืนยันความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ความเข้าใจผู้ป่วยจะเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่เอื้อต่อการพัฒนาสัมพันธภาพเชิงบำบัดให้มีมากยิ่งขึ้นต่อไป - ใช้ทักษะพื้นฐานของการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะการฟังอย่างใส่ใจ และการใช้คำถามปลายเปิด ทำให้รู้ความคิดความรู้สึกและต้องการของผู้ป่วยนำไปสู่การตั้งเป้าหมายร่วมกันได้ อีกทั้งให้ความสำคัญกับความสามารถของผู้ป่วย ดังตัวอย่างการฝึกสมาธิหรือสติในชีวิตประจำวันตามโปรแกรมต้องฝึก 10 นาที และเพิ่มขึ้นต่อในสัปดาห์ต่อไป แต่ผู้ป่วยรายงานการฝึกเพียง 3-5 นาที หรือช่วงแรกไม่ได้บันทึกการฝึก พยาบาลยอมรับในความสามารถของผู้ป่วยที่ปฏิบัติได้ผลเพียงระดับที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ และถือเป็นโอกาสให้พยาบาลกระตุ้นผู้ป่วยเพิ่มระยะเวลาการฝึกโดยตั้งคำถามถึงประโยชน์หรือข้อดีของการได้ฝึก คำตอบของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตัวเองว่าควรเพิ่มเวลาการฝึก หรือ การจดบันทึกดีหรือไม่
3. การประเมินการบรรลุเป้าหมายพยาบาลและผู้รับบริการต้องร่วมกันประเมิน โดยประเมินจากปัญหา และอุปสรรคระหว่างกิจกรรม แนวทางการจัดการ หรือใช้เครื่องมือในการประเมินความสำเร็จตามเป้าหมาย	- การพยาบาลแต่ละครั้ง พยาบาลจะรวบรวมข้อมูลทั้งจากข้อมูลประวัติเดิม ประวัติอาการหรือการตรวจประเมินต่างๆ มาพิจารณาประกอบการประเมินความก้าวหน้าของแต่ละข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทั้งนี้ ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลต่างๆ ร่วมด้วย เช่น ผลการประเมินต่าง ๆ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากตัวผู้ป่วยเอง ดังเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยกลับไปใช้กัญชาซ้ำและขอเลื่อนนัด แต่ในที่สุดด้วยสัมพันธภาพเชิงบำบัด และผลการตรวจปัสสาวะที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกเล่าข้อมูลตามความจริง นำไปสู่การตั้งเป้าหมายเรื่องการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและทบทวนทักษะต่างๆ ร่วมกัน
4. กระบวนการหลักของการพยาบาลคือ การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย	- มีการรวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาผู้ป่วยจากเวชระเบียน การซักประวัติ การตรวจสภาพร่างกายจิตใจ การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน การคัดกรองประเมินภาวะทางสุขภาพจิต การนอนหลับ แรงจูงใจ ความเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการให้การพยาบาลต่อไป

แนวคิดและทฤษฎี	กรณีศึกษา
5. การวินิจฉัยการพยาบาล แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้ 3) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น 4) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี	2.6 กรณีศึกษานี้มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทที่ 1 และ 2 คือ 1) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว ได้แก่ ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการขาดยา มีปัญหาการนอนหลับยากเนื่องจากแบบแผนการนอนที่ผิดปกติอันเป็นผลจากการใช้สารเสพติด 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง ได้แก่ -เสี่ยงต่ออันตรายแก่ชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน เสี่ยงต่อการเป็นโรคภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการใช้สารเสพติดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง - เสี่ยงต่อการเป็นโรคภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการใช้สารเสพติดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง - เสี่ยงต่อการใช้ยาเมทาโดนสำหรับการบำบัดผิดวัตถุประสงค์ และการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ - มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือโรคติดต่ออื่นๆ
6. หัวใจสำคัญของโปรแกรม MBTC คือการใช้สติและสมาธิเป็นเครื่องมือเยียวยาอาการทางกายและใจควบคู่กัน ใช้สมาธิลดความวิตกกังวล และใช้การฝึกสติเพื่อปล่อยวางจากอารมณ์ และความคิดทางลบ	- ผู้ป่วยสามารถฝึกทักษะหลัก ทั้ง 2 ทักษะนี้ได้ แม้ว่าการนำกลับไปฝึกต่อที่บ้านอาจยังไม่ระยะยาวนานตามที่กำหนดในโปรแกรม หรือความสม่ำเสมออาจยังไม่ต่อเนื่องนัก แต่ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ตรงจากการฝึก รับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นดังเช่นคำบอกเล่าในระหว่างการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ดังตัวอย่างคำพูด*“ผมสามารถสร้างความสุข สบายใจ และทำงานได้อย่างเต็มที่จากการฝึกสร้างสมาธิและบันทึกการมีสติอย่างน้อยผมก็มีเวลาจัดการอารมณ์ความรู้สึกลบนี้ ได้วันละ 2 ครั้ง”*

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวเป้าหมายคือ หยุดการใช้เฮโรอีน ลดความเสี่ยงต่ออันตรายจากการขาดเฮโรอีน และเพิ่มคุณภาพชีวิต แต่จากประวัติต่างๆ ผลการตรวจร่างกายและจิตใจ ระดับแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยพบปัญหาและความเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ 1) ไม่สุขสบายจากอาการขาดยา 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อชีวิต 3) เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า 4) เสี่ยงต่อการใช้ยาเมทาโดนผิดวัตถุประสงค์และหรือกลับใช้ยาเสพติดซ้ำ 5) ปัญหาการนอนหลับ 6) เสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงให้การพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาโดยการใช้สติเป็นพื้นฐานร่วมด้วยประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง การเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะต่างๆ อาทิ การจัดการกับความว้าวุ่นใจ (สมาธิ) ช่วยให้จัดการความคิดเกิดความสงบผ่อนคลายได้ ทักษะสติช่วยให้มีความรู้สึกตัวในปัจจุบันเอื้อต่อการรู้เท่าทันตัวกระตุ้นทั้งอารมณ์ ความคิดเชิงลบที่เชื่อมโยงไปถึงการกระทำและการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมอันส่งผลต่อการเกิดความขัดแย้งกับบุคคลใกล้ชิดและคนในครอบครัว ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความอยากเสพยาเสพติดซ้ำได้ กล่าวได้ว่ากิจกรรม 8 ครั้งนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ภายในตนเอง ได้ไคร่ครวญทบทวนทั้งด้านพฤติกรรมอารมณ์ความคิด และกระตุ้นแรงจูงใจต่อความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในการรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวโดยที่ไม่เกิดความเสี่ยงอันตรายต่างๆ ไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ไม่นำยาเมทาโดนไปใช้ผิดวัตถุประสงค์และปรับปรุงแบบแผนสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นได้

วิจารณ์

กรณีศึกษานี้ สามารถดำเนินกิจกรรมได้ครบทั้ง 8 ครั้งโดยที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี แม้บางครั้งผู้ป่วยมีการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ หรือมีอารมณ์

โกรธโมโห แต่ผู้ป่วยยอมรับและบอกเล่าให้ผู้ศึกษารับรู้ตามจริง ทั้งนี้เนื่องจากสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างผู้ป่วยและผู้ศึกษา อีกทั้งผู้ศึกษายึดหลักการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กล่าวคือการมาตามนัดครั้งใดที่ผู้ป่วยมีอารมณ์หรือพฤติกรรมไม่พร้อมต่อการเรียนรู้กิจกรรมครั้งใหม่ ผู้ศึกษาจะยอมรับโดยการฟัง สะท้อน และให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกด้วยตัวเอง จึงพบว่าการทำกิจกรรมตามโปรแกรมต้องยืดหยุ่นตามความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะเรียนรู้ทักษะใหม่เพิ่มเติมจะให้ทบทวนหรือฝึกทักษะเดิมซ้ำก่อน เนื่องจากทักษะเดิมที่ได้เรียนรู้มาก่อนจะเป็นพื้นฐานต่อการเรียนรู้ทักษะใหม่ต่อไป นอกจากนี้ญาติใกล้ชิดเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สามารถช่วยสนับสนุนกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการคงอยู่ในการบำบัดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งญาติต้องได้รับการดูแลและสนับสนุนทางจิตใจด้วยเช่นกัน การเรียนรู้จากกรณีศึกษานี้คือ ญาติมีความต้องการเรียนรู้กิจกรรมต่างๆ เช่นเดียวกับผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงหาเวลาในการแนะนำและให้ญาติฝึกทักษะพื้นฐานโดยเฉพาะการจัดการกับความว้าวุ่นใจด้วยหยุดความคิดโดยการรับรู้ลมหายใจ (สมาธิ) และฝึกสติสามารถนำไปใช้ในขณะสื่อสารกับผู้ป่วยได้ซึ่งส่งผลทำให้ลดความขัดแย้งลงและสามารถส่งเสริมให้กำลังใจซึ่งกันและกันได้ กล่าวได้ว่าการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานจัดเป็นการให้คำปรึกษาที่มุ่งเป้าการให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง สามารถมองเห็นปัญหาและวิธีการแก้ไขได้ด้วยตนเองเช่นเดียวกับการให้คำปรึกษารายบุคคล แต่มีความแตกต่างคือการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานมีการสอดแทรกความรู้ความเข้าใจและวิธีการฝึกทักษะสำหรับจัดการอารมณ์ความคิดและพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการนำไปสู่ความอยากเสพยาเสพติดหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่างๆ และเอื้อต่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองด้วย กล่าวคือเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระตุ้นอารมณ์ความคิดเชิงลบแล้วสามารถรับรู้ความรู้สึกความคิดลบนั้น สามารถใช้ทักษะในการผ่อนคลายและปรับเปลี่ยนมุมมองการกระทำจะสร้างความรู้สึกสำเร็จภายในตัวของผู้ป่วยและความรู้สึกดังกล่าวนี้จัดเป็นแรงเสริมภายในที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความพยายามในการฝึกทักษะให้ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. สนับสนุนให้มีการพัฒนาผู้ให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานให้เพิ่มมากขึ้นและพัฒนาคุณภาพของผู้ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องโดยอาจทำให้รูปแบบชมรม ชุมชนนักปฏิบัติ

2. พัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานแบบกลุ่มเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ระยะเวลาในการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60 - 90 นาที บางครั้งผู้ป่วยอาจไม่มีความตั้งใจ หรือความจดจ่อได้ไม่ค่อยต่อเนื่อง จึงต้องมีการทำความเข้าใจถึงลักษณะการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนเริ่มโปรแกรมและพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

2. ผู้ให้การปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานต้องฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน จึงจะสามารถเข้าใจประสบการณ์ อุปสรรคที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการนำทักษะต่างๆไปใช้ของผู้ป่วยตลอดจนให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. ข้อมูลสถิติ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category&sectioned=2&id=9&Itemid=53

2. ปรีชญาณ์ นักฟ้อน. การสำรวจพฤติกรรมของกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดที่เข้ารับบริการตามมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2561;21:132-147.

3. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic

review. Lancet Glob Health. 2017;5(12):e1192-e1207.

4. พิมพ์ชมพู ศรีถนอม. ผลของโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.

5. ดุสิตา พึ่งสำราญ, อภินันท์ อร่ามรัตน์. การศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไวรัสตับบีและซี และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยการฉีด เชียงใหม่ ประเทศไทย. เชียงใหม่: ม.ป.พ.; 2562.

6. ไพวัล อาจหาญ, ชมชื่น สมประเสริฐ, นุชนาถ บรรทุมพร. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2562;33(2):61-75.

7. อังกูร ภัทรากร, วรพงษ์ สราญทิวาวัลย์, สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา, ธวัช ลาพินี, อดิศักดิ์ งามขจรวิวัฒน์, วีรวัต อุครานันท์, และคณะ. มาตรฐานการบำบัดด้วยเมทาโดน ระยะยาวของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ม.ป.ป. เข้าถึงได้จาก: https://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/59/1-59.pdf?utm_source=chatgpt.com

8. วีรวัต อุครานันท์. การรักษาด้วยการให้เมทาโดนทดแทน ในกลุ่มผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ : ทบทวนวรรณกรรม. วารสารกรมการแพทย์. 2560; 42(2):116-121.

9. ดวงใจ ดวงฤทธิ์, นัทชา ชีวินอภิรักษ์, รวิพร จันทร์ศิริยานันท์, ธนานันท์ เพ็ชร์นิล. การพัฒนาแนวทางการบำบัดผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยเมทาโดนระยะยาว. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564; 36(1):119-125.

10. Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. Subst Abus. 2009;30(4):295-305.

11. Davis JP, Berry D, Dumas TM, Ritter E, Smith DC, Menard C, et al. Substance use outcomes for mindfulness based relapse prevention are partially mediated by reductions in stress: Results from a randomized trial. J Subst Abuse Treat. 2018;91:37- 48.

12. Glasner-Edwards S, Mooney LJ, Ang A, Garneau HC, Hartwell E, Brecht ML, et al. Mindfulness Based Relapse Prevention for Stimulant Dependent Adults: A Pilot Randomized Clinical Trial. Mindfulness (NY). 2017;8(1):126-135.

13. วรรณจรี มณีแสง. ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการกลับมาเสพซ้ำในกลุ่มผู้เข้ารับการ บำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีน [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.

14. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. คู่มือสติบำบัด (Mindfulness–based therapy and counseling: MBTC manual). นนทบุรี: บียอนด์พับลิชชิ่ง; 2559.