

การพยาบาลผู้ป่วยติดเฮโรอีน ยาบ้าที่ติดเชื้อเอชไอวี: กรณีศึกษา
Nursing care of heroine dependence with
methamphetamine dependence with HIV: A case study

อิสมาแอ ดาแซ
Ismaae Dasae

บทคัดย่อ

การศึกษากากรณีศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเฮโรอีน ยาบ้าที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยศึกษาในผู้ป่วยชายไทย อายุ ๕๐ ปี รับประทานยาในโรงพยาบาล วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ อยู่ระยะบำบัดยา ๑๔ วัน ผู้ป่วยย้ายไปฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยรับผู้ป่วยดูแลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ แรกรับในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพไม่มีอาการถอนพิษยา ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยต่อชีวิต สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมโดยไม่พึ่งพาเสพยาติ และสามารถดูแลตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น

ผลการศึกษา: ได้รับการวินิจฉัย Heroin Dependence with Methamphetamine Dependence with HIV รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี และการบำบัดทางจิตสังคม ขณะดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากความมีคุณค่าในตนเองต่ำ บทพร่องด้านการเผชิญปัญหาเนื่องจากการจัดการความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสม ส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากผู้ป่วยติดยาเสพติด การรับรู้และดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของเฮโรอีนและยาบ้า เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเนื่องจากไม่มีเป้าหมายในชีวิต และขาดแรงจูงใจในการเลิกเฮโรอีนและยาบ้า แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากฤทธิ์ของเฮโรอีนและยาบ้าเปลี่ยนแปลงศูนย์ควบคุมการนอนหลับที่สมอง พันผุเนื่องจากการดูแลสุขภาพช่องปากไม่เหมาะสม แผนการบำบัดรักษาระยะยาว Long term residential และเตรียมความพร้อมในการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะก่อนกลับสู่สังคม (Re entry) พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนร่วมกับกระบวนการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King's nursing theory) (King, ๑๙๘๑) ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายโดยเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สังคม และการเจ็บป่วย ตั้งแต่การประเมินรวบรวมข้อมูล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยไม่เกิดพฤติกรรม การทำร้ายตนเอง สามารถจัดการความคิดและอารมณ์ต่อการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีถูกต้องและต่อเนื่อง มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีเป้าหมายในการดำรงชีวิตที่ชัดเจนมีงานทำ มีแรงจูงใจในการบำบัดรักษาและเลิกยาเสพติด และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๖ รวมวันนอนโรงพยาบาล ๔๒๗ วัน ส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลชุมชนและได้รับเป็นจิตอาสางานอาชีพของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี พร้อมทั้งติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๑ ปี

คำสำคัญ: การพยาบาล, เฮโรอีน, ยาบ้า, เชื้อเอชไอวี

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่นับวันจะเพิ่มความรุนแรงและขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยทั่วโลกผู้ใช้ยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], ๒๐๒๓) ขณะเดียวกันประเทศไทยถือเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ ความไม่ปลอดภัยในสังคม และยังคงทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น รวมถึงการทำลายทรัพยากรบุคคลให้กลายเป็นบุคคลที่ไร้คุณภาพ เป็นภาระที่สังคมต้องแบกรับอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี มีกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่จะช่วยแก้ไข ปัญหายาเสพติดให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความรุนแรงของปัญหา ในขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงปัญหาต่างๆ ที่เป็นสาเหตุให้มีการใช้ยาเสพติดและเลิกเสพยาเสพติด โดยใช้การบำบัดในรูปแบบต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดมีทักษะการเผชิญปัญหาสามารถควบคุมตนเอง และแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม เพื่อการดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างเป็นปกติสุขโดยไม่พึ่งยาเสพติด (วิโรจน์ วีรชัย และคณะ, ๒๕๕๘) ผู้ป่วยจะได้รับการเรียนรู้ทฤษฎีและทักษะที่เกี่ยวข้องกับการหยุดใช้ยาเสพติดรวมทั้งการฝึก ทักษะการใช้ชีวิต การสร้างแรงจูงใจ การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบชุมชนบำบัด และเรียนรู้ทักษะ การใช้ชีวิตในสังคม จะเห็นได้ว่าการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจะเน้นการหยุดใช้ยาเสพติดโดยการสร้าง แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการหยุดใช้ยาเสพติด ผู้ที่เข้ารับ การบำบัดยาเสพติดส่วนหนึ่งขาดการตระหนักรู้ถึงปัญหาการใช้ยาเสพติด ไม่ได้มองเห็นโทษและพิษภัยของ ยาเสพติดอย่างแท้จริง ส่งผลให้เกิดทัศนคติทางบวกต่อยาบ้าและไม่ได้เกิดความคิดที่อยากจะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของตนเอง ส่งผลให้การบำบัดไม่ได้ผล และมีการกลับไปเสพซ้ำ (ศิริพร ยาวีราช และคณะ, ๒๕๖๑)

สำหรับสถิติผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวน ๔,๑๓๙, ๖,๑๐๖, และ ๗,๑๓๙ ราย ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, ๒๕๖๖) โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี มีจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพรวมทั้งหมด ๕๖๕, ๓๘๘ และ ๖๐๒ ราย แยกเป็นผู้ป่วยติดยาเฮโรอีนจำนวน ๑๑๗, ๑๐๓ และ ๑๖๖ ราย ตามลำดับ และ ผู้ป่วยติดยาบ้าจำนวน ๒๘๒, ๑๙๐ และ ๓๔๒ ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี, ๒๕๖๖) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยติดยาเฮโรอีนและยาบ้ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

เฮโรอีนเป็นอนุพันธ์ของมอร์ฟีน มีฤทธิ์กดประสาท มีความรุนแรงมากกว่ามอร์ฟีน ๕ - ๘ เท่า และถ้า เป็นเฮโรอีนบริสุทธิ์จะมีความรุนแรงมากกว่าฝิ่นถึง ๑๐๐ เท่า เฮโรอีนจึงถูกจัดให้เป็นยาเสพติดที่โทษ ร้ายแรงตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ เฮโรอีนมีผลต่อการทำงานของสมอง ก่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ได้แก่ ชอบแยกตัว หลบซ่อนตัว ทำตัวลึกลับ ก้าวร้าว เจ้าอารมณ์ ไม่สนใจตัวเอง แต่งกายสกปรก และมักกลับไปเสพยาเฮโรอีนซ้ำหลังจากการบำบัดรักษาด้วยวิธีการต่างๆ แล้ว ซึ่งจากพฤติกรรม

ดังกล่าวหากผู้ติดยาเสพติดไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม ก็อาจจะก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาอีกมากมายในทุกๆระดับ ตั้งแต่ตัวผู้เสพ ครอบครัว ประเทศชาติ และสังคมโลก เป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจและทรัพยากรมนุษย์ ก่อให้เกิดปัญหาสังคม กระทบความมั่นคงของชาติ เพิ่มการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และมีภาวะแทรกซ้อนวัณโรค ผู้ป่วยติดเฮโรอีนส่วนใหญ่มีการใช้ยาบ้าร่วมด้วย ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการพิษเฉียบพลันเกิดกับระบบประสาทส่วนกลาง ผู้ใช้จะกระสับกระส่าย เวียนศีรษะ มือเท้าสั่น พุดมาก เกรียด และถูกกระตุ้นได้ง่าย อาจจะมีไข้ได้ ไม่ยอมนอน สับสน กังวล หรือคลุ้มคลั่ง อยู่ในภาวะตื่นตระหนก อาจจะทำร้ายผู้อื่น หรือฆ่าตัวตายได้ โดยเฉพาะในรายที่มีพื้นฐานทางจิตใจผิดปกติอยู่แล้ว มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ผู้ใช้จะมีอาการปากแห้ง รู้สึกขมๆในปาก มีอาเจียน ท้องเสีย หรือปวดท้องรุนแรงได้ ในรายที่เกิดภาวะพิษจากยารุนแรงจะมีไข้สูง ความดันโลหิตสูง ชัก มีภาวะหลอดเลือดแตกในสมอง หรือระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวเสียชีวิตได้ ผู้ติดเฮโรอีนและยาบ้า พบว่ามีอัตราการเสพติดที่ต่ำกว่าความถี่ในการเข้ารับการรักษา มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึมเศร้า และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น เป็นภาระให้กับผู้ดูแล ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น เป็นปัญหาทางสังคม (พิชัย แสงชาญชัย, ๒๕๖๕)

ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยออกฤทธิ์กระตุ้นสมองส่วนกลาง ซึ่งมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้เสพเกิดการติดมีผลเสียต่อผู้เสพมากมาย ที่สำคัญมีผลต่อสมอง ต่อจิตประสาทเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายจะถูกดูดซึมเข้าสู่สมอง ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงสารสื่อเคมีสมอง (Neurotransmitter) เกิดขึ้น มีการขับสารสื่อเคมีสมองที่เรียกว่า โดปามีน ออกมาเป็นสื่อทำให้มีความสุข กระชุ่มกระชวย มีแรงขยันขันแข็ง และเมื่อเสพปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น เกิดการทำลายสมองส่วนนอกหรือส่วนบน ซึ่งทำหน้าที่คิดโดยใช้เหตุผลและการตัดสินใจแก้ปัญหา ทำให้มีความคิดความจำเสื่อม ขาดการยั้งคิด ควบคุมตัวเองไม่ได้ สุดท้ายเป็นโรคจิต มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด ทำร้ายตนเองและผู้อื่น (พิชชา วงศ์สุวรรณ, ๒๕๕๒) อาการแสดงทางคลินิกของผู้ติดยาบ้า ๑) อาการทางกาย: จะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดศีรษะ พุดมาก ตื่นเต้น ทำงานได้นานกว่าปกติ อาจชักหมดสติ หลอดเลือดในสมองแตก หัวใจเต้นเร็วผิดปกติและอาจถึงแก่ชีวิตได้ ๒) อาการทางจิต: เนื่องจากยาบ้ามีฤทธิ์กระตุ้นประสาททั้งส่วนกลางและส่วนปลาย เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายถูกดูดซึมง่าย การเสพในปริมาณมาก หรือระยะเวลาานานจะทำให้เกิดอาการทางประสาท บางรายเพ้อ คลุ้มคลั่ง เห็นภาพหลอนต่างๆ อาจเป็นบ้าได้ และในขณะที่เกิดอาการดังกล่าว อาจทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ เช่น ฆ่าตัวตาย ก่ออาชญากรรม จับตัวประกัน หรือก่ออุบัติเหตุทางรถยนต์ เป็นต้นในผู้ป่วยยาและสารเสพติด เมื่อหยุดยาจะมีทั้งอาการถอนพิษยา (Withdrawal symptoms) และอาการอยากยา (Craving symptoms) สำหรับรักษาอาการขาดยา ไม่มียาที่จะทดแทนโดยตรง เหมือนกับการรักษา การเสพติดสารระกูลฝิ่น เช่นการรักษาผู้เสพติดเฮโรอีนด้วยเมทาโดน ประกอบกับอาการขาดยาบ้าโดยทั่วไป จะไม่รุนแรงมาก การรักษาในระยะนี้ จึงให้การรักษาตามอาการ เช่น ในรายที่มีอาการเกรียดหงุดหงิด ใช้ยาลดอาการเกรียดในกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam ๔ - ๔๐ mg/day หรือ

lorazepam ๒-๓ mg/day ในรายที่มีอาการทางจิต ก็ให้ยาต้านโรคจิต เช่น Haloperidol ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะจัดขนาดยาตามอาการทางจิต ในแต่ละรายจะใช้ขนาดยาสูงต่ำไม่เท่ากัน

กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) ซึ่งเชื้อ HIV ตัวนี้จะอาศัยและเจริญเติบโตได้ดีในเลือดคน และจะแพร่พันธุ์ได้ดีเมื่อมันเข้าไปอยู่ในเม็ดเลือดขาว โดยอาศัยเม็ดเลือดขาวของเราเป็นที่เพาะพันธุ์ เมื่อมีจำนวนไวรัส HIV มากขึ้นจะทำให้ภูมิคุ้มกันโรค (CD๔) ในร่างกายลดน้อยลง จึงทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น โรคปอดอักเสบจากพยาธิบางชนิด วัณโรคในปอด หรือต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักเกิดขึ้นจากการติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เหล่านี้

การบำบัดรักษาจึงควรบำบัดรักษาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้บำบัดจึงจำเป็นต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการวิเคราะห์และประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ๑๑ แบบแผน ในการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีบรรลุเป้าหมายของคิง (King's goal attainment theory) อินโมจิน คิง เป็นนักทฤษฎีผู้ซึ่งเป็นที่รู้จักในสาขาทางการพยาบาล จากการที่ท่านได้พัฒนาทฤษฎีกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (Interacting Systems Theory) ในปี ค.ศ. ๑๙๗๑ ซึ่งกล่าวถึงระบบของการปฏิสัมพันธ์ ๓ ระบบ ระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบสังคมที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและพลังงานกันตลอดเวลา เมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลจะมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารระหว่างกัน สร้างเป้าหมายร่วมกัน และมีการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย ในขณะที่พบกันครั้งแรกพยาบาลและบุคคลอาจเป็นคนแปลกหน้า แต่ก็จะหาทางช่วยเหลือภายในองค์กรสุขภาพที่บุคคลมาใช้บริการให้ดำรงภาวะ สุขภาพ ในระบบตัวบุคคล และระหว่างบุคคล จะมีปฏิสัมพันธ์ มีการรับรู้ มีการสื่อสาร การติดต่อ บทบาท ความเครียด การเจริญงอกงามและพัฒนาการ กาลและเทศะ ทฤษฎีนี้มุ่งเน้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ คือการบรรลุเป้าหมาย การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์มีกระบวนการ ๗ ขั้นตอน คือ ๑) พฤติกรรมของผู้ป่วย (action) ๒) การตอบสนองของผู้ป่วยต่อสิ่งรบกวน (reaction) ๓) สิ่งรบกวนหรือปัญหาซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล (disturbance) ๔) การตั้งเป้าหมายและกำหนดจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้ร่วมกันของทั้งพยาบาลและผู้ป่วย (mutual goal setting) ๕) การค้นหาแนวทางปฏิบัติ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือในการคิดค้นหาวิธีการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งเอาไว้ร่วมกัน (explore means to achieve goal) ๖) การตกลงร่วมกันถึงวิธีปฏิบัติที่ต้องมีความเห็นพ้องต้องกัน และยอมรับในวิธีการปฏิบัติจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล (agree to means) ๗) การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ (transactions) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในขั้น สรุปได้ว่า การพยาบาลจะบรรลุเป้าหมายในการช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีนั้น กุญแจสำคัญของปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง สามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ถูกต้องและต่อเนื่อง มีสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสมมีเป้าหมายในการดำรงชีวิตที่ชัดเจนมีงานทำ มีแรงจูงใจใน

การบำบัดรักษาและเลิกยาเสพติด ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยติดเฮโรอีน ยาบ้าที่ติดเชื้อเอชไอวี

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

| | |
|---------------|-------------------|
| ชื่อผู้ป่วย | นาย ก |
| อายุ | ๕๐ ปี |
| เชื้อชาติ | ไทย |
| สัญชาติ | ไทย |
| ศาสนา | อิสลาม |
| สถานภาพ | หม้าย |
| ระดับการศึกษา | มัธยมศึกษาปีที่ ๓ |
| อาชีพ | ว่างงาน |

ที่อยู่ อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี

เข้ารับการรักษา วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ อยู่ระยะบำบัดยา ๑๔ วัน ผู้ป่วยย้ายไปฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕

การวินิจฉัย Heroin Dependence with Methamphetamine Dependence

with HIV

๒. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ต้องการสมัครใจต้องการบำบัดรูปแบบผู้ป่วยใน

๓. ประวัติการใช้ยาเสพติด

ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเริ่มสูบบุหรี่อายุ ๒๐ ปี สาเหตุตามเพื่อน สูบมา ๓๐ ปี สูบทุกวัน วันละ ๑๐ มวน Last dose ๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ จำนวน ๑ มวน

อายุ ๒๑ ปี เริ่มใช้เฮโรอีน สูบบั้งทุกวันๆละ ๓ ครั้งๆละ ๑ ตัว เสพได้ประมาณ ๑ เดือน เปลี่ยนเป็นฉีดเข้าเส้นเลือดทุกวันๆละ ๑ ฝา แบ่งใช้วันละ ๒-๓ ครั้ง ใช้มา ๒๙ ปี Last dose ๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ฝา

อายุ ๔๕ ปี เริ่มใช้ยาบ้า สูบควัน สัปดาห์ละ ๑ ครั้งละ ๑ เม็ด ใช้มา ๕ ปี Last dose ๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ จำนวน ๓ เม็ด

๔. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

๑ วันก่อนมาผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูก ปวดเกร็งช่องท้อง ขนลุก ร้อนๆหนาวๆ อ่อนเพลียไม่มีแรง ปวดศีรษะ อารมณ์หงุดหงิด มีความต้องการอยากเสพเฮโรอีน

อาการแรกรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ร้อนๆหนาวๆ ปวดเมื่อย คะแนนประเมินอาการถอนพิษยากลุ่มโอปิออยด์ (Clinical Opiate Withdrawal Scale; COWS) = ๒ คะแนน

๕. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปี ๒๕๕๕ บำบัดรูปแบบผู้ป่วยนอก ๒ ครั้ง ขาดนัด กลับไปเสพยาไม่สามารถหยุดได้ เข้ารับ การบำบัดรักษาโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ๑ ครั้ง โรงพยาบาลมายอ ๑ ครั้ง

ปี ๒๕๖๓ บำบัดรูปแบบผู้ป่วยนอก กินยาเมทาโดน เป็นระยะเวลา ๑ เดือน ขาดนัด กลับไป เสพยา ไม่สามารถหยุดได้ ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

ปี ๒๕๖๓ บำบัดรูปแบบผู้ป่วยใน บำบัดครบกำหนด ๔ เดือน กลับไปเสพยาไม่สามารถหยุด ได้ ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

ปี ๒๕๖๔ บำบัดรูปแบบผู้ป่วยใน บำบัดครบกำหนด ๔ เดือน กลับไปเสพยาไม่สามารถหยุด ได้ ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

ปี ๒๕๖๕ เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ในปัจจุบัน

๖. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ ๒ ในจำนวนพี่น้องทั้งหมด ๒ คน เคยแต่งงานมีบุตร ๓ คน เลิกกับ ภรรยาได้ ๒๐ ปี เนื่องจากปัญหาการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วย บุตรอยู่กับภรรยา บิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรครุนแรง ผู้ป่วยว่างงาน อาศัยอยู่คนเดียว ผู้ป่วยไม่สนิทสนมกับญาติพี่น้องเนื่องจากสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว ค่อนข้างห่างเหินจากการที่บิดาและมารดาเสียชีวิต ปฏิเสธโรคประจำตัวของบุคคลในครอบครัว มีหลายชาย บุตรของพี่ชายเป็นผู้ดูแลหลัก

๗. ประวัติส่วนตัวและลักษณะนิสัย ก่อนเสพยาเสพติดผู้ป่วยเป็นคนมีอัธยาศัยดี อารมณ์ไม่ร้อน ไม่ กล้าแสดงออก ไม่มั่นใจในตนเอง ไม่กล้าเข้าสังคม หลังเสพยาเสพติดทำให้ผู้ป่วยกล้าเข้ากับผู้อื่นได้ดี เป็นคนที่มี อารมณ์ร้อน โมโหง่าย ถ้าอยากได้สิ่งใดจะต้องได้ ชอบทำตามใจตนเอง ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง มีปัญหา ทะเลาะเบาะแว้งกับพี่ชายอยู่บ่อยๆ จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ คบเพื่อนกลุ่มที่ติดยาอย่างสนิทสนม และไม่มีเพื่อนกลุ่มไม่ติดยาเสพติด

๘. การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

การตรวจร่างกาย

ศีรษะและใบหน้า:

- ผมสีดำ ตัดสั้นมีการกระจายของเส้นผมสม่ำเสมอ สะอาดไม่มีรังแค ผมค่อนข้าง หนา การดูแลความสะอาดเรียบร้อยดี

- ลักษณะของกะโหลกศีรษะสมมาตรกัน ระหว่างข้างซ้ายและข้างขวาอยู่กึ่งกลาง ลำตัว ศีรษะก้มไม่เจ็บ ไม่มีก้อนนูน

- ใบหน้า มีแผลเป็นที่หน้าผากจากรอยอุบัติเหตุ คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

ตา: ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา ๒.๕ มิลลิเมตร การมองเห็นสายตาวาวเวลามองตัวหนังสือต้องใส่แว่นตา

หู: - ลักษณะทั่วไปของใบหูและรูหูปกติ ไม่มีรอยโรค ไม่มีก้อนนูน กดไม่เจ็บ

- อยู่ตำแหน่ง Occiput line หูทั้งสองข้างสมมาตรกันดี ไม่มี discharge

จุมูก: ลักษณะทั่วไปปกติ ไม่มีรอยโรค กดไม่เจ็บ

ช่องปาก:

- ริมฝีปากดำ เหงือกปกติ ทอลซิลไม่โตพอง เห็นได้เท่ากันทั้งสองข้างของลำคอ ไม่มี
การบวม ไม่มีอาการอักเสบหรือคอแดง ลิ้นไม่มีฝ้าขาว กลืนอาหารได้ปกติ มีฟันผุจำนวน ๔ ซี่ เป็นฟันกรามล่าง
ข้างขวา ๒ ซี่ ข้างซ้าย ๒ ซี่

คอ:

- เป็นปกติตั้งสมมาตรกับลำตัว หลอดลมอยู่ในแนวกลางของลำคอ ไม่เอียงไปข้างใด
ข้างหนึ่ง มีต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอไม่โต คอไม่บวม คลำไม่พบก้อน

ทรวงอกและทางเดินหายใจ:

- ลักษณะทั่วไปของทรวงอกปกติ
- การหายใจเข้าออกปอดขยายเท่ากัน ๒ ข้าง
- Lung Expansions ปกติ คลำสำรวจทรวงอกในส่วนต่างๆ ไม่พบก้อน
- หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที

หน้าท้องและทางเดินอาหาร:

- หน้าท้องแบนราบ ไม่มีรอยผื่นหรือแผล
- คลำไม่พบก้อน ตับ ม้าม ไม่โต กดไม่เจ็บ

ผิวหนัง: มีร่องรอยของการใช้เข็มฉีดยา ที่แขนทั้ง ๒ ข้าง

ขา: ขาด้านซ้ายพิการมา ๕ ปี เนื่องจากขาถูกตัดเหนือหัวเข่าจากการใช้เข็มฉีดยาบ้าเข้าเส้น
เลือด ทำให้เส้นเลือดอุดตัน ใส่ขาเทียมในการเดิน

๙. การประเมินสภาพจิต

ประเมิน ๒Q = Positive ประเมิน ๙Q = ๑๐ คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย) ประเมิน ๘Q = ๐
คะแนน (ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน) (ประเมินโดยพยาบาล)

ชายไทยวัยผู้ใหญ่ รูปร่างท้วมใหญ่ ผิวดำแดง ขณะพบมองหน้าสบตาดี พูดคุยได้ตอบรู้เรื่องดี ใช้ภาษาม
ลยาญร่วมกับภาษาไทยในการสนทนา แบบทดสอบ Rorschach Inkblot Test ให้คำตอบได้ไม่มาก โดยรวมให้
ความร่วมมือดี จากการทดสอบทางจิตวิทยา ขณะทดสอบไม่พบพยาธิสภาพทางจิตใจ (psychotic sign)
สามารถรับรู้ความเป็นจริงได้ แต่พบแนวโน้มของอารมณ์เศร้า มีความคิดอยากตายเนื่องจากท้อแท้กับโรคทาง
กายที่เป็นอยู่ มีความกลัวการถูกทอดทิ้งและไม่เป็นที่ยอมรับของคนในสังคม ขาดความมั่นคงทางจิตใจ
(insecurity) ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ต้องการพึ่งพิง ขณะเดียวกันมีบุคลิกภาพที่ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง (Ego
centric) และมีแนวโน้มแยกตนเอง เก็บตัว (Introversive) ด้านอารมณ์ เก็บกดอารมณ์ความรู้สึก ไม่ค่อยเสแ
ดงออก ทำให้มีแนวโน้มเครียด หรือมีอาการเศร้าได้ง่าย และมีการจัดการไม่เหมาะสม ในการสร้าง
สัมพันธภาพกับคนทั่วไป มีการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่นไม่ดี เนื่องจากไม่ค่อยไว้วางใจ และมีแนวโน้มไม่ชอบ
เข้าสังคม สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว พ่อแม่เสียชีวิตแล้ว มีความขัดแย้ง (conflict) กับพี่ชาย เมื่อเจอ
ปัญหาผู้ป่วยใช้กลไกทางจิตในการจัดการปัญหาโดยการปฏิเสธและเก็บกด ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกยาเสพ
ติดที่ไม่ค่อยคงที่ เสี่ยงต่อการเสพซ้ำ (สรุปการประเมินของนักจิตวิทยา)

๑๐. ประเมินตามแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยไม่ตระหนักรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (Poor Insight) เนื่องจากไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรคมองติดตาจะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และไม่เห็นประโยชน์ของการบำบัดรักษาเนื่องจากรักษาในระยะเวลาสั้นๆ ก็หาย ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้เข็มฉีดยาและเที่ยวสถานบริการโดยไม่ได้ป้องกันและไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาและเลิกยาเสพติด

แบบแผนที่ ๒ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ขณะอยู่บ้านรับประทานอาหารไม่ครบทั้ง ๓ มื้อ และไม่ตรงเวลา และมีพันธุจำนวน ๔ ซี่ เป็นพันธุกลางข้างขวา ๒ ซี่ ข้างซ้าย ๒ ซี่ แต่ไม่มีอาการปวด ขณะบำบัดรับประทานอาหารครบ ๓ มื้อตรงเวลา น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ BMI = ๒๐.๓๑

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย ขณะอยู่บ้านการขับถ่ายอุจจาระ ๒-๓ วันต่อครั้ง มีปัญหาท้องผูกเป็นบางครั้ง ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีแสบขัด กลางวันปัสสาวะวันละ ๓ - ๔ ครั้ง และกลางคืน ๑ ครั้ง ขณะบำบัดการขับถ่ายอุจจาระ ๒ วันต่อครั้ง ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีแสบขัด กลางวันปัสสาวะวันละ ๓ - ๔ ครั้ง และกลางคืน ๑ ครั้ง

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย ขณะอยู่บ้านไม่ได้ออกกำลังกาย ขณะบำบัดปฏิบัติกิจวัตรประจำได้ปกติ แต่ต้องอาศัยการกระตุ้น ออกกำลังกายทุกวันเช้าเย็นโดยการบริหารยืดเหยียดร่างกายพร้อมกับผู้ป่วยคนอื่นๆ

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ ขณะอยู่บ้านนอนหลับไม่เป็นเวลา บางวันไม่ได้นอน ถ้านอนจะนอนเป็นวัน เนื่องจากไปใช้ยาเสพติด ขณะบำบัดในช่วงแรกของการย้ายมาหอผู้ป่วยในพื้นที่ฟูสมรรถภาพนอนไม่ค่อยหลับ นอนหลับๆ ตื่นๆ มีปัญหาการนอนหลับ ช่วงแรกนอนได้ ๕ ชั่วโมง ผ่านไป ๒ อาทิตย์นอนหลับได้ ๖-๗ ชั่วโมง

แบบแผนที่ ๖ สถิติปัญญาและการรับรู้ ขณะอยู่บ้านและขณะบำบัดไม่มีเหตุแว่วภาพหลอน การรับรู้ปกติสามารถอ่านได้ เขียนได้ จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ ๓

แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ขณะอยู่บ้านรับรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าเนื่องจากครอบครัวและญาติๆไม่รักเหมือนกับพี่ชาย เพราะตนเองไม่มีความสามารถ ไม่คิดที่จะทำงาน มีแต่จะขอเงินที่จากที่บ้านและขายทรัพย์สินที่ได้จากบิดามารดา ทำให้เกิดการทะเลาะกับครอบครัว ขณะบำบัดผู้ป่วยมีคะแนนคัดกรองโรคซึมเศร้า ๒Q = Positive, คะแนนประเมินโรคซึมเศร้า ๙Q = ๑๐ คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย), คะแนนการฆ่าตัวตาย ๘Q = ๐ คะแนน (ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน) คะแนนความมีคุณค่าในตนเองต่ำ = ๔๕ (ความมีคุณค่าในตนเองน้อย)

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ ขณะอยู่บ้านอาศัยอยู่คนเดียว สัมพันธภาพภายในครอบครัวห่างเหิน ต่างคนต่างอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับญาติพี่น้อง ขณะบำบัดมีหลายชายลูกของพี่ชายเป็นผู้ดูแลหลัก

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ ขณะอยู่บ้านผู้ป่วยเคยซื้อบริการทางเพศ และมีการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีประมาณ ๓๐ ปี ไปรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แต่ไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ขณะบำบัดผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสตามแผนการรักษาของแพทย์

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ขณะอยู่บ้านเมื่อเกิดความเครียดผู้ป่วยมักจะตอบสนองด้วยการใช้ยาเสพติด เก็บตัวอยู่คนเดียว ขณะบำบัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในการปรับตัวเข้ากับผู้อื่นทำให้เกิดความเครียดและชอบอยู่คนเดียว ทำให้ไม่สามารถจัดการความคิดและอารมณ์ได้

แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าและความเชื่อ ขณะอยู่บ้านผู้ป่วยนับถือศาสนาอิสลาม ปฏิบัติศาสนกิจไม่ครบ ผู้ป่วยไม่ได้นำหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนาที่ยึดเหนี่ยวจิตใจไม่ได้ให้คุณค่ากับใครในครอบครัว ขณะบำบัดผู้ป่วยได้ปฏิบัติศาสนกิจครบและให้คุณค่ากับหลานชายที่คอยดูแลหลักในปัจจุบัน

การวินิจฉัยโรค

Heroin Dependence with Methamphetamine Dependence with HIV

สรุปอาการ

แรกรับผู้ป่วยปฏิเสธอาการถอนพิษยา ปฏิเสธอาการหูแว่ว ภาพหลอน สีหน้าไม่ค่อยสดชื่น กังวลการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่และการบำบัดรักษา สัญญาณชีพแรกรับ BT=๓๖.๗ C, PR=๗๒ /mins, RP=๒๒/mins, BP=๑๒๐/๘๐ mmHg ผู้ป่วยไม่มีอาการถอนพิษยา แพทย์มีแผนการรักษาให้ย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เป็นระยะเวลา ๔ เดือน ในช่วงแรกของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมีความกังวลต่อการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่และการบำบัดแต่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ และให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมดี แต่ต้องอาศัยการกระตุ้น ไม่ค่อยมีสัมพันธภาพกับเพื่อนสมาชิก ประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ในระยะตัดสินใจ (determination) สรุปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

๑. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากความมีคุณค่าในตนเองต่ำ
๒. การเผชิญปัญหาและจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสมเนื่องจากสัมพันธภาพกับในครอบครัวไม่ดี
๓. ส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง
๔. สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากผู้ป่วยติดยาเสพติด
๕. ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาเนื่องจากขาดเป้าหมายในการหยุดใช้เฮโรอีนและยาบ้า
๖. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำเนื่องจากไม่มีเป้าหมายในชีวิตและขาดแรงจูงใจในการเลิกเฮโรอีนและยาบ้า
๗. แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากฤทธิ์ของเฮโรอีนและยาบ้าเปลี่ยนแปลงศูนย์ควบคุมการนอนหลับที่สมอง
๘. ฟันผุเนื่องจากการดูแลสุขภาพช่องปากไม่เหมาะสม
๙. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ปัญหาการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาที่ ๑ เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากความมีคุณค่าในตนเองต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมไม่ต้องการหายจากโรค เพราะอยากตายให้เร็ว จะได้จบๆ”
- S: ผู้ป่วยบอกว่า “อยู่ไปก็ไม่มีใครต้องการผม”
- O: ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สดชื่น เรียบเฉย เศร้า
- O: ผู้ป่วยมีคะแนนคัดกรองโรคซึมเศร้า ๒Q = Positive
- O: ผู้ป่วยมีคะแนนประเมินโรคซึมเศร้า ๙Q = ๑๐ คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย)
- O: ผู้ป่วยมีคะแนนการฆ่าตัวตาย ๘Q = ๐ คะแนน (ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน)
- O: ผู้ป่วยมีคะแนนความมีคุณค่าในตนเองต่ำ = ๔๕ คะแนน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่ทำร้ายตนเอง
๒. คะแนนความมีคุณค่าในตนเอง = ๘๗.๕-๑๕๐ คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมีเป้าหมายในการบำบัดรักษา
๒. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเพื่อสังเกตและให้การพยาบาลได้อย่างใกล้ชิด
๓. จัดพยาบาลที่ปรึกษาในการดูแลและพี่เลี้ยงเพื่อสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
๔. ประเมินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ค้นหาสาเหตุความมีคุณค่าในตนเองลดลง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เริ่มต้นโดยจัดให้ผู้ป่วยรับผิดชอบเวรประจำของตนเองและการนำเสนอในหัวข้อสิ่งควรทราบของกลุ่มประชุมเช้า
๕. ให้การพยาบาลโดยทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง โดยสร้างบรรยากาศของความอบอุ่นและไว้วางใจ สอบถามความรู้สึก ปลอดภัย ให้กำลังใจ เรียกชื่อและทักทายทุกครั้ง ที่พบผู้ป่วย และฝึกทักษะการคิดบวกด้วยการจดบันทึกอย่างน้อยวันละ ๕ ข้อ และการฝึกขอบคุณสิ่งดีที่เกิดขึ้นใกล้ตัวในทุกๆวัน
๖. กระตุ้นให้พูดระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ เพื่อลดความตึงเครียดทางด้านจิตใจ โดยตั้งใจรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยด้วยท่าทีจริงใจและเป็นมิตร
๗. พุดคุยให้กำลังใจโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองเห็นสิ่งที่ดีในตัวเอง เช่น ขอให้ภูมิใจในตัวเองที่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ในขณะที่บำบัดรักษา

๘. ไม่แสดงท่าทีตำหนิ หัวเราะขบขัน วิพากษ์วิจารณ์ในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก
๙. กระตุ้นและช่วยให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ และพูดคุยชมเชยทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ได้สำเร็จ โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณค่าและความสามารถของตนเอง
๑๐. ให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับลักษณะของพฤติกรรมและการช่วยเหลือผู้ป่วย
๑๑. สังเกตพฤติกรรมขณะอยู่ร่วมกับผู้อื่น ในด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
๑๒. ส่งเสริมให้ครอบครัวให้กำลังใจผู้ป่วย โดยการนำผลงานที่ผู้ป่วยทำได้สำเร็จให้กับครอบครัวได้ชื่นชมผลงานของผู้ป่วย และให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล
๑๓. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความมีคุณค่าในตนเอง โดยการฝึกให้แสดงความรู้สึกทางบวก ฝึกการคิด และพฤติกรรมรักตัวเอง การสร้างความหวัง การร่วมกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อตนเองและผู้อื่น การเรียนรู้ลองทำกิจกรรมใหม่ๆ เช่น ปลูกต้นไม้ การเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
๑๔. การประเมินการมีคุณค่าในตนเองซ้ำ เพื่อสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่ทำร้ายตนเอง มีสีหน้าสดชื่นขึ้นมองคุณค่าในตัวเองดีขึ้น ไม่โทษตัวเอง ร่วมกิจกรรมกลุ่ม
๒. คะแนนความมีคุณค่าในตนเอง = ๙๒ คะแนน ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น สามารถบอกข้อดีของตนเองได้

ปัญหาที่ ๒ การเผชิญปัญหาและจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสมเนื่องจากสัมพันธภาพกับในครอบครัวไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมเครียดผมจะชอบอยู่คนเดียว”
- S: ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่เคยมีใครมีเยี่ยมผมเลย แม้แต่ลูกเอง”
- S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมเครียดผมจะควบคุมตนเองไม่ได้ทำให้ไปใช้ยาเสพติดทุกครั้งตอนอยู่บ้าน”
- O: ผู้ป่วยมีสีหน้าเรียบเฉย ถอนหายใจบ่อยๆ
- O: ญาติไม่เคยมาเยี่ยมตั้งแต่เข้ารับการรักษา

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีจัดการความเครียด และวิธีการเผชิญปัญหาที่ถูกต้อง สามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทของสังคม
๒. ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และพยาบาลยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และไม่ตัดสินว่าผู้ป่วยเคยทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
๒. ประเมินความคิด อารมณ์ ความรู้สึก
๓. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกโดยการพูดคุยจะต้องใช้คำพูดที่แสดงถึงการรับรู้และเข้าใจในปัญหาหรือสถานการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น (ศศินันท์ รักษาทรัพย์ และคณะ, ๒๕๖๔)
๔. ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับอารมณ์ การเรียกชื่ออารมณ์ และลักษณะของอารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักกับอารมณ์ที่ถูกต้อง (ไกรวุฒิ ศรีจันทร์, ๒๕๖๖)
๕. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกลมหายใจ การทำจิตใจให้สงบ การทำสมาธิ
๖. ฝึกการรับรู้อารมณ์โดยใช้แผนภาพและให้ผู้ผู้ป่วยบรรยายอารมณ์ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาสาเหตุของอารมณ์ว่าเกิดจากสาเหตุใด เพื่อนำไปสู่การค้นหาวิธีการจัดการกับสาเหตุ
๗. ฝึกให้ผู้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเองเพื่อค้นหาวิธีการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสม
๘. ฝึกผู้ป่วยรับรู้อารมณ์ ค้นหาสาเหตุของอารมณ์ คัดเลือกวิธีในการจัดการกับอารมณ์ผ่านสถานการณ์จำลองเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติจริงว่าสามารถรับรู้และจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมหรือไม่
๙. ให้คำปรึกษารายบุคคลทุกวันศุกร์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้สะท้อนความรู้สึกที่เกิดขึ้นในแต่ละสัปดาห์ ผลลัพธ์จากการนำสิ่งที่เรียนรู้จากการทำกิจกรรมบำบัดไปใช้ สิ่งที่ได้ดี และสิ่งที่ต้องปรับปรุง เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถรับรู้อารมณ์และจัดการกับอารมณ์ได้อย่างทันท่วงทีโดยที่ไม่เกิดผลกระทบในทางลบต่อตนเองและผู้อื่น
๑๐. ทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม CBT เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการได้
๑๑. ประสานครอบครัวรับรู้และมีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดรักษา

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถสะท้อนอารมณ์ของตนเองและบอกวิธีการที่ใช้ในการจัดการกับอารมณ์ได้สำเร็จทุกสัปดาห์ ในช่วงแรกของการดูแลผู้ป่วยมีความสามารถในการรับรู้และจัดการกับอารมณ์ได้น้อย แต่เมื่อได้รับการทำกิจกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยเริ่มมีพัฒนาการในการรับรู้อารมณ์และใช้วิธีในการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น
๒. ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับผู้อื่นได้
๓. ทหลายชายผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล

ปัญหาที่ ๓ ส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมเคยรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านแต่กินบ้างไม่กินบ้าง”

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมกินแล้วรู้สึกปวดหัว นอนไม่หลับเลยไม่กินต่อ”

O: แพทย์มีแผนการรักษาผู้ป่วย ดังนี้ วันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๕ (Tenofovir disoproxil fumarate, Lamivudine, Dolutegravir: TLD) รับประทานวันละ ๑ ครั้งๆละ ๑ เม็ด เวลา ๒๐.๐๐ น.

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจวิธีการรับประทานยารักษาต้านไวรัส (เอชไอวี) อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

กิจกรรมการพยาบาล (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ๒๕๖๐)

๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการรักษา
๒. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย การรับรู้และความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแล
๓. ทบทวนความรู้เรื่องโรคเอดส์และความรู้เรื่องการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อความร่วมมือในและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
๔. แนะนำชนิดของยาต้านไวรัส พร้อมอธิบายขนาดและจำนวนยาที่ต้องรับประทาน
๕. ให้ข้อมูลถึงผลเสียของการรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาไม่ต่อเนื่องครบถ้วน จะทำให้เกิดการดื้อยาและมีผลเสียต่อสุขภาพ
๖. อธิบายอาการไม่พึงประสงค์ของยาพร้อมวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการ เช่น ปวดศีรษะ ท้องไส้ปั่นป่วน อาเจียน ท้องเสีย อ่อนเพลีย
๗. วางแผนกับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องเวลาการรับประทานยาให้สามารถดูแลได้ต่อเนื่อง (TLD) รับประทานวันละ ๑ ครั้งๆละ ๑ เม็ด เวลา ๒๐.๐๐ น.
๘. แนะนำหน่วยงานการบริการดูแลด้านสังคมที่สามารถช่วยเหลือค่าใช้จ่าย การเดินทางมาพบแพทย์ หากพบปัญหาไม่สามารถมารับบริการได้อย่างต่อเนื่องตามนัด

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการรับประทานยารักษาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๔ สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากผู้ป่วยติดยาเสพติด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมอยู่คนเดียว ไม่ค่อยสนิทกับญาติพี่น้องเพราะพ่อแม่เสียชีวิตก็ไม่ได้ติดต่อใคร”

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ที่บ้านจะอยู่กันแบบต่างคนต่างอยู่ ใครมีอะไรทำก็ไปทำ”

S: ผู้ป่วยบอกว่า “มีหลายนชายลูกของพี่ชายเป็นผู้ดูแลหลัก”

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมจะทะเลาะกับพี่ชายอยู่บ่อยๆ เพราะการใช้ยาเสพติดของผมเอง”

O: จากการซักประวัติ พบว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัวค่อนข้างห่างเหิน เนื่องจากปัญหาที่ตนไปใช้ยาเสพติด

O: จากการสังเกต พบว่า หลานชายจะเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยเพียงคนเดียว

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ภายใน ๑ เดือน
๒. มีการสื่อสารในครอบครัวอย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว
๒. ประเมินบทบาทการทำหน้าที่ครอบครัว ด้านพฤติกรรมสื่อสารที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การพูดคุยระหว่างญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล
๓. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีภายในครอบครัว เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลโดยผ่านกิจกรรม ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายไปสู่ความหวัง (Set goals)
๔. เป็นสื่อกลางในการประสานความเข้าใจ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาทางเลือกในการจัดการปัญหาและสร้างแรงจูงใจไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมฝึกวิเคราะห์แนวทางไปสู่เป้าหมาย และมีการให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการวางแผนสู่เป้าหมายโดยผ่านกิจกรรม ครอบครัวร่วมกันค้นหาทางเลือกสู่เป้าหมายและสร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย (Pathways thinking and Identify sources of motivation) (กิงกมล เตียนว, และคณะ, ๒๕๖๕)
๕. ประสานครอบครัวของผู้ป่วยให้มาร่วมวางแผนให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์
๖. ให้คำปรึกษาครอบครัว เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและปัญหาต่างๆ และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายในชีวิตที่เป็นไปได้และชัดเจนมากขึ้น ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, ๒๕๕๘)
 - ครั้งที่ ๑ ให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติด และการดูแลผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้ครอบครัวได้เข้าใจพื้นฐานของผู้ป่วยและรับรู้ว่าการติดยาเสพติดสามารถรักษาได้แต่ต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัว
 - ครั้งที่ ๒ ให้คำปรึกษาเรื่องการรับฟังปัญหาการสื่อสารภายในครอบครัว การสื่อสารที่เหมาะสม ความไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้ปรับความเข้าใจซึ่งกันและกันภายใต้การให้การช่วยเหลือของพยาบาล นำไปสู่การปรับปรุงสัมพันธภาพภายในครอบครัวให้ดีขึ้น
 - ครั้งที่ ๓ ให้คำปรึกษาครอบครัวโดยการเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวได้มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และดึงศักยภาพของครอบครัวมาใช้ในการดูแลพร้อมทั้งให้ครอบครัวและผู้ป่วยวางแผนการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายที่บ้านโดยมีพยาบาลเป็นผู้คอยให้คำปรึกษา

ครั้งที่ ๔ ให้คำปรึกษาครอบครัว โดยให้ครอบครัวนำแผนการดูแลต่อเรื่องที่ได้ออกแบบไว้เมื่อครั้งที่ ๓ ไปพูดคุยวางแผนต่อเรื่องที่บ้าน และนำมาแลกเปลี่ยนกับพยาบาลเพื่อให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของแผนการดูแลซึ่งจะต้องนำไปใช้จริง เพื่อเป็นการวางแผนการจำหน่าย

๔. สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัว

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยรู้สึกดีที่ครอบครัวให้ความสำคัญกับตนเองและมาวางแผนการดูแลร่วมกัน
๒. ผู้ป่วยและครอบครัวมีสีหน้าที่ยิ้มแย้ม ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ให้ความร่วมมือดีในการนัดมาพูดคุยแต่ละครั้ง

ปัญหาที่ ๕ ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาเนื่องจากขาดเป้าหมายในการหยุดใช้เฮโรอีนและยาบ้า ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมยังไม่อยากเลิกเฮโรอีนครับ ถ้าคิดจะเลิกสามารถเลิกเองได้”

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมอยู่บ้านก็ไม่มีใคร อยู่ตัวคนเดียวจะเลิกไปทำไม”

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมมีเงินที่ได้จากขายที่ดิน สวมมะพร้าวก็ไปใช้จ่าย”

O: ญาติต้องการให้ผู้ป่วยมาบำบัด

O: Stage of change eglussetjian (Pre - Contemplation) สีหน้าไม่สดชื่น

วัตถุประสงค์

เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา และบำบัดรักษาจนครบกระบวนการ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัดรักษา Stage of Change ระยะ Determination

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้ข้อมูลที่แท้จริง
๒. ให้คำปรึกษาประเมินแรงจูงใจการบำบัดรักษาของผู้ป่วยและให้การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา
๓. สร้างแรงจูงใจตามระยะของการเปลี่ยนแปลงระดับ Stage of Change
๔. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสพติดเฮโรอีนและยาบ้า ผลกระทบของเฮโรอีนและยาบ้า เพื่อทราบความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่
๕. แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการเสพติดเฮโรอีนและยาบ้า ผลกระทบของเฮโรอีนและยาบ้า พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการเสพติดเฮโรอีนและยาบ้า และความสำคัญของการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลที่แท้จริงอันจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย (El Abdellati et al., ๒๐๒๐)
๖. ให้กำลังใจและเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่บนเส้นทางของการหยุดการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัดรักษา Stage of Change ระยะ Determination
๒. ผู้ป่วยบอกผลกระทบจากการใช้เฮโรอีนและยาบ้า ได้ ๓ ข้อ ได้แก่ ใช้เฮโรอีนและยาบ้าทำให้ตนเองติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ตนเองต้องถูกตัดขา ทำให้ตนเองต้องขายทรัพย์สินที่บ้านทำให้ครอบครัวทะเลาะกัน

ปัญหาที่ ๖ เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำเนื่องจากไม่มีเป้าหมายในชีวิตและขาดแรงจูงใจในการเลิกเฮโรอีนและยาบ้า

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่รู้จะเลิกได้ไหม ติดเฮโรอีนและยาบ้ามานาน”

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมมาบำบัดหลายครั้งแล้วแต่ก็เลิกไม่ได้”

O: จากข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยมาบำบัดเป็นครั้งที่ ๕

O: จากการประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นอยู่ในระยะลังเลใจ (contemplation)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายและแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ลงมือปฏิบัติ (Action)

กิจกรรมการพยาบาล (วิมล ลักษณะภิกขินชัช, ๒๕๖๓)

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
๒. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองติดยา ผลกระทบจากการติดเฮโรอีนและยาบ้า การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ
๓. ให้คำปรึกษาและสะท้อนกลับถึงความรุนแรงว่าถึงขั้นติดหรือไม่ มีผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคมอย่างไร รุนแรงมาก-น้อยแค่ไหน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบความเข้าใจของตนเอง
๔. จัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา กลุ่มฝึกทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การจัดการกับอารมณ์ เพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการเผชิญปัญหา โดยไม่พึ่งพายาเสพติด โดยชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าการใช้ยาเสพติดเมื่อเกิดปัญหาชีวิตเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องจากประสบการณ์ของผู้ป่วยเองที่ผ่านมา
๕. ให้ผู้ป่วยประเมินตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากยาของตนเอง และหาทางแก้ไขปัญหาเพื่อหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นอย่างเหมาะสม
๖. ให้ความรู้เรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด และกระบวนการเลิกยาทั้ง ๑๒ ขั้นตอนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเข้ากลุ่มยาเสพติดนิรนาม (Narcotic Anonymous: NA) เพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยเฮโรอีนในการสร้างความเข้มแข็งและมีพลังในการเลิกยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง

๗. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสร้างคำมั่นสัญญา (commitment strengthening) ในการเลิกยาเสพติด เพื่อให้คำมั่นสัญญาที่จะเลิกยาเสพติดมีความหนักแน่นขึ้น และเสนอทางเลือกเพื่อการแก้ไข

๘. ติดตามความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการประเมินแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยทบทวนเป้าหมายอุปสรรคที่เกิดขึ้น

๙. ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในการวางแผนเรื่องการประกอบอาชีพ และการติดตามภายหลังการบำบัดรักษา

๑๐. ให้กำลังใจผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นลงมือปฏิบัติ (Action stage)

ปัญหาที่ ๗ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากฤทธิ์ของเฮโรอีนและยาบ้าเปลี่ยนแปลงศูนย์ควบคุมการนอนหลับที่สมอง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ตอนอยู่บำบัดยานอนหลับได้เพราะหมอให้ยา พอย้ายมาฟื้นฟูสมรรถภาพนอนไม่หลับเพราะไม่มียาแล้ว”

O: จากการประเมิน พบว่าในช่วงแรกของการรับย้ายเข้าฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยนอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ

O: จากการสังเกตผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สดชื่น มีอาการง่วงนอนขณะทำกลุ่มบำบัด และมีอาการหาวบ่อย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ตามปกติ อย่างน้อยวันละ ๖-๘ ชั่วโมง

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยนอนหลับได้ตามปกติ อย่างน้อยวันละ ๖-๘ ชั่วโมง ภายใน ๑ เดือน

๒. ผู้ป่วยมีหน้าตาสดชื่น ทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล (อิติมา ณรงค์ศักดิ์ และคณะ, ๒๕๖๓)

๑. ค้นหาสาเหตุของการนอนไม่หลับเนื่องจากการนอนไม่หลับจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและไม่สบาย ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต

๒. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับฤทธิ์ของเฮโรอีนและยาบ้าที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางซึ่งทำให้ศูนย์การนอนหลับในสมองเปลี่ยนแปลงไป

๓. แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติเพื่อการนอนหลับ (sleep hygiene) ดังนี้

- เข้านอนเวลา ๒๑.๐๐ น. ตามข้อกำหนดของหอผู้ป่วย

- งดชา กาแฟ หรืออาหารที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนเนื่องจากสารคาเฟอีนจะกระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัว ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ

- ไม่พักผ่อนในช่วงกลางวันเนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยไม่่วงนอนในตอนกลางคืน

- ก่อนเข้านอนไม่ทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากเนื่องจากการทำกิจกรรมจะกระตุ้นให้เกิดการหลั่งของอะดรีนาลีนทำให้ร่างกายตื่นตัว และไม่เกิดอาการง่วงนอน

- ออกกำลังกายช่วงเวลา ๑๖.๐๐ - ๑๗.๐๐ น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่หอผู้ป่วยกำหนดให้ออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายในช่วงเวลาดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น

- ฝึกให้ผู้ป่วยได้ปล่อยวางความเครียด ความกังวลด้วยการอ่านดูอาร์ก่อนนอน หรืออภัยตุกรซีก่อนนอน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบส่งผลให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น

๔. ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้นให้นอนไม่หลับ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้วันละ ๖-๘ ชั่วโมง และไม่ได้รับยานอนหลับ

ปัญหาที่ ๘ ฟันผุเนื่องจากการดูแลสุขภาพช่องปากไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “บางวันผมไม่ได้แปรงฟันครับ บางทีก็แปรงให้รู้ว่าแปรงแล้ว”

O: จากการประเมิน พบว่าผู้ป่วยดูแลสุขภาพช่องปากไม่เหมาะสม เนื่องจากแปรงฟันเป็นบางครั้ง

O: จากการตรวจร่างกาย พบฟันผุ จำนวน ๔ ซี่ เป็นฟันกรามล่างข้างขวา ๒ ซี่ ข้างซ้าย ๒ ซี่

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพฟันได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยแปรงฟันถูกวิธี และฟันไม่ผุเพิ่ม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ให้คำแนะนำและอธิบายเกี่ยวกับการเกิดฟันผุให้ผู้ป่วยรับทราบ ซึ่งการเกิดฟันผุเป็นการทำงานร่วมกันของสารเคมีและเชื้อแบคทีเรีย ผ่านขั้นตอนของการทำปฏิกิริยาที่ซับซ้อน ระหว่างเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก น้ำตาล และหากฟันผุไม่ได้รับการรักษาอาจก่อให้เกิดอาการปวด อักเสบ และติดเชื้อได้

๒. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยช่องปากและฟัน ดังนี้

๒.๑ สาธิตการแปรงฟันที่ถูกต้อง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทดลองฝึกการแปรงฟันด้วยตนเอง จนกว่าผู้ป่วยจะแปรงฟันได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยแปรงฟันได้ถูก วิธีสามารถป้องกันฟันผุได้

๒.๒ ให้ผู้ป่วยแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ๒-๓ ครั้งต่อวัน และแปรงฟันในช่วงเช้าและก่อนนอน หากเป็นไปได้ควรแปรงฟันระหว่างมื้ออาหาร

๒.๓ แนะนำให้ผู้ป่วยงดรับประทานอาหารหวาน ขนมขบเคี้ยว เนื่องจากอาหารเหล่านี้จะทำให้เกิดฟันผุเพิ่มได้ง่ายและทพให้เกิดอาการปวดฟัน

๓. แนะนำให้ผู้ป่วยตรวจสุขภาพช่องปากกับทันตแพทย์หลังครบการบำบัดรักษา กรณีที่เกิดอาการปวดฟันในช่วงของการบำบัดรักษาให้แจ้งพยาบาลทราบเพื่อประสานนัดคลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลปัตตานี
๔. ตรวจสุขภาพช่องปากผู้ป่วยทุกสัปดาห์เพื่อประเมินการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก

ประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยสามารถแปรงฟันได้ถูกวิธี แปรงฟันในตอนเช้าและก่อนนอน ไม่เกิดฟันผุเพิ่ม และไม่มีอาการปวดฟัน
๒. ทันตแพทย์โรงพยาบาลปัตตานีตรวจฟันแนะนำให้ถอนฟันเนื่องจากเนื้อฟันเสียหายมากแล้วใส่ฟันปลอม

ปัญหาที่ ๙ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมกลับไปอยู่คนเดียว ไม่มีงานทำ”
- S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมกลัวกลับไปแล้วใช้ซ้ำ เพราะที่บ้านยังมียาเสพติดอยู่อีก”
- S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมไม่รู้ว่าจะทนได้นานแค่ไหนถ้ากลับไปอยู่บ้าน”
- S: หลานของผู้ป่วยบอกว่า “ผมไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอด”
- O: ทีมสหวิชาชีพประเมินความพร้อมเข้าสู่ระยะก่อนกลับสู่สังคม (Re entry) วันที่ ๒๑ มกราคม

๒๕๖๖

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลหลังจำหน่าย

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยสามารถตอบวิธีการดูแลตนเองหลังจำหน่ายได้อย่างน้อย ๓ ข้อ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินปัญหาและความต้องการประเด็นในการวางแผนจำหน่าย
๒. กำหนดเป้าหมายและวางแผนการจำหน่ายตามหลัก D METHOD ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้
 - ๒.๑ D (Diagnosis) โดยให้ความรู้เรื่องการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์
 - ๒.๒ M (Medication) แนะนำการรับประทานยาต้านไวรัสที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาล และยาสำหรับรับประทานที่บ้าน โดยอธิบายฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในขณะรับประทานยา
 - ๒.๓ E (Environment) โดยแนะนำการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยไม่เข้าไปในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดซ้ำ

๒.๔ T (Treatment) ส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องโดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของการรับประทานยา และการไม่รับประทานยา พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลเป็นผู้จัดยาให้กับผู้ป่วย และตรวจสอบการรับประทานยา

๒.๕ H (Health) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

๒.๖ O (Out patient) การเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติเห็นถึงความสำคัญของการมาติดตามหลังการบำบัดรักษา การไปรับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน และส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง ปัญหาที่ต้องติดตามต่อให้แก่งานติดตามหลังการรักษา และแผนกยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลใกล้บ้าน

๒.๗ D (Diet) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดชา กาแฟ หรืออาหารที่มีคาเฟอีน

๓. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเป็นระยะเพื่อนำไปสู่การปรับปรุง แก้ไขแผนการจำหน่าย

๔. ปฐมนิเทศผู้ป่วยเข้าระยะก่อนกลับสู่สังคม (Re entry) ในวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยผ่านการประเมินในระยะก่อนกลับสู่สังคม (Re entry) ในวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เป็นระยะเวลา ๖ เดือน และจำหน่ายผู้ป่วยในวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๖ โดยผู้ป่วยได้รับการทดลองงานจ้างเหมาบริการในงานอาชีพบำบัดของโรงพยาบาลต่อจนถึงปัจจุบัน

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยสามารถตอบวิธีการดูแลตนเองหลังจำหน่ายได้ดังนี้

- ๑) จะต้องรับประทานยาต้านไวรัสทุกวัน
- ๒) หลีกเลี่ยงการไปสถานที่ที่มีความเสี่ยงในการใช้ยาเสพติด
- ๒) ดูแลสุขภาพของตนเอง

สรุปผลการดูแล

ผู้ป่วยบำบัดรักษาในระยะบำบัดยาเมื่อวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ เวลา ๑๖.๐๐ น. ถึงวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ รวมทั้งสิ้น ๑๔ วัน และย้ายมาบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ ขณะบำบัดในช่วงแรกของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมีความกังวลต่อการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ และการบำบัดแต่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ และให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมดีแต่ต้องอาศัยการกระตุ้น ไม่ค่อยมีสัมพันธภาพกับเพื่อนสมาชิก ไม่มีเป้าหมายในการบำบัดรักษา ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส (เอชไอวี) (Antiretroviral Drug; ARV) การบำบัดรักษาจึงเน้นการรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดรูปแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ได้แก่ การให้คำปรึกษา การจูงใจและบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI & MET) การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) กระบวนการทำกิจกรรมกลุ่มต่างๆ มีการประสานความร่วมมือกับผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งในกระบวนการพยาบาลได้นำตามแนวคิดทฤษฎีบรรลุเป้าหมายของคิง (King's goal attainment theory) เป็นทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายโดยเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สังคม และการเจ็บป่วย ตั้งแต่การประเมินรวบรวมข้อมูล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ทำให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน มีการวางแผนการทำงานหลังจำหน่าย เมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลจะมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารระหว่างกัน สร้างเป้าหมายร่วมกัน และมีการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย ในขณะที่พบกันครั้งแรก พยาบาลและบุคคลอาจเป็นคนแปลกหน้า แต่ก็หาทางช่วยเหลือภายในองค์กรสุขภาพที่บุคคลมาใช้บริการให้ดำรงภาวะ สุขภาพ ในระบบตัวบุคคล และระหว่างบุคคล จะมีปฏิสัมพันธ์ มีการรับรู้ มีการสื่อสาร การติดต่อ บทบาท ความเครียด การเจริญงอกงามและพัฒนาการ กาละและเทศะ ทฤษฎีนี้มุ่งเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ระยะก่อนกลับสู่สังคม (Re entry) ตั้งแต่วันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๖๖ และผ่านการประเมิน ในวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เป็นระยะเวลา ๖ เดือน แพทย์และทีมสหวิชาชีพพิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ป่วยมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน จึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๖ รวมวันนอนโรงพยาบาล ๔๒๗ วัน โดยผู้ป่วยได้รับการทดลองงานจ้างเหมาบริการในงานอาชีพบำบัดของโรงพยาบาลต่อจนถึงปัจจุบัน ส่งผลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

๑. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เฮโรอีนและยาบ้าเป็นระยะเวลาอันยาวนานมีการติดเชื่อเอชไอวีมีความรู้สึกลดน้อยคุณค่า มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย นอกจากพยาบาลต้องมีทักษะประสบการณ์ความชำนาญในการบำบัดรักษาโรคทางยาเสพติดแล้วยังต้องมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคทางกายและจิตใจด้วย มิเช่นนั้น อาจส่งผลกระทบให้ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร

๒. ในการพยาบาลผู้ป่วยทุกรายต้องใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถประเมินสภาพปัญหา นำมาวางแผนการพยาบาลให้การพยาบาล และประเมินผลได้ครอบคลุมองค์รวมและมีมาตรฐาน

๓. การให้การพยาบาลผู้ป่วย พยาบาลควรมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ มั่นใจว่าพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยและช่วยในการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้

๔. การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพสามารถรับรู้ถึงปัญหาผู้ป่วยที่แท้จริงและครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

๕. ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาร่วมวางแผนในการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายและร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันกับทีมผู้บำบัดในการบำบัดรักษา ทั้งนี้ทีมสหวิชาชีพต้องใช้ทักษะอย่างมากในการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม

๖. ทีมสหวิชาชีพมีความสำคัญในการร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอนของกระบวนการบำบัด ควรมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ มีการส่งต่อข้อมูลและประสานการทำงานร่วมกันจนถึงระยะติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชน เพื่อประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

๗. พยาบาลต้องมีการประเมินขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ของผู้ป่วย เฮโรอีนและยาบ้าเป็นระยะๆ และนำหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) มาใช้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่องไปจนถึงเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

๘. การนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบโดยปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) มาใช้ร่วมกับรูปแบบอื่นในการดูแลผู้ป่วยเฮโรอีนและยาบ้าโดยเฉพาะในผู้ป่วยเฮโรอีนและยาบ้าที่ติดหนัก ในช่วงการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๙. ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเฮโรอีนและยาบ้าเข้ากลุ่มยาเสพติดนิรนาม (Narcotic Anonymous: NA) เพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยเฮโรอีนและยาบ้าในการสร้างความเข้มแข็งและมีพลังในการเลิกยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๑). บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. (พิมพ์ครั้งที่ ๑). สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
- กึ่งกมล เตียนว, อภิรักษ์ แก้วอุทัย, และรุชิตะ เจ๊ะเต็ง. (๒๕๖๕) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ไกรวุฒิ ศรีจันทร์. (๒๕๖๖). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางจิตที่มุ่งเน้นการรับรู้สภาพจิตใจและอารมณ์แบบกลุ่มต่อความเข้มแข็งในการมองโลกและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิโรจน์ วีรชัย, ประกายรัตน์ ช่วยเจริญ, สำเนา นิลบรรพ์ และสุกมา แสงเดือนฉาย. (๒๕๕๘). มาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัดและ FAST MODEL. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธิดิมา ณรงค์ศักดิ์, ธิดิมา สงวนวิชัยกุล, และวรพงศ์ ตรีสทิวิช. (๒๕๖๓). การนอนหลับและสุขอนามัยการนอนหลับ: บทความฟื้นฟูวิชาการ. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, ๑๔(๒), ๖๙-๘๕.
- ศิริพร ยาวีราช, และคณะ. (๒๕๖๑). ประสิทธิภาพของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดการเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อทัศนคติต่อยาบ้าของสมาชิกชุมชนบำบัด โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน. วารสารกรมการแพทย์, ๙๐-๙๓.
- ศศินันท์ รักษาทรัพย์, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, และนิตยา สุริยะพันธ์. (๒๕๖๔). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, ๓๖(๑), ๑๕๙-๑๖๘.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (๒๕๖๖). สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษา ปีงบประมาณ ๒๕๖๖. หน่วยงานเวชสถิติ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, ปทุมธานี.
- สุกมา แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, วันเพ็ญ ใจปทุม, สุภภัทร คงหอม, ญาดา จินประชา และธัญญาสิงห์โต(2557). ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาซ้ำของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน. บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- สำเนา นิลบรรพ์, บุญเรือง ศรีเหรียญ และ อูษา คงทอง. (๒๕๕๙). ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University*, ๑๐(๑), ๑๙๕-๒๐๙.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (๒๕๖๐). *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี ๒๕๖๐*. (พิมพ์ครั้งที่ ๑). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. (๒๕๖๖). *สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาปีงบประมาณ ๒๕๖๖*. หน่วยงานเวชสถิติ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี, ปัตตานี.

พิชัย แสงชาญชัย. (๒๕๖๕). *คู่มือจิตเวชศาสตร์การเสพติด ชมรมจิตเวชศาสตร์การเสพติดแห่งประเทศไทย Handbook of addiction psychiatry*. กรุงเทพฯ: ชมรมจิตเวชศาสตร์การเสพติด ประเทศไทย.

พัชชา วงศ์สุวรรณ. (2552). *พฤติกรรมกรรมการเสพยาบ้าของวัยรุ่น : การศึกษารายกรณี*. [สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].

http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Gui_Cou_Psy/Patcha_W.pdf

วิมล ลักขณาภิชนชัย. (๒๕๖๓). *คู่มือบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด*. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (๒๕๕๘). การบำบัดครอบครัว: บทบาทของพยาบาลจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ๒๙(๑), ๑-๑๓.

King, I. M. (๑๙๘๑). *A theory for nursing: Systems, Concept, Process*. New York: A Wiley medical publication.

El Abdellati, K., De Picker, L., & Morrens, M. (๒๐๒๐). Antipsychotic Treatment Failure: A Systematic Review on Risk Factors and Interventions for Treatment Adherence in Psychosis. *Frontiers in Neuroscience*, ๑๔.

United Nations Office on Drugs and Crime. (๒๐๒๓). *Global Overview: Drug Demand Drug Supply*. USA.