



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

คู่มือแนวทางการดำเนินงาน

ด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ **ผู้ติดสุรา/ยา/สารเสพติด**

ที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต



กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือแนวทางการดำเนินงาน

ด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/สารเสพติด

ที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต



กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/สารเสพติด
ที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต

ที่ปรึกษา

นายแพทย์บุรินทร์	สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
นางกฤษณา	จันทร์ตรี	ที่ปรึกษาด้านวิชาการยาและสารเสพติด กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
นางธิดา	จุลินทร	ผู้ช่วยผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

บรรณาธิการ

นางวิณา	บุญแสง	รองผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
---------	--------	--

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวพนิดา	สีนาเวช	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางสาวอุษา	เขตรเชื่อน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นางสาวกมลวรรณ	จันทร์โชติ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นางสาวศรีแพร	หนูแก้ว	นักวิชาการสถิติ

จัดพิมพ์โดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต อาคาร 2 ชั้น 4 กรมสุขภาพจิต
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร: 0 2590 8047 Fax: 0 2149 5533

ปีที่พิมพ์ 2564

ครั้งที่พิมพ์ ครั้งที่ 1 (กันยายน 2564)

จำนวนที่พิมพ์ 1,000 เล่ม

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/สารเสพติด
ที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต.-- นนทบุรี : กองบริหาร
ระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564.
108 หน้า.

1. บำบัดรักษาทางจิต. 2. ผู้ติดยา. - การฟื้นฟูสมรรถภาพ. 3. คนติดยาเสพติด --
การฟื้นฟูสมรรถภาพ. I. วิณา บุญแสง. II. ชื่อเรื่อง.

615.8528

ISBN 978-616-11-4708-2

พิมพ์ที่

บริษัท ดีนาคู มีเดีย พลัส จำกัด

คำนำ

แม้ว่าประเทศไทยจะกำลังเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ยังคงมีอัตราการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาสาธารณสุขที่ยังทวีความรุนแรงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศไทย ซึ่งรัฐบาลตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข และมีนโยบายให้พัฒนาระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยและผู้ติดยาเสพติด ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกับนโยบายยาเสพติดโลก ภายใต้แนวคิด “ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด คือ ผู้ป่วย” ที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา ประกอบกับนโยบายการถ่ายโอนภารกิจด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยและผู้ติดยาเสพติดในระบบต่างๆ ให้กับกระทรวงสาธารณสุข และประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่ ส่งผลให้หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งต้องเตรียมพร้อมเพื่อการรองรับการให้บริการผู้ป่วยยาเสพติดที่จะเพิ่มจำนวนมากขึ้น และพัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตปกติรูปแบบใหม่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดฯ

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต จึงได้พัฒนาคู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/ยา/สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต เพื่อเป็นแนวทางให้สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตนำไปดำเนินการให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตลอดจนสถานพยาบาลอื่นๆ ที่มีผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตสามารถใช้เป็นแนวทางในการให้บริการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดยา/ยา/สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวชสามารถเข้าถึงบริการบำบัดรักษาฟื้นฟูที่มีคุณภาพ ลดการกลับไปเสพซ้ำ ลดอาชญากรรม และความเสียหายทางเศรษฐกิจ สังคม

คณะทำงานขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องในการจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/ยา/สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต (ฉบับทดลองใช้) เล่มนี้ และหวังว่า คู่มือฯ นี้ จะเป็นประโยชน์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาล ตลอดจนหน่วยงานภาคีเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้ต่อไป

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต

สารบัญ

คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1 บทนำ	1
สถานการณ์ปัญหายาเสพติด	1
● สถานการณ์ปัญหายาเสพติดโลก	1
● สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในประเทศไทย	1
● สถานการณ์ยาเสพติด ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	5
● ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	6
ต่อการดำเนินงานด้านยาเสพติด	
กลุ่มเป้าหมายผู้ใช้คู่มือ	7
วัตถุประสงค์ของคู่มือ	8
บทที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ยาเสพติด และโรคร่วมทางจิตเวช	9
● คำจำกัดความ/นิยามผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด และโรคร่วมทางจิตเวช	9
● ชนิดของสารเสพติด	12
● โรคสำคัญทางจิตเวช	16
● ภาวะโรคทางกายที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยจิตเวช	19
● แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและการรักษาด้วยยา	21
บทที่ 3 การคัดกรอง ประเมินทางคลินิก บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ	31
ผู้ป่วยสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีอาการทางจิต และโรคร่วมทางจิตเวช	
● การคัดกรอง	31
● การประเมินทางคลินิก	33
● การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ	35
● โปรแกรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ	40
บทที่ 4 การติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัด	54
● แนวคิดการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา	54
● รูปแบบการติดตามดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการบำบัด	62
บทที่ 5 ระบบรายงานการบำบัดรักษา และติดตามต่อเนื่อง	71
● แบบรายงานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)	71
บรรณานุกรม	96
ภาคผนวก	98
● แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา	98
กระทรวงสาธารณสุข (V.2)	
● รายนามผู้เข้าร่วมประชุมหารือเพื่อพัฒนาคู่มือแนวทางการดำเนินงาน	102
ด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและ	
โรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต	

สถานการณ์ปัญหายาเสพติด

▶▶ 1. สถานการณ์ยาเสพติดโลก

ข้อมูลจากรายงานยาเสพติดโลก ปี ค.ศ. 2020 (World Drug Report 2020) ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่ง สหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC) พบว่า ในปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติด ประมาณ 269 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของประชากรโลก (ปี พ.ศ. 2560 มีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 271 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก) สำหรับประเภทของยาเสพติดที่ใช้ พบว่ายาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุดคือ กัญชา 192 ล้านคน รองลงมาคือ กลุ่มโอปิออยด์ 58 ล้านคน แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ 27 ล้านคน เอ็กซ์ตาซี 21 ล้านคน และโคเคน 19 ล้านคน (ปี พ.ศ. 2560 ยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุดคือ กัญชา 188 ล้านคน รองลงมา คือ กลุ่มโอปิออยด์ 53 ล้านคน แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ 29 ล้านคน เอ็กซ์ตาซี 21 ล้านคน และ โคเคน 18 ล้านคน) (มานพ คณะโต และ พูนรัตน์ ลียติกุล, 2564, น. 9)

นอกจากนี้ สถานการณ์ยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ทั่วโลกมีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ที่พบแนวโน้มเพิ่มมากที่สุดคือ สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine - type stimulants : ATS) โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีนที่มีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, 2563, น.15)

▶▶ 2. สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย

ปัญหาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันยังคงมีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางและรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบด้านลบทั้งด้านสาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจ การเมือง และความมั่นคงของประเทศ แม้ว่ารัฐบาลจะตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และได้กำหนดให้เป็นนโยบายเร่งด่วนเพื่อจะลดการระบาดและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกันในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการแพร่ระบาดยาเสพติดภายในประเทศ ตลอดจนใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเฉียบขาดกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการค้ายาเสพติดแล้วก็ตาม แต่สถานการณ์ปัญหายาเสพติดก็ยังไม่มีความโน้มถ่วงจะลดลง

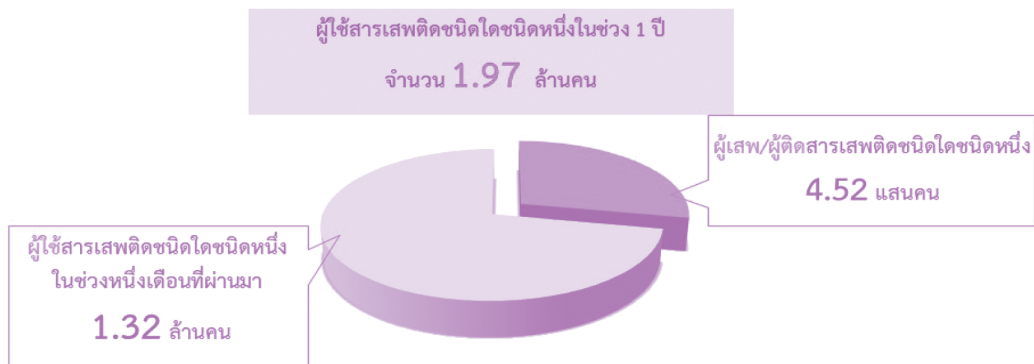


2.1 สถานการณ์ผู้ใช้สารเสพติดในประเทศไทย

จากรายงานการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี พ.ศ.2562 คาดประมาณว่า

- มีคนไทย 3.75 ล้านคนหรือร้อยละ 7.46 ของคนไทยอายุ 12-65 ปี เคยใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในช่วงชีวิต (ไม่รวมสุรา ยาสูบ ยาแก้ปวดประสาท และยานอนหลับ)
- มี 1.97 ล้านคน (ร้อยละ 3.91) ใช้ยาเสพติดในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา
- มี 1.32 ล้านคน (ร้อยละ 2.62) ใช้ยาเสพติดในรอบเดือนที่ผ่านมา ก่อนการสำรวจ และในจำนวนนี้ 452,000 คน (ร้อยละ 0.9) ใช้ยาเสพติดเป็นประจำ (ใช้ 20 วัน หรือมากกว่าในเดือนที่ผ่านมา)

สถานการณ์ผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย



ที่มา: รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี 2562 (รศ.มานพ คณะโต และคณะ, 2562)



2.2 ประเภทของยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาด

จากรายงานผลการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ 2563 ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม ระบุว่า ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด คือ ยาบ้า (ร้อยละ 77.9) รองลงมาคือ ไอซ์ (ร้อยละ 9.7) กัญชา (ร้อยละ 4.8) เฮโรอีน (ร้อยละ 2.3)

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเป็นรายตัวยา พบว่า การแพร่ระบาดไอซ์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คีตาามีน และเอ็กซ์ตาซี นิยมใช้ในหมู่นักเที่ยวกลางคืนซึ่งพบการแพร่ระบาดอย่างมากในหัวงที่ผ่านมา โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานครและพื้นที่จังหวัดที่มีสถานบันเทิงและแหล่งท่องเที่ยว นอกจากนี้ยังพบว่าภายหลังจากการประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) ให้สามารถนำกัญชา

มาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และการวิจัยได้ พบว่ามีผู้ใช้กัญชาและผลิตภัณฑ์จากกัญชา (น้ำมันกัญชา) เพิ่มขึ้น และยังพบการนำยารักษาโรคและยาอันตรายภายใต้การควบคุมมาใช้ในทางที่ผิดมากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่ม นักเรียน/นักศึกษา เช่น ยาแก้แพ้ ยาแก้ปวด ยาแก้ลมประสาท ยานอนหลับ ฯลฯ

2.3 สถานการณ์ด้านการค้ายาเสพติด นอกจากการค้าขายแบบทั่วไปแล้ว พบว่ากลุ่มผู้ค้ากระตุ้นความต้องการของผู้เสพติดด้วยราคาที่ถูกลง นอกจากนี้ยังได้ใช้ช่องทางออนไลน์ควบคู่กับการส่งยาเสพติดทางพัสดุไปรษณีย์ในการกระจายยาเสพติดไปสู่กลุ่มผู้เสพติดมากขึ้น การค้ายาเสพติดได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ โดยการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการซื้อขายผ่าน Application เช่น Line, Twitter, Facebook , IG ฯลฯ โดยเฉพาะช่องทาง Twitter พบการซื้อขายมากที่สุด รองลงมาคือ Facebook อีกทั้งมีช่องทางการส่งให้เลือกหลากหลาย เช่น นักรับ หรือส่งผ่านไปรษณีย์ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งปัจจุบันระบบขนส่งมีความสะดวกและรวดเร็วมากการส่งในแต่ละครั้งจะส่งไปได้หลายพื้นที่ในคราวเดียวและหลายชิ้น นอกจากนี้การโอนเงินค่ายาเสพติดผ่านทาง Mobile Application รวมทั้งทางอินเทอร์เน็ตเป็นปัจจัยหนึ่ง que เสริมให้ การค้ายาเสพติดออนไลน์ขยายวงออกไปได้มากขึ้น จึงเป็นปัจจัยเสริมให้กลุ่มผู้เสพติดสามารถเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย ทำให้สถานการณ์การแพร่ระบาดยังอยู่ในภาวะรุนแรง

2.4 สถานการณ์การบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรมระบุในรายงาน ว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) 180,483 คน ผู้เข้าบำบัดยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นรายใหม่ ร้อยละ 67.0 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.9 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20 - 24 ปี (ร้อยละ 18.7) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25 - 29 ปี (ร้อยละ 18.6) และกลุ่มอายุ 30 - 34 ปี (ร้อยละ 15.3) ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 57.4 รองลงมาคือ ผู้ติด ร้อยละ 38.6 และผู้ใช้ ร้อยละ 4.0 จากข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด พบว่ายาเสพติดที่ต้องให้การเฝ้าระวัง คือ โอส และเฮโรอีน ที่มีแนวโน้มผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มสูงขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, 2563)

ทั้งนี้ สอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์การบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดโดยรวม ปี พ.ศ. 2559-2563 (รัตน กัลยาศิริ ,2563, น. 29) ที่ระบุไว้ว่า จากข้อมูลในระบบ บสต. พบว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดทุกระบบ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่า ร้อยละ 90 อย่างไรก็ตามพบว่า มีผู้หญิงเข้ารับการบำบัดรักษาในสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยในปีพ.ศ. 2559 เพศหญิงเข้ารับการบำบัดคิดเป็นร้อยละ 7.02 จากผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ทั้งหมด แต่ในปีพ.ศ. 2563 พบว่ามีสัดส่วนของเพศหญิงที่เข้ารับการบำบัดมากขึ้นจากเดิมเป็นร้อยละ 10.13 ของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าเพศหญิงมีปัญหาการใช้สารเสพติดมากขึ้น หรืออาจเพราะสามารถ



เข้าถึงบริการบำบัดรักษาได้มากขึ้น ปัญหาสารเสพติดในเพศหญิงมีความจำเพาะ และมีลักษณะที่แตกต่างจากเพศชาย เช่น ประเด็นปัญหาด้านสัมพันธภาพ สาเหตุและตัวกระตุ้นการกลับไปติดซ้ำ ปัจจัยด้านการดูแลบุตร ตราบาปทางสังคม (social stigma) เป็นต้น นอกจากนี้ในกลุ่มหญิงชายบริการ บางครั้งมีการใช้เมทแอมเฟตามีนเพื่อช่วยให้สามารถมีกิจกรรมทางเพศกับผู้ให้บริการได้ นอกจากนี้ **แนวโน้มของการเกิดโรคร่วมที่พบในผู้ที่ใช้สารเสพติดมีมากขึ้น** เช่น เมทแอมเฟตามีนพบโรคจิตจากการใช้เมทแอมเฟตามีน อารมณ์แปรปรวนหรือภาวะซึมเศร้าหลังจากหยุดใช้เมทแอมเฟตามีน ปัญหาด้านสมาธิและความจำจากผลกระทบต่อระบบประสาทและสมอง เป็นต้น ซึ่งผลของโรคร่วมดังกล่าว ทำให้ความยุ่งยากซับซ้อนในการบำบัดรักษาเพิ่มมากขึ้น **ปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีนที่เพิ่มขึ้น ทำให้ โรคร่วมทางจิตเวชมีอาการแย่ลง ในขณะที่เดียวกันอาการของโรคร่วมทางจิตเวชที่เป็นมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยใช้เมทแอมเฟตามีนมากขึ้นตามไปด้วยเพื่อลดอาการซึมเศร้า หงุดหงิด หรือความรู้สึกที่ไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น การดูแลผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนที่มีโรคร่วมทางจิตเวชควรได้รับการบำบัดรักษาทั้งสองภาวะควบคู่กันไปแบบบูรณาการร่วมกันจะได้ผลในการรักษาดีที่สุด** (integrated treatment of cooccurring disorders)

ปัญหาความยุ่งยากซับซ้อนในการบำบัดรักษาปัญหาจากการเสพเมทแอมเฟตามีนนอกจากการ มีโรคร่วมทางจิตเวชแล้ว ปัจจุบันยังพบว่า**แนวโน้มของผู้ที่เสพเมทแอมเฟตามีนมักจะใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน ที่พบบ่อยได้แก่ กัญชา แอลกอฮอล์ บุหรี่ไฟฟ้า พืชกระท่อม ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์** เป็นต้น ซึ่งการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน อาจส่งผลให้รูปแบบอาการเมาสารหรืออาการถอนหลังจากหยุดใช้สารมีได้หลากหลาย สารเสพติดบางชนิดจำเป็นต้องได้รับยาเฉพาะในการบำบัดรักษาอาการถอนเพื่อลดอาการของผู้ป่วย เช่น แอลกอฮอล์ สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ เป็นต้น การประเมินอาการในช่วงที่มีอาการเมาสารหรือสงสัยว่ามีการใช้สารเสพติดเกินขนาด หรือการบำบัดอาการถอนจากการหยุดใช้ สารเสพติด ควรทำการประเมินอย่างรอบด้านถึงสาเหตุที่เป็นไปได้ของผลจากสารเสพติดแต่ละชนิด นอกจากนี้การจัดรูปแบบการบำบัดรักษาเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดหลายชนิด ร่วมกันหรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวช จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดรักษาผู้ป่วยในกลุ่ม ดังกล่าวและลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำได้ (รัศมน กัลยาศิริ, 2563, น.31)



สรุป ประเทศไทยยังคงเผชิญอยู่กับปัญหายาเสพติดที่มีแนวโน้มการระบาดรุนแรง ขยายวงกว้างออกไปในทุกสาขาอาชีพและกลุ่มวัยต่างๆมากขึ้น สาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆ ทั้งทางด้านภูมิศาสตร์ของประเทศ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการสื่อสาร กลยุทธ์ใหม่ๆของผู้ค้ายาเสพติด ส่งผลให้เกิดช่องทางการค้าขาย ยาเสพติดที่สะดวกรวดเร็ว เข้าถึงได้ง่าย เกิดผู้ใช้ผู้แพร่ขายใหม่เพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกัน ผู้ใช้สารเสพติดเดิมก็อาจใช้ในปริมาณที่มากขึ้น ลองใช้สารเสพติดตัวใหม่ หรือมีการใช้ ยาเสพติดหลายชนิดร่วมกัน มีการผสมสูตรสารขึ้นมาใหม่ ส่งผลให้มีการเสพติดที่รุนแรง มากขึ้น เกิดปัญหาความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนหลายระบบ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษายาวนานขึ้น รวมทั้งใช้วิธีการการบำบัดรักษาที่หลากหลายรูปแบบ และยังมีโอกาสกลับมาเสพติดซ้ำสูง ปัญหาของประเทศไทยจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ในการช่วยกันป้องกันและแก้ไข ปัญหาเสพติดทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน



สถานการณ์ยาเสพติด ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ร่วมกับศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ ได้สำรวจกลุ่มประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ถึง การรับรู้อันตรายของสารเสพติดที่อาจมีผลต่อการเกิดโรคโควิด-19 รวมถึงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในหนึ่งปีที่ผ่านมา จำนวน 1,825 ตัวอย่าง โดยทางโทรศัพท์ใน 15 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ พบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของประชากรไทยที่ทำการสำรวจ รับรู้ว่าการใช้สารเสพติดสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ และราว 4 ใน 5 ของประชากร ทราบว่าการใช้สารเสพติดจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคโควิด-19 โดยหากเกิดการติดเชื้อแล้วอาจทำให้มีผลแทรกซ้อนและอาการที่รุนแรงกว่าการไม่ใช้สารเสพติดได้ อย่างไรก็ตาม ในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นั้น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.8 ยังพบเห็นหรือทราบว่ามีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายอยู่ในชุมชนหรือละแวกที่ตนอยู่อาศัย โดยชนิดสารเสพติดที่พบการใช้ในชุมชน มากเรียงตามลำดับ ได้แก่ น้ำต้มใบกระท่อมผสมสารอื่น (ร้อยละ 55.6) ยาบ้า (ร้อยละ 52.6) ใบกระท่อม แบบเคี้ยวสด (ร้อยละ 49.6) กัญชา (ร้อยละ 23.1) ไอซ์ (ร้อยละ 12.4) สารระเหย (ร้อยละ 3.8) มอร์ฟิน (ร้อยละ 0.9) ผีน (ร้อยละ 0.4) ยาเค (ร้อยละ 0.4) ของผู้ที่พบการใช้สารเสพติดในชุมชนของตน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.6 ได้พบเห็นหรือทราบว่ามีการซื้อขายสารเสพติดผิดกฎหมาย ในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ โดยร้อยละ 37.7 ของผู้ที่รับรู้ถึงการซื้อขายในชุมชนของตนเองเหล่านี้รายงานว่า มีการซื้อขายสารเสพติดผิดกฎหมาย “ลดลง” และระบุว่าพบเท่าเดิมหรือไม่แน่ใจประมาณร้อยละ 47.1 อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่าร้อยละ 15.2 ที่ระบุว่าพบการซื้อขายมากขึ้นในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

ซึ่งผลดังกล่าวพบได้เช่นเดียวกับการรายงานโดยผู้ที่ใช้สารเสพติดเอง โดยส่วนใหญ่ของผู้ที่ใช้สาร จะตอบว่าตนได้ใช้สาร “ลดลง” หรือ “ไม่ได้ใช้เลย” ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2563 เทียบกับก่อนการแพร่ระบาดของโรคใน 12 เดือนก่อนหน้าการสำรวจ เช่น พิษกระท่อม มีการระบุว่าตนได้ใช้ลดลงหรือไม่ใช้เลยอยู่ที่ร้อยละ 46.3 โดยมีการใช้เท่าเดิมร้อยละ 46.3 เช่นเดียวกัน และมีการใช้มากขึ้นเพียงร้อยละ 4.9 รวมถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีการใช้ลดลงหรือไม่ใช้เลยถึงร้อยละ 74.1 ของผู้ที่ใช้น้ำก่อนหน้าการระบาดของโรค ซึ่งมีผู้ดื่มปริมาณและความถี่เท่าเดิมเพียงร้อยละ 25.6 และมีจำนวนน้อยมากเพียงร้อยละ 0.3 ที่มีการดื่มมากขึ้นในช่วงดังกล่าว ส่วนสารที่พบว่ามีการใช้ลดลงแต่ไม่มากนัก ได้แก่ บุหรี่ ที่พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 70.7 ยังคงสูบบุหรี่เท่าเดิม โดยมี รวร้อยละ 28.7 ที่สูบบุหรี่ลดลงหรือหยุดสูบไปเลย ส่วนจำนวนผู้ที่ตอบว่าสูบบ่อยขึ้นนั้นมีจำนวนที่น้อยมากเพียงร้อยละ 0.6 ทั้งนี้ สารเสพติดที่มีการใช้ลดลงบ้างแต่ไม่มากนักในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยกลับพบว่ามีการใช้เพิ่มขึ้นด้วยในสัดส่วนที่สูงพอๆกัน ได้แก่ ัญญาแบบสันหนากการ โดยพบการใช้ลดลงร้อยละ 17.0 เท่ากันกับการใช้ที่มากขึ้น คือร้อยละ 17.0 เช่นเดียวกัน และส่วนใหญ่ร้อยละ 62.3 ของผู้ใช้กัญชา ยังคงใช้สารอยู่ในปริมาณและความถี่ที่คงเดิมในช่วงการระบาดของโรค (รัศมน กัลยาศิริ , 2563, น.5-6)

สำหรับเหตุผลที่ใช้สารเสพติด “ลดลง หรือ หยุดการใช้สาร” ในช่วงการแพร่ระบาดของโรค โควิด-19 นั้น รายงานดังกล่าวระบุว่า กลุ่มผู้ใช้สารตอบว่าที่ใช้ลดลงเพราะไม่ได้ไปพบปะสังสรรค์ร่วร้อยละ 29.8 เพราะกลัวติดเชื้อโรคโควิด-19 รวร้อยละ 15.5 และที่ไม่ใช้หรือใช้ลดลงเพราะไม่มีสารให้ใช้อยู่ที่ร้อยละ 11.9 อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.4 ตอบว่าใช้ลดลงโดยไม่มีเหตุผลใดที่เฉพาะเจาะจง ส่วนเหตุผลที่ผู้ใช้สารเสพติดใช้ “มากขึ้น” นั้น เนื่องจากเกิดความเครียด เบื่อหน่าย เศร้า (ร้อยละ 6.0) และมีเวลาว่างมากขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของโรค (ร้อยละ 2.4) (รัศมน กัลยาศิริ, 2563, น.5-6)



ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อการดำเนินงานด้านยาเสพติด

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้รัฐบาลมีมาตรการออกมาหลายอย่าง ทั้งการประกาศพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 หรือ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน ห้ามประชาชนเข้าไปในพื้นที่หรือสถานที่ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การปิดช่องทางเข้ามาในราชอาณาจักร ไม่ว่าจะเป็นอากาศยาน เรือ รถยนต์ หรือพาหนะอื่นใด หรือในการใช้เส้นทางคมนาคมไม่ว่าทางอากาศ ทางน้ำหรือทางบก การตั้งจุดคัดกรองต่าง ๆ ระหว่างจังหวัด การประกาศเคอร์ฟิว การห้ามออกนอกเคหสถานระหว่างเวลาที่กำหนด การห้ามหรือข้อจำกัดการดำเนินการหรือการจัดกิจกรรมบางอย่าง เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินงานด้านยาเสพติดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องปรับแผนงานเพื่อรองรับและสอดคล้องตามสถานการณ์

ปัญหา รวมทั้งการปรับตัวเพื่อรับมือกับรูปแบบวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ของสังคมไทย สำหรับหน่วยงานด้านสาธารณสุขมีการปรับการดำเนินงานด้านการป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติด โดยสรุปดังนี้

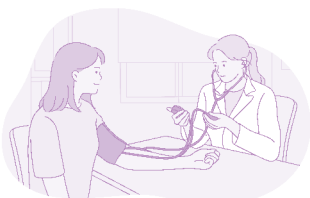
ด้านการป้องกันยาเสพติด ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามีแนวโน้มการใช้สารเสพติดน้อยลง หรือบางรายไม่ใช้เลย สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากไม่ได้พบปะสังสรรค์กับเพื่อน ประกอบกับมาตรการภาครัฐที่ให้กักตัวอยู่บ้าน เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงพื้นที่ถี่ขึ้น การซื้อขายในยามวิกาลทำได้ยากเพราะมีเคอร์ฟิว รวมทั้งมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ขณะเดียวกันประชาชนตื่นตัวด้านการรักษาสุขภาพหันมาใส่ใจต่อสุขภาพมากขึ้น โดยปรับแนวทางกิจกรรมในการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มวัยเสี่ยงสูง เน้นใช้รูปแบบการณรงค์และสร้างการรับรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น



ด้านการบำบัดรักษายาเสพติด เพื่อลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการปรับแผนการบำบัดรักษายาเสพติด โดยเฉพาะการลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลหรือการจัดกิจกรรมในศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบสื่อสารทางไกล การเพิ่มแนวทางการนำชุมชน/ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติด ซึ่งเป็นการค้นหาและช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตามสภาพการเสพติด รวมทั้งการติดตามผู้ผ่านการบำบัดโดยกลไกในระดับชุมชน นอกจากนี้เมื่อสถานการณ์คลี่คลายหน่วยบริการสาธารณสุขมีมาตรการเข้มข้นในการค้นหาผู้เสพยาเสพติดนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาอีกทางหนึ่ง เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น หรือหลุดออกจากระบบการรักษาและอาจกลับไปเสพยาซ้ำได้ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, 2563, น.7)

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้คู่มือ

1. บุคลากรสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรควิตกกังวลทางจิตเวช ในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต
2. เครือข่ายบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพ



วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นคู่มือแนวทางในการดำเนินงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช ในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ตลอดจนเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพ



บทที่ 2

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ยาเสพติด และโรคร่วมทางจิตเวช

คำจำกัดความ

ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ที่มีอาการทางจิตจากโรคแทรกหรือโรคร่วมทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด

โรคจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ประกอบด้วย

1. โรคแทรกทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด เช่น โรคจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด Substance/Alcohol induced psychosis (F1x.5)
2. โรคร่วมทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด เช่น โรคจิตเภทร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด (F20.xx+F10.xx-F19.xx), กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Moods Disorder) (F3x.xx), กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder)

ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยอย่างน้อย 1 ข้อขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 หรือ DSM-V ที่มีภาวะอันตรายสูงหรือที่มีความเสี่ยงต่อการก่อให้เกิดอันตรายสูงตามเกณฑ์ ดังนี้

- V1 : มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
- V2 : มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
- V3 : มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย
- V4 : เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

หมายเหตุ : ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งให้ถือเป็นผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และต้องให้การบริการดูแลช่วยเหลือตามรูปแบบของผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน (3S)



ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงยุ่งยาก ซับซ้อน (3S) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์ ICD-10 และมีภาวะดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยาแบบผู้ป่วยนอก เป็นระยะเวลา 3 เดือนแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น
2. ผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการที่เฉพาะเจาะจงและเข้มข้นแบบผู้ป่วยใน
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 3 ครั้งใน 1 ปี
4. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายภายใน 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล
5. ผู้ป่วยภาวะโรคร่วมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดหรือสุรามีปัญหาพฤติกรรมอารมณ์สังคมอย่างรุนแรง (ผู้ป่วยคลินิก COD)
6. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านนิติจิตเวช หรือได้รับการส่งต่อจากกระบวนการยุติธรรมหรือความเป็นธรรมทางสังคม (ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต) เช่น ผู้ป่วยที่ถูกกล่าวหาว่าละเมิดทางเพศ หรือถูกทารุณกรรมทางกาย (ผู้ป่วยนิติจิตเวช)
7. ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชต้องเข้ารับการสังเกตแบบผู้ป่วยใน (ผู้ป่วย Admit)
8. ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน และมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย
9. ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในและมีปัญหาทางสังคม ได้แก่ ผู้ป่วย re-admit ภายใน 1 เดือน, ผู้ป่วยล่าช้า, ญาติปฏิเสธ/ไม่เข้าใจ, ชุมชนปฏิเสธ, ผู้ป่วยเรื้อรัง, ผู้ป่วยไม่มีญาติ
10. ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในแต่อาการทางจิตไม่ดีขึ้นภายใน 15 วัน

►► “โรคร่วม” และ “โรคจิตเวชร่วม”

นิยามของคำว่า “โรคร่วมทางจิตเวชในผู้มีปัญหาสารเสพติด” (Co-Occurring Disorders, COD)

คำว่า Co-Occurring Disorders เป็นคำอธิบายถึงความผิดปกติหรือโรคใดที่ปรากฏขึ้นพร้อมๆ กัน ซึ่งบางครั้งจะเรียกว่าโรคร่วม (Comorbidity) เช่น โรคซึมเศร้าร่วมกับโรคสมาธิสั้น เป็นต้น ในที่นี้ COD จะหมายถึงปรากฏการณ์ที่ความผิดปกติของการใช้สารเสพติดร่วมกับภาวะความผิดปกติทางจิตใจในช่วงเวลาเดียวกัน การเกิดโรคหรือความผิดปกติร่วมกันนั้นแสดงอาการของโรคหรือความผิดปกติแต่ละอย่าง ดังนั้นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยควรได้รับการดูแลร่วมกันทั้งปัญหาการใช้สารเสพติดที่ผิดปกติและภาวะผิดปกติทางจิตใจที่พบ (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2555, น.5)

โรคร่วม หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคหลัก (index condition) โดยโรคหลักเป็นอาการสำคัญที่มาพบแพทย์หรือขึ้นอยู่กับแพทย์เฉพาะทางด้านใด

โรคจิตเวชร่วม Co-occurring disorders (COD) หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชตั้งแต่สองโรคขึ้นไป



นิยามของคำว่า “โรคร่วมทางจิตเวชในผู้มีปัญหาสารเสพติด” (Co-Occurring Disorders, COD)

คำว่า Co-Occurring Disorders เป็นคำอธิบายถึงความผิดปกติหรือโรคใดที่ปรากฏขึ้นพร้อมๆ กัน ซึ่งบางครั้งจะเรียกว่าโรคร่วม (Comorbidity) เช่น โรคซึมเศร้าร่วมกับโรคสมาธิสั้น เป็นต้น ในที่นี้ COD จะหมายถึงปรากฏการณ์ที่ความผิดปกติของการใช้สารเสพติดร่วมกับภาวะความผิดปกติทางจิตใจในช่วงเวลาเดียวกัน การเกิดโรคหรือความผิดปกติร่วมกันนั้นแสดงอาการของโรคหรือความผิดปกติแต่ละอย่าง ดังนั้นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยควรได้รับการดูแลร่วมกันทั้งปัญหาการใช้สารเสพติดที่ผิดปกติและภาวะผิดปกติทางจิตใจที่พบ(พันธุกรรม กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2555, น.5)

► แนวคิดเกี่ยวกับ “โรคร่วม”

แนวคิดที่ 1: ความสำคัญของโรค (Relative importance)

- **Complication** หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นตามมา
- **Multi-comorbidity** หมายถึง การมีโรคร่วมหลายโรคร่วมกันทั้งโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลัน โดยไม่สามารถระบุได้ว่าโรคใดเป็นโรคหลัก
- **Multimorbidity** หมายถึง การมีโรคสองโรคที่ต่างกันโดยชัดเจน เกิดขึ้นร่วมกัน โดยไม่สามารถบอกได้ว่าโรคใดมาก่อนกัน

แนวคิดที่ 2: การดำเนินโรค (Chronology)

- ช่วงเวลา (timespan) และลำดับการเกิด (sequence) เป็นสิ่งสำคัญ
- ช่วงเวลาหนึ่งอาจมีโรคทางจิตเวชสองโรคเกิดขึ้นแต่ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้น ณ เวลาเดียวกันก็ได้
- ลำดับการเกิดก่อนหลังของโรคร่วมก็มีความสำคัญในแง่ต้นเหตุพยากรณ์โรค และการรักษา

แนวคิดที่ 3: ภาระโรคร่วมและภาพรวมของผู้ป่วย (morbidity burden and patient complexity)

ภาระโรคที่รวมไปถึงการสูญเสียจากความเจ็บป่วยและผลกระทบต่อผู้ป่วยซึ่งสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ความสามารถในการทำงาน

เครื่องมือที่ใช้จำแนกผู้ป่วยตามกลุ่มโรค อายุและเพศ เช่น Diagnosis Related Groups (DRGs) ใช้ประเมินความรุนแรงของโรคร่วมโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อแสดงความเชื่อมโยงระหว่างโรคต่างๆ กับผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อทรัพยากรการดูแลสุขภาพ มีผลต่อการตัดสินใจทางคลินิก เวลาที่ใช้และทรัพยากรการดูแลสุขภาพ



ยาเสพติด เป็นปัญหาใหญ่ที่ทั่วโลกให้ความสำคัญในการป้องกันและปราบปรามเพื่อจัดให้หมดสิ้นไป ปัจจุบันรัฐบาลได้ดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างจริงจัง โดยการเร่งปราบปรามผู้ผลิต ผู้นำเข้าและผู้จำหน่ายยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง เพิ่มมาตรการในการควบคุมตัวสารสำคัญและสารประกอบที่ใช้ในการผลิตยาเสพติด รวมทั้งเพิ่มบทลงโทษผู้กระทำความผิด ซึ่งสามารถบรรเทาปัญหายาเสพติดในประเทศไปได้ในระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามยาเสพติดยังมีผลต่อสุขภาพของผู้ใช้สารเสพติดในแต่ละชนิด โดยมีแนวโน้มของการเกิดโรคร่วมที่พบในผู้ใช้สารเสพติดมีมากขึ้น เช่น เมทแอมเฟตามีน พบโรคจิต จากการใช้เมทแอมเฟตามีน อารมณ์แปรปรวนหรือภาวะซึมเศร้า หลังจากหยุดใช้เมทแอมเฟตามีน ปัญหาด้านสมาธิและความจำ จากผลกระทบต่อระบบประสาทและสมอง และผลของโรคร่วมดังกล่าว ทำให้ความยุ่งยากซับซ้อนในการบำบัดรักษาเพิ่มมากขึ้น โรคร่วมทางจิตเวชมีอาการแย่ง ในขณะเดียวกันผู้ป่วยมีแนวโน้มใช้สารเสพติดมากขึ้นตามไปด้วย เพื่อลดอาการซึมเศร้า หงุดหงิด หรือความรู้สึกที่ไม่สบายที่เกิดขึ้น การดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ควรได้รับการบำบัดรักษาทั้งสองภาวะควบคู่กันไปแบบบูรณาการร่วมกันจะได้ผลในการรักษาที่ดีที่สุด (integrated treatment of cooccurring disorders)

► ความหมาย

ยาเสพติด คือ สิ่งที่เสพเข้าไปแล้วจะเกิดความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อไปโดยไม่สามารถหยุดเสพได้ และจะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุด จะทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่อร่างกายและจิตใจขึ้น

“ยาเสพติด” หรือ “สารเสพติด” หมายถึง ยา สารเคมี หรือวัตถุชนิดใดๆ ก็ตามที่ทำให้เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยวิธีรับประทาน ดม สูบ หรือด้วยวิธีการใดแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายจิตใจ และอารมณ์จนรู้สึกต้องการเพิ่มขนาดมากขึ้น เกิด “อาการถอนยา” หรือมีความต้องการเสพจนทำให้ร่างกายเกิดอาการต่างๆ เช่น นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น เมื่อหยุดใช้ยาส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง และส่งผลต่อการดำเนินชีวิต

ยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งเป็นกฎหมายที่ควบคุมยาเสพติดให้โทษของประเทศไทย ได้ให้นิยามของยาเสพติดให้โทษไว้ว่า หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยวิธีใดก็ตาม เช่น รับประทาน สูบ ดมหรือฉีดแล้วจะก่อให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1. มีความต้องการเสพยาสารนั้นอย่างรุนแรงทั้งร่างกายและจิตใจ
2. ต้องเพิ่มขนาดหรือปริมาณการเสพยาสารนั้นมากขึ้นเป็นลำดับ
3. เมื่อหยุดเสพยาสารนั้นจะเกิดอาการถอนยา
4. สุขภาพของผู้เสพยาสารนั้นเป็นเวลานานจะทรุดโทรมลง



การควบคุมยาเสพติดให้โทษ โดยทั่วไปยึดถือหลักในการพิจารณาว่า ตัวยานั้นทำให้เกิดการเสี่ยงต่อการติดยาของประชากรในระดับรุนแรงอย่างไร และประโยชน์ของยาในการรักษาโรคนาน้อยเพียงใด ซึ่งจากหลักการดังกล่าว พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้จัดประเภทของยาเสพติดให้โทษออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เป็นยาที่ไม่มีการนำมาใช้ในทางการแพทย์ และทำให้เกิดการเสี่ยงต่อการติดยาของประชากรในระดับรุนแรง เช่น เฮโรอีน ยาบ้า ยาอี เป็นต้น

ประเภทที่ 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เป็นยาที่มีประโยชน์ในการรักษาโรคในระดับน้อย จนถึงมากและทำให้เกิดการเสี่ยงต่อการติดยาของประชากรในระดับที่ต้องพึงระวัง เช่น มอร์ฟีน โคเคน โคเคอีน เป็นต้น

ประเภทที่ 3 ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เป็นส่วนผสมอยู่ด้วย ตามที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับไว้ เป็นยาที่ทำให้เกิดการเสี่ยงต่อการติดยาของประชากรน้อย แต่ยังคงมีอันตราย และมีประโยชน์มากในการรักษาโรคเช่น ยาแก้ไอผสมโคเคอีน เป็นต้น

ประเภทที่ 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 หรือประเภท 2 เช่น อาเซติกแอนไฮไดรด์ (Acetic Anhydride) อาเซทิลคลอไรด์ (Acetyl Chloride)

ประเภทที่ 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้อยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชา พืชกระท่อม เห็ดขี้ควาย เป็นต้น

การออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

ยาเสพติดประเภทกดประสาท ได้แก่ ผีน มอร์ฟีน เฮโรอีน สารระเหย และยาากล่อมประสาท

ยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท ได้แก่ แอมเฟตามีน กระท่อม และ โคคาอีน

ยาเสพติดประเภทหลอนประสาท ได้แก่ แอลเอสดี ดีเอ็มพี และ เห็ดขี้ควาย

ยาเสพติดประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน กล่าวคือ อาจกดกระตุ้น หรือ หลอนประสาทได้พร้อม ๆ กัน ตัวอย่างเช่น กัญชา

องค์การอนามัยโลก ได้ให้นิยามของภาวะติดสารเสพติดไว้ในเอกสารการแบ่งหมวดหมู่ของทุกชนิด ไว้ดังนี้

การใช้สารเสพติดในทางที่ผิด (Harmful Use หรือ Abuse) หมายถึง การใช้สารใดๆ ในลักษณะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูงจากสารเสพติด แอมเฟตามีน หรือด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้าจากการดื่มสุราอย่างหนัก

กลุ่มอาการติดสารเสพติด (Dependence Syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการผิดปกติทางด้านพฤติกรรม ความคิดอ่าน และระบบสรีระทางร่างกาย ซึ่งเกิดภายหลังการใช้สารเสพติดซ้ำๆ และมีอาการต่างๆ ดังต่อไปนี้



- มีความต้องการอย่างรุนแรงที่จะใช้สารเสพติดนั้นๆ
- มีความยากลำบากในการควบคุมการใช้ (ปริมาณ ความถี่)
- ยังคงใช้สารเสพติดนั้นต่อไปทั้ง ๆ ที่รู้ว่าเป็นอันตรายต่อร่างกาย
- หมกมุ่นอยู่กับการใช้สารเสพติดมากกว่าการทำกิจกรรมอื่นที่สำคัญกว่า
- มีอาการดื้อยา (ต้องเพิ่มปริมาณการใช้ให้ได้ผลเท่าเดิม)
- เมื่อหยุดใช้สารเสพติดจะเกิดอาการทางกาย เช่น ขาดหรืออยากยา

ภาวะติดสารเสพติด หมายถึง ภาวะอันเป็นผลจากการเสพสารเสพติด ระยะเวลาหนึ่ง แล้วเกิดอาการอย่างน้อย 3 ใน 7 ข้อ ปรากฏขึ้นระยะเวลาใด ๆ ในช่วงเวลา 12 เดือน

1. เกิดการดื้อยา
2. เกิดอาการถอนพิษยา
3. ใช้สารเสพติดในจำนวน และระยะเวลามากกว่าที่ตั้งใจไว้
4. มีความต้องการใช้สารเสพติดโดยไม่สามารถลดหรือควบคุมการใช้ด้วยตนเอง
5. ใช้เวลาส่วนมากไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวกับสารเสพติด
3. การเรียน/การทำงาน สังคม หรือกิจกรรมที่สร้างสรรค์เสื่อมถอยหรือสูญเสียไป
7. ใช้สารเสพติดนั้นต่อไปทั้งที่รู้ว่าจะทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายหรือจิตใจ

▶ สารตั้งต้น/เคมีภัณฑ์ที่ใช้ลักลอบผลิตยาเสพติด



	สารตั้งต้น/เคมีภัณฑ์ที่ใช้ในการผลิตยาเสพติด
1. ยาบ้า (Methamphetamine)	- EPHEDRINE (วัตถุออกฤทธิ์ประเภท 2) - NOREPHEDRINE (วัตถุออกฤทธิ์ประเภท 2) - PHENYLACETIC ACID (ยาเสพติดประเภท 4) - 1-PHENYL-2-PROPANONE (ยาเสพติดประเภท 4) - alpha-Phenylacetoacetonitrile (APAAN) (ยาเสพติดประเภท 4) - PSEUDOEPHEDRINE (วัตถุออกฤทธิ์ประเภท 2) - ACETONE พรบ.วัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 (วัตถุอันตรายชนิดที่ 3) - HYDROCHLORIC ACID พรบ.วัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 (วัตถุอันตรายชนิดที่ 3) - SULFURIC ACID พรบ.วัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 (วัตถุอันตรายชนิดที่ 3)

	สารตั้งต้น/เคมีภัณฑ์ที่ใช้ในการผลิตยาเสพติด
2. Heroin	- ACETIC ANHYDRIDE - ACETONE - ETHYL ETHER - HYDROCHLORIC ACID
3. Methaqualone	- N-ACETYLANTHRANILIC ACID - ANTHRANILIC ACID
4. LSD	- ERGOMETRINE - ERGOTAMINE - LYSERGIC ACID
5. ยาอี (Ecstasy)	- ISOSAFROLE - 3,4-METHYLENEDIOXYPHENYL-2-PROPANONE - PIPERONAL - SAFROLE
6. Cocaine	- POTASSIUM PERMANGANATE - ACETONE - ETHYL ETHER - HYDROCHLORIC ACID - METHYL ETHYL KETONE - SULFURIC ACID - TOLUENE
7. Phencyclidine	- PIPERIDINE
8. น้ำหอม 4X100 หรือ	- ยาแก้ไอ - กลุ่มยาแก้ปวด - ยานอนหลับ - ใบกระท่อม สาร Mitragynine
9. เคนมผง	- เคตาซีน - ไดอะซีแพม - ไอซ์ - เฮโรอีน



ที่มา : กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข https://www.fda.moph.go.th/sites/Narcotics/SitePages/Narcotics_List_substrate.aspx

โรคสำคัญทางจิตเวช

ตามสถิติขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 14.4 ต่อประชากร 100,000 คน เป็นอันดับที่ 32 ของโลก เกาหลีใต้ฆ่าตัวตายเป็นอันดับ 4 (เฉลี่ย 26.9 คน) ญี่ปุ่นอันดับ 14 (เฉลี่ย 18.5 คน) อินเดีย อันดับที่ 21 (เฉลี่ย 16.3 คน) ศรีลังกา อันดับที่ 29 (เฉลี่ย 14.6 คน) ประเทศอื่นๆ ในเอเชีย ล้วนอันดับต่ำกว่าไทย สิงคโปร์ อันดับที่ 67 (9.9 คน) จีน อันดับที่ 69 (9.7 คน) ลาว อันดับที่ 84 (8.6 คน) พม่า อันดับที่ 94 (7.8 คน) เวียดนาม อันดับที่ 101 (7.3 คน) มาเลเซีย อันดับที่ 123 (5.5 คน) และฟิลิปปินส์ อันดับที่ 163 (3.2 คน) ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 45 ปี โดยเป็นเพศชาย 80.4% ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ในปี 2561-2562 พบว่าเป็นปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ 53.04% ปัญหาจากสุรา 29% โรคทางกาย 25.7 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ 19% โรคทางจิต 12% และโรคซึมเศร้า 7.8% ไม่มีข้อมูลว่า ล่าสุดคนพยายามฆ่าตัวตายแต่ทำไม่สำเร็จมีจำนวนเท่าใด การวิจัยที่สหรัฐอเมริกาหลายปีก่อนบอกว่า จำนวนคนพยายามฆ่าตัวเองมีมากกว่าที่ตายจริงถึง 3 เท่า และส่วนใหญ่ไม่ใช่เพราะปัญหาเศรษฐกิจ แต่เพราะ “ไม่รู้จะอยู่ไปทำไม” “ชีวิตไม่มีความหมาย” “เบื่อโลก” กรณีของไทย แพทย์บอกว่า สาเหตุสำคัญเป็นเรื่อง “ความสัมพันธ์” ที่ไม่ดีกับสามีภรรยา คนรัก พ่อแม่ หน้าที่การงาน ซึ่งน่าจะสัมพันธ์กับปัญหาอื่นๆ ทั้งหมด (จนบางครั้งแยกไม่ออก) โดยเฉพาะปัญหาทางจิตอื่นๆ ที่ควรรู้ (กรมสุขภาพจิต, 2562)

➡ โรคสำคัญทางจิตเวช

1. โรคแพนิค โรคตื่นตระหนก เกิดขึ้นจากระบบประสาทอัตโนมัติการทำงานที่ไวต่อสิ่งกระตุ้น ทำให้มีอาการแพนิค ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว หายใจติดขัด จุกแน่น เวียนศีรษะ คล้ายจะเป็นลม หรือเหมือนกับจะถึงชีวิต กังวลอยู่ตลอดเวลาว่าจะมีอาการเกิดขึ้นมาอีก หรือกลัวผลที่ตามมา เช่น ควบคุมตนเองไม่ได้ เป็นบ้า มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน โดยเกี่ยวเนื่องกับอาการ เช่น ไม่กล้าไปไหนถ้าไม่มั่นใจว่าจะมีคนช่วยได้ไหม หมกมุ่นกังวลกลัวเป็นโรคหัวใจ

2. โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมีอาการหดหู่ ท้อแท้ เบื่อหน่าย รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง บางรายอาจไม่รู้สึกรำไรแต่จะเบื่อหน่ายทุกอย่างรอบตัว และไม่รู้จะอยู่ต่อไปเพื่ออะไร ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หากมีอาการของโรคซึมเศร้านานเกิน 2 สัปดาห์ ควรพบแพทย์เพื่อประเมินว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป เศร้า หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย ความคิดเปลี่ยนแปลง มองทุกอย่างแย่ไปหมด รู้สึกไร้คุณค่า หรือคิดว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น มองเห็นแต่ความผิดพลาดของตนเอง รู้สึกสิ้นหวัง อาจมีความคิดอยากตาย สมาธิความจำแย่ลง หลงลืมง่าย จิตใจเหม่อลอย ประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีอาการทางร่างกายต่าง ๆ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดหัว เมื่อยตัว



3. โรคจิตเภท ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอน หูแว่ว มีภาพหลอนเกิดขึ้น และจะแสดงออกโดยการพูดคนเดียว หัวเราะคนเดียว มีความหลงผิดหรือหวาดระแวง โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง การรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่จะต้องใช้ยาไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยบางรายเมื่อพบว่าตนเองอาการดีขึ้น มักคิดว่าหายแล้วและหยุดใช้ยา ทำให้อาการกำเริบขึ้นมาอีก

4. โรคไบโพลาร์ โรคไบโพลาร์หรือโรคอารมณ์สองขั้ว เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปมาระหว่างช่วงซึมเศร้าและช่วงที่อารมณ์ดีเกินปกติ โดยในช่วงซึมเศร้าจะมีอาการหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง อาการช่วงนี้จะเหมือนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อาการจะคงอยู่ติดต่อกันนานหลายเดือนแล้วหายไปเหมือนคนปกติก่อนจะเข้าสู่ช่วงอาการ

แมเนีย ซึ่งจะมีอารมณ์คึกคัก มีพลัง ใจดี มนุษย์สัมพันธ์ดี อารมณ์ดี แต่มีปัญหาในเรื่องของการควบคุมอารมณ์ของตนเอง อยากทำอะไรแล้วต้องได้ทำทันที เมื่อมีคนขัดใจผู้ป่วยจะฉุนเฉียวมาก หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้เลย

5. โรคสมองเสื่อม พบมากในคนที่มียายุ 65 ปีขึ้นไป คนเป็นโรคสมองเสื่อมไม่ใช่คนที่หลงลืมในลักษณะใจลอย เช่น วางกุญแจไว้แล้วลืมว่าตนเองวางไว้ตรงไหน แบบนั้นเป็นอาการใจลอย สมาธิไม่ได้อยู่กับเรื่องที่ทำ แต่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม โรคนี้มีลักษณะคือไม่สามารถจดจำสิ่งที่เรียนรู้ใหม่ได้ หรือสามารถเล่าเรื่องในอดีตได้ แต่ไม่สามารถจำได้ว่าเมื่อเข้ากินอะไรมาเป็นต้น

สารเมแทมเฟตามีน (Methamphetamine : MA) หรือสารเสพติดกลุ่มอื่น ๆ ย่อมมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิต และมักเกิดขึ้นบ่อยในผู้ที่ใช้สารอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่เข้ามาเป็นระยะเวลานาน และใช้ในปริมาณมาก เมื่อสารผ่านเข้าสมองจะมีผลทำให้สารสื่อประสาทที่สำคัญในสมองผิดปกติ คือ สารโดปามีน (Dopamine) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตของโรคจิตเวช (Psychiatric Disorder) อันได้แก่ โรคจิต (Psychosis) เนื่องจากสารโดปามีนในสมองมีมากเกินไป จะทำให้เกิดอาการทางจิตชนิดหวาดระแวง คล้ายกับโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoids Schizophrenia) เป็นต้น จนทำให้เกิดเป็นอาการทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติด ถึงแม้ว่าอาการทางจิตจะหายไปได้ หลังหยุดใช้สารเสพติด ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืมซึ่งอาจพัฒนากลายเป็นโรคจิตเวชเรื้อรังได้ ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น คือ ปัญหาพฤติกรรมรุนแรง ปัญหาอาการทางจิต และปัญหาพฤติกรรมมารฆ่าตัวตาย ส่งผลต่อผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวเป็นอย่างมาก หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญ



“ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด และโรคร่วมทางจิตเวช”

➡ ความแตกต่างระหว่าง “ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด และโรคร่วมทางจิตเวช”

	ความแตกต่าง
ผู้ป่วยสุรา/ยา/สารเสพติด	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence)
ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) 2. โรคแทรกทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด เช่น โรคจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด Substance/Alcohol induced psychosis (F1x.5) 3. โรคร่วมทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด เช่น โรคจิตเภทร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด (F20.xx+F10.xx-F19.xx), กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Moods Disorder) (F3x.xx), กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder)
โรคร่วม	โรคที่เกิดร่วมกับโรคหลัก (index condition) โดยโรคหลักเป็นอาการสำคัญที่มาพบแพทย์หรือขึ้นอยู่กับการดูแลเฉพาะทางด้านใด
โรคร่วมทางจิตเวช	การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป



ภาวะโรคทางกายที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยจิตเวช

ภาวะโรคทางกายที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยจิตเวช จะประกอบด้วย 9 ระบบ 29 อาการ ดังนี้

✚ โรคทางกายที่ต้องประเมิน ✚

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด

- หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia)
- เลือดออกเย็บแผล (Active Blood loss)
- โรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (Aortic Aneurysm)



2. ระบบประสาท

- ภาวะการเพ้อเจ้อหลังผ่าตัด/Delirium
- ความชรา (Senility)
- ภาวะขาดการนอนหลับ (Sleep Deprivation)
- โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
- โรคลมชัก (Epilepsy)
- ปลายประสาทอักเสบ (Neuritis)
- เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis)
- สมองอักเสบ (Cerebritis)
- ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง (post stroke depression, PSD)



7. ระบบน้ำเหลือง

- มะเร็งลุกลาม (Metastasis malignancy)
- ระบบต่อมไร้ท่อ
- โรคไฮโปไทรอยด์ (Hypo/Hypothyroid)
- โรคไฮเพอร์ไทรอยด์ (Hypo/Hyperthyroid)
- ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hypo/Hyperglycemia)

3. ระบบทางเดินหายใจ

- ภาวะติดเชื้อ (SIRS/Sepsis)
- ภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia/Dyspnea)



4. ระบบภูมิคุ้มกัน

- โรคแพ้ภูมิตัวเอง (SLE)
- โรคภูมิคุ้มกันต้านตัวเอง (Severe malnutrition)
- โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Electrolyte imbalance)
- โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV)



5. ระบบทางเดินอาหาร

- การขาดสารอาหารอย่างรุนแรง
- ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย



6. ระบบทางเดินปัสสาวะ

- ไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury)
- ความไม่สมดุลของปริมาณของเสียในร่างกาย (Disequilibrium Syndrome)



8. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

- อาการปวดหลังผ่าตัด (Post OP pain)
- ภาวะเพ้อสับสนหลังผ่าตัด (Post OP Delirium)
- อาการร่างกายเคลื่อนไหวผิดปกติ (Movement Disorder)



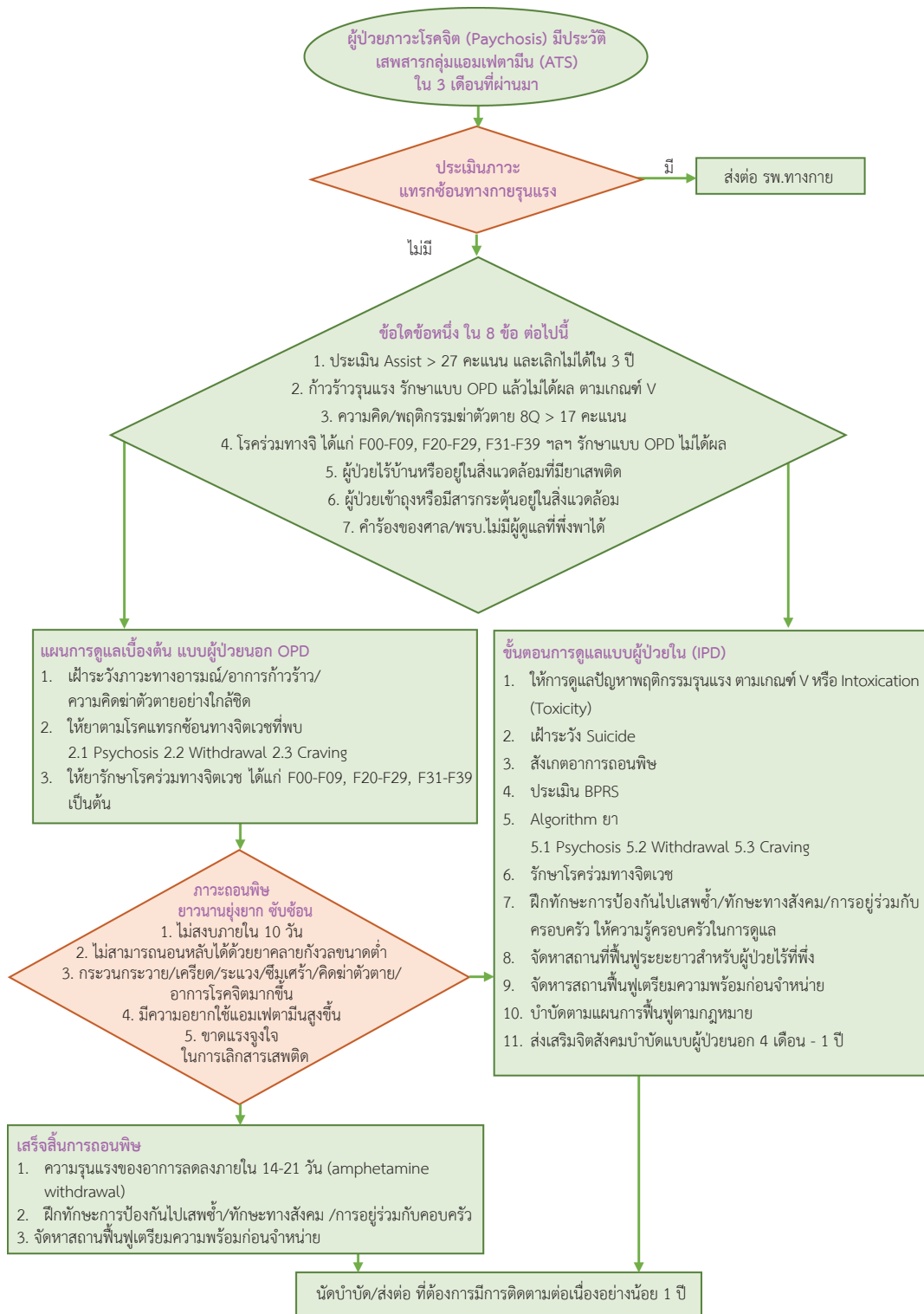
9. ภาวะอื่นๆ

- อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse effect)
- ได้รับสารพิษ (Chemical intoxication / Toxin)



ที่มา : คู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

▶ ผังไหลการดูแลผู้เสพสารเสพติด กลุ่มแอมเฟตามีนที่มีภาวะโรคจิต



ที่มา : คำแนะนำการรักษาด้วยยาผู้ป่วยสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนที่มีภาวะโรคจิต สำหรับแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวช,
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและการรักษาด้วยยา

1. กลุ่มกระตุ้นประสาท กรณีเสพสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า ยาไอซ์) กระตอม และโคเคน

อาการและอาการแสดง	การให้การรักษาด้วยยา
ถอนพิษยาระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง - ปวดหัว ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง - เบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้น - หงุดหงิดกระสับกระส่าย - มีความรู้สึกอยากเสพยา (Cravings) - นอนมาก แต่หลับไม่สนิท	- เมื่อมีอาการหงุดหงิด นอนไม่หลับ ให้ยารับประทานตามอาการได้แก่ Lorazepam 1 mg. หรือ Diazepam 5 mg. ทุก 4 - 6 ชั่วโมง หรือ/ก่อนนอน - หากมีอาการปวดศีรษะ ให้ยา Paracetamol (500 mg.) ทุก 4 - 6 ชั่วโมง - ในรายที่ปวดกล้ามเนื้อ ให้ยาคลายกล้ามเนื้อ ได้แก่ Paracetamol + orphenadrine, Tolperisone ทุก 8 ชั่วโมง
ถอนพิษยาในระดับรุนแรง - มีความรู้สึกกังวลมาก อย่างไม่สมเหตุสมผล - หงุดหงิดกระสับกระส่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจทำร้ายตัวเองและผู้อื่นได้ - รู้สึกผิดในเรื่องเล็กน้อย รู้สึกไร้ค่า มีอารมณ์เศร้า ซึมลง เคลื่อนไหวช้า เฉื่อยชา อาจมีความคิดฆ่าตัวตายได้	- พิจารณาให้ยารับประทานตามอาการได้แก่ Lorazepam 1 mg. หรือ Diazepam 5 mg. ทุก 4-6 ชั่วโมง หากมีอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อาจพิจารณาให้ยา Paracetamol (500 mg.) ทุก 4-6 ชั่วโมงหรือ ยาคลายกล้ามเนื้อ ได้แก่ Paracetamol + orphenadrine, Tolperisone ทุก 8 ชม. - หากสถานพยาบาลความเหมาะสม อาจให้ตรวจสารเสพติดในน้ำเกลือ ตรวจเลือด CBC, Electrolyte และแก้ไขหากผิดปกติ - เมื่อมีอาการซึมเศร้า ให้ยากลุ่ม Antidepressant ได้แก่ Amitriptyline (25 - 50 mg.) หรือ Fluoxetine (10 - 20 mg.) ได้ - เมื่อเริ่มมีอาการกระสับกระส่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ มีความคิดทำร้ายตัวเอง พิจารณาให้ยาฉีด Diazepam 5-10 mg. เข้าหลอดเลือดดำ หากไม่ดีขึ้นให้ฉีด Haloperidol 5 mg. เข้ากล้ามเนื้อ อาจซ้ำทุก 4-6 ชั่วโมงจนสงบ สังเกตอาการ - อาจพิจารณาส่งต่อ



อาการและอาการแสดง	การให้การรักษาด้วยยา
ภาวะการเมาสาร (ATS Intoxication) - ช้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม ได้แก่ สับสน วิดกกังวลอย่างมาก ความคิดความจำผิดปกติ หงุดหงิด ก้าวร้าว - อาการบ่งชี้ทางร่างกาย ได้แก่ คลื่นไส้ กัดฟัน เกร็ง ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว มีไข้ (สูงกว่า 38°C) ชัก	- พิจารณาให้ยารับประทานตามอาการได้แก่ Lorazepam 1 mg. หรือ Diazepam 5 mg. ทุก 4-6 ชั่วโมง หากมีอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อาจพิจารณาให้ยา Paracetamol (500 mg.) ทุก 4-6 ชั่วโมงหรือ ยาคลายกล้ามเนื้อ ได้แก่ Paracetamol + orphenadrine, Tolperisone ทุก 8 ชั่วโมง - เมื่อเริ่มไม่นิ่ง สับสน ก้าวร้าว ประสาทหลอน กระสับกระส่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ คิดทำร้ายตัวเอง พิจารณาให้ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ได้แก่ Diazepam 5-10 mg. หากยังไม่ดีขึ้นให้ Haloperidol 5 mg IM อาจซ้ำทุก 4-6 ชั่วโมงจนสงบ สังเกตอาการ อาจพิจารณาส่งต่อ

2. กลุ่มยากดประสาท กรณีมีประวัติติดยาอนหลับ ยากดประสาท

อาการและอาการแสดง	แนวทางการดูแล	การให้การรักษาด้วยยา
ถอนพิษยาระดับเล็กน้อย - มือสั่น, หงุดหงิด - นอนไม่หลับ	- สร้างสัมพันธภาพ ดูแลความสบายทางด้านร่างกายและจิตใจ - ให้คำแนะนำการในปฏิบัติตัว ให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการถอนยา - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร สารน้ำอย่างเพียงพอ - จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวนรบกวน เพื่อการพักผ่อน	- ให้ยา Diazepam (5 mg) หรือ Lorazepam (1-2 mg) รับประทาน ทุก 4-6 ชั่วโมง - สังเกตอาการ



อาการและอาการแสดง	แนวทางการดูแล	การให้การรักษาด้วยยา
ถอนพิษยาระดับปานกลาง - ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง - กระวนกระวาย - มือสั่น ตัวสั่น เหงื่อออกมาก เบื่ออาหารคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย	- หากมีการให้ยาทางหลอดเลือดดำ ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา ประเมินสัญญาณชีพ การหายใจ การกลืนอาหาร อาการสำคัญอาหาร - ดูแลความสะอาด ความสุขสบาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยแสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้น - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ - Tele consult แพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามเขตสุขภาพ	- ให้ยา Diazepam (5 mg) หรือ Lorazepam (1-2 mg) รับประทาน ทุก 4-6 ชั่วโมง - ในสถานพยาบาลที่เหมาะสม อาจพิจารณาตรวจ CBC, BUN, Cr, BS, Electrolyte, LFT, Magnesium - หากผลการตรวจพบว่ามีภาวะผิดปกติให้พิจารณาเรื่องแนวทางการแก้ไขโดยให้สารน้ำเกลือแร่และยา - หากไม่ดีขึ้นให้พิจารณาเพื่อการส่งต่อ
ถอนพิษยาระดับรุนแรง - มีภาวะสับสน วัน เวลา สถานที่ (Delirium Tremens) - มีอาการกระสับกระส่ายอย่างมาก อยู่นิ่งไม่ได้ เดินไปมา มือสั่นตัวสั่น - ชีพจรเต้นเร็ว มีไข้ - อาจเห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิดหวาดระแวง	- จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ลดสิ่งกีดขวาง แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พิจารณาผูกยึดผู้ป่วยโดยใช้ผ้า ผูกยึดที่นุ่มเพื่อป้องกันการกระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วย - วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการขาดสุราทุก 15-30 นาที - หากมีการให้ยาทางหลอดเลือดดำ ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา ประเมินสัญญาณชีพ - Tele consult แพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามเขตสุขภาพ	- ให้ยา Diazepam (5 mg) หรือ Lorazepam (1-2 mg) รับประทาน ทุก 4-6 ชั่วโมง - ในสถานพยาบาลที่เหมาะสม ควรพิจารณาตรวจ CBC, BUN, Cr, BS, Electrolyte, LFT, Magnesium - หากผลการตรวจพบว่ามีภาวะผิดปกติให้พิจารณาเรื่องแนวทางการแก้ไขโดยให้สารน้ำเกลือแร่และยา - ในรายที่ไม่ดีขึ้น ให้ Diazepam 5-10 mg ฉีดเข้าเส้นเลือดดำทุก 15-30 นาที ในรายที่ไม่ดีขึ้น อาจพิจารณาให้ Haloperidol 5 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสลับ - สังเกตการหายใจ Gag reflex เพื่อการเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา - หากไม่ดีขึ้นให้พิจารณาเพื่อการส่งต่อ



อาการและอาการแสดง	แนวทางการดูแล	การให้การรักษาด้วยยา
มีอาการชัก - อาการชักเกร็งทั้งตัว	- ระวังไม่ให้ศีรษะ และลำตัวผู้ป่วยกระแทกของแข็ง ขณะชักเพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ - นำอาหารหรือฟันปลอมที่มีอยู่ในช่องปากออก ปลดเสื้อผ้าที่รัดออกให้หายใจได้สะดวก - จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง ห้ามใช้ไม้กดลิ้นหรือวัตถุใด ๆ สอดเข้าปากหรือจัดปาก ขณะผู้ป่วยเกร็งเพราะอาจทำให้ช่องปากเกิดการบาดเจ็บได้ - Tele consult แพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามเขตสุขภาพ	- ให้ Diazepam 10 มก. ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ - ในสถานพยาบาลที่เหมาะสม ควรพิจารณาตรวจ CBC, BUN, Cr, BS, Electrolyte, LFT, Magnesium - หากผลการตรวจพบว่ามีภาวะผิดปกติให้พิจารณาเรื่องแนวทางการแก้ไขโดยให้สารน้ำ เกลือแร่ และยา - หากไม่ดีขึ้นให้พิจารณาเพื่อการส่งต่อ

3. กลุ่มหลอนประสาท แอล เอส ดี, ยาเค กัญชา และอื่น ๆ



อาการและอาการแสดง	การให้การรักษาด้วยยา
ถอนพิษยาระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง - ปวดหัว ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง - เบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้น หงุดหงิดกระสับกระส่าย - มีความรู้สึกลอยๆ เผลอ (Cravings)	- เมื่อมีอาการหงุดหงิด นอนไม่หลับ ให้ยารับประทานตามอาการได้แก่ Lorazepam 1mg หรือ Diazepam 5 mg ทุก 4-6 ชั่วโมง หรือก่อนนอน - หากมีอาการปวดศีรษะ ให้ยา Paracetamol (500 mg) ทุก 4-6 ชั่วโมง - ในรายที่ปวดกล้ามเนื้อ ให้ยาคลายกล้ามเนื้อ ได้แก่ Paracetamol + orphenadrine, Tolperisone ทุก 8 ชม.

อาการและอาการแสดง	การให้การรักษาด้วยยา
ถอนพิษยาในระดับรุนแรง - มีความรู้สึกกังวลมาก อย่างไม่สมเหตุสมผล - หงุดหงิดกระสับกระส่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจทำร้ายตัวเองและผู้อื่นได้	- พิจารณาให้ยารับประทานตามอาการได้แก่ Lorazepam 1mg หรือ Diazepam 5 mg ทุก 4-6 ชั่วโมง หากมีอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อาจพิจารณาให้ยา Paracetamol (500 mg) ทุก 4-6 ชั่วโมงหรือ ยาคลายกล้ามเนื้อได้แก่ Paracetamol + orphenadrine, Tolperisone ทุก 8 ชม. - หากสถานพยาบาลความเหมาะสม อาจให้ตรวจสารเสพติด ให้น้ำเกลือ ตรวจเลือด CBC, BUN, Cr, BS, Electrolyte และแก้ไขหากผิดปกติ - เมื่อเริ่มมีอาการกระสับกระส่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ มีความคิดทำร้ายตัวเอง พิจารณาให้ยาฉีด Diazepam 5- 10 mg เข้าหลอดเลือดดำ หากไม่ดีขึ้นให้ฉีด Haloperidol 5 mg เข้ากล้ามเนื้อ อาจซ้ำทุก 4-6 ชั่วโมงจนสงบ สังเกตอาการ - อาจพิจารณาส่งต่อ
ภาวะการเมาสารหลอนประสาท (Acute intoxication) - ช้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม ได้แก่ สับสน วิดกกังวลอย่างมาก ความคิดความจำผิดปกติ หงุดหงิด ก้าวร้าว - อาการบ่งชี้ทางร่างกายได้แก่ คลื่นไส้ กัดฟัน เกร็ง	- พิจารณาให้ยารับประทานตามอาการได้แก่ Lorazepam 1 mg หรือ Diazepam 5 mg ทุก 4-6 ชั่วโมง หากมีอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อาจพิจารณาให้ยา Paracetamol (500 mg) ทุก 4-6 ชั่วโมงหรือ ยาคลายกล้ามเนื้อ ได้แก่ Paracetamol + orphenadrine, Tolperisone ทุก 8 ชั่วโมง - เมื่อเริ่มไม่นิ่ง สับสน ก้าวร้าว ประสาทหลอน กระสับกระส่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ คิดทำร้ายตัวเอง พิจารณาให้ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ได้แก่ Diazepam 5-10 mg หากยังไม่ดีขึ้นให้ Haloperidol 5 mg IM อาจซ้ำทุก 4-6 ชั่วโมงจนสงบ สังเกตอาการ อาจพิจารณาส่งต่อ



4. กลุ่มโอปิออยด์

อาการและอาการแสดง	การให้การรักษา
อาการขาดยาระดับเล็กน้อย - หาว เหงื่อออก น้ำตาไหล น้ำมูกไหล - กระวนกระวายเล็กน้อย ขนลุก	- ให้ยาคลายความวิตกกังวล ได้แก่ Diazepam 5 mg หรือ Lorazepam 1 mg รับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง
อาการขาดยาระดับปานกลาง - ม่านตาขยาย (>4 min) ขนลุก - กล้ามเนื้อกระตุก หนาวๆ ร้อนๆ ปวดกล้ามเนื้อและ กระตุก - เบื่ออาหาร กระวนกระวาย หงุดหงิด คลื่นไส้ นอนไม่หลับ	- ให้ยาคลายความวิตกกังวล ได้แก่ Diazepam 5 mg หรือ Lorazepam 1 mg ทุก 4-6 ชั่วโมง - ให้ยาแก้ปวด ได้แก่ Paracetamol (500 mg) 4-6 ชั่วโมง - ให้ยาแก้ปวดคลายกล้ามเนื้อ ได้แก่ Paracetamol + orphenadrine หรือ Tolperisone - ให้ยาก่อนนอน ได้แก่ Diazepam, Lorazepam หรือ Clonazepam, ยาด้านโรคจิต ได้แก่ Chlorpromazine (50-100 mg) หรือยาด้านซึมเศร้า ได้แก่ Amitriptyline (10-25mg) หรือ Trazodone (25-50 mg) - ให้ยาลดอาการถอนยา ได้แก่ Clonidine (0.15mg) 1-4 เวลา
อาการขาดยาระดับรุนแรง - มีไข้ต่ำ ๆ อาเจียนรุนแรง ถ่ายเป็นเลือด ขาดสารน้ำและเกลือแร่ ขาปลายมือปลายเท้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง - หงุดหงิด กระวนกระวาย หรืออาจมีอาการซึมเศร้ารุนแรง ไม่สุขสบายตัว อาจทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่น	- ให้ยาคลายความวิตกกังวล ยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาก่อนนอน ยาลดอาการถอนพิษยา รับประทาน หรือฉีด - ในสถานพยาบาลที่เหมาะสมอาจพิจารณาให้ตรวจหาสารเสพติด - ให้น้ำเกลือและตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, BUN, Cr, BS, Electrolyte และ Magnesium และแก้ไขตามความจำเป็น
อาการเป็นพิษ (Toxic Symptoms) - นอนหลับตลอด เรียกไม่รู้สีกตัว ผิวน้ำเหลือง - วัดสัญญาณชีพ มีค่าต่ำ หายใจช้า ครีตคราด - รูม่านตาหดเล็ก (pinpoint pupil)	- ในสถานพยาบาลที่เหมาะสมให้พิจารณา การตรวจหาสารเสพติด ให้น้ำเกลือ ฟันฟุสัญญาณชีพ - ให้ยาด้านฤทธิ์ Naloxone - ให้ออกซิเจน และการช่วยเหลือทางการแพทย์ตามอาการ - ตรวจ CBC, BUN, Cr, BS, Electrolyte, Magnesium และอื่น ๆ พร้อมแก้ไข



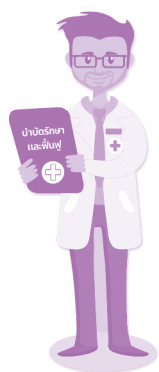
5. กลุ่มแอลกอฮอล์/สุรา

อาการและการแสดง	การให้การรักษาด้วยยา
มีอาการถอนพิษสุราระดับเล็กน้อย อาการที่พบได้แก่ - มือสั่น, หงุดหงิด - นอนไม่หลับ - อายากดื่มสุรา	- ให้อา Diazepam (5 mg) หรือ Lorazepam (1-2 mg) รับประทาน ทุก 4-6 ชั่วโมง - สังเกตอาการ
มีอาการถอนพิษสุราระดับปานกลาง - ซึพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง - กระวนกระวาย - มือสั่น ตัวสั่น เหงื่อออกมาก - เบื่ออาหารคลื่นไส้ อาเจียน - ท้องเสีย	- ให้อา Diazepam (5 mg) หรือ Lorazepam (1-2 mg) รับประทาน ทุก 4-6 ชั่วโมง - ในสถานพยาบาลที่เหมาะสม อาจพิจารณาตรวจ CBC, BUN, Cr, BS, Electrolyte, LFT, Magnesium - หากผลการตรวจพบว่ามีความผิดปกติให้พิจารณาเรื่องแนวทางการแก้ไขโดยให้สารน้ำเกลือแร่ และยา - หากไม่ดีขึ้นให้พิจารณาเพื่อการส่งต่อ
มีอาการถอนพิษสุราระดับรุนแรง - มีภาวะสับสน วัน เวลาสถานที่ (Delirium Tremens) - มีอาการกระสับกระส่ายอย่างมาก - อยู่นิ่งไม่ได้ เดินไปมา มือสั่นตัวสั่น - ซึพจรเต้นเร็ว มีไข้ - อาจเห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด - หวาดระแวง	- ให้อา Diazepam (5 mg) หรือ Lorazepam (1-2 mg) รับประทาน ทุก 4-6 ชั่วโมง - ในสถานพยาบาลที่เหมาะสม ควรพิจารณาตรวจ CBC, BUN, Cr, BS, Electrolyte, LFT, Magnesium - หากผลการตรวจพบว่ามีความผิดปกติให้พิจารณาเรื่องแนวทางการแก้ไขโดยให้สารน้ำเกลือแร่ และยา - ในรายที่ไม่ดีขึ้น ให้ Diazepam 5-10 mg ฉีดเข้าเส้นเลือดดำทุก 15-30 นาที ในรายที่ไม่ดีขึ้น อาจพิจารณาให้ Haloperidol 5 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสลับ - สังเกตการหายใจ Gag reflex เพื่อการเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา - หากไม่ดีขึ้นให้พิจารณาเพื่อการส่งต่อ
มีอาการชัก - อาการชักเกร็งทั้งตัว	- ให้ Diazepam 10 มก. ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ - ในสถานพยาบาลที่เหมาะสม ควรพิจารณาตรวจ CBC, BUN, Cr, BS, Electrolyte, LFT, Magnesium - หากผลการตรวจพบว่ามีความผิดปกติให้พิจารณาเรื่องแนวทางการแก้ไขโดยให้สารน้ำเกลือแร่ และยา - หากไม่ดีขึ้นให้พิจารณาเพื่อการส่งต่อ



6. ผู้ป่วยภาวะโรคจิต (Psychosis) ที่มีประวัติเสพสารแอมเฟตามีนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

อาการและการแสดง	การให้การรักษาด้วยยา
พฤติกรรมก้าวร้าวไม่รุนแรง (Mild)	- ให้ยา Diazepam 5-10 mg Oral - ให้ยา Clonazepam 0.5-2 mg Oral - ให้ยา Lorazepam 1-2 mg Oral ถ้าอาการไม่ดีขึ้น 30-60 นาที - ให้ยา Diazepam 5-10 mg Oral - ให้ยา Clonazepam 0.5-2 mg Oral - ให้ยา Lorazepam 1-2 mg Oral ถ้าอาการไม่ดีขึ้น 30-60 นาที - ให้ยา Haloperidol 2.5-5 mg Oral - ให้ยา Olanzapine 5-10 mg Oral ถ้าอาการไม่ดีขึ้น 30-60 นาที ให้รักษาตามแนว Moderate
พฤติกรรมก้าวร้าวปานกลาง (Moderate)	- ให้ยา Diazepam 5-10 mg IV ถ้าอาการไม่ดีขึ้น 30-60 นาที - ให้ยา Diazepam 5-10 mg IV ถ้าอาการไม่ดีขึ้น 30-60 นาที - ให้ยา Haloperidol 2.5-5 mg IM - ให้ยา Olanzapine 5-10 mg IM ถ้าอาการไม่ดีขึ้น 30-60 นาที ให้รักษาตามแนว Severe
พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Severe)	- ให้ยา Diazepam 5-10 mg IV ถ้าอาการไม่ดีขึ้น 30-60 นาที - ให้ยา Diazepam 5-10 mg IV ถ้าอาการไม่ดีขึ้น 30-60 นาที - ให้ยา Haloperidol 2.5-5 mg IV - ให้ยา Olanzapine 5-10 mg IM ถ้าอาการไม่ดีขึ้น 30-60 นาที - ให้ยา Haloperidol 2.5-5 mg IV - ให้ยา Olanzapine 5-10 mg IM



7. ผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต (psychosis)

ระยะเวลาตั้งแต่แรกเริ่ม	การให้การรักษาด้วยยา
สัปดาห์ที่ 1 - 2	- ประเมิน BPRS - Haloperidol 5-10 mg/day - Olanzapine 5-10 mg/day - Risperidone 1-4 mg/day - Perphenazine 4-48 mg/day
สัปดาห์ที่ 3-4	- ประเมิน BPRS คงเดิม/เพิ่มขึ้น - Haloperidol 5-10 mg/day - Olanzapine 5-10 mg/day - Risperidone 1-4 mg/day - Perphenazine 4-48 mg/day
สัปดาห์ที่ 5-52	กรณีสงสัยโรคร่วมเป็น Schizophrenia - Olanzapine 5-10 mg/day - Risperidone long acting 25 mg/50 mg/ 75 mg q 2wks - Quetiapine 394 mg/day - Clozapine 50-500 mg2day - Flupentixol decanoate 25-200 mg q 2-4 wks กรณีสงสัยโรคร่วมเป็น Mood disorder ใช้ Valproate

8. แนวการปฏิบัติการดูแลรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยที่มีภาวะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

อาการ	Fist line drugs
1. ชัก (Seizures) ควรตระหนักเรื่อง ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ควร ตรวจ Neuroexamination	Diazepam 2.5-5 mg iv.bolus Second line drugs Phenobarbitone 20 mg/kg/dose iv.
	Clonazepam 0.5 - 1 mg iv. Bolus Second line drugs สงบอาการและควบคุมระบบหายใจ Thiopentone/Propofol
2. ระดับความรู้สึกตัวลดลง (Decreased Conscious label) ควรตระหนักเรื่องโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia)	ตรวจสอบว่าผู้ป่วยไม่ได้มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือเรื่อง ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Exclude Hyponatremia) เปิดทางเดินหายใจและส่ง CT-SCAN





อาการ	Fist line drugs
3. ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ hyponatremia	หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำทางเลือดค่าที่เป็น Hypotonic จำกัด น้ำ ให้ 3% Saline ในรายที่มีอาการขาดโซเดียมรุนแรง (Na concentrate < 115 mmol/L)
4. อุณหภูมิในร่างกายสูง hyperthermia	Diazepam หรือ Clonazepam bolus ประคบเย็นโดยใช้น้ำแข็งหรืออาบน้ำ Neuromuscular blockade 5HT2 antagonist โดยรับประทานยา Cyproheptadine 12 mg.
5. ภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย (Rhabdomyolysis)	บันทึกสารน้ำเข้า-ออก ทำให้ปัสสาวะเป็นด่างเพิ่มขึ้น
6. ภาวะความดันโลหิตสูง hypertension	Diazepam หรือ Clonazepam bolus Vasodilators : Glyceryl trinitrate 5 Ug/นาที่ และ titrate Alpha-adrenergic antagonist : Prazosin 2-5 mg. Phentolamine 5 mg Slow iv.
7. หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Dysrhyth- mias) หลีกเลี่ยงการให้ยากลุ่ม Beta-Blocker ที่ออกฤทธิ์ระยะ ยาว Sinus tachycardia	สังเกตอาการ และลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ให้ Benzodiazepines ถ้าสัมพันธ์กับอาการระบบประสาท ส่วนกลางถูกกระตุ้น
- หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ Supraventricular tachycardia	ให้การรักษามาตร Standard protocols
- หัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ Ventricular Dysrhythmias	Adenosine 6 mg iv.bolus Verapamil 5 mg iv.แต่ควรระวังภาวะความดันโลหิตต่ำ Flecainide 2 mg/kg iv. ทำ Electrical cardioversion

บทที่ 3

การคัดกรอง ประเมินทางคลินิก บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุรา/ยา/ สารเสพติดที่มีอาการทางจิต และโรคร่วมทางจิตเวช

1. การคัดกรอง

การคัดกรองปัญหาและความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติด โดยการซักประวัติ ประเมินความเจ็บป่วย และประเมินปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติดร่วมกับการประเมิน พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการวินิจฉัยและบำบัดรักษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับ การเจ็บป่วย

สิ่งที่ควรคำนึงถึงก่อนการคัดกรอง เพื่อให้ผู้ไข้ยาและสารเสพติด เกิดความไว้วางใจ และได้คำตอบที่เป็นจริง

ผู้ทำการคัดกรองควรปฏิบัติดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้สัมภาษณ์ก่อน โดยการพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไป สั้นๆ แสดงท่าที ที่จริงใจ เป็นมิตร
- 2) มีทัศนคติเชิงบวกกับผู้ไข้ยาเสพติด ไม่ตัดสินถูกผิดในคำตอบที่ไม่เห็นด้วย
- 3) แสดงท่าทีให้เห็นว่ากำลังตั้งใจฟังในสิ่งที่เขาพูด
- 4) ไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์และแสดงความเห็นอก เห็นใจ
- 5) แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าข้อมูลที่ได้รับไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ และ เก็บรักษาเป็นความลับ

ดำเนินการคัดกรอง โดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ไข้ยาและสารเสพติด เพื่อ เข้ารับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข บคก.สร. (V.2) (ภาคผนวก)

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ไข้ยาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา กระทรวง สาธารณสุข (V.2) เป็นแบบสอบถามมี 6 ข้อคำถาม ถามโดยบุคลากรสาธารณสุข ใช้คัดกรองผู้ป่วย ที่ไข้ยาและสารเสพติด เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 2 - 3 = เสี่ยงต่ำ
กลุ่มผู้ใช้

คะแนน 4 - 26 = เสี่ยงปานกลาง
กลุ่มผู้เสพ

คะแนน ≥ 27 = เสี่ยงสูง
กลุ่มผู้ติด



ความสำคัญของการคัดกรองโรคร่วมจิตเวช

การจำแนกกลุ่มผู้ป่วยมีความสำคัญมากต่อการจัดบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมนั้นนับว่าเป็นกรณีที่ยากซับซ้อนที่ต้องการรูปแบบการดูแลที่เฉพาะเจาะจงและเหมาะสม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ผู้ป่วยจะต้องมีชีวิตที่ปลอดภัย เสพติด และสามารถกลับคืนสู่การดำเนินชีวิตในสังคมปกติได้

โรคร่วมทางจิตเวช (Co-Occurring Disorders) ในผู้ป่วยสารเสพติดนั้นมีได้มากกว่า 1 โรค ซึ่งพบว่า หากยังมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชมากจะส่งผลให้การบำบัดสารเสพติดล่าช้า ซึ่งนับว่าเป็นปัญหายากซับซ้อนที่สำคัญ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น “Co-Occurring Disorders” มีอาการบางอย่างร่วมกันจนบางครั้งทำให้เกิดความสับสนในการแยกแยะว่าอาการดังกล่าวเกิดจากความผิดปกติทางจิตหรือเป็นอาการที่เกิดจากสารเสพติด ดังนั้น การประเมินผู้เสพติดจะต้องค้นหาโรคทางจิตเวชในผู้เสพติดด้วยเสมอ

การคัดกรองโรคร่วมจิตเวชในผู้ป่วยสุราหรือยาเสพติด มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความต้องการที่แท้จริงของการรักษา ไม่แสดงการตัดสินผู้ป่วย และใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ ค้นหาข้อมูลด้านการเสติดก่อนการค้นหาภาวะโรคจิตเวชร่วม และให้ผู้ป่วยประเมินตนเองตามปัญหาที่สอดคล้องกับข้อมูลที่มาับการรักษา

“การจำแนกผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งเรื่องของการเข้าถึงแหล่งให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมด้วย”

เครื่องมือการคัดกรองผู้เสพติด

การคัดกรองขั้นต้นที่ได้ประโยชน์ในการบำบัดคือ แบบรายงานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งมี 5 ขั้นตอนจนจบการบำบัด รวมทั้งมีการใช้เครื่องมืออื่นคัดกรองเพิ่มเติมด้วย

เครื่องมือคัดกรองการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่

- Assist
- แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2

เครื่องมือคัดกรองปัญหาจิตเวชในผู้ใช้สุรา สารเสพติด ได้แก่

- K10
- The Mental Health Screening Form-III (MHSF-III)
- Psychiatric checklist
- Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Screen)
- การคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)
- การคัดกรองโรคซึมเศร้า (9Q)
- การคัดกรองการฆ่าตัวตาย โดย 8Q
- แบบคัดกรองโรคจิต



2. การประเมินทางคลินิก

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้รับบริการและผู้ทำการรักษาได้วางแผนการรักษาและเป้าหมายของการรักษาร่วมกัน อีกทั้งเป็นขั้นตอนที่สำคัญเพื่อชักนำผู้รับบริการให้เข้าสู่กระบวนการรักษาเพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนด้านพฤติกรรมการใช้สาร และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอื่นๆ

ขั้นตอนการประเมิน

- 1.1 สัมภาษณ์สอบถามประวัติการใช้สารเสพติดในอดีตจนถึงปัจจุบัน
 - 1.2 ประวัติการเข้ารับการรักษาในแต่ละครั้งที่ผ่านมา
 - 1.3 การตรวจร่างกายและสภาพจิต
 - 1.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น
 - 1.5 การซักประวัติเพิ่มเติมจากญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดของผู้มารับบริการ ครอบครัว ประเด็นต่างๆ ได้แก่ เหตุผล ปัญหา หรืออาการที่ทำให้มาโรงพยาบาล
 - 1.6 การประเมินแรงจูงใจ ความพร้อม และความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่จะปรับพฤติกรรมแบบแผนการใช้สาร ความรุนแรงของภาวะติดสาร ปัญหา ผลกระทบ หรือ อันตรายที่เกี่ยวข้องกับการใช้สาร ทั้งปัญหาด้านสุขภาพ จิตใจ สัมพันธภาพ หน้าที่การงาน และกฎหมาย ปัจจุบันในด้านครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทางสังคม
 - 1.7 การตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ 2 ขั้นตอน คือ
 - 1) การตรวจสารเสพติดเบื้องต้น มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดแยกตัวอย่างที่คาดว่าจะมีสารเสพติดออกจากตัวอย่างที่ไม่มีสารเสพติด
 - 2) การตรวจยืนยัน เพื่อเป็นการนำตัวอย่างปัสสาวะที่ให้ผลบวกในขั้นตอนการตรวจเบื้องต้นมาตรวจยืนยันอีกครั้งในห้องปฏิบัติการ ว่ามีสารเสพติดหรือไม่
- หมายเหตุ :** การตรวจปัสสาวะเป็นตัวช่วยยืนยันอาการของผู้ป่วย และเป็นการติดตามอาการของผู้ป่วยว่าดีขึ้นหรือไม่เท่านั้น ไม่ได้บ่งบอกถึงการติดยาเสพติด

การประเมินปัญหาย่อยยากซับซ้อนแบบบูรณาการ (Integrated assessment)

จุดประสงค์ของการประเมินนี้ เพื่อจำแนกและแจกแจงโรคร่วมทางจิตเวชพื้นฐานเดิมว่ามีหรือไม่ ควรมีการประเมินว่า

- ผู้ป่วยมีหรือไม่โรคร่วมทางจิตเวช
- ความพร้อมและแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติดของผู้ป่วย
- ค้นหาจุดแข็งหรือปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งอาจจะมีผลกระทบแก่กระบวนการรักษาและฟื้นฟู



ทั้งนี้ ปัจจัยทางภาวะสังคมสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหายุ่งยากซับซ้อน จนทำให้เกิดการกลับมาเสพยาและอาการทางจิตกำเริบได้ ทั้งนี้การรักษาด้วยยาตามโรคจิตเวชไม่เพียงพอ อาจทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้นในภายหลัง ส่งผลให้ขาดความร่วมมือในการดูแลรักษา จากผู้ป่วยและครอบครัวเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เช่น ก้าวร้าว การฆ่าตัวตาย และยิ่งส่งผลต่อการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาล

การประเมินด้านยาเสพติด มุ่งเน้น

1. อาการเมาสารเสพติด และภาวะถอนพิษ
2. อาการทางกายและภาวะแทรกซ้อน
3. ปัญหาภาวะทางอารมณ์ พฤติกรรมและความคิด
4. ความพร้อมและแรงจูงใจในการรักษา
5. การกลับไปเสพยา การเสพยาเสพติดต่อเนื่อง และปัญหาเรื้อรัง
6. การฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อการเป็นอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

การประเมินทางด้านจิตเวช มุ่งเน้น

1. การประเมินอันตรายจากความเสี่ยงต่างๆ
2. ความสามารถของร่างกาย สมอง และจิตใจ
3. โรคร่วมทางกาย การเสพยาเสพติด โรคทางจิตเวชอื่นๆ
4. ทักษะต่อการรักษาและความร่วมมือ
5. ประวัติการรักษาจิตเวชเดิม

เครื่องมือที่ประเมินได้ทั้งปัญหาสารเสพติดและจิตเวชในเครื่องมือเดียวกัน

- Addiction Severity Index (ASI)
- MINI Structure Interview (MINI version 5)

แบบประเมินอื่นๆ ได้แก่

- แบบประเมินแรงจูงใจ (Socrates 8A) เป็นแบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษา
- แบบประเมินความพร้อมในการเข้ากลุ่มโดยใช้ BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)



3. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/ยาเสพติด ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

3.1 ระบบการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย

ปัจจุบัน ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด แบ่งเป็น 3 ระบบ ดังนี้

1. **การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (Voluntary System)** หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดขอเข้ารับการบำบัดรักษา จากสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งของรัฐหรือเอกชน ด้วยความสมัครใจของตน

2. **การบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัด (Compulsary System)** หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดกระทำความผิดและถูกคุมขัง ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาภายใต้กฎข้อบังคับของกฎหมาย เช่น ทณฑสถานบำบัดพิเศษต่าง ๆ ของกรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย กรมคุมประพฤติ และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สังกัดศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กระทรวงยุติธรรม ซึ่งมี 3 ลักษณะ คือ

- การบังคับโดยศาลเป็นผู้ให้ทางเลือก
- การบังคับโดยการกำหนดเงื่อนไขของศาล
- การบังคับโดยกฎหมาย

3. **การบำบัดรักษาในระบบต้องโทษ (Correction System)** เป็นการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ถูกจับกุมในคดีตามกฎหมายและผ่านกระบวนการพิจารณาของศาลเรียบร้อยแล้ว

3.2 มาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศ ฉบับที่ 164 ในปี พ.ศ. 2543 แบ่งขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดผิดกฎหมาย เช่น ยาบ้า เฮโรอีน ออกเป็น 4 ขั้นตอนและกำหนดมาตรฐานขั้นตอน วิธีการและระยะเวลา สำหรับให้สถานพยาบาลดำเนินการบำบัดรักษา ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1. การเตรียมการ (Pre-Admission) เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนให้การบำบัดรักษาภายในระยะเวลา 7 วัน เช่น ศึกษาประวัติข้อมูล / ภูมิหลังผู้ติดยาเสพติด ทั้งจากผู้ขอรับการรักษาและครอบครัว การสัมภาษณ์ การลงทะเบียน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสาร การสร้างแรงจูงใจให้เข้าใจภาวะของตนและให้มีความตั้งใจในการรักษา และอธิบายขั้นตอนการบำบัดรักษา ตลอดจนวิธีการทางการแพทย์ ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยการติดยาเสพติด ตรวจร่างกาย เอกซเรย์ ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ชั่งน้ำหนัก

ขั้นตอนที่ 2. การถอนพิษยา (Detoxification) ซึ่งควรทำภายในระยะเวลา 45 วัน เป็นการบำบัดอาการทางกายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด เช่น การให้ความช่วยเหลือใกล้ชิด การให้ยาตามอาการ การให้ยาทดแทน หรือยาอื่นๆ เช่น เมธาโดน ยาระงับอาการอยากยา การฝังเข็ม การใช้สมุนไพร หรือให้เลิกเสพยาทันทีที่เรียกว่า หักดิบ



แบ่งเป็นการถอนพิษแบบผู้ป่วยนอก คือ ไม่ต้องค้างคืนในสถานพยาบาล แต่ต้องรับประทานยาตามเวลาที่กำหนด และแบบผู้ป่วยใน คือ การค้างคืนในสถานพยาบาล ซึ่งนอกจากจะถอนพิษยาแล้ว ยังมีการรักษาโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งการให้ความรู้ด้วย เช่น การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ซึ่งมีระยะเวลาดำเนินการภายใน 180 วันประกอบด้วยกิจกรรมหลากหลาย เป็นการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้รับการบำบัด ให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรม ให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างปกติ โดยใช้กิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ จิตบำบัด การให้คำแนะนำปรึกษา ทั้งเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม กิจกรรมบำบัด อาชีวบำบัด นันทนาการ การฝึกวินัย การฝึกอาชีพ เป็นต้น เพื่อฝึกทักษะต่างๆที่จะช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดไม่กลับไปใช้สารเสพติดอีกในอนาคต

นอกจากนี้ ยังมีรูปแบบอื่น ๆ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ “ชุมชนบำบัด” ซึ่งเป็นการสร้างชุมชน หรือสังคมจำลองให้ผู้เลิกยาเสพติดมาอยู่รวมกัน เพื่อให้การช่วยเหลือกัน เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ฝึกความรับผิดชอบ การรู้จักตนเอง และแก้ไขปัญหายาอย่างเหมาะสม เพื่อกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ และการฟื้นฟูจิตใจ โดยใช้หลักศาสนา ได้แก่ การนำผู้เลิกยาเสพติดเข้ารับการอุปสมบท การศึกษาหลักธรรมทางศาสนา การอบรมธรรมะ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4. การติดตามดูแล (After-Care) ซึ่งมีกำหนดระยะเวลา 1 ปี เป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษา ทั้ง 3 ขั้นตอน โดยมีการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำ การสร้างกำลังใจ การป้องกันการเสพซ้ำ มีการเยี่ยมบ้านและนัดติดตามเป็นระยะ ใช้แบบสอบถามและการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ทั้งนี้เพื่อให้หวนกลับไปเสพยาซ้ำอีก

3.3 การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

ปัจจุบันการรักษาแบบบูรณาการ เป็นรูปแบบที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วม ขั้นตอนการบำบัดการเสพยาเสพติด และการดูแลโรคร่วมทางจิตเวช มี 4 ขั้นตอน โดยมีเป้าหมายและวิธีการที่แตกต่างกัน ดังนี้



ขั้นตอน	การบำบัดการเสพติด	การดูแลโรคร่วมทางจิตเวช
1. ขั้นเตรียมการ	การเข้าถึงการบริการที่เหมาะสม เพื่อทราบความรุนแรงของยาเสพติด สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	การเข้าถึงการบริการที่เหมาะสม เพื่อทราบโรคร่วมทางจิตเวชและความรุนแรงฉุกเฉิน
2. ขั้นบำบัด	เพื่อถอนพิษและโน้มน้าวให้เกิดแรงจูงใจ ในการบำบัดต่อเนื่อง	รับยาตามอาการทางจิตจากภาวะถอนพิษอย่างเพียงพอ
3. ขั้นฟื้นฟู	เพื่อลดพฤติกรรมเสพติด เช่น การให้ความรู้เรื่องตัวกระตุ้นภายนอกภายใน จิตสังคมบำบัดที่เหมาะสม MI / MET, CBT 12 STEP, Persuasion groups, Social skill training, AA, NA, Case management	เพื่อให้อาการทางจิตสงบ ทบทวนการวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวชที่แท้จริงของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยตระหนัก การเจ็บป่วยทางจิตเวชและเตรียมการบำบัดต่อเนื่อง
4. ขั้นป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ	เพื่อป้องกันการกลับไปเสพติด	เพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบ เฝ้าระวังโรคร่วมทางจิตเวช

หลักการบำบัดแบบผสมผสานทั้งด้านสารเสพติดและจิตเวช

การบำบัดสารเสพติด ควรสร้างแรงจูงใจในระยะยาว มีการให้ความรู้การป้องกันการเสพติด และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

การบำบัดโรคทางจิตเวช ควรค้นหาโรคทางจิตเวชและปัญหาที่ยากซับซ้อนของผู้ป่วย
ปัญหาที่ยากซับซ้อนอื่นๆ ควรจัดให้มีผู้จัดการรายกรณี และการติดตามในชุมชน

3.4 การดำเนินการตามขั้นตอนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

3.4.1 การถอนพิษยา

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดอาการทางกาย และอาการทางจิต ที่อาจเกิดจากการใช้ยาเสพติด

หลักการ: การบำบัดรักษาในขั้นตอนนี้ เพื่อช่วยบรรเทาความต้องการยาและบำบัดอาการขาดยาตลอดจนบำบัดโรคแทรกซ้อนต่างๆ โดยการใช่วิธีการประกอบโรคศิลปะทั้งแผนปัจจุบัน และแผนโบราณซึ่งสามารถกระทำได้หลายแบบ

ขั้นตอนการถอนพิษยา

1. การใช้ยาเพื่อรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเมาสารกระตุ้นเมทแอมเฟตามีนทุกราย ควรได้รับการดูแลภาวะทางกายเบื้องต้น และยึดตามหลักการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support) ดังนี้

1) พยายามลดสิ่งกระตุ้นเร้าจากสิ่งแวดล้อมให้มากที่สุด ได้แก่ เสียงอีกทีก็กรึกโครม แสงสว่างจ้าสิ่งแวดล้อมที่สงบ เงียบ



2) ควรหลีกเลี่ยงการโต้เถียง โดยยอมรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด และให้ความมั่นใจว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ได้

3) ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าอาการเกิดจากฤทธิ์ของสาร ซึ่งจะดีขึ้นเมื่อสารหมดฤทธิ์

4) อาจขอให้เพื่อน หรือญาติอยู่ด้วย หรือติดต่อให้ได้พูดคุยด้วย

2. การใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines เช่น Diazepam 2 - 10 มิลลิกรัม ฉีดเข้าเส้นทุก 4 - 6 ชั่วโมง หรือ Diazepam 10 - 30 มิลลิกรัม รับประทาน ในการรักษาผู้ป่วยที่เมาสารกระตุ้นแอมเฟตามีนเพื่อสงบอาการกระสับกระส่าย วิดกกังวล มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และหากไม่ได้ผล จึงใช้ยาในกลุ่ม Antipsychotics โดยเฉพาะในรายที่มีอาการโรคจิต หวาดระแวง มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงได้โดยใช้ยา Antipsychotic เช่น Haloperidol 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทั้งนี้ การรักษาด้วยยาจะขึ้นอยู่กับอาการและอาการแสดงและความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น

3. การใช้ยาเพื่อรักษาอาการขาดยา (Treatment of detoxification) ผู้ป่วยถอนยาเมทแอมเฟตามีน จะมีอาการและอาการแสดงไม่รุนแรง จึงใช้การรักษาตามอาการกระวนกระวายนอนไม่หลับ ใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam 2 - 10 มิลลิกรัมต่อวัน ถ้ามีอาการซึมเศร้า จะใช้ยาในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เช่น Fluoxetine 20 - 40 มิลลิกรัมต่อวัน และเฝ้าระวังภาวะฆ่าตัวตาย แต่ถ้ามีอาการซึมเศร้ารุนแรง ในกรณีอาการภาวะโรคจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน จะใช้ยาในกลุ่ม Antipsychotic เช่น Haloperidol 0.5 - 5 มิลลิกรัม/วัน Risperidone 0.5 - 2 มิลลิกรัม/วัน ให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลภาวะซึมเศร้า

4. อาจใช้การผูกมัด (Physical restraint) ผู้ป่วยที่มีสภาวะเมาสารกระตุ้นประสาท ในกรณีที่เป็นและไม่สามารถทำให้สงบได้ด้วยยา หรือไม่สามารถใช้ยาได้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีสภาวะก้าวร้าวรุนแรงจนเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น

วิธีการผูกมัดให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์มาตรฐานการผูกมัดผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดควรได้รับการสร้างความมั่นใจและดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมผู้บำบัดรักษา ควรอธิบายเหตุผลของการผูกมัดให้แก่ผู้ป่วย ควรตรวจการผูกมัดเป็นระยะๆ ว่าผู้ป่วยปลอดภัยและสบาย

3.4.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาได้ปรับสภาพร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้มีความเข้มแข็งไม่คิดกลับไปใช้ยาเสพติดอีก

หลักการ: เนื่องจากยาเสพติดทุกชนิดจะออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนกลางโดยตรง ทำให้มีการติดยาของจิตใจ (Psychological dependence) เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น จึงทำให้ผู้ติดยาที่ได้รับการรักษาขั้นถอนพิษยาแล้วหวนกลับไปใช้ยาเสพติดอีก เพราะไม่สามารถลืมความสบายใจอันเกิดจากการใช้ยาเสพติดได้ ในขั้นตอนนี้จึงมุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีจิตใจมั่นคง เข้มแข็ง แต่ในทางปฏิบัติเป็นไปได้ยากเพราะต้องอาศัยความร่วมมือทั้งของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม



ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

กลุ่มผู้ใช้: การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion) การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) อย่างน้อย 1 ครั้ง และการช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน รวมถึงการบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี) บำบัดได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไป

กลุ่มผู้เสพ: ใช้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) แบบเสริมแรงจิตใจ (Motivational Interviewing : MI) (Motivational Enhancement Therapy : MET) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) จิตสังคมบำบัด ได้แก่ Modified Matrix, จิตสังคมบำบัดในโรงเรียนและสถานประกอบการ อย่างน้อย 3 - 12 ครั้ง ใน 4 เดือน ร่วมกับการรักษาด้วยยา การรักษาโรคร่วมทางจิตเวชและสุมตรวจปัสสาวะ อย่างน้อย 2 ครั้ง บำบัดได้ในโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป การส่งตัวเข้ารับการรักษาในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 9 วัน ในกรณีประเมินด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติด เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษากระทรวงสาธารณสุข บคก.สร. (V.2) เป็นกลุ่มผู้เสพ ในระดับเสพน้อยร่วมกับดุลพินิจของผู้คัดกรองในศูนย์คัดกรองกระทรวงสาธารณสุข เห็นว่าควรส่งเข้าบำบัดระบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และขณะบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยยังมียาอาการรุนแรงจากการใช้สารเสพติดมาก สามารถส่งตัวเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูภายในโรงพยาบาลอภัยภูธรรักษากิจกรรมการแพทย์ได้

กลุ่มผู้ติด: ประกอบด้วย

การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก: ใช้ CBT/ จิตสังคมบำบัดอย่างย่อแบบ 16 ครั้ง/(Motivational Enhancement Therapy : MET) ทุกสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 เดือน (16 ครั้ง) รวมรายบุคคล 3 ครั้ง และครอบครัว 3 ครั้งรวมถึง การรักษาด้วยยา และการรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี) และการสุมตรวจปัสสาวะสารเสพติด อย่างน้อย 4 ครั้ง ในโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไปการบำบัดยาเสพติดในกลุ่มผู้ติด กรณีผู้ติดยาเสพติดและมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยที่รุนแรง ให้ส่งตัวบำบัดฟื้นฟูในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต

การบำบัดแบบผู้ป่วยใน: การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community : TC) 4 เดือน - 1 ปี หรือ รับไว้แบบผู้ป่วยในจำนวน 1 เดือน หรือ ผู้ป่วยนอกจำนวน 3 เดือน ร่วมกับการรักษาด้วยยา และการรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี) รวมถึงการสุมตรวจปัสสาวะ อย่างน้อย 4 ครั้ง ในโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป (ที่มีความพร้อมศักยภาพรับผู้ป่วยใน) การบำบัดยาเสพติดในกลุ่มผู้ติดรุนแรง/เรื้อรัง (นอนรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 7-14 วัน) ให้ส่งตัวบำบัดฟื้นฟูในโรงพยาบาลอภัยภูธรรักษากิจกรรมการแพทย์ การบำบัดยาเสพติดในกลุ่มผู้ติด ในกรณีผู้ติดยาเสพติดและมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยที่รุนแรง ให้ส่งตัวบำบัดฟื้นฟูในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต



กลุ่มที่มีภาวะฉุกเฉินจากแอมเฟตามีน (เมายาบ้า/ก๊วร้าว)

การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกจิตเวช โดยมีการจัดการภาวะฉุกเฉิน โดยใช้ Antipsychotics เช่น Haloperidol, Risperidone เป็นต้น

การบำบัดแบบผู้ป่วยในจิตเวช มีการจัดการภาวะฉุกเฉิน ในการบำบัดแบบผู้ป่วยในจิตเวช 2 สัปดาห์ - 1 เดือน รวมกับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกจิตเวช อย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 4 เดือน ในโรงพยาบาลและอาจใช้ระบบการจัดการรายกรณี (Case management) มาใช้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้อาจมีกิจกรรมบำบัดทางเลือกอื่น ส่วน MATRIX program แบบเข้มข้น ใช้ในกรณีที่มีภาวะติดรุนแรงหรือเคยได้รับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัดอย่างย่อแล้วกลับไปเสพซ้ำ ภายหลังจากได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟู 90-120 วันให้ทำการประเมินผลการบำบัด โดยดูจากการหยุดเสพและผลการตรวจปัสสาวะ ถ้าหยุดเสพติดต่อกันได้ 90 วัน ร่วมกับผลตรวจปัสสาวะเป็นลบถือว่า Early remission จึงส่งผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลต่อเนื่องหลังการรักษา ในระหว่างการบำบัดฟื้นฟู กรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัด สถานบริการดำเนินการติดตามผู้ป่วยอย่างน้อย 15 วัน

4. โปรแกรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุรา/สารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

4.1 โปรแกรมกาย จิต สังคม บำบัดแบบประยุกต์ (Modified Matrix Program)

หลังจากมีการนำโปรแกรม กาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Program) ซึ่งใช้เวลา 16 สัปดาห์ มาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยมาระยะหนึ่ง พบปัญหาว่าผู้ป่วยและญาติไม่มีเวลาเข้าร่วมครบตามโปรแกรม เนื่องจากใช้ระยะเวลานาน จึงได้มีปรับประยุกต์เนื้อหาในแต่ละกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับสภาพผู้บำบัดและสถานบริการ จาก 16 สัปดาห์มาเป็น 12 สัปดาห์

องค์ประกอบภายในโปรแกรมกาย จิต สังคม บำบัด (Modified Matrix Program)

โปรแกรม กาย จิต สังคมบำบัด ผู้ป่วยจะใช้เวลาอยู่ในโปรแกรมอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ นาน 12 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะเป็นการพบเพื่อติดตามผลจนครบ 1 ปี ในโปรแกรมมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1. **การปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling)** หรือการบำบัดรายบุคคล (Individual Session) และการบำบัดร่วมกับครอบครัว (Conjoined Session) เป็นกิจกรรมแรก ที่ผู้บำบัด ผู้รับการบำบัด และครอบครัวพบกันเพื่อทำความเข้าใจในการเข้ารับการบำบัดด้วยกิจกรรมอื่นๆ ในโปรแกรม และการพบกันครั้งต่อไปของการปรึกษารายบุคคลจะเป็นการเสริมสร้างความร่วมมือในการบำบัดของผู้รับการบำบัดและครอบครัว และเป็นการติดตามผลการบำบัดตลอดโปรแกรม



การปรึกษารายบุคคลประกอบด้วยกิจกรรมภาคบังคับ ครั้งที่ 1 ถึง 9 สำหรับครั้งที่ 10 เป็นเรื่องการวิเคราะห์การติดยาซ้ำ จะทำเฉพาะกรณีที่มีการติดยาซ้ำ

2. กลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาเริ่มต้น (Early Recovery Skills Group) เป็นกิจกรรมกลุ่มที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการเผชิญกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะแรกของการหยุดเสพยา นอกจากนี้ยังเป็นการนำและเตรียมผู้รับการบำบัดในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือกันเองรูปแบบต่างๆ ด้วย

กิจกรรมในกลุ่มนี้ มี 8 ครั้ง จัด 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ดังนั้นกลุ่มนี้จะสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 4 (เดือนแรกของการบำบัด) ผู้รับการบำบัด จะเริ่มเข้ากลุ่มครั้งแรกก็ได้ แต่จะต้องเข้ากลุ่มให้ครบทั้ง 8 ครั้ง

3. กลุ่มฝึกทักษะป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ (Relapse Prevention Skills Group) เป็นกิจกรรมหลักของการบำบัด โดยเน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จะป้องกันไม่ให้กลับไปติดยาซ้ำให้กำลังใจ ช่วยเหลือ และแบ่งประสบการณ์ที่ดีต่อกัน

กิจกรรมมีจำนวน 24 ครั้ง จัด 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ดังนั้นกลุ่มนี้จะอยู่จนสิ้นสุดโปรแกรม ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถเข้ากลุ่มได้เช่นเดียวกับกลุ่มในข้อ 2

4. กลุ่มครอบครัวพิเศษ (Family Education Group) เป็นกลุ่มที่ผู้เข้ารับการบำบัดและครอบครัวเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับหัวข้อต่างๆ ในการเลิกเสพยา และได้ทำความเข้าใจกันเพื่อสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดเลิกยาได้สำเร็จ

กิจกรรมมี จำนวน 6 ครั้ง จัดสัปดาห์เว้นสัปดาห์ ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถเข้ากลุ่มได้เช่นเดียวกับกลุ่มในข้อ 2

5. กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self Help Group) เป็นกลุ่มที่จัดตั้งโดยผู้ที่เคยติดยาเสพติดและเลิกได้แล้ว เพื่อช่วยแนะนำวิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะเลิกยา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ดีให้แก่ผู้รับการบำบัดขณะรับการบำบัด ให้กำลังใจแก่กัน เพราะผู้ที่มีประสบการณ์เดียวกันจะเกิดความเชื่อถือนับถือและเข้าใจกันได้ดี นอกจากนี้ยังช่วยฝึกทักษะการเข้าสังคม การใช้ชีวิตภายหลังการบำบัด ผู้รับการบำบัดควรเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอเพื่อผลการบำบัดที่ดี

6. กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นกลุ่มฝึกทักษะการใช้ชีวิตในสังคม โดยสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดที่อยู่ในระยะกลางของการเลิกยาเสพติด เรียนรู้วิธีการใช้ชีวิตในสังคมแต่ละวัยโดยไม่ใช้ยาเสพติด โดยมีผู้รับการบำบัดที่จบโปรแกรมแล้วมาร่วมแบ่งปันประสบการณ์และฝึกปฏิบัติเป็นผู้นำกลุ่ม ใช้เป็นกลุ่มติดตามหลังการรักษา



การประยุกต์โปรแกรมบำบัดรักษาแบบกาย จิต สังคมบำบัด (Modified Matrix Program)

โดยมีการปรับประยุกต์จากโปรแกรมเดิม ดังนี้

- 1) การปรึกษารายบุคคล คงเดิมทั้ง 10 เรื่อง
- 2) กลุ่มฝึกทักษะเลิกยา ระยะสั้น คงเดิมทั้ง 8 เรื่อง

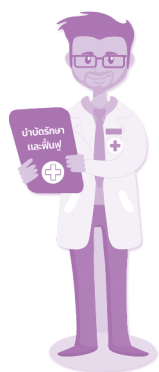
3) กลุ่มฝึกทักษะป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ มีการประยุกต์เนื้อหาจาก 32 เรื่อง เป็น 24 เรื่อง

4) กลุ่มฝึกครอบครัวศึกษา ประยุกต์จากเดิม 10 เรื่อง เป็น 6 เรื่อง

1.1 การประยุกต์กลุ่มฝึกทักษะป้องกันการเสพซ้ำ

กลุ่มฝึกทักษะป้องกันการเสพซ้ำ มีการประยุกต์ ดังนี้

บทที่	ประยุกต์	จากเดิม
1	สุรา ยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย	สุรา ยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย (RP1) การเลิกยาเสพติดทุกชนิด (RP9)
2	ความเบื่อ	ความเบื่อ (RP2)
3	การหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพซ้ำ	การหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพซ้ำ (RP3)
4	การทำตัวไม่ให้อำนาจ /งานและการเลิกยา	การทำตัวไม่ให้อำนาจ (RP6)/งานและการเลิกยา (RP4)
5	ความรู้สึกผิดและการละอายใจ	ความรู้สึกผิดและการละอายใจ (RP5)
6	ยาเสพติดหรือสุรา อันตรายมากกว่าที่คิด	
7	แรงจูงใจในการเลิกยา	แรงจูงใจในการเลิกยา (RP7)
8	การพูดความจริง	การพูดความจริง (RP8)
9	พฤติกรรมทางเพศ / พฤติกรรมยาทำ และการเลิกยา	เพศสัมพันธ์และการเลิกยา (RP10) พฤติกรรมยาทำ (RP28)
10	การป้องกันการกลับไปติดซ้ำ	การป้องกันการกลับไปติดซ้ำ (RP11, RP31)
11	ความไว้วางใจ	ความไว้วางใจ (RP12)
12	จงทำตนเป็นคนฉลาด : แต่อย่าประมาท	จงทำตนเป็นคนฉลาด : แต่อย่าประมาท (RP13)
13	สิ่งยึดเหนี่ยวภายในจิตใจ	เป้าหมายและคุณค่าชีวิต (RP14)
14	ความรับผิดชอบเรื่องประจำวัน และการเงิน	ความรับผิดชอบเรื่องประจำวันและการเงิน (RP15)
15	การดูแลตนเอง	การดูแลตนเอง (RP17/RP19)
16	ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกและวิธีการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึก	ภาวะอารมณ์ที่ทำให้กลับไปเสพยา และวิธีการจัดการกับความโกรธ (RP18/RP23)
17	การรับรู้และการลดภาวะตึงเครียด	การรับรู้และการลดภาวะตึงเครียด (RP20/RP22)



บทที่	ประยุกต์	จากเดิม
18	การหาเหตุผลในการกลับไปเสพยาซ้ำ	การหาเหตุผลในการกลับไปเสพยาซ้ำ (RP16/RP21)
19	การยอมรับตนเองและการเรียนรู้โปรแกรมหลักการ 12 ขั้นตอน	การยอมรับตนเองและการเรียนรู้โปรแกรมหลักการ 12 ขั้นตอน (RP24/RP30)
20	อิทธิพลของเพื่อน	การสร้างเพื่อนใหม่ (RP25)
21	การฟื้นฟูสัมพันธภาพ	การฟื้นฟูสัมพันธภาพ (RP26)
22	ความสงบสุขในชีวิต	การสวดมนต์ไหว้พระ/ทำสมาธิเพื่อขอความสงบสุขและเกิดปัญญา (RP27)
23	การจัดการกับความรู้สึกภาวะซึมเศร้า	การจัดการกับความรู้สึกภาวะซึมเศร้า (RP29)
24	หยุดเสพยาทีละวัน	หยุดเสพยาทีละวัน (RP32)

1.2 การประยุกต์กลุ่มครอบครัวศึกษา

กลุ่มครอบครัวศึกษา มีการประยุกต์ดังนี้

บทที่	ประยุกต์	จากเดิม
1	ตัวกระตุ้นและการอยากยา	ตัวกระตุ้นและการอยากยา (FE1)
2	สุราและร่างกาย ยาบ้า : จากสวรรค์สู่นรก	สุราและร่างกาย (FE2) ยาบ้า : จากสวรรค์สู่นรก(FE4)
3	เส้นทางสู่การเลิกยา	เส้นทางสู่การเลิกยา(FE5)
4	การหลีกเลี่ยงและการกลับติดซ้ำ และ ประสบการณ์เลิกยาของสมาชิก	การหลีกเลี่ยงและการกลับติดซ้ำ (FE7) ประสบการณ์เลิกยาของสมาชิก(FE3)
5	ปฏิกิริยาและบทบาทของครอบครัวต่อ ผู้ติดยา	ปฏิกิริยาและบทบาทของครอบครัวต่อผู้ติดยา (FE8, FE9)
6	ความผูกพันของครอบครัวต่อผู้ติดยาและ การใช้ชีวิตร่วมกัน	มันไม่ใช่ปัญหาของฉันและการใช้ชีวิตร่วมกัน (FE6, FE10)



การจัดโปรแกรม : สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และ 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่มีกลุ่มครอบครัว

เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3
- ผู้กลุ่มฝึกทักษะเลิกยาระยะต้น 8 เรื่อง - กลุ่มฝึกทักษะป้องกัน การกลับไปติดซ้ำ 8 เรื่อง - กลุ่มครอบครัวศึกษา 2 เรื่อง	- กลุ่มฝึกทักษะป้องกัน การกลับไปติดซ้ำ 8 เรื่อง - กลุ่มครอบครัวศึกษา 2 เรื่อง	- กลุ่มฝึกทักษะป้องกัน การกลับไปติดซ้ำ 8 เรื่อง - กลุ่มครอบครัวศึกษา 2 เรื่อง

การติดตามดูแลหลังการรักษาด้วย Matrix Model

ติดตามดูแลหลังรักษา 4-7 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี ตาม แบบ บสต. ด้วยกิจกรรมกลุ่ม สนับสนุนทางสังคมหรือการปรึกษารายบุคคล แต่ในช่วงเดือนที่ 1 หลังจากครบโปรแกรมการรักษา ให้นัดติดตามหลังรักษา 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ รวม 4 ครั้ง

4.2 การบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (Fast Model)

เป็นการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบหนึ่งที่พัฒนามาจากรูปแบบชุมชนบำบัด ภายใต้แนวคิดว่าการรักษาอาการยาเสพติดที่ดีที่สุดคือการบำบัดฟื้นฟูและผู้ป่วยติดยาเสพติดให้กลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจ จนสามารถกลับสู่ครอบครัวได้อย่างปกติสุข โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ซึ่งแต่ละด้านเป็นหัวข้อย่อยของ FAST Model ดังนี้

F= Family คือการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด

A= Alternative Treatment Activity การใช้กิจกรรมทางเลือกในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยให้เหมาะสม

S= Self - Help กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง

T= Therapeutic Community แนวทางในการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าโดยกระบวนการชุมชนบำบัด

การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family)

วัตถุประสงค์

1. หยุดการใช้ยาเสพติด
2. ช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้เหมาะสม

วิธีดำเนินการ

1. การเตรียมครอบครัว
2. การให้ความรู้ครอบครัวในเรื่องการทำหน้าที่ของครอบครัว
3. การให้คำปรึกษา
4. ครอบครัวบำบัด
5. กิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว

กิจกรรมทางเลือก (Alternative Treatment Activity)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาความสามารถเฉพาะตนของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
3. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีอาชีพที่สุจริต สังคมยอมรับ
4. สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยแสดงออกในสิ่งที่ตนสนใจ



วิธีดำเนินการ

1. สำรวจความสามารถหรือความสนใจของผู้ป่วย
2. จัดกิจกรรมทางเลือก
 - 2.1 ชมรมที่ฉันทสนใจ
 - 2.2 กิจกรรมกีฬา
 - 2.3 การศึกษา

กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (Self – Help)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม โดยใช้หลักการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์
2. พัฒนาศักยภาพให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดี

วิธีดำเนินการ

1. สอนทักษะการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ได้แก่ ทบทวนจิต คิดจัดการ สานเป้าหมาย สายใยรัก ทักสังคม
2. กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 9 กิจกรรม
 - 2.1 การบันทึกและรายงาน
 - 2.2 การสำรวจตนเอง
 - 2.3 การตั้งเป้าหมายชีวิต
 - 2.4 ทักษะการปฏิเสธ
 - 2.5 ทักษะการควบคุมตนเอง
 - 2.6 ทักษะการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์
 - 2.7 ทักษะในการแก้ปัญหา
 - 2.8 ทักษะการสื่อสาร
 - 2.9 การสร้างวินัยให้ตนเอง

ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community)

กลุ่มบำบัด (Group Therapy) ได้แก่ กลุ่มประชุมเช้า กลุ่มประชุมเจ้าหน้าที่ กลุ่มซักประวัติ กลุ่มสัมมนา กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มปรับความเข้าใจ กลุ่มนันทนาการ กลุ่มสุขศึกษา กลุ่มทัศนศึกษา กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และกลุ่มออกกำลังกาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยกล้าแสดงออก
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับตนเองและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น



กิจกรรมที่ใช้ในชุมชนบำบัด ได้แก่

1. งานบำบัด (Work Therapy) ได้แก่ งานเกษตร งานเบเกอรี่ งานอาชีพบำบัด งานหัตถกรรม และตัดเย็บเสื้อผ้า เป็นต้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบ
2. เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ทั้งงานที่ชอบและงานที่ไม่ชอบ

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กิจกรรมที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย

1. การให้รางวัล ได้แก่ การเลื่อนระดับ การให้ลาเยี่ยมบ้าน
2. การให้การช่วยเหลือเมื่อทำผิด ได้แก่ การพูดคุยตักเตือน การบอกข้อบกพร่อง กลุ่มให้คำแนะนำ การเรียนรู้ประสบการณ์ การนั่งเก้าอี้ใช้ความคิด การทำงานใช้ความคิด และกลุ่มประชุมทั้งบ้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะแก้ไขตนเอง
2. เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบชุมชนบำบัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามการพัฒนาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเป็นระยะ
2. เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนบำบัด ขณะบำบัด และหลังบำบัด

วิธีดำเนินการ

1. ประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยแรกรับ
2. ประเมินพฤติกรรมขณะบำบัด
3. ประเมินพฤติกรรมก่อนจำหน่าย

การติดตามหลังการบำบัดรักษาด้วย Fast Model

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามดูแลหลังการรักษา
2. เพื่อให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาหลังจากออกจากโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการ

1. นัดผู้ป่วย 7 ครั้ง เมื่อครบ 2 สัปดาห์ / 4 สัปดาห์ / 1 เดือน / 2 เดือน / 3 เดือน / 6 เดือน / 9 เดือน และ 1 ปี
2. ประเมินสภาพด้านร่างกาย พฤติกรรม และสังคม
3. ตรวจปัสสาวะ
4. ให้คำปรึกษาแนะนำ



3. การให้การปรึกษารายบุคคล/การบำบัดรายบุคคล (Individual Counseling/ Individual Therapy)

3.1 กรณีผู้ป่วยสุรา/สารเสพติดที่มีโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยสุราที่มีโรคซึมเศร้าจำนวนหนึ่งพบว่าอาการซึมเศร้าดีขึ้นในช่วงที่มีฤทธิ์ของสุรา ในขณะที่ผู้ป่วยจำนวน 1 ใน 3 กลับพบอาการซึมเศร้าเด่นชัด ในช่วงการดื่มสุราหรือหยุดดื่มสุรา เป็นระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ (Secondary Depression) ดังนั้นการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ดื่มสุรา จึงควรเว้นระยะเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ หลังหยุดดื่มจึงจะประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้งหนึ่ง ส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดนั้น อาการซึมเศร้าสามารถวินิจฉัยได้จาก ระยะเวลาการหยุดเสพ ของสารเสพติดแต่ละตัว และประวัติอาการเดิมจากผู้ป่วยและญาติ

แนวทางการบำบัด

1.1 การให้คำปรึกษาอย่างสั้น (Brief Intervention, BI)

การให้คำปรึกษาอย่างสั้น (Brief Intervention) สามารถเพิ่มอัตราการติดตามอาการ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่ม/เสพที่ลดลง และทำให้เห็นผลกระทบของการดื่ม/เสพต่ออาการ ซึมเศร้า และเพิ่มศักยภาพในตนเอง (Self Efficacy)

1.2 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy ; MET) มีพื้นฐานหลัก 4 ข้อ ดังนี้

1. แสดงความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ
2. การทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบัน กับเป้าหมายที่เป็น
3. การหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย
4. การส่งเสริมศักยภาพที่มีในผู้ป่วย

1.3 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (Cognitive Behavioral Therapy; CBT)

การบำบัดความคิดด้านลบที่ไม่เหมาะสม (Dysfunctional Thought) ซึ่งในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วม ซึมเศร้าพบมีความเชื่อมโยงระหว่างอารมณ์ทางด้านลบและการตัดสินใจใช้สุรา อันมีผลมาจากความคิดที่บิดเบือนแบบต่างๆ นอกจากนี้ในแง่ความคุ้มค่าในการรักษาและผลลัพธ์ที่ออกมา พบว่าการ ผสมระหว่างโครงสร้างของการรักษาแบบ MET และ CBT เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

1.4 การทำจิตบำบัดเชิงลึก (Psychodynamic Psychotherapy) การบำบัดซึ่งมุ่งเน้น ปมความขัดแย้ง และการพัฒนาความสัมพันธ์ในวัยเด็ก ระหว่างเด็กและผู้ดูแลซึ่งมีผลต่อการติด สุราและโรคซึมเศร้า

1.5 การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy; ITP)

การบำบัดซึ่งมุ่งเน้นระหว่างความสัมพันธ์ ระหว่างอารมณ์และเหตุการณ์ ระหว่างบุคคลรอบตัวใช้ได้ ผลดีในผู้ป่วยที่มีโรคความผิดปกติทางอารมณ์



3.2 กรณีผู้ป่วยโรคสุรา/สารเสพติดที่มีโรคอารมณ์แปรปรวน

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนนั้น ควรทำเมื่อผู้ป่วยไม่ได้ดื่มสุราหรือสารเสพติดอื่นมาเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ เกณฑ์การวินิจฉัยนั้นสามารถประเมินได้จากการของผู้ป่วย เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถมากกว่าผู้อื่น ความต้องการนอนลดลง พุดมากขึ้น อยู่ไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น มีความคิดแล่นเร็ว ชอบเข้าร่วมกิจกรรมที่สนุกสนาน ใช้เงินเปลือง หรือมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นหลายคน

แนวทางการบำบัด

ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรามักพบโรคร่วมด้วยเสมอ โดยโรคทางด้านอารมณ์แปรปรวนและโรคจิตกังวล ซึ่งจากการศึกษาการบำบัดรักษานั้นพบว่า การใช้ CBT มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลและลดการดื่มสุราได้ รวมทั้งการฝึกทักษะการผ่อนคลาย การจัดการความเครียด และการฝึกทักษะทางสังคมต่างๆ

Cognitive - Behavioral (Alcohol and Substance Abuse) Counseling (CBC)

การประยุกต์การบำบัด หลักการเพื่อดูแลสุขภาพ การดูแลตัวเอง การควบคุมตัวเอง โดยการฝึกทักษะต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา

จุดประสงค์และขั้นตอน CBC

- Engagement : ให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ของสุราและโรคทางจิตเวช โดยต้องมีเทคนิค

- Empathy : คำถามปลายเปิด, ตั้งใจฟังผู้ป่วย, ไม่ตัดสิน แสดงถึงความจริงใจ
- Persuasion : เพิ่มแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงเพื่อเลิกดื่ม, การรักษาโรคจิตเวช
- Active Treatment : ลดการดื่มสุราและจัดการโรคจิตเวช

ขั้นตอนประกอบด้วย

1. **Action Plan:** วิเคราะห์ตัวกระตุ้น ที่ทำให้ดื่มซ้ำของตนเองแล้วพยายามหลีกเลี่ยงได้โดยการฝึกฝนทักษะต่างๆ เป็นการจด การความคิดและพฤติกรรม เพื่อเลิกสุรา / สารเสพติด

การจัดการความอยากสุรา Managing Craving เช่น การลุกเดิน เปิดเพลงฟัง การกินอาหารสุขภาพ การสนับสนุนจากคนรอบข้าง การสำรวจความเครียดและหมั่นฝึกจัดการอย่างสม่ำเสมอ การฝึกลมหายใจ การทำสมาธิ การสวดมนต์ หากพลาดดื่มซ้ำให้ตั้งสติ แล้ววิเคราะห์ว่าเพราะอะไรถึงดื่มซ้ำ และพยายามหลีกเลี่ยง

2. A skill-based approach therapy

ทั้งนี้ การจัดการความเครียด ความคิดความรู้สึกที่ไม่พอใจ หรือสถานการณ์เสี่ยงที่กระตุ้นให้ดื่มแอลกอฮอล์ (Coping with Unpleasant Emotions) ได้แก่ ทักษะต่อไปนี้



- ทักษะการคลายเครียด (Relaxation Skills) ได้แก่ การฝึกสมาธิ โยคะ ดนตรี กีฬา เป็นต้น
- ทักษะการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ (Leisure Skills)
- ทักษะการใช้ชีวิตให้มีความสุขในที่ทำงาน (Work Skills)
- ทักษะทางสังคม (Social Skills) ได้แก่ ทักษะการปฏิเสธ การคบเพื่อนหรือหาเพื่อนใหม่ที่เหมาะสมการรับฟังผู้อื่น การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม เป็นต้น ทั้งนี้ความฝึกฝนทักษะต่างๆ อย่างสม่ำเสมอทุกวัน
- การพัฒนาเครือข่ายสังคม เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้มแข็ง สามารถเลิกดื่มได้

3.3 กรณีผู้ป่วยสุรา/สารเสพติดที่มีโรคจิตเภท

การวินิจฉัย

หลักสำคัญในการวินิจฉัยความผิดปกติการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติดร่วมในผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทเป็นโรคหลักแล้ว มีความผิดปกติการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดเป็นโรคร่วม โดยต้องวินิจฉัยแยกโรคกับโรคอาการทางจิตที่เป็นผลจากแอลกอฮอล์/สารเสพติด หรือภาวะสับสนในช่วงที่ถอนพิษสุรา/ภาวะถอนพิษยา เนื่องจากการพยากรณ์โรค การรักษาที่แตกต่างกันสิ่งที่ช่วยแยกคือหลักฐานทางคลินิก คือการดำเนินโรคของอาการทางจิต ถ้าหายเร็ว มักเกิดจากสุรา/สารเสพติด หรืออาการเดิมก่อนที่จะมีอาการรุนแรงเกิดขึ้น ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV TR อาการทางจิตที่เกิดจากสุราหรือสารเสพติดมักสิ้นสุดภายใน 4 สัปดาห์ หลังจาก que ผู้ป่วยหยุดดื่มและได้รับการบำบัดรักษา หากอาการทางจิตดำรงอยู่เป็นเวลานานหลัง ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราหรือหยุดใช้สารเสพติดแล้วมักเป็นอาการของโรคจิตเภทมากกว่า

แนวทางการบำบัด

3.3.1 การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI)

Motivational Building จะใช้ในระยะแรกเมื่อผู้ป่วยผ่านการรักษาภาวะถอนพิษแล้ว เหตุผลที่ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจก่อนเพื่อสร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด ให้ผู้ป่วยก่อน โดยมีแนวคิดดังนี้

1. ค้นหาปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลง Stage of Change ว่าอยู่ในระดับใด เพื่อให้ผู้ป่วยวางแผนใช้เครื่องมือและเทคนิคในการบำบัดได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้บำบัดต้องใช้เทคนิคของ MI ในการสนทนา เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลใจ โดยเน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไป หากผู้ป่วยเลิกดื่มสุรา / สารเสพติดได้
3. ไม่บังคับให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง แต่ผู้บำบัดควรชี้ให้เห็นแง่มุม ทั้ง 2 ด้านคือ ด้านบวก และด้านลบของการดื่ม และไม่ได้เถียงผู้ป่วย



4. ตั้งเป้าหมายของระยะนี้คือ ต้องการให้ผู้ป่วยเกิด Change Talk ด้วยตนเอง และสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุรา / สารเสพติด
5. ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะแรก 1-5 สัปดาห์ หลังพ้นระยะถอนพิษ
6. การเพิ่มจำนวนครั้งในการรักษาจะทำให้เกิดการทบทวนเนื้อหาซ้ำๆ ซึ่งได้รับการแนะนำให้ทำร่วมกับผู้ป่วยSchizophrenia
7. ทำให้เกิดการบูรณาการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงเป็นสิ่งที่ดีในการอภิปราย เพราะผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ทำให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและการกระตือรือร้นที่จะเลิกสุราและสารเสพติด
8. ผู้ป่วยโรคร่วมอาจใช้เทคนิคการฟื้นฟูเรื่องภาษาที่ได้รับการเรียนรู้ในการบำบัดสุราก่อนหน้านี้ เช่น การใช้คำพังเพยเข้าร่วมกับ เทคนิค MI มีประโยชน์เสริมสร้างความมั่นใจด้วยคำพูดด้วยความหมายของตนเอง
9. สนับสนุนให้ใช้ MI เพื่อให้เกิดการเข้าร่วมในการรักษา ซึ่งมุ่งเน้นการสนับสนุนให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการตัดสินใจได้ด้วยตนเองในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง
10. ในกลุ่มภาวะโรคจิตเภทให้ใช้เทคนิคการแนะนำ ซึ่งการใช้เทคนิคที่ยึดผู้ป่วยเป็นหลักนั้น ขึ้นอยู่กับอาการทางจิตหรือความผิดปกติของผู้ป่วย ซึ่งมีความบกพร่องเรื่องความคิด และการสื่อสารจึงอาจต้อง MI ที่มีการดัดแปลงให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย ใช้เทคนิคที่สั้นไม่เป็นแบบแผนมาก
11. การเสริมสร้างแรงจูงใจควรใช้ทั้งเทคนิคของ MI และกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาด้วยยา
12. การรักษาผู้ป่วยด้วยระยะเวลานานมีผลต่อการเพิ่มสมรรถภาพในการทำให้เข้าร่วมการรักษา MI จะมีประสิทธิภาพมากขึ้นหากทำในช่วงผู้ป่วยใกล้จะกลับบ้าน หรือทำเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้กลับบ้าน



3.3.2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)

ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ร่วมกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ลดการใช้หรือหยุดการดื่มได้ โดยมีแนวคิดดังนี้

1. สร้างความคิดใหม่และทำให้ผู้ป่วยเห็นว่า สถานการณ์เสี่ยงใดที่เป็นปัญหาและอาจนำไปสู่การกลับไปใช้สุรา สารเสพติดซ้ำ
2. การเน้นย้ำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเตือนของตนเองที่อาจทำให้มีโอกาสกลับไปใช้สุราและสารเสพติดซ้ำ
3. ใช้ CBT เพื่อทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดและหูแว่วประสาทหลอนดีขึ้น

4. การให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเรื่องอาการทางจิต และการใช้สุรา สารเสพติด (Comorbid Psychoeducation) เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว หรือระแวง นอนไม่หลับ หากใช้สุรา อาจทำให้อาการทางจิตเพิ่มขึ้นได้

5. สอนวิธีการจัดการอาการทางจิตที่เหมาะสม

6. ใช้เทคนิค CBT ในสัปดาห์ที่ 6 โดยทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบการบำบัด 24 สัปดาห์

7. เทคนิค CBT โดยรวมจะต้องใช้ระยะเวลาหลายครั้ง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3.3.3 การให้การปรึกษารอบครัว(Family Intervention)

สามารถใช้ร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่นที่กล่าวมาข้างต้น เนื่องจากมีการศึกษาวิจัยหลายเรื่อง พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยคือ การสนับสนุนจากครอบครัว ดังนั้นการให้ความสำคัญของการบำบัดแบบผสมผสานจึงรวมกับการให้การปรึกษารอบครัวด้วย

1. เน้นย้ำให้ผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัว เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย

2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ดูแล และให้ความรู้เรื่องการดูแลและการสื่อสารทางบวกในครอบครัว

3.3.4 การบูรณาการการบำบัดแบบ Motivational Interviewing และ Cognitive Behavioral Therapy

มีการพยายามทดลองนำการบำบัด MI และ CBT มาทำการบำบัดร่วมกัน แล้ววัดผลลัพธ์พบว่า Relapse and admissions ในระยะเวลา 24 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองร้อยละ 39.1 ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมร้อยละ 37.9 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยอาการทางจิตอย่างน้อย 1 ครั้ง และ Substance Abuse พบว่า

- จำนวนวันที่ไม่ใช้สารเสพติดหรือสุราไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม

- การบำบัดแบบบูรณาการมีผลต่อปริมาณการใช้สารเสพติด (รวมสุรา) ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัด แบบบูรณาการ ลดปริมาณการใช้สารเสพติดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบเดิม นอกจากนี้ การบำบัดแบบบูรณาการมีผลต่อ Readiness to Change ในช่วงระยะเวลา 12 เดือน แต่ไม่ได้ผลในระยะเวลา 24 เดือน

3.3.5 การบูรณาการการบำบัดแบบ Motivational Interviewing, Cognitive Behavioral Therapy และ Family Intervention

การใช้การบำบัด MI, CBT, Family Therapy มาทำการบำบัดร่วมกันรวม 29 Sessions โดยผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยมากกว่า 10 ชั่วโมง / สัปดาห์ สามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่ดีขึ้นและลดอาการดื่มสุราลงได้

3.4 กรณีผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม

ยังไม่พบหลักฐานทางวิชาการว่าการทำจิตสังคมบำบัดแบบใดได้ผลดี ทั้งนี้การทำการบำบัดรายบุคคลระยะยาว ยังมีการพยายามศึกษาและให้การบำบัดอยู่บ้าง ได้แก่



3.4.1 Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

กลุ่มผู้ป่วยบุคลิกต่อต้านสังคมที่มีปัญหาการดื่มสุรา ควรหลีกเลี่ยงการคุยกับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยการตีความและการวิเคราะห์ ความเข้าใจในเรื่องความคิดที่บิดเบือนไปในกลุ่มผู้ป่วยนี้จะต้องอาศัยคุณลักษณะของผู้บำบัด ได้แก่ แสดงความมั่นใจ มีความน่าเชื่อถือ มีการสื่อสารที่ใช้อารมณ์ มีความสม่ำเสมอของบุคลิกภาพ มีความสามารถในการควบคุมรูปแบบบำบัดให้อยู่ในวงที่จำกัดได้ และควบคุมอารมณ์ตนเองได้

3.4.2 Dialectical Behavior Therapy (DBT)

มุ่งเน้นการฝึกความอดทนกับอารมณ์เศร้าหมองของตัวเอง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้อื่น และทักษะการจัดการปัญหาด้วยตนเอง อาจช่วยเหลือในกรณีผู้มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม มีปัญหาทางอารมณ์และดื่มสุราอย่างหนักได้บ้าง

เกณฑ์ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูและพัฒนา

ประเมินใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. ด้านร่างกายและจิตใจ

- สุขภาพร่างกาย/จิตใจทั่วไป เช่น สภาพร่างกาย ประเมินความแข็งแรง/อ่อนแอ อาการเจ็บป่วยและทรุดโทรม สภาพจิตใจ ประเมินด้านอารมณ์ เช่น ร่าเริงแจ่มใส ซึมเศร้า แยกตัว ก้าวร้าว
- ผลการตรวจหาสารเสพติดเป็นระยะๆ ตลอดการบำบัดฟื้นฟูและพัฒนา ไม่พบสารเสพติด

2. ด้านพฤติกรรม

- ความรับผิดชอบต่อการกระทำและงานที่ได้รับมอบหมาย
- ความมีระเบียบวินัยในตนเอง
- การอยู่ร่วมกับผู้อื่น
- การควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์
- มีการเผชิญหน้าและแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม
- การกล้าแสดงออกในพฤติกรรมที่เหมาะสม

3. ด้านครอบครัว/ชุมชนของผู้รับการบำบัดฟื้นฟูและพัฒนา

- การมีส่วนร่วมของครอบครัว /ชุมชนในขั้นตอนการบำบัด ฟื้นฟูและพัฒนา
- การยอมรับและการให้การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน
- ความพร้อมของครอบครัว/ชุมชน เพื่อรองรับหลังการบำบัดฟื้นฟูและพัฒนา

(มีการวางแผนของครอบครัว/ชุมชนด้านอาชีพและการศึกษา)

หมายเหตุ : ผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ให้ทีมบำบัดวิเคราะห์และวางแผนช่วยเหลือหรือส่งต่อไปยังสถานบริการที่รับส่งต่อ



แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดของสถานพยาบาล

ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแล้วพบว่าเกินศักยภาพของสถานบริการในการบำบัดรักษาให้ทำหนังสือส่งตัวผู้ป่วยที่ควรมีข้อมูลการประเมินปัญหาการใช้ยาและสารเสพติดในด้านต่างๆ เช่น ระดับความรุนแรงของการเสพ แรงจูงใจในการรักษา ประวัติการรักษาของผู้ป่วย เป็นต้น โดยเกณฑ์การส่งต่อในแต่ละระดับ ดังนี้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกณฑ์ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน

- 1) ผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิตเวช
- 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองเป็นผู้เสพ และผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นผู้ติด
- 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ใช้ ที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดอย่างย่อแล้วยังคงมีการเสพอีกในช่วง 3 เดือน ภายหลังการรักษา

โรงพยาบาลชุมชนเกณฑ์ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดยาเสพติดและมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย
- 2) ผู้ป่วยติดยาเสพติดและสารเสพติดที่ประสบความล้มเหลวในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก
- 3) ผู้ป่วยติดยาเสพติดและมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปเกณฑ์ส่งต่อไปยังสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดฯ หรือ โรงพยาบาลอภัยภูรณรักษ์สังกัดกรมการแพทย์

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดยาเสพติดรุนแรง/เรื้อรัง
- 2) ผู้ป่วยติดยาเสพติดได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในเกิน 7 - 14 วัน
- 3) ผู้ป่วยติดยาเสพติดและสารเสพติดที่ประสบความล้มเหลวในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและหรือผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปเกณฑ์ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต

ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชรุนแรง เมื่อสถานบริการรับผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาแล้ว ควรแจ้งกลับผลการประเมินและบำบัดรักษา เพื่อให้สถานบริการที่ส่งตัวได้ใช้ประกอบการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง



บทที่ 4

การติดตามดูแลต่อเนื่อง หลังการบำบัด

แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา

ปัจจุบันยังไม่มียาหรือการรักษาทางจิตสังคมที่สามารถใช้รักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดได้ จึงจำเป็นต้องมีการดูแลติดตามผู้ป่วยยาเสพติด เริ่มตั้งแต่ก่อนการฟื้นฟู และหลังผ่านการฟื้นฟู ทั้งการรักษาโดยใช้ยาหรือการติดตามการรักษาแบบระยะยาว เพื่อให้เกิดผลที่ดีจากการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยยาเสพติดควรได้รับการดูแล การประเมิน และการติดตามผลแบบระยะยาวคล้ายกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เนื่องจากการติดสารเสพติดจัดเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อสมอง Reward , Motivation , Memory และวงจรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดไม่สามารถหยุดเสพได้อย่างถาวร เกิดอาการอยากสารเสพติด มีปัญหาในการควบคุมพฤติกรรม และอารมณ์ และมีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หากผู้ป่วยไม่ได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู จะยิ่งเกิดสภาพไร้ความสามารถ หรือเสียชีวิตได้ก่อนวัยอันควร การรักษาขั้นตอนติดตามนี้ จึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผลของการเลิกยาเสพติดคงอยู่และป้องกันการกลับไปเสพติดใหม่ ผู้ให้การบำบัดในขั้นนี้เปรียบเสมือนพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือแนะนำ เสริมสร้างและเป็นกำลังใจให้ผ่านการบำบัดรักษาและครอบครัว



วัตถุประสงค์ในการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา

เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพครบตามกำหนดแล้ว ให้สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ตลอดไป

กลุ่มเป้าหมายในการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา

➡ **ผู้ป่วยที่ต้องติดตามดูแลต่อเนื่อง ได้แก่**

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองและเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟู สมรรถภาพแบบสมัครใจ ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและนำข้อมูลเข้าในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)
2. กลุ่มผู้เสพ/ผู้ติด ที่มีประวัติการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด ที่ผ่านการบำบัด รักษาจนครบโปรแกรมตามเกณฑ์และต้องได้รับการติดตามอย่างน้อย 4-7 ครั้ง ใน 1 ปี

บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการติดตามดูแลต่อเนื่อง

► 1. จิตแพทย์/แพทย์/แพทย์เวชปฏิบัติ/หมออนามัย

- 1.1 เป็นที่ปรึกษาให้แก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ ในการบำบัดรักษา
- 1.2 เป็นที่ปรึกษาให้แก่ทีมสุขภาพจิตในการให้คำ แนะนำ เกี่ยวกับ การรักษาด้วยยาหรือแนวทางการรักษาอื่นๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
- 1.3 ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน เพื่อพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยในขณะที่ใช้ชีวิตในชุมชน
- 1.4 โรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ต้องเป็นพี่เลี้ยงให้กับแพทย์โรงพยาบาล เครือข่าย

► 2. พยาบาลจิตเวช/พยาบาล

- 2.1 ประเมินสภาพทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคมของผู้ป่วย ที่มีปัญหาต้องติดตามเยี่ยม ตามคุณลักษณะที่กำหนด
- 2.2 เชื่อมประสานและส่งต่อข้อมูลให้กับเครือข่ายในพื้นที่โดยตรง กับโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย
- 2.3 ติดตามเยี่ยมร่วมกับทีมสหวิชาชีพในพื้นที่
- 2.4 ให้คำปรึกษาและคำ แนะนำ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ (1) แผนการรักษา การรับประทานยาต่อเนื่อง (2) การดูแลผู้ป่วย ในการปฏิบัติภารกิจประจำวันขณะอยู่ที่บ้าน (3) การแก้ไขปัญหา ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น (4) สิทธิต่างๆ และการติดต่อรับบริการ (5) การดูแลญาติ ด้านสังคมและจิตใจ
- 2.5 ให้การบำบัด BA, BI, CBT, SATIR, Family counselling, Health education, MI ฯลฯ ร่วมกับทีมเครือข่าย
- 2.6 ติดตามประเมินผลการติดตามเยี่ยม
- 2.7 จัดทำเอกสารรายงานผลการติดตาม

► 3. นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา

- 3.1 ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือและกระบวนการ ทางจิตวิทยาคลินิก
- 3.2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนร่วมกับสหวิชาชีพ
- 3.3 วางแผนแก้ไขปัญหา: ดำ เนินการตามกระบวนการทางจิตวิทยา คลินิก
- 3.4 ให้การบำบัดในรูปแบบต่างๆ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ BA, BI, MI, CBT, - SATIR, Family counselling, Health education, ฯลฯ ร่วมกับสหวิชาชีพ
- 3.5 ประเมินผล: เก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงาน



► 4. นักสังคมสงเคราะห์

- 4.1 ร่วมวางแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ
- 4.2 ศึกษาประวัติและข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยและเตรียมความพร้อม ของผู้ป่วยตาม กระบวนการสังคมสงเคราะห์
- 4.3 ร่วมประสานงานแหล่งทรัพยากรในชุมชนและเครือข่ายผู้ปฏิบัติ งานสุขภาพจิตในพื้นที่ที่จะดำ เนินการติดตามเยี่ยมและเตรียม ความพร้อมในเรื่องของการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยและผู้นำชุมชน ในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยร่วมกัน
- 4.4 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- 4.5 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพตาม กระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ ให้ความรู้ และคำแนะนำกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 4.6 ร่วมประสานกับผู้นำ ชุมชนและเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ในพื้นที่ เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว ในชุมชน และเฝ้าระวังป้องกันการเกิดปัญหาอาการกำเริบ การเสพซ้ำ และการก่อความรุนแรงซ้ำ
- 4.7 ร่วมประสานงานกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆเช่น วัดโรงเรียน องค์กรส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือและให้การสนับสนุน ทางสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- 4.8 ประเมินปัญหาทางสังคมและความสามารถในการอยู่ร่วมกัน ของผู้ป่วยครอบครัว และชุมชนและให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา
- 4.9 ให้คำแนะนำ สนับสนุนทางสังคมด้านกฎหมาย สิทธิในการรักษา
- 4.10 ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และ จิตใจ



► 5. นักกิจกรรมบำบัด/เจ้าพนักงานอาชีพบำบัด

- 5.1 ศึกษาข้อมูลเตรียมชุมชน วางแผนประสานองค์กรในชุมชน ร่วมกับ สหวิชาชีพ
- 5.2 หาแนวทางการจัดทรัพยากรสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยให้สามารถ ดำรงชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ
- 5.3 ให้ความรู้คำ แนะนำ แนวทางการดูแลและการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย แก่ญาติและบุคลากรในชุมชนนั้นๆเพื่อการดำรงชีวิตร่วมกับผู้ป่วย ได้อย่างเหมาะสม โดยกระตุ้น การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริม การทำกิจกรรมของผู้ป่วย

► 6. เกษัชกร

- 6.1 การให้คำ ปรึกษาความรู้ด้านยาและเวชภัณฑ์แก่บุคลากรทีมสุขภาพ ของเครือข่าย นำไปใช้ในการบำ บัทรักษาผู้ป่วยระหว่างอยู่ในชุมชน ได้ถูกต้อง

6.2 เป็นผู้ประสานงานในการกำหนดทางเลือกเพื่อรับบริการยาให้มีความเหมาะสม สะดวกและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย นำไปสู่การได้รับยาอย่างต่อเนื่องตลอดการบำบัดรักษา

6.3 ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาโดยการให้ยาแก่ผู้ป่วยโดยตรง กรณีพบความผิดปกติจากการให้ยาของผู้ป่วยเช่น เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยา เกิดอาการเป็นพิษจากการให้ยา ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์หรือกรณีผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างอื่น ร่วมกับการรักษาอาการให้ยาทางจิตและประสาท ซึ่งอาจเกิด ปฏิกริยาระหว่างกันของยาและการติดตามอาการข้างเคียง หรือ แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (ฉบับทดลองใช้) 13 อาการ ไม่พึงประสงค์จากการให้ยา กรณีที่เกิดอาการรุนแรงเป็น อันตรายแก่ผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ โรงพยาบาล

6.4 วางแผน ติดตามและประเมินผลการให้ยาของผู้ป่วยหลังจำ หน่าย จากการรักษาใน โรงพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนหรือปรับขนาดความแรง ของยาที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยให้สามารถดำเนิน ชีวิตได้อย่างปกติ

▶▶ 7. นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

7.1 รวบรวมและจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดในพื้นที่ดำเนินการ ติดตามดูแลผู้ป่วยตามแบบรายงานการติดตามดูแลรักษา ต่อเนื่อง (After care) แบบติดตามผู้ป่วย จิตเวชในชุมชนฯ

7.2 ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและเฝ้าระวังอาการกำเริบ/กลับมาเสพติด ให้คำปรึกษากับผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล และหรือส่งต่อกรณีที่มีปัญหาเกินขีดความสามารถ

7.3 ร่วมทำ Care Plan กับทีมเครือข่าย

7.4 เฝ้าระวังสังเกตสัญญาณเตือนอาการผิดปกติทางจิต/ก่อความรุนแรง

7.5 ดูแลการรับประทานยาต่อเนื่อง การพบแพทย์ตามนัด

7.6 สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการใช้ชีวิต

การวางแผนดูแลผู้ป่วยหลังบำบัดและจำหน่ายกลับสู่ชุมชน

1. **พยาบาลที่บำบัดรักษา** จัดทำทะเบียนประวัติผู้ป่วยที่กำลังจะจำหน่ายพร้อม ใบส่งตัว (refer) และประสานส่งต่อข้อมูลให้กับจิตเวชชุมชน โดยจำแนกออก เป็น 2 กลุ่มดังนี้

1.1 กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดทั่วไป

1.2 กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ติดตามดูแลต่อเนื่องตามระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง



2. ทีมจิตเวชชุมชนและสหวิชาชีพ ประสานและส่งต่อข้อมูลการรักษา ให้เครือข่าย และร่วมประเมินปัญหา ความต้องการ และวางแผนการดูแล ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ใช้หลักการเสริมสร้างพลังชุมชน (Empowerment) การสร้างทัศนคติเชิงบวกกับผู้ป่วย และสร้าง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมโดยเริ่มจากการเตรียมชุมชนดังนี้

2.1 ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน หลังจากนั้น ลงไปทำ กิจกรรมในชุมชน เริ่มต้นด้วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดี แจกวัสดุประสงค์ของการเตรียมชุมชน

2.2 ประเมินทัศนคติความเชื่อความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองตื้อ การดูแล ผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน โดยการพูดคุย รับฟังความคิดเห็น มุมมองต่อผู้ป่วยและผลกระทบต่อ ครอบครัว ชุมชน รวมทั้ง ความสำคัญของชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยและวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ/การเสพยา/ก่อความรุนแรง

2.3 ประเมินความพร้อมครอบครัว ชุมชน และวางแผนการดูแลรักษา ผู้ป่วย พร้อม กำหนดบทบาทผู้เกี่ยวข้องในชุมชนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย รวมทั้งให้ข้อมูลกับเครือข่ายในการ ประสานส่งต่อ และการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยอาการกำเริบและ/หรือ ก่อความรุนแรง เพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและ เหมาะสม

3. ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่าย โดยการประเมินอาการ พฤติกรรม ความรุนแรง และปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตตามแบบติดตามเยี่ยมบ้านหลัง การบำบัดรักษา หรือแบบติดตาม ผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้าน แผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย ฯลฯ เพื่อป้องกันการเสพยา/อาการกำเริบ/ ก่อความรุนแรง

4. ประเมินผลการติดตามดูแลผู้ป่วยของทีมจิตเวชชุมชน/เครือข่าย ร่วมกับผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และชุมชน

4.1 กรณีมีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ส่งต่อตามสิทธิในการรักษา

4.2 กรณีไม่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ทีมจิตเวชชุมชนและ/หรือเครือข่าย ติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิต อยู่กับญาติ/ผู้ดูแลและชุมชนได้ตามปกติ โดยไม่ต้องกลับเข้ามารับการบำบัดรักษาซ้ำ



ประเด็นการติดตามดูแลต่อเนื่อง

ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดหากไม่ได้รับการดูแลรักษาและ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำหรือก่อพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ส่งผลให้การบำบัด รักษาต้องใช้เวลายาวนานขึ้น จึงต้องมีการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อประเมินอาการให้ครอบคลุมทุก ประเด็นที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย และใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลช่วยเหลือ โดยมีประเด็น ในการติดตามดังนี้

1. การป้องกันอาการกำเริบ การเสพซ้ำและ/หรือการก่อความรุนแรงจึงต้องมีการติดตามเยี่ยม การประเมินความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและการให้สุขภาพจิตศึกษาหรือจิตสังคมบำบัดอย่างต่อเนื่อง

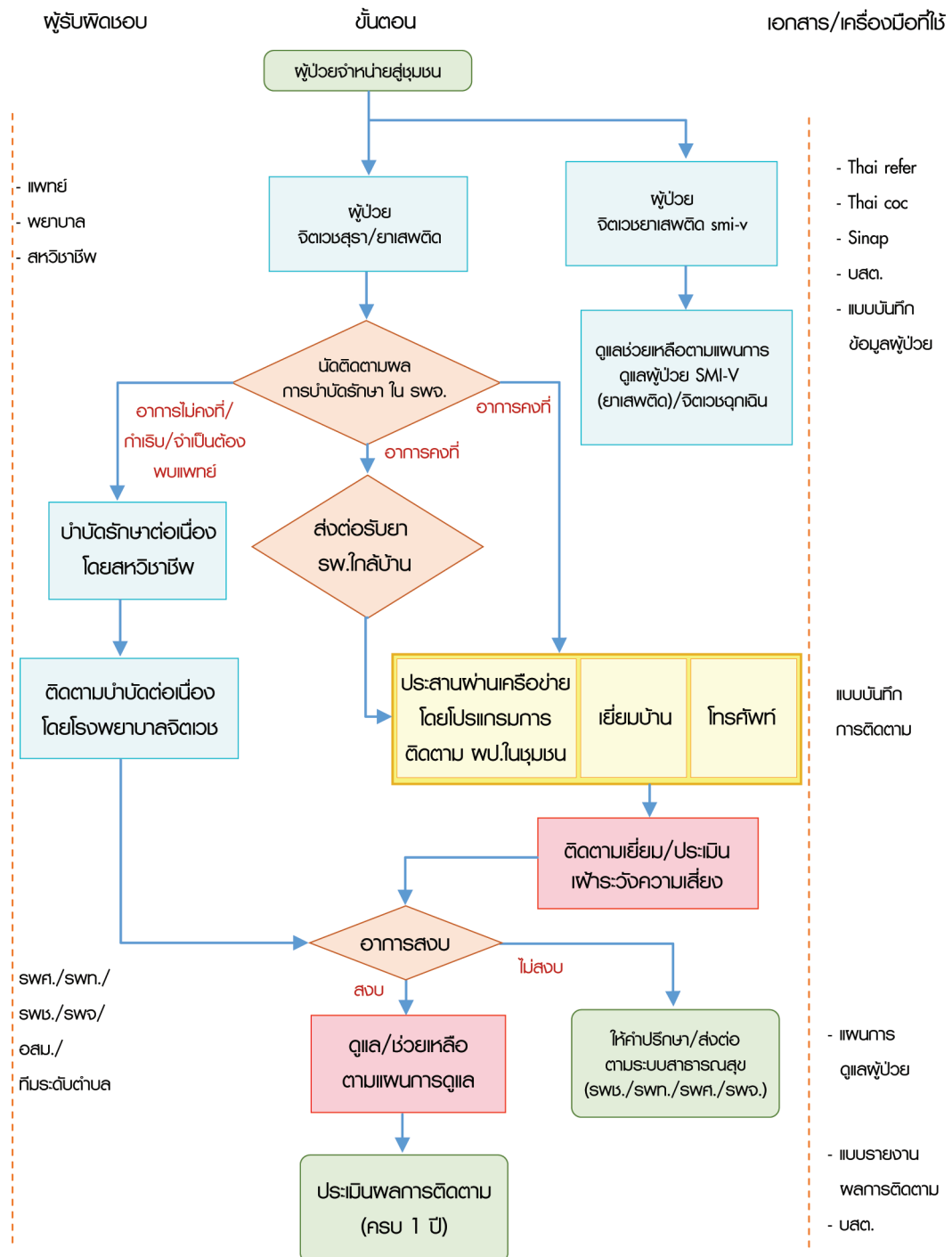
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย เพื่อป้องกันความพิการ ประเด็นหลักคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และประเมินผลตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้านตามแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด

เครื่องมือที่ใช้ในการติดตามดูแลต่อเนื่อง

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
2. แบบรายงานการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง (After care) ตาม บสต.
3. แบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชน (10 ด้าน)
4. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)
5. แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงผู้ป่วยจิตเวช (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)
6. แบบประเมินความพิการทางจิตและพฤติกรรม (International Classification of Functioning: ICF)
7. แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้น้ำยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัด กระทรวงสาธารณสุข (V2)
8. แบบคัดกรอง Assist (V3.1)
9. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)
10. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)
11. แผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด



▶ ผังไหลกระบวนการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด



คำอธิบาย ผังไหลกระบวนการติดตามดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด

ผู้ป่วยที่อาการทางจิตทุเลาลงจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช ต้องเตรียมพร้อมชุมชนและประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เครือข่ายเพื่อดูแลต่อเนื่อง โดยเริ่มจากสำรวจผู้ป่วยที่ต้องได้รับการติดตามในการรับบริการทางการแพทย์จากระบบนัดของแผนกผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล โดยมีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

1. **โรงพยาบาลจิตเวชติดตามเอง** เป็นผู้ป่วยที่อาการไม่คงที่/อาการกำเริบ/จำเป็นต้องพบแพทย์ โดยการนัดมาพบเพื่อติดตามและบำบัดที่โรงพยาบาล ติดตามทางโทรศัพท์ ทางระบบออนไลน์ เยี่ยมบ้าน ซึ่งมีการประเมินอาการทางจิต การรับประทานยา จิตสังคม และความต้องการช่วยเหลืออื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษาไม่กลับมาเสพยา และ รายงานผลการติดตามครบ 1 ปี

2. **ส่งต่อให้เครือข่ายในพื้นที่ติดตาม** ตามรายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้ป่วยอาการคงที่ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาการคงที่หรือทุเลาหรือดูแลตัวเองได้ ได้รับยาเดิมสามารถปรับการบริการด้านยาโดยการรับยาแบบไดรฟ์-ทรู (Drive-Thru) หรือรับยาด้วยวิธีอื่นตามบริบทของโรงพยาบาล เช่น รับยาทางไปรษณีย์/รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน/รับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

2.2 กรณีผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ พิจารณาส่งต่องานจิตเวชชุมชนเพื่อติดตาม โดยส่งเอกสารแบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้งานจิตเวชชุมชนเป็น ผู้ประสานการติดตามต่อเนื่อง งานจิตเวชชุมชนจะประสานเครือข่ายและส่งต่อข้อมูลในการติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาโดยใช้โปรแกรมต่างๆ เช่น Thai COC, Sinap, Thai refer เป็นต้น พร้อมใบส่งตัว แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/ สารเสพติดแผนการดูแลผู้ป่วยและสมุดบันทึกสุขภาพให้กับเครือข่ายในพื้นที่ดูแล

2.3 กรณีผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อได้/ย้ายที่อยู่/เปลี่ยนสถานพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชดำเนินการส่งต่อข้อมูลทางระบบรายงานบสต./ระบบรายงาน การติดตาม (การติดตามดูแลต่อเนื่อง) แต่ต้องมีการประสานงานสิทธิบัตร เพื่อตรวจสอบสถานบริการสาธารณสุขที่ระบุในสิทธิการรักษาก่อน

2.4 ตรวจสอบข้อมูลหน้าเว็บไซต์ระบบรายงาน บสต.กระทรวงสาธารณสุขในหัวข้อรายการงานที่อยู่ระหว่างการส่งต่อ/รอรับเพื่อตรวจสอบ สถานะการตอบรับการส่งต่อไปยังเครือข่าย พร้อมทั้งโทรศัพท์แจ้งให้บุคลากรที่รับผิดชอบงานจิตเวชยาเสพติดประจำพื้นที่ได้ตรวจสอบข้อมูลเพื่อรับทราบว่ามี การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมต่อไป

2.5 ทีมจิตเวชชุมชนติดตามร่วมกับเครือข่ายตามแผนการดูแลผู้ป่วย โดยมีประเด็นการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย ด้านการรับประทานยา คุณภาพชีวิตและความต้องการการช่วยเหลือ รวมถึง การให้คำแนะนำ /คำปรึกษา จิตสังคมบำบัด เป็นเวลา



อย่างน้อย 1 ปีและ รายงานผลการข้างเคียงอาการทางจิตเพื่อส่งข้อมูลกลับโรงพยาบาลจิตเวช และหากพบว่า

- ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ให้พื้นที่ประสานโรงพยาบาลพี่เลี้ยง ปกป้องในการดูแลผู้ป่วย/ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา ที่เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย
- ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงน้อย ให้ติดตามดูแลตามแผนการดูแล และเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยกำเริบซ้ำ

3. การดูแลด้านสุขภาพจิต และให้ความช่วยเหลือทางจิตสังคม ให้บูรณาการไปกับ กิจกรรมบริการ โดยการให้ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับ ผู้ป่วยและญาติการประเมินสุขภาพจิต ความเครียดวิตกกังวล ซึมเศร้าฆ่าตัวตาย ผ่าน Application

4. บันทึกและรายงานผลการติดตามให้กับโรงพยาบาลพี่เลี้ยง ผ่านระบบรายงาน บสต./ระบบรายงานการติดตาม (การติดตามดูแลต่อเนื่อง) เพื่อประเมินอาการเป็นระยะ หากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นควรเฝ้าระวังอาการกำเริบซ้ำ เพราะผู้ป่วยที่ขาดการติดตามดูแลต่อเนื่อง ไม่รับประทาน ยาอย่างสม่ำเสมอ และใช้สารเสพติด มักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง คลุ้มคลั่ง ซึ่งอาจเป็นอันตราย ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว หรือคนในชุมชน

รูปแบบการติดตามดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการบำบัด

สำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่ายกลับชุมชน จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยใช้ยา ร่วมกับการติดตามดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมและจิตใจ โดยมีรูปแบบและขั้นตอน ดังนี้

▶ 1. การนัดติดตามในสถานพยาบาล

กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ/ก่อความรุนแรงซ้ำ ต้องปรึกษาแพทย์/นำส่ง โรงพยาบาลใกล้ บ้าน หากเกินศักยภาพให้ประสานส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช ดังนี้

1.1 ยื่นใบนัด/ตรวจสอบสิทธิการรักษาที่ห้องเวชระเบียน

1.2 คัดกรองประเมินอาการทางจิต/รุนแรง ครอบคลุมตามการรักษา และคัดแยกเป็น ผู้ป่วยมาตราบนิต มาไม่มตราบนิต และบริการช่องทางด่วน และรอพบแพทย์ตามคิว

1.3 พบแพทย์ สัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยเพิ่มเติมเพื่อประกอบการวินิจฉัย และให้การ รักษา ตามลำดับบัตรคิว เมื่อได้รับการรักษาเสร็จผู้ป่วยถือแฟ้มประวัติให้พยาบาลหน้าห้องตรวจ เพื่อให้บริการ หลังพบแพทย์ พร้อมรับบัตรนัดตรวจในครั้งต่อไป

1.4 พยาบาลให้บริการหลังพบแพทย์ ตรวจสอบแผนการรักษาของแพทย์ ส่งต่อผู้ป่วยไป คลินิกบำบัดยาเสพติด เพื่อให้การบำบัดแบบรายบุคคล จิตสังคมบำบัด กิจกรรมบำบัด และบำบัด แบบรายกลุ่มตามความเหมาะสม

1.5 การรับยาใกล้บ้าน หากผู้ป่วยมีอาการทุเลาลงหรือเป็นปกติและมีความประสงค์รับ ยาทางไปรษณีย์หรือรับยาใกล้บ้าน ให้ลงทะเบียน เข้าระบบรับยาทางไปรษณีย์หรือรับยาใกล้บ้าน



1.6 การชำระเงิน กรณีที่ผู้ป่วยรับบริการต้องจ่ายค่ารักษา ให้ยื่นใบนัด ที่ห้องชำระเงิน รอเรียกชื่อชำระเงิน หรือเซ็นชื่อรับทราบค่าใช้จ่าย รับบัตรคิวรับยา และรอรับยาที่หน้าห้องยา กรณีไม่ชำระเงินยื่นใบนัด ที่ห้องชำระเงิน รับบัตรคิวรับยา และรอรับยาที่หน้าห้องยา

1.7 การรับยา ผู้รับบริการรอเรียกชื่อตามบัตรคิวที่หน้าห้องยา เมื่อถึงคิว เจ้าหน้าที่ห้องยาจะเรียกชื่อให้ผู้รับบริการตรวจสอบความถูกต้อง ของซองยาว่าตรงกับชื่อตัวเองหรือไม่ พร้อมกับรับคำแนะนำเรื่องการ ไข้ยา การสังเกตอาการข้างเคียงของยา เมื่อตรวจสอบความถูกต้อง และรับยาจากเจ้าหน้าที่ที่จ่ายยาแล้ว กลับบ้านได้ กรณีมียาฉีดต้อง รับยาฉีดที่ห้องยา แล้วนำยามาฉีดที่ห้องฉีดยา ในบริเวณห้องจิตเวช ถูกฉีดยา พยาบาลสังเกตอาการหลังฉีดยา วัดความดันโลหิตหลังฉีดยา เมื่อประเมินว่าผู้ป่วยปลอดภัยจึงอนุญาตให้กลับบ้านได้

➡ 2. การเยี่ยมบ้าน

การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดโดยติดตามเยี่ยม อย่างน้อย 4-7 ครั้ง ใน 1 ปี ครั้งแรกภายใน 1 สัปดาห์ หลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย จากการบำบัดรักษา มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์

2. ขวนสนทนาเพื่อประเมินอาการ ทางจิต อารมณ์ และสอบถามปัญหา

สิ่งสำคัญต้องประเมินความคิดอยากทำร้ายคนอื่นหรือฆ่าตัวตาย ทุกครั้ง กรณีผู้ใช้บริการมีภาวะเครียดจากปัญหาต่างๆ

3. ประเมินอาการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยตามแบบติดตามขณะเยี่ยมบ้าน พร้อมทีมเครือข่ายในพื้นที่ดังนี้

3.1 แบบรายงานการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง (After care) ตาม บสต.

3.2 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 10 ด้าน

3.3 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS)

3.4 แบบประเมินด้านอื่นๆ เช่น PVSS ICF ASSIST BPRS 2Q 8Q 9Q เป็นต้น

4. สอบถามเกี่ยวกับการปรับตัวต่อปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยพยาบาล/เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปฏิบัติ ตามแผนการรักษา ดังนี้

4.1 กรณีผู้ป่วยมีปัญหาการปรับตัวต่อปัญหาทางสุขภาพจิตและ จิตเวช สามารถช่วยให้ผู้ป่วยหาวิธีการที่เหมาะสมในการแก้ไข ปัญหาตามลักษณะปัญหาที่พบ

4.2 กรณีผู้ป่วยมีปัญหาครอบครัวสามารถช่วยเหลือด้วยการให้การปรึกษาคณะครัว

4.3 กรณีไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้พิจารณาส่งต่อ

5. การดูแลช่วยเหลือตามแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (Care Plan) โดยพยาบาล/เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาลชุมชนร่วมกัน วางแผนกับทีม สุขภาพในชุมชน



6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลซักถามระบายนความคิด ความรู้สึก ถึงปัญหาต่างๆ

เกี่ยวกับการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด และช่วยในการลด ละ เลิก การใช้สุรา/ยา/สารเสพติด พยาบาล/เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้การปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) และให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายนความคิด ความรู้สึกถึงปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน

7. การสรุปและบันทึกสิ่งที่ได้ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาล/เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บันทึกในแบบรายงาน การติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง (After care) รวมถึงนัดหมาย การไปตรวจตามนัด

8. บันทึกรายงานผลการติดตามในชุมชน ลงในระบบข้อมูลการบำบัด รักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดของประเทศ. (บสต)

ตัวอย่างแนวทางการติดตามและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

ผลการประเมิน	การปฏิบัติ	แนวทางการดูแล
ด้านที่ 1 อาการทางจิต	1 คะแนน	- ดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาจิตสังคมที่พบและส่งเสริมให้กำลังใจในการดูแลตนเอง - ติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง - บันทึกและรายงานผลการดูแลต่อเนื่องในโปรแกรม care transition
	2 คะแนน	- ประเมิน Overt Aggression Scale (OAS) - หากพบ OAS ≥ 1 คะแนนจัดระดับความรุนแรงและจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน (กึ่งเร่งด่วน, เร่งด่วน, ฉุกเฉิน) - ให้การช่วยเหลือตามปัญหาจิตสังคมที่พบ - ติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์/ครั้ง หากไม่ดีขึ้นส่งต่อรพช./รพ.พื้เลี้ยง - บันทึกและรายงานผลการดูแลต่อเนื่องในโปรแกรม care transition



ผลการประเมิน	การปฏิบัติ	แนวทางการดูแล
	3 คะแนน	- ประเมิน Overt Aggression Scale (OAS) - หากพบ OAS ≥ 1 คะแนนจัดระดับความรุนแรงและจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน (กึ่งเร่งด่วน, เร่งด่วน, ฉุกเฉิน) - ให้การช่วยเหลือตามปัญหาจิตสังคมที่พบ - ติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 สัปดาห์/ครั้ง หากไม่ดีขึ้นส่งต่อ รพช./รพท./รพศ./รพจ. - บันทึกและรายงานผลการดูแลต่อเนื่องในโปรแกรม care transition
ด้านที่ 2 การกinya	1 คะแนน	ติดตามดูแลอย่างน้อยเดือนละครั้งโดยการขึ้นชมและส่งเสริมให้กำลังใจในความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ
	2 คะแนน	- ประเมินหาสาเหตุของการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น จากความไม่เข้าใจโรคที่เป็นอยู่จากฤทธิ์ข้างเคียงของยา 1) สาเหตุจากความไม่เข้าใจโรคที่เป็นอยู่ที่มีสุขภาพให้ความรู้เรื่องธรรมชาติของจิตเวช/ยา/สารเสพติดและการรักษา ดังนี้ “จิตเวช/ยา/สารเสพติดเป็นโรคของสมองที่ทำให้เกิดอาการหวิว/หลงผิด/ประสาทหลอนการรักษาที่ดีที่สุดคือต้องกินยาต่อเนื่องจนกว่าแพทย์จะสั่งให้หยุดยาเพราะยาจะช่วยควบคุมอาการไม่ให้กำเริบซ้ำทำให้อยู่กับครอบครัว/ทำงานได้” 2) สาเหตุจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาให้คำแนะนำเบื้องต้นตามผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นเช่น คอแข็ง/ลิ้นแข็งท้องผูกหน้ามืดขณะเปลี่ยนท่าตัวเกร็งง่วงนอนมากกระสับกระส่ายและให้คำแนะนำต่อผู้ป่วยหากไม่ดีขึ้นดังนี้ “หากทำตามแล้วยังมีผลข้างเคียงที่ทำให้ไม่สบายมากขึ้นขอให้คุณกลับมาที่รพ.สต. เพื่อจะได้ประเมินอาการและส่งตัวไปให้คุณหมอปรับยาให้” 3) เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) - ติดตามเยี่ยมอย่างน้อย 2 สัปดาห์/ครั้ง หากพบว่าอาการไม่ดีขึ้นส่งต่อรพช. หรือรพ.พืเลี้ยง
	3 คะแนน	- ให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา - หากพบว่าอาการไม่ดีขึ้นส่งต่อรพช. หรือรพ.พืเลี้ยง





ผลการประเมิน	การปฏิบัติ	แนวทางการดูแล
ด้านที่ 3 ผู้ดูแล/ ญาติ	มีผู้ดูแลหลักและมีศักยภาพในการดูแล (1 คะแนน)	- บุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล/ญาติส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเน้นการสังเกตสัญญาณเตือนอาการทางจิตและการก่อความรุนแรงอาการข้างเคียงของฤทธิ์ยาและการดูแลเบื้องต้น - ให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่พบ - ติดตามเยี่ยมดูแลอย่างน้อยเดือนละครั้งโดยการขึ้นชมและให้กำลังใจผู้ดูแล/ญาติในการดูแลผู้ป่วย
	มีผู้ดูแลเป็นบุคคลนอกครอบครัว (2 คะแนน)	- ให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่พบ - ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลตามหลักการ “เข้าใจใส่ใจสอดส่อง” โดยให้กำลังใจผู้ดูแลให้เข้าใจการสังเกตสัญญาณเตือนอาการทางจิตและการก่อความรุนแรงอาการข้างเคียงของฤทธิ์ยาและประสานส่งต่อการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหา - บุคลากรสาธารณสุขติดตามเยี่ยมดูแลอย่างน้อย 2 สัปดาห์/ครั้ง
	ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ (3 คะแนน)	- ให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่พบ - กรณีผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ 1) ประเมินศักยภาพของผู้ดูแลพร้อมทั้งรับฟังอย่างใส่ใจ 2) ค้นหาปัญหาหลักในการดูแล 3) หากจุดแข็งและส่วนดีที่มีอยู่ในครอบครัวและส่งเสริมในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักการ “เข้าใจใส่ใจสอดส่อง” ดังนี้ เข้าใจ - ปรับทัศนคติเพื่อให้เข้าใจและยอมรับผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ใส่ใจ - ให้คำแนะนำในการดูแลสภาพจิตใจตนเองบริหารความเครียดให้เป็นเช่นฝึกผ่อนคลายความเครียดสอนวิธีสื่อสารกับผู้ป่วยไม่ให้ขัดแย้งแนะนำหลีกเลี่ยงการใช้อารมณ์ตอบโต้กับผู้ป่วยเมื่อมีความขัดแย้งควรมาปรึกษาพ.สต. สอดส่อง - ให้ความรู้ในเรื่องจิตเวชเรื้อรัง, การสังเกตและการช่วยเหลือเบื้องต้นฤทธิ์ข้างเคียงของยา, การสังเกตอาการเตือน, วิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง 4) ติดตามเยี่ยมดูแลอย่างน้อย 2 สัปดาห์/ครั้ง

ผลการประเมิน	การปฏิบัติ	แนวทางการดูแล
		- กรณีไม่มีผู้ดูแล 1) ประเมินวิเคราะห์แหล่งทรัพยากรในชุมชนเช่นญาติเพื่อนบ้าน แกนนำชุมชนกลุ่ม/องค์กรและเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานสุขภาพ จิตสสจ./รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. เป็นต้น 4) สร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนทุกขั้นตอนให้ชุมชนมองว่าเป็นปัญหา ของชุมชนต้องช่วยเหลือกัน 3) วางแผนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยร่วมกับแหล่งทรัพยากรนั้น 4) ให้ความช่วยเหลือตามแผนการดูแล 5) ติดตามเยี่ยมดูแลและประเมินผลอย่างน้อย 2 สัปดาห์/ครั้ง
ด้านที่ 10 การใช้สุรา และสาร เสพติด	1 คะแนน	- ประเมินการใช้สุราและสารเสพติดคือไม่ได้ใช้เคยใช้และเลิกได้ มากกว่า 1 ปี - ติดตามดูแลอย่างน้อยเดือนละครั้งโดยการชื่นชมและส่งเสริมให้ กำลังใจ
	2 คะแนน	- ประเมินการใช้สุราและสารเสพติดคือใช้/มีความเสี่ยง: มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วย /เคยเลิกใช้แต่กลับใช้ซ้ำใน 1 ปี - ให้ปรึกษาส่งต่อรพช. เพื่อปรับการรักษาหรือการบำบัดรายบุคคล (BA, BI) - ติดตามเยี่ยมอย่างน้อย 2 สัปดาห์/ครั้ง
	3 คะแนน	- ประเมินการใช้สุราและสารเสพติดคือใช้/มีความเสี่ยงสูง/ติด - ให้ปรึกษาส่งต่อรพช. เพื่อปรับการรักษาหรือการบำบัดรายบุคคล หรือรายกลุ่ม (BA, BI) - ติดตามเยี่ยมอย่างน้อย 1 สัปดาห์/ครั้งหากพบว่าอาการไม่ดีขึ้น ส่งต่อรพช. หรือรพ.พื้เลี้ยง



► เกณฑ์การให้คะแนนติดตาม

ช่วงเวลา ติดตาม/ครั้ง	คะแนน									
	ด้าน ที่ 1	ด้าน ที่ 2	ด้าน ที่ 3	ด้าน ที่ 4	ด้าน ที่ 5	ด้าน ที่ 6	ด้าน ที่ 7	ด้าน ที่ 8	ด้าน ที่ 9	ด้านที่ 10
สัปดาห์ที่ 1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1 เดือน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3 เดือน	/	/	/	-	-	-	-	-	-	/
6 เดือน	/	/	/	-	-	-	-	-	-	/
9 เดือน	/	/	/	-	-	-	-	-	-	/
12 เดือน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

► 3. การโทรตามตามเยี่ยม

การติดตามทางโทรศัพท์ (ตามเกณฑ์มาตรฐาน) ปฏิบัติดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ โดยบุคลากรทีมสุขภาพทักทาย แนะนำตนเอง สนทนาทั่วไป บอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับพร้อมกำหนดการจำนวนครั้งของการโทรศัพท์ถาม ซึ่งอย่างน้อย 6 ครั้งใน 1 ปี

2. ประเมิน ซักถาม และบันทึกในแบบรายงานการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง (After care) ตาม บสต.และแบบติดตามจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดในชุมชน 10 ด้าน พร้อมประเมินตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ทุกครั้ง

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายและผลกระทบของการใช้สุราและสารเสพติดและการดำเนินชีวิตประจำวันในเรื่องการดูแลสุขภาพของร่างกายการรับประทานอาหาร การพักผ่อน นอนหลับ และการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน

4. แนะนำแนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน และการสังเกตสัญญาณเตือนอาการทางจิตและการก่อความรุนแรง แก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล ดังนี้

4.1 สัญญาณเตือนอาการทางจิต

(6 สัญญาณเตือน) ได้แก่

1. แยกตัวจากผู้อื่น
2. ประสาทหลอน
3. ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา
4. พูดจาคนเดียว
5. ฉุนเฉียวหงุดหงิด
6. คิดหวาดระแวง



4.2 สัญญาณเตือนการก่อความรุนแรง

(7 สัญญาณเตือน) ได้แก่

1. กรีดขีดข่วนเป็นรอยแผล
2. ข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น
3. หยาดกายรุนแรง
4. ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ
5. ทำลายสิ่งของแตกหัก
6. ขว้างปาข้าวของกระจัดกระจาย
7. พกพาอาวุธไม่สมเหตุ



4.3 คู่มือการดูแลตนเอง

ของผู้ติดยาและสารเสพติด
สำหรับการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์



4.4 คู่มือการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติด

โดยญาติ สำหรับการบำบัดดูแล
ทางโทรศัพท์



5. **ให้กำลังใจและเสริมสร้างความภาคภูมิใจในทางสร้างสรรค์** ชักถามสิ่งที่คุณป่วยรู้สึกภาคภูมิใจหรือมีกำลังใจ เรื่องที่ภูมิใจหรือประทับใจ และส่งข้อความให้กำลังใจ

6. **เปิดโอกาสให้คุณป่วยได้พูดคุย ระบายความคิด ความรู้สึกถึงปัญหาต่างๆ** เกี่ยวกับการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด และช่วยในการลด ละเลิกการใช้สุรา/ยา/สารเสพติดตามวิธีการให้การปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) การให้คำแนะนำ (Brief Advice) และให้คุณป่วยได้พูดคุย ระบายความคิดความรู้สึกถึงปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน

7. **สรุปร่วมกันกับคุณป่วยและทำการบันทึกปัญหาต่างๆ** และแนวทางการแก้ไขในรูปแบบรายงานการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง (After care) ตาม บสต.



บทที่ 5

ระบบรายงาน การบำบัดรักษาและติดตามต่อเนื่อง

ระบบข้อมูลการบำบัดรักษา ฟันฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประกอบด้วยระบบข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยแบบสมัครใจ แบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษตามแผนบูรณาการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ระบบข้อมูล บสต.เป็นฐานข้อมูลสำคัญที่ช่วยให้ทราบถึงสถานการณ์ วิเคราะห์การแพร่ระบาด ขนาดของปัญหาและแนวโน้มกลุ่มเป้าหมาย การกระจาย ผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการวางแผนและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดครบวงจรในทุกระดับ

แบบรายงานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ของประเทศ (บสต.)

ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 6 ส่วนได้แก่ (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2563, น.6)

► 1. การบริหารจัดการ

การรายงานข้อมูลในส่วนที่มีการจัดตั้งหน่วยหรือศูนย์ต่าง ๆ ตามนโยบาย/ข้อสั่งการเพื่ออำนวยความสะดวกในการให้บริการหรือการบริหารจัดการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

► 2. ลงทะเบียนเข้าสู่กระบวนการบำบัด

ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูทุกคนต้องมีการลงทะเบียนเพื่อแสดงตนในการเข้ารับการบำบัดรักษา โดยระบุข้อมูลส่วนบุคคลเบื้องต้น

► 3. รายงานการคัดกรองผู้ติดยาเสพติด

การรายงานข้อมูลผลการจำแนกคัดกรองผู้ติดยาเสพติด จำแนกเป็น 3 ประเภท คือ ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติด และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และตรวจสุขภาพกายและสุขภาพจิต

► 4. รายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

การรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟู โดยสถานบำบัดหรือสถานที่ให้การบำบัดฟื้นฟู ตั้งแต่เริ่มกระบวนการบำบัดรักษาจนจบกระบวนการบำบัดฟื้นฟูตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งกระบวนการบำบัดในแต่ละระบบมีระยะเวลาการบำบัดฟื้นฟูไม่เท่ากัน



► 5. รายงานการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง

การรายงานข้อมูลการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการติดตามหลังจากผ่านการบำบัดฟื้นฟู โดยมีการติดตามให้เป็นไปตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งการติดตามทางการแพทย์และการติดตามทางสังคม ดูรายละเอียดได้ที่ภาคผนวก

► 6. รายงานการให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

การรายงานข้อมูลการให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูหลังจากการติดตามดูแล เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถดำรงชีวิตในสังคม ได้อย่างปกติสุข

การใช้ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

การใช้ระบบ บสต. ผู้ใช้งานสามารถใช้งานผ่านทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต โดยรองรับการใช้เบราว์เซอร์ดังต่อไปนี้ (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2563,น.9)

Internet Explorer ⁶			Chrome	Firefox	Safari	Silverlight	
11	10	9	เวอร์ชันล่าสุด	เวอร์ชันล่าสุด	เวอร์ชันล่าสุด	5	4
✓	✓	✓	81.0.4044	75.0	7.1.8	✓	✓

การเข้าถึงระบบ บสต. สามารถเข้าถึงได้โดยผ่านช่องทางกระทรวงสาธารณสุขที่ URL ดังต่อไปนี้

<https://antidrugnew.moph.go.th/>



โดยหน้าเว็บระบบ บสต. จะมีทั้งหมด 5 เมนูดังนี้

1. เข้าสู่ระบบ ผู้ใช้ระบบรายงานต้องมี ชื่อผู้ใช้งาน และรหัสผ่าน สำหรับเข้าใช้งานในเมนู เข้าสู่ระบบ ก่อนเข้าสู่ระบบชื่อผู้ใช้งาน และรหัสผ่าน จะเป็นสิ่งที่บอกหน่วยงาน หรือบุคคลใดที่สามารถใช้งานในระบบ ซึ่งจะมีผลให้เมนู และการใช้งานในระบบแตกต่างกันไปตามสิทธิ์ และลักษณะของหน่วยงาน ที่เข้าสู่ระบบ
2. ข้อมูลเผยแพร่ เป็นหน้าที่สามารถเรียกดูรายงานต่าง ๆ ของหน่วยงานได้ โดยจะกล่าวเพิ่มเติมในหัวข้อของรายงาน
3. Dashboard
4. ข้อมูลบังคับบำบัด จะแสดงรายละเอียดข้อมูลรายงานในรูปแบบ Power Bi โดยจะกล่าวเพิ่มเติมในหัวข้อของรายงาน
5. คำถามที่พบบ่อย จะแสดงรายการคำถามที่ผู้ใช้งานพบบ่อยพร้อมแสดงวิธีการแก้ไข

► 1. การลงทะเบียนเข้าสู่การบำบัด

สามารถค้นหาได้โดยค้นหาด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน และการค้นหาด้วย ชื่อ-นามสกุล และระบบจะค้นหารายชื่อผู้บำบัดได้ 3 วิธีคือ สร้างจากรายชื่อที่มีอยู่ในระบบแล้ว (เคยเข้ารับการบำบัดมาก่อน) สร้างจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ และสร้างจากเลขแทนบัตรประจำตัวประชาชน (กรณีรายชื่อไม่อยู่ในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์) หลังจากนั้น นำข้อมูลจากการค้นหาลงทะเบียนเข้าสู่การบำบัด

1.1 การค้นหา

- การค้นหาจากระบบ

ค้นหาจากเลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือ ชื่อ-นามสกุล อย่างใดอย่างหนึ่ง หลังจากนั้น กดค้นหาผู้บำบัด

กลับ

ออกจากระบบ



ชื่อผู้เข้าระบบ: testhospital
กลุ่ม: โรงพยาบาล
สถานที่: โรงพยาบาลตราขันธ์

ลงทะเบียนเข้าสู่กระบวนการบำบัด



ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

☒ เลขที่บัตรประชาชน

☐ ค้นหาโดย ชื่อ-นามสกุล

ค้นหาผู้บำบัด

ผู้สร้าง: testhospital
ผู้แก้ไข: testhospital

วันที่สร้าง: 21 มิถุนายน 2559
วันที่แก้ไข: 21 มิถุนายน 2559

ยกเลิก



ระบบจะทำการค้นหาจากฐานข้อมูลของระบบ ว่าผู้บำบัดคนนี้ เคยเข้ามารับการบำบัดแล้วหรือยัง และนำมาแสดงผลให้เลือก

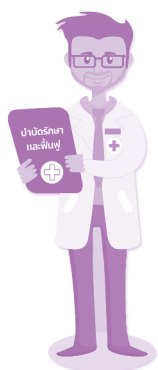
- การค้นหาจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร

กรณีที่ค้นหาในระบบแล้วไม่พบ โปรแกรมจะทำการไปค้นหารายชื่อจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร และนำมาแสดง แต่ผู้ที่มีสิทธิในการค้นหาจากทะเบียนราษฎรเท่านั้น ที่จะสามารถค้นหาในส่วนนี้ได้ โดยขั้นตอนในการค้นหา ต้องเสียบัตรประจำตัวประชาชนเข้าไปในเครื่องอ่านบัตร Smart card หลังจากนั้นเลือกอ่านข้อมูล และใส่ PIN 4 หลัก เพื่อยืนยันตัวตน หลังจากนั้นระบบจะทำการแสดงข้อมูลที่เราค้นหามาแสดง

กรุณาเสียบบัตรประชาชน

กำลังอ่านข้อมูล...

อ่านข้อมูล



หน้าต่างทะเบียนราษฎร

ชื่อ	สกุล	เพศ	วันเดือนปีเกิด	หมายเลขบัตรประชาชน	ที่อยู่
ปรีชา	ใจหาย	ชาย	26 สิงหาคม 2480	3350800927798	บ้านเลขที่ 32 หมู่ที่ 03 ตำบลสร้างมิ่ง อำเภอเสิงสาง จังหวัด ยโสธร

Page 1

ย้อนกลับ ถัดไป

กรณีที่ไม่ใช่คนที่เราต้องการ แต่ ชื่อ-นามสกุล ซ้ำกัน ให้กดถัดไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะเจอรายชื่อที่เป็นเลขบัตรประจำตัวประชาชน วันเดือนปีเกิด และที่อยู่เดียวกับผู้เข้ารับการบำบัด ถ้ากดเลยรายชื่อที่เราต้องการ ให้กดปุ่มย้อนกลับ

- กรณีไม่พบทั้งในระบบและฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร

หลังจากค้นหาไม่พบ ระบบจะเพิ่มปุ่มสร้างรายการผู้บำบัดขึ้นมาและสร้างเลขแทนบัตรประจำตัวประชาชน โดยมีวิธีการใช้งาน คือ กดที่ปุ่มสร้างผู้บำบัด จากนั้นใส่จังหวัด อำเภอ และแขวงที่อยู่ปัจจุบัน เพื่อให้ระบบสร้างเลขแทนบัตรประจำตัวประชาชนขึ้นมา

กลับ ออกจากระบบ

 ชื่อผู้เข้าร่วม: testhospital
กลุ่ม: โรงพยาบาล
สถานที่: โรงพยาบาลราชวิถี

ลงทะเบียนเข้าสู่กระบวนการบำบัด

 ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

☒ เลขที่บัตรประชาชน
☐ ค้นหาโดย ชื่อ-นามสกุล

ผู้สร้าง: testhospital วันที่สร้าง: 21 มิถุนายน 2559
ผู้แก้ไข: testhospital วันที่แก้ไข: 21 มิถุนายน 2559

กรุณาระบุข้อมูลเพื่อสร้างเลขแทนบัตรประชาชน

จังหวัด:
อำเภอ/เขต:
ตำบล/แขวง:



สร้างรายการผู้บำบัด สำหรับผู้รับการบำบัดที่ไม่พบข้อมูลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร

เลขบัตรประชาชน:			
เลขแทนเลขบัตรประชาชน:	1020160621002		
ชื่อ:	สกุล:	ชื่อกลาง:	
เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง	สัญชาติ:	ศาสนา:	
ที่อยู่ ภูมิสำเนาเดิม	วันเดือนปี เกิด:	อายุ:	ปี
จังหวัด:		ประเภทคนไข้:	สมัครใจ
ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร จังหวัด:			
ที่อยู่ปัจจุบัน (ติดต่อได้)			
เลขที่:	หมู่:		
ถนน:			
จังหวัด:	อำเภอ/เขต:	ตำบล/แขวง:	
หมู่บ้าน /ชุมชน:			
โทรศัพท์ติดต่อ:			
เข้าสู่ระบบบำบัด ตามประกาศ คสช. ฉบับที่ 108/2557: ☐ ใช่ ☒ ไม่ใช่			

1.2 การลงทะเบียนผู้บำบัด

หลังจากค้นหารายชื่อผู้บำบัดเจอแล้วจะเข้าสู่ขั้นตอนการลงทะเบียนผู้บำบัดโดยต้องกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ดังรูป



ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

☒ เลขที่บัตรประชาชน ☐ ค้นหาโดย ชื่อ-นามสกุล		ค้นหาผู้เข้ารับการบำบัด	สร้างรายการผู้เข้ารับการบำบัด
สร้างรายการผู้บำบัด สำหรับผู้รับการบำบัดที่ไม่พบข้อมูลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร			
เลขบัตรประชาชน:	1020200327879		
เลขแทนเลขบัตรประชาชน:			
ชื่อ:	สกุล:	ชื่อกลาง:	
เพศ: ☒ ชาย ☐ หญิง	สัญชาติ:	ศาสนา:	
ที่อยู่ ภูมิสำเนาเดิม	วันเดือนปี เกิด:	อายุ:	ปี
จังหวัด:		ประเภทคนไข้:	สมัครใจ
ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร จังหวัด:			
ที่อยู่ปัจจุบัน (ติดต่อได้)			
เลขที่:	หมู่:		
ถนน:			
จังหวัด:	อำเภอ/เขต:	ตำบล/แขวง:	
หมู่บ้าน /ชุมชน:			
โทรศัพท์ติดต่อ:			
เข้าสู่ระบบบำบัด ตามประกาศ คสช. ฉบับที่ 108/2557: ☐ ใช่ ☒ ไม่ใช่			



สำหรับการเข้าสู่ระบบบำบัดตามประกาศ คสช.ฉบับที่ 108/2557 ถ้าผู้เข้ารับบำบัดเคยเข้าบำบัดครบ 5 ครั้ง ระบบจะห้ามคีย์เข้าระบบ 108 อีก แต่ยังสามารถคีย์เข้าระบบอื่น ๆ ได้

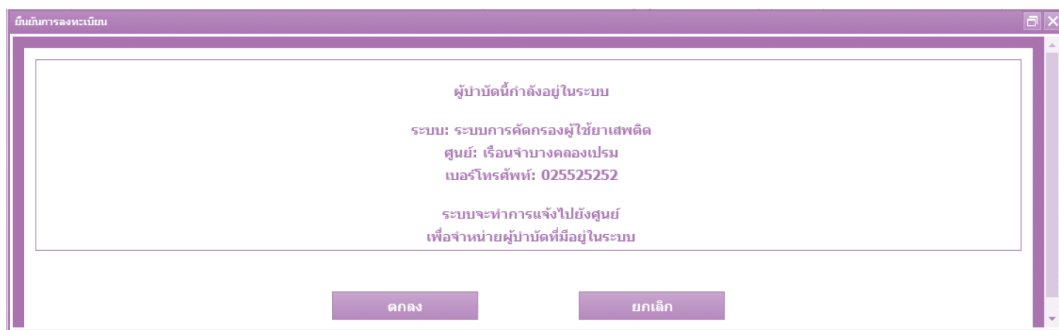
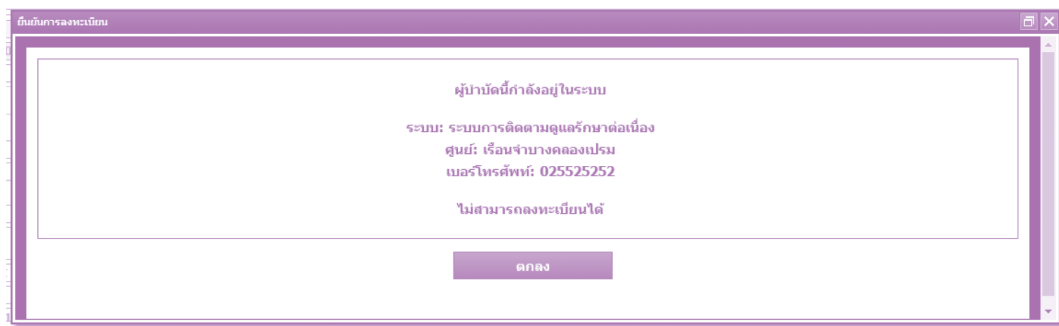
- เงื่อนไขการลงทะเบียนผู้ป่วยที่มีอยู่ในระบบแล้วยังไม่จบกระบวนการ

เงื่อนไขการลงทะเบียนผู้ป่วยที่มีอยู่ในระบบแล้วยังไม่จบกระบวนการ คือ การแจ้งเตือนเมื่อลงทะเบียนผู้บำบัดแล้วมีชื่ออยู่ในระบบแล้ว จะมีเงื่อนไขการจัดการกับผู้บำบัดในระบบหลายวิธีดังตาราง เพื่อป้องกันปัญหาผู้บำบัดซ้ำในระบบ โดยวิธีการดูตาราง คือ ด้านซ้ายเป็นการ

บำบัดเดิม ด้านบนเป็นการบำบัดใหม่ เช่น ถ้าเดิมเป็นการบำบัดแบบสมาธิ แล้วเข้ามาบำบัดแบบ
 ค่ายๆ จะไม่สามารถคีย์ข้อมูลได้ หรือ กรณีสมาธิเข้ามาแล้วกรณพิณิจฯ เข้ามาจะมีการแจ้งเตือน
 ให้ปิดเคสของระบบสมาธิ

ใหม่ เดิม	สมาธิ	ค่าย	บังคับ	พิณิจ	รท
สมาธิ	แจ้งเตือน สามารถลงทะเบียน ใหม่ได้	ไม่สามารถ ลงทะเบียนได้	ไม่สามารถลงทะเบียนได้ เนื่องจากเป็นงานคัดกรอง มาจากระบบ คป	แจ้งเตือนให้ปฏิบัติงานเก่า สามารถลงทะเบียนใหม่ได้	แจ้งเตือนให้ปฏิบัติงานเก่า สามารถลงทะเบียนใหม่ได้
ค่าย	แจ้งเตือนให้ปฏิบัติงาน เก่า สามารถ ลงทะเบียนใหม่ได้	แจ้งเตือนให้ปัด งานเก่า สามารถ ลงทะเบียนใหม่ได้	ไม่สามารถลงทะเบียนได้ เนื่องจากเป็นงานคัดกรอง มาจากระบบ คป	แจ้งเตือนให้ปฏิบัติงานเก่า สามารถลงทะเบียนใหม่ได้	แจ้งเตือนให้ปฏิบัติงานเก่า สามารถลงทะเบียนใหม่ได้
บังคับ	แจ้งเตือน สามารถลงทะเบียน ใหม่ได้	ไม่สามารถ ลงทะเบียนได้	ไม่สามารถลงทะเบียนได้ เนื่องจากเป็นงานคัดกรอง มาจากระบบ คป	แจ้งเตือนให้ปฏิบัติงานเก่า สามารถลงทะเบียนใหม่ได้	แจ้งเตือนให้ปฏิบัติงานเก่า สามารถลงทะเบียนใหม่ได้
พิณิจ	แจ้งเตือนให้ปฏิบัติงาน เก่า สามารถ ลงทะเบียนใหม่ได้	ไม่สามารถ ลงทะเบียนได้	ไม่สามารถลงทะเบียนได้ เนื่องจากเป็นงานคัดกรอง มาจากระบบ คป	แจ้งเตือนให้ปฏิบัติงานเก่า สามารถลงทะเบียนใหม่ได้	แจ้งเตือนให้ปฏิบัติงานเก่า สามารถลงทะเบียนใหม่ได้
รท	แจ้งเตือนให้ปฏิบัติงาน เก่า สามารถ ลงทะเบียนใหม่ได้	ไม่สามารถ ลงทะเบียนได้	ไม่สามารถลงทะเบียนได้ เนื่องจากเป็นงานคัดกรอง มาจากระบบ คป	แจ้งเตือนให้ปฏิบัติงานเก่า สามารถลงทะเบียนใหม่ได้	แจ้งเตือนให้ปฏิบัติงานเก่า สามารถลงทะเบียนใหม่ได้

ถ้าผู้รับบำบัดกำลังบำบัดอยู่ในระบบอยู่แล้ว และสามารถคีย์ข้อมูลต่อได้จะมีข้อความ
 เตือน ดังรูป สำหรับกรณีที่ห้ามคีย์ข้อมูลซ้ำจะมีข้อความเตือนเช่นกัน


สำหรับงานที่มีการแจ้งให้ปิดงานจะแสดงเป็นไฮไลต์สีแดงที่รายการงานของเจ้าของงาน
 ดังรูป ถ้าไม่ปิดงานภายใน 17 วัน ระบบจะทำการปิดงานออกไปโดยอัตโนมัติ

รายงานการคัดกรองผู้ใช้ยาเสพติด

Selected Filter: Default

Quick Search: All fields

หมายเลขงาน	ชื่อ	นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน	หมายเลขหนังสือประชาชน	งานเก่า	เคสเก่า	ชื่อสถานที่ส่ง	ชื่อผู้ส่งงาน	ชื่อสถานที่รับงาน	ชื่อผู้รับงาน	วันที่เริ่มงาน
5193	หัดสอบ	สีแสง		7620160624002	ไม่มี	กรุณาปิดงาน	โรงพยาบาลราชวิถี	testhospital	โรงพยาบาลราชวิถี	testhospital	24/6/2559

Page 1

2. การคัดกรอง

การคัดกรองแบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ รายงานการคัดกรองผู้เข้ายาเสพติด และ รายการผู้คัดกรองของหน่วยงาน ดังรูป

รายงานการคัดกรองผู้เข้ายาเสพติด

Selected Filter: Default

Quick Search: All fields

หมายเลขงาน

ชื่อ

นามสกุล

หมายเลขบัตรประชาชน

หมายเลขหนังสือประชาชน

งานเก่า

เคสเก่า

ชื่อสถานที่

ชื่อผู้ส่งงาน

ชื่อสถานที่รับงาน

ชื่อผู้รับงาน

วันที่เริ่มงาน

No items to display.

Page

1

รายการผู้คัดกรองของหน่วยงาน

กดเพื่อดูหน้าผู้บำบัด

Selected Filter: Default

Quick Search: All fields

ชื่อ

สกล

เลขทะเบียนบัตรประชาชน

เลขที่บัตรประชาชน

กลุ่ม

ศูนย์

สถานที่

No items to display.

Page

1

2.1 รายงานการคัดกรองผู้เข้ายาเสพติด ระบบสมัครใจ

คือรายการผู้คัดกรองของหน่วยงาน โดยแบบฟอร์มสมัครใจ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

2.1.1 ค้นหาการคัดกรองผู้เข้ายาเสพติด

ข้อมูลการคัดกรองผู้เข้ายาเสพติดของระบบสมัครใจแสดง ดังรูป ผู้ใช้งานสามารถที่จะเลือกดูรายงานการคัดกรองครั้งที่ผ่านมาของผู้บำบัดคนนี้ว่าคัดกรองเมื่อใด และที่ไหนบ้าง ถ้าผู้ใช้งานต้องการดูรายละเอียดเพิ่มเติม สามารถคลิกซ้ายที่รายการเพื่อเปิดดูผลการคัดกรองได้ ดังแสดงในรูป

รายงานการคัดกรองผู้เข้ายาเสพติด

ประวัติการคัดกรองผู้เข้ายาเสพติด

คิวเบอร์	วันที่คัดกรอง	เลขหมายบัตรประชาชน	เลขที่บัตรประชาชน	ชื่อผู้ส่ง	กลุ่ม	ศูนย์	สถานที่
1	1 กุมภาพันธ์ 2563	1020200324877		หัดสอบ	หัดสอบระบบ	โรงพยาบาล	หัดสอบระบบ

Page 1



2.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของระบบสมัครใจเป็นส่วนการกรอกข้อมูลพื้นฐานของผู้บำบัดแสดงดังรูป โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้



ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ:	ทศ	สกุล:	สอน	ชื่อกลาง:	
เพศ:	☒ ชาย ☐ หญิง	สัญชาติ:	ไทย	ศาสนา:	อิสลาม
เลขที่บัตรประชาชน:		วันเดือนปี เกิด:	6 มิถุนายน 2544	อายุ:	15 ปี
เลขแทนเลขที่บัตรประชาชน:	6720160621001	ที่อยู่ ภูมิสำเนาเดิม:	เชียงใหม่	ประเภทคนไข้:	สมัครใจ
จังหวัด:		ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร จังหวัด:	เชียงใหม่		
ที่อยู่ปัจจุบัน (ติดต่อได้):		เลขที่:	222	หมู่:	22
ถนน:		จังหวัด:	เพชรบูรณ์	อำเภอ/เขต:	ชนแดน
หมู่บ้าน /ชุมชน:		ตำบล/แขวง:	ดงขุย		
โทรศัพท์ติดต่อ:	021212121	การศึกษา:		อาชีพ:	
สถานภาพสมรส:		การศึกษาระดับ:			
รายได้:		บาท/เดือน			
อาศัยอยู่กับ (ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา):	☐ อยู่คนเดียว ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ ญาติ ☐ เพื่อน				
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา:					

2.1.3 การคัดกรองการใช้ยาเสพติด โรคร่วมทางจิตเวช และประเมินทางสังคม

เป็นส่วนการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองการใช้ยาเสพติด โรคร่วมทางจิตเวช และประเมินทางสังคม โดยวันที่เข้ารับการคัดกรอง ระบบจะใส่ให้อัตโนมัติเป็นวันที่ปัจจุบัน แต่สามารถแก้ไขได้ ทั้งนี้ ไม่สามารถใส่วันที่มากกว่าวันปัจจุบันได้ ดังรูป



ส่วนที่ 2 การคัดกรองการใช้ยาเสพติด โรคร่วมทางจิตเวช และประเมินทางสังคม

วันที่ เข้ารับการคัดกรอง:	23 มิถุนายน 2559
(1) ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด:	☒ สมัครใจ ☐ บังคับบำบัด ☐ ต้องโทษ
	☐ สมัครใจในนามตัวแทนเอง ☐ สมัครใจยินยอมตามมาตรการกีดกันทางกฎหมาย/ประกาศ 108/คำสั่ง ☐ สมัครใจระงับการพิจารณาของศาลเยาวชน ☐ สมัครใจตามประมวลกฎหมายอาญา ม.56 (คุมความประพฤติ) ☐ สมัครใจตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ☐ สมัครใจระงับการพิจารณาของศาลเยาวชน
(2) ยาเสพติดหลักที่ใช้:	
(3) ผลการคัดกรอง:	☐ ผู้ใช้(user,กลุ่มเสี่ยงต่ำ) ☐ ผู้เสพ(abuse,กลุ่มเสี่ยงปานกลาง) ☐ ผู้ติด(dependence,กลุ่มเสี่ยงสูง)
(4) การคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ):	☐ ไม่มี ☐ หุดจาเพื่อเจอ ☐ ก้าวร้าว รุนแรง ทำร้ายผู้อื่น ☐ นอนหลับโดยไม่มีเหตุผล ☐ มีพฤติกรรมอื่นๆที่ผิดปกติผิดปกติทั่วไป ☐ มีความคิด / พฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง ☐ แต่งตัวที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม ☐ แยกตัวเองจากสังคม ไม่สนใจกับใคร ☐ นอนหลับ หรือเห็นภาพหลอน ☐ คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา ☐ รู้สึกหงุดหงิด หรือหึงหวง หรือเขินอาย



1. ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ไข้ยาเสพติด ระบบจะเลือกให้อัตโนมัติเป็นต้องโทษ
2. ยาเสพติดหลักที่ใช้ เลือกชนิดเดียวที่ใช้เยอะที่สุด
3. ผลการคัดกรอง บอกระดับของการติดยาเสพติดว่าเป็นผู้ใช้ ผู้เสพ หรือผู้ติด
4. การคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิต เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ แต่ถ้าหากเลือกไม่มี จะไม่สามารถเลือกข้ออื่นได้
5. ประวัติรักษาโรคทางสุขภาพจิต เลือกมีหรือไม่มี แต่ถ้าหากมีให้ระบุโดยเลือกจากรายการที่มีให้
6. ประวัติโรงเรือน/โรคติดต่อ เลือกมีหรือไม่มี แต่ถ้าหากมีให้ระบุโดยเลือกจากรายการที่มีให้
7. ประวัติคดีอาญา เลือกมีหรือไม่มี แต่ถ้าหากมีให้ระบุโดยเลือกจากรายการที่มีให้
8. คนเร่ร่อน ไร้ที่พึ่งพิง เลือกมีหรือไม่มี
9. ผู้พิการ เลือกพิการทางจิต พิการทางร่างกาย หรือไม่ใช่ ถ้าเป็นผู้พิการ ให้ใส่เลขที่ใบรับรองผู้พิการ
10. สรุปรายงาน แบ่งเป็น 3 กรณี
 - 10.1 จำหน่าย และใส่เหตุผลว่าจำหน่ายเพราะอะไรโดยเลือกจากเหตุผลที่มีให้ จากนั้นผู้บำบัดจะออกจากระบบ
 - 10.2 รับรักษา เมื่อรับรักษา งานจะเข้าไปอยู่ในขั้นตอนการบำบัดของหน่วยงาน
 - 10.3 ส่งต่อ เลือกว่าจะส่งต่อไปที่ไหน โดยเงื่อนไขการส่งต่อสำหรับสถานพยาบาล จะสามารถส่งต่อไปที่สถานพยาบาลอื่นได้ ยกเว้น ค่าย ราชทัณฑ์ สถานพินิจ

การส่งต่อ มีวิธีการทำดังนี้

หลังจากเลือกส่งต่อ จะมีหน้าต่าง หน้าจอการค้นหาสถานที่ขึ้นมา เราสามารถกดที่รูปแว่นขยายเพื่อค้นหาทุกรายการที่มี หรือระบุชื่อสถานที่ลงไปในช่วงค้นหาแล้วกดรูปแว่นขยายอีกทีเพื่อค้นหาเฉพาะสถานที่ที่เราต้องการก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องพิมพ์ชื่อทั้งหมดลงไป ผู้ใช้สามารถพิมพ์ชื่อบางส่วนลงไปได้เช่น บางชื่อ แล้วคลิกค้นหา หลังจากนั้นคลิกที่ชื่อสถานที่ที่เราต้องการส่งต่อไปแล้วกด OK สถานที่ก็จะมาปรากฏในช่วงส่งต่อ ดังรูป



discharge) ไปหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง นอกกระบบ บสส.

▶▶ 3. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ 1) รายการงานของหน่วยงาน 2) รายการงานที่อยู่ระหว่างส่งต่อ/รอรับ 3) รายการงานที่รับจากหน่วยงานอื่น 4) รายการผู้บำบัดของหน่วยงาน ดังรูป

รายการงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

รายการงานของหน่วยงาน

Show entries Search:

เลขรอบบำบัด	ชื่อ	นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน	หมายเลขแทนบัตรประชาชน	งานลำช้า	เคสช้า	เคสSMIV	ชื่อสถานที่ส่งงาน	ชื่อสถานที่รับงาน	วันที่เริ่มงาน
6154821	ทดสอบ	รพีรัง	สง	1120200220501	งานลำช้า		SMIV	ทดสอบระบบ	ทดสอบระบบ	29 กุมภาพันธ์ 2563
6154775	ทดสอบ	จรัส	พร	1520200220095	งานลำช้า			ทดสอบระบบ	ทดสอบระบบ	20 กุมภาพันธ์ 2563
6171996	ทดสอบ	จำนงค์		1020200302847				ทดสอบระบบ	ทดสอบระบบ	02 มีนาคม 2563
6154492	ทดสอบ	สง	ส	1520200220094				ทดสอบระบบ	ทดสอบระบบ	20 กุมภาพันธ์ 2563
6154462	ทดสอบ	รพี	หนึ่ง	1720200220040				ทดสอบระบบ	ทดสอบระบบ	20 กุมภาพันธ์ 2563

Showing 1 to 5 of 5 entries Previous **1** Next

รายการงานที่อยู่ระหว่างส่งต่อ/รอรับ

Show entries Search:

เลขรอบบำบัด	ชื่อ	นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน	หมายเลขแทนบัตรประชาชน	งานลำช้า	เคสช้า	เคสSMIV	ชื่อสถานที่ส่งงาน	ชื่อสถานที่รับงาน	วันที่เริ่มงาน
6194349	ทดสอบ	ทดสอบ	ระบบ	1020200324877				ทดสอบระบบ	โรงพยาบาลกำแพงเพชร	26 มีนาคม 2563 12:35:44
6161935	ทดสอบทดสอบ	ทดสอบทดสอบ	ทดสอบทดสอบ	1020200229844			SMIV	โรงพยาบาลไทรทอง	ทดสอบระบบ	02 มีนาคม 2563 12:08:27

Showing 1 to 2 of 2 entries Previous **1** Next

รายการงานที่รับจากหน่วยงานอื่น

Show entries Search:

เลขรอบบำบัด	ชื่อ	นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน	หมายเลขแทนบัตรประชาชน	งานลำช้า	เคสช้า	เคสSMIV	ชื่อสถานที่ส่งงาน	ชื่อสถานที่รับงาน	วันที่เริ่มงาน
6154840	ทดสอบ	อสม	ย	จ	ร	พ		ตป.ปส.อ.ทดสอบ	ทดสอบระบบ	20 กุมภาพันธ์ 2563 07:03:18

Showing 1 to 1 of 1 entries Previous **1** Next

รายการผู้บำบัดของหน่วยงาน

กดค้นหาผู้บำบัด

Show entries Search:

เลขรอบบำบัด	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขแทนบัตรประชาชน	หมายเลขบัตรประชาชน	กลุ่ม	สถานที่
No data available in table					

Showing 0 to 0 of 0 entries Previous Next



3.1 รายการงานของหน่วยงาน

รายการงานของหน่วยงานคือรายการงานของหน่วยงานที่ผ่านการคัดกรองจากหน่วยงานของตนเอง ไม่ได้ส่งต่อมาจากที่อื่น ซึ่งแบบฟอร์มของโรงพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

3.1.1 ค้นหาการบำบัด

ค้นหาการบำบัดแสดง ดังรูป ผู้ใช้งานสามารถที่จะเลือกดูรายการงานการคัดกรองครั้งที่ผ่านมาของผู้บำบัดคนนี้ ว่าบำบัดที่ไหนมาแล้วบ้างโดยการคลิกซ้ายที่รายการที่ต้องการดูรายละเอียดระบบจะเปิดหน้าต่างใหม่ขึ้นมา



ประวัติการบำบัด

Show 10 entries

Search:

ลำดับรอบการบำบัด	วันที่	หมายเลขแผนบัตรประชาชน	เลขที่บัตรประชาชน	ชื่อสกุล	ศูนย์	กลุ่ม	สถานะ
1	01 มีนาคม 2563	1020200324877		ทดสอบ ทดสอบระบบ	ทดสอบระบบ	โรงพยาบาล	เสร็จสิ้น
2	01 มีนาคม 2563	1020200324877		ทดสอบ ทดสอบระบบ	ทดสอบระบบ	โรงพยาบาล	เสร็จสิ้น

Showing 1 to 2 of 2 entries

Previous

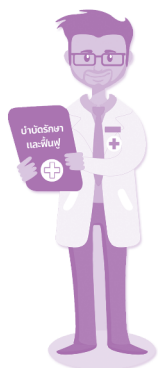
1

Next

3.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นส่วนการกรอกข้อมูลพื้นฐานของผู้บำบัด ดังแสดงในรูป โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล



ชื่อ:	ทดสอบ	สกุล:	ทดสอบระบบ	ชื่อกลาง:	
เพศ:	☒ ชาย ☐ หญิง	สัญชาติ:	ไทย	ศาสนา:	พุทธ
เลขที่บัตรประชาชน:					
เลขแผนบัตรประชาชน:	1020200324877	วันเดือนปีเกิด:	09 กันยายน 2539	อายุ:	24 ปี
ที่อยู่ ภูมิภาคต้นเดิม จังหวัด:	กรุงเทพมหานคร				
ที่อยู่ ตามทะเบียนราษฎร จังหวัด:	กรุงเทพมหานคร				
ที่อยู่ปัจจุบัน (ติดต่อได้)					
เลขที่:	1	วง:	0		
สถานะ:	ทดสอบ				
จังหวัด:	กรุงเทพมหานคร	สถาน/เขต:	เขตพระนคร	ตำบล/แขวง:	พระบรมหาราชวัง
หมู่บ้าน/ชุมชน:	ชุมชนทั่วถึง				
โทรศัพท์มือถือ:	0123456789				
สถานภาพสมรส:	โสด	การศึกษา:	การศึกษาระดับสูง	อาชีพ:	การคมนาคม
รายได้:	9,000.00	บาท/เดือน			
อาศัยอยู่ร่วมกับ (ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา):	☒ อยู่คนเดียว ☐ มีตา ☐ มารดา ☐ คู่สมรส				
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา:	ไม่ทราบ				
ระบบการบำบัดรักษา:	สมิทธิใจ				
ยาเสพติดเลิกใช้แล้ว:	เสโรอิน				
ผลการคัดกรอง:	ผู้ใจ				

3.1.3 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองการใช้ยาเสพติด โรคร่วมทางจิตเวช และ ประเมินทางสังคม แสดงดังรูปตัวอย่าง



ส่วนที่ 2 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

วันที่ลงทะเบียนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

01 มีนาคม 2563

(1) สถานภาพการเสพติดขณะบำบัด:

☒ ผู้ใช้
☐ ผู้เสพ
☐ ผู้ติด

(2) ใช้ยาเสพติดครั้งแรก อายุ: ปี ระบุ ยาเสพติด (ยกเว้น บุหรี่, สุรา)

ระบุไม่เกินกว่าอายุจริง: 24 ปี

(3) สาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติด ครั้งแรก (โปรดระบุข้อสำคัญที่สุดเพียงข้อเดียว):

☐ เพื่อนชวน
☐ ทำให้อยายป่วย
☒ อายากล่อง
☐ ไม่สบายใจ
☐ ความสนุกสนาน
☐ ช่วยงานอาชีพ
☐ อื่นๆ ระบุ

(4) ใช้ยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน :

(ตัวยาลึก) ระยะเวลาที่ใช้: ปี เดือน วัน

รวม ปี

วันที่ลงทะเบียนการบำบัด ระบบจะใส่ให้เป็นวันปัจจุบันแต่สามารถแก้ไขได้ โดยวันที่ใส่ต้องไม่มากกว่าวันปัจจุบัน

1. สถานภาพการเสพติดขณะบำบัด ให้เลือกว่าเป็นสถานภาพไหน ขณะที่เข้ารับการบำบัดจะมีผลต่อการติดตามต่อเนื่อง

2. ใช้ยาเสพติดครั้งแรกอายุ ถ้าเคยมีประวัติการบำบัดมาก่อนระบบจะกรอกให้อัตโนมัติ แต่ถ้าไม่เคย ต้องกรอกว่าใช้ครั้งแรกอายุเท่าไร และใช้สารเสพติดอะไร

3. สาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก ถ้าเคยมีประวัติการบำบัดมาก่อนระบบจะกรอกให้อัตโนมัติ แต่ถ้าไม่เคย ต้องเลือกเหตุผลสำคัญที่สุดเพียงข้อเดียว

4. ยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน เลือกจากรายการที่มีให้และกรอกระยะเวลาที่ใช้ว่าใช้มาแล้วเป็นเวลาเท่าไร โดยเวลาที่กรอกต้องไม่มากกว่าอายุผู้บำบัด

5. วันที่ใช้ยาเสพติด (ตัวยาลึก) ครั้งสุดท้ายระบุว่าจะใช้ยาเสพติดครั้งสุดท้ายเมื่อไร โดยที่วันที่ใส่ต้องไม่มากกว่าวันปัจจุบัน

6. เคยเข้ารับการบำบัดรักษามาก่อนหรือไม่ ระบบจะเลือกให้อัตโนมัติถ้าเคยระบบจะเลือกสถานที่บำบัดครั้งสุดท้ายกรอกให้ แต่ถ้าเลือกไม่เคย จะสามารถแก้ไขได้ว่าเคยบำบัดแล้วแต่เป็นนอกระบบ



7. หลังจากการบำบัดครั้งสุดท้าย หยุดเสฟได้นานเท่าไร กรณีที่เคย ต้องระบุหากตอบ 1 เดือนขึ้นไป ต้องระบุเวลาด้วยว่าหยุดได้เป็นเวลาเท่าไร แต่ถ้าไม่เคยบำบัดมาก่อนจะไม่สามารถกรอกข้อนี้ได้

8. เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้ เลือกเหตุผลที่สำคัญที่สุดเพียงข้อเดียว

9. ชนิดยาเสพติดที่ใช้ก่อนมารักษา เลือกสารเสพติดที่เคยใช้มาทั้งหมด โดยระบบจะเรียงจากปริมาณยาเสพติดที่ใช้มากที่สุดไปน้อยที่สุด โดยมีวิธีใช้งานดังหัวข้อชนิดยาเสพติดที่ใช้มาก่อนรักษา

10. รูปแบบ (สถานที่/บริบท) ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เลือกเพียงข้อเดียว

11. การให้ยา เลือกเพียงข้อเดียว ถ้าเลือกให้ยาให้ระบุชนิดยาดูด้วย

12. เทคนิคการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

13. โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ แต่ถ้าเลือกไม่เข้ารับการฟื้นฟูจะไม่สามารถเลือกข้ออื่นได้

14. กรณีเป็นผู้ป่วยนอก จากข้อ 10 ถ้าเลือกผู้ป่วยนอก จะต้องระบุรายละเอียดการเข้ารับการบำบัดครั้งก่อน โดยมีวิธีใช้งานดังหัวข้อ ผู้ป่วยนอก

15. ส่งต่อระหว่างการบำบัดฟื้นฟู เลือกสถานที่ที่ต้องการส่งไปบำบัดต่อและเลือกเหตุผลที่ส่งต่อ โดยเงื่อนไขการส่งต่อสำหรับสถานพยาบาล จะสามารถส่งต่อไปที่สถานพยาบาลอื่นได้ ยกเว้น ค่าย ราชทัณฑ์ สถานพินิจ

16. การประเมินผลการบำบัดรักษา/ฟื้นฟูสมรรถภาพ เลือกวันที่ประเมินผลและระบุว่าบำบัดครบโปรแกรมหรือไม่ และถ้าไม่ต้องระบุว่าไม่ครบเพราะอะไร

17. ผลการรักษาอาการทางสุขภาพจิต ถ้าข้อ 16 เลือกครบโปรแกรม ต้องระบุว่าผลการรักษาสุขภาพทางจิตเป็นอย่างไร

18. ผลการรักษาอาการทางสุขภาพกาย ถ้าข้อ 16 เลือกครบโปรแกรม ต้องระบุว่าผลการรักษาสุขภาพทางกายเป็นอย่างไร

19. สรุปรายงานเมื่อสิ้นสุดการฟื้นฟู ถ้าเลือกส่งคืนหน่วยต้นสังกัด ให้ระบุหน่วยงานที่จะส่งไป ถ้าส่งการติดตามช่วยเหลือ ต้องเลือกว่าจะติดตามช่วยเหลือเองหรือส่งให้หน่วยงานไหนติดตามให้ โดยมีวิธีการส่งต่อ ดังข้อ 15 และถ้าเลือกจำหน่ายต้องระบุเหตุผลในการจำหน่ายและผู้บำบัดจะออกจากระบบ กรณีถ้าข้อ 16 เลือกไม่ครบโปรแกรม ระบบจะเลือกเป็นจำหน่ายให้โดยอัตโนมัติ

3.2 รายการงานที่อยู่ระหว่างการส่งต่อ/รอรับ

รายการงานที่อยู่ระหว่างการส่งต่อ/รอรับ คือ รายการงานที่อยู่ในขั้นตอนการยืนยันว่าจะรับงานมาทำหรือไม่ งานที่อยู่ในขั้นตอนนี้จะปรากฏอยู่ทั้งผู้รับและผู้ส่งทั้งสองฝั่งและเมื่อกดเข้าไปในแบบฟอร์ม จะพบปุ่มรับงาน และปุ่มยกเลิก ดังรูป เมื่อฝั่งใดฝั่งหนึ่งกดรับงานเพื่อทำการรับงาน งานจะหายไปจากส่วนรายการงานที่อยู่ระหว่างการส่งต่อ/รอรับและไปอยู่ที่รายการงานที่รับจากหน่วยงานอื่น



รายการงานที่อยู่ระหว่างส่งต่อ/รอรับ

Show 10 entries

Search:

เลขรอบ บำบัด	ชื่อ	นามสกุล	หมายเลขบัตร ประชาชน	หมายเลขแทนบัตร ประชาชน	งาน ล่าช้า	เคส เข้า	เคสSMIV	ชื่อสถานที่ ส่งงาน	ชื่อสถานที่ รับงาน	วันที่เริ่มงาน
6161935	ทดสอบเท สเทส	ทดสอบท สเทส		1020200229844			SMIV	โรงพยาบาล ไทรงาม	ทดสอบระบบ	02พฤษภาคม2563 12:08:27

Showing 1 to 1 of 1 entries

Previous 1 Next

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ:

สกุล:

ชื่อกลาง:

เพศ: ☒ ชาย ☐ หญิง

สัญชาติ:

ศาสนา:

เลขที่บัตรประชาชน:

เลขแทนเลขที่บัตรประชาชน:

วันเดือนปีเกิด:

อายุ: ปี

ที่อยู่ คู่มีสามีเดิม
จังหวัด:

ที่อยู่ ตามทะเบียน
ราษฎร จังหวัด:

ที่อยู่ปัจจุบัน (ติดต่อได้)
เลขที่:

หมู่:

ถนน:

อำเภอ/เขต:

ตำบล/แขวง:

จังหวัด:

หมู่บ้าน/ชุมชน:

โทรศัพท์มือถือ:

การศึกษ:

อาชีพ:

สถานภาพสมรส:

รายได้:

บำนาญ:

อาศัยอยู่กัน(ใน
ช่วง30วันที่ผ่านมา): ☐ อยู่คนเดียว ☒ บิดา ☒ มารดา ☐ คู่สมรส

☐ บุตร
☐ ลูกพี่
☐ พี่สาว

ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา
มารดา:

ระบบการบำบัดรักษา:

ยาเสพติดหลักที่ใช้:

ผลการคัดกรอง:



รับงาน ยกเลิก

3.3 รายการงานที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

รายการงานที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น คือ รายการงานที่ได้รับจากหน่วยงานอื่นในหัวข้อ รายการงานที่อยู่ระหว่างการส่งต่อ/รอรับ ผ่านการกดที่ปุ่มรับงาน รายการจะถูกย้ายมาปรากฏใน ช่องนี้แทน ดังรูป ซึ่งเราสามารถทำรายการได้ตามปกติเหมือนหัวข้อ รายการงานของหน่วยงาน

รายการงานที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

Show 10 entries Search:

เลขรอบ บำบัด	ชื่อ	นามสกุล	หมายเลขบัตร ประชาชน	หมายเลขแทนบัตร ประชาชน	งาน ลำช้า	เคส ช้า	เคสSMIV	ชื่อสถานที่ส่ง งาน	ชื่อสถานที่ รับงาน	วันที่เริ่มงาน
6154840	ทดสอบ	อสาม/ยจ รพ			งานลำช้า			ศป.ปส.อ.ทดสอบ1	ทดสอบระบบ	20กุมภาพันธ์2563 07:03:18
6194349	ทดสอบ	ทดสอบ ระบบ						ทดสอบระบบ	โรงพยาบาล กำแพงเพชร	26มีนาคม2563 12:35:44

Showing 1 to 2 of 2 entries

Previous 1 Next

3.4 รายการผู้บำบัดของหน่วยงาน

รายการผู้บำบัดของหน่วยงาน คือ รายการทั้งหมดของผู้ที่เคยผ่านการบำบัดในหน่วย งานนั้น ๆ มาแล้ว ดังแสดงในรูป สามารถค้นหาข้อมูลของผู้บำบัดแล้วนำข้อมูลออกมาดูได้

รายการผู้บำบัดของหน่วยงาน

กดค้นหาผู้บำบัด

Show 10 entries Search:

เลขรอบบำบัด	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขแทนบัตรประชาชน	หมายเลขบัตรประชาชน	กลุ่ม	สถานที่
6154462	ทดสอบ รพหนึ่ง	1720200220040		โรงพยาบาล	ทดสอบระบบ
6154492	ทดสอบ สังกลับ	1520200220094		โรงพยาบาล	ทดสอบระบบ
6154820	ทดสอบ รพจริงหนึ่ง	9620200220117		โรงพยาบาล	ทดสอบระบบ
6154821	ทดสอบ รพจริงสอง	1120200220501		โรงพยาบาล	ทดสอบระบบ
6194349	ทดสอบ ทดสอบระบบ	1020200324877		โรงพยาบาล	ทดสอบระบบ

Showing 1 to 5 of 5 entries

Previous 1 Next



สามารถค้นหาผู้บำบัดได้ในช่อง Search ด้านบน และเมื่อคลิกที่รายชื่อของผู้บำบัดตรง ส่วนเลขรอบบำบัด เราจะสามารถเข้าไปดูประวัติแต่ละครั้งของเขาว่าผ่านการบำบัดมากี่ครั้ง และ รายละเอียดการบำบัดของผู้บำบัดรายนั้นเป็นอย่างไรบ้าง ดังรูป

Show 10 entries Search:

ลำดับรอบการบำบัด	วันที่	หมายเลขแทนบัตรประชาชน	เลขที่บัตรประชาชน	ชื่อสกุล	ศูนย์	กลุ่ม	สถานะ
1	09 ธันวาคม 2559		3900300692940	คนอาผาด นิเ็น		กรมคุมประพฤติ	สำนาย
2	18 กุมภาพันธ์ 2546		3900300692940	คนอาผาด นิเ็น	โรงพยาบาลจะนะ	โรงพยาบาล	เสร็จสิ้น

Showing 1 to 2 of 2 entries

Previous 1 Next

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ: คนอาผาด	สกุล: นิเสน	ชื่อกลาง:
เพศ: ☒ ชาย ☐ หญิง	สัญชาติ: ไทย	ศาสนา: อิสลาม
เลขที่บัตรประชาชน: 3900300692940		
เลขแทนเลขที่บัตรประชาชน:	วันเดือนปีเกิด: 09 ธันวาคม 2515	อายุ: 45 ปี
ที่อยู่ คู่มีสำเนาเดิม จังหวัด: สงขลา		
ที่อยู่ ตามทะเบียนราษฎร จังหวัด: สงขลา		
ที่อยู่ปัจจุบัน (ติดต่อได้)		
เลขที่: 95/2	หมู่: 9	
ถนน: - หมู่บ้าน/ชุมชน -		
จังหวัด: สงขลา	อำเภอ/เขต: จระเข้ม	ตำบล/แขวง: บ้านนา
หมู่บ้าน/ชุมชน:		
โทรศัพท์มือถือ:		
สถานภาพสมรส: สมรส	การศึกษา: กำลังศึกษาระดับ	อาชีพ: ผู้ใช้แรงงาน
รายได้: 50,000.00	บาท/เดือน	
ลาป่วยอยู่กับ (ใน ช่วง 30 วันที่ผ่านมา): ☐ อยู่คนเดียว ☐ บิดา ☒ มารดา ☒ คู่สมรส ☒ บุตร ☐ ญาติ ☐ เพื่อน		
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา: บิดาเสียชีวิต		

► 4. การติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง

การติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ 1) รายการงานของหน่วยงาน 2) รายการงานที่อยู่ระหว่างส่งต่อ/รอรับ 3) รายการงานที่รับจากหน่วยงานอื่น 4) รายการผู้บำบัดของหน่วยงาน ดังรูป

หมายเลขงาน	ชื่อ	นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน	หมายเลขแทนบัตรประชาชน	งานล่าช้า	เคสซ้ำ	เคส SMIV	ชื่อสถานที่ส่งงาน	ชื่อสถานที่รับงาน	วันที่เริ่มงาน
No data available in table										

Showing 0 to 0 of 0 entries

Previous Next

หมายเลขงาน	ชื่อ	นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน	หมายเลขแทนบัตรประชาชน	งานล่าช้า	เคสซ้ำ	เคส SMIV	ชื่อสถานที่ส่งงาน	ชื่อสถานที่รับงาน	วันที่เริ่มงาน
No data available in table										

Showing 0 to 0 of 0 entries

Previous Next



รายการงานที่รับจากหน่วยงานอื่น

Show entries

Search:

หมายเลขงาน	ชื่อ	นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน	หมายเลขแทนบัตรประชาชน	งาน	เคส	เคสSMIV	ชื่อสถานที่ส่งงาน	ชื่อสถานที่รับงาน	วันที่เริ่มงาน
No data available in table										

Showing 0 to 0 of 0 entries

Previous

Next

รายการผู้บำบัดของหน่วยงาน

กดค้นหาผู้บำบัด

Show entries

Search:

หมายเลขงาน	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขแทนบัตรประชาชน	หมายเลขบัตรประชาชน	กลุ่ม	สถานที่
No data available in table					

Showing 0 to 0 of 0 entries

Previous

Next

4.1 รายการงานของหน่วยงาน

คือ รายการงานการติดตามของหน่วยงานที่ผ่านการบำบัดจากหน่วยงานของตนเอง ไม่ได้ส่งต่อมาจากที่อื่น โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

4.1.1 ค้นหาการบำบัด

ค้นหาการบำบัด แสดงดังรูป ผู้ใช้งานสามารถที่จะเลือกดูรายการการคัดกรองครั้งที่ผ่านมาของผู้บำบัดคนนี้ ว่าบำบัดที่ไหนมาแล้วบ้างโดยการคลิกซ้ายที่รายการที่ต้องการดูรายละเอียดระบบจะเปิดหน้าต่างใหม่ขึ้นมา ดังรูป

ประวัติการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง

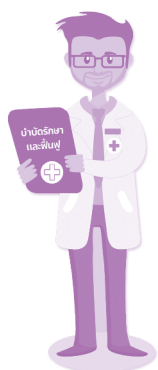
Show entries

Search:

หมายเลข	วันที่	หมายเลขแทนบัตรประชาชน	เลขที่บัตรประชาชน	ชื่อสกุล	ศูนย์	กลุ่ม	สถานะ
1	01 เมษายน 2563	1720200220040		ทดสอบ รพหนึ่ง	ทดสอบระบบ	โรงพยาบาล	เสร็จสิ้น

Showing 1 to 1 of 1 entries

Previous **1** Next





ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ: ทดสอบ	สกุล: รพหนึ่ง	ชื่อกลาง:
เพศ: ☒ ชาย ☐ หญิง	สัญชาติ: ไทย	ศาสนา: อื่น ๆ
เลขที่บัตรประชาชน:	วันเดือนปีเกิด: 1 มกราคม 2540	อายุ: 23 ปี
เลขแทนเลขที่บัตรประชาชน: 1720200220040		
ที่อยู่ ภูมิสำเนาเดิม จังหวัด: นนทบุรี		
ที่อยู่ ตามทะเบียนราษฎร จังหวัด: นนทบุรี		
ที่อยู่ปัจจุบัน (ติดต่อได้)		
เลขที่: 0	หมู่: 0	
ถนน: 0		
จังหวัด: สิงห์บุรี	อำเภอ/เขต: พรหมบุรี	ตำบล/แขวง: พระงาม
หมู่บ้าน /ชุมชน: กระทุ่มโพรง		
โทรศัพท์ติดต่อ: 0945245685		
สถานภาพสมรส: โสด	การศึกษานี้: ไม่มีการศึกษา	อาชีพ: ว่างงาน
รายได้: 20,000.00	บาท/เดือน	
อาศัยอยู่กับ: ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ ญาติ		
(ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา): ☐ เจ็บป่วย ☒ อยู่คนเดียว		
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา: บิดา/มารดาเสียชีวิต		
ระบบการบำบัดรักษา: สมัครใจ		
ยาเสพติดหลักที่ใช้: ยาบ้า		
ผลการบำบัดฟื้นฟู: ผลการบำบัดฟื้นฟู		



ส่วนที่ 2 ข้อมูลการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง

วันที่ลงทะเบียนการติดตามรักษาต่อเนื่อง: 1 เมษายน 2563	
ผลการติดตาม ครั้งที่: 1	ระบุ วันที่: 1 เมษายน 2563
☐ การติดตามผลเชิงสุจริต	
(1) สถานะของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู	

4.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นส่วนการกรอกข้อมูลพื้นฐานของผู้บำบัด ดังแสดงในรูปโดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้



ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ: ทดสอบ	สกุล: รพหนึ่ง	ชื่อกลาง:
เพศ: ☒ ชาย ☐ หญิง	สัญชาติ: ไทย	ศาสนา: อื่น ๆ
เลขที่บัตรประชาชน:	วันเดือนปีเกิด: 01 มกราคม 2540	อายุ: 23 ปี
เลขแทนเลขที่บัตรประชาชน: 1720200220040		
ที่อยู่ ภูมิสำเนาเดิม จังหวัด: นนทบุรี		
ที่อยู่ ตามทะเบียนราษฎร จังหวัด: นนทบุรี		
ที่อยู่ปัจจุบัน (ติดต่อได้)		
เลขที่: 0	หมู่: 0	
ถนน: 0		
จังหวัด: สิงห์บุรี	อำเภอ/เขต: พรหมบุรี	ตำบล/แขวง: พระงาม
หมู่บ้าน/ชุมชน: กระทุ่มโพรง		
โทรศัพท์ติดต่อ: 0945245685		



สถานภาพสมรส:	โสด	การศึกษา:	ไม่มีการศึกษา	อาชีพ:	ว่างงาน
รายได้:	20,000.00	บาท/เดือน			
อาศัยอยู่กับ(ในช่วง30วันที่ผ่านมา):	☒ อยู่คนเดียว ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ ญาติ ☐ เพื่อน				
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา:	บิดา/มารดาเสียชีวิต				
ระบบการบำบัดรักษา:	สมัครใจ				
ยาเสพติดหลักที่ใช้:	ยาเค				
ผลการบำบัดฟื้นฟู:	ผลการบำบัดฟื้นฟู				

4.1.3 ข้อมูลการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง



ส่วนที่ 2 ข้อมูลการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง

วันที่ลงทะเบียนการติดตามรักษาต่อเนื่อง

01 เมษายน 2563

ผลการติดตาม ครั้งที่ :

2

ระบุ วันที่:

☐ การติดตามครั้งสุดท้าย

(1) สถานะของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

- ☐ พบ
- ☐ ไม่พบ เนื่องจาก

(2) ภาวะสุขภาพกาย

- ☐ แข็งแรง ☐ อ่อนแอ ☐ เจ็บป่วย/ทรุดโทรม

(3) ภาวะสุขภาพจิตและจิตเวช

- ☐ ปกติ
- ☐ ซึมเศร้า/แยกตัว
- ☐ ก้าวร้าว
- ☐ หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล
- ☐ หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน
- ☐ มีความคิดฆ่าตัวตาย

(4) วิธีการติดตามรักษาต่อเนื่องหลังการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ (เลือกได้เพียง 1 ข้อ)

- ☐ บัณฑิตตามการรักษาในสถานบำบัด
- ☐ บัณฑิตในรายงานตัวในสถานที่กำหนด
- ☐ การติดตามภายในสถานที่ควบคุมตัว
- ☐ การติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน
- ☐ การติดตามโดยอาสาสมัครในชุมชน
- ☐ อื่นๆ ระบุ



วันที่ลงทะเบียนการติดตาม, ผลการติดตามครั้งที่ และวันที่ติดตาม คือ วันที่ทำการผลการติดตามครั้งที่จะนับให้อัตโนมัติและวันที่ติดตามต้องใส่เอง โดยต้องไม่น้อยกว่าวันที่จบการบำบัด

1. สถานะของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู กรณีเป็นการติดตามครั้งสุดท้าย จะทำได้ก็ต่อเมื่อเป็นไปตามเงื่อนไขการจำหน่าย ยกเว้นถ้าเสียชีวิตหรือถูกจับ จะสามารถจำหน่ายได้เลย
2. สภาวะสุขภาพกาย เลือกข้อใดข้อหนึ่งจากตัวเลือกที่มีให้
3. สภาวะสุขภาพจิตและจิตเวช เลือกข้อใดข้อหนึ่งจากตัวเลือกที่มีให้
4. วิธีการติดตามรักษาต่อเนื่องหลังจากการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ เลือกข้อใดข้อหนึ่งจากตัวเลือกที่มีให้ ถ้าเลือกอื่น ๆ ต้องระบุ

5. รูปแบบการติดตามรักษาต่อเนื่อง เลือกจากตัวเลือกที่มีให้ ถ้าเป็นโรงพยาบาลจะสามารถเลือกการติดตามทางการแพทย์ได้ ถ้าเป็นสถานที่อื่น ๆ จะไม่สามารถทำได้
6. การให้ยา เลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก แต่ถ้าเลือกไม่มีจะไม่สามารถเลือกข้ออื่น ๆ ได้
7. พฤติกรรมสร้างสรรค์ เลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก แต่ถ้าเลือกไม่มีจะไม่สามารถเลือกข้ออื่น ๆ ได้
8. พฤติกรรมเสี่ยง เลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก แต่ถ้าเลือกไม่มีจะไม่สามารถเลือกข้ออื่น ๆ ได้
9. สัมพันธภาพในครอบครัว เลือกข้อใดข้อหนึ่งจากตัวเลือกที่มีให้
10. สัมพันธภาพในชุมชน เลือกข้อใดข้อหนึ่งจากตัวเลือกที่มีให้
11. การขอรับความช่วยเหลือ เลือกข้อใดข้อหนึ่งจากตัวเลือกที่มีให้ ถ้าเลือกต้องการต้องระบุว่าต้องการความช่วยเหลือด้านใดบ้างและถ้าเป็นสถานพยาบาลต้องเลือกว่าจะส่งความช่วยเหลือให้ใคร แต่ถ้าสถานที่อื่น ๆ จะไม่ต้องเลือกว่าให้ใครช่วยเหลือ ต้องช่วยเหลือเองเท่านั้น
12. สรุปรายงานถ้าไม่ใช่การติดตามครั้งสุดท้ายต้องเลือกระหว่างติดตามต่อเอง หรือส่งให้หน่วยงานติดตามอื่นติดตามต่อโดยวิธีการส่งต่อเป็นไปตามหัวข้อการส่งต่อ
13. สรุปรายงานเมื่อสิ้นสุดการติดตาม ถ้าเป็นการติดตามครั้งสุดท้ายให้เลือกว่าครบตามเกณฑ์หรือไม่พร้อมระบุเหตุผล

สถานะของผู้บำบัดฟื้นฟู (ข้อ 1)

(1) สถานะของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

- ☐ พบ
- ☒ ไม่พบ เนื่องจาก
 - ☐ ย้ายที่อยู่ กรอกที่อยู่ใหม่
 - ☐ เปลี่ยนที่ทำงาน กรอกที่อยู่ใหม่
 - ☐ ถูกจับ
 - ☒ เสียชีวิต
 - ☐ ติดตามไม่ได้
 - ☐ อื่นๆ ระบุ

• ถูกจับ และ เสียชีวิต

ถ้าเลือกตัวเลือกใดตัวหนึ่งใน 2 ตัวนี้จะสามารถจำหน่ายผู้บำบัดได้เลยโดยไม่ต้องเข้าเงื่อนไข การจำหน่ายและไม่ต้องกรอกรายละเอียดข้ออื่น ๆ สามารถดยืนยันการส่งต่อเพื่อจำหน่ายได้เลย

• ย้ายที่อยู่ใหม่และเปลี่ยนที่ทำงาน

ถ้าเลือกตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งจะต้องทำการกรอกที่อยู่ใหม่โดยมีวิธีการใช้งาน คือ หลังจากเลือกย้ายที่อยู่ใหม่หรือเปลี่ยนที่ทำงานจะมีปุ่ม กดเพื่อกรอกที่อยู่ใหม่ ดังรูป เมื่อกดเข้าไปจะปรากฏหน้าต่าง กรอกรายละเอียดที่อยู่ใหม่ให้ครบแล้วกดตกลง ระบบจะทำการเปลี่ยนที่อยู่ใหม่ของผู้บำบัดให้อัตโนมัติ

(1) สถานะของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

- ☐ พบ
- ☒ ไม่พบ เนื่องจาก
 - ☐ ย้ายที่อยู่ กรอกที่อยู่ใหม่
 - ☐ เปลี่ยนที่ทำงาน กรอกที่อยู่ใหม่
 - ☐ ถูกจับ
 - ☐ เสียชีวิต
 - ☐ ติดตามไม่ได้
 - ☐ อื่นๆ ระบุ

กดเพื่อกรอกที่อยู่ใหม่



การสรุปรายงาน (ข้อ 12 และ ข้อ 13)

การสรุปผลการติดตามผู้เข้ารับการบำบัดว่าจะติดตามดูแลรักษาต่อ ส่งต่อ หรือจะจำหน่าย โดยมีวิธีการใช้งานจากข้อ 1 ถ้าเลือกยังไม่เป็นการติดตามครั้งสุดท้าย จะต้องสรุปรายงานข้อ 12 ว่าจะติดตาม ต่อเอง หรือส่งให้หน่วยงานอื่นติดตาม โดยมีวิธีการใช้งานดังหัวข้อการส่งต่อ

ถ้าเป็นการติดตามครั้งสุดท้ายต้องสรุปรายงานเมื่อสิ้นสุดการติดตามข้อ 13 และถ้าจากข้อ 1 เลือกเป็นติดตามครั้งสุดท้ายละเหตุผลเป็นเสียชีวิตหรือถูกจับ ระบบจะทำการสรุปรายงานข้อ 13 ให้อัตโนมัติว่าเป็นเสียชีวิต หรือถูกจับ

ปุ่มตอนท้ายของแบบฟอร์มการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง

ยืนยัน

บันทึกแบบร่าง

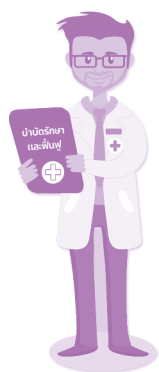
ยกเลิก

ส่งกลับ

ลงงาน

พิมพ์

1. ยืนยัน คือ การยืนยันว่าแบบฟอร์มนี้ กรอกข้อมูลครบถ้วนและถูกต้องแล้ว ข้อมูลจะถูกส่งต่อไปยังขั้นตอนถัดไป
2. บันทึกแบบร่าง คือ การเก็บแบบฟอร์มไว้ก่อน เพื่อกำหนดข้อมูลเพิ่มเติมในภายหลัง ไม่จำเป็นต้องกรอกให้ครบทุกช่อง
3. ยกเลิก คือ ปิดหน้าต่างฟอร์มที่ทำอยู่ปัจจุบัน
4. ส่งกลับ คือ การส่งข้อมูลของผู้บำบัดคนนั้นกลับไปขั้นตอนก่อนหน้านี้เช่นถ้าส่งกลับจากการติดตามครั้งที่ 2 ก็จะกลับไปทำการติดตามครั้งที่ 1 และจากการติดตามครั้งที่ 1 ถ้าส่งกลับจะกลับไปทำการบำบัดรักษาและข้อมูลที่กรอกไว้ในขั้นตอนครั้งก่อนจะยังอยู่ ไม่มีการถามเหตุผล
5. ลงงาน คือ การลบฟอร์มใบนั้น ๆ แล้วกลับไปทำใบก่อนหน้านี้เหมือนกับการส่งกลับแต่จะแตกต่างกับการส่งกลับตรงที่มีการถามเหตุผลในการลงงานและมีการแจ้งสถานะว่าเป็นงานที่ถูกลบ
6. พิมพ์ คือ การพิมพ์รายงานออกมาในรูปแบบเอกสาร



4.2 รายงานการส่งต่อ/รอรับ

รายงานการส่งต่อ/รอรับ คือ รายงานการติดตามที่อยู่ในขั้นตอนรอการยืนยันว่าจะ รับงานมาทำหรือไม่ หรืออยู่ระหว่างการส่งต่อ งานที่อยู่ในขั้นตอนนี้จะปรากฏอยู่ทั้งผู้รับและผู้ส่งทั้งสองฝั่ง เมื่อฝั่งใดฝั่งหนึ่งกรอกรับงาน เพื่อทำการรับงาน งานจะหายไปจากรายงานการส่งต่อ/รอรับและเข้าไปอยู่ที่รายงานที่รับจากหน่วยงานอื่น

รายงานการส่งต่อ/รอรับ

Show 10 entries

Search:

หมายเลขงาน	ชื่อ	นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน	หมายเลขแทนบัตรประชาชน	งานล่าช้า	เดส	เดส SMIV	ชื่อสถานที่ส่งงาน	ชื่อสถานที่รับงาน	วันที่เริ่มงาน
6154462	ทดสอบ	รพหนึ่ง		1720200220040				ทดสอบระบบ	รพทดสอบนานา	01เมษายน2563 10:33:59

Showing 1 to 1 of 1 entries

Previous

1

Next

4.3 รายการงานที่รับจากหน่วยงานอื่น

รายการงานที่รับจากหน่วยงานอื่น คือ รายการงานที่รับจากหน่วยงานอื่นในหัวข้อ รายการงานที่อยู่ระหว่างการส่งต่อ/รอรับ ผ่านการกดที่ปุ่มรับงาน รายการจะถูกย้ายมาปรากฏในช่องนี้แทน ดังรูป ซึ่งเราสามารถทำรายการได้ตามปกติเหมือนหัวข้อ รายการงานของหน่วยงาน

รายการงานที่รับจากหน่วยงานอื่น

Show entries Search:

หมายเลขงาน	ชื่อ	นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน	หมายเลขแท็บัตรประชาชน	งาน	เดส	เดสSMIV	ชื่อสถานที่ส่งงาน	ชื่อสถานที่รับงาน	วันที่เริ่มงาน
6154462	ทดสอบ	รพหนึ่ง		1720200220040				ทดสอบระบบ	รพทดสอบ นาแก	01เมษายน2563 10:33:59

Showing 1 to 1 of 1 entries

Previous **1** Next

4.4 รายการผู้บำบัดของหน่วยงาน

รายการผู้บำบัดของหน่วยงาน คือ รายการทั้งหมดของผู้ที่เคยผ่านการติดตามในหน่วยงานนั้น ๆ มาแล้ว ดังแสดงในรูป สามารถค้นหาข้อมูลของผู้บำบัดแล้วนำข้อมูลออกมาดูได้



รายการผู้บำบัดของหน่วยงาน

กดค้นหาผู้บำบัด

Show entries Search:

หมายเลขงาน	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขแท็บัตรประชาชน	หมายเลขบัตรประชาชน	กลุ่ม	สถานที่
6154462	ทดสอบ รพหนึ่ง	1720200220040		โรงพยาบาล	ทดสอบระบบ
6154820	ทดสอบ รพจริงหนึ่ง	9620200220117		โรงพยาบาล	ทดสอบระบบ

Showing 1 to 2 of 2 entries

Previous **1** Next

สามารถค้นหาผู้บำบัดได้ในช่อง Search ด้านบน และเมื่อคลิกที่รายชื่อของผู้บำบัด ตรงส่วน หมายเลขงาน เราจะสามารถเข้าไปดูประวัติแต่ละครั้งของเขาว่าผ่านการบำบัดมากี่ครั้ง และรายละเอียดการบำบัดของผู้บำบัดรายนั้นเป็นอย่างไรบ้าง ดังรูป

หมายเลข	วันที่	หมายเลขแท็บัตรประชาชน	เลขที่บัตรประชาชน	ชื่อสกุล	ศูนย์	กลุ่ม	สถานะ
1	01 เมษายน 2563	1720200220040		ทดสอบ รพหนึ่ง	ทดสอบระบบ	โรงพยาบาล	เสร็จสิ้น





ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ: เพศ: ☒ ชาย ☐ หญิง เลขที่บัตรประชาชน: เลขทะเบียนรถจักรยานยนต์: ที่อยู่: ที่อยู่ปัจจุบัน (ถ้าต่างจากที่อยู่เดิม): อายุ: ภูมิลำเนา: จังหวัด: หมู่บ้าน / ชุมชน: โทรศัพท์มือถือ: สถานภาพสมรส: รายได้: อาศัยอยู่คนเดียว: ☐ ความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค: ระยะเวลาที่เข้ารับการตรวจ: ผลการตรวจ:	สัญชาติ: วันเดือนปีเกิด: หมู่: อำเภอ/เขต: การศึกษา: อาชีพ:	ชื่อกลาง: ตาสมร: อายุ: ตามด/แหวง: อาชีพ:
--	---	---



ส่วนที่ 2 ข้อมูลการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง

วันที่ลงทะเบียนการติดตามรักษาต่อเนื่อง:	1 เมษายน 2563
ผลการติดตาม ครั้งนี้:	ระบุ วันที่: 1 เมษายน 2563
(1) สถานะของเจ้าหน้าที่ติดตาม	

เงื่อนไขการจำหน่ายการติดตาม

เพื่อให้ได้การสรุปผลสิ้นสุดการติดตามที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้ทำการติดตามหลังจากผ่านการบำบัดฟื้นฟู โดยมีการติดตามให้เป็นไปตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งการติดตามทางการแพทย์และการติดตามทางสังคม

- ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ติดตามตามมาตรฐานการติดตามของกระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อย 4-7 ครั้ง/ปี
- ผู้ใช้ 1 ครั้ง ขอคำจำกัดความขยายเพิ่มขึ้น ว่า 1 ครั้งห่างจากวันบำบัดครบโปรแกรม 30 วัน และไม่เกิน 365 วัน



โปรแกรมการติดตาม 4 ครั้ง	
ครั้งที่	ระยะเวลาที่ทำการติดตาม
1	1 เดือนหลังการบำบัดฟื้นฟู
2	3 เดือนหลังการบำบัดฟื้นฟู
3	6 เดือนหลังการบำบัดฟื้นฟู
4	12 เดือนหลังการบำบัดฟื้นฟู

โปรแกรมการติดตาม 7 ครั้ง	
ครั้งที่	ระยะเวลาที่ทำการติดตาม
1	2 สัปดาห์หลังการบำบัดฟันผุ
2	4 สัปดาห์หลังการบำบัดฟันผุ
3	2 เดือนหลังการบำบัดฟันผุ
4	3 เดือนหลังการบำบัดฟันผุ
5	6 เดือนหลังการบำบัดฟันผุ
6	9 เดือนหลังการบำบัดฟันผุ
7	12 เดือนหลังการบำบัดฟันผุ

► **แนวทางการดำเนินงานติดตามผู้ผ่านการบำบัดฟันผุ ในระบบสาธารณสุขตามระดับการเสถียร มีรายละเอียด ดังนี้**

1. กลุ่มผู้ใช้ ติดตาม 1 ครั้งใน 30 วัน หลังจากผ่านการบำบัดฟันผุ
2. กลุ่มผู้เสถียร กลุ่มผู้ติดตามอย่างน้อย 4-7 ครั้ง เป็นเวลา 1 ปี และสุ่มตรวจปีสภาวะอย่างน้อย 4 ครั้ง หลังจากผ่านการบำบัดฟันผุ

ทั้งนี้ ผู้ใช้งานระบบ บสต.สามารถอ่านรายละเอียดการใช้ระบบรายงานฯเพิ่มเติมได้จาก “คู่มือการใช้งานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟันผุผู้ติดตามเสถียรของประเทศ (บสต.ฉบับปี 2020)”



- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2562). *วันสุขภาพจิตโลก*.<https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30010>
- กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.
https://www.fda.moph.go.th/sites/Narcotics/SitePages/Narcotics_List_substrate.aspx
- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2562). *แนวทางการปฏิบัติงานสำหรับนักสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยยาเสพติด*. สมุทรสาคร: บริษัท บอรัณ ทุ บี พับลิชชิง จำกัด.
- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2563) *คู่มือการปฏิบัติงานยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563*. สมุทรสาคร: บริษัท บอรัณ ทุ บี พับลิชชิง จำกัด.
- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2564). *คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท บอรัณ ทุ บี พับลิชชิง จำกัด.
- บุญศิริ จันศิริมงคล.(2557). *คำแนะนำการรักษาด้วยยาแก้ผู้ป่วยสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนที่มีภาวะโรคจิตสำหรับแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ : ศิลักษณ์พรินติ้ง.
- บุญศิริ จันศิริมงคล.(2558). *โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: บริษัทพรอสเพอริส พลัส จำกัด.
- พັນธัญญา กิตติรัตน์ไพบูลย์, และบุญศิริ จันศิริมงคล.(2555). *คู่มืออบรมสำหรับบุคลากรคลินิกบำบัด เล่มที่ 3 เรื่องการบำบัดผู้ติดยาเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อน*. พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี: วนิดาการพิมพ์.
- บุญศิริ จันศิริมงคล, และ พันธัญญา กิตติรัตน์ไพบูลย์.(2555). *แนวปฏิบัติการดูแลภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ผู้ที่มีสารเสพติด กลุ่มแอมเฟตามีน สำหรับสถานพยาบาล ระดับปฐมภูมิ*. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:ศิลักษณ์พรินติ้ง.
- บุญศิริ จันศิริมงคล, และพันธัญญา กิตติรัตน์ไพบูลย์.(2556). *การดูแลภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชในผู้ที่มีปัญหาสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: วนิดาการพิมพ์.
- บุรฉัตร จันทรแดง.(2560). *บทวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเสพติดในปัจจุบัน.วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2560*.
- มานพ คณะโต, กนิษฐา ไทยกล้า, สาวิตรี อักษรณรงค์กรชัย, จิตรลดา อารีย์สันติชัย, ศยามล เจริญรัตน์, พูนรัตน์ สยิตกุล, เกรียงไกร พึ่งเชื้อ และรังสิยา วงศ์อุปปา. (2562). *รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี พ.ศ.2562 (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. บริษัทจรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.
- มานพ คณะโต, พูนรัตน์ สยิตกุล, วรณพงษ์ โมรราย, ธนากร เล็งศรี, กนิษฐา ไทยกล้า, รังสิยา วงศ์อุปปา, จุไรทิพย์ หวังสินทวีกุล, สมชาย วิริยะจันทร์, สมสมร ชิตตระการ, เกรียงไกร พึ่งเชื้อ, ศยามล เจริญรัตน์, กนิษฐา ไทยกล้า, สมสมร ชิตตระการ, สมชาย ศรีวิริยะจันทร์และจุไรทิพย์ หวังสินทวีกุล. (2564). *สังเคราะห์สถานการณ์สารเสพติด พ.ศ.2553 - 2562*. คณะกรรมการบริหาร เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.
- มาโนช หล่อตระกูล. *5 โรคสำคัญทางจิตเวช ที่คนไทยควรรู้*. <https://www.rama.mahidol.ac.th/>.



รัศมีน กัลยาศิริ, ดนัย อินทรกำแหง, อภิศกดิ์ วิทยานุกูลลักษณ์, ธิตติมา ดวงสนิท, ภัทราภรณ์ กิณร, ปิยะวัฒน์ เคนดำรงกุล, อวิรุทธิ์ อุณารมณ, ธีรยุทธ รุ่งนรินทร์, พิชัย แสงชาญชัย, ปองขวัญ ยิ้มสะอาด, วัชรพงศ์ พุ่มชื่น และ วนิดา รัตนสุมาวงศ์. (2563). *ข้อเท็จจริงและตัวเลข : สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ปี 2560-2563 = Facts and figures : illegal substances in Thailand 2017-2020*. สงขลา : ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา. *ระบบการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย*. <https://www.sdtd.go.th/paper/14>

วันชัย กิจอรุณชัย, ฤทธิญา จันทรตรี, และธัญพร เสรีรัตน์. (2554). *คู่มือและแนวทางการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิต*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.

วิภา บุญแสง,ศรีแพร หนูแก้ว, พนิดา สีนาเวช,กมลวรรณ จันทรโชติ, และอุษา เขตระเชื่อน.(2563). *แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด(ฉบับทดลองใช้)*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท พรอสเพอริส พลัส จำกัด.

สำนักข่าว กรมประชาสัมพันธ์.(2563). *สถานการณ์การแพร่ระบาดของปัญหาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน ปีงบประมาณ 2563*. <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG210217110823198>

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.(2563). *การคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562*. วารสารสำนักงาน ป.ป.ส.ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 (กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2563)

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.(2563). *แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2563*. <https://www.oncb.go.th/>

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.(2563). *รายงานผลการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด*. <https://www.oncb.go.th/>

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.(2563). *สังเคราะห์สถานการณ์สารเสพติด พ.ศ.2553 – 2562*. คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. <http://nctc.oncb.go.th/>

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.(2563). *แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2563-2565*. <https://www.oncb.go.th/Home/oncb.go.th/>

สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2559). *แนวทางการดำเนินงานยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข*. สมุทรสาคร: บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด.

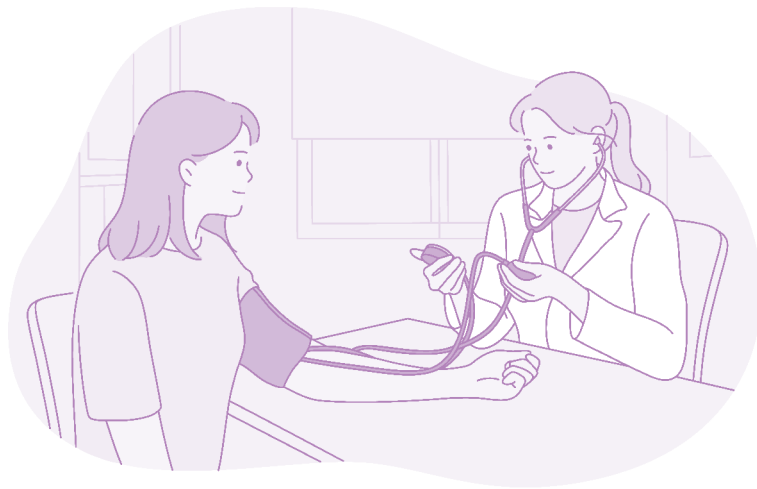
ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข.(2563). *คู่มือการใช้งานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.ฉบับปี 2020)*.นนทบุรี.

ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต.(2561).*แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.



ภาคผนวก 1

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา
กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2



แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา

กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2

ชื่อ-สกุล..... อายุ ปี เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ซอย/ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด)อาชีพ.....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) วันที่คัดกรอง.....

สถานที่คัดกรอง.....

☐ ยาบ้า ☐ ไอซ์ ☐ ยาอี ☐ กัญชา ☐ กระท่อม ☐ สารระเหย ☐ เฮโรอีน ☐ ผิ่น ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

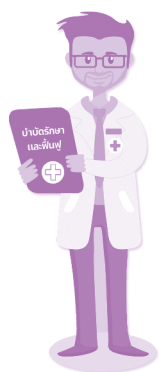
ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ คือ..... ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย	เพียง 1-2 ครั้ง	เดือนละ 1-3 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)
1. คุณใช้.....บ่อยเพียงใด	0	2	3	4	6
2. คุณมีความต้องการ หรือมีความรู้สึกลอยๆ ใช้.....จนทนไม่ได้บ่อยเพียงใด	0	3	4	5	6
3. การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหา สุขภาพ ครอบครัว สังคมกฎหมาย หรือการ เงินบ่อยเพียงใด	0	4	5	6	7
4. การใช้..... ทำให้คุณไม่สามารถรับ ผิดชอบหรือ ทำกิจกรรมที่คุณเคยทำตามปกติ ได้บ่อยเพียงใด	0	5	6	7	8

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ไม่เคย	เคยแต่ก่อน 3 เดือน ที่ผ่านมา	เคยในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา
5.ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยกล่าวตักเตือน วิพากษ์วิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าคุณ เกี่ยวข้องกับการใช้.....หรือไม่	0	3	6
6. คุณเคยลด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบ ผลสำเร็จ หรือไม่	0	3	6
รวมคะแนน			



ระดับคะแนน	ระดับผลกระทบจากการใช้	คัดกรองโรคร่วมหรือโรคอื่น ๆ ที่สำคัญ
2-3	ต่ำ*	- การคัดกรองโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น ลมชัก เบาหวาน หัวใจ ความดัน - การคัดกรองโรคติดต่อในระยะติดต่อ เช่น วัณโรค สุกใส งูสวัด
4-26	ปานกลาง**	- การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ - โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) - ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) - โรคจิต (แบบคัดกรองโรคจิต)
27+	สูง***	- การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยารุนแรง - ใช้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา - ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา - ใช้ยานอนหลับเป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา
คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย		ข้อแนะนำ
ถ้าเคย, ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้บ่อยเพียงใด ☐ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่า 3 วันติดต่อกัน ☐ มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า 3 วันติดต่อกัน		ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา 10 ชุดบริการ ประเมินเพิ่มเติม วางแผนและ ให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้น รายบุคคล

หมายเหตุ *อนุมานว่าเป็นผู้ใช้ **อนุมานว่าเป็นผู้เสพ ***อนุมานว่าเป็นผู้ติด



ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์
(.....)

สิ่งที่ควรคำนึงถึงก่อนการทำการคัดกรอง

เพื่อให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดเกิดความไว้วางใจและได้คำตอบที่เป็นจริง ผู้ทำการคัดกรองควรปฏิบัติดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน โดยการชวนพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป สั้นๆ แสดงท่าทีที่จริงใจ เป็นมิตร
- มีทัศนคติเชิงบวกกับผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติด ไม่ตัดสินถูกผิดในคำตอบที่ไม่เห็นด้วย
- แสดงท่าทีให้เห็นว่ากำลังตั้งใจฟังในสิ่งที่เขาพูด
- ไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์และแสดงความเห็นอก เห็นใจ
- แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าข้อมูลที่ให้ไปไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ และจะเก็บรักษาเป็นความลับ

แนวทางการช่วยเหลือในกลุ่มต่าง ๆ

กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการช่วยเหลือ
ผู้ใช้	● การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion) ● การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือ การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) จำนวน 1 - 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ● การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ● การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี) หมายเหตุ : กลุ่มผู้ใช้ไม่ต้องบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูล บสต.
ผู้เสพ	● ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 9 วัน/วัดเป็นศูนย์สังเคราะห์/มัสยิดเป็นศูนย์สังเคราะห์ (1 เดือน) ● การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) (Motivational Enchantment Therapy :MET) 1 - 2 เดือน ● การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) 1-2 เดือน ● จิตสังคมบำบัด ได้แก่ Modified MATRIX, จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน, จิตสังคมบำบัดในรพ.สต., คลินิกใกล้ใจในชุมชน (1-2 เดือน) ● ± การรักษาด้วยยา (Medication) ● การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
ผู้ติด	● การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จิตสังคมบำบัด เช่น Modified Matrix, MATRIX Program (4 เดือน), การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) 2-4 เดือน, การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) 2-4 เดือน, ครอบครัวบำบัด 2-4 เดือน, จิตบำบัดแนวซาเทียน์ (Satir Model) 2-4 เดือน ● การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community : TC), การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) 4 เดือน -1 ปี ● + การรักษาด้วยยา (Medication) ● การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)

แนวปฏิบัติการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) สำหรับผู้ใช้หรือเคยใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (10 ชุดบริการ)

- การให้ความรู้และการฝึกทักษะการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว (MMT)
- การให้บริการรักษาด้านจิตเวชและ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด
- การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอชไอวีโดยสมัครใจ
- การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันการเสพติดซ้ำ
- การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาวัณโรค
- การแจกถุงยางอนามัย
- การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด
- กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน



ภาคผนวก 2

รายนามผู้เข้าร่วมประชุมหารือเพื่อพัฒนาคู่มือ
แนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
ที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต



รายนามผู้เข้าร่วมประชุมหารือเพื่อพัฒนาคู่มือ
แนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
ที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต
ทางไกลผ่านระบบ Cisco Webex Meetings
วันศุกร์ที่ 16 กรกฎาคม 2564 เวลา 09.00 - 16.30 น.
ณ ห้องประชุมกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต ชั้น 3 อาคาร 2 กรมสุขภาพจิต

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

นายแพทย์บุรินทร์	สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
นางธิดา	จุลินทร	ผู้ช่วยผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
นางวีณา	บุญแสง	รองผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
นางสาวพนิดา	สีนาเวช	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางสาวอุษา	เขตรเชื่อน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นางสาวกมลวรรณ	จันทร์โชติ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นางสาวศรีแพร	หนูแก้ว	นักวิชาการสถิติ
นายณัชพงศ์	ปานพิมพ์	นักจัดการงานทั่วไป
นางสาวณัฐวิ	เพชรบุญเพ็ญ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์

โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

นางวิภาภรณ์	เขม้นเขตการณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางไพลิน	ภูเฮืองแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

นายแพทย์วรท	ลำไย	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นางสาวจุฑาทิพย์	สัพโส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางสาวเสาวลักษณ์	บุตรชาติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางอัญชลี	ตักโพธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

นางศิริภรณ์	ชัยศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางทัศนีย์	จันทร์สด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางบุษกร	วรากรอมรเดช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

นายพรชัย	ทุมมา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นายลวิญญ์วิษณุพงศ์	ภูมิจีน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

นางวันทนา	ทิพย์มณเฑียร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางจิตติมา	นาวาทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสมควร	จุลอักษร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลศรีธัญญา

นางหทัยรัตน์	วารินทร์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
นายสัมพันธ์	พัฒนศร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

นางลูกจันทร์	วิทยถาวรวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางสาวน้ำฝน	ชูยะไข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

นายไพโรจน์	สุขเกิด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นายชาติชาย	ทันศึก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลสวนปรุง

นายก่อเกียรติ	อุเต็น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางดวงเดือน	นรสิงห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางสาววิมลวรรณ	คำลือ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวกาญจนา	ปิงจันทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวทิพวรรณ	บัวละวงศ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ



โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

นายแพทย์กฤติน	ศรีตังนนท์	นายแพทย์ปฏิบัติการ
นางจุฑาทิพย์	พลสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางณัฐปภัสร์	นาคะวิโรจน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

นายณรงค์	ตั้งวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นายชัยศักดิ์	ศรีภูมิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

นางธนันยาภรณ์	เจริญกิจตระกูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางจารุนันท์	คำชมภู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

นายจิตภักดิ์	กมลรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
--------------	----------	-----------------------



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

คู่มือแนวทางการดำเนินงาน

ด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา/ยา/สารเสพติด

ที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต

 www.mhso.dmh.go.th

 <https://m.facebook.com/mhso.dmh/>

 0 2590 8047

 กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตยาและสารเสพติด
กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

