# หลักสูตร
# การให้การดูแลผู้ป่วยสุราและแอมเฟตามีน
# ที่มีปัญหาด้านจิตเวช สำหรับพยาบาล

กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข
ISO 9001 - 2008
CERTIFIED
URS
UKAS QUALITY MANAGEMENT 043

# หลักสูตร
# การให้การดูแลผู้ป่วยสุราและแอมเฟตามีน ที่มีปัญหาด้านจิตเวช สำหรับพยาบาล

# คำนำ

นโยบายของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) และรัฐบาลปัจจุบัน จัดให้ปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ เนื่องจากปัญหาการดื่มสุราและการแพร่ระบาดของสารเสพติดมีปริมาณสูงและส่งผลกระทบรุนแรงมาก กรอบแผนปฏิบัติงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี พ.ศ. 2559 (ศอ.ปส. ที่ 8/2558 วันที่ 30 ก.ย.58)

ในแผนปฏิบัติการที่ 2 แผนบำบัดยาเสพติด เป้าหมายนำผู้เสพผู้ติดเข้าบำบัด 220,000 คนและติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านบำบัด 235,000 คน โดยแบ่งเป็น 3 ระบบได้แก่ ระบบสมัครใจ, ระบบบังคับบำบัดและระบบต้องโทษ รวมถึงการพัฒนาระบบบริหารจัดการบำบัดรักษาทุกระบบ (จัดตั้งศูนย์คัดกรอง-ศูนย์ประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัด-กฎหมายบำบัดและระบบฐานข้อมูล) และแผนงานติดตามผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ จำนวน 235,000 คน

จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบความชุกของผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 10.9 แต่พบว่ากลุ่มเป้าหมายยังไม่ได้รับบริการถึงร้อยละ 97.7 (WHO, 2004) ดังนั้นทั้งปัญหาสุราหรือแม้กระทั่งสารเสพติดหากผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษา จึงทำให้เกิดปัญหาทางจิตเวชฉุกเฉินได้บ่อยครั้งขึ้น เช่น ภาวะก้าวร้าว หูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง ฆ่าตัวตาย และทำร้ายผู้อื่น ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการทางจิตที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ดื่มสุรา/ผู้เสพสารเสพติด ครอบครัวและชุมชน การให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้องและรวดเร็วจะช่วยลดอัตราการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินของผู้ดื่มสุรา/ ผู้เสพสารเสพติดและเกี่ยวข้องได้ เมื่ออาการทางจิตทุเลาแล้ว การบำบัดสุรา/ยาเสพติดและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีคุณภาพเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุรา/เสพยาซ้ำ เป็นบริการที่จำเป็นซึ่งสถานบริการสาธารณสุขต้องจัดบริการให้แก่ผู้ดื่มสุรา/ผู้เสพสารเสพติดทุกคนตามนโยบายของรัฐบาลรวมถึงการติดตามอัตราการหยุดเสพหลังการบำบัดเพื่อประเมินประสิทธิผลการบำบัด

คณะทำงานด้านการเฝ้าระวังบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุราและเสพสารเสพติดที่มีอาการทางจิต กรมสุขภาพจิต รับผิดชอบงานสุราและสารเสพติดในระบบสุขภาพตระหนักถึงอันตรายและภาระของครอบครัวและชุมชนที่ผู้ดื่มสุรา/ผู้เสพสารเสพติดมีปัญหาทางจิตเวช จึงจัดทำหลักสูตรครู ก เรื่องสุราและยาเสพติด เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันในการจัดการบริการด้านการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหาการดื่มสุราและเสพสารเสพติดที่มีอาการทางจิตต่อไป

**แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล**
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
ประธานคณะทำงานฯ

# สารบัญ


| | | หน้า |
|---|---|---|
| **คำนำ** | | **ก** |
| **สารบัญ** | | **ข** |
| **หลักสูตรการอบรมการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาท กลุ่มแอมเฟตามีนสำหรับพยาบาล** | | **1** |
| บทที่ 1 | ทัศนคติในการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน | 5 |
| บทที่ 2 | ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดยาเสพติด | 7 |
| บทที่ 3 | ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน | 23 |
| บทที่ 4 | การคัดกรองและประเมินปัญหาการเสพสารเสพติด ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช | 27 |
| บทที่ 5 | ภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และให้การดูแลรักษาที่ถูกต้อง | 32 |
| **หลักสูตรการให้บริการผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช สำหรับพยาบาล** | | **45** |
| บทที่ 1 | ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช | 49 |
| บทที่ 2 | ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุรา ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 | 51 |
| บทที่ 3 | กระบวนการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช | 61 |
| บทที่ 4 | การประเมินอาการถอนพิษสุรา และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง | 63 |
| บทที่ 5 | ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในผู้ดื่มสุรา | 72 |
| **หลักสูตรการอบรมการคัดกรอง ประเมินปัญหาการใช้สุรา/สารเสพติด ปัญหาทางสุขภาพจิต และจิตเวช ในผู้ป่วยสุรา/สารเสพติดที่มีปัญหาด้านจิตเวช สำหรับพยาบาล** | | **81** |
| บทที่ 1 | การคัดกรองและประเมินปัญหาการดื่มสุรา ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช | 85 |
| บทที่ 2 | การให้ความรู้ ความเสี่ยงจากการดื่มสุรา (Alcohol Education) | 101 |
| บทที่ 3 | การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) | 103 |
| บทที่ 4 | การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) | 107 |
| บทที่ 5 | กระบวนการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational Interviewing/ Enhancement) | 123 |
| บทที่ 6 | การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) | 142 |

หน้า

**หลักสูตรการอบรมการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสุราและสารกระตุ้นประสาท กลุ่มแอมเฟตามีนที่มีภาวะทางจิตเวชสำหรับพยาบาล** **157**

บทที่ 1 การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาท กลุ่มแอมเฟตามีนในชุมชน 160

บทที่ 2 การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวชในชุมชน 164

**ภาคผนวก** **167**

- แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะฆ่าตัวตาย 2Q, 9Q, 8Q 168
- แบบคัดกรองภาวะโรคจิต 170
- แบบประเมิน Alcohol Use Disorders Identication Test (AUDIT) 171
- แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (AWS) 174
- แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.สธ.) V2 175
- ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ฉบับที่ 108/57 177
- Flow กระบวนการระบบบริการผู้ป่วยโรคจิต 180
- Flow กระบวนการระบบบริการ Psychotic Due to Substance; Amphetamine Psychosis 181
- Flow กระบวนการระบบบริการ Alcohol Related Disorders 182
- แนวทางการรักษาภาวะถอนพิษสุราด้วยยา 183
- แบบประเมินภาพรวมคู่มือสำหรับผู้อบรม 184
- แบบประเมินความพึงพอใจ 188
- รายชื่อคณะทำงาน 194
- แต่งตั้งคณะทำงานด้านการเฝ้าระวังบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้มีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติดที่มีอาการทางจิต กรมสุขภาพจิต 196

# หลักสูตรการอบรม

## การให้บริการผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับ
## การใช้สารกระตุ้นประสาท
## กลุ่มแอมเฟตามีนสำหรับพยาบาล

# หลักสูตรการอบรม
# การให้บริการผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาท กลุ่มแอมเฟตามีนสำหรับพยาบาล

**เวลา 90 นาที**

**วัตถุประสงค์**

เมื่อสิ้นสุดแผนการสอนแล้ว ผู้เข้าอบรมสามารถ

1. ปรับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
2. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน ผลกระทบที่มีต่อร่างกายและจิตใจ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดยาเสพติด
3. มีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
4. สามารถคัดกรอง ประเมินปัญหาการเสพสารเสพติด ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้
5. สามารถประเมินภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และให้การดูแลรักษาที่ถูกต้อง

**เนื้อหา**

1. ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน ผลกระทบที่มีต่อร่างกายและจิตใจ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดยาเสพติด
3. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
4. การคัดกรองและประเมินปัญหาการเสพสารเสพติด ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช
5. ภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และให้การดูแลรักษาที่ถูกต้อง

**รูปแบบการสอน**

กิจกรรม อภิปราย บรรยายและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน

**สื่อการสอน**

1. เอกสารประกอบการสอน เรื่อง
   - ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
   - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน ผลกระทบที่มีต่อร่างกายและจิตใจ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดยาเสพติด
   - ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
   - การคัดกรองและประเมินปัญหาการเสพสารเสพติด ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช
   - ภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และให้การดูแลรักษาที่ถูกต้อง

2. Power Point Presentation เรื่อง
   - ทัศนคติในการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
   - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน ผลกระทบที่มีต่อร่างกายและจิตใจ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดยาเสพติด
   - ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
   - การคัดกรองและประเมินปัญหาการเสพสารเสพติด ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช
   - ภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และให้การดูแลรักษาที่ถูกต้อง

# หลักสูตรการอบรม
# การให้บริการผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้อง
# กับการใช้สารกระตุ้นประสาท
# กลุ่มแอมเฟตามีน สำหรับพยาบาล

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อปรับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
2. เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดยาเสพติด
3. เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
4. สามารถคัดกรอง ประเมินปัญหาการเสพสารเสพติด ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช
5. สามารถประเมินภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และให้การดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อปรับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
2. เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน ผลกระทบที่มีต่อร่างกายและจิตใจ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดยาเสพติด
3. เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
4. สามารถคัดกรอง ประเมินปัญหาการเสพสารเสพติด ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช
5. สามารถประเมินภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และให้การดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง

## เนื้อหาบทเรียน

| | |
|---|---|
| 1. ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน | 10 นาที |
| 2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดยาเสพติด | 25 นาที |
| 3. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน | 15 นาที |
| 4. การคัดกรอง ประเมินปัญหาการเสพสารเสพติด ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช | 15 นาที |
| 5. ภาวะฉุกเฉินจากการใช้ สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และให้การดูแลรักษาที่ถูกต้อง | 25 นาที |

**เนื้อหาบทเรียน**

1. ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (10 นาที)
2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน ผลกระทบที่มีต่อร่างกายและจิตใจและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดยาเสพติด (25 นาที)
3. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (15 นาที)
4. การคัดกรอง ประเมินปัญหาการเสพสารเสพติด ปัญหาจิตเวช (15 นาที)
5. ภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และให้การดูแลรักษาที่ถูกต้อง (25 นาที)

# บทที่ 1
# ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาท กลุ่มแอมเฟตามีน

เห็นด้วย | **ไม่เห็นด้วย** | ไม่แน่ใจ

**1**

**คนติดยาบ้า ไม่มีทางรักษาหายหรอก**

**ข้อความที่ 1:** คนติดยาบ้า ไม่มีทางรักษาหายหรอก

แม้ว่าการเสพติดสารเสพติดชนิดใดก็ตาม อาจจะไม่สามารถเลิกหรือหยุดได้โดยง่าย แต่ไม่ได้หมายความว่าหมดหนทางในการช่วยเหลือ การให้การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้เสพติดสามารถหยุดการใช้สารเสพติดได้ และมีคนที่เสพยาบ้าหรือติดยาบ้าในช่วงวัยรุ่นจำนวนมากที่สามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบและหยุดการใช้สารเสพติดได้

เห็นด้วย | **ไม่เห็นด้วย** | ไม่แน่ใจ

**2**

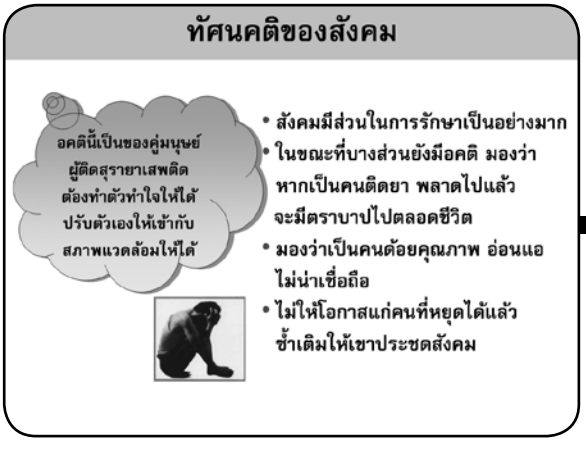
**เสพยาไอซ์น่าจะดีกว่าเสพยาบ้า**

**ข้อความที่ 2:** เสพยาไอซ์น่าจะดีกว่าเสพยาบ้า

ถึงแม้ว่ายาไอซ์จะเป็นสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนที่บริสุทธิ์กว่ายาบ้า และมีราคาแพงกว่า ทำให้อาจรู้สึกได้ว่าของแพงกว่าน่าจะดีกว่าถูก แต่พบว่าจากความบริสุทธิ์ของไอซ์ ทำให้เกิดฤทธิ์ที่ค่อนข้างรุนแรง และเนื่องจากผลข้างเคียงน้อยกว่าทำให้เสพในปริมาณมาก พบว่าผู้เสพยาไอซ์เกิดอาการโรคจิตได้บ่อยและรุนแรงกว่า และหลังหยุดเสพแล้วมีอาการขาดยาและอยากยาที่รุนแรงมากกว่ายาบ้าอีกด้วย

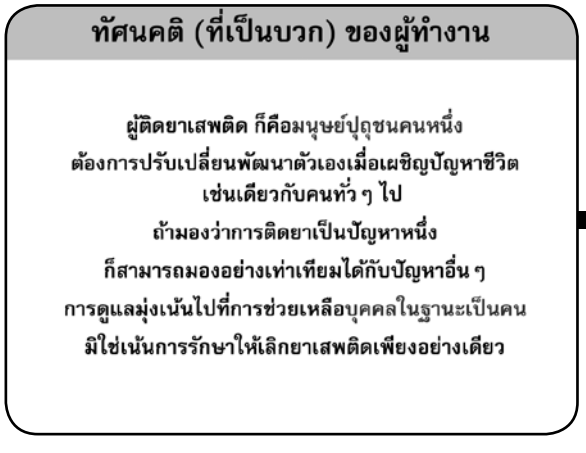
**ข้อความที่ 3:** เสพยาบ้า ยาไอซ์นิดๆ หน่อยๆ ไม่บ้าหรอก ต้องเสพนานๆ เยอะๆ ถึงจะบ้าได้

แม้ว่าผู้ที่เสพสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนที่เสพมานาน และเสพปริมาณมากจะมีโอกาสที่จะเกิดอาการโรคจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอนได้มากและเป็นเรื้อรังแล้ว ผู้ที่เพิ่งเสพครั้งแรกหรือเสพปริมาณไม่มากก็มีโอกาสเกิดอาการโรคจิตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตอบสนองหรือความไวในการเกิดของแต่ละคน กรรมพันธุ์ในครอบครัว เพศ วัย ฯลฯ




**ทัศนคติของสังคม**

สังคมมีส่วนในการรักษาเป็นอย่างมาก บางส่วนยังมีอคติมองว่าหากเป็นคนติดยา พลาดไปแล้วจะมีตราบาปไปตลอดชีวิต เป็นคนด้อยคุณภาพ อ่อนแอ ไม่น่าเชื่อถือ ไม่ให้โอกาสแก่คนที่หยุดได้แล้ว ซ้ำเติมให้เค้าประชดสังคม ในทางกลับกันอคตินี้เป็นของคู่มนุษย์ เรามีส่วนช่วยให้กำลังใจผู้ติดสารเสพติดว่าต้องทำตัวทำใจให้ได้ ปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อม และการตั้งใจกระทำและพิสูจน์ตัวเอง จึงจะหลุดพ้นจากอคติเหล่านี้ได้




**ทัศนคติของผู้ทำงาน**

ในเหตุการณ์ต่างๆ แต่ละคนแปลความหมาย ความรู้สึกและทัศนคติที่แตกต่างกันได้หลายมุมมอง ที่สำคัญต้องตระหนักว่าทัศนคติของเรามีผลต่อพฤติกรรมบริการในการให้การดูแลปรึกษาผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด ผู้ติดสารเสพติดก็คือมนุษย์ปุถุชนคนหนึ่ง ต้องการปรับเปลี่ยนพัฒนาตัวเองเมื่อเผชิญปัญหาชีวิตเช่นเดียวกับคนทั่วๆ ไป หากมองว่าการติดยาเป็นปัญหาหนึ่งก็สามารถมองเทียบได้กับปัญหาอื่นๆ การดูแลมุ่งเน้นไปที่การช่วยเหลือบุคคลในฐานะเป็นคน มิใช่เน้นให้เลิกสารเสพติดเพียงอย่างเดียว

# บทที่ 2
# ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดยาเสพติด

**ทำไมคนเราถึง...*เสพยา***

**อภิปรายแลกเปลี่ยน**

- **ต้องการความสุข (Sensation Seeking) FUN**
- **ต้องการคลายทุกข์ (Self Medication) FORGET**
- **ช่วยการทำงาน ไม่ง่วง ขยัน FUNCTIONAL**
- **เคยชินทุก ๆ กิจกรรม สุขหรือทุกข์ก็ระลึกถึงยาเสพติด HABIT FORMING**

สุดท้ายคือ

- **ต้องใช้ ทั้ง ๆ ที่ใช้แล้วสุขน้อยลง**
- **อยากเลิกก็เลิกไม่สำเร็จ เกิดโรคสมองติดยา (Craving)**

**ทำไมคนเราจึงเสพยา**

คนเราใช้สารเสพติดด้วยเหตุผล 4 ประการ คือ

1. ต้องการความสุข Fun (Sensation Seeking) เช่น ฉลองวันเกิดก็ดื่มเหล้า อยากสนุกกับเพื่อนๆ ก็เสพยาบ้า ยาอี ไอซ์
2. ต้องการคลายทุกข์ (Self Medication) Forget เช่น กลุ้มใจ เสียใจ อกหัก สอบตก ดื่มเหล้า เมากัญชา ให้ลืมๆ ไป
3. ช่วยการทำงาน ไม่ง่วง ขยัน Functional ตัวอย่างคนขับรถทางไกลแต่ก่อนชอบใช้ยาบ้าเป็นยากระตุ้นไม่ให้ง่วง หญิงบริการใช้ยาอีเพื่อจะได้สนุกมีอารมณ์ทางเพศให้บริการแขกได้
4. Habit Forming เคยชิน ทุกๆ กิจกรรม สุขหรือทุกข์ก็ระลึกถึงยาเสพติด อย่างไรก็ตามเมื่อเขาใช้สารด้วยเหตุผลใดก็ตามเป็นประจำ ซึ่งเป็นลักษณะของโรคสมองติดยา ต้องใช้ทั้งๆ ที่ใช้แล้วสุขน้อยลง อยากเลิกก็เลิกไม่สำเร็จ เกิดโรคสมองติดยา

**ทำไมคนเราจึงติดสารเสพติด ??**

| ปัจจัยของการเสพติด | ขั้นตอนของการเสพติด |
|---|---|
| • มีตัวยาหรือสารเสพติดให้ใช้<br>• ตัวคน หรือผู้ใช้ อยากเสพ/ติด<br>• สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ชักจูง/ผลักดัน | • เริ่มทดลอง อยากรู้อยากเห็น (Experiment and first-time use)<br>• ใช้เป็นครั้งคราว (Occasional use)<br>• ใช้สม่ำเสมอ ใช้อย่างพร่ำเพรื่อ (Regular use)<br>• เกิดภาวะพึ่งพาสุรายาเสพติด (Dependence) |

**ทำไมคนเราจึงติดสารเสพติด**

***ปัจจัยการติดสารเสพติด***

เกี่ยวกับปัจจัย 3 ประการ ได้แก่

1. มีตัวยาหรือสารเสพติดให้ใช้ สารนั้นมีฤทธิ์สารเสพติด ถ้าสารนั้นไม่มีฤทธิ์เสพติด ถึงเราจะใช้เป็นประจำก็ไม่ติด
2. ตัวคนหรือผู้ใช้อยากเสพ/ติด คนบางคนมีลักษณะส่วนบุคคลที่ทำให้เสพติดได้ง่าย เช่น พันธุกรรมมีบุคลิกภาพที่ชักจูงให้พึ่งพิงหรือติดยา คนบางคนอาจจะเคยลองใช้
3. สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ชักจูง/ผลักดันให้คนที่อยู่ในนั้นติดสารได้ง่าย เช่น อยู่ในที่ๆ หาสารเสพติดได้ง่ายในแต่ละมุม (สาร สิ่งแวดล้อม และตัวบุคคล) ปัจจัยต่างๆ เช่น อารมณ์ แรงกดดันจากเพื่อน วิธีใช้สารจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและสถานการณ์ บางปัจจัยอาจจะเป็นส่วนประกอบทั้งสองด้าน เช่น การมีโอกาสแสวงหาสารได้ง่าย อาจจะเป็นส่วนของสิ่งแวดล้อม หรือมองในด้านของตัวสารเองก็ได้ สิ่งสำคัญ คือ เราต้องมองทุกด้านร่วมกันเพราะมันต่างมีผลให้เกิดการใช้สารเสพติด

**ขั้นตอนของการเสพติด**

เวลาที่คนใช้สารเสพติด ไม่ใช่ว่าใช้แล้วจะติดทันที มักจะผ่านขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

- เริ่มทดลอง อยากรู้อยากเห็น (Experiment and First-time Use)
- ใช้เป็นครั้งคราว (Occasional Use)
- ใช้สม่ำเสมอ ใช้อย่างพร่ำเพรื่อ (Regular Use)
- เกิดภาวะพึ่งพาสุรายาเสพติด (Dependence)

**ทำไมผู้เสพ/ติด จึงไม่สามารถหยุดเสพได้**

- สุรา และ สารเสพติดต่าง ๆ สามารถเข้าครอบงำระบบสร้างความภูมิใจ และ ความปีติยินดี
- การเสพติด เป็นโรคของสมอง
- การเสพซ้ำ เป็นอาการส่วนหนึ่งของโรคนี้ ไม่ใช่เป็นความล้มเหลวเสมอไป
- ความอยาก (CRAVING) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากการถูกกระตุ้นด้วย ตัวชนวน (TRIGGER)

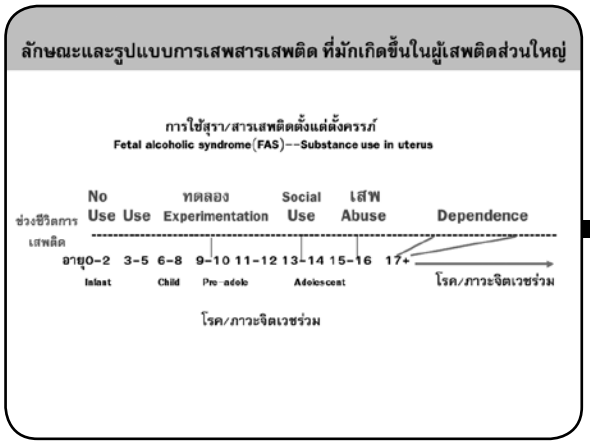
**ทำไมผู้เสพ/ติดจึงไม่สามารถหยุดเสพได้**

ด้วยแนวคิดเรื่องสมองติดยาในผู้ที่ติดสารเสพติดแล้ว สารเสพติดได้เข้าไปครอบงำชีวิตจิตใจของเขาทั้งหมด

ความรู้สึกทางบวกต่างๆ ของเขา เช่น ความปิติยินดี ความสุข ความภูมิใจจะเกิดขึ้นได้จากการใช้สารเสพติดเท่านั้น ไม่สามารถเกิดจากพฤติกรรมอื่นๆได้ ทั้งนี้เพราะโรคติดยาจัดเป็นโรคของสมองชนิดหนึ่ง เหมือนกับโรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม หรือโรคอื่นๆ

การที่ผู้ป่วยที่เรารักษาให้หยุดเสพแล้วเขากลับมาเสพใหม่อีก ไม่ถือว่าเป็นความล้มเหลวทั้งของผู้รักษาและผู้ป่วย เพราะการกลับมาเสพติดซ้ำจัดว่าเป็นอาการหนึ่งของโรคนี้

ความรู้สึกอยากเสพเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ติดได้รับสิ่งกระตุ้น ซึ่งอาจจะเป็นเข็มอุปกรณ์ฉีดยา สถานที่หรือบุคคลที่เคยใช้สารด้วย เป็นต้น โดยจะไปกระตุ้นสมองด้านความจำ ทำให้จดจำความรู้สึกตอนได้รับสารเข้าไปในขณะนั้นหวนคืนมา ส่งผลให้เกิดความต้องการใช้สารเสพติดอย่างรุนแรงได้อีก




**ลักษณะโรคร่วมจิตเวชในผู้เสพสารเสพติด**

***ลักษณะการใช้สารเสพติด***

ผู้เสพหน้าใหม่จะเริ่มทดลองใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุยังน้อย ประมาณ 11-12 ปี และเริ่มเสพมากขึ้นในอายุ 17 ปี ดังนั้น ผู้เสพสารเสพติดตั้งแต่อายุน้อยจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช ที่มีอุบัติการณ์การเกิดได้ตั้งแต่วัยเด็กปรากฏได้รวดเร็วชัดเจนยิ่งขึ้น

**การจำแนกตามผลต่อจิตประสาท**

ที่มีต่ออารมณ์ พฤติกรรม และความคิด สามารถแบ่งเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. ยาเสพติดประเภทกดประสาท
2. ยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท
3. ยาเสพติดประเภทหลอนประสาท
4. ยาเสพติดประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน คือ ทั้งกระตุ้น กด และหลอนประสาทร่วมกัน

ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับฤทธิ์ของยาเสพติดที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง

**สารกดประสาท**

สารเสพติดประเภทกดประสาทออกฤทธิ์ที่ประสาทส่วนกลาง ทำให้สมองสั่งการช้าลง ถ้าใช้ในปริมาณไม่มาก ผู้ใช้จะรู้สึกง่วงซึม การทำงานประสานระหว่างระบบกล้ามเนื้อต่างๆ ในร่างกายช้าลง ถ้าใช้ในปริมาณมาก ผู้ใช้จะหายใจแผ่วลงจนอาจหมดสติได้

**สารหลอนประสาท**

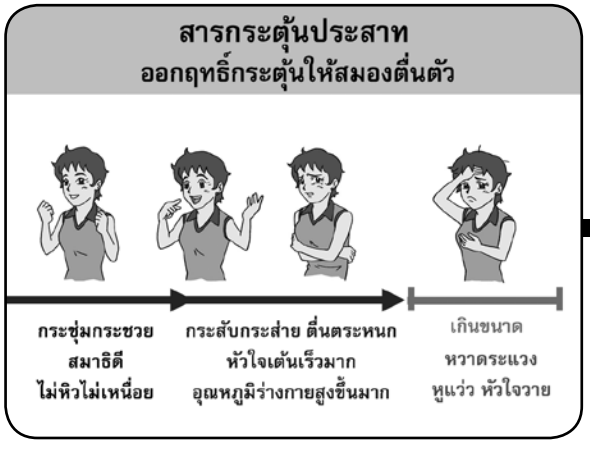
ยาเสพติดที่หลอนประสาทจะมีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยเปลี่ยนสารในสมองให้เกิดเสียง ภาพลวงตา กลิ่น สัมผัสที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริงๆ เห็นภาพหลอน หูแว่ว การได้กลิ่นและการรับสัมผัสผิดปกติ ถ้าเสพในปริมาณไม่มาก ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน รับรู้ภาพ และเสียงชัดเจน เห็นสีสันสดใส ฟังเพลงแล้วรู้สึกไพเราะ ถ้าเสพในปริมาณมากผู้เสพจะเกิดอาการหลอน

**สารออกฤทธิ์ผสมผสาน**

เป็นการออกฤทธิ์ที่มีทั้งกระตุ้นประสาท กดประสาท และหลอนประสาท

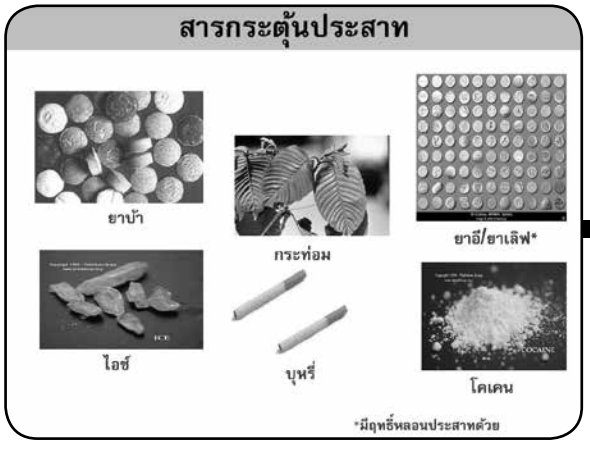
ตัวอย่างสารเสพติดกลุ่มออกฤทธิ์ผสมผสาน เช่น กัญชา

อาการ: หวาดระแวง สับสน ภาพลวงตา ควบคุมตัวเองไม่ได้



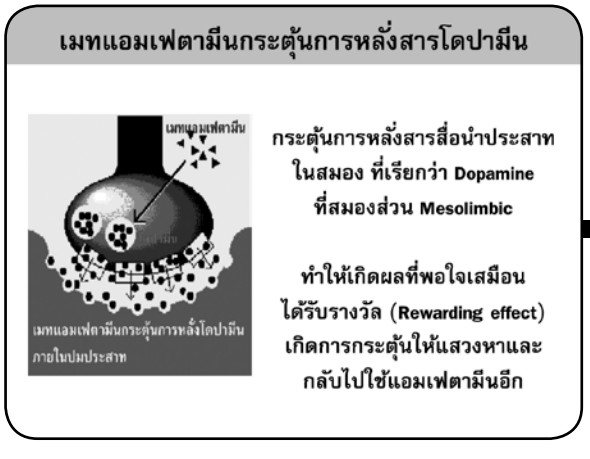

**สารกระตุ้นประสาท**

สารกระตุ้นประสาทออกฤทธิ์กระตุ้นให้สมองตื่นตัว ถ้าใช้ในปริมาณไม่มาก จะทำให้อุณหภูมิในร่างกายสูงขึ้น ตื่นตระหนก กระสับกระส่าย หัวใจเต้นเร็วมาก หวาดระแวง หูแว่ว และหัวใจวายได้




**สารกระตุ้นประสาทที่พบในประเทศไทยได้บ่อย ได้แก่**

1. ยาบ้า เป็นสารเสพติดที่มีการระบาดอย่างหนักในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จนรัฐบาลต้องมีประกาศมาตรการสงครามยาเสพติดขึ้น สารประเภทนี้แพร่ระบาดอยู่ 3 รูปแบบด้วยกัน คือ แอมเฟตามีนซัลเฟต (Amphetamine Sulfate) เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) และเมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์ (Methamphetamine Hydrochloride) ซึ่งจากผลการตรวจพิสูจน์ยาบ้าปัจจุบันที่พบอยู่ในประเทศไทยมักพบว่าเกือบทั้งหมดมีเมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์ผสม
2. ยาไอซ์ เป็นเมทแอมเฟตามีนที่มีความบริสุทธิ์สูง มีลักษณะเป็นผลึกหรือผงสีขาว สามารถสูบไอระเหยผ่านการเผาบนฟรอยด์
3. โคเคน เป็นสารเสพติดที่สกัดจากใบโคคา เป็นพืชพื้นเมืองในแถบอเมริกาใต้ มีการระบาดมากในประเทศแถบตะวันตก
4. ยาอี หรือ Methylenedioxymethamphetamine (MDMA) หรือ Ecstasy เป็นสารสังเคราะห์ที่มีลักษณะโครงสร้างคล้ายแอมเฟตามีน ออกฤทธิ์ทั้งกระตุ้นประสาทและหลอนประสาท
5. กระท่อม เป็นไม้ยืนต้นขนาดกลาง ใบหนาทึบ คล้ายใบกระดังงาหรือใบฝรั่ง ส่วนของกระท่อมที่นำมาใช้เป็นสารเสพติดคือส่วนใบ ใช้เสพโดยการชงดื่ม (Tea) การสูบ (Smoking) การเคี้ยว (Chewing) พบมากในประเทศมาเลเซีย และทางใต้ของไทย สารสำคัญที่พบในใบกระท่อม คือ Mitragynine มีฤทธิ์ทำให้รู้สึกชา กดความรู้สึกเมื่อยล้าขณะทำงานทำให้สามารถทำงานได้นานและทนมากขึ้น และทนต่อความร้อนมากขึ้น

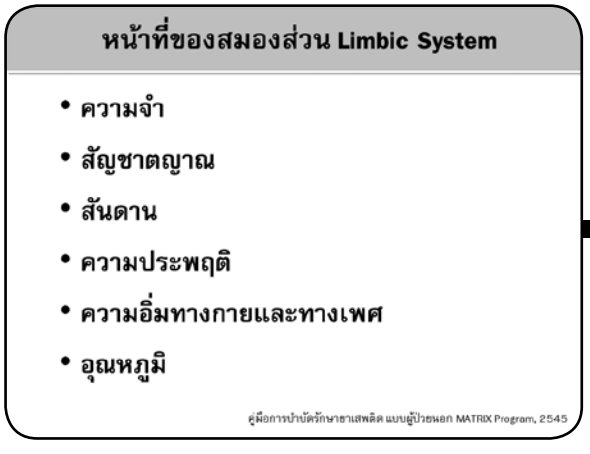



**สาเหตุที่ทำให้คนเสพสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนมีความสุข**

เนื่องจากการใช้สารแอมเฟตามีนออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทโดยเฉพาะสมองในส่วนของระบบประสาทส่วนกลางที่มีหน้าที่ควบคุมความพอใจ ด้วยการไปกระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทที่เรียกว่า โดปามีน Dopamine ให้ออกจากปมประสาทมากขึ้น ทำให้เกิดความพอใจเหมือนได้รับรางวัล เกิดการกระตุ้นให้แสวงหาและกลับไปใช้อีก

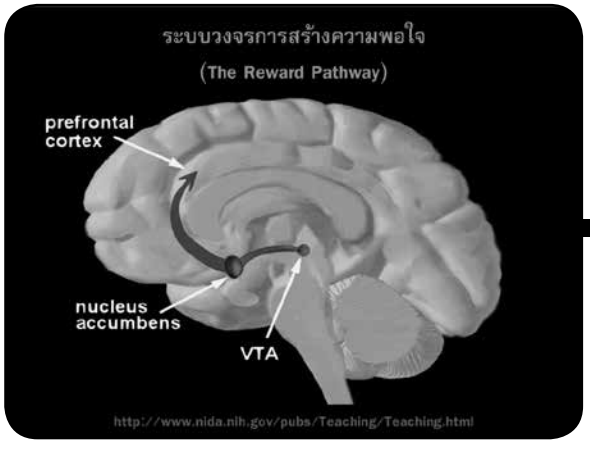
**โรคสมองติดยา**

การใช้ยาและสารเสพติดจะมีผลต่อสมอง 2 ส่วน คือ สมองส่วนนอกหรือสมองส่วนคิด (Cerebral Cortex) และสมองส่วนที่อยู่ชั้นในหรือสมองส่วนอยาก (Limbic System) สมองส่วนคิดทำหน้าที่ควบคุมสติปัญญา ใช้ความคิดมีเหตุผล ในผู้ที่ติดสารเสพติดจะมีผลทำให้การคิดการตัดสินใจแย่ลง ขาดความยับยั้งชั่งใจ ขณะที่สมองส่วนอยากเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกและไวต่อสารเสพติด ในผู้ที่ติดสารเสพติดจะมีผลทำให้ดื้อต่อสิ่งกระตุ้นเร้าตามธรรมชาติ



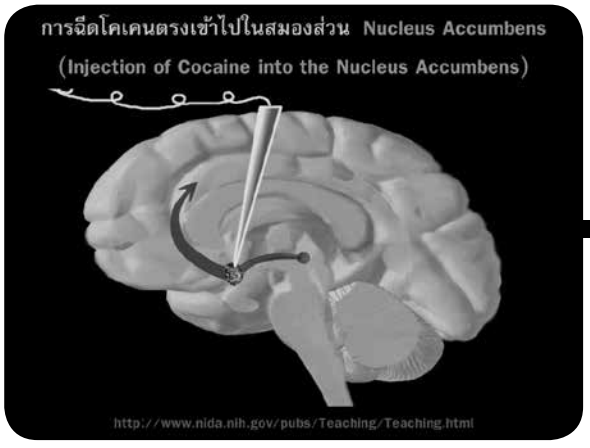

**หน้าที่ของสมองส่วน Limbic System**

- ความจำ
- สัญชาตญาณ
- สันดาน
- ความประพฤติ
- ความอิ่มทางกายและทางเพศ
- อุณหภูมิ

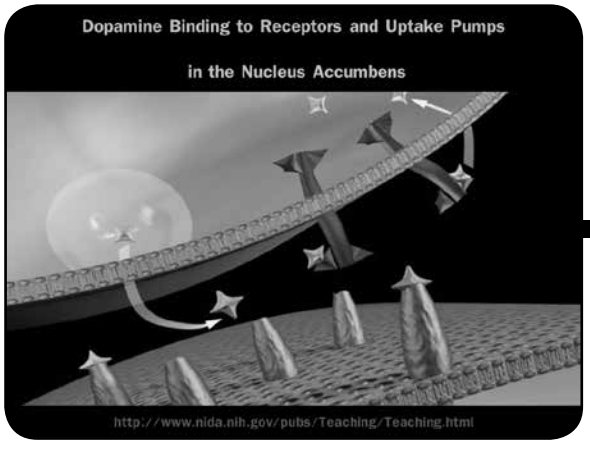



**ระบบวงจรการสร้างความพอใจหรือให้รางวัล**

ภาพสมองตัดแบ่งครึ่งตามแนวตั้ง แสดงให้เห็น Ventral Tegmental Area (VTA), The Nucleus Accumbens (nuc. acc.) และ Prefrontal Cortex ทางเดิน (Pathway) ที่เชื่อมระหว่างส่วนต่างๆ นี้ ข้อมูลจะถูกส่งจาก VTA ไปยัง Nucleus Accumbens แล้วส่งต่อไปยัง Prefrontal Cortex เรียกว่า Reward Pathway

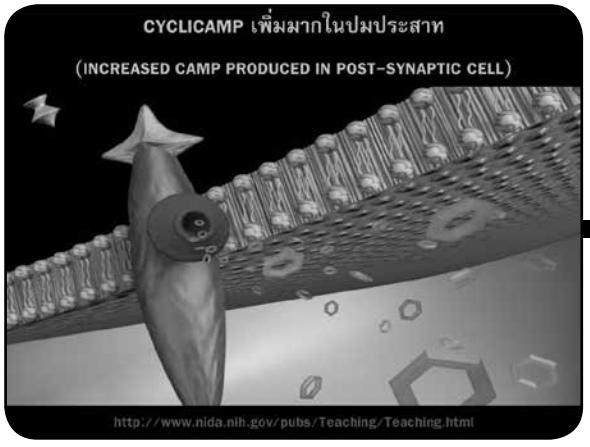



มีการทดลองในหนู โดยจะฉีดโคเคนเข้าไปในส่วนของ Nucleus Accumbens (or the VTA) เพื่อกระตุ้นให้เกิดวงจรการให้รางวัล ถ้าเราขยับตำแหน่งเข็มไปที่จุดอื่น หนูก็จะหยุดฉีด เพราะไม่รู้สึกพึงพอใจหรือมีความสุข

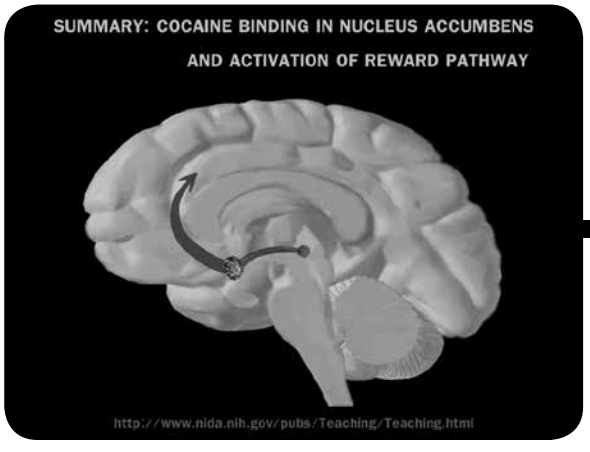



ภาพนี้แสดงการจับของโดปามีนกับตัวรับใน Synapse ในสมองส่วน Nucleus Accumbens ซึ่งมีโดปามีนจำนวนมาก

ถ้าเราใส่โคเคนเข้าไป โคเคนจะไปแย่งจับกับ Uptake Pumps แทน ทำให้มีโดปามีนคั่งอยู่ใน Synapse และสามารถออกฤทธิ์ได้เพิ่มขึ้น

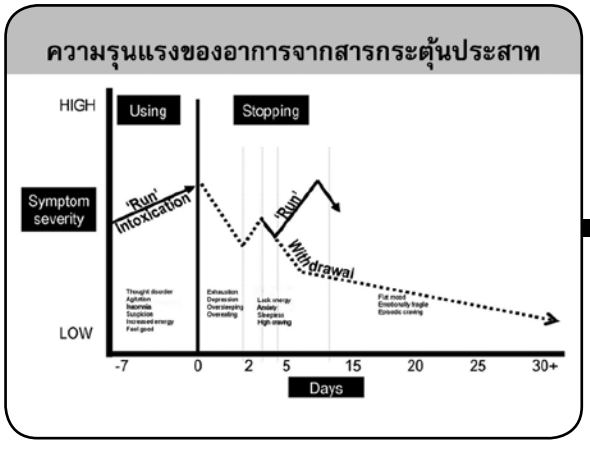



เมื่อมีการกระตุ้นตัวรับโดปามีนมากขึ้น ก็จะทำให้มีการสร้าง Camp ภายใน Pose-synaptic Cell มากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดการกระตุ้นภายในเซลล์ที่เปลี่ยนแปลงไป




**สรุปการทำงานของระบบการให้รางวัล**

เมื่อเราใช้โคเคนซ้ำๆ บ่อยๆ ร่างกายก็จะเคยชินกับความรู้สึกพอใจที่เกิดจากโคเคน คนๆ นั้นจะไม่รู้สึกพอใจกับสิ่งกระตุ้นตามธรรมชาติ เช่น อาหาร หรือ Sex อีกต่อไป เพราะเขาติดกับการกระตุ้นจากโคเคนแล้ว ระบบการให้รางวัลในสมองที่เกิดจากการใช้สารตัวอื่น เช่น เฮโรอีน แอลกอฮอล์ หรือกัญชาก็มีลักษณะคล้ายคลึงกับโคเคน




**ภาวะถอนพิษสารกระตุ้นประสาทอาจแบ่งเป็นระยะได้ดังนี้**

1. **Crash** เป็นช่วงไม่กี่วันแรกหลังหยุดเสพ ผู้เสพส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยสังเกตเห็นอาการในช่วงนี้
2. **Withdrawal** เป็นช่วง 1-10 สัปดาห์หลังหยุดเสพซึ่งสามารถแบ่งย่อยเป็น 2 ช่วง ได้แก่ Peak Symptom ในระยะ 2-10 วันแรก และ Residual Symptom ในช่วง 1-8 สัปดาห์ โดยมีอาการดังนี้

   **Peak Symptoms** เช่น ซึมเศร้า ไม่มีแรง ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ปวดเมื่อยตามตัว วิตกกังวล นอนไม่หลับ อยากยา อาจเริ่มมีอาการโรคจิตได้

   **Residual Symptoms** เช่น มีความอยากยาเป็นพักๆ นอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ สลับกับซึมเศร้า เบื่อหน่าย ไม่มีเรี่ยวแรง ไม่อยากทำอะไร ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการดีขึ้นภายใน 10 วัน แต่บางรายอาจนานถึง 3 เดือน ถึงจะกลับมานอนหลับได้ปกติ และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ
3. **Extinction** เป็นช่วงหลังจาก 10 สัปดาห์ถึง 28 สัปดาห์

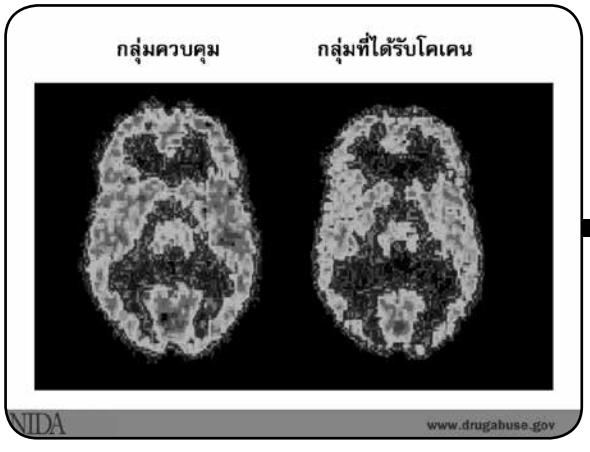
## เข้าใจกระบวนการติดสารเสพติด

| ระยะการติดสารเสพติด | กระบวนการเรียนรู้ | กระบวนการทางสมอง |
|---|---|---|
| 1. เริ่มต้นใช้สารเสพติด | 1.เรียนรู้ฤทธิ์ด้านบวกของสารเสพติด ตัวกระตุ้นยังไม่มีบทบาท | 1.สมองส่วนคิดควบคุมสมองส่วนอยาก |
| 2. คงใช้สารเสพติดใช้ประจำ | 2.ผลดียังมากกว่าผลเสีย ตัวกระตุ้นเริ่มมีบทบาท | 2.สมองส่วนคิดควบคุมสมองส่วนอยาก |
| 3. หมกมุ่นกับสารเสพติด | 3.ผลเสียมากกว่าผลดี ตัวกระตุ้นทำให้อยากสารเสพติด | 3.สมองส่วนอยากเริ่มควบคุมสมองส่วนคิด |
| 4. วิกฤติ ติดสารเสพติด | 4.มีแต่ผลเสียทุก ๆอย่าง เป็นตัวกระตุ้น | 4.สมองส่วนอยากควบคุมสมองส่วนคิดโดยสิ้นเชิง |

คู่มือการบำบัดรักษายาเสพติด แบบผู้ป่วยนอก MATRIX Program, 2545

**กระบวนการติดยา แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ** ได้แก่

1. ระยะเริ่มต้นใช้สารเสพติด
2. ระยะคงใช้สารเสพติด, ใช้ประจำ
3. ระยะหมกมุ่นกับสารเสพติด
4. ระยะวิกฤติ, ติดสารเสพติด




สถาบัน National Institute on Drug Abuse (NIDA) ของสหรัฐอเมริกา ได้ทำการได้ทำการศึกษา Positron Emissiontomography (PET) เพื่อดูการทำงานของสมองผู้ที่ได้รับสารกระตุ้นประสาทกลุ่มโคเคนและผู้ป่วยที่ไม่ได้เสพสารเสพติด พบว่า มีความแตกต่างกัน

**ผลของแอมเฟตามีนต่อสมองในระยะยาว**

เมทแอมเฟตามีนมีผลต่อระบบประสาทชัดเจน จากผลการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า การให้เมทแอมเฟตามีนขนาดสูงในหนูทำให้เกิดการตายอย่างถาวรของเซลล์ประสาทที่สร้างโดปามีน (Dopamine Producing Cell) ส่วนการศึกษาในคนนั้นมีดังนี้

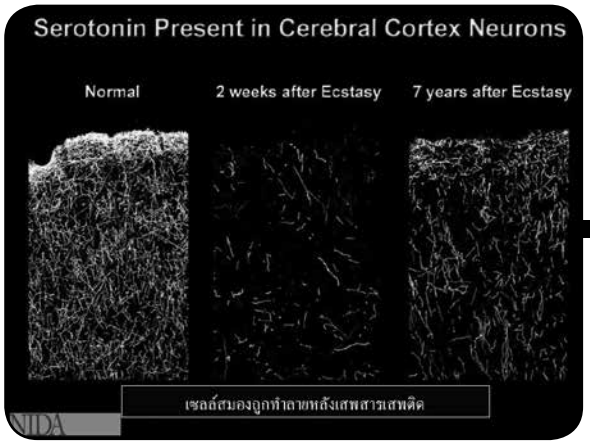
**Buffenstein และคณะ** ได้ทำการศึกษา Single Photon Emission Computed Tomogrophy (SPECT) เพื่อศึกษา Brain Perfusion ของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนที่มีอาการโรคจิตพบว่า ผู้ป่วย 16 รายจาก 21 ราย (ร้อยละ 76) มีความผิดปกติของ Perfusion ในสมองส่วน Frontal, Parietal และ Temperal Lobe ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวพบได้ในผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และพบว่าความรุนแรงของความผิดปกติดังกล่าวสัมพันธ์กับขนาดที่เสพและระยะเวลาที่เสพเมทแอมเฟตามีน

**Ernst, Chang และคณะ โดยใช้ Magnetic Resonance**

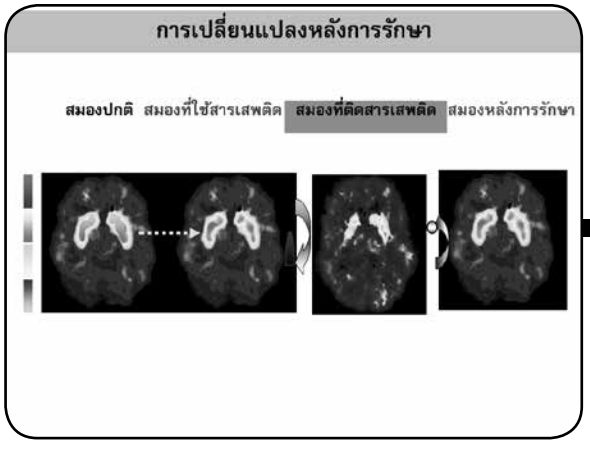
Spectroscopy (MRS) เพื่อวัดระดับสารเคมีในสมองพบว่าในผู้ที่เสพเมทแอมเฟตามีนมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของสมองที่อันตราย และคงอยู่นานหลายเดือนแม้ว่าจะหยุดเสพแล้วก็ตาม และพบความผิดปกติของสารเคมีในสมองที่สัมพันธ์กับประวัติการเสพเมทแอมเฟตามีนกล่าวคือ ผู้ที่มีประวัติการเสพเมทแอมเฟตามีนอย่างหนักจะพบมีเซลล์สมองถูกทำลายได้มากกว่า นอกจากนี้ยังพบการลดลงของสาร Nacetyl-aspartate ในผู้ที่เสพเมทแอมเฟตามีนซึ่งภาวะดังกล่าวมักพบในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดในสมอง และ โรคลมชัก และยังตรวจพบว่ามีปริมาณและขนาดของ Glial Cell เพิ่มขึ้น แสดงถึงปฏิกิริยาของสมองต่อการถูกทำลายด้วยเมทแอมเฟตามีน

**Volkow และคณะ**

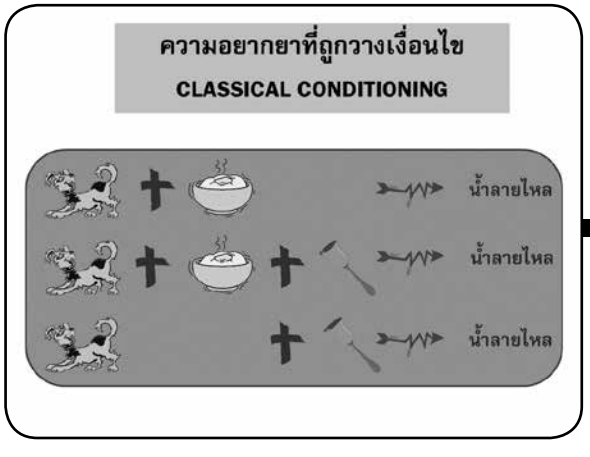
ได้ทำการศึกษา **Positron Emissiontomography (PET)** เพื่อวัดระดับของโดปามีนทรานสปอเตอร์ (Dopamine Transporters : DAT) ในสมองของผู้ที่เสพเมทแอมเฟตามีน ร่วมกับการทดสอบทักษะกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ทักษะกล้ามเนื้อมัดเล็กและความจำ เนื่องจากโดปามีนมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการเคลื่อนไหวและความรู้สึกเป็นสุข ผลการศึกษาพบว่าระดับ DAT ในสมองส่วน Striatum ในผู้ที่เสพเมทแอมเฟตามีนลดลงเป็นสัดส่วนโดยตรงกับความบกพร่องด้านความจำและความเชื่องช้าของทักษะการเคลื่อนไหว แสดงให้เห็นว่าการเสพเมทแอมเฟตามีนเรื้อรังมีผลต่อความผิดปกติของระบบสารสื่อนำประสาทโดปามีนและส่งผลต่อความสามารถหน้าที่ของสมอง และแม้ว่าหลังหยุดเสพเมทแอมเฟตามีนแล้วเป็นเวลานาน (มากกว่า 9 เดือน) ระดับของ DAT จะกลับสู่ภาวะปกติ แต่ความสามารถของสมองด้านความจำและการเคลื่อนไหวยังคงผิดปกติอยู่ อาจอธิบายได้ว่าการเพิ่มแขนงของปลายประสาทยังไม่สามารถทดแทนการสูญเสียไปได้ หรือความสามารถในการทำงานของสมองอาจต้องอาศัยสมองส่วนอื่นร่วมด้วย ซึ่งอาจจะฟื้นคืนช้ากว่า




นอกจากการเกิดอาการทางจิตแล้ว สถาบัน National Institute on Drug Abuse (NIDA) ของสหรัฐอเมริกา ได้ทำการศึกษาลิงที่ได้รับสารกระตุ้นประสาท Ecstasy มีผลทำให้สารสื่อประสาท Serotonin ใน Cerebral Cortex Neurons มีระดับลดลง แม้จะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม แต่ระดับของสารสื่อประสาทไม่เพิ่มขึ้นมากนักเมื่อเทียบกับการไม่ใช้สารเสพติด

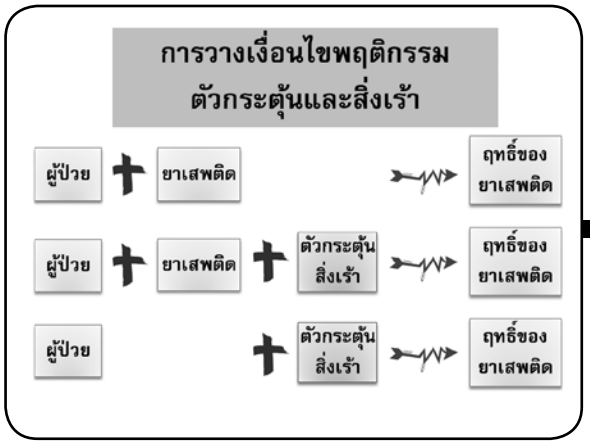



การเสพสารเมทแอมเฟตามีนเป็นเวลานานจะทำให้สมองถูกทำลายแต่เป็นความท้าทายที่ว่า หากผู้เสพสารได้รับการบำบัดรักษาภาวะของสมองที่ถูกทำลายก็จะสามารถฟื้นกลับมาได้แต่ก็ขึ้นอยู่กับปริมาณ ระยะเวลา และอายุของผู้เสพ



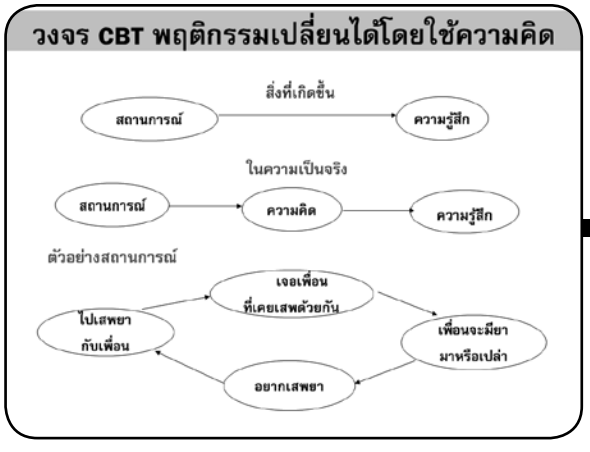

**การวางเงื่อนไขพฤติกรรม**

เมื่อใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนไปหลายๆ ครั้งและเวลานาน สมองก็จะจดจำตัวกระตุ้นที่อยู่แวดล้อมขณะเสพยา เช่น สถานที่ เพื่อน สารเสพติด เป็นต้น แล้วไปเชื่อมโยงกับความสุขที่เกิดจากฤทธิ์ของสารเสพติด ในการวิจัยของพาฟลอฟ (ค.ศ. 1904) เกี่ยวกับการวางเงื่อนไขพฤติกรรม เชื่อว่าการเรียนรู้ของสิ่งมีชีวิตเกิดจากการวางเงื่อนไข (Conditioning) คือ การตอบสนองหรือเรียนรู้ที่เกิดขึ้นนั้นต้องมีเงื่อนไขหรือมีสถานการณ์เกิดขึ้น การทดลองของพาฟลอฟ (1904) สังเกตว่าสุนัขมีน้ำลายไหลออกมาเมื่อให้อาหาร พาฟลอฟจึงสนใจในพฤติกรรมน้ำลายไหลของสุนัขก่อนที่จะได้รับอาหาร พาฟลอฟได้ทำการทดลองโดยสั่นกระดิ่งและการให้อาหารแก่สุนัข เมื่อทำซ้ำหลายๆ ครั้ง และในที่สุดก็หยุดการให้อาหาร เพียงแค่สั่นกระดิ่ง สุนัขก็มีน้ำลายไหลได้ปรากฏการณ์เช่นนี้เรียกว่า “พฤติกรรมถูกวางเงื่อนไข” หรือ Classical Conditioning




**ความอยากยาที่ถูกวางเงื่อนไขไว้ด้วยตัวกระตุ้นและสิ่งเร้า**

เมื่อมีการเสพสารเสพติดจะเกิดความสุขจากฤทธิ์ของสารเสพติด หากมีการใช้นานๆ ครั้งจะเกิดความอยากและสมองจะจดจำตัวกระตุ้นต่างๆ ที่ทำให้ได้เสพสารเสพติดแล้วมีความสุข เมื่อพบตัวกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่างๆ ก็มีผลทำให้มีความอยากใช้สารเสพติดอีก




**กระบวนการทางความคิดที่ทำให้เกิดอาการอยากยา**

สมองติดยา สมองส่วนอยากจะถูกวางเงื่อนไขจากตัวกระตุ้นต่างๆ ที่เคยอยู่แวดล้อมขณะเสพยา เมื่อเสพแล้วเกิดความสุข หากต้องการสุขก็ต้องพึ่งสารเสพติดและมักหักห้ามความคิดตนเองไม่ได้ ต้องทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้สารเสพติดมาเสพ ผู้เสพไม่สามารถควบคุมตนเองได้ด้วยสติปัญญาและความคิด

**สถานการณ์เสี่ยง(ตัวกระตุ้น<u>ภายนอก</u>)ที่อาจทำให้กลับไปเสพซ้ำ**

| | | |
|---|---|---|
| งานเลี้ยง | เที่ยวคลับ/บาร์ | เงินเดือนออก |
| สังสรรค์กับเพื่อน | หลังเลิกงาน | ผ่านแหล่งจำหน่าย |
| เชียร์กีฬา | เวลาเย็น | ร้านหรือแก้วที่เคยดื่ม |
| เทศกาล | ชายหาด | ก่อนรับประทานอาหาร |
| อยู่บ้านคนเดียว | ดูภาพยนตร์ | วันสุดสัปดาห์/วันหยุด |
| อยู่กับเพื่อน/เจ้านาย | พบเพื่อนที่เคยเสพ/ดื่มด้วยกัน | การเดินทางใช้เวลานาน |
| ฉลองความสำเร็จ | วันสิ้นเดือน/ได้รับเงิน | ชมคอนเสิร์ต/ดนตรี |
| สิ่งต่างๆ (ข่าว/โฆษณาตามถนน หนังสือพิมพ์) | ฤดูร้อนมาก ฝนตกหนัก หรือหนาวมาก | ใช้สารเสพติดอื่น เช่น แอลกอฮอล์ |
| อยู่กับเพื่อนต่างเพศ ก่อน/หลังมีเพศสัมพันธ์ | ขณะสถานการณ์ที่มีความขัดแย้ง ทะเลาะวิวาท บ้านที่เสียงดัน ตำหนิ บ่นว่า | ฯลฯ |

บุญศิริ จันศิริมงคล. (2556). โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ICBD-R Model)

**ตัวกระตุ้นเร้า หรือกระดิ่ง**

***ตัวกระตุ้นเร้าภายนอก***

- อุปกรณ์การเสพ สถานที่เสพ
- เพื่อนที่เสพ แหล่งขาย ผู้ค้า ผู้ซื้อยา
- สถานบันเทิง วันที่เคยเสพ เงิน โทรศัพท์มือถือ

**อารมณ์ความรู้สึก(ตัวกระตุ้นภายใน)ที่อาจทำให้กลับไปเสพซ้ำ**

| | | |
|---|---|---|
| ความโกรธ / หงุดหงิด | รู้สึกเบื่อ / เหงา | ความหิว |
| ความเมื่อย / เหนื่อยล้า | หวาดระแวง / หูแว่ว | อิจฉา หึงหวง |
| ความเครียด / อึดอัด / ถูกทอดทิ้ง | เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้ค่า | ความกลัว / กังวล / ไม่มั่นใจ |

บุญศิริ จันศิริมงคล. (2556). โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ICBD-R Model)

**ตัวกระตุ้นเร้า หรือกระดิ่ง**

***ตัวกระตุ้นเร้าภายใน***

- อารมณ์ทุกข์ เช่น เหงา เบื่อเซ็ง โกรธ หงุดหงิด ซึมเศร้า เหนื่อยล้า
- อารมณ์เป็นสุข
- อารมณ์ทางเพศ

**ผลกระทบของการใช้สารเสพติด ในผู้ป่วยจิตเวช**

- อาการทางจิตเวชแย่ลง
- การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาจิตเวช
- อัตราการกลับป่วยซ้ำ
- ความถี่ในการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล
- ความก้าวร้าวรุนแรง
- โอกาสเกิดโรคซึมเศร้าสูงขึ้นและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น
- มักไม่ค่อยมีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่งและงานประจำ ทำให้เป็นภาระทางสังคม
- ใช้บริการทางสาธารณสุข และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้เป็นภาระให้กับผู้ดูแลมากขึ้น

**ผลกระทบของการเสพสารเสพติดต่อภาวะโรคทางจิตเวช**

ภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติทางจิตใจและการใช้สารเสพติดที่เป็นปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับผลลัพธ์ทางคลินิก แม้จะเป็นการดื่มสุราหรือสารเสพติดจำนวนเล็กน้อย (Drake et al., 1990) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกลับเป็นซ้ำ ความถี่ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความก้าวร้าวรุนแรง การไร้ที่อยู่อาศัย ระดับความซึมเศร้าสูงขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น ซึ่งเป็นภาระให้กับผู้ดูแลมากขึ้น รวมถึงการใช้บริการทางสาธารณสุขและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงของการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้เป็นภาระทางสังคมอีกด้วย

**กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด**

พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด 2545

คำสั่ง คสช. ที่ 41/2557

คำสั่ง คสช. ที่ 108/2557

พรบ.สุขภาพจิต 2551

**กฎหมายที่เกี่ยวข้องการการใช้สารเสพติด**

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 แบ่งยาเสพติดให้โทษเป็น 5 ประเภท สรุปข้อความและบทลงโทษ ดังนี้

1. **ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรงไม่เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ เช่น เฮโรอีน แอมเฟตามีน แอลเอสดี เอคตาซี**

   **บทลงโทษ**

   - *ผลิต นำเข้า หรือส่งออก:* ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิต หากเป็นการกระทำเพื่อจำหน่ายต้องระวางโทษประหารชีวิต (กรณีคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ได้ตั้งแต่ 20 กรัมขึ้นไป ถือว่าเป็นการกระทำเพื่อจำหน่าย)
   - *จำหน่ายหรือครอบครองเพื่อจำหน่าย:* ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 5 ปี ถึงจำคุกตลอดชีวิต และปรับตั้งแต่ 5 หมื่นบาท ถึง 5 แสนบาท หากมีสารบริสุทธิ์ไม่เกิน 100 กรัม แต่ถ้าเกิน 100 กรัมขึ้นไป ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิตหรือประหารชีวิต
   - *ครอบครอง:* ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปี ถึง 10 ปี ปรับตั้งแต่ 2 หมื่นบาท ถึง 2 แสนบาท (หากเป็นสารบริสุทธิ์ตั้งแต่ 20 กรัมขึ้นไป ถือว่าเป็นการครอบครองเพื่อจำหน่าย)
   - *เสพ:* ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 10 ปี และปรับตั้งแต่ 5 พันบาท ถึง 1 แสนบาท

2. **ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น ฝิ่น มอร์ฟีน โคเคน เมทาโดน**

   **บทลงโทษ**

   - *ผลิต นำเข้า หรือส่งออก:* ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปี ถึง 10 ปี และปรับตั้งแต่ 1 แสนบาทถึง 1 ล้านบาท (กรณีคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ได้ตั้งแต่ 100 กรัม ขึ้นไป ถือว่าเป็นการกระทำเพื่อจำหน่าย)
   - *จำหน่ายหรือครอบครองเพื่อจำหน่าย:* ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปี ถึง 10 ปี หรือปรับตั้งแต่ 2 หมื่นบาท ถึง 2 แสนบาท (กรณีคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ได้ตั้งแต่ 100 กรัมขึ้นไป ถือว่ามีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย)
   - *ครอบครอง:* ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 1 แสนบาท

3. **ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษประเภท 2 ผสมอยู่ เช่น ยาแก้ไอที่มีโคเคอีนผสมอยู่**

   **บทลงโทษ**

   - *ผลิตหรือ นำเข้า:* ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปี ถึง 3 ปี และปรับตั้งแต่ 1 แสนบาท ถึง 3 แสนบาท
   - *จำหน่ายหรือครอบครองเพื่อจำหน่าย:* ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 2 หมื่นบาท

4. **ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือ ประเภท 2 เช่น Aceticanhydride, Acetylchoride**

   **บทลงโทษ**

   - *ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่ายหรือครอบครองเพื่อจำหน่าย:* ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปี ถึง 10 ปี และปรับตั้งแต่ 2 หมื่นบาทถึง 2 แสนบาท (กรณีมีปริมาณตั้งแต่ 10 กิโลกรัมขึ้นไป ให้ถือว่ามีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย)
   - *ครอบครอง:* ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 1 แสนบาท

5. **ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มิได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น พืชกัญชา พืชกระท่อม พืชฝิ่น (ซึ่งหมายรวมถึงพันธุ์ฝิ่น เมล็ดฝิ่น กล้าฝิ่น พืชเห็ดขี้ควาย)**

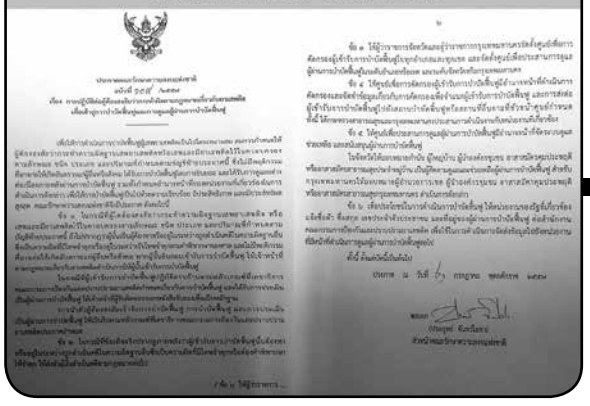
   **บทลงโทษ**

   - ผลิต นำเข้า หรือส่งออก: ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ปี ถึง 15 ปี และปรับตั้งแต่ 2 แสนบาทถึง 1.5 ล้านบาท (กรณีมีปริมาณตั้งแต่ 10 กิโลกรัม ขึ้นไป ให้ถือว่ามีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย)
   - ครอบครอง: ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 1 แสนบาท
   - จำหน่ายหรือครอบครองเพื่อจำหน่าย: ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ปี ถึง 10 ปี หรือปรับตั้งแต่ 4 หมื่นบาท ถึง 2 แสนบาท กรณีมีปริมาณไม่ถึง 10 กิโลกรัม (ถ้ามีปริมาณตั้งแต่ 10 กิโลกรัมขึ้นไป ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ปี ถึง 15 ปี และปรับตั้งแต่ 2 แสนบาท ถึง 1.5 ล้านบาท)

**พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545**

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ว่าด้วย หมวดที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในมาตรา 23 การจัดทำแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้กำหนดสถานที่และวิธีการสำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้เหมาะสมกับสภาพของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยคำนึงถึงอายุ เพศ ประวัติ พฤติกรรมในการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ตลอดจนสภาพแวดล้อมทั้งปวงของผู้นั้น

**ประกาศ คสช.ที่ 108/2557**



**ประกาศ คสช.ที่ 108/2557**

ตามประกาศ คสช.ที่ 108/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2557 ว่าด้วยเรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

ข้อ 3 ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร จัดตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรอง ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในทุกอำเภอและทุกเขต และจัดตั้งศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูในระดับอำเภอหรือเขต และระดับจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร

ข้อ 4 ให้ศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการคัดกรองและจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองเพื่อจำแนกผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู และการส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูไปยังสถานบำบัดฟื้นฟูหรือสถานที่อื่นตามที่หัวหน้าศูนย์กำหนด ทั้งนี้ให้กระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานครประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

**พรบ.สุขภาพจิต 2551**

**มาตรา 22 บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา**

**1. มีภาวะอันตราย**

**2. มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา**

**มาตรา 23 ผู้ใดพบบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมอันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา 22 ให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจโดยไม่ชักช้า**

**พรบ.สุขภาพจิต 2551**

มาตรา 22 บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา

1. มีภาวะอันตราย
2. มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

มาตรา 23 ผู้ใดพบบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมอันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา 22 ให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจโดยไม่ชักช้า

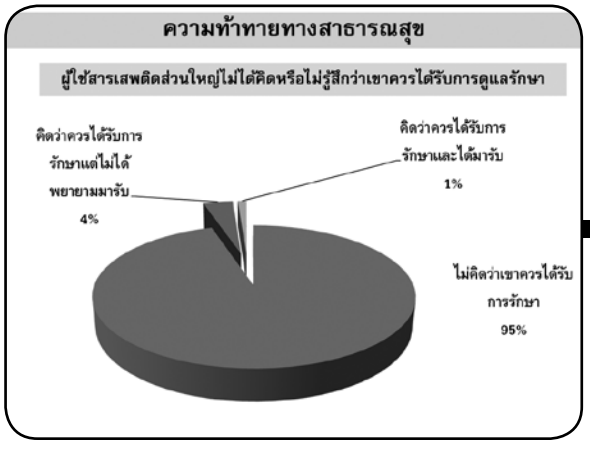
**ความสำคัญของ พรบ.สุขภาพจิต 2551**

**ผู้ป่วยที่เสพแล้วแต่ยังไม่มีอาการรุนแรง หากผ่านศูนย์คัดกรองแล้วพบว่ามีอาการทางจิต สามารถบังคับรักษาได้ทันที โดยไม่ผิดกฎหมาย**

**ความสำคัญของ พรบ.สุขภาพจิต 2551**

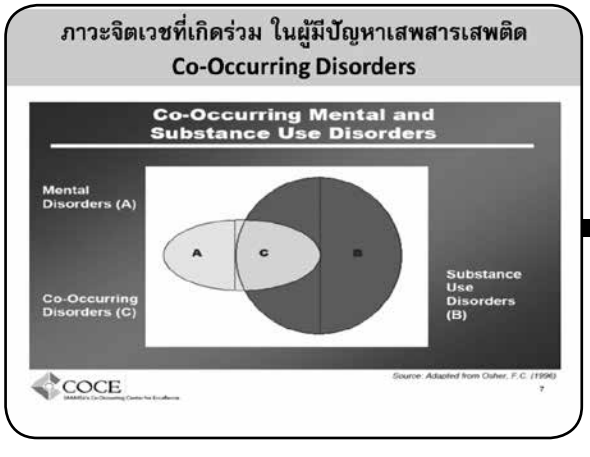
ผู้ป่วยที่เสพแล้วแต่ยังไม่มีอาการรุนแรง หากผ่านศูนย์คัดกรองแล้วพบว่ามีอาการทางจิตสามารถบังคับรักษาได้ทันที โดยไม่ผิดกฎหมาย

# บทที่ 3
# ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน




**ความท้าทายทางสาธารณสุข**

ผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ไม่คิดหรือไม่รู้สึกว่าเขาควรได้รับการรักษาถึงร้อยละ 95 ของผู้มีปัญหาการเสพสารเสพติด มีเพียงร้อยละ 4 ที่คิดว่าเขาควรได้รับการรักษาแต่ไม่ได้พยายามมารับการรักษา และร้อยละ 1 คิดว่าเขาควรได้รับการรักษาและมารับการรักษา




**นิยามของภาวะจิตเวชที่เกิดร่วมในผู้ที่มีปัญหาเสพสารเสพติด**

ตามแผนภาพด้านซ้ายแสดงให้เห็นว่า

หาก A: หมายถึง โรคจิตเวชหลักตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV เช่น Major Depression, Bipolar Disorder หรือ Schizophrenia

หาก B: หมายถึง ปัญหาการใช้สารเสพติด ได้แก่ Substance Abuse หรือ Dependent

หาก C: หมายถึง การมีทั้งโรคจิตเวชเกิดร่วมกับปัญหาการใช้สารเสพติดหรือที่รียกว่า Co-Occurring Disorders

**สถานการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมาใน 3 ปี ด้านสุขภาพจิต จิตเวช**

Access: การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชและยาเสพติด มีน้อย ได้แก่การบังคับใช้ พรบ. สุขภาพจิต 2551

Coverage: ความครอบคลุมของระบบบริการจิตเวชที่จำเป็น ได้แก่ ระบบบริการผู้ป่วยในระบบบริการจิตเวช

Quality: กลไกที่สำคัญการบริการที่มีประสิทธิภาพ ยังมีน้อยในพื้นที่ ได้แก่ ระบบยาจิตเวชใน รพช. ,การติดตามผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และผู้ป่วยจิตเวชภาวะเร่งด่วน ( Acute care)

Safety : ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ (6.08 ต่อแสนประชากร) , ปัญหาการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเวช

**สถานการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมาใน 3 ปี ด้านสุขภาพจิต จิตเวช**

1. Access: การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชและยาเสพติด มีน้อย ได้แก่การบังคับใช้ พรบ. สุขภาพจิต 2551
2. Coverage: ความครอบคลุมของระบบบริการจิตเวชที่จำเป็น ได้แก่ ระบบบริการผู้ป่วยในระบบบริการจิตเวช
3. Quality: กลไกที่สำคัญการบริการที่มีประสิทธิภาพ ยังมีน้อยในพื้นที่ ได้แก่ ระบบยาจิตเวชใน รพช., การติดตามผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และผู้ป่วยจิตเวชภาวะเร่งด่วน (Acute Care)
4. Safety: ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ (6.08 ต่อแสนประชากร), ปัญหาการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเวช

**สถานการณ์ การดำเนินงานที่ผ่านมาใน 3 ปี ด้านยาเสพติด สารเสพติด สุรา**

Access : การบำบัดรักษายาเสพติดเป็นนโยบายของประเทศ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายสังกัด *การคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ*

Coverage : ความครอบคลุมของระบบบริการผู้ป่วยยาเสพติดรุนแรงเรื้อรังที่ต้องรับการ*ฟื้นฟูระยะยาวแบบผู้ป่วยใน*

Quality : บุคลากรที่มีความรู้ในการบำบัดรักษายาเสพติดมีน้อย โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล ไม่มีโครงสร้าง มีการเปลี่ยนงานบ่อย สถานพยาบาลยาเสพติดตาม พรบ.ยาเสพติดให้โทษปี 2522 ได้รับการรับรองคุณภาพร้อยละ 65

Safety : ระบบบริการผู้ป่วย*ระยะวิกฤติ*ทางยาเสพติด ผู้ป่วยสุรา ซึ่งมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงทั้งตัวผู้ป่วยครอบครัว สังคม ยังขาดประสิทธิภาพ

**สถานการณ์ การดำเนินงานที่ผ่านมาใน 3 ปี ด้านยาเสพติด สารเสพติด และสุรา**

1. Access: การบำบัดรักษายาเสพติดเป็นนโยบายของประเทศ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายสังกัด การคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ
2. Coverage: ความครอบคลุมของระบบบริการผู้ป่วยยาเสพติดรุนแรงเรื้อรังที่ต้องรับการฟื้นฟูระยะยาวแบบผู้ป่วยใน
3. Quality: บุคลากรที่มีความรู้ในการบำบัดรักษายาเสพติดมีน้อย โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล ไม่มีโครงสร้าง มีการเปลี่ยนงานบ่อย สถานพยาบาลยาเสพติดตาม พรบ.ยาเสพติดให้โทษปี 2522 ได้รับการรับรองคุณภาพร้อยละ 65
4. Safety: ระบบบริการผู้ป่วยระยะวิกฤติทางยาเสพติด ผู้ป่วยสุรา ซึ่งมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงทั้งตัวผู้ป่วยครอบครัว สังคมยังขาดประสิทธิภาพ

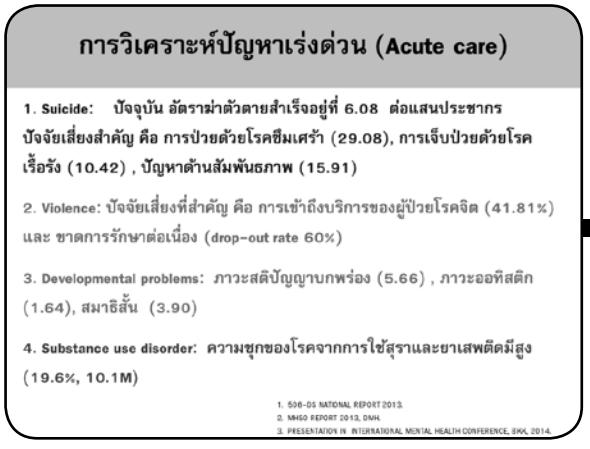
**ช่องว่างของการเข้าถึงบริการในงานสุขภาพจิตและจิตเวช**

| โรค | ความชุก | อเมริกา | ยุโรป | แปซิฟิก ตต. | ไทย |
|---|---|---|---|---|---|
| schizophrenia | 0.8 | 56.8 | 17.8 | 35.9 | 43 |
| depression | 2.2 | 56.9 | 45.4 | 48.1 | 60 |
| dysthymia | 0.3 | 48.6 | 43.9 | 50.0 | NA |
| Bipolar disorder | 0.4 | 60.2 | 39.9 | 52.6 | NA |
| Panic disorders | 0.3 | 55.4 | 47.2 | 66.7 | 62.3 |
| GAD | 0.9 | 49.6 | 62.3 | 55.6 | |
| Alcohol abuse and dependence | 10.9 | 72.6 | 92.4 | 71.6 | 97.7 |

Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bulletin of the World Health Organization 2004;82:858-86

**ช่องว่างของการเข้าถึงบริการในงานสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทย**

1. Alcohol abuse and dependence คิดเป็นร้อยละ 97.7
2. Depression คิดเป็นร้อยละ 60
3. Schizophrenia คิดเป็นร้อยละ 43



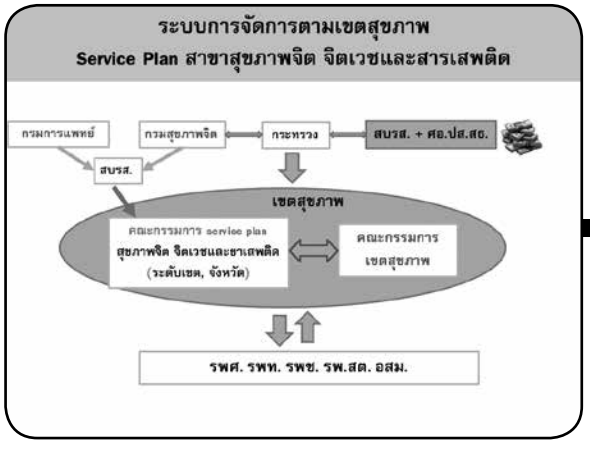

**การวิเคราะห์ปัญหาเร่งด่วน (Acute Care)**

**1. Suicide:** ปัจจุบันอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 6.08 ต่อแสนประชากร ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ คือ การป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (29.08), การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (10.42), ปัญหาด้านสัมพันธภาพ (15.91)

**2. Violence:** ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิต (41.81%) และขาดการรักษาต่อเนื่อง (drop-out rate 60%)

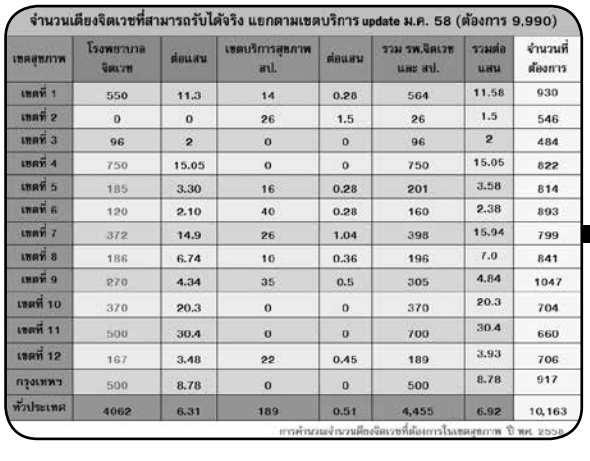
**3. Developmental problems:** ภาวะสติปัญญาบกพร่อง (5.66), ภาวะออทิสติก (1.64), สมาธิสั้น (3.90)

**4. Substance use disorder:** ความชุกของโรคจากการใช้สุราและยาเสพติดมีสูง (19.6%, 10.1M)




**ระบบการจัดการตามเขตสุขภาพ Service Plan สาขาสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติด**

ในการเข้าถึงบริการงานสุขภาพจิต จิตเวช และสารเสพติด โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างกรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์ ภายใต้การดำเนินการของ สบรส. ซึ่งมีการจัดตั้งคณะกรรมการ Service plan ระดับเขตและจังหวัด เข้าไปร่วมมือกับคณะกรรมการเขตสุขภาพ ทั้ง รพศ. รพท. รพช. รพ.สต. และ อสม. ทั้งนี้ได้รับงบประมาณจาก สบรส. และ ศอ.ปส.สจ. เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ



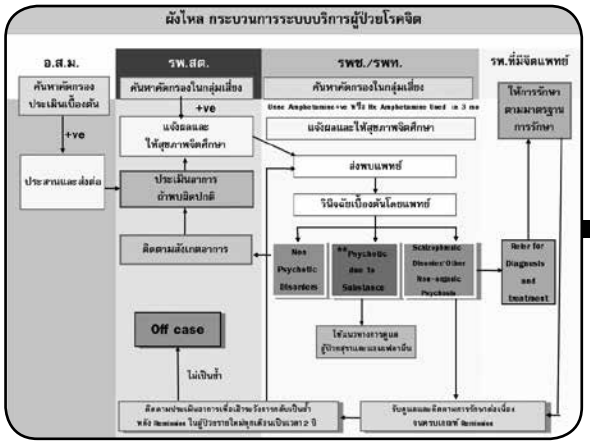
จำนวนเตียงจิตเวชที่สามารถรับได้จริง แยกตามเขตบริการ update ม.ค. 58 (ต้องการ 9,990)

| เขตสุขภาพ | โรงพยาบาลจิตเวช | ต่อแสน | เขตบริการสุขภาพ สป. | ต่อแสน | รวม รพ.จิตเวช และ สป. | รวมต่อแสน | จำนวนที่ต้องการ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| เขตที่ 1 | 550 | 11.3 | 14 | 0.28 | 564 | 11.58 | 930 |
| เขตที่ 2 | 0 | 0 | 26 | 1.5 | 26 | 1.5 | 546 |
| เขตที่ 3 | 96 | 2 | 0 | 0 | 96 | 2 | 484 |
| เขตที่ 4 | 750 | 15.05 | 0 | 0 | 750 | 15.05 | 822 |
| เขตที่ 5 | 185 | 3.30 | 16 | 0.28 | 201 | 3.58 | 814 |
| เขตที่ 6 | 120 | 2.10 | 40 | 0.28 | 160 | 2.38 | 893 |
| เขตที่ 7 | 372 | 14.9 | 26 | 1.04 | 398 | 15.94 | 799 |
| เขตที่ 8 | 186 | 6.74 | 10 | 0.36 | 196 | 7.0 | 841 |
| เขตที่ 9 | 270 | 4.34 | 35 | 0.5 | 305 | 4.84 | 1047 |
| เขตที่ 10 | 370 | 20.3 | 0 | 0 | 370 | 20.3 | 704 |
| เขตที่ 11 | 500 | 30.4 | 0 | 0 | 700 | 30.4 | 660 |
| เขตที่ 12 | 167 | 3.48 | 22 | 0.45 | 189 | 3.93 | 706 |
| กรุงเทพฯ | 500 | 8.78 | 0 | 0 | 500 | 8.78 | 917 |
| ทั่วประเทศ | 4062 | 6.31 | 189 | 0.51 | 4,455 | 6.92 | 10,163 |

การคำนวณจำนวนเตียงจิตเวชที่ต้องการในเขตสุขภาพ ปี พศ. 2558

**จำนวนเตียงจิตเวชที่สามารถรับได้จริง แยกตามเขตบริการ**

พบว่า จำนวนเตียงจิตเวชที่รับได้จริง ทั้งโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยังมีจำนวนเตียงไม่เพียงพอกับจำนวนเตียงที่ต้องการ



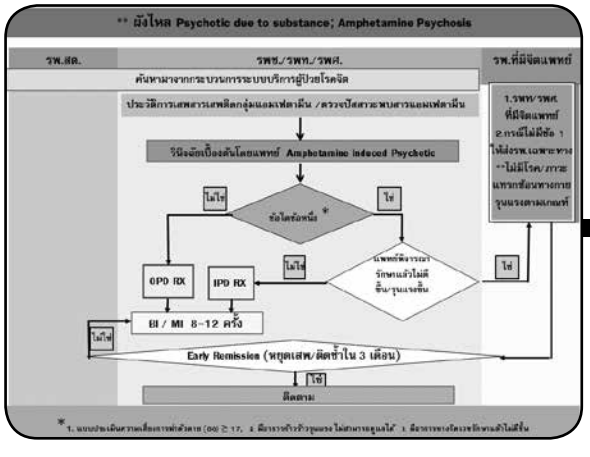

ผู้ป่วยโรคจิตมักพบอัตราการใช้สารเสพติดในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 35-50 โดยสารเสพติดที่ใช้มากคือสุราและสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (Green et al., 2006)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสติดสารเสพติดมากกว่าคนทั่วไปถึง 3.8 เท่า และยังพบว่าผู้ป่วยที่ติดสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคนที่ไม่ได้เสพถึง 9.37 เท่า (Callaghan RC.et al, 2012)

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเริ่มต้นจากมีการค้นหาคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง และยืนยันผลการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนและมีประวัติใช้สารแอมเฟตามีนภายใน 3 เดือน และส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยเบื้องต้นโดยแพทย์ สามารถแยกได้เป็น 3 สาเหตุคือ

1. Non Psychotic Disorders
2. Psychotic Due to Substance
3. Schizophrenic Disorders/Other Non Organic Psychotic

หากผลการซักประวัติและการตรวจปัสสาวะมีสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนจะพิจารณาส่งผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการ Psychotic Due to Substance และให้การดูแลด้วย Flow กระบวนการระบบบริการ Amphetamine Psychosis




**ระบบบริการผู้ป่วย Amphetamine Psychosis**

เมื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคจิตและสามารถแยกได้แล้วว่าผู้ป่วยมีสาเหตุของอาการทางจิตมาจากการเสพสารแอมเฟตามีน แพทย์ที่ โรงพยาบาล รพช./รพท./รพศ. จะให้การวินิจฉัยและพิจารณาความรุนแรงของอาการ

1. หากไม่รุนแรง จะให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ณ สถานพยาบาลนั้น
2. หากอาการรุนแรง สามารถรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลนั้นได้
3. หากแพทย์พิจารณาว่าอาการไม่ดี ไม่สามารถดูแลในสถานพยาบาลนั้นๆ ได้ สามารถส่งต่อผู้ป่วยมารักษาที่ รพ.ที่มีจิตแพทย์ หรือ รพ.เฉพาะทาง (กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย)
4. ให้การบำบัดทางจิตสังคม Brief Intervention หรือ Motivational Interviewing 8-12 ครั้ง
5. ให้การติดตามตัวชี้วัดดังนี้
   - 3 month remission rate
     (หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน)

# บทที่ 4
# การคัดกรองและประเมินปัญหาการเสพสารเสพติด ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช

**บทบาทบุคลากรสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ**

1. การคัดกรอง มีการบูรณาการ
   1.1 ผู้เสพสารเสพติดต่อผู้เสพ ทั้ง กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสพ กลุ่มป่วย
   1.2 สาเหตุ ปัญหาและผลกระทบทางกายและจิตใจ ต่อผู้เสพและครอบครัว
2. การดูแล ช่วยเหลือและให้คำแนะนำขั้นต้นแก่ผู้เสพสารเสพติด
3. การติดตาม เฝ้าระวัง และส่งต่อผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน ทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสพ กลุ่มป่วย ไปรับบริการตามความเหมาะสม

**บทบาทบุคลากรสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ**

1. **การคัดกรอง มีการบูรณาการ**
   1.1 ค้นหาผู้เสพสารเสพติดต่อผู้เสพ ทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสพ กลุ่มป่วย
   1.2 ค้นหาสาเหตุ ปัญหาและผลกระทบทางกายและจิตใจต่อผู้เสพและครอบครัว
2. **การให้ความช่วยเหลือ** และให้คำแนะนำขั้นต้นแก่ผู้เสพสารเสพติด
3. **การติดตาม เฝ้าระวัง และส่งต่อ** ผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน ทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสพ กลุ่มป่วย ไปรับบริการตามความเหมาะสม

**การบูรณาการ *การคัดกรอง***

**สารเสพติดและปัญหาสุขภาพจิต(Integrated Screening)**

เทคนิควิธีการ การค้นหาความรุนแรงในการเสพสารเสพติดและโรคทางจิตเวชด้วยกันนั้น ได้แก่

1. ไม่ตัดสินผู้รับบริการว่าผิดหรือถูก
2. ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการสัมภาษณ์ เช่น รับฟังปัญหาสุขภาพ สังคมของผู้ป่วยก่อน แล้วจึงชี้แจงการคัดกรอง
3. สัมภาษณ์ความเสี่ยงและความรุนแรงของการเสพสารเสพติดและสุรา อย่างกระชับ
4. สัมภาษณ์ภาวะปัญหาจิตเวชที่สำคัญ จำเป็นและต้องได้รับการดูแลเร่งด่วนฉุกเฉิน เช่น ภาวะโรคจิตที่อาจก่อให้เกิดความก้าวร้าวรุนแรง ภาวะซึมเศร้า ความคิดและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

**การบูรณาการ การคัดกรองสารเสพติดและปัญหาสุขภาพจิต (Integrated Screening)**

Integrated Screening คือ การคัดกรองโรคร่วมจิตเวช (Co-Occurring Substance Use or Mental Disorder)

ในผู้ป่วยสุราหรือสารเสพติด โดยจุดประสงค์มิได้ต้องการหาว่ามีโรคใดบ้าง แต่ต้องการทราบความต้องการที่แท้จริงของการรักษา ไม่แสดงการตัดสินผู้ป่วย และใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ ค้นหาข้อมูลด้านสารเสพติดก่อนการค้นหาภาวะโรคจิตร่วม และให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ตามปัญหาที่สอดคล้องกับข้อมูลที่มารับการรักษา

ในช่วงเมาสารเสพติดและช่วงถอนพิษยาจะมีอาการคล้ายกับการผิดปกติทางจิต ซึ่งมักจะเป็นปัญหาในการวินิจฉัยประเมินภาวะโรคร่วมทางจิตเวช จะส่งผลต่อการดูแลรักษาทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อสังคม การวินิจฉัยที่ครอบคลุม ทำให้เข้าใจอาการและให้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม เกิดความร่วมมือจากหลายฝ่ายในการดูแลรักษาที่ดีและมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย รวมถึงควรมีความเข้าใจลักษณะอาการทางจิตรุนแรงที่เกิดขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง การฆ่าตัวตาย และการขอให้รับการรักษาในโรงพยาบาล

การประเมินที่ดีจะช่วยลดการผิดพลาดในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่เข้ารับการบริการเกี่ยวกับสารเสพติด การตรวจประเมินสภาพจิตควรได้รับการดำเนินการร่วมด้วย ในทางกลับกันเมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการด้วยความเจ็บป่วยทางจิต การประเมินเรื่องสารเสพติดเป็นเรื่องที่ต้องประเมินร่วมด้วยเช่นเดียวกัน

แม้การวินิจฉัยจะมีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากอาการทางคลินิกของทั้งสองสภาวะนั้นมีความคล้ายคลึงกันมาก เช่น มีปัญหานอนไม่หลับ หงุดหงิด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และไม่มีสมาธิ เป็นอาการที่พบบ่อยเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะถอนยาทั้งระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรังก็ตาม การซักประวัติทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การสังเกตอาการเป็นระยะจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยสังเกตว่าภายหลังจากการหยุดใช้สารเสพติดควรให้แน่ใจว่าไม่มีอาการถอนพิษหรืออาการเมาสารเสพติดอยู่ สำหรับผู้ป่วยสารเสพติดชนิดกระตุ้น Methamphetamine ในบางรายอาจต้องรอถึงประมาณ 1-2 เดือน

**การเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง...**
***ศูนย์คัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาสารเสพติด ในโรงพยาบาล***

1. เครื่องมือคัดกรองปัญหาการใช้สารเสพติด
- **แบบคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด กระทรวงสาธารณสุข(V2) (พัฒนาจาก ASSIST)**
- **การตรวจทางห้องปฏิบัติการ : Urine Amphetamine**

2. เครื่องมือคัดกรองโรคทางด้านจิตเวช
- **แบบคัดกรองซึมเศร้า 2Q 9Q**
- **แบบคัดกรองฆ่าตัวตาย 8Q**
- **แบบคัดกรองโรคจิต (กรมสุขภาพจิต)**

**การคัดกรองผู้เสพสารเสพติด**

การคัดกรองขั้นต้นที่ได้ประโยชน์ในการบำบัด คือ

1. **เครื่องมือคัดกรองปัญหาการใช้สารเสพติดได้แก่** แบบคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (V2) ที่พัฒนามาจาก ASSIST และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่นการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ
2. **เครื่องมือคัดกรองโรคทางด้านจิตเวช ได้แก่** ภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย และโรคจิตขั้นต้นนั้น ให้ใช้แบบคัดกรองที่ง่าย มีมาตรฐานรองรับ

**แบบคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (V2)**

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 ☐ฝิ่น ☐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 หรือมีความรู้สึกอยากใช้.....จนหมไม่ได้บ่อยเพียงใด | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคมกฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงใด | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. การใช้..... ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบหรือ ทำกิจกรรมที่คุณเคยทำตามปกติได้บ่อยเพียงใด | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| ในช่วงเวลาที่ผ่านมา | ไม่เคย | เคยแต่ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมา | เคยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา |
|---|---|---|---|
| 5. ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยว่ากล่าวตักเตือน วิพากษ์วิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าทีเป็นห่วงว่าคุณเกี่ยวข้องกับการใช้.....หรือไม่ | 0 | 3 | 6 |
| 6. คุณเคยอด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบผลสำเร็จหรือไม่ | 0 | 3 | 6 |
| รวมคะแนน | | ..... | |

**แบบคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (V2)**

เป็นแบบที่ใช้สำหรับเจ้าหน้าที่ในหน่วยบำบัดจำแนกคัดกรองผู้ใช้สารเสพติด โดยการสอบถามประวัติการใช้สารเสพติด ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการจำแนกคัดกรองผู้เสพ /ผู้ติด /ผู้ติดยาเสพติดรุนแรงเบื้องต้น สำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อพิจารณาผู้ใช้สารเสพติดเข้าสู่การบำบัดรักษาให้ตรงตามมาตรฐานการรักษา

**การแปลผลแบบคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด กระทรวงสาธารณสุข(V2)**

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

หมายเหตุ *อนุมานว่าเป็นผู้ใช้ **อนุมานว่าเป็นผู้เสพ ***อนุมานว่าเป็นผู้ติด

**การแปลผลแบบคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (V2)**

1. ระดับคะแนน 2-3 คะแนน มีผลกระทบจากการใช้ต่ำ อนุมานว่าเป็น ‘‘ผู้ใช้’’
2. ระดับคะแนน 4-26 คะแนน มีผลกระทบจากการใช้ปานกลาง อนุมานว่าเป็น ‘‘ผู้เสพ’’
3. ระดับคะแนน ≥27 คะแนน มีผลกระทบจากการใช้สูง อนุมานว่าเป็น ‘‘ผู้ติด’’

**แบบคัดกรองโรคจิต**

แบบคัดกรองโรคจิตภายใน 1 เดือนจนถึงปัจจุบันนี้ มีอาการเหล่านี้หรือไม่ (มีอาการอย่างน้อย 6 เดือน และอาการที่เกิดขึ้นต้องมีอาการติดต่อกัน 1 เดือน) ถ้าพบว่า ได้ 1 คะแนนขึ้นไป ควรส่งผู้ป่วยพบแพทย์

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**
**วิธีการเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจหาสารเสพติด**

- ปัสสาวะต้องมีคุณภาพและถูกต้อง: ถูกคน ถูกเวลา ถูกชนิด มีปริมาณเพียงพอ และการเก็บรักษาเหมาะสม
- ในห้องน้ำไม่ควรมีน้ำ(ปิดวาล์วน้ำ)และให้เติมสีลงในถังน้ำ/ชักโครก เพื่อป้องกันการผสมน้ำลงในกระป๋องปัสสาวะ
- แนะนำให้ถอดเสื้อผ้ารุ่มร่ามออกก่อน ไม่อนุญาตให้นำกระเป๋าถือ/เป้/ย่าม หรือวัสดุอื่น(ที่อาจลักลอบนำปัสสาวะไปสับเปลี่ยนได้)
- แนะนำให้ล้างมือให้สะอาดก่อนเก็บปัสสาวะ
- ใช้ภาชนะที่แห้ง สะอาด มีฝาปิด จุประมาณ 50-60 มล.

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**
**วิธีเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจหาสารเสพติด**

- ปัสสาวะต้องมีคุณภาพและถูกต้อง: ถูกคน ถูกเวลา ถูกชนิด ปริมาตรเพียงพอ เก็บรักษาเหมาะสม
- ในห้องน้ำไม่ควรมีน้ำ (ปิดวาล์วน้ำ) และให้เติมสีลงในถังน้ำ/ชักโครกเพื่อป้องกันการผสมน้ำลงในกระป๋องปัสสาวะ
- แนะนำให้ถอดเสื้อผ้ารุ่มร่ามออกก่อน ไม่อนุญาตให้นำกระเป๋าถือ/เป้/ย่าม หรือวัสดุอื่น (ที่อาจลักลอบน้ำปัสสาวะไปสับเปลี่ยนได้) เข้าไปในห้องน้ำด้วย
- แนะนำให้ล้างมือให้สะอาดก่อนเก็บปัสสาวะ
- ใช้ภาชนะที่แห้ง สะอาด มีฝาปิด ขนาดความจุประมาณ 50-60 มล.

**วิธีการเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจหาสารเสพติด(ต่อ)**

- ติดป้ายชื่อเจ้าของปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนเก็บ
- เก็บปัสสาวะให้ได้ปริมาตร 30-50 มล.
- เมื่อได้ปัสสาวะมาแล้วให้ตรวจสอบลักษณะปัสสาวะ เช่น สี ความขุ่น สิ่งเจือปน และอุณหภูมิ เป็นต้น
- หากสงสัยว่าจะมีการสับเปลี่ยน เจือจาง หรือปลอมปนปัสสาวะให้เก็บใหม่
- ตรวจวิเคราะห์ทันที

- ติดป้ายชื่อเจ้าของปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนเก็บ
- เก็บปัสสาวะให้ได้ปริมาตร 30-50 มล.
- เมื่อได้ปัสสาวะมาแล้วให้ตรวจสอบลักษณะปัสสาวะ เช่น สี ความขุ่น สิ่งเจือปน และอุณหภูมิของปัสสาวะ (หากสงสัยว่าจะมีการสับเปลี่ยน เจือจาง หรือปลอมปนปัสสาวะให้เก็บใหม่)
- ตรวจวิเคราะห์ทันที ถ้าทำไม่ได้ให้เก็บแช่เย็น 2-8 องศาเซลเซียส ได้นาน 7 วัน

**ข้อควรระวังในการใช้งานชุดตรวจสำเร็จรูป**

- เก็บรักษาชุดตรวจ ที่อุณหภูมิ 15-30 องศาเซลเซียส หรือตามที่ผู้ผลิตกำหนดไว้ ห้ามเก็บไว้ในที่แสงแดดส่องถึง หรือ ใกล้แหล่งความร้อน หรือ เก็บในช่องแช่แข็ง
- ห้ามใช้ชุดตรวจที่หมดอายุแล้ว
- ควรใช้ชุดตรวจที่ซองบรรจุไม่มีรอยฉีกขาดใด ๆ และควรฉีกซองบรรจุตอนที่จะลงมือตรวจวิเคราะห์เท่านั้น(ไม่ควรฉีกตั้งทิ้งไว้) ควรใช้หลอดดูดปัสสาวะที่ให้มาในซองชุดตรวจเพื่อหยดปัสสาวะเท่านั้น และตั้งหลอดดูดในแนวตั้งฉาก ระวังอย่าให้มีฟองอากาศ

**ข้อควรระวังในการใช้งานชุดตรวจสำเร็จรูป**

- การเก็บรักษาชุดตรวจ ต้องเก็บที่อุณหภูมิ 15-30 องศาเซลเซียส หรือตามที่ผู้ผลิตกำหนดไว้ ห้ามเก็บไว้ในที่แสงแดดส่องถึง หรือใกล้แหล่งความร้อน หรือเก็บในช่องแช่แข็ง
- ห้ามใช้ชุดตรวจที่หมดอายุแล้ว
- ควรใช้ชุดตรวจที่ซองบรรจุไม่มีรอยฉีกขาดใดๆ (ยังอยู่ในสภาพสมบูรณ์) และควรฉีกซองบรรจุตอนที่จะลงมือตรวจวิเคราะห์เท่านั้น (ไม่ควรฉีกทิ้งไว้ล่วงหน้านานๆ)
- ควรใช้หลอดดูดปัสสาวะที่ให้มาในซองชุดตรวจเพื่อหยดปัสสาวะเท่านั้น (ไม่ควรใช้หลอดกาแฟหรือหลอดอื่นๆ เพราะอาจทำให้ปริมาตรผิดไปได้) และในขณะหยดปัสสาวะต้องตั้งหลอดดูดในแนวตั้งฉาก (อย่าเอียงหลอดดูด) และควรระวังอย่าให้มีฟองอากาศในหยดปัสสาวะ

## ข้อควรระวังในการใช้งานชุดตรวจสำเร็จรูป(ต่อ)

- การอ่านผลต้องอ่านภายในระยะเวลาที่เอกสารกำหนดไว้เท่านั้น
- ควรระมัดระวังการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- การแปลผลต้องอาศัยข้อมูลอื่น ๆ ประกอบด้วย เช่น ประวัติการเสพ ชนิดสารเสพติดที่เสพ ระยะเวลาที่เสพครั้งสุดท้าย และระยะเวลาที่เก็บปัสสาวะ
- หากตรวจพบแถบสีทั้ง 2 แถบ คือ แถบควบคุมและแถบทดสอบ ให้อ่านว่าผลลบ

- การอ่านผลต้องอ่านภายในระยะเวลาที่เอกสารกำหนดไว้เท่านั้น การอ่านผลก่อนและหลังเวลาที่กำหนดอาจทำให้ผลผิดพลาดได้
- ปัสสาวะที่นำมาตรวจอาจมีเชื้อโรคอื่นๆ อยู่ด้วย ดังนั้นควรระมัดระวังการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- ภาชนะที่ใช้ใส่ปัสสาวะ ต้องแห้ง สะอาด และไม่มีสิ่งเจือปนใดๆ (เช่น น้ำยาล้างห้องน้ำ ผงซักฟอก) หากสงสัยว่าจะมีการเจือปนสารบางอย่างให้ผู้ป่วยเก็บปัสสาวะใหม่อีกครั้งและควรมีการควบคุมการเก็บปัสสาวะด้วย)
- การแปลผลต้องอาศัยข้อมูลอื่นๆ ประกอบด้วย เช่น ประวัติการเสพ ชนิดสารเสพติดที่เสพ ระยะเวลาที่เสพครั้งสุดท้าย และระยะเวลาที่เก็บปัสสาวะ (เพราะปัสสาวะที่เก็บต่างเวลากันอาจให้ผลตรวจแตกต่างกันได้ เป็นต้น)
- หากตรวจพบแถบสีทั้ง 2 แถบ คือแถบควบคุมและแถบทดสอบให้อ่านว่าผลลบ”

## ระยะเวลาในการตรวจสารกลุ่มแอมเฟตามีน

**ระยะเวลาน้อยสุดที่อาจตรวจพบ 2–7 ชั่วโมง**
**ระยะเวลามากสุดที่ยังตรวจพบได้ 2–4 วัน**

### ชนิดของยารักษาโรคที่มีผลรบกวนให้เกิดผลบวกปลอม

- ยาลดความอ้วน : Phentermine, Fenfluramine
- ยาแก้ไข้หวัด แก้แพ้ : Phenylpropanolamine, Brompheniramine, Ephedrine, Pseudoephedrine
- ยารักษาเชื้อรา : Ketoconazole
- ยารักษาโรคกระเพาะ : Ranitidine

**ระยะเวลาในการตรวจสารกลุ่มแอมเฟตามีน**

ระยะเวลาในการตรวจสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน ระยะเวลาน้อยที่สุดอาจตรวจพบ 2-7 ชั่วโมง และระยะเวลามากสุดที่ยังตรวจพบได้ 2-4 วัน

ตารางที่ 1 ช่วงเวลาที่มีโอกาสตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ แบ่งตามชนิดของสารเสพติดและลักษณะการเสพ*

| ชนิดสารเสพติด | ผู้เสพไม่ประจำ | ผู้เสพประจำ | ผู้เสพเรื้อรัง |
|---|---|---|---|
| แอมเฟตามีน | 1-3 วัน | 2-6 วัน | 2-3 สัปดาห์ |
| เมทแอมเฟตามีน | 1-3 วัน | 2-6 วัน | 2-3 สัปดาห์ |
| ยาอี | 1-3 วัน | 2-6 วัน | 2-3 สัปดาห์ |
| กัญชา | 2-5 วัน | 4-14 วัน | อาจนานถึง 2-3 เดือน |
| โคคาอีน | 12-48 ช.ม. | 1-4 วัน | อาจนานถึง 2-3 สัปดาห์ |
| มอร์ฟีน | 12-48 ช.ม. | 2-6 วัน | อาจนานถึง 2-3 สัปดาห์ |
| โคเดอีน | 1-3 วัน | 2-5 วัน | อาจนานถึง 2-3 สัปดาห์ |
| เบนโซไดอาซิปินส์ | 2-5 วัน | 4-14 วัน | อาจนานถึง 1 เดือน |

*ข้อมูลในตารางเป็นค่าอ้างอิงโดยประมาณ ทั้งนี้ระยะเวลาตรวจพบสารเสพติด ขึ้นกับสภาวะของแต่ละบุคคล ที่มา: United Nations International Drug Control Programme. "Rapid on-site screening of drugs of abuse." Scientific and Technical notes SCITEC/18 December 2001.

ช่วงเวลาที่มีโอกาสตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ แบ่งตามชนิดของสารเสพติดและลักษณะของการเสพ จะเห็นได้ว่า

1. สารที่อยู่ในร่างกายสั้นที่สุดคือ โคคาอีนและมอร์ฟีน ที่อยู่ในร่างกายสั้นเพียง 12-48 ชั่วโมง
2. สารเสพติดกลุ่มกระตุ้นประสาท เช่น แอมเฟตามีน, เมทแอมเฟตามีนและยาอี สามารถอยู่ในร่างกายได้ 1-3 วัน
3. สารที่อยู่ในร่างกายนานที่สุดคือกัญชาและยานอนหลับกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนส์ มีฤทธิ์อยู่ในร่างกาย 2-5 วัน

# บทที่ 5
# ภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และให้การดูแลรักษาที่ถูกต้อง

**ภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารเสพติด**

**ภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารเสพติด**

ภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนที่พบได้บ่อย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีเหตุผล วิตกกังวลมาก คลุ้มคลั่ง สับสน อยู่ไม่นิ่ง จากผลของพฤติกรรมดังกล่าว ทำให้เกิดเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวเอง หรือต่อผู้อื่นได้ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเพื่อความปลอดภัยของทุกฝ่าย

**สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงฉับพลัน**

1. จากการเมายา เนื่องจากแอมเฟตามีนทำให้เกิดอาการกลัว ระแวง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ตัวเองปลอดภัย
2. จากปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคจิต ในผู้ที่มีอาการโรคจิตจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไม่เป็นจริง เช่น มีหูแว่ว ประสาทหลอน ระแวง ดังนั้นการตอบสนองจึงไม่เป็นไปตามสถานการณ์จริง
3. ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อุบัติเหตุทางสมอง ภาวะสับสน
4. จากความโกรธ ความเครียด จากปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว หรืออื่นๆ ความรู้สึกอับอาย ไม่เป็นธรรม ไม่ปลอดภัย

**สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงฉับพลัน**

1. จากฤทธิ์ของสารเสพติด ทำให้เกิดอาการเมายา จะเกิดอาการกลัว ระแวง ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ตัวเองปลอดภัย
2. จากปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช เช่น โรคจิต ในผู้ที่มีอาการโรคจิตจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไม่เป็นจริง เช่น มีหูแว่ว ประสาทหลอน ระแวง ดังนั้นการตอบสนองจึงไม่เป็นไปตามสถานการณ์จริง หรือโรคซึมเศร้า ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าอย่างรุนแรง มีความคิดอยากทำร้ายตัวเองได้
3. ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อุบัติเหตุทางสมอง ภาวะสับสนจากพยาธิสภาพทางสมอง
4. จากความโกรธ ความเครียด ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกอับอาย ไม่ปลอดภัย โดยอาจกระตุ้นให้รุนแรงมากขึ้นภายใต้ฤทธิ์ของการดื่มสุรา แต่อย่างไรก็ตามแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นไม่ได้แตกต่างกัน และเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช แต่ต้องระวังภาวะฉุกเฉินทางกายที่อาจพบได้จากการใช้สารเสพติด เช่น ชัก

**การประเมิน**

**ขั้นที่ 1 การประเมินเบื้องต้น**

1. **ประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ในภาพรวม**
2. **ประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงที่จะเกิดกับตัวเองหรือผู้อื่น**
3. **เริ่มเข้าควบคุมสถานการณ์**

**ขั้นที่ 1: การประเมินเบื้องต้น**

เป็นการพิจารณาภาพรวมของสถานการณ์เพื่อประเมินระดับความเสี่ยง ในขณะนี้อาจยังไม่ใช่เวลาที่จะประเมินว่าเกิดจากภาวะเมายาบ้าหรือไม่ แต่เป็นการประเมินโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงและโอกาสเกิดอันตรายทั้งต่อตัวผู้เสพเอง และผู้อื่น หลักสำคัญที่สุดคือต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของทุกฝ่าย รวมทั้งพยายามหาว่ามีอุปกรณ์ที่อาจเป็นอาวุธอยู่ที่ตัวผู้เสพหรือใกล้ตัวผู้เสพหรือไม่

**การประเมิน**

**ขั้นที่ 2 เกี่ยวข้องกับสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนหรือไม่ ให้พิจารณาประเด็นต่อไปนี้**

- **ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม**
- **อาการและอาการแสดงทางร่างกาย**
- **การถามคำถามตรงไปตรงมา**
- **ข้อบ่งชี้ด้านสิ่งแวดล้อม**

**ขั้นที่ 2: ประเมินว่าเกี่ยวข้องกับสารกระตุ้นประสาทหรือไม่**

โดยการประเมินต้องพิจารณาทั้งข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม อาการและอาการแสดงทางร่างกาย การถามคำถามตรงไปตรงมา และข้อบ่งชี้ด้านสิ่งแวดล้อม วิธีการประเมินจะต้องใช้คำพูดที่นิ่ง สงบ ไม่คุกคาม ท่าทางมั่นใจ หลีกเลี่ยงการใส่ชุดเครื่องแบบที่คล้ายตำรวจยาม หรือดูมีอำนาจเหนือกว่า หลีกเลี่ยงการพูดคุยที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ หรือยิ่งทำให้เครียดหรือทำให้คิดว่าจะถูกทำร้าย ถูกควบคุมตัว ผู้เสพที่อยู่ภายใต้ฤทธิ์ของสารกระตุ้นประสาท จะตอบสนองและโต้ตอบได้ดีกับวิธีการพูดคุยที่สงบ ไม่ก้าวร้าว ขู่คุกคาม

**ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม**

- **กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่**
- **แสดงความคิดที่หวาดระแวง**
- **พฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมไม่ได้**
- **ตื่นตัวง่าย ไวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เช่น เสียง การเคลื่อนไหว**
- **แสดงพฤติกรรมตามความเชื่อที่หลงผิด**
- **อาจแสดงการพูดคุยกับใครบางคนที่ไม่อยู่ที่นั่น (ตอบสนองต่อหูแว่ว)**
- **มีเรี่ยวแรงมากกว่าปกติ**
- **ไม่ตอบสนองต่อการพูดในลักษณะสั่งให้หยุดทำ**

**ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม**

เนื่องจากแอมเฟตามีนเป็นสารกระตุ้นประสาทที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง พฤติกรรมจะต่างจากสารเสพติดอื่น เช่น เฮโรอีน หรือสุรา พฤติกรรมที่บ่งบอกว่าอาจเกิดจากการใช้สารกระตุ้นประสาท ได้แก่ กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ แสดงความคิดที่หวาดระแวง พฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมไม่ได้ ตื่นตัวง่าย ไวต่อสิ่งเร้าต่างๆ เช่น เสียง การเคลื่อนไหว แสดงพฤติกรรมความเชื่อที่หลงผิด อาจแสดงการพูดคุยกับใคร บางคนที่ไม่อยู่ที่นั่น (ตอบสนองต่อหูแว่ว) มีเรี่ยวแรงมากกว่าปกติ ไม่ตอบสนองต่อการพูดในลักษณะสั่งให้หยุดทำ อย่าลืมว่าอาการเหล่านี้ อาจพบได้ในผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตตามที่ได้กล่าวไว้แล้วว่า ยากที่จะสามารถแยกแยะว่าเกิดจากปัญหาสุขภาพจิต เกิดจากสารกระตุ้นประสาท หรือเกิดจากการขาดการควบคุมอารมณ์ที่รุนแรง แต่ขั้นตอนในการจัดการยังคงใช้วิธีการเดียวกัน

**อาการและอาการแสดงทางร่างกาย**

*อาการที่สังเกตได้*
- ม่านตาขยาย และไม่ค่อยตอบสนองต่อแสงสว่าง (ดูเหมือนตาโต)
- เหงื่อออกมาก ตัวร้อน มีไข้ หายใจเร็ว
- มีแขนขากระตุกเป็นครั้งคราว ขาสั่น ตัวสั่น
- เกร็งกราม ตัวแข็ง ๆ

*อาการที่ตรวจพบ*
- ไข้สูงกว่า 38 องศา ชีพจรเต้นเร็ว

*อาการที่ผู้ป่วยบอก*
- เจ็บหน้าอก ปวดหัวมาก

**อาการและอาการแสดงทางร่างกาย**
**(Physical Signs and Symptoms)**

อาการและอาการแสดงทางร่างกายที่บ่งชี้ถึงความฉุกเฉินมีได้หลากหลาย

**อาการที่สังเกตได้** เช่น ม่านตาขยาย และไม่ค่อยตอบสนองต่อแสงสว่าง (ดูเหมือนตาโต) เหงื่อออกมาก ตัวร้อน มีไข้ หายใจเร็ว มีแขนขากระตุกเป็นครั้งคราว ขาสั่น ตัวสั่น เกร็งกราม ตัวแข็งๆ

**อาการที่ตรวจพบ** ไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นเร็ว Pupil Dilated

**อาการที่ผู้ป่วยบอก** เจ็บหน้าอก ปวดหัวมาก

**การถามคำถามตรงไปตรงมา**

- คุณใช้ยาบ้า ยาไอซ์ หรือไม่ ใช้อะไร ใช้เท่าไร
การใช้สารกระตุ้นประสาทปริมาณมาก ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเมา
- คุณใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อไร
ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงที่สุดประมาณ 2-3 ชั่วโมงหลังเสพยาบ้า
- คุณใช้สารเสพติดอื่นอีกหรือไม่
เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญเพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลได้

**การถามคำถามตรงไปตรงมา (Direct Questions)**

ใช้คำถามตรงไปตรงมา เช่น
- คุณใช้ยาบ้า ยาไอซ์ หรือไม่ ใช้อะไร ใช้เท่าไร (การใช้สารกระตุ้นประสาทปริมาณมาก ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเมา)
- คุณใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อไร (ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงที่สุดประมาณ 2-3 ชั่วโมง หลังเสพยาบ้า)
- คุณใช้สารเสพติดอื่นอีกหรือไม่ (เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญเพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลได้)

**การถามคำถามกับเพื่อนหรือญาติ**

- ผู้ป่วยใช้สารเสพติดอะไร ใช้สารกระตุ้นประสาทพวกยาบ้า ยาไอซ์ ยาอีหรือไม่
ทราบหรือไม่ว่าใช้มานานเท่าไร ใช้มากแค่ไหน
- ใช้สารเสพติดอื่นอะไรอีกไหม
- มีปัญหาสุขภาพจิตมาก่อนหรือไม่ หรือเคยรับการรักษาหรือไม่

**การถามคำถามกับเพื่อนหรือญาติ**

ในบางครั้งก็เป็นการยากที่จะได้คำตอบจากผู้ป่วย การได้ข้อมูลจากญาติ เพื่อน หรือคนรอบข้างอาจช่วยได้ เช่น
- ผู้ป่วยใช้สารเสพติดอะไร ใช้สารกระตุ้นประสาทพวกยาบ้า ยาไอซ์ ยาอีหรือไม่ ทราบหรือไม่ว่าใช้มานานเท่าไรใช้มากแค่ไหน
- ใช้สารเสพติดอื่นอะไรอีกไหม
- มีปัญหาสุขภาพจิตมาก่อนหรือไม่ หรือเคยรับการรักษาหรือไม่

การให้เพื่อนหรือญาติคุยกับผู้ป่วยในท่าทีที่สงบอาจช่วยได้ แต่ต้องระวังความปลอดภัยและมั่นใจว่าไม่เร้าให้ผู้ป่วยหงุดหงิดมากขึ้น

## ข้อบ่งชี้ด้านสิ่งแวดล้อม

- สถานที่ที่น่าสงสัยว่ามีการใช้สารกระตุ้นประสาท
- สถานบันเทิง
- งานเลี้ยง ปาร์ตี้ส่วนตัว
- คอนเสิร์ตดนตรี
- วันหยุด และวันหยุดที่มีระยะเวลายาว
- ใกล้แหล่งที่ขาย

**ข้อบ่งชี้ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Indicators)**

สถานที่ที่น่าสงสัยว่ามีการใช้สารกระตุ้นประสาท เช่น สถานบันเทิง งานเลี้ยง ปาร์ตี้ส่วนตัว คอนเสิร์ตดนตรี วันหยุด และวันหยุดที่มีระยะเวลายาว ใกล้แหล่งที่ขาย

## I. ภาวะเมาสารกระตุ้นประสาท

| อาการชี้บ่งทางร่างกาย | อาการชี้บ่งทางพฤติกรรม |
|---|---|
| • คลื่นไส้ | • สับสน |
| • กัดฟัน เกร็งกราม | • วิตกกังวลอย่างมาก |
| • ความดันโลหิตสูง | • ความคิด ความจำเปลี่ยนไป |
| • ชีพจรเต้นเร็ว | • หงุดหงิด ก้าวร้าว |
| • มีไข้ | • สงสัย ระแวดระวัง |
| • ชัก | • หลงผิด หวาดระแวง |

ภาวะเมาสารกระตุ้นประสาท ATS Intoxication นั้นมีความรุนแรงแตกต่างกันตั้งแต่น้อยถึงมากและมีอาการได้หลากหลาย ผู้เสพสารกระตุ้นประสาทอาจไม่จำเป็นต้องมีอาการต่อไปนี้ครบทุกอาการก็ได้ อาการและอาการแสดงที่ชี้บ่งทางร่างกายและทางพฤติกรรมจากผลการเสพสารกระตุ้นประสาท ได้แก่

**อาการทางร่างกาย (Physical Indicators)** เช่น ม่านตาขยายขนาดขึ้น หรือตอบสนองต่อแสงได้น้อยลง วูบร้อนเหงื่อออก มีไข้ (สูงกว่า 38°C) หายใจเร็ว แขนขากระตุก ขาสั่น ตัวสั่น ชีพจรเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก กัดฟัน เกร็งกรามตัวแข็ง แขนขาเกร็ง ปวดศีรษะ

**อาการทางพฤติกรรม (Behavioral Indicators)** เช่น กระสับกระส่ายอย่างมาก วิตกกังวลอย่างมาก พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ตื่นตกใจง่าย ตอบสนองต่อสิ่งเร้ารุนแรงเร็ว พฤติกรรมแสดงออกถึงความคิดที่ระแวง หลงผิดหวาดระแวง ท่าทางเหมือนพูดโต้ตอบกับใครที่ไม่เห็นตัวหรือพฤติกรรม ตอบสนองต่อเสียงหูแว่ว

## การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินการเมาสารกระตุ้น

**ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางกายต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน**

**ขั้นที่ 1: สังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะเมาสารกระตุ้น**

- อาการเจ็บหน้าอก ไข้ขึ้นสูงฉับพลัน ความดันโลหิตสูง
- อาการโรคจิต เช่น ระแวง หลงผิด ประสาทหลอน
- พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ก้าวร้าว เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น
- ชัก

**ขั้นที่ 2: ติดตามสัญญาณชีพ (ถ้าทำได้)**

- อุณหภูมิ ชีพจร ความดันโลหิต

**การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินการเมาสารกระตุ้นประสาท (Management of ATS Intoxication)**

ขั้นแรกต้องให้มั่นใจว่า

- อาการที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับสารกระตุ้นประสาทหรือไม่
- ลักษณะอาการ อาการแสดงเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรมหรือข้อบ่งชี้ทางร่างกายในผู้เสพสารกระตุ้นประสาทตามที่ได้กล่าวมาแล้วหรือไม่

หากมีหลักฐานยืนยันการเสพสารกระตุ้นประสาท ควรถามข้อมูลการเสพเช่น

- ชนิดของสารกระตุ้นประสาทที่ใช้
- ปริมาณครั้งสุดท้ายที่เสพ
- ใช้สารเสพติดอื่นร่วมไหม

อย่างไรก็ตามทักษะการถามมีความสำคัญมากกว่าต้องให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเรากำลังพยายามหาทางช่วยเหลือเขาอยู่ ไม่ได้คุกคาม หากยังไม่สามารถถามรายละเอียดได้แต่ได้รับการยืนยันการเสพ การให้การช่วยเหลือสำคัญกว่า เนื่องจากถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางกายต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

โดยเฉพาะหากมีอาการดังต่อไปนี้ เจ็บหน้าอก ไข้สูงขึ้นความดันสูงมาก พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หวาดระแวง ประสาทหลอน ชัก ดังนั้นควรเฝ้าระวังอาการดังกล่าว และอย่าลืมว่าผู้ป่วยอาจไม่จำเป็นต้องมีอาการครบทุกข้อก็ได้ หลังจากนั้นควรติดตามสัญญาณชีพที่สำคัญโดยเฉพาะอุณหภูมิและชีพจร หากผู้ป่วยมีอาการ Intoxication รุนแรง ควรรักษาในโรงพยาบาลใกล้บ้าน

**การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินการเมาสารกระตุ้น**

**ขั้นที่ 3 : พยายามช่วยให้ผู้ป่วยสงบ**

- พูดด้วยน้ำเสียงที่นุ่ม ท่าทีที่สงบ
- หลีกเลี่ยงการโต้เถียง ต่อว่า อย่าตื่นตระหนก
- ให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ที่สงบ ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม
- ไม่มีอุปกรณ์ที่จะเป็นอาวุธได้
- ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว ไม่แนะนำให้บุกเข้าจับผู้ป่วย เนื่องจากจะทำให้สถานการณ์แย่ลง

**แนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น ได้แก่**

- ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมให้มากที่สุด ควรจะสงบเงียบ
- ให้ผู้ป่วยอยู่ในที่เย็นๆ ถอดเสื้อผ้าที่หนักหรือรัดออก
- หลีกเลี่ยงการโต้เถียง ต่อว่า ปล่อยให้ผู้ป่วยพูด
- เวลาเข้าหาผู้ป่วยให้เข้าหาช้าๆ มั่นใจ (อย่ากล้าๆ กลัวๆ ลังเล) ให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าสถานการณ์ควบคุมได้ ปลอดภัย
- ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าอาการจะดีขึ้นในไม่ช้า
- ให้เพื่อนหรือญาติอยู่กับผู้ป่วยหรือติดต่อให้ผู้ป่วยได้คุยด้วย

**การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินการเมาสารกระตุ้น**

**ขั้นที่ 4: ทำให้ผู้ป่วยสงบ (หากจำเป็น)**

- อาจให้ยานอนหลับในกลุ่มเบนโซเดอะซีปีน เช่น Diazepam
- ยาต้านโรคจิต เช่น Haloperidol เพื่อให้ผู้ป่วยสงบตามความจำเป็น

**ขั้นที่ 5: ให้สารน้ำเพียงพอและสังเกตอาการ**

- ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ (250-500 ml ต่อชั่วโมง)
- หากจำเป็นกรณีที่สัญญาณชีพผิดปกติมาก ควรเปิดเส้นเลือดไว้และตรวจติดตามการทำงานหัวใจ
- ให้ความเย็นให้เพียงพอ

- หากจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยสงบ อาจให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine หรือ Antipsychotic ตามความจำเป็น ซึ่งจะได้กล่าวต่อไปในเรื่อง Managing Aggressive Behavior
- ควรให้ผู้ป่วยได้น้ำอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 250-500 ซีซีต่อชั่วโมง
- หากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ เช่น ชีพจร ความดันโลหิตสูงขึ้นมาก พิจารณาเปิดเส้นเลือดเพื่อให้น้ำเกลือและใส่เครื่อง Monitor EKG

## II. พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพสารกระตุ้นประสาท

**ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบได้บ่อย**

- กระสับกระส่าย กระวนกระวาย อยู่ไม่ติด สงสัย ไม่แน่ใจ ระแวง หลงผิด
- ก้าวร้าว โต้เถียงทะเลาะ แม้ไม่มีเหตุกระตุ้น หรือมีเหตุกระตุ้นเพียงเล็กน้อย
- เสียใจในเรื่องที่ไม่เป็นเรื่อง
- คุกคามผู้อื่น ไม่พอใจ หรือวิพากษ์วิจารณ์คนอื่นหรือสถานการณ์รอบข้าง
- ต่อว่าให้เจ้าหน้าที่ว่า ไม่ได้เรื่อง หรือ คุณสมบัติไม่พอ ไม่มีความสามารถ
- รู้สึกว่าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ

**พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพสารกระตุ้นประสาทและการช่วยเหลือเบื้องต้น**

ผู้ที่เสพสารกระตุ้นประสาทอาจเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเกิดได้ทั้งในขณะที่เสพหรือในช่วงถอนพิษเมื่อหยุดเสพ พฤติกรรมที่พบได้บ่อย ได้แก่

- กระสับกระส่าย กระวนกระวาย อยู่ไม่ติด
- สงสัย ไม่แน่ใจ ระแวง หลงผิด
- ก้าวร้าว โต้เถียงทะเลาะแม้ไม่มีเหตุกระตุ้น หรือมีเหตุกระตุ้นเพียงเล็กน้อย
- เสียใจในเรื่องที่ไม่เป็นเรื่อง
- คุกคามผู้อื่น ไม่พอใจหรือวิพากษ์วิจารณ์คนอื่นหรือสถานการณ์รอบข้าง
- ต่อว่าให้เจ้าหน้าที่ว่าไม่ได้เรื่อง หรือคุณสมบัติไม่พอ ไม่มีความสามารถ
- รู้สึกว่าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ

**การช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าว**

- สงบ พูดจาด้วยเสียงไม่ดังเกินไป ฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด
- ไม่ควรสนใจพฤติกรรมของผู้ป่วยว่า ไม่ชอบเราเป็นการส่วนตัว
- หลีกเลี่ยงการหลอกลวง เยาะเย้ยหรือยิ้ม
- ต้องระวังว่าการรับรู้ของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามสถานการณ์
- หลีกเลี่ยงท่าทาง หรือการเคลื่อนไหวที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคามได้ เช่น เดินเข้าไปหาผู้ป่วยทันทีทันใด
- อธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าเกิดอะไรขึ้น เรากำลังจะทำอะไร และทำไม
- คำนึงถึงความปลอดภัยของตนเองเสมอ
- ติดต่อหน่วยงานหรือบริการฉุกเฉินที่ต้องส่งต่อ

ก่อนอื่นต้องตระหนักว่า ผู้ป่วยอาจมีการตัดสินใจที่เสียไปอาจรับรู้สถานการณ์หรือสิ่งรอบข้างต่างไปจากเรา ทั้งนี้อาจเกิดจากอาการระแวง หลงผิด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตัวเองหรือผู้อื่นได้ ดังนั้น ผู้ดูแลควรจะ

- สงบ พูดจาด้วยเสียงไม่ดังเกินไป ฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด
- ไม่ควรสนใจพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าไม่ชอบเราเป็นการส่วนตัว
- หลีกเลี่ยงการหลอกลวง เยาะเย้ยหรือยิ้ม
- อธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าเกิดอะไรขึ้น เรากำลังจะทำอะไร และทำไมเราต้องทำเช่นนั้น
- หลีกเลี่ยงท่าทางหรือการเคลื่อนไหวที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคามได้ เช่น เดินเข้าไปหาผู้ป่วยทันทีทันใด

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีท่าทางก้าวร้าวหรือมีโอกาสสูงที่จะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติของหน่วยงานในการจัดการบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และไม่ว่าด้วยกรณีใดก็ตามจะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของตนเองเสมอโดย

- ให้แน่ใจว่าคุณสามารถหลบหนีออกมาได้ หากจำเป็น
- ให้แน่ใจว่า คุณได้ปรึกษาผู้อื่น หรือมีผู้ช่วยเหลือหากคุณต้องเผชิญเหตุการณ์เสี่ยง
- ให้แน่ใจว่ามีหน่วยงานหรือบุคคลช่วยเหลือต่อหลังจากคุณได้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติแล้ว

**การช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าว**

ก้าวร้าวเล็กน้อย (Mild arousal):

**ผู้ป่วยตื่น อาจหงุดหงิดบ้างแต่ยังร่วมมือดี สามารถประเมินได้ สัญญาณชีพปกติ**

- **ควรให้ยารับประทาน ได้แก่**
- **DZP 5–10 mg หรือ Lonazepam 0.5–2 mg หรือ Lorazepam 1–2.5 mg ซ้ำทุก 30–60 นาทีตามความจำเป็น**
- **หากยังไม่ดีขึ้น ให้เพิ่ม Haloperidol 2.5–5 mg หรือ Olanzapine 5–10 mg**

**การช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ**

*Mild Arousal:* ผู้ป่วยตื่น อาจหงุดหงิดบ้างแต่ยังร่วมมือดีสามารถประเมินได้ สัญญาณชีพปกติ ควรให้ยารับประทาน ได้แก่

- DZP 5-10 mg หรือ Clonazepam 0.5-2 mg หรือ Lorazepam 1-2.5 mg ซ้ำทุก 30-60 นาที ตามความจำเป็น
- หากยังไม่ดีขึ้น ให้เพิ่ม Haloperidol 2.5-5 mg หรือ Olanzapine 5-10 mg

**การช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าว**

ก้าวร้าวปานกลาง Moderate arousal:

**เริ่มอยู่ไม่นิ่ง ไม่เป็นมิตร ไม่ร่วมมือ สัญญาณชีพเริ่มสูงขึ้น**

- **พิจารณายาฉีดเข้ากล้ามหากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทาน**
- **Haloperidol 2.5–5 mg หรือ Olanzapine 5–10 mg IM**

*Moderate Arousal:* ผู้ป่วยเริ่มอยู่ไม่นิ่ง ไม่เป็นมิตร ไม่ร่วมมือ สัญญาณชีพเริ่มสูงขึ้น ควรพิจารณายาฉีดเข้ากล้ามหากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทาน

- Haloperidol 2.5-5 mg หรือ Olanzapine 5-10 mg IM

**การช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าว**

ก้าวร้าว มาก High arousal:

**ผู้ป่วยกระสับกระส่ายมาก ไม่ร่วมมือ มีแนวโน้มก้าวร้าว**

- **พิจารณาให้ยาทางเส้นเลือด หากผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยา/ฉีดยาเข้ากล้าม**
- **เปิดเส้นเลือดให้น้ำเกลือ**
- **DZP 5–10 mg ซ้ำเพิ่ม 5 mg จนกระทั่งสงบ**
- **หากยังไม่ดีขึ้น ให้เพิ่ม Haloperidol 2.5–5 mg**
- **ควรมีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพเตรียมให้พร้อมใช้งาน**

*High Arousal:* ผู้ป่วยกระสับกระส่ายมาก ไม่ร่วมมือ มีแนวโน้มก้าวร้าว ควรพิจารณาให้ยาทางเส้นเลือด หากผู้ป่วยปฏิเสธการกินยาหรือฉีดยาเข้ากล้าม โดย

- เปิดเส้นเลือดให้น้ำเกลือ
- DZP 5-10 mg ซ้ำเพิ่ม 5 mg จนกระทั่งสงบ
- หากยังไม่ดีขึ้น ให้เพิ่ม Haloperidol 2.5-5 mg
- ควรมีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพเตรียมให้พร้อมใช้งาน

### III. ภาวะโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน และการช่วยเหลือเบื้องต้น

- ส่วนใหญ่มักพบในระยะสั้น อาการจะดีขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ หยุดเสพต่อเนื่อง และมีการขจัดเมทแอมเฟตามีนออกจากร่างกาย
- มีรายงานพบอาการโรคจิตเรื้อรังนานหลายเดือน จนถึงหลายปีได้ ทั้งที่ไม่มีการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ
- 5-15% ของผู้ที่เคยมีอาการของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนไม่สามารถหายขาดได้

หลังจากลักษณะการระบาดและรูปแบบการเสพที่เปลี่ยนไป พบรายงานการศึกษาโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน ที่ผู้เสพมีอาการโรคจิตเรื้อรังนานหลายเดือน จนถึงหลายปีได้ ทั้งที่ไม่มีการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ลักษณะการดำเนินโรคอาจเป็นแบบกลับเป็นซ้ำ (Relapse) เป็นพักๆ หรือมีอาการเรื้อรัง (Chronic) ปัจจัยที่พบเป็นสาเหตุกระตุ้นการกลับป่วยซ้ำ เช่น การเสพเมทแอมเฟตามีนหรือสารกระตุ้นประสาทอื่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีปัจจัยเครียดทางจิตใจหรือสังคม อาการที่กลับป่วยซ้ำนั้นจะคล้ายกับอาการครั้งก่อนๆ โดย ประมาณการว่าร้อยละ 5-15 ของผู้ที่เคยมีอาการของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนไม่สามารถหายขาดได้

### อาการแสดงภาวะโรคจิตจากแอมเฟตามีน

- Evolving process: เริ่มจากมีอาการโรคจิตสั้น ๆ เป็น ๆ หาย ๆ จนเกิดอาการโรคจิตชัดเจน
- การเกิดอาการหลงผิด
  - ผู้ป่วยจะมีอาการสงสัย ระแวดระวัง ตื่นตัวกับสิ่งแวดล้อม พยายามตรวจสอบค้นหาเบื้องหลังสิ่งที่สงสัย
  - มีความรู้สึกว่ามีคนอื่นคอยเฝ้ามองหรือติดตามตัวเอง รู้สึกไวต่อสิ่งเร้าภายนอก
  - เริ่มเกิดอาการประสาทหลอน จนถึงมีลักษณะหลงผิดอย่างชัดเจน และมีความเชื่อว่าสิ่งนั้นเกิดขึ้นจริงและสูญเสียความหยั่งรู้ในตนเอง
- เกิดอาการประสาทหลอน เช่น หูแว่ว หรือภาพหลอน

**โรคจิตจากสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมแฟตามีน (Methamphetamine Psychosis) และการช่วยเหลือเบื้องต้น**

ลักษณะอาการโรคจิต อาจจะพบได้หลายรูปแบบ อาการที่พบได้บ่อยที่สุดคือ อาการความคิดหวาดระแวง ซึ่งอาจจะเริ่มต้นเพียงมีความคิดว่า มีคนอื่นพูดพาดพิงถึงตน (Ideas of Reference) จนถึงมีอาการหลงผิดอย่างเป็นเรื่องเป็นราวชัดเจน โดยในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการสงสัย ระแวดระวัง ตื่นตัวกับสิ่งแวดล้อม พยายามตรวจสอบค้นหาเบื้องหลังสิ่งที่สงสัย มีความรู้สึกว่ามีคนอื่นคอยเฝ้ามองหรือติดตามตัวเอง และเริ่มมีความรู้สึกไวต่อสิ่งเร้าภายนอกยิ่งขึ้น และต่อมาจึงเริ่มเกิดอาการประสาทหลอน จนถึงระดับที่มีอาการทางจิตรุนแรง ผู้ป่วยจะมีลักษณะหลงผิดอย่างชัดเจน และมีความเชื่อว่าสิ่งนั้นเกิดขึ้นจริงและสูญเสียความหยั่งรู้ในตนเอง (Loss of Insight) จากลักษณะอาการดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างฉับพลัน (Violence) หรือมีอาการทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายบุคคลอื่นได้ (Suicide or Homicide) ในระยะแรกที่เสพ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกมีความสุขอย่างมาก และเริ่มมีการเสพมากขึ้นเรื่อยๆ จนมีการเสพหนักเป็นช่วงๆ และเมื่อเสพนานขึ้นผู้ป่วยจะเริ่มมีพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เริ่มแยกตัวออกจากสังคม มีพฤติกรรมแปลกๆ และเกิดความคิดระแวงขึ้น อาการโรคจิตจะเป็นๆ หายๆ เป็นพักๆ และถ้ายังใช้ต่อไปเรื่อยๆ อาการโรคจิตจะเด่นชัดขึ้น มีพฤติกรรมก้าวร้าวและขาดการหยั่งรู้ในพฤติกรรมของตนเองจนเกิดอันตรายขึ้น

## โรคจิตจากแอมเฟตามีน

- มีอาการระแวงสงสัย ทั้งที่ระดับความรู้สึกตัวปกติ
- สูญเสียความหยั่งรู้ นำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าว
- สัมพันธ์กับปริมาณ ความถี่และวิธีการเสพ
- การอดนอน และการมีประวัติโรคจิตเวชมาก่อน สัมพันธ์กับการกระตุ้นให้เกิดอาการโรคจิต
- อาการและอาการแสดงเหมือนโรคจิตเภท
- การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ขึ้นอยู่กับความเชื่อถือได้ของประวัติการเสพจากผู้ป่วยหรือครอบครัว

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนยังอาจมีพฤติกรรมรูปแบบซ้ำๆ (Stereotyped Behavior Patterns) ที่ซับซ้อน เช่น รื้อ แกะ ซ่อมวิทยุ รถยนต์ หรือเครื่องยนต์แล้วประกอบใหม่ ทำเช่นนี้ซ้ำๆ แม้ว่าผู้ป่วยจะรู้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวไม่มีความหมายหรือจุดหมายชัดเจน แต่ก็ไม่สามารถหยุดทำได้ และถ้าถูกบังคับให้หยุดทำ ผู้ป่วยจะรู้สึกหงุดหงิด ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่ามีความสุข และไม่รู้สึกวิตกกังวลในระหว่างที่มีกิจกรรมดังกล่าว

ในผู้ที่อดนอนหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมาก่อน มีโอกาสเกิดการกำเริบของอาการโรคจิตได้ง่าย อาการโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนนี้แยกจากโรคจิตเภทได้ยาก การวินิจฉัยยังต้องใช้การยืนยันประวัติการเสพจากผู้ป่วยหรือญาติ รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจหาเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ แม้ว่าโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่จะพบในช่วงเสพปริมาณสูง (Withdrawal) ได้เช่นกัน ลักษณะการดำเนินโรคของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่มักพบในระยะสั้น อาการจะดีขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ หยุดเสพต่อเนื่อง มีการขจัดเมทแอมเฟตามีนออกจากร่างกาย หากจำเป็นต้องใช้ยารักษาก็สามารถตอบสนองต่อการรักษายาต้านโรคจิตในระยะสั้น

## การช่วยเหลือในขณะมีอาการโรคจิต

**เป้าหมายแรก**

- การสร้างสัมพันธภาพในการรักษากับผู้ป่วย ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าเรากำลังพยายามให้การช่วยเหลืออยู่ ไม่คุกคามผู้ป่วย
- พยายามให้ผู้ป่วยสงบและบรรเทาอาการโดยเร็ว ให้ผู้ป่วยร่วมมือในการประเมิน

การช่วยเหลือในขณะมีอาการโรคจิต (Managing Psychosis) สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ที่มีอาการโรคจิต คือการสร้างสัมพันธภาพในการรักษากับผู้ป่วย ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าเรากำลังพยายามให้การช่วยเหลืออยู่ ไม่คุกคามผู้ป่วย หลังจากนั้นพยายามให้ผู้ป่วยสงบและบรรเทาอาการโดยเร็ว ให้ผู้ป่วยร่วมมือในการประเมิน แม้ว่าอาการโรคจิตจากสารกระตุ้นประสาทมักเกิดในระยะสั้นและดีขึ้นภายในเวลาไม่กี่วันหลังหยุดเสพ มีการขับสารออกจากร่างกายและผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเพียงพอ

**การช่วยเหลือในขณะมีอาการโรคจิต**

**การรักษาด้วยยา**

- **การให้ยาต้านโรคจิตชนิดรับประทาน เช่น Haloperidol, Risperidone, Olanzapine**
- **ยา Benzodiazepines ชนิดรับประทาน**
- **กรณีที่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยสงบโดยเร็ว พิจารณาให้ยาต้านโรคจิตชนิดฉีดเข้ากล้าม**
- **การผูกมัดเป็นวิธีการสุดท้ายที่จะเลือกใช้**
- **อาการจะดีขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ ได้รับยา และสารเสพติดขับออกจากร่างกายแล้ว**
- **ผู้ป่วยควรอยู่ในสถานที่สงบ ลดสิ่งกระตุ้น**

ในบางรายอาจจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยาเพิ่มเติม แนวเวชปฏิบัติบางเล่ม (Australia) แนะนำให้ยาในกลุ่มคลายกังวล เช่น Benzodiazepine ก่อน หากอาการไม่ดีขึ้นจึงเพิ่มยา Antipsychotic และควรพิจารณาหยุด Antipsychotic ทันทีหลังอาการดีขึ้นแต่โดยทั่วไปแล้วเป็นที่ยอมรับกันว่ายารักษาโรคจิต เช่น Chlorpromazine, Haloperidol หรือ Thioridazine มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการโรคจิต แต่อาจต้องระวังการใช้ Chlorpromazine เนื่องจากมีฤทธิ์ในการลด Seizure threshold ทำให้เสี่ยงต่อการชักได้ง่าย โดยเฉพาะในกลุ่ม ATS Intorieation ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจต้องให้ยารักษาโรคจิตเพียงระยะสั้น โดยส่วนใหญ่แพทย์จะพิจารณาหยุดยารักษาโรคจิตเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น แต่ในระยะหลังเมื่อพบว่าอาการโรคจิตคงอยู่นานขึ้น แม้ว่าเมทแอมเฟตามีนจะถูกขับออกจากร่างกายแล้วก็ตาม ทำให้มีการพิจารณาให้ยารักษาโรคจิตนานขึ้นตามอาการของผู้ป่วย จากผลการทำ Systematic Review โดย Srisurapanont M และคณะ พบว่ายังไม่มีการศึกษาในระดับ Randomized Controlled Trials (RCT) และ Clinical Trials (CTs) ในด้านการรักษาโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน มีเพียงบางการศึกษาที่แสดงถึงการใช้ยารักษาโรคจิต ชนิดฉีดว่า สามารถลดพฤติกรรมกระสับกระส่าย (Agitatiion) และอาการโรคจิตในผู้ที่เสพแอมเฟตามีนได้อย่างรวดเร็ว และมีรายงานการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical Antipsychotic) เช่น Risperidone และ Olanzapine ในการรักษาโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน พบว่าสามารถลดอาการโรคจิตทั้งแบบเฉียบพลัน (Acute) และแบบเรื้อรัง (Chronic) และเนื่องจากในบางรายอาจเกิดอาการเรื้อรังหรือกลับป่วยซ้ำ การติดตามผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องจำเป็น

## IV. ภาวะถอนพิษสารกระตุ้นประสาท และการช่วยเหลือเบื้องต้น

*ภาวะขาดสารกระตุ้น ทำให้เกิด....อาการภาวะซึมเศร้า*

- **อารมณ์เศร้า ซึมลง สมาธิเสีย เคลื่อนไหวช้า เฉื่อย**
- **กระสับกระส่าย โกรธ เสียใจ ฉุนเฉียวง่าย**
- **มีความรู้สึกอยากยา (Cravings) อยากกลับไปเสพซ้ำ**
- **ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว**
- **นอนมาก แต่หลับไม่สนิท อ่อนเพลีย หมดเรี่ยวแรง**
- **นอนไม่หลับ หิวบ่อย กินจุ**
- **ซึมเศร้า อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย**
- **รู้สึกวิตกกังวลอย่างมาก หงุดหงิด อยู่ไม่นิ่ง**

**ภาวะถอนพิษ (Withdrawal)**

เป็นภาวะหนึ่งที่แสดงถึงการเสพติดสารเสพติด เป็นภาวะที่ร่างกายพยายามปรับตัวเพื่อกลับสู่ภาวะปกติที่ไม่มีสารเสพติด อาการที่พบในช่วงภาวะถอนพิษสารกระตุ้นประสาท ได้แก่ อารมณ์เศร้า ซึมลง สมาธิเสีย เคลื่อนไหวช้า เฉื่อย กระสับกระส่าย โกรธ เสียใจ ฉุนเฉียวง่าย มีความรู้สึกอยากยา (Cravings) อยากกลับไปเสพซ้ำ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว นอนมาก แต่หลับไม่สนิท อ่อนเพลีย หมดเรี่ยวแรง นอนไม่หลับ หิวบ่อย กินจุ ซึมเศร้า อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย รู้สึกวิตกกังวลอย่างมาก (คล้าย Panic) หงุดหงิด อยู่ไม่นิ่งอาการเหล่านี้มักจะเกิดในช่วงสั้น ไม่จำเป็นต้องให้ยาเพื่อรักษา โอกาสอันตรายถึงชีวิตน้อยมาก ยกเว้นในผู้ที่มีความเสี่ยงจากภาวะซึมเศร้า มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือมีการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากอาการทางจิต

## การช่วยเหลือกรณีถอนพิษสารกระตุ้นประสาท

- **ไม่มียามาตรฐานในการบำบัดภาวะถอนพิษจากสารกระตุ้นประสาท**
- **การรักษาตามอาการ และบำบัดจิตใจแบบประคับประคอง**
- **สถานที่ปลอดภัย ไม่สามารถเข้าถึงยาเสพติดได้**
- **จัดสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุน มั่นใจ ให้กลับคืนสู่ภาวะปกติโดยเร็ว**
- **ติดตามสภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต**
- **การติดตามแบบผู้ป่วยนอกหรือการเยี่ยมบ้านจะเป็น *วิธีการดูแลที่ดีที่สุด* ไม่จำเป็นต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน**
- **แต่ การเสพสารเสพติดหลายชนิด หรือมีอาการโรคจิต มีอาการซึมเศร้ารุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย... อาจพิจารณาให้การรักษา *แบบผู้ป่วยใน***
- **บางรายอาการถอนพิษยังคงอยู่นาน จำเป็นต้องรับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ**

**การช่วยเหลือกรณีถอนพิษสารกระตุ้นประสาท**

**Managing Withdrawal**

สิ่งที่จำเป็นในการดูแลผู้ที่อยู่ในช่วงถอนพิษ ได้แก่

- **สิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุน** ปลอดภัย เงียบไม่มีสิ่งเร้ามาก ไม่สามารถเข้าถึงสารเสพติดได้ อยู่ในกลุ่มเพื่อนหรือญาติ ดังนั้นการรักษาที่บ้านโดยมีการติดตามที่ผู้ป่วยนอกหรือการเยี่ยมบ้านจะเป็นวิธีการดูแลที่ดีที่สุดไม่จำเป็นต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ยกเว้นมีข้อบ่งชี้จากปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต
- **ให้ข้อมูล** ให้ความมั่นใจโดยบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ทราบว่าอาการในช่วงนี้จะเป็นเช่นไร ใช้เวลานานแค่ไหน หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมควรให้การติดต่อบริการทางโทรศัพท์ (Hotline 24 ชั่วโมง)
- **ติดตามสภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต**

อย่างไรก็ตาม บางรายอาการถอนพิษยังคงอยู่นาน (Prolonged Withdrawal) ผู้ป่วยยังมีอาการอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดง่าย อยู่ไม่นิ่ง สลับกับเฉื่อยช้า ไม่อยากทำอะไร ซึมเศร้า มีปัญหาการนอน

## V. ภาวะซึมเศร้า ในผู้เสพสารกระตุ้นประสาท

- อาการซึมเศร้าเป็นได้ทั้ง 1.อาการแสดง*จากการเสพ*สารกระตุ้นประสาท และ 2.เป็น*อาการขาดสาร*กระตุ้นเมื่อหยุดเสพ
- อาการซึมเศร้า...อาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้กลับเสพซ้ำ
- ผู้เสพมักไม่ได้ตระหนักถึงปัญหา และไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือ

**ภาวะซึมเศร้าขณะถอนสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine Withdrawal Depression)**

ผู้เสพสารกระตุ้นประสาทมักมีประสบการณ์ของภาวะซึมเศร้าที่อาจเป็นต้นเหตุหรือผลลัพธ์จากการเสพ ผู้เสพสารกระตุ้นประสาทส่วนใหญ่อยู่ในภาวะซึมเศร้าแต่ไม่แสดงอาการออกมาชัดเจน อาการซึมเศร้าเป็นได้ทั้งอาการแสดงจากการเสพสารกระตุ้นประสาทและเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้เมื่อหยุดเสพ อาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้กลับเสพซ้ำ

ภาวะซึมเศร้าควรต้องได้รับการประเมินในผู้ที่เสพสารกระตุ้นประสาททุกราย เนื่องจากพบได้บ่อยและมักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยดูแลรักษา โดยอาจใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีใช้อย่างแพร่หลายเป็นภาษาไทย

### อาการแสดงภาวะซึมเศร้าในผู้เสพสารกระตุ้นประสาท

- รู้สึกเศร้า อารมณ์หดหู่
- มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักอย่างรวดเร็วทั้งน้ำหนักลด หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น มักสัมพันธ์กับความรู้สึกเบื่ออาหาร หรือ อยากทานอาหารมากขึ้น
- มีปัญหาการนอนหลับ
- สนใจเรื่องต่าง ๆ ทั้งที่เป็นเรื่องที่เคยชอบ ลดลงอย่างมาก
- ขาดสมาธิ ตัดสินใจไม่ค่อยได้
- ความคิดบิดเบือนไป
- ความคิดอยากตาย

อาการที่พบได้ในภาวะซึมเศร้านั้น ไม่ใช่เพียงแค่ความรู้สึกซึมลงเท่านั้น อาการสำคัญที่พบได้บ่อย ได้แก่

- **Sad or Blue Mood** รู้สึกเศร้า อารมณ์หดหู่ เป็นส่วนใหญ่ของวัน โดยอารมณ์เศร้าดังกล่าวแสดงให้เห็นแตกต่างไปจากเดิม หรือไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์อาจมีอาการหงุดหงิดง่าย รู้สึกแย่ต่อการถูกวิพากษ์วิจารณ์เล็กๆ น้อยๆ หรือขาดความมั่นใจในตัวเอง
- **Changes to Appetite and Weight** มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักอย่างรวดเร็วทั้งน้ำหนักลด หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น มักสัมพันธ์กับความรู้สึกเบื่ออาหารหรืออยากทานอาหารมากขึ้น ผู้เสพสารกระตุ้นประสาทส่วนใหญ่มักจะเบื่ออาหารในช่วงที่เสพแต่ก็ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเหมือนในผู้ป่วยซึมเศร้า
- **Changes to Sleeping Patterns** มีปัญหาการนอนหลับ อาจเป็นได้ทั้งหลับยาก (Early Insomnia) เนื่องจากคิดวิตกกังวลสารพัดเรื่อง หรืออาจตื่นกลางดึกบ่อยๆ หลับไม่สนิท (Middle Insomnia) หรือตื่นเช้ากว่าปกติ (Early Morning Wakening)
- **Reduced Interest in Usual Activities** สนใจเรื่องต่างๆ ทั้งที่เป็นเรื่องที่เคยชอบลดลงอย่างมากทั้งอาจแยกตัว ไม่อยากไปไหน ไม่อยากออกกำลังกาย ไม่อยากมีเพศสัมพันธ์ ไม่อยากไปดูหนัง ฟังเพลง ไปเที่ยวกับเพื่อน มักจะชอบนอนขลุกอยู่บนเตียงไม่ยอมออกจากบ้านไปไหน
- **Poor Concentration** ขาดสมาธิ ตัดสินใจไม่ค่อยได้ คิดอะไรไม่ค่อยออก ซึ่งผู้เสพสารกระตุ้นประสาทอาจมีผลต่อความจำได้
- **Cognitive Distortions** ความคิดบิดเบือนไป เช่น คิดวิตกกังวลในบางเรื่องอย่างไม่สมเหตุผล รู้สึกผิดในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิดกับตัวเองอย่างมาก

- **Suicidal Thoughts** ความคิดอยากตาย ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้มีภาวะซึมเศร้าอาจมีความคิดได้ตั้งแต่รู้สึกอยากตาย คิดอยากฆ่าตัวตาย คิดวางแผนจะฆ่าตัวตาย จนถึงกระทำการฆ่าตัวตายดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังผู้ที่มีสัญญาณเตือนที่บ่งบอกถึงความคิดฆ่าตัวตายและรีบให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมในผู้เสพสารกระตุ้นประสาทในช่วงหยุดเสพ เกิดอาการ Crash Down อาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตายได้
- **Other Characteristic Signs or Symptoms**

อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้ เช่น ปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว แน่นท้อง อ่อนเพลียหรือมีอาการทางกายหลายๆ อาการที่หาสาเหตุไม่ได้ ไมมี่เรี่ยวแรง ซึ่งผู้มีปัญหาภาวะซึมเศร้านี้มักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือเสพสารเสพติดโดยเฉพาะ

**การช่วยเหลือภาวะซึมเศร้า**

- **ผู้เสพสารกระตุ้นประสาททุกราย ควรได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย**
- **การหาสาเหตุว่าภาวะซึมเศร้า หรือภาวะติดสารเสพติดนั้น ภาวะใดมาก่อน มีความสำคัญน้อยกว่าการประเมินอาการ ในขณะนี้ และให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม**
- **การรักษาควรเป็นไปตามขั้นตอนการรักษาโรคซึมเศร้า**
- **ยาต้านซึมเศร้าทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นได้**

**การช่วยเหลือภาวะซึมเศร้า (Managing Depression)**

เนื่องจากภาวะซึมเศร้าอาจเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของการใช้สารกระตุ้นประสาท ในระยะแรกแม้จะไม่สามารถแยกได้แต่เราจำเป็นต้องประมวลอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าและให้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายควรได้รับการประเมินทุกรายโดยเฉพาะในผู้ที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าในกลุ่ม Tricyclic Antidepressant (TCA) เช่น Amitryptylline หรือ Imipramine หรือยาในกลุ่มSelective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) เช่น Fluoxetine มีประสิทธิผลในการรักษา แต่ต้องให้ในปริมาณและระยะเวลาที่พอเหมาะ เช่น Imipramine อย่างน้อย 75-150 mg/day, Fluoxetine 20 mg/day เป็นต้น การให้บำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy พบว่ามีประสิทธิผลสูงโดยเฉพาะเมื่อให้ร่วมกับยา แต่การบำบัดวิธีนี้ยังไม่แพร่หลายมากในประเทศไทย

**สรุปการดูแลรักษาภาวะฉุกเฉิน**

**1. การดูแลแบบผู้ป่วยนอก**
**2. การดูแลแบบผู้ป่วยใน**
**3. หากดูแลแบบผู้ป่วยในไม่ได้ พิจารณา Refer**

**เกณฑ์การ Refer**
**1. คะแนน 8Q ≥ 17**
**2. มีอาการก้าวร้าวรุนแรง ไม่สามารถดูแลได้**
**3. มีอาการทางจิตเวช รักษาแล้วไม่ดีขึ้น**

สรุปการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่มีภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน

1. ให้การดูแลแบบผู้ป่วยนอก กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีภาวะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือไม่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย
2. การดูแลแบบผู้ป่วยใน กรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง คะแนนหรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน) สามารถให้การดูแลแบบผู้ป่วยในได้
3. กรณีรักษาแล้วอาการทางจิตไม่ดีขึ้นหรือไม่สามารถรับรักษาแบบผู้ป่วยในได้ สามารถส่งผู้ป่วยเข้ารักษาที่ รพ.ที่มีจิตแพทย์ หรือ รพ.เฉพาะทางได้

# หลักสูตร

## การให้บริการผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช

## สำหรับพยาบาล

# หลักสูตร
# การให้บริการผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
# สำหรับพยาบาล

**เวลา 90 นาที**

**วัตถุประสงค์**

เมื่อสิ้นสุดแผนการสอนแล้ว ผู้เข้าอบรมสามารถ

1. ปรับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
2. มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุรา ผลกระทบต่อร่างกายจิตใจและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุรา
3. มีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
4. มีทักษะในการประเมินอาการถอนพิษสุรา ให้การดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง
5. มีความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาทางจิตเวช

**เนื้อหา**

**หลักสูตรการให้บริการผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวชสำหรับพยาบาล**

1. ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
2. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ สุรา ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551/พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551
3. กระบวนการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
4. การประเมินอาการถอนพิษสุรา และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง
5. ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาทางจิตเวช

**รูปแบบการสอน**

กิจกรรม อภิปราย วีดิทัศน์ บรรยายและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน

**สื่อการสอน**

1. **เอกสารประกอบการสอน เรื่อง**
   - ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
   - ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ สุรา ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551/พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551
   - กระบวนการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
   - การประเมินอาการถอนพิษสุรา และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง
   - ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาทางจิตเวช

2. **Power Point Presentation เรื่อง**

- ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
- ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ สุรา ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551/ พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551
- กระบวนการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
- การประเมินอาการถอนพิษสุรา และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง
- ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในผู้ดื่มสุรา

3. **วีดิทัศน์**

- การประเมินภาวะถอนพิษสุรา

# หลักสูตรการอบรม
# การดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
# สำหรับพยาบาล

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อปรับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
2. เพื่อสร้างความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุรา ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุรา
3. เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
4. สามารถประเมินอาการถอนพิษสุรา และให้การดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง
5. ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาทางจิตเวช

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อปรับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
2. เพื่อสร้างความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุรา ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุรา
3. เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
4. สามารถประเมินอาการถอนพิษสุรา และให้การดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง
5. เพื่อสร้างความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาทางจิตเวช

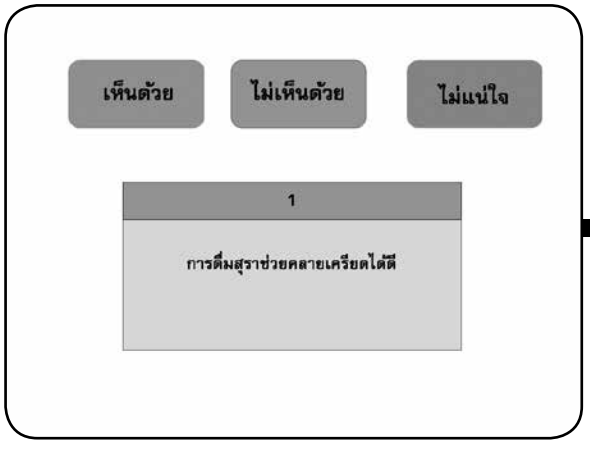
## เนื้อหาบทเรียน

| | |
|---|---|
| 1. ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช | 10 นาที |
| 2. ความรู้ ความเข้าใจสารเสพติดกลุ่มสุรา ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และ พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551/ พรบ. สุขภาพจิต พ.ศ.2551 | 20 นาที |
| 3. กระบวนการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช | 10 นาที |
| 4. การประเมินอาการถอนพิษสุรา และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง | 35 นาที |
| 5. ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาทางจิตเวช | 15 นาที |

**เนื้อหาบทเรียน**

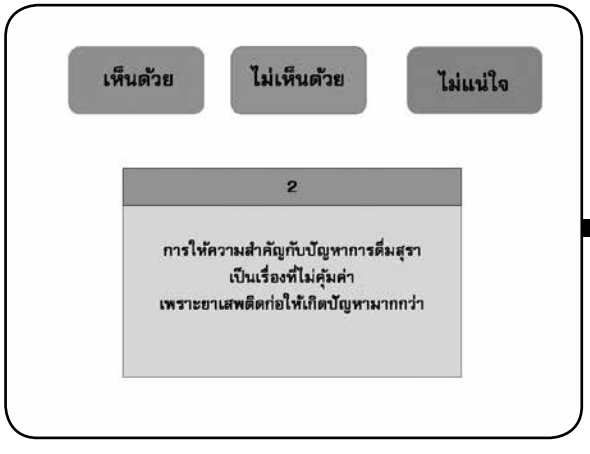
1. ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช (10 นาที)
2. ความรู้ ความเข้าใจสารเสพติดกลุ่มสุรา ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และ พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551/พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 (20 นาที)
3. กระบวนการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช (10 นาที)
4. การประเมินอาการถอนพิษสุรา และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง (35 นาที)
5. ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาทางจิตเวช (15 นาที)

# บทที่ 1
# ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช



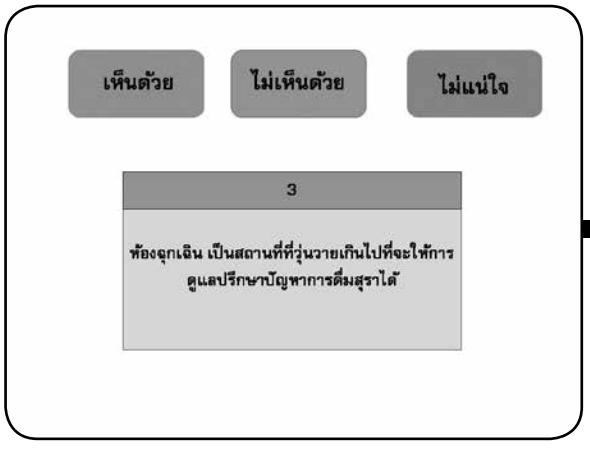

**ข้อความที่ 1: การดื่มสุราช่วยคลายเครียดได้ดี**

แอลกอฮอล์เป็นสารที่มีฤทธิ์ลดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ ทำให้สงบและรู้สึกผ่อนคลายจากความเครียด อย่างไรก็ตามการดื่มสุราไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาให้หมดไป และหากเมาสุราก็จะยิ่งก่อให้เกิดปัญหามากขึ้น นอกจากฤทธิ์ผ่อนคลายดังกล่าวแล้ว ยังมีผลอื่นๆ ตามมา เช่น เมาค้าง นอนไม่เป็นเวลา เสียงาน ปัญหาความรุนแรง ความรู้สึกแย่ๆ หดหู่ใจ หรือมีปัญหาการเงินตามมา ผลกระทบดังกล่าวยิ่งทำให้เกิดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าหนักกว่าเดิม และการดื่มสุราอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคลายเครียดกลับเป็นต้นเหตุสำคัญของการติดสุรา




**ข้อความที่ 2: การให้ความสำคัญกับปัญหาการดื่มสุราเป็นเรื่องที่ไม่คุ้มค่า เพราะยาเสพติดก่อให้เกิดปัญหามากกว่า**

แม้ว่าสารเสพติดบางชนิดอันตรายกว่าสุรา แต่ผู้ดื่มสุรามีจำนวนมากกว่าผู้ใช้สารเสพติดหลายเท่า สุราเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลายพันคนต่อปี ในขณะที่สารเสพติดเป็นเหตุที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตในหลักร้อย และสุรายังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่า 60 ชนิด




**ข้อความที่ 3: ห้องฉุกเฉิน เป็นสถานที่ที่วุ่นวายเกินไปที่จะให้การดูแลปรึกษาปัญหาการดื่มสุราได้**

เป็นที่รู้กันว่าห้องฉุกเฉินมีงานด่วนวุ่นวาย อย่างไรก็ตามผู้รับบริการที่ห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่มักเกิดร่วมกับการดื่มสุรา ที่พบบ่อย เช่น อุบัติเหตุจราจร การทำร้ายร่างกาย เลือดออกในกระเพาะอาหาร มีความพยายามฆ่าตัวตาย ฯลฯ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นชายที่เกิดอุบัติเหตุ ห้องฉุกเฉินแทบจะเป็นเพียงโอกาสเดียวที่คนกลุ่มนี้จะเข้ารับบริการสุขภาพ นอกจากนั้นการติดตามหลังจากนั้น (เช่น ล้างแผล ตัดไหม) ก็เป็นโอกาสดีที่จะให้การบำบัดแบบสั้น

**สรุปประเด็นทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยสุรา**

- ทัศนคติของเราต่อการดื่มสุรา มีผลต่อพฤติกรรมบริการของเรา เมื่อให้การดูแลปรึกษาต่อผู้มีปัญหาการดื่มสุรา
- บุคลากรสุขภาพทุกคนที่จะให้การดูแลปรึกษาแก่ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ควรตระหนักถึงทัศนคติของตนและของผู้อื่นที่มีต่อพฤติกรรมดื่มสุราด้วย

**สรุปประเด็นทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยสุรา**

จากกิจกรรมนี้จะเห็นได้ว่า ในเหตุการณ์ต่างๆ แต่ละคนแปลความหมาย ความรู้สึก และมีทัศนคติที่แตกต่างกันได้หลายมุมมอง แม้ว่าไม่มีความคิดเห็นใด ถูกหรือผิดอย่างชัดเจน การพิจารณาปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ นับเป็นสิ่งจำเป็น และที่สำคัญต้องตระหนักว่า ทัศนคติของเรา มีผลต่อพฤติกรรมบริการของเราเมื่อให้การดูแลปรึกษาต่อผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ดังนั้น บุคลากรสุขภาพทุกคนที่จะให้การดูแลปรึกษาแก่ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ควรตระหนักถึงทัศนคติของตนและของผู้อื่นที่มีต่อพฤติกรรมดื่มสุราด้วย

## บทที่ 2
## ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ สุรา
## ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ
## พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
## พรบ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551

**ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุรา (แอลกอฮอล์)**

- สุราจัดเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง เนื่องจากมีเอทิลแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม
- เอทิลแอลกอฮอล์ เป็นแอลกอฮอล์ที่ได้จากการแปรรูปจากพืชจำพวกแป้งและน้ำตาล เช่น อ้อย ข้าว ข้าวโพด มันสำปะหลัง
- มีฤทธิ์ในทางเสพติด คือ ออกฤทธิ์กดประสาท มีการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทั้งเบียร์และสุราเป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- มีคุณค่าทางอาหารต่ำ แต่มีแคลอรี่สูง (อ้วนง่าย)
- มีผู้ใช้เกือบทุกกลุ่มวัย เพราะหาซื้อง่าย ใช้ในหลายโอกาส
- คนส่วนใหญ่ยังไม่ได้ตระหนักว่าสุรา คือ สารเสพติดที่สร้างอันตรายทั้งจากตัวของมันเอง และเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การเสพยาเสพติดอื่น ๆตามมา

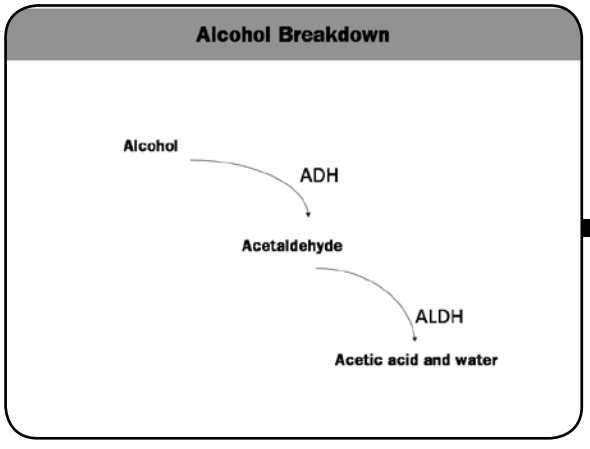
(ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา,2557)

**ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุรา (แอลกอฮอล์)**

เนื่องจากสุรามีเอทิลแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม ซึ่งเอทิลแอลกอฮอล์เป็นแอลกอฮอล์ที่ได้จากการแปรรูปจากพืชจำพวกแป้งและน้ำตาล เช่น อ้อย ข้าว ข้าวโพด มันสำปะหลัง ฤทธิ์ในทางเสพติดคือออกฤทธิ์กดประสาท มีการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทั้งเบียร์และสุราเป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีคุณค่าทางอาหารต่ำ แต่มีแคลอรี่สูง

ปัจจุบันสุราเป็นสารเสพติดอีกชนิดหนึ่งที่มีผู้ใช้เกือบทุกกลุ่มวัย เพราะหาซื้อง่าย ใช้ในหลายโอกาสที่สำคัญคนส่วนใหญ่ยังไม่ได้ตระหนักว่ามันคือสารเสพติดที่สร้างอันตรายทั้งจากตัวของมันเอง และเป็นอันตรายในฐานะที่เป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การเสพยาเสพติดอื่นๆ ตามมา ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

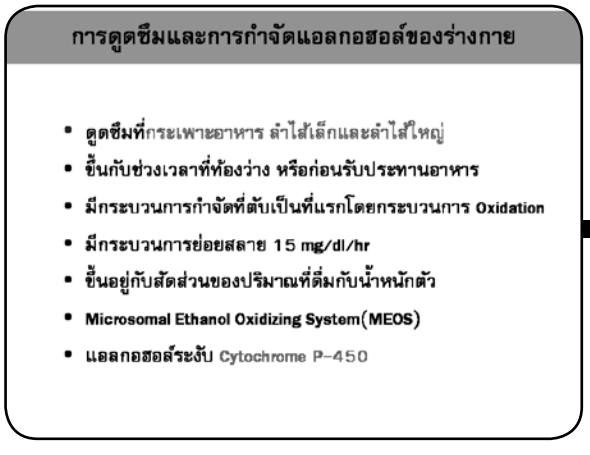
จากภาพแสดงถึงวงจร Reward Pathway ที่มีต่อสารเสพติดต่างๆ เช่น เฮโรอีน มอร์ฟีน และโคเคนมีผลกระตุ้น Reward Pathway ในส่วน Ventral Tegmental Area (VTA) และ Nucleus Accumbens ส่วนสารเสพติด เช่น นิโคตินและแอลกอฮอล์ออกฤทธิ์ในส่วน Pathway นี้เช่นเดียวกัน แต่ไม่ใช่ออกฤทธิ์โดยตรง แต่จะไปออกฤทธิ์ที่ Globus Pallidus ซึ่งเป็นส่วนที่แอลกอฮอล์จะไปเชื่อมต่อกับ Reward Pathway ถึงแม้ว่าสารเสพติดแต่ละชนิดจะมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกัน แต่สารแต่ละชนิดมีผลต่อ Reward Pathway โดยเพิ่ม Dopamine Transmission เพราะสมองคนเรามีหลายส่วนและสารเสพติดก็มีผลทำให้เกิดในระดับสารเคมีในสมอง การเสพสารเสพติดทำให้เกิดความพึงพอใจ และเกิดการจดจำความสุขที่ได้จากการเสพสารเสพติด และทำให้คนเราติดยาในที่สุด จึงเป็นที่มาของโรคสมองติดยา ว่าเป็นโรคทางสมองชนิดหนึ่ง




**กลไกการย่อยสลายของแอลกอฮอล์**

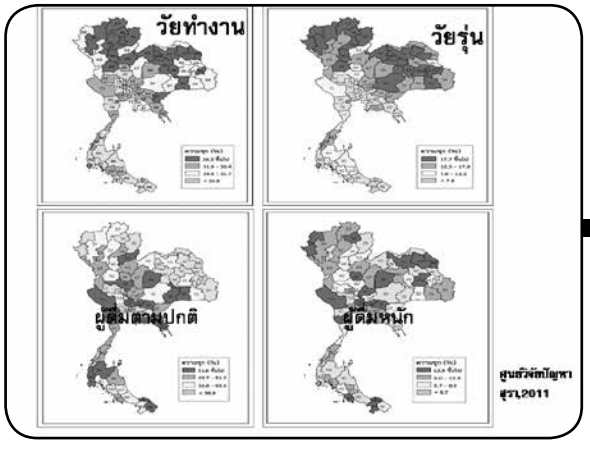
เมื่อแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกาย ส่วนใหญ่จะถูกทำลายที่ตับ ประมาณร้อยละ 95 โดยตับจะมีเอนไซม์ 2 ชนิดที่ทำการย่อยสลาย ดังนี้

1. Alcohol Dehydrogenase (ADH) ทำการย่อยแอลกอฮอล์เป็น Acetaldehyde
2. Aldehyde Dehydrogenase (ALDH) ทำการย่อย Acetaldehyde ได้เป็นกรด Acetic และน้ำ




**การดูดซึมและการกำจัดแอลกอฮอล์ของร่างกาย**

- ดูดซึมที่กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่
- ขึ้นกับช่วงเวลาที่ท้องว่าง หรือก่อนรับประทานอาหาร
- มีกระบวนการกำจัดที่ตับเป็นที่แรกโดยกระบวนการ Oxidation
- มีกระบวนการย่อยสลาย 15 mg/dl/hr
- ขึ้นอยู่กับสัดส่วนของปริมาณที่ดื่มกับน้ำหนักตัว
- Microsomal Ethanol Oxidizing system (MEOS)
- แอลกอฮอล์ระงับ Cytochrome P-450




**ความชุกของนักดื่มในประชากรวัยทำงาน (อายุ 15 ปีขึ้นไป)**

ในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่า พื้นที่ที่มีความชุกของนักดื่มสูง ส่วนใหญ่เป็นจังหวัดในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจังหวัดที่มีความชุกของนักดื่มประชากรผู้ใหญ่สูงสุด ได้แก่ พะเยา (ร้อยละ 54) รองลงมาคือ แพร่ เชียงราย นครพนม และน่าน สำหรับพื้นที่ที่มีความชุกของการดื่มในระดับน้อยที่สุดอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ และภาคกลาง โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ได้แก่ ปัตตานี นราธิวาส และยะลา (ร้อยละ 3.5, 3.9 และ 7.6 ตามลำดับ) ตามมาด้วยจังหวัดสตูล กระบี่ และสงขลา

**ความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น**
**(อายุ 15-19 ปี)**

ในประชากรวัยรุ่นที่อยู่ในช่วงอายุ 15-19 ปี พบว่า มีความชุกของนักดื่มในระดับมากในพื้นที่ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจังหวัดพะเยา เป็นจังหวัดที่มีความชุกนักดื่มในประชากรวัยรุ่นสูงสุด (ร้อยละ 30.4) ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีความชุกของนักดื่มประชากรผู้ใหญ่สูงสุดด้วยเช่นกัน รองลงมาคือ สุโขทัย เลย แพร่ และศรีสะเกษ ตามลำดับ สำหรับจังหวัดที่มีความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่นในระดับปานกลางถึงต่ำ ได้แก่ จังหวัดในเขตพื้นที่ภาคกลาง และภาคใต้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับสัดส่วน ความชุกของนักดื่มในประชากรวัยทำงานเช่นกัน

**ความชุกของผู้ดื่มตามปกติ**

หากจำแนกนักดื่มหรือประชากรผู้ใหญ่ที่ระบุว่าบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือน ตามความถี่ในการดื่ม สามารถแบ่งได้เป็นสองกลุ่มหลักๆ คือ กลุ่มที่ดื่มนานๆ ครั้ง และกลุ่มที่ดื่มประจำซึ่งดื่มตั้งแต่ทุกวัน เกือบทุกวัน และทุกสัปดาห์ ซึ่งถือว่า มีความเสี่ยงและแนวโน้มในการเกิดปัญหาและติดสุราต่อไปได้มาก ในกลุ่มนักดื่ม พบว่า สัดส่วนของนักดื่มประจำพบมากในจังหวัดภาคกลาง โดยจังหวัดที่มีสัดส่วนของนักดื่มประจำสูงสุด ได้แก่ ตราด (ร้อยละ 61.4) รองลงมาคือ ปทุมธานี กาญจนบุรี จันทบุรี และนราธิวาส โดยจังหวัดที่มีสัดส่วนของนักดื่มประจำระดับปานกลางและน้อย ส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น นครพนม ยโสธร และอำนาจเจริญ

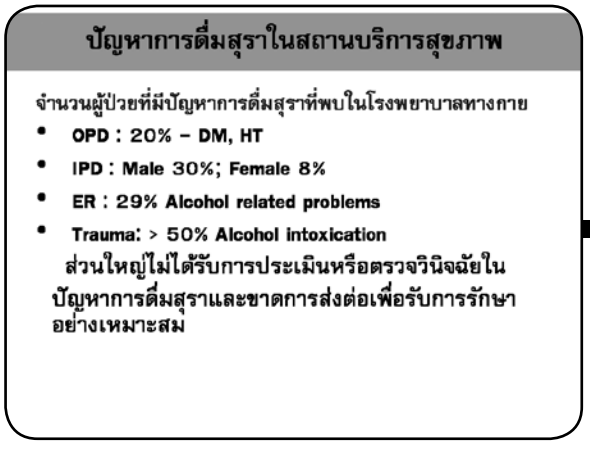
**ความชุกของผู้ดื่มหนัก**

ความเสี่ยงของแอลกอฮอล์นอกจากความถี่หรือการดื่มบ่อยๆ แล้ว การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากในแต่ละครั้งที่ดื่ม อาทิ การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณตั้งแต่ 50 กรัมขึ้นไป ก็เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาและผลกระทบที่ตามมา เช่น อุบัติเหตุ รถชน ทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกาย เป็นต้น เมื่อทำการวิเคราะห์ประเด็นการดื่มหนักในนักดื่มประชากรผู้ใหญ่แล้ว พบว่า พฤติกรรมการดื่มหนักในกลุ่มนักดื่มมีการกระจายตัวอยู่ในทุกภูมิภาค โดยจังหวัดที่มีสัดส่วนของนักดื่มหนักสูงสุด ได้แก่ แม่ฮ่องสอน (ร้อยละ 26.3) ตามมาด้วย นครนายก พะเยา พระนครศรีอยุธยา และปราจีนบุรี ส่วนจังหวัดที่มีสัดส่วนของนักดื่มหนักต่ำสุด ได้แก่ สงขลา (ร้อยละ 2.2) รองลงมาคือ ระนอง อำนาจเจริญ และบุรีรัมย์

**ลักษณะพฤติกรรมการดื่ม**

ในทางการแพทย์ได้พยายามจัดกลุ่มผู้ดื่ม โดยองค์การอนามัยโลกได้เสนอแผนภูมิ The Drinker's Pyramid เพื่อเป็นสื่อสะท้อนกลับให้ผู้ดื่มทราบว่าตนดื่มในระดับความเสี่ยงใด

โดยประมาณแล้วจะมีผู้ที่ไม่ดื่มเลยร้อยละ 40 ผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำร้อยละ 35 ผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยงสูง ซึ่งหมายรวมถึงผู้ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker) และผู้ดื่มแบบอันตราย (Harmful Drinker) ร้อยละ 20 และผู้ดื่มจนติดร้อยละ 5 ซึ่งในแต่ละประเทศอาจมีร้อยละของผู้ดื่มในแต่ละระดับแตกต่างกันไป ความเสี่ยงจากการดื่มสุรามากน้อยขึ้นกับพฤติกรรมการดื่ม และปริมาณการดื่ม แม้ว่ากลุ่มผู้ติดสุรามักจะมีปัญหาสุขภาพสูง แต่ผู้ดื่มที่ไม่ติดสุราก็พบปัญหามากเช่นกัน เนื่องจากคนกลุ่มนี้มีจำนวนมาก ดังนั้นการค้นหาผู้ดื่มจากหลากหลายกลุ่มในระดับความเสี่ยงแตกต่างกันจะช่วยลดปัญหาที่เกี่ยวกับการดื่มสุราในทุกรูปแบบ




**ปัญหาการดื่มสุราในสถานบริการสุขภาพ**

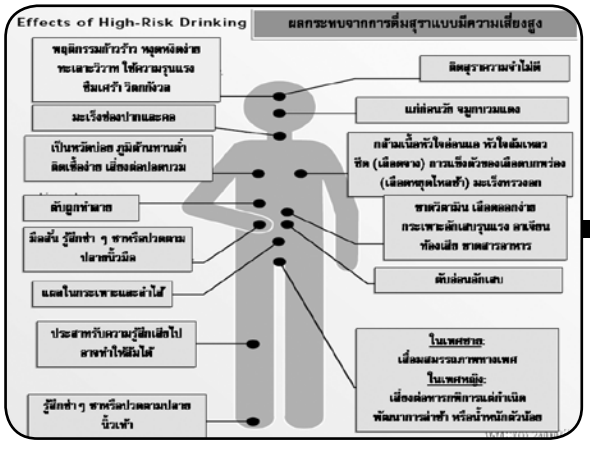
จากสถานการณ์ด้านอุปสงค์ที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์หลายด้านโดยเฉพาะด้านสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลให้มีผู้เข้าระบบบริการสุขภาพมีปัญหาการดื่มสุรามากขึ้น ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปและคลินิกผู้ป่วยนอกนั้น มีปัญหาการดื่มสุรามากกว่าร้อยละ 20 ใกล้เคียงกับความชุกของโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน ส่วนผู้ป่วยในพบสูงถึงร้อยละ 30 ของผู้ป่วยชายและร้อยละ 8 ของผู้ป่วยหญิง ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 29 ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินมาด้วยปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา และผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 มีอาการเมาสุราร่วมด้วย ที่สำคัญผู้ป่วยเหล่านี้มักไม่ได้รับการประเมินหรือตรวจวินิจฉัยในปัญหาการดื่มสุรา และขาดการส่งต่อเพื่อรับการรักษาอย่างเหมาะสมในปัญหาการดื่มสุรา

## Top 10 causes of burden of disease in DALYs by sex : 2009

| Rank | Males | DALY ('000) | % | % | DALY ('000) | Females |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Alcohol dependence/harmful use | 506 | 8.7 | 8.6 | 380 | Diabetes |
| 2 | Traffic accidents | 501 | 8.6 | 8.0 | 350 | Stroke |
| 3 | Stroke | 369 | 6.3 | 5.4 | 236 | Depression |
| 4 | HIV/AIDS | 282 | 4.8 | 4.0 | 178 | Ischaemic heart disease |
| 5 | Liver cancer | 262 | 4.5 | 3.6 | 159 | HIV/AIDS |
| 6 | Ischaemic heart disease | 250 | 4.3 | 3.5 | 154 | Cataracts |
| 7 | Diabetes | 218 | 3.8 | 3.1 | 138 | Osteoarthritis |
| 8 | COPD | 206 | 3.5 | 2.9 | 129 | Traffic accidents |
| 9 | Cirrhosis | 176 | 3.0 | 2.7 | 117 | Anaemia |
| 10 | Bronchus & Lung cancer | 133 | 2.3 | 2.6 | 114 | Liver cancer |
| | Top ten | 2902 | 50.0 | 44.5 | 1955 | Top ten |
| | Total | 5808 | 100 | 4398 | 100 | Total |

Top ten causes of DALYs lost in men accounted for half of total DALYs lost
And 45% of DALYs lost in women.

10 สาเหตุของภาวะโรคและการสูญเสียสุขภาวะ เมื่อแยกตามอายุ ปี ค.ศ.2009 พบว่า ในผู้ป่วยเพศชาย โรคติดแอลกอฮอล์หรือการดื่มสุราแบบอันตราย เป็นสาเหตุของการเกิดภาระโรคและสูญเสียสุขภาวะมากเป็นอันดับที่ 1




**การดื่มสุราแบบมีความเสี่ยงสูง (High-Risk Drinking)** นี้นำไปสู่ปัญหาทางสังคม ปัญหากฎหมาย ปัญหาสุขภาพ ปัญหาครอบครัว ปัญหาอาชีพ และปัญหาการเงิน อีกทั้งยังทำให้อายุสั้นลง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนขณะเมาสุรา แม้ว่าผลดังกล่าวจะเห็นได้ชัดในผู้ติดสุรา แต่ผู้ดื่มแบบเสี่ยง ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อตนเองเช่นกันทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งการดื่มหนักนานๆ ครั้งหรือการดื่มน้อยๆ แต่เรื้อรัง

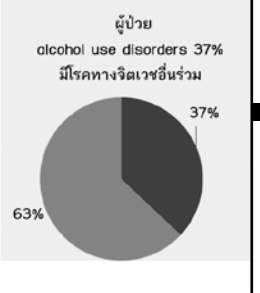
*การที่ดื่ม 3 ดื่มมาตรฐาน หรือมากกว่าในแต่ละครั้ง* ทำให้เกิดความเสี่ยง แต่การเกิด “อุบัติเหตุ” ที่ทำให้บาดเจ็บ ปัญหาสัมพันธภาพและการงาน ปัญหาการเจ็บป่วย เช่น การเมาค้าง พักผ่อนไม่เพียงพอและปัญหาโรคกระเพาะ

*การดื่มที่มากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันติดต่อกัน* เป็นเวลานาน อาจเป็นสาเหตุให้เกิดมะเร็ง โรคตับ ภาวะซึมเศร้า และการพึ่งพาสุรา (การติดสุรา)

## Comorbidity of Alcohol and Psychiatric Problems

**นิยาม:**

- **ภาวะหรือโรคทางจิตเวชที่พบร่วมในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา (Psychiatric Comorbidity)**
- **Comorbidity/Co-existing/Dual-diagnosis**
- **ควรประเมินหลังอาการถอนพิษสุราสงบอย่างน้อย 1 เดือน เพื่อให้แน่ใจว่าอาการที่ตรวจพบไม่ได้เกิดจากสุราโดยตรง**




**โรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา**

- ในบางครั้งอาจพบได้หลายคำที่มีความหมายเหมือนกัน ได้แก่ คำพ้องต่อไปนี้ Comorbidity/Co-existing/Dual-diagnosis
- ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ร้อยละ 37 พบว่า มีโรคร่วมทางจิตเวช
- อาการทางจิตเวชควรประเมินหลังอาการถอนพิษสุราสงบอย่างน้อย 1 เดือน เพื่อให้แน่ใจว่าอาการที่ตรวจพบไม่ได้เกิดจากสุราโดยตรง

**CO-MORBIDITY OF MENTAL DISORDER WITH ALCOHOL AND OTHER DRUG ABUSE: ECA STUDY**

| | | |
|---|---|---|
| Alcohol use disorders | Another mental disorders | 37% |
| | Anxiety disorders | 19% |
| | Antisocial PD | 14% |
| | Mood disorders | 13% |
| | Schizophrenia | 4% |
| Antisocial PD | Alcohol use disorders | 74% |
| Schizophrenia | Alcohol use disorders | 34% |
| Mood disorder | Alcohol use disorders | 22% |
| Anxiety disorder | Alcohol use disorders | 18% |

Reiger, et al. (1990)

จากตารางพบว่า

- ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา จำนวน 100 คน จะพบปัญหาสุขภาพจิตสูงถึง 37 คน
- ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 100 คน มีโอกาสเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา 34 คน

**ตารางแสดงข้อมูลการเปรียบเทียบ ความชุกของโรคจิตเวชของการดื่มสุราที่ผิดปกติ**

| Comorbid Disorder | Alcohol Abuse | | Alcohol Dependence | |
|---|---|---|---|---|
| National Comorbidity Survey (NCS) | 1-year rate (%) | Odds ratio | 1-year rate (%) | Odds ratio |
| Mood Disorders | 12.3 | 1.1 | 29.9 | 3.6* |
| Major depressive episode | 11.3 | 1.1 | 27.9 | 3.9* |
| Bipolar disorder | 0.3 | 0.7 | 1.9 | 6.3* |
| Anxiety Disorders | 29.1 | 1.7 | 36.9 | 2.6* |
| Generalized Anxiety Disorders | 1.4 | 0.4 | 11.6 | 4.6* |
| Panic Disorder | 1.3 | 0.5 | 3.9 | 1.7 |
| PTSD | 5.6 | 1.5 | 7.7 | 2.2* |
| Epidemiological Catchment Area Study (ECA) | Lifetime rate (%) | Odds ratio | Lifetime rate (%) | Odds ratio |
| Schizophrenia | 9.7 | 1.9 | 24 | 3.8 |

หมายเหตุ *Odds ratio was significantly different from 1 at 0.05 level.
Pirkola Irmeli I., Sourander Gerardo, Rasanen Pekka and Kyvalo, Juha M.(2002). Comorbidity of Alcoholism and Psychiatric Disorders. Alcohol Research & Health: Vol. 26, No. 2.

จากตารางพบว่า ผู้ที่ดื่มสุราแบบติด มีโอกาสป่วยเป็น

- โรคซึมเศร้าสูง 3.9 เท่าของคนที่ไม่ได้ดื่มสุรา
- โรคอารมณ์แปรปรวน 2 ขั้ว 6.3 เท่าของคนที่ไม่ดื่มสุรา
- โรควิตกกังวล 4.6 เท่าของคนที่ไม่ดื่มสุรา
- โรคความเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 2.2 เท่าของคนที่ไม่ดื่มสุรา
- คนที่ติดสุรามีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทสูง 3.8 เท่าของคนที่ไม่ได้ดื่ม

Journal of Mental Health of Thailand 2013; 21(1)

Epidemiology of psychiatric comorbidity in Thailand: a national study 2008

Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.[1] Thoranin Kongsuk, M.D.[2]
Wachira Pengjuntr, M.D.[1] Jintana Leejongpermpoon, M.P.A.[2]
Worawan Chutha, M.Ed.[1] Kedsaraporn Kenbubpha, MSc.

**N=17,140 Thai**

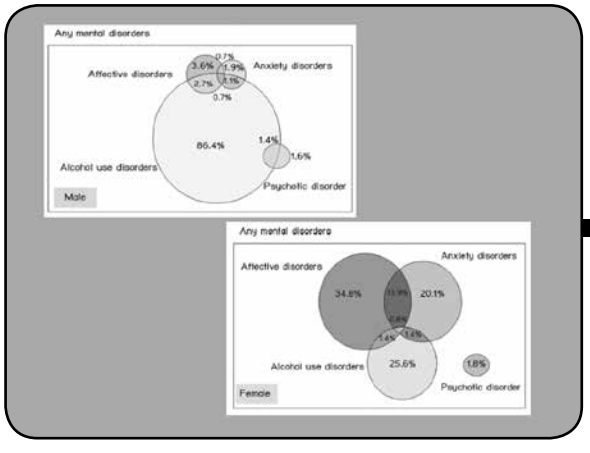
**ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: 2551**

เป็นการสำรวจระบาดวิทยาระดับชาติ 2551 ในประชากรอายุ 15–59 ปี จำนวน 17,140 คน สุ่มแบบ Stratified Three-stage Cluster Sampling ด้วยเครื่องมือวินิจฉัยโรค Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย สัมภาษณ์โดยบุคลากรสุขภาพจิต คิดค่าสถิติจากค่าประมาณสัดส่วนโดยการถ่วงน้ำหนัก พบความชุกของโรคจิตเวชร่วมร้อยละ 1.4 โดยพบ

- โรคจิตเวชร่วมภายในกลุ่มโรคเดียวกัน (Homotypic Comorbidity) ร้อยละ 0.3
- โรคจิตเวชร่วมระหว่างกลุ่มโรคต่างกัน (Heterotypic Comorbidity) ร้อยละ 1.1
- โรคจิตเวชร่วมภายในกลุ่มโรคเดียวกันพบ Mixed Bipolar Disorder ร้อยละ 34.7 ของ Bipolar Disorder ทั้งหมด
- โรคจิตเวชร่วมระหว่างกลุ่มโรคต่างกันพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย

- ผู้หญิงพบความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับโรควิตกกังวลมากที่สุดคือร้อยละ 14.7 ของโรคจิตเวชใดๆ
- ผู้ชายพบความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร่วมกับความผิดปกติทางอารมณ์มากที่สุดคือ ร้อยละ 3.4 ของโรคจิตเวชใดๆ
- ผู้ที่มีโรคจิตเวชร่วมพบความเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นมากโดยเฉพาะผู้หญิง
- 2 ใน 3 ของผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับโรควิตกกังวลและเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร่วมกับความผิดปกติทางอารมณ์พบความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

โรคจิตเวชร่วมพบได้น้อย แต่ผู้ที่มีโรคจิตเวชมีโอกาสพบโรคจิตเวชร่วมสูงโดยเฉพาะผู้หญิง ผู้มีโรคจิตเวชร่วมระหว่างกลุ่มโรคต่างกันมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นมาก ระบบบริการสุขภาพจิตควรให้ความสำคัญและจัดบริการเฉพาะทางสำหรับผู้มีโรคจิตเวชร่วม




หากพิจารณาโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มที่มีโรคจิตเวชใดๆผู้หญิงมีกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับกลุ่มโรควิตกกังวลมากที่สุดถึงร้อยละ 14.7 หรือคิดเป็นร้อยละ 82.3 ของโรคจิตเวชร่วมที่พบในผู้หญิงทั้งหมด ในขณะที่ผู้ชายพบความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร่วมกับกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.4 หรือคิดเป็นร้อยละ 57.6 ของโรคจิตเวชร่วมที่พบในผู้ชายทั้งหมด นอกจากนี้ในผู้ชายที่อยู่ในกลุ่มโรคจิตกว่าครึ่งที่มีโรคร่วมกับกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา ซึ่งไม่พบเลยในผู้หญิง

ในกลุ่มผู้มีโรคความผิดปกติทางอารมณ์พบโรควิตกกังวลโรคหนึ่งโรคใดในปัจจุบันร่วมถึงร้อยละ 24.7 ในขณะที่ประชากรทั่วไปพบกลุ่มโรควิตกกังวลได้เพียงร้อยละ 1.9 ผู้หญิงพบได้มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 28.4 และร้อยละ 16.3 ตามลำดับ) ในกลุ่มผู้มีโรคซึมเศร้า (Depressive Disorders) ในปัจจุบันพบกลุ่มโรควิตกกังวลร่วมร้อยละ 25.5 ผู้หญิงพบมากกว่าผู้ชายเช่นกัน (ร้อยละ 28.8 และร้อยละ 17.2 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มผู้มีโรค Bipolar Disorder ในปัจจุบันพบกลุ่มโรควิตกกังวลร่วมต่ำกว่าเล็กน้อย (ร้อยละ 23.7) แต่พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายชัดเจน (ร้อยละ 35.1 และร้อยละ 10.4 ตามลำดับ)

The prevalence of alcohol use disorders and psychiatric comorbidity in Thailand: national epidemiological survey 2008

Boonsiri Junsirimongkol, M.D.[1] Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.[2]
Maturin Khamwongpin, MSN.[3] Warawan Chutha, M.Ed.[2]
Thoranin Kongsuk, M.D.[4] Jintana Leejongpermpoon, M.PA.[4]

N=17,140 Thai

**ความชุกความผิดปกติพฤติกรรมการดื่มสุราและจิตเวชร่วมในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาระดับชาติ 2551**

**Gender and Comorbidity of alcohol use disorders and other psychiatric disorders**

| โรคจิตเวช | Alcohol use disorders | | | |
|---|---|---|---|---|
| | x (%) | OR (95%CI) | x (%) | OR (95%CI) |
| | Males | | Females | |
| Affective disorders | 4.1(0.6) | 3.2(2.2-4.6) | 8.2(3.0) | 2.8(1.2-5.8) |
| Major depressive episode | 3.1(0.5) | 2.9(1.8-4.4) | 6.8(2.6) | 2.7(1.1-6.3) |
| Dysthymia | 0.9(0.1) | 1.5(0.4-5.7) | - | - |
| Hypomanic episode | 0.7(0.9) | 4.2(1.8-9.9) | 1.2(0.7) | 5.4(1.4-20.1) |
| Manic episode | 0.5(0.2) | 22.7(5.4-97.8) | 1.7(1.5) | 18.0(2.8-115.3) |
| Anxiety disorders | 2.0(0.5) | 2.8(1.0-4.9) | 7.0(2.5) | 3.5(1.6-7.5) |
| Panic disorder | 0.9(0.4) | 6.0(2.1-17.3) | 1.5(0.9) | 5.4(1.3-22.0) |
| Agoraphobia | 0.9(0.4) | 4.2(1.5-11.5) | 0.7(0.7) | 1.0(0.1-7.0) |
| Posttraumatic stress disorder | 0.2(0.1) | 1.4(0.4-5.2) | 2.4(1.5) | 6.3(1.6-25.5) |
| Generalized anxiety disorder | 0.9(0.3) | 2.0(0.9-4.3) | 3.9(1.8) | 3.5(1.3-9.8) |
| Psychotic disorders | 1.0(0.6) | 3.1(1.1-8.9) | 0.8(0.6) | 2.4(0.4-15.0) |
| Any mental disorders | 6.4(0.8) | 2.7(1.9-3.9) | 13.1(3.5) | 3.0(1.6-5.7) |

จากตารางพบว่า ผู้มีปัญหาการดื่มสุราเพศชาย และเพศหญิง มีโอกาสป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสูงถึง 22.7 และ 18 เท่าของคนที่ไม่ดื่มสุรา ตามลำดับ

ตารางแสดงให้เห็นว่าการดื่มสุราไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิง มีโอกาสเกิดโรคร่วมทางจิตเวชได้สูงกว่าคนทั่วไปที่ไม่ดื่ม

**Thanyarak Chaeingmai Hospital**
**(Arunya Paejoie, Nachaya chaeburapa ,1996)**

- กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสุรา120 คน พบโรคร่วมทางจิตเวช 72 คน 60.0 %
- Lifetime psychotic disorder 27.5 %
- Lifetime suicidality 18.3 %
- Lifetime manic episode 15.8 %
- Current major depressive disorder 15.0 %
- Current generalized anxiety disorder and Lifetime antisocial personality disorder 7.5 %

ภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 120 คนมีโรคจิตเวชร่วมร้อยละ 60 โดยโรคจิตเวชร่วมที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่

- Lifetime psychotic disorder ร้อยละ 27.5
- Lifetime suicidality ร้อยละ 18.3
- Lifetime manic episode ร้อยละ 15.8
- Current major depressive disorder ร้อยละ 15
- Current generalized anxiety disorder and lifetime antisocial personality disorder ร้อยละ 7.5

## พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551

มาตรา ๒๗ ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณดังต่อไปนี้

(๑) วัดหรือสถานที่สำหรับปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา

(๒) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและร้านขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา

(๓) สถานที่ราชการ ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้เป็นร้านค้าหรือสโมสร

(๔) หอพักตามกฎหมายว่าด้วยหอพัก

(๕) สถานศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ

(๖) สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมน้ำมันเชื้อเพลิง หรือร้านค้าในบริเวณสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง

(๗) สวนสาธารณะของทางราชการที่จัดไว้เพื่อการพักผ่อนของประชาชนโดยทั่วไป

(๘) สถานที่อื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

มาตรา ๒๘ ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัน หรือเวลาที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ ทั้งนี้ ประกาศดังกล่าวจะกำหนดเงื่อนไขหรือข้อยกเว้นใด ๆ เท่าที่จำเป็นไว้ด้วยก็ได้

บทบัญญัติในวรรคหนึ่ง มิให้ใช้บังคับกับการขายของผู้ผลิตผู้นำเข้าหรือตัวแทนของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าไปยังผู้ขายซึ่งได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยสุรา

มาตรา ๒๙ ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่บุคคลดังต่อไปนี้

(๑) บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์

(๒) บุคคลที่มีอาการมึนเมาจนครองสติไม่ได้

**พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551**

**มาตรา 27** ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณดังต่อไปนี้

(1) วัดหรือสถานที่สำหรับปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา

(2) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและร้านขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา

(3) สถานที่ราชการ ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้เป็นร้านค้าหรือสโมสร

(4) หอพักตามกฎหมายว่าด้วยหอพัก

(5) สถานศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ

(6) สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมน้ำมันเชื้อเพลิง หรือร้านค้าในบริเวณสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง

(7) สวนสาธารณะของทางราชการที่จัดไว้เพื่อการพักผ่อนของประชาชนโดยทั่วไป

(8) สถานที่อื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

**มาตรา 28** ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัน หรือเวลาที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด โดยคำแนะนำของคณะกรรมการ ทั้งนี้ ประกาศดังกล่าวจะกำหนดเงื่อนไขหรือข้อยกเว้นใดๆ เท่าที่จำเป็นไว้ด้วยก็ได้

บทบัญญัติในวรรคหนึ่ง มิให้ใช้บังคับกับการขายของผู้ผลิต ผู้นำเข้าหรือตัวแทนของผู้ผลิต หรือผู้นำเข้าไปยังผู้ขายซึ่งได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยสุรา

**มาตรา 29** ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่บุคคลดังต่อไปนี้

(1) บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์

(2) บุคคลที่มีอาการมึนเมาจนครองสติไม่ได้

**พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551**

หมวด ๕
การบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มาตรา ๓๓ ผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือญาติ คณะบุคคล หรือองค์กรทั้งภาครัฐหรือเอกชน ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจขอรับการสนับสนุนเพื่อการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพจากสำนักงานได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการควบคุมกำหนด

**หมวด 5**
**การบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์**

**มาตรา 33** ผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือญาติ คณะบุคคล หรือองค์กรทั้งภาครัฐหรือเอกชน ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจขอรับการสนับสนุนเพื่อการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพจากสำนักงานได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการควบคุมกำหนด

**พรบ. สุขภาพจิต 2551**

**มาตรา22 บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา**

**1. มีภาวะอันตราย**

**2. มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา**

**มาตรา 23 ผู้ใดพบบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมอันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา 22 ให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจโดยไม่ชักช้า**

**พรบ.สุขภาพจิต 2551**

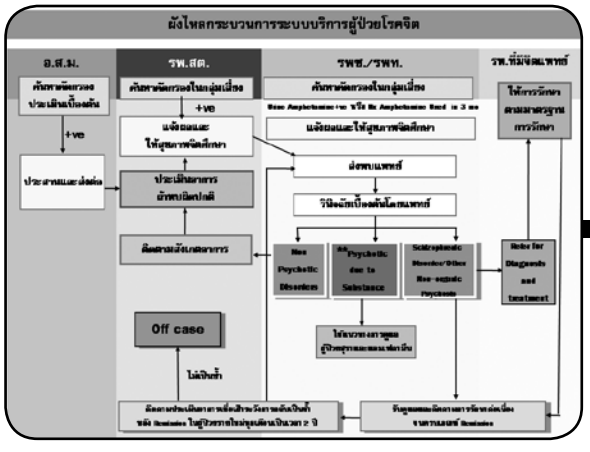
**มาตรา 22** บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา

(1) มีภาวะอันตราย

(2) มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

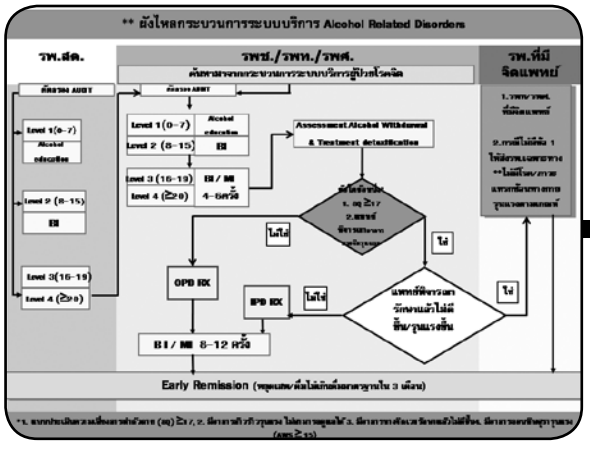
**มาตรา 23** ผู้ใดพบบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมอันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา 22 ให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจโดยไม่ชักช้า

# บทที่ 3
# กระบวนการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช




ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเริ่มต้นจากมีการค้นหาคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง และยืนยันผลการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนและมีประวัติใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนภายใน 3 เดือน หรือในบางราย มีประวัติการดื่มสุรา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการทางจิต จะส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยเบื้องต้นโดยแพทย์ สามารถแยกได้เป็น 3 สาเหตุคือ

1. Non Psychotic Disorders
2. Psychotic Due to Substance
3. Schizophrenic Disorders/other Non Organic Psychotic




**ระบบบริการผู้ป่วย Alcohol Related Disorders**

เมื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคจิตและสามารถแยกได้แล้วว่าผู้ป่วยมีสาเหตุของอาการทางจิตมาจากการใช้สุรา แพทย์ที่โรงพยาบาล รพช./รพท./รพศ. จะให้การวินิจฉัยและพิจารณาความรุนแรงของอาการ

1. คัดกรองปัญหาการดื่มสุราด้วยแบบประเมิน AUDIT และให้การบำบัดตามความรุนแรงของปัญหา หากอาการทางจิตไม่รุนแรง จะให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ณ สถานพยาบาลนั้น
2. หากอาการรุนแรง มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง (AWS ≥ 15 คะแนน) ถ้าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลนั้นได้
3. หากแพทย์พิจารณาว่าอาการไม่ดี ไม่สามารถดูแลในสถานพยาบาลนั้นๆได้ สามารถส่งต่อผู้ป่วยมารักษาที่ รพ.ที่มีจิตแพทย์ หรือ รพ.เฉพาะทาง (กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย)
4. ให้การบำบัดทางจิตสังคม Brief Intervention หรือ Motivational Interviewing 8-12 ครั้ง
5. ให้การติดตามตัวชี้วัด Early Remission (หยุดเสพ/ติดซ้ำใน 3 เดือน)

## การดูแลรักษา

1. การดูแลแบบผู้ป่วยนอก
2. การดูแลแบบผู้ป่วยใน
3. หากดูแลแบบผู้ป่วยในไม่ได้ พิจารณา Refer

เกณฑ์การ Refer

1. คะแนน 8Q ≥ 17
2. มีอาการก้าวร้าวรุนแรง ไม่สามารถดูแลได้
3. มีอาการทางจิตเวชรักษาแล้วไม่ดีขึ้น
4. มีอาการถอนพิษสุรารุนแรง (AWS ≥ 15)

**การดูแลรักษา**

1. การดูแลแบบผู้ป่วยนอก
2. การดูแลแบบผู้ป่วยใน
3. หากดูแลแบบผู้ป่วยในไม่ได้พิจารณาส่งต่อ

**เกณฑ์การ refer**

1. คะแนน 8Q ≥ 17
2. มีอาการก้าวร้าวรุนแรง ไม่สามารถดูแลได้
3. มีอาการทางจิตเวชรักษาแล้วไม่ดีขึ้น
4. มีอาการถอนพิษสุรารุนแรง (AWS ≥ 15)

# บทที่ 4
# การประเมินอาการถอนพิษสุรา และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง

**สุรา: Ethanol**

Ethanol ---> binding to $GABA_A$ receptor complex ---> increased $Cl^-$ influx ---> ลดความวิตกกังวลได้, อาการของ alcohol withdrawal คล้ายกับอาการของ Benzodiazepine withdrawal และมี Cross tolerance กับ Benzodiazepine

- ในผู้ติดสุรา อาการถอนสุรามักเริ่มเกิดขึ้นภายใน 3-6 ชั่วโมง รุนแรงที่สุดภายใน 2-3 วัน และหายไปภายใน 5-7 วันหลังการดื่มครั้งสุดท้าย

สุรา มีผลต่อ GABAA Receptor Complex ทำให้เพิ่มการดูดกลับของ Chloride มีผลช่วยลดความวิตกกังวล อาการของการถอนพิษสุรา มีอาการของ Benzodiazepine Withdrawal และมีผลกับการใช้ Benzodiazepine ในการลดอาการถอนพิษสุรา

ในผู้ติดสุรา อาการถอนสุรามักเริ่มเกิดขึ้นภายใน 3-6 ชั่วโมง รุนแรงที่สุดภายใน 2-3 วัน และหายไปภายใน 5-7 วันหลังการดื่มครั้งสุดท้าย

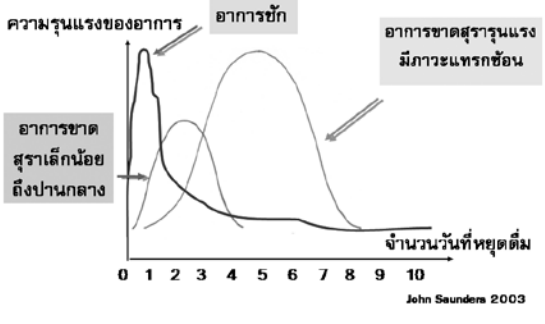
**หลักการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระยะบำบัด อย่างน้อย 3 เดือน**

1. การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการถอนพิษสุรา (Risk of Withdrawal assessment)
2. การเฝ้าระวังการถอนพิษสุรา (Withdrawal Monitoring)
3. การรักษาอาการถอนพิษสุรา (Withdrawal Management)
4. การประเมินภาวะโรคร่วมทางกายและทางจิต และการดูแลรักษา (Medical Co-morbidity Assessment & Management)
5. การให้การบำบัดแบบสั้นเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Brief Intervention to Motivate for Appropriate Treatment)

**หลักการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระยะบำบัด อย่างน้อย 3 เดือน**

1. การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการถอนพิษสุรา (Risk of Withdrawal assessment)
2. การเฝ้าระวังการถอนพิษสุรา (Withdrawal Monitoring)
3. การรักษาอาการถอนพิษสุรา (Withdrawal Management)
4. การประเมินภาวะโรคร่วมทางกายและทางจิต และการดูแลรักษา (Medical Co-morbidity Assessment & Management)
5. การให้การบำบัดแบบสั้นเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Brief Intervention to Motivate for Appropriate Treatment)

**ระยะเวลาในการเกิดอาการขาดสุรา**




**ระยะเวลาในการเกิดอาการขาดสุรา**

มักเกิดภายใน 6-48 ชั่วโมงหลังหยุดหรือลดการดื่มสุรา ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดสุรา

***อาการขาดสุราเล็กน้อยถึงปานกลาง***

เป็นมากที่สุดใน 24-48 ชั่วโมงหลังดื่มสุราครั้งสุดท้าย อาการมักจะดีขึ้นและหายไปได้ภายใน 5-7 วัน

***อาการขาดสุรารุนแรง***

เช่น DTs มักเริ่มเกิดขึ้นภายใน 2-3 วัน หลังหยุดดื่มสุรา หรือดื่มน้อยลง อาการมักรุนแรงที่สุดในวันที่ 4-5 ส่วนใหญ่อาการมักดีขึ้นภายใน 10 วัน

***ภาวะชักจากการถอนพิษสุรา (Rum Fit)***

มักเกิดใน 12-48 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม

**ประเมินความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรา**

**ควรประเมินความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุราใน**

- **ผู้มีคะแนน AUDIT ≥ 20 หรือ**
- **ผู้ติดสุรา หรือ**
- **ผู้ป่วยอุบัติเหตุ มีภาวะฉุกเฉินทางกาย หรือผู้ป่วยทั่วไปที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในและมีประวัติการดื่มสุราในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา**

**เพื่อเฝ้าระวังติดตามอาการขาดสุรา**

**โดย ประเมินปัจจัยเสี่ยง หรือประเมินภาวะติดสุรารุนแรง**

**ควรประเมินความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุราใน**

- ผู้มีคะแนน AUDIT ≥ 20 หรือ
- ผู้ติดสุรา หรือ
- ผู้ป่วยอุบัติเหตุ มีภาวะฉุกเฉินทางกาย หรือผู้ป่วยทั่วไปที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในและมีประวัติ การดื่มสุราในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

เพื่อเฝ้าระวังติดตามอาการขาดสุรา โดยประเมินปัจจัยเสี่ยง หรือประเมินภาวะติดสุรารุนแรง

**ปัจจัยเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรารุนแรง**

**ผู้ดื่มสุราที่**

- **มีอายุมากกว่า 30 ปี**
- **ประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละครั้ง (>150 กรัมต่อวัน) หรือดื่มมากกว่า 10 แก้วดื่มมาตรฐานต่อวัน**
  **คิดเป็นปริมาณเหล้าขาวมากกว่า ½ ขวดต่อวัน**
- **ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี)**
- **เคยมีอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อคลั่งสับสน (Delirium Tremens; DTs)**
- **เคยมีอาการชักจากขาดสุรามาก่อน**

**หากผู้ป่วยมีข้อใดข้อหนึ่งของปัจจัยเสี่ยงให้เฝ้าระวัง**

**การประเมินปัจจัยเสี่ยงของอาการขาดสุรารุนแรง**
**หากผู้ป่วยมีข้อใดข้อหนึ่งของปัจจัยเสี่ยงให้เฝ้าระวัง**

- อายุมากกว่า 30 ปี
- มีประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละครั้ง (> 150 กรัมต่อวัน) หรือดื่มมากกว่า 10 แก้ว (ดื่มมาตรฐาน) ต่อวัน คิดเป็นปริมาณเหล้าขาวมากกว่า 1/2 ขวดต่อวัน
- ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี)
- เคยมีอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อคลั่งสับสน (Delirium Tremens; DTs)
- เคยมีอาการชักจากการขาดสุรามาก่อน

**ปัจจัยเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรารุนแรง**

**ผู้ดื่มสุราที่**

- **มีอาการขาดสุรา ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง**
- **ดื่มครั้งสุดท้ายภายใน 3 วัน**
- **มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย**
- **ไม่มีภาวะเมาสุราทั้งที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง**
- **มีการใช้ยาเสพติดอื่น ๆรวมถึงยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง**
- **ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที**

**หากผู้ป่วยมีข้อใดข้อหนึ่งของปัจจัยเสี่ยงให้เฝ้าระวัง**

- มีอาการขาดสุรา ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง
- ดื่มครั้งสุดท้ายภายใน 3 วัน
- มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย
- ไม่มีภาวะเมาสุราทั้งที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง
- มีการใช้ยาเสพติดอื่นๆ รวมถึงยากล่อมประสาท หรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง
- ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที

**การประเมินอาการขาดสุรา**

- ประเมินระดับความรุนแรงของอาการโดยใช้แบบประเมิน
- ตัวอย่างแบบประเมินความรุนแรงอาการขาดสุราที่ใช้บ่อย
  - แบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale (AWS)
  - แบบประเมิน Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol–Revised Version (CIWA – Ar)
- ควรจะประเมิน Baseline และประเมินอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการรักษาแบบผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของอาการขาดสุราตั้งแต่แรกเริ่มมีอาการ และให้การรักษาอย่างเหมาะสมทันท่วงที จึงจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงได้

John Saunders 2003

**การประเมินอาการขาดสุรา**

1. การประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการขาดสุรารุนแรง จะช่วยให้ผู้บำบัดสามารถประเมิน Setting ในการรักษาที่เหมาะสมได้ เช่น ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เร็วอาจไม่มีอาการขาดสุราที่รุนแรงให้เห็น แต่ประเมินแล้วพบว่ามีโอกาสเกิดอาการขาดสุรา และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ลักษณะนี้ควรรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นต้น

   ประเมินระดับความรุนแรงของอาการโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุรา เพื่อช่วยในการวางแผนและติดตามการรักษา เครื่องมือที่นิยมใช้ ได้แก่
   - Alcohol Withdrawal Scale (AWS) 7 ข้อ
   - Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised (CIWA-Ar) 10 ข้อ
2. แม้ว่าจากผลการทบทวนบทความพบว่ามีการใช้ CIWA-Ar มากกว่า AWS และถือเป็นเครื่องมือมาตรฐาน (Gold Standard) แต่ AWS สามารถใช้ได้สะดวกกว่า จำนวนข้อน้อย มีความเป็นปรนัย และเป็นรูปธรรมมากกว่า อย่างไรก็ตามการใช้เครื่องมือเหล่านี้มีสิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ คะแนนจากการประเมินอาจผิดพลาดได้กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ไม่ควรจะยึดคะแนนจากแบบประเมินเพียงอย่างเดียว ควรอาศัยการตัดสินใจทางคลินิก และการสังเกตอื่นร่วมด้วย ที่สำคัญเครื่องมือเหล่านี้ไม่ใช่เครื่องมือในการวินิจฉัยโรค
3. การประเมิน Baseline และการประเมินต่อเนื่อง เพราะอาการขาดสุราจะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาหลังการหยุดดื่มสุราที่สำคัญ คือ **"ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของอาการขาดสุราตั้งแต่แรกเริ่มมีอาการ และให้การรักษาอย่างเหมาะสมทันท่วงที จึงจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงได้"**

**ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE (AWS)**

- ประกอบด้วย 7 หัวข้อ ได้แก่ เหงื่อ สั่น วิตกกังวล กระสับกระส่าย อุณหภูมิ ประสาทหลอน และการรับรู้บุคคล วัน เวลา สถานที่
- คะแนน 0–4 ในแต่ละข้อ รวม 28 คะแนน

การแปลผลคะแนนรวม AWS

| | | |
|---|---|---|
| 1–4 | = | Mild withdrawal |
| 5–9 | = | Moderate withdrawal |
| 10–14 | = | Severe withdrawal |
| ≥ 15 | = | Very severe withdrawal |

**Alcohol Withdrawal Scale (AWS)**

ประกอบด้วย 7 หัวข้อ คะแนนข้อละ 0-4 รวม 28 คะแนน

การแปลผลคะแนนรวม AWS

| | | |
|---|---|---|
| 1-4 | = | Mild Withdrawal |
| 5-9 | = | Moderate Withdrawal |
| 10-14 | = | Severe Withdrawal |
| ≥ 15 | = | Very Severe Withdrawal |

**ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE (AWS)**

ITEM 1: PERSPIRATION (เหงื่อ)
0 ไม่มีเหงื่อ
1 ชื้นเฉพาะที่ฝ่ามือ
2 ฝ่ามือชื้นและมีเม็ดเหงื่อเฉพาะตามใบหน้า ตามตัว
3 เหงื่อเปียกชื้นไปทั้งตัว
4 เหงื่อออกอย่างมากจนเสื้อผ้าเปียก

ITEM 2: TREMOR (สั่น)
0 ไม่มีอาการสั่น
1 มีอาการสั่นเฉพาะเวลายื่นมือไปจับสิ่งของหรือถือของ
2 มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา
3 มีมือสั่นอย่างมากตลอดเวลา

**Item 1: Perspiration (เหงื่อ)**

0 ไม่มีเหงื่อ
1 ชื้นเฉพาะที่ฝ่ามือ
2 ฝ่ามือชื้นและมีเม็ดเหงื่อเฉพาะตามใบหน้า ตามตัว
3 เหงื่อเปียกชื้นไปทั้งตัว
4 เหงื่อออกอย่างมากจนเสื้อผ้าเปียก

**Item 2: Tremor (สั่น)**

0 ไม่มีอาการสั่น
1 มีอาการสั่นเฉพาะเวลายื่นมือไปจับสิ่งของหรือถือของ
2 มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา
3 มีมือสั่นอย่างมากตลอดเวลา

**ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE (AWS)**

ITEM 3: ANXIETY (วิตกกังวล)
0 สงบ ไม่มีอาการวิตกกังวล
1 รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ
2 รู้สึกหวาดหวั่น ตกใจง่าย
3 วิตกกังวล กลัว สงบได้ยาก
4 ไม่สามารถควบคุมอาการวิตกกังวลได้ รวมถึง Panic attacks

ITEM 5: AXILLA TEMPERATURE
0 อุณหภูมิ 37.0°c หรือน้อยกว่า
1 อุณหภูมิ 37.1°c ถึง 37.5°c
2 อุณหภูมิ 37.6°c ถึง 38.0°c
3 อุณหภูมิ 38.1°c ถึง 38.5°c
4 อุณหภูมิ 38.6°c หรือมากกว่า

ITEM 4: AGITATION (กระสับกระส่าย)
0 ปกติ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
1 งุ่นง่าน อยู่ไม่นิ่ง
2 กระวนกระวายไม่สามารถนอนพักนิ่ง ๆ ได้
3 กระสับกระส่าย เปลี่ยนท่าบ่อย เดินไปมาสามารถนั่งพักหรือนอนพักได้ช่วงสั้น ๆ
4 กระสับกระส่ายอย่างมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เลย เดินไปมาตลอดเวลา

**Item 3: Anxiety (วิตกกังวล)**

0 สงบ ไม่มีอาการวิตกกังวล
1 รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ
2 รู้สึกหวาดหวั่น ตกใจง่าย
3 วิตกกังวล กลัว สงบได้ยาก
4 ไม่สามารถควบคุมอาการวิตกกังวลได้รวมถึง Panic Attacks

**Item 4: Agitation (กระสับกระส่าย)**

0 ปกติ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
1 งุ่นง่าน อยู่ไม่นิ่ง
2 กระวนกระวายไม่สามารถนอนพักนิ่งๆ ได้
3 กระสับกระส่าย เปลี่ยนท่าบ่อย เดินไปมา สามารถนั่งพักหรือนอนพักได้ช่วงสั้นๆ
4 กระสับกระส่ายอย่างมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เลย เดินไปมาตลอดเวลา

**Item 5: Axilla Temperature**

0 อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส หรือน้อยกว่า
1 อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ถึง 37.5 องศาเซลเซียส
2 อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ถึง 38.0 องศาเซลเซียส
3 อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ถึง 38.5 องศาเซลเซียส
4 อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส หรือมากกว่า

**ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE (AWS)**

**ITEM 6: HALLUCINATION**

0 ไม่มีประสาทหลอนเลย
1 มีอาการเห็นสิ่งของรอบข้างบิดเบือนไปเป็นพัก ๆ ยังรู้ตัวว่าไม่ได้เกิดขึ้นจริง
2 มีประสาทหลอนชัดเจนเกิดขึ้นเฉพาะของบางสิ่งหรือบางเหตุการณ์และเกิดขึ้นช่วงสั้น ๆ ยังคงรับรู้ความเป็นจริงอยู่
3 มีประสาทหลอนชัดเจนเหมือนข้อ 2 แต่ไม่เชื่อว่าไม่ใช่เรื่องจริง ยากที่จะให้ยอมรับได้ว่าเป็นประสาทหลอน รู้สึกทุกข์ทรมานกับอาการประสาทหลอนนั้นและยังรับรู้ความเป็นจริงเฉพาะบางเรื่อง
4 มีประสาทหลอนชัดเจนในหลายเรื่อง ไม่สามารถรับรู้ความเป็นจริงได้ ผู้ป่วยเหมือนอยู่ในโลกของประสาทหลอน

Item 6: Hallucination

0 ไม่มีประสาทหลอนเลย
1 มีอาการเห็นสิ่งของรอบข้างบิดเบือนไปเป็นพักๆ ยังรู้ตัวว่าไม่ได้เกิดขึ้นจริง
2 มีประสาทหลอนชัดเจนเกิดขึ้นเฉพาะของบางสิ่งหรือบางเหตุการณ์และเกิดขึ้นช่วงสั้นๆ ยังคงรับรู้ความเป็นจริงอยู่
3 มีประสาทหลอนชัดเจนเหมือนข้อ 2 แต่ไม่เชื่อว่าไม่ใช่เรื่องจริง ยากที่จะให้ยอมรับได้ว่าเป็นประสาทหลอน รู้สึกทุกข์ทรมานกับอาการประสาทหลอนนั้น และยังรับรู้ความเป็นจริงเฉพาะบางเรื่อง
4 มีประสาทหลอนชัดเจนในหลายเรื่อง ไม่สามารถรับรู้ความเป็นจริงได้ ผู้ป่วยเหมือนอยู่ในโลกของประสาทหลอน

**AWS vs CIWA-Ar score**

| ความรุนแรง | AWS SCORE | CIWA-Ar SCORE | การให้ยา |
|---|---|---|---|
| Mild | 1-4 | 1-7 | อาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา |
| Moderate | 5-9 | 8-14 | การรักษาด้วยยาช่วยลดโอกาสเกิดอาการถอนพิษที่รุนแรง |
| Severe | 10-14 | 15-19 | ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด |
| Very severe | ≥15 | ≥ 20 | ต้องให้การรักษาด้วยยาขนาดสูงเพื่อทำให้อาการสงบอย่างรวดเร็ว |

**การแปลผล**

**Mild Symptoms :** AWS = 1-4, CIWA-Ar = 1-7 อาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา

**Moderate Symptoms :** AWS = 5-9, CIWA-Ar = 8-14 การรักษาด้วยยา ช่วยลดโอกาสเกิดอาการขาดสุราที่รุนแรง

**Severe Symptoms :** AWS = 10-14, CIWA-Ar = 15-19 ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

**Very Severe :** AWS ≥ 15, CIWA-Ar ≥ 20 ต้องให้การรักษาด้วยยาขนาดสูงเพื่อทำให้อาการสงบอย่างรวดเร็ว

**ดูวีดิทัศน์สาธิตวิธีประเมินอาการขาดสุรา**

**ดูวีดีทัศน์กรณีศึกษา ใช้เครื่องมือ AWS**
**เฉลยพร้อมอภิปราย**

**กิจกรรม : ดูวีดิทัศน์สาธิตวิธีประเมินอาการขาดสุรา**

**วัตถุประสงค์**

เพื่อให้เข้าใจวิธีการประเมินอาการขาดสุราโดยใช้เครื่องมือ AWS

**วิธีการ**

ให้เวลา 10 นาที

**อุปกรณ์**

แบบประเมิน AWS

- ดูวีดีทัศน์กรณีที่ 1 ใช้เครื่องมือ AWS ทดลองทำ เฉลยพร้อมอภิปราย

**ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา**

**ระยะที่ 1: เล็กน้อย**

เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย: 6-36 ชั่วโมง

อาการ:

- มือสั่น วิตกกังวลเล็กน้อย หงุดหงิด ปวดมึนศีรษะ
- เหงื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อย
- เบื่ออาหาร คลื่นไส้
- ผะอืดผะอม อาเจียน
- นอนไม่หลับ
- ตรวจสภาพจิตปกติ

**ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา**

**การขาดสุราระยะที่ 1 หรือเล็กน้อย**

เกิดได้ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงไปจนถึง 36 ชั่วโมง หลังดื่มครั้งสุดท้าย ระยะนี้อาการไม่รุนแรง ถ้าไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือภาวะถอนพิษสุรารุนแรง

**อาการ:** มีอาการทางด้านร่างกายเป็นหลัก ได้แก่ มือสั่น หงุดหงิด วิตกกังวลเล็กน้อย ปวดมึนศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ผะอืดผะอม อาเจียน นอนไม่หลับ ตรวจสภาพจิตเป็นปกติ

**แนวทางการรักษา**

**ระยะที่ 1: เล็กน้อย**

| รูปแบบการรักษา | ยาสงบอาการขาดสุรา |
|---|---|
| ดูแลแบบผู้ป่วยนอก<br>• เน้นการประเมินภาวะโรคทางกายที่พบร่วมและให้การรักษาแบบประคับประคอง<br>• ให้ Brief intervention | อาจไม่จำเป็นต้องให้ยา หรืออาจให้รับประทานเฉพาะเวลามีอาการ ได้แก่<br>• Diazepam 5 mg หรือ<br>• Lorazepam 1 mg หรือ<br>• Chordiazepoxide 10 mg |

**การรักษา:** อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาสงบอาการขาดสุราสามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้โดยการให้ความรู้ (Education) แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ เน้นการประเมินภาวะโรคทางกายที่พบร่วมและรักษาแบบประคับประคอง หากจำเป็นต้องให้ยาพิจารณาให้ยาเวลามีอาการ หรือ Symptom-trigger Regimen ควรให้การบำบัดแบบสั้น(Brief Intervention) เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดดื่ม

**ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา**

**ระยะที่ 2: ปานกลางถึงรุนแรง**

เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย: 24-72 ชั่วโมง

อาการ:

- กระวนกระวาย กระสับกระส่ายมากขึ้น ผุดลุกผุดนั่ง
- มือสั่น เหงื่อออกมาก ตัวสั่น
- ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
- PR >120 ครั้ง/นาที BP สูงมาก
- ตรวจสภาพจิต มีอาการสับสน หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล

**การขาดสุราระยะที่ 2 หรือปานกลางถึงรุนแรง**

เกิดในช่วง 24-72 ชั่วโมง หลังดื่มครั้งสุดท้าย อาการจะรุนแรงขึ้น โดยมีอาการคล้ายระยะที่ 1 แต่จะรุนแรงกว่า

**อาการ:** มีอาการของ Autonomic Hyperactivity ชัดเจน ชีพจรเต้นเร็ว > 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูง มีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่ายมากขึ้น ผุดลุกผุดนั่ง ตัวสั่น มือสั่นมาก เหงื่อออกมาก ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ตรวจสภาพจิตมีอาการสับสน หงุดหงิดง่าย และวิตกกังวล

**การรักษาอาการขาดสุรา**

**ระยะที่ 2: ปานกลางถึงรุนแรง**

| รูปแบบการรักษา | ยาสงบอาการขาดสุรา |
|---|---|
| • ควรดูแลแบบผู้ป่วยใน<br>• เน้นการประเมินอาการขาดสุราและภาวะแทรกซ้อน<br>• ให้ยาสงบอาการขาดสุราได้ทั้งวิธี Fixed dose หรือ Symptom trigger<br>• ให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนัดติดตามผล | • Diazepam 10 mg หรือ<br>• Lorazepam 2 mg หรือ<br>• Chordiazepoxide 25 mg ทุก 6 ชั่วโมง ใน 2 วันแรกแล้วค่อยลดลงในวันที่ 4-7 แล้วหยุดใช้ |

**การรักษา:** ระยะนี้อาจต้องพิจารณารับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในเน้นการประเมินอาการขาดสุราและภาวะแทรกซ้อน ยกเว้นว่าจะประเมินได้ว่าผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดสุราที่รุนแรงแทรกซ้อน และมีญาติดูแลก็อาจสามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ ให้ยาสงบอาการขาดสุราแบบรับประทานเป็นตารางกำหนด (Fixed Dose Regimen) หรือรับประทานเฉพาะมีอาการมากขึ้น (Symptom-trigger Regimen) ในขนาดยาที่สูงขึ้นกว่าการใช้รักษาอาการขาดสุรา ในระยะที่ 1 หลังรักษาภาวะถอนพิษแล้วควรให้การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ และนัดติดตามผล

**ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา**

**ระยะที่ 3: รุนแรงเพ้อคลั่ง**

**มีอาการเพ้อคลั่งสับสน (Delirium tremens)**
**เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย: 48-96 ชั่วโมง**

**อาการ:**

- กระสับกระส่าย, เหงื่อออกมาก อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา ไม่มีสมาธิ
- ไข้สูง ชีพจรเร็ว มือสั่น ตัวสั่นมาก
- สับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่
- เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิดหวาดระแวงกลัว

**การขาดสุราระยะที่ 3 หรือรุนแรงเพ้อคลั่ง (Delirium)**

เกิดในช่วง 48-96 ชั่วโมงหลัง ดื่มครั้งสุดท้าย ระยะนี้อาการรุนแรงมาก

**อาการ:** ที่สำคัญคือ ภาวะสับสน ไม่รู้วันเวลา สถานที่เรียกว่ามี Disorientation ร่วมกับอาการขาดสุรารุนแรง กระสับกระส่ายมาก อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา มือสั่น ตัวสั่นมาก ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ไข้สูง ชีพจรเร็ว มักพบอาการทางจิตร่วมด้วย เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง กลัว ซึ่งอาการทางจิตนี้ต่างจาก Alcohol-Induced Psychotic Disorder ตรงที่ว่า Alcohol-Induced Psychotic Disorder มีอาการทางจิตเด่น แต่ไม่มีภาวะสับสน หรือ Disorientation

**การรักษาอาการขาดสุรา**

**ระยะที่ 3: รุนแรงเพ้อคลั่ง**

| รูปแบบการรักษา | ยาสงบอาการขาดสุรา |
|---|---|
| • ดูแลแบบผู้ป่วยใน<br>• เน้นการเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเพ้อคลั่ง<br>• ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกาย ภาวะโรคร่วมอื่น ๆ<br>• ให้ยาสงบอาการด้วยยาระดับสูง | • Diazepam 10-20 mg IV ทุก 15-20 นาทีจนกว่าจะสงบ<br>• สามารถให้ยาได้ถึง 500 mg หรือต้องคงยาระดับสูงของ Diazepam 2 gm ต่อวัน ในระยะ 2-3 วันแรก |

**การรักษา:** ระยะนี้ต้องรักษาแบบผู้ป่วยในเท่านั้น เพราะถือเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงแล้วเน้นการเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเพ้อคลั่ง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกาย ภาวะโรคร่วมอื่นๆ เช่น ติดเชื้อบาดเจ็บทางสมอง ขาดน้ำ เกลือแร่ และวิตามิน ปอดบวม เป็นต้น ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเพื่อสงบอาการโดยเร็ว ยาที่ใช้จึงมีขนาดสูงมาก เพราะต้องให้อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วให้หลักการดูแล 5 ส คือ

**ส**งบอาการด้วยยาระดับสูง
(front loading regimen)
**ส**กัดทุกข์กายใจ
**เส**ริมอาหารวิตามิน เกลือแร่
**ส**ร้างบรรยากาศอบอุ่นปลอดภัย
**สื**บภาวะแทรกซ้อนอื่น และแก้ไข

**ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา**

**อาการชักจากการขาดสุรา**

เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย: 6-48 ชั่วโมง

อาการ:

- เกร็งกระตุกทั่วร่างกาย หมดสติ มักมีอาการชักครั้งเดียว
- แต่สามารถเกิดเป็นชุดชัก 2-3 ครั้งห่างกัน 5 นาที
- อาการชักแบบต่อเนื่อง พบได้น้อยมาก หากพบควรต้องตรวจหาสาเหตุอื่นด้วย

**อาการชักจากการขาดสุรา**

ในระหว่างที่มีอาการตามระยะที่ 1-3 ผู้ป่วยอาจเกิดอาการชักได้ ส่วนใหญ่จะเกิดเร็ว คือ ภายใน 6 ชั่วโมง ไม่เกิน 2 วันแรกหลังหยุดดื่ม อาการ ชักแบบเกร็งกระตุกทั่วร่างกาย พร้อมหมดสติ พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรา และพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่ดื่มมานานหลายปี ส่วนใหญ่ชักครั้งเดียว แต่สามารถเกิดเป็นชุด คือ ชัก 2-3 ครั้งห่างกัน 5 นาทีได้ อาการชักแบบต่อเนื่องพบได้น้อยมาก (น้อยกว่าร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่ชักจากการขาดสุรา) ถ้าพบควรต้องหาสาเหตุอื่น

**การรักษาอาการขาดสุรา**

**อาการชักจากการขาดสุรา**

| รูปแบบการรักษา | ยาสงบอาการขาดสุรา |
|---|---|
| • เน้นการประเมินการชักว่ามีสาเหตุจากโรคอื่นหรือไม่<br>• อาจไม่จำเป็นต้องให้ยากันชักหากคุมอาการขาดสุราได้ดี<br>• หากพิจารณาให้ยากันชักควรเลือกยาที่สามารถสงบอาการขาดสุราและกันชักได้<br>• หลังผ่านระยะถอนพิษ ไม่มีความจำเป็นต้องให้ยากันชักระยะยาว | • ให้ยากลุ่ม BZD ให้เพียงพอ<br>• Sodium valproate loading 20 mg/kg/d แบ่งเป็น 2 ครั้งห่างกัน 6-8 ชั่วโมง หลังจากนั้น ให้วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 4 วัน หรือ<br>• Carbamazepine วันแรกให้ 600-800 mg หลังจากนั้นลดลงจนเหลือ 200 mg ในวันที่ 5 |

**การรักษา:** เน้นการประเมินการชักว่ามีสาเหตุจากโรคอื่นหรือไม่ หลักการรักษาภาวะชักจากการขาดสุราก็ใช้หลักการเดียวกันกับการรักษาอาการขาดสุราคือ การให้ยากลุ่ม Benzodiazepines เพื่อสงบอาการขาดสุรา โดยทั่วไปหากประเมินได้ว่า ไม่ได้เป็นโรคลมชัก หรือการชักที่เกิดจากสาเหตุอื่น ก็ไม่จำเป็นต้องให้ยากันชักเพื่อป้องกันในระยะยาว แต่ในปัจจุบันมีทางเลือกให้ใช้ยาที่สามารถสงบอาการขาดสุราและกันชักได้ อย่างไรก็ตาม หลังจากผ่านพ้นระยะถอนพิษสุรา ก็ไม่มีความจำเป็นต้องให้ยาต่อในระยะยาว

**ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา**

**อาการประสาทหลอนจากการขาดสุรา**

เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย: 12-48 ชั่วโมง

อาการ:

- ผู้ป่วยทราบว่าอาการประสาทหลอนนั้นเป็นผลจากสุราและไม่ใช่ความจริง

**อาการประสาทหลอนจากการขาดสุรา**

เกิดในช่วงอาการขาดสุรา 12-48 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม

**อาการ:** มีประสาทหลอน โดยผู้ป่วยทราบว่าอาการประสาทหลอนนั้นเป็นผลจากสุราและไม่ใช่ความจริง

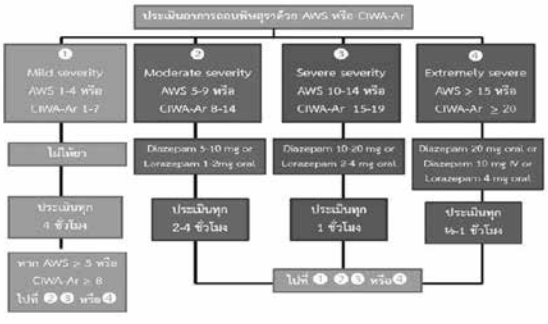
## การรักษาอาการขาดสุรา

### อาการประสาทหลอนจากการขาดสุรา

| รูปแบบการรักษา | ยาสงบอาการขาดสุรา |
|---|---|
| • เน้นการประเมินภาวะโรคร่วมทางจิตเวช<br>• ให้ยาสงบอาการขาดสุรา<br>• หากจำเป็น ให้ยารักษาโรคจิตเสริม<br>• ให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนัดติดตามผล | • Diazepam<br>• ในกรณีที่มีอาการประสาทหลอนรุนแรง อาจให้ Haloperidol 5–10 mg ต่อวัน ในระยะสั้น |

**การรักษา:** เน้นการประเมินภาวะโรคร่วมทางจิตเวชใช้หลักการเดียวกันกับการรักษาอาการขาดสุราโดยให้ยากลุ่ม Benzodiazepines และอาจพิจารณาให้ยาต้านโรคจิตร่วมหากจำเป็น หลังภาวะถอนพิษแล้วควรให้การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจให้หยุดดื่มสุราเด็ดขาด และนัดติดตามผล

## ตัวอย่างแนวเวชปฏิบัติการรักษาด้วยยาในผู้มีอาการถอนพิษสุราแบบ Symptom-triggered regimen




**ตัวอย่างการให้ยา** Diazepam ด้วยวิธี Symptom Trigger Regimen โดยใช้เครื่องมือ AWS ถ้าคะแนน AWS = 1-4 ให้การประเมินทุก 4 ชั่วโมง

เมื่อคะแนน AWS > 5 ให้การประเมินทุก 2 ชั่วโมง และเพิ่มขนาดยา Diazepam และความถี่ในการประเมินตามความรุนแรงของอาการขาดสุรา

# บทที่ 5
# ภาวะแทรกซ้อนทางกาย
# ที่พบบ่อยในผู้ดื่มสุรา

Alcohol Related Physical Illness

การดื่มสุราเป็นสาเหตุของโรคทางกายมากมาย ทั้งทางตรงและทางอ้อม ในที่นี้จะกล่าวถึง

1. **ภาวะแทรกซ้อนทางกาย** ที่พบบ่อยในผู้ดื่มสุรา ทั้งในช่วงเมาสุราและในช่วงถอนพิษสุรา
2. **กลุ่มโรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราโดยตรง** เช่น ประสาทเสื่อมจากสุรา โรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมจากสุรา โรคกระเพาะอักเสบจากสุรา โรคตับแข็งจากสุรา อาการระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงเกิน และอาการเอทธานอลและเมทธานอลเป็นพิษ กลุ่มโรคความผิดปกติของเด็กในครรภ์ที่มารดาดื่มสุรา โรคตับอ่อนอักเสบแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง เป็นต้น

**ภาวะแทรกซ้อนทางกายในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา**

| |
|---|
| 1. ภาวะแทรกซ้อนในช่วงเมาสุรา (Alcohol intoxication) |
| 1.1 ภาวะขาดน้ำในร่างกาย : Dehydration<br>1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ : Hypoglycemia<br>1.3 เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง : Subdural hematoma<br>1.4 ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น<br>Upper Gastrointestinal hemorrhage |
| 2. ภาวะแทรกซ้อนในช่วงถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) |

**ภาวะแทรกซ้อนทางกายในช่วงเมาสุรา (Alcohol Intoxication)** ที่พบบ่อยได้แก่

1. **ภาวะแทรกซ้อนในช่วงเมาสุรา (Alcohol Intoxication)**
   1.1 ภาวะขาดน้ำในร่างกาย: Dehydration
   1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ: Hypoglycemia
   1.3 เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง: Subdural Hematoma
   1.4 ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น: Upper Gastrointestinal Hemorrhage
2. **ภาวะแทรกซ้อนในช่วงถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal)**

**ภาวะแทรกซ้อนทางกายในช่วงเมาสุรา**

| ภาวะขาดน้ำในร่างกาย<br>Dehydration | ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ<br>Hypoglycemia |
|---|---|
| ตรวจพบ ปากแห้ง คอแห้ง ความตึงของผิวหนังลดลง มีไข้<br>Rx Fluid replacement: IV/oral | น้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 mg%<br>ประวัติ ขาดอาหาร, ไม่ได้รับอาหารเพียงพอ<br>ตรวจพบ มีอาการมือสั่น สับสน เพ้อ หรือซึม ไม่รู้สึกตัว<br>Rx Glucose intravenous injection |

**ภาวะขาดน้ำในร่างกาย (Dehydration)**

**ตรวจพบ:** ปากแห้ง คอแห้ง ความตึงของผิวหนังลดลง มีไข้

**Rx:** Intravenous Fluid Replacement

**ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)**

น้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 mg%

**ประวัติ:** ขาดอาหาร, ไม่ได้รับอาหารเพียงพอ

**ตรวจพบ:** มีอาการมือสั่น สับสน เพ้อ หรือซึม ไม่รู้สึกตัว

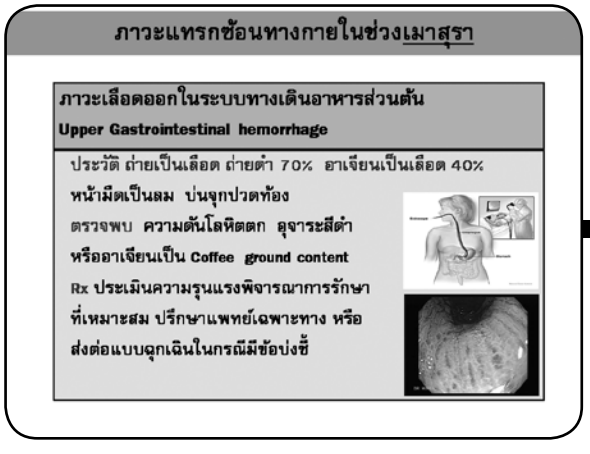
**Rx** Glucose Intravenous Injection

**เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง (Subdural Hematoma)**

**ประวัติ:** หกล้ม บาดเจ็บที่ศีรษะ

**ตรวจพบ:** มีเลือดออกบริเวณใบหน้า โดยเฉพาะบริเวณตา มีการเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้สึกตัว และสับสน ตรวจพบความผิดปกติทางระบบประสาท

**ตรวจเพิ่มเติม:** CT ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือส่งต่อแบบฉุกเฉิน (พิจารณาตามศักยภาพของโรงพยาบาล)



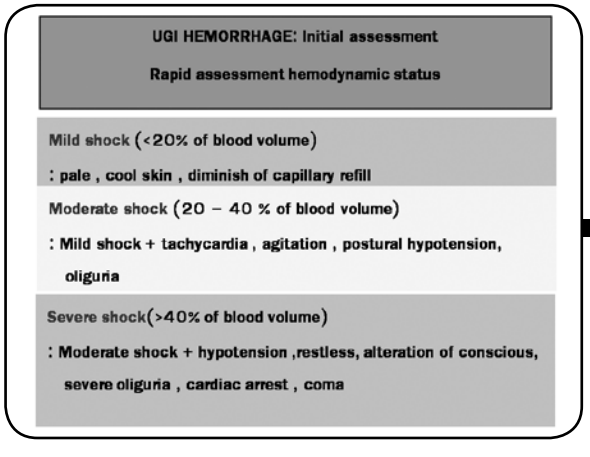

**ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastrointestinal Hemorrhage)**

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ กระเพาะและลำไส้ส่วนบน

**ประวัติ:** ถ่ายเป็นเลือด ถ่ายดำ 70% อาเจียนเป็นเลือด 40% หน้ามืดเป็นลม บ่นจุกปวดท้อง

**ตรวจพบ:** ความดันโลหิตตก อุจจาระหรืออาเจียนเป็น Coffee Ground Content

**Rx:** ประเมินความรุนแรง พิจารณาการรักษาที่เหมาะสมปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง หรือส่งต่อแบบฉุกเฉินในกรณีมีข้อบ่งชี้




**การประเมินเบื้องต้น ถือเป็นภาวะฉุกเฉิน ที่ต้องประเมิน Hemodynamic Status โดย**

- Mild Shock (<20% of Blood Volume): Pale, Cool Skin, Diminish of Capillary Refill
- Moderate Shock (20-40% of Blood Volume): Mild Shock + Tachycardia, Agitation, Postural Hypotension, oliguria
- Severe Shock (>40% of Blood Volume): Moderate Shock + Hypotension, Restless, Alteration of Conscious, Severe Oliguria, Cardiac Arrest, Coma

**UGI HGE: General assessment**

Fluid resuscitation : Peripheral/central

NG intubation and lavage

- Amount of bleeding
- Preparation before EGD
- Active bleeding
- Decrease aspiration
- Predicted mortality rate from color of blood

**การประเมินและรักษาทั่วไป**

Fluid Resuscitation: Peripheral/Central

NG Intubation and Lavage

- Amount of Bleeding
- Preparation Before EGD (Esophagogastroduodenoscope)
- Active Bleeding
- Decrease Aspiration
- Predicted Mortality Rate from Color of Blood

**ภาวะแทรกซ้อนทางกายในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา**

1. ภาวะแทรกซ้อนในช่วงเมาสุรา (Alcohol intoxication)
2. ภาวะแทรกซ้อนในช่วงถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal)
   - 2.1 ภาวะขาดน้ำในร่างกาย: Dehydration
   - 2.2 ภาวะขาดสารอาหาร: Malnutrition
   - 2.3 เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง: Subdural hematoma
   - 2.4 Wernicke encephalopathy
   - 2.5 Korsakoff encephalopathy

**ภาวะแทรกซ้อนในช่วงถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal)**

1. ภาวะขาดน้ำในร่างกาย: Dehydration
2. ภาวะขาดสารอาหาร: Malnutrition
3. เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง: Subdural Hematoma
4. Wernicke Encephalopathy
5. Korsakoff Encephalopathy

**ภาวะแทรกซ้อนทางกายในช่วงถอนพิษสุรา**

**ภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition)**

ภาวะขาดสารอาหาร จากการกินอาหารไม่เหมาะสม หรือจากการดูดซึมไม่ดี ที่พบบ่อยได้แก่ Thiamine, A, D, B6, E และ Folate

ประวัติ กินน้อย

ตรวจพบ น้ำหนักลด โดยเฉพาะ มวลกล้ามเนื้อและไขมันพร่อง มีปัญหาที่ตับและสมอง

Rx เพิ่มสารอาหารสำรอง ให้วิตามินเสริม

**ภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition)**

ภาวะขาดสารอาหารจากการกินอาหารไม่เหมาะสม หรือการดูดซึมไม่ดี ที่พบบ่อยได้แก่ Thiamine, Vitamin A, D, B6, E, และ Folate

**ประวัติ:** กินน้อย

**ตรวจพบ:** น้ำหนักลด โดยเฉพาะมวลกล้ามเนื้อและไขมันพร่อง มีปัญหาที่ตับและสมอง

**Rx:** เพิ่มสารอาหารสำรอง ให้วิตามินเสริม

**ภาวะแทรกซ้อนทางกายในช่วงถอนพิษสุรา**

| Wernicke encephalopathy | Korsakoff encephalopathy |
|---|---|
| ภาวะขาด Thiamine ในสมองจากการลดการดูดซึม กินไม่พอเพียง หรือตับมีปัญหา<br>ประวัติ ขาดสารอาหาร มีปัญหาเรื่องตับ<br>ตรวจพบ ความจำเสื่อม ตากระตุก (Nystagmus) เดินเซ(Ataxia) สับสน (Confusion) Opthalmoplegia<br>Rx ให้ Thiamine (Vit B1) ทางหลอดเลือดทันที หรือกล้ามเนื้อ และให้สารน้ำให้เพียงพอ | ภาวะขาด Thiamine เรื้อรังและไม่ได้รับการรักษา ส่งผลให้สมองถูกทำลายและความจำเสีย<br>ประวัติ คล้าย Wernicke แต่ไม่ได้รับการรักษาทันเวลา<br>ตรวจพบ เสียความจำระยะสั้น ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ โดยที่ผู้ป่วยยังคิดว่าปกติ<br>Neurological deficits : Peripheral neuropathy, Cerebellar ataxia, Myopathy<br>Rx เช่นเดียวกับ Wernicke encephalopathy |

**Wernicke Encephalopathy**

ภาวะขาด Thiamine ในสมอง จากการลดการดูดซึม การกินไม่พอเพียง หรือตับมีปัญหา

**ประวัติ:** ขาดสารอาหาร มีปัญหาเรื่องตับ

**ตรวจพบ:** ความจำเสื่อม มีตากระตุก เดินเซและสับสน

**Rx :** ให้ Thiamine (Vitamin B1) ทางหลอดเลือดทันที หรือกล้ามเนื้อและให้สารน้ำให้เพียงพอ

**Korsakoff Encephalopathy**

ภาวะขาด Thiamine เรื้อรังและไม่ได้รับการรักษา ส่งผลให้สมองถูกทำลายและความจำเสีย

**ประวัติ:** คล้าย Wernicke แต่ไม่ได้รับการรักษาทันเวลา

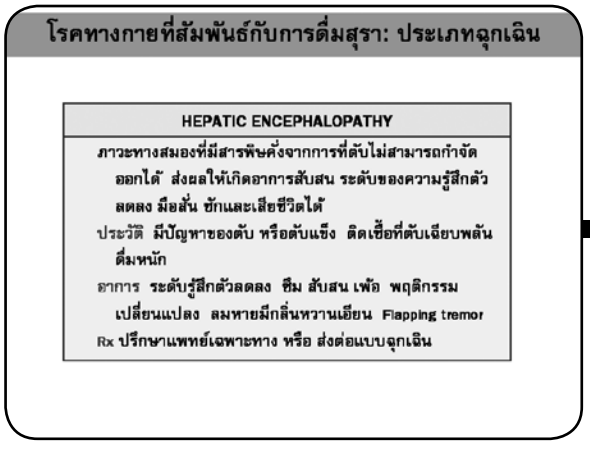
**ตรวจพบ:** เสียความจำระยะสั้น ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ โดยที่ผู้ป่วยยังคิดว่าปกติ

**Rx:** รักษาเช่นเดียวกับ Wernicke Encephalopathy

**โรคร่วมทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา**

แบ่งออกได้ 3 ประเภทตามระดับความฉุกเฉินเร่งด่วนในการดูแลรักษา

1. ประเภทฉุกเฉิน (Emergency)
2. ประเภทเร่งด่วน (Urgency)
3. ประเภทไม่เร่งด่วน (Non-Urgency)




**1. ประเภทฉุกเฉิน (Emergency)**

**Hepatic Encephalopathy**

ภาวะทางสมองที่มีสารพิษคั่งจากการที่ตับไม่สามารถกำจัดออกได้ ส่งผลให้เกิดอาการสับสนระดับของความรู้สึกตัวลดลง มือสั่น ชักและเสียชีวิตได้

**ประวัติ:** มีปัญหาของตับ หรือตับแข็ง ติดเชื้อที่ตับเฉียบพลัน ดื่มหนัก

**อาการ:** ระดับรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน เพ้อ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ลมหายใจมีกลิ่นหวานเอียน Flapping Tremor

**Rx:** ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง หรือส่งต่อแบบฉุกเฉิน

**โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภทฉุกเฉิน**

| HEPATIC ENCEPHALOPATHY | |
|---|---|
| Precipitating Factors | Treatment |
| GI bleeding | Fuminant hepatic failure: |
| Infection | Supportive treatment |
| Metabolic disturbance | Chronic liver disease: |
| Hypoxia | Correction of |
| Sedative drugs | precipitating factor |

**สาเหตุกระตุ้น (Precipitating Factors) ที่พบบ่อยๆ ได้แก่**

- ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร (GI Bleeding)
- การติดเชื้อ (Infection)
- Metabolic Disturbance
- ภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxia)
- ยากดระบบประสาท (Sedative Drugs)

**การรักษา**

ใน Fuminant Hepatic Failure ให้การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ ส่วนในผู้ป่วย Chronic Liver Disease ให้การแก้ไขปัจจัยกระตุ้นที่เป็นสาเหตุ

**การรักษาตามปัญหา**

- Reduction of Ammonia Production and Absorption: Lactulose, Lacitol, Dietary Protein Restriction
- Promotion of Waste Nitrogen Excretion: L-Ornitine L-Aspatate (LOLA) IV and PO, Sodium Benzoate IV and PO
- Correction of Neurotransmitter Abnormalities in Brain: Flumazenil, Branched Chain Amino Acid Enriched Formulation

**โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภทฉุกเฉิน**

| PANCREATITIS |
|---|
| ภาวะตับอ่อนอักเสบพบประมาณ 5% ของผู้ดื่มมานาน |
| ประวัติ ดื่มมานาน |
| แบบเฉียบพลัน ปวดท้องกลางช่องท้องรุนแรง อาเจียน อาจมีความดันต่ำและไตวาย |
| ในรายที่เรื้อรัง อาจมีอุจจาระเป็นสีขาวจากไขมัน น้ำหนักลด และภาวะเบาหวานร่วม |
| Rx ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง หรือ ส่งต่อแบบฉุกเฉิน |

**ตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitis)**

พบประมาณ 5% ของผู้ดื่มมานาน

**ประวัติ:** ดื่มมานาน

**อาการ:** แบบเฉียบพลัน ปวดท้องกลางช่องท้องรุนแรง อาเจียน อาจมีความดันต่ำ และไตวาย ในรายที่เรื้อรัง อาจมีอุจจาระเป็นสีขาวจากไขมัน น้ำหนักลดและภาวะเบาหวานร่วม

**Rx:** ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง หรือส่งต่อแบบฉุกเฉิน

**โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา**

| |
|---|
| 1. ประเภทฉุกเฉิน (Emergency) |
| 2. ประเภทเร่งด่วน (Urgency) |
| 2.1 VITAMIN B DEFICIENCY SYNDROME |
| 2.2 ELECTROLYTE IMBALANCE: HYPOKALEMIA |
| 2.3 ALCOHOL LIVER DISEASE: |
| • ALCOHOLIC CIRRHOSIS |
| • ALCOHOLIC HEPATITIS |
| 2.4 PNEUMONIA |
| 2.5 CARDIOMYOPATHY |
| 3. ประเภทไม่เร่งด่วน (Non-urgency) |

**2. ประเภทเร่งด่วน (Urgency)**

**ภาวะโรคร่วมทางกายประเภทเร่งด่วน (Urgency)**

ที่พบบ่อยได้แก่

2.1 Vitamin B Deficiency Syndrome

2.2 Electrolyte Imbalance: Hypokalemia

2.3 Alcohol Liver Disease: Alcoholic Cirrhosis, Alcoholic Hepatitis

2.4 Pneumonia

2.5 Cardiomyopathy

**โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภทฉุกเฉิน**

| ELECTROLYTE IMBALANCE |
|---|
| ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ เช่น โซเดียม โปแตสเซี่ยม แคลเซี่ยม ฟอสฟอรัส แมกนีเซี่ยมต่ำ |
| อาการและอาการแสดง แล้วแต่ชนิดของเกลือแร่ เช่น ภาวะโปแตสเซี่ยม (K) ต่ำจะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขาโดยเฉพาะส่วนต้น |
| Rx Electrolyte replacement |

**Electrolyte Imbalance**

ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ เช่น โซเดียม โปแตสเซี่ยม แคลเซี่ยม ฟอสฟอรัส แมกนีเซี่ยมต่ำ

**อาการและอาการแสดง:** แล้วแต่ชนิดของเกลือแร่ เช่น ภาวะโปแตสเซี่ยม (K) ต่ำ จะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา โดยเฉพาะส่วนต้น

**Rx:** Electrolyte Replacement

**โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภทเร่งด่วน**

| HYPOKALEMIA | |
|---|---|
| Plasma K <3.5 mEq/L<br>อาการแสดง : Arrhythmias, Muscle weakness, Hepatic encephalopathy, Digitalis intoxication | Determine urgency and appropriate route: Enteral route is preferred<br>IV administration only if: Enteral access is not available or contraindicated or Urgent repletion is warranted by associated conditions<br>Assess the renal function: BUN, Cr, and urine output |

**Hypokalemia**

ค่าของ Plasma K < 3.5 mEq/L ประมาณว่า Serum K ลดลง 1xmEq/L จะเท่ากับการสูญเสียโปแตสเซี่ยมของร่างกายโดยรวมเท่ากับ 200-400 mEq อาการแสดงที่ตรวจพบ ได้แก่ Arrhythmias, Muscle Weakness, Hepatic Encephalopathy, Digitalis Intoxication

**หลักการรักษา**

- Determine Urgency and Appropriate Route: Enteral Route is Preferred
- IV Administration only if: Enteral Access is not Available or Contraindicated or Urgent Repletion is Warranted by Associated Conditions
- Assess the Renal Function: BUN, Creatinine, and Urine Output

**โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภทเร่งด่วน**

| HYPOKALEMIA | |
|---|---|
| Mild hypokalemia<br>2.5–3.5 mEq/L<br>and asymptomatic<br>Rx: Oral replacement<br>Pediatric KCl 1 ml = $K^+$ 1 mEq<br>K citrate 15 ml = $K^+$ 3.08 mEq | Severe hypokalemia: <2.5 mEq/L or symptomatic<br>Rx: IV replacement Maximum concentration: 20 mEq/100 ml<br>Maximum rate<br>Peripheral vein: 20 mEq/hr (if >10 mEq/hr, ECG monitoring)<br>Central vein: 40–60 mEq/hr IV main tube and should be mixed with NSS or NSS/2 |

**Mild Hypokalemia**

2.5-3.5 mEq/L and Asymptomatic

**Rx:** Oral Replacement

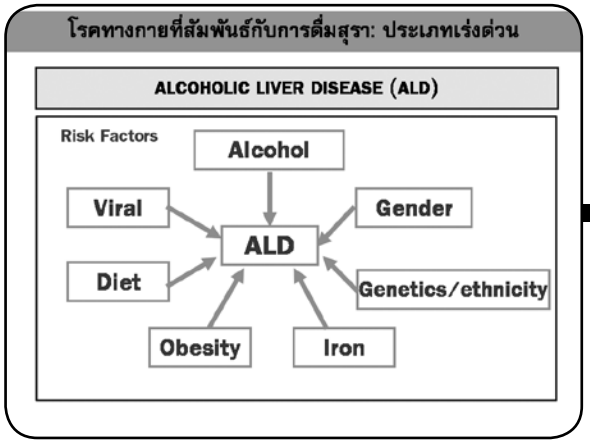
- Pediatric KCl 1 ml = K + 1 mEq
- K Citrate 15 ml = K + 3.08 mEq

**Severe Hypokalemia:**

< 2.5 mEq/L or Symptomatic

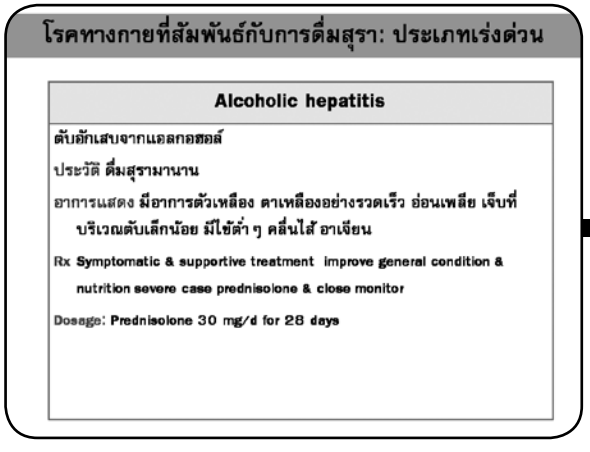
**Rx:** IV Replacement

- Maximum Concentration: 20 mEq/100 ml
- Maximum Rate Peripheral Vein: 20 mEq/hr (if >10 mEq/hr, ECG Monitoring) Central Vein : 40-60 mEq/hr
- IV Main Tube and Should be Mixed with NSS or NSS/2




**Alcoholic Liver Disease**

โรคที่พบบ่อยได้แก่ Alcoholic Cirrhosis และ Alcoholic Hepatitis ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ พันธุกรรม เชื้อชาติ การดื่มสุรา เชื้อไวรัส อาหาร ความอ้วน ธาตุเหล็ก เป็นต้น ปัจจัยที่พบว่าเพิ่มโอกาสป่วยด้วยโรคตับจากสุรา ได้แก่ หญิงที่ดื่มสุรา การดื่มสุราชั่วชีวิต พันธุกรรม การดื่มเพียวๆ ไม่ร่วมกับอาหาร การดื่มหนัก หากดื่มสุราที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์สูง การดื่มสุราหลากหลายชนิด เป็นต้น

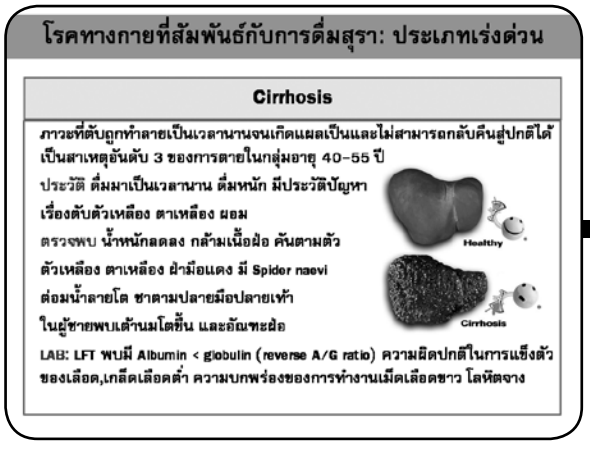



**Alcoholic Hepatitis ตับอักเสบจากสุรา**

**ประวัติ:** ดื่มสุรามานาน

**อาการ:** มีอาการตัวเหลือง ตาเหลืองอย่างรวดเร็ว อ่อนเพลีย เจ็บที่บริเวณตับเล็กน้อยมีไข้ต่ำๆ คลื่นไส้ อาเจียน

**Rx:** รักษาตามอาการและรักษาแบบประคับประคอง ให้สารอาหารเพียงพอในกรณีที่รุนแรง ให้ Prednisolone 30 mg ต่อวันเป็นเวลา 28 วัน และติดตามอาการอย่างใกล้ชิด



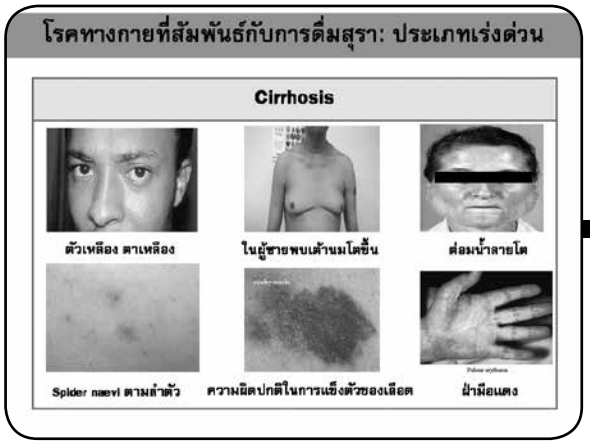

**Cirrhosis ตับแข็ง**

เป็นสาเหตุอันดับ 3 ของการตายในกลุ่มอายุ 40-55 ปี

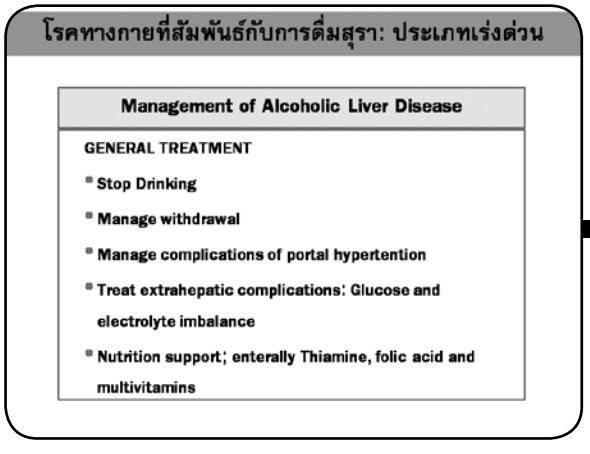
**ประวัติ:** ดื่มมานาน ดื่มหนัก มีประวัติปัญหาเรื่องตับ ตัวเหลือง ตาเหลือง ผอม

**ตรวจพบ:** น้ำหนักลดลง กล้ามเนื้อฝ่อ คันตามตัว ตัวเหลือง ตาเหลือง ฝ่ามือแดง มี Spider Nervi ตามลำตัว ต่อมน้ำลายโต ชาตามปลายมือปลายเท้า ในผู้ชายพบเต้านมโตขึ้น และอัณฑะฝ่อ

**Lab:** LFT พบ Albumin < Globulin (Reverse A/G Ratio) ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด, เกล็ดเลือดต่ำ, ความบกพร่องของการทำงานของเม็ดเลือดขาว, โลหิตจาง



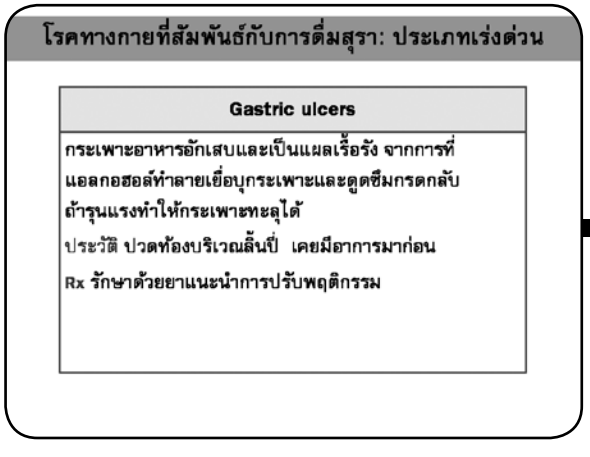

ภาพแสดงอาการที่เกิดจากโรคตับจากสุรา เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง ต่อมน้ำลายโต ฝ่ามือแดง มีรอยช้ำจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติมี Spider Nevi และในผู้ชายพบเต้านมโตขึ้น




**การรักษาโรคตับจากสุรา**

**General Treatment**

- Stop Drinking
- Manage Withdrawal
- Manage Complications of Portal Hypertention
- Treat Extrahepatic Complications: Glucose and Electrolyte Imbalance
- Nutrition Support; Enterally Thiamine, Folic Aacid and Multivitamins




**Gastric Ulcers**

กระเพาะอาหารอักเสบ เป็นแผลเรื้อรัง จากการที่แอลกอฮอล์ทำลายเยื่อบุกระเพาะและดูดซึมกรดกลับ ถ้ารุนแรงทำให้กระเพาะทะลุได้

**ประวัติ:** ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ เคยมีอาการมาก่อน

**Rx:** รักษาด้วยยาแนะนำการปรับพฤติกรรม

**โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภทเร่งด่วน**

| Pneumonia | Cardiomyopathy |
|---|---|
| ปอดบวมจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแย่ลง ทำให้ระบบการกำจัดเชื้อโรคของปอดไม่ทำงาน<br>อาการ ไข้สูง ไอ หอบเหนื่อย<br>ตรวจพบ ฟังปอดมีเสียง Crepitation<br>CXR ผิดปกติ<br>Rx ให้การรักษาภาวะปอดบวม ติดตามการหายใจและขับเสมหะ | ภาวะที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจโตสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ขนาดสูง<br>ประวัติ เหนื่อยขณะออกกำลัง มีประวัติบวม น้ำคั่งในร่างกาย โดยเฉพาะปอด ขา และท้อง นอนราบไม่ได้ หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ<br>Rx ให้การรักษาตามอาการ ส่งปรึกษาต่อเมื่อจำเป็น |

**Pneumonia ปอดบวม**

จากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแย่ลง ทำให้ระบบการกำจัดเชื้อโรคของปอดไม่ทำงาน

**อาการ:** ไข้สูง ไอหายใจหอบเหนื่อย

**ตรวจพบ:** ฟังปอดมีเสียง Crepitation CXR ผิดปกติ

**Rx:** ให้การรักษาภาวะปอดบวม ติดตามการหายใจและขับเสมหะ

**Cardiomyopathy**

ภาวะที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจโตสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ขนาดสูง

**ประวัติ:** เหนื่อยขณะออกกำลัง มีประวัติบวม น้ำคั่งในร่างกาย โดยเฉพาะปอด ขา และท้อง นอนราบไม่ได้ หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ

**Rx:** ให้การรักษาตามอาการ ส่งปรึกษาต่อเมื่อจำเป็น

**โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภทไม่เร่งด่วน**

**3. ประเภทไม่เร่งด่วน (Non- urgency)**
- **3.1 เบาหวาน**
- **3.2 มะเร็ง**
- **3.3 เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ**
- **3.4 ข้ออักเสบ**
- **3.5 ปลายประสาทอักเสบ**

**3. ภาวะโรคร่วมทางกายประเภทไม่เร่งด่วน (Non-Urgency)**
- 3.1 เบาหวาน
- 3.2 มะเร็ง
- 3.3 เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ
- 3.4 ข้ออักเสบ
- 3.5 ปลายประสาทอักเสบ

# หลักสูตร

## การอบรมการคัดกรอง ประเมินปัญหาการใช้สุรา/สารเสพติด ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ในผู้ป่วยสุรา/สารเสพติดที่มีปัญหาด้านจิตเวช สำหรับพยาบาล

# หลักสูตร
# การอบรมการคัดกรอง ประเมินปัญหาการใช้สุรา/สารเสพติด ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ในผู้ป่วยสุรา/ สารเสพติดที่มีปัญหาด้านจิตเวช สำหรับพยาบาล

**เวลา 110 นาที**

**วัตถุประสงค์**

เมื่อสิ้นสุดแผนการสอนแล้ว ผู้เข้าอบรมสามารถ

1. สามารถคัดกรองและประเมินปัญหาการดื่มสุรา ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้
2. สามารถให้คำแนะนำ ปรึกษาเบื้องต้นหรือการบำบัดแบบสั้นในผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีปัญหาด้านจิตเวชตามความรุนแรงของปัญหาได้
3. สามารถนำแนวคิดการสร้างแรงจูงใจเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้
4. สามารถปรับโปรแกรมการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติดและการบำบัดแบบสั้นตามผลการคัดกรองเข้าสู่งานประจำได้

**เนื้อหา**

1. การคัดกรองและประเมินปัญหาการดื่มสุรา ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช
2. การให้ความรู้ ความเสี่ยง ของการดื่มสุรา (Alcohol Education)
3. การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice)
4. การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention)
5. กระบวนการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational Interviewing/ Enhancement)
6. การให้คำปรึกษาครอบครัวเบื้องต้น (Family Counseling)

**รูปแบบการสอน**

กิจกรรม อภิปราย วีดิทัศน์ บรรยายและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน

**สื่อการสอน**

1. เอกสารประกอบการสอน เรื่อง
   - การคัดกรองและประเมินปัญหาการดื่มสุรา ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช
   - การให้ความรู้ ความเสี่ยงการดื่มสุรา (Alcohol Education)
   - การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice)
   - การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention)
   - กระบวนการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational Interviewing/ Enhancement)
   - การให้คำปรึกษาครอบครัวเบื้องต้น (Family Counseling)

2. Power Point Presentation เรื่อง
   - การคัดกรองและประเมินปัญหาการดื่มสุรา ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช
   - การให้ความรู้ ความเสี่ยงการดื่มสุรา (Alcohol Education)
   - การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice)
   - การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention)
   - กระบวนการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational Interviewing/ Enhancement)
   - การให้คำปรึกษาครอบครัวเบื้องต้น (Family Counseling)
3. วีดิทัศน์
   - การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice)
   - การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention)
   - กระบวนการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational Interviewing/ Enhancement)
   - การให้คำปรึกษาครอบครัวเบื้องต้น (Family Counseling)

## หลักสูตรการอบรมการคัดกรอง ประเมินปัญหาการใช้สุรา/สารเสพติด ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ในผู้ป่วยสุรา/สารเสพติดที่มีปัญหา ด้านจิตเวช สำหรับพยาบาล

### วัตถุประสงค์

1. สามารถคัดกรองและประเมินปัญหาการดื่มสุราและปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้
2. สามารถให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้นหรือการบำบัดแบบสั้นในผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีปัญหาด้านจิตเวชตามความรุนแรงของปัญหาได้
3. สามารถนำแนวคิดการสร้างแรงจูงใจเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้
4. สามารถปรับโปรแกรมการคัดกรองปัญหาสุราและสารเสพติดและการบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรองเข้าสู่งานประจำได้

**วัตถุประสงค์**

1. สามารถคัดกรองและประเมินปัญหาการดื่มสุราและปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้
2. สามารถให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้นหรือการบำบัดแบบสั้นในผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีปัญหาด้านจิตเวชตามความรุนแรงของปัญหาได้
3. สามารถนำแนวคิดการสร้างแรงจูงใจเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้
4. สามารถปรับโปรแกรมการคัดกรองปัญหาสุราและสารเสพติดและการบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรองเข้าสู่งานประจำได้

### เนื้อหาบทเรียน

| | |
|---|---|
| 1. การคัดกรองและประเมินปัญหาการดื่มสุรา ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช | 15 นาที |
| 2. การให้ความรู้ ความเสี่ยงการดื่มสุรา (Alcohol Education) | 5 นาที |
| 3. การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) | 10 นาที |
| 4. การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) | 20 นาที |
| 5. การให้คำปรึกษาวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง | 10 นาที |
| 6. กระบวนการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational Interviewing/ Enhancement) | 45 นาที |
| 7. การให้คำปรึกษาครอบครัวเบื้องต้น (Family Counseling) | 15 นาที |

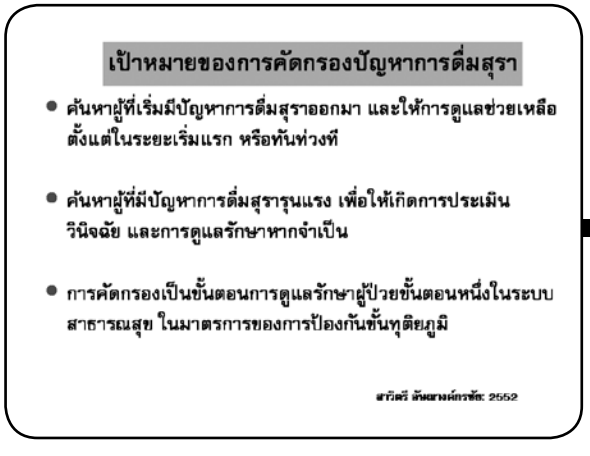
**เนื้อหาบทเรียน**

1. การคัดกรองและประเมินปัญหาการดื่มสุรา ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช (15 นาที)
2. การให้ความรู้ ความเสี่ยงการดื่มสุรา (Alcohol Education) (5 นาที)
3. การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) (10 นาที)
4. การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) (20 นาที)
5. การให้คำปรึกษาวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง (10 นาที)
6. กระบวนการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational Interviewing/Enhancement) (45 นาที)
7. การให้คำปรึกษาครอบครัวเบื้องต้น (Family Counseling) (15 นาที)

## บทที่ 1
## การคัดกรองและประเมินปัญหาการดื่มสุรา ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช

**ความหมายของการคัดกรอง**

**การคัดกรอง** หมายถึง การใช้วิธีการที่ได้มาจากการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์เพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาหรือผลกระทบจากการดื่มสุรา หรือผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาดังกล่าว การคัดกรองจึงเป็นวิธีการทดสอบสมาชิกของกลุ่มประชากร เช่น ผู้ป่วยทุกคนที่มาพบแพทย์ เพื่อประเมินว่าจะมีโอกาสมีโรคหรือความผิดปกติชนิดใดชนิดหนึ่งที่ต้องการค้นหา เช่น Alcohol Abuse หรือ Alcohol Dependence นอกจากนี้ การคัดกรองยังเป็นวิธีการที่ใช้เพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะมีปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสังคม การคัดกรองยังอาจจะเป็นการแยกระหว่างผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากการดูแลรักษาเพียงเล็กน้อย กับผู้ที่ต้องได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษามากขึ้นต่อไป




**เป้าหมายของการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา**

คือการค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราออกมาและให้การดูแลรักษาได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก หรือทันท่วงที ก่อนที่ปัญหาจะลุกลามต่อไปจนผู้ดื่มสุราเหล่านั้นกลายเป็นผู้ติดสุราซึ่งจะดูแลรักษาได้ยาก หรือไม่ค่อยได้ผลดี และก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อบุคคลและสังคมอย่างใหญ่หลวง นอกจากนี้การคัดกรองยังเป็นขั้นตอนพื้นฐานเพื่อทำให้เกิดการประเมินวินิจฉัยโรค และการดูแลรักษา หากจำเป็นในลำดับต่อมา ซึ่งการคัดกรองเป็นขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วยขั้นตอนหนึ่งในระบบสาธารณสุข ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างสูงต่อสังคม

**การคัดกรองจึงมีความแตกต่างกับการทดสอบเพื่อวินิจฉัยโรค (Diagnostic Testing)**

ผลการคัดกรองที่บอกว่าผิดปกติ หรือผลบวก อาจเป็นเพียงการบอกว่ามีความน่าสงสัยที่บุคคลนั้นจะมีปัญหาจากการดื่มสุรา หากผลการคัดกรองเป็นลบก็บอกเพียงว่าคนๆ นั้นมีความน่าจะเป็นต่ำที่จะมีปัญหาจากการดื่มสุรา คนที่มีผลการคัดกรองเป็นบวกจำเป็นต้องได้รับการประเมินหรือทดสอบโดยละเอียดต่อไปเพื่อยืนยันหรือคัดแยกความผิดปกติออกไป

**กลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา**

ผู้ป่วยทุกคนที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

- ผู้ป่วยอุบัติเหตุ
- ผู้ป่วยวัยรุ่นชาย
- ผู้ป่วยโรคทางกายที่สัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุรา
- ผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติด
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
- ผู้สูงอายุ

การคัดกรองในโรงพยาบาล ความชุกของการดื่มสุราแบบเสี่ยงและแบบเป็นปัญหาในผู้ป่วยของโรงพยาบาลสูงมาก จึงควรที่จะมีระบบคัดกรองและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยทุกคนที่มาโรงพยาบาล ในการจัดระบบการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในโรงพยาบาลควรเรียงตามลำดับความสำคัญภายในขอบเขตของทรัพยากรที่มีอยู่ ไม่จำเป็นที่ผู้ป่วยทุกคนจะต้องได้รับการคัดกรองทุกประเภท

ผู้ป่วยใน เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะถอนพิษสุรา จึงมีความจำเป็นต้องคัดกรองถึงแนวโน้มของโรคติดสุรา เพื่อจะได้ให้การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุราตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต

ผู้ป่วยนอกคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป ควรที่จะมีระบบคัดกรองและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยทุกคนที่มาโรงพยาบาล แต่หากจำนวนผู้ป่วยมากเกินกำลังที่จะคัดกรองทุกราย อาจเริ่มคัดกรองในกรณีมีปัญหาสุขภาพที่อาจสัมพันธ์กับการดื่มสุรา เช่น ผู้ป่วยโรคทางเดินอาหารและโรคตับ โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวกับการติดสุรา เช่น ตับอ่อนอักเสบ ตับแข็ง กระเพาะอาหารอักเสบ วัณโรค โรคทางระบบประสาท และกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมอาการโรคได้ไม่ดี เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ก่อนการให้ยาใดๆ ที่อาจมีปฏิกิริยากับแอลกอฮอล์ ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยชายวัยรุ่นตอนต้น ผู้ป่วยจิตเวช เช่น ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าหรือพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคจิตเภท อาชีพบางอย่าง เช่น ก่อสร้าง ทำงานสถานบันเทิง เจ้าของร้านเหล้า หญิงตั้งครรภ์หน่วยฝากครรภ์ ผู้หญิงที่ดื่มสุราขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงสูงมากที่จะให้กำเนิดทารกที่เป็นโรค Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) การถามเพียงปริมาณและความถี่ของการดื่มในขณะตั้งครรภ์ไม่เพียงพอ ควรถามรูปแบบการดื่มก่อนที่จะทราบว่าตนเองได้ตั้งครรภ์ด้วย เพื่อจะได้ประเมินการดื่มในระยะ 3 เดือนแรก

**การคัดกรองจะมีประโยชน์ก็ต่อเมื่อ**

- มีวิธีการอธิบายผลการคัดกรองให้ผู้รับการคัดกรองทราบอย่างเหมาะสม เพื่อจะทำให้บุคคลนั้นไปรับการตรวจประเมินโดยละเอียดต่อไป
- มีระบบการตรวจประเมินสำหรับผู้ที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก หรือสามารถส่งต่อเพื่อการประเมินได้
- สามารถทำให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราจะมองเห็นปัญหาของตนเอง และยอมรับการดูแลรักษาในลำดับต่อไป

เสวิตรี จันทาลังการชัย 2552

การคัดกรองที่ดีที่สุด ควรจะทำในลักษณะที่จะเอื้อให้เกิดการประเมินหรือการส่งต่อเพื่อการประเมินสำหรับผู้ที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก ตัวอย่างเช่น ในกระบวนการคัดกรองควรจะประกอบด้วยวิธีการอธิบายผลการคัดกรองให้ผู้รับการคัดกรองทราบอย่างเหมาะสม เพื่อจะทำให้บุคคลนั้นไปรับการตรวจประเมินโดยละเอียดต่อไป นอกจากนั้นในทุกๆ ระบบการคัดกรองควรจะประกอบด้วยขั้นตอนการตรวจประเมินสำหรับผู้ที่มีผลการคัดกรองเป็นบวกอีกด้วย ทั้งนี้เพราะประโยชน์ของระบบคัดกรองอยู่ที่ว่าการคัดกรองนั้นสามารถทำให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราจะมองเห็นปัญหาของตนเอง และยอมรับการดูแลรักษาในลำดับต่อไปหรือไม่

**ทำไมต้องทำที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ**

- **เป็นจุดบริการที่เหมาะสมมากที่จะสามารถค้นหาและจัดการช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงอันตราย**
- **มีบทบาทหลักในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยซึ่งมีกิจกรรมคัดกรองและป้องกันอยู่แล้ว**
- **ผู้รับบริการเชื่อถือและไว้วางใจบุคลากรสุขภาพ**
- **ปัญหาสุขภาพอาจจะเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด**
- **มีหลักฐานวิจัยยืนยันประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นในสถานพยาบาลปฐมภูมิ**

**ทำไมต้องทำที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ**

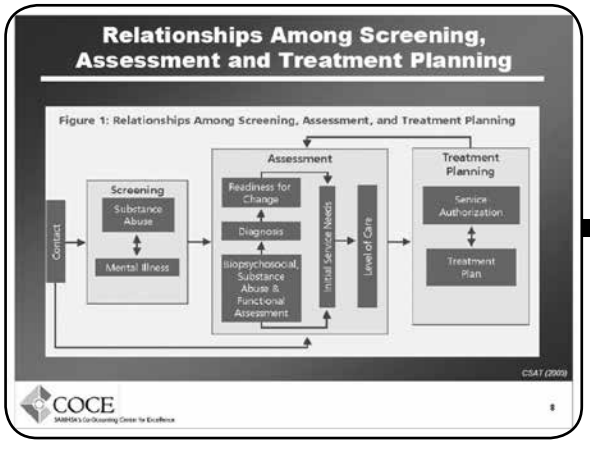
บุคลากรสุขภาพปฐมภูมิอยู่ในจุดบริการที่เหมาะสมมากที่จะสามารถค้นหาและจัดการช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงอันตราย บทบาทหลักของบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยซึ่งมีกิจกรรมคัดกรองและป้องกันอยู่แล้ว เช่น สร้างภูมิคุ้มกันโรค ค้นหาความดันโลหิตสูง โรคอ้วน การสูบบุหรี่ และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ผู้รับบริการเองก็มองว่าบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิเป็นแหล่งความช่วยเหลือที่น่าเชื่อถือ ที่จะให้คำแนะนำความเสี่ยงต่างๆ ต่อสุขภาพรวมทั้งการใช้สารเสพติด บุคลากรสุขภาพปฐมภูมิมีโอกาสให้ความช่วยเหลือตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกก่อนที่ปัญหาสารเสพติดจะรุนแรงมากขึ้นหรือก่อนที่จะเสพติด ปัญหาสุขภาพหลายชนิดที่พบในผู้บริการปฐมภูมิอาจจะเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด และบุคลากรสุขภาพอาจจะใช้โอกาสนี้ในการคัดกรองและให้การบำบัดแบบสั้นในการใช้สารเสพติดได้ การบำบัดดังกล่าวสามารถทำให้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้ ที่สำคัญบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิมักจะมีสัมพันธภาพที่ดีและยาวนานกับผู้รับบริการอยู่แล้ว ทำให้ได้รับความไว้วางใจ และเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการได้ ผู้รับบริการเองก็คาดหวังว่าบุคลากรสุขภาพจะสามารถช่วยเหลือดูแลปัญหาสุขภาพได้ในทุกๆ ด้าน และมักจะรู้สึกไว้วางใจที่จะพูดคุยถึงปัญหาละเอียดอ่อนที่เก็บอยู่ในใจกับคนที่รู้จักและไว้ใจได้ เช่น การใช้สารเสพติด เป็นต้น ลักษณะสัมพันธภาพที่ดีเช่นนี้ยังช่วยให้งานบริการดูแลรักษาต่อเนื่องต่อไปได้ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยภายใต้โครงการ WHO ASSIST ได้ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง ASSIST ในผู้ใช้กัญชา โคเคน สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน หรือกลุ่มฝิ่นระดับเสี่ยงสูงที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นมีคะแนน ASSIST ลดลง เมื่อติดตามผล 3 เดือนเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนั้นผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่า ร้อยละ 80 รายงานว่าได้พยายามลดการใช้สารเสพติดลงหลังได้รับการบำบัดแบบสั้น และหลายคนบอกว่าการบำบัดแบบสั้นมีผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพอื่นด้วย

**แบบคัดกรอง-linked Brief Intervention**

- เป็นการพูดคุยกับผู้ป่วยแบบง่าย ๆ และสั้น ๆ เกี่ยวกับคะแนนของแบบค้นหาและส่งต่อฯ ความหมายของคะแนนที่บ่งบอกถึงความเสี่ยง
- ใช้เวลาน้อยมาก เพียง 3 นาทีเท่านั้น
- เหมาะสำหรับผู้มีความเสี่ยงและเสี่ยงสูงจากการใช้สุรา/สารเสพติด
- ใช้ชักจูงและกระตุ้นให้ผู้ใช้สุรา/สารเสพติดเข้าสู่การบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป
- อาจจะใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการรักษาต่อเนื่องหรือการรักษาอื่น ๆ ที่ทำร่วมกัน

**แบบคัดกรอง-Linked Brief Intervention**

1. เป็นการพูดคุยกับผู้ป่วยแบบง่ายๆ และสั้นๆ เกี่ยวกับคะแนนของแบบค้นหาและส่งต่อฯ ความหมายของคะแนนที่บ่งบอกถึงความเสี่ยง
2. ใช้เวลาน้อยมาก เพียง 3 นาทีเท่านั้น
3. เหมาะสำหรับผู้มีความเสี่ยงและเสี่ยงสูงจากการใช้สุรา/สารเสพติด
4. ใช้ชักจูงและกระตุ้นให้ผู้ใช้สุรา/สารเสพติดเข้าสู่การบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป
5. อาจจะใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการรักษาต่อเนื่องหรือการรักษาอื่นๆ ที่ทำร่วมกัน



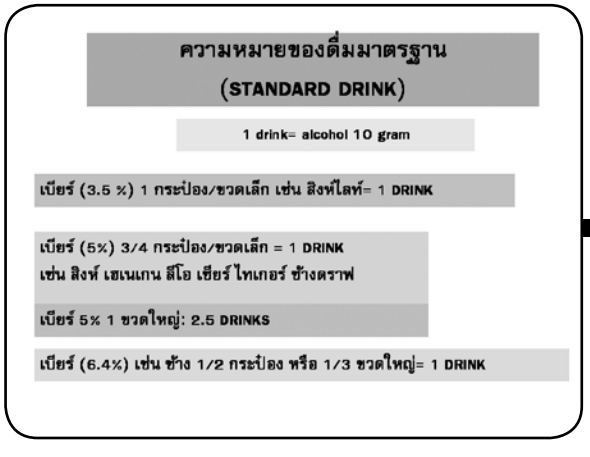

ความสัมพันธ์ที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดและปัญหาสุขภาพจิต ไปด้วยกัน มี 3 ส่วน ที่สำคัญ ดังนี้

1. การคัดกรอง ควรคัดกรองปัญหาสารเสพติดและสุขภาพจิตที่สำคัญ ในกระบวนการเดียวกัน เพื่อส่งต่อรักษาได้ถูกต้องทันท่วงที
2. การประเมิน ต้องทำทั้งปัญหาสุขภาพกายและจิตที่เป็นเหตุและผลของทั้งสองส่วน แล้วจึงทำการวินิจฉัยให้ครอบคลุมและทำการประเมินแรงจูงใจในการบำบัดทั้งสองส่วนที่อาจแตกต่างกัน แล้วจึงประมวลผลเพื่อให้การรักษาขั้นต้นตามความต้องการที่เหมาะสม ตามระดับความรุนแรงของปัญหา
3. การวางแผนการบำบัดรักษา ควรได้รับการดูแลจากผู้ที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ทั้งสองส่วนอย่างเข้าใจหรือปรึกษาผู้ร่วมดูแลในแต่ละปัญหาและวางแผนการรักษาร่วมกัน เพื่อการดูแลที่ครอบคลุม ปลอดภัย และได้ประโยชน์สูงสุด

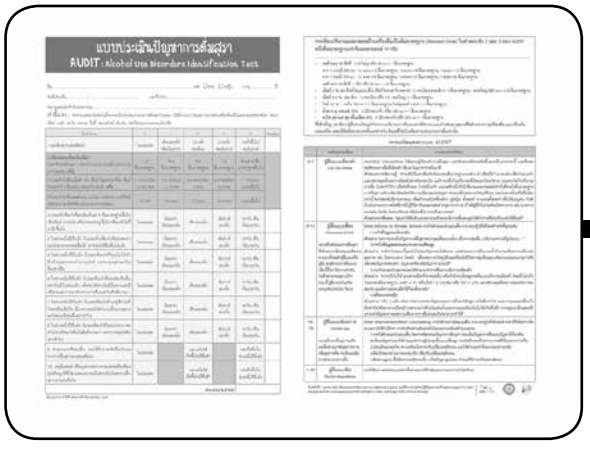
## การคัดกรองความรุนแรงการดื่มสุรา
## การดื่มมาตรฐาน (Standard drink )

**ดื่มมาตรฐาน (Standard Drink) คืออะไร**

ดื่มมาตรฐานเป็นการเปรียบเทียบหน่วยของปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มแต่ละชนิดที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์แตกต่างกัน ในแต่ละประเทศ ปริมาณเครื่องดื่มที่ให้บริการและเป็นที่นิยมนั้นมีความแตกต่างกัน ดังนั้นจะต้องมีการกำหนดนิยามของหน่วยดื่มมาตรฐาน แต่ในคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกได้ตั้งค่าดื่มมาตรฐานไว้เท่ากับแอลกอฮอล์ 10 กรัม ซึ่งในประเทศไทยก็ใช้เกณฑ์นี้เช่นเดียวกัน โดยการคำนวณหน่วยดื่มมาตรฐานนั้นจะต้องทราบความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม (% หรือ ดีกรี) และปริมาณที่ดื่ม (ซีซี)




เครื่องดื่มเบียร์ในประเทศไทยมีระดับแอลกอฮอล์ตั้งแต่ 3.5-7% โดยทั่วไปกำหนดว่า Light Beer มี Alcohol ไม่เกิน 3.5% เช่น สิงห์ไลท์ (3.5%) ซึ่ง 1 กระป๋องหรือขวดเล็กขนาดบรรจุ 330 cc เทียบเท่า 1 ดื่มมาตรฐาน แต่ต้องระวังว่าเครื่องดื่มในไทยที่ระบุว่าไลท์เบียร์นั้น อาจมีแอลกอฮอล์มากกว่าที่กำหนด เช่น ช้างไลท์ (4.2%) ส่วนเบียร์ทั่วไปมีระดับแอลกอฮอล์ 5% เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เชียร์ ช้างดราฟ เทียบเท่า 3/4 กระป๋องหรือขวดเล็ก ขนาดบรรจุ 330 cc เป็น 1 ดื่มมาตรฐาน หรือหากดื่ม 1 ขวดใหญ่ 640 cc คิดเป็น 2.5 ดื่มมาตรฐาน ยกเว้นเบียร์ช้างที่มีระดับแอลกอฮอล์สูงถึง 6.4% เทียบเป็นเพียง 1/2 กระป๋อง หรือ 1/3 ขวดใหญ่เป็น 1 ดื่มมาตรฐาน

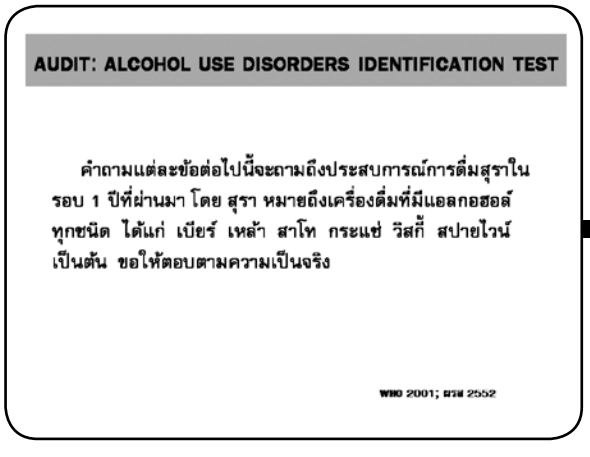



**แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test)**

แบบประเมิน AUDIT ได้มีการพัฒนาและประเมินผลมาตลอดช่วง 2 ทศวรรษ และพบว่ามีความแม่นยำในการประเมินความเสี่ยงในเพศ อายุ และวัฒนธรรมที่แตกต่าง เนื่องจากแบบประเมิน AUDIT ตั้งใจพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ จึงมีข้อได้เปรียบดังต่อไปนี้:

- มีมาตรฐานระดับนานาชาติ: แบบประเมิน AUDIT ได้มีการตรวจสอบความตรงในผู้ป่วยที่รับบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิ 6 ประเทศ โดยเป็นเครื่องมือคัดกรองเดียวที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในระดับนานาชาติ
- สามารถจำแนกพฤติกรรมการดื่มเป็นการดื่มแบบมีความเสี่ยง การดื่มแบบอันตราย หรือการดื่มแบบติด
- สั้น ใช้เวลาน้อย และปรับใช้ง่าย
- พัฒนาขึ้นสำหรับบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ
- สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดสุรา (Alcohol Dependence) และภาวะดื่มสุราแบบอันตราย (Harmful Alcohol Use) ตามระบบ ICD-10
- มุ่งประเด็นการดื่มในปัจจุบัน

แบบประเมิน AUDIT ได้เลือกข้อคำถามที่สามารถแยกผู้ดื่มสุราที่มีความเสี่ยงต่ำออกจากผู้ดื่มที่มีความเสี่ยงสูง โดยต่างจากเครื่องมือคัดกรองที่ผ่านมา ที่แบบประเมินใหม่นี้ต้องการจำแนกกลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยง ผู้ดื่มแบบอันตราย และผู้ดื่มแบบติดสุรา (พิษสุราเรื้อรัง) ออกจากกัน




แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test) ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ แต่ละคำถามจะมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 ก่อนอื่นต้องชี้แจงผู้ถูกสัมภาษณ์หรือผู้ตอบแบบสอบถามก่อนว่า

"คำถามแต่ละข้อต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ การดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สปาย ไวน์ เป็นต้น ขอให้คุณช่วยตอบตามความเป็นจริงนะครับ(คะ)" หลังจากนั้นจะถามไปทีละข้อแล้วให้คะแนนตามข้อที่ตอบ รวมคะแนนเมื่อตอบครบ 10 ข้อ

**AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST**

**1. คุณดื่มสุราบ่อยเพียงไร**

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| ไม่เคยเลย | เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า | 2-4 ครั้งต่อเดือน | 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ | 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ |

WHO 2001; ดรส 2552

1. คุณดื่มสุราบ่อยเพียงไร
   (0) ไม่เคยเลย
   (1) เดือนละครั้ง หรือ น้อยกว่า
   (2) 2 ถึง 4 ครั้งต่อเดือน
   (3) 2 ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์
   (4) 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์

**AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST**

**2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว**

**2.1 เวลาที่คุณดื่มสุราโดยทั่วไปแล้ว คุณดื่มประมาณเท่าไร**

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| 1-2 ดื่มมาตรฐาน | 3-4 ดื่มมาตรฐาน | 5-6 ดื่มมาตรฐาน | 7-9 ดื่มมาตรฐาน | ตั้งแต่ 10 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป |

*หรือ*

WHO 2001; ดรส 2552

2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว
   2.1 เวลาที่คุณดื่มสุรา โดยทั่วไปแล้ว คุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน (ดื่มมาตรฐาน)
   (0) 1 หรือ 2
   (1) 3 หรือ 4
   (2) 5 หรือ 6
   (3) 7, 8 หรือ 9
   (4) 10 หรือ มากกว่านั้น

**AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST**

**2.2 ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เชียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน**

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| 1-1.5 กระป๋อง / 1/2-3/4 ขวด | 2-3 กระป๋อง/ 1-1.5 ขวด | 3.5-4 กระป๋อง/ 2 ขวด | 4.5-7 กระป๋อง/ 3-4 ขวด | มากกว่า 7 กระป๋อง/ 4 ขวดขึ้นไป |

*หรือ*

WHO 2001; ดรส 2552

2.2 ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เชียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน
   (0) 1-1.5 กระป๋อง/ 1/2 – 3/4 ขวด
   (1) 2-3 กระป๋อง/1-1.5 ขวด
   (2) 3.5-4 กระป๋อง/2 ขวด
   (3) 4.5-7 กระป๋อง/3-4 ขวด
   (4) 7 กระป๋อง/4 ขวดขึ้นไป

**AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST**

**2.3 ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แม่โขง, หงส์ทอง, เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน**

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| 2-4 ฝา | 1/4 แบน | 1/2 แบน | 3/4 แบน | 1 แบนขึ้นไป |

WHO 2001; ดรส 2552

2.3 ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แม่โขง, หงส์ทอง, เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณเท่าไหร่ต่อวัน
   (0) 2-4 ฝา
   (1) 1/4 แบน
   (2) 1/2 แบน
   (3) 3/4 แบน
   (4) 1 แบนขึ้นไป

**AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST**

**3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มตั้งแต่ 6 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป หรือเบียร์ 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป**

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| ไม่เคยเลย | น้อยกว่าเดือนละครั้ง | เดือนละครั้ง | สัปดาห์ละครั้ง | ทุกวันหรือเกือบทุกวัน |

WHO 2001; ผวส 2552

3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่ม 6 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป หรือเบียร์ 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป
   - (0) ไม่เคยเลย
   - (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง
   - (2) เดือนละครั้ง
   - (3) สัปดาห์ละครั้ง
   - (4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

**AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST**

**4. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณพบว่าคุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณได้เริ่มดื่มไปแล้ว**

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| ไม่เคยเลย | น้อยกว่าเดือนละครั้ง | เดือนละครั้ง | สัปดาห์ละครั้ง | ทุกวันหรือเกือบทุกวัน |

WHO 2001; ผวส 2552

4. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณพบว่า คุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณได้เริ่มดื่มไปแล้ว
   - (0) ไม่เคยเลย
   - (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง
   - (2) เดือนละครั้ง
   - (3) สัปดาห์ละครั้ง
   - (4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

**AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST**

**5. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำในสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุราเสีย**

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| ไม่เคยเลย | น้อยกว่าเดือนละครั้ง | เดือนละครั้ง | สัปดาห์ละครั้ง | ทุกวันหรือเกือบทุกวัน |

WHO 2001; ผวส 2552

5. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุราเสีย
   - (0) ไม่เคยเลย
   - (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง
   - (2) เดือนละครั้ง
   - (3) สัปดาห์ละครั้ง
   - (4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

**AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST**

**6. ช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา**

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| ไม่เคยเลย | น้อยกว่าเดือนละครั้ง | เดือนละครั้ง | สัปดาห์ละครั้ง | ทุกวันหรือเกือบทุกวัน |

WHO 2001; ผรส 2552

6. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา
   - (0) ไม่เคยเลย
   - (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง
   - (2) เดือนละครั้ง
   - (3) สัปดาห์ละครั้ง
   - (4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

**AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST**

**7. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธหรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุราเข้าไป**

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| ไม่เคยเลย | น้อยกว่าเดือนละครั้ง | เดือนละครั้ง | สัปดาห์ละครั้ง | ทุกวันหรือเกือบทุกวัน |

WHO 2001; ผรส 2552

7. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธหรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุราเข้าไป
   - (0) ไม่เคยเลย
   - (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง
   - (2) เดือนละครั้ง
   - (3) สัปดาห์ละครั้ง
   - (4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

**AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST**

**8. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าคุณได้ดื่มสุราเข้าไป**

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| ไม่เคยเลย | น้อยกว่าเดือนละครั้ง | เดือนละครั้ง | สัปดาห์ละครั้ง | ทุกวันหรือเกือบทุกวัน |

WHO 2001; ผรส 2552

8. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าคุณได้ดื่มสุราเข้าไป
   - (0) ไม่เคยเลย
   - (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง
   - (2) เดือนละครั้ง
   - (3) สัปดาห์ละครั้ง
   - (4) ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

**AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST**

**9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่**

| 0 | | 2 | | 4 |
|---|---|---|---|---|
| ไม่เคยเลย | | เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว | | เคย เกิดขึ้นในหนึ่งปีที่แล้ว |

WHO 2001; ผรส 2552

9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มของคุณหรือไม่
   - (0) ไม่เคยเลย
   - (2) เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว
   - (4) เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว

**AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST**

**10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุราของคุณหรือไม่**

| 0 | 2 | 4 |
|---|---|---|
| ไม่เคยเลย | เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว | เคย เกิดขึ้นในหนึ่งปีที่แล้ว |

WHO 2001; ดวส 2552

10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุราของคุณหรือไม่
    - (0) ไม่เคยเลย
    - (2) เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว
    - (4) เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว

**AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST**

| Risk Zone | AUDIT | ระดับความรุนแรง (Risk Level) | การให้ความช่วยเหลือ (Intervention) |
|---|---|---|---|
| 1 | 0 – 7 | ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ / ไม่ดื่ม (Low Risk/Abstinence) | การให้ความรู้เรื่องการดื่มสุรา (Alcohol education) |
| 2 | 8 – 15 | ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker) | การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) |
| 3 | 16–19 | ดื่มแบบอันตราย (Harmful Drinker) | การให้คำแนะนำแบบสั้น (BA) และการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) |
| 4 | 20–40 | สงสัยภาวะติดสุรา (Alcohol Dependence) | ส่งไปพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและรักษา |

WHO 2001

**การแปลผลคะแนน AUDIT และแนวทางการให้ความช่วยเหลือ**

แบบประเมิน AUDIT นั้นแต่ละคำถามจะมีชุดคำตอบให้เลือกตอบ และแต่ละคำตอบจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 ผู้สัมภาษณ์จะใส่คะแนน (เป็นตัวเลขที่ระบุในวงเล็บ) ตามที่ผู้ป่วยตอบในช่องขวามือสุดของคำถามแต่ละข้อ และรวมคะแนนทั้งหมดใส่ในช่อง “คะแนนรวม”

คะแนนรวมตั้งแต่ 8 ขึ้นไป บ่งชี้ว่าเป็นการดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous) และดื่มแบบอันตราย (Harmful) จนถึงดื่มแบบติด (Dependence) ได้ รายละเอียดการแปลผลคะแนนรวมของผู้ป่วยอาจได้มาจากการพิจารณาว่าคะแนนได้จากข้อใด โดยทั่วไปแล้วในคำถามข้อที่ 2 หรือ 3 หากได้คะแนน 1 หรือมากกว่าจะบ่งชี้ถึงการดื่มระดับเสี่ยง (Hazardous Level) ในคำถามข้อที่ 4-6 หากได้คะแนนมากกว่า 0 (โดยเฉพาะดื่มสัปดาห์ละครั้งหรือทุกวัน) แสดงถึงการติดสุราหรือเริ่มมีการติดสุรา หากได้คะแนนในคำถามข้อที่ 7-10 บ่งชี้ว่าเคยมีประสบการณ์ที่ได้รับอันตรายจากการดื่มสุรา

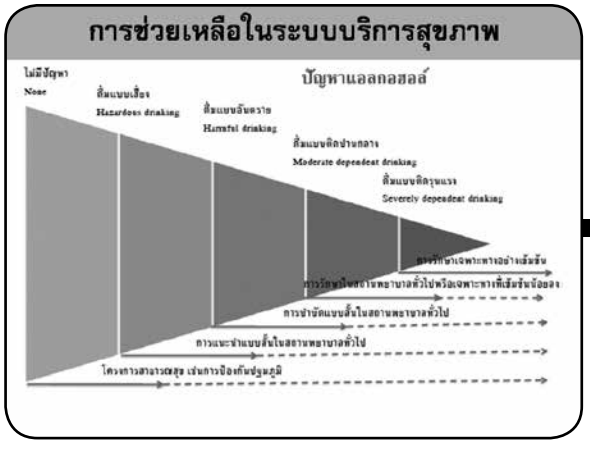
สำหรับคะแนนรวม ปริมาณการดื่ม อาการของการติดสุราและผลเสียที่ปรากฏทั้งหมดนี้จะนำมาพิจารณาถึงวิธีการดูแลผู้ป่วย คำถามสองคำถามสุดท้ายนั้นใช้เพื่อตรวจสอบผู้ป่วยว่าเคยมีปัญหาการดื่มสุราในอดีต (เช่น “ใช่ แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว”) แม้ว่าขณะนี้ยังไม่พบว่าผู้ป่วยดื่มแบบเสี่ยง แต่หากได้คะแนนในสองข้อนี้ ควรจะนำคำตอบนี้พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและเฝ้าระวังการดื่มของตนเอง

จากประสบการณ์ที่ได้รับจากการวิจัยด้านการรักษาตามความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุรา โดยใช้คะแนน AUDIT มาเปรียบเทียบกับข้อมูลการวินิจฉัยที่ระบุระดับของการติดสุราน้อย ปานกลาง และสูง พบว่า ผู้ที่มีคะแนนในช่วง 8-15 แสดงถึงปัญหาการดื่มสุราในระดับปานกลาง ในขณะที่คะแนนมากกว่า 16 แสดงถึงปัญหาการดื่มสุราในระดับมาก จึงมีข้อเสนอแนะว่าการแปลผลคะแนนของแบบประเมิน AUDIT ควรทำตามแนวทางต่อไปนี้

- คะแนนระหว่าง 8 ถึง 15 เหมาะที่จะให้คำแนะนำอย่างง่าย (Simple Advice) โดยมุ่งเน้นให้ลดการดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking)
- คะแนนระหว่าง 16 ถึง 19 แนะนำให้รับคำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) และติดตามต่อเนื่อง
- คะแนนตั้งแต่ 20 ขึ้นไป จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยภาวะติดสุราต่อไป

ในขณะที่ยังไม่มีงานวิจัยที่ดีกว่านี้ ควรพิจารณาตามแนวปฏิบัตินี้เป็นเบื้องต้น ทั้งนี้ต้องอาศัยการตัดสินใจทางคลินิกต่อสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประวัติการดื่มสุราในครอบครัว และความเชื่อถือได้ในการตอบคำถามแบบประเมิน AUDIT ด้วย

แม้ว่าการประเมิน AUDIT 10 คำถามนั้นจะเพียงพอในการประเมินผู้ป่วยส่วนใหญ่ แต่ในบางสถานการณ์เฉพาะอาจจำเป็นต้องใช้การคัดกรองทางคลินิก ตัวอย่าง เช่น ในผู้ป่วยที่ต่อต้าน ไม่ร่วมมือ หรือไม่สามารถตอบคำถามตามแบบประเมิน AUDIT ได้ หากต้องการยืนยันวินิจฉัยกรณีสงสัยภาวะติดสุรา อาจใช้การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ




**การช่วยเหลือผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวชใน ระบบสุขภาพ**

***ผู้ไม่มีปัญหาการดื่มสุรา*** ให้การดูแลรูปแบบโครงการสาธารณสุข เน้นการป้องกันปฐมภูมิ

***ผู้มีปัญหาการดื่มแบบเสี่ยง AUDIT 0-7 คะแนน*** ให้การแนะนำแบบสั้นในสถานพยาบาลทั่วไป

***ผู้มีปัญหาการดื่มแบบอันตราย AUDIT 8-15 คะแนน*** ให้การบำบัดแบบสั้นในสถานพยาบาลทั่วไป

***ผู้มีปัญหาการดื่มแบบติดปานกลาง AUDIT 16-19 คะแนน*** ให้การรักษาในสถานพยาบาลทั่วไปหรือเฉพาะทางที่เข้มข้นน้อยลง

***ผู้มีปัญหาการดื่มแบบติดรุนแรง AUDIT 20 คะแนนขึ้นไป*** ให้การรักษาเฉพาะทางอย่างเข้มข้น

## การประเมินปัญหาการดื่มสุรา
## การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

**การดื่มสุราแบบอันตราย : Harmful Drinking/Alcohol Abuse**

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยดื่มสุราซ้ำ ๆ จนทำให้เกิดปัญหาเหล่านี้หรือไม่

| | |
|---|---|
| ความล้มเหลวในบทบาทหน้าที่ (ที่บ้าน ทำงาน โรงเรียน) | Role Failure |
| ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ อันตราย (เมาแล้วขับ ทำงานกับเครื่องจักร) | Risk of Body Harm |
| มีปัญหาทางกฎหมาย (ถูกจับกุม ทำผิดกฎหมาย) | Run-in with the Law |
| มีปัญหาสัมพันธภาพ (ครอบครัว เพื่อน) | Relationship trouble |

DSM-IV

**เกณฑ์วินิจฉัยภาวะดื่มแบบอันตรายหรือ Alcohol Abuse ตาม DSM-IV** ระบุว่าเป็นรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 1 อาการ (หรือมากกว่า) ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. มีการดื่มเป็นประจำจนทำให้ไม่สามารถทำงานสำคัญที่จำเป็น การศึกษาหรืองานบ้านได้ เช่น ขาดงานจากการดื่ม ถูกพักหรือให้ออกจากการศึกษาละเลยการดูแลบุตรหรืองานบ้าน
2. มีการดื่มเป็นประจำในสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เช่น ขับรถยนต์ หรือใช้เครื่องจักรขณะอยู่ในสภาพไม่พร้อมจากการดื่มสุรา
3. มีปัญหาทางกฎหมายอันเกิดจากการดื่มอยู่เป็นประจำ เช่น ถูกจับกุมเนื่องจากพฤติกรรมเมาสุรา
4. คงมีการดื่มอยู่ แม้จะก่อให้เกิด หรือกระตุ้นปัญหาทางสังคม หรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขึ้นอยู่ตลอดหรือบ่อยๆ เช่น ทะเลาะกับคู่สมรส หรือมีการทำร้ายร่างกายกัน

**การติดสุรา : Alcohol Dependence**

ลักษณะที่สำคัญอย่างน้อย 3 ใน 7 อย่างต่อไปนี้

1. TOLERANCE : ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นจึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม
2. WITHDRAWAL: มีอาการทางร่างกายเมื่อไม่ได้ดื่ม
3. IMPAIRED CONTROL: ควบคุมการดื่มไม่ได้
4. CUT DOWN: มีความต้องการอยู่เสมอที่จะเลิกดื่มหรือพยายามหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ
5. TIME SPENT DRINKING: หมกมุ่นกับกับการดื่มหรือการหาสุรามาสำหรับดื่ม
6. NEGLECT OF ACTIVITY: มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม อาชีพการงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ
7. DRINKING DESPITE PROBLEMS: ยังคงดื่มอยู่ทั้ง ๆที่มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว

DSM-IV

**เกณฑ์วินิจฉัยภาวะติดสุราตาม DSM-IV** ระบุว่าเป็นรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ (หรือมากกว่า) ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. มีการดื้อยา ซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้
   ก) มีความต้องการดื่มเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิด Intoxication หรือผลอื่นที่ต้องการ
   ข) ได้รับผลจากการดื่มลดลงอย่างมากหากยังคงดื่มเท่าเดิม

2. มีอาการขาดยา ซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้
   ก) มีอาการขาดสุรา (อาการถอนพิษสุรา)
   ข) การดื่มสุรา (หรือสารใกล้เคียง) สามารถลดหรือกำจัดอาการขาดสุราได้
3. มีการดื่มสุราในปริมาณมาก หรือเป็นเวลายาวนานกว่าที่ตั้งใจ
4. มีความต้องการดื่มอยู่ตลอด หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้
5. ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อหาสุรามาดื่มในการดื่มหรือในการฟื้นจากการเมาสุรา
6. ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงานหรือการหย่อนใจอื่นๆ เนื่องจากการดื่ม
7. คงยังดื่มอยู่ แม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น เช่น ยังคงดื่มสุราแม้ทราบว่าสุราจะทำให้แผลในกระเพาะอาหารแย่ลง

ในผู้ที่ติดสุรา ควรจะได้รับการตรวจประเมินและรักษาต่อไป ควรประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการขาดสุรา เพื่อช่วยในการตัดสินใจว่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการรักษาภาวะถอนพิษสุราหรือไม่

**ภาวะผิดปกติทางจิตที่พบบ่อยในผู้ดื่มสุรา**

**ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10**

**ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา ได้แก่**
- F10.2: ภาวะติดสุรา (alcohol dependence)
- F10.1: ภาวะดื่มสุราแบบอันตราย (harmful use or alcohol abuse)

**ความผิดปกติที่เกิดจากการดื่มสุรา ได้แก่**
- F10.0: ภาวะเมาสุรา (Alcohol intoxication)
- F10.3: ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal)
- F10.4: ภาวะถอนพิษสุรารุนแรงเพ้อสับสน (Alcohol withdrawal delirium)
- F10.5: โรคจิตจากสุรา (Alcoholic psychosis)
- F10.6: ภาวะความจำเสื่อมจากสุรา (Alcohol amnestic syndrome )
- F10.7: ภาวะสมองเสื่อม (Alcoholic Dementia)

## Alcohol Use Disorders

(ระบุตามรหัสของ ICD-10) เป็นความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่

F10.1 Alcohol Harmful Use หรือ Alcohol Abuse หรือการดื่มแบบอันตราย หมายถึง รูปแบบของการดื่มที่เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย (เช่น ตับถูกทำลายจากการดื่มเรื้อรัง) หรือทางจิตใจ (เช่น มีอาการซึมเศร้าตามหลังการดื่ม) หรือทางสังคม (เช่น มีปัญหากฎหมาย ขาดเรียน ขาดงาน มีปัญหาสัมพันธภาพ) โดยผู้ดื่มในกลุ่มนี้จะมีประวัติประสบปัญหาทางร่างกายและจิตใจเนื่องจากการดื่มสุราเกินเกณฑ์มาตรฐานเป็นประจำมาแล้ว และ/หรือได้รับบาดเจ็บ เกิดความรุนแรง มีปัญหาทางกฎหมาย บกพร่องในสมรรถภาพการทำงาน หรือเกิดปัญหาสังคม เนื่องมาจากการเมาบ่อยๆ

F10.2 Alcohol Dependence หรือโรคติดสุรา เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดและสมควรได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ ผู้ดื่มที่ติดสุราจะมีการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดปัญหาพฤติกรรม สมอง ความจำ และร่างกาย อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่าจะเกิดผลเสียตามมา และดื่มจนละเลยกิจกรรมอื่นๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบ

**Alcohol-Induced Disorders** (ตามรหัสของ ICD-10) หมายถึงกลุ่มอาการผิดปกติทางพฤติกรรมหรือจิตใจที่เกิดจากการดื่มสุราดังรายละเอียดต่อไปนี้

**F10.0: Alcohol Intoxication ภาวะเมาสุรา**

การมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางไม่เหมาะสม เช่น แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือพฤติกรรมทางเพศ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การตัดสินใจผิดพลาด เกิดความบกพร่องในอาชีพการงานและสังคมหลังการดื่มสุรา และมีอาการอย่างน้อย 1 อย่างต่อไปนี้ คือ พูดไม่ชัด อ้อแอ้ (Slurred Speech) การทรงตัวเสีย (Impaired Coordination) เดินเซ เดินสะเปะสะปะ (Unsteady Gait) Nystagmus อาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ ร่าเริง ตื่นเต้น พูดมาก หรือหงุดหงิด ง่วงซึม ถ้าเมามากอาจถึงหมดสติ ไม่รู้สึกตัว (Coma) ได้ การควบคุมกล้ามเนื้อช้าลง ความสามารถในการเรียนรู้ ความจำ ความคิด การตัดสินใจจะเสียไป

**F10.3: Alcohol Withdrawal ภาวะถอนพิษสุรา**

การที่ผู้มีปัญหาการดื่มสุราจนถึงขั้นติด เมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลงจะเกิดอาการถอนพิษสุราขึ้น โดยอาการจะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเริ่มลดลง และอาการค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเวลาผ่านไป ส่วนใหญ่อาการจะเริ่มเกิดตั้งแต่ 6-24 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย และเป็นมากที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมง อาการที่พบได้บ่อย เช่น มือสั่น เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง มีไข้ หายใจเร็ว หูแว่ว คลื่นไส้ ท้องเสีย กระสับกระส่าย เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ ฝันร้ายปวดศีรษะ หน้าแดง วูบร้อน วูบหนาว โดยทั่วไปถ้าอาการไม่รุนแรงมาก มักจะหายไปได้ภายใน 5-7 วัน แต่อาการนอนไม่หลับ และหงุดหงิดอาจคงนานถึง 10 วัน

**F10.4: Alcohol Withdrawal With Delirium ภาวะถอนพิษสุรารุนแรงเพ้อสับสน** เป็นภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง อาการเกิดต่อเนื่องจากภาวะถอนพิษสุราที่ไม่ได้รับการรักษา และมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น สั่นมาก เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง กระสับกระส่ายมากขึ้น หรือมีอาการชัก อาการเพ้อ สับสน หูแว่ว ระแวง โดยอาการมักเริ่มรุนแรงภายใน 2-3 วัน หลังหยุดดื่ม และรุนแรงที่สุดในวันที่ 4-5 ส่วนใหญ่อาการมักดีขึ้นภายใน 10 วัน แต่ในบางรายอาจมีอาการนานถึง 4-5 สัปดาห์ได้ ภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงนี้ถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ เนื่องจากมีอัตราการตายสูงถึง 30%

**F10.5: Alcoholic Psychosis โรคจิตจากสุรา**

ผู้ป่วยจะมีอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด อาการอาจคงอยู่นานหลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนหลังหยุดดื่มแล้ว แต่ไม่ควรเกิน 6 เดือน มักพบในผู้ที่มีประวัติดื่มอย่างหนัก และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตจากสาเหตุใดๆ มาก่อน และไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงที่มีภาวะเพ้อ (Delirium)

**F10.6: Alcohol Amnestic Syndrome ภาวะความจำเสื่อมจากสุรา** ผู้ป่วยจะต้องมีเกณฑ์ของภาวะ Organic Amnestic Syndromes ซึ่งประกอบด้วย การหลงลืมชนิด Recent Memory (การเรียนรู้ของใหม่) การสูญเสียในด้านเวลา ลำดับเหตุการณ์ โดยไม่พบความผิดปกติในความจำระยะสั้น ระดับความรู้สึกตัว หรือความสามารถในการรับรู้ ความคิด การตัดสินใจและมีประวัติการดื่มสุราเรื้อรัง

**F10.7: Residual and Late Onset Alcoholic Psychotic Disorder**

มีอาการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ปรากฏอยู่นานเกินกว่าระยะเวลาที่สารนั้นสามารถออกฤทธิ์อยู่ในร่างกาย โดยการปรากฏอาการต้องมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา ถ้าหากอาการปรากฏภายหลังจากการดื่มแล้วจะต้องมีหลักฐานที่แน่นหนาพอสมควรว่าเกิดจากภาวะตกค้างที่ยังเหลืออยู่ จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนจากสภาวะปกติก่อนหน้าจะเกิดอาการความผิดปกตินี้ อาการคงอยู่นานไม่จำกัดเวลา เกินระยะเวลาที่ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะคงอยู่ในร่างกาย ภาวะสมองเสื่อมจากสุรา (Alcoholic Dementia: F10.73) ที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้อาจหายได้หลังจากหยุดดื่มอย่างเด็ดขาด เชาวน์ปัญญาและความจำสามารถกลับคืนมาได้

**อาการทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา**

1. หลงผิดเช่นคิดว่าภรรยามีคนอื่น หรือกลัวคนมาทำร้าย
2. หูแว่ว เช่น ได้ยินเสียงคนเรียกแต่ไม่เห็นตัว เสียงเหมือนคนมาด่าว่า นินทา
3. ภาพหลอน ประสาทหลอน เช่น เห็นผี รู้สึกเหมือนมีแมลงมาไต่ตามตัว
4. วิตกกังวล นอนไม่หลับ
5. หงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด
6. เบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้า เช่น เห็นใบไม้ร่วงก็ร้องไห้ คิดถึงชีวิตตัวเอง รู้สึกไร้ค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ คิดฆ่าตัวตาย
7. หลงวัน เวลา สถานที่ หลงลืม ความจำเสื่อมถอย ขาดสมาธิ

**อาการทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา**

1. หลงผิด เช่น คิดว่าภรรยามีคนอื่น หรือกลัวคนมาทำร้าย
2. หูแว่ว เช่น ได้ยินเสียงคนเรียกแต่ไม่เห็นตัว เสียงเหมือนคนมาด่าว่า นินทา
3. ภาพหลอน ประสาทหลอน เช่น เห็นผี รู้สึกเหมือนมีแมลงมาไต่ตามตัว
4. วิตกกังวล นอนไม่หลับ
5. หงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด
6. เบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้า เช่น เห็นใบไม้ร่วงก็ร้องไห้ คิดถึงชีวิตตัวเอง รู้สึกไร้ค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ คิดฆ่าตัวตาย
7. หลง วัน เวลา สถานที่ หลงลืม ความจำเสื่อมถอย ขาดสมาธิ

**ภาวะโรคจิตจากการดื่มสุรา**
**(ALCOHOL-INDUCED PSYCHOTIC DISORDER)**

- **ผู้ป่วยจะมีอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด โดยอาการประสาทหลอนพบได้บ่อยกว่าอาการหลงผิด พบได้ทั้งหูแว่ว และภาพหลอน**
- อาการเริ่มเกิดในช่วง 1 เดือนของการดื่มหรือการหยุดดื่มแต่อาการอาจคงอยู่นานได้หลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนหลังหยุดดื่ม แต่ไม่ควรเกิน 6 เดือน
- **วินิจฉัยจากประวัติการดื่มสุราอย่างหนัก, ไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคจิตจากสาเหตุใด ๆ มาก่อน, ไม่ได้อยู่ในช่วงของ Withdrawal syndrome หรือ DTs**
- **Rx: Detoxification, Antipsychotic**

**Alcohol-Induced Psychotic Disorder หรือ Alcohol Psychosis** โรคจิตจากสุรา

ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคจิต เช่น ประสาทหลอน (Hallucination) หรือหลงผิด (Delusion) โดยอาการประสาทหลอนพบได้บ่อยกว่าอาการหลงผิด พบได้ทั้งหูแว่ว (Auditory Hallucination) และภาพหลอน (Visual Hallucination) อาการอาจคงอยู่นานหลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนหลังหยุดดื่มแล้ว แต่ไม่ควรเกิน 6 เดือน มักพบในผู้ที่มีประวัติดื่มอย่างหนักและไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตจากสาเหตุใดๆ มาก่อนและไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงที่มีภาวะเพ้อ (Delirium)

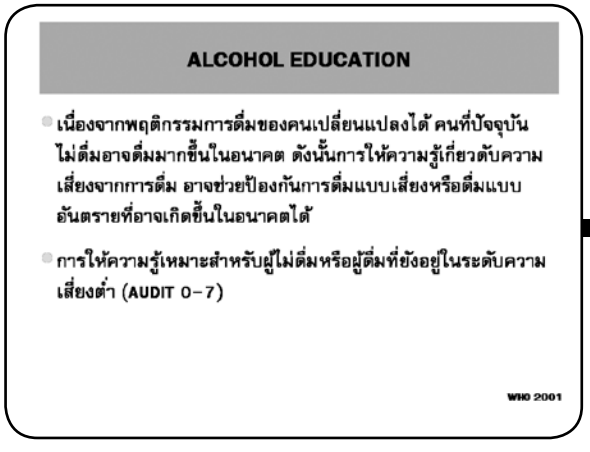
**การวินิจฉัย**

(ตามเกณฑ์ ICD-10) เป็นกลุ่มอาการโรคจิตที่เกิดขณะใช้หรือทันทีที่หยุดดื่ม โดยมักมีอาการประสาทหลอนที่ชัดเจน (มักจะเป็นทางหูและมักจะเกิดกับระบบสัมผัสมากกว่าหนึ่งชนิด) หลงผิด และ/หรือ ความคิดหวาดระแวง (เช่นว่าจะถูกปองร้าย) การเปลี่ยนแปลงของระบบการเคลื่อนไหว (มากขึ้นหรือน้อยลง) และอารมณ์ที่ไม่ปกติ ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่ความกลัวอย่างรุนแรงจนถึงภาวะเพ้อฝัน ยังมีความรู้สึกตัวดี แต่อาจมีอาการเบลอบ้าง ซึ่งอาจจะเป็นลักษณะสับสนที่ไม่รุนแรง ความผิดปกตินี้จะทุเลาลงบางส่วนภายใน 1 เดือนและหายเป็นปกติภายใน 6 เดือน

**การรักษา**

- Detoxification: ดูแลให้ผู้ป่วยหยุดดื่ม และให้การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา
- Antipsychotic กรณีที่อาการรุนแรงหรืออาการอยู่นาน

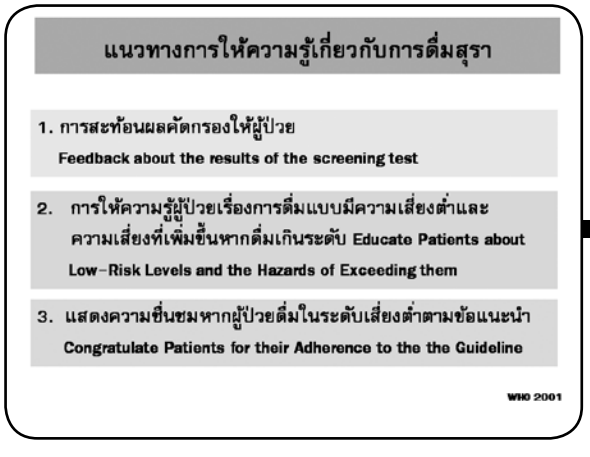
# บทที่ 2
# การให้ความรู้ ความเสี่ยงจากการดื่มสุรา
# Alcohol Education




**การให้ความรู้ ความเสี่ยงจากการดื่มสุรา**

Alcohol Education

ผู้ป่วยได้ผลลบจากการคัดกรอง AUDIT คือมีคะแนนระหว่าง 0-7 (ความเสี่ยงระดับที่ 1) ไม่ว่าเป็นผู้ที่ดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำหรือผู้ไม่ดื่มเลย ก็ได้ประโยชน์จากข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุรา พฤติกรรมการดื่มสุราของคนส่วนใหญ่เปลี่ยนแปลงได้ไม่แน่นอน คนที่ปัจจุบันดื่มไม่มากอาจดื่มหนักขึ้นในอนาคต ยิ่งไปกว่านั้นผลจากการโฆษณาหรือสื่อที่อ้างข้อมูลถึงประโยชน์ของการดื่ม อาจชักนำให้ผู้ที่ไม่ดื่มบางรายหันมาดื่มสุราเพื่อสุขภาพ หรือผู้ที่ดื่มไม่มากอาจดื่มหนักขึ้นได้ ดังนั้นคำพูดหรือข้อความในบทความเกี่ยวกับความเสี่ยงจากการดื่มสุราอาจช่วยป้องกันการดื่มแบบเสี่ยงหรือดื่มแบบอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้




**แนวทางการให้ความรู้ ความเสี่ยงจากการดื่มสุรา**

1. การสะท้อนผลคัดกรองให้ผู้ป่วย (Feedback About the Results of the Screening Test)
2. การให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ และความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นหากดื่มเกินระดับ (Educate Patients about Low-Risk Levels and the Hazards of Exceeding them)
3. แสดงความชื่นชมหากผู้ป่วยดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ ตามข้อแนะนำ (Congratulate Patients for their Adherence to the Guideline)

**วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย**
**ที่มีสมาชิกครอบครัวหรือเพื่อนฝูงที่ดื่มสุรา**

- การรับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจ

**ถามผู้ป่วยถึงความกังวลปัญหาการดื่มสุราของเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว ประเมินความรุนแรง มีท่าทางที่เป็นกลาง ไม่ตัดสินถูกผิด**

- การให้ข้อมูล

**การให้ข้อมูลตามความรุนแรงของปัญหาพร้อมข้อมูลการรักษาเฉพาะต่าง ๆ**

- การส่งเสริมให้ช่วยเหลือและร่วมแก้ปัญหา

**สนับสนุนให้คุยกับผู้ดื่มเพื่อแสดงออกถึงความห่วงใย แนะนำการปรับพฤติกรรมอย่างจริงจังและให้กำลังใจ โดยต้องอยู่ในบรรยากาศที่ดี ไม่ตำหนิติเตียน ไม่กล่าวเชิงลบ หรือตอบโต้ด้วยอารมณ์รุนแรง**

WHO 2001

**หากผู้ป่วยเป็นห่วงปัญหาการดื่มสุราของสมาชิก ครอบครัวหรือเพื่อนฝูง**

ในระหว่างรับบริการปฐมภูมิ ผู้ป่วยอาจสนใจข้อมูลการดื่มสุราเพื่อช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวหรือเพื่อน ดังนั้นบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิควรจะ

1. ***รับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจ (Listening Sympathetically)*** ควรถามผู้ป่วยถึงความกังวลปัญหาการดื่มสุราของเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ป่วยได้พยายามจัดการหรือได้รับผลกระทบ และประเมินความรุนแรงปัญหาการดื่มสุราตามเกณฑ์ในคู่มือนี้ว่าเป็นการดื่มแบบเสี่ยง การดื่มแบบอันตรายหรือการดื่มแบบติด โดยต้องรักษาความลับข้อมูลที่ได้รับและต้องมีท่าทางที่เป็นกลาง ไม่ตัดสินถูกผิดในข้อคำถามหรือข้อวิจารณ์ใดๆ
2. ***ให้ข้อมูล (Provide Information)*** การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบหนึ่งของการช่วยเหลือ ข้อมูลการให้ความรู้ สามารถให้ตามความรุนแรงของปัญหาพร้อมข้อมูลการรักษาเฉพาะต่างๆ
3. ***การส่งเสริมให้ช่วยเหลือและร่วมแก้ปัญหา (Encourage Support and Joint Problem-Solving)*** ครอบครัวและเพื่อนมักมีอิทธิพลมากที่สุดต่อการตัดสินใจลงมือแก้ปัญหาของผู้ดื่ม กลุ่มครอบครัวและเพื่อนนี้ควรได้รับการสนับสนุนให้คุยกับผู้ดื่ม เพื่อแสดงออกถึงความห่วงใย แนะนำการปรับพฤติกรรมอย่างจริงจังและให้กำลังใจ โดยต้องอยู่ในบรรยากาศที่ดี ไม่ตำหนิติเตียน ไม่กล่าวเชิงลบหรือตอบโต้ด้วยอารมณ์รุนแรง

# บทที่ 3
# การให้คำแนะนำแบบสั้น
# Brief Advice: BA

**การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice: BA )**

การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) หรือคำแนะนำอย่างง่าย (simple advice) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ได้คะแนน AUDIT ระหว่าง 8-15 ที่อาจยังไม่เคยมีประสบการณ์หรือได้รับบาดเจ็บ ลักษณะผู้ป่วยคือ:

- มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่เป็นผลจากการดื่มสุรามากเกินไป และ/หรือ
- มีความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุ ได้รับบาดเจ็บ ก้าวร้าวรุนแรง มีปัญหากฎหมาย ศักยภาพการทำงานลดลง หรือมีปัญหาสังคม อันเนื่องมาจากการเมาสุรา

WHO 2001

**การให้คำแนะนำแบบสั้น Brief Advice**

หลังจากประเมิน AUDIT แล้วพบว่าผู้ป่วยอยู่ในระดับความเสี่ยงที่เหมาะกับการให้คำแนะนำอย่างง่ายแล้วควรมีการเกริ่นนำเตรียมพร้อมผู้ป่วย เริ่มโดยอ้างผลคัดกรองการดื่มสุรา ทั้งความถี่บ่อย ปริมาณที่ดื่ม ลักษณะการดื่มและปัญหาจากการดื่ม พร้อมแสดงแผ่นพับที่มีข้อมูลจำเป็นต่อผู้ป่วย และมีภาพประกอบเป็นสื่อให้บุคลากรสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำในการแสดงแผ่นป้ายตามลำดับจะช่วยให้การบำบัดแบบสั้นเป็นไปตามขั้นตอนได้อย่างสมบูรณ์และเป็นธรรมชาติ ซึ่งการให้คำแนะนำแบบสั้นนี้ใช้เวลาการฝึกอบรมน้อยและสามารถปฏิบัติได้โดยบุคลากรสุขภาพ

**แนวทางการให้คำแนะนำแบบสั้น (BA)**

1. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback)
2. การให้ความรู้ (Provide information) ผลกระทบการดื่มแบบเสี่ยงสูง
3. การกำหนดเป้าหมาย (Establish a goal)
4. การให้คำแนะนำขีดจำกัดการดื่ม (Give advice on limit) และอธิบายความหมายดื่มมาตรฐาน
5. การให้กำลังใจ (Provide Encouragement)

WHO 2001

**แนวทางการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice)**

1. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback)
2. การให้ความรู้ (Provide Information) ผลกระทบการดื่มแบบเสี่ยงสูง
3. การกำหนดเป้าหมาย (Establish a Goal)
4. การให้คำแนะนำขีดจำกัดการดื่ม (Give Advice on Limit) และอธิบายความหมายดื่มมาตรฐาน
5. การให้กำลังใจ (Provide Encouragement)

**เทคนิคที่ใช้ในการให้คำแนะนำแบบสั้น**

- ให้ความเข้าใจและไม่ตัดสินถูกผิด (Be emphatic and Non-Judgmental)
- ใช้บทบาทของบุคลากรสุขภาพที่ได้รับการยอมรับนับถือ (Be authoritative)
- การจัดการเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธปัญหา (Deflect Denial) ไม่ควรโต้เถียง หรือขัดแย้งกับผู้ป่วย
- การสนับสนุน (Facilitate) ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ได้ตัดสินใจเลือกแล้ว
- การติดตามอย่างต่อเนื่อง (Follow up)

WHO,2001

**เทคนิคที่เสริมในการให้คำแนะนำแบบสั้นมีประสิทธิผล:**

1. **ให้ความเข้าใจและไม่ตัดสินถูกผิด (Be Emphatic and Non-judgmental)** บุคลากรสุขภาพ ควรตระหนักว่าผู้ป่วยมักไม่ทราบถึงความเสี่ยงของการดื่ม และไม่ควรตำหนิที่ผู้ดื่มสนใจปัญหาการดื่ม เนื่องจากการดื่มแบบอันตรายนั้นมักไม่ใช่พฤติกรรมถาวรที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ แต่เป็นลักษณะพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวช่วงเวลาหนึ่ง ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรสบายใจที่จะพูดคุยยอมรับผู้ป่วยโดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ถึงพฤติกรรมการดื่มขณะนี้ ผู้ป่วยมักจะยอมรับต่อความห่วงใยหรือคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตำหนิติเตียนอาจก่อให้เกิดการต่อต้านคำแนะนำและต่อต้านบุคลากรสุขภาพด้วย
2. **ใช้บทบาทของบุคลากรสุขภาพที่ได้รับการยอมรับนับถือ (Be Authoritative)** บุคลากรสุขภาพมักได้รับการยอมรับนับถือเพราะมีความรู้และได้รับการฝึกอบรมมาโดยเฉพาะที่ผู้ป่วยมักเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญอยู่แล้ว จึงควรใช้บทบาทนี้ให้เกิดประโยชน์โดยให้มีท่าทีชัดเจน มีจุดประสงค์ และเฉพาะเจาะจง เมื่อเริ่มพูดคุยกับผู้ป่วยถึงการดื่มเกินระดับผู้ป่วยจะตระหนักถึงความห่วงใยต่อสุขภาพที่บุคลากรสุขภาพได้ให้ตามบทบาทหน้าที่เพื่อแนะนำให้ผู้ป่วยลดหรือหยุดดื่ม
3. **การจัดการเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธปัญหา (Deflect Denial)** บางครั้งผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม ผู้ป่วยบางรายอาจปฏิเสธว่าไม่ได้ดื่มมากเกินไปและไม่ยอมรับคำแนะนำที่จะให้ลดการดื่มลง ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยังไม่พร้อมนั้นจะต้องแน่ใจก่อนว่าบุคลากรสุขภาพได้พูดคุยกับผู้ป่วยอย่างจริงจังด้วยท่าทีที่ไม่คุกคาม ข่มขู่หรือใช้คำพูดเชิงลบ เช่น “ติดเหล้า/ขี้เหล้า” แต่ใช้การจูงใจผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลพร้อมแสดงความห่วงใย หากผลคัดกรองแสดงถึงความเสี่ยงการดื่มรุนแรงและเกิดปัญหา ให้ใช้ผลดังกล่าวถามผู้ป่วยกลับเพื่อให้อธิบายว่าสถานการณ์ในมุมมองของผู้ป่วยกับสิ่งที่บุคลากรสุขภาพได้บอกไปแตกต่างกันอย่างไร จากนั้นจึงจะแนะนำผู้ป่วยต่อได้ว่าบางครั้งสิ่งที่เกิดขึ้นจริงอาจจะไม่ดีเหมือนสิ่งที่ผู้ป่วยคิดก็ได้
4. **การสนับสนุน (Facilitate)** จากผลลัพธ์ที่มุ่งหวังไว้ของการให้คำแนะนำอย่างง่ายคือการสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องร่วมมือด้วยไม่ใช่เพียงแค่บอกให้ผู้ป่วยทำตามเท่านั้น วิธีการที่ได้ผลที่สุดคือให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจโดยถามถึงเหตุผลที่ดื่มและเน้นย้ำถึงประโยชน์ของการดื่มแบบเสี่ยงต่ำหรือ หยุดดื่ม ข้อสำคัญคือผู้ป่วยควรเลือกที่จะลดหรือหยุดดื่มและตกลงใจที่จะพยายามทำให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ได้ตัดสินใจเลือกแล้ว

5. **การติดตามอย่างต่อเนื่อง (Follow up)** การติดตามผู้ป่วยแต่ละรายเป็นระยะอย่างต่อเนื่องนั้นเป็นประโยชน์ในทางเวชปฏิบัติ เนื่องจากผู้ดื่มแบบเสี่ยงที่ยังไม่เกิดปัญหานั้นการติดตามไม่เร่งด่วน หรือค่าใช้จ่ายไม่สูง อย่างไรก็ตามการนัดติดตามควรกำหนดให้เหมาะสมกับความเสี่ยงที่ประเมินได้ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะบรรลุเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม หากผู้ป่วยสามารถทำได้ก็ให้ส่งเสริมกำลังใจต่อไปอีก แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถทำได้บุคลากรสุขภาพควรพิจารณาให้คำปรึกษาแบบสั้นหรือส่งต่อเพื่อการประเมินวินิจฉัยเพิ่มเติมต่อไป

**ตัวอย่างการให้คำแนะนำแบบสั้น**

ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

***ผลการประเมินปัญหาการดื่มสุราพบว่าคุณดื่มแบบเสี่ยง เนื่องจากคุณดื่ม... (ปริมาณ/ความถี่/รูปแบบ)...***

ให้ข้อมูลผลกระทบจากการดื่มแบบความเสี่ยงสูง

***ถึงแม้ว่าขณะนี้คุณยังไม่พบปัญหาอะไรชัดเจน แต่ลักษณะการดื่มแบบนี้เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น โรคกระเพาะ โรคตับ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนขณะเมาสุราหรือ เสี่ยงต่อปัญหาครอบครัว ปัญหาอาชีพหรือปัญหาการเงินได้หากเป็นไปได้***

WHO 2001

**ตัวอย่างการให้คำแนะนำแบบสั้น**

**ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ:** *"ผลการประเมินปัญหาการดื่มสุราพบว่าคุณดื่มแบบเสี่ยง เนื่องจากคุณดื่ม...(ปริมาณ/ความถี่/รูปแบบ")...*

**ให้ข้อมูลผลกระทบจากการดื่มแบบความเสี่ยงสูง:**

"แม้ว่าขณะนี้คุณยังไม่พบปัญหาอะไรชัดเจน แต่ลักษณะการดื่มแบบนี้เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพเช่น โรคกระเพาะ โรคตับ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนขณะเมาสุรา หรือเสี่ยงต่อปัญหาครอบครัว ปัญหาอาชีพหรือปัญหาการเงินได้หากเป็นไปได้"

**ตัวอย่างการให้คำแนะนำแบบสั้น**

กำหนดเป้าหมายและให้คำแนะนำ

***คุณควรเลือกที่จะหยุดดื่ม หรือถ้ายังจะดื่มอยู่ควรดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ โดยไม่ดื่มเกินวันละ 2 ดื่มมาตรฐาน(เหล้า 4 ฝาหรือเบียร์ 1.5 กระป๋อง หรือไวน์ 2 แก้ว)และต้องหยุดดื่มอย่างน้อยสัปดาห์ละ2วัน คุณคิดว่าจะเลือกวิธีไหนดีครับ/คะ***

เสริมแรงกระตุ้น

***จริง ๆแล้ว มันอาจไม่ง่ายหรอกที่คุณจะลดการดื่มลงที่ให้อยู่ในขีดจำกัด แต่หากคุณเผลอดื่มเกินขีดจำกัดให้พยายามเรียนรู้ว่าเพราะอะไรจึงเป็นเช่นนั้นและวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก หากคุณระลึกเสมอถึงความสำคัญของการลดความเสี่ยงจากการดื่มลงคุณก็จะสามารถทำได้***

WHO 2001

**กำหนดเป้าหมายและให้คำแนะนำ:** *"คุณควรเลือกที่จะหยุดดื่มหรือถ้ายังจะดื่มอยู่ควรดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ โดยไม่ดื่มเกินวันละ 2 ดื่มมาตรฐาน (เหล้า 4 ฝาหรือเบียร์ 1.5 กระป๋อง หรือไวน์ 2 แก้ว) และต้องหยุดดื่มอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 วัน คุณคิดว่าจะเลือกวิธีไหนดีครับ/คะ"*

**เสริมแรงกระตุ้น:** *"จริงๆ แล้ว มันอาจไม่ง่ายหรอกที่คุณจะลดการดื่มลงที่ให้อยู่ในขีดจำกัด แต่หากคุณเผลอดื่มเกินขีดจำกัดให้พยายามเรียนรู้ว่าเพราะอะไรจึงเป็นเช่นนั้นและวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก หากคุณระลึกเสมอถึงความสำคัญของการลดความเสี่ยงจากการดื่มลงคุณก็จะสามารถทำได้"*

**กิจกรรมชมวีดิทัศน์สาธิต**
**การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice)**

ให้สังเกตขั้นตอนการให้คำแนะนำแบบสั้น

**กิจกรรม: ชมวีดิทัศน์สาธิตการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice)**

ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง มีชายไทยวัย 35 ปี มาตรวจตามนัดเพื่อตัดไหมแผลผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ พยาบาลผู้ป่วยนอกได้แนะนำให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินปัญหาการดื่มสุราระหว่างรอตรวจ

**สังเกตขั้นตอนการให้คำแนะนำแบบสั้น**

การประเมินคัดกรอง/การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ/ การให้ข้อมูล/ตั้งเป้าหมาย/ให้คำแนะนำข้อจำกัด ให้ข้อมูลหนึ่งดื่มมาตรฐาน/ให้กำลังใจ

# บทที่ 4
# การบำบัดแบบสั้น
# Brief Intervention

**การบำบัดแบบสั้น**

**เหมาะกับผู้ป่วยที่มีคะแนน AUDIT อยู่ระหว่าง 16–19 ซึ่งมักเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (harmful drinkers) ที่:**

- **เคยประสบปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตเนื่องจากการดื่มสุราเกินระดับดื่มแบบเสี่ยงต่ำเป็นประจำ และ/หรือ**
- **เคยได้รับอุบัติเหตุ บาดเจ็บ เกิดความก้าวร้าวรุนแรง มีปัญหากฎหมาย ศักยภาพการทำงานลดลง หรือมีปัญหาสังคมอันเนื่องมาจากการเมาสุราอยู่บ่อยครั้ง**

**การบำบัดโดยการให้คำปรึกษาแบบสั้น Brief Counseling**

การให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยทั่วไปแล้วเหมาะกับ ผู้ป่วยที่มีคะแนน AUDIT อยู่ระหว่าง 16-19 ซึ่งมักเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (Harmful Drinkers) ที่:

- เคยประสบปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต เนื่องจากการดื่มสุราเกินระดับดื่มแบบเสี่ยงต่ำเป็นประจำ และ/หรือ
- เคยได้รับอุบัติเหตุ บาดเจ็บ เกิดความก้าวร้าวรุนแรง มีปัญหากฎหมาย ศักยภาพการทำงานลดลง หรือมีปัญหาสังคมอันเนื่องมาจากการเมาสุราอยู่บ่อยครั้ง ผู้ที่มีคะแนน AUDIT อยู่ในช่วง 16-19 นี้ มักดื่มมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า 16 แต่ความแตกต่างสำคัญอยู่ที่คำตอบของคำถาม AUDIT ข้อที่ 9-10 ซึ่งบ่งถึงสัญญาณอันตราย แท้จริงแล้วผู้ป่วยบางรายในกลุ่มนี้อาจไม่ได้ดื่มหนักกว่ากลุ่มเสี่ยงระดับ 2 แต่มีประสบการณ์เคยได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บในปีที่ผ่านมาหรือคนใกล้ชิดแสดงความเป็นห่วงต่อการดื่ม ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น

**การบำบัดแบบสั้น**

**เหมาะในผู้ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinkers) ที่จำเป็นต้องหยุดดื่มสุราตลอดไปหรือชั่วระยะเวลาหนึ่ง เช่น**

- **หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร**
- **ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่ห้ามดื่มสุราร่วมด้วย เป็นต้น**

การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) อาจเหมาะในผู้ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinkers) ที่จำเป็นต้องหยุดดื่มสุราตลอดไปหรือชั่วระยะเวลาหนึ่ง เช่น หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่ห้ามดื่มสุราร่วมด้วย เป็นต้น

**Brief Intervention ต่างจาก Brief Advice?**

| | BRIEF ADVICE | BRIEF INTERVENTION |
|---|---|---|
| ผู้รับบริการ | ดื่มแบบเสี่ยง(Hazardous) ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา | ดื่มแบบอันตราย(Harmful) เกิดปัญหาขึ้นมาแล้ว |
| ใช้เวลา | 5-10นาที | 5-60 นาที |
| เป้าหมาย | ปรับทัศนคติ สร้างความตระหนัก ลดความเสี่ยง | เพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา ลดความเสี่ยง |
| ทักษะ | | เพิ่มทักษะการรับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจ (Empathic listening) และทักษะการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) |

**การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) ต่างจากการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) อย่างไร**

แม้ว่าการให้การบำบัดแบบสั้นและการให้คำแนะนำแบบสั้นจะมีเป้าหมายเดียวกันคือให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงด้วยการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลง แต่การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) เป็นกระบวนการบำบัดที่เข้มข้นกว่า ใช้องค์ประกอบของการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหมาะในผู้ป่วยดื่มสุราที่เกิดปัญหาขึ้นมาแล้ว ต่างจากการให้คำแนะนำอย่างง่าย (Simple Advice) ที่เน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างความตระหนักในพฤติกรรมการดื่มของตน และอาจเป็นเพียงผู้ป่วยที่ดื่มแบบเสี่ยง แต่ยังไม่เกิดปัญหาขึ้น แท้จริงแล้วการให้คำปรึกษา แบบสั้นนั้นใช้องค์ประกอบพื้นฐานเดียวกับการให้คำแนะนำอย่างง่าย เพียงแต่ขยายเป้าหมายและมีวิธีการเพิ่มขึ้นซึ่งต้องมีเนื้อหาและเวลาที่มากกว่าการให้คำแนะนำอย่างง่าย นอกจากนี้บุคลากรสุขภาพที่ให้คำปรึกษานั้นจะต้องได้รับการฝึกอบรมทักษะการรับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจ (Empathic Listening) และทักษะการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

**องค์ประกอบของการบำบัดแบบสั้น**

**FRAMES**

- **FEEDBACK** ให้ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนของแบบคัดกรอง
- **RESPONSIBILITY** ความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นของผู้ป่วย
- **ADVICE** ให้การแนะนำอย่างง่ายเกี่ยวกับการลด ละ เลิกใช้สารเสพติด
- **MENU OF STRATEGIES** เสนอกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการเลือกการตั้งเป้าหมายและการควบคุมตนเองของผู้ป่วย
- **EMPATHY** แสดงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วยซึ่งจะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย
- **SELF-EFFICACY** ส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความคิดในทางบวก

**องค์ประกอบของการบำบัดแบบสั้น**

การบำบัดแบบสั้นที่มีประสิทธิผลจะมีบางลักษณะที่พบเป็นประจำซ้ำๆ ลักษณะดังกล่าวได้สรุปเป็น 6 องค์ประกอบ มีชื่อย่อว่า FRAMES หมายถึง Feedback, Responsibility, Advice, Menu of Options, Empathy and Self-efficacy

**การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback)**

การให้ข้อมูลสะท้อนกลับแบบเฉพาะตัว (ไม่ใช่การให้ข้อมูลทั่วไป) เป็นสิ่งสำคัญมากของการบำบัดแบบสั้น ข้อมูลเหล่านี้อาจจะประกอบด้วยข้อมูลการใช้สารเสพติดของผู้รับบริการ ซึ่งได้มาจากการประเมินหรือคัดกรองซึ่งได้จากการใช้แบบประเมิน และระดับความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับคะแนนมีข้อสังเกตว่าผู้รับบริการหลายคนมักจะสนใจคะแนนแบบสอบถามของตนเองและความหมาย นอกจากนี้ข้อมูลความเสี่ยงการใช้สารเสพติดในขณะนี้ของผู้รับบริการที่ได้จากการถามในช่วงคัดกรอง (เช่น อาการซึมเศร้า วิตกกังวล) รวมทั้งข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติด เป็นข้อมูลที่มีผลอย่างมากในการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

**ความรับผิดชอบ (Responsibility)**

หลักการสำคัญของการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดคือการย้ำให้รับรู้และยอมรับว่าตัวผู้รับบริการเป็นผู้รับผิดชอบพฤติกรรมของตัวเองแต่เพียงผู้เดียว และสามารถตัดสินใจเลือกพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของตัวเอง หรือตัดสินใจจะยอมรับการบำบัดแบบสั้นจากบุคลากรสุขภาพหรือไม่อาจใช้คำพูดว่า "คุณสนใจทราบคะแนนแบบสอบถามของคุณหรือไม่" "คุณจะทำอะไรต่อหลังจากทราบข้อมูลที่ดิฉัน/ผมให้ขึ้นอยู่กับตัวคุณเองเป็นหลัก" "คุณกังวลกับคะแนนของคุณอย่างไรบ้าง" คำพูดเหล่านี้จะช่วยให้ผู้รับบริการยังคงรู้สึกว่าสามารถควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมและผลที่ตามมา ความรู้สึกสามารถควบคุมตนเองได้เป็นองค์ประกอบสำคัญมากในการจูงใจผู้รับบริการให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และลดความรู้สึกต่อต้าน (Resistance) การเปลี่ยนแปลงลงได้ การใช้คำพูด เช่น "ผม/ดิฉันคิดว่าคุณควรจะ..." หรือ "ผม/ดิฉันรู้สึกเป็นห่วงการใช้สารเสพติดของคุณ" มักจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกต่อต้านและเป็นเหตุให้พยายามที่จะคงการใช้สารเสพติดในลักษณะเดิมของตนไว้

**การให้คำแนะนำ (Advice)**

หัวใจสำคัญของการให้การบำบัดแบบสั้นที่มีประสิทธิผลคือการให้คำแนะนำที่ชัดเจนถึงวิธีการลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นหากยังคงใช้สารเสพติดต่อไป การให้คำแนะนำนี้ต้องทำด้วยท่าทีที่ไม่ใช่การตัดสินว่าทำถูกหรือผิด ผู้รับบริการอาจจะไม่ทราบว่าพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในลักษณะนี้สามารถนำไปสู่ปัญหาสุขภาพ หรือปัญหาอื่นๆ หรืออาจทำให้ปัญหาที่มีอยู่แย่ลงไปอีก การให้คำแนะนำที่ชัดเจนว่าการลดหรือเลิกใช้สารเสพติด จะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาในอนาคตจะช่วยเพิ่มความตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และให้เหตุผลเพื่อให้ผู้ใช้พิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของตน คำแนะนำอาจสรุปเป็นประโยคง่ายๆ เช่น "วิธีการที่ดีที่สุดที่จะลดความเสี่ยง (เช่น อาการซึมเศร้า วิตกกังวล หรืออื่นๆ) ทำได้โดยการลดหรือเลิกใช้สารเสพติด" ภาษาที่ใช้ในการให้คำแนะนำมีส่วนสำคัญเช่นกัน คำพูดเช่น "ผม/ดิฉันคิดว่าคุณควรจะหยุดใช้สาร" หรือ "ผมเป็นห่วงการใช้สารของคุณ" ไม่ใช่คำแนะนำที่บอกวิธีการชัดเจน

**Menu of Alternative Change Options**

แนวทางเพื่อการเปลี่ยนแปลง การช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพคือ การจัดหากลยุทธ์เพื่อการหยุดใช้สารหลากหลายแนวทางเพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกแนวทางที่ดีที่สุดสำหรับเขา รวมทั้งวิธีการเสริมแรง การควบคุมตนเอง ความรับผิดชอบและแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับผู้รับบริการควรเชื่อมกันในแต่ละขั้นของการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างเช่น

- การบันทึกการใช้สารเสพติดประจำวัน (ใช้ที่ไหน เมื่อไร กับใคร ปริมาณมากน้อยเพียงไร สาเหตุที่ใช้สารเสพติด)
- ให้ผู้ใช้สารเสพติดทำแนวทางการใช้สารเสพติดอย่างปลอดภัยสำหรับตนเอง
- ค้นหาสถานการณ์ความเสี่ยงและกลวิธีในการจัดการ
- หากิจกรรมอื่นๆ ทดแทน เช่น งานอดิเรก กีฬา เข้าชมรม ฯลฯ
- สนับสนุนให้ผู้รับบริการหา "ตัวช่วย" เป็นคนที่จะสนับสนุนหรือช่วยเหลือให้ทำตามที่ตั้งใจว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้
- ให้ข้อมูลการดูแลตัวเองด้วยวิธีอื่นๆ และเอกสารข้อมูล
- เชิญชวนให้ผู้รับบริการกลับมาพบบุคลากรสุขภาพเป็นประจำ เพื่อทบทวนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและช่วยกันทำตามแนวทางการลด ละ เลิกสารเสพติด
- ให้เก็บเงินที่เคยใช้ในการซื้อหาสารเสพติดไว้ใช้อย่างอื่นที่เป็นประโยชน์

**Empathy**

ความเห็นอกเห็นใจ การช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วยความรู้สึกอบอุ่น การสะท้อนความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกสุขสบายและพึงพอใจ และเพิ่มคุณภาพของการบำบัดรักษา

**Self-efficacy (Confidence)**

องค์ประกอบสุดท้ายของการบำบัดแบบสั้นที่มีประสิทธิภาพ คือ การเสริมความมั่นใจให้ผู้รับบริการว่า สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดได้ คนที่มีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้จะมีโอกาสเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากกว่าคนที่รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถหรือทำไม่ได้ การทำให้ผู้รับบริการพูดออกมาเองด้วยข้อความแสดงความสามารถของตัวเองจะช่วยให้ผู้รับบริการเชื่อ และมั่นใจในตนเองมากขึ้น เมื่อได้ยินสิ่งที่พูดออกมาเอง

**เทคนิคในการให้การบำบัดแบบสั้น**

องค์ประกอบสำคัญสำหรับการบำบัดแบบสั้นมีทั้งสิ้น 6 ประการ ซึ่ง Miller and Sanchez ได้นำเสนอ และใช้ชื่อย่อว่า **FRAME** โดยแต่ละตัวมาจากอักษรตัวแรกของแต่ละองค์ประกอบหลักคือ Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-efficacy

Feedback ให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุราที่ประสบอยู่ได้แก่ ประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงของโรค การอธิบายวิธีการแปลผลการตรวจ สำหรับกรณีของสุรา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของการดื่มสุรา ได้แก่ SGOT/SGPT, GGT, Bilirubin, MC เป็นต้น

Responsibility เน้นถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการตัดสินใจว่าจะลด ละ หรือเลิกดื่มสุราหรือไม่ ผู้บำบัดไม่สามารถบังคับ เป็นสิทธิของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ผู้บำบัดมีหน้าที่เพียงแนะนำสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้

Advice หมายถึง คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และจำเป็นต่อการตัดสินใจ เช่น สุรามีผลต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง/ในกรณีที่ติดแล้ว (Alcohol Dependence) การหยุดโดยเด็ดขาด (Abstinence) มีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลิกสุรามากกว่าค่อยๆ ลดปริมาณลง (Moderation) หากเลือกหนทางการค่อยๆ ลดปริมาณลง ก็ควรมีการเฝ้าติดตาม (Monitoring) ว่าปริมาณที่ใช้หรือเสพว่าลดลงจริงหรือไม่ เช่น การบันทึกปริมาณสุราที่ใช้ในแต่ละวัน เป็นต้น

Menu การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ ไม่ควรมีมากเกินไปหรือน้อยจนเกินไป ได้แก่ การเลิกด้วยวิธีการหักดิบ การมีกิจกรรมทดแทนต่างๆ การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help Group) การปฏิบัติธรรม การเข้ารับการรักษาด้วยวิธีบำบัดต่างๆ ทางการแพทย์ เป็นต้น

Empathy ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วยว่าการติดสุราเป็นโรคไม่ใช่นิสัยไม่ดี ยอมรับที่ผู้ป่วยอาจจะยังไม่ตระหนักกับปัญหาการติดสุรา เพราะยังไม่มีอาการถอนจากสุราหรือยังมองไม่เห็นข้อเสียจากการดื่ม เข้าใจว่าโดยแท้จริงผู้ป่วยรู้สึกว่าการดื่มสุรามีข้อดีอยู่มาก หรืออาจเสียดายความสุขที่เกิดจากสุรา

Self-efficacy ส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถเลิกสุราได้ ให้ความหวังและกำลังใจ

วิธีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับที่ง่ายและได้ผลดีควรคำนึงถึงสิ่งที่ผู้รับบริการทราบแล้ว และสิ่งที่สนใจอยากทราบ และยอมรับทางเลือกของผู้รับบริการว่า จะทำอะไรกับข้อมูลที่ได้รับประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

**วิธีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับที่ได้ผล**

**ควรคำนึงถึงสิ่งที่ผู้รับบริการทราบแล้ว และสิ่งที่สนใจอยากทราบ และยอมรับทางเลือกของผู้รับบริการว่าจะทำอะไรกับข้อมูลที่ได้รับ ประกอบด้วยสามขั้นตอน คือ**

**1. ค้นหาความพร้อมและความสนใจที่จะรับความรู้/ข้อมูลของผู้รับบริการ**
**2. ให้ข้อมูลสะท้อนกลับด้วยท่าทีที่เป็นกลางและไม่ตัดสินถูกผิด**
**3. ค้นหาความหมายเฉพาะตัว**

1. ค้นหาความพร้อมและความสนใจที่จะรับความรู้/ข้อมูลของผู้รับบริการ เช่น ถามผู้รับบริการว่าอะไรบ้างที่ทราบแล้ว และสนใจที่จะรู้อะไรเพิ่มเติม จะเป็นประโยชน์มาก หากเตือนให้ผู้รับบริการทราบว่าการเลือกที่จะทำอะไรกับข้อมูลที่ได้รับเป็นความรับผิดชอบของตัวเองตัวอย่างเช่น
   - “คุณอยากรู้ผลแบบสอบถามที่ทำเสร็จแล้วหรือไม่?”
   - “คุณรู้อะไรบ้างเกี่ยวกับฤทธิ์ของยาบ้าที่มีต่ออารมณ์ของคุณ?”

2. **ให้ข้อมูลสะท้อนกลับด้วยท่าทีที่เป็นกลางและไม่ตัดสินถูกผิด ตัวอย่างเช่น**
   - "คะแนนการใช้ยาบ้าของคุณเท่ากับ 18 ซึ่งหมายถึงคุณมีความเสี่ยงสูงที่จะมีปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่นๆ จากการใช้ยาบ้าในระดับที่คุณใช้ในขณะนี้"
   - "ยาบ้าจะมีผลต่อสารเคมีในสมองที่ควบคุมการทำงานด้านอารมณ์ และการใช้เป็นประจำจะทำให้คุณรู้สึกซึมเศร้า กังวล และในบางคนอาจรู้สึกโกรธก้าวร้าวได้"
3. **ค้นหาความหมายเฉพาะตัว** เช่น ถามผู้รับบริการว่ามีความคิดเห็นกับข้อมูลที่ได้รับอย่างไร และอยากจะทำอะไรต่อไป อาจจะถามหนึ่งในข้อคำถามต่อไปนี้
   - "คุณกังวลกับคะแนนการใช้ยาบ้าของคุณเพียงไร"
   - "คุณกังวลกับผลของยาบ้าที่มีผลต่ออารมณ์และต่อสุขภาพจิตของคุณเพียงไร"
   - "คุณรู้สึกอย่างไรบ้างเกี่ยวกับสิ่ง/เรื่องนั้น"
   - "เราจะทำอะไรต่อไปจากจุดนี้"
   - "คุณต้องการจะทำอะไรเกี่ยวกับสิ่ง/เรื่องนั้น" "อะไรที่ทำให้คุณกังวลที่สุด"

**ขั้นตอนการบำบัดแบบสั้นตามผลแบบคัดกรอง**

1. ASKING –ถาม
2. FEEDBACK – ให้ข้อมูลโดยใช้ผลการคัดกรอง
3. ADVICE – ให้คำแนะนำ
4. RESPONSIBILITY – ย้ำความรับผิดชอบของผู้ป่วย
5. CONCERN ABOUT ASSIST SCORE – ถามความเป็นห่วงคะแนน
6. GOOD THINGS ABOUT USING – ข้อดีของการใช้สาร
7. LESS GOOD THINGS ABOUT USING – ข้อไม่ดีของการใช้สาร
8. SUMMARISE – สรุปความ
9. CONCERN ABOUT LESS GOOD THINGS – ความเป็นห่วงต่อข้อไม่ค่อยดีของการใช้สาร
10. TAKE HOME INFORMATION&BOOKLET – ให้ข้อมูลและคู่มือ

**การบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง**

ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 10 ขั้นตอน (หรือ 5 ขั้นตอนสำหรับการบำบัดที่ใช้เวลาน้อยมาก) วิธีการต่อไปนี้จะแสดงเป็นขั้นตอนเพื่อช่วยให้บุคลากรสุขภาพที่ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจหรือไม่เคยทำงานกับผู้รับบริการที่ใช้สารเสพติดมาก่อนมีความมั่นใจมากขึ้น

1. Asking ถามผู้รับบริการว่าสนใจที่จะอยากทราบคะแนนแบบสอบถามของตนหรือไม่
2. Feedback ให้ข้อมูลคะแนนเฉพาะตัว โดยใช้บัตรรายงานผล ASSIST
3. Advice ให้คำแนะนำวิธีการลดความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติด
4. Responsibility ให้ผู้รับบริการรับผิดชอบตัดสินใจเลือกด้วยตัวเอง
5. Concerned ถามความกังวลกับคะแนนของผู้รับบริการ
6. Good Things ข้อดีของการใช้สารเสพติดเปรียบเทียบกับ
7. Less Good Things ข้อไม่ค่อยดีของการใช้สารเสพติด
8. Summarize and Reflect สรุปและสะท้อนความเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของผู้รับบริการ โดยเน้นที่"ข้อไม่ค่อยดี"
9. Concerned ถามผู้รับบริการว่ากังวลกับ "ข้อไม่ค่อยดี" มากน้อยเพียงไร
10. Take-home Materials ให้เอกสารคู่มือกลับบ้านเพื่อเสริมการบำบัดแบบสั้น

**ขั้นตอนที่ 1: ASKING**

***ถามผู้รับบริการว่าอยากทราบคะแนนแบบสอบถามของตนหรือไม่***

**คำถามนี้จะเป็นประตูเปิดให้ผู้บำบัดสามารถให้การบำบัดแบบย่อได้**

- **ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสนใจคะแนนของตนเอง**
- **การให้ผู้ป่วยเลือกว่าจะทำอะไรต่อไปจะช่วยลดแรงต่อต้านในการรักษาได้**
- **เป็นการอนุญาตให้ผู้บำบัดสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนและความเสี่ยงและวิธีการลดความเสี่ยงแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรงและเฉพาะตัว**

**ขั้นตอนที่ 1 Asking**

ถามผู้รับบริการว่าอยากทราบคะแนนแบบสอบถามของตนหรือไม่

บัตรรายงานผลการคัดกรอง ที่ได้หลังทำการคัดกรองใช้ในการให้ข้อมูลรายบุคคลเฉพาะตัวผู้รับบริการตามระดับความเสี่ยงของการใช้สารเสพติด วิธีการที่ดีในการเริ่มต้น การบำบัดแบบสั้นก็คือการถามผู้รับบริการว่า

*"คุณอยากทราบคะแนนแบบสอบถามที่คุณเพิ่งทำเสร็จหรือไม่"* คำถามนี้จะเป็นเหมือนประตูเปิดให้บุคลากรสุขภาพเริ่มให้การบำบัดแบบสั้น การใช้คำพูดแบบนี้จะช่วยให้ผู้รับบริการเลือกว่าจะเกิดอะไรขึ้นต่อไปและลดการต่อต้านไปด้วย หากผู้รับบริการตอบตกลงก็จะเป็นการอนุญาตให้บุคลากรสุขภาพให้ข้อมูลเฉพาะตัวสะท้อนกลับและให้ข้อมูลคะแนน และความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและวิธีการที่ดีที่สุดที่ผู้รับบริการจะลดความเสี่ยงนี้ลงได้ ข้อสังเกตคือผู้รับบริการส่วนใหญ่สนใจที่จะทราบและทำความเข้าใจกับคะแนนของตนเองที่จะระบุว่ามีความเสี่ยง เสี่ยงสูง หรือเสี่ยงสูงมาก บัตรรายงานผลการคัดกรอง นี้จะใช้ในระหว่างการบำบัดเพื่อให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่ผู้รับบริการ หลังจากนั้นก็จะมอบให้ผู้รับบริการนำกลับบ้านไป เพื่อเป็นข้อเตือนใจในสิ่งที่ได้พูดคุยกัน บัตรรายงานผลการคัดกรอง นี้ยังเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ทั้งบุคลากรและผู้รับบริการยึดเป็นหลักในการพูดคุยในตลอดช่วงของการบริการ

**ขั้นตอนที่ 2 FEEDBACK: การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ**

***การบอกคะแนนเฉพาะตัวแก่ผู้รับบริการ***

- **เป็นองค์ประกอบสำคัญ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับของ แบบคัดกรองเพื่อทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดจะได้มีจุดสนใจที่เป็นชิ้นเป็นอัน**
- **บันทึกคะแนน แบบคัดกรอง ของผู้ป่วย และกาที่ช่องความเสี่ยง**
- **อธิบายความหมายของระดับความเสี่ยง ตามผลการประเมิน**
- **อธิบายความหมายของการใช้สารแบบเสี่ยงสูงหรือสูงมากด้วยถ้าจำเป็น**
- **ถือแบบคัดกรองในลักษณะที่ผู้ป่วยสามารถอ่านได้ง่าย**

**ขั้นตอนที่ 2 Feedback**

การบอกคะแนนเฉพาะตัว โดยใช้บัตรรายงานผล คะแนน

บุคลากรสุขภาพสามารถให้ข้อมูลเฉพาะตัวด้วยหลักฐานชัดเจนโดยการอ่านจากบัตรรายงานผลการคัดกรอง บัตรนี้ควรถือในลักษณะที่ทั้งบุคลากรสุขภาพและผู้รับบริการสามารถจะอ่านตามได้ง่าย (แม้ว่าอาจต้องอ่านกลับหัว) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับมี 2 ส่วน

**ส่วนแรก** คือ คะแนนและระดับความเสี่ยงจากสารเสพติดและบอกผู้รับบริการว่าอยู่ในระดับเสี่ยง เสี่ยงสูง เสี่ยงสูงมากจากการใช้สารเสพติด หลังจากนั้นอธิบายให้ผู้รับบริการเข้าใจความหมายของความเสี่ยงสูง หรือเสี่ยงสูงมาก โดยการอ่านความหมายจากกรอบข้อความ ตัวอย่างของการให้ข้อมูลทำได้ดังนี้

*"นี่เป็นคะแนนของคุณจากการถามสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน (ชี้ที่คะแนน) ตามที่คุณเห็น คะแนนของคุณเท่ากับ 16 ซึ่งแสดงว่าคุณอยู่ในระดับเสี่ยงสูง ความเสี่ยงสูง หมายความว่าคุณมีความเสี่ยง*

ที่จะเกิดปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่นๆ ได้จากการใช้สารเสพติดของคุณในขณะนี้ ซึ่งความเสี่ยงนี้อาจจะไม่ได้เกิดขึ้นในปัจจุบันเท่านั้น แต่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้หากคุณยังคงใช้แบบนี้ต่อไป"

**ส่วนที่สอง** คือ แสดงกรอบข้อความรายละเอียดอันตรายที่จะเกิดขึ้นได้จากการเสพสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน โดยเรียงลำดับตั้งแต่รุนแรงน้อยที่สุด (เฉดสีอ่อน) ไปถึงระดับที่รุนแรงมากขึ้น (เฉดสีเข้ม) และอ่านข้อมูลความเสี่ยงเหล่านี้ให้ผู้รับบริการฟังตามที่เขียนไว้โดยอาจอธิบายเพิ่มเติมถ้าจำเป็น บัตรนี้ควรถือในลักษณะที่ผู้รับบริการมองเห็นได้ชัดเจน และบุคลากรสุขภาพสามารถอ่านได้ ตัวอย่างของการให้ข้อมูลเฉพาะตัวสะท้อนกลับในความเสี่ยงสูงสำหรับแอมเฟตามีน ทำได้ดังนี้

*"เนื่องจากการใช้ยาบ้าของคุณจัดอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง สิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ยาบ้าในขณะนี้ก็คือ นอนหลับยาก เบื่ออาหาร และน้ำหนักตัวลดลง ร่างกายแห้งขาดน้ำ ติดเชื้อง่าย กรามขบแน่น ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อาจมีผลทางจิตใจเกิดอารมณ์ขึ้นๆ ลงๆ วิตกกังวล ซึมเศร้า กระวนกระวาย ครื้นเครงมาก หวั่นวิตก เกิดอาการทางร่างกาย เช่น สั่น หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ หายใจติดขัด สมาธิไม่ดี หลงลืมง่ายในกรณีที่รุนแรงอาจเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หวาดระแวงหลังจากใช้ปริมาณมากนานๆ เซลล์สมองถูกทำลายอย่างถาวร ตับถูกทำลาย เลือดออกในสมอง จนถึงตายฉับพลันจากความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด..."*

**ขั้นตอนที่ 3 ADVICE: การให้คำแนะนำ**

- เป็นการสร้างตัวเชื่อมระหว่างการลดการใช้สารกับการลดอันตราย
- การแนะนำเป็นการบอกผู้ป่วยว่าการลดหรือการหยุดใช้สารจะลดปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้ป่วยมักจะไม่ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารของเขากับปัญหาที่เกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้น
- ไม่ควรแนะนำว่า *คุณจำเป็นต้องทำอะไรอย่างจริงจังเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของคุณ* หรือ *ผม/ดิฉันเป็นห่วงการใช้ยาบ้าของคุณ*
- ควรให้คำแนะนำง่าย ๆ *"วิธีที่ดีที่สุดที่คุณจะลดความเสี่ยง (หรืออันตราย) ที่จะเกิดขึ้นกับคุณก็คือการลดหรือการเลิกใช้สารเสพติด"*

**ขั้นตอนที่ 3 Advice**

***ให้คำแนะนำวิธีลดความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติด***

การให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการทำได้ง่ายๆ โดยสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการลดการใช้สารเสพติดและการลดลงของอันตรายที่เกิดขึ้น ผู้รับบริการอาจจะไม่ทราบว่าการใช้สารเสพติดของตนทำให้เกิดปัญหาหรือกำลังจะเกิดปัญหาและการให้คำแนะนำเป็นการบอกให้ผู้รับบริการให้ลดหรือหยุดใช้สารเสพติด ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทั้งในขณะนี้และในอนาคต วิธีการที่มีประสิทธิภาพในการให้คำแนะนำ

"วิธีที่ดีที่สุดที่คุณจะลดความเสี่ยง (หรืออันตราย) ที่จะเกิดขึ้นกับคุณก็คือการลดหรือการเลิกใช้สารเสพติด" ข้อควรสังเกตคือ การให้คำแนะนำไม่ควรทำในลักษณะที่เป็นการตัดสินถูกผิด หรือใช้ความรู้สึกส่วนตัว ซึ่งบ่งบอกถึงความเห็นส่วนตัวของบุคลากรสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ให้คำแนะนำว่า "คุณจำเป็นต้องทำอะไรอย่างจริงจังเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของคุณ" หรือ "ผม/ดิฉันเป็นห่วงการใช้ยาบ้าของคุณ" ประโยคดังกล่าวอาจไม่ค่อยได้ผล เพราะผู้รับบริการอาจรู้สึกว่าได้ถูกตัดสินว่าผิด อับอาย โกรธ รู้สึกว่า

ถูกตำหนิและต่อต้านการเปลี่ยนแปลงในที่สุด การให้คำแนะนำแบบมีหลักฐานชัดเจน จะช่วยให้ผู้รับบริการได้ข้อมูลที่ถูกต้องและช่วยให้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองในบรรยากาศที่เป็นกลางแต่มีความเกื้อหนุนช่วยเหลือ

**ขั้นตอนที่ 4 RESPONSIBILITY: ความรับผิดชอบ**

- การรักษาความสามารถในการควบคุมตนเองได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
- ผู้ป่วยเป็นคนรับผิดชอบการตัดสินใจของตนเอง –ผู้บำบัดต้องยอมรับและเคารพ
- คุณจะทำอะไรกับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาบ้าที่ดิฉัน/ผมเพิ่งบอกให้ก็ขึ้นอยู่กับตัวคุณเองเป็นหลัก... ดิฉัน/ผมเพียงแต่บอกให้คุณทราบว่าอาจจะเกิดอันตรายหรือความเสี่ยงอะไรได้บ้างหากคุณยังใช้ยาบ้าในลักษณะนี้ต่อไป

**ขั้นตอนที่ 4 Responsibilty**

***ให้ผู้รับบริการรับผิดชอบตัดสินใจทางเลือกด้วยตัวเอง***

ดังได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น การคงความสามารถในการควบคุมตนเองได้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะจูงใจให้การเปลี่ยนแปลงสำเร็จ บุคลากรสุขภาพต้องระลึกไว้ว่า ผู้รับบริการเป็นผู้รับผิดชอบการตัดสินใจด้วยตัวเองเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด และประเด็นนี้ควรจะถูกนำมาพูดคุยในระหว่างการบำบัด โดยเฉพาะหลังจากให้ข้อมูลสะท้อนกลับและให้คำแนะนำแล้ว ตัวอย่างคำพูด

*"คุณจะทำอย่างไรเมื่อทราบข้อมูลนี้แล้ว ขึ้นอยู่กับตัวคุณเองเป็นหลัก ...ผม/ดิฉันเพียงแต่แจ้งให้คุณทราบว่าจะเกิดอันตรายอะไรได้บ้าง หากคุณยังใช้สารเสพติดต่อไปในลักษณะเช่นนี้"* คำพูดนี้ไม่เพียงแต่กระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความรับผิดชอบ แต่ยังช่วยเสริมให้มองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดและอันตรายที่เกิดขึ้น

**ขั้นตอนที่ 5 CONCERN: ความกังวล**

- การถามคำถามปลายเปิด จะช่วยให้ผู้ป่วยคิด และพูดความรู้สึกกังวลของตนเองออกมา
- ครั้งนี้อาจจะเป็นครั้งแรกที่ผู้ป่วยเคยพูดความกังวลเกี่ยวกับการใช้สารของตนเอง
- การพูดความรู้สึกกังวลของตนเองออกมาจะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรมได้
- <u>เราจะเชื่อสิ่งที่เราเป็นคนพูดออกมาเอง</u>
- คุณรู้สึกกังวลกับคะแนนของคุณมากไหม

**ขั้นตอนที่ 5 Concern**

**ถามผู้รับบริการว่ารู้สึกกังวลกับคะแนนของตนมากน้อยเพียงไร**

ใช้คำถามเปิดเพื่อให้ผู้รับบริการได้คิดเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของตน และเริ่มพูดคุยถึงความกังวลที่มีอยู่ต่อการใช้สารเสพติด การใช้คำถามปลายเปิดเป็นเทคนิคในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีพลังมาก และนี่อาจจะเป็นครั้งแรกในชีวิตที่ผู้รับบริการได้มีโอกาสพูดคุยถึงความกังวลในการใช้สารเสพติดของตน มีหลักฐานวิชาการที่ยืนยันว่าการพูดคุยถึงความกังวลในบริบทที่เกื้อกูลช่วยเหลือจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความเชื่อและพฤติกรรมได้ บุคลากรสุขภาพควรเปิดบัตรรายงานผลการคัดกรอง เพื่อให้ผู้รับบริการเห็นคะแนนของตัวเองอีกครั้งและอาจจะใช้คำพูดว่า

"คุณรู้สึกกังวลกับคะแนนการใช้แอมเฟตามีนของคุณเพียงไร"

**ขั้นตอนที่ 6 และ 7 GOOD THINGS AND LESS GOOD THINGS**
**ข้อดี กับ ข้อไม่ค่อยดีของการใช้สาร**

- เป็นการทำให้ผู้ป่วยเกิดความขัดแย้งทางความคิดของตนเอง ระหว่างสิ่งที่เขากำลังทำอยู่กับสิ่งที่เขาต้องการจะเป็น
- ให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีกับข้อไม่ค่อยดีเกี่ยวกับการใช้สารของเขา – เป็นขั้นตอนแรกของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- ครั้งนี้อาจจะเป็นครั้งแรกที่ผู้ป่วยได้พิจารณาและพูดเกี่ยวกับข้อดีและข้อไม่ดีของการใช้สารของตนเอง

*ถามเกี่ยวกับข้อดีของการใช้....*
*"คุณชอบอะไรบ้างในการใช้ยาบ้าของคุณ"*
*หลังจากที่ผู้ป่วยพูดข้อดีของการใช้.....หมดแล้ว ก็ถามด้านลบบ้าง*
*"แล้วมีอะไรที่ไม่ค่อยดีบ้างไหมในการใช้ยาบ้าของคุณ"*

**ขั้นตอนที่ 6 และ 7 Good Things and Less Good Things**
***ชั่งน้ำหนักข้อดีเปรียบเทียบกับข้อไม่ค่อยดีของการใช้สารเสพติด***

การให้ผู้รับบริการได้คิดถึงและพูดคุยถึงข้อดีและข้อไม่ค่อยดีของการใช้สารเสพติดเป็นเทคนิคพื้นฐานของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการมองเห็นความแตกต่างและสร้างความคิดขัดแย้งขึ้นมาภายในตัวเอง ครั้งนี้อาจจะเป็นครั้งแรกที่ผู้รับบริการได้คิดหรือพูดถึงข้อดีและข้อเสียของการใช้สารเสพติดของตนเอง และเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเอง ข้อสำคัญคือต้องถามทั้งด้านดีและด้านเสียของการใช้สารเสพติดเพื่อให้ผู้รับบริการทราบว่า บุคลากรสุขภาพเข้าใจเหตุผลและความจำเป็นที่ทำให้ต้องใช้สารเสพติด วิธีการที่ดีที่สุดที่จะให้ผู้รับบริการชั่งน้ำหนักข้อดีและข้อไม่ค่อยดีของการใช้สารเสพติดของเขา ทำได้โดยการใช้คำถามปลายเปิดสองคำถาม เริ่มต้นด้วยประเด็นข้อดีของการใช้สารเสพติดก่อน โดยใช้คำพูดแบบนี้

**ผลทางลบของการใช้สารเสพติด**

- ถ้าผู้ป่วยนึกข้อไม่ค่อยดีไม่ออก ผู้บำบัดอาจจะช่วยแนะให้
- ด้านสุขภาพ – ร่างกาย หรือ จิตใจ
- ด้านสังคม – สัมพันธภาพกับคู่ครอง ครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน
- ด้านกฎหมาย – ขับรถหลังใช้สาร อุบัติเหตุ ถูกจับ
- ด้านการเงิน – ปัญหาค่าใช้จ่าย
- ด้านอาชีพการงาน – ปัญหาการทำงาน การเรียน
- ด้านจิตวิญญาณ – คุณค่าของตนเอง ความรู้สึกผิด ความรู้สึกเต็ม

*"อะไรคือข้อดีในการใช้สารเสพติดของคุณ"*

หลังจากผู้รับบริการได้พูดคุยข้อดีจบแล้ว ให้ถามถึงข้อไม่ค่อยดีของการใช้สารเสพติดโดยการถามว่า *"มีข้อไม่ค่อยดีอะไรบ้างในการใช้สารเสพติดของคุณ"* ถ้าผู้รับบริการนึกข้อไม่ค่อยดีไม่ออก บุคลากรสุขภาพอาจจะช่วยบอกคำตอบของผู้รับบริการเองจากแบบคัดกรอง หรือใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับด้านต่างๆ ต่อไปนี้

- สุขภาพ - ทางกายและทางจิต
- สังคม - สัมพันธภาพกับคู่ครอง ครอบครัวเพื่อนฝูงหรือเพื่อนร่วมงาน
- กฎหมาย - อุบัติเหตุ ปัญหากับผู้รักษากฎหมาย การขับรถภายใต้ฤทธิ์ของสารเสพติด
- การเงิน - ผลกระทบต่อการเงินส่วนตัว
- อาชีพการงาน – ปัญหาในการดูแลบ้านหรือครอบครัว ปัญหาในการทำงาน การเรียน
- จิตวิญญาณ - ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ความรู้สึกผิด ความรู้สึกพอเพียง

**ข้อตอนที่ 8 SUMARISED: สรุปความ การฟังแบบสะท้อนความคิด**

- แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า เราฟังและเข้าใจสิ่งที่เขาพูด (และเห็นใจ)
- ควรใช้การสรุปความบ่อย ๆ เพื่อชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความขัดแย้งทางความคิดของเขาเอง
- พยายามดึงการสนทนาให้เข้าหาข้อไม่ค่อยดีของการใช้สาร
- การสรุปความจะเป็นช่องทางให้ผู้บำบัดสามารถถามคำถามปลายเปิดต่อไปได้

*"ด้านหนึ่งก็คือ คุณชอบที่จะใช้ยาบ้ากับเพื่อน ๆ ของคุณในงานปาร์ตี้ เพราะมันทำให้คุณมั่นใจและมีความสุข แต่ในทางกลับกัน คุณก็ใช้เงินไปมากกว่าที่คุณจะหามันมาได้ ซึ่งมันก็ทำให้คุณกังวลนอกจากนี้ คุณก็สังเกตว่าคุณโกรธง่าย หงุดหงิด หลังใช้ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ เดี๋ยวนี้มันเกิดรุนแรงขึ้นมาก เมื่อเทียบกับตอนที่คุณเริ่มใช้ยาบ้าใหม่"*

**ขั้นตอนที่ 8 Sumarised**

***สรุปและสะท้อนคำพูดของผู้รับบริการ โดยเน้นที่ "ข้อไม่ค่อยดี"***

การสะท้อนคำพูดของผู้รับบริการ โดยสรุปข้อดีและข้อไม่ค่อยดีของการใช้สารที่ผู้รับบริการเพิ่งพูดออกมา เป็นวิธีการที่ง่ายแต่มีประสิทธิภาพในการแสดงให้ผู้รับบริการรับรู้ประสบการณ์ของตัวเอง และเป็นการเตรียมตัวให้ผู้รับบริการได้ขยับไปขั้นต่อไป ถ้าผู้รับบริการรู้สึกว่าบุคลากรสุขภาพ *"รับฟังและได้ยิน"* สิ่งที่เขาพูดก็มีแนวโน้มที่จะยอมรับและพิจารณาข้อมูลและคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ การสะท้อนคำพูดและสรุปความจะช่วยให้บุคลากรสุขภาพได้เน้นย้ำความขัดแย้งทางความคิดภายในตัวผู้รับบริการเองและเน้นย้ำข้อไม่ค่อยดีของการใช้สารเสพติด คำพูดแสดงการเปลี่ยนแปลงมี 4 กลุ่มได้แก่ มองเห็นผลเสียของการคงพฤติกรรมเดิม มองเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนพฤติกรรม แสดงมุมมองที่ดีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แสดงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตัวอย่างคำพูดที่สะท้อนข้อดีและเน้นที่ข้อไม่ค่อยดีของการใช้สารเสพติดมีดังนี้

*"ด้านหนึ่งก็คือ คุณชอบที่จะใช้ยาบ้ากับเพื่อนๆ ของคุณในงานปาร์ตี้ เพราะมันทำให้คุณมั่นใจและมีความสุข แต่ในทางกลับกัน คุณก็ใช้เงินไปมากกว่าที่คุณจะหามันมาได้ ซึ่งมันก็ทำให้คุณกังวล นอกจากนี้คุณก็สังเกตว่าคุณโกรธง่าย หงุดหงิดหลังใช้ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ เดี๋ยวนี้มันเกิดรุนแรงขึ้นมาก เมื่อเทียบกับตอนที่คุณเริ่มใช้ยาบ้าใหม่ๆ"*

เป้าหมายหลักของการสรุปความเพื่อช่วยให้เขาชั่งน้ำหนักและตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ผู้รับบริการตระหนักว่า เขาต้องการเปลี่ยนแปลงตนเอง เขาอาจลังเลใจ การสรุปความอย่างเป็นลำดับจะช่วยให้ผู้รับบริการลดความลังเลใจ

**ขั้นตอนที่ 9 CONCERN LESS GOOD THINGS: ความกังวลเกี่ยวกับการใช้สาร**

concerned
- จากไม้บรรทัดตั้งแต่ 1 ถึง 10 คุณจะให้คะแนนความกังวลต่อการใช้สารของคุณประมาณสักเท่าไร

committed
- จากไม้บรรทัดตั้งแต่ 1 ถึง 10 คุณคิดว่า คุณตั้งใจว่าจะลดหรือเลิกใช้สารเสพติดมากน้อยเพียงไร

confident
- จากไม้บรรทัดตั้งแต่ 1 ถึง 10 คุณมีความมั่นใจว่าคุณจะทำได้สำเร็จมากน้อยเพียงใจ

**ขั้นตอนที่ 9 Concern Less Good Things**

***ถามผู้รับบริการว่ากังวลต่อ "ข้อไม่ค่อยดี" อย่างไร***

ใช้คำถามปลายเปิดอีกครั้ง แต่ไม่เหมือนกับคำถามในขั้นตอนที่ 5 ที่ถามความกังวลต่อคะแนนการคัดกรอง การถามครั้งนี้จะช่วยกระตุ้นความคิดในการเปลี่ยนแปลง (Change Thought) ของผู้รับบริการ และเปิดทางให้บุคลากรสุขภาพสามารถทำการบำบัดแบบสั้นต่อไปได้อีกหากยังมีเวลาตัวอย่างคำถาม เช่น *"คุณรู้สึกกังวลต่อข้อไม่ค่อยดีจากการใช้สารเสพติดของคุณใช่ไหมครับ/คะ รู้สึกกังวลอย่างไรบ้าง"*

**ขั้นตอนที่ 10 TAKE HOME: ให้ข้อมูลกลับบ้าน**

- เป็นการเสริมคำแนะนำและผลการบำบัดแบบสั้นที่ทำไปให้เข้มข้นมากขึ้น
- สิ่งที่อาจจะให้กลับบ้าน
  - เอกสารแบบข้อมูลสะท้อนกลับของผู้ป่วย
  - แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดตัวที่ผู้ป่วยใช้
  - คู่มือดูแลตนเพื่อลดละเลิกสารเสพติด
- เวลาให้เอกสารควรพูดแบบกลาง ๆ และให้เกียรติผู้ป่วยใช้การกล่าวถึงบุคคลที่สาม

**ขั้นตอนที่ 10 Take Home**

***ให้เอกสารกลับบ้านเพื่อเสริมการบำบัดแบบสั้น***

ผู้รับบริการควรได้รับบัตรรายงานผลการคัดกรองของตนเองและเอกสารข้อมูลอื่นๆ หลังเสร็จสิ้นการบำบัด เอกสารข้อมูลจะช่วยเสริมผลของการบำบัดแบบสั้นให้เข้มข้นขึ้นหรือตกผลึกมากขึ้น ถ้าผู้รับบริการกลับไปอ่านเอกสารเหล่านี้ ยังช่วยเป็นแหล่งความช่วยเหลือให้กับเพื่อนฝูงหรือครอบครัวซึ่งอาจจะใช้สารเสพติดด้วย

**สรุปหลักการสำคัญของการบำบัดแบบสั้น**

- มีจุดมุ่งหมายหลักฐานชัดเจน ให้ข้อมูลที่ตรงกับผู้รับบริการเอง
- ใช้ความเข้าใจเห็นใจ และไม่ตัดสินถูกผิด
- เคารพทางเลือกที่ผู้รับบริการตัดสินใจ
- แสดงให้เห็นว่าได้รับการฟัง/ให้ความสำคัญในสิ่งที่พูด
- ไม่โต้เถียงกับผู้รับบริการ ใช้ภาษาที่แสดงการยอมรับผู้รับบริการ และให้ความเท่าเทียม
- ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อนำให้ผู้รับบริการค้นพบตนเองและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

**โดยสรุปการทำการบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรองมีลักษณะดังนี้**

- มีจุดมุ่งหมายหลักฐานชัดเจน
- เป็นวิธีการให้ข้อมูลที่ตรงกับผู้รับบริการเอง
- เป็นวิธีการที่ใช้ความเข้าใจเห็นใจ และไม่ตัดสินถูกผิด
- เคารพทางเลือกที่ผู้รับบริการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและทางเลือกที่ตัดสินใจระหว่างการบำบัดแบบสั้น
- แสดงให้ผู้รับบริการ เห็นว่าได้รับการฟังและให้ความสำคัญในสิ่งที่พูด
- ไม่โต้เถียงกับผู้รับบริการ
- ใช้ภาษาที่แสดงการยอมรับผู้รับบริการ และให้ความเท่าเทียม
- ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อนำให้ผู้รับบริการค้นพบตนเองและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

## กิจกรรมชมวีดิทัศน์สาธิต

**การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention)**

## การให้คำปรึกษาวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง

**การพัฒนาเชาว์อารมณ์ (EQ DEVELOPMENT)**

**<u>เชาว์อารมณ์</u>**

หมายถึง ความสามารถในการตระหนักรู้อารมณ์ของตนเองและผู้อื่น บริหารอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น สามารถจูงใจตนเองและผู้อื่นได้มีความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นตลอดจนสามารถสื่อสารสร้างมิตรกับผู้อื่นได้อย่างดี

**การพัฒนาเชาว์อารมณ์** (EQ DEVELOPMENT)

**<u>เชาว์อารมณ์</u>**

หมายถึง ความสามารถในการตระหนักรู้อารมณ์ของตนเองและผู้อื่น บริหารอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น สามารถจูงใจตนเองและผู้อื่นได้มีความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นตลอดจนสามารถสื่อสารสร้างมิตรกับผู้อื่นได้อย่างดี

**องค์ประกอบของ EQ**

1. การตระหนักในตัวเอง (Self Awareness)
2. การจัดระเบียบอารมณ์ (Emotional Regulation)
3. การจูงใจตนเอง (Self Motivation)
4. การร่วมรับรู้สึก (Empathy)
5. ทักษะทางสังคม (Social Skill)

Daniel Goleman

**องค์ประกอบของ EQ**

1. **การตระหนักรู้ในตนเอง (Self awareness)**

ความสามารถในการที่จะรับรู้และเข้าใจความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเองได้ตามความเป็นจริง สามารถประเมินตนเองได้รู้จุดเด่นจุดด้อยของตน มีสติ เข้าใจตนเอง

2. **การบริหารจัดการกับอารมณ์ตนเอง (Managing emotion)**

ความสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเอง มีคุณธรรม มีความสามารถในการปรับตัว จัดการกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างสร้างสรรค์

3. **การจูงใจตนเอง (Self motivation)**

ความสามารถที่จะจูงใจตนเองนำอารมณ์ความรู้สึกของตนมาสร้างพลังในการกระทำสิ่งต่างๆ อย่างสร้างสรรค์ มีคุณประโยชน์ มองโลกในแง่ดี

4. **การรู้จักสังเกตความรู้สึกของผู้อื่น (Empathy)**

ความสามารถที่เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นมีความเห็นอกเห็นใจ เอาใจเขามาใส่ใจเรา มีจิตใจที่พร้อมจะช่วยเหลือผู้อื่น สามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

5. **การดำเนินการด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Handing relationships)**

มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น รู้เท่าทันอารมณ์ของผู้อื่น ความสามารถนี้ประกอบไปด้วย การสื่อความหมายที่ดี และการบริหารความขัดแย้ง

**ทักษะชีวิตที่ดี 10 ประการ (WHO)**

| | |
|---|---|
| 1. การตัดสินใจ | (Decision making) |
| 2. การแก้ปัญหา เป็นคนรู้จักคิด แก้ปัญหาได้ดี | (Problem solving) |
| 3. การคิดวิเคราะห์ | (Critical thinking) |
| 4. การคิดสร้างสรรค์ | (Creative thinking) |
| 5. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ | (Effective Communication) |
| 6. มนุษยสัมพันธ์ที่ | (Interpersonal relationship) |
| 7. การตระหนักรู้ในตน | (Self awareness) |
| 8. ความเห็นใจผู้อื่น | (Empathy) |
| 9. การเผชิญกับอารมณ์ต่าง ๆ ปรับตัวได้ | (Coping with emotion) |
| 10. การเผชิญกับผู้สร้างความกดดัน | (Coping with stressors) |

**องค์การอนามัยโลก กำหนดองค์ประกอบทักษะชีวิต 10 ประการคือ**

1. **การตัดสินใจ (Decision making)**

ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างมีระบบ เช่น ถ้าบุคคลสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำของตนเองที่เกี่ยวกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ หรือความปลอดภัยในชีวิต โดยประเมินทางเลือกและผลที่ได้จากการตัดสินใจเลือกทางที่ถูกต้องเหมาะสม ก็จะมีผลต่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ

2. **การแก้ปัญหา (Problem solving)**

ความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างมีระบบ ไม่เกิดความเครียดทางกายและจิตใจ จนอาจลุกลามเป็นปัญหาใหญ่โตเกินแก้ไข

3. **การคิดวิเคราะห์** (Critical thinking)

ความสามารถในการคิดออกไปอย่างกว้างขวาง โดยไม่ยึดติดอยู่ในกรอบ องค์ประกอบของทักษะชีวิตด้านจิตพิสัย หรือ เจตคติ (ทักษะด้านจิตใจ) หมายถึง การฝึกฝนควบคุมนึกคิด ให้อยู่ในสภาพที่มั่นคงใสสะอาดในความดีงามประกอบด้วยคุณธรรมต่าง ๆ เช่น ความรัก ความมีเมตตา กรุณาความเป็นมิตร ความมีน้ำใจ ความมีสัมมาคารวะ ความรู้จักยอมรับ และ เห็นความสำคัญของผู้อื่นความกตัญญู ความเพียรพยายาม ความซื่อสัตย์สุจริต

4. **การคิดสร้างสรรค์** (Creative thinking)

ความสามารถในการคิดที่จะเป็นส่วนช่วยในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาโดยการคิดสร้างสรรค์เพื่อค้นหาทางเลือกต่าง ๆ รวมทั้งผลที่จะเกิดขึ้นในแต่ละทางเลือก และสามารถนำประสบการณ์มาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

5. **การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ** (Effective communication)

ความสามารถในการใช้คำพูดและท่าทางเพื่อแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรม และสถานการณ์ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการแสดงความคิดเห็น การแสดงความต้องการ การแสดงความชื่นชม การขอร้อง การเจรจาต่อรอง การตักเตือน การช่วยเหลือ การปฏิเสธ ฯลฯ

6. **มนุษยสัมพันธ์** (Interpersonal relationship)

ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันและกันและสามารถรักษาสัมพันธภาพไว้ได้ยืนยาว

7. **การตระหนักรู้ในตน** (Self awareness)

ความสามารถในการค้นหารู้จักและเข้าใจตนเอง เช่น รู้ข้อดีข้อเสียของตนเอง รู้ความต้องการและสิ่งที่ไม่ต้องการของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้เรารู้ตัวเองเวลาเผชิญกับความเครียดหรือสถานการณ์ต่าง ๆ และทักษะนี้ยังเป็นพื้นฐานของการพัฒนาทักษะอื่น ๆ เช่น การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การตัดสินใจ ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

8. **ความเห็นใจผู้อื่น** (Empathy)

ความสามารถในการเข้าใจความเหมือนหรือความแตกต่างระหว่างบุคคล ในด้านความสามารถ เพศ วัย ระดับการศึกษา ศาสนา ความเชื่อ สีผิว อาชีพ ฯลฯ ช่วยให้สามารถยอมรับบุคคลอื่นที่ต่างจากเรา เกิดการช่วยเหลือบุคคลอื่นที่ด้อยกว่า หรือได้รับความเดือดร้อน เช่น ผู้ติดยาเสพติด ผู้ติดเชื้อเอดส์ องค์ประกอบของทักษะชีวิตด้านทักษะพิสัย หรือทักษะสังคม (ทักษะด้านการกระทำ) หมายถึง การฝึกฝนตนเองให้มีทักษะด้านวินัยให้ตนเองเพื่อควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมไม่เบียดเบียน

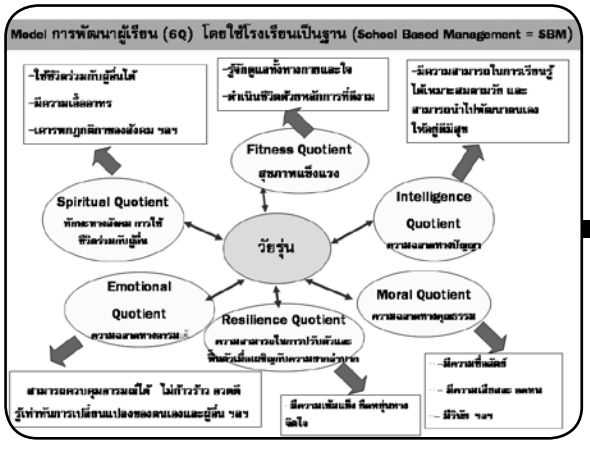
ไม่สร้างความรำคาญ ไม่สร้างความเดือดร้อนไม่สร้างความลำบากให้แก่ตนเองและสังคม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ด้วยดี เป็นประโยชน์ต่อสังคม เน้นความสุจริตทางกายและวาจา

**9. การเผชิญกับอารมณ์ต่างๆ (Coping with emotion)**

ความสามารถในการรับรู้อารมณ์ของตนเองและผู้อื่น รู้ว่าอารมณ์มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมอย่างไร รู้วิธีการจัดการกับอารมณ์โกรธ และความเศร้าโศกที่ส่งผลทางลบต่อร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม

**10. การเผชิญกับผู้สร้างความกดดัน (Coping with stressors)**

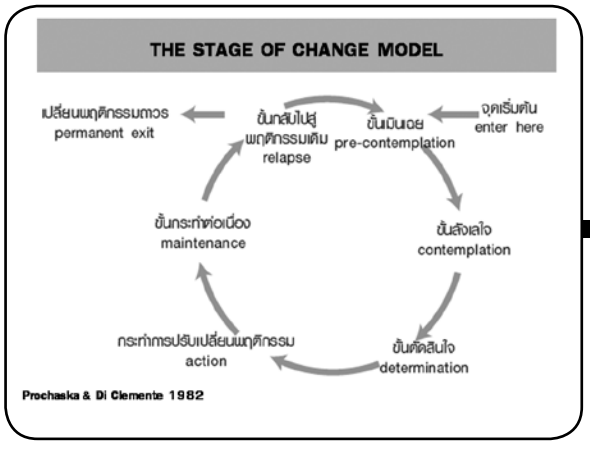
ความสามารถในการรับรู้ถึงสาเหตุของความเครียด รู้วิธีผ่อนคลายความเครียด และแนวทางในการควบคุมระดับความเครียด เพื่อให้เกิดการเบี่ยงเบนพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสมและไม่เกิดปัญหาด้านสุขภาพ




**Model การพัฒนาผู้เรียน (6Q) โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน (School Based Management = SBM)**

1. Spiritual Quotient: ทักษะทางสังคม การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น
2. Fitness Quotient: สุขภาพแข็งแรง
3. Intelligence Quotient: ความฉลาดทางปัญญา
4. Emotional Quotient: ความฉลาดทางอารมณ์
5. Resilience Quotient: ความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวเมื่อเผชิญกับความยากลำบาก
6. Moral Quotient: ความฉลาดทางคุณธรรม

# บทที่ 5
# กระบวนการสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Motivational Interviewing/ Enhancement




**ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม**

Stage of Change เป็นทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & DiClemente ในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมตั้งแต่ขั้นที่ไม่ใส่ใจตระหนักในปัญหาจนถึงขั้นที่ลงมือเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง แบ่งได้เป็น 6 ขั้นตอนดังนี้

**1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation)**

ในขั้นนี้ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาจากการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองควบคุมการใช้สารเสพติดได้จะหยุดเมื่อไรก็ได้ขึ้นอยู่กับความต้องการของตนเอง รู้สึกชื่นชอบในความสุขที่ได้รับจากสารเสพติด ไม่สนใจการตรวจเช็คสุขภาพ ไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ มองไม่เห็นผลเสียที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติด มักโทษบุคคลรอบข้างหรือโทษสิ่งแวดล้อมว่าทำให้ตนเองเครียด จึงต้องใช้สารเสพติดเป็นทางระบาย ผู้ป่วยมักไม่คิดถึงการเปลี่ยนแปลงในช่วง 6 เดือนต่อจากนี้ การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การประเมินสุขภาพ (Evaluation) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (Information) ควรให้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา เน้นข้อเท็จจริง เป็นเหตุเป็นผลเป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือครอบงำ หรือขู่ให้กลัว

**2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation)**

ในขั้นนี้ผู้ป่วยมักประสบกับผลกระทบในการใช้สารเสพติดบ้างแล้ว เช่น มีปัญหาสุขภาพ ถูกจับกุม มีปัญหากับญาติ เป็นต้น ผู้ป่วยยังเห็นว่าสารเสพติดมีคุณมากกว่าโทษพยายามควบคุมตนเองมากขึ้นแต่ยังใช้สารเสพติดอยู่ผู้ป่วยอาจคิดเปลี่ยนแปลงตนเองอยู่นาน 1 - 6 เดือน ดังนั้นเมื่อพบผู้ป่วยทุกครั้งจึงต้องมีการประเมินแรงจูงใจใหม่ทุกครั้ง การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ

การพูดคุยถึงข้อดี ข้อเสียของการใช้สารเสพติดและการเลิกสารเสพติด (Pros & Cons) โดยปกติผู้บำบัดมักเห็นข้อเสียของการใช้สารเสพติด และข้อดีของการเลิกสารเสพติด ส่วนผู้ป่วยมักจะเห็นข้อดีของการใช้สารเสพติดและข้อเสียของการเลิกสารเสพติด การพูดคุยถึงข้อดี ข้อเสีย ผู้บำบัดบัดควรเป็นกลางและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบทั้ง 4 ประเด็น ในขณะตรวจสอบ ผู้บำบัดอาจให้ข้อมูลที่ถูกต้องไปด้วย

**3. ขั้นตัดสินใจหยุดสารเสพติดอย่างจริงจังหรือ ขั้นเตรียมการเปลี่ยนแปลง (Determination)**

ในขั้นนี้ผู้ป่วยมักประสบกับโทษภัยจากสารเสพติดที่รุนแรงหรือตระหนักถึงปัญหาการใช้สารเสพติดและต้องการเลิกสารเสพติด ผู้ป่วยมักคิดเปลี่ยนแปลงในอนาคตอันใกล้นี้ คือในช่วง 1 เดือนต่อจากนี้ การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การให้ทางเลือกในการเลิกสารเสพติด (Menu) ไม่ควรมีหนทางเลือกมากจนสับสน หรือน้อยเกินไปเหมือนถูกบังคับ ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกได้อย่างอิสระ (Freedom of Choice) เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง (Responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำได้ (Self-efficacy) ของผู้ป่วย

**4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)**

ในขั้นนี้ผู้ป่วยกำลังลงมือหยุดใช้สารเสพติดแต่อาจยังไม่สำเร็จ ระยะเวลามักอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก ผู้ป่วยได้พยายามทำตามวิถีทางที่ตนเองได้เลือกเพื่อให้เลิกสารเสพติดได้ ผู้ป่วยอาจกระทำได้ไม่สม่ำเสมอในบางช่วง การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง (Compliance or Adherence) ความเข้าใจในวิธีการ ความชำนาญในการกระทำ ขจัดอุปสรรคที่อาจทำให้กระทำได้ไม่ต่อเนื่อง

**5. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance)**

ในขั้นนี้ผู้ป่วยมักเลิกสารเสพติดมาได้ประมาณ 6 เดือน อารมณ์ ความคิดค่อนข้างมั่นคง กระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจว่าตนเองเลิกสารเสพติดได้ การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การป้องกัน การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (Relapse Prevention) การมีวิถีชีวิตที่สมดุล ชีวิตที่มีคุณค่า การออกกำลังกาย การบริหารเวลา การผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพตนเอง อาหารที่เป็นประโยชน์ การควบคุมสิ่งเร้าที่ทำให้อยากยา การหมั่นสังเกตสัญญาณที่สื่อถึงการกลับไปติดซ้ำ เป็นต้น

**6. ขั้นกลับไปมีปัญหาซ้ำ (Relapse)**

ในขั้นนี้ผู้ป่วยเริ่มต้นจากการนำพาตัวเองเข้าไปสู่สถานการณ์ที่เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองมีความเปราะบางทางอารมณ์จิตใจ การไม่สามารถจัดการกับอาการอยากยา การปล่อยเนื้อปล่อยตัว การไม่ดูแลตนเอง ความประมาทเลินเล่อ การเผลอใจกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ปฏิกิริยาทางจิตใจที่ตามหลังจากการเผลอใจไปใช้ เช่น รู้สึกผิด ซ้ำเติมตนเอง ไม่เคารพนับถือตนเอง ปฏิเสธความจริง เป็นต้น จนกระทั่งควบคุมการใช้ไม่ได้ กลับไปมีปัญหาติดสารเสพติดอีก การตอบสนองที่เหมาะสมของผู้บำบัด คือ การดึงผู้ป่วยให้กลับไปสู่หนทางแห่งการหยุดสารเสพติดให้เร็วที่สุด (Recovery Process) การให้ความหวังกำลังใจ (Hope) การประคับประคอง (Support) การให้กำลังใจ การยอมรับความอ่อนแอของตนเอง การสารภาพผิด มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา การสรุปบทเรียน การมุ่งมั่นในการเลิกสารเสพติดต่อไป การสนับสนุนศักยภาพในตัวของผู้ป่วยในการเลิกสารเสพติดว่ายังสามารถกระทำได้ (Self-efficacy)

**ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**

Prochaska และ DiClemente ได้พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้กรอบแนวคิดเป็นขั้นตอนว่าคนเราเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้อย่างไร และสังเกตความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดหรือพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ได้อย่างไร ทุกคนต้องผ่านขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ไม่ว่าจะได้รับหรือไม่ได้รับการบำบัดรักษาก็ตาม จุดมุ่งหมายของการบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง คือ การช่วยให้ผู้รับบริการผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ไปทีละขั้นตอนหรือหลายขั้นตอน จากขั้นเมินเฉยไปยังขั้นลังเลใจ ขั้นเตรียมตัวหรือตั้งใจกระทำ ขั้นลงมือทำ และขั้นกระทำต่อเนื่อง การเปลี่ยนจากขั้นเมินเฉยไปยังขั้นลังเลใจอาจยังไม่เห็นผลการลดการใช้สารเสพติดลงอย่างชัดเจนนัก แต่ก็เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้รับบริการผ่านต่อไปสู่ขั้นลงมือกระทำได้ในอนาคต ไม่มีกฎแน่นอนว่าแต่ละคนจะใช้เวลาอยู่ในแต่ละขั้นตอนนานเท่าไร (อาจจะเป็นนาทีหรือเป็นเดือนหรือเป็นปีก็ได้) และอาจจะเปลี่ยนกลับไปกลับมาระหว่างขั้นต่างๆ ได้ ผู้รับบริการบางคนอาจเปลี่ยนจากขั้นเมินเฉยเป็นขั้นลงมือกระทำเลยหลังจากได้รับการบำบัด

**ความคิดและพฤติกรรม**
**ตามขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**

| ขั้น | ความคิด | พฤติกรรม |
|---|---|---|
| ขั้นเมินเฉย | ไม่คิดว่าติด | ไม่ต้องการรักษา มาเพื่อคนอื่น |
| ขั้นลังเลใจ | มันอยู่ที่ใจ | ใช้ ๆหยุด ๆ รักษาบ้าง |
| ขั้นตัดสินใจ/เตรียมการ | คงต้องหยุดแล้ว | รับฟังวิธีการ |
| ขั้นลงมือแก้ไข | ใช้วิธีที่ได้ผล | สนใจถามวิธีแก้ปัญหา |
| ขั้นกระทำต่อเนื่อง | อนาคตผมจะ.. | ปรึกษาปัญหาอื่น |
| ขั้นกลับไปติดซ้ำ | ชาตินี้คงเลิกไม่ได้แน่ | รู้สึกผิด หลบเลี่ยง |

พิชิต แสงสาตุชัย 2546

ในการประเมินขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมและความคิดที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ตัวอย่างเช่น

- ผู้ที่ไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาการเสพ เสพยาเป็นครั้งคราว ไม่ได้ติด คิดว่าหยุดเมื่อไรก็ได้ ไม่คิดว่าต้องรักษา คนอื่นคิดไปเอง แสดงว่าอยู่ในขั้นเมินเฉย
- ผู้ที่เข้าใจว่าปัญหาสุขภาพหรืออาการหงุดหงิด หูแว่วที่เกิดขึ้นเกิดจากการเสพยา แต่ไม่เป็นอะไรมากเพราะเวลาหยุดเสพก็ไม่เป็นไร มันอยู่ที่ใจจะหยุดใช้เมื่อไรก็ได้แสดงว่าอยู่ในขั้นลังเลใจ
- ผู้ที่ตระหนักถึงปัญหาการเสพของตน รู้ว่าถ้าไม่เสพจะเกิดอาการอยาก หงุดหงิด เฉื่อย ซึม และคิดว่าคงต้องหยุดแล้ว และหาข้อมูลว่าจะทำอย่างไรได้บ้างเพื่อให้ตนเองควบคุมการเสพได้ คิดอยากเข้ารับการรักษาแสดงว่าอยู่ในขั้นตัดสินใจ
- ผู้ที่เริ่มเลือกวิธีการหยุดเสพ/บำบัดรักษาที่คิดว่าน่าจะเหมาะสมกับตัวเอง พร้อมหาวิธีการป้องกันไม่ให้กลับไปเสพซ้ำ ปรึกษาวิธีการเพิ่มเติมเมื่อมีปัญหา แสดงว่าอยู่ในขั้นลงมือกระทำ
- ผู้ที่สามารถหยุดเสพได้นานมากกว่า 6 เดือน เริ่มมองถึงอนาคต ปรึกษาปัญหาอื่น แสดงว่าอยู่ในขั้นกระทำอย่างต่อเนื่อง
- หากผู้ป่วยกลับไปเผลอเสพซ้ำ อาจรู้สึกผิด คิดว่าชาตินี้คงเลิกไม่ได้ แสดงว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นกลับไปเสพซ้ำ

**ระยะเมินเฉย PRE-CONTEMPLATION**

| ลักษณะของผู้ที่อยู่ในระยะนี้ | วิธีการช่วยเหลือ |
|---|---|
| • ใช้สารอย่างมีความสุข Happy user<br>• ไม่สนใจเปลี่ยนแปลง<br>• ไม่ตระหนักต่อปัญหา<br>• ไม่แสดงท่าทีว่าอยากเปลี่ยนแปลง<br>• ไม่ต้องการจะคิดถึงการเปลี่ยนแปลง | • ทำให้เขาเกิดความสงสัย ไม่แน่ใจ<br>• เพิ่มการรับรู้ต่อความเสี่ยงหรือปัญหา |

**อภิปราย: ระยะเมินเฉย หรือ Pre-contemplation**

เป็นผู้ใช้สารอย่างมีความสุข “Happy User” ไม่สนใจเปลี่ยนแปลง มักจะรับรู้ว่าสารเสพติดไม่ก่อให้เกิดปัญหาหรือผลไม่ดีใดๆ และจะยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสร้างแรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญมากในระยะนี้ บุคลากรสุขภาพจะต้องสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและความศรัทธา โดยอาจจะนำแนวคิดเกี่ยวกับความเข้าใจ (Empathic Approach) และการฟังอย่างตั้งใจและจริงใจมาใช้ สิ่งที่สำคัญคือการพยายามที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลใจต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของตน และเริ่มหาทางที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้บุคลากรสุขภาพควรพยายามทำความเข้าใจถึงเหตุผลที่จะนำผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา รวมถึงการถามถึงประสบการณ์การรับการรักษาหรือความพยายามหยุดเสพและผลในครั้งก่อน ให้ถามผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติดของเขา เพื่อเพิ่มการรับรู้ต่อความเสี่ยงหรือปัญหาจากการใช้สารเสพติดให้แก่ผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของการใช้สารเสพติดและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการทำแบบประเมินผู้ป่วยในครั้งนี้ การให้ผู้ป่วยได้คิดถึงผลดีและผลเสียของการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน และผลเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ผลของการใช้สารเสพติดหากยังไม่ยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคลากรสุขภาพอาจจะต้องเพิ่มการรับรู้ต่อความเสี่ยงหรือปัญหา จนกระทั่งผู้ป่วยเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

| ระยะลังเลใจ CONTEMPLATION | |
|---|---|
| **ลักษณะ** | **วิธีการช่วยเหลือ** |
| • ยอมรับว่ามีความกังวลเป็นห่วง<br>• กำลังคิดถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม<br>• แต่ลังเลใจและไม่มั่นใจ | • ทำให้ความคิดลังเลใจเป็นเรื่องปกติ<br>• ช่วยผู้ป่วยให้ชั่งน้ำหนักข้อดีข้อเสีย<br>  • เปลี่ยนจากแรงจูงใจ/ผลักดันภายนอกมาเป็นแรงจูงใจ/ผลักดันภายในตนเอง<br>• การตัดสินใจ ความรับผิดชอบ เป็นของผู้ป่วยและมีความสามารถที่จะเปลี่ยน<br>• หาคำพูดเพื่อจูงใจตนเองของผู้ป่วย<br>• หาสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังต่อการรักษา |

**อภิปราย: ระยะลังเลใจ หรือ Contemplation**

ผู้ป่วยอาจจะมีความกังวลหรือเป็นห่วงเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด กำลังคิดถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ลังเลใจและไม่มั่นใจ ดังนั้นสิ่งสำคัญ คือ การทำให้ความคิดลังเลใจเป็นเรื่องปกติ ซึ่งการช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลังเลใจเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจจะมีกลยุทธ์ต่างๆ หลากหลาย เช่น การช่วยให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักข้อดีข้อเสียของการใช้สารเสพติด โดยปกติแล้วผู้ป่วยที่มาจะมีพลังหรือแรงจูงใจภายในที่จะเปลี่ยนแปลงต่ำ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจะต้องเปลี่ยนจากแรงจูงใจหรือผลักดันภายนอก (เช่น การถูกบังคับโดยพ่อแม่ หรือตำรวจ) มาเป็นแรงจูงใจหรือผลักดันภายในตนเอง (ต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในตนเอง เช่น การตระหนักถึงผลกระทบต่อเป้าหมายในชีวิตของตนเอง เป็นต้น) ซึ่งการที่จะรู้ว่าผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในหรือไม่นั้นอาจจะสังเกตได้จากการเห็นคุณค่าในตนเองและการวางเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วย เป็นต้น สิ่งสำคัญอีกประการคือการย้ำให้ผู้ป่วยเห็นว่าการตัดสินใจและความรับผิดชอบที่จะเปลี่ยนแปลงเป็นของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงความมีคุณค่า และรับรู้สมรรถนะภายในตนเอง (Self-efficacy) ว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้บุคลากรสุขภาพอาจจะหาคำพูดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการจูงใจในตนเอง ดังนั้นโดยสรุปคือ บุคลากรสุขภาพจะต้องประเมินและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในตนเอง ประเมินการรับรู้สมรรถนะภายในตนเองของผู้ป่วยและความคาดหวังต่อผลการรักษาและสรุปคำพูดที่เป็นแรงจูงใจ ซึ่งวิธีการเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยข้ามจากระยะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหนึ่งไปสู่อีกระยะหนึ่งได้

| ระยะลงมือกระทำ ACTION | |
|---|---|
| **ลักษณะ** | **วิธีการช่วยเหลือ** |
| • ลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างแล้ว<br>• แต่ยังไม่ถึงระยะที่ปฏิบัติจนมั่นคง | • ช่วยให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา<br>• สนับสนุนความคิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้ขั้นตอนเล็ก ๆ<br>• รับทราบความยากลำบากในระยะแรก<br>• ช่วยค้นหาสถานการณ์เสี่ยง/วิธีการจัดการ<br>• ช่วยค้นหาแรงสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทางบวก<br>• ช่วยประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม |

**อภิปราย: ระยะลงมือกระทำ หรือ Action**

ผู้ป่วยลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างแล้วแต่ยังไม่ถึงระยะที่ปฏิบัติจนมั่นคง ในระยะนี้อาจจะใช้เวลาหลายๆ สัปดาห์ ในระยะนี้เป็นระยะที่สำคัญที่บุคลากรสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การช่วยผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และการช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจว่าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นมีความจำเป็นจะต้องทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป และมีขั้นตอนเล็กๆ ย่อยๆ (อย่ารีบร้อน และอาจจะเห็นผลช้า) ต้องบอกผู้ป่วยให้เข้าใจว่า บุคลากรสุขภาพเองก็เข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเฉพาะในระยะแรกนั้นเป็นสิ่งที่ยาก (ผู้ป่วยจะได้เข้าใจว่าสิ่งที่ตนเองรู้สึกว่ายากนั้น เป็นสิ่งปกติและเกิดขึ้นจริง และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นยากสำหรับทุกคน ไม่ใช่เฉพาะกับผู้ป่วย) และจะต้องช่วยผู้ป่วยค้นหาสถานการณ์เสี่ยง และ

หาวิธีการรับมือกับสิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าเป็นอุปสรรคต่อการปรับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด รวมถึงการช่วยค้นหาแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางบวกต่างๆ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เพื่อที่จะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยประสบความสำเร็จ

**องค์ประกอบของการสร้างแรงจูงใจที่ได้ผล**

MOTIVATIONAL INTERVIEWING

- ความเข้าใจเห็นใจ (Empathy)
- ชี้ความขัดแย้งและความลังเลใจด้วยคำถามปลายเปิด (Create discrepancy and ambivalence using open-ended questions)
- การหมุนไปกับแรงต้าน (Roll with resistance)
- การฟังอย่างตั้งใจเพื่อสะท้อนความหรือสรุปความ (Reflective listening and Summarizing)

**องค์ประกอบของการสร้างแรงจูงใจที่ได้ผล**

ในบริบทของการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรองจากแบบคัดกรอง บุคลากรสุขภาพในสถานพยาบาลปฐมภูมิมักจะมีเวลาน้อยสำหรับผู้รับบริการแต่ละคน ดังนั้นในที่นี้จะเน้นที่ทักษะและเทคนิคที่ปฏิบัติได้

การบำบัดแบบนี้มีประโยชน์มากในผู้รับบริการที่อยู่ในขั้นเมินเฉย และขั้นลังเลใจ แต่หลักการและทักษะเหล่านี้สามารถใช้ได้กับทุกขั้นตอน

**ความเข้าใจเห็นใจ (Empathy)**

หลักการสำคัญ คือ การที่บุคลากรสุขภาพแสดงความเข้าใจเห็นใจผู้รับบริการ การแสดงความเข้าใจ เห็นใจจะประกอบด้วยท่าทีที่ยอมรับและไม่ตัดสินว่าถูกหรือผิดที่พยายามเข้าใจมุมมองของผู้รับบริการ และขจัดอคติที่ใช้คำเรียกว่า “ขี้ยา” ข้อสำคัญคือควรหลีกเลี่ยงการตำหนิ หรือวิพากษ์วิจารณ์ผู้รับบริการโดยตรง ทั้งนี้ การมีทักษะการฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความที่อธิบายหรือขยายความรู้สึกประสบการณ์ และความคิดของผู้รับบริการที่ซ่อนอยู่เป็นพื้นฐานของการแสดงความเข้าใจ เห็นใจ การที่บุคลากรสุขภาพมีความเข้าใจ เห็นใจจะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการตอบสนองต่อการบำบัดได้ดี

**ชี้ความขัดแย้งและความลังเลใจด้วยคำถามปลายเปิด (Create Discrepancy and Ambivalence Using Open-ended Questions)**

ผู้รับบริการจะเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้สารเสพติดได้ หากมองเห็นความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมและปัญหาการใช้สารเสพติดที่เกิดขึ้นในขณะนั้นกับวิถีชีวิตที่คาดหวังจะให้เป็น ซึ่งรวมถึงสุขภาพและสัมพันธภาพกับผู้อื่นด้วย การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีจุดมุ่งหมายที่จะสร้างและขยายให้เห็นความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมในปัจจุบันกับเป้าหมายหรือคุณค่าในชีวิตตามมุมมองของผู้รับบริการเอง สิ่งสำคัญก็คือ ผู้รับบริการ

ต้องเป็นคนที่ค้นหาเป้าหมายหรือคุณค่าในชีวิตของตัวเองว่าเป็นอย่างไร และแสดงเหตุผลด้วยตัวเองว่าทำไมต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วิธีการหนึ่งที่จะช่วยทำให้ผู้รับบริการแสดงเหตุผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกมาเองได้ ก็คือการใช้คำถามปลายเปิด เพื่อทำให้ผู้รับบริการได้เริ่มคิดและพูดเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของตน ตัวอย่างการใช้คำถามปลายเปิดได้แก่ *"คุณกังวลกับคะแนนของคุณบ้างไหม อย่างไร" หรือ "ข้อไม่ค่อยดีจากการใช้สารเสพติดมีอะไรบ้าง" "ข้อดีของการใช้สารเสพติดมีอะไรบ้าง?"* การถามคำถามปลายเปิดจะช่วยเสริมความรู้สึกว่า ผู้รับบริการต้องเป็นผู้รับผิดชอบกำหนดการบำบัดและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของตนเอง

**การหมุนไปกับแรงต้าน (Roll with Resistance)**

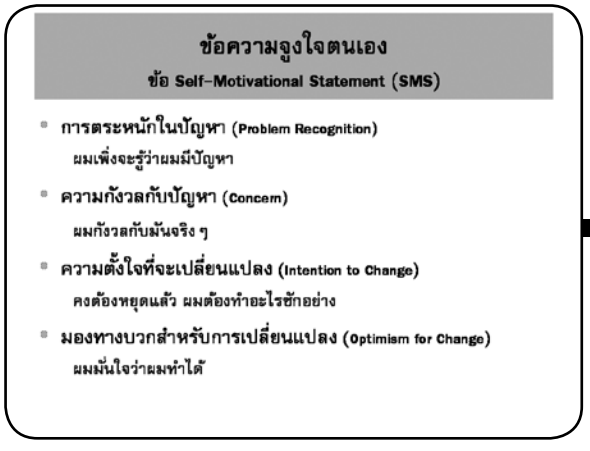
หลักการสำคัญ คือ ต้องยอมรับว่าการลังเลใจและการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งปกติที่จะเกิดขึ้นได้ และเสนอข้อมูลใหม่หรือมุมมองใหม่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด เมื่อผู้รับบริการแสดงการต่อต้านขึ้นมา บุคลากรสุขภาพควรจะสะท้อนคำพูดหรือท่าทีของผู้ใช้สารเสพติดปรับประโยคกลับไปมากกว่าที่จะแสดงความคิดเห็นคัดค้าน ข้อสำคัญคือ หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง หยิบยกข้อดีของการเลิกใช้สารเสพติดออกมาโต้เถียง เพราะจะยิ่งทำให้ผู้รับบริการพยายามหาเหตุผลตรงกันข้ามมาโต้แย้ง

**การฟังอย่างตั้งใจเพื่อสะท้อนความหรือสรุปความ (Reflective Listening and Summarizing)**

การฟังอย่างตั้งใจเพื่อสะท้อนความเป็นการใช้คำพูดที่คาดเดาสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการจะบอกข้อสำคัญคือ ต้องสะท้อนทั้งความหมายและอารมณ์ความรู้สึกที่แฝงอยู่ภายใต้สิ่งที่ผู้รับบริการแสดงออกมา รวมทั้งคำพูดที่ใช้การฟังอย่างตั้งใจเพื่อสะท้อนความ ซึ่งจะเหมือนกับกระจกเงาที่ส่องให้ผู้รับบริการได้ยินบุคลากรสุขภาพพูดในสิ่งที่ผู้รับบริการบอกเป็นการแสดงให้ผู้รับบริการเห็นว่า บุคลากรสุขภาพเข้าใจได้ตรงกับสิ่งที่ผู้รับบริการพูด หรือสามารถทำให้สิ่งที่พูดชัดเจนมากขึ้น การสรุปความเป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยรวบรวมสิ่งที่ได้พูดคุยกันมาตั้งแต่ต้น และเตรียมที่จะเปิดประเด็นในขั้นต่อไป การสรุปความจะช่วยเสริมพลังของการฟังอย่างตั้งใจเพื่อสะท้อนความโดยเฉพาะการพูดถึงความกังวลและการพูดเพื่อแสดงการเปลี่ยนแปลงในตอนแรก ผู้รับบริการได้ยินสิ่งที่พูดออกมาเองต่อมาก็ได้ยินสิ่งที่บุคลากรสุขภาพพูดสะท้อนกลับและสุดท้ายได้ยินอีกครั้งตอนสรุป บุคลากรสุขภาพสามารถเลือกว่าจะสรุปประเด็นใดบ้าง และสามารถใช้เพื่อดึงให้ผู้รับบริการคิดถึงข้อไม่ค่อยดีจากการใช้สารเสพติดของตนได้

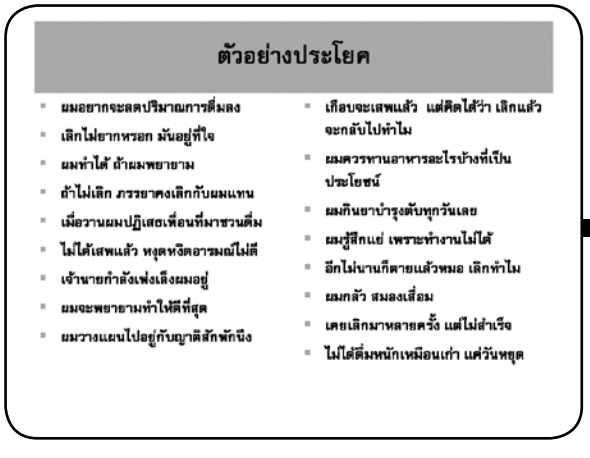
**ข้อความจูงใจตัวเอง (Self Motivational Statement)**

บทบาทของผู้บำบัดคือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี Self Talk คือ การพูดคุยกับตนเอง โดยผู้บำบัดเข้าไปสอดแทรกน้อยมาก และมีทิศทางไปสู่การเปลี่ยนแปลง ดังนั้นการสนทนาจึงเป็นไปเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Change Talk) ระหว่างการสนทนา จะมีคำพูดต่างๆ ของผู้ป่วยที่สะท้อนถึงแรงจูงใจที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ระดับสูงที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง คือ การให้คำมั่นสัญญาว่าจะเปลี่ยนแปลง (Commitment) และท้ายที่สุดไปสู่การลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลง (Taking Step)




ผู้บำบัดสามารถติดตามแรงจูงใจได้จากคำพูดของผู้ป่วยได้ คำพูดที่สะท้อนถึงแรงจูงใจ เรียกว่า ข้อความที่จูงใจตนเอง (Self Motivational Statement : SMS) หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นข้อความที่ดีงามต่อการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย

1. **การตระหนักในปัญหา (Problem Recognition)** เป็น SMS ที่แสดงถึงความตระหนักในปัญหา เช่น *"ผมเพิ่งจะรู้ว่าผมมีปัญหามากกว่าที่คิดไว้"*
2. **ความกังวลเกี่ยวกับปัญหา (Concern)** เป็น SMS ที่แสดงถึงความกังวลกับปัญหาการติดสารเสพติด เช่น *"เหลือเชื่อมันเป็นไปได้ไง" "ผมกังวลกับมันจริงๆ"*
3. **ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง (Intention to Change)** เป็น SMS ที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเลิกสารเสพติด เช่น *"มันถึงเวลาแล้วที่ต้องหยุด" "ผมต้องทำอะไรซักอย่าง"*
4. **มองทางบวกสำหรับการเปลี่ยนแปลง (Optimism for Change)** เป็น SMS ที่แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการเลิกสารเสพติด เช่น *"ผมมั่นใจว่าผมทำได้"*




ตัวอย่างประโยค ลักษณะของข้อความจูงใจตนเอง

- ผมอยากจะลดปริมาณการดื่มลง .....
- เลิกไม่ยากหรอก มันอยู่ที่ใจ .....
- ผมทำได้ ถ้าผมพยายาม .....
- ถ้าไม่เลิก ภรรยาคงเลิกกับผมแทน .....
- เมื่อวานผมปฏิเสธเพื่อนที่มาชวนดื่ม .....
- ไม่ได้เสพแล้ว หงุดหงิดอารมณ์ไม่ดี .....
- เจ้านายกำลังเพ่งเล็งผมอยู่ .....
- ผมจะพยายามทำให้ดีที่สุด .....
- ผมวางแผนไปอยู่กับญาติสักพักนึง .....
- เกือบจะเสพแล้ว แต่คิดได้ว่าเลิกแล้ว .....จะกลับไปทำไม

- ผมควรทานอาหารอะไรบ้าง ..... ที่เป็นประโยชน์
- ผมกินยาบำรุงตับทุกวันเลย .....
- ผมรู้สึกแย่ เพราะทำงานไม่ได้ .....
- อีกไม่นานก็ตายแล้วหมอ เลิกทำไม .....
- ผมกลัวสมองเสื่อม .....
- เคยเลิกมาหลายครั้ง แต่ไม่สำเร็จ .....
- ไม่ได้ดื่มหนักเหมือนเก่า แค่วันหยุด .....

**ทักษะที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้ (OARS)**

- ถามคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning)
- ชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation)
- ฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความ (Reflective listening)
- สรุปความ (Summarization)

**ทักษะ OARS**

ผู้บำบัดสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสมือนหนึ่งคุยกับ ตนเอง โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา เทคนิคที่ต้องใช้บ่อยครั้ง คือ OARS ได้แก่ การถามคำถามปลายเปิด (Open-ended Questioning) การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective Listening) และการสรุปความ (Summarization) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดกล่าว และได้ยิน SMS ของตนเอง ทำให้ SMS เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตลอดการสนทนา ขณะเดียวกันแรงจูงใจก็เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย

**การฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความ (Reflective Listening)**

- Simple reflection
  - Repeating – ทวนความ
  - Rephrasing – ทวนวลี
  - Paraphrasing – ถ่ายทอดความ
- Complex reflection
  - Client's true meaning or feeling – ความหมายหรือความรู้สึกที่แท้จริง
  - Double-sided – สะท้อนสองด้าน
  - Amplified – สะท้อนความให้หนักขึ้น
  - Minimizing – สะท้อนความให้เบาลง
  - Metaphor – คำอุปมาอุปไมย

**Reflective Listening (R):** การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความเป็นทักษะการฟังอย่างตั้งใจและจับความหมายของข้อความที่จูงใจตนเองของผู้ป่วย สิ่งที่ผู้บำบัดไม่ควรกระทำเพราะเป็นอุปสรรคต่อการฟังอย่างตั้งใจ ได้แก่

- อย่าชักชวน เทศน์สั่งสอน สั่งการ เตือน หมายหัว หยาบคาย ท้าทาย ให้ความมั่นใจเกินไป
- อย่าเพิ่งรีบแนะนำ เห็นด้วย หรือรีบให้คำมั่นสัญญา
- อย่าขึ้นเสียงสูงหรือเน้นคำท้ายๆ เพราะประโยคที่ใช้จะกลายเป็นคำถามปลายปิด
- อย่าตัดสินผิดถูก กล่าวหา หรือประชดประชัน
- อย่าใช้คำพูดประโยคเดิมๆ ซ้ำๆ เช่น ฟังดู แบบว่า คุณคิดว่า เป็นต้น
- อย่าเปลี่ยนเรื่องเร็วเกินไป

**ทักษะการสะท้อน (Reflection)** ที่ใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจมี 2 แบบ คือ

1. **การสะท้อนแบบธรรมดา (Simple Reflection)**

ผู้บำบัดสะท้อนความตามข้อความที่ผู้ป่วยกล่าว ทำให้ผู้ป่วยรับทราบว่าผู้บำบัดรับฟังอยู่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดและพูดต่อ และที่สำคัญผู้ป่วยได้ยินความคิด ความเชื่อของตนเอง การสะท้อนแบบธรรมดามี 3 แบบ คือ

ก. **การทวนความ (Repeating)** สะท้อนโดยผู้บำบัด พูดซ้ำข้อความที่ผู้ป่วยกล่าว

ข. **การทวนวลี (Rephrasing)** สะท้อนโดยผู้บำบัด พูดซ้ำบางวลีในข้อความที่ผู้ป่วยกล่าว

ค. **การถ่ายทอดความ (Paraphrasing)** สะท้อนโดยผู้บำบัดเปลี่ยนแปลงข้อความที่ผู้ป่วยกล่าวบางส่วนแต่ยังคงความหมายเดิม

**ตัวอย่าง**

ผู้ป่วย: "ผมไม่ได้ดื่มทุกวัน ผมต้องทำงานหนักทั้งวัน ผมต้องการพักผ่อนในช่วงวันหยุด ผมจึงดื่มเบียร์ 6 ขวด"

ผู้บำบัด: "คุณดื่มเบียร์ 6 ขวด" (Repeating)

ผู้บำบัด: "เบียร์ 6 ขวด" (Rephrasing)

ผู้บำบัด: "คุณดื่มหนักช่วงวันหยุดเพื่อผ่อนคลาย" (Paraphrasing)

2. **การสะท้อนแบบซับซ้อน (Complex Reflection)**

ผู้บำบัดสะท้อนข้อความที่ผู้ป่วยกล่าวในลักษณะต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายหรือความรู้สึกที่แท้จริง เห็นความขัดแย้งในจิตใจของตนเอง หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยโต้แย้งไปสู่ทิศทางที่มีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น สะท้อนแบบซับซ้อนมีดังต่อไปนี้

ก. **ความหมายหรือความรู้สึกที่แท้ของผู้ป่วย (Client's True Meaning or Feeling Reflection)** เป็นการสะท้อนความหมายหรือความรู้สึกที่แฝงอยู่

**ตัวอย่าง**

ผู้ป่วย: "บางครั้งผมอาจจะเอ๋อเพราะสูบกัญชามากเกินไป แต่ก็ไม่รู้ว่าแม่จะมาห่วงผมมากมายทำไม ผมก็โตพอที่จะดูแลตัวเองได้แล้ว"

ผู้บำบัด: "คุณไม่ชอบให้แม่มาทำกับคุณเหมือนคุณเป็นเด็กๆ" (True Meaning)

ข. **การสะท้อนสองด้าน (Double-sided Reflection)** ผู้บำบัดฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และจับความหมายของข้อความที่ขัดแย้งกันของผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยพูดข้อความที่เป็นแรงต้าน บางครั้งผู้ป่วยก็พูดข้อความที่จูงใจตนเองออกมาด้วย ผู้บำบัดสามารถใช้การสะท้อนสองด้านเพื่อสะท้อนความลังเลใจหรือจิตใจสองด้านของผู้ป่วย

ทำให้ผู้ป่วยได้ยินความคิดความรู้สึกที่ขัดแย้งของตนเอง ทิศทางการพูดคุยอาจพลิกกลับไปสู่ด้านข้อความที่จูงใจตนเองเพิ่มมากขึ้น คำที่ใช้เชื่อมข้อความที่ขัดแย้งกัน ได้แก่ ในขณะเดียวกัน แต่...เป็นต้น

**ตัวอย่าง**

ผู้ป่วย: "บางครั้งผมอาจจะเอ๋อเพราะสูบกัญชามากเกินไป แต่ก็ไม่รู้ว่าแม่จะมาห่วงผมมากมายทำไม ผมก็โตพอที่จะดูแลตัวเองได้แล้ว"

ผู้บำบัด: "คุณไม่ชอบที่แม่ห่วงมากเกินไป ในขณะเดียวกันคุณก็เป็นห่วงว่าสมองของคุณแย่ลงจากการสูบกัญชา" (Double-sided Reflection)

ผู้ป่วย: "ผมไปรักษามาก็หลายครั้ง ก็ยังเลิกไม่ได้ บางครั้งก็นึกท้อ"

ผู้บำบัด: "ความล้มเหลวในการเลิกยาหลายครั้งทำให้คุณท้อ แต่คุณก็ยังมีใจอยากเลิกอยู่ คุณจึงกลับมาพบหมอ"

**ค. การสะท้อนแบบขยายความ (Amplified Reflection)**

ผู้บำบัดสะท้อนความออกไปที่มีความหมายหนักกว่าหรือมากกว่าข้อความที่ผู้ป่วยกล่าวออกมา เมื่อความหมายที่ผู้ป่วยกล่าว ผู้ป่วยก็จะโต้ผู้บำบัดไปในทิศทางตรงกันข้าม ซึ่งจะเป็นข้อความที่จูงใจตนเอง

**ตัวอย่าง**

ผู้ป่วย: "แม่เป็นห่วงผมมากเกินไป คอยจ้องจับผิดอยู่เรื่อย"

ผู้บำบัด: "แม่ของคุณเป็นคนที่น่ารำคาญและไร้เหตุผล" (Amplified Reflection)

ผู้ป่วย: "ผมไม่รู้ว่าจะกินยาไปทำไม ไม่เห็นช่วยอะไรให้ดีขึ้น"

ผู้บำบัด: "คุณคิดว่าอะไรก็ช่วยคุณไม่ได้" (Reflection)

**ง. การสะท้อนแบบทำให้เบาลง (Minimizing Reflection)**

ผู้บำบัดสะท้อนข้อความที่มีความหมายเบากว่าหรืออ่อนกว่าข้อความที่ผู้ป่วยกล่าวออกมา เมื่อความหมายที่สะท้อนออกไปไม่ตรงกับความหมายที่ผู้ป่วยกล่าว ผู้ป่วยก็จะโต้ผู้บำบัดไปในทิศทางตรงกันข้าม ซึ่งจะเป็นข้อความที่จูงใจตนเอง

**ตัวอย่าง**

ผู้ป่วย: "ปัจจุบันผมสูบแต่กัญชา ไม่เหมือนก่อนที่เสพยาบ้า"

ผู้บำบัด: "ดีกว่าเมื่อก่อน เพราะปัจจุบันคุณเสพสิ่งที่ไม่เป็นอันตราย" (Minimizing Reflection)

ผู้ป่วย: “เมื่อก่อนเสพยาบ้าหนักกว่านี้ เดี๋ยวนี้เสพแค่ 1 เม็ดต่อสัปดาห์ คงไม่เป็นไรหรอก”

ผู้บำบัด: “ยาบ้า 1 เม็ดต่อสัปดาห์ ไม่มีผลต่อเป้าหมายชีวิตคุณ” (Minimizing Reflection)

จ. **คำอุปมาอุปไมย (Metaphor)** ผู้บำบัดสะท้อนข้อความโดยใช้คำอุปมาอุปไมยเป็นการเปรียบเทียบกับสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ผู้บำบัดควรใช้คำอุปมาอุปไมยที่เหมาะสมและสอดคล้องกับข้อความที่ผู้ป่วยกล่าวก็จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดและความรู้สึกของตนเองได้อย่างถ่องแท้มากขึ้น

**ตัวอย่าง**

ผู้ป่วย: “ช่วงแรกของการเลิกยา มันเผลอหลุดไปได้ง่ายจริงๆ ต้องคอยระมัดระวัง”

ผู้บำบัด: “จริงครับ คล้ายกับการฝึกขี่จักรยานในช่วงเริ่มต้น” (Metaphor)

**กลยุทธ์ในการกระตุ้น**
**SMS หรือ Change talk**

- **คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นเร้า** (Evocative questions)
- **การคุยข้อดีข้อเสีย** (Exploring pros and cons)
- **การเจาะลึกในรายละเอียด** (Elaboration)
- **การจินตนาการ** (Imagining) – สมมติ....
- **การมองไปข้างหน้า** (Looking forward) – ถ้า... แล้ว...
- **การมองย้อนกลับ** (Looking back) – เปรียบเทียบ...
- **การค้นหาเป้าหมายและคุณค่าในตน** (Exploring goals and values)
- **ไม้บรรทัดของความพร้อม** (Readiness ruler)
- **การขัดเพื่อให้แย้ง** (Paradoxical challenge)

**การช่วยให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง (Eliciting Change Talk or Self-Motivational Statements-SMS)**

กลยุทธ์ที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยกล่าว SMS ตามแนวทางของ MI มีดังต่อไปนี้

1. **การถามเพื่อกระตุ้นเร้า (Evocative Questions)** โดยผู้บำบัดตั้งคำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นเร้า SMS สมมติว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจอยู่ในขั้นที่ 2 คือลังเลใจ ผู้บำบัดควรถามผู้ป่วยว่า “คุณห่วงกังวลกับเรื่องการเสพสารเสพติดอย่างไร” มากกว่า “คุณห่วงกังวลกับเรื่องการเสพสารเสพติดหรือไม่
2. **การตรวจสอบข้อดี-ข้อเสีย (Exploring Pros and Cons)** เป็นกลยุทธ์การตรวจสอบเหตุผลทั้งสองด้าน ข้อสำคัญคือการเปิดโอกาสได้ตรวจสอบข้อดีข้อเสียของการเสพสารเสพติดและการเลิกสารเสพติด ท่าทีของผู้บำบัด ไม่อคติ ครอบงำ หรือชักจูงเกินเหตุ โดยปกติผู้บำบัดมักเน้นแต่ข้อดีของการเลิกสารเสพติดและข้อเสียของการเสพสารเสพติด
3. **การถามรายละเอียด (Elaboration)** เป็นกลไกการถามเพื่อให้ได้รายละเอียดมากๆ เมื่อผู้ป่วยมีโอกาสพูดได้มาก ผู้ป่วยจะพูด SMS มากขึ้น ผู้บำบัดก็ทำหน้าที่ตั้งคำถาม สะท้อนและบทสรุป ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้คิด ได้ฟังข้อความจูงใจตนเองมากขึ้นเรื่อยๆ แรงจูงใจก็จะมีมากขึ้นตาม
4. **จินตนาการ (Imagining)** เป็นกลยุทธ์จินตนาการสมมติ โดยผู้บำบัดถามถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหากไม่เลิกสารเสพติดแล้วจินตนาการสมมติว่าตนเองอยู่ใน

สภาวะนั้นจะเป็นอย่างไร ก็จะถูกเร้าให้เกิดความกังวลใจ ความกังวลใจจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่อยากจะเปลี่ยนแปลงแก้ไข

5. **การมองไปข้างหน้า (Looking Forward)** เป็นกลยุทธ์คาดการณ์ในอนาคต โดยผู้บำบัดถามถึงความคาดหวังในอนาคต อาจถามว่า "อะไรจะดีขึ้นหากเลิกสารเสพติด" "สุขภาพจะเปลี่ยนไปอย่างไรหากไม่เลิกสารเสพติด"
6. **การมองย้อนกลับ (Looking Back)** เป็นกลยุทธ์มองย้อนกลับไปสู่อดีต โดยเปรียบเทียบช่วงอดีตก่อนที่จะเสพสารเสพติดกับปัจจุบันที่เสพสารเสพติดว่ามีอะไรแตกต่างกันบ้าง เช่น ผู้บำบัดอาจจะถามว่า "สารเสพติดทำให้สุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากช่วงก่อนหน้าที่จะใช้เสพสารเสพติดอย่างไรบ้าง" เป็นต้น
7. **การค้นหาเป้าหมายและคุณค่าชีวิต (Exploring Goals)** เป็นกลยุทธ์สำรวจเป้าหมายในชีวิต ผู้บำบัดอาจถามผู้ป่วยว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญมากที่สุดในชีวิต อะไรคือเป้าหมายในชีวิต อะไรที่เขาเป็นห่วงเป็นใย อะไรที่เป็นสิ่งมีค่าในชีวิต ความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายในชีวิตอย่างไร เมื่อผู้ป่วยได้พูดถึงเป้าหมายในชีวิต หรือสิ่งที่มีค่าในชีวิต พร้อมกับการเห็นความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผู้ป่วยก็จะมีแรงจูงใจในการแก้ไขความเจ็บป่วยในปัจจุบันเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต
8. **ไม้บรรทัดแห่งความพร้อม (Readiness Ruler)** เป็นกลยุทธ์ไม้บรรทัดแห่งความพร้อม ผู้บำบัดลองให้ผู้ป่วยให้คะแนนความสำคัญ ความมั่นใจ หรือความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ช่วงคะแนนมีตั้งแต่ 0-10 เมื่อผู้ป่วยให้คะแนนแก่ตนเองแล้ว ผู้บำบัดถามผู้ป่วยว่าทำไมผู้ป่วยไม่ให้คะแนนที่ต่ำกว่า เช่น ผู้ป่วยให้คะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ 6 ผู้บำบัดก็ถามว่า ทำไมผู้ป่วยถึงไม่ให้คะแนนเท่ากับ 5 หรือตัวเลขที่ต่ำกว่า เป็นต้น เหตุผลที่ผู้ป่วยให้ตามมาก็จะเป็นเหตุผลที่ดีและจูงใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง ซึ่งก็คือข้อความที่จูงใจตนเอง (SMS) นั่นเอง
9. **การขัดเพื่อให้แย้ง (Paradoxical Challenge)** เป็นกลยุทธ์ขัดเพื่อให้แย้ง โดยผู้บำบัดใช้เหตุผลของจิตใจด้านที่ไม่อยากรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยโต้แย้งหรือกระตุ้นจิตใจด้านที่อยากรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น "ดูแล้วคุณยังเสียดายความสุขที่เกิดจากการเสพสารเสพติดอยู่มาก คงจะเลิกมันได้ยาก" "สำหรับคุณการเมาดูจะเป็นเรื่องสำคัญกว่าสุขภาพดูท่าคุณคงจะเลิกมันได้ยาก"

**ในผู้ป่วยที่ยังไม่พร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**

- ถือเป็นเรื่องปกติ ปัจจัยสำคัญคือผู้ป่วยยังขาดแรงจูงใจ หรือลังเลใจ
- การให้คำปรึกษาแบบสั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสคิดใคร่ครวญเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มของตนมากขึ้น และการให้กำลังใจสนับสนุนเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- บุคลากรสุขภาพควร
  - แสดงความห่วงใยและบอกผู้ป่วยว่าผู้บำบัดเป็นห่วงสุขภาพของผู้ป่วย
  - บอกผู้ป่วยว่าเมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมท่านพร้อมเสมอที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย
  - ติดตามไถ่ถามผู้ป่วยถึงการดื่มเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามถึงแม้ว่าจะไม่ได้มาด้วยปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาหลัก

**กรณีที่ผู้ป่วยยังไม่ตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**

ในทันทีถือเป็นเรื่องปกติ ทั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ แรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความรู้สึกลังเลใจ การให้คำแนะนำทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสคิดใคร่ครวญเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มของตนมากขึ้น และการให้กำลังใจสนับสนุนเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้ผู้ให้การดูแลควร

- แสดงความห่วงใยและบอกผู้ป่วยว่าผู้บำบัดเป็นห่วงสุขภาพของผู้ป่วย
- บอกผู้ป่วยว่าเมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมท่านพร้อมเสมอที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย
- ติดตามไถ่ถามผู้ป่วยถึงการดื่มเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามถึงแม้ว่าจะไม่ได้มาด้วยปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาหลัก

**สังเกตการณ์ต่อต้านของผู้ป่วย : RESISTANCE**

| การแสดงการต่อต้าน | วิธีลดการต่อต้าน |
|---|---|
| โต้เถียง<br>ขัดคอ<br>ไม่ยอมเชื่อมโยงว่าปัญหาที่มีอยู่เกิดจากการใช้สาร<br>ปฏิเสธ ไม่สนใจปัญหา<br>ไม่ยอมรับการดูแลรักษา | หมุนแรงต่อต้าน<br>เปลี่ยนจุดสนใจ<br>เปลี่ยนคำพูด<br>ย้ำว่าการใช้สารเป็นทางเลือกของผู้ป่วยและอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ป่วยเอง<br>ยุติการบำบัด |

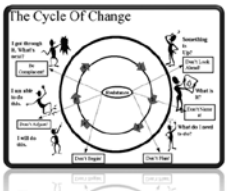
**การหมุนไปกับแรงต้าน (Roll with Resistance)**

หลักการสำคัญ คือ ต้องยอมรับว่าการลังเลใจและการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งปกติที่จะเกิดขึ้นได้ และเสนอข้อมูลใหม่หรือมุมมองใหม่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดเมื่อผู้รับบริการแสดงการต่อต้านขึ้นมา บุคลากรสุขภาพควรจะสะท้อนคำพูดหรือท่าทีของผู้ใช้สารเสพติดปรับประโยคกลับไปมากกว่าที่จะแสดงความคิดเห็นคัดค้าน ข้อสำคัญคือหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง หยิบยกข้อดีของการเลิกใช้สารเสพติดออกมาโต้เถียง เพราะจะยิ่งทำให้ผู้รับบริการพยายามหาเหตุผลตรงกันข้ามมาโต้แย้ง

**แรงต้านในการเปลี่ยนแปลง**

**Resistance Talk**

- Advantages of status quo –ข้อดีของสุรายาเสพติด
  - สุรา ยาเสพติด ช่วยคลายเครียด
- Disadvantage of change – ข้อเสียของสุรายาเสพติด
  - ถ้าเลิก ดื่มสุรา ยาเสพติด ก็จะนอนไม่หลับ
- Intention not to change – ความไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง
  - อีกไม่นานก็ตายแล้ว ช่วงนี้ขอ ดื่ม เสพ ต่อไปก่อน
- Pessimism about change – มองการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ
  - ครั้งนี้ก็คงเลิกไม่สำเร็จ เพราะเคยเลิกมาหลายครั้งแล้ว




✓ระลึกว่าแรงต้านเป็นเรื่องปกติ
✓แท้จริงแล้วสองจิตสองใจ
✓บอกทิศทางของการพูดคุย
✓เตือนใจให้ทบทวนกลยุทธ์

**การจัดการกับแรงต้าน (Resistance Handling)**

การเปลี่ยนแปลงของแรงจูงใจ ผู้ป่วยมักมีแรงต้าน (Resistance) เป็นธรรมดา ภาษาที่สื่อถึงแรงต้านในการเปลี่ยนแปลงของแรงจูงใจเป็นภาษาที่ตรงข้ามกับข้อความที่จูงใจตนเอง ได้แก่ ข้อความที่สื่อถึงข้อดีของการเสพยา ข้อเสียของการเลิกยา ไม่คิดตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง มองการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ

**คำแนะนำสำหรับผู้บำบัด** ผู้บำบัดควรระลึกว่าแรงต้านเป็นเรื่องปกติของการเปลี่ยนแปลงของแรงจูงใจ แท้จริงผู้ป่วยสองจิตสองใจ การที่ผู้ป่วยแสดงถึงแรงต้านอยู่ตลอดการสนทนาเป็นเครื่องเตือนให้ผู้บำบัดทบทวนกลยุทธ์ที่ใช้ในการจูงใจผู้ป่วยว่าไม่ได้ผล สมควรเปลี่ยนไปใช้กลยุทธ์อื่นๆ

**ถ้าผู้ป่วยไม่มีความตั้งใจจะเปลี่ยนแปลง**

- ยอมรับ
- พยายามเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องยาก
- ถามผู้ป่วยว่าเขาจะจัดการได้ไหมถ้ามีปัญหาอะไรเกิดขึ้น
- ถามผู้ป่วยว่ามีอะไรอย่างอื่นอีกไหมที่จะช่วยเขาในการตัดสินใจ เช่น ใช้เวลาพูดคุยมากขึ้น ฯลฯ

**ผู้ป่วยไม่มีความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลง**

ถ้าผู้ป่วยยังไม่ตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลง ต้องยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย พยายามย้ำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องยาก ลองถามผู้ป่วยว่าเขาจะจัดการอย่างไรถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นจากการที่เขายังไม่ตัดสินใจ ถามผู้ป่วยว่ามีอะไรอย่างอื่นหรือไม่ที่จะช่วยเขาในการตัดสินใจ เช่น เวลา ข้อมูล หรือการสนับสนุนด้านอื่นๆ ฯลฯ

**การจัดการกับแรงต้าน**
**Handling Resistance**

- การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening)
- การเปลี่ยนจุดเน้น หรือเปลี่ยนเรื่องคุย (Shifting focus)
- ความรับผิดชอบในตน (Responsibility or personal choice) – การตัดสินใจอยู่ที่คุณ
- การมองเชิงบวก (Reframing) – ใช่....แต่..., ...ในขณะเดียวกัน.....
- การขัดเพื่อให้แย้ง (Paradoxical challenge)

**การเผชิญหน้า (Confrontation)**

มักไม่เป็นผลดีต่อการสร้างแรงจูงใจ แต่กลับทำให้แรงต้านเพิ่มมากขึ้น การจัดการแรงต้านตามแนวทางของ MI เปรียบเหมือนกลยุทธ์แบบการเต้นรำคือ คล้อยตาม รอจังหวะ แล้วค่อยดึงกลับ ส่วนการเผชิญหน้า เปรียบเหมือนกลยุทธ์แบบมวยปล้ำ คือ ยื้อยุด และหักล้าง

**กลยุทธ์ในการจัดการกับแรงต้านตามแนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีดังต่อไปนี้**

1. **การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ** (Reflective Listening) เป็นกลยุทธ์การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ ผู้ป่วยจะได้ยินความคิดความรู้สึกของตนเองจากการสะท้อนของผู้บำบัด
2. **การเปลี่ยนจุดเน้น (Shifting Focus)** เป็นกลยุทธ์เปลี่ยนจุดเน้นของเรื่องราว หรืออาจเปลี่ยนหัวข้อสนทนาไปเลย หากพบว่ายิ่งพูดคุยผู้ป่วยยิ่งแสดงออกถึงแรงต้านมากยิ่งขึ้น

**ตัวอย่าง**

ผู้ป่วย: “ผมไม่อยากอยู่โรงพยาบาลแล้ว เพื่อนๆ เอาแต่คุยเรื่องยาเสพติด ไม่รู้ว่าจะมาอยู่ที่นี่กันทำไม”

ผู้บำบัด: “ต่างคนต่างจิตต่างใจ เราไม่สามารถเปลี่ยนแปลงคนอื่นได้ สิ่งที่เราเปลี่ยนได้คือตัวเรา หากเราคิดที่จะเปลี่ยนแปลงจุดสำคัญคือ เราจะเริ่มต้นอย่างไรดี” (Shifting Focus)

3. **ความรับผิดชอบในตน (Responsibility or Personal Choice)** เป็นกลยุทธ์เน้นความรับผิดชอบในตน หรือทางเลือกของตนเองของผู้ป่วย เน้นกับผู้ป่วยว่า ไม่มีอะไรมาบังคับใจหรือกระทำการเปลี่ยนแปลงแทนตัวเขาเองได้ สิ่งที่ผู้บำบัดทำได้ คือ การให้ข้อมูลข้อเท็จจริงเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาได้ดีขึ้น การเน้นย้ำแบบนี้ทำให้ผู้ป่วยลดแรงต้านลง

**ตัวอย่าง**

ผู้ป่วย: "ผมไม่อยากเลิกแล้ว ไม่อยากกินยา ไม่อยากมากลุ่มแล้ว ผมอยากเสพเป็นครั้งคราวเพื่อช่วยคลายเครียด"

ผู้บำบัด: "ที่สุดแล้ว ไม่มีใครจะมาตัดสินใจหรือกระทำการเปลี่ยนแปลงตนเองแทนเราได้ ทั้งหมดขึ้นอยู่กับตัวเราเองทั้งหมด หมอได้แต่สนับสนุนให้คุณประสบความสำเร็จในสิ่งที่คุณอยากเป็นอยากมี" (Responsibility or Personal Choice)

4. **การปรับมุมมองความคิด (Reframing)** เป็นกลยุทธ์การปรับมุมมองความคิด โดยการที่ผู้บำบัดยอมรับสิ่งที่เป็นจริงในมุมมองความคิดของผู้ป่วยก่อน (Validation) แล้วชี้ให้เห็นมุมมองที่แตกต่างเพื่อเสนอให้ผู้ป่วยพิจารณา เมื่อผู้บำบัดยอมรับความคิดเห็นผู้ป่วยก่อน ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มรับฟังมุมมองที่แตกต่างเช่นกัน ผู้บำบัดมักใช้คำเชื่อมประโยคที่ว่า ใช่.....แต่.....(Yes.....But.....)

ตัวอย่าง

ผู้ป่วย: "ผมดื่มเหล้าเพื่อช่วยให้นอนหลับ ถ้าไม่ดื่มก็นอนไม่หลับ"

ผู้บำบัด: "เหล้าก็มีส่วนช่วยให้นอนหลับ เพราะเป็นยากล่อมประสาท แต่ต่อมาสมองก็ดื้อต่อเหล้า ก็ทำให้นอนไม่หลับในที่สุด ทำให้ต้องเพิ่มปริมาณขึ้นไปเรื่อยๆ" (Reframing)

ผู้ป่วย: "จนและเครียด ก็เลยดื่มเหล้า เสพยา"

ผู้บำบัด: "จริงอย่างที่คุณว่า ความจนและความเครียดทำให้คนเราใช้ยาเสพติดเพื่อบรรเทาทุกข์ แต่ต่อมาสมองของเราก็ดื้อต่อยาเสพติด ทำให้ต้องเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ ค่าใช้จ่ายก็เพิ่มขึ้น ทำงานได้น้อยลง ครอบครัวมีปัญหา ส่งผลให้จนลงมาก เกิดเป็นความเครียดในที่สุด"(Reframing)

5. **Paradoxical Challenge** เป็นกลยุทธ์ขัดเพื่อให้แย้ง โดยผู้บำบัดใช้เหตุผลของจิตใจด้านที่ไม่อยากรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยโต้แย้งหรือกระตุ้นจิตใจด้านที่อยากรักษาอย่างต่อเนื่อง

**ตัวอย่าง**

"ดูแล้วคุณยังเสียดายความสุขที่เกิดจากการเสพสารเสพติดอยู่มาก คงจะเลิกมันได้ยาก"

"สำหรับคุณ การเสพยาบ้าดูจะเป็นเรื่องสำคัญกว่าสุขภาพ ดูท่าคุณคงจะเลิกมันได้ยาก"

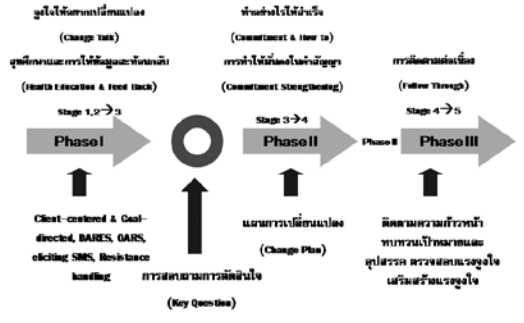
**โปรดจำไว้ว่า.....ให้เปิดประตูอ้าไว้เสมอ...**

***โดยสรุป ตอนนี้ดูเหมือนว่าคุณยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคุณ แต่ถ้าคุณอยากจะคุยเกี่ยวกับเรื่องนี้อีกเมื่อไร ในตอนไหนก็ตาม หรือเมื่อคุณเริ่มพบว่าการใช้ยาบ้าสร้างปัญหาให้กับคุณ คุณสามารถจะกลับมาหาผม/ดิฉันใหม่ได้เสมอนะ แล้วเราค่อยคุยเรื่องนี้กันอีกทีก็แล้วกัน"***

**โปรดจำไว้ว่า**

ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าคุณยินดีต้อนรับเขาตลอดเวลา "ประตูนี้เปิดไว้เสมอ" "โดยสรุป ตอนนี้ดูเหมือนว่าคุณยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคุณ แต่ถ้าคุณอยากจะคุยเกี่ยวกับเรื่องนี้อีกเมื่อไร ในตอนไหนก็ตาม หรือเมื่อคุณเริ่มพบว่าการใช้ยาบ้าสร้างปัญหาให้กับคุณ คุณสามารถจะกลับมาหาผม/ดิฉันใหม่ได้เสมอนะ แล้วเราค่อยคุยเรื่องนี้กันอีกทีแล้วกัน"

**การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ**
**Motivational Enhancement Therapy (MET)**



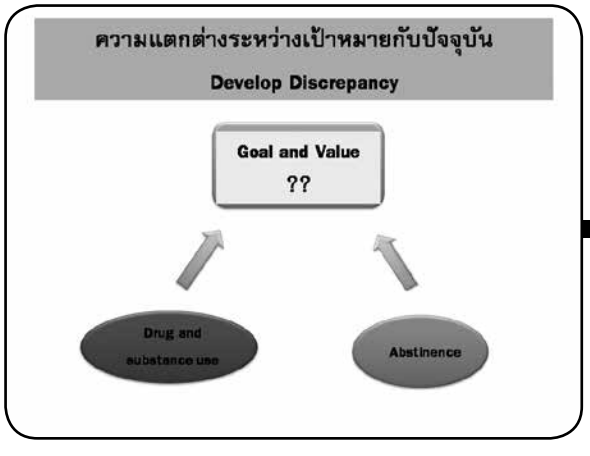

**การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ:**
**Motivational Enhancement Therapy (MET)**

วิธีการบำบัด Motivational Enhancement Therapy จัดอยู่ในกลุ่ม Brief Therapy คือใช้ชั่วโมงในการบำบัดน้อย อาจจะใช้เวลากับผู้รับการบำบัดเพียงไม่กี่ครั้งเน้นที่การสร้างแรงจูงใจ เหมาะสำหรับแพทย์ทั่วไป หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ช่วงเริ่มต้นผู้ป่วยจะได้รับการประเมินด้วยวิธีการต่างๆ และข้อมูลที่ได้นี้จะนำมาใช้ในชั่วโมงการบำบัดรักษา โดยทั่วไปประมาณ 4 ครั้ง

1. ชั่วโมงการรักษาครั้งที่ 1-2 เป็นชั่วโมงเพื่อการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (ระยะที่ 1) และการทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (ระยะที่ 2) และเป็นช่วงที่ญาติจะเข้าร่วมด้วย ญาติจะเข้าร่วมด้วยไม่เกิน 2 ครั้ง ชั่วโมงการบำบัดครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 1 สัปดาห์
2. ชั่วโมงการรักษาครั้งที่ 3-4 เป็นชั่วโมงเพื่อการติดตามการใช้กลยุทธ์การติดตามต่อเนื่อง หรือระยะที่ 3 ครั้งที่ 3 มักเป็นสัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 4 เป็นสัปดาห์ที่ 12

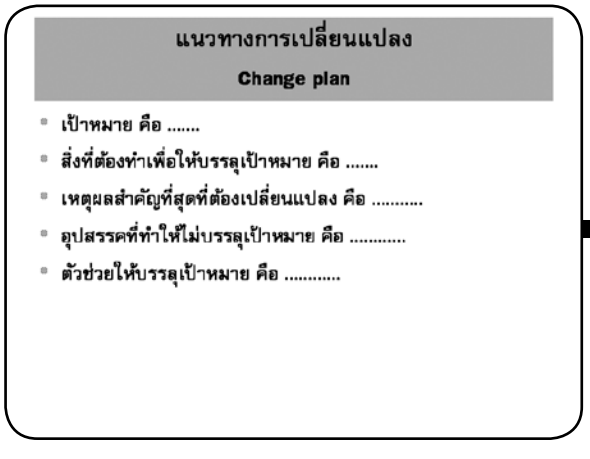
**เทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ:**
**Motivational Enhancement Therapy (MET)**
***เทคนิคที่สำคัญ คือ DARES***

- Express Empathy ผู้บำบัดแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วย
- Develop Discrepancy ผู้บำบัดทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากเป็น
- Avoid Argumentation ผู้บำบัดหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย
- Roll with Resistance ผู้บำบัดตะล่อมหมุนไปกับแรงต้าน เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อต้าน ผู้บำบัดไม่ควรปล่อยให้ความรู้สึกต่อต้านนั้นดำเนินต่อไป
- Support Self-efficacy ผู้บำบัดสนับสนุนศักยภาพในตนของผู้ป่วย




**ความแตกต่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน**
**Develop Discrepancy**

ผู้บำบัดค้นหาเป้าหมายและคุณค่าชีวิตของผู้ป่วย และนำพฤติกรรมการใช้สารเสพติดไปเชื่อมโยง การใช้สารเสพติดมีผลกระทบต่อเป้าหมายและคุณค่าชีวิตอย่างไร ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและกังวลกับปัญหาการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น หากเลิกสารเสพติดได้จะมีผลดีต่อเป้าหมายและคุณค่าชีวิตอย่างไร ก็จะทำให้ผู้ป่วยตั้งใจและมองการเลิกสารเสพติดไปในทางที่ดีเพิ่มมากขึ้น




**แนวทางการเปลี่ยนแปลง (Change Plan)**

เป็นแนวทางสำหรับการสนทนากับผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจเข้าสู่ Stage 3 แล้ว คือ ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงตนเอง หรือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) เคลื่อนเข้าสู่ระยะที่ 2 แล้ว คือ การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญา (Commitment Strengthening) มีหัวข้อที่สำคัญ 5 หัวข้อคือ เป้าหมาย สิ่งที่ต้องกระทำ เหตุผลสำคัญ อุปสรรค และตัวช่วยสำหรับการเปลี่ยนแปลงตนเอง ผู้บำบัดควรบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรมอบสำเนาให้ผู้ป่วยเก็บไว้ ผู้บำบัดสามารถใช้เป็นแนวทางในการติดตามผลในการให้คำปรึกษาครั้งถัดไป

**การปิดการสนทนา**

- สรุปการพูดคุยในวันนี้
- เชื้อเชิญให้มาพบในครั้งถัดไป
- จดหมายนัด โทรเตือนล่วงหน้า
- ยินดีที่จะให้คำปรึกษาต่อไป

**การปิดการสนทนา**

ผู้บำบัดควรสรุปประเด็นสำคัญที่ได้สนทนาไปทั้งหมดในครั้งนี้ โดยเฉพาะรวมถึง SMS ที่เกิดขึ้นในการสนทนาผู้บำบัดแสดงความยินดีและกล่าวเชื้อเชิญให้ผู้ป่วยมาพบอีกในครั้งถัดไป การทำใบนัด การส่งจดหมายนัด และการโทรศัพท์เพื่อเตือนการนัดหมาย ล้วนมีส่วนเพิ่มความร่วมมือร่วมใจต่อการบำบัดรักษา

**Conclusion**

- ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change)
- เป็นการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นหลัก (Client-Centered Counseling)
- เน้นให้เกิดข้อความจูงใจตนเอง (Self-Motivational Statement, SMS or change talk)
- เทคนิคที่ใช้ (OARS) คือ Open-ended questioning, Affirmation, Reflective listening, Summarization
- SMS มี 4 ประเภท คือ Problem recognition, Concern, Intention to change, Optimism for change

**สรุป**

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) เป็นการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยและยึดเป้าหมายเป็นหลักอาศัยทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทักษะที่ใช้ในการให้คำปรึกษา (OARS) คือ การตั้งคำถามปลายเปิดการชื่นชมยืนยันรับรอง การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความและการสรุปความเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความที่จูงใจตนเอง (SMS) และมีแรงจูงใจเพิ่มมากขึ้น

**Conclusion**

- กลยุทธ์ในการกระตุ้น SMS หรือ Change talk – Evocative questions, Pros & cons, Elaboration, Imagining, looking forward, looking backward, Goals & values, Readiness ruler, Paradoxical challengeแรงต้าน และ การจัดการกับแรงต้าน (Handling resistance) – Reflection, Shifting focus, Responsibility, Reframing, Paradoxical challenge
- MI conjoint session
- Keys of MET = DARES
- แนวทางการเปลี่ยนแปลงตนเอง (Change plan)
- การปิดการสนทนา

MI มีกลยุทธ์ที่หลากหลายในการช่วยให้ผู้ป่วยกล่าว SMS และจัดการแรงต้านที่พบได้ตลอดการเปลี่ยนแปลงตนเอง

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) เป็นการนำ MI มาจัดโครงสร้างการบำบัด โดยมี 3 ระยะของการบำบัดและมีชั่วโมงการบำบัดทั้งหมด 4 ครั้ง เทคนิคบำบัดที่สำคัญของ MET คือ DARES ใน MET ยังมีชั่วโมงการบำบัดที่มีการคุยพร้อมญาติ (Conjoint Session) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ 2 ของ MET ผู้บำบัดอาศัยแนวทางการเปลี่ยนแปลงตนเอง (Change Plan) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงในคำมั่นสัญญาต่อการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้น

# บทที่ 6
# การให้คำปรึกษาครอบครัว
# Family Counseling

**การคุยพร้อมญาติ**
**MI conjoint session**

- สร้างสัมพันธ์กับญาติ
- ญาติเห็นความสำคัญในการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วย
- ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในครอบครัว
- ญาติจูงใจผู้ป่วย
- การจำกัดการมีส่วนร่วมของญาติ

**การคุยพร้อมญาติ (MI Conjoint Session)**

ในแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติด ญาติมีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากที่ช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพ ญาติในที่นี้อาจเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน ผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งบุคลากรทางการแพทย์เอง ผู้บำบัดควรประเมินเพื่อค้นหาว่าใครเป็นบุคคลที่ใกล้ชิด และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและให้ผู้ป่วยชวนญาติมาเข้าร่วมในชั่วโมงการบำบัดรักษาในด้านการสร้างแรงจูงใจ ญาติก็มีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากเช่นเดียวกัน เป้าหมายสำหรับการเข้ามามีส่วนร่วมของญาติ มีดังต่อไปนี้

1. การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับญาติ
2. การทำให้ญาติเห็นความสำคัญของการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วย ประโยชน์ที่ได้รับจะส่งผลต่อทั้งครอบครัว
3. การทำให้ญาติให้คำมั่นสัญญาที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหยุดสารเสพติดได้สำเร็จ
4. การส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือร่วมใจภายในครอบครัวในการแก้ไขปัญหาของสมาชิก ในทางปฏิบัติ ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความคิดเห็นและหาทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหา เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความห่วงใย และการสนับสนุนผู้ป่วย ตัวอย่างคำถาม ได้แก่
   - “ญาติเป็นห่วงในตัวผู้ป่วยอย่างไรบ้างคะ”
   - “ญาติคิดว่าตนเองจะมีส่วนช่วยผู้ป่วยอย่างไรบ้างคะ”
   - “ญาติอยากให้หมอช่วยผู้ป่วยอย่างไรบ้างคะ”
   - “ญาติต้องการข้อมูลอะไรที่เป็นประโยชน์ในการสนับสนุนผู้ป่วยเพิ่มเติมบ้างคะ”
   - “คุณอยากให้ญาติมีส่วนช่วยสนับสนุนอย่างไรบ้าง” (ถามผู้ป่วย)

5. การเปิดโอกาสให้ญาติจูงใจผู้ป่วยในการหยุดสารเสพติด โดยการแสดงความตระหนักในการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย ความทุกข์ใจที่เกิดขึ้น ผลกระทบต่อครอบครัวที่ผู้ป่วยอาจคาดไม่ถึง การแสดงข้อมูลสะท้อนกลับของญาติภายใต้บรรยากาศของความห่วงใยในตัวผู้ป่วยมองเชิงบวก ความเห็นอกเห็นใจในตัวผู้ป่วย การสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการหยุดสารเสพติดได้อย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงได้มาก

   **ตัวอย่างคำถามที่ผู้บำบัดใช้**

   - "การใช้ยาบ้าของสามีคุณมีผลต่อคุณอย่างไรบ้าง"
   - "ขณะนี้อะไรที่ทำให้คุณเป็นห่วงกังวลกับการใช้ยาบ้าของสามีบ้าง"
   - "คุณคิดว่าอะไรจะเกิดขึ้นบ้างหากเขายังคงใช้ต่อไป"
   - "คุณคาดหวังให้เขาเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นอย่างไรบ้าง"
   - "อะไรที่คุณชอบมากที่สุดในช่วงที่เขาไม่ใช้"
   - "มีอะไรบ้างที่เป็นสัญญาณว่าเขาต้องการเปลี่ยนแปลงจริงๆ"
   - "อะไรที่ทำให้คุณมีความหวังว่าเขาจะดีขึ้น"
   - "ในช่วงที่ผ่านมา เขาได้ทำอะไรที่แสดงถึงความพยายามในการเปลี่ยนแปลงบ้างครับ"

6. การจำกัดการมีส่วนร่วมของญาติ จะใช้ในกรณีที่ญาติมีปฏิกิริยารุนแรงและออกไปในทางลบต่อผู้ป่วย ญาติมีแนวโน้มกระตุ้นเร้าให้เกิดการทะเลาะวิวาท มองแต่พฤติกรรมด้านลบ มักขุดคุ้ยเรื่องเก่าๆ ที่ผู้ป่วยผิดพลาด

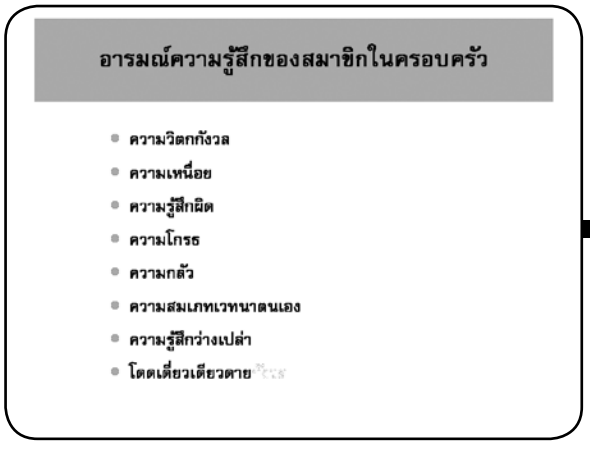
**พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อแสดงความรับผิดชอบ**

1. การพยายามปรับปรุงแก้ไขปัญหา
2. การพยายามบรรเทาปัญหาไม่ให้สถานการณ์แย่ลง
3. การพยายามปกป้องสมาชิกจากผลกระทบด้านต่างๆ
4. การพยายามจำกัดความเสี่ยงและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

**พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อแสดงความรับผิดชอบ**

1. การพยายามปรับปรุงแก้ไขปัญหา
2. การพยายามบรรเทาปัญหาไม่ให้สถานการณ์แย่ลง
3. การพยายามปกป้องสมาชิกจากผลกระทบด้านต่างๆ
4. การพยายามจำกัดความเสี่ยงและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

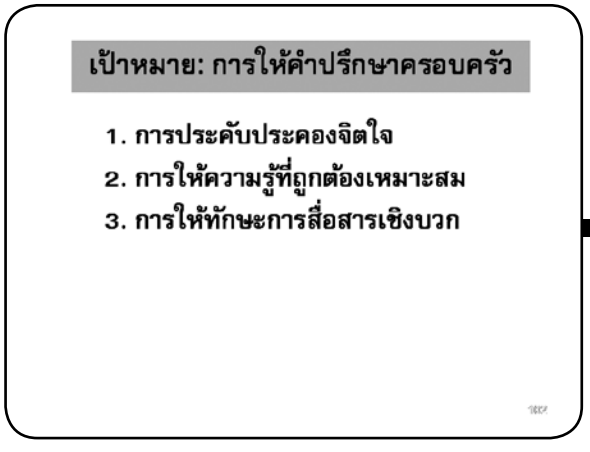
ทั้งนี้ปฏิกิริยาของสมาชิกในครอบครัวต่อสมาชิกที่มีปัญหาการเสพสารเสพติด สืบเนื่องจากอารมณ์และประสบการณ์ ความเข้าใจส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก




**อารมณ์ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว**

อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสมาชิกครอบครัวที่ต้องการหรือกระทำในสิ่งที่ไม่บังเกิดผล จึงทำให้สมาชิกครอบครัวเต็มไปด้วยปัญหาอารมณ์รูปแบบต่างๆ

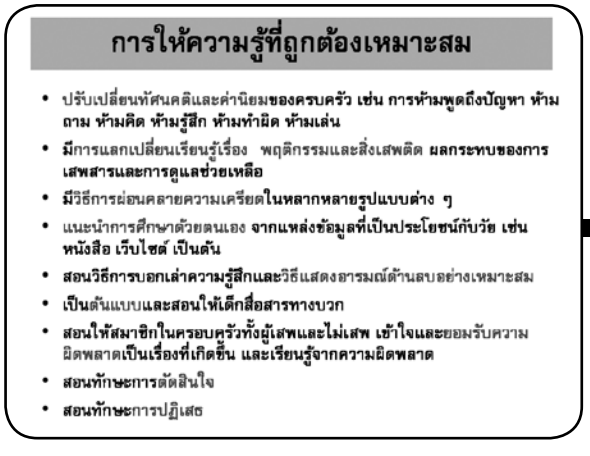
- ความวิตกกังวล
- ความเหนื่อย
- ความรู้สึกผิด
- ความโกรธ
- ความกลัว
- ความสมเพชเวทนาตนเอง
- ความรู้สึกว่างเปล่า
- โดดเดี่ยวเดียวดาย




**เป้าหมาย: การให้คำปรึกษาครอบครัว**

ผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติดที่สำคัญ คือ

1. การประคับประคองให้กำลังใจ
2. การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสม
3. การให้ตัวอย่างการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว




**การให้ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม**

การให้ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมสามารถช่วยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันได้ ทั้งนี้ พ่อและแม่ยังคงเป็นสมาชิกคนสำคัญที่จะสนับสนุนให้เหล่าสมาชิกมีค่านิยมการเรียนรู้ที่ถูกต้องและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นได้

โดยความรู้ไม่ได้มีอยู่เพียงตำรา ทีวีหรือคอมพิวเตอร์ แต่ยังได้จากประสบการณ์นอกสถานที่และเพื่อนสมาชิกอีกมาก ดังนั้นความรู้ที่มีความคิด พิเคราะห์ กลั่นกรองแล้ว นำมาใช้ประโยชน์ในการหยุดเสพสารเสพติดให้ยาวนานที่สุด วิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสม เช่น

- ปรับเปลี่ยนทัศนคติและค่านิยมของครอบครัว เช่น การห้ามพูดถึงปัญหา ห้ามถาม ห้ามคิด ห้ามรู้สึก ห้ามทำผิด ห้ามเล่น

- มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง “พฤติกรรมและสิ่งเสพติด ผลกระทบของการเสพสารและการดูแลช่วยเหลือ”
- มีวิธีการผ่อนคลายความเครียดในหลากหลายรูปแบบต่างๆ
- แนะนำการศึกษาด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับวัย เช่น หนังสือ เว็บไซต์ เป็นต้น
- สอนวิธีการบอกเล่าความรู้สึกและวิธีแสดงอารมณ์ด้านลบอย่างเหมาะสม
- เป็นต้นแบบและสอนให้เด็กสื่อสารทางบวก
- สอนให้สมาชิกในครอบครัวทั้งผู้เสพและไม่เสพ เข้าใจและยอมรับความผิดพลาดเป็นเรื่องที่เกิดขึ้น และเรียนรู้จากความผิดพลาด
- สอนทักษะการตัดสินใจ
- สอนทักษะการปฏิเสธ

**ตัวอย่าง การสื่อสารเชิงบวก ในครอบครัวผู้เสพสารเสพติด**

**การสื่อสารเชิงบวกในครอบครัวผู้เสพสารเสพติด**

หลักสำคัญในการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัวคือ ฝึกให้สมาชิกมีสติในการยั้งคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับเวลา สถานที่ในการกระตุ้นอารมณ์ซึ่งกันและกันอันจะเป็นสาเหตุสำคัญที่จะทำให้ตัวกระตุ้นภายในของผู้เสพถูกปลุกเร้าให้อยากเสพสารตามอารมณ์ที่เคยชินของตนเอง

**กรณีผู้เสพสารเสพติด: รู้สึกโกรธ**

**พฤติกรรมที่แสดงออก:** ผู้ป่วยปิดประตูดัง กระแทกของบนโต๊ะ เดินเตะของในบ้าน พูดบ่นเสียงดัง หน้าตาบูดบึ้ง คนในบ้านเรียกก็ไม่สนใจ

**การสื่อสารทางลบ**
**พฤติกรรมที่แสดงออก:** “เป็นบ้าอะไรขึ้นมาอีก หาเรื่องจะเล่นยาอีกล่ะสิ ทำอะไรกับใครไม่ได้แล้วสิ”

**เมื่อเกิดสติ** รู้ตัวว่าไม่พอใจผู้ป่วย แต่ถ้าพูดไปแล้วจะกระตุ้นความรู้สึกได้
**พฤติกรรมที่แสดงออก:** “ถ้าพูดไปอย่างนี้เขาก็จะยิ่งโกรธสินะ”

**การสื่อสารทางบวก**
**พฤติกรรมที่แสดงออก:** “เป็นไงบ้าง กินข้าวหรือยัง งานหนักหรือเปล่า ใครพูดไม่เข้าหูหรือเปล่า”

**กรณีผู้เสพสารเสพติด: รู้สึกเหงา ว่าง เบื่อ**
**พฤติกรรมที่แสดงออก:** นอน ขี้เกียจ ไม่ทำอะไร ดูทีวีในห้อง

**การสื่อสารทางลบ**
**พฤติกรรมที่แสดงออก:** “วันๆ ไม่ต้องทำมาหากินอะไรแล้ว แทนที่จะช่วยกันทำงานบ้าง”

**เมื่อเกิดสติ** รู้ตัวว่าไม่พอใจผู้ป่วย รังเกียจพฤติกรรม เหมือนกินแรง
**พฤติกรรมที่แสดงออก:** “ถ้าพูดไปอย่างนี้ลูกจะรู้สึกอย่างนะ”

**การสื่อสารทางบวก**
**พฤติกรรมที่แสดงออก:** “แม่เป็นห่วงนะ เห็นนอนทั้งวัน ไปตลาดกับแม่ไหม ไปช่วยเลือกของมาทำบุญ”

**กรณีผู้เสพสารเสพติด: รู้สึกว่าคนในบ้านไม่ไว้วางใจ**
**พฤติกรรมที่แสดงออก:** ผู้ป่วยจะขอออกข้างนอก ขอเงินไปด้วย ภรรยาไม่อยากให้ผู้ป่วยไป

**การสื่อสารทางลบ**
**พฤติกรรมที่แสดงออก:** “เดี๋ยวก็ไปเล่นยามาอีก โกหกอย่าให้จับได้นะ กลับมาจะจับตรวจฉี่ซะนี่”

**เมื่อเกิดสติ** เกรงว่าผู้ป่วยจะหวนกลับไปเสพยาจนคลุ้มคลั่งหรือติดอีก
**พฤติกรรมที่แสดงออก:** “ถ้าพูดไปอย่างนี้ เขาคงจะโกรธ แล้วไปเสพยาจริงๆ สินะ”

**การสื่อสารทางบวก**
**พฤติกรรมที่แสดงออก:** “คุณไปกลับใครบ้าง กลับกี่โมง ถึงแล้วโทรมาบอกด้วยนะ เป็นห่วง ฉันรอคุณอยู่ รีบกลับมานะ”

สำหรับวัดที่พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูยาเสพติด 22 แห่ง ได้แก่

| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | ภาคกลาง |
|---|---|
| วัดเทพมงคล อ.เมือง จ.อำนาจเจริญ<br>วัดตาไก้พลวง อ.นางรอง จ.บุรีรัมย์<br>วัดดงใหญ่วังอ้อ อ.เขื่องใน จ.อุบลราชธานี<br>วัดอร่ามมงคล อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์<br>วัดนิมิตประชาราม อ.ขามทะเลสอ จ.นครราชสีมา<br>วัดป่านาคำ อ.กุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์<br>วัดพุทธคามนิคม อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์<br>วัดอโศการาม อ.นามน จ.กาฬสินธุ์<br>วัดยองแยง อ.เมือง จ.นครราชสีมา | วัดเขาเพิ่มศรีสว่าง อ.บ้านนา จ.นครนายก<br>สำนักแม่ชีปฏิบัติธรรมเขาพระ อ.เดิมบางนางบวช จ.สุพรรณบุรี<br>วัดวังผาแดง อ.ศรีสวัสดิ์ จ.กาญจนบุรี<br>วัดท่าพุราษฎร์บำรุง อ.ด่านมะขามเตี้ย จ.กาญจนบุรี<br>วัดอินทาราม อ.ท่าม่วง จ.กาญจนบุรี<br>วัดบ้านใหม่สิริวัฒนาราม อ.หันคา จ.ชัยนาท<br>วัดหนองนางเก่า อ.ภาชี จ.พระนครศรีอยุธยา |
| **ภาคใต้** | **ภาคเหนือ** |
| สำนักสงฆ์ นิคามธรรมาวาส อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี<br>วัดเขาแก้ว อ.กาญจนดิษฐ์ จ.สุราษฎร์ธานี | วัดสวนร่มบารมี อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก<br>วัดป่าดาราภิรมย์ อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ |
| **กรุงเทพมหานคร** | |
| วัดสะพาน เขตคลองเตย กทม.<br>วัดภาวนาภิรตาราม เขตบางกอกน้อย กทม | |

**วัดที่พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูยาเสพติด 22 แห่ง**

1. **ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 9 แห่ง**
   - วัดเทพมงคล อ.เมือง จ.อำนาจเจริญ
   - วัดตาไก้พลวง อ.นางรอง จ.บุรีรัมย์
   - วัดดงใหญ่วังอ้อ อ.เขื่องใน จ.อุบลราชธานี
   - วัดอร่ามมงคล อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์
   - วัดนิมิตประชาราม อ.ขามทะเลสอ จ.นครราชสีมา
   - วัดป่านาคำ อ.กุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์
   - วัดพุทธคามนิคม อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์
   - วัดอโศการาม อ.นามน จ.กาฬสินธุ์
   - วัดยองแยง อ.เมือง จ.นครราชสีมา
2. **ภาคกลาง จำนวน 7 แห่ง**
   - วัดเขาเพิ่มศรีสว่าง อ.บ้านนา จ.นครนายก
   - สำนักแม่ชีปฏิบัติธรรมเขาพระ อ.เดิมบางนางบวช จ.สุพรรณบุรี
   - วัดวังผาแดง อ.ศรีสวัสดิ์ จ.กาญจนบุรี
   - วัดท่าพุราษฎร์บำรุง อ.ด่านมะขามเตี้ย จ.กาญจนบุรี
   - วัดอินทาราม อ.ท่าม่วง จ.กาญจนบุรี
   - วัดบ้านใหม่สิริวัฒนาราม อ.หันคา จ.ชัยนาท
   - วัดหนองนางเก่า อ.ภาชี จ.พระนครศรีอยุธยา
3. **ภาคเหนือ จำนวน 2 แห่ง**
   - วัดสวนร่มบารมี อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก
   - วัดป่าดาราภิรมย์ อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่
4. **ภาคใต้ จำนวน 2 แห่ง**
   - วัดเขาแก้ว อ.กาญจนดิษฐ์ จ.สุราษฎร์ธานี
   - สำนักสงฆ์ นิคามธรรมาวาส อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี
5. **กรุงเทพมหานคร จำนวน 2 แห่ง**
   - วัดสะพาน เขตคลองเตย กทม.
   - วัดภาวนาภิรตาราม เขตบางกอกน้อย กทม.

**กิจกรรมชมวีดิทัศน์สาธิต**

**การสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**
**(Motivational Interviewing/ Motivational Enhancement Therapy )**

**กิจกรรม**
**ฝึกปฏิบัติการให้คำแนะนำแบบสั้น (BA)**

**กรณีที่ 1**

สุดา อายุ 24 ปี ไปตรวจที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องจากประจำเดือนขาดประมาณ 1 เดือน สงสัยว่าจะตั้งครรภ์ สุดาดื่มสุราบ้างนาน ๆ ครั้ง ไม่ดื่มมานาน 3 เดือนแล้ว

**กรณีที่ 2**

สมชาย อายุ 45 ปี ไปตรวจที่สถานีอนามัยด้วยอาการปวดหลัง เนื่องจากเมื่อสองวันก่อนยกของหนัก สมชายดื่มเหล้าเป็นครั้งคราว ครั้งละแก้วสองแก้ว

**กิจกรรม**
**ฝึกปฏิบัติการให้คำแนะนำแบบสั้น (BA)**
**กรณีที่ 1**

สุดา อายุ 24 ปี ไปตรวจที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องจากประจำเดือนขาดประมาณ 1 เดือน สงสัยว่าจะตั้งครรภ์ สุดาดื่มสุราบ้างนานๆ ครั้ง ไม่ดื่มมานาน 3 เดือนแล้ว

**กรณีที่ 2**

สมชาย อายุ 45 ปี ไปตรวจที่สถานีอนามัยด้วยอาการปวดหลัง เนื่องจากเมื่อสองวันก่อนยกของหนัก สมชายดื่มเหล้าเป็นครั้งคราว ครั้งละแก้วสองแก้ว

**กิจกรรม**
**ฝึกปฏิบัติการบำบัดแบบสั้น (BI)**

**กรณีที่ 1 สถานที่ รพ.สต.**

สมคิดอายุ 25 ปี มารับยาลดกรดเพื่อรักษาอาการปวดท้องกระเพาะ มีอาการเรื้อรัง มารับยา 5-6 ครั้ง เป็น ๆ หาย ๆ ไม่ได้ปวดทุกวัน ยอมรับว่าดื่มเหล้าเป็นครั้งคราว ตามงานเลี้ยง มากบ้าง น้อยบ้าง ไม่แน่นอน แต่ไม่ดื่มทุกวัน

**กรณีที่ 2 สถานที่ รพช.**

ประทีปอายุ 38 ปี มาด้วยเรื่องปวดหัว สงสัยความดันสูง ไม่มีประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัว ดื่มเหล้าทุกวัน วันละ ½ แบน บางวันก็ดื่มหนัก สัปดาห์ก่อนมีงานเลี้ยงเกษียณหลายงาน แต่ส่วนใหญ่ดื่มแล้วก็เข้านอน ไม่มีปัญหากับใคร

**กิจกรรม**
**ฝึกปฏิบัติการบำบัดแบบสั้น (BI)**
**กรณีที่ 1 สถานที่ รพ.สต.**

สมคิดอายุ 25 ปี มารับยาลดกรดเพื่อรักษาอาการปวดท้องกระเพาะ มีอาการเรื้อรัง มารับยา 5-6 ครั้ง เป็นๆ หายๆ ไม่ได้ปวดทุกวัน ยอมรับว่าดื่มเหล้าเป็นครั้งคราว ตามงานเลี้ยง มากบ้าง น้อยบ้าง ไม่แน่นอน แต่ไม่ดื่มทุกวัน

**กรณีที่ 2 สถานที่ รพช.**

ประทีปอายุ 38 ปี มาด้วยเรื่องปวดหัว สงสัยความดันสูง ไม่มีประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัว ดื่มเหล้าทุกวัน วันละ 1/2 แบน บางวันก็ดื่มหนัก สัปดาห์ก่อนมีงานเลี้ยงเกษียณหลายงาน แต่ส่วนใหญ่ดื่มแล้วก็เข้านอน ไม่มีปัญหากับใคร

**ประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้น (BI)**

ผลการทบทวน

- การให้คำปรึกษาแบบสั้นในกลุ่มผู้ดื่มสุราในระดับที่อันตรายหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาโดยส่วนใหญ่ในพบว่าการให้คำปรึกษาอย่างสั้นมีประสิทธิผล
- การให้คำปรึกษาอย่างสั้นในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและกลุ่มผู้ติดสุราซึ่งยังมีอาการติดไม่มากมีประสิทธิผลคุ้มค่า ควรนำไปใช้ในในการปฏิบัติประจำในเวชปฏิบัติ

**ประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้น (BI)**

จากผลการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศสรุปได้ว่า

- การให้คำปรึกษาแบบสั้นในกลุ่มผู้ดื่มสุราในระดับที่อันตรายหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาโดยส่วนใหญ่ พบว่าการให้คำปรึกษาแบบสั้นมีประสิทธิผล
- การให้คำปรึกษาแบบสั้นในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและกลุ่มผู้ติดสุราซึ่งยังมีอาการติดไม่มาก มีประสิทธิผลคุ้มค่า ควรนำไปในการปฏิบัติประจำในเวชปฏิบัติ

## กิจกรรมฝึกปฏิบัติ การให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (MI/MET)

**กรณีที่1**

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 25 ปี ใช้ยาบ้าครั้งละ 1-2 เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้งมาประมาณ 2 ปี ถูกหน่วยงานตรวจปัสสาวะพบและส่งตัวให้มาบำบัดที่โรงพยาบาล หากบำบัดแล้วยังคงเสพยา หน่วยงานก็จะปลดออก ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองติดยา คิดว่ายาบ้าที่ตนเองเสพไม่อันตราย เพราะไม่ได้เสพทุกวัน เสพเพื่อจะได้ขับแท็กซี่กลางคืนได้ อยากมีเงินมาก ๆ แต่ก็เป็นห่วงลูกเมียจะลำบากหากตนเองเป็นอะไรไป ไม่อยากตกงานประจำ คิดว่าโชคร้ายที่ถูกตรวจปัสสาวะพบ ภรรยาโกรธผู้ป่วยที่แอบเสพยาบ้า เพิ่งรู้ความจริงมา 1 เดือน คิดว่ายาบ้าทำให้ผู้ป่วยขับรถชนบ่อย ๆ เงินทองไม่ค่อยเหลือเก็บ ต้องการให้ผู้ป่วยเลิกยาบ้าโดยเด็ดขาด ท่านเป็นผู้ให้คำปรึกษาในสถานพยาบาล

**ตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 1**

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 25 ปี ใช้ยาบ้าครั้งละ 1-2 เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้งมาประมาณ 2 ปี ถูกหน่วยงานตรวจปัสสาวะพบและส่งตัวให้มาบำบัดที่โรงพยาบาล หากบำบัดแล้วยังคงเสพยาหน่วยงานจะปลดออก ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองติดยา คิดว่ายาบ้าที่ตนเองเสพไม่อันตราย เพราะไม่ได้เสพทุกวัน เสพเพื่อจะได้ขับแท็กซี่กลางคืนได้ อยากมีเงินมากๆ แต่ก็เป็นห่วงลูกเมียจะลำบากหากตนเองเป็นอะไรไป ไม่อยากตกงานจากงานประจำ คิดว่าโชคร้ายที่ถูกตรวจปัสสาวะพบ ภรรยาโกรธผู้ป่วยที่แอบเสพยาบ้า เพิ่งรู้ความจริงมา 1 เดือน คิดว่ายาบ้าทำให้ผู้ป่วยขับรถชนบ่อยๆ เงินทองไม่ค่อยเหลือเก็บต้องการให้ผู้ป่วยเลิกยาบ้าโดยเด็ดขาด ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ให้คำปรึกษาในสถานพยาบาล ท่านจะให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างไร

**กรณีที่ 1 discussion**

- Stage 2 – feed-back, information, pros & cons
- Conjoint session – ใช้เทคนิค MI กับภรรยาด้วย
- Compulsion – ภรรยา, หน่วยงาน, รายงานผลการบำบัด, การตรวจปัสสาวะ
- Phase 1 of MET – จูงใจให้อยากเลิก
  - Motivation – ลูก, ภรรยา, มีงานทำ, สุขภาพ,อุบัติเหตุ, มีเงิน
  - Elaborate – ครอบครัว, การตกงาน
  - Affirmation – รักครอบครัว, ทำเพื่อครอบครัว
  - Looking back – การเงิน, อุบัติเหตุ. ความสัมพันธ์ในครอบครัว
  - Looking forward – อนาคตเป็นอย่างไร หากยังคงเสพยาอยู่
  - Develop discrepancy – ยาเสพติด กับ เป้าหมาย
  - information –ผลของยาเสพติดต่อการขับขี่, วงจรการนอน, ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ, พรบ.ฟื้นฟูฯ, สมองติดยา
- Phase 2 of MET – ทำอย่างไรให้สำเร็จ
  - Change plan – เป้าหมาย, เหตุผลสำคัญ, สิ่งที่ต้องทำ, อุปสรรค, ตัวช่วย

**อภิปรายตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 1**

- Stage 2 – Feedback, Information, Pros & Cons
- Conjoint Session – ใช้เทคนิค MI กับภรรยาด้วย
- Compulsion – ภรรยา, หน่วยงาน, รายงานผล การบำบัด, การตรวจปัสสาวะ

**Phase 1 of MET - จูงใจให้อยากเลิก**

- Motivation – ลูก, ภรรยา, มีงานทำ, สุขภาพ, อุบัติเหตุ, มีเงิน
- Elaborate – ครอบครัว, การตกงาน
- Affirmation – รักครอบครัว, ทำเพื่อครอบครัว
- Looking Back – การเงิน, อุบัติเหตุ, ความสัมพันธ์ในครอบครัว
- Looking Forward – อนาคตเป็นอย่างไร หากยังคงเสพยาอยู่
- Develop Discrepancy – ยาเสพติดกับเป้าหมาย
- Information – ผลของยาเสพติดต่อการขับขี่, วงจร การนอน, ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ, พรบ.ฟื้นฟูฯ, สมองติดยา

**Phase 2 of MET - ทำอย่างไรให้สำเร็จ**

Change Plan - เป้าหมาย, เหตุผลสำคัญ, สิ่งที่ต้องทำ, อุปสรรค, ตัวช่วย

**กรณีที่ 2**

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 18 ปี เสพยาบ้าวันละ 1-2 เม็ด มาประมาณ 2 ปี ถูกตำรวจจับกุมดำเนินคดี ขณะนี้อยู่ในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นเวลา 1 สัปดาห์แล้ว รู้สึกผิด เสียดายเวลาที่ผ่านไป ที่ทำให้พ่อแม่เสียใจ เรียนไม่จบ รู้ว่าตนเองติดยา อยากเลิกยาเสพติด อยากกลับไปเรียนหนังสือ และบวชเพื่อทดแทนบุญคุณพ่อแม่ ขณะนี้กังวลเกี่ยวกับเรื่องคดีว่าต่อไปจะเป็นอย่างไร อยากกลับไปอยู่บ้านมากกว่า คิดว่าเลิกเองก็ได้ อยากให้ศาลตัดสินให้คุมประพฤติมากกว่าส่งตัวมาค่าย มารดามาเยี่ยมผู้ป่วย รู้สึกเป็นห่วงผู้ป่วย คอยปลอบใจให้กำลังใจ ท่านเป็นผู้ให้คำปรึกษาในสถานฟื้นฟูฯ

**ตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 2**

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 18 ปี เสพยาบ้าวันละ 1-2 เม็ด มาประมาณ 2 ปี ถูกตำรวจจับกุมดำเนินคดี ขณะนี้อยู่ในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นเวลา 1 สัปดาห์แล้ว รู้สึกผิด เสียดายเวลาที่ผ่านไป ที่ทำให้พ่อแม่เสียใจ เรียนไม่จบ รู้ว่าตนเองติดยา อยากเลิกยาเสพติด อยากกลับไปเรียนหนังสือ และบวชเพื่อทดแทนบุญคุณพ่อแม่ ขณะนี้กังวลเกี่ยวกับเรื่องคดีว่าต่อไปจะเป็นอย่างไร อยากกลับไปอยู่บ้านมากกว่า คิดว่าเลิกเองก็ได้ อยากให้ศาลตัดสินให้คุมประพฤติมากกว่าส่งตัวมาค่าย มารดามาเยี่ยมผู้ป่วยรู้สึกเป็นห่วงผู้ป่วย คอยปลอบใจให้กำลังใจ ท่านเป็นผู้ให้คำปรึกษาในสถานฟื้นฟูฯ

**กรณีที่ 2 discussion**

- Stage 3 ต่อการเลิกยา, stage 2 ต่อการบำบัด, Guilty feeling, Anxiety
- ปัญหาการปรับตัวต่อสถานฟื้นฟูสมรรถภาพระบบบังคับ
- Conjoint session – ใช้เทคนิค MI กับมารดาด้วย
- Individual session กับมารดา ถ้ามารดามีปัญหาการปรับตัวมาก
- Compulsion – ระบบบังคับบำบัด, มารดา

**อภิปรายตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 2**

- Stage 3 ต่อการเลิกยา, Stage 2 ต่อการบำบัด, Guilty Feeling, Anxiety
- ปัญหาการปรับตัวต่อสถานฟื้นฟูสมรรถภาพระบบบังคับ
- Conjoint Session – ใช้เทคนิค MI กับมารดาด้วย
- Individual Session กับมารดา ถ้ามารดามีปัญหาการปรับตัวมาก
- Compulsion – ระบบบังคับบำบัด, มารดา

**กรณีที่ 2 discussion**

- Phase 1 of MET – จูงใจให้อยากเลิก
  - Motivation – มารดา, การเรียน, คดีความ, การบำบัดได้ครบ, การบวช
  - Empathy – การถูกบังคับบำบัด
  - Affirmation – รักมารดา, คิดถึงอนาคต, สำนึกผิด, กตัญญู, อยากเปลี่ยนแปลง
  - Elaborate – ความเป็นอยู่ในค่าย, ความรู้สึกผิด, ความกังวล
  - Imagining – สมมติย้อนเวลากลับไป อยากทำ หรือไม่ทำอะไร
  - Looking back – ช่วงที่ใช้ยา กับปัจจุบัน
  - Looking forward – ถ้าบำบัดครบ จะเป็นอย่างไร
  - Develop discrepancy – การบำบัดไม่ครบ กับ เป้าหมาย
  - information – พรบ.ฟื้นฟูฯ, การบำบัดแบบควบคุมตัว
- Phase 2 of MET – ทำอย่างไรให้สำเร็จ
  - Change plan – สิ่งที่ต้องทำ, ตัวช่วย, อุปสรรค
  - การช่วยเหลือให้ปรับตัวได้ดีขึ้น

**Phase 1 of MET - จูงใจให้อยากเลิก**

- Motivation – มารดา, การเรียน, คดีความ, การบำบัดได้ครบ, การบวช
- Empathy – การถูกบังคับบำบัด
- Affirmation – รักมารดา, คิดถึงอนาคต, สำนึกผิด, กตัญญู, อยากเปลี่ยนแปลง
- Elaborate – ความเป็นอยู่ในค่าย, ความรู้สึกผิด, ความกังวล
- Imagining – สมมติย้อนเวลากลับไป อยากทำ หรือไม่ทำอะไร
- Looking Back – ช่วงที่ใช้ยา กับปัจจุบัน
- Looking Forward – ถ้าบำบัดครบ จะเป็นอย่างไร
- Develop Discrepancy – การบำบัดไม่ครบ กับเป้าหมาย
- Information – พรบ.ฟื้นฟูฯ, การบำบัดแบบควบคุมตัว

**Phase 2 of MET - ทำอย่างไรให้สำเร็จ**

- Change Plan – สิ่งที่ต้องทำ, ตัวช่วย, อุปสรรค

**กรณีที่ 3**

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 20 ปี เป็นผู้เสพติดยาบ้า ศาลส่งมาเข้าสถานฟื้นฟูฯ เป็นเวลา 4 เดือนตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพ อยู่ระหว่างการบำบัด Matrix Program เริ่มเห็นโทษภัยจากยาเสพติด ต้องการหยุดยาบ้าโดยเด็ดขาด ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมอแต่รู้สึกเหนื่อยง่าย หายใจไม่ทัน นั่งสมาธิแล้วจิตฟุ้งซ่าน บางครั้งกลายเป็นเครียดไป ตั้งใจไม่พบเพื่อนที่เสพหรือขายยาเสพติด แต่ก็รู้สึกเหงา ๆ ไปเรียนการศึกษานอกโรงเรียนทุกวันอาทิตย์ก็เก็บตัวเงียบ เพราะกลัวคนอื่นรู้ว่าตนเองเคยติดยา มารดาคอยสอดส่องว่าผู้ป่วยไปเสพยาอีกหรือไม่ ทำให้ทะเลาะกับผู้ป่วยบ่อย ๆ ต้องคอยติดตามผู้ป่วยเวลาออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ผู้ป่วยและแม่มาพบท่านที่สถานพยาบาลเพื่อการติดตามที่นัดไว้หลังออกจากค่ายบำบัด

**ตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 3**

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 20 ปี เป็นผู้เสพติดยาบ้า ศาลส่งมาเข้าสถานฟื้นฟูฯ เป็นเวลา 4 เดือน ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพ อยู่ระหว่างการบำบัด Matrix Program เริ่มเห็นโทษภัยจากยาเสพติด ต้องการหยุดยาบ้าโดยเด็ดขาด ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมอแต่รู้สึกเหนื่อยง่าย หายใจไม่ทัน นั่งสมาธิแล้วจิตฟุ้งซ่าน บางครั้งกลายเป็นเครียดไป ตั้งใจไม่พบเพื่อนที่เสพหรือขายยาเสพติด แต่ก็รู้สึกเหงาๆ ไปเรียนการศึกษานอกโรงเรียนทุกวันอาทิตย์ก็เก็บตัวเงียบ เพราะกลัวคนอื่นรู้ว่าตนเองเคยติดยา มารดาคอยสอดส่องว่าผู้ป่วยไปเสพยาอีกหรือไม่ ทำให้ทะเลาะกับผู้ป่วยบ่อยๆ ต้องคอยติดตามผู้ป่วยเวลาออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ผู้ป่วยและแม่มาพบท่านที่สถานพยาบาลเพื่อการติดตามที่นัดไว้หลังออกจากค่ายบำบัด

**กรณีที่ 3 discussion**

- Stage 4 ต่อการเลิกยา – compliance, relapse prevention
- ปัญหาการปรับตัวต่อวิถีชีวิตที่สมดุล – การคบเพื่อน, ออกกำลังกาย, นั่งสมาธิ, การเรียน, ความไม่มั่นใจในตนเอง
- Conjoint session – ใช้เทคนิค MI กับมารดาด้วย ความห่วงใย, ความกังวล, ความพยายามของลูก, ปัญหาการปรับตัว, การสนับสนุนให้สำเร็จ
- Individual session กับมารดา เห็นใจ, ปฏิกิริยาของมารดา แนะนำการส่งเสริมผู้ป่วยในการฟื้นตัว
- Compulsion – ระบบบังคับบำบัด, มารดา

**อภิปรายตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 3**

- Stage 4 ต่อการเลิกยา – Compliance, Relapse Prevention
- ปัญหาการปรับตัวต่อวิถีชีวิตที่สมดุล – การคบเพื่อน, ออกกำลังกาย, นั่งสมาธิ, การเรียน, ความไม่มั่นใจในตนเอง
- Conjoint Session – ใช้เทคนิค MI กับมารดาด้วย, ความห่วงใย, ความกังวล, ความพยายามของลูก, ปัญหาการปรับตัว, การสนับสนุนให้สำเร็จ
- Individual Session กับมารดา, เห็นใจ, ปฏิกิริยาของมารดา, แนะนำ, การส่งเสริมผู้ป่วยในการฟื้นตัว
- Compulsion – ระบบบังคับบำบัด, มารดา

**กรณีที่ 3 discussion**

- Phase 1 of MET – จูงใจให้อยากเลิกต่อเนื่อง
  - Motivation – สุขภาพ, อนาคต, มารดา, คดีความ
  - Empathy –การดูแลที่ซัมงวดของมารดา, ความเหงา, ความไม่เชื่อมั่นในตนเอง, การปรับตัวต่อวิถีชีวิตใหม่,
  - Affirmation – เลิกโดยเด็ดขาด, คิดถึงอนาคต, อยากเปลี่ยนแปลง, รักมารดา
  - Elaborate – ความเป็นอยู่ในปัจจุบัน, ความเหงา, ความไม่มั่นใจในตนเอง, การดูแลของมารดา
  - Develop discrepancy – การกลับไปเสพซ้ำ กับ เป้าหมาย
  - information – ปฏิกิริยาจากการกระทำสิ่งผิด, การคบเพื่อน. การออกกำลังกาย, การนั่งสมาธิ, บทบาทของผู้ปกครอง
- Phase 2 of MET – ทำอย่างไรให้สำเร็จ
  - Change plan – เป้าหมาย, เหตุผลสำคัญ, สิ่งที่ต้องทำ, ตัวช่วย, อุปสรรค
  - การช่วยเหลือให้ปรับตัวได้ดีขึ้น, บทบาทมารดาที่เหมาะสม, การสร้างความมั่นใจ, การคบเพื่อน, เทคนิคการออกกำลังกาย, การนั่งสมาธิ

**Phase 1 of MET - จูงใจให้อยากเลิกต่อเนื่อง**

- Motivation – สุขภาพ, อนาคต, มารดา, คดีความ
- Empathy – การดูแลที่เข้มงวดของมารดา, ความเหงา, ความไม่เชื่อมั่นในตนเอง, การปรับตัวต่อวิถีชีวิตใหม่
- Affirmation – เลิกโดยเด็ดขาด, คิดถึงอนาคต, อยากเปลี่ยนแปลง, รักมารดา
- Elaborate – ความเป็นอยู่ในปัจจุบัน, ความเหงา, ความไม่มั่นใจในตนเอง, การดูแลของมารดา
- Develop Discrepancy – การกลับไปเสพซ้ำ กับเป้าหมาย
- Information – ปฏิกิริยาจากการกระทำสิ่งผิด, การคบเพื่อน, การออกกำลังกาย, การนั่งสมาธิ, บทบาทของผู้ปกครอง

**Phase 2 of MET - ทำอย่างไรให้สำเร็จ**

- Change Plan – เป้าหมาย, เหตุผลสำคัญ, สิ่งที่ต้องทำ, ตัวช่วย, อุปสรรค
- การช่วยเหลือให้ปรับตัวได้ดีขึ้น บทบาทมารดาที่เหมาะสม, การสร้างความมั่นใจ, การคบเพื่อน, เทคนิคการออกกำลังกาย, การนั่งสมาธิ

**Tips of MI**

- ผู้บำบัดควรเป็นคนมองมุมบวก (หาบวกในลบ) ชื่นชม ให้ความหวัง กำลังใจว่ายังเลิกได้
- หนักแน่น และสม่ำเสมอกับพฤติกรรม manipulative และ ความล้มเหลวที่เกิดขึ้น
- ผู้ป่วยมักใช้ minimization ส่วนญาติมักใช้ maximization
- คนไข้ Stage 1,2 แท้ที่จริง อาจเป็น stage 6
- ไม่จำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเอง ติดยา ตั้งแต่เริ่มต้น
- ใช้คำ ใช้ยาผลกระทบจากยา แทนคำว่า เสพยา ติดยา
- อย่าเพิ่งรีบแนะนำวิธีการเลิกยา พยายามทำความเข้าใจข้อดีของยาเสพติด ข้อเสียของการเลิก
- มองหาต้นทุนที่ผู้ป่วยมีอยู่ แล้วเริ่มต้นจากตรงนั้นไป
- การบริหารแรงกดดัน (Compulsion) – ครอบครัว หน่วยงาน กฎหมาย

Tips of MI

- ผู้บำบัดควรเป็นคนมองมุมบวก (หาบวกในลบ) ชื่นชม ให้ความหวัง กำลังใจว่ายังเลิกได้
- หนักแน่น และสม่ำเสมอกับพฤติกรรม Manipulative และความล้มเหลวที่เกิดขึ้น
- ผู้ป่วยมักใช้ Minimization ส่วนญาติมักใช้ Maximization
- คนไข้ Stage 1, 2 แท้ที่จริงอาจเป็น Stage 6
- ไม่จำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเอง ติดยา ตั้งแต่เริ่มต้น
- ใช้คำ “ใช้ยา” “ผลกระทบจากยา” แทนคำว่า “เสพยา” “ติดยา”
- อย่าเพิ่งรีบแนะนำวิธีการเลิกยา พยายามทำความเข้าใจข้อดีของยาเสพติด ข้อเสียของการเลิก
- มองหาต้นทุนที่ผู้ป่วยมีอยู่ แล้วเริ่มต้นจากตรงนั้นไป
- การบริหารแรงกดดัน (Compulsion) – ครอบครัวหน่วยงาน กฎหมาย

**Tips of MI**

- การตรวจปัสสาวะ เป็นตัวช่วยยืนยัน อาการทางคลินิก
- อาการถอน อยากยา อาการทางจิตเวช มักทำให้แรงจูงใจแย่ลง
- ตัดสินใจว่า จะทำเป็น individual หรือ conjoint session
- มองหาเป้าหมาย สิ่งที่ห่วงใย สิ่งที่เคารพศรัทธา ของผู้ป่วย และเรียงลำดับความสำคัญ (relevance)
- อาการ positive symptoms มักทำให้ผู้ป่วยอยากหยุด อาการ negative, mood, cognitive symptoms และ side effects จากยา มักทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยา
- ควรค้นหาและให้การบำบัดโรคจิตเวชร่วมไปด้วย
- การเปลี่ยนแปลงมี 2 ลักษณะ คือ ค่อย ๆลดลง และป้องกันกลับมาติดซ้ำ
- ควรจูงใจให้อยากเลิก การใช้ยาเป็นตัวเสริมให้เลิกได้สำเร็จ

Tips of MI

- การตรวจปัสสาวะ เป็นตัวช่วยยืนยันอาการทางคลินิก
- อาการถอน อยากยา อาการทางจิตเวช มักทำให้แรงจูงใจแย่ลง
- ตัดสินใจว่า จะทำเป็น Individual หรือ Conjoint Session
- มองหาเป้าหมาย สิ่งที่ห่วงใย สิ่งที่เคารพศรัทธาของผู้ป่วย และเรียงลำดับความสำคัญ (Relevance)
- อาการ Positive Symptoms มักทำให้ผู้ป่วยอยากหยุด อาการ Negative, Mood, Cognitive Symptoms และ Side Effects จากยา มักทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยา
- ควรค้นหาและให้การบำบัดโรคจิตเวชร่วมไปด้วย
- การเปลี่ยนแปลงมี 2 ลักษณะ คือ ค่อยๆ ลดลง และป้องกันกลับมาติดซ้ำ
- ควรจูงใจให้อยากเลิก การใช้ยาเป็นตัวเสริมให้เลิกได้สำเร็จ

# หลักสูตร

## การอบรมการติดตามดูแลต่อเนื่อง
## ผู้ป่วยสุราและสารกระตุ้นประสาท
## กลุ่มแอมเฟตามีนที่มีภาวะทางจิตเวช
## สำหรับพยาบาล

# หลักสูตร
# การอบรมการติดตามดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยสุราและสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนที่มีภาวะทางจิตเวช สำหรับพยาบาล

**เวลา 60 นาที**

**วัตถุประสงค์**

เมื่อสิ้นสุดแผนการสอนแล้ว ผู้เข้าอบรมสามารถ

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถให้การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนในชุมชนได้
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถให้การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวชในชุมชนได้

**เนื้อหา**

1. การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนในชุมชนได้
2. การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวชในชุมชนได้

**รูปแบบการสอน**

กิจกรรม อภิปราย บรรยายและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้าอบรม

**สื่อการสอน**

1. เอกสารประกอบการสอน เรื่อง
   - การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนในชุมชนได้
   - การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวชในชุมชนได้
2. Power Point Presentation เรื่อง
   - เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถให้การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนในชุมชนได้
   - เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถให้การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวชในชุมชนได้

**หลักสูตร**
**การอบรมการติดตามดูแลต่อเนื่อง**
**ผู้ป่วยสุราและสารกระตุ้นประสาท**
**กลุ่มแอมเฟตามีน**
**ที่มีภาวะทางจิตเวช สำหรับพยาบาล**

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถให้การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนในชุมชนได้
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถให้การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวชในชุมชนได้

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถให้การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนในชุมชนได้
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถให้การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวชในชุมชนได้

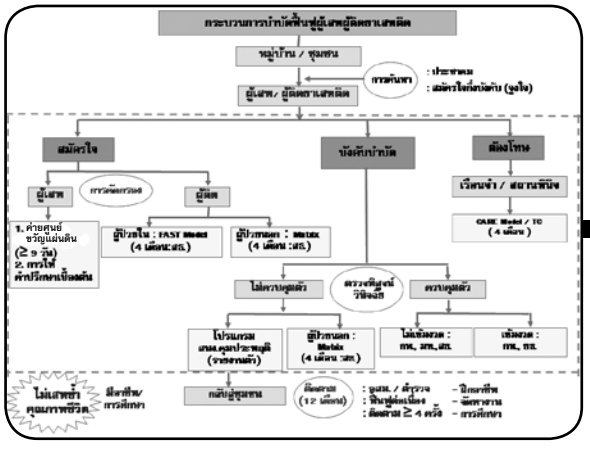
**เนื้อหาบทเรียน**

| | |
|---|---|
| 1. การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนในชุมชน | 30 นาที |
| 2. การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวชในชุมชน | 30 นาที |

**เนื้อหาบทเรียน**

1. การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนในชุมชน (30 นาที)
2. การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวชในชุมชน (30 นาที)

# บทที่ 1
# การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนในชุมชน



**ระบบการบำบัดรักษาผู้เสพสารเสพติดของไทย มี 3 ระบบ ได้แก่**

1. **การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (Voluntary System)** หมายถึง ผู้ป่วยสารเสพติดทั่วไปตามพระราชบัญญัติสารเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 94 ที่กำหนดให้ผู้เสพ ผู้ติดสารเสพติดที่ขอเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลที่กำหนดจนครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับและได้รับการรับรองจากพนักงานเจ้าหน้าที่ก่อนที่ความผิดจะปรากฏ ให้ถือว่าพ้นความผิด ให้ผู้เสพติด พ่อแม่ ญาติของผู้เสพที่ต้องการเลิกสารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสารเสพติดในสถานบริการของรัฐหรือเอกชน โดยสมัครใจเข้ารับการบำบัดด้วยตนเองหรือโดยผู้ปกครอง ญาติ หรือผู้นำชุมชน
2. **การบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัด (Compulsory System)** หมายถึง การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดด้วยการบังคับโดยกฎหมายตามพระราชบัญญัติว่าเป็นผู้ป่วยสารเสพติดตามฐานความผิด 4 ฐานคือ
   1. เสพสารเสพติด
   2. เสพและมีไว้ครอบครอง
   3. เสพเพื่อมีไว้ครอบครองเพื่อจำหน่าย
   4. เสพและจำหน่ายสารเสพติด

   ตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกระทรวงสาธารณสุข โดยศาลเป็นผู้ให้เลือกการบังคับโดยการกำหนดเงื่อนไขของศาลและการบังคับโดยกฎหมายตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพสารเสพติด พ.ศ. 2545

3. **การบำบัดรักษาในระบบต้องโทษ (Correction System)** เป็นการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดซึ่งถูกจับกุมในคดีตามกฎหมายและผ่านกระบวนการพิจารณาของศาลเรียบร้อยแล้ว ถูกสั่งให้เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นผู้ป่วยสารเสพติดของกรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน และกรมราชทัณฑ์

**ตัวชี้วัดด้านการบำบัดรักษายาเสพติด กสธ. ปี 2559**

**1. ตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุข**

**ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)**

**เป้าหมาย ร้อยละ 92**

**สูตรคำนวณ**

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและหยุดเสพต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (บสต.ติดตาม)}}{\text{จำนวนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและได้รับการจำหน่าย ตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละแห่ง}} \times 100$$

**ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน (3 month remission rate)**

**คำนิยาม** ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)

**เกณฑ์เป้าหมาย** ร้อยละ 92 (เทียบเคียงกับค่ากลางที่ต่างประเทศทำได้)

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** ผู้เสพ ผู้ติดที่ผ่านการบำบัดรักษาครบตามกำหนด เฉพาะระบบสมัครใจที่เข้ารับบริการจากสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**วิธีการจัดเก็บข้อมูล** รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานแบบ บสต.

**แหล่งข้อมูล** สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**ระยะเวลาประเมินผล** ทุก 3 เดือน

**วิธีการประเมินผล** สถานบริการ (โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการบำบัดรักษา) จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลระบบรายงาน บสต. ผ่านเครือข่าย Internet ประเมินผลโดย กลุ่มเทคนิคบริการ สำนักบริหารการสาธารณสุข ผู้ดูแลระบบ

**ระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.1-5)**

บสต.1 แบบรายงานเบื้องต้นการใช้สารเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชน
บสต.2 แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา
บสต.3 แบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด
บสต.4 แบบจำหน่ายเพื่อติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด
บสต.5 แบบติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด

โดยทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องจะต้องรายงานผลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลยาเสพติด บสต. ตามเว็บไซต์ http://antidrug.phdb.org หรือ http:antidrug.moph.go.th ปีงบประมาณ พ.ศ.2559 ยังดำเนินการเช่นเดิม

**ระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต. 1-5)**

**บสต. 1** แบบรายงานเบื้องต้นการใช้สารเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชน

**บสต. 2** แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา

**บสต. 3** แบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด

**บสต. 4** แบบจำหน่ายเพื่อติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด

**บสต. 5** แบบติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด

โดยทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องจะต้องรายงานผลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลยาเสพติด บสต. โดยผู้ที่จะบันทึกได้ต้องมีการมีการขึ้นทะเบียนผู้บันทึกข้อมูลของยาเสพติด และมีการยืนยันตัวบุคคลทุกครั้งที่ใช้ข้อมูลในเว็บไซต์ ที่http://antidrug.phdb.org หรือ http://antidrug.moph.go.th และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ยังดำเนินการเช่นเดิม

**ขั้นตอนการติดตาม**

นัดหมายการติดตามครั้งต่อไป
ครั้งที่ 1 ติดตามหลังผ่านการบำบัด 2 สัปดาห์
ครั้งที่ 2 ติดตามหลังผ่านการบำบัด 4 สัปดาห์
ครั้งที่ 3 ติดตามหลังผ่านการบำบัด 2 เดือน
ครั้งที่ 4 ติดตามหลังผ่านการบำบัด 3 เดือน
ครั้งที่ 5 ติดตามหลังผ่านการบำบัด 6 เดือน
ครั้งที่ 6 ติดตามหลังผ่านการบำบัด 9 เดือน
ครั้งที่ 7 ติดตามหลังผ่านการบำบัด 12 เดือน
ลงบันทึกรายงานตามแบบฟอร์ม และระยะเวลาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

**นัดหมายการติดตามครั้งต่อไป**

ครั้งที่ 1 ติดตามหลังผ่านการบำบัด 2 สัปดาห์
ครั้งที่ 2 ติดตามหลังผ่านการบำบัด 4 สัปดาห์
ครั้งที่ 3 ติดตามหลังผ่านการบำบัด 2 เดือน
ครั้งที่ 4 ติดตามหลังผ่านการบำบัด 3 เดือน
ครั้งที่ 5 ติดตามหลังผ่านการบำบัด 6 เดือน
ครั้งที่ 6 ติดตามหลังผ่านการบำบัด 9 เดือน
ครั้งที่ 7 ติดตามหลังผ่านการบำบัด 12 เดือน

เมื่อติดตามครบ 1ปี หรือติดตามไม่ครบ 1 ปี พบว่าผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ ส่งต่อ ถูกจับ ตาย อื่นๆ ที่ทำให้การติดตามสิ้นสุดลง ต้องสรุปผลการติดตามทุกครั้ง

ลงบันทึกรายงานตามแบบฟอร์ม และระยะเวลาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

**การติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน**

**นอกจากการติดตาม ตามระบบ บสต. แล้ว**

ปัจจุบันมีคำสั่ง คสช.108/57 ได้กำหนดให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติดได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยมอบหมายให้ทางทีมกระทรวงมหาดไทยไปติดตามผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนความรับผิดชอบของตนเอง และลงบันทึกในระบบ NISPA ควบคู่กันไปกับข้อมูลของทางกระทรวงสาธารณสุข

ในปัจจุบันจากคำสั่ง คสช.41/2557 และ คสช.108/2557 ที่มีเรื่องการปราบปรามและหยุดยั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติด ได้มอบหมายให้หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบนำผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดและติดตามทันที ซึ่งมีหน่วยงาน ดังนี้ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการกระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ โดยมอบหมายให้กระทรวงมหาดไทยเป็นเจ้าภาพหลักในการติดตามผู้ป่วยหลังผ่านการบำบัด โดยสำนักงาน ปปส. ได้พัฒนาระบบรายงานผลการดำเนินงานการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้มีปัญหาสารเสพติดในชุมชน

ในระบบที่เรียกว่าระบบข้อมูลสารสนเทศยาเสพติดจังหวัด (Narcotics Information for Province Agency: NISPA) ควบคู่กันไปกับระบบติดตามแบบ บสต.

**แนวทางการดูแลต่อเนื่องในชุมชน**

1. **ชุมชนบำบัด**
2. **กลุ่มช่วยเหลือกันเอง**
3. **กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนผู้เสพสารเสพติด (NA)**
4. **ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในวัด/ชุมชน**
5. **ผู้ประสานในชุมชน/อสม.**

**ตัวอย่างแนวทางการดูแลต่อเนื่องในชุมชน**

1. ชุมชนบำบัด
2. กลุ่มช่วยเหลือกันเอง
3. กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนผู้เสพสารเสพติด (Narcotic Anonymous: NA)
4. ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในวัด/ชุมชน
5. ผู้ประสานในชุมชน/อสม.

**วิธีการติดตามหลังการรักษาโดยทีม สธ.**

1. ***ทางตรง*** **บุคลากรสาธารณสุขสามารถติดตามผู้ผ่านการบำบัดโดยการเยี่ยมบ้าน/เยี่ยมสถานที่ทำงาน/เยี่ยมในสถานศึกษา**
2. ***ทางอ้อม*** **ติดตามโดยสอบถามจากญาติพี่น้อง พ่อแม่ สามีภรรยาใช้โทรศัพท์ จดหมาย/ไปรษณียบัตร**

**วิธีการติดตาม หลังการรักษาโดยทีมกระทรวงสาธารณสุข มีวิธีการ ดังนี้**

**ทางตรง**

- โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน/ที่ทำงาน/สถานศึกษาที่ผู้ผ่านการบำบัด กลับไปอาศัยอยู่/ทำงานต่อ/ศึกษาต่อ
- โดยการนัดมาพบที่ใดที่หนึ่ง เช่น ที่สถานบำบัด ที่ทำการในชุมชนต่างๆ หรือที่ที่ทั้งผู้ติดตามและผู้ผ่านการบำบัดสะดวกทั้งสองฝ่าย

**ทางอ้อม**

- โดยการสอบถามจากผู้ใกล้ชิดของผู้ผ่านการบำบัด
- โดยการสอบถามทางจดหมาย หรือทางโทรศัพท์

# บทที่ 2
# การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสุรา ที่มีปัญหาด้านจิตเวชในชุมชน

**โปรแกรมใกล้บ้าน สมานใจ**
**การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดสุรา**

Healing Heart Around Home Program
The Program of Assertive Community Treatment (PACT)
for Alcohol Dependents

- พัฒนาโปรแกรมโดย ดร. หรรษา เศรษฐบุปผา, นางจารุณี รัศมีสุวิวัฒน์,
- นางภรภัทร สิมะวงศ์ และนางนพวรรณ อูปคำ
  โดยความร่วมมือระหว่าง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ,โรงพยาบาลสวนปรุง
- โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่
  สนับสนุนโดย แผนงานการบำบัดฟื้นฟูทางเลือกในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา 2553

**การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน**

หมายถึง รูปแบบบริการส่งต่อ (A Service Delivery Model) ที่พัฒนาขึ้นอย่างครอบคลุม และเน้นการบำบัดดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรังในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) มีการติดต่อประสานงานให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา หาได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ให้บริการที่สะดวกในลักษณะใกล้บ้านใกล้ใจ

**โปรแกรมใกล้บ้าน สมานใจ**

- อาศัยแนวคิดหลักที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- เป็นการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (Assertive community treatment: PACT)
- มีพื้นฐานเดิมมาจากแนวคิดการฝึกการใช้ชีวิตในชุมชน (Training community living: TCL)
- การจัดการรายกรณีแบบครอบคลุม (intensive case management)

**หลักการของโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ**

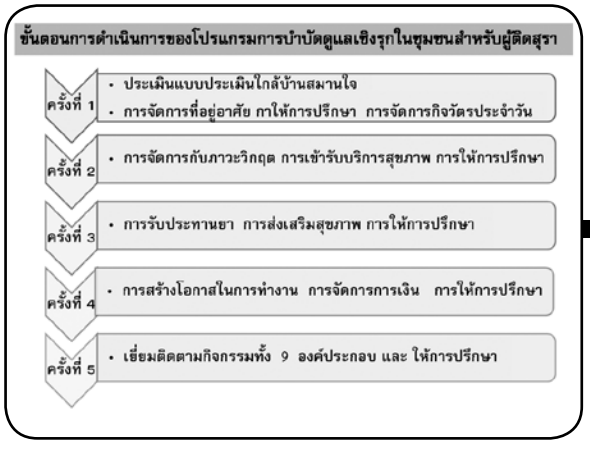
อาศัยแนวคิดหลักที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (Assertive Community Treatment: PACT) มีพื้นฐานเดิมมาจากแนวคิดการฝึกการใช้ชีวิตในชุมชน (Training Community Living: TCL) การจัดการรายกรณีแบบครอบคลุม (Intensive Case Management)

**องค์ประกอบหลักของการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน**

การบริการที่จำเป็นในการดำเนินโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน ทีมสหวิชาชีพจำเป็นต้องให้การบำบัดดูแลครอบคลุมใน 9 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้ คือ

1. วิธีการฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การช่วยเหลือในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวันทั่วไป การดูแลความสะอาดของเสื้อผ้าเครื่องแต่งกาย การเดินทางในชีวิตประจำวัน รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด
2. การจัดการกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤต การให้การปรึกษาและสุขภาพจิตศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว การช่วยประสานเครือข่ายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยสมาชิกครอบครัว
3. โอกาสในการทำงาน ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนการทำงาน การหางานทำ หรือได้มีโอกาสทำงาน เช่น งานอาสาสมัคร การทำงานบางช่วงเวลา การจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะในการทำงาน การปรับตัวในการทำงาน
4. การจัดการเอกสาร ได้แก่ การช่วยเหลือเกี่ยวกับงานเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรือสิทธิบัตรต่างๆ ที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยทั้งในการดำเนินชีวิตและที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดดูแล
5. การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้ในการป้องกันโรคหรือภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การตรวจร่างกายและสุขภาพ การจัดเวลานัดหมายให้มาใช้บริการตามกำหนดนัด และการดูแลส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ เช่น อาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การจัดการกับความเครียด หรือด้านจิตวิญญาณที่เกี่ยวกับการสร้างความสมดุลของชีวิต
6. การดูแลเรื่องยา ได้แก่ การช่วยดูแลการได้รับยาต่อเนื่อง การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา ผลข้างเคียงและข้อควรระวังต่างๆ
7. การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย ได้แก่ การช่วยจัดหาที่พักที่เหมาะสมให้หากจำเป็น การช่วยให้มีทักษะในการดูแลทำความสะอาดบริเวณที่พักอาศัย
8. การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย ได้แก่ การช่วยวางแผนในการใช้จ่ายต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การทำบัญชีค่าใช้จ่าย การชำระเงิน การบริหารรายรับรายจ่ายประจำวัน และรายจ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

9. การให้การปรึกษา ได้แก่ การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะบำบัดดูแล โดยใช้วิธีการแก้ไขปัญหา การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะในการสนทนา




**ขั้นตอนดำเนินการของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดสุรา**

**ครั้งที่ 1 :** ประเมินแบบบันทึกโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ การดำเนินกิจวัตรประจำวัน การจัดการที่อยู่อาศัย การให้การปรึกษา

**ครั้งที่ 2 :** การจัดการกับภาวะวิกฤต การเข้ารับบริการสุขภาพ การให้การปรึกษา

**ครั้งที่ 3 :** การกินยา การส่งเสริมสุขภาพ การให้การปรึกษา

**ครั้งที่ 4 :** การสร้างโอกาสในการทำงาน การจัดการการเงิน การให้การปรึกษา

**ครั้งที่ 5 :** ประเมินแบบบันทึกโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจและให้การปรึกษา

# ภาคผนวก

## แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด

วันที่.....

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....

**แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)**

**ข้อบ่งชี้การใช้ 1. ผู้มีปัญหาสารเสพติดทุกราย**

**2. ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์**

| คำถาม | ไม่ใช่ | ใช่ |
|---|---|---|
| 1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่ | 0 | 1 |
| 2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่ | 0 | 1 |

**การแปลผลและการช่วยเหลือ ดังนี้**

**1.** ถ้าตอบว่า **ไม่มี** " ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า ไม่น่าจะมีภาวะซึมเศร้า

**2.** ถ้าตอบว่า **มี** ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มจะมีภาวะซึมเศร้า **ต้องคัดกรอง 9Q**

**แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)**

**ข้อบ่งชี้การใช้ 1. กรณี 2Q=มี**

**2. ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์**

| ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน | ไม่มีเลย | เป็นบางวัน 1-7 วัน | เป็นบ่อย > 7วัน | เป็นทุกวัน |
|---|---|---|---|---|
| 1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. หลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือลับมากไป | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวผิดหวัง | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. พูดช้า ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **หมายเหตุ คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย และส่งพบแพทย์** | | | **รวมคะแนน** | |

**การแปลผลและการช่วยเหลือ บูรณาการตามแนวทางการดูแลและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ดังนี้**

1. คะแนน **น้อยกว่า 7 ไม่มี**ภาวะซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้า**น้อยมาก**

---> **ให้การบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสารเสพติด**

2. คะแนน 7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับ**น้อย**

---> **ให้การปรึกษาแบบสั้นควบคู่กับการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสารเสพติด**

3. คะแนน 13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับ**ปานกลาง**

---> **ส่งพบแพทย์ให้** ประเมินวินิจฉัยช่วยเหลือร่วมกับการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสารเสพติด

4. คะแนน **ไม่น้อยกว่า 19** มีภาวะซึมเศร้าระดับ**รุนแรง**

---> **ส่งพบแพทย์**ประเมินวินิจฉัยช่วยเหลือยาทางจิตเวชร่วมกับการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสารเสพติด

5. **กรณีคะแนนมากกว่า 7 จะเสี่ยงการฆ่าตัวตาย---> ต้องคัดกรอง 8Q ต่อ**

## แบบคัดกรองภาวะฆ่าตัวตาย ผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด

วันที่.....

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ..ปี เลขที่บัตรประชาชน.....

**แบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q)**

**ข้อบ่งชี้การใช้ 1. ผู้มีปัญหาสารเสพติดทุกราย**

**2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน**

**3. ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์**

| คำถาม | ไม่ใช่ | ใช่ |
|---|---|---|
| 1. ในเดือนที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้คิดอยากตายหรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า | 0 | 1 |
| 2. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้อยากทำร้ายตัวเองหรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ | 0 | 2 |
| 3. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ....) | 0 | 6 |
| - ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตาย..ที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่หรือ | ได้ | ไม่ได้ |
| - บอกไม่ได้ว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้น ในขณะนี้ | 0 | 8 |
| 4. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย | 0 | 8 |
| 5. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตัวเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ | 0 | 9 |
| 6. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่ทำให้เสียชีวิต | 0 | 4 |
| 7. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย | 0 | 10 |
| 8. ตลอดชีวิตที่ผ่านมาท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย | 0 | 4 |
| **รวมคะแนน** | | |

**การแปลผลและการช่วยเหลือบูรณาการการดูแลและเฝ้าระวัง*ภาวะฆ่าตัวตายและการใช้สารเสพติด* ดังนี้**

**1.คะแนน 1-8 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย ระดับน้อย**

**----> ให้การปรึกษาแบบสั้นร่วมกับการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสารเสพติด**

**2.คะแนน 9-16 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย ระดับปานกลาง**

**----> ส่งพบแพทย์ให้การ ประเมินวินิจฉัย ช่วยเหลือเฝ้าระวังร่วมการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสารเสพติด**

**3.คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับ รุนแรง**

**----> ส่งพบแพทย์ให้การประเมินวินิจฉัย ช่วยเหลือทางจิตเวชฉุกเฉิน ร่วมการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสารเสพติด**

## แบบคัดกรองภาวะโรคจิต ผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด

วันที่.....

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....

**ข้อบ่งชี้การใช้** 1.ผู้มีปัญหาสารเสพติดทุกราย
2.ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

| อาการที่พบเห็นและสัมภาษณ์ญาติ | จากการสัมภาษณ์ญาติ | |
|---|---|---|
| | มี= 1 คะแนน | ไม่มี= 0 คะแนน |
| 1. พูดเพ้อเจ้อ | | |
| 2. แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม | | |
| 3. ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น | | |
| 4. แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่สุงสิงกับใคร | | |
| 5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล | | |
| 6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา | | |
| 7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน | | |
| 8. มีพฤติกรรมอื่น ๆที่ผิดปกติจากคนทั่วไป | | |
| รวมคะแนน | | |
| สัมภาษณ์คนไข้ | สัมภาษณ์คนไข้ | |
| 9. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล | | |
| 10. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา | | |
| 11. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน | | |
| คะแนนรวมทั้งหมดข้อ 1-11 | | |

**การแปลผลและการช่วยเหลือบูรณาการการดูแลและเฝ้าระวัง*ภาวะโรคจิตและและการใช้สารเสพติด***

1. การให้คะแนนแบบคัดกรองโรคจิตทั้งหมด 11 ข้อ โดย
   - สัมภาษณ์ *ญาติผู้ป่วย 8 ข้อ* และ
   - สัมภาษณ์ *ผู้ป่วย 3 ข้อ*

   ให้คะแนน ดังนี้ ตอบ ไม่มี ให้ 0 คะแนน
   ตอบ มี ให้ 1 คะแนน
2. คะแนน 1 ขึ้นไป ให้สงสัยว่าเป็นโรคจิต
   ----> ส่งพบแพทย์ให้การประเมินวินิจฉัย ดูแลช่วยเหลือเฝ้าระวัง
   ร่วมกับการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสารเสพติด

# แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา
## AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

ชื่อ..... เพศ ☐ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปี

วันที่ประเมิน...../...../..... เลขที่(HN).....

หมายเลขประจำตัวประชาชน ..... - ..... - ..... - ..... - .....

**คำชี้แจง :** คำถามแต่ละข้อต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์การดื่มสุราในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยสุรา หมายถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สปายไวน์ เป็นต้น ขอให้ตอบตามความเป็นจริง

| ข้อคำถาม | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | คะแนน |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.คุณดื่มสุราบ่อยเพียงไร | ไม่เคยเลย | เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า | 2-4 ครั้ง ต่อเดือน | 2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ | 4 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์ | |
| **2.เลือกตอบเพียงข้อเดียว** เวลาที่คุณดื่มสุรา โดยทั่วไปแล้วคุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน ***หรือ*** | 1-2 ดื่มมาตรฐาน | 3-4 ดื่มมาตรฐาน | 5-6 ดื่มมาตรฐาน | 7-9 ดื่มมาตรฐาน | ตั้งแต่ 10 ดื่มมาตราฐานขึ้นไป | |
| ถ้าโดยทั่วไปดื่ม**เบียร์** เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เชียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดื่มประมาณเท่าไร ต่อวัน ***หรือ*** | 1-1.5กระป๋อง/ 1/2-3/4 ขวด | 2-3 กระป๋อง/ 1-1.5 ขวด | 3.5-4กระป๋อง/ 2 ขวด | 4.5-7กระป๋อง/ 3-4 ขวด | 7 กระป๋อง/ 4 ขวดขึ้นไป | |
| ถ้าโดยทั่วไปดื่ม**เหล้า**เช่น แม่โขง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณ เท่าไรต่อวัน | 2-3 ฝา | 1/4 แบน | 1/2 แบน | 3/4 แบน | 1 แบนขึ้นไป | |
| 3.บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มตั้งแต่ 6 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป หรือเบียร์ 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป | ไม่เคยเลย | น้อยกว่า เดือนละครั้ง | เดือนละครั้ง | สัปดาห์ ละครั้ง | ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน | |
| 4.ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณพบว่าคุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณได้เริ่มดื่มไปแล้ว | ไม่เคยเลย | น้อยกว่า เดือนละครั้ง | เดือนละครั้ง | สัปดาห์ ละครั้ง | ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน | |
| 5.ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุราเสีย | ไม่เคยเลย | น้อยกว่า เดือนละครั้ง | เดือนละครั้ง | สัปดาห์ ละครั้ง | ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน | |
| 6.ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มสุราทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา | ไม่เคยเลย | น้อยกว่า เดือนละครั้ง | เดือนละครั้ง | สัปดาห์ ละครั้ง | ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน | |
| 7.ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธหรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุราเข้าไป | ไม่เคยเลย | น้อยกว่า เดือนละครั้ง | เดือนละครั้ง | สัปดาห์ ละครั้ง | ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน | |
| 8.ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าคุณได้ดื่มสุราเข้าไป | ไม่เคยเลย | น้อยกว่า เดือนละครั้ง | เดือนละครั้ง | สัปดาห์ ละครั้ง | ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน | |
| 9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่ | ไม่เคยเลย | | เคย แต่ไม่ได้ เกิดขึ้นในปีที่แล้ว | | เคยเกิดขึ้นใน ช่วงหนึ่งปีที่แล้ว | |
| 10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุราของคุณหรือไม่ | ไม่เคยเลย | | เคย แต่ไม่ได้ เกิดขึ้นในปีที่แล้ว | | เคยเกิดขึ้นใน ช่วงหนึ่งปีที่แล้ว | |
| | | | | | ***คะแนนรวม*** | |

ปรับปรุงจาก สาวิตรี อัษณางค์กรชัยและคณะ, 2546

**การเทียบปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มเป็นดื่มมาตรฐาน** (Standard Drink) **ในคำตอบข้อ 2 และ 3 ของ AUDIT**
**หนึ่งดื่มมาตรฐานเท่ากับแอลกอฮอล์ 10 กรัม**

- **เหล้าแดง 35 ดีกรี** : 2 ฝาใหญ่ หรือ 30 cc = 1 ดื่มมาตรฐาน,
  หาก 1 แบนมี 350 cc : ¼ แบน = 3 ดื่มมาตรฐาน, ½ แบน = 6 ดื่มมาตรฐาน, 1 แบน = 12 ดื่มมาตรฐาน
  หาก 1 ขวดมี 700 cc : ¼ ขวด = 6 ดื่มมาตรฐาน, ½ ขวด= 12 ดื่มมาตรฐาน, 1 ขวด= 24 ดื่มมาตรฐาน
- **เหล้าขาว 40 ดีกรี** :1 เป๊ก หรือ 50 cc = 1.5 ดื่มมาตรฐาน
- **เบียร์ 5 %** เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เชียร์ ไทเกอร์ ช้างดราฟ : ¾ กระป๋อง/ขวดเล็ก = 1 ดื่มมาตรฐาน,1 ขวดใหญ่ 660 cc = 2.5 ดื่มมาตรฐาน
- **เบียร์ 6.4 %** เช่น ช้าง : ½ กระป๋อง หรือ 1/3 ขวดใหญ่ = 1 ดื่มมาตรฐาน
- **ไวน์** 12 % : 1 แก้ว 100 cc = 1 ดื่มมาตรฐาน, ไวน์คูเลอร์ 1 ขวด = 1 ดื่มมาตรฐาน
- **น้ำขาว อุ กระแช่** 10% : 3 เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือ 150 cc = 1 ดื่มมาตรฐาน
- **สาโท สุราแช่ สุราพื้นเมือง** 6% : 4 เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือ 200 cc = 1 ดื่มมาตรฐาน

**ที่สำคัญ** อย่าลืมว่าผู้ดื่มส่วนใหญ่มักไม่ทราบปริมาณการดื่มของตนที่ชัดเจน และมัก**ประมาณการดื่มต่ำกว่าความเป็นจริง** และเครื่องดื่มแต่ละชนิด แต่ละยี่ห้อมีขนาดบรรจุที่แตกต่างกัน ข้อมูลที่ได้เป็นเพียงการประมาณการดื่มเท่านั้น

## การแปลผลคะแนน AUDIT

| | ระดับความเสี่ยง | แนวทางการรักษา |
|---|---|---|
| 0-7 | **ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ**<br>Low risk drinker | Alcohol Education: ให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหากดื่มมากกว่านี้ และชื่นชมพฤติกรรมการดื่มที่เสี่ยงต่ำ ใช้เวลาไม่มากกว่าหนึ่งนาที<br>**ตัวอย่างการให้ความรู้** : *"ถ้าจะดื่มก็ไม่ควรดื่มเกินวันละสองดื่มมาตรฐาน (เหล้า 4 ฝา หรือเบียร์ 1.5 กระป๋อง หรือ ไวน์ 2 แก้ว) และต้องหยุดดื่มอย่างน้อยสัปดาห์ละสองวัน แม้ว่าจะดื่มในปริมาณที่น้อยแค่ไหนก็ตาม คุณควรใส่ใจปริมาณการดื่ม โปรดจำไว้ว่า เบียร์หนึ่งขวด ไวน์หนึ่งแก้ว และเหล้าหนึ่งก๊งมีปริมาณแอลกอฮอล์เท่ากันคือหนึ่งดื่มมาตรฐาน การดื่มสุราแม้จะเพียงน้อยนิดก็มีความเสี่ยงเสมอต่อสุขภาพและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และไม่ควรดื่มหรือดื่มน้อยกว่านี้ หากต้องขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานกับเครื่องจักร (ผู้หญิง: ตั้งครรภ์ วางแผนตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร) กำลังรับประทานยาบางชนิดที่อาจมีปฏิกิริยากับแอลกอฮอล์ อายุมากกว่า 65 ปี หรือผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ความดัน โรคตับ โรคทางจิตเวช หรือโรคอื่นๆ ควรปรึกษาแพทย์ "*<br>**ตัวอย่างการชื่นชม** : *"คุณทำได้ดีแล้วและพยายามรักษาระดับการดื่มของคุณให้ต่ำกว่าหรือไม่เกินระดับที่เสี่ยงต่ำ"* |
| 8-15 | **ผู้ดื่มแบบเสี่ยง**<br>Hazardous drinker<br><br>หมายถึงลักษณะการดื่มสุราที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผลเสียหายตามมาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองหรือผู้อื่น พฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงนี้ถือว่ามีความสำคัญในเชิงสาธารณสุข แม้ว่าขณะนี้ ผู้ดื่มจะยังไม่เกิดความเจ็บป่วยใดๆ ก็ตาม | Brief Advice or Simple Advice: **การให้คำแนะนำแบบสั้น** สามารถปฏิบัติได้โดยเจ้าหน้าที่ทุกระดับ<br>**1.การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ**<br>**ตัวอย่าง** *"ผลการประเมินปัญหาการดื่มสุราพบว่าคุณดื่มแบบเสี่ยง เนื่องจากคุณดื่ม..(ปริมาณ/ความถี่/รูปแบบ)...."*<br>**2.การให้ข้อมูลผลกระทบจากความเสี่ยงสูง**<br>**ตัวอย่าง** *"แม้ว่าในขณะนี้คุณยังไม่พบปัญหาอะไรชัดเจน แต่ลักษณะการดื่มแบบนี้เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น โรคกระเพาะ โรคตับ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนขณะเมาสุราหรือเสี่ยงต่อปัญหาครอบครัว ปัญหาอาชีพ หรือปัญหาการเงินได้"*<br>**3.การกำหนดเป้าหมายและให้คำแนะนำการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ**<br>**ตัวอย่าง** *"หากเป็นไปได้ คุณควรเลือกที่จะหยุดดื่ม หรือถ้ายังจะดื่มอยู่ควรดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ โดยดื่มไม่เกินวันละสองดื่มมาตรฐาน (เหล้า 4 ฝา หรือเบียร์ 1.5 กระป๋อง หรือ ไวน์ 2 แก้ว) และต้องหยุดดื่มอย่างน้อยสัปดาห์ละสองวัน คุณคิดว่าคุณจะเลือกวิธีไหนดีคะ/ครับ"*<br>**4.เสริมแรงกระตุ้น**<br>**ตัวอย่าง** *"จริง ๆ แล้ว มันอาจไม่ง่ายหรอกที่คุณจะลดการดื่มลงให้อยู่ภายในขีดจำกัด แต่หากคุณเผลอดื่มเกินขีดจำกัดให้พยายามเรียนรู้ว่าเพราะอะไรจึงเป็นเช่นนั้นและวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก หากคุณระลึกเสมอถึงความสำคัญของการลดความเสี่ยงจากการดื่มลงคุณก็จะสามารถทำได้"* |
| 16-19 | **ผู้ดื่มแบบอันตราย**<br>Harmful use<br><br>หมายถึงการดื่มสุราจนเกิดผลเสียตามมาต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต รวมถึงผลเสียทางสังคมจากการดื่ม | Brief Intervention/Brief Counseling: **การให้การบำบัดแบบสั้น** สามารถปฏิบัติได้โดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมการให้คำปรึกษา การรับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจและการเสริมสร้างแรงจูงใจ<br>1.**การให้คำแนะนำแบบสั้น** โดยการ**คัดกรอง**ปัญหาการดื่มสุรา **ประเมิน**ปัญหาการดื่มและปัญหาที่เกี่ยวข้อง **สะท้อนปัญหาและให้คำแนะนำ**ว่าอยู่ในกลุ่มดื่มแบบเสี่ยงสูง ควรบันทึกผลหรือสถานการณ์ที่เป็นผลจากการดื่ม<br>2.**ประเมินแรงจูงใจ** ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้คำแนะนำที่เหมาะสมตามระดับ<br>3.**ตั้งเป้าหมาย** ในการลด/ละ/เลิก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม<br>4.**ติดตามดูแล** เพื่อติดตามพฤติกรรมดื่ม แก้ไขปัญหาอุปสรรค กำหนดวิธีการแก้ไขอย่างชัดเจน |
| > 20 | **ผู้ดื่มแบบติด**<br>Alcohol dependence | ควรได้รับการส่งต่อพบแพทย์ เพื่อการตรวจวินิจฉัยและวางแผนการบำบัดรักษา |

พิมพ์ครั้งที่ 1: ตุลาคม 2552 ผลิตและเผยแพร่โดย แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)
สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

## คำตอบของข้อที่ 1

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| ไม่เคยเลย | เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า | 2-4 ครั้ง ต่อเดือน | 2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ | 4 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์ |

## คำตอบของข้อที่ 2 : โดยทั่วไปดื่มเบียร์

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| 1-1.5 กระป๋อง หรือ 1/2-3/4 ขวด | 2-3 กระป๋อง หรือ 1-1.5 ขวด | 3.5-4 กระป๋อง หรือ 2 ขวด | 4.5-7 กระป๋อง หรือ 3-4 ขวด | 7 กระป๋องหรือ 4 ขวดขึ้นไป |

ตัวอย่างเบียร์ขนาดต่างๆ

ขอขอบคุณภาพประกอบจาก Thai Drinking Survey Guide โดยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## คำตอบของข้อที่ 2 : โดยทั่วไปดื่มเหล้า

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| 2-3 ฝา | 1/4 แบน | 1/2 แบน | 3/4 แบน | 1 แบนขึ้นไป |

## คำตอบของข้อที่ 3–8

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| ไม่เคยเลย | น้อยกว่า เดือนละครั้ง | เดือนละครั้ง | สัปดาห์ละครั้ง | ทุกวันหรือ เกือบทุกวัน |

## คำตอบของข้อที่ 9–10

| 0 | | 2 | | 4 |
|---|---|---|---|---|
| ไม่เคยเลย | | เคยแต่ไม่ได้ เกิดขึ้นใน ปีที่แล้ว | | เคยเกิดขึ้น ช่วงหนึ่ง ปีที่แล้ว |

พิมพ์ครั้งที่ 1: ตุลาคม 2552 ผลิตและเผยแพร่โดย แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)
สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

# แบบประเมินความรุนแรงอาการถอนพิษสุราด้วยเครื่องมือ AWS

| ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE | | ชื่อ: .....<br>อายุ: .....ปี HN: .....<br>ตึก: ..... เพศ: ชาย หญิง | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| วันที่ดื่มครั้งสุดท้าย: ...../...../..... | วันที่ | | | | | | | | | | |
| เวลา .....AM/PM | เวลา | | | | | | | | | | |
| **เหงื่อ** | 0 ไม่มีเหงื่อ<br>1 ชื้นเฉพาะที่ฝ่ามือ<br>2 ฝ่ามือชื้น มีเม็ดเหงื่อตามใบหน้าตามตัว<br>3 เหงื่อเปียกชื้นไปทั้งตัว<br>4 เหงื่อออกอย่างมากจนเสื้อผ้าเปียก | | | | | | | | | | |
| **สั่น** | 0 ไม่มีอาการสั่น<br>1 สั่นเฉพาะเวลายื่นมือไปจับสิ่งของ<br>2 มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา<br>3 มีมือสั่นอย่างมากตลอดเวลา | | | | | | | | | | |
| **วิตกกังวล** | 0 สงบ ไม่มีอาการวิตกกังวล<br>1 รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ<br>2 รู้สึกหวาดหวั่น ตกใจง่าย<br>3 วิตกกังวล กลัว สงบได้ยาก<br>4 ควบคุมอาการวิตกกังวลไม่ได้ panic | | | | | | | | | | |
| **กระสับกระส่าย** | 0 ปกติ<br>1 งุ่นง่าน อยู่ไม่นิ่ง<br>2 พลิกตัวไปมา ไม่สามารถนอนพักนิ่งๆ ได้<br>3 กระสับกระส่าย พักได้ช่วงสั้นๆ<br>4 กระสับกระส่ายมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ | | | | | | | | | | |
| **อุณหภูมิ** | 0 อุณหภูมิ 37.0 °C หรือน้อยกว่า<br>1 อุณหภูมิ 37.1 °C ถึง 37.5 °C<br>2 อุณหภูมิ 37.6 °C ถึง 38.0 °C<br>3 อุณหภูมิ 38.1 °C ถึง 38.5 °C<br>4 อุณหภูมิ 38.6 °C หรือมากกว่า | | | | | | | | | | |
| **ประสาทหลอน**<br>V= ภาพหลอน<br>T= มีอะไรไต่ตามตัว<br>A= หูแว่ว | 0 ไม่มี<br>1 มีบ้าง แต่รู้ตัว<br>2 มีเป็นช่วงสั้นๆ เชื่อบ้าง<br>3 มีบ่อยๆ รู้สึกทุกข์ทรมาน<br>4 ไม่รับรู้ความเป็นจริง | | | | | | | | | | |
| **การรับรู้**<br>บุคคล<br>วันเวลา<br>สถานที่ | 0 รับรู้ได้ดี<br>1 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา<br>2 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา และสถานที่<br>3 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา สถานที่ และบุคคล<br>4 เสียการรับรู้ | | | | | | | | | | |
| **คะแนนรวม AWS** | | | | | | | | | | | |
| ความดันโลหิต | | | | | | | | | | | |
| ชีพจร | | | | | | | | | | | |
| อัตราการหายใจ | | | | | | | | | | | |
| **ระดับความรู้สึกตัว** | 1 ตื่น รู้ตัวดี ฟังคำสั่งได้<br>2 สับสนตอบสนองต่อเสียง<br>3 ซึม ตอบสนองต่อความเจ็บปวด<br>4 Semi-comatose<br>5 Comatose | | | | | | | | | | |
| Pupils + reacts - no reaction<br>B brisk S Sluggish | Size in mm<br>Reaction | | | | | | | | | | |
| ยาที่ให้เพิ่ม | | | | | | | | | | | |
| Nurse Initials | | | | | | | | | | | |

Scale (mm)

1 •

2 ●

3 ●

4 ●

5 ●

พิมพ์ครั้งที่ 1: ตุลาคม 2554 ผลิตและเผยแพร่โดย แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)
สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

**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 ☐ฝิ่น ☐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 หรือมีความรู้สึกอยากใช้.....จนทนไม่ได้บ่อยเพียงใด | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคมกฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงใด | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. การใช้..... ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบหรือ ทำกิจกรรมที่คุณเคยทำตามปกติได้บ่อยเพียงใด | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| ในช่วงเวลาที่ผ่านมา | ไม่เคย | เคยแต่ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมา | เคยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา |
|---|---|---|---|
| 5. ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยว่ากล่าวตักเตือน วิพากษ์วิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับการใช้.....หรือไม่ | 0 | 3 | 6 |
| 6. คุณเคยลด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ หรือไม่ | 0 | 3 | 6 |
| **รวมคะแนน** | | ..... | |

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

**หมายเหตุ** *อนุมานว่าเป็นผู้ใช้ **อนุมานว่าเป็นผู้เสพ ***อนุมานว่าเป็นผู้ติด

**ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์**

**สิ่งที่ควรคำนึงถึงก่อนการทำการคัดกรอง**

เพื่อให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดเกิดความไว้วางใจและได้คำตอบที่เป็นจริง ผู้ทำการคัดกรองควรปฏิบัติดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน โดยการชวนพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป สั้นๆ แสดงท่าทีที่จริงใจ เป็นมิตร
- มีทัศนคติเชิงบวกกับผู้ใช้ยาและสารเสพติด ไม่ตัดสินถูกผิดในคำตอบที่ไม่เห็นด้วย
- แสดงท่าทีให้เห็นว่ากำลังตั้งใจฟังในสิ่งที่เขาพูด
- ไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์และแสดงความเห็นอก เห็นใจ
- แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าข้อมูลที่ให้นี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ และจะเก็บรักษาเป็นความลับ

**แนวทางการช่วยเหลือในกลุ่มต่าง ๆ**

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

**แนวปฏิบัติการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) สำหรับผู้ใช้หรือเคยใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (10 ชุดบริการ)**

-การให้ความรู้และการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด
-การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว (MMT)
-การให้บริการรักษาด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด
-การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ
-การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันการเสพติดซ้ำ
-การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
-การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาวัณโรค
-การแจกถุงยางอนามัย
-การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด
-กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

# ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ

ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗

เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด
เพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

---

เพื่อให้การดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดเป็นไปโดยเหมาะสม สมควรกำหนดให้ผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติดหรือเสพและมียาเสพติดไว้ในครอบครอง ตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดตามบัญชีท้ายประกาศนี้ ซึ่งไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม ได้รับการบำบัดฟื้นฟูโดยการยินยอม และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังผ่านการบำบัดฟื้นฟู รวมทั้งกำหนดอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการดังกล่าว เพื่อให้การบำบัดฟื้นฟูเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลสูงสุด คณะรักษาความสงบแห่งชาติจึงมีประกาศ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในกรณีที่ผู้ใดต้องสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด หรือเสพและมียาเสพติดไว้ในครอบครองตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดตามบัญชีท้ายประกาศนี้ ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุกหรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล และไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม หากผู้นั้นยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ให้เจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดดำเนินการให้ผู้นั้นเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

ในกรณีที่ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูปฏิบัติครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ที่เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกำหนดเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟู และได้รับการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบออกหนังสือรับรองเพื่อเป็นหลักฐาน

การนำตัวผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดฟื้นฟู และการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประกาศกำหนด

ข้อ ๒ ในกรณีที่ข้อเท็จจริงปรากฏภายหลังว่าผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูนั้นต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุกหรือต้องคำพิพากษาให้จำคุก ให้ส่งตัวผู้นั้นดำเนินคดีตามกฎหมายต่อไป

ข้อ ๓ ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครจัดตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในทุกอำเภอและทุกเขต และจัดตั้งศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูในระดับอำเภอหรือเขต และระดับจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๔ ให้ศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการคัดกรองและจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองเพื่อจำแนกผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู และการส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูไปยังสถานบำบัดฟื้นฟูหรือสถานที่อื่นตามที่หัวหน้าศูนย์กำหนด ทั้งนี้ ให้กระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานครประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๕ ให้ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูมีอำนาจหน้าที่จัดระบบดูแลช่วยเหลือ และสนับสนุนผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

ในจังหวัดให้มอบหมายกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำองค์กรชุมชน อาสาสมัครคุมประพฤติ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ติดตามดูแลและช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู สำหรับกรุงเทพมหานครให้มอบหมายผู้อำนวยการเขต ผู้นำองค์กรชุมชน อาสาสมัครคุมประพฤติ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ดำเนินการดังกล่าว

ข้อ ๖ เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการบำบัดฟื้นฟู ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องแจ้งชื่อตัว ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน และที่อยู่ของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ต่อสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เพื่อใช้ในการดำเนินการจัดส่งข้อมูลไปยังหน่วยงานที่มีหน้าที่ดำเนินการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูต่อไป

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๗
พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา
หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ

**บัญชียาเสพติดท้ายประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ**

**ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗**

---

๑. ลักษณะ ชนิด และประเภทของยาเสพติด สำหรับความผิดฐานเสพ มีดังต่อไปนี้

(๑) ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๑ มี ๖ ชนิด ได้แก่

(ก) เฮโรอีน

(ข) เมทแอมเฟตามีน

(ค) แอมเฟตามีน

(ง) ๓,๔-เมทิลลีนไดออกซีเมทแอมเฟตามีน

(จ) เมทิลลีนไดออกซีแอมเฟตามีน

(ฉ) เอ็น เอทิล เอ็มดีเอ หรือเอ็มดีอี

(๒) ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ มี ๒ ชนิด ได้แก่

(ก) โคคาอีน

(ข) ฝิ่น

(๓) ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ มี ๑ ชนิด ได้แก่ กัญชา

(๔) สารระเหยตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันการใช้สารระเหย

ยาเสพติดให้โทษตาม (๑) และ (๒) ให้รวมถึงวัตถุที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น แต่มีสูตรโครงสร้างทางเคมีอย่างเดียวกันกับยาเสพติดให้โทษดังกล่าว และเกลือใด ๆ ของยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย

๒. ปริมาณของยาเสพติดตาม ๑. สำหรับความผิดฐานเสพและมีไว้ในครอบครอง มีดังต่อไปนี้

(๑) ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๑

(ก) เฮโรอีนมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินหนึ่งร้อยมิลลิกรัม

(ข) เมทแอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินห้าร้อยมิลลิกรัม

(ค) แอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินห้าร้อยมิลลิกรัม

(ง) ๓,๔-เมทิลลีนไดออกซีเมทแอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบมิลลิกรัม

(จ) เมทิลลีนไดออกซีแอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบมิลลิกรัม

(ฉ) เอ็น เอทิล เอ็มดีเอ หรือเอ็มดีอี มีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบมิลลิกรัม

(๒) ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

(ก) โคคาอีนมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินสองร้อยมิลลิกรัม

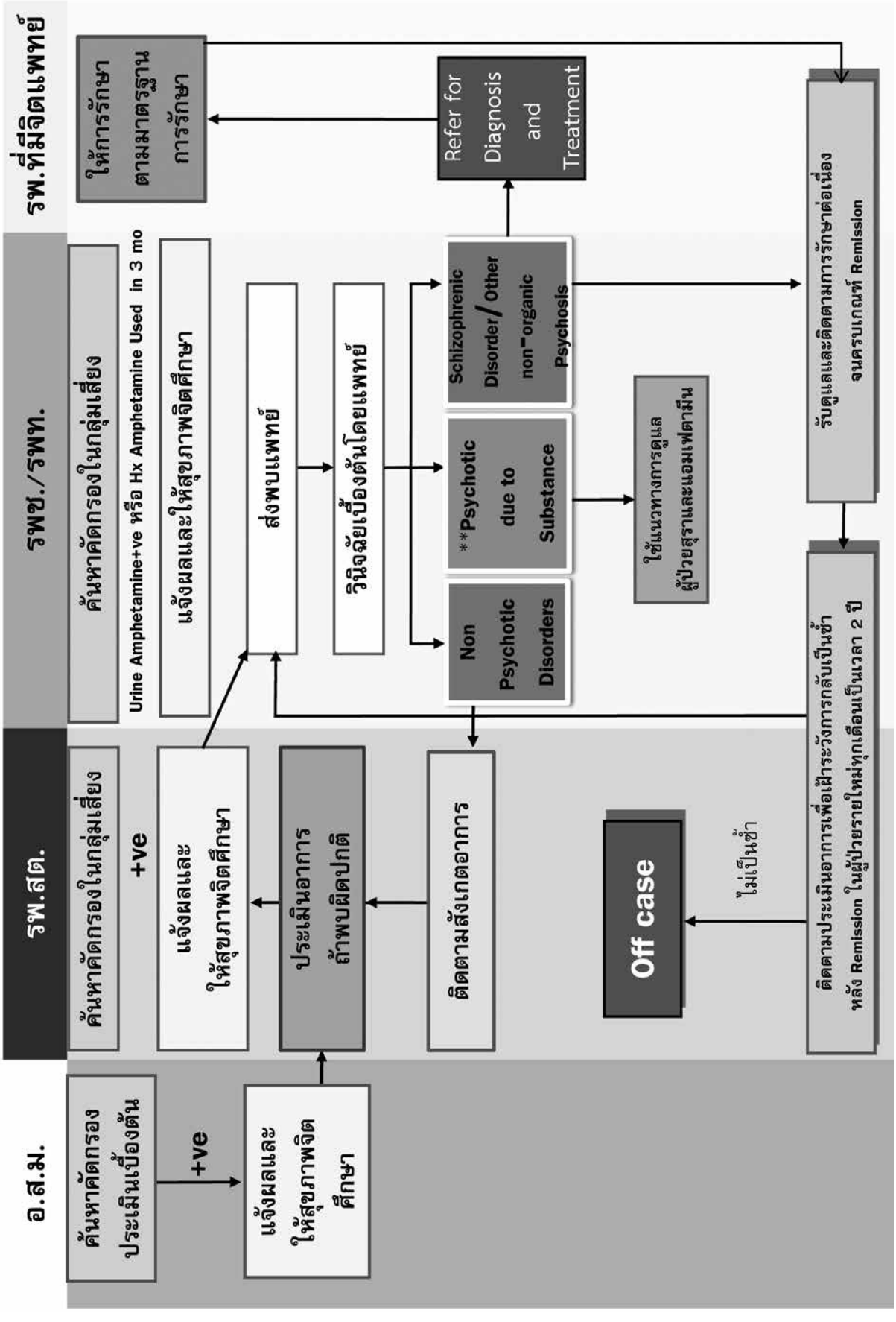
(ข) ฝิ่นมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินห้าพันมิลลิกรัม

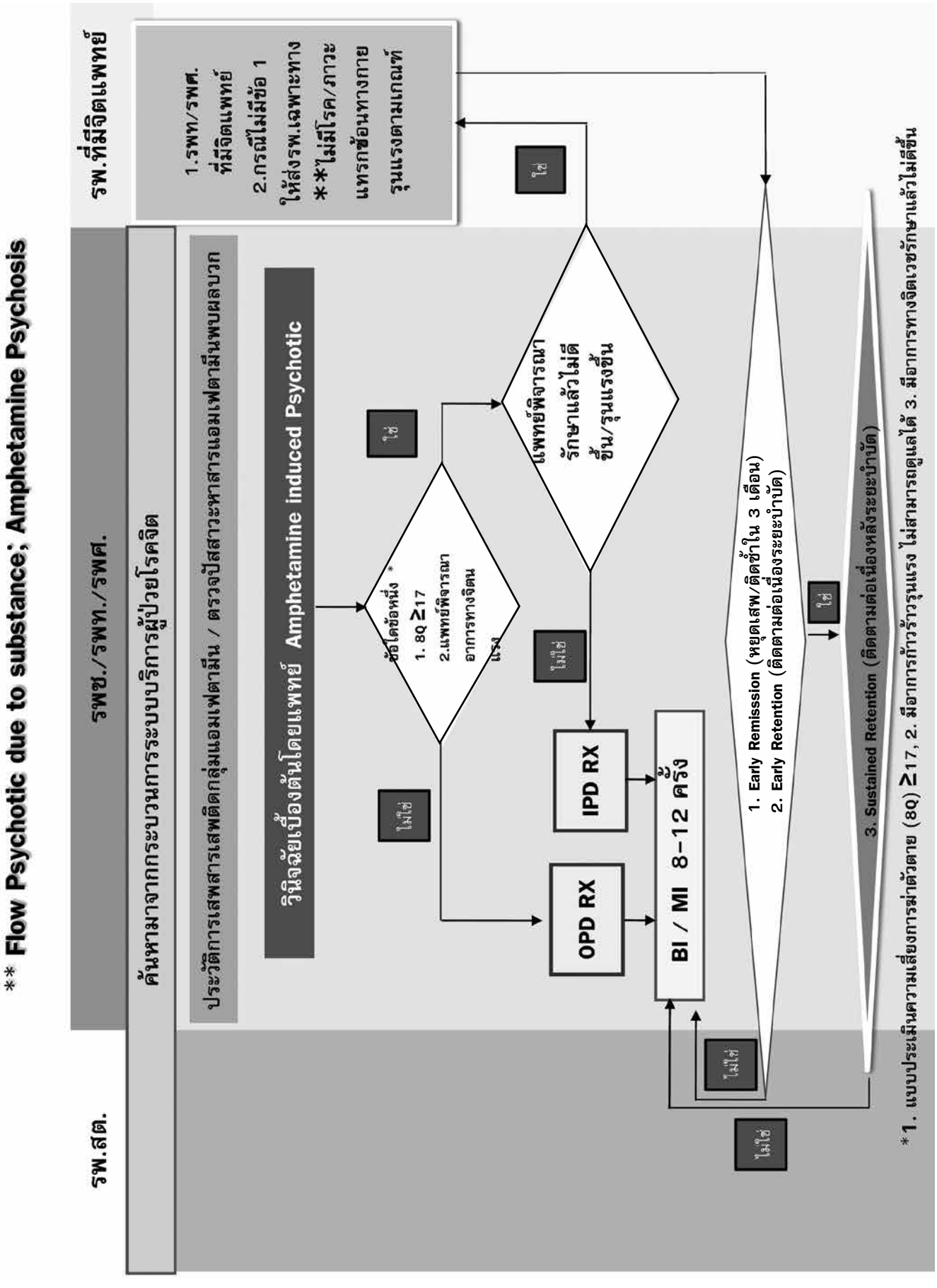
(๓) ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ได้แก่ กัญชามีน้ำหนักสุทธิไม่เกินห้าพันมิลลิกรัม

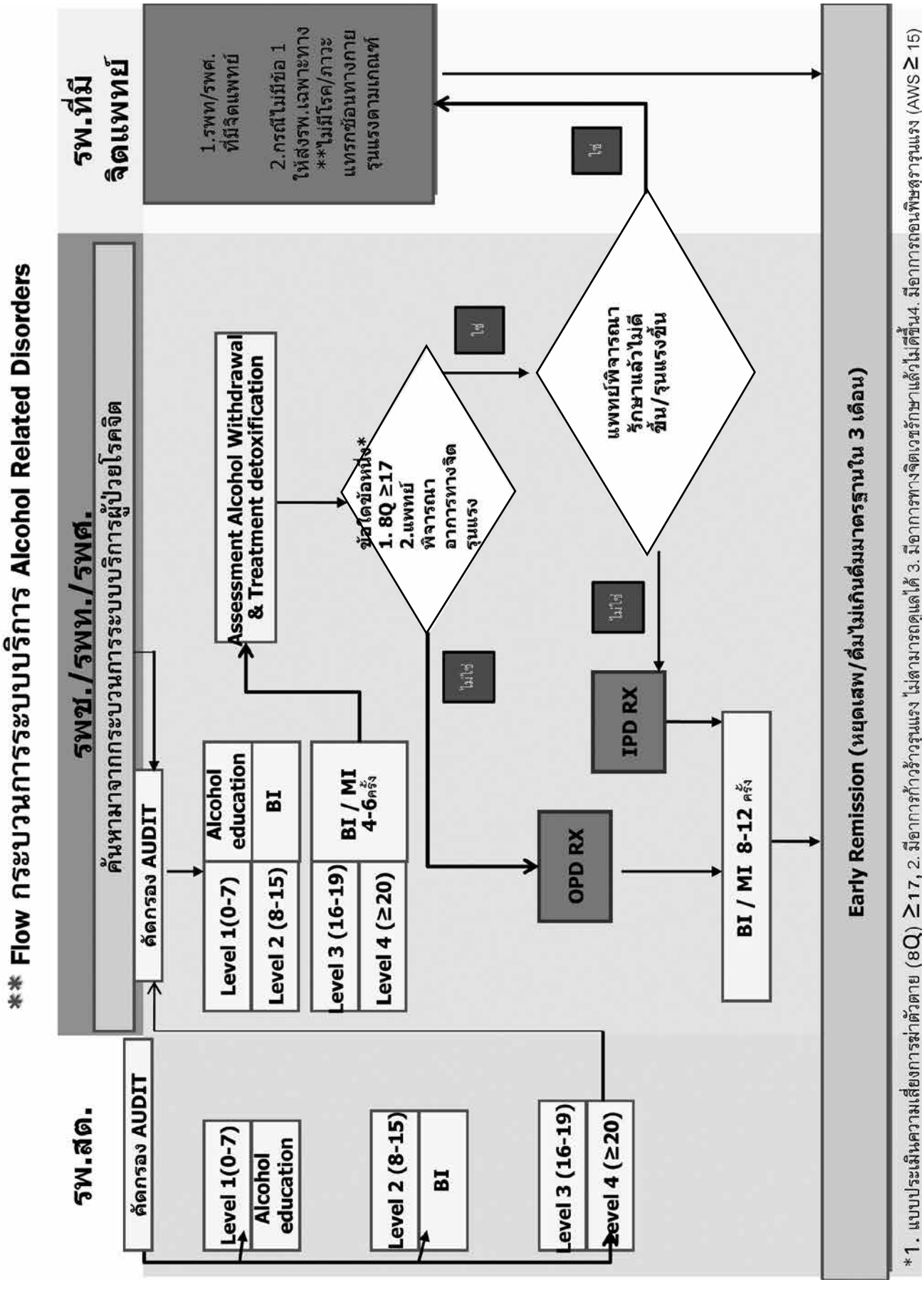
ยาเสพติดให้โทษตาม (๑) และ (๒) ให้รวมถึงวัตถุที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น แต่มีสูตรโครงสร้างทางเคมีอย่างเดียวกันกับยาเสพติดให้โทษดังกล่าว และเกลือใด ๆ ของยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย

---

## Flow กระบวนการระบบบริการผู้ป่วยโรคจิต

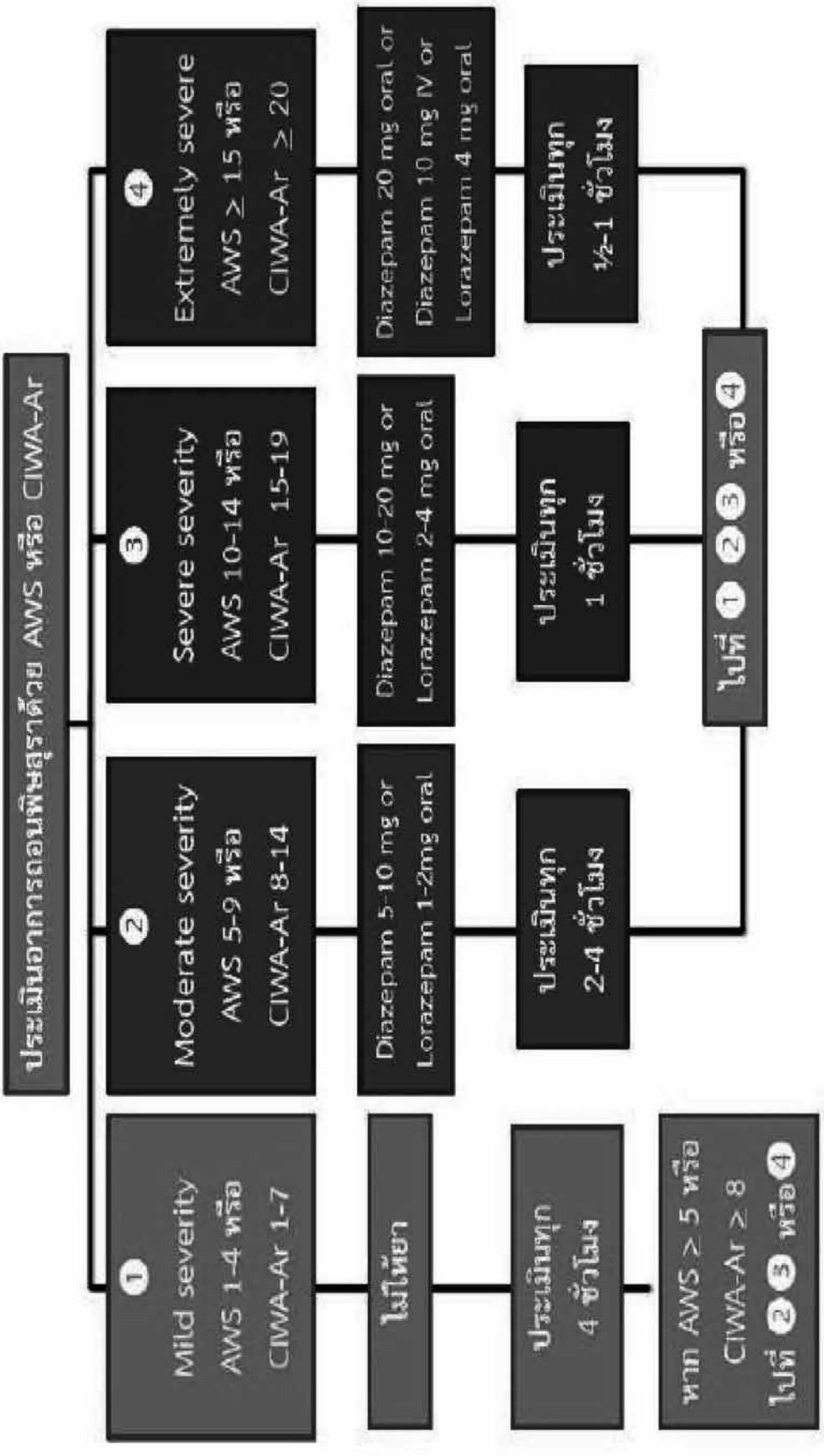



** Flow Psychotic due to substance; Amphetamine Psychosis
รพ.สต.
รพช./รพท./รพศ.
รพ.ที่มีจิตแพทย์
ค้นหามาจากกระบวนการระบบบริการผู้ป่วยโรคจิต
ประวัติการเสพสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน / ตรวจปัสสาวะหาสารแอมเฟตามีนพบผลบวก
วินิจฉัยเบื้องต้นโดยแพทย์ Amphetamine induced Psychotic
ข้อใดข้อหนึ่ง *
1. 8Q ≥17
2.แพทย์พิจารณา
อาการทางจิตน
แรง
ใช่
ไม่ใช่
แพทย์พิจารณา
รักษาแล้วไม่ดี
ขึ้น/รุนแรงขึ้น
ใช่
ไม่ใช่
OPD RX
IPD RX
BI / MI 8-12 ครั้ง
1. Early Remission (หยุดเสพ/ติดซ้ำใน 3 เดือน)
2. Early Retention (ติดตามต่อเนื่องระยะบำบัด)
ใช่
ไม่ใช่
ไม่ใช่
3. Sustained Retention (ติดตามต่อเนื่องหลังระยะบำบัด)
1.รพท/รพศ.
ที่มีจิตแพทย์
2.กรณีไม่มีข้อ 1
ให้ส่งรพ.เฉพาะทาง
**ไม่มีโรค/ภาวะ
แทรกซ้อนทางกาย
รุนแรงตามเกณฑ์
*1. แบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) ≥17, 2. มีอาการก้าวร้าวรุนแรง ไม่สามารถดูแลได้ 3. มีอาการทางจิตเวชรักษาแล้วไม่ดีขึ้น




*1. แบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) ≥17, 2. มีอาการก้าวร้าวรุนแรง "ไม่สามารถดูแลได้ 3. มีอาการทางจิตเวชรักษาแล้วไม่ดีขึ้น4. มีอาการถอนพิษสุรารุนแรง (AWS ≥ 15)

# ตัวอย่างแนวทางปฏิบัติการรักษาด้วยยาในผู้มีอาการถอนพิษสุราแบบ Symptom-triggered regimen



**แบบประเมินภาพรวมคู่มือสำหรับผู้อบรม**

**หลักสูตรการอบรมการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสุราและสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนที่มีภาวะทางจิตเวช สำหรับพยาบาล**

.....

ขอให้ท่านประเมินหลักสูตรการฝึกอบรมตรงตามความคิดเห็นที่แท้จริงของท่านต่อหัวข้อต่อไปนี้ โดย ท่านสามารถเลือกให้น้ำหนักความคิดเห็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่เป็นประโยชน์

| หัวข้อ/เนื้อหา | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | ไม่เป็นประโยชน์ |
|---|---|---|---|---|---|
| ติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนในชุมชน | | | | | |
| การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวชในชุมชน | | | | | |
| ภาพรวมของหลักสูตร | | | | | |

ข้อคิดเห็นอื่นๆ เพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**แบบประเมินภาพรวมคู่มือสำหรับผู้อบรม**

**หลักสูตรการให้บริการผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช สำหรับพยาบาล**

.....

ขอให้ท่านประเมินหลักสูตรการฝึกอบรมตรงตามความคิดเห็นที่แท้จริงของท่านต่อหัวข้อต่อไปนี้ โดยท่านสามารถเลือกให้น้ำหนักความคิดเห็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่เป็นประโยชน์

| หัวข้อ/เนื้อหา | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | ไม่เป็นประโยชน์ |
|---|---|---|---|---|---|
| ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช | | | | | |
| ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ สุรา ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551/พรบ. สุขภาพจิต พ.ศ.2551 | | | | | |
| กระบวนการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช | | | | | |
| การประเมินอาการถอนพิษสุรา และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง | | | | | |
| ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในผู้ดื่มสุรา | | | | | |
| ภาพรวมของหลักสูตร | | | | | |

ข้อคิดเห็นอื่นๆ เพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**แบบประเมินภาพรวมคู่มือสำหรับผู้อบรม**

**หลักสูตรการอบรมการคัดกรอง ประเมินปัญหาการใช้สุราสารเสพติด ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ในผู้ป่วยสุรา/สารเสพติดที่มีปัญหาด้านจิตเวช สำหรับพยาบาล**

.....

ขอให้ท่านประเมินหลักสูตรการฝึกอบรมตรงตามความคิดเ ห็นที่แท้จริงของท่านต่อหัวข้อต่อไปนี้ โดยท่านสามารถเลือกให้น้ำหนักความคิดเห็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่เป็นประโยชน์

| หัวข้อ/เนื้อหา | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | ไม่เป็นประโยชน์ |
|---|---|---|---|---|---|
| การคัดกรองและประเมินปัญหาการดื่มสุรา ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช | | | | | |
| เหตุผลในการให้การบำบัดแบบสั้นในสถานพยาบาล | | | | | |
| การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) | | | | | |
| การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) | | | | | |
| กระบวนการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational Interviewing/ Enhancement) | | | | | |
| การให้คำปรึกษาครอบครัวเบื้องต้น (Family Counseling) | | | | | |
| ภาพรวมของหลักสูตร | | | | | |

ข้อคิดเห็นอื่นๆ เพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**แบบประเมินภาพรวมคู่มือสำหรับผู้อบรม**

**หลักสูตรการอบรมการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน สำหรับพยาบาล**

.....

ขอให้ท่านประเมินหลักสูตรการฝึกอบรมตรงตามความคิดเห็นที่แท้จริงของท่านต่อหัวข้อต่อไปนี้ โดยท่านสามารถเลือกให้น้ำหนักความคิดเห็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่เป็นประโยชน์

| หัวข้อ/เนื้อหา | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | ไม่เป็นประโยชน์ |
|---|---|---|---|---|---|
| ทัศนคติในการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน | | | | | |
| ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน ผลกระทบที่มีต่อร่างกายและจิตใจ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดติดยาเสพติด | | | | | |
| ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน | | | | | |
| การคัดกรองและประเมินปัญหาการเสพสารเสพติด ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช | | | | | |
| ภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน และให้การดูแลรักษาที่ถูกต้อง | | | | | |
| ภาพรวมของหลักสูตร | | | | | |

ข้อคิดเห็นอื่นๆ เพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**แบบสอบถาม**

**ความพึงพอใจต่อการอบรม / สัมมนาตามโครงการของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 255....**

.....

<u>คำชี้แจงสำหรับหน่วยงานผู้รวบรวมและวิเคราะห์แบบสอบถาม</u>

1. เมื่อมีการถ่ายทอดความรู้ผ่านการอบรม / สัมมนาตามโครงการ / กิจกรรมที่ต้องรายงานผล ฯ (ตามที่ปรากฏเครื่องหมาย ✓ ในเอกสารแผนปฏิบัติการและแผนติดตามผลการดำเนินงานกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 255....) ให้ดำเนินการสอบถามความพึงพอใจต่อการอบรม / สัมมนา จากกลุ่มเป้าหมาย

2. ให้จัดทำสรุปผลจากแบบสอบถาม (ข้อ 1) ลงในแบบสรุปผลความพึงพอใจต่อการอบรม / สัมมนา ตามโครงการอบรม / สัมมนาฯ ดังกล่าว และส่งให้กองแผนงานภายใน 1 เดือนหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการอบรม / สัมมนา

**แบบสอบถาม**

**ความพึงพอใจต่อการอบรม / สัมมนาตามโครงการของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 255...**

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ (สำหรับผู้รับผิดชอบโครงการเป็นผู้กรอก)

1.1 ประเภทโครงการ

☐ โครงการอบรม / สัมมนา / ...หลักสูตร ครู ก เรื่อง การให้การดูแลผู้ป่วยสุราและแอมเฟตามีนที่มีปัญหาด้านจิตเวช.....

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป**

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ตำแหน่ง

☐ แพทย์ ☐ นักจิตวิทยา

☐ พยาบาลวิชาชีพ ☐ พยาบาลเทคนิค

☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ นักสังคมสงเคราะห์

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

4. งานที่รับผิดชอบ

☐ งานสุขภาพจิต ☐ อื่นๆ ระบุ.....

5. หน่วยงานที่สังกัด

☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ☐ กรม / กอง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

☐ โรงพยาบาลศูนย์ (ระบุ).....

☐ โรงพยาบาลทั่วไป ☐ กรม / กอง นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

☐ โรงพยาบาลชุมชน (ระบุ).....

☐ สถานีอนามัย

☐ หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ระบุ).....

☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

**ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 255.....**

**(สำหรับช่องทางการถ่ายทอดที่เป็นการอบรม /สัมมนา/ประชุมเชิงปฏิบัติการ)**

โปรดทำเครื่องหมาย ☑ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

| **ประเด็นการประเมิน** | **ระดับความพึงพอใจ** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | ไม่แสดงความคิดเห็น |
| 1. เนื้อหาความรู้ที่ได้รับ<br>1.1 เหมาะสมทันยุคสมัย | | | | | | |
| 1.2 เข้าใจง่าย | | | | | | |
| 1.3 นำไปใช้ประโยชน์ได้ | | | | | | |
| 1.4 สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ | | | | | | |
| 2. สื่อ / เอกสารประกอบการถ่ายทอดความรู้ (เช่น หนังสือ คู่มือ แผ่นพับ CD ฯลฯ)<br>2.1 ดึงดูดความสนใจ | | | | | | |
| 2.2 ง่ายต่อการนำไปใช้ | | | | | | |
| 2.3 เหมาะสมกับผู้รับความรู้ | | | | | | |
| 2.4 มีความเพียงพอต่อจำนวนผู้รับความรู้ | | | | | | |
| 3. วิธีการถ่ายทอดความรู้ (เช่นการบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การทำกิจกรรม การดูงาน การทำกลุ่ม การทำกิจกรรมค่าย ฯลฯ)<br>3.1 เหมาะสมกับเนื้อหา | | | | | | |
| 3.2 เหมาะสมกับผู้รับความรู้ | | | | | | |
| 3.3 เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับความรู้มีส่วนร่วม | | | | | | |
| 3.4 เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย | | | | | | |
| 4. ระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้มีความเหมาะสม | | | | | | |
| 5. ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้ในภาพรวม | | | | | | |

ข้อเสนอแนะ .....

.....

.....

.....

****ขอขอบคุณในความร่วมมือ****

**แบบสรุป**

**ความพึงพอใจต่อการอบรม / สัมมนาตามโครงการของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 255.....**

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ

1.1 ประเภทโครงการ ☐ โครงการพัฒนางานสุขภาพจิต

☐ โครงการอบรม / สัมมนา / ประชุมเชิงปฏิบัติการ

ชื่อโครงการ ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพวิทยากร เรื่อง โรคจิต โรคซึมเศร้า สุราและยาเสพติด

ชื่อโครงการย่อย / กิจกรรม หลักสูตร การดูแลผู้ป่วยสุราและแอมเฟตามีนที่มีปัญหาด้านจิตเวช

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป**

| **เพศ** | จำนวน | ร้อยละ | **งานที่รับผิดชอบ** | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|---|---|---|
| ชาย | | | งานสุขภาพจิต | | |
| หญิง | | | งานอื่นๆ ระบุ..... | | |
| **รวม** | | | **รวม** | | |
| **อายุ** | จำนวน | ร้อยละ | **ตำแหน่ง** | จำนวน | ร้อยละ |
| 21 – 30 ปี | | | แพทย์ | | |
| 31 – 40 ปี | | | พยาบาลวิชาชีพ | | |
| 41 – 50 ปี | | | พยาบาลเทคนิค | | |
| 50 ปีขึ้นไป | | | นักจิตวิทยา | | |
| **รวม** | | | นักสังคมสงเคราะห์ | | |
| **หน่วยงานในสังกัด** | จำนวน | ร้อยละ | นักวิชาการสาธารณสุข | | |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | | | อื่น ๆ (ระบุ)..... | | |
| โรงพยาบาลศูนย์ | | | **รวม** | | |
| โรงพยาบาลทั่วไป | | | | | |
| โรงพยาบาลชุมชน | | | | | |
| สถานีอนามัย | | | | | |
| กรม/กองในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ)..... | | | | | |
| กรม/กองนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ)..... | | | | | |
| หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ระบุ)..... | | | | | |
| อื่น ๆ (ระบุ)..... | | | | | |
| **รวม** | | | | | |

**ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 255.....**

| ประเด็นประเมิน | | ระดับความพึงพอใจ | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | ไม่แสดงความคิดเห็น |
| **1. เนื้อหาความรู้ที่ได้รับ**<br>1.1 เหมาะสมทันยุคสมัย | จำนวน | | | | | | |
| | ร้อยละ | | | | | | |
| 1.2 เข้าใจง่าย | จำนวน | | | | | | |
| | ร้อยละ | | | | | | |
| 1.3 นำไปใช้ประโยชน์ได้ | จำนวน | | | | | | |
| | ร้อยละ | | | | | | |
| 1.4 สอดคล้องกับวัตถุ ประสงค์ของโครงการ | จำนวน | | | | | | |
| | ร้อยละ | | | | | | |
| 2. สื่อ/เอกสารประกอบการถ่ายทอดความรู้ (เช่น หนังสือ คู่มือ แผ่นพับ CDฯลฯ)<br>2.1 ดึงดูดความสนใจ | จำนวน | | | | | | |
| | ร้อยละ | | | | | | |
| 2.2 ง่ายต่อการนำไปใช้ | จำนวน | | | | | | |
| | ร้อยละ | | | | | | |
| 2.3 เหมาะสมกับผู้รับความรู้ | จำนวน | | | | | | |
| | ร้อยละ | | | | | | |
| 2.4 มีความเพียงพอต่อจำนวนผู้รับความรู้ | จำนวน | | | | | | |
| | ร้อยละ | | | | | | |
| 3. วิธีการถ่ายทอดความรู้ (เช่น การบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การทำกิจกรรม การดูงาน การทำกลุ่ม การทำกิจกรรมค่าย ฯลฯ )<br>3.1 เหมาะสมกับเนื้อหา | จำนวน | | | | | | |
| | ร้อยละ | | | | | | |
| 3.2 เหมาะสมกับผู้รับความรู้ | จำนวน | | | | | | |
| | ร้อยละ | | | | | | |
| 3.3 เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับความรู้มีส่วนร่วม | จำนวน | | | | | | |
| | ร้อยละ | | | | | | |
| 3.4 เหมาะสมกับกุล่มเป้าหมาย | จำนวน | | | | | | |
| | ร้อยละ | | | | | | |
| 4. ระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้มีความเหมาะสม | จำนวน | | | | | | |
| | ร้อยละ | | | | | | |

| ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ | จำนวนผู้ตอบ |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ชื่อผู้ประสานงาน _____เบอร์โทรศัพท์_____

E-mail : _____

# คณะทำงานพัฒนาหลักสูตร ครู ก เรื่อง สุราและยาเสพติด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๑. | นายแพทย์พงศ์เกษม | ไข่มุกต์ | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต | ที่ปรึกษา |
| ๒. | แพทย์หญิงพันธุ์นภา | กิตติรัตนไพบูลย์ | ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต | ที่ปรึกษา |
| ๓. | ดร.แพทย์หญิงเบ็ญจมาส | พฤกษ์กานนท์ | ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต | ที่ปรึกษา |
| ๔. | นายแพทย์บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ | รองผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต | ที่ปรึกษา |
| ๕. | แพทย์หญิงบุญศิริ | จันศิริมงคล | นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวช) ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑ | ประธาน |
| ๖. | แพทย์หญิงหทัยชนนี | บุญเจริญ | โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่ | รองประธาน |
| ๗. | แพทย์หญิงนาตยา | สงห้อง | โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ | คณะทำงาน |
| ๘. | แพทย์หญิงกนกกาญจน์ | วิโรจน์อุไรเรือง | โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี | คณะทำงาน |
| ๙. | แพทย์หญิงสรสพร | จูวงษ์ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี | คณะทำงาน |
| ๑๐. | นายแพทย์อภิชาติ | เรณูวัฒนานนท์ | สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จ.ปทุมธานี | คณะทำงาน |
| ๑๑. | นางกฤษณา | จันทร์ตรี | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต | คณะทำงาน |
| ๑๒. | นางทิพศมัย | ทายะรังษี | โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่ | คณะทำงาน |
| ๑๓. | นางอุไรศรี | ขำนุรักษ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี | คณะทำงาน |
| ๑๔. | นางนพวรรณ | อูปคำ | โรงพยาบาลจอมทอง จ.เชียงใหม่ | คณะทำงาน |
| ๑๕. | นางโชติพร | พันธุ์วัฒนาชัย | โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จ.ลพบุรี | คณะทำงาน |
| ๑๖. | นางอำพัน | หิรัญอุทก | โรงพยาบาลสามชุก จ.สุพรรณบุรี | คณะทำงาน |
| ๑๗. | นางนงนุช | คะพิมพ์ภิบาลบุตร | โรงพยาบาลแปลงยาว จ.ฉะเชิงเทรา | คณะทำงาน |
| ๑๘. | นางหทัยรัฐณ์ | วารินทร์ | โรงพยาบาลศรีธัญญา จ.นนทบุรี | คณะทำงาน |
| ๑๙. | นางลูกจันทร์ | วิทยถาวรวงศ์ | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กทม. | คณะทำงาน |
| ๒๐. | นางเพ็ญพักตร์ | ดารากร ณ อยุธยา | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กทม. | คณะทำงาน |
| ๒๑. | นายเกษม | กรกำจายฤทธิ์ | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กทม. | คณะทำงาน |
| ๒๒. | นางสาวพรรณนิภา | แสนปัญญา | สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กทม. | คณะทำงาน |
| ๒๓. | นางรัชนี | ไพรสวัสดิ์ | โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ จ.นครสวรรค์ | คณะทำงาน |
| ๒๔. | นางภัทราจิตต์ | ศักดา | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี | คณะทำงาน |
| ๒๕. | นางวันทนา | ทิพย์มณเฑียร | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี | คณะทำงาน |
| ๒๖. | นางโสภา | สระชิต | โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จ.สงขลา | คณะทำงาน |
| ๒๗. | นางศิริภรณ์ | ชัยศรี | โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จ.นครราชสีมา | คณะทำงาน |
| ๒๘. | นางเพชรรัชต์ | มหกิตติ์ไพศาล | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จ.ขอนแก่น | คณะทำงาน |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ๒๙. นางสาวเสาวลักษณ์ | บุตรชาติ | โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จ.นครพนม | คณะทำงาน |
| ๓๐. นางอัมพร | สีลากุล | โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี | คณะทำงาน |
| ๓๑. นางวิมาลา | เจริญชัย | โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี | คณะทำงาน |
| ๓๒. นายวิรัช | วัฒนา | โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จ.เลย | คณะทำงาน |
| ๓๓. นายมานพ | ชัยวงษ์ | โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จ.สระแก้ว | คณะทำงาน |
| ๓๔. นางสาวทิพาวรรณ | บูรณสิน | สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กทม. | คณะทำงาน |
| ๓๕. นางสาวพิฐชญาณ์ | จันทร์สามารถ | สถาบันพัฒนาการเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จ.ขอนแก่น | คณะทำงาน |
| ๓๖. นางสาวจุไรรัตน์ | ปัทมศรีรัตนา | โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จ.สมุทรปราการ | คณะทำงาน |
| ๓๗. นางธันยพร | เสรีลัดดานนท์ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต | คณะทำงาน |
| ๓๘. นางสาวอุษา | เขตรเขื่อน | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต | คณะทำงาน |
| ๓๙. นางสาวศรีแพร | หนูแก้ว | นักวิชาการสถิติ สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต | คณะทำงาน |
| ๔๐. นายแพทย์ปทานนท์ | ขวัญสนิท | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กทม. | คณะทำงานและเลขานุการ |
| ๔๑. นางสุนทรี | ศรีโกศัย | โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่ | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๔๒. นางสาวสาวิตรี | สุริยะฉาย | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กทม. | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๔๓. นางสาวอรวรรณ | รอดนุช | นักวิชาการสาธารณสุข สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |

คำสั่งกรมสุขภาพจิต
ที่ ๙๔๑ / ๒๕๕๘
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานด้านการเฝ้าระวังบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้มีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติดที่มีอาการทางจิต กรมสุขภาพจิต

---

เพื่อให้การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตของกรมสุขภาพจิต บรรลุวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพ กรมสุขภาพจิตจึงขอแต่งตั้งคณะทำงานด้านการเฝ้าระวังบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติดที่มีอาการทางจิต กรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย

| | | | |
|---|---|---|---|
| ๑. นายแพทย์พงศ์เกษม | ไข่มุกด์ | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต | ที่ปรึกษา |
| ๒. แพทย์หญิงพันธุ์นภา | กิตติรัตนไพบูลย์ | ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต | ที่ปรึกษา |
| ๓. ดร.แพทย์หญิงเบ็ญจมาส | พฤกษ์กานนท์ | ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต | ที่ปรึกษา |
| ๔. นายแพทย์บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ | รองผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต | ที่ปรึกษา |
| ๕. แพทย์หญิงบุญศิริ | จันศิริมงคล | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์<br>หัวหน้าศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด | ประธาน |
| ๖. นางกฤษณา | จันทร์ตรี | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน<br>สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต | รองประธาน |
| ๗. นางหทัยรัฐณ์ | วารินทร์ | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ<br>โรงพยาบาลศรีธัญญา | คณะทำงาน |
| ๘. นางลูกจันทร์ | วิทยถาวรวงศ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา | คณะทำงาน |
| ๙. นางสาวพรรณนิภา | แสนปัญญา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ | คณะทำงาน |
| ๑๐. นางรัชนี | ไพรสวัสดิ์ | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ<br>โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ | คณะทำงาน |
| ๑๑. นางทิพศมัย | ทายะรังษี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ<br>โรงพยาบาลสวนปรุง | คณะทำงาน |
| ๑๒. นางวันทนา | ทิพย์มณเฑียร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ | คณะทำงาน |
| ๑๓. นางโสภา | สระชิต | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ | คณะทำงาน |
| ๑๔. นางศิริภรณ์ | ชัยศรี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ | คณะทำงาน |

๑๕. นางเพชรรัชต์...

| | | | |
|---|---|---|---|
| ๑๕. นางเพชรรัชต์ | มหกิตติ์ไพศาล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ | คณะทำงาน |
| ๑๖. นางสาวเสาวลักษณ์ | บุตรชาติ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ | คณะทำงาน |
| ๑๗. นางอัมพร | สีลากุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ | คณะทำงาน |
| ๑๘. นายวิรัช | วัฒนา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ | คณะทำงาน |
| ๑๙. นายมานพ | ชัยวงษ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ | คณะทำงาน |
| ๒๐. นายนันทยุทธ | หะสิตะเวช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ | คณะทำงาน |
| ๒๑. นางสาวพิฐชญาณ์ | จันทร์สามารถ | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ<br>สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | คณะทำงาน |
| ๒๒. นางเนตรชนก | รักษาวงศ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ | คณะทำงาน |
| ๒๓. นางธันยพร | เสรีลัดดานนท์ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน<br>สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต | คณะทำงาน |
| ๒๔. นางสาวศรีแพร | หนูแก้ว | นักวิชาการสถิติ<br>สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต | คณะทำงาน |
| ๒๕. นางสาวอุษา | เขตรเขื่อน | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน<br>สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต | คณะทำงาน |
| ๒๖. นางสาวสาวิตรี | สุริยะฉาย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา | คณะทำงาน<br>และเลขานุการ |
| ๒๗. นางวรรณา | ขวัญเมือง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ | คณะทำงานและ<br>ผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๒๘. นายภาณุพงษ์ | จันทร์คง | นักวิชาการสถิติ<br>โรงพยาบาลศรีธัญญา | คณะทำงานและ<br>ผู้ช่วยเลขานุการ |

โดยมีอำนาจและหน้าที่ ดังนี้

๑. รับทราบนโยบายขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านยาเสพติดของรัฐบาลและการดำเนินงานจิตเวชยาเสพติดของกรมสุขภาพจิต

๒. ประสานการดำเนินงานด้านจิตเวชยาเสพติดและสุรากับพื้นที่เครือข่ายบริการสาธารณสุข ปฏิบัติงานร่วมกับศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต หรือเป็นผู้แทนศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ตามหน่วยบริการที่รับผิดชอบ

๓. ดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของกรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุขตามที่กำหนด

๔. นำเสนอผลการดำเนินงานโดยการรายงานข้อมูลผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดทุกระบบตามระยะเวลาที่กำหนด หรือเมื่อกรมสุขภาพจิตต้องการผลการดำเนินงานในกรณีเร่งด่วนได้

๕. ติดตามและรายงานผลการใช้จ่ายเงินงบประมาณด้านยาเสพติดของหน่วยงาน ทั้งระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด เป็นรายเดือน รายไตรมาสและรายปี

๖. เข้าร่วมประชุมคณะทำงานฯ ทุกครั้ง หรือมอบผู้แทนหากติดภารกิจ

๗. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

โดยให้ยกเลิกคำสั่งกรมสุขภาพจิตที่ ๑๐๑๒/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๗

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

**(นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์)**
**รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต**
**ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต**