



โรงพยาบาลฟาқта

ระเบียบปฏิบัติ

เรื่อง

ขั้นตอนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด (แอมเฟตามีนและกัญชา)


กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

เอกสารเลขที่..... SCP-DPsy - 001-03

ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น	วัน/เดือน/ปี
ผู้จัดทำ	นางสาวเอมปวีร์ เนติดำรงศิลป์	19 กุมภาพันธ์ 2567
ผู้ทบทวน	นางสาวณัฐพร พึ่งสมุทร	19 กุมภาพันธ์ 2567
ผู้อนุมัติ	นางสาวพรสวรรค์ มีชิน	19 กุมภาพันธ์ 2567

บันทึกการประกาศใช้ / ทบทวนปรับปรุงเอกสาร

การปรับปรุงครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดการประกาศใช้ / ปรับปรุงเอกสาร
1	3 เมษายน 2566	-ปรับปรุงกระบวนการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดให้สอดคล้องกับกฎหมาย
2	6 กรกฎาคม 2566	-ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
3	19 กุมภาพันธ์ 2567	- ปรับปรุงชื่อเอกสารจาก ขั้นตอนการให้บริการบำบัดจากเสพติดเป็น "ขั้นตอนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด (แอมเฟตามีนและกัญชา)"
		- ปรับ flow การดูแลผู้ป่วย Amphetamine โดยแบ่งเป็น ประเภท ผู้ใช้, ผู้เสพ และผู้ติด
		- เพิ่มแนวทางการดูแลผู้ป่วย Cannabis โดยแบ่งประเภท ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติด
		- เพิ่มแนวทางการดูแลผู้ป่วย Amphetamine, Cannabis ที่มียา: SPM

	โรงพยาบาลฟักท่า Faktha Hospital	ฉบับที่ : A (3)
		หน้า 1/82 จำนวน 82 หน้า
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : SOP - DPsy - 001-03		วันที่เริ่มใช้ : 19 ธ.ค. 2567
เรื่อง : ขั้นตอนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด (แอมเฟตามีนและกัญชา)		วันที่แก้ไข :
ทีม/งาน : กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด		ทีม/งานที่เกี่ยวข้อง : OPD, ER, IPD, แพทย์, เภสัชกร, X-Ray, งานชันสูตร
ผู้จัดทำ : ทีมควบคุมและบำบัดยาเสพติด		ผู้อนุมัติ : นางสาวพรสวรรค์ มีชิน

1. นโยบาย

1.1 พันธกิจโรงพยาบาลฟักท่า

- 1.1.1 ให้บริการด้านการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูที่ได้มาตรฐาน
- 1.1.2 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายสามารถดูแลสุขภาพประชาชนได้
- 1.1.3 พัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- 1.1.4 บริหารจัดการโรงพยาบาลตามหลักธรรมาภิบาล
- 1.1.5 ส่งเสริมให้องค์กรมีการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการบริการสุขภาพ

1.2 พันธกิจของหน่วยงานบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด

- 1.2.1 ให้บริการด้านการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด(แอมเฟตามีนและกัญชา)ที่ได้มาตรฐาน
- 1.2.2 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายสามารถดูแลสุขภาพประชาชนได้
- 1.2.3 พัฒนาคุณภาพบริการของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลฟักท่าอย่างต่อเนื่อง
- 1.2.4 บริหารจัดการกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลฟักท่า ตามหลักธรรมาภิบาล
- 1.2.5 ส่งเสริมให้องค์กรมีการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการบริการสุขภาพด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อเพิ่มอัตราการเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด(แอมเฟตามีนและกัญชา)ครบโปรแกรม
- 2.2 เพื่อเพิ่มอัตราการไม่กลับไปเสพซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติด(แอมเฟตามีนและกัญชา) หลังจากจำหน่ายอย่างน้อย 1 ปี

3. ขอบเขต

ให้บริการงานยาเสพติด(แอมเฟตามีนและกัญชา) ระดับอำเภอ ได้แก่ งานศูนย์คัดกรอง งานบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ งานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction) การถอนพิษยา (Withdrawal) งานติดตามผู้ป่วยยาเสพติด(แอมเฟตามีนและกัญชา) และงานฐานข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติด (บสต.) และส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปกรณีมีโรคร่วมทางจิต

4. ผู้รับผิดชอบ

4.1 แพทย์ มีหน้าที่ให้การวินิจฉัย รักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามมาตรฐานแนวทางการรักษาผู้ป่วยยาเสพติด(แอมเฟตามีนและกัญชา)และวางแผนการดูแลรายบุคคล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

4.2 พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาและนักวิชาการสาธารณสุขประจำคลินิกยาเสพติด(แอมเฟตามีนและกัญชา) มีหน้าที่คัดกรอง ประเมินสุขภาพจิต ให้การรักษาพยาบาล บำบัดรักษา ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม และติดตามหลังการบำบัดรักษา

4.3 เภสัชกร มีหน้าที่ในการจัดยาจิตเวช และจ่ายยาให้มีความถูกต้อง เหมาะสม ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการรับประทานยา ให้คำแนะนำอาการข้างเคียงของยา

4.4 นักเทคนิคการแพทย์ มีหน้าที่ จัดให้บริการ ตามชุดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดด้านสุขภาพกรณีใช้ยาเสพติดวิธีอื่น ผู้ป่วยยาเสพติด(แอมเฟตามีนและกัญชา) เจาะเลือด เจาะเลือด HIV ไวรัสตับอักเสบบีและซี

4.5 นักรังสีการแพทย์ มีหน้าที่จัดให้บริการ ตามชุดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดด้านสุขภาพกรณีใช้ยาเสพติดวิธีอื่น ผู้ป่วยยาเสพติด(แอมเฟตามีนและกัญชา) ด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray) เพื่อวินิจฉัยโรควัณโรค การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับบริการ

5. คำนิยามศัพท์

ยาเสพติด หมายถึง ยาเสพติดให้โทษ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นสิ่งธรรมชาติหรือที่ได้จากสิ่งธรรมชาติ หรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นวัตถุสังเคราะห์ ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนและกัญชา ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลพาท่า โดยแบ่งระดับการคัดกรอง ตามแบบคัดกรองฯ กระทรวงสาธารณสุข บคก.กส(V2) ดังนี้

- ผู้ใช้ยาเสพติด (User) คะแนน 2 -3 : ให้การบำบัดโดยให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) อย่างน้อย 1-2 ครั้ง ตามสภาพผู้ป่วยหรือการบำบัดรูปแบบอื่น เช่น การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care หรือ CBTx) เป็นต้น

- ผู้เสพยาเสพติด (Abuse) คะแนน 4-26 : ให้การบำบัดรักษาทางการแพทย์ด้วยการให้ยาหรือร่วมกับการบำบัดฟื้นฟูทางจิตสังคมบำบัด ได้แก่ จิตสังคมบำบัด (Matrix Program) จำนวน 16 ครั้ง ระยะเวลา 4 เดือน, การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care หรือ CBTx) และติดตามหลังการบำบัด(After Care Program" หรือระยะประคับประคอง (supportive phase)) ระยะเวลา 1 ปี หลังการบำบัด

- ผู้ติด ยาเสพติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป : ให้การบำบัดรักษาทางการแพทย์ด้วยการให้ยาหรือร่วมกับการบำบัดฟื้นฟูทางจิตสังคมบำบัด ได้แก่ จิตสังคมบำบัด (Matrix Program) จำนวน 16 ครั้ง ระยะเวลา 4 เดือน และติดตามหลังการบำบัด(After Care Program" หรือระยะประคับประคอง (supportive phase)) ระยะเวลา 1 ปี หลังการบำบัด

ผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีภาวะวิกฤตสุขภาพจิต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว และมีพฤติกรรม/อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถือเป็นอาการทางจิตที่เสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและชุมชนแวดล้อมที่เป็นผลมาจากการใช้แอมเฟตามีน เกิดความผิดปกติของระบบประสาท เช่น ประสาทหลอน หูแว่วหรือเห็นภาพต่างๆ เป็นต้น

ระดับความฉุกเฉินของผู้มารับบริการ หมายความว่า

(1) ระดับ 1 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว

(2) ระดับ 2 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเจ็บพล้นมาก หรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นซึ่งส่งผลให้เสียชีวิต หรือพิการในระยะต่อมาได้

(3) ระดับ 3 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเจ็บพล้นไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง

(4) ระดับ 4 หมายถึง ผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจรอรับหรือเลือกสรรบริการสาธารณสุขในเวลาทำการปกติได้ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อนตามมา

(5) ระดับ 5 หมายถึง ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น ได้แก่ บุคคลซึ่งมารับบริการสาธารณสุขหรือบริการอื่น โดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร

การบำบัดรักษา หมายความว่า การบำบัดรักษาผู้ติดวัตถุออกฤทธิ์ซึ่งรวมตลอดถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามผลภายหลังการบำบัดรักษาด้วย

การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice: BA) หมายถึง การสร้างความตระหนัก เน้นการสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้มองเห็นปัญหาเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง ไม่เน้นคำแนะนำ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) หมายถึง การสื่อสารสองทางเพื่อให้ความช่วยเหลือในประเด็นเฉพาะเจาะจง โดยมีเป้าหมายที่จะสร้างแรงจูงใจในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสามารถวางแผนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ การให้คำปรึกษาแบบสั้น มีองค์ประกอบที่ผสมผสานกันระหว่างการให้ความช่วยเหลือ (Intervention) และการสร้างแรงจูงใจ

จิตสังคมนาบัด (Matrix Program) หมายถึง การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบจิตสังคมนาบัด (Matrix Program) เกิดจากการบูรณาการแนวคิดสำคัญๆ 4 แนวคิด ได้แก่ 1. การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) 2. แนวคิดทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาและสารเสพติด (Cognitive Behavioral Therapy) 3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการให้รางวัล (Contingency Management) 4. ครอบครัวบำบัด (Family Therapy)

การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care หรือ CBTx) หมายถึง การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง เป็นการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดให้เกิดการบำบัดฟื้นฟูใกล้บ้านหรือภายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม รวมถึงประสานการทำงานร่วมกันของหน่วยงานด้านสุขภาพและสังคมและคิณคนสู่สังคม

สถานพยาบาล หมายความว่า โรงพยาบาล สถานพยาบาล สถานพักฟื้นหรือสถานที่อื่นใดที่ให้การบำบัดรักษา ผู้เสพหรือผู้ติดวัตถุออกฤทธิ์ ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

6. แนวทางปฏิบัติ

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Amphetamine ประเภทผู้ใช้ (คะแนนคัดกรอง 2-3 คะแนน) (ตามภาคผนวก 1)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1.ผู้ป่วยที่มาใช้บริการการรักษาด้วยปัญหา Amphetamine	1. ผู้ป่วยแจ้งเข้ารับการรักษาพยาบาลณ จุดบริการเพื่อรับบัตรคิว ชักประวัติข้อมูลทั่วไป 2. ทำทะเบียนประวัติผู้ป่วยของหน่วยบริการ(แฟ้มประวัติ)	5 นาที	- งานเวชระเบียน - งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน - งานประชาสัมพันธ์ - งานPCU
2.ตรวจสอบสิทธิ/แก้ไขสิทธิการรักษาพยาบาล	1. ตรวจสอบระบบสิทธิ สปสช. ตามระบบตรวจสอบสิทธิด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ใน website สปสช.แห่งชาติ 2. ตรวจสอบสิทธิซ้ำอีกครั้งและขึ้นทะเบียน ตัดสินใจในการกำหนดสิทธิ(กรณีพบสิทธิว่าง) 3. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังจุดบริการเพื่อทำการชักประวัติ	5 นาที	- งานเวชระเบียน, -งาน - งานประกันสุขภาพ - งานเวชระเบียน , งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
3.ประเมินอาการทางกาย/จิต	1.ชักประวัติ วัตถุประสงค์ 2.ประเมินสุขภาพกาย ชักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(ตามภาคผนวก 29),ชักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงวันโรค (ตามภาคผนวก 30) 3.ประเมินอาการทางจิต <ul style="list-style-type: none"> ● แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) (ตามภาคผนวก 25) ● แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) (ตามภาคผนวก 25) ● แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) (ตามภาคผนวก 25) ● แบบประเมินความเครียด (ST-5) (ตามภาคผนวก 26) ● แบบคัดกรองโรคจิต (ตามภาคผนวก 27) 4.แผนการดูแล <ol style="list-style-type: none"> 4.1 กรณีพบความเสี่ยงทางกาย/จิต ส่งพบแพทย์ 4.2 กรณีไม่พบอาการทางจิต ส่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดสารเสพติด 	30 นาที	-งานจิตเวชและยาเสพติด -งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน -งานชันสูตร -งาน X-Ray

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4.บำบัดสารเสพติด	<p>1..ทำข้อตกลงเข้ารับการรักษา/หนังสือยินยอมการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (ตามภาคผนวก 28)</p> <p>2.คัดกรองด้วยแบบคัดกรองฯ กระทรวงสาธารณสุข บคก.กส(V2) (ตามภาคผนวก 18)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เป็นประเภทผู้ใช้ (คะแนนคัดกรอง 2-3 คะแนน) พิจารณาทางเลือก ในการบำบัดรักษา <p>-ให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) 5-10 นาที (ตามภาคผนวก 9) และให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) (ตามภาคผนวก 10) หรือ</p> <p>-การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care หรือ CBTx) (ตามภาคผนวก 14)</p> <p>3.การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ</p> <p>4.บันทึกข้อมูลในระบบ HOSxp,ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ(บสต.)</p> <p>วิธีการติดตามติดตามPขนาดนี้ระหว่างบำบัด</p> <p>ขนาดนี้ 7 วัน โทรศัพท์ติดตาม</p> <p>ขนาดนี้เกิน 14 วัน แจ้งปกครอง,ตำรวจ ติดตาม</p> <p>ขนาดนี้ 30 วันติดต่อไม่ได้ D/C แจ้งคณะกรรมการ สป.ปส.อ.พากทำ พิจารณาส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโปรแกรมอื่น</p> <p>กรณี พบว่าผู้ป่วยเสพยาซ้ำเกิน 2 ครั้งระหว่างการบำบัด/ขนาดการบำบัด และเคยบำบัดมาแล้ว 2 course ส่งต่อไปโรงพยาบาลอุดรดิตถ์</p>	30 นาที	-งานจิตเวชและยาเสพติด -งานชั้นสูง -งานการเงิน
5.ติดตามการบำบัด	<p>1.ติดตามหลังการบำบัด (After Care Program หรือ ระยะประคับประคอง (supportive phase))ระยะเวลา 1 ปี หลังการบำบัด (ตามภาคผนวก 13)</p> <p>2.การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ</p> <p>3.บันทึกข้อมูลในระบบ HOSxp,ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ(บสต.)</p> <p>กรณี</p> <p>-ติดตามจนครบ Course ไม่พบการเสพยา ให้ D/C</p> <p>-หากพบเสพยา 2 ครั้งระหว่างติดตาม และเคยบำบัดมาแล้ว 2 course ส่งต่อไปโรงพยาบาลอุดรดิตถ์</p>	30 นาที	-งานจิตเวชและยาเสพติด -งานชั้นสูง -งานการเงิน

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Amphetamine ประเภทผู้เสพ (คะแนนคัดกรอง 4-26 คะแนน) (ตามภาคผนวก 2)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1.ผู้ป่วยที่มาใช้บริการการรักษาด้วยปัญหา Amphetamine	1. ผู้ป่วยแจ้งเข้ารับการรักษาพยาบาลณ จุดบริการเพื่อรับบัตรคิว ชักประวัติข้อมูลทั่วไป 2. ทำทะเบียนประวัติผู้ป่วยของหน่วยบริการ(แฟ้มประวัติ)	5 นาที	- งานเวชระเบียน - งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน - งานประชาสัมพันธ์ - งานPCU
2.ตรวจสอบสิทธิ/แก้ไขสิทธิการรักษาพยาบาล	1. ตรวจสอบระบบสิทธิ สปสช. ตามระบบตรวจสอบสิทธิด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ใน website สปสช.แห่งชาติ 2. ตรวจสอบสิทธิซ้ำอีกครั้งและขึ้นทะเบียน ตัดสินใจในการกำหนดสิทธิ(กรณีพบสิทธิว่าง) 3. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังจุดบริการเพื่อทำการชักประวัติ	5 นาที	- งานเวชระเบียน, -งาน - งานประกันสุขภาพ - งานเวชระเบียน , งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
3.ประเมินอาการทางกาย/จิต	1.ชักประวัติ วัตถุประสงค์ 2.ประเมินสุขภาพกาย ชักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(ตามภาคผนวก 29),ชักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงวันโรค (ตามภาคผนวก 30) 3.ประเมินอาการทางจิต <ul style="list-style-type: none"> ● แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) (ตามภาคผนวก 25) ● แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) (ตามภาคผนวก 25) ● แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) (ตามภาคผนวก 25) ● แบบประเมินความเครียด (ST-5) (ตามภาคผนวก 26) ● แบบคัดกรองโรคจิต (ตามภาคผนวก 27) 4.แผนการดูแล <ol style="list-style-type: none"> 4.1 กรณีพบความเสี่ยงทางกาย/จิต ส่งพบแพทย์ 4.2 กรณีไม่พบอาการทางจิต ส่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดสารเสพติด 	30 นาที	-งานจิตเวชและยาเสพติด -งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน -งานชันสูตร -งาน X-Ray

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4.บำบัดสารเสพติด	<p>1..ทำข้อตกลงเข้ารับการรักษา/หนังสือยินยอมการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (ตามภาคผนวก 28)</p> <p>2.คัดกรองด้วยแบบคัดกรองฯ กระทรวงสาธารณสุข บคก.กส(V2) (ตามภาคผนวก 18)</p> <p>เป็นประเภทผู้เสพ (คะแนนคัดกรอง 4-26 คะแนน)</p> <p>พิจารณาทางเลือก ในการบำบัดรักษา</p> <p>-จิตสังคมนาบัด (Matrix Program) จำนวน 16 ครั้ง ระยะเวลา 4 เดือน (ตามภาคผนวก 13) หรือ</p> <p>-การบำบัดฟื้นฟูผู้เข้ายาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care หรือ CBTx) (ตามภาคผนวก 14)</p> <p>3.การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ</p> <p>4.บันทึกข้อมูลในระบบ HOSxp,ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ(บสต.)</p> <p>วิธีการติดตามPขนาดนัดระหว่างบำบัด</p> <p>ขนาดนัด 7 วัน โทรศัพท์ติดตาม</p> <p>ขนาดนัดเกิน 14 วัน แจ้งปกครอง,ตำรวจ ติดตาม</p> <p>ขนาดนัด 30 วัน/ติดต่อไม่ได้ D/C แจ้งคณะกรรมการ สป.ปส.อ.ฟากท่า พิจารณาส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโปรแกรมอื่น</p> <p>กรณี พบว่าผู้ป่วยเสพยาเกิน 2 ครั้งระหว่างการบำบัด/ขาดการบำบัด และเคยบำบัดมาแล้ว 2 course ส่งต่อไปโรงพยาบาลอุตรดิตถ์</p>	30 นาที	-งานจิตเวชและยาเสพติด -งานชั้นสูง -งานการเงิน
5.ติดตามการบำบัด	<p>1.ติดตามหลังการบำบัด (After Care Program หรือ ระยะประคับประคอง (supportive phase))ระยะเวลา 1 ปี หลังการบำบัด (ตามภาคผนวก 13)</p> <p>2.การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ</p> <p>3.บันทึกข้อมูลในระบบ HOSxp,ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ(บสต.)</p>	30 นาที	-งานจิตเวชและยาเสพติด -งานชั้นสูง -งานการเงิน

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	<p>กรณี</p> <ul style="list-style-type: none"> ติดตามจนครบ Course ไม่พบการเสพซ้ำตลอดการติดตาม ให้ D/C หากพบเสพซ้ำ 2 ครั้งระหว่างติดตาม และเคยบำบัดมาแล้ว 2 course ส่งต่อไปโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ 		

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Amphetamine dependence ประเภทผู้ติด (คะแนนคัดกรอง 27 คะแนนขึ้นไป)

(ตามภาคผนวก 3)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1.ผู้ป่วยที่มาใช้บริการการรักษาด้วยปัญหา Amphetamine dependence	<ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยแจ้งเข้ารับการรักษาพยาบาลณ จุดบริการเพื่อรับบัตรคิว ชักประวัติข้อมูลทั่วไป ทำทะเบียนประวัติผู้ป่วยของหน่วยบริการ(แฟ้มประวัติ) 	5 นาที	<ul style="list-style-type: none"> - งานเวชระเบียน - งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน - งานประชาสัมพันธ์ - งานPCU
2.ตรวจสอบสิทธิ/แก้ไขสิทธิการรักษาพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> ตรวจสอบระบบสิทธิ สปสช. ตามระบบตรวจสอบสิทธิด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ใน website สปสช.แห่งชาติ ตรวจสอบสิทธิซ้ำอีกครั้งและขึ้นทะเบียน ตัดสินใจในการกำหนดสิทธิ(กรณีพบสิทธิว่าง) ส่งต่อผู้ป่วยไปยังจุดบริการเพื่อทำการชักประวัติ 	5 นาที	<ul style="list-style-type: none"> - งานเวชระเบียน, -งาน - งานประกันสุขภาพ - งานเวชระเบียน , งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
3.ประเมินอาการทางกาย/จิต	<ol style="list-style-type: none"> ชักประวัติ วัตถุประสงค์ ประเมินสุขภาพกาย ชักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(ตามภาคผนวก 29),ชักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงวัณโรค (ตามภาคผนวก 30) ประเมินอาการทางจิต <ul style="list-style-type: none"> ● แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) (ตามภาคผนวก 25) ● แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) (ตามภาคผนวก 25) ● แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) (ตามภาคผนวก 25) 	30 นาที	<ul style="list-style-type: none"> -งานจิตเวชและยาเสพติด -งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน -งานชันสูตร -งาน X-Ray

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	<ul style="list-style-type: none"> ● แบบประเมินความเครียด (ST-5) (ตามภาคผนวก 26) ● แบบคัดกรองโรคจิต (ตามภาคผนวก 27) <p>4.แผนการดูแล</p> <p>4.1 กรณีพบความเสี่ยงทางกาย/จิต ส่งพบแพทย์</p> <p>4.2 กรณีไม่พบอาการทางจิต ส่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดสารเสพติด</p>		
4.บำบัดสารเสพติด	<p>1..ทำข้อตกลงเข้ารับการบำบัดรักษา/หนังสือยินยอมการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (ตามภาคผนวก 28)</p> <p>2.คัดกรองด้วยแบบคัดกรองฯ กระทรวงสาธารณสุข บคก.กส(V2) (ตามภาคผนวก 18)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เป็นประเภทผู้ติด (คะแนนคัดกรอง 27 คะแนน) <p>พิจารณาทางเลือก ในการบำบัดรักษา</p> <p>-จิตสังคมบำบัด (Matrix Program) จำนวน 16 ครั้ง ระยะเวลา 4 เดือน (ตามภาคผนวก 13)</p> <p>3.การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ</p> <p>4.บันทึกข้อมูลในระบบ HOSxp,ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ(บสต.)</p> <p>วิธีการติดตามPขนาดน้ระหว่างบำบัด</p> <p>ขนาดน้ 7 วัน โทรศัพท์ติดตาม</p> <p>ขนาดน้เกิน 14 วัน แจ้งปกครอง,ตำรวจ ติดตาม</p> <p>ขนาดน้ 30 วัน/ติดต่อไม่ได้ D/C แจ้งคณะกรรมการ สป.ปส.อ.ฝากทำ พิจารณาส่งผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในโปรแกรมอื่น</p> <p>กรณี พบว่าผู้ป่วยเสพยาเกิน 2 ครั้งระหว่างการบำบัด/ขนาดการบำบัด และเคยบำบัดมาแล้ว 2 couse ส่งต่อไปโรงพยาบาลอุตรดิตถ์</p>	30 นาที	<p>-งานจิตเวชและยาเสพติด</p> <p>-งานชั้นผู้ตร</p> <p>-งานการเงิน</p>

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
5.ติดตามการบำบัด	<p>1.ติดตามหลังการบำบัด (After Care Program หรือ ระยะประคับประคอง (supportive phase))ระยะเวลา 1 ปี หลังการบำบัด (ตามภาคผนวก 13)</p> <p>2.การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ</p> <p>3.บันทึกข้อมูลในระบบ HOSxp,ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ(บสต.)</p> <p>กรณี</p> <ul style="list-style-type: none"> ติดตามจนครบ Course ไม่พบการเสพซ้ำตลอดการติดตาม ให้ D/C <p>หากพบเสพซ้ำ 2 ครั้งระหว่างติดตาม และเคยบำบัดมาแล้ว 2 course ส่งต่อไปโรงพยาบาลอุตรดิตถ์</p>	30 นาที	-งานจิตเวชและยาเสพติด -งานชันสูตร -งานการเงิน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีภาวะวิกฤตสุขภาพจิต(ตามภาคผนวก 4)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1.ผู้ป่วยที่มาใช้บริการการรักษาด้วยปัญหาแอมเฟตามีนที่มีภาวะวิกฤตสุขภาพจิต	<p>1. ผู้ป่วยแจ้งเข้ารับการรักษาพยาบาลณ จุดบริการเพื่อรับบัตรคิว ชักประวัติข้อมูลทั่วไป</p> <p>2. ทำทะเบียนประวัติผู้ป่วยของหน่วยบริการ(แฟ้มประวัติ)</p>	5 นาที	- งานเวชระเบียน - งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน - งานประชาสัมพันธ์ - งานPCU
2.ตรวจสอบสิทธิ/แก้ไขสิทธิการรักษาพยาบาล	<p>1.ตรวจสอบระบบสิทธิ สปสช. ตามระบบตรวจสอบสิทธิด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ใน website สปสช.แห่งชาติ</p> <p>2. ตรวจสอบสิทธิซ้ำอีกครั้งและขึ้นทะเบียน ตัดสินใจในการกำหนดสิทธิ(กรณีพบสิทธิว่าง)</p> <p>3. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังจุดบริการเพื่อทำการชักประวัติ</p>	5 นาที	- งานเวชระเบียน, -งาน - งานประกันสุขภาพ - งานเวชระเบียน , งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
3.คัดแยก (Primary Triage) ตามแนวทาง MOPH ED triage (ตามภาคผนวก 15)	<p>1.ชักประวัติ วัตถุประสงค์</p> <p>2.พยาบาลจุดคัดกรอง คัดแยก (Primary Triage) ตามแนวทาง MOPH ED triage (ตามภาคผนวก 17)</p> <p>กรณี 1. ไม่เข้าเกณฑ์ระดับ 1 หรือ 2 ส่ง งานผู้ป่วยนอก (OPD)</p> <p>กรณี 2. เข้าเกณฑ์ ระดับ 1 หรือ 2 ส่ง งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน(ER)</p>	1-3 นาที	-พยาบาลจุดคัดกรอง

เรื่อง : ขั้นตอนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด(แอมเฟตามีนและกัญชา)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4.ประเมิน Secondary triage	งานผู้ป่วยนอก(OPD) ประเมิน Secondary triage หากผู้ป่วยมีอาการแยลง และประเมินเข้าเกณฑ์ระดับ 1,2,3,4,5 ให้บริการตามลำดับความเร่งด่วน (ตามภาคผนวก 17) และส่งต่องานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน(ER) งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน(ER)ประเมิน Secondary triage	1-3 นาที	-งานผู้ป่วยนอก -งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
5.ประเมินความเสี่ยง/อันตรายและรักษาผู้ป่วย	ประเมินความเสี่ยง/อันตราย(ประเมิน OAS (ตามภาคผนวก 15)/อื่นๆ) กรณี 1 หากไม่มีความเสี่ยง/อันตราย ให้แยกไว้มุมห้องจำกัดพฤติกรรม หากอาการทางจิตสงบ D/C และนัดเข้าคลินิกบำบัดยาเสพติด (ตามภาคผนวก 1/2/3) กรณีที่ 2 หากอาการไม่สงบ พบความเสี่ยง/อันตราย ให้อาจารย์แพทย์ห้องฉุกเฉิน เพื่อทำการประเมินและรักษาเบื้องต้น ดังนี้ 1.สั่งเจาะ Lab (CBC,U/A,BUN,Cr,BS,Electrolyte) ทุกคน ร่วมกับ Lab บางอย่าง ดังนี้ -กรณีผู้ป่วยติด alcohol : LET -กรณีสงสัย/มีประวัติการใช้สารเสพติด : urine for substance -กรณีจิตเวชเรื้อรอนรายที่มีข้อบ่งชี้ตามดุลพินิจของแพทย์ : chest x-ray 2.หากมีความผิดปกติของโรคทางฝายกาย ให้ส่งปรึกษาแพทย์ฝายกายเพื่อวินิจฉัยและรักษา 3.ให้ยา Diazepam 10 mg.IV พิจารณาให้ซ้ำทุก 3-5 นาที, Haloperidol 5 mg. IM (ตามภาคผนวก 19) 4.กรณีไม่เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลฝากทำ Admit รักษาอาการทางกาย 5.บันทึกข้อมูลในระบบ HOSxp /ระบบThai Refer 6.D/C และนัดเข้าคลินิกบำบัดสารเสพติด (ตามภาคผนวก 1/2/3) กรณี ไม่สามารถคุมอาการได้และเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลฝากทำ ปรึกษาจิตแพทย์โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ หรือส่งต่อไปโรงพยาบาลอุดรดิตถ์	30 นาที	-องค์กรแพทย์ -งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน -งานชั้นสูตร -งาน X-Ray -งานผู้ป่วยใน -งานจิตเวชและยาเสพติด -งานเภสัชกรรม

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Cannabis ประเภทผู้ใช้ (คะแนนคัดกรอง 2-3 คะแนน) (ตามภาคผนวก 5)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1.ผู้ป่วยที่มาใช้บริการการรักษาด้วยปัญหา Cannabis	1. ผู้ป่วยแจ้งเข้ารับการรักษาพยาบาลณ จุดบริการเพื่อรับบัตรคิว ชักประวัติข้อมูลทั่วไป 2. ทำทะเบียนประวัติผู้ป่วยของหน่วยบริการ(แฟ้มประวัติ)	5 นาที	- งานเวชระเบียน - งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน - งานประชาสัมพันธ์ - งานPCU
2.ตรวจสอบสิทธิ/แก้ไขสิทธิการรักษาพยาบาล	1. ตรวจสอบระบบสิทธิ สปสช. ตามระบบตรวจสอบสิทธิด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ใน website สปสช.แห่งชาติ 2. ตรวจสอบสิทธิซ้ำอีกครั้งและขึ้นทะเบียน ตัดสินใจในการกำหนดสิทธิ(กรณีพบสิทธิว่าง) 3. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังจุดบริการเพื่อทำการชักประวัติ	5 นาที	- งานเวชระเบียน, -งาน - งานประกันสุขภาพ - งานเวชระเบียน , งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
3.ประเมินอาการทางกาย/จิต	1.ชักประวัติ วัตถุประสงค์ 2.ประเมินสุขภาพกาย ชักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(ตามภาคผนวก 29),ชักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงวัณโรค (ตามภาคผนวก 30) 3.ประเมินอาการทางจิต <ul style="list-style-type: none"> ● แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) (ตามภาคผนวก 25) ● แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) (ตามภาคผนวก 25) ● แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) (ตามภาคผนวก 25) ● แบบประเมินความเครียด (ST-5) (ตามภาคผนวก 26) ● แบบคัดกรองโรคจิต (ตามภาคผนวก 27) 4.แผนการดูแล <ol style="list-style-type: none"> 4.1 กรณีพบความเสี่ยงทางกาย/จิต ส่งพบแพทย์ 4.2 กรณีไม่พบอาการทางจิต ส่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดสารเสพติด 	30 นาที	-งานจิตเวชและยาเสพติด -งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน -งานชั้นสูตร -งาน X-Ray

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4.บำบัดสารเสพติด	<p>1..ทำข้อตกลงเข้ารับการบำบัดรักษา/หนังสือยินยอมการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (ตามภาคผนวก 28)</p> <p>2.คัดกรองด้วยแบบคัดกรองฯ กระทรวงสาธารณสุข บคก.กส(V2) (ตามภาคผนวก 18)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เป็นประเภทผู้ใช้ (คะแนนคัดกรอง 2-3 คะแนน) พิจารณาทางเลือก ในการบำบัดรักษา -ให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) 5-10 นาที (ตามภาคผนวก 9) และให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) (ตามภาคผนวก 10) หรือ -การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care หรือ CBTx) (ตามภาคผนวก 14) <p>3.การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ</p> <p>4.บันทึกข้อมูลในระบบ HOSxp,ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ(บสต.)</p> <p>5.นัดติดตามอีก 2-3 ครั้ง ตามอาการ และดุลพินิจผู้ทำการบำบัด</p>	30 นาที	-งานจิตเวชและยาเสพติด -งานชั้นสูง -งานการเงิน

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Cannabis ประเภทผู้เสพ (คะแนนคัดกรอง 4-26 คะแนน) (ตามภาคผนวก 6)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1.ผู้ป่วยที่มาใช้บริการการรักษาด้วยปัญหา Cannabis	<p>1. ผู้ป่วยแจ้งเข้ารับการรักษาพยาบาลณ จุดบริการเพื่อรับบัตรคิว ชักประวัติข้อมูลทั่วไป</p> <p>2. ทำทะเบียนประวัติผู้ป่วยของหน่วยบริการ(แฟ้มประวัติ)</p>	5 นาที	- งานเวชระเบียน - งานผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน - งานประชาสัมพันธ์ - งานPCU
2.ตรวจสอบสิทธิ/แก้ไขสิทธิการรักษาพยาบาล	<p>1. ตรวจสอบระบบสิทธิ สปสช. ตามระบบตรวจสอบสิทธิด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ใน website สปสช.แห่งชาติ</p> <p>2. ตรวจสอบสิทธิซ้ำอีกครั้งและขึ้นทะเบียน ดัดสนใจในการกำหนดสิทธิ(กรณีพบสิทธิว่าง)</p> <p>3. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังจุดบริการเพื่อทำการชักประวัติ</p>	5 นาที	- งานเวชระเบียน, -งาน - งานประกันสุขภาพ - งานเวชระเบียน , งานผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3.ประเมินอาการทางกาย/จิต	<p>1.ซักประวัติ วัตถุประสงค์</p> <p>2.ประเมินสุขภาพกาย ซักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(ตามภาคผนวก 29), ซักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงวัณโรค (ตามภาคผนวก 30)</p> <p>3.ประเมินอาการทางจิต</p> <ul style="list-style-type: none"> ● แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) (ตามภาคผนวก 25) ● แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) (ตามภาคผนวก 25) ● แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) (ตามภาคผนวก 25) ● แบบประเมินความเครียด (ST-5) (ตามภาคผนวก 26) ● แบบคัดกรองโรคจิต (ตามภาคผนวก 27) <p>4.แผนการดูแล</p> <p>4.1 กรณีพบความเสี่ยงทางกาย/จิต ส่งพบแพทย์</p> <p>4.2 กรณีไม่พบอาการทางจิต ส่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดสารเสพติด</p>	30 นาที	-งานจิตเวชและยาเสพติด -งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน -งานชันสูตร -งาน X-Ray
4.บำบัดสารเสพติด	<p>1..ทำข้อตกลงเข้ารับการบำบัดรักษา/หนังสือยินยอมการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (ตามภาคผนวก 28)</p> <p>2.คัดกรองด้วยแบบคัดกรองฯ กระทรวงสาธารณสุข บคก.กส(V2) (ตามภาคผนวก 18)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เป็นประเภทผู้เสพ (คะแนนคัดกรอง 4-26 คะแนน) <p>พิจารณาทางเลือก ในการบำบัดรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> -จิตสังคมบำบัด (Matrix Program) จำนวน 16 ครั้ง ระยะเวลา 4 เดือน (ตามภาคผนวก 13) หรือ -การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care หรือ CBTx) (ตามภาคผนวก 14) <p>3.การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ</p> <p>4.บันทึกข้อมูลในระบบ HOSxp,ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ(บสต.)</p>	30 นาที	-งานจิตเวชและยาเสพติด -งานชันสูตร -งานการเงิน

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	<p>วิธีการติดตามPขนาดครึ่งระหว่างบำบัด</p> <p>ขนาด 7 วัน โทรศัพท์ติดตาม ขนาดเกิน 14 วัน แจ้งปกครอง,ตำรวจ ติดตาม ขนาด 30 วัน/ติดต่ไม่ได้ D/C แจ้งคณะกรรมการ ศป.ป.ส.พ.ก.ทำ พิจารณาส่งผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดใน โปรแกรมอื่น</p> <p>กรณี พบว่าผู้ป่วยเสพยาเกิน 2 ครั้งระหว่างการบำบัด/ ขนาดการบำบัด และเคยบำบัดมาแล้ว 2 course ส่งต่อไป โรงพยาบาลอุตรดิตถ์</p>	30 นาที	-งานจิตเวชและยา เสพติด -งานชั้นสูง -งานการเงิน
5.ติดตามการบำบัด	<p>1.ติดตามหลังการบำบัด (After Care Program หรือ ระยะ ปรึกษาประคอง (supportive phase))ระยะเวลา 1 ปี หลัง การบำบัด (ตามภาคผนวก 13)</p> <p>2.การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ</p> <p>3.บันทึกข้อมูลในระบบ HOSxp,ระบบข้อมูลการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ(บสต.)</p> <p>กรณี</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ติดตามจนครบ Course ไม่พบการเสพยาตลอด การติดตาม ให้ D/C ● หากพบเสพยา 2 ครั้งระหว่างการติดตาม และเคย บำบัดมาแล้ว 2 course ส่งต่อไปโรงพยาบาล อุตรดิตถ์ 	30 นาที	-งานจิตเวชและยา เสพติด -งานชั้นสูง -งานการเงิน

เรื่อง : ขั้นตอนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด(แอมเฟตามีนและกัญชา)

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Cannabis dependence ประเภทผู้ติด (คะแนนคัดกรอง 27 คะแนนขึ้นไป)

(ตามภาคผนวก 7)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1.ผู้ป่วยที่มาใช้บริการการรักษาด้วยปัญหา Cannabis dependence	1. ผู้ป่วยแจ้งเข้ารับการรักษาพยาบาลณ จุดบริการเพื่อรับบัตรคิว ชักประวัติข้อมูลทั่วไป 2. ทำทะเบียนประวัติผู้ป่วยของหน่วยบริการ(แฟ้มประวัติ)	5 นาที	- งานเวชระเบียน - งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน - งานประชาสัมพันธ์ - งานPCU
2.ตรวจสอบสิทธิ/แก้ไขสิทธิการรักษาพยาบาล	1. ตรวจสอบระบบสิทธิ สปสช. ตามระบบตรวจสอบสิทธิด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ใน website สปสช.แห่งชาติ 2. ตรวจสอบสิทธิซ้ำอีกครั้งและขึ้นทะเบียน ตัดสนใจในการกำหนดสิทธิ(กรณีพบสิทธิว่าง) 3. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังจุดบริการเพื่อทำการชักประวัติ	5 นาที	- งานเวชระเบียน, -งาน - งานประกันสุขภาพ - งานเวชระเบียน , งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
3.ประเมินอาการทางกาย/จิต	1.ชักประวัติ วัตถุประสงค์ 2.ประเมินสุขภาพกาย ชักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(ตามภาคผนวก 29),ชักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงวันโรค (ตามภาคผนวก 30) 3.ประเมินอาการทางจิต <ul style="list-style-type: none"> ● แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) (ตามภาคผนวก 25) ● แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) (ตามภาคผนวก 25) ● แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) (ตามภาคผนวก 25) ● แบบประเมินความเครียด (ST-5) (ตามภาคผนวก 26) ● แบบคัดกรองโรคจิต (ตามภาคผนวก 27) 4.แผนการดูแล <ol style="list-style-type: none"> 4.1 กรณีพบความเสี่ยงทางกาย/จิต ส่งพบแพทย์ 4.2 กรณีไม่พบอาการทางจิต ส่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดสารเสพติด 	30 นาที	-งานจิตเวชและยาเสพติด -งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน -งานชันสูตร -งาน X-Ray

เรื่อง : ขั้นตอนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด(แอมเฟตามีนและกัญชา)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4.บำบัดสารเสพติด	<p>1..ทำข้อตกลงเข้ารับการบำบัดรักษา/หนังสือยินยอมการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (ตามภาคผนวก 28)</p> <p>2.คัดกรองด้วยแบบคัดกรองฯ กระทรงงาธาธาณสุข บคก.กส(V2) (ตามภาคผนวก 18)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เป็นประเภทผู้ติด (คะแนนคัดกรอง 27 คะแนน) พิจารณาทางเลือก ในการบำบัดรักษา -จิตสังคมบำบัด (Matrix Program) จำนวน 16 ครั้ง ระยะเวลา 4 เดือน (ตามภาคผนวก 13) <p>3.การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ</p> <p>4.บันทึกข้อมูลในระบบ HOSxp,ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ(บสต.)</p> <p><u>วิธีการติดตามPขาดนัดระหว่างบำบัด</u></p> <p>ขาดนัด 7 วัน โทรศัพท์ติดตาม</p> <p>ขาดนัดเกิน 14 วัน แจ้งปกครอง,ตำรวจ ติดตาม</p> <p>ขาดนัด 30 วันติดต่อไม่ได้ D/C แจ้งคณะกรรมการ คป.ปส.อ.ฟากท่า พิจารณาส่งผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในโปรแกรมอื่น</p> <p><u>กรณี พบว่าผู้ป่วยเสพยาซ้ำเกิน 2 ครั้งระหว่างการบำบัด/ขาดการบำบัด และเคยบำบัดมาแล้ว 2 coure ส่งต่อไปโรงพยาบาลอุตรดิตถ์</u></p>	30 นาที	-งานจิตเวชและยาเสพติด -งานชั้นสูง -งานการเงิน
5.ติดตามการบำบัด	<p>1.ติดตามหลังการบำบัด (After Care Program หรือ ระยะประคับประคอง (supportive phase))ระยะเวลา 1 ปี หลังการบำบัด (ตามภาคผนวก 13)</p> <p>2.การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ</p> <p>3.บันทึกข้อมูลในระบบ HOSxp,ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ(บสต.)</p> <p><u>กรณี</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ติดตามจนครบ Course ไม่พบการเสพยาซ้ำตลอดการติดตาม ให้ D/C <p>หากพบเสพยาซ้ำ 2 ครั้งระหว่างติดตาม และเคยบำบัดมาแล้ว 2 coure ส่งต่อไปโรงพยาบาลอุตรดิตถ์</p>	30 นาที	-งานจิตเวชและยาเสพติด -งานชั้นสูง -งานการเงิน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยกัญชาที่มีภาวะวิกฤตสุขภาพจิต (ตามภาคผนวก 8)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1.ผู้ป่วยที่มารับบริการการรักษาด้วยปัญหาแอมเฟตามีนที่มีภาวะวิกฤตสุขภาพจิต	1. ผู้ป่วยแจ้งเข้ารับการรักษาพยาบาล จุดบริการเพื่อรับบัตรคิว ชักประวัติข้อมูลทั่วไป 2. ทำทะเบียนประวัติผู้ป่วยของหน่วยบริการ(แฟ้มประวัติ)	5 นาที	- งานเวชระเบียน - งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน - งานประชาสัมพันธ์ - งานPCU
2.ตรวจสอบสิทธิ/แก้ไขสิทธิการรักษาพยาบาล	1.ตรวจสอบระบบสิทธิ สปสช. ตามระบบตรวจสอบสิทธิด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ใน website สปสช.แห่งชาติ 2. ตรวจสอบสิทธิซ้ำอีกครั้งและขึ้นทะเบียน ตัดสินใจในการกำหนดสิทธิ(กรณีพบสิทธิว่าง) 3. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังจุดบริการเพื่อทำการซักประวัติ	5 นาที	- งานเวชระเบียน, -งาน - งานประกันสุขภาพ - งานเวชระเบียน , งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
3.คัดแยก (Primary Triage) ตามแนวทาง MOPH ED triage (ตามภาคผนวก 15)	1.ซักประวัติ วัตถุประสงค์ 2.พยาบาลจุดคัดกรอง คัดแยก (Primary Triage) ตามแนวทาง MOPH ED triage (ตามภาคผนวก 22) กรณี 1. ไม่เข้าเกณฑ์ระดับ 1-3 ส่ง งานผู้ป่วยนอก(OPD) กรณี 2. เข้าเกณฑ์ ระดับ 1-3 ส่ง งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน(ER)	1-3 นาที	-พยาบาลจุดคัดกรอง
4.ประเมิน Secondary triage	งานผู้ป่วยนอก(OPD) ประเมิน Secondary triage หากผู้ป่วยมีอาการแยลง และประเมินเข้าเกณฑ์ระดับ 1,2,3,4,5 ให้บริการตามลำดับความเร่งด่วน (ตามภาคผนวก 22) และส่งต่องานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน(ER) งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน(ER)ประเมิน Secondary triage	1-3 นาที	-งานผู้ป่วยนอก -งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
5.ประเมินความเสี่ยง/อันตรายและรักษาผู้ป่วย	ประเมินความเสี่ยง/อันตราย(ประเมิน OAS (ตามภาคผนวก 15)/อื่นๆ) กรณี 1 หากไม่มีความเสี่ยง/อันตราย ให้แยกไว้มุมห้องจำกัดพฤติกรรม หากอาการทางจิตสงบ D/C และนัดเข้าคลินิกบำบัดยาเสพติด (ตามภาคผนวก 5/6/7) กรณีที่ 2 หากอาการไม่สงบ พบความเสี่ยง/อันตราย ให้รายงานแพทย์ห้องฉุกเฉิน เพื่อทำการประเมินและรักษาเบื้องต้น ดังนี้	30 นาที	-องค์กรแพทย์ -งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน -งานชั้นสูตร -งาน X-Ray -งานผู้ป่วยใน -งานจิตเวชและยาเสพติด -งานเภสัชกรรม

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	วิธีการปฏิบัติงาน	เวลาที่ใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	<p>1.ประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น ตาม Primary assessment (ตามภาคผนวก 23,24)</p> <p>2.ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการส่งตรวจพิเศษ (ตามภาคผนวก 23)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ECG 12 leads และ ตรวจ capillary blood glucose bedside - พิจารณาส่งตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ - CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Blood glucose, AST/ALT - Urine cannabinoids* พิจารณาส่งตรวจเมื่อประวัติการได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาไม่ชัดเจน - ตรวจสารเสพติดอื่น ๆ ในกรณีที่สงสัยมีสารเสพติดอื่นร่วมให้พิจารณาตามความเหมาะสมตามดุลยพินิจของแพทย์และศักยภาพของโรงพยาบาลฟากท่า - กรณีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท หรือ ภาวะชัก หรือ red-flag sign ให้พิจารณา ส่ง brain imaging (CT brain) - การพิจารณาส่งตรวจพิเศษ อื่น ๆ ให้พิจารณาตามข้อบ่งชี้ ขึ้นอยู่กับภาวะของผู้ป่วย <p>3.กรณีไม่เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลฟากท่า Admit รักษาอาการทางกาย</p> <p>4.บันทึกข้อมูลในระบบ HOSxp /ระบบThai Refer</p> <p>5.D/C และนัดเข้าคลินิกบำบัดสารเสพติด (ตามภาคผนวก 5/6/7)</p> <p><u>กรณีที่อาจเป็นคดีความ</u> ให้เก็บปัสสาวะและเลือดในหลอด NaF 1 tube, EDTA 1 tube และ clotted blood 1 tube ไว้เพื่อการส่งตรวจยืนยัน ปรีक्षाเวรนิติเวชและปฏิบัติตาม chain custody</p> <p><u>กรณีไม่สามารถคุมอาการได้และเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลฟากท่า</u> ปรีक्षाจิตแพทย์โรงพยาบาลอุดรดิตถ์หรือส่งต่อไปโรงพยาบาลอุดรดิตถ์</p>		

7. เครื่องชี้วัดคุณภาพ

- 7.1 ร้อยละความสำเร็จในการค้นหาผู้ป่วยยาเสพติด (ร้อยละ 100)
- 7.2 ร้อยละของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดจนครบโปรแกรม (ร้อยละ 100)
- 7.3 ร้อยละของผู้ป่วยสารเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (ร้อยละ 100)
- 7.4 ร้อยละของผู้ป่วยสารเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 1ปี (\geq ร้อยละ 60)
- 7.5 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (ร้อยละ 100)

8. เอกสารอ้างอิง

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบการรู้จัก พฤติกรรมบำบัด. สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

นางวิภา บุญแสง, นางสาวกมลวรรณ จันทรโชติ และนางสาวพนิดา สีนาเวช. (2563). คู่มือแนวทาง "การจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์" โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท บี ยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.

นายแพทย์เทิดศักดิ์ เดชคง. (2560). สันทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs (Motivational Interviewing for NCDs; MI NCDs). (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท บี ยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.

นางนภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์และคณะ. (2566). คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม : โปรแกรมจิตสังคมบำบัดประยุกต์ (Modified Matrix Program). (พิมพ์ครั้งที่ 1). โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรงการบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) (2558). คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยก ผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริหาร ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด. (พิมพ์ครั้งที่ 3). สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.).

นางพรทิพย์ วชิรดิกลงและคณะ. (2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.).

แพทย์หญิงภัทรภรณ์ กิรินทร์ และคณะ. (2563). องค์ความรู้พื้นฐานในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด แบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบ Matrix Program. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี.

กรมการแพทย์. (2565). แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา ณ ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.

ดร.เกสัชกรปริษา หนูทิม และคณะ. (2563). คู่มือการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่เสพยาเสพติดกัญชาและกระท่อม ด้วยการแพทย์แผนไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2563). คู่มือแบบประเมินคัดกรองโรคจิตและปัญหาสุขภาพจิต. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.

นายแพทย์อังกูร ภัทรากร. (2560). แนวทางการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด (HARM REDUCTION). (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด.

นายแพทย์อัศวิน คุรุศาสตร์. (2561). คู่มือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service plan) สาขาเสพติด. (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด.

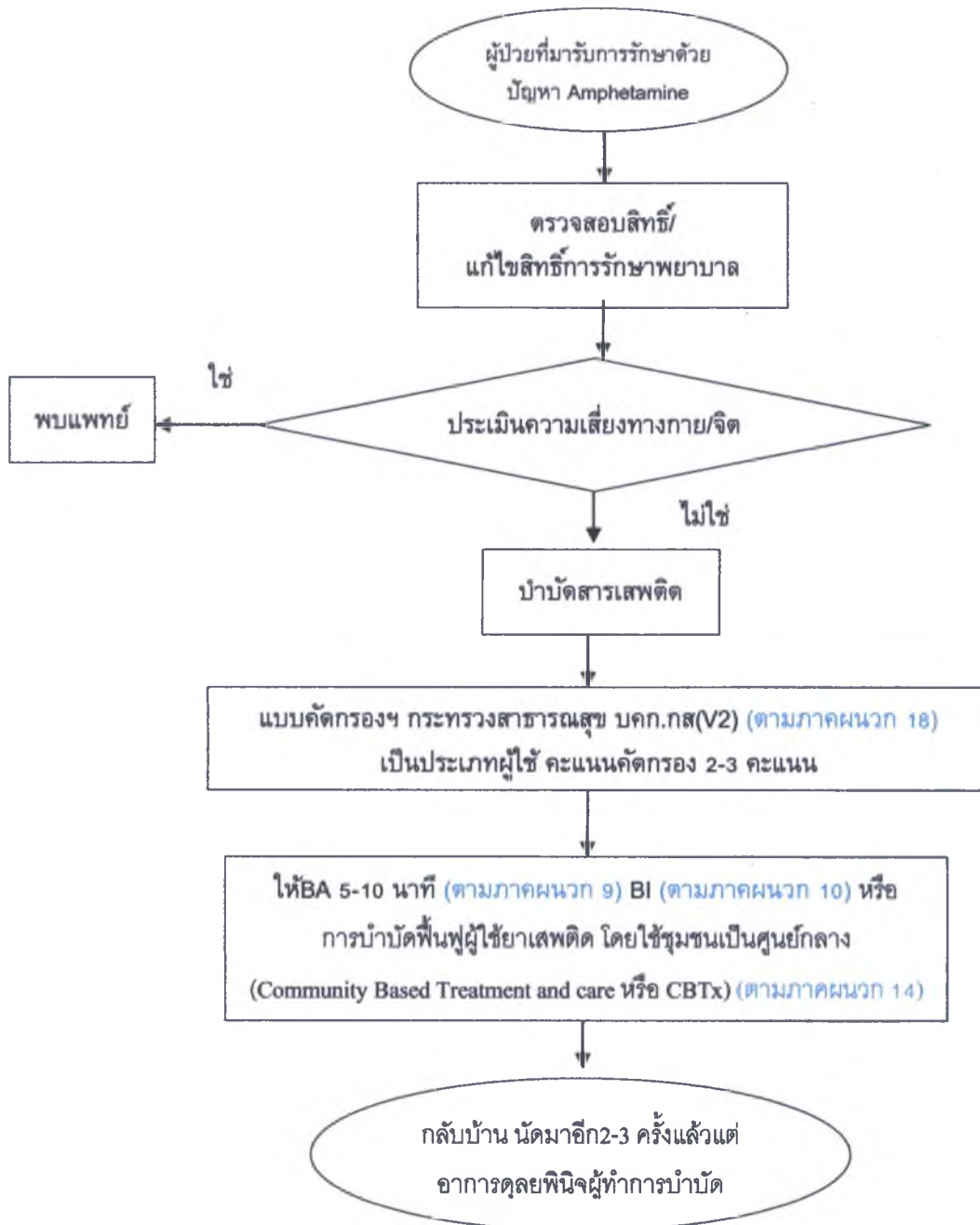
สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2559). พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๕๙. <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/2094321.pdf>.

กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเครียด (ST-5). http://www.kkhos.com/kkhos/data_office/ST5.pdf.

9 ภาคผนวก

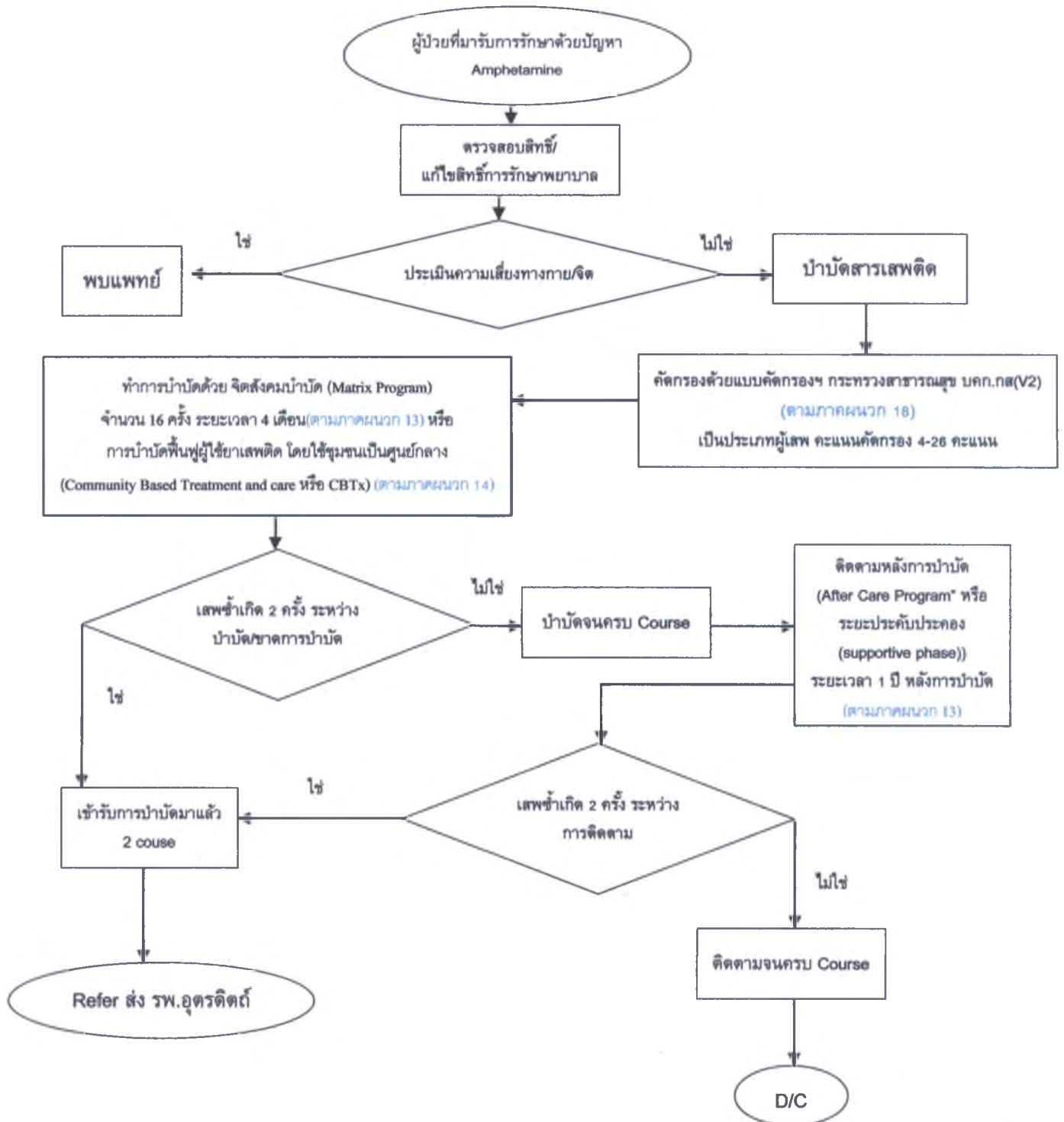
ภาคผนวก 1

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Amphetamine ประเภทผู้ใช้ (คะแนนคัดกรอง 2-3 คะแนน)



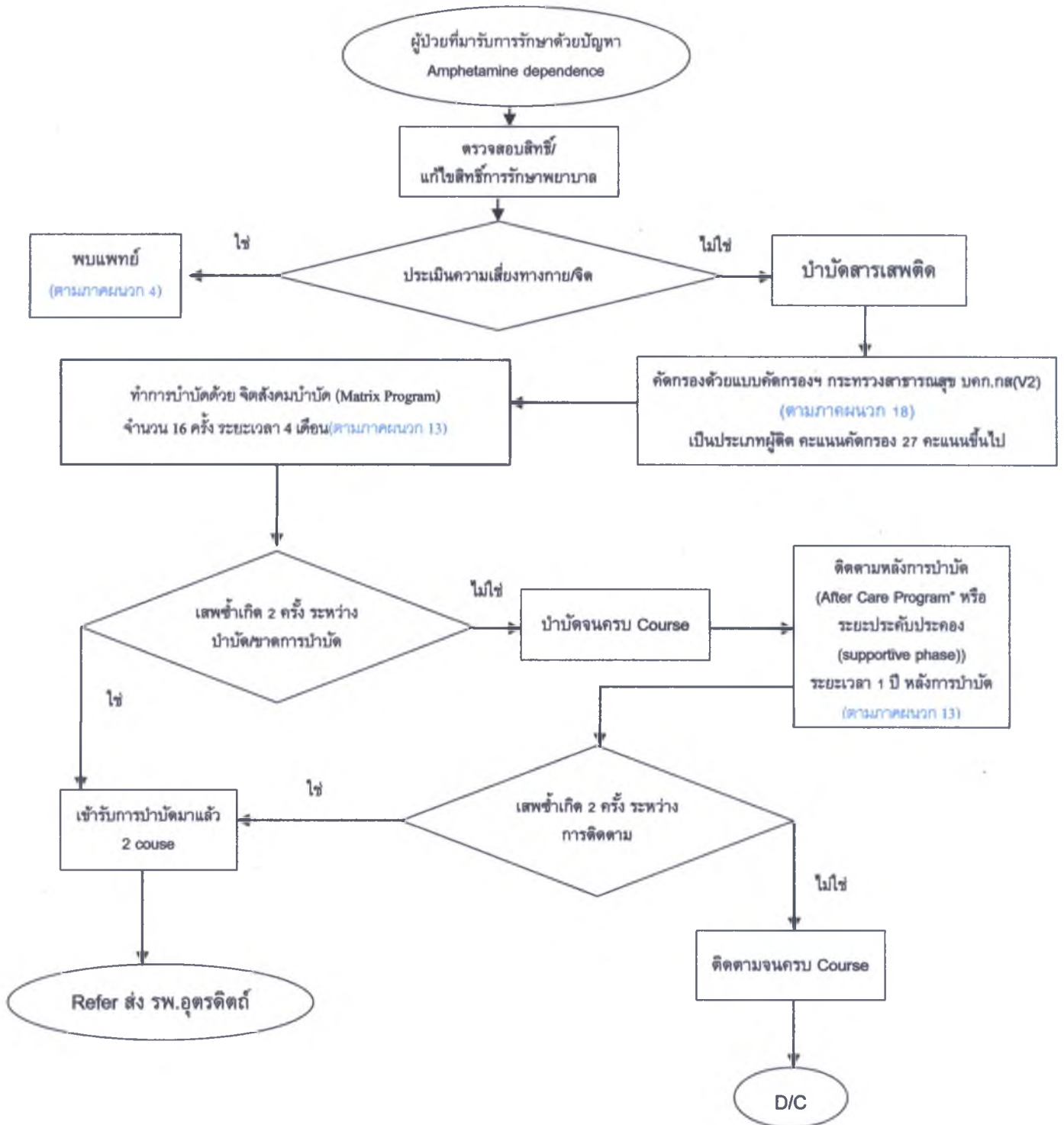
ภาคผนวก 2

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Amphetamine ประเภทผู้เสพ (คะแนนคัดกรอง 4-26 คะแนน)



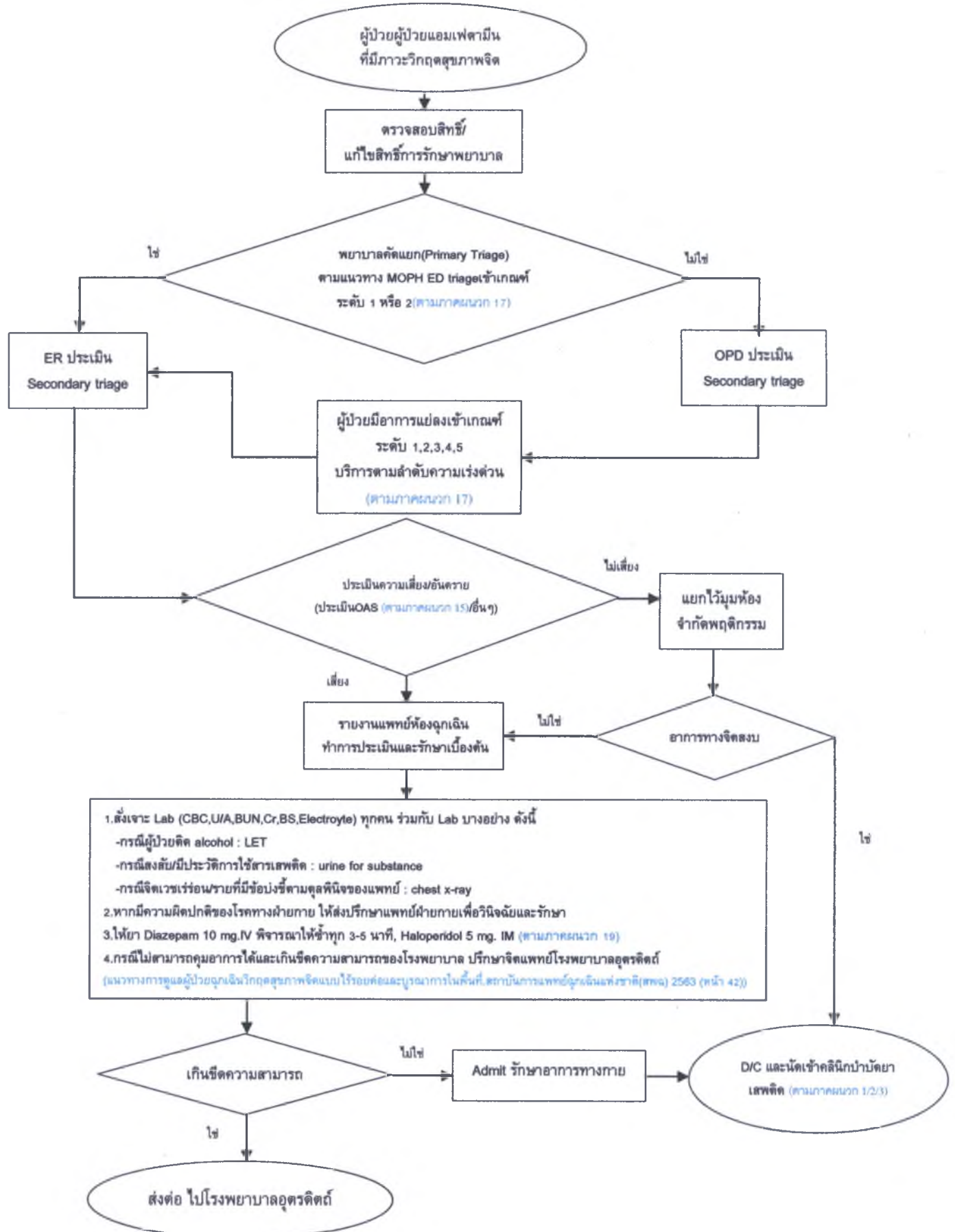
ภาคผนวก 3

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Amphetamine dependence ประเภทผู้ติด (คะแนนคัดกรอง 27 คะแนนขึ้นไป)



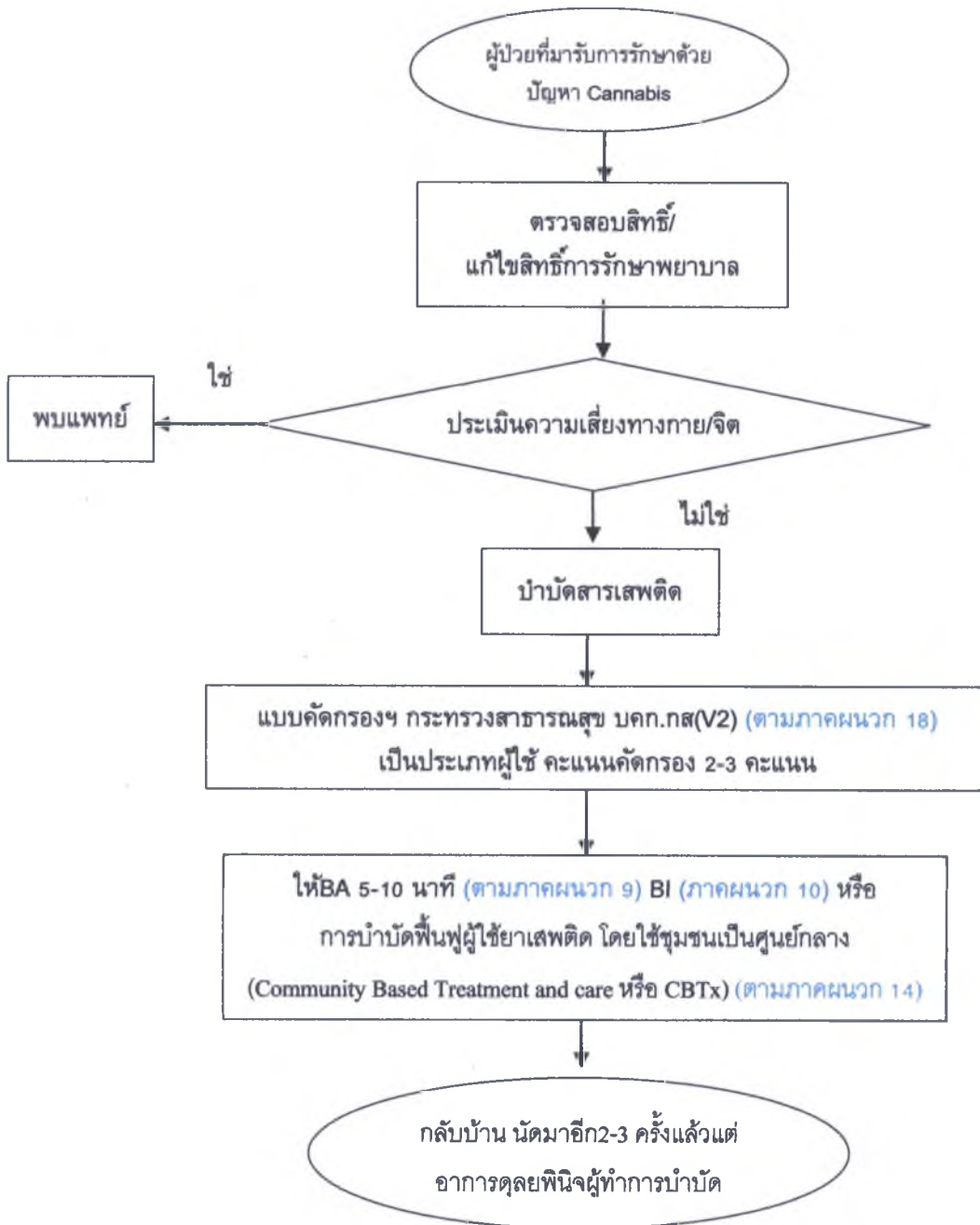
ภาคผนวก 4

แนวทางการดูแลผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีภาวะวิกฤตสุขภาพจิต



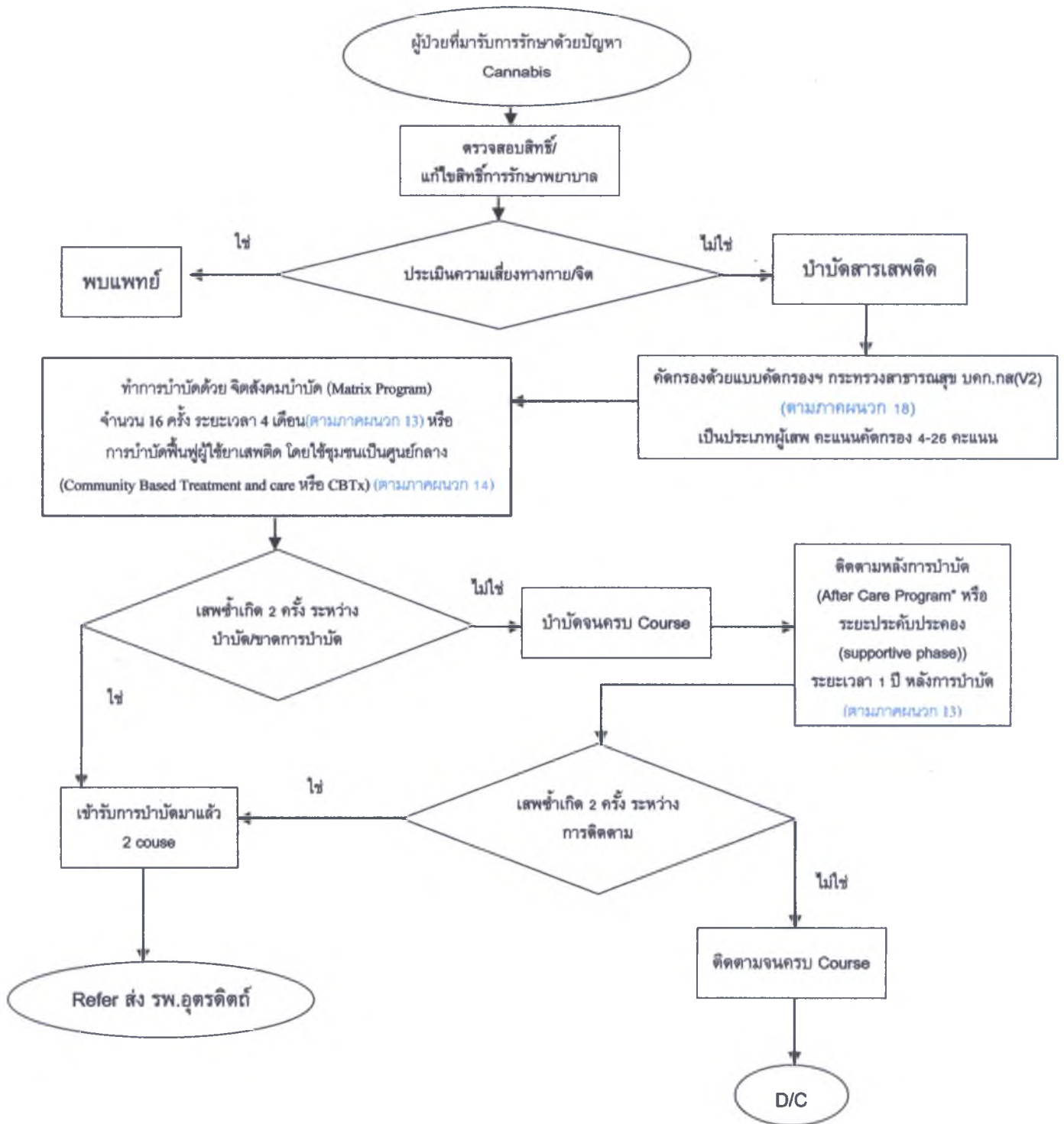
ภาคผนวก 5

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Cannabis ประเภทผู้ใช้ (คะแนนคัดกรอง 2-3 คะแนน)



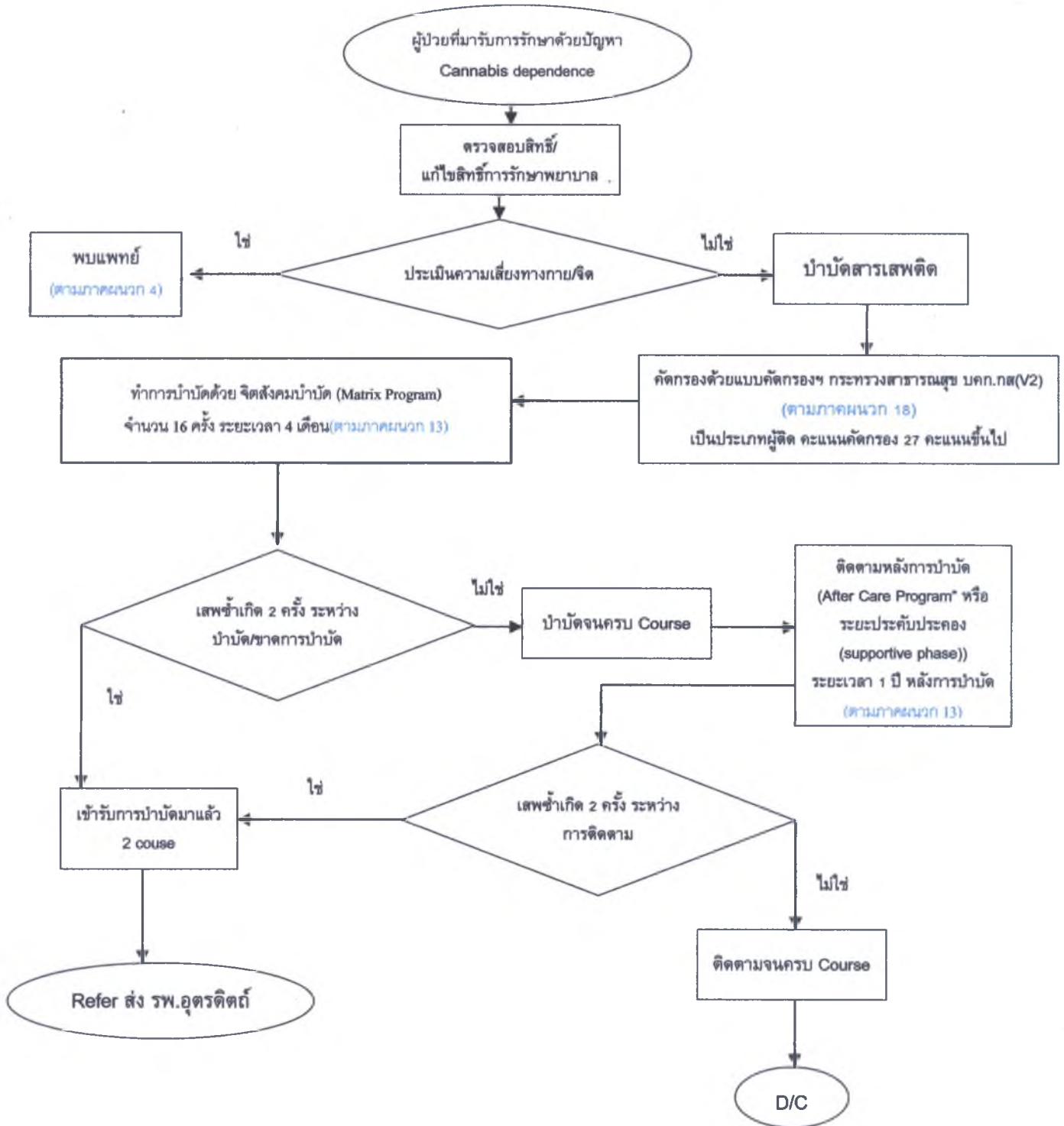
ภาคผนวก 6

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Cannabis ประเภทผู้เสพ (คะแนนคัดกรอง 4-26 คะแนน)



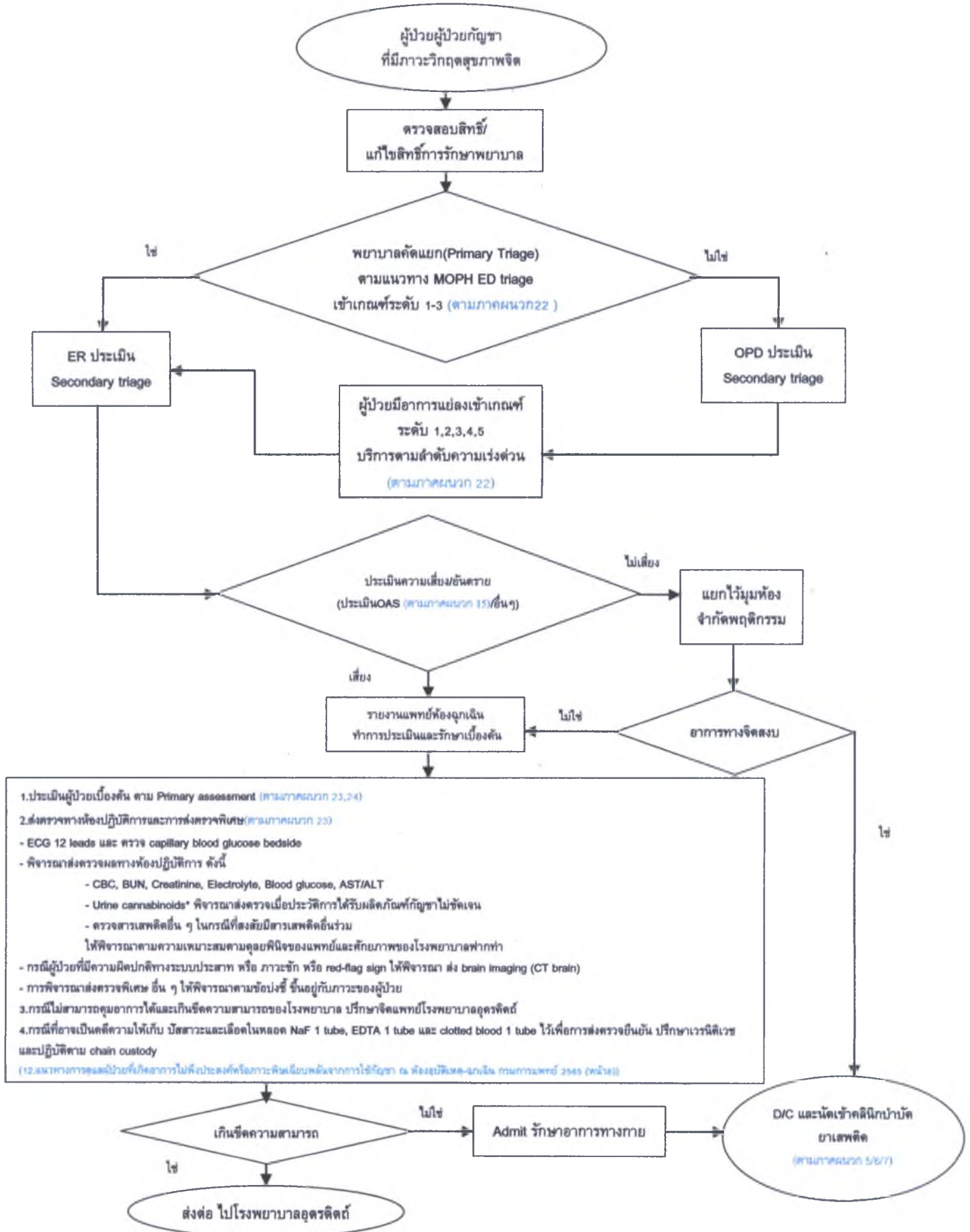
ภาคผนวก 7

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Cannabis dependence ประเภทผู้ติด (คะแนนคัดกรอง 27 คะแนนขึ้นไป)



ภาคผนวก 8

แนวทางการดูแลผู้ป่วยกัญชาที่มีภาวะวิกฤตสุขภาพจิต



ภาคผนวก 9

BRIEF ADVICE (การให้คำแนะนำแบบสั้น)

BRIEF ADVICE (การให้คำแนะนำแบบสั้น) ความหมาย คือการให้ข้อมูล เชิงปรึกษา โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งแรงจูงใจนี้จะผลักดันให้ผู้รับคำแนะนำตัดสินใจปฏิบัติตามข้อมูลความรู้ที่ได้รับ การให้คำแนะนำแบบสั้นนี้ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที สามารถทำได้ทั้งที่ห้องฉุกเฉิน/แผนกผู้ป่วยนอก/ห้องส่งกล้อง Gastro ฯลฯ และสามารถทำพร้อมกับการเยี่ยมบ้าน เหมาะกับผู้ที่ยังขาดแรงจูงใจ การให้ Brief Advice หลายครั้งจะมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

BRIEF ADVICE (การให้คำแนะนำแบบสั้น) ส่วนใหญ่จำเป็นรายบุคคล แต่ก็สามารถดำเนินการในรูปแบบ Small Group ได้แต่จุดสำคัญการเลือกถามเรื่อง “สิ่งสำคัญในชีวิต” ควรเลือกเพียง 1-2 คนในกลุ่มเท่านั้น กลุ่มจะเกิดการคิดตามเองแม้ว่าจะฟังเรื่องเกี่ยวกับการงานของคนอื่นก็สามารถทำให้เชื่อมโยงเรื่องตนได้โดยธรรมชาติ เมื่อเกิดแรงจูงใจแล้วสมาชิกในกลุ่มก็จะมีความพร้อมมากขึ้นในการรับฟังข้อมูล

ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำแบบสั้นนั้นเห็นได้อย่างชัดเจนในกรณีนักดื่มซึ่งใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินโดยพบว่านักดื่มที่ได้คำแนะนำแบบสั้นไป จะมีการลดปริมาณการดื่มลงไปถึง 27 เปอร์เซ็นต์และพบว่า ยังให้คำแนะนำแบบสั้นนี้ซ้ำอีก (ซึ่งอาจเป็นการกระตุ้นเตือนหลังจากการให้คำแนะนำครั้งแรกผ่านไป) ก็จะทำให้ประสิทธิผลยิ่งดีขึ้น นอกจากเรื่องการดื่มสุราแล้วการให้คำแนะนำแบบสั้นยังถูกใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยเป็นรูปแบบหนึ่งของ Life Style Intervention

ขั้นตอน BRIEF ADVICE (การให้คำแนะนำแบบสั้น)

1. การสร้างสัมพันธภาพด้วยการสนทนา/แสดงความชื่นชม (Affirmation) ในเรื่องสำคัญ สิ่งดี ความพยายาม
2. การใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ (Ask for Reason) เช่นการถามเกี่ยวกับผลกระทบของพฤติกรรม การถามเกี่ยวกับความพยายามที่ผ่านมา
3. การให้ข้อมูลที่จำเป็น (Advice with Menus) ซึ่งควรสั้นและมีลักษณะที่มีทางเลือก

ตัวอย่างการสนทนา BA ในกลุ่มเสี่ยง

- ผู้ป่วย : เจาะเลือดไปเมื่อเดือนมีนาคมพบว่าคอเลสเตอรอล 210
- แพทย์ : รู้สึกอย่างไรกับตัวเลขนี้ ผมรู้สึกว่าไม่ได้เป็นจำนวนที่สูงมากนัก
- ผู้ป่วย : เป็นคนออกกำลังกายแต่ขาดการควบคุมเรื่องการรับประทานอาหาร ยิ่งพอแต่งงานแล้วออกงานมากขึ้นต้องรับประทานอาหารในงานสังสรรค์ต่างๆ รวมถึงงานศพ
- แพทย์ : แต่งงานมานานเท่าไรแล้ว
- ผู้ป่วย : ประมาณ 15 ปี มีลูกแล้ว
- แพทย์ : การเปลี่ยนวิถีชีวิตก็มีส่วนทำให้ควบคุมอาหารยาก เมื่อสักครู๋ได้ยืนยันว่าออกกำลังกายเป็นประจำ ทำไมถึงขยับแบบนั้น คนที่ทำงานส่วนใหญ่ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ผมสงสัยว่าเพราะอะไร
- ผู้ป่วย : ออกกำลังกายแล้วรู้สึกว่าคลายเครียด
- แพทย์ : ความถี่ของการออกกำลังกาย
- ผู้ป่วย : จะไม่ให้น้อยกว่า 4 วัน ต่อสัปดาห์

ตัวอย่างการสนทนา BA ในกลุ่มเสี่ยง (ต่อ)

แพทย์ : การออกกำลังกายเพื่อคลายเครียดนั่นคือเหตุผลหลักเหรอ...
มีเหตุผลอะไรอย่างอื่นอีกมั๊ย

ผู้ป่วย : เดิมรูปร่างดีกว่านี้ ตั้งแต่แต่งงานมาน้ำหนักเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ
รู้สึกขึ้นมาเอง จากเมื่อก่อนไซส์ S ปัจจุบันเกือบไซส์ M แล้วจะ
กลัวโรคภัยที่ตามมาด้วย

แพทย์ : เคยมีคนทักว่าอ้วนมั๊ย

ผู้ป่วย : มีคนทักว่าแก้มออก คูอบขึ้น

แพทย์ : คุณเป็นคนออกกำลังกายทุกวันอยู่แล้วสิ่งที่คุณอยากเพิ่มเติม
คือ เรื่อง ของการกินอาหาร ผมฟังดูแล้วอาจจะไม่ถนัดนักคือ
คุณต้องมึนบทบาทในการกินเลี้ยงสังสรรค์ คุณมองความเป็นได้
อย่างไร มีอะไรที่พอทำได้ ผมกำลังคิดถึงการไปกินเลี้ยงใน
การสังคมคุณมองอย่างไร

ผู้ป่วย : ถ้าข้าวต้มก็จะกินแต่น้ำ

แพทย์ : คุณถึงกับจะกินแต่น้ำเลยเหรอ ขนาดนั้นเขี้ยวเหรอ เหตุผล
มันคืออะไร

ผู้ป่วย : คือเจ้าภาพนั่งมองอยู่ถ้าไม่กินเลย จะดูน่าเกลียด จะพยายามกิน
ให้น้อยลง

แพทย์ : ผมได้ยินมาว่าเรื่องของไขมัน การลดแป้งและน้ำตาลลงอาจจะ
ช่วยได้เยอะ ผมว่านี่คือ ตัวเลือกในการลดไขมัน คุณมองอนาคต
คุณอย่างไร คุณทำงานมากี่ปี

ผู้ป่วย : เข้าปีที่ 26

ตัวอย่างการสนทนา BA ในกลุ่มเสี่ยง (ต่อ)

- แพทย์ : จะทำต่อมั๊ย จะทำกิจการส่วนตัวหรือจะทำงานต่อไปเรื่อยๆ
- ผู้ป่วย : เคยคิดจะวางแผนลาออก
- แพทย์ : ถ้าออกจากงานคิดจะวางแผนอะไรบ้าง
- ผู้ป่วย : ทำกิจการส่วนตัวเป็นรูปแบบบริษัท
- แพทย์ : ฟังคุณแล้วเรื่องการทำงานคุณมีความตั้งใจ มีความรู้สึกว่าคุณขยันและตั้งใจทำงาน น่าจะมีเงินเก็บพอสมควร คุณทำงานขนาดนี้ เก็บเงินขนาดนี้เพื่ออะไร
- ผู้ป่วย : คนรอบข้างยังไม่สบาย ยังมีความรับผิดชอบต่อครอบครัว
- แพทย์ : ฟังคุณแล้วคุณเป็นเสาหลักของบ้าน ไม่เฉพาะครอบครัวคุณอย่างเดียวรวมถึงครอบครัวเดิมของคุณด้วย คุณแม่คุณตอนนี้เป็นอย่างไบบ้างครับ
- ผู้ป่วย : ปัจจุบันคุณแม่ช่วยทำงานในส่วนของบริษัท
- แพทย์ : ผมยิ่งฟังแล้วรู้สึกว่าคุณยังเป็นคนที่มีความสำคัญต่อครอบครัว และคุณเป็นคนมุ่งมั่นตั้งใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการออกกำลังกาย ผมมองดูแล้วคุณมีคุณสมบัติครบถ้วนในการบริหารชีวิตตนเองได้ หากมองย้อนไปในเรื่องของอาหารการกิน คงไม่น่าจะใช่เรื่องยาก มีอะไรที่คุณจะพอได้ในช่วง 2-3 อาทิตย์ หรือภายในเดือนนี้บ้างมั๊ย เช่น การเดินขึ้น-ลง บันไดเพื่อต่อยอดในการดูแลเรื่องอาหาร ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงอะไรหลายอย่างลงได้
- ผู้ป่วย : มือเช้าจะทานแต่มะม่วง

ตัวอย่างการสนทนา BA ในกลุ่มเสี่ยง (ต่อ)

แพทย์ : คุณถึงกับจะทานแต่ผลไม้เลยหรอ.....มันไม่ขยับเลยนะ
คุณสามารถทำได้ มีอะไรอย่างอื่นมันที่คุณสามารถทำได้

ผู้ป่วย : เสาร์ - อาทิตย์ ไปคอนโดที่บางแสนแต่ก่อนทานอาหารทะเล
เดี๋ยวนี้เลิกทาน หรือทานน้อยลง

แพทย์ : เรื่องราวของคุณเป็นเรื่องราวที่ดีคุณเป็นคนมุ่งมั่นตั้งใจ
ที่จะบริหารจัดการชีวิตได้

ภาคผนวก 10

BRIEF INTERVENTION (การให้คำปรึกษาแบบสั้น)

BRIEF INTERVENTION (การให้คำปรึกษาแบบสั้น)

หลักการสำคัญ ของ BI คือเป็นการสนทนาสร้างแรงจูงใจที่มีความเหมาะสมกับผู้ที่มีแรงจูงใจอยู่บ้าง เน้นเสริมแรงความตระหนัก การประเมินปัญหาทั้งความรู้และแรงจูงใจ แนะนำ-ให้ข้อมูล ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน วางแผนเพื่อไปยังเป้าหมาย เป็นการช่วยเหลือแบบครั้งเดียวจบ (แต่นัดต่อได้) เน้นเรื่องที่สำคัญเท่านั้นใช้เวลา 20 - 30 นาที

กระบวนการ BRIEF INTERVENTION (การให้คำปรึกษาแบบสั้น)

1. สร้างสัมพันธภาพ (ทักทาย/เกริ่น/ด้านบวก)
2. ประเมินแรงจูงใจ (มีเท่าไรและมาจากไหน)
3. ถามเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Reason for change)
4. จัดการกับแรงต้าน (breaking resistance)
5. กำหนดเป้าหมาย - วางแผน/ประยุกต์
6. ให้กำลังใจ - คาดหวังด้านบวก / สรุป-นัดหมาย

ภาคผนวก 11

**ความแตกต่างระหว่าง Brief advice (BA),
Brief Intervention (BI) และ Motivational Interviewing (MI)**

Brief advice (BA) : เป็นการให้คำแนะนำแบบสั้น โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจ และไม่เน้นคำแนะนำ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะในเรื่องเวลาซึ่งมักอยู่ในช่วง 5 - 10 นาที

Brief Intervention (BI) : เป็นการให้คำปรึกษาแบบสั้นในแต่ละ Section ถูกกำหนดด้วยระยะเวลา เพียง 20 - 30 นาที

ทั้ง Brief Advice (BA) และ Brief Intervention (BI) อยู่ภายใต้ Motivational Interviewing (MI) เนื่องจาก Motivational Interviewing (MI) คือ การสนทนาหรือให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ มีระยะเวลาตั้งแต่ 5 นาที จนถึง 1 ชั่วโมง

ซึ่งรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ มีความแตกต่างจากการให้คำแนะนำหรือการสอน โดยผู้รับฟังมีส่วนร่วมในการสนทนามีความเป็นพวกเดียวกัน (Collaboration) เราจึงไม่เป็นคู่ต่อสู้กับคู่สนทนา ทำให้ผู้สนทนาได้เสนอความคิดเห็นและเป็นผู้ตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาของตัวเอง

Motivational Interviewing Process และการนำไปใช้ในผู้ป่วย NCDs

การประยุกต์ใช้ในผู้ป่วย NCDs นั้นอาจแบ่งเป็น

การใช้ Brief Advice; BA โดยใช้เวลา 5-10 นาที ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์/เจ้าหน้าที่ โดยเลือกผู้ที่ยังควบคุมระดับความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลได้ไม่ดี การสนทนาแบบนี้ใช้หลักการ 3As คือการแสดงความชื่นชมในสิ่งดี (Affirm) การถามกระตุ้นแรงจูงใจ (Ask) และการแนะนำให้ข้อมูล (Advice) จากการทดลองในหลายพื้นที่พบว่า การสนทนาแบบนี้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปสามารถสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้

การใช้ Brief Intervention ใช้เวลา 15-20 นาที มีความเหมาะสม ในรายที่มีความตั้งใจอยู่บ้าง เพียงแต่ไม่มากพอหรือขาดเทคนิคบางอย่าง การใช้ในแบบกลุ่ม (Group Process) ซึ่งสามารถใช้การสนทนา เป็นขั้นตอนก่อนรับความรู้ หรือเป็นการสร้างแรงจูงใจกระตุ้นความพร้อม ก่อนการบำบัดก็ได้

ภาคผนวก 12

ทักษะ/ทฤษฎีอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ Motivational Interviewing (MI)

1. Stages of change : ทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง (Stage of change model หรือ Tran Theoretical Model) นั้นจัดว่าเป็นหลักของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งจัดว่าเป็นทฤษฎีสำคัญที่ใช้อธิบาย ในเรื่องของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และยาเสพติดทั้งหลายว่ามีขั้นตอนอย่างไร ควรสนทนาอย่างไร

ดร. เจมส์ โพรคาสก้า (James O. Prochaska) และคู่หูผู้ร่วมงานของเขา ดร.คาร์โล ดิคลิเมนเต้ (Carlo Diclemente) ได้พัฒนาทฤษฎี จากการศึกษาในผู้ที่ติดบุหรี่ ทั้งนี้แต่เดิมกล่าวกันว่าเหตุที่ดอกเตอร์โพรคาสก้า สนใจเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะสารเสพติดก็เพราะเขามีพ่อ ที่ติดสุราเรื้อรัง บวกด้วยโรคซึมเศร้าตามมาและแม้จะให้การรักษาแต่ก็กลับ ไม่ได้ผล ไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพ่อเขาได้เลยจบจนพ่อ ของเขาได้เสียชีวิตไป

การศึกษาในระยะต่อมาที่ทำในหมู่นักสูบบุหรี่ก็ทำให้พบขั้นตอนหรือลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 5 ขั้นตอน

1. **ระยะมองไม่เห็นปัญหา (Pre contemplation)** ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วย (หรือนักสูบ/นักดื่ม ฯลฯ) ยังไม่ได้คิดถึงความเสี่ยงของพฤติกรรมสุขภาพของตนเองว่าเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์อันเลวร้ายในระยะนี้นักสูบบุหรี่จะคิดว่าตนสูบบุหรี่ไม่มากไม่มีทางเป็นมะเร็งได้เลยนักดื่มจะคิดว่าตนเองดื่มแบบควบคุมได้ (ทั้งที่จริงแล้วไม่ใช่) หากอยากเลิกก็เลิกได้ (ไม่ใช่ปัญหา)

2. **ระยะมองเห็นปัญหา (Contemplation)** ระยะนี้บุคคลจะมองเห็นความเสี่ยงหรือปัญหาที่อาจติดตามมาจากพฤติกรรมสุขภาพของตน อย่างไรก็ตามเมื่อซ้มน้ำหนักแล้วยังไม่พบความคุ้มค่าที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

3. **ระยะเตรียมตัวหรือพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง (Preparation)** ระยะนี้เป็นระยะที่บุคคลได้แสดงความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง พวกเขาอาจวางแผนการแล้วว่าจะทำอะไรบ้าง เพื่อลดน้ำหนัก อาจซื้อรองเท้าวิ่งไปสมัครเป็นสมาชิกในฟิตเนส โดยทั่วไปแล้วการทำตามแผนมักเกิดในช่วงไม่เกิน 1 เดือน หลังจากการได้วางแผนแน่นอนว่าหากเกินไปจากนี้ความตั้งใจก็จะลดลง

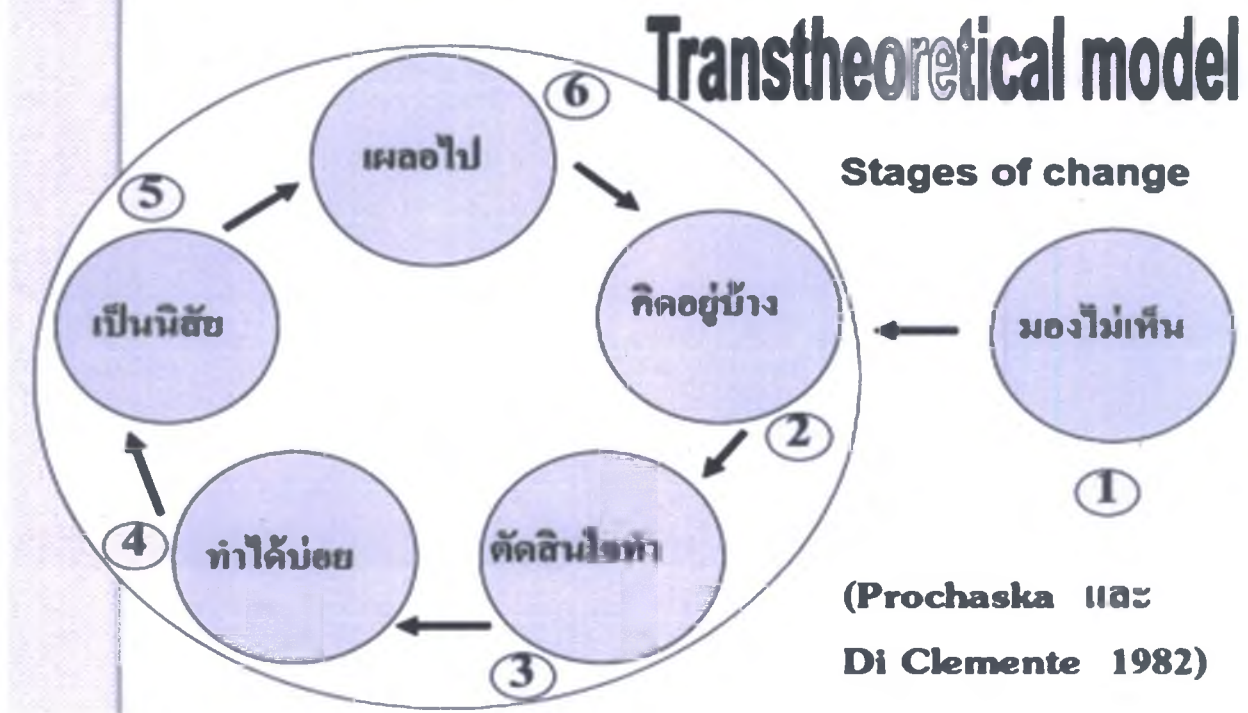
4. **ระยะลงมือปฏิบัติ (Action)** ในระยะนี้บุคคลจะทำตามแผนการที่ได้วางไว้ ผู้ป่วยเบาหวานจะเริ่มลดอาหารชนิดที่มีคาลอรีสูง นักสูบบุหรี่จะลดการสูบลง ใครที่เคยขาดยาบ่อยๆ ก็จะเอายาใส่กล่องแล้ววางไว้ในที่เห็นชัดเพื่อกระตุ้นการกินยา

5. ระยะเวลาสภาพพฤติกรรมใหม่ (Maintenance) คือระยะที่บุคคลสามารถปฏิบัติตามแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ตั้งใจไว้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจกินเวลาหลายเดือนจนถึงหลายปีแล้วแต่ชนิดของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมักมีความยากง่ายแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามก่อนที่จะมาถึงระยะคงสภาพได้นั้น พวกเขาจะต้องผ่านการ “เผลอไป” และแก้ไขปรับปรุงตนเอง ที่แล้วที่เล่าอยู่หลายครั้งทีเดียว การพลาดไปดังกล่าวมักจัดว่าเป็นกระบวนการธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมสุขภาพไม่ได้จัดว่าเป็นความ “ล้มเหลว” แต่อย่างใด

ระยะต่างๆ ของการเปลี่ยนแปลงนี้มีลักษณะเป็นวงจร ซึ่งหมายความว่า การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่จะเป็นไปตามลำดับขั้น และอาจย้อนกลับไปกลับมาได้ เช่น หากเมื่อเคยทำได้อย่างที่ตั้งใจไว้ก็อาจมีบางอย่างผลักดันเขากลับไปยังจุดที่มองข้ามปัญหาอีกก็ได้ ดังนั้นผู้ที่บำบัดรักษาหรือให้คำปรึกษา แก่ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ จึงควรทำความเข้าใจกับธรรมชาติและพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ และเข้าใจในความ “เผลอไป” ว่าไม่ใช่ความล้มเหลว นอกจากนี้ยังควรเข้าใจด้วยว่าบางปัญหา เช่น การสูบบุหรี่นั้น นักสูบบางคนต้องผ่านกระบวนการตามลำดับขั้น 3 – 4 รอบ กว่าจะสามารถคงสภาพพฤติกรรมสุขภาพตนเองคือการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

ประเมินลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลงของบุคคล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถเลือกใช้การสนทนาที่สอดคล้อง จึงต้องพิจารณาคู่สนทนาในลำดับขั้นตอนของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองก่อนเป็นอันดับแรก ดังภาพด้านล่าง

ลำดับขั้นตอนของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง



Transtheoretical Model

Prochaska และ DiClemente (1982,1984,1986)

- Pre-contemplation มองข้าม/ไม่เห็นปัญหา → ควร ชี้ให้เห็นปัญหา
- Contemplation คิดบ้างแต่ลังเล → ควรชวนชั่งน้ำหนักทางเลือกต่างๆ
- Determination ตัดสินใจ → ควรชวนพิจารณาเหตุผลให้มันคง
- Action ทำได้บ่อย ๆ → สรรวจสิ่งดีที่ได้รับ
- Maintenance เป็นนิสัย → คุยเรื่องผลดีและระวังหลุมพราง
- Relapse ถอยหลัง → สิ่งที่เคยทำได้ สิ่งที่ต้องวางแผน

2. The Five Basic Principles : Miller และคณะ (1991)

องค์ประกอบที่จำเป็นในการให้คำปรึกษา

แบบสร้างแรงจูงใจ (EDARS)

1) Express empathy: การแสดงความเห็นใจเพื่อให้คู่สนทนาทำบางอย่างและมีเป้าหมายซึ่งในบางครั้งคู่สนทนาอาจลังเลใจ ตัวอย่างบทสนทนา เช่น ฟังดูแล้วคุณอยากจะทำงานที่นี้อย่างมีความสุข

2) Develop Discrepancy: การชี้ให้เห็นถึงความขัดแย้งของชีวิต 2 แบบ หรือชี้ให้เห็นถึงสิ่งที่อยากทำและไม่อยากทำ เพราะฉะนั้นจะกระตุ้นให้เกิดความเครียด ตัวอย่างบทสนทนา เช่น คุณกำลังบอกว่าคุณไม่มีเวลาออกกำลังกาย แต่อีกใจหนึ่งคุณบิกว่าเป็นเบาหวานแบบนี้ ถ้าไม่ออกกำลังกาย คุณจะแย่ คุณคิดอย่างไรกับ 2 ความคิดนี้

3) Avoid argumentation: หากพบแรงต้านจากคู่สนทนา ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรถกเถียงแต่ให้เดินหน้าไปพร้อมกับแรงต้านนั้น

4) Roll with Resistance : เมื่อพบกับแรงต้านของคู่สนทนาเรา อาจชวนเดินหน้าต่อและจัดการลดแรงต้านนั้นเช่นอาจเห็นด้วยในบางประเด็น อาจเปลี่ยนมาโฟกัสประเด็นที่สำคัญกว่า เป็นไปได้มากกว่าลา

5) Support self - efficacy: สนทนาเน้นการสร้างเชื่อมั่น เช่นการถามสิ่งที่คู่สนทนาเคยทำได้ หรือถามให้เห็นถึงกระบวนการและวิธีการที่เคยทำและประสบความสำเร็จ

3. Component ของ Counseling ในแบบสะท้อนปัญหา

(มักใช้ร่วมกับแบบคัดกรอง เกี่ยวกับ ปัญหาสุรา ยาเสพติด)

1) Feedback ใน Risk / ปัญหา	F	Feedback
2) เน้นความรับผิดชอบที่ CL.	R	Responsibility
3) การแนะนำ	A	Advice
4) Menu ทางเลือก	M	Menu
5) Empathic style	E	Empathy
6) เชื่อในพลังของ CL.	S	Self-Efficiency

4. ปฏิกริยาจากการสนทนาเกี่ยวกับความสำเร็จที่เคยทำได้ ทำให้ คู่สนทนาคิดถึงความเป็นไปได้ ลดการคิดวนเวียนเกี่ยวกับอุปสรรค

5. Change Talk : Change talk หรือคำพูดที่แสดงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเป็นสัญญาณที่บอกผู้ให้คำปรึกษาว่าคุณได้ “บรรลุ เป้าหมาย” แล้ว

ตัวอย่างการสนทนา

พยาบาล : 1. “อะไรที่สำคัญและคุณอยากใช้การเลี้ยงหลานหรือเปล่า”

2. “ลูกๆ อยากให้คุณอยู่และช่วยเลี้ยงหลานให้พวกเขา”

3. “ถ้าคุณกินยาต่อเนื่องดี ความดันไม่สูงก็จะโล่งหัว
ไม่เวียนหัวอีกมันจะทำให้คุณดูแลหลาน ๆ ได้ดีขึ้น”

ซึ่งหากผู้ป่วยรู้สึกว่ามัน “ตรงใจ” ก็จะตอบว่า

ผู้ป่วย : “ใช่เพราะที่แล้วมาผมดูแลหลานๆ ไม่ค่อยได้ก็เพราะไอ้อาการ
เวียนศีรษะนี้แหละผมจะกินยาให้ได้ทุกวันครับ”

การสนทนาที่เป็นพวกเดียวกันไม่ตำหนิต่อว่า คอยเรื่องสิ่งสำคัญแล้ว
โยงไปยังพฤติกรรมที่ควรมีเป็นสิ่งที่ทำเป็นระยะอย่างค่อยเป็นค่อยไปจน
สามารถผลักดันการเปลี่ยนแปลงได้

6. การให้กำลังใจเป็นเทคนิคหนึ่งที่สนับสนุนความคิดว่า ทำได้ เป็นไปได้ มีหลายวิธีเช่น

1) พูดถึงความพยายาม/ความอดทนของผู้มาปรึกษา เช่น ไม่ตำว่า
แม้จะโง่ธมาก

2) พูดถึงคุณธรรมเช่นเขาให้เงินแม่แม้ว่าจะทำให้อดไปเกี่ยวกับเพื่อน

3) พูดถึงอนาคตที่ดีขึ้นเช่นคุณยังมีโอกาสโตเต้าต่อไปอีก

4) เล่าเรื่องที่คล้ายกันของผู้อื่นเช่นมีสามมีที่ใจร้อนเหมือนกัน

5) เล่าเรื่องของผู้อื่นที่พบทางออก

6) เล่าประสบการณ์ตนเอง

7. สถานการณ์จำเพาะบางอย่างที่กระตุ้นให้เกิดแรงูงใจ

1) ระดับของความเครียดเช่นกังวลกับผลร้ายจากพฤติกรรมของตน/
การดื่ม

2) วิกฤติการณ์ในชีวิตเช่น ป่วยหนัก ถูกให้ออกจากการเรียน

3) การใช้สติปัญญาในการประเมินคุณค่า ผลบวก - ผลลบ

4) การตระหนักถึงผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรมของตนเอง

5) การได้รับรางวัล/การถูกลงโทษ

6) ทำดีของผู้ช่วยเหลือ

ภาคผนวก 13

การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม :

โปรแกรมจิตสังคมบำบัด (Matrix Program)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมเมทริกซ์ เป็นการบำบัดที่ประยุกต์มาจาก The Matrix Intensive Outpatient Program ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาโดยเจ้าหน้าที่ศูนย์ Matrix Institute มหาวิทยาลัย UCLA ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อใช้บำบัดรักษาผู้ติดยาหลายประเภท โดยเฉพาะในผู้ติดยาประเภทยากระตุ้นประสาท เช่น โคเคน ในแบบผู้ป่วยนอกและได้ผลสัมฤทธิ์ในการรักษาดี แต่ใช้ต้นทุนน้อย ซึ่งประเทศไทยได้เริ่มนำมาใช้ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๓ จนถึงปัจจุบัน

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบจิต สังคมบำบัด (Matrix Program) เป็นกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามแบบ Cognitive-behavioral Model ที่เน้นการให้องค์ความรู้ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว โดยสอดแทรกเข้าไปในระยะเวลาต่างๆ ของการบำบัดรักษาผ่านกิจกรรม“กลุ่มบำบัด” ซึ่งถือเป็นวิธีการหลักที่ใช้ตลอดโปรแกรมการบำบัดรักษานาน ๑ ปี โดย แบ่งเป็น ๒ ช่วงดังนี้

ช่วงที่ ๑ ใช้เวลา ๔ เดือน (๑๖ สัปดาห์) เรียกระยะนี้ว่า “Intensive Phase หรือ Intensive Outpatient Program (Matrix IOP) ถือเป็นช่วงแรกของการบำบัดรักษา แต่เป็นช่วงที่สำคัญและวิกฤติที่สุดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกใช้ยาเสพติดได้หรือไม่

ช่วงที่ ๒ ใช้เวลา ๘ เดือน ต่อจากช่วงที่ ๑ คือจากเดือนที่ ๕ ถึงเดือนที่ ๑๒ เรียกระยะนี้ว่า “After Care Program” หรือระยะประคับประคอง (supportive phase) ซึ่งจะมีกิจกรรมรองรับ ๒ อย่างคือ

๑. กลุ่มประคับประคองทางสังคม (social support group)
๒. กลุ่มประชุม ๑๒ ขั้นตอน (๑๒ step meeting)

ระยะที่ ๑ Matrix IOP ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก ๔ อย่างคือ

ก. การให้คำปรึกษารายบุคคล/ครอบครัว (Individual / Conjoint Sessions) เป็นการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากเป็นช่วงของการปรับตัวเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบ Matrix ที่มีโครงสร้างขั้นตอนการบำบัดรักษาชัดเจน จำเป็นที่ผู้ป่วยและญาติต้องปฏิบัติตาม การบำบัดรักษาจึงจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

Individual Session เป็นการให้คำปรึกษาเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น

Conjoint Session เป็นการให้คำปรึกษาสำหรับญาติ โดยมีผู้ป่วยร่วมฟังอยู่ด้วย เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงแรกของการหยุดเสพยา โดยมีเนื้อหา ๑๐ ครั้งดังนี้

- ครั้งที่ ๑ ข้อตกลงและคำยินยอม
- ครั้งที่ ๒ การหยุดใช้ยาและการจัดตารางเวลาประจำวัน
- ครั้งที่ ๓ สารกระตุ้นประสาทและเพศสัมพันธ์
- ครั้งที่ ๔ ผื่นเกี่ยวกับการเสพยาระหว่างการเลิกยา
- ครั้งที่ ๕ การทบทวนสถานภาพของผู้รับการบำบัด
- ครั้งที่ ๖ ระยะฝ่าอุปสรรค
- ครั้งที่ ๗ การสนับสนุนจากครอบครัว

ครั้งที่ ๘ อารมณ์และการเลิกยาเสพติด

ครั้งที่ ๙ การประเมินภายหลังการบำบัด

ครั้งที่ ๑๐ การวิเคราะห์การกลับไปเสพซ้ำ

ข. กลุ่มฝึกทักษะการเลิกเสพยาในระยะเริ่มต้น (Early Recovery Skill Group) เป็น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับผลของยาเสพติดต่อสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ ทั้งที่มีความพยายามอย่างมากและหลายครั้งที่ผ่านมา รวมถึงสอนทักษะที่จำเป็นสำหรับช่วยในการเลิกเสพยา เนื้อหาที่จำเป็นมี ๘ หัวข้อ สอนครั้งละ ๑ ชั่วโมง สัปดาห์ละ ๓ ครั้ง ตามลำดับดังนี้

ครั้งที่ ๑ หยุดวงจรการใช้ยา

ครั้งที่ ๒ ตัวกระตุ้นภายนอก

ครั้งที่ ๓ ตัวกระตุ้นภายใน

ครั้งที่ ๔ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะเลิกยาเสพติด

ครั้งที่ ๕ ปัญหาต่างๆ ในระยะเลิกยาระยะเริ่มต้น

ครั้งที่ ๖ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

ครั้งที่ ๗ แนะนำกลุ่มช่วยเหลือกันเอง

ครั้งที่ ๘ ข้อควรจำง่าย ๆ (เคล็ดลับจากหลักการ ๑๒ ขั้นตอน) และการจัดการกับอารมณ์อันตราย

ค. กลุ่มป้องกันการหวนกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention Group) เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยด้านการปรับตัวทางจิตสังคม (Psychosocial Skills) เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและวิธีการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยเนื้อหา ๓๒ ข้อ ดังนี้

ครั้งที่ ๑ สุรายาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย

ครั้งที่ ๒ ความเบื่อ

ครั้งที่ ๓ การหลีกเลี่ยงการหวนกลับไปเสพซ้ำ/สิ่งยึดเหนี่ยว

ครั้งที่ ๔ งานและการเลิกยา

ครั้งที่ ๕ ความรู้สึกผิดและความละอายใจ

ครั้งที่ ๖ การทำตัวไม่ให้อ่าง

ครั้งที่ ๗ แรงจูงใจในการเลิกยา

ครั้งที่ ๘ การพูดความจริง

ครั้งที่ ๙ การหยุดยาและสารเสพติดทุกชนิด

ครั้งที่ ๑๐ เพศสัมพันธ์และการเลิกยา

ครั้งที่ ๑๑ การป้องกันการกลับไปติดซ้ำ

ครั้งที่ ๑๒ ความไว้วางใจ

ครั้งที่ ๑๓ จงทำตนเป็นคนฉลาด แต่อย่าประมาท

ครั้งที่ ๑๔ เป้าหมายและคุณค่าของชีวิต

ครั้งที่ ๑๕ ความรับผิดชอบเรื่องชีวิตประจำวันและการเงิน

ครั้งที่ ๑๖ การดูแลตนเอง

ครั้งที่ ๑๗ ความเจ็บป่วย

- ครั้งที่ ๑๘ ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกที่ทำให้กลับไปเสพยาและสารเสพติด
- ครั้งที่ ๑๙ วิธีการจัดการกับความโกรธ
- ครั้งที่ ๒๐ การรับรู้ความเครียด
- ครั้งที่ ๒๑ การลดภาวะตึงเครียด
- ครั้งที่ ๒๒ การยอมรับ
- ครั้งที่ ๒๓ การหาเหตุผลในการกลับไปเสพยา ๑
- ครั้งที่ ๒๔ การหาเหตุผลในการกลับไปเสพยา ๒
- ครั้งที่ ๒๕ การหาเพื่อนใหม่
- ครั้งที่ ๒๖ การฟื้นฟูสัมพันธภาพ
- ครั้งที่ ๒๗ การสวดมนต์/การทำสมาธิ เพื่อความสงบสุขในชีวิต
- ครั้งที่ ๒๘ พฤติกรรมร้ายทำและการป้องกันการทวนกลับไปมีพฤติกรรมทางเพศที่เกิดจากความใคร่
- ครั้งที่ ๒๙ การจัดการกับความรู้สึกภาวะซึมเศร้า
- ครั้งที่ ๓๐ การเรียนรู้โปรแกรมหลักการ ๑๒ ขั้นตอน
- ครั้งที่ ๓๑ มองไปข้างหน้าจัดการแก้ปัญหาช่วงเวลาหยุดพัก
- ครั้งที่ ๓๒ หยุดเสพยาทีละวัน

การจัดตารางการสอนให้ครอบคลุม ๒ หัวข้อใน ๑ สัปดาห์ใช้เวลา ๑๖ สัปดาห์ผู้ให้การบำบัดจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องสาเหตุของปัญหาเสพยาเสพติดเป็น อย่างดีและเป็นผู้ที่ช่างสังเกตการแสดงออกทางผู้ป่วย ทั้งวาจาและภาษากาย อื่นๆมีการโต้ตอบที่เหมาะสม และมีความเข้มแข็ง อดทนต่อผู้ป่วย จึงจะสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย อันจะนำไปสู่ความสัมฤทธิ์ผลในการบำบัดรักษา

ง. กลุ่มให้ความรู้แก่ครอบครัว (Family Education Group)

เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการใช้สารเสพติด การเปลี่ยนแปลงของสมองภายหลังการเสพยา (โรคสมองติดยา) ลักษณะความคิดและอารมณ์ของผู้ที่อยู่ในภาวะติดยา บทบาทหน้าที่ของผู้ปกครองต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสั้นและระยะยาว ในกลุ่มผู้ปกครองและผู้ป่วยต้องเข้ารับความรู้ร่วมกับสัปดาห์ละ ๑ ครั้งๆละ ๑ ชั่วโมง โดยมีเนื้อหา ๑๐ หัวข้อดังนี้

- ครั้งที่ ๑ ตัวกระตุ้นและความอยาก
- ครั้งที่ ๒ สุราและร่างกาย
- ครั้งที่ ๓ ประสบการณ์การเลิกยาของสมาชิกและกลุ่มช่วยเหลือกันเอง
- ครั้งที่ ๔ ยาบ้า จากสวรรค์สู่นรก
- ครั้งที่ ๕ เส้นทางสู่การเลิกยา
- ครั้งที่ ๖ สายสัมพันธ์ในครอบครัว
- ครั้งที่ ๗ การหลีกเลี่ยง และการจัดการกับการไปเสพยา
- ครั้งที่ ๘ ปฏิกริยาของครอบครัวต่อการติดยา
- ครั้งที่ ๙ บทบาทของครอบครัวในการเลิกยา
- ครั้งที่ ๑๐ การใช้ชีวิตร่วมกับผู้ติดยา

จุดอ่อนของรูปแบบ Matrix Model

1. ความถี่และระยะเวลาของการบำบัดรักษานาน ๑ ปี แบ่งออกเป็น ๒ ระยะคือ
ระยะที่ ๑ Intensive Phase ๑๖ สัปดาห์ ผู้ป่วยมีกิจกรรมต้องพบกับผู้ให้การบำบัดสัปดาห์ละ ๓ วัน
ระยะที่ ๒ Aftercare Phase ๓๖ สัปดาห์ผู้ป่วยและผู้ปกครองต้องพบผู้ให้การบำบัดสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง มีผลกระทบต่อเวลาและค่าใช้จ่ายของครอบครัวและเกิดการเบี่ยงเบน ส่งผลให้การรักษาไม่ประสบความสำเร็จตามที่ควรจะเป็น
๒. ผู้ให้การบำบัดต้องมีความรู้ความสามารถและมีทักษะ การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือในกระบวนการกลุ่มเป็นอย่างดี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของ Matrix Program

๑. ผู้บำบัดสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยแต่ละราย
๒. ผู้บำบัดมีความรู้ ความเข้าใจ กระบวนการบำบัดรักษาของ Matrix Program อย่างถูกต้องมีความรักงาน อดทน และพัฒนาตนเองตลอดเวลา
๓. ความสม่ำเสมอในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของผู้ป่วย
๔. การมีส่วนร่วมและตั้งใจจริงของครอบครัว

เป้าหมายการให้บริการ (Goals of service)

ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด มีความคาดหวังจากผู้ที่เกี่ยวข้องและสังคมในการบำบัดคือ การมีชีวิตที่ปราศจากยาเสพติดได้นานหรือตลอดไป แต่ในการบำบัดยาเสพติดเป็นเรื่องที่มีความยากลำบากในแต่ละราย การที่จะประสบความสำเร็จได้ จึงต้องใช้ความชำนาญของบุคลากร เวลา ตลอดจนทรัพยากรที่มีอยู่และความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม

การติดยาถือว่าเป็นโรคสมองติดยาและทำให้เกิดความผิดปกติของพฤติกรรมตามมา ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาจึงเป็นเรื่องที่ต้องใช้กระบวนการทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพ และระยะเวลาที่นานเพียงพอ การเข้าใจพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาเสพติดจึงมีผลต่อการวางเป้าหมายการบำบัดรักษา ซึ่งวางไว้เป็น ๓ ระดับคือ

๑. ให้ผู้รับการบำบัดหยุดใช้ยาเสพติดโดยถาวร (drug/substance free)
๒. ผู้รับการบำบัดยังมีการใช้ยานอนหลับหรือยั้งติ่มสุราบ้างเป็นครั้งคราว (some legal drug)
๓. ผู้รับการบำบัดยังคงมีการใช้ยาอยู่ (maintenance of drug)

การช่วยเหลือให้ผู้รับการบำบัดบรรลุชีวิตที่ปราศจากยาเสพติด

องค์ประกอบที่จะบรรลุชีวิตที่ปลอดจากยาเสพติดคือ การเพิ่มแรงจูงใจ ถือเป็นอันดับแรกในการเลิกเสพยา อันดับที่ ๒ คือการฝึกให้ผู้รับการบำบัดสร้างชีวิตใหม่ หลังจากได้ปรับชีวิตประจำวันของเขาให้พ้นจากยา อันดับที่ ๓ ป้องกันการกลับไปเสพยา

๑. การเพิ่มแรงจูงใจในการเลิกเสพยา หรือการบำบัดโดยเพิ่มแรงจูงใจ (motivation Interviewing) หมายถึง ความเป็นไปได้ที่บุคคลเข้ามาบำบัดรักษามาย่างต่อเนื่อง และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นด้วยตนเองลดแรงต้านกฎเกณฑ์ และเห็นด้วยกับแผนการรักษา ได้ผลลัพธ์ที่ดี เห็นความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลง

ต้องการความช่วยเหลือ แสดงความกังวลใจ และยินยอมให้แพทย์รักษา เพราะการเสพติดเป็นสิ่งที่ผู้เสพเคยชินและไม่อยากละทิ้ง ดังนั้นต้องมีเงื่อนไขเพื่อให้การเสพยาอยู่ในการควบคุม ฝึกการควบคุมการใช้ยาเสพติด และสุรา

มาตรการที่เหมาะสมที่จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเลิกยา คือ

๑) การชี้แจงถึงเป้าหมายในชีวิตที่จะไปถึงได้ยากลำบาก หากชีวิตยังคงดำเนินไปกับยาเสพติด ชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดของชีวิตที่มียาเสพติด

๒) การหลีกเลี่ยงและไม่โต้เถียงกับผู้รับการบำบัดเมื่อความเห็นแตกต่างกัน

๓) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ต้องรับรู้และยอมรับผู้ป่วยเหมือนมองตัวเอง เท่าที่จะเข้าใจตัวเขา หรือใกล้เคียงความจริงมากที่สุด

๔) ไม่ตำหนิแรงต้านของผู้รับการบำบัด เพราะแรงต้านเป็นสัญญาณของการเปลี่ยนแปลงในบางครั้ง อาจผ่อนตามไม่ฝืนความคิดของผู้อื่น

๕) เพิ่มการมีคุณค่าในตัวเอง มีกำลังใจที่จะเอาชนะยาเสพติดโดยสนับสนุนและชื่นชมในความสามารถของผู้รับการบำบัด

๒. ช่วยให้ผู้รับการบำบัดดำเนินชีวิตใหม่ที่ปราศจากยาเสพติด

๑) เน้นการรักษาสุขภาพ พยายามป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

๒) แก้ปัญหาครอบครัวและชีวิตสมรส

๓) การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และการเงิน

๔) มีที่พึ่งทางใจ และมีสิ่งยึดเหนี่ยว ความเชื่อทางจิตวิญญาณ

๕) การแก้ไขภาวะไร้ที่อาศัย ซึ่งเป็นการพิจารณาโอกาสที่อาจต้องรับความช่วยเหลือในอนาคต

๓. การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เพิ่มการระวังตัวเพื่อให้รู้เท่าทันโอกาสการกลับไปเสพซ้ำ ช่วยวางแผนซ้ำ และช่วยวางแผนชีวิตล่วงหน้า หรือรองรับสถานการณ์นั้น โดยยึดหลัก relapse prevention ของ Matrix program ซึ่งถือว่าเป็นโปรแกรมการบำบัดที่สมบูรณ์ที่สุดทางจิตวิทยา โดยมีองค์ประกอบการบำบัดที่ตอบสนองด้าน ความคิด ด้านพฤติกรรม ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ

ผลลัพธ์ของการรักษา (treatment outcome) ทำให้ทราบว่าโปรแกรมการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ ควรมีลักษณะที่สามารถเข้าถึงง่าย และครอบคลุมปัญหาด้านต่างๆของผู้ป่วย (comprehensive treatment program) จึงจะ นำไปสู่ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่จะส่งผลต่อการรักษานั้นคือ การที่ผู้รับการบำบัดจะคงอยู่ในโปรแกรมการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนานที่สุด

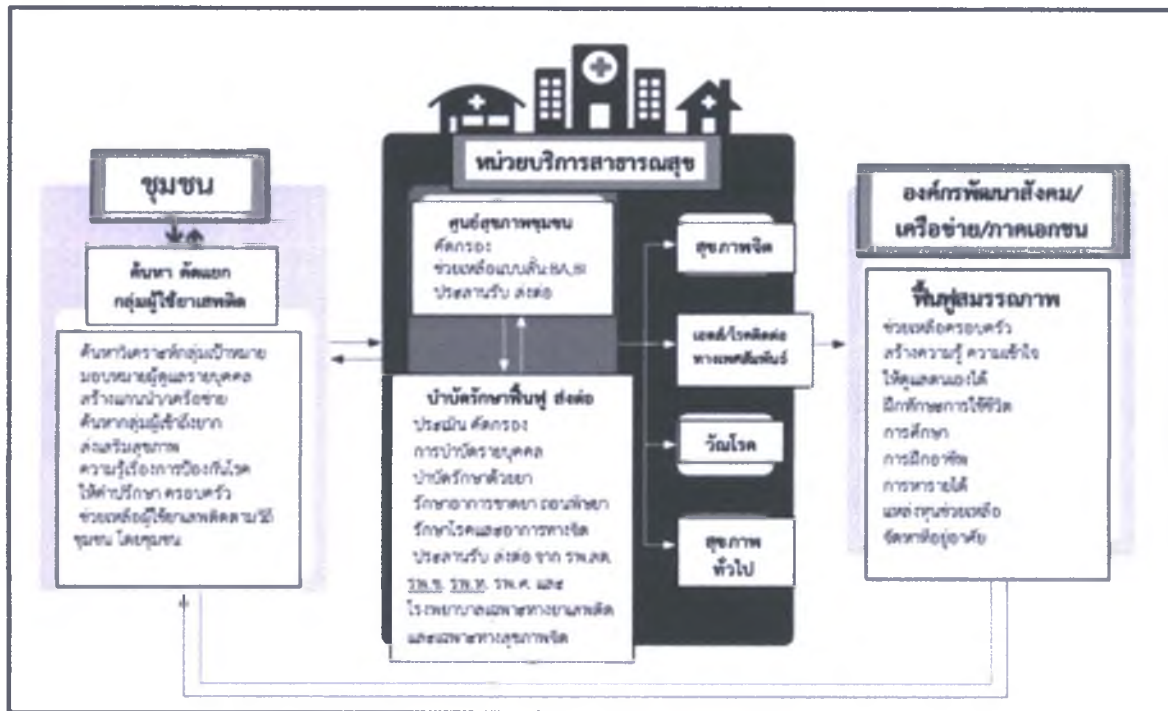
ภาคผนวก 14

**การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน
(Community based treatment : CBTx)**

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community based treatment : CBTx) ซึ่งเป็นกระบวนการบำบัดฟื้นฟูที่สามารถทำได้ในชุมชนโดยชุมชน เป็นการแก้ไขจากสาเหตุ กลไก และผลกระทบของปัญหาเสพติดที่แท้จริงโดยคนในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมอย่าง เต็มศักยภาพเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชน ภาคประชาสังคม และหน่วยสนับสนุน ต่าง ๆ โดยมีกรอบแนวคิดหลักสำคัญ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดแบบรอบด้าน ทั้งปัญหา การเสพติด ครอบครัว สังคม สัมพันธภาพ ความเป็นอยู่ และวิถีการดำเนินชีวิต ด้วยความเข้มข้นที่ แตกต่างกันไปตามบริบท และความซับซ้อนของปัญหาในแต่ละบุคคล เป็นการบำบัดรักษาแบบ รอบด้านและต่อเนื่อง ทั้งกายจิตสังคม โดยเฉพาะด้านสังคม สิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา การติดยาเสพติด โดยใช้ศักยภาพ ทรัพยากร และความร่วมมือของคนในชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ตามบริบทและวิถีชีวิต ต้นทุนทางวัฒนธรรม ความเชื่อของชุมชนเพื่อให้ผู้ใช้ยาเสพติดสามารถเลิก ยาเสพติดได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้

การบำบัดรักษาในสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแต่เพียงอย่างเดียว อาจช่วยให้หยุดใช้สารเสพติดได้ในระยะเวลาสั้น ๆ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง หรือการดำเนินชีวิตของผู้ติดยาเสพติด ดังนั้นถ้าหน่วยงานสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้มีส่วนร่วมร่วมกับชุมชนในการแก้ไขปัญหาเสพติด เป็นที่ปรึกษาทางด้าน วิชาการในการบำบัดในชุมชนหรือรับผู้ป่วยติดยาเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อนมาบำบัดรักษาและ ส่งต่อให้กับชุมชนในการดูแลต่อ จะช่วยให้การดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน บรรลุเป้าหมายการดำเนินงาน

องค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน : CBTx



องค์ประกอบสำคัญ ของ CBTx ประกอบด้วย 3 ส่วน และมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. **ชุมชน** ประกอบด้วย ผู้นำและสมาชิกในชุมชน รวมถึง ครอบครัว เครือญาติ ของผู้ใช้ยาเสพติด และอาสาสมัครต่าง ๆ เช่น อสม. อสค. เป็นต้น โดยลักษณะชุมชน อาจจะเป็นหมู่บ้าน/ตำบล เขต แพลต คอนโด หมู่บ้านจัดสรร ซึ่งมีการรวมตัวของคนที่อยู่ร่วมกันเป็นสังคม มีการจัดตั้ง คณะกรรมการหรือทีมในการพัฒนาชุมชน

บทบาทหน้าที่ คือ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ค้นหา คัดกรอง ประเมินปัญหาของผู้ใช้ยาเสพติด ในชุมชน สร้างเจตคติและการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหของชุมชน เข้าใจ เข้าถึง และให้การช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติด ควบคุมไปกบกิจกรรมการพัฒนาชุมชน และวิถีชีวิตปกติประจำวัน อาจมีการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัว สนับสนุนช่วยเหลือให้สามารถใช้ชีวิตขั้นพื้นฐาน ในชุมชน รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด เช่น ผู้ที่มีอาการทางจิต ให้มีการประสานส่งต่อไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขเมื่อจำเป็น และเมื่อกลับจากโรงพยาบาล ผ่านการบำบัดรักษาแล้ว ชุมชนให้การดูแลต่อเนื่อง ให้ความช่วยเหลือตามคำสั่งแพทย์ เช่น กรณีผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง หรือ อาจต้องพาไปพบแพทย์เป็นครั้งคราว เพื่อการรักษาหรือรับยาต่อเนื่อง

2. **หน่วยบริการสาธารณสุข** ซึ่งหมายถึง ศูนย์คัดกรอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือ โรงพยาบาลชุมชน หรือศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร ที่ทำงานเชื่อมโยง เป็นระบบกับโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลเฉพาะทางยาเสพติด และ โรงพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิต

บทบาทหน้าที่ คือ ดำเนินการตรวจ คัดกรอง ประเมินปัญหาด้านการเสพติดและการแพทย์ ทางกาย และทางจิต แก่ผู้ใช้ยาเสพติดที่ส่งต่อจากชุมชน หรือที่มารับบริการด้วยตนเอง ให้การ

บำบัดรักษาตามปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งอาการทางยาเสพติด โรคทางกาย เช่น วัณโรค โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคทางจิต อาจมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลในระดับที่สูงกว่า หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเกินศักยภาพ และเมื่อผ่านการรักษาแล้ว ต้องประสานความร่วมมือและส่งต่อกลับไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน รวมทั้งเป็นหน่วยสนับสนุนชุมชน ให้ข้อมูล ความรู้ ให้คำปรึกษา เพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชน และร่วมเป็นทีมประสานการจัดการภาวะวิกฤติฉุกเฉินด้านยาเสพติดและจิตเวช และการรับตัวผู้ป่วยจากชุมชนเพื่อเข้ารับการรักษา

3. องค์กรพัฒนาสังคม เอกชน และภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรพัฒนาสังคม พัฒนาชุมชน หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชน มูลนิธิ กลุ่มกองทุนหรือชมรมต่าง ๆ เช่น กองทุนแม่ของแผ่นดิน กลุ่มเกษตรกรชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมแม่บ้าน และหมายรวมถึงหน่วยงานต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชน หรือ เกี่ยวข้องกับชุมชน อาทิเช่น โรงเรียน ศูนย์การศึกษา โรงงาน/สถานประกอบการ แหล่งจ้างงาน วัด หน่วยงานทางปกครอง รวมทั้งทหาร ตำรวจ ฯลฯ ซึ่งชุมชนที่ประสบความสำเร็จอย่างมากในการดำเนินงาน CBTx มักจะเป็นชุมชนที่สามารถรวมพลัง สร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชนได้อย่างครอบคลุม ครอบคลุม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบท สภาพปัญหา และความต้องการการสนับสนุนของชุมชนนั้น ๆ

บทบาทหน้าที่ คือ ให้คำปรึกษา สนับสนุนการศึกษา ฝึกอบรมอาชีพ และทักษะ สร้างโอกาสในการหารายได้ ให้สินเชื่อขนาดเล็ก สนับสนุนทุน จัดหาที่อยู่อาศัย จัดหาสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในกระบวนการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติด ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นอย่างยิ่ง และเป็นส่วนช่วยสนับสนุนให้การดูแลผู้ใช้ยาเสพติดได้อย่างรอบด้าน ด้วยหลักสำคัญคือการดำเนินงานตามบทบาทภารกิจของตนที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัวด้วยความเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ ด้วยความเมตตา ยอมรับ ให้โอกาส สนับสนุนและมีเป้าหมายเดียวกับชุมชน คือ ให้ผู้ติดยาเสพติดได้ใช้ชีวิตร่วมกัน โดยไม่ก่อผลกระทบต่อชุมชน สังคม ไม่ยกเหตุว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดมาเป็นข้อจำกัด หรือทำให้ไม่ได้รับสิทธิเท่าเทียมกับคนอื่นในสังคม

เริ่มต้นและทำอย่างไรกับ CBTx

เมื่อชุมชนมีความตระหนัก และเกิดความรู้ความเข้าใจในแนวคิดหลักการ การบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐานแล้ว ชุมชนสามารถเริ่มดำเนินการควบคู่ไปกับกิจกรรมการสร้างหมู่บ้านชุมชนเข้มแข็ง โดยเน้นเจตนารมณ์หลักให้ผู้ใช้ยาเสพติดได้ใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมชุมชน สร้างชุมชนปลอดภัยจากยาเสพติด แนวทางปฏิบัติประกอบด้วยภารกิจหลัก 12 ข้อ โดยมีกระบวนการพื้นฐาน 6 ข้อ และกระบวนการสร้างความยั่งยืน 6 ข้อ ดังนี้

1. มีบุคคล/ทีม/คณะกรรมการ

เป็นการแสวงหาบุคคลที่เข้ามาเป็น ทีมงาน โดยประกอบด้วยบุคคลที่เป็นสมาชิกในชุมชนหรือคณะกรรมการ รวมทั้งจากหน่วยงานสาธารณสุข ภาคเอกชน และหน่วยงานเครือข่ายอื่น ๆ ในชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจ การมีส่วนร่วม มีเป้าหมายเดียวกัน และหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน กิจกรรมที่ควรดำเนินการประกอบด้วย

เรื่อง : ขั้นตอนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด(แอมเฟตามีนและกัญชา)

- ร่วมพูดคุย วิเคราะห์ปัญหาของชุมชน หาสาเหตุ เรียนรู้บทเรียนที่ดำเนินการมาก่อน และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน
- อธิบายเกี่ยวกับ วิธีบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบ CBTx ให้ทุกคนเข้าใจ ตั้งเจตนาธรรม และเป้าหมายที่ชัดเจน ให้โอกาส ไม่ตีตราความผิด ยอมรับธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติด และมุ่งให้การช่วยเหลือคนในชุมชน
- พูดคุยทำความเข้าใจแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่ยึดหยุ่นมุ่งเป้าหมาย ให้ ลด ละ เลิก ตามความพร้อมของผู้ป่วย

2. จัดเวทีประชาคม

เพื่อแจ้งข้อมูลสถานการณ์ รับฟังความเห็น ข้อเสนอแนะ และสร้างการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน ร่วมทบทวนวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ พร้อมกำหนดรูปแบบการดูแลช่วยเหลืออย่างสมดุล ไม่สร้างความขัดแย้ง โดยเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลทุกด้านของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นปัญหา ยาเสพติดในชุมชนและปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ความต้องการของชุมชน และทรัพยากรของชุมชน ร่วมวิเคราะห์ทบทวนปัจจัยสาเหตุ ผลกระทบและความสัมพันธ์ของผู้ใช้ยาเสพติดต่อชุมชน ร่วมหาแนวทาง วิธีการป้องกันแก้ไข ตามศักยภาพและความพร้อมของชุมชน หรือ มองหาภาคีเครือข่ายที่สามารถให้การสนับสนุน ช่วยเหลือชุมชน

3. จัดทำข้อตกลงร่วม

กติกา ข้อตกลงร่วม ซึ่งบางชุมชนอาจเรียกว่ากฎชุมชน หรือ ธรรมนูญชุมชน ที่แสดงเป็นลายลักษณ์อักษร ที่ได้รับการยอมรับร่วมกันของสมาชิกในชุมชน ที่ทุกคนถือปฏิบัติเหมือน ๆ กัน และสามารถสืบทอดเจตนาธรรมไปสู่สมาชิกรุ่นต่อ ๆ ไปในชุมชน ซึ่งข้อตกลง กติกานี้จะช่วยให้เป้าหมายที่จะไม่ลงโทษความผิด ให้โอกาสผู้ใช้ยาเสพติดได้กลับตัวเป็นสมาชิกที่ดีของชุมชน เช่น ให้ผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัวสามารถใช้ทรัพยากรส่วนกลางของชุมชน ไม่จับผู้ใช้ยาที่อยู่ระหว่างการดูแลช่วยเหลือส่งตำรวจ การจัดสรรแบ่งเงินกองทุนหมู่บ้านเพื่อสนับสนุนสร้างงาน สร้างอาชีพให้กับผู้ใช้ยาเสพติด เป็นต้น

4. จัดทำแผนชุมชนในด้านการดูแลผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติด

การจัดทำแผนชุมชน โดยการนำข้อมูลสาเหตุของปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติด ความต้องการ ทรัพยากร/ความพร้อมของชุมชน มาหารือกันเพื่อกำหนดแผนการ หรือ กิจกรรม ในการป้องกัน ความเสี่ยงอันตราย ช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ตามสภาพปัญหาและความรุนแรงของแต่ละราย ทรัพยากรที่จะใช้ บทบาทของครอบครัวมีส่วนช่วยเหลืออย่างไร กำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกหรือทีมนำ อาจรวมถึงการกำหนดบุคคลเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติดเฉพาะราย โดยแผนการเหล่านี้เกิดจากความเห็น และการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยต้องชี้แจงสื่อสารข้อมูลแผนการดำเนินงานให้สมาชิกทุกคนในชุมชน รวมทั้งผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัว ได้รับทราบ และมีการติดตาม สอบถามปัญหาอุปสรรค เพื่อหาแนวทางการพัฒนาต่อไป

5. ประสานความร่วมมือทุกภาคส่วน

ชุมชนต้องแสวงหา และประสานความร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยบริการสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ผู้บังคับใช้กฎหมาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรด้านสังคม และมูลนิธิต่าง ๆ ที่มีอยู่ในบริบทปกติของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมนั้น ควรเริ่มตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์ปัญหา กำหนดเป้าหมาย วางแผนการดูแลช่วยเหลือ และการสนับสนุนที่หน่วยงาน หรือ องค์กรต่าง ๆ จะสามารถให้การสนับสนุนอย่างไรได้บ้างตามบทบาทภารกิจ หน้าที่ โดยช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความจำเป็นสำหรับผู้ใช้เวลาเสพติดแต่ละรายในชุมชน

6. ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ชุมชนควรมีการร่วมประเมิน สรุป วิเคราะห์ผลงาน และวางแผนดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตามวิถีและสภาพปัญหาของชุมชน ตั้งแต่การเฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรอง ช่วยเหลือ และกำหนดช่องทางการติดต่อประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน เกี่ยวกับผู้เสพยาเสพติดรายใหม่ กลุ่มผู้ที่อยู่ระหว่างการช่วยเหลือเป็นอย่างไรบ้าง กลุ่มที่มีความเสี่ยงอันตราย มีโรคจิตเวชร่วม หรือที่ต้องพาไปพบแพทย์เพื่อรับยาต่อเนื่อง ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น แนวทางการช่วยเหลือที่ทำให้บรรลุความสำเร็จ รวมทั้งการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากปัญหาการติดยาเสพติดของคนในชุมชน และการจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีอาการจิตเวชรุนแรง กำเริบ เสี่ยงก่อความรุนแรง ซึ่งอาจมีการซ่อมแผนการจัดการป้องกันเป็นครั้งคราว

เมื่อชุมชนดำเนินการตามกระบวนการพื้นฐานทั้ง 6 ข้อแล้ว สภาพปัญหาผู้ติดยาเสพติดในชุมชน จะอยู่ในภาวะที่ชุมชนสามารถควบคุม จัดการปัญหาด้วยตนเอง ผู้ใช้เวลาเสพติดได้รับการบำบัดฟื้นฟูตามสภาพปัญหาอย่างเหมาะสม ใช้ชีวิตร่วมกัน เป็นลูกหลาน เครือญาติ เป็นสมาชิกที่ดีของชุมชนต่อไป และเพื่อความยั่งยืนในการแก้ไขปัญห ชุมชนควรเพิ่มกระบวนการในข้อที่ 7-12 ดังนี้

7. **จัดทำทะเบียนข้อมูล** ชุมชนควรมีการจัดทำข้อมูลที่เกี่ยวข้องและจำเป็น อาจประกอบด้วย รายชื่อผู้ใช้เวลาเสพติด ครอบครัว แผนที่บ้าน ช่องทางการติดต่อสื่อสาร ข้อมูลองค์กรแหล่งช่วยเหลือ ทรัพยากรต่าง ๆ รายชื่อผู้ดูแลเฉพาะรายกรณี และอาจรวมถึงประวัติการใช้ยา การบำบัดรักษา ยาประจำตัวที่ต้องรับอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ความสำเร็จ และเพิ่มโอกาสในการช่วยเหลือ และส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมงานในชุมชน โดยต้องคำนึงถึงการรักษาความลับ สิทธิ ด้านข้อมูลข่าวสาร ไม่เปิดเผยออกนอกชุมชน และใช้ประโยชน์ในทางที่เป็นคุณต่อผู้ใช้เวลาเท่านั้น

8. ปรับเปลี่ยน สร้างภาวะแวดล้อมเชิงบวก

ชุมชนควรมีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงวิถี และสิ่งแวดล้อมในชุมชน ให้เอื้ออำนวยต่อการป้องกัน ดูแลแก้ไขปัญหามือใช้เวลาเสพติดในชุมชน ซึ่งหมายรวมถึง เจตคติ ความเชื่อของคนในชุมชน ในการเลี้ยงดู สร้างความอบอุ่นในครอบครัว ความเมตตา ให้โอกาสทุกคนในชุมชนอย่างเท่าเทียม จัดกิจกรรมเสริมพลังสำหรับเยาวชน วัฒนธรรมประเพณี เช่นงานบุญปลอดเหล้า งดขายสิ่งเสพติด ให้เยาวชน รวมทั้งการจัดการด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อม ให้มีพื้นที่ปลอดภัย สนามกีฬา จัดการพื้นที่มีวัชพืชรบกวน สีสรรค์ เป็นต้น

9. อบรมความรู้ สร้างแกนนำ

การเพิ่มขยายทีมงาน แกนนำ และพัฒนาศักยภาพ อบรมความรู้ ในการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาจากยาเสพติด มีการถ่ายทอดความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของทีมงาน จิตอาสา และผู้สนใจ ซึ่งอาจเป็นครอบครัว เครือญาติของผู้ที่มีปัญหาหรือกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการใช้เวลาเสพติด

พ่อแม่ที่มีลูกวัยรุ่นอยู่ในชุมชน โดยอาจรวมถึงการส่งเสริมความรู้ ให้กำลังใจ สร้างต้นแบบผู้ให้การช่วยเหลือ และการส่งประกวดเพื่อขอรับรางวัลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่าสมาชิกชุมชนที่ได้รับรางวัลดีเด่นต่าง ๆ ด้านยาเสพติด เช่น อสม.ดีเด่น ผู้รับรางวัลอัญญาวัชรอวอร์ด กำนันผู้ใหญ่บ้านยอดเยี่ยม จะสามารถเป็นแบบอย่าง และเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน CBTx ได้อย่างดี และมีประสิทธิภาพ

10. ชุมชนจัดกิจกรรมบำบัดฟื้นฟู ดูแล ช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน

ชุมชนควรมีกิจกรรม วิธีการ หรือประเพณี ที่แสดงสัญลักษณ์อย่างเป็นรูปธรรม ที่สื่อให้เห็นถึงเจตนารมณ์ร่วมของชุมชนในการให้อภัย ให้โอกาส มุ่งมั่นที่จะช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติด ให้มีชีวิตอยู่ร่วมกันในชุมชนอย่างสมศักดิ์ศรีตามวิถีของชุมชน ตัวอย่างที่ดำเนินการ เช่น กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญผู้ติดยาที่พันโทษ หรือ ผ่านการบำบัดรักษา กิจกรรมรวมพลคนดี (ประชุมพบปะ เสริมกำลังใจแก่ผู้ผ่านการบำบัด) ตั้งชมรมจิตอาสาพัฒนาชุมชน เป็นต้น

11. นำเสนอผลงาน ประสานความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาสังคม

การบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน ต้องอาศัยความร่วมมือหลายภาคส่วน การจะทำให้เกิดความยั่งยืนต่อเนื่อง ควรมีการประสานความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด เครือข่ายได้รับผลงานความสำเร็จร่วมกัน อ้างอิง ชื่นชม ขอบคุณ เสริมพลังให้กับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน CBTx เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของเครือข่าย และเป็นโอกาสในการสนับสนุนเงินทุน และทรัพยากรในช่วงต่อ ๆ ไป

12. เป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้

เมื่อได้ดำเนินการจนประสบความสำเร็จระดับหนึ่งแล้ว ชุมชนควรสร้างโอกาสในการเผยแพร่ผลงาน สร้างชื่อเสียง เป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ เป็นต้นแบบ/ตัวอย่างให้กับชุมชนอื่น โดยการทบทวนสิ่งที่ทำมา สรุปบทเรียนผลงาน การร่วมแรงร่วมใจ เป้าหมาย วิธีการ ขั้นตอน กระบวนการชุมชนรวบรวมภาพถ่ายกิจกรรมต่าง ๆ ผลลัพธ์ความสำเร็จ และความสงบสุขของชุมชน ได้นำเสนอเผยแพร่ผลงาน และเปิดโอกาสให้ชุมชนหรือหน่วยงานอื่น ๆ ได้ศึกษาเรียนรู้ เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ช่วยให้พื้นที่ชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงแวดล้อมให้เข้มแข็ง และยังเป็นโอกาสในการรับฟังความเห็น ข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปพัฒนางานอย่างสร้างสรรค์ ต่อเนื่องและยั่งยืน

แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ให้ประสบความสำเร็จ เป็นแบบอย่างที่ดี สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนได้ ดังต่อไปนี้ คือ

1. ผู้นำ คณะกรรมการ และแกนนำในชุมชน มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ และเจตนารมณ์แน่วแน่ ในการสร้างความผาสุกของคนในชุมชน

2. ทีมงานมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติงาน เช่น เทคนิคการให้คำแนะนำแบบสั้น การบำบัดแบบสั้น การใช้เครื่องมือคัดกรอง การเก็บและบันทึกข้อมูล

3. การสื่อสาร สร้างความรู้ความเข้าใจแก่ชุมชน เกี่ยวกับกระบวนการทำงานของทีมงาน โดยใช้ทุกวิธีการที่มี เช่น การประชุมสัญจรของหมู่บ้าน ประชาสัมพันธ์ทางเสียงตามสายของหมู่บ้าน การนำเข้ารับรักษา ทาหรือในที่ประชุมหมู่บ้านทุกครั้ง

4. การปรับทัศนคติ สร้างความไว้วางใจ และการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวของผู้ใช้ยาเสพติด มีความสำคัญอย่างมาก โดยทีมควรประเมินความพร้อมของครอบครัว ร่วมพัฒนาศักยภาพ และความสัมพันธ์อันดีของคนในครอบครัว และถือว่าเป็นหนึ่งในกระบวนการ CBTx

5. การประสานงาน สร้างความร่วมมือของสมาชิกในชุมชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างใกล้ชิด เป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้ง ตำรวจ และเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เนื่องจากการติดยาเสพติดยังถือเป็นเรื่องผิดกฎหมาย อาจเกิดแนวทางปฏิบัติไม่สอดคล้องกันระหว่างการปราบปราม และการบำบัดฟื้นฟู

6. การสร้างขวัญกำลังใจ ชื่นชม เสริมพลังแก่ทีมแกนนำ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ใช้ยาเสพติดครอบครัวและสมาชิกในชุมชน เป็นปัจจัยความสำเร็จ และความยั่งยืน

ภาคผนวก 15

แนวทางการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและการดูแลจัดการ (Overt Aggressive Scale : OAS) (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ต้องฉุกเฉิน/พยาบาลด้านจิตเวช)

ระดับความก้าวร้าวรุนแรง SEMI-URGENCY OAS = 1 คะแนน

 จัดการภายใน
24 ชั่วโมง



ความหมาย

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง

การดูแลจัดการ

1. พยายามสร้างสัมพันธ์ภาพ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายอารมณ์ความรู้สึก พยายามให้สงบอารมณ์
3. เฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรมประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำทุก 4 - 6 ชม.

ระดับความก้าวร้าวรุนแรง URGENCY OAS = 2 คะแนน

 จัดการภายใน
2 ชั่วโมง



ความหมาย

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเองผู้อื่นและทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก จำเป็นต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง

การดูแลจัดการ

1. พยายามสร้างสัมพันธ์ภาพ
2. ขออนุญาตผูกมัดผู้ป่วยพร้อมแจ้งทีมช่วยเหลือเพื่อเตรียมความพร้อม

แนวทางการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและการดูแลจัดการ (Overt Aggressive Scale : OAS) (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ห้องฉุกเฉิน/พยาบาลด้านจิตเวช)



- ประเมินและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา/ฉีดยา (haloperidol 5 mg IM) ประเมินซ้ำ ถ้าอาการไม่สงบ สามารถฉีดได้ทุก 30 นาที รวม 3 ครั้ง และ/หรือ diazepam 10 mg IV) ร่วมด้วย เพื่อควบคุมพฤติกรรม
- เฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรม ประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำทุก 4 - 6 ชั่วโมง

ระดับความก้าวร้าวรุนแรง EMERGENCY OAS = 3 คะแนน



ความหมาย

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้จนเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สินซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันที

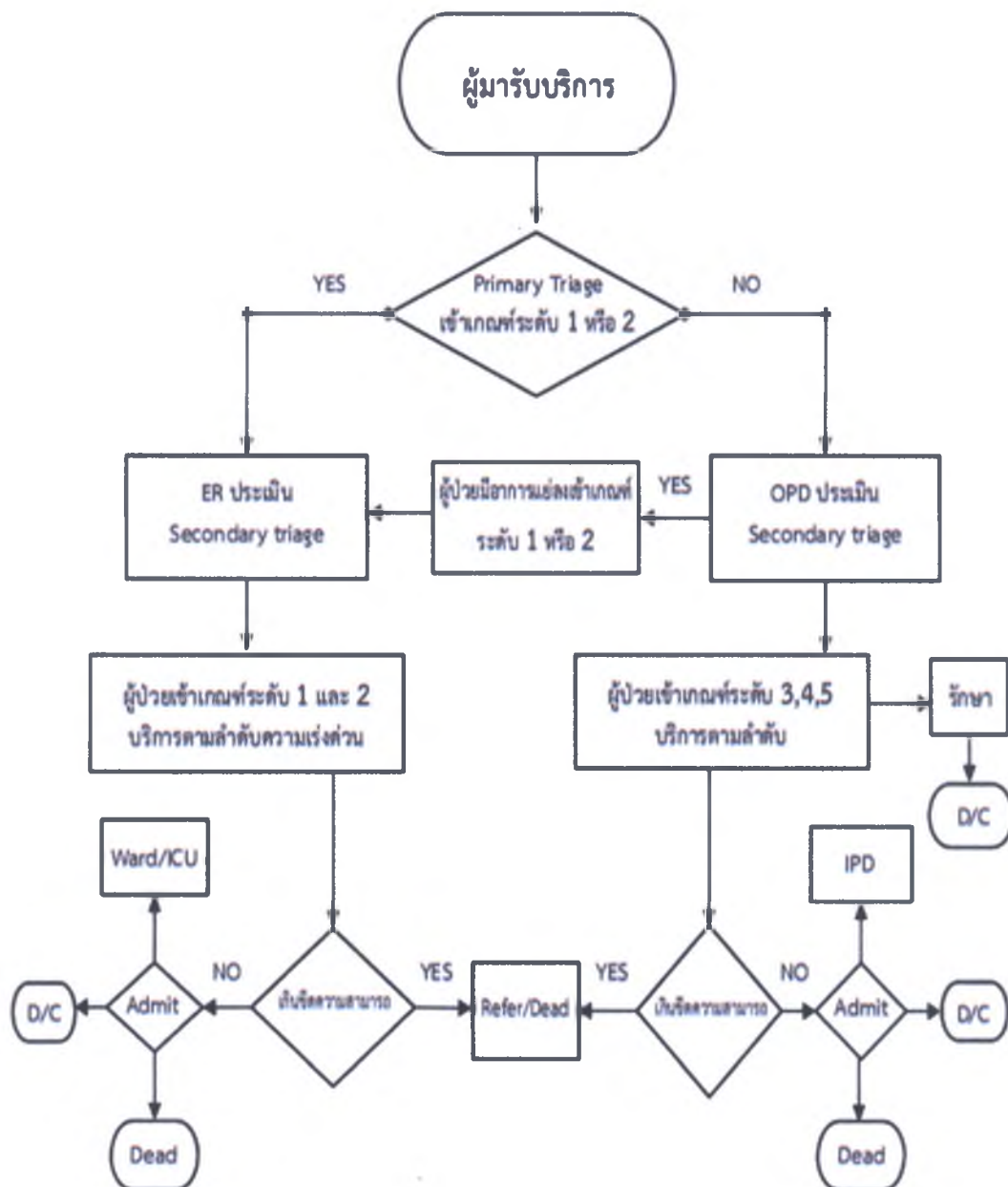
การดูแลจัดการ

- ประสานทีมช่วยเหลือเพื่อจำกัดพฤติกรรม
- ขออนุญาตผูกยึดผู้ป่วย จำกัดพฤติกรรม
- ประเมินและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา/ฉีดยา (haloperidol 5 mg IM) ประเมินซ้ำ ถ้าไม่สงบสามารถฉีดได้ทุก 30 นาที รวม 3 ครั้ง และ/หรือ diazepam 10 mg IV) ร่วมด้วย เพื่อควบคุมพฤติกรรม
- เฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรม ประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำทุก 4 ชั่วโมง

ภาคผนวก 16

วิธีการปฏิบัติการฉุกเฉินเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการในสถานพยาบาล

ภาพที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติการคัดแยก ณ สถานพยาบาล



ผังขั้นตอนการปฏิบัติการคัดแยก ณ สถานพยาบาล

ภาคผนวก 17

เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด

เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์

อาการหลัก	หลักเกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การคัดแยก	ความหมาย
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต	13วิกฤต1	Cardiac arrest โดยไม่หายใจ ไม่มีชีพจร
		13วิกฤต2	Airway obstruction เช่น มีเลือดหรือเสมหะปริมาณมากในปาก หายใจเสียงดังโครคราก เป็นต้น
		13วิกฤต3	Severe respiratory distress เช่น • ต้องสูดน้ำ/พองหน้าหรือย่นเพื่อหายใจได้ • พูดได้เพียงประโยคสั้นๆ • หายใจมีเสียงดัง • ซีดและเหงื่อท่วมตัว • หายใจเร็ว แรง และลึก • ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ เป็นต้น
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน	ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน	13วิกฤต4	Shock โดยมีอาการ อย่างน้อย 2 ข้อ : • เหงื่อท่วมตัว • ซีดและผิวหนังเย็นซีด • นมดลคั่งขุ่น/เกือบหมดคั่งขุ่น/ขุ่นมัวเล็กน้อย ร่วมกับ • SBP <90 mmHg, MAP < 65 mmHg ในผู้ใหญ่/เด็ก(> 10ปี) หรือ • SBP <70+(อายุx2) ในเด็กอายุ 1-10 ปี หรือ • SBP <70 mmHg ในเด็กอายุ < 1 ปี
		13วิกฤต5	Coma/semi-coma หรือ GCS ≤ 8 หรือกำลังชักเมื่อแรกจับที่จุดคัดแยก
		13เร่งด่วน1	• อายุ > 8 ปี : HR>100, RR>20 • อายุ 3-8 ปี : HR>140, RR>30 • อายุ 3 เดือน-3 ปี: HR >160, RR>40 • อายุ < 3เดือน: HR >180, RR> SpO2 <92% (ไม่ทุกร่างกาย)
		13เร่งด่วน2	Alteration of consciousness โดยไม่มีการซีดลง สับสน หรือเพ้อคลุ้มคลั่ง เมื่อเทียบกับระดับความรู้สึกตัวเดิม หรือมีอาการเพื่อคัดแยกที่ตำรวจหรือเจ้าหน้าที่จะแจ้งไปยังห้องฉุกเฉินหรือส่งตัวเข้าโรงพยาบาล
		13เร่งด่วน3	ปวดมาก กระสับกระส่าย pain scale ≥ 7
ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง	ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง	13เร่งด่วน4	มีอาการคัดแยก ร่วมกับพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่น ด้วยการใช้ พง ระเบิดจากที่สูง การขวานขวบ การฟัน การใช้ขอมมีคมกรีดร่างกาย เป็นต้น หรืออื่นๆ ตามดุลยพินิจของผู้คัดแยก
		13ไม่รุนแรง4	บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีความเจ็บปวดไม่รุนแรง อาจขอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร และหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ หรือตามดุลยพินิจของผู้คัดแยก
		13ทั่วไป4	บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่อุบัติเหตุ ซึ่งอาจขอรับหรือเสาะแสวงหาบริการสาธารณสุขในเวลาที่การปกติ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อนตาม หรือตามดุลยพินิจของผู้คัดแยก
ผู้ป่วยบริการสาธารณสุขอื่น	ผู้ป่วยบริการสาธารณสุขอื่น	13อื่น4	บุคคลที่มาใช้บริการสาธารณสุขหรือบริการเพื่อผู้อื่น โดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร หรือตามดุลยพินิจของผู้คัดแยก

ภาคผนวก 18

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้งานและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา 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.....

ยานและสารเสพติดหลักที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) วันที่ใช้ครั้งแรก..... สถานที่คัดกรอง.....

ยาบ้า ไอซ์ ยาอี กัญชา กระเทียม สารระเหย เฮโรอีน มึน อื่นๆ (ระบุ).....

ยานและสารเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งใด	ไม่เคย	เพียง 1-2 ครั้ง	เดือนละ 1-3 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	เกือบทุกวัน (ตั้งแต่ 5-7 วัน)
1. คุณใช้.....บ่อยเพียงใด	0	2	3	4	6
2. คุณมีความต้องการ หรือมีความรู้สึกอยากใช้.....จนทนไม่ได้บ่อยเพียงใด	0	3	4	5	6
3. การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครองครัว สัมพันธภาพ หรือการเงินบ่อยเพียงใด	0	4	5	6	7
4. การใช้.....ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบหรือ ทำกิจกรรมที่คุณควรทำตามปกติได้บ่อยเพียงใด	0	5	6	7	8

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ไม่เคย	เคยสักครั้ง 3 เดือนที่ผ่านมา	เคยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
5. ญาติ เพื่อน หรือคนที่มีจิตเวชว่ากล่าวตักเตือน ปรึกษา วิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับ การใช้.....หรือไม่	0	3	6
6. คุณเคยลด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบความสำเร็จหรือไม่	0	3	6
รวมคะแนน	*****		

ระดับคะแนน	ระดับผลกระทบจากการใช้	คัดกรองโรคร่วมหรือโรคอื่น ๆ ที่สำคัญ
2-3	ต่ำ*	<ul style="list-style-type: none"> การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน ภูมิคุ้มกันบกพร่อง การคัดกรองโรคติดต่อในระยะติดต่อ เช่น วัณโรค สุกใส ไข้หวัด การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ <ul style="list-style-type: none"> -โรคซึมเศร้า (20, 90) -ความถี่ของการฆ่าตัวตาย (80) -โรคจิต (แบบคัดกรองโรคจิต)
4-76	ปานกลาง**	<ul style="list-style-type: none"> การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยารุนแรง <ul style="list-style-type: none"> -ใช้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา -ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา -ใช้ยานอนหลับเป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา
27'	สูง***	
คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย		ข้อเสนอแนะ
ถ้าเคย, ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้บ่อยเพียงใด <input type="checkbox"/> 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่า 3 วันติดต่อกัน <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า 3 วันติดต่อกัน		<ul style="list-style-type: none"> ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา 10 ชุดบริการ ประเมินเพิ่มเติม วางแผนและ ให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้นรายบุคคล

หมายเหตุ *อนุมานว่าเป็นผู้ใช้ **อนุมานว่าเป็นผู้เสพ ***อนุมานว่าเป็นผู้ติด

แบบคัดกรองและเฝ้าต่อผู้ป่วยที่ใช้นาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กษธ.) V.2

กองขอ.....

ผู้สัมภาษณ์

สิ่งที่ควรคำนึงถึงก่อนการทำการคัดกรอง

เพื่อให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดเกิดความไว้วางใจและได้คำตอบที่เป็นจริง ผู้ทำการคัดกรองควรปฏิบัติดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน โดยการชวนพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป สั้นๆ แสดงท่าทีที่จริงจัง เป็นมิตร
- มีทัศนคติเชิงบวกกับผู้ใช้ยาและสารเสพติด ไม่ตัดสินถูกผิดในคำตอบที่ไม่เห็นด้วย
- แสดงท่าทีให้เห็นว่ากำลังตั้งใจฟังในสิ่งที่เขาพูด
- ไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์และแสดงความเห็นอก เห็นใจ
- แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าข้อมูลที่ได้ไปไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ และจะเก็บรักษาเป็นความลับ

แนวทางการช่วยเหลือในกลุ่มต่าง ๆ

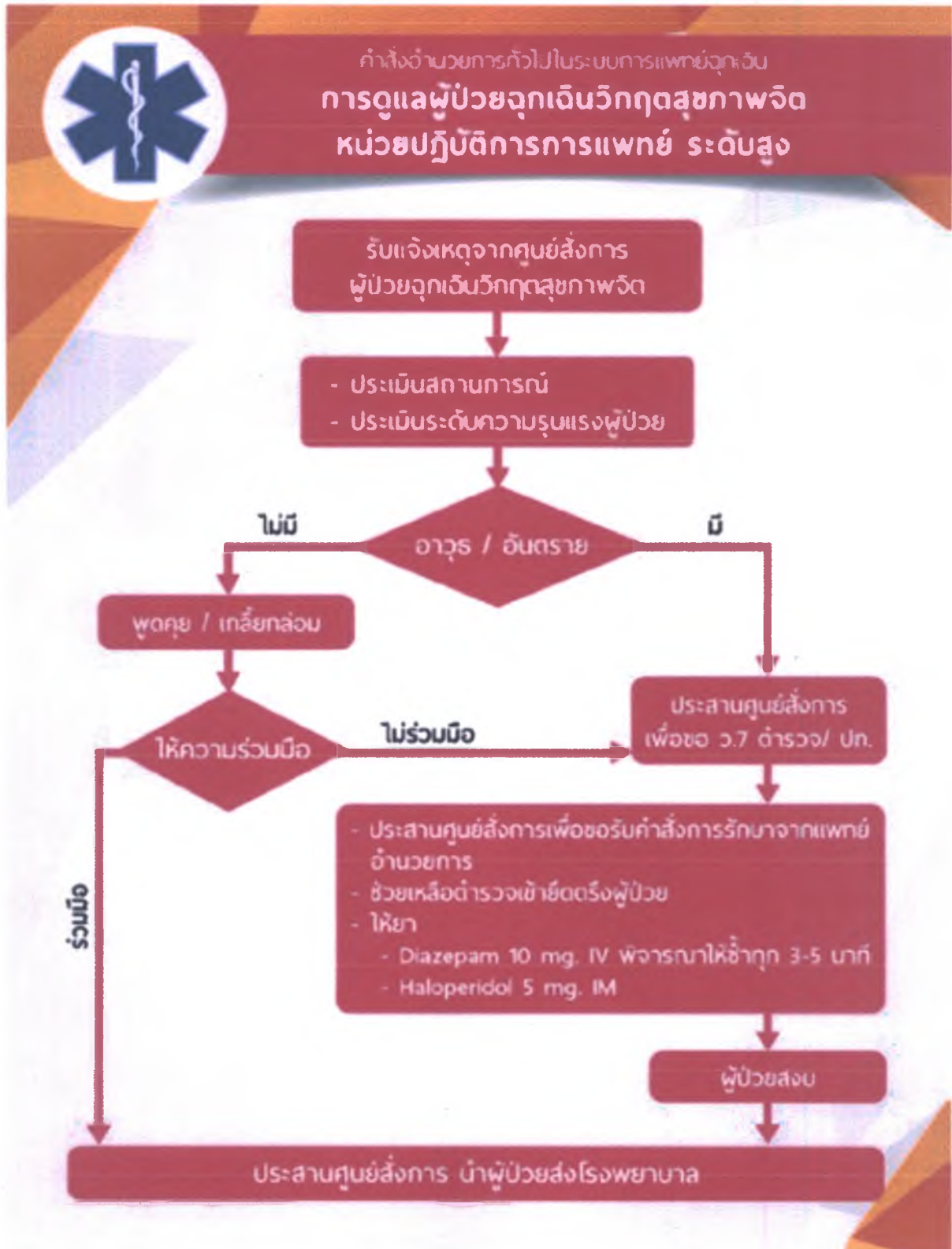
กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการช่วยเหลือ
ผู้ใช้	<ul style="list-style-type: none"> • การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion) • การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือ การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) จำนวน 1 - 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ • การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน • การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี) <p>หมายเหตุ : กลุ่มผู้ใช้ไม่ควรมีบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูล บสส.</p>
ผู้เสพ	<ul style="list-style-type: none"> • ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 9 วัน/วัดเป็นศูนย์กลางกระทรวง/วิสาหกิจเป็นศูนย์กลางกระทรวง (1 เดือน) • การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing :MI) (Motivational Enchantment Therapy :MET) 1 - 2 เดือน • การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) 1-2 เดือน • จิตสังคมบำบัด ได้แก่ Modified MATRX, จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน, จิตสังคมบำบัดในรพ.สต., คลินิกใกล้ใจในชุมชน (1-2 เดือน) • ๑ การรักษาด้วยยา (Medication) • การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
ผู้ติด	<ul style="list-style-type: none"> • การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จิตสังคมบำบัด เช่น Modified Matrix, MATRIX Program (4 เดือน), การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) 2-4 เดือน, การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) 2-4 เดือน, ครอบครัวบำบัด 2-4 เดือน, จิตบำบัดแนวซาเทียร์ (Satir Model) 2-4 เดือน • การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community : IC), การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางยาใหม่ (FAST Model) 4 เดือน -1 ปี • ๑ การรักษาด้วยยา (Medication) • การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)

แนวปฏิบัติการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) สำหรับผู้ใช้หรือเคยใช้ยาเสพติดชนิดอัด (10 ชุดบริการ)

- | | |
|---|---|
| -การให้ความรู้และการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด | -การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| -การบำบัดรักษาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว (MMT) | -การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาวัณโรค |
| -การให้บริการรักษาด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษากับชุมชน | -การแจกถุงยางอนามัย |
| -การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ | -การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด |
| -การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันการเสพยาซ้ำ | -กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน |

ภาคผนวก 19

คำสั่งอำนวยความสะดวกทั่วไปในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (CBD-13) พัฒนาโดยเวตสุขภาพที่ 1



ภาคผนวก 20

ผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา

กลุ่มสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoid) ในกัญชาที่มีข้อมูลทางการแพทย์ มี 2 ชนิด คือ Tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) การใช้กัญชาที่มีขนาดสูงทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย โดยเฉพาะ THC ซึ่งมีฤทธิ์ด้านอาการปวดและลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้ที่ใช้กัญชาที่มี THC ในขนาดสูงต่อเนื่องกันเป็นเวลานานอาจทำให้ร่างกายเกิดความทนต่อสาร (tolerance) ทำให้ต้องเพิ่มปริมาณการใช้มากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสพติดได้ ในที่สุด ส่วน CBD ไม่มีฤทธิ์เสพติดและด้านฤทธิ์เมาเคลิ้มของ THC อย่างไรก็ตาม CBD สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่ใช้สาร THC เพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน หากได้รับสารสกัดกัญชาชนิดที่มี CBD สูงจะทำให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเพิ่มขึ้นได้

อาการไม่พึงประสงค์และภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ อาทิ ปริมาณที่ได้รับต่อครั้ง (unit dose) ความทน (tolerance) ของผู้ใช้ วิธีการนำเข้าสู่ร่างกาย (การใช้กัญชาที่ไม่ถูกวิธีอาจทำให้เกิด overdose) วิธีการใช้กัญชาเข้าสู่ร่างกาย เช่น

- ชนิดสูด (inhalation) ระยะเวลาออกฤทธิ์เร็ว ถึงระดับสูงสุดภายในเวลา 15-30 นาที มีระยะเวลาคงอยู่ประมาณ 3-4 ชั่วโมง
- ชนิดรับประทาน เริ่มออกฤทธิ์ประมาณ 30 นาที เนื่องจากมี first pass metabolism ที่ตับ
- ชนิดหยดใต้ลิ้น (sublingual drop) สารสกัดกัญชาออกฤทธิ์เร็วประมาณ 15 นาที (ไม่ผ่าน first pass metabolism)

เมื่อร่างกายได้รับ THC ในปริมาณมาก THC จะไปจับกับ CB1 receptor ที่ basal ganglion ทำให้ dopamine ที่ synapse ลดลงและ GABA เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงท่าทาง และเสียการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (impair movement) ในขณะเดียวกัน brain reward system ที่ mesolimbic จะมีปริมาณของ dopamine เพิ่มขึ้นและ GABA ลดลง ส่งผลให้เกิดอาการเคลิ้ม (euphoria) ประสาทหลอน (hallucination) และติดยา (addiction)

THC มี dose response และความเสียหายในการเกิดอาการทางสมอง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสติ (Alteration of conscious), ความสนใจ (attention), สมาธิ (concentration), ความจำระยะสั้น (short-term memory), การทำงานของสมอง (executive functioning)

อาการไม่พึงประสงค์และภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชาส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ดังนี้

1) พิษของกัญชาต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System)

ผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆ ได้แก่ เคลิ้ม (euphoria), ตระหนก (panic), กระสับกระส่าย (agitation), อารมณ์แปรปรวน (mood alterations), การรับรู้ผิดปรกติ (alterations of perception), ขาดการยับยั้งทางสังคม (loss of social inhibition), ความสามารถของสมองและการตัดสินใจเสียไป (impairment of cognition and judgment), กดระบบประสาทส่วนกลาง (CNS depression) และกดการหายใจ (respiratory depression) ในเด็ก, กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน (muscle incoordination), การเคลื่อนไหวแบบกระตุก (myoclonic jerking), เดินเซ (ataxia), พูดไม่ชัด (slurred speech)

นอกจากนี้ยังส่งผลให้ มีความเสี่ยงในการเกิดบาดเจ็บ ทำร้ายตนเอง และอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอุบัติเหตุจราจร (traffic accident), กระโดดตึก (jump from height),ฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอ (suicidal hanging) ผู้เสพหรือใช้สารสกัดกัญชาบางรายอาจมีภาวะทางจิตซ่อนอยู่ THC ทำให้เกิดภาวะขาดการยับยั้ง (disinhibition) ส่งผลให้เกิด psychotic break และเป็นโรคจิต (psychosis) หรือ โรคจิตเภท (schizophrenia) ได้ ซึ่งในคนทั่วไป อาจเกิดเพียงภาวะเคลิ้ม (euphoria) เท่านั้น

2) พิษของกัญชาต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

2.1 ผลเฉียบพลันต่อหัวใจและหลอดเลือด (Acute Cardiovascular Effect) ได้แก่

- Vasodilation โดย THC และ CBD จะไปกระตุ้นที่ TRPA-1 (transient receptor potential ankyrin type-1) และ TRPV-1 (transient receptor potential vanilloid type-1) ซึ่งเป็น calcium channel receptors ทำให้เกิด vasodilation
- Tachycardia กัญชาชนิดสูบ (smoke cannabis) ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นได้ร้อยละ 20-100 เป็นเวลา 2-3 ชั่วโมง มี sympathetic outflow เพิ่มขึ้นเนื่องจาก sympathetic tone เพิ่มและ parasympathetic tone ลดลง เกิดภาวะ reflex tachycardia หากมี tachycardia มากอาจทำให้เกิดเส้นเลือดหัวใจตีบได้
- อาการหน้ามืด / หมดสติเมื่อลุกยืน (orthostatic syncope)

2.2 ผลเรื้อรังต่อหัวใจและหลอดเลือด (Chronic Cardiovascular Effect)

- Vasospasm การใช้กัญชาเป็นเวลานานจะทำให้เกิด tolerance ของ vasodilation เป็นเวลานาน vessel tone จะเปลี่ยนเป็น vasospasm ตามมาเนื่องจาก blood vessel มีการลดลงของ receptor (downregulation) TRPA-1 และ TRPV-1 ทำให้เสี่ยงที่จะเกิด vascular insufficiency ส่งผลให้เส้นเลือดปลายมือ-เท้าไม่ตี เส้นเลือดหัวใจตีบได้
- หัวใจเต้นช้าลง (slower heart rate) มีรายงานการเกิด heart block ในกรณีที่ใช้กัญชาขนาดสูงและเกิด tolerance เป็นเวลานาน ๆ ทำให้หัวใจเต้นช้าลงได้ รวมถึงการทำงานของ sympathetic จะลดลง และ parasympathetic ทำงานเพิ่มขึ้น

2.3 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial Ischemia) ซึ่งรายงานพบความเสี่ยงในการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) 4.8 เท่าภายใน 60 นาที ภายหลังจากเสพกัญชา

- การได้รับพิษจากกัญชาเฉียบพลัน (acute exposure) อัตราการเต้นของหัวใจ และการทำงานของ sympathetic เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเพิ่ม cardiac workload และ Oxygen demand
- การได้รับพิษจากกัญชาเรื้อรัง (chronic exposure) ส่งผลให้เกิด vasospasm ของ coronary artery เนื่องจาก down regulation ของ TRPA-1 และ TRPV-1
- กระตุ้นการทำงานของเกร็ดเลือด (activate platelet) ทำให้เกิด clot ได้

2.4 ผลอื่น ๆ ต่อหัวใจและหลอดเลือด

- หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) พบ atrial fibrillation (AF), ventricular tachycardia (VF) ได้
- ภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) เนื่องจาก cardiac workload เพิ่มขึ้นทำให้เกิด high output heart failure
- โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheral artery disease)

3) พิษของกัญชาต่อระบบทางเดินอาหาร

ทำให้เกิดอาการอาเจียนรุนแรงจากกัญชา (Cannabinoid Hyperemesis Syndrome; CHS) CHS เป็นอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรงในผู้ใช้ THC มาเป็นเวลานาน (ร้อยละ 68 ของรายงานผู้ป่วยใช้มากกว่า 2 ปี) และใช้มากกว่า 20 ครั้งต่อเดือน อาการนี้ไม่ค่อยตอบสนองต่อยาแก้คลื่นไส้อาเจียน จะทุเลาลงเมื่อได้อาบน้ำอุ่น เมื่อเป็นแล้วหายช้า ใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ กลไกการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด คาดว่าน่าจะเกิดจาก down regulation ของ CB1 receptor ทำให้เกิดคลื่นไส้อาเจียน (ปรกติ THC จะกระตุ้น CB1 receptor ทำให้หายคลื่นไส้) หรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลง CB1 receptor downstream effect หาก THC ได้รับมากเกินไปจะไปกระตุ้น CB1 receptor ที่ GI tract ทำให้เกิด bowel movement และ dilate splanchnic vasculature ส่งผลให้เกิด epigastric pain, colicky pain หรืออาจเกิดจาก upregulation ของ TRPV-1 หรือ สารอื่น ๆ ส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน THC ที่รับเข้าไปในร่างกายจำนวนมากจะไปจับกับ CB1 receptor ที่ระบบทางเดินอาหาร ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยอาบน้ำอุ่นจะทำให้เส้นเลือดบริเวณผิวหนังขยายตัว THC จะเคลื่อนไปอยู่บริเวณผิวหนัง ทำให้อาการปวดท้องคลื่นไส้อาเจียนลดลง

ภาวะแทรกซ้อนจาก Cannabinoid Hyperemesis Syndrome

- Dehydration
- Electrolyte imbalance
- Esophageal rupture
- Cardiac arrhythmia
- Precipitate diabetic ketoacidosis

4) พิษต่อระบบหลอดเลือดสมอง

กลุ่มอาการหลอดเลือดสมองหดชั่วคราว (Reversible Cerebral Vasoconstrictive Syndrome; RCVS) เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) ร้อยละ 40 จากกัญชาเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดร้อยละ 32 จากสารที่ทำให้หลอดเลือดตีบอื่นๆ (cocaine, ergots, nicotine) การวินิจฉัยยืนยันด้วยการตรวจ CTA หรือ MRI

- การใช้กัญชาที่มี THC เป็นเวลานาน มีโอกาสเกิด transient cerebral vasospasm ของเส้นเลือดสมองส่งผลให้เกิด cerebral ischemia ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปวดศีรษะรุนแรงมาก (thunderclap headache) ในลักษณะเป็น ๆ หาย ๆ มีรายงานพบ seizure, TIA, stroke, neurological deficit, คลื่นไส้อาเจียนได้
- ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ subarachnoid hemorrhage (SAH), intracranial hemorrhage และเสียชีวิต

ภาคผนวก 21

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัยอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา ณ ห้อง
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

1. ผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย

ผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัยอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา ในผู้ที่มารับบริการ
ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ มีเกณฑ์พิจารณา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์เข้าข่ายสงสัยอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา

เกณฑ์เข้าข่ายสงสัยอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา

- 1) มีประวัติการใช้กัญชาก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับ มีอาการหรืออาการแสดงที่เข้าได้กับ ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
 - 1) อาการระบบหัวใจ ได้แก่ หน้ามืด วูบหมดสติ ใจสั่น แน่นหน้าอก ชีพจรเต้นผิดจังหวะ เหนื่อย หายใจไม่สะดวก ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ
 - 2) อาการระบบประสาท ได้แก่ เวียนศีรษะ แขนขาอ่อนแรง ทูตไม่ชัด ความรู้สึกตัวลดลง สับสน เดินเซ ชัก กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก อารมณ์แปรปรวน หนาวสั่น
 - 3) อาการระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง
 - 4) อาการระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไอ หอบเหนื่อย หายใจช้า การหายใจล้มเหลว
- 2) มีประวัติการใช้กัญชาก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับ มีอาการหรืออาการแสดง ดังนี้
 - 1) มีพฤติกรรม หรืออาการทางจิตเวชเปลี่ยนแปลง ขณะใช้ หรือหลังจากใช้กัญชา
 - 2) มีอาการอย่างน้อย 2 อย่าง ภายใน 2 ชั่วโมงหลังใช้กัญชา โดยที่ไม่มีสาเหตุอื่น
 - ภาวะหัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia)
 - เยื่อตาขาวแดง (Conjunctival injection)
 - ปากแห้ง (Dry mouth)
 - ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น (Increased appetite)
- 3) ประวัติไม่ชัดเจนหรือไม่สามารถให้ประวัติการใช้กัญชาก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับ ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
 - 1) อาการนำมาค่อยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุร่วมกับมีพฤติกรรมหรือระดับความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งไม่สามารถหาสาเหตุอื่นอธิบายได้
 - 2) มีอาการนำด้วยระบบหัวใจ ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร ระบบหายใจ อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งไม่สามารถหาสาเหตุอื่นอธิบายได้

ภาคผนวก 22

2. แนวทางการประเมินระดับความฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน

โดยพิจารณา ตามแนวทาง MOPH ED triage ดังนี้

1. ประเมินอาการ ว่าเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องทำการช่วยชีวิตทันที ใช่หรือไม่ ถ้า ใช่ -> ระดับ 1
2. มีภาวะเสี่ยง อาการซึม หรือเพลามาก อาการไม่สามารถรอได้ หากรอจะเป็นความเสี่ยง หรือมีสัญญาณชีพเข้า
ชายอันตราย ใช่หรือไม่ ถ้า ใช่ -> ระดับ 2
3. ประเมินแนวโน้มการใช้ทรัพยากร จำนวนการทำกิจกรรม

มากกว่า 1 อย่าง	-> ระดับ 3
1 อย่าง	-> ระดับ 4
ไม่ต้องการ	-> ระดับ 5

ประเมินอาการและรักษาผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หากระดับความฉุกเฉิน ระดับ 1-3 ยกตัวอย่างเช่น

- 1) ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ
- 2) กลุ่ม fast track STEMI , Stroke
- 3) อาการระบบหัวใจ เช่น หน้ามืด วูบหมดสติ ใจสั่น แน่นหน้าอก ชีพจรเต้นผิดจังหวะ เหนื่อย หายใจไม่สะดวก ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ
- 4) อาการระบบประสาท เช่น ความรู้สึกตัวลดลง สับสน ชัก กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ปวดหัว
- 5) อาการสุขภาพจิต เช่น psychosis, violence, suicide
- 6) อาการทางเดินหายใจ เช่น หายใจช้า การหายใจล้มเหลว หอบเหนื่อย
- 7) กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง เช่น เด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ โรคประจำตัวร่วมที่สำคัญ (หัวใจ ไต สมอ)

ประเมินอาการและรักษาผู้ป่วยที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หากระดับความฉุกเฉิน ระดับ 4-5 ยกตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพปกติ และมีอาการร่วมเล็กน้อย เช่น คลื่นไส้ เวียนศีรษะ ปากคอแห้ง

ภาคผนวก 23

3. แนวทางการประเมินอาการและให้รักษาเบื้องต้น ณ ห้องฉุกเฉิน

ตารางที่ 2 การประเมินอาการและให้รักษาเบื้องต้น

การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น ตาม Primary assessment	
1.	Standard resuscitation ตาม ACLS guideline
2.	Airway (A) and Breathing (B)
	<ul style="list-style-type: none"> - Maintain airway จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม - พิจารณา definitive airway โดยการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube insertion) กรณีผู้ป่วยมีอาการซึม (Comatose) หรือทางเดินหายใจล้มเหลว (respiratory failure) - พิจารณาให้ออกซิเจน หากมีข้อบ่งชี้ หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิด non-invasive กรณีผู้ป่วยมีภาวะ hypoxia, respiratory distress
3.	Circulation (C)
	<ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาให้สารน้ำชนิด crystalloid ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ชีพจรเต้นเร็ว (tachycardia) หรือมีภาวะขาดน้ำ (dehydration) - monitor ECG และประเมิน point of care ultrasound (POCUS) - หากผู้ป่วยมีภาวะ Tachy-Brady Arrhythmias ให้ปฏิบัติตาม ACLS guideline
4.	Decontamination (D)
	<ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาหยุดกัญชา หรือ สารประกอบกัญชา - พิจารณา antidote อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หากมีการใช้ยาหรือสารเสพติดอื่นร่วมด้วย <p><u>ไม่แนะนำให้ล้างท้อง</u> <u>ไม่ใช้ antidote สำหรับภาวะพิษจากกัญชา</u></p>
5.	Extra-conditions (E)
	<ul style="list-style-type: none"> • ภาวะชัก <ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines โดยให้ diazepam เพื่อระงับอาการชัก <ul style="list-style-type: none"> - เด็ก: ขนาด 0.3 mg/kg IV หรือ 0.5 mg/kg ทางทวารหนัก (ไม่เกิน 10 mg ต่อครั้ง) - ผู้ใหญ่: ให้ 5-10 mg IV หากยังเปิดหลอดเลือดดำไม่ได้ สามารถพิจารณาให้ฉีดทาง IM ก่อนได้ เมื่อเปิดหลอดเลือดดำได้ จึงประเมินอีกครั้ง - หากยังมีอาการชักภายหลังให้ diazepam หรือภาวะชักต่อเนื่อง (status epilepticus) พิจารณาให้ยาในกลุ่มของ barbiturate - ในกรณี status epilepticus และไม่สามารถหยุดอาการชักได้ ให้พิจารณาปรึกษาอายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์สำหรับกรณีผู้ป่วยเด็ก <ul style="list-style-type: none"> • อาการแพ้ (Anaphylaxis/allergy) <ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาหยุดกัญชา

- กรณี Anaphylaxis ให้ Epinephrine 1:1000 (1 mg/1 ml)
 - เด็ก: ขนาด 0.01 mg/kg IM (สูงสุดไม่เกิน 0.3 ml)
 - ผู้ใหญ่: ขนาด 0.5 mg IM
- ให้ Anti-histamines
 - เด็ก: Chlorpheniramine(CPM) 0.25 mg/kg/dose IV
 - ผู้ใหญ่: Chlorpheniramine(CPM) 10 mg IV
- พิจารณาให้ corticosteroid ในรายที่ Severe anaphylaxis หรือ previous systemic steroid use
- กรณีผู้ป่วยมาด้วยกลุ่มอาการ 3 กลุ่มโรค fast track ได้แก่ fast track stroke, fast track STEMI และ fast track multiple trauma ให้ปฏิบัติตามแนวทางตามกลุ่มโรคนั้น ๆ

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการส่งตรวจพิเศษ

- ECG 12 leads และ ตรวจ capillary blood glucose bedside
 - พิจารณาส่งตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้
 - CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Blood glucose, AST/ALT
 - Urine cannabinoids* พิจารณาส่งตรวจเมื่อประวัติการได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาไม่ชัดเจน
 - ตรวจสารเสพติดอื่น ๆ ในกรณีที่สงสัยมีสารเสพติดอื่นร่วม
- ทั้งนี้การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้พิจารณาตามความเหมาะสมตามดุลยพินิจของแพทย์และศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล
- กรณีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท หรือ ภาวะชัก หรือ red-flag sign ให้พิจารณา ส่ง brain imaging (CT brain)
 - การพิจารณาส่งตรวจพิเศษ อื่น ๆ ให้พิจารณาตามข้อบ่งชี้ ขึ้นอยู่กับภาวะของผู้ป่วย

*Urine cannabinoid เป็นการ screening เบื้องต้น ในการตรวจหา metabolite ของสารประกอบกัญชา คือ 11-nor-delta-9-tetrahydrocannabinol-9-carboxylic acid (9-carboxy-THC) ในปัสสาวะ ผล positive รายงานเมื่อตรวจพบสารอนุพันธ์ดังกล่าว มากกว่า 50 ng/ml สามารถตรวจพบ ภายใน 1 ชั่วโมงภายหลังจากได้รับสาร โดยมีรายงานในผู้ป่วยที่ใช้แบบสูบ จะยังสามารถตรวจพบสารประกอบดังกล่าวได้ 1 -2 วัน และอาจยังตรวจพบได้หลายสัปดาห์ในกลุ่มที่มีการใช้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการแปลผล positive จึงไม่ได้เป็นตัวบ่งบอกว่าได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาภายในระยะเวลาเท่าใด ทั้งนี้ อาจพบผลบวกปลอม (false positive) ได้จากยาบางกลุ่ม เช่น proton pump inhibitors, promethazine, dronabinol, NSAIDs, และ efavirenz

ในกรณีที่น่าจะเป็นคดีความให้เก็บ ปัสสาวะและเลือดในหลอด NaF 1 tube, EDTA 1 tube และ clotted blood 1 tube ไว้เพื่อการส่งตรวจยืนยัน พิสูจน์หลักฐานและปฏิบัติตาม chain custody

ภาคผนวก 24

4. การรักษาภาวะอื่น ๆ

1) ภาวะทางจิตเวช

ภาวะทางจิตเวชที่สามารถเกิดได้ในช่วง cannabis intoxication ได้แก่ psychotic symptoms, panic attacks, anxiety symptoms

- อาการโรคจิต (Psychotic symptoms) ได้แก่ อาการประสาทหลอน สับสน ทุรนทุราย
 - พิจารณาให้ ยาด้านโรคจิต (antipsychotics) เช่น haloperidol 2-5 mg หรือ risperidone 2-4 mg ชนิดกิน หรือถ้าอาการรุนแรง พิจารณาให้ haloperidol 5 mg IM
 - ในกรณีที่ทุรนทุรายพิจารณาให้ sedation ด้วย benzodiazepine เช่น diazepam 5-10 mg IV หรือ IM
 - ผูกมัด (physical restrained) เมื่อผู้ป่วยมีท่าทีควบคุมตนเองไม่ได้ หรือก้าวร้าว
 - จัดบรรยากาศลดสิ่งกระตุ้น เช่น ย้ายไปมุมที่เงียบหรือคนไม่พลุกพล่าน
 - เผื่อระวังการทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น
 - หากควบคุมอาการไม่ได้ ให้พิจารณาปรึกษาจิตแพทย์
- อาการตื่นตระหนก วิตกกังวล (Panic attacks, anxiety symptoms)
 - พิจารณาให้ lorazepam 2 mg, diazepam 5 mg ชนิดกิน ใต้ช่วงสั้นๆ
 - ให้ข้อมูลอาการที่เป็นเพื่อลดความตื่นตระหนก (reassure)
 - จัดบรรยากาศลดสิ่งกระตุ้น
 - ถ้ามีอาการหน้อยง่าย ให้ตรวจแยกสาเหตุระบบหัวใจและการหายใจด้วย

2) ภาวะอาเจียน

- พิจารณาให้สารน้ำให้เพียงพอ และแก้ไขภาวะ Electrolyte imbalance
- สามารถพิจารณาให้ยา antiemetics เช่น metoclopramide, domperidone, ondansetron ได้
- อาจพิจารณาให้ยาในกลุ่ม Proton pump inhibitor (PPI) ได้
- อาจพิจารณาให้ยา Benzodiazepine เช่น Diazepam 5-10 mg IV หรือให้ Haloperidol 5-10 mg IM เพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน

กรณีอาเจียนมากและไม่ตอบสนองต่อการรักษา คิดถึงภาวะ Cannabinoid hyperemesis syndrome ซึ่งมักเกิดในกลุ่มที่ใช้กัญชาในปริมาณมากเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนรุนแรง เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หลอดอาหารอักเสบ ช็อคน้ำและเกลือแร่ผิดปกติรุนแรง ไตวาย จนมีโอกาเสียชีวิตได้

การรักษา Cannabinoid Hyperemesis Syndrome (CHS)

1. หยุดใช้ THC ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นในอีก 2-3 สัปดาห์
2. รักษาภาวะขาดน้ำ (dehydration) และเกลือแร่ที่ไม่สมดุล (electrolyte imbalance)

3. ให้อาบน้ำอุ่นตามความร้อนที่ผู้ป่วยสามารถทนได้ แต่ไม่ควรร้อนจนเกินไป ระวังการได้รับบาดเจ็บบริเวณผิวหนังที่เกิดจากความร้อน และต้องให้สารน้ำทางเลือดดำ (IV fluid) ก่อนเพื่อ ป้องกัน syncope หรือภาวะ dehydrate
4. ให้ benzodiazepine ทางหลอดเลือดดำ เพื่อทำให้ผู้ป่วยหลับและลดคลื่นไส้
5. ให้อาตามากทางจิต เช่น haloperidol เพิ่มเดิมจากการให้ benzodiazepine ในกรณีที่มีผู้ป่วยมี EKG ปกติ
6. ให้ทาผิวหนังด้วย capsaicin cream (0.025-0.1%) ทำให้เส้นเลือดบริเวณผิวหนังขยายตัว (vasodilate) ทำให้ THC อยู่นอกบริเวณผิวหนัง (มักมีการใช้ในประเทศที่มีภูมิอากาศหนาว) หากมีอาการปวดท้องอาการปวดบริเวณหน้าท้องจะลดอาการปวดท้องลงได้

3) กลุ่มอาการหลอดเลือดสองหลอดเลือด Reversible Cerebral Vasoconstrictive Syndrome (RCVS)

- หยุดใช้ THC และตัวกระตุ้นให้เกิดอาการ ได้แก่ เลิกบุหรี่ หยุดใช้ยา ergots เป็นต้น
- ให้อาบน้ำอุ่นที่อุณหภูมิเหมาะสม หากมีอาการปวดศีรษะเป็น ๆ หาย ๆ
- ให้อา calcium channel blocker ชนิดกิน (nimodipine, nifedipine, verapamil) เพื่อให้ vessel tone มี dilate ซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการปวดศีรษะได้
- กรณีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง อาจต้องพิจารณาทำ intra-arterial vasodilators และ balloon angioplasty ซึ่งผลสำเร็จของการรักษาไม่แน่นอน
- ให้อาบน้ำอุ่น หากมีอาการของ TIA (transient ischemic attack), subarachnoid hemorrhage, หรือ stroke ให้นำส่งเข้าโรงพยาบาลทันที

5. การพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน

- ในกรณีอาการผู้ป่วยดีขึ้นและสัญญาณชีพคงที่ ควรสังเกตอาการ ณ ห้องฉุกเฉิน โดยพิจารณาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ทั้งนี้อาจพิจารณาตามอาการของผู้ป่วยหรือดุลยพินิจของแพทย์
- พิจารณา Admit ผู้ป่วยใน ดังนี้
 - ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา อาการไม่ดีขึ้น และจำเป็นต้องติดตามอาการต่อ
 - มีข้อบ่งชี้ของภาวะหรือโรครวมอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน

6. การให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย

- บุคลากรทางการแพทย์ร่วมประเมินปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา และให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ
- กรณีพบผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้สำหรับการใช้กัญชาเพื่อรักษาทางการแพทย์ พิจารณานัดติดตามอาการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์
- ประเมินปัญหาการเสพติดโดยใช้ “แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้น้ำยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษากระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสร.) V.2” เพื่อส่งต่อสถานพยาบาลบำบัดยาเสพติด

ภาคผนวก 25

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2คำถาม

คำถาม	มี	ไม่มี
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		

การแปลผล

ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถามถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3. หลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากไป				
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง				
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป				
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครวัผิดหวัง				
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความ ตั้งใจ				
8. พุดซ้ำทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถ อยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น				
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี				
คะแนนรวมทั้งหมด				

การแปลผล

คะแนนรวม	การแปลผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปาน
≥ 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ด้วย 8Q

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ลำดับ คำถาม	ระยะเวลา	คำถาม	ไม่มี	มี
1		คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3	ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา วันนี้	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) -ท่านสามารถ ควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่าน คิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือ -บอกได้ไหมว่าคุณจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้	ไม่ได้
4		แผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะ ฆ่าตัวตายโดย ตั้งใจว่าจะให้ตายจริง	0	9
6		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้ เสียชีวิต	0	4
7		ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8		ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4

หมายเหตุ: ตั้งแต่คะแนน 1 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดและดูแลตามระดับความรุนแรง ซึ่งแบ่งได้ ดังนี้

- คะแนน 1-8 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย
- คะแนน 9-16 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง
- คะแนน ≥ 17 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง

การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

แนวทางการจัดการตามระดับค่าคะแนน ดังนี้

คะแนน 8Q = 1- 8 คะแนน

1. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว
 2. ติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยแนะนำให้ญาติดูแลใกล้ชิด
- คะแนน 8Q = 9 -16 คะแนน

1. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว
 2. ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจช่วยแก้ไขปัญหาทุกข้อที่เร่งด่วน
 3. แนะนำให้ญาติดูแลใกล้ชิดและให้ความรู้แก่ญาติเรื่องวิธีการช่วยเหลือและเฝ้าระวังที่ถูกต้อง
 4. ติดตามประเมินอาการทุกสัปดาห์ หากมีอาการรุนแรงมากขึ้นให้ปรึกษาโรงพยาบาลเครือข่าย
- คะแนน 8Q > 17 คะแนน

1. ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง
2. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว
3. ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจช่วยแก้ไขปัญหาทุกข้อที่เร่งด่วน
4. หากมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่ลดลง พิจารณาปรึกษาหรือส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

หมายเหตุ : ผู้ป่วยทุกรายที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ควรได้รับการติดตามประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q และได้รับการดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาทุกเดือน

ภาคผนวก 26

แบบประเมินความเครียด (ST- ๕)
(โดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

ความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกคน สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่าง เช่น รายได้ที่ไม่เพียงพอ หนี้สิน ภัยพิบัติต่างๆ ที่ทำให้เกิดความสูญเสีย ความเจ็บป่วย เป็นต้น ความเครียดมีทั้งประโยชน์และโทษ หากมากเกินไปจะเกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของท่านได้ขอให้อ่านลองประเมินตนเองโดยให้คะแนน ๐- ๓ ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

- คะแนน ๐ หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี
 คะแนน ๑ หมายถึง เป็นบางครั้ง
 คะแนน ๒ หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง
 คะแนน ๓ หมายถึง เป็นประจำ

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ ๒ - ๔ สัปดาห์	คะแนน			
		๐	๑	๒	๓
๑	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
๒	มีสมาธิน้อยลง				
๓	หงุดหงิด / กระวนกระวาย / ว้าวุ่นใจ				
๔	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
๕	ไม่อยากพบปะผู้คน				
คะแนนรวม					

การแปลผล

- คะแนน ๐ - ๔ เครียดน้อย
 คะแนน ๕ - ๗ เครียดปานกลาง
 คะแนน ๘ - ๙ เครียดมาก
 คะแนน ๑๐ - ๑๕ เครียดมากที่สุด

ภาคผนวก 27

แบบคัดกรองโรคจิต

พบเห็น	จากการสัมภาษณ์ญาติ	
	ไม่มี (0)	มี (1)
1. พูดเพ้อเจ้อ		
2. แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม		
3. ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น		
4. แยกตัวออกจากสังคม ไม่สูงส่งกับใคร		
5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษมากกว่าคนอื่น		
7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
8. มีพฤติกรรมอื่นๆที่ผิดจากคนทั่วไป		
คะแนนรวม		
อาการที่พบเห็น	จากการสัมภาษณ์คนไข้	
1. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล	ไม่มี (0)	มี (1)
2. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
3. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
คะแนนรวม		
คะแนนรวมทั้งหมด1-11		

โดยได้คะแนน 1 คะแนนขึ้นไปให้สงสัยว่าเป็นโรคจิต ควรแนะนำให้ไปรับบริการ ณ.โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อเป็นการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

คู่มือการใช้แบบคัดกรองโรคจิต

โรคจิต หรือตามความเข้าใจของชาวบ้านว่า ฝัน บ้า ภายใน 1 เดือนจนถึงปัจจุบัน มีอาการเหล่านี้หรือไม่ (มีอาการอย่างน้อย 6 เดือน และอาการที่เกิดขึ้นต้องมีอาการติดต่อกัน 1 เดือน) แบบสัมภาษณ์ญาติหรือบุคคลใกล้ชิด

1. พูดเพ้อเจ้อ หมายถึง ลักษณะการพูดที่ผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1.1 พูดคนเดียวไปเรื่อยๆ
- 1.2 เปลี่ยนเรื่องพูดไปเรื่อยๆ เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน
- 1.3 พูดมากหรือพูดเร็วกว่าปกติ

2. แต่งตัวที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม ได้แก่ ความผิดปกติของการแต่งกายข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 2.1 สวมเสื้อผ้าที่สกปรกโดยไม่ยอมเปลี่ยนหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่วันละหลายๆ ครั้ง
- 2.2 ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย เช่น ไม่อาบน้ำ หนวดเครา หรือผมเผ้ารุงรังสกปรก มีคราบโคลตามตัว หรืออาบน้ำบ่อยๆ
- 2.3 แก้วน้ำในที่สาธารณะ
- 2.4 ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด และแต่งตัวด้วยเครื่องประดับมากกว่าเดิมจนผิดกาลเทศะ เช่น แต่งชุดลิเกซึ่งไม่ใช่งานเทศกาลต่างๆ

3. ก้าวร้าว รุนแรง ทำร้ายผู้อื่น ได้แก่ การอาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่นโดยไม่มีเหตุผล**4. แยกตัวเองออกจากสังคม** ไม่สูงลิ้งกับใคร หมายถึง พฤติกรรม ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 4.1 เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง
- 4.2 แยกตัวเองอยู่คนเดียว ไม่สูงลิ้งกับใคร

5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล มีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 5.1 หวาดระแวงกลัวคนจะมาปองร้ายหรือทำร้าย
- 5.2 คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด
- 5.3 ระแวงว่ามีคนคอยติดตาม
- 5.4 มีความคิดมีอำนาจบางอย่างมาบังคับ
- 5.5 คิดว่าคนรอบข้างมักนินทาหรือพูดถึงตนเอง
- 5.6 มีความเชื่อหรือมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม
- 5.7 สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง

6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา ได้แก่

- 6.1 เป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์
- 6.2 คิดว่าตนเองร่ำรวย แจกจ่ายเงิน โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร
- 6.3 คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญหรือมีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์

7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน

- 7.1 ได้ยินเสียงโดยไม่เห็นตัวตนพูด หรือได้ยินเสียงเพียงคนเดียว
- 7.2 เห็นภาพที่คนอื่นไม่เห็น
- 7.3 พูดคนเดียวเหมือนกับโต้ตอบใคร
- 7.4 ทำตามเสียงแว่วที่สั่ง

8. มีพฤติกรรมอื่นที่ผิดปกติจากคนทั่วไป

- 8.1 หัวเราะหรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล
- 8.2 อารมณ์เปลี่ยนไปมา
- 8.3 กราบไหว้บ่อยโดยไม่มีเหตุผล
- 8.4 เก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์ เช่น เศษขยะ เศษกระป๋อง เศษขวด ฯลฯ

เรื่อง : ขั้นตอนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด(แอมเฟตามีนและกัญชา)

ภาคผนวก 28

หนังสือแสดงการยินยอมหรือปฏิเสธการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ

ชื่อสถานพยาบาล/ สถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพ.....

คำรับรองการยินยอม / ไม่ยินยอมตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ

- กรณีผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปี บริบูรณ์เห็นไปที่รัฐคดี
 ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย)อายุ.....ปี
 เลขที่เวชระเบียน (H.N.)
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้คำยินยอมเองได้ เนื่องจากป่วยเจ็บ วิกลจริต ผู้ป่วยที่ไม่รัฐคดี ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือผู้ป่วยเสมือนคนไร้
 ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรม เป็นผู้พิจารณาลงนาม
 ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุลผู้แทน)อายุ.....ปี
 เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (ชื่อ-นามสกุล)อายุ.....ปี
 เลขที่เวชระเบียน (H.N.)เกี่ยวข้องกับในฐานะเป็น
- ยินยอม ให้ผู้ป่วย ชื่อ รับการรักษา
- ไม่ให้ความยินยอม ให้ผู้ป่วย ชื่อ รับการรักษา

โดยแพทย์/เจ้าหน้าที่ได้อธิบายถึงผลกระทบขณะทำและหลังการรักษาที่อาจเกิดขึ้นในการตรวจรักษา ตั้งแต่ ขั้นตอนเตรียมการก่อน
 รักษา การรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามการรักษา มีการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการรักษา ด้วยระบบนัดหมายระบบการบริการดูแลช่วยเหลืออย่าง
 เหมาะสม หากผู้ป่วยไม่มาติดต่อตามระบบนัดหมายของโรงพยาบาล จะมีการไต่ถามการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยตามที่ราชการกำหนด ไปยังหน่วยงาน
 เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบคำชี้แจงจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลแล้ว เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ตลอดจนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น
 รวมถึงค่าใช้จ่ายตามสิทธิการรักษา หากมีความเสียหายหรือเกิดผลกระทบกับผู้ป่วย ข้าพเจ้าจะไม่ถือเป็นความผิดหรือความบกพร่องของสถาบัน
 บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี อนึ่งข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจดีว่าโรงพยาบาลจะไม่รับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นจาก
 การนี้ทุกกรณี โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความเข้าใจตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อ/พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ผู้ป่วย

(.....)

..... ผู้แทน เกี่ยวข้องเป็น

(.....)

ลงชื่อ พยานฝ่ายผู้ป่วย เกี่ยวข้องเป็น

(.....)

ลงชื่อ ผู้ให้คำชี้แจง ตำแหน่ง.....

(.....)

ลงชื่อ พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่ ตำแหน่ง

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

(หมายเหตุ : ถ้าเขียนไม่ได้ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือด้านขวา)

ภาคผนวก 29

๘๘

แนวทางการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)

**การตรวจ
และรักษาโรค
ติดต่อทางเพศ
สัมพันธ์**

๑. ขั้นตอนการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



การดูแลรักษาผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น สิ่งสำคัญนอกเหนือจากการให้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและการรักษาที่มีประสิทธิภาพแล้ว จะต้องคำนึงถึงแนวทางอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้มารับบริการผู้ป่วย/ติดเชื้อและผู้สัมผัสโรค รวมถึงการค้นหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ยังไม่มีอาการ เช่น โรคซิฟิลิส การติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

แนวทางในการดูแลรักษาผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีดังนี้

๑. การซักประวัติ

ปัญหาที่มารับการตรวจ อาการสำคัญ อาการร่วม พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ทางทวารหนัก การใช้ถุงยางอนามัยในช่องทางต่างๆ ที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ อาการผิดปกติทางท่อปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะแสบขัด มีมูกหรือหนองไหลจากท่อปัสสาวะ การมีตกขาวที่ผิดปกติ อาจมีสีเปลี่ยนไปจากเดิมขาวปนเทา เหลืองหรือเขียวปนเทา คัน และมีกลิ่นที่ผิดปกติ เป็นต้น

HARM REDUCTION

แนวทางการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)

๑๕

ประวัติส่วนตัว ได้แก่ จำนวนคูเพศสัมพันธ์ เพศ ประเภทของผู้มารับบริการ เช่น พนักงานบริการ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย วัยรุ่น ผู้ต้องขัง เป็นต้น พฤติกรรมเสี่ยง และอาการผิดปกติของผู้เพศสัมพันธ์ ประวัติการแพทย์และประวัติการรักษาก่อนมาพบแพทย์รวมถึงการใช้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคอื่นๆ ประวัติการเคยเป็นผู้ต้องขัง การใช้สารเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การฝังมุก ฉีดสารเพิ่มขนาด ใช้อุปกรณ์เสริมทางเพศ

การซักประวัติ/พฤติกรรมเสี่ยง

ประวัติเพศสัมพันธ์มีความจำเป็นมาก โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้มารับบริการไม่มีอาการหรือมีอาการแสดงไม่ชัดเจน หากผู้มารับบริการมีกรณีใดกรณีหนึ่งดังนี้ ให้พิจารณาว่า มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายเป็นใคร เมื่อใด ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ ถ้าครั้งสุดท้ายกับคู่นอนประจำ ต้องซักประวัติต่อว่ามีคนอื่นอีกหรือไม่
- มีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายบริการทางเพศโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ใน ๓ เดือนที่ผ่านมา
- มีคูเพศสัมพันธ์มากกว่า ๑ คน ใน ๓ เดือนที่ผ่านมา
- มีคูเพศสัมพันธ์คนใหม่ใน ๓ เดือนที่ผ่านมา
- มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือถุงยางอนามัยแตก รั่ว หลุด (ช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือทุกช่องทาง ที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์)
- คูเพศสัมพันธ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

หมายเหตุ

สำหรับชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men ; MSM) ควรซักประวัติความเสี่ยงเพิ่มเติมว่า ผู้มารับบริการเป็นฝ่ายรุก (Insertive role) ฝ่ายรับ (Receptive role) หรือเป็นทั้งฝ่ายรุกและฝ่ายรับ (Versatile role) โดยฝ่ายรับมีโอกาสติดเชื้อมากกว่าฝ่ายรุก และใช้ช่องทางใดบ้างในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ปาก ทวารหนัก เป็นต้น ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในทุกช่องทางหรือไม่ หากมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงด้วย ควรถามว่า นอกจากมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดแล้ว มีเพศสัมพันธ์ทางปากและทางทวารหนักและใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในทุกช่องทางหรือไม่

๒. การตรวจคัดกรองหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น

แนะนำผู้มารับบริการตรวจคัดกรองหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น เช่น ซิฟิลิส ท้องใน ท้องในเทียม เป็นต้น (เฉพาะผู้มารับบริการที่ไม่เคยรับการตรวจหรือยังไม่มีการคุมกำเนิด) ควรตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคซิฟิลิส ทุก ๓-๖ เดือน หากผู้มารับบริการยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง

๓. การตรวจร่างกาย

ตรวจร่างกาย ประกอบด้วย

- การตรวจร่างกายทั่วไป เพื่อหาอาการแสดงของโรคซิฟิลิสระยะที่ ๒ เช่น มีผื่นนูนบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า ผمร่วงเป็นหย่อม ๆ ตุ่มนูนหรือผื่นนูนแดงบริเวณรอบ ๆ อวัยวะเพศ เป็นต้น และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรตรวจทุกระบบ โดยเฉพาะผิวหนัง ผม ช่องปาก กระพุ้งแก้ม ลิ้น และไตลิ้น ต่อมทอนซิล ต่อมน้ำเหลืองที่หน้าหู หลังหู คอ รักแร้ และข้อศอก

- การตรวจบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก (ดูแผล ผื่น ตุ่ม และเก็บสิ่งส่งตรวจ)

สำหรับผู้มารับบริการชาย

- ตรวจดูอวัยวะเพศภายนอก หัวเหน่า เพื่อหาแผล ทูดอวัยวะเพศ (ทูดหงอนไก่) ทูดข้าวสุก โสณ ไซโสณ และรอยโรคต่าง ๆ จัดบันทึกลักษณะของสิ่งที่พบ คล้ำที่ขาหนีบเพื่อตรวจว่ามีต่อมน้ำเหลืองโตหรือไม่

- ตรวจดูท่อน้ำปัสสาวะว่ามีหนองหรือไม่ ถ้ามีหนองให้เก็บหนองย้อมสีแกรม กรณีที่ไม่มีหรือไม่เห็นหนอง ให้รีดท่อน้ำปัสสาวะ ๓-๔ ครั้ง หากมีหนองให้เก็บหนองย้อมสีแกรม หากไม่เห็นหนองให้ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือลวดพันสำลี สอดเข้าท่อน้ำปัสสาวะลึก ๒ เซนติเมตร เพื่อเก็บสิ่งส่งตรวจย้อมสีแกรม ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาว และหา GNID (Gram-negative intracellular diplococci) หากผู้มารับบริการมีทูดอวัยวะเพศ (ทูดหงอนไก่) ที่ปากหรือในท่อน้ำปัสสาวะ ห้ามเก็บสิ่งส่งตรวจในท่อน้ำปัสสาวะ เพราะจะทำให้ทูดลุกลามเข้าไปข้างในยาต่อการรักษา ในกรณีที่นัดตรวจซ้ำควรแนะนำให้ผู้มารับบริการกลับปัสสาวะมาก่อนอย่างน้อยเป็นเวลา ๔ ชั่วโมง

สำหรับผู้มารับบริการหญิง

- ตรวจดูอวัยวะเพศภายนอก หัวเหน่า เพื่อหาแผล ทูดอวัยวะเพศ (ทูดหงอนไก่) ทูดข้าวสุก โสณ ไซโสณ และรอยโรคต่าง ๆ จัดบันทึกลักษณะของสิ่งที่พบ คล้ำที่ขาหนีบเพื่อตรวจว่ามีต่อมน้ำเหลืองโตหรือไม่

- ตรวจภายในด้วย Speculum เพื่อดูการอักเสบ แผลหรือหนองบริเวณผนังช่องคลอดหรือปากมดลูก

- ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือไม้พันสำลี เก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอด ป้ายบนสไลด์ ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อหาเชื้อรา พยาธิช่องคลอดและ Clue cells และย้อมสีแกรม เพื่อดูเม็ดเลือดขาว หา GNID เชื้อรา และ Clue cells

- ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ปีละ ๑ ครั้ง หรือตามคำแนะนำของแพทย์

- ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือไม้พันสำลี เก็บสิ่งส่งตรวจจากปากมดลูก และรีดท่อน้ำปัสสาวะ แล้วใช้ loop ปราศจากเชื้ออันใหม่หรือลวดพันสำลี เก็บสิ่งส่งตรวจจากท่อน้ำปัสสาวะย้อมสีแกรมตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาว และหา GNID

- ผู้มารับบริการทุกรายควรเพาะเชื้อหนองในจากปากมดลูกและท่อปัสสาวะร่วมด้วย สำหรับผู้ที่ร่วมเพศด้วยปาก

- พิจารณาเก็บสิ่งส่งตรวจจากต่อมทอนซิลทั้งสองข้างและฟาริงซ์ (Pharynx) เพื่อเพาะเชื้อหนองใน โดยใช้ก้านพัน Polyester หรือไม้พันสำลี

สำหรับผู้ร่วมเพศด้วยทวารหนัก

- ตรวจผิวหนังรอบบริเวณทวารหนัก ร่องกัน พิจารณาตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก (Anal pap smear) โดยใช้ Dacron swab บีบ ๑ ครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ตรวจทวารหนักโดยใช้นิ้ว แล้วจึงใส่กล้อง Anoscope ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือไม้พันสำลีเก็บสิ่งส่งตรวจในช่องทวารหนัก ย้อมสี แกรม ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาว และหา GNID ควรเพาะเชื้อหนองในร่วมด้วย

สำหรับช่องคลอดและท่อปัสสาวะคัดแปลง (คือ การแปลงเพศโดยเจาะช่องให้เป็นช่องคลอด และการเปลี่ยนแนวทางของท่อปัสสาวะให้คล้ายกับอวัยวะเพศหญิงที่สุด)

- ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือไม้พันสำลี เก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอด ย้อมสีแกรม ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาว และหา GNID ควรเพาะเชื้อหนองในร่วมด้วย

- ริดท่อปัสสาวะ ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือหลอดพันสำลีเก็บสิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะ ย้อมสีแกรม ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาว และหา GNID ควรเพาะเชื้อหนองในร่วมด้วย

๔. รักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วนตามโรคที่ตรวจพบ

เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ควรพิจารณาให้การรักษาตามแนวทางการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

๕. ให้ความรู้ ให้การปรึกษา แนะนำแนวทางในการติดตามการรักษา ความจำเป็นในการตรวจรักษาผู้สัมผัสโรคและการป้องกันโรคเพื่อไม่ให้ติดเชื้อซ้ำ

ประกอบด้วย

- อันตรายของโรคที่กำลังป่วยอยู่ และโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจตามมา รวมทั้งโอกาสที่จะติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น

- ช่องทางการติดต่อของโรคและการถ่ายทอดเชื้อไปสู่คู่นอนเพศสัมพันธ์และทารกในครรภ์

- ความจำเป็นของการรักษาอย่างครบถ้วน รวมถึงการรักษาคู่นอนเพศสัมพันธ์

- การงดสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง งดมีเพศสัมพันธ์ระหว่างการรักษา (เพราะจะทำให้เกิดการอักเสบ) หากงดไม่ได้ควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งและทุกช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (เนื่องจากทำให้ระดับยาในเลือดลดลง)

- ให้คำปรึกษาในการตรวจรักษาผู้อื่น รวมถึงการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้สัมผัสโรคในช่วงที่ให้คำปรึกษา

ภาคผนวก 30

ส่วนที่ 1 : คัดกรองสัมภาษณ์ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค

วันที่คัดกรอง...../...../.....

อาการสงสัยวัณโรค	มีอาการ	ไม่มีอาการ
1.ไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> (3 คะแนน)	<input type="checkbox"/> (0 คะแนน)
2.ไอเป็นเลือดใน 1 เดือน ที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> (3 คะแนน)	<input type="checkbox"/> (0 คะแนน)
3.ไอน้อยกว่า 2 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> (2 คะแนน)	<input type="checkbox"/> (0 คะแนน)
4.น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุใน 1 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> (1คะแนน)	<input type="checkbox"/> (0 คะแนน)
5.มีไข้ทุกวันนาน 1 สัปดาห์ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> (1คะแนน)	<input type="checkbox"/> (0 คะแนน)
6.เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืนภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> (1คะแนน)	<input type="checkbox"/> (0 คะแนน)

หมายเหตุ : ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค คือ ผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 3 คะแนน หรือ เท่ากับ 3 คะแนน (≥ 3) คะแนน