

MOPH  
PLUS



30<sup>BAHT+</sup>  
UPGRADE

คู่มือ

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด  
รูปแบบ

มินิธัญญารักษ์



กระทรวงสาธารณสุข

โดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



# คู่มือการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและสารเสพติดรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์”

บรรณาธิการ นายแพทย์อังกูร ภัทรากร  
นายแพทย์ลำซำ ลักษณะนาภิชนชัย  
แพทย์หญิงภัทรินทร์ ชมภูคำ

ISBN 978-616-8322-54-3

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤศจิกายน 2566

จำนวนหน้า 96 หน้า

จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม

โรงพิมพ์ บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด  
119/138 เดอะเทอร์เรส หมู่ 11 ซอยติวานนท์ 3  
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ  
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

จัดพิมพ์โดย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)  
และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



คู่มือการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ช้ยาและสารเสพติดรูปแบบ  
“มินิธัญญารักษ์”



## คำนำ

คู่มือการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและสารเสพติดรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์” จัดทำขึ้นเพื่อเป็นคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับโรงพยาบาลชุมชน ที่เปิดให้บริการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและสารเสพติด แบบผู้ป่วยในตามรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์” ตามนโยบาย Quick win 100 วัน ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว ที่ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดถือผู้เสพเป็นผู้ป่วย และเป็นบทบาทภารกิจโดยตรงของกระทรวงสาธารณสุขในด้านกำหนดมาตรฐานการบำบัดรักษา และพัฒนาระบบและมาตรการให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบำบัดรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ลดอันตราย และ ความรุนแรงที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วย ครอบครัว หรือสังคมรอบข้าง โดยให้มีการจัดตั้ง “มินิธัญญารักษ์” ในทุกจังหวัด ทั่วประเทศ ภายในเดือนธันวาคม 2566 โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลใกล้บ้าน คือ ในโรงพยาบาลชุมชน ในทุกจังหวัด ที่สามารถให้การดูแลได้ทั้งในระยะ Acute/Sub acute ระยะ Intermediate care และ ระยะ Long term care

ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุวรรณี สุระเศรณีวงศ์ ประธานแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงรัชมน กัลยาศิริ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ได้ให้ความกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าช่วยตรวจสอบเนื้อหา และให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำคู่มือเล่มนี้อย่างยิ่ง

คณะผู้จัดทำ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและสารเสพติด ในโรงพยาบาลชุมชนที่จัดตั้ง “มินิธัญญารักษ์” และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ตลอดจนผู้ที่สนใจสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางหรือประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานจัดบริการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและสารเสพติดให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดคุณภาพบริการในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและสารเสพติดอย่างมีมาตรฐาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยติดยาและสารเสพติดได้เข้าถึงการบำบัดรักษา กลับสู่ภาวะปกติ สามารถใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุขต่อไป

คณะผู้จัดทำ

พฤศจิกายน 2566





## สารจาก รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์ชลาตัน ศรีแก้ว  
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



กระทรวงสาธารณสุขมีเจตนารมณ์และให้ความสำคัญกับการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการแก่ผู้ติดยาและสารเสพติด ให้เท่าเทียมกับการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ และเทียบเท่ากับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนสร้างหลักประกันว่า ผู้ติดยาและสารเสพติด จะได้รับบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ทัวถึง ครอบคลุม โดย 3 นโยบายหลักด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด ประกอบด้วย 1) การจัดตั้ง “มินิธัญญารักษ์” เพื่อดูแลผู้ป่วยยาเสพติดระยะยาวให้ครอบคลุม 76 จังหวัดทั่วประเทศ 2) การมีหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดทุกจังหวัด 3) การมีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดทุกอำเภอ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดฟื้นฟูครบวงจรภายในจังหวัดถือเป็นการพัฒนาศักยภาพ ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดของโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาลธัญญารักษ์ รวมทั้งเป็นเครือข่ายรับส่งต่อในพื้นที่ 1 จังหวัด 1 แห่ง ครอบคลุมทั่วประเทศ ภายในเดือนธันวาคม 2566

ในโอกาสนี้ ผมขอขอบคุณ กรมการแพทย์ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) โรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง และผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ร่วมกันจัดทำคู่มือการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดรูปแบบ มินิธัญญารักษ์ขึ้น เพื่อเป็นคู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานนำไปใช้ในการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติด ทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว เพื่อสร้างมาตรฐานในการบริการที่มีคุณภาพอย่าง ทัวถึง เป็นธรรม โดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุก ๆ ด้าน เป็นทุนมนุษย์ที่มีคุณค่า และมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ เป็นการสืบสานพระปณิธานของ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี หรือ “สมเด็จพระย่า” ของปวงชนชาวไทย ซึ่งมีพระมหากรุณาธิคุณ ต่อผู้ติดยาเสพติดอย่างแท้จริง ในการคืนคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียม ให้แก่กลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด ดังพระราชดำรัสที่ว่า “คนที่ติดยาเขาเป็นคนหรือเปล่า ในเมื่อเขาเป็นคน...เรามี การช่วยเหลือเขาได้ไหม ถ้าช่วยเหลือเขาได้เท่ากับชุบชีวิตใหม่ให้เขา...เราก็ควรทำ ”





## สารจาก ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์ โอภาส การย์กวินพงศ์  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



จากนโยบายของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาเสพติด โดยประกาศให้เป็นวาระแห่งชาติ ภายใต้ความร่วมมือของทุกหน่วยงาน โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด ด้วยการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 และได้กำหนดให้เป็นหนึ่งในนโยบายหลักที่จะต้องเร่งรัดดำเนินการให้เห็นผลภายใน 100 วัน (Quick win)

ในการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านยาและสารเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 นั้นยึดหลัก “เปลี่ยนผู้เสพเป็นผู้ป่วย” สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งถึง และด้วยความสมัครใจ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดระบบบริการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด และดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตามยุทธศาสตร์ด้านยาเสพติดของกระทรวงให้ครอบคลุมทุกมิติ ด้วยการจัดให้มีการบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในหอผู้ป่วยจิตเวชยาและสารเสพติดอย่างไร้รอยต่อ ภายใต้นโยบายพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความแออัด และบูรณาการการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ จึงมีแนวคิดพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์”

คู่มือการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์” เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข สามารถดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดในพื้นที่ของตนเองและพื้นที่ใกล้เคียงได้ตามมาตรฐาน ขอแสดงความชื่นชมกรมการแพทย์ที่จัดทำคู่มือการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์” ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยอย่างแท้จริง





## สารจาก อธิบดีกรมการแพทย์

### แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลาพิทักษ์ อธิบดีกรมการแพทย์



การกำจัดปัญหายาเสพติดเป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลภายใต้การนำของท่านนายกรัฐมนตรี นายเศรษฐา ทวีสิน โดยท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว จึงมุ่งเน้น การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ใช้ยาและสารเสพติดให้เหมาะสม ทำให้ผู้รับ บริการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง เกิดประโยชน์สูงสุดตามสถานการณ์และปัญหาในปัจจุบัน

“มินิธัญญารักษ์” เป็นแนวคิดในการขยายพื้นที่และเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ใช้ยาและ สารเสพติดในเขตสุขภาพ ลดความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งมีจำนวนเตียงจำกัดในการรองรับจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ด้วยความร่วมมือจากโรงพยาบาล ชุมชนที่มีศักยภาพและความพร้อมร่วมกับเครือข่ายในทุกจังหวัด เพื่อให้บริการตามบริบทในพื้นที่ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

คู่มือการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์” จะเป็นเครื่องมือให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้เป็นแนวทางในการทำงานและดูแลผู้ป่วย ได้อย่าง ครอบคลุมในทุกระยะของอาการเจ็บป่วย ขอขอบคุณสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชนิ (สบยช.) และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง คือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ตลอดจนจนถึง กรมสุขภาพจิต และทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่นำความรู้และ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานรวมทั้งสถานการณ์ยาเสพติดที่เปลี่ยนแปลงไปมาเป็นฐานในการพัฒนา คู่มือ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำคู่มือนี้ ขออวยพรให้ การทำงานของท่าน ประสบความสำเร็จ เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย สังคมและประเทศชาติ โดยรวม



## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	ข
สารจากปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ค
สารอธิบดีกรมการแพทย์	ง
สารบัญ	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ความหมาย	2
วัตถุประสงค์	2
ระยะเวลาการบำบัดฟื้นฟู	2
บทที่ 2 การบำบัดรักษาระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน (Acute/Subacute care)	4
วัตถุประสงค์	4
การเตรียมความพร้อมในการเปิด “มินิธัญญารักษ์” ระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน (Acute/Subacute care)	4
บทบาทหน้าที่ของบุคลากรผู้ให้บริการ	5
การประเมินสภาพผู้ไข้ยาและสารเสพติด ระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน	6
การบำบัดรักษาผู้ไข้ยาและสารเสพติดรูปแบบมินิธัญญารักษ์ ระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน (Acute /Sub acute care)	10
การดูแลรักษาผู้ไข้ยาและสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	10
การดูแลรักษาผู้ไข้ยาและสารเสพติดที่มีภาวะโอปิออยด์ (Opioids) เกินขนาด	13
การดูแลรักษาผู้ป่วยไข้ยาและสารเสพติดที่มีภาวะชัก	14
การดูแลรักษาผู้ไข้ยาสารเสพติดที่มีภาวะขาดสุราขั้นรุนแรง (Delirium Tremens: DTs)	15
บทที่ 3 การบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care)	16
วัตถุประสงค์	16
การเตรียมความพร้อมในการเปิด “มินิธัญญารักษ์” ระยะกลาง (Intermediate care)	16
การประเมินสภาพผู้ป่วยเสพติดแบบรอบด้านในการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care)	18
ขั้นตอนการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care)	20
การบำบัดรักษาระยะกลาง	21
1. กลุ่มกระตุ้นประสาท	21
2. กลุ่มหลอนประสาท	21
3. กลุ่มกดประสาท	22
4. กลุ่มแอลกอฮอล์	23
กิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจและการจัดการความคิด	24
การประเมินผลการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care)	25
ตัวอย่างตารางกิจกรรม การบำบัดรักษาระยะกลาง	26

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care)	30
วัตถุประสงค์	30
เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care)	30
การเตรียมความพร้อมในการเปิด “มินิธัญญารักษ์” รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู	30
สมรรถภาพระยะยาว (Long term care)	
ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและสารเสพติดระยะยาว (Long term care)	32
หลักการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดระยะยาวด้วยรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์”	33
องค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสายใหม่ (FAST model)	33
การประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care)	39
ตัวอย่างตารางกิจกรรม การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว	41
บรรณานุกรม	46
ภาคผนวก	49
ภาคผนวก ก แบบประเมินผู้สูงอายุและสารเสพติด	50
แบบประเมินที่ 1 แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่สูงอายุและสารเสพติด	51
เพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.สธ.2)	
แบบประเมินที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า	53
แบบประเมินที่ 3 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม	54
แบบประเมินที่ 4 แบบบันทึกอาการผู้ป่วยสารกระตุ้น	55
แบบประเมินที่ 5 แบบประเมินอาการขาดสุราสำหรับผู้ป่วยแรกรับ 3 วันแรก	56
แบบประเมินที่ 6 แบบประเมินอาการขาดสุราสำหรับผู้ป่วยหลังแรกรับ 3 วัน	57
แบบประเมินที่ 7 แบบประเมินอาการถอนพิษยาผู้ป่วยเฮโรอีน	58
(Clinical Opiate Withdrawal Scale: COWS)	
แบบประเมินที่ 8 แบบประเมิน Nicotine dependence	60
แบบประเมินที่ 9 แนวทางการประเมินผลการบำบัดรักษาระยะกลาง	61
(Intermediate care)	
แบบประเมินที่ 10 แบบประเมินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว	63
(Long term care)	
แบบประเมินที่ 11 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ	65
แบบประเมินที่ 12 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale:	67
BPRS)	
ภาคผนวก ข ตัวอย่างการลงข้อมูล และการเบิกขตเช็คค่าบริการ	69
ภาคผนวก ค QR Code คู่มือ/แนวทางการบำบัดรักษาผู้สูงอายุและสารเสพติดต่าง ๆ	73
คำสั่งกรมการแพทย์ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำคู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุและสารเสพติด	75
รูปแบบมินิธัญญารักษ์	
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและสารเสพติดรูปแบบ	79
“มินิธัญญารักษ์”	

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาและสารเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก มีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงและรวดเร็ว จากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (World Drug Report 2023, UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่า ในปี 2564 มีจำนวนประชากรกว่า 296 ล้านคนจากทั่วโลก เป็นเพศชายช่วงอายุ 15 - 64 ปี มีการใช้ยาเสพติดซึ่งเทียบได้กับจำนวน 1 ในทุก ๆ 17 คน จากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึง 23% เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทย พบว่า มีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับสถิติของผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทย ในปี 2565 พบปัญหาการใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นเป็น 1.9 ล้านคน แต่การเข้าถึงบริการยังมีน้อยและล่าช้า เข้ารับการรักษาเพียง 127,425 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยเสพยาบ้าจำนวน 102,141 คน คิดเป็นร้อยละ 80.16 (ระบบ บสต. กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จากจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดที่สูงขึ้นส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และคุณภาพชีวิตของประชากรผลที่ตามมาคือ เกิดการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง รัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการปราบปราม กวาดล้าง และการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดภายในประเทศ นอกจากนี้พระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 ยังมุ่งเน้นการดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติดยา คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคม (คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564) ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อลด ละ เลิก ยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากการใช้ยาและสารเสพติดเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีโรคร่วมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ การดูแลรักษาที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน เป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เมื่อกลับไปอยู่บ้านและชุมชน

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาและสารเสพติด มุ่งเน้นให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปลอดภัยและไม่กระทบต่อสังคม ในปีงบประมาณ 2563-2565 มีผู้ใช้ยาและสารเสพติดเข้ารับบริการการบำบัดรักษาและฟื้นฟู จำนวน 43,388 ราย 47,905 ราย และ 53,420 รายตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยยาและสารเสพติดมีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 20.42, 25.91 และ 26.99 ตามลำดับ โดยปัญหาการติดยาและสารเสพติดร่วมกับปัญหาทางจิตเป็นความผิดปกติที่พบร่วมกันได้บ่อย (Bostrom, 2011; Duckworth & Freedman, 2013; Taylor & Stuart, 2013 อังใน นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2558) ข้อมูลจาก Social listening 2565 ยังพบว่า ร้อยละ 60 ของความรุนแรงเกี่ยวข้องกับยาและสารเสพติด โดยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ก่อความรุนแรง มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในปี 2563 จำนวน 1,463 คน ในปี 2564 จำนวน 2,782 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 90.2 และปี 2565 จำนวน 3,527 คนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.7 ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรง 4 อันดับโรค ได้แก่

โรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรคจิตเวชอื่น ๆ โรคจิตเภท และโรคจิตเวชยาเสพติด (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งประเทศไทยมีจำนวนเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วยยาเสพติดรวมทั้งประเทศไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และไม่ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ กรมการแพทย์ โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง จึงร่วมกันพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์” ซึ่งเป็นแนวคิดขยายพื้นที่บริการเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้ยาและสารเสพติด ลดความแออัดในโรงพยาบาลเฉพาะทาง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยยาและสารเสพติดได้รับการบำบัดรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ พร้อมกับการลดอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด พัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข ด้วยความร่วมมือจากโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีศักยภาพและความพร้อมให้บริการดูแลผู้ใช้ยาและสารเสพติดระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน (Acute/Subacute care) การบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) และการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น สะดวกต่อการเดินทาง ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่าย แก้ปัญหาเตียงไม่เพียงพอ

### ความหมาย

“มินิธัญญารักษ์” คือ รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดผู้ป่วยในแบบแยกหอผู้ป่วยเฉพาะ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลชุมชนให้มีศักยภาพในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดได้แบบเดียวกับโรงพยาบาลธัญญารักษ์เหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ โดยให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดด้วยการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) หรือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care) โดยโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสามารถบำบัดรักษาระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน (Acute/ Subacute care)

### วัตถุประสงค์

1. พัฒนาศักยภาพหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลชุมชน ให้สามารถบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดในมาตรฐานเดียวกันกับโรงพยาบาลธัญญารักษ์ และเป็นเครือข่ายรับส่งต่อผู้ใช้ยาและสารเสพติดภายในจังหวัดแบบไร้รอยต่อ เหมาะสมกับบริบทสภาพปัญหาของพื้นที่แต่ละแห่ง
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาและสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ครบวงจรในจังหวัด เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลผู้ใช้ยาและสารเสพติด เกิดการบูรณาการความร่วมมือกับเครือข่ายพื้นที่ภายในจังหวัด
3. ลดความเสี่ยง ลดอันตรายต่อผู้ป่วยและสังคม ลดปัญหาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่จะต้องเดินทางไปบำบัดรักษาในต่างจังหวัด ตอบสนองความต้องการของครอบครัว/ ชุมชน

### ระยะเวลาในการบำบัดฟื้นฟู มีดังนี้

1. การบำบัดรักษาระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน (Acute/ Subacute care) ใช้ระยะเวลา 1 - 14 วัน
2. การดูแลระยะกลาง (Intermediate care) ใช้ระยะเวลา 15-30 วัน
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care) ใช้ระยะเวลา 60-120 วัน

“มินิธัญญารักษ์” ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ช้ำยาและสารเสพติดตามระดับความรุนแรง ความเร่งด่วนของสภาพปัญหาของแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม สามารถดูแลช่วยเหลือในระยะเฉียบพลัน ถึงเฉียบพลัน (Acute/ Subacute care) ให้ได้รับการช่วยเหลือแบบเร่งด่วนให้ผู้ป่วยปลอดภัย เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ควรส่งต่อเข้าสู่การบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care) หรือกลับสู่ชุมชน เป็นการดูแลแบบไร้รอยต่อภายในจังหวัด ตามนโยบายท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข 1 จังหวัด 1 แห่ง ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค ทั้ง 6 แห่ง กรมการแพทย์ ให้การสนับสนุนองค์ความรู้ทางวิชาการ จัดอบรมพัฒนาบุคลากร หลักสูตร “มินิธัญญารักษ์” ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด เป็นที่ปรึกษา เป็นที่เลี้ยงให้ทุกจังหวัด รวมถึงรับส่งต่อในกรณีที่เกิดภัยพิบัติของโรงพยาบาล “มินิธัญญารักษ์” มายังโรงพยาบาลเฉพาะทางของกรมการแพทย์ ภาคกลาง ได้แก่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ภาคเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น และโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี และภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

ทั้งนี้ “มินิธัญญารักษ์” จะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ช้ำยาและสารเสพติด ครอบครัว และชุมชน ต้องอาศัยความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่หรือภายในจังหวัดเกิดการบูรณาการการทำงานที่แท้จริงส่งผลให้ผู้ช้ำยาและสารเสพติด สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ อย่างทั่วถึง เป็นธรรม โดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ได้รับการดูแล ด้วยความรัก ความเข้าใจ อยู่ในสังคมได้ พัฒนาตนเองไม่หันกลับไปช้ำยาเสพติดอีก มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุก ๆ ด้าน เป็นทุนมนุษย์ที่มีคุณค่า สำคัญต่อการพัฒนาประเทศชาติต่อไป เป็นการดำเนินงานที่สืบสานพระปณิธานของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี “สมเด็จพระย่า” ของปวงชนชาวไทยที่มีพระมหากรุณาธิคุณต่อผู้ติดยาเสพติดอย่างแท้จริง ในการคืนคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียม ดังพระราชกระแสรับสั่งที่ว่า “คนที่ติดยาเขาเป็นคนหรือเปล่า ในเมื่อเขาเป็นคน...เรามีการช่วยเหลือเขาได้ไหม ถ้าช่วยเหลือเขาได้เท่ากับชุบชีวิตใหม่ให้เขา...เราก็คควรทำ ”

## บทที่ 2

### การบำบัดรักษาระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน (Acute/Subacute care)

ผู้ใช้ยาและสารเสพติดระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน (Acute /Subacute care) ที่เข้ารับบริการบำบัดรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน หรือหอผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หรือมีโรคร่วมทางกายและทางจิต รวมถึงอาการถอนพิษยา (Withdrawal) และภาวะเมายาและสารเสพติด (Intoxication) บางรายมีภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรงคุกคามชีวิต ที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติดเกินขนาด (Over dose) มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาที่รวดเร็วและมีความบกพร่องในการดูแลตนเองอย่างสมบูรณ์ ผู้ใช้ยาและสารเสพติดจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug) ก่อให้เกิดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์ได้ ดังนั้นผู้ใช้ยาและสารเสพติดจำเป็นต้องได้รับการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ถูกต้องเหมาะสม พ้นจากภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็วและมีความปลอดภัย ในระยะนี้ใช้เวลาในการบำบัดรักษาเป็นเวลา 1 – 14 วัน การบำบัดรักษาระยะนี้เป็นส่วนเพิ่มเติมในกรณีที่โรงพยาบาลมีศักยภาพ นอกเหนือจากการดูแลระยะกลางหรือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว

#### วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดได้รับการบำบัดรักษาตามลำดับความรุนแรงเร่งด่วนของการเจ็บป่วย
2. ให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย ผู้อื่น และทรัพย์สินได้อย่างทันท่วงที

#### การเตรียมความพร้อมในการเปิด “มินิธัญญารักษ์” ระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน

1. ด้านการจัดสถานที่และวัสดุอุปกรณ์สำหรับการจัดบริการผู้ใช้ยาและสารเสพติด ประกอบด้วย
  - 1.1 สถานที่
    - 1.1.1 มีเตียงสำหรับสงบอาการ/สังเกตอาการในห้องฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วย
    - 1.1.2 กรณีเป็นหอผู้ป่วยควรมีห้องน้ำ/ ห้องอาบน้ำเป็นสัดส่วน (1 ห้องต่อผู้ป่วย 6 คน)
  - 1.2 มีระบบรับคำปรึกษากับโรงพยาบาลแม่ข่าย
  - 1.3 วัสดุอุปกรณ์
    - 1.3.1 เตียงที่แข็งแรงสามารถผูกยึดผู้ป่วยได้
    - 1.3.2 มีอุปกรณ์กู้ชีพและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานของห้องฉุกเฉิน
  - 1.4 ยาและเวชภัณฑ์
    - 1.4.1 ยาที่จำเป็น ได้แก่ Risperidone, Haloperidol, Sertraline, Sodium valproate, Lorazepam, Vitamin B1, Quetiapine, Diazepam injection, Haloperidol injection, Nortriptyline, Benzhexol, Naloxone, Flumazenil, Benztropine injection
    - 1.4.2 ยาที่อาจจะเพิ่มเติมตามบริบทในแต่ละพื้นที่ ได้แก่ Methadone, Buprenorphine

## 2. อัตรากำลัง ประกอบด้วย

- 2.1 แพทย์อย่างน้อย 1 คน
- 2.2 พยาบาลวิชาชีพ 1 คน: ผู้ป่วย 4 คน ปฏิบัติงานเป็นผลัด ๆ ละ 8 ชม.
- 2.3 ผู้ช่วยเหลือคนไข้อย่างน้อยผลัดละ 1 คน ปฏิบัติงานเป็นผลัด ๆ ละ 8 ชม.
- 2.4 ทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน ช่วยเหลือในการกำจัดพฤติกรรมผู้ป่วยตามความจำเป็น

### บทบาทหน้าที่ของบุคลากรผู้ให้บริการ

บุคลากรทีมสหวิชาชีพสำหรับให้บริการผู้ช้ยาและสารเสพติดระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน (Acute/Subacute care) ประกอบด้วย

**แพทย์** ผ่านการอบรม แบบ On site หรือ E-Learning โดยสามารถสมัครเรียนได้ตาม QR Code



- หลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ (3 วัน)
- หลักสูตรเวชศาสตร์ฉุกเฉินทางยาเสพติด (2 วัน)

### บทบาทหน้าที่

1. ประเมินและวินิจฉัยภาวะอาการทางยาและสารเสพติด
  2. การวินิจฉัยโรคและโรคร่วมทางกายและจิต
  3. ให้การรักษาตามความรุนแรงของอาการ ติดตามประเมินความก้าวหน้าการรักษา
- ถ้าเกินศักยภาพส่ง-ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

**พยาบาลวิชาชีพ** ผ่านการอบรม แบบ On site หรือ E-Learning โดยสามารถสมัครเรียนได้ตาม QR Code



- หลักสูตรเวชศาสตร์ฉุกเฉินด้านยาและสารเสพติด (2 วัน) หรือ
  - หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤตฉุกเฉินและบำบัดด้วยยาแบบผู้ป่วยใน (5 วัน)
  - หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ช้ยาและสารเสพติด (4 เดือน)

### บทบาทหน้าที่

1. เป็นพยาบาลผู้จัดการระบบ (System Manager)
2. เป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)
3. ประเมินภาวะทางยาเสพติด เช่น แบบประเมิน CIWA score, COWS เป็นต้น (ภาคผนวก ก หน้า 54 และหน้า 56)
4. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ประเมินคัดแยกความรุนแรงจากยาและสารเสพติด (ตามแบบคัดแยกหน้าที่ 9) และความผิดปกติด้านอื่น ๆ
5. ประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q, 9Q, 8Q) (ภาคผนวก ก หน้า 51, 52)

6. วินิจฉัยและวางแผนให้การพยาบาล ตามแผนการรักษา
7. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา และอาการแพ้ยา
8. ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา
9. กำกับดูแลการจัดสิ่งแวดล้อม ให้เกิดความสะอาดและปลอดภัยแก่การปฏิบัติงาน
10. Tele – Consult แพทย์ผู้เชี่ยวชาญประจำจังหวัด/เขตสุขภาพ
11. ติดตาม ประเมินผลและบันทึกเวชระเบียน
12. วางแผนประสานการส่ง-ต่อ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

**ผู้ช่วยเหลือคนไข้** อย่างน้อย ผลัดละ 1 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

- ควรผ่านการอบรมวิธีการจำกัดพฤติกรรม และหลักสูตร Basic Life Support

#### **บทบาทหน้าที่**

1. ร่วมดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติด
2. ช่วยการพยาบาลตามที่ได้รับมอบหมาย
3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ตรวจค้นร่างกาย รายงานผลต่อพยาบาลวิชาชีพเพื่อพิจารณา

#### **ประเมินอาการ**

4. ร่วมเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยง
5. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

**ทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน** มีหน้าที่ช่วยเหลือในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โดยสามารถจัดทีมงานที่ผ่านการอบรมวิธีการจำกัดพฤติกรรม โดยใช้หน่วยรักษาความปลอดภัย เวรแปล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ หรือวิชาชีพอื่น ๆ ตามบริบทของหน่วยงาน

#### **การประเมินสภาพผู้ใ้ยาและสารเสพติด ระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน (Acute/ Subacute care)**

สำหรับผู้ป่วยและสารเสพติดที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน เมื่อเข้ารับการรักษา ควรต้องได้รับการประเมินอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที่ ลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งวางแผนการส่งต่อการรักษาที่เหมาะสม ดังนั้น การประเมินผู้ใ้ยาและสารเสพติด ประกอบด้วย

1. สัญญาณชีพ
2. น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย
3. ข้อมูลส่วนบุคคล
4. ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด ประวัติการเข้ารับการรักษา
5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
6. ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย และทางจิต
7. ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร
8. ประเมินอาการถอนพิษยาตามประเภทยาและสารเสพติด
9. ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางจิต

**1. สัญญาณชีพ** สำหรับผู้ใ้ยาและสารเสพติด นอกจากอาการเจ็บป่วยทางกายที่สามารถพบได้และส่งผลต่อสัญญาณชีพแล้ว อาการเมายา หรืออาการถอนพิษยา ยังส่งผลต่อสัญญาณชีพได้ เช่น

- กรณีผู้ป่วยเมายาบ้า หรือผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรา จะส่งผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจให้เร็วกว่าปกติ

- กรณีผู้ป่วยที่เสพยาโรอินเกินขนาด หรือผู้ป่วยสุราที่ได้รับยากลุ่ม Benzodiazepine จนเกิดภาวะกดการหายใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะม้ออัตราการหายใจที่ต่ำกว่าปกติได้ ซึ่งบางรายอาจรวมถึงระดับความดันโลหิตที่ต่ำลงด้วย พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ช้ยาและสารเสพติดจึงต้องวัดสัญญาณชีพผู้ช้ยาและสารเสพติดทุก 1-2 ชั่วโมง หรือตามระดับอาการของผู้ช้ยาและสารเสพติดจนอาการเข้าสู่ภาวะปกติ

**2. น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย** ผลดัชนีมวลกายของผู้ช้ยาและสารเสพติด ในช่วงแรกที่ต้องให้ยา น้ำหนัก และส่วนสูง เป็นส่วนประกอบในการคำนวณยา ได้อย่างปลอดภัย

**3. ข้อมูลส่วนบุคคล** ชื่อ สกุล เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว ชุมชน และประวัติทางคดี เหล่านี้นำมาใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการจัดบริการบำบัดรักษา การให้คำแนะนำปรึกษา และการวางแผนดูแลและการส่งต่อ

**4. ประวัติการช้ยาและสารเสพติด ประวัติการเข้ารับการบำบัดรักษา** เป็นข้อมูลช่วยแยกประเภทการติดสารเสพติด บ่งบอกถึงความรุนแรงที่ผู้ช้ยาและสารเสพติดจะได้รับจากสารเสพติดหรือระดับการติด ช้พยากรณ์การเกิดอาการถอนพิษหรืออาการขาดสารเสพติดได้ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้นำมาสู่การวางแผนและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม

**5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ** ตามความจำเป็น เช่น

5.1 ตรวจเลือด การวัดความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด กรณีผู้ป่วยสุราจะมีการตรวจเพิ่มเติม ได้แก่ วัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด หรือวัดระดับแอลกอฮอล์จากลมหายใจ การทำงานของตับ การทำงานของไต ระดับเกลือแร่ที่สำคัญ ได้แก่ โพแทสเซียม แมกนีเซียม ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับเกล็ดเลือด

5.2 ตรวจปัสสาวะ เพื่อดูภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ประเมินการทำงานของไตเบื้องต้น และตรวจหาสารเสพติด กรณีผู้ช้ยาและสารเสพติดมีประวัติเสพยาเสพติดอื่นร่วมด้วย ซึ่งสามารถบอกได้ทั้งชนิดของสารและปริมาณสารที่ขับออกมาได้

5.3. ตรวจเอกซเรย์ปอด เพื่อตรวจหาความผิดปกติของปอด

**6. ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย และทางจิต** นอกจากการติดยาเสพติดแล้ว ผู้ช้ยาและสารเสพติดหลายรายอาจมีโรคร่วมที่เกี่ยวข้อง และไม่เกี่ยวข้องกับการช้ยาเสพติด แต่ต้องได้รับการดูแลรักษาควบคู่กับการบำบัดยาเสพติด เพื่อให้ผู้ช้ยาและสารเสพติดมีสุขภาพที่ดีขึ้นไปพร้อมกัน

**7. ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร** เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่ผู้ช้ยาและสารเสพติดจะได้รับยาและอาหารที่แพ้ พยาบาลต้องลงประวัติการแพ้ไว้อย่างชัดเจน

**8. อาการถอนพิษยา** การติดยาและสารเสพติด เมื่อหยุดใช้จะเกิดอาการถอนพิษได้ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง จนถึงรุนแรงมาก ซึ่งทำให้ผู้ช้ยาและสารเสพติดเกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน จนถึงเกิดอันตรายต่อผู้ช้ยาและสารเสพติดและคนรอบข้างได้ หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งอาการถอนพิษยาของสารเสพติดก็จะมีอาการแตกต่างกันไปตามประเภทของสารเสพติด โดยสามารถใช้แบบประเมินตามประเภทของสารเสพติดที่ผู้ช้ยาและสารเสพติดใช้ ดังนี้

8.1 ประเมินอาการถอนพิษสุรา ด้วยแบบประเมิน Clinical Institute Withdraw Assessment for Alcohol-Revised: CIWA-Ar หรือ Alcohol Withdrawal Scale (รายละเอียดภาคผนวก ก หน้า 54)

8.2 ประเมินอาการถอนพิษเฮโรอีน ด้วยแบบประเมิน Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) (รายละเอียดภาคผนวก ก หน้า 56)

8.3 ประเมินอาการถอนพิษสารกระตุ้น ด้วยแบบประเมินอาการถอนพิษสารกระตุ้น (รายละเอียดภาคผนวก ก หน้า 53)

8.4 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) (หน้า 11) ประเมินคัดแยกภาวะรุนแรงจากยาและสารเสพติด (Triage) (แบบคัดแยกหน้าที่ 9) และความผิดปกติด้านอื่นๆ



## การบำบัดรักษาผู้สูงอายุและสารเสพติดรูปแบบมินิธัญญารักษ์ ระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน (Acute /Sub acute care)

### 1. การบำบัดรักษาผู้สูงอายุและสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ดำเนินการ ดังนี้

1. คัดกรองความปลอดภัย ปลอดภัย ตรวจสอบประเมิน ESI (Emergency Severity Index)
2. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงโดยใช้แบบประเมิน OAS (Overt Aggression Scale: OAS) ซึ่งเป็นการประเมินลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยต่อตนเองหรือผู้อื่นที่แสดงออกทั้งทางคำพูดและการกระทำหรือต่อทรัพย์สิน โดยมีแนวทางให้การช่วยเหลือตามระดับคะแนน ดังนี้

2.1 ระดับคะแนน OAS = 1 คะแนน ผู้ป่วยหงุดหงิดส่งเสียงดังตะโกน ด้วยความโกรธหรือตะโกน ต่ำผู้อื่นด้วยถ้อยคำ ไม่รุนแรง ปิดประตูเสียงดัง ให้เริ่มด้วยการพูดคุย สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา และเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึก โดยต้องเฝ้าระวังควบคุมพฤติกรรม รายงานแพทย์เพื่อวินิจฉัยแยกโรคและให้การักษา ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง

2.2 ระดับคะแนน OAS = 2 คะแนน ผู้ป่วยอาการไม่สงบหรือไม่ร่วมมือในการรักษา มีพฤติกรรมก้าวร้าว แสดงท่าคุกคาม เช่นถลกแขนเสื้อ ต่ำคำหยาบคาย หรือขว้างปาสิ่งของ เป็นต้น อาจแยกผู้ป่วยให้อยู่ในห้องที่เหมาะสมเป็นการชั่วคราว ให้ประสานทีมช่วยเหลือ (ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย เวรเปล ฯลฯ) เพื่อเตรียมความพร้อมในการจำกัดพฤติกรรม โดยให้ข้อมูลแนวทางการรักษากับญาติ พร้อมทั้งให้ญาติลงชื่อยินยอมให้ผู้ยึดผู้ป่วย รายงานแพทย์ ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ประเมินซ้ำ และต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง

2.3 ระดับคะแนน OAS = 3 คะแนน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/ทำลายสิ่งของ ให้แจ้งทีมช่วยเหลือเพื่อจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกยึดผู้ป่วยพร้อมรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา การให้ยาเข้ากล้ามเนื้อจะช่วยให้ผู้ป่วยสงบอาการลงได้อย่างรวดเร็ว ยาที่ใช้ได้ดีคือ Haloperidol ซึ่งสามารถให้ได้ครั้งละ 5-10 mg ทุก 30 นาที จนอาการสงบลง กรณีที่อาจให้ยาทางหลอดเลือดดำ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำผ่านทางหลอดเลือดดำอยู่แล้ว และผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามในการบริหารยาในกลุ่ม Benzodiazepine การให้ Diazepam 5-10 mg ทางหลอดเลือดดำก็อาจช่วยให้ผู้ป่วยสงบอาการลงได้เร็วยิ่งขึ้น ซึ่งต้องประเมินอาการ วัตถุประสงค์ทุก 15 นาที จำนวน 2 ครั้ง ทุก 30 นาทีและทุก 1 – 2 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะปกติ และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยงต่าง ๆ มีการควบคุมพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยต้องจัดการทันที

3. กรณีผู้ป่วยมีอาการสงบ แต่จำเป็นต้องเฝ้าระวังอาการ ให้ส่งผู้ป่วยไปยังแผนกผู้ป่วยใน/ประสานส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าสู่การดูแลระยะกลาง (Intermediate care) หากไม่สามารถควบคุมอาการได้ และเกินขีดความสามารถของหน่วยงาน พิจารณาส่งต่อตามระบบ (ศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ของกรมสุขภาพจิต <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202010061612167390.pdf>)

4. บันทึกข้อมูลตามระบบต่างๆ ตลอดจนบันทึกหลักฐานทางการแพทย์ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล/สหวิชาชีพอื่น ๆ เช่น การผูกยึดผู้ป่วยกรณีก้าวร้าว พฤติกรรมที่แสดงขณะบำบัดรักษาหรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

## แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS)

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ ระดับความก้าวร้าวรุนแรง			คะแนนที่ประเมินได้
	3. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน	2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน	1. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน	
1. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยขีด มีรอยกรีดลึก เลือดออก หรือมีการบาดเจ็บอวัยวะภายใน หรือหมดสติ ฯลฯ	ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยขีด มีรอยกรีดลึก เลือดออก หรือมีการบาดเจ็บอวัยวะภายใน หรือหมดสติ ฯลฯ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม โขกศีรษะตัวเอง เป็นรอยขนาดเล็ก		
2. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันจะฆ่าแก ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ เช่น ขีด เค็ด บวม เกิดบาดแผล กระตุกหัก หรือเกิด การบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือหมดสติ ตาย ฯลฯ	ด่าคำหยาบคาย ใช้คำสกปรกรุนแรง แสดงท่าทางคุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าต่อยม หรือ กระชากคอเสื้อผู้อื่น พงษ์ชน เตะ ผลัก หรือดึงผมผู้อื่น แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ	หงุดหงิดส่งเสียงดัง ตะโกน ด้วยความโกรธ หรือตะโกน ด่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง	
3. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน	ทำลายของแตกหัก กระจาย กระจาย เช่น ทบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือ สิ่งของที่เป็นอันตราย หรือ จุดไฟเผา ฯลฯ	ขว้าง เตะ ทบวัตถุ หรือ สิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจาย	

**การแปลผลคะแนน** การตัดสินระดับความรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ ตามลักษณะพฤติกรรม เพียงข้อเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมาย ดังนี้

1. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (Moderate) ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง

2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่ อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง

3. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันทีทันใด

**แนวทางการจัดการตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง  
(Overt Aggression Scale : OAS)**

ระดับคะแนน OAS	แนวทางการจัดการ
OAS = 1 คะแนน (ดำเนินการภายใน ระยะเวลา 24 ชั่วโมง)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พุดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพ</li> <li>2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พุดคุยระบายอารมณ์ ความรู้สึก</li> <li>3. เผื่อระวัง/ควบคุมพฤติกรรม</li> <li>4. ประเมินอาการซ้ำทุก 4- 6 ชม.</li> <li>5. รายงานแพทย์เพื่อวินิจฉัยแยกโรคและให้การรักษา</li> <li>6. บันทึกข้อมูลตามระบบ</li> </ol>
OAS = 2 คะแนน (ดำเนินการภายใน ระยะเวลา 2 ชั่วโมง)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พุดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพ</li> <li>2. ขออนุญาตผูกยึดผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจความจำเป็นที่ต้องผูกยึดพร้อมแจ้งทีมช่วยเหลือเพื่อเตรียมความพร้อม</li> <li>3. รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา</li> <li>4. ให้ยาตามแผนการรักษา</li> <li>5. ประเมินอาการซ้ำ ถ้าอาการไม่สงบ รายงานแพทย์เพื่อขอการรักษาเพิ่มเติม</li> <li>6. เผื่อระวังอาการไม่พึงประสงค์ อุบัติการณ์ความเสี่ยง และควบคุมพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง</li> <li>7. บันทึกข้อมูลตามระบบ</li> </ol>
OAS = 3 คะแนน (ดำเนินการทันที)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แจ้งทีมช่วยเหลือเพื่อจำกัดพฤติกรรม</li> <li>2. ขออนุญาตผูกยึดผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจความจำเป็นที่ต้องผูกยึดพร้อม</li> <li>3. รายงานแพทย์เพื่อให้ยาตามแผนการรักษา</li> <li>4. ประเมินอาการซ้ำ ถ้าอาการไม่สงบ รายงานแพทย์เพื่อขอการรักษาเพิ่มเติม</li> <li>5. เผื่อระวังอาการไม่พึงประสงค์ อุบัติการณ์ความเสี่ยง และควบคุมพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง</li> <li>6. กรณีที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้และเกินขีดความสามารถของหน่วยงาน พิจารณาส่งต่อตามระบบ</li> <li>7. บันทึกข้อมูลตามระบบ</li> </ol>

2. การดูแลรักษาผู้เสียชีวิตที่มีภาวะโอปิออยด์ (Opioids) เกินขนาด ยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่นิยมนำมาใช้เสพติดในประเทศไทย ได้แก่ เฮโรอีน ผีน เมธาโดน มอร์ฟิน (แนะนำให้อ่านเวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยยาและสารเสพติด เพิ่มเติม <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/64/Emergency.pdf>)

#### อาการสำคัญของการได้ยา opioids เกินขนาด

- 1) รูม่านตาเล็กเท่ารูเข็ม (Pinpoint pupils)
- 2) ระดับการรู้ตัวลดลงจนถึงโคม่าได้ (ประเมิน Coma score อาจจะทำถึง 3 คะแนนได้)
- 3) การหายใจช้าลงอาจหยุดหายใจเป็นช่วง ๆ (RR<12/min) พบอาการขาดออกซิเจน (SpO2 sat<90%)

#### การวินิจฉัยและดูแลช่วยเหลือ

1. วินิจฉัยจากประวัติเสพยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ร่วมกับพบอาการสำคัญดังกล่าวข้างต้น หากผู้ป่วย เสพด้วยวิธีการฉีด การตรวจร่างกายจะพบรอยเข็มฉีดยาตามบริเวณที่ฉีด เช่น ข้อพับแขน เป็นต้น นอกจากนี้การตรวจทางห้องปฏิบัติการสามารถช่วยยืนยันการวินิจฉัยได้ เช่นการพบมอร์ฟินในปัสสาวะ แพทย์อาจจะใช้วิธีการให้ยานาลอกซ์โซน (Naloxone) เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและรักษาไปพร้อมกันได้ (Therapeutic diagnosis)

2. ควรวินิจฉัยแยกโรคที่มีอาการคล้ายคลึงกับการได้รับยาโอปิออยด์เกินขนาด โดยเฉพาะ Pontine Hemorrhage หรือ เลือดออกบริเวณก้านสมอง

3. หลักการรักษาที่สำคัญคือการดูแลภาวะแทรกซ้อนเรื่องของการกดการหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือด หากมีการกดการหายใจมากจนจำเป็น ให้ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ สิ่งที่สำคัญเป็นอันดับถัดมาคือการให้ยาต้านฤทธิ์นาลอกซ์โซน

3. กรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการกิน เช่นการกินเมธาโดนเกินขนาด หากมาถึงโรงพยาบาลภายใน 1 ชั่วโมง สามารถใช้วิธีการล้างท้องช่วยลดปริมาณยาเสพติดได้

4. ให้ยานาลอกซ์โซน 0.4 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำ เนื่องจากนาลอกซ์โซนออกฤทธิ์ 30 ถึง 90 นาที ซึ่งสั้นกว่ายาเสพติดจึงจำเป็นต้องมีการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยใกล้ชิดอย่างน้อย 4 - 6 ชม. ถ้าจำเป็นให้รับไว้เป็นผู้ป่วยใน ขนาดยาที่พิจารณาให้ขึ้นกับขนาด opioids ที่ผู้ใช้ยาและสารเสพติด ร่วมกับการความเสี่ยงที่จะเกิดอาการถอนพิษยา opioids เป็นหลัก ดังนี้

- ในผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ยามานานหรือเสพยามานาน และมีการกดการหายใจไม่มาก ควรให้นาลอกซ์โซนขนาดต่ำ 0.04 mg ทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากยาขนาดสูงอาจทำให้เกิดการถอนยาได้

- ในผู้ป่วยที่ไม่เคยเสพติดยา opioids และมีการกดการหายใจไม่มาก สามารถให้นาลอกซ์โซน ขนาด 0.4 mg ทางหลอดเลือดดำได้ และพิจารณาให้ยาซ้ำได้โดยเพิ่มครั้งละ 0.04-0.4 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 2-3 นาที หากไม่มีการตอบสนองต่อยา

- ในผู้ป่วยที่หยุดหายใจหรือเขียว สามารถเริ่มยาที่ขนาด 2 mg ทางหลอดเลือดดำ โดยไม่ต้องคำนึงถึงประวัติการเสพยาและให้ซ้ำ 2 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 3 นาทีจนถึงขนาดยา 10 mg หรือภาวะกดการหายใจหายไป

ข้อควรระวังการใช้ยานาลอกซ์โซนคือ ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของนาลอกซ์โซน อาจจะสั้นกว่า opioids ที่ผู้ป่วยได้รับโดยเฉพาะสารที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว เช่น เมธาโดน, บูพรีนอร์ฟี (buprenorphine) เป็นต้น ผู้ป่วยอาจได้รับยาในรูปแบบหยดเข้าหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยควรมีการตอบสนองต่อยานาลอกซ์โซน ก่อนจะเริ่มบริหารยาด้วยวิธีนี้ โดยให้ในขนาด 2/3 ของขนาดยาที่ทำให้ผู้ป่วยตื่น

เป็น มก./ชม. และติดตามการหายใจและหรือให้แบบหยุดเข้าหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด โดยส่วนใหญ่การออกฤทธิ์ของนาลอกซ์โซน ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น หายใจดีขึ้นภายใน 2 นาทีหลังฉีดเข้าหลอดเลือดดำในขนาดที่เหมาะสม แต่มีฤทธิ์สั้นเพียง 20 - 90 นาทีเท่านั้น จึงอาจจะต้องให้ซ้ำบ่อย ๆ และหากไม่ตอบสนองต่อนาลอกซ์โซนหลังจากให้ไปแล้ว 4 - 5 มก. อาจไม่ได้เกิดจาก opioids อาจเกิดจากสาเหตุอื่นร่วมด้วย ผลข้างเคียงของนาลอกซ์โซนนั้นมักไม่รุนแรง อาจทำให้เกิดภาวะถอนพิษ opioids ได้ ควรระมัดระวังอาการถอนพิษยาในกรณีผู้ป่วยยังตื่นไม่เต็มที่ได้จากนาลอกซ์โซน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการใช้ opioids ร่วมกับแอลกอฮอล์ ยากดประสาทหรือได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง ผู้ป่วยอาจเกิดการอาเจียนและสำลักได้ และในผู้ป่วยที่ได้เสพยาเสพติดร่วมด้วย เมื่อได้รับนาลอกซ์โซน อาจทำให้อาการของสารเสพติดชัดเจนขึ้น

### 3. การดูแลรักษาผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดที่มีภาวะชัก

ผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากการเสพยาและสารเสพติดเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ อาทิเช่น การใช้สารกระตุ้นเกินขนาด (Methamphetamine overdose) Tramadol induced seizure ภาวะถอนพิษยาจากยากดประสาท และสาเหตุโดยอ้อมอื่นๆ ที่เกิดเนื่องจากยาเสพติด เช่น อุบัติเหตุที่กระทบกระเทือนสมอง การติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง การเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึมที่อาจเกิดขึ้นจากยาเสพติด เป็นต้น และที่พบได้บ่อยคือภาวะชักที่เกิดขึ้นหลังจากการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยเสพยาเสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal seizure) กรณีผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่เสพยาเสพติดแอลกอฮอล์ร่วมด้วย อาการชักมักจะเกิดภายใน 48 ชั่วโมงหลังการหยุดดื่มสุรา จึงต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะชักซึ่งมักมีอาการชักเกร็งทั้งตัว

#### การดูแลช่วยเหลือ

1. ระวังไม่ให้สำลัก และลำตัวผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติด กระแทกของแข็งขณะชัก เพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ
2. นำอาหารหรือฟันปลอมที่มีอยู่ในช่องปากออก ปลดเสื้อผ้าที่รัดอกให้หายใจได้สะดวก
3. จัดให้ผู้ป่วยและสารเสพติดนอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง
4. ห้ามใช้ไม้กดลิ้นหรือวัตถุใดๆ สอดเข้าปาก หรือจัดปากขณะผู้ใช้ยาและสารเสพติดเกร็ง เพราะอาจทำให้ช่องปากเกิดการบาดเจ็บได้
5. ให้ยาตามแผนการรักษา ในกรณีภาวะชักที่เกิดขึ้นหลังจากการหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยเสพยาเสพติดแอลกอฮอล์ การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จะให้ยา Diazepam IV เพื่อรักษาอาการชัก สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหลังการให้ยา และติดตามประเมินระดับอาการถอนพิษสุรา เช่น ประเมิน CIWA-Ar, AWS เป็นต้น (แบบประเมินที่ 5 และ 6 ภาคผนวก ก หน้า 56-57)
6. ผู้ใช้ยาและสารเสพติดหลังชักอาจมีอาการมึนงงอยู่ ขณะยังไม่รู้สติ ห้ามผูกมัดผู้ใช้ยาและสารเสพติดเพราะจะกระตุ้นให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดให้ทำการต่อสู้รุนแรงระหว่างนี้ควรดูแลอย่างใกล้ชิด จนกว่าจะฟื้นเป็นปกติ
7. หลังชักควรปล่อยให้หลับต่อ ห้ามป้อนอาหารหรือยา จนกว่าจะฟื้นเป็นปกติ เพราะอาจจะสำลักได้เฝ้าระวังการชักซ้ำ

#### 4. การดูแลรักษาผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะขาดสุราขั้นรุนแรงมาก (Delirium Tremens: DTs)

แนวทางการบำบัดผู้ป่วยภาวะ Alcohol Withdrawal delirium หรือ Delirium tremens (DTs) ผู้ป่วยมีอาการรบกวน สับสน อยู่ไม่นิ่งจากอาการขาดสุราขั้นรุนแรงมาก (Delirium Tremens) และมีคะแนนประเมินอาการขาดสุรา (CIWA-Ar  $\geq$  20 หรือ AWS  $\geq$  15) \*

1. แพทย์ให้สารน้ำและเกลือแร่ชดเชยแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอในรายที่ขาดเกลือแร่และน้ำ รวมถึงติดตามอาการอย่างใกล้ชิด หรือเสริมของเหลวให้ดื่ม เช่น กลูโคส

2. แพทย์ตรวจหาโรคแทรกซ้อนทางกายอื่นๆ และทางจิตเวช และรีบแก้ไขเพื่อลดอันตราย และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดร่วมด้วย เช่น การติดเชื้อ เป็นต้น

3. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น diazepam 5-20 มก. ฉีดเข้าเส้นเลือดทุก 5-15 นาทีจนสงบ ขนาดยา diazepam ที่ใช้บางรายอาจต้องสูงถึงหลายร้อยมิลลิกรัม ต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียง เช่น ภาวะกดระบบการหายใจ ระยะเวลาที่ให้ยาควรครอบคลุมระยะดำเนินโรคของ DTs คือ 7-10 วัน หลังจากนั้นค่อยๆ ลดขนาดยาลงโดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ต่อวัน

4. การรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการจุกเสียดแน่นท้อง อาหารไม่ย่อย อาการท้องเดิน ฯลฯ

5. การเสริมวิตามินและเกลือแร่เป็นเรื่องจำเป็นสำหรับผู้ป่วยอาจพิจารณาให้ Thiamine (Vitamin B1) พิจารณาให้ทางหลอดเลือดดำ ในขนาด 500 มก. ใน 0.9% NSS 500 ซีซี ทุก 8 ชั่วโมง ระยะเวลา 3 วัน เสริมจากการรับประทาน การให้วิตามินบีรวม ให้ Folic acid การให้ยาบำรุงตับ

6. หากพบระดับโพแทสเซียมและฟอสเฟตต่ำ ควรพิจารณาให้โพแทสเซียม หรือฟอสเฟตตามความจำเป็น

7. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งรบกวนต่างๆ ที่มากระตุ้นผู้ป่วย เช่น จัดให้อยู่ห้องแยกหรือมุมสงบ แสงสว่างเพียงพอ มีอากาศเย็นสบาย จัดเตียงให้อยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

8. พิจารณาการผูกมัดในกรณีที่น่าจะเป็นอันตราย โดยแจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกมัดและการดำเนินของโรค ใช้ผ้าผูกมัดที่นุ่ม เพื่อป้องกันการระคายเคืองผิวหนังผูกมัด ก่อนผูกมัดต้องบอกผู้ป่วยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ ตรวจเยี่ยมและสังเกตสีผิวหนังหรือบาดแผล คลายผ้าผูกมัดเมื่อผู้ใช้ยาและสารเสพติดอาการสงบลง

9. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง

10. ดูแลให้ผู้ป่วยปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ต้องการหรืออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง

11. วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการขาดสุราทุก 15 – 30 นาที

\* หมายเหตุ ศึกษาเพิ่มเติม จากหนังสือ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดแอลกอฮอล์ <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/64/alcohol.pdf>

### บทที่ 3

#### การบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care)

การบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) หมายถึง การดูแลผู้ช้ยาและสารเสพติดที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤตหรือเฉียบพลัน มีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน หรือยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการดูแลผู้ช้ยาและสารเสพติด ที่อาจเคยเป็นผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน (Acute/Subacute care) มาก่อน หรือเคยเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกไม่ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีเกณฑ์การรับผู้ช้ยาและสารเสพติด คือ มีอาการถอนพิษทางยาเสพติด หรือโรคแทรกซ้อนทางกายหรือจิตเวชที่ไม่รุนแรงเคยรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ได้ผล ผู้ช้ยาและสารเสพติดหรือญาติยินยอมเข้ารับการบำบัด ระยะเวลา 15 - 30 วัน

#### วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้ช้ยาและสารเสพติดปลอดภัยจากภาวะถอนพิษยา/ โรคแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย/ จิตเวช
2. สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยอยู่ในกระบวนการบำบัดอย่างต่อเนื่อง
3. เตรียมความพร้อมผู้ช้ยาและสารเสพติด ครอบครัว และชุมชน เข้าสู่การฟื้นฟูระยะยาว (Long term care)

#### การเตรียมความพร้อมในการเปิด “มินิรัฐญารักษ์” ระยะกลาง (Intermediate care)

1. ด้านการจัดสถานที่และวัสดุอุปกรณ์สำหรับการจัดบริการผู้ช้ยาและสารเสพติด ประกอบด้วย
  - 1.1 สถานที่ ควรติดกล้องวงจรปิด หรือมีแผนในการปรับปรุงเป็นหอผู้ป่วยที่มีระบบป้องกันความปลอดภัย
    - 1.1.1 หอผู้ป่วยยาและสารเสพติด จัดเตียงนอน 10-20 เตียง
    - 1.1.2 ตู้ข้างเตียงสำหรับจัดเก็บของใช้ส่วนตัว
    - 1.1.3 ห้องน้ำ ห้องอาบน้ำ 1 ห้อง ต่อผู้ป่วยจำนวน 6 คน เพื่อความสะดวกและปลอดภัยในการดูแลควรจัดให้ห้องน้ำสำหรับผู้ป่วยอยู่ในตัวอาคารที่เชื่อมต่อกับเรือนนอนผู้ป่วย
    - 1.1.4 สถานที่สำหรับการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด ให้การปรึกษา (Individual/Group counseling)
    - 1.1.5 สถานที่และอุปกรณ์สำหรับรับประทานอาหาร เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ภาชนะสำหรับรับประทานอาหาร รวมถึงอุปกรณ์สำหรับล้างทำความสะอาดที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ
    - 1.1.6 สถานที่สำหรับเล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือดำเนินกิจกรรม
  - 1.2 มีระบบการปรึกษา
  - 1.3 วัสดุ อุปกรณ์อื่น ๆ สำหรับกิจกรรมส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์งานบ้าน อุปกรณ์กีฬา หนังสืออ่านนอกเวลา สื่อสุขศึกษา ฯลฯ
  - 1.4 ยาและเวชภัณฑ์

1.4.1 ยาที่เป็น ได้แก่ Risperidone, Haloperidol, Sertraline, Sodium valproate, Lorazepam, Vitamin B1, Quetiapine, Diazepam injection, Haloperidol injection, Nortriptyline, Clonidine, Naloxone, Flumazenil, ยาที่ช่วยเลิกบุหรี่

1.4.2 ยาที่อาจจะมีหรือไม่มีก็ได้ตามบริบทแต่ละพื้นที่ ได้แก่ Methadone, Buprenorphine

**2. ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ** บุคลากรทีมสหวิชาชีพสำหรับให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ช้ยาและสารเสพติด ประกอบด้วย

**แพทย์** จำนวน 1 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

- ผ่านการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด หรือในระยะแรกของการดำเนินการ ควรผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ระยะเวลา 3 วันหรือ

- ผ่านการอบรมหลักสูตรมินิธัญญารักษ์ของกรมการแพทย์ ระยะเวลา 10 วัน หรือ

- ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์เฉพาะทางจิตเวชศาสตร์การเสพติด

**บทบาทหน้าที่**

1. ประเมินและวินิจฉัยภาวะอาการทางยาและสารเสพติด

2. การวินิจฉัยโรคและโรคร่วมทางกายและจิต

3. ให้การรักษาตามความรุนแรงของอาการ ติดตามความก้าวหน้าการรักษา ถ้าเกินศักยภาพส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

**พยาบาลวิชาชีพ** ตามมาตรฐานวิชาชีพให้จัดพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คนต่อผู้ป่วย 4 คน ตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการจัดชั้นเวรผลัดละ 8 ชั่วโมง ทั้งนี้หากอัตรากำลังไม่เพียงพอสามารถปรับอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คนต่อผู้ป่วยไม่เกิน 10 คน ตามบริบทพื้นที่ โดยพยาบาลผ่านการอบรมในหลักสูตรใด หลักสูตรหนึ่งดังนี้

- หลักสูตรเวชศาสตร์ฉุกเฉินด้านยาและสารเสพติด (2 วัน) หรือ

- หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤตฉุกเฉินและบำบัดด้วยยาแบบผู้ป่วยใน (5 วัน) หรือ

- หลักสูตรมินิธัญญารักษ์ของกรมการแพทย์ (10 วัน) หรือ

- หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ช้ยาและสารเสพติด (4 เดือน)

**บทบาทหน้าที่**

1. เป็นพยาบาลผู้จัดการระบบ

2. เป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

3. ประเมินผู้ป่วยยาและสารเสพติด อย่างรอบด้าน

4. ประเมินแรงจูงใจและความพร้อมในการบำบัดรักษา

5. ประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q 9Q 8Q)

6. วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

7. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยาและอาการแพ้ยา

8. ให้การบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม หรือกิจกรรมบำบัดอื่นๆ ตามสภาพปัญหาผู้ป่วย

9. ประสานความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายในการสนับสนุนกิจกรรมบำบัด ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อให้กิจกรรมการบำบัด ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

10. กำกับดูแลการจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ สะดวก และปลอดภัยแก่การปฏิบัติงาน ความปลอดภัยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

11. ติดตาม ประเมินผลและบันทึกเวชระเบียน

12. วางแผนการส่งต่อเข้าสู่ระยะ Long term care/ วางแผนจำหน่าย/ประสาน การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

**ผู้ช่วยเหลือคนไข้/ ผู้ช่วยนักบำบัด** จำนวน 1 คน ต่อผู้ป่วย 10 คน มีการจัดชั้นเวรผลัดละ 8 ชั่วโมง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

- การสอนงานขณะปฏิบัติงานจริง (On the job training) หรือ
- ผ่านการอบรมหลักสูตรเตรียมความพร้อมการดูแลผู้สูงอายุและสารเสพติดของ

กรมการแพทย์ ระยะเวลา 10 วัน

#### **บทบาทหน้าที่**

1. ร่วมดูแลผู้สูงอายุและสารเสพติด
2. ช่วยปฏิบัติการพยาบาลตามที่ได้รับมอบหมาย
3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ตรวจค้นร่างกาย ประเมินสุขภาพเบื้องต้นและรายงานผลต่อพยาบาลวิชาชีพเพื่อพิจารณาประเมินอาการ วางแผนกิจกรรมการพยาบาล
4. ตรวจสอบยอดดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ในลักษณะเวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก
5. ร่วมเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยง
6. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

**ทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ** ที่มีในพื้นที่บริการ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย นักอาชีวบำบัด เป็นต้น ซึ่งทีมสหวิชาชีพจะมีส่วนร่วมในการวางแผน การช่วยเหลือตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุและสารเสพติด

#### **การประเมินสภาพผู้ป่วยเสพติดแบบรอบด้านในการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care)**

สำหรับผู้ป่วยและสารเสพติด เมื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ควรต้องได้รับการประเมินอย่างครบถ้วนเพื่อเป็นข้อมูลการดูแลรักษาผู้สูงอายุและสารเสพติดอย่างปลอดภัย และให้การช่วยเหลือในปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนการวางแผนให้ผู้สูงอายุและสารเสพติด ดำรงชีวิตอย่างปกติเมื่อกลับบ้าน ผู้สูงอายุและสารเสพติดมีความจำเป็นต้องมีการประเมินอย่างรอบด้าน ประกอบด้วย

1. สัญญาณชีพ
2. น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย
3. ข้อมูลส่วนบุคคล
4. ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด ประวัติการเข้ารับการรักษา
5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
6. ประเมินการเจ็บป่วยทางกาย และทางจิตเวช
7. ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร
8. ประเมินอาการถอนพิษยาตามประเภทยาและสารเสพติด
9. ประเมินภาวะซึมเศร้า
10. ประเมินแรงจูงใจในการหยุดใช้ยาและสารเสพติด

**1. สัญญาณชีพ** สำหรับผู้ช้ยาและสารเสพติด นอกจากอาการเจ็บป่วยทางกายที่สามารถพบได้และส่งผลกระทบต่อสัญญาณชีพแล้ว อาการเมายา หรืออาการถอนพิษยายังส่งผลกระทบต่อสัญญาณชีพได้ เช่น

- กรณีผู้ช้ยาและสารเสพติดเมายาบ้า หรือผู้ช้ยาและสารเสพติดที่มีอาการถอนพิษสุรา จะส่งผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจให้เร็วกว่าปกติ

- กรณีผู้ช้ยาและสารเสพติดที่เสพยาโรอินเกินขนาด หรือผู้ช้ยาและสารเสพติดสุราที่ได้รับยา กลุ่ม Benzodiazepine จนเกิดภาวะกดการหายใจ ผู้ช้ยาและสารเสพติดกลุ่มนี้ก็มีอัตราการหายใจที่ต่ำกว่าปกติได้ ซึ่งบางรายอาจรวมถึงระดับความดันโลหิตที่ต่ำลงด้วย นอกจากนี้ผู้ช้ยาติดยาและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือการติดเชื้อ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสัญญาณชีพ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ช้ยาและสารเสพติดจึงต้องวัดสัญญาณชีพผู้ช้ยาและสารเสพติดทุก 4 ชั่วโมงในช่วงแรกรับ หรือตามระดับอาการของผู้ช้ยาและสารเสพติดจนอาการเข้าสู่ภาวะปกติ

**2. น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย** ผลดัชนีมวลกายของผู้ช้ยาและสารเสพติดที่สามารถพบได้ว่ามีลักษณะที่ต่ำหรือสูงกว่าเกณฑ์ เป็นข้อมูลที่พยาบาลวางแผนร่วมกับนักโภชนาการในการจัดอาหารที่เหมาะสมให้กับผู้ช้ยาและสารเสพติด และให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารออกกำลังกาย เพื่อให้ดัชนีมวลกายเข้าสู่เกณฑ์ปกติ

**3. ข้อมูลส่วนบุคคล** ชื่อ สกุล เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว ชุมชน ประวัติทางคดี ตลอดจนสัมพันธ์ทางกับคนในครอบครัว เหล่านี้นำมาใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการจัดบริการบำบัดรักษา การให้คำแนะนำปรึกษา และการวางแผนดูแลขณะบำบัดและเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนจำหน่าย

**4. ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด ประวัติการเข้ารับการรักษา** เป็นข้อมูลที่ช่วยแยกประเภทการติดสารเสพติด บ่งบอกถึงความรุนแรงที่ผู้ช้ยาและสารเสพติดจะได้รับจากสารเสพติดหรือระดับการติด ใช้พยากรณ์การเกิดอาการถอนพิษหรืออาการขาดสารเสพติดได้ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้นำมาสู่การวางแผนและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม

#### **5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการตามสภาพผู้ป่วย**

5.1 ตรวจเลือด การวัดความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด กรณีผู้ช้ยาและสารเสพติดสุราจะมีการตรวจเพิ่มเติม ได้แก่ วัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด หรือวัดระดับแอลกอฮอล์จากลมหายใจ การทำงานของตับ การทำงานของไต ระดับเกลือแร่ที่สำคัญ ได้แก่ โพแทสเซียม แมกนีเซียม ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ระดับเกล็ดเลือด

5.2 ตรวจปัสสาวะ เพื่อดูภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ประเมินการทำงานของไต เบื้องต้น และตรวจหาสารเสพติด กรณีผู้ช้ยาและสารเสพติดมีประวัติเสพยาเสพติดอื่นร่วมด้วย ซึ่งสามารถบอกได้ทั้งชนิดของสารและปริมาณสารที่ขับออกมาได้

5.3 ตรวจเอกซเรย์ปอดเพื่อตรวจหาความผิดปกติของปอด

**6. ประเมินการเจ็บป่วยทางกาย และทางจิตเวช** นอกจากการติดยาเสพติดแล้ว ผู้ช้ยาและสารเสพติดหลายรายอาจมีโรคร่วมทางกายหรือทางจิตเวช ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาควบคู่กับการบำบัดยาเสพติด เพื่อให้ผู้ช้ยาและสารเสพติดให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นไปพร้อมกัน

**7. ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร** เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่ผู้ช้ยาและสารเสพติดจะได้รับยาและอาหารที่แพ้ พยาบาลต้องซักประวัติการแพ้ และเฝ้าระวังการแพ้ยาที่ผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับ

**8. อาการถอนพิษยา** การติดยาและสารเสพติด เมื่อหยุดใช้จะเกิดอาการถอนพิษได้ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง จนถึงรุนแรงมาก ซึ่งทำให้ผู้ช้ยาและสารเสพติดเกิดความ

ไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน จนถึงเกิดอันตรายต่อผู้ช้ยาและสารเสพติดและคนรอบข้างได้ หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งอาการถอนพิษยาของสารเสพติดก็จะมีอาการแตกต่างกันไปตามประเภทของสารเสพติด โดยสามารถใช้แบบประเมินตามประเภทของสารเสพติดที่ผู้ช้ยาและสารเสพติดใช้ ดังนี้

8.1 ประเมินอาการถอนพิษสุราใช้แบบประเมิน Clinical Institute Withdraw Assessment for Alcohol – Revised: CIWA-Ar หรือ Alcohol Withdrawal Scale (แบบประเมินที่ 5 และ 6 ภาคผนวก ก หน้า 56-57)

8.2 ประเมินอาการถอนพิษเฮโรอีนด้วยแบบประเมิน Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) (แบบประเมินที่ 7 ภาคผนวก ก หน้า 58)

8.3 ประเมินอาการถอนพิษสารกระตุ้นด้วยแบบประเมินอาการผู้ป่วยสารกระตุ้น (แบบประเมินที่ 4 ภาคผนวก ก หน้า 55)

8.4 ระดับนิโคติน ในผู้ป่วยยาและสารเสพติดมักสูบบุหรี่ร่วมด้วย เมื่อมารับการรักษาแบบผู้ป่วยในผู้ป่วยจำเป็นต้องงดสูบบุหรี่ จะทำให้เกิดอาการขาดนิโคติน จะส่งผลต่อความร่วมมือในการบำบัดรักษาได้ ซึ่งสามารถใช้แบบประเมิน ตามแบบทดสอบระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) (แบบประเมินที่ 8 ภาคผนวก ก หน้า 60)

**9. ประเมินภาวะซึมเศร้า** ในผู้ช้ยาและสารเสพติด เมื่อหยุดใช้สารเสพติดในบางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ ผู้ช้ยาและสารเสพติดบางรายมีโรคร่วมทางจิตเวช การประเมินภาวะซึมเศร้าจะเป็นการประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง หรืออารมณ์เศร้านี้อาจเป็นอุปสรรคสำคัญที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติด สามารถประเมินได้โดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) (แบบประเมินที่ 2 ภาคผนวก ก หน้า 53)

**10. ประเมินแรงจูงใจในการหยุดใช้ยาและสารเสพติด** ควรมีการประเมินแรงจูงใจในการหยุดเสพเพื่อนำมาวางแผนในการช่วยเหลือตามระดับแรงจูงใจของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

**11. กรณีประเมินความเจ็บป่วยทางจิตเวช** ให้ศึกษาวิธีดำเนินการในคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในระยะกลาง กรมสุขภาพจิต (ศึกษาเพิ่มเติมจากภาคผนวก ค QR code)

### ขั้นตอนการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care)

1. สังเกตอาการ ประเมินอาการทางยาเสพติด ภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วม ประเมินความรุนแรงของพฤติกรรม อารมณ์ จิตใจและสังคม
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
3. ให้ข้อมูลการรักษา เช่น อาการของผู้ป่วยจากการใช้ยาและสารเสพติด ความรุนแรงของอาการทางจิต ภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วม และวางแผนการรักษาร่วมกับครอบครัว
4. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยาตามการรักษา
5. ให้การพยาบาลตามอาการและตามสภาพปัญหา
6. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
7. นำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดตามตารางกิจกรรม
8. จัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว
9. ให้บริการปรึกษารายบุคคล/รายกลุ่ม/ครอบครัว
10. จัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย

11. วางแผนร่วมกับครอบครัว/ชุมชน ในการดูแลต่อเนื่อง/ ส่งต่อ
12. บันทึกข้อมูลตามระบบ

### การบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care ) ตามกลุ่มของยาเสพติด

#### 1. กลุ่มกระตุ้นประสาท (แอมเฟตามีน ยาบ้า ยาไอซ์ กระทั่ง และโคเคน)

1.1 มีอาการถอนพิษยา เช่น ปวดหัว ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย หงุดหงิด กระสับกระส่าย มีความรู้สึกอยากยา

##### การดูแลช่วยเหลือ

1. สังเกตอาการ ประเมินอาการถอนพิษยา และอาการแสดง
2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงสาเหตุ การรักษา การปฏิบัติ
3. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ประเมินอาการหลังให้ยา
5. รายงานแพทย์ หากให้การรักษาแล้วไม่ดีขึ้น
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อส่งเสริมการนอนหลับ

#### 1.2 มีอาการเมาสารกระตุ้นประสาท (Amphetamine Type Stimulant Intoxication)

มีอาการสับสนวิตกกังวลอย่างมาก ความคิด ความจำผิดปกติ หงุดหงิดก้าวร้าว คลื่นไส้ กัดฟัน เกร็ง ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว มีไข้ (อุณหภูมิสูงกว่า 38 องศา) ชัก

##### การดูแลช่วยเหลือ

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการจากยาเสพติดและภาวะแทรกซ้อน
2. ให้ข้อมูลการรักษา ภาวะแทรกซ้อน หรือโรคร่วม
3. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังอาการข้างเคียง
4. พิจารณาผู้ป่วยที่มีอาการเกิดอาการก้าวร้าว เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและอันตราย
5. จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อน
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปลอดภัย ไม่มีสิ่งรบกวน

#### 2. กลุ่มหลอนประสาท (LSD ยาเค และอื่น ๆ)

2.1 อาการถอนพิษยา ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง วิตกกังวล หงุดหงิด กระสับกระส่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น

##### การดูแลช่วยเหลือ

1. สังเกตและประเมินอาการถอนพิษยา และโรคร่วม ภาวะแทรกซ้อนทางกาย ประเมินภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย

2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
3. ให้ข้อมูลการรักษา เช่น อาการ และการตรวจตามห้องปฏิบัติการ
4. วางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว
5. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา
6. หลังให้ยาหากไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์ซ้ำ
7. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปลอดภัย
8. พิจารณาการส่งต่อหรือการรักษาหากไม่ดีขึ้น

**2.2 ภาวะการเมาสารหลอนประสาท** อาการสับสน วิดกกังวลอย่างมาก หงุดหงิดก้าวร้าว คลื่นไส้ กัดฟัน เกร็ง

#### การดูแลช่วยเหลือ

1. สังเกตและประเมินอาการทางยาเสพติด ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อาการทางกายและโรคร่วม
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
3. ให้ข้อมูลการรักษา เช่น อาการ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. วางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว
5. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา
6. ประเมินอาการหลังให้ยา หากไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์ซ้ำ
7. พิจารณาส่งต่อหรือการรักษาหากไม่ดีขึ้น

### 3. กลุ่มกดประสาท

#### 3.1 กลุ่มยานอนหลับ ยากดประสาท

**3.1.1 อาการถอนพิษยา** มือสั่น หงุดหงิด นอนไม่หลับ ซึ่จรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง กระวนกระวาย มือสั่น ตัวสั่นเหงื่อออก เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน

#### การดูแลช่วยเหลือ

1. สังเกตประเมินอาการการแสดงออก อาการถอนพิษยากกลุ่มยากกดประสาท
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว
3. ให้ข้อมูลการรักษา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา
5. ประเมินอาการหลังให้ยา หากไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์ซ้ำ
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปลอดภัย ลดสิ่งกระตุ้น
7. พิจารณาการผูกยึด
8. พิจารณาส่งต่อ

#### 3.1.2 อาการชัก (ชักเกร็งทั้งตัว)

#### การดูแลช่วยเหลือ

1. ประเมินอาการ และสัญญาณชีพ
2. ระวังไม่ให้ศีรษะกระแทกของแข็งขณะชัก เพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ
3. นำอาหารหรือฟันปลอมที่มีอยู่ในช่องปากออก ปลดเสื้อผ้าที่รัดอกให้หายใจได้สะดวก
4. จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง
5. ห้ามใช้ไม้กดลิ้นหรือวัตถุใดๆสอดเข้าปากหรือกัดปากขณะผู้ป่วยเกร็งเพราะอาจทำให้ช่องปากเกิดการบาดเจ็บได้
6. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหลังการให้ยา
7. ผู้ป่วยหลังชักอาจมีอาการมึนงงอยู่ หากยังไม่รู้สติห้ามผูกยึดผู้ป่วยเพราะจะกระตุ้นผู้ป่วยทำการต่อสู้รุนแรงระหว่างนี้ควรดูแลอย่างใกล้ชิด จนกว่าจะฟื้นเป็นปกติ
8. หลังชักควรปล่อยให้หลับต่อ ห้ามป้อนอาหารหรือยาจนกว่าจะฟื้นเป็นปกติเพราะอาจจะสำลักได้
9. เฝ้าระวังการชักซ้ำ

### 3.2 กลุ่มโอปิออยด์ (ฝิ่น เฮโรอีน ฯลฯ)

3.2.1 อาการถอนพิษยา หาว น้ำตาไหล น้ำมูกไหล กระวนกระวาย ขนลุก ม่านตาขยาย (>4 mm.) หาว ๆ ร้อน ๆ ปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ เบื่ออาหาร หงุดหงิด นอนไม่หลับ บางรายที่รุนแรง อาจมีอาการอาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด อาจทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น

#### การดูแลช่วยเหลือ

1. ประเมินอาการ อาการถอนพิษยา กลุ่มโอปิออยด์
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
3. ให้ข้อมูลการรักษา และการปฏิบัติตัว
4. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา
5. ประเมินอาการหลังให้ยา หากไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์ซ้ำ
6. วางแผนร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัวในการรักษา
7. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปลอดภัย ลดสิ่งกระตุ้น ให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

### 3.2.2 อาการเป็นพิษ (Toxic symptoms)

อาการนอนหลับมาก เรียกไม่รู้สีกตัว ผิวหนังซีด หายใจช้า ความดันโลหิตต่ำ รูม่านตาคอดเล็ก (Pinpoint pupils)

#### การดูแลช่วยเหลือ

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอัตราการหายใจ ขนาดรูม่านตา ประเมินการทางยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์
2. ให้ยาต้านฤทธิ์ตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น Naloxone ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ขนาดรูม่านตา ประเมินอาการหลังให้ยา หากไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์ซ้ำ
4. ให้ข้อมูลการรักษาแก่ครอบครัว และร่วมกันวางแผนการรักษา
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย
6. พิจารณาการส่งต่อหากอาการไม่ดีขึ้น

## 4. แอลกอฮอล์

4.1 อาการถอนพิษสุรา หงุดหงิด นอนไม่หลับ ซึ่พจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง กระวนกระวาย มือสั่น ตัวสั่น เหงื่อออกมาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย สับสนวัน เวลา สถานที่ (Delirium Tremens) กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง มีไข้ เห็นภาพหลอน หลงผิด หวาดระแวง

#### การดูแลช่วยเหลือ

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการ อาการแสดง และประเมินภาวะขาดสุรา
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว
3. ให้ข้อมูลการบำบัดรักษาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
4. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา
5. ประเมินอาการหลังการให้ยา หากไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์ซ้ำ
6. ดูแลให้ได้รับอาหารและสารน้ำอย่างพอเพียง
7. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย
8. พิจารณาการผูกมัด กรณีผู้ป่วยกระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรืออันตราย

9. ดูแลให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่องจนกว่าอาการทุเลา
10. วางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว
11. Tele-consult ผู้เชี่ยวชาญในจังหวัด/เขตสุขภาพ
12. พิจารณาส่งต่อหากเกินศักยภาพ

### กิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจและการจัดการความคิด

กิจกรรมนี้เหมาะกับผู้ป่วยที่อาการจิตเวชสงบแล้ว รวมทั้งมีการรู้คิด (Cognitive) ปกติ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจและการจัดการความคิดได้ตั้งแต่การบำบัดรักษาในระยะกลาง ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. Counseling (Individual/ Group/Family)

2. กิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มี 7 กิจกรรม มีเป้าหมายเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการบำบัดรักษา และเข้าใจถึงตัวกระตุ้นที่มีอยู่ภายในตนเองที่เป็นความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และตัวกระตุ้นจากภายนอก เช่น เพื่อนที่ใช้ยา สถานที่ที่เคยชื้อยา สถานที่ที่เสพยา แรกกดดันจากครอบครัว และสังคม การรับรู้ ความคิดและพฤติกรรมที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติด รวมทั้งการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมใหม่ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 90 นาที ดำเนินการ สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ดังนี้ (ศึกษารายละเอียดภาคผนวก ค หน้า 73)

**กิจกรรมที่ 1** จุดหมาย (Motivational Interviewing: MI)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา และสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมาย และกำหนดเป้าหมายในชีวิต

**กิจกรรมที่ 2** เหยี่ยสองด้าน (Motivational Interviewing: MI)

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความตระหนักถึงผลกระทบต่อการใช้ยาและสารเสพติด และการสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา

**กิจกรรมที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และให้รู้จักตัวกระตุ้นที่ทำให้ใช้ยาและสารเสพติด

**กิจกรรมที่ 4** การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวกับการใช้ยา (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยแยกแยะความคิดที่นำไปสู่การใช้ยาและสารเสพติด และปรับความคิดที่นำไปสู่การใช้ยาและสารเสพติด

**กิจกรรมที่ 5** การแก้ปัญหาอย่างชาญฉลาด (Coping skill)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหา และแก้ไขปัญหาได้

**กิจกรรมที่ 6** การจัดการกับความรู้สึกอยากยาและตัวกระตุ้น (Craving management)

วัตถุประสงค์ เพื่อมีความรู้และเข้าใจธรรมชาติความรู้สึกอยากยา ตัวกระตุ้น และสามารถจัดการกับตัวกระตุ้นได้

**กิจกรรมที่ 7** ทักษะการปฏิเสธ (Refusal skill)

วัตถุประสงค์ เพื่อมีความรู้ ความเข้าใจวิธีการปฏิเสธ และการฝึกทักษะการปฏิเสธ

### การประเมินผลการบำบัดรักษาในระยะกลาง (Intermediate care)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะกลาง (Intermediate care) ควรมีการประเมินผลการบำบัดในแต่ละสัปดาห์ โดยประเมินอาการถอนยาเสพติด (Withdrawal symptoms) อาการทางกาย ทางจิต สังคม และครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละราย ตามแนวทางการประเมินที่ครอบคลุมด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. อาการถอนยาเสพติด
2. อาการทางจิต
3. ด้านร่างกาย
4. ด้านอารมณ์
5. ประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q)
6. ประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)
7. ด้านการให้ความร่วมมือของครอบครัว
8. ด้านสังคม (สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น)
9. ด้านการเข้าร่วมกิจกรรม
10. แรงจูงใจในการย้ายฟื้นฟู

### การแปลผล

คะแนน 21-30 คะแนน สามารถจำหน่ายเข้าสู่ระยะติดตามการรักษาเข้าสู่ชุมชนได้ หากยังมีคะแนนด้านยาเสพติดหรือด้านอารมณ์ 2-3 คะแนนขึ้นไป พิจารณาส่งเข้าการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือระยะการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term Care) ตามความเหมาะสมรายบุคคล

คะแนน 11-20 คะแนน สามารถส่งต่อเข้าสู่ระยะการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term Care)

คะแนน 0-10 คะแนนขึ้นไป พิจารณาให้คงอยู่ในระยะกลาง (Intermediate care)

ตัวอย่างตารางกิจกรรมการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) (สัปดาห์ที่ 1)

05.30 น.	ตื่นนอน	07.00 น. - 08.30 น.	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
06.00 น. - 06.30 น.	ออกกำลังกาย	08.30 น. - 09.00 น.	กลุ่มพัฒนาจิตใจและผ่อนคลายความเครียด
06.30 น. - 07.00 น.	รับประทานอาหารเช้า		

วัน/เวลา	09.00 - 09.45 น.	09.45-10.30 น.	10.30-12.00 น.	12.00-13.00 น.	13.00-15.00 น.	15.00-16.00 น.
จันทร์	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม	ประชุม/ประชุมแบบบูรณาการ	กิจกรรมที่ 1 จุดหมาย	ประชุม/ประชุมแบบ๑๑
อังคาร	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม		กลุ่มให้ความรู้/สุขภาพศึกษา	
พุธ	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม		กิจกรรมที่ 2 เทรียนูสอง ด้าน	
พฤหัสบดี	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม		กลุ่มให้ความรู้/สุขภาพศึกษา	
ศุกร์	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม		กลุ่มครอบครัว	
เสาร์	ประเมินอาการ	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม		กลุ่มบำเพ็ญประโยชน์	
อาทิตย์	ประเมินอาการ	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม			

16.00 น. - 17.00 น.	รับประทานอาหารเช้า	18.30 น. - 19.00 น.	ฝึกจิต/ฝึกสติ/ปฏิบัติศาสนกิจ
17.00 น. - 18.00 น.	พักผ่อนและปฏิบัติภารกิจส่วนตัว	19.00 น. - 21.00 น.	พักผ่อนและทำกิจกรรมตามอัธยาศัย
18.00 น. - 18.30 น.	กิจกรรมนันทนาการ	21.00 น. - 05.30 น.	เข้านอน

ตัวอย่างตารางกิจกรรมการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) (สัปดาห์ที่ 2)

05.30 น. ตื่นนอน 07.00 น. - 08.30 น. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

06.00 น. - 06.30 น. ออกกำลังกาย 08.30 น. - 09.00 น. กลุ่มพัฒนาจิตและผ่อนคลายความเครียด

06.30 น. - 07.00 น. รับประทานอาหารเช้า

วัน/เวลา	09.00 -09.45 น.	09.45-10.30 น.	10.30-12.00 น.	12.00-13.00 น.	13.00-15.00 น.	15.00-16.00 น.
จันทร์	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม	ประชุมแบบเฉพาะกลุ่ม	กิจกรรมที่ 3 ความสัมพันธ์ กลุ่มให้ความรู้/สุขภาพ กิจกรรมที่ 4 ความสัมพันธ์ ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ ส่งผลต่อพฤติกรรม กลุ่มให้ความรู้/สุขภาพ กลุ่มครอบครัว กลุ่มบำเพ็ญประโยชน์	เมนูเย็น/ผลไม้
อังคาร	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม			
พุธ	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม			
พฤหัสบดี	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม			
ศุกร์	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม			
เสาร์	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม			
อาทิตย์	ประเมินอาการ		ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม			

16.00 น. - 17.00 น. รับประทานอาหารเย็น 18.30 น. - 19.00 น. ฝึกจิต/ฝึกสติ/ปฏิบัติศาสนกิจ

17.00 น. - 18.00 น. พักผ่อนและปฏิบัติภารกิจส่วนตัว 19.00 น. - 21.00 น. พักผ่อนและทำกิจกรรมตามอัธยาศัย

18.00 น. - 18.30 น. กิจกรรมนันทนาการ 21.00 น. - 05.30 น. เข้านอน

ตัวอย่างตารางกิจกรรมการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) (สัปดาห์ที่ 3)

05.30 น.	ตื่นนอน	07.00 น. - 08.30 น.	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
06.00 น. - 06.30 น.	ออกกำลังกาย	08.30 น. - 09.00 น.	กลุ่มพัฒนาจิตใจและผ่อนคลายความเครียด
06.30 น. - 07.00 น.	รับประทานอาหารเช้า		

วัน/เวลา	09.00 - 09.45 น.	09.45-10.30 น.	10.30-12.00 น.	12.00-13.00 น.	13.00-15.00 น.	15.00-16.00 น.
จันทร์	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม	รับประทานอาหารกลางวัน	กิจกรรมที่ 5 การแก้ปัญหา อย่างชาญฉลาด	แผนฟื้นฟู/ดูแลระยะยาว
อังคาร	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม		กลุ่มให้ความรู้/สุขภาพศึกษา	
พุธ	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม		กิจกรรมที่ 6 การจัดการกับความรู้สึก อย่างยากและตัวกระตุ้น	
พฤหัสบดี	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม		กลุ่มให้ความรู้/สุขภาพศึกษา	
ศุกร์	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม		กลุ่มครอบครัว	
เสาร์	ประเมินอาการ	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม		กลุ่มบำบัดเชิงประจักษ์	
อาทิตย์	ประเมินอาการ	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม			

16.00 น. - 17.00 น.	รับประทานอาหารเย็น	18.30 น. - 19.00 น.	ฝึกจิต/ฝึกสติ/ปฏิบัติศาสนกิจ
17.00 น. - 18.00 น.	พักผ่อนและปฏิบัติภารกิจส่วนตัว	19.00 น. - 21.00 น.	พักผ่อนและทำกิจกรรมตามอัธยาศัย
18.00 น. - 18.30 น.	กิจกรรมนันทนาการ	21.00 น. - 05.30 น.	เข้านอน

ตัวอย่างตารางกิจกรรมการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) (สัปดาห์ที่ 4)

05.30 น.	ตื่นนอน	07.00 น. - 08.30 น.	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
06.00 น. - 06.30 น.	ออกกำลังกาย	08.30 น. - 09.00 น.	กลุ่มพัฒนาจิตใจและผ่อนคลายความเครียด
06.30 น. - 07.00 น.	รับประทานอาหารเช้า		

วัน/เวลา	09.00 - 09.45 น.	09.45-10.30 น.	10.30-12.00 น.	12.00-13.00 น.	13.00-15.00 น.	15.00-16.00 น.
จันทร์	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม	ประชุมแบบสหวิชาชีพ	กิจกรรมที่ 7 Always Say No แนะนำอาชีพ/ฝึกอาชีพโดยเครือข่าย แนะนำอาชีพ/ฝึกอาชีพโดยเครือข่าย การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ระยะฟื้นฟู/ครอบครัว/CBTx/ศูนย์ฟื้นฟู สภาพทางสังคม กลุ่มครอบครัว กลุ่มบำบัดปัญหาประโยชน์	ชุมชนฯ/รพ.ชุมชน๑๑
อังคาร	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม			
พุธ	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม			
พฤหัสบดี	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม			
ศุกร์	ประเมินอาการ	พบแพทย์	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม			
เสาร์	ประเมินอาการ	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม			
อาทิตย์	ประเมินอาการ	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม	ให้คำปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม			

16.00 น. - 17.00 น.	รับประทานอาหารเย็น	18.30 น. - 19.00 น.	ฝึกจิต/ฝึกสติ/ปฏิบัติศานติก
17.00 น. - 18.00 น.	พักผ่อนและปฏิบัติภารกิจส่วนตัว	19.00 น. - 21.00 น.	พักผ่อนและทำกิจกรรมตามอัธยาศัย
18.00 น. - 18.30 น.	กิจกรรมนันทนาการ	21.00 น. - 05.30 น.	เข้านอน

## บทที่ 4

### การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care)

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและสารเสพติด เป็นการปรับสภาพร่างกาย จิตใจของผู้สูงอายุ และสารเสพติดให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างปกติ การดำเนินการโดยใช้กิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน การฝึกอาชีพ การค้นหาการเป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีรูปแบบอื่น ๆ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ “ชุมชนบำบัด” ซึ่งเป็นการสร้างชุมชน หรือสังคมจำลองให้ผู้สูงอายุเสติดมาอยู่ร่วมกัน เพื่อให้การช่วยเหลือกัน พัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ฝึกความรับผิดชอบการรู้จักตนเอง และแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม ส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและชุมชน เพื่อกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

#### วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้สูงอายุและสารเสพติดได้พัฒนาตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ มีสัมพันธ์ภาพที่ดีในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม
2. ให้ผู้สูงอายุและสารเสพติดเกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จัดการความรู้สึกร่างกาย อารมณ์ของตนเอง เผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตโดยไม่พึ่งพาสารเสพติด
3. ให้ผู้สูงอายุและสารเสพติดได้รับการดูแลต่อเนื่องภายใต้ความร่วมมือของสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่าย

#### เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care)

1. เป็นผู้สูงอายุและสารเสพติด จากการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยโดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้สูงอายุและสารเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสร.) V.2 อยู่ระดับคะแนนมากกว่าเท่ากับ 27 อนุমানว่าเป็นผู้ติด
2. ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมอาการเสพยาเสพติดได้ในระหว่างการบำบัดรักษาด้วยรูปแบบผู้ป่วยนอก (OPD Program, จิตสังคมบำบัด Matrix Program, Modified Matrix) หรือได้รับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน (Intermediate care) หรือกลับไปเสพยาซ้ำหลังการบำบัดรักษา
3. ผู้สูงอายุและสารเสพติดที่มีโรคร่วม โรคแทรกซ้อนทางร่างกาย และโรคทางจิตเวชที่สามารถควบคุมอาการได้
4. ผู้สูงอายุและสารเสพติด สมัครงใจเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และผ่านการพิจารณาเห็นชอบร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาล และผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver)

#### การเตรียมความพร้อมในการเปิด “มินิธัญญารักษ์” รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care)

1. ด้านการจัดสถานที่และวัสดุอุปกรณ์ สำหรับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและสารเสพติด ประกอบด้วย
  - 1.1 ห้องนอน เตียงนอน จำนวนเตียงที่แนะนำ 15 – 20 เตียง
  - 1.2 ตู้หรือตะกร้าสำหรับจัดเก็บของใช้ส่วนตัว – เสื้อผ้า
  - 1.3 ห้องน้ำ ห้องอาบน้ำ ส้วมส่วนการใช้ห้องน้ำ ห้องอาบน้ำ 1 ห้อง สำหรับผู้ป่วยจำนวน

6 คน เพื่อความสะดวกและปลอดภัยในการให้บริการควรจัดให้ห้องน้ำสำหรับผู้ป่วยอยู่ในตัวอาคารที่เชื่อมต่อกับเรือนนอนผู้ป่วย

1.4 สถานที่สำหรับการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด ให้การปรึกษา (Individual/Group counseling)

1.5 สถานที่และอุปกรณ์สำหรับรับประทานอาหาร เช่น โต๊ะ เก้าอี้ สำหรับรับประทานอาหาร อาหารภาชนะสำหรับรับประทานอาหาร รวมถึงอุปกรณ์สำหรับล้างทำความสะอาดที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

1.6 สถานที่สำหรับกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น ลานสำหรับเล่นกีฬา ออกกำลังกายหรือดำเนินกิจกรรมงานบำบัดต่าง ๆ

1.7 วัสดุ อุปกรณ์อื่น ๆ สำหรับกิจกรรมส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์งานบ้าน งานครัว งานเกษตร งานช่าง งานฝีมือ อุปกรณ์กีฬา หนังสืออ่านนอเวลา สื่อสุขศึกษา ฯลฯ

1.8 ห้องหรือเตียงสำหรับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น พร้อมชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้น

1.9 ระบบการปรึกษาแบบออนไลน์ (Tele-consultation)

**2. ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ** บุคลากรทีมสหวิชาชีพสำหรับให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ และสารเสพติด ประกอบด้วย

**1. แพทย์** จำนวน 1 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

- ผ่านการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด หรือในระยะแรกของการดำเนินการ ควรผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ระยะเวลา 3 วัน

- ผ่านการอบรมหลักสูตรมินิธัญญารักษ์ของกรมการแพทย์ ระยะเวลา 10 วัน บทบาทหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัย รักษา ให้การปรึกษา แนะนำ กรณีผู้ป่วยมีอาการป่วยที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ

**2. พยาบาลวิชาชีพ** จำนวน 2 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

- ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติดหรือในระยะแรกของการดำเนินการ ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและสารเสพติดสำหรับพยาบาลระยะเวลา 5 วัน

- ผ่านการอบรมหลักสูตรมินิธัญญารักษ์ของกรมการแพทย์ ระยะเวลา 10 วัน

**บทบาทหน้าที่**

2.1 ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการระบบ

2.2 ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

2.3 ประเมินอาการ วางแผนการพยาบาล กิจกรรมการรักษา

2.4 เป็นผู้ให้คำปรึกษากิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ ภายในสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.5 ให้การบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม หรือกิจกรรมบำบัดอื่นๆ ตามสภาพปัญหาผู้ป่วย

2.6 ประสานความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ วิทยากร เครือข่ายในการสนับสนุนกิจกรรมบำบัดทั้งภายใน - ภายนอกหน่วยงาน เพื่อให้กิจกรรมการบำบัด ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

2.7 กำกับดูแลการจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ สะดวกและปลอดภัยแก่การปฏิบัติงาน ความปลอดภัยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.8 กำกับ ติดตาม ประเมินผลให้ข้อเสนอแนะการปฏิบัติงานของผู้ช่วยนักบำบัด ทีมผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.9 ประเมินผล และรายงานผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.10 วางแผนจำหน่าย ประสานการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

### 3. ผู้ช่วยนักบำบัด จำนวน 2 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

- ผ่านการอบรมหลักสูตรเตรียมความพร้อมการดูแลผู้สูงอายุและสารเสพติดของกรมการแพทย์ ระยะเวลา 10 วัน

#### บทบาทหน้าที่

- 3.1 ร่วมวางแผนการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ประจำสัปดาห์
- 3.2 ช่วยกำกับ ควบคุม การดำเนินกิจกรรมประจำวัน
- 3.3 ตรวจสอบยอดดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ในลักษณะเวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก
- 3.4 ตรวจวัดสัญญาณชีพ ตรวจค้นร่างกาย ประเมินสุขภาพเบื้องต้นและรายงานผลต่อพยาบาลวิชาชีพเพื่อพิจารณาประเมินอาการ วางแผนกิจกรรมการพยาบาล
- 3.5 เก็บปัสสาวะผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจหาสารเสพติด
- 3.6 จัดเตรียมอุปกรณ์ประจำห้องกิจกรรมบำบัดให้พร้อมใช้
- 3.7 ดูแล ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำผู้ป่วยทำความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งส่วนตัวและส่วนรวม
- 3.8 ดูแล ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำการใช้งาน บำรุงรักษาภาชนะอุปกรณ์
- 3.9 เป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัด อาชีวบำบัดและงานบำบัดอื่น ๆ

- 3.10 ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

4. ทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีในพื้นที่บริการ ซึ่งประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย นักอาชีวบำบัด เป็นต้น ซึ่งทีมสหวิชาชีพจะมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อให้การฟื้นฟูแก่ผู้ป่วยในแต่ละระยะ

#### ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและสารเสพติดระยะยาว (Long term care)

1. ตรวจสอบเอกสาร ความถูกต้องของเอกสาร เช่น หนังสือส่งตัว เพื่อยืนยันตัวตนผู้สูงอายุและสารเสพติด
2. ประเมินสภาพด้านร่างกาย จิตใจ และแรงจูงใจ โดยทีมนักบำบัด
  - 2.1 ด้านร่างกาย ประเมินสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยและวัดสัญญาณชีพ
  - 2.2 ด้านจิตใจ โดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q 8Q กรณีประเมินแล้วพบความผิดปกติให้รายงานผู้บังคับบัญชาและประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป
  - 2.3 ประเมินแรงจูงใจ ในการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม
3. ประเมินนิเทศ สร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลและประโยชน์ของการอยู่รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ แนวทางการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกัน เช่น กิจวัตรประจำวัน กฎระเบียบที่สำคัญ
4. จัดพี่เลี้ยงดูแลชีวิตประจำวัน โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดี มีทัศนคติที่ดีต่อการบำบัดฟื้นฟู มีความรับผิดชอบ กล้าแสดงออก สามารถเป็นแบบอย่าง ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยใหม่ได้
5. ส่งต่อให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายดูแลผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นรายบุคคล ตั้งแต่วันแรกจนครบกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ
6. ประเมินความพร้อมการมีส่วนร่วมของครอบครัว
7. จัดผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบ FAST model

7.1 ประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพมีการประเมินพฤติกรรม ตามระยะเวลา ดังนี้ ประเมินทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 เดือนจนจำหน่าย

7.2 ในระหว่างการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยมีภาวะการเจ็บป่วย ด้านร่างกายจิตใจจนไม่สามารถรับการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไปได้ ให้ประสานส่งต่อสถานพยาบาล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

8. การวางแผนการจำหน่ายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ ทีมสหวิชาชีพ ชุมชน ตั้งแต่แรกรับก่อนที่จะออกไปใช้ชีวิตจริงในสังคมภายนอก ก่อนจำหน่ายควรมีคะแนนพฤติกรรมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60

9. การดูแลต่อเนื่อง และติดตามผล 1 ปี

### หลักการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดระยะยาวด้วยรูปแบบมินิธัญญารักษ์

1. การประยุกต์ใช้กระบวนการชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC Program) หรือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางสายใหม่ (FAST Model) โดยประยุกต์ใช้กิจกรรมบำบัด ดังนี้

1.1 กลุ่มบำบัด (Group Therapy) ได้แก่ กลุ่มประชุมเช้า กลุ่มสัมมนา กลุ่มสุขศึกษา กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กีฬา ออกกำลังกาย

1.2 การฝึกอาชีพ (Vocational training) เป็นกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาตนเองโดยได้รับการฝึกอาชีพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงการดำเนินชีวิตที่ต้องทำงานร่วมกับบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งเพื่อนร่วมงาน หัวหน้า ผู้ใต้บังคับบัญชา หรือผู้มาประสานงาน สามารถรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายทั้งงานที่ตนเองชอบและไม่ชอบ สามารถปรับตัวในการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข โดยให้ผู้ป่วยฝึกการทำงานในทีมงานต่างๆ เช่น ทีมงานประชาสัมพันธ์ ทีมงานครัว เป็นต้น เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นระหว่างการทำงาน ผู้ป่วยสามารถปรึกษาทีมบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาได้วันต่อวัน (Day by Day) กรณีผู้ป่วยมีความพร้อมมากขึ้นสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยฝึกทักษะอื่นๆกับหน่วยงานภายนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประสบการณ์มากขึ้นจากนักอาชีพบำบัดหรือนักกิจกรรมบำบัด

1.3 การปรับพฤติกรรม (Reshape Behavior) ตามกระบวนการชุมชนบำบัด ได้แก่ กฎระเบียบ ปรัชญา อุดมการณ์ เครื่องมือบ้าน (Tool of House) การให้รางวัล (Positive Reinforcement)

2. Psychosocial Intervention ได้แก่ การปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling) กลุ่มให้การปรึกษา (Group Counseling) การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational enhancement therapy: MET) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT)

3. Alternative Treatment ได้แก่ การฟื้นฟูจิตวิญญาณ เช่น สมาธิบำบัด การเสริมสร้างคุณธรรมด้วยครอบครัว การฝึกทักษะอาชีพ การเสริมสร้างทักษะการดำเนินชีวิต เป็นต้น

### องค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสายใหม่ (FAST Model)

- กิจกรรมครอบครัวร่วมรักษา (F: Family)
- กิจกรรมทางเลือก (A: Alternative Treatment Activity)
- กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (S: Self Help)
- กระบวนการชุมชนบำบัด (TC: Therapeutic community)

### กิจกรรมครอบครัวร่วมรักษา (Family)

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคมและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวจะเป็นที่พึ่งที่พิทักษ์ เป็นแหล่งให้การช่วยเหลือเกื้อกูลและส่งเสริมพัฒนาศักยภาพต่าง ๆ ของผู้ป่วย ช่วยแก้ไขปัญหาและพร้อมที่จะให้อภัยและช่วยเหลือด้วยความรักความห่วงใย เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว ระบบครอบครัวจะได้รับผลกระทบไปด้วย ดังนั้น ครอบครัวจึงมีความสำคัญในการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดรักษา และรับผิดชอบดูแลควบคู่ไปกับการอยู่ในครอบครัว สังคม ชุมชนตามสภาพที่เป็นจริง

#### วัตถุประสงค์การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. สนับสนุนให้ผู้ป่วยหยุดการใช้จ่ายและสารเสพติด
2. ช่วยให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เหมาะสม

#### วิธีการ

1. การเตรียมครอบครัว การปฐมนิเทศสร้างความเข้าใจ ให้ข้อมูลกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. การให้ความรู้ครอบครัวในเรื่อง การทำบทบาทหน้าที่ครอบครัว ความรู้เรื่องยาเสพติด โรคสมองติดยา การสนับสนุนการเลิกยาเสพติด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับไปเสพติดซ้ำ
3. การให้การปรึกษาครอบครัว
4. กิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว
5. กิจกรรมการสอนทักษะต่าง ๆ เช่น
  - ทักษะการแก้ปัญหา (Problem solving) ซึ่งความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมทำให้ครอบครัวสามารถดำเนินไปได้และปฏิบัติหน้าที่ด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
  - ทักษะการสื่อสาร (Communication) มีการฝึกการสื่อสารระหว่างกันที่ดี
  - การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective Responsiveness) ครอบครัวสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกันอย่างเหมาะสม
  - การควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control) เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและทางชีวภาพ ได้แก่ กิน นอน ขับถ่าย ความต้องการทางเพศ การแสดงพฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อน พฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตราย รวมถึงการรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว
  - บทบาทหน้าที่ (Role) ซึ่งเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวประพฤติต่อกันซ้ำ ๆ เป็นประจำ แบ่งออกเป็นบทบาทพื้นฐาน ได้แก่ พ่อ แม่ ลูก ซึ่งควรทำหน้าที่ของตนเองให้ชัดเจนเหมาะสม

#### กิจกรรมทางเลือก (Alternative Treatment Activity)

กิจกรรมทางเลือก หมายถึง กิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกและแสดงความต้องการในการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน พร้อมทั้งส่งเสริมให้มีการแสดงออกถึงศักยภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไป

#### วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถ ความสนใจเฉพาะตน ได้อย่างเต็มความสามารถ
2. ส่งเสริมให้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์

3. ส่งเสริมให้ได้แสดงออกถึงความมีคุณค่าของตนเอง
4. ส่งเสริมให้สามารถนำไปใช้ประกอบอาชีพในสังคมภายนอก

#### วิธีการ

1. สำรวจความสามารถหรือความสนใจของผู้ป่วย
2. จัดกิจกรรมทางเลือกในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต
  - ชมรมที่ฉันทสนใจ เช่น กีฬา นันทนาการ เพาะปลูก งานจัดตกแต่งสวน การตัดเย็บงานฝีมือ ทำน้ายาล้างจาน การทำอาหาร เบเกอรี่ ฯลฯ
  - กิจกรรมการบำเพ็ญประโยชน์
  - กิจกรรมการศึกษา

#### กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (Self Help)

กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง เป็นกระบวนการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ ปรับพฤติกรรม เจตคติ ความรู้สึก พัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ด้วยตนเองจนสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและมีวิธีการช่วยเหลือตนเองได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสังคมได้ โดยไม่ใช้ยาเสพติด

#### วิธีการ

จัดกิจกรรมการเรียนรู้พัฒนาตนเองผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การบันทึกประจำวัน การสำรวจทำความเข้าใจตนเอง การตั้งเป้าหมายในชีวิต การฝึกทักษะการปฏิเสธ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการควบคุมตนเอง ทักษะการสื่อสาร การสร้างวินัยในตนเอง การฝึกทักษะผ่านกิจกรรมบำบัด เช่น การบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement therapy: MET) การบำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม Cognitive behavioral therapy: CBT) กิจกรรมศิลปะ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ชมรมนิรนาม (Narcotic Anonymous: NA, Alcoholic Anonymous : AA) โยคะ เป็นต้น

#### กระบวนการชุมชนบำบัด (Therapeutic community)

ชุมชนบำบัด เป็นรูปแบบหนึ่งในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยหรือสมาชิกฝึกพัฒนาตนเอง โดยการอยู่ร่วมกันเสมือนเป็นสมาชิกในครอบครัวหนึ่งที่สร้างขึ้นใหม่ในสถานที่ที่ปลอดภัย ปลอดภัยเสพติด มีบรรยากาศที่อบอุ่น ห่วงใยและเอื้ออาทร มีความเคารพในตัวบุคคล นำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติ มุมมองของชีวิต รู้จักตนเอง พัฒนาตนเอง ฝึกความรับผิดชอบ และมีระเบียบวินัย ซึ่งจะนำไปสู่วิถีชีวิตที่ปราศจากการใช้สารเสพติด มีการกำกับดูแลด้วยกฎเกณฑ์ อดุมการณ์และปรัชญา เพื่อให้การอยู่ร่วมกันดำเนินไปด้วยดีบนพื้นฐานความเชื่อ

- บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ (People can change)
- กิจกรรมกลุ่มก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Group activities can foster this change)
- แต่ละคนต้องมีความรับผิดชอบและมีการมอบหมายบทบาทให้ทำ (Individual must take responsibility for his or her behaviors and commitment must be made)
- การมีโครงสร้างที่เหมาะสมและสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงได้ (Structure can be created to accommodate and measure this change)
- และมีการฝึกฝนปฏิบัติตัวตามกติกาของสังคมที่สมาชิกจะต้องอดทนต่อความรู้สึกที่ต้องฝืนใจทำ (Act as if- Go through the motion)

## เป้าหมายของชุมชนบำบัด

1. การเลิกยาเสพติดได้ (Abstinence)
2. การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต (Change in life style)
3. การขจัดพฤติกรรมที่ต่อต้าน (Elimination of antisocial behaviors)
4. การรู้จักทำงาน (Employment)
5. ปรับทัศนคติต่อสังคมและเห็นคุณค่าในตนเอง (Adapting pro-social attitudes and values)

## แนวคิดที่สำคัญของชุมชนบำบัด

รูปแบบการเรียนรู้ทางสังคม (The Social Learning Model.)

หลักการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (The “self-help” concept.)

ใช้กลไกของชุมชนในการอยู่ร่วมกันที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติที่เหมาะสม (The “community” as the vehicle for change.)

## กลุ่มบำบัด (Group Therapy)

กลุ่มบำบัด เป็นกิจกรรมการรักษาแบบหนึ่งซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม เกิดการเรียนรู้แบบใหม่ ได้เห็นแบบอย่างที่ดี เปลี่ยนแปลงความคิด เจตคติ และมีทักษะในการดำเนินชีวิตที่ดี โดยกิจกรรมกลุ่มบำบัดก่อให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กันเสมอ การยอมรับซึ่งกันและกัน จัดการให้มีบทบาทที่ชัดเจน สามารถเปิดเผยตนเอง มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการใช้กฎเกณฑ์ร่วมกัน ตั้งสมาชิกกลุ่มออกมาเผชิญกับความเป็นจริง ช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

## รูปแบบการดำเนินการกลุ่มต่าง ๆ

1. กลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning)
2. กลุ่มให้บริการปรึกษา (Group counseling)
3. กลุ่มการสอนจากปัญหาผู้เรียน/สมาชิก (Problem based learning)
4. กลุ่มเฉพาะในการฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชนบำบัดรูปแบบมินิธัญญารักษ์
  - กลุ่มประชุมเช้า (Morning Meeting)
  - กลุ่มสัมมนา (Seminar group)
  - กลุ่มประชุมเย็น

## การฝึกอาชีพ (Vocational Training)

เป็นกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาตนเองโดยได้รับการฝึกอาชีพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงการดำเนินชีวิตที่ต้องทำงานร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งเพื่อนร่วมงาน หัวหน้า ผู้ใต้บังคับบัญชา หรือผู้มาประสานงาน สามารถรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายทั้งงานที่ตนเองชอบและไม่ชอบ สามารถปรับตัวในการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข โดยให้ผู้ป่วยฝึกการทำงานในทีมงานต่างๆ เช่น ทีมงานประชาสัมพันธ์ ทีมงานครัว เป็นต้น เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นระหว่างการทำงาน ผู้ป่วยสามารถปรึกษาทีมบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาได้วันต่อวัน (Day by Day) กรณีผู้ป่วยมีความพร้อมมากขึ้นสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยฝึกทักษะอื่นๆกับหน่วยงานภายนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประสบการณ์มากขึ้นจากนักกอาชีวบำบัดหรือนักกิจกรรมบำบัด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพของตนเองในงานหรืออาชีพที่สนใจและเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสามารถและคุณค่าในตัวเอง

เกิดความภาคภูมิใจ นำไปสู่แรงจูงใจในการทำงานหรือประกอบอาชีพโดยปราศจากยาเสพติด โดยหน่วยงานสามารถประสานเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอซึ่งมีหน่วยงานต่างๆที่สามารถสนับสนุนได้ เช่น การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย หรือ กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน

### **การฝึกหัดอบรมในทางอาชีพ ประกอบด้วย**

1) กิจกรรมที่ใช้ทักษะพื้นฐาน เช่น การทำอาหาร การล้างอุปกรณ์เครื่องครัว การซักผ้ารีดผ้า ซ่อมแซมเสื้อผ้า การทำความสะอาด เช็ดถู งานประดิษฐ์วัสดุ งานซ่อมแซม ปลุกผัก หรือต้นไม้ ซึ่งสามารถจัดเป็นทีมงานต่าง ๆ ได้

### **ทีมงาน**

คือ ทีมงานที่จัดขึ้นเพื่อฝึกให้ผู้ป่วยผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือสมาชิกได้รู้จักรับผิดชอบดูแล และทำงานร่วมกันในสถานที่ซึ่งเปรียบเสมือนบ้านหรือชุมชนของตนเอง โดยสมาชิกแต่ละคนจะได้รับมอบหมายหน้าที่ตามความเหมาะสม ความจำเป็นและตามสถานการณ์ของหน่วยงาน

### **การแบ่งทีมงาน**

จัดแบ่งทีมงานตามความจำเป็นของแต่ละหน่วยงาน (การกิน การนอน การอยู่อาศัย)

จัดแบ่งทีมงานตามสถานการณ์ (วันสำคัญ เทศกาล เหตุการณ์)

จัดแบ่งทีมงานตามความเหมาะสมของสถานที่ (ขนาดพื้นที่ ลักษณะอาคาร )

### **การวางแผนการดำเนินงานและมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ**

ผู้บำบัด วางแผนและมอบหมายงานกับคณะรับผิดชอบหัวหน้าทีมงาน (Work leader)

คณะรับผิดชอบหัวหน้าทีมงาน วางแผนและมอบหมายงานให้ลูกทีม

คณะรับผิดชอบหัวหน้าทีมงาน และลูกทีม ดำเนินการและรับผิดชอบต่อหน้าที่

ติดตามตรวจสอบและรายงานผล

### **ตัวอย่างการจัดทีมงาน**

ทีมงานทำความสะอาด มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. เก็บกวาดพื้นที่ที่รับผิดชอบ
2. เช็ด ถูพื้น
3. เช็ดกระจก
4. ปิดฝุนและทำความสะอาดเฟอร์นิเจอร์
5. จัดเรียงของใช้/อุปกรณ์
6. รายงานผลการปฏิบัติงาน

2) กิจกรรมพัฒนาทักษะทางอาชีพ

เป็นกิจกรรมทางเลือกที่จัดขึ้นเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ช่วยเพิ่มศักยภาพและความสามารถของผู้ป่วย ด้วยงานหรืออาชีพที่ผู้ป่วยชอบ สนใจ หรือถนัด ตามความเหมาะสม ฝึกสอนโดยวิทยากรนักบำบัดที่มีความรู้ความสามารถทางด้านอาชีพนั้น มีการจัดทำหลักสูตรการสอนมีการทดสอบและประเมินผลความรู้ ทักษะผู้ป่วยสามารถนำความรู้ความสามารถที่ได้ไปทำงานร่วมกับผู้อื่น และเป็นแนวทางในการประกอบอาชีพได้จริง เช่น งานไม้เฟอร์นิเจอร์ อาหารและเบเกอรี่ ช่างตัดเย็บ งานเกษตรกรรม เสริมสวยและตัดผม งานนวดแผนไทย ช่างฝีมือ ช่างยนต์ ช่างไฟฟ้า

## การดำเนินงาน

ทีมผู้ดูแลพิจารณาเลือกสมาชิกเข้ารับอาชีพบำบัดและฝึกอาชีพตามความสนใจ  
 วิทยากรนักบำบัดปฐมนิเทศ และสร้างทัศนคติที่เป็นพื้นฐานของทักษะที่ต้องการ  
 บรรยายเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับเนื้อหาของแต่ละงาน และพิจารณาให้การฝึกอาชีพมอบหมายงาน  
 ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติงานหรือฝึกอาชีพตามหลักสูตรของแต่ละอาชีพ  
 ทดสอบและประเมินผล  
 สรุปผลการฝึกบำบัด

## ตัวอย่าง การจัดทีมงานการ

1. งานเกษตรกรรม
2. งานไม้เฟอร์นิเจอร์
3. งานหัตถศิลป์
4. งานอาหารและเบเกอรี่
5. งานเสริมสวยและตัดผมชาย

## กิจกรรมที่ช่วยในการปรับพฤติกรรม (Reshape Behavior)

กิจกรรมที่ช่วยในการปรับพฤติกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ช้ยาและสารเสพติด ได้แก่  
 กฎระเบียบ ปรัชญา อุดมการณ์ เครื่องมือบ้าน (Tool of house) ด้วยการจัดลำดับชั้นการดูแลผู้ช้ยา  
 และสารเสพติดในสถานฟื้นฟูฯ “มินิธัญญารักษ์”

1. **เครื่องมือบ้าน (Tools of the house)** เป็นการใช้เครื่องมือในการเปลี่ยนแปลง  
 พฤติกรรมของสมาชิกโดยใช้หลักการช่วยเพื่อช่วยตนเองในรูปแบบของชุมชนบำบัด เมื่อสมาชิก  
 กระทำข้อบกพร่องขาดความรับผิดชอบทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น งานในหน้าที่หรือกระทำผิดกฎระเบียบ ให้  
 การช่วยเหลือตามกระบวนการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Re-shape behavior)  
 พิจารณาแล้ว “มินิธัญญารักษ์” สามารถใช้เครื่องมือบ้านได้ ดังนี้ Talking to (การพูดคุยแนะนำ) และ  
 Pull up (การบอกกล่าวข้อบกพร่อง)

### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น
- 2) ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อให้เกิดทักษะการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม
- 3) เพื่อให้เกิดการยอมรับ เหตุผลของกันและกัน เมื่อผู้อื่นบอกกล่าวถึงพฤติกรรมที่ควรปรับปรุง

2. **การให้รางวัล (Reward/Positive Reinforcement)** เป็นการส่งเสริมพัฒนาการที่ดี  
 สร้างขวัญ กำลังใจ ความภาคภูมิใจแก่สมาชิก การให้รางวัลในรูปแบบ TC เน้นการส่งเสริมพัฒนาการ  
 ในตนเองของสมาชิก ด้านความรู้สึกรัก ทัศนคติ วัตถุประสงค์ สร้างความภูมิใจให้กับสมาชิกที่มีการพัฒนา  
 พฤติกรรมดีขึ้น ไม่เน้นด้านเงินทองของขวัญ

### วัตถุประสงค์

- 1) สร้างความภาคภูมิใจ
- 2) เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับสมาชิกอื่น ๆ
- 3) เพื่อสร้างทัศนคติให้สมาชิกได้เรียนรู้ถึงผลของการกระทำในด้านดี

### หลักการงานในการฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชนบำบัดรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์”

1. ทักษะในการรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้เป็นเครื่องมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Skill in data gathering tools and instrument)
2. การส่งเสริมให้ขึ้นตำแหน่งที่สูงขึ้นตามความสามารถ (Promotion upward mobility and privilege system)
3. การสนับสนุนการช่วยตนเองและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Promoting self-help and mutual help)
4. การสนับสนุนแนวคิดของการไม่แบ่งแยกพวกเรา พวกเขา (Promoting concept of no we-they dichotomy)
5. แนวคิดการแสดงบทบาทตามที่เป็น (Concept of Act as if)
6. การสนับสนุนการดำเนินการของกลุ่ม (Facilitating the group process)
7. การสนับสนุนให้มีการเรียนรู้สังคมด้วยรูปแบบการเป็นแบบอย่าง แรงเสริมจากกลุ่มเพื่อน และการเรียนรู้โดยประสบการณ์ (Promoting social learning by role modeling, peer pressure, and learning by experience)
8. เป็นแบบอย่างของการปฏิบัติตนตามบทบาทหน้าที่ด้านเชิงบวก (Practicing positive role model)
9. ขจัดอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงของการจัดการ (Removing barriers to organization change)
10. ความรู้และทักษะในการป้องกันการเสปดซ้ำ (Knowledge and skill in relapse prevention strategies)
11. มีความรู้และความสามารถในการดำเนินชีวิตให้มีสุขภาพที่ดีและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Knowledge and competency in promoting healthy lifestyle and the prevention of HIV/AIDS)
12. มีความรู้และความสามารถในการจัดการผู้ป่วยเฉพาะราย (Knowledge and competency in case management)

### การประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะยาวในช่วงแรก อาจจะมีแรงจูงใจในการบำบัดฟื้นฟูต่ำและอยู่ในช่วงการปรับตัว โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนแรก ควรมีการประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care) อย่างน้อย 2 ครั้ง ประเมินครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 2 และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อให้การช่วยเหลือหรือเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการบำบัด หลังจากสัปดาห์ที่ 4 ให้ประเมินทุก 1 เดือน จนกระทั่งจำหน่าย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปรับตัว และมีแรงจูงใจในการบำบัดฟื้นฟูเพิ่มขึ้น ในการประเมินแต่ละครั้งควรประเมินร่วมกัน อย่างน้อย 2 คนขึ้นไป เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและน่าเชื่อถือ

#### การแปลผล

ผลการบำบัดผ่านเกณฑ์การประเมิน ต้องได้คะแนนอย่างน้อย ร้อยละ 60 (24 คะแนน)  
 คะแนน ร้อยละ 60 -79 (24-31 คะแนน) ผลการบำบัดอยู่ในระดับ พอใช้  
 คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป (32 คะแนนขึ้นไป) ผลการบำบัดอยู่ในระดับ ดี  
 คะแนนรวมของแบบประเมิน 40 คะแนน

เมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินแล้วและมีผลการประเมินเป็นที่น่าพอใจ สามารถส่งต่อเข้าสู่ระบบการติดตามเพื่อการดูแลต่อเนื่องต่อไป ซึ่งในการติดตามควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตเป็นระยะ (แบบประเมินที่ 11 ภาคผนวก ก หน้า 65)

ตัวอย่าง ตารางกิจกรรม ระยะการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care) สัปดาห์ที่ 1

06.00 – 07.00 น.	ตื่นนอน ออกกำลังกาย	17.00 – 18.00 น.	รับประทานอาหาร
07.00 – 08.00 น.	รับประทานอาหาร ทำภารกิจส่วนตัว	18.00 – 19.00 น.	ทำภารกิจส่วนตัว/กลุ่มประชุมเย็น
08.00 – 09.00 น.	วัดสัญญาณชีพ ประเมินโรคแทรกซ้อน พบแพทย์	19.00 – 20.00 น.	กิจกรรมพัฒนาจิต/ปฏิบัติศาสนกิจ
16.00 – 17.00 น.	ออกกำลังกาย	20.00 – 21.00 น.	พักผ่อนตามอัธยาศัย
		21.00 น.	เข้านอน

วัน / เวลา	08.30 - 09.30 น.	09.30-10.30 น.	10.30 – 12.00 น.	12.00 – 13.00 น.	13.00 – 14.30 น.	14.30 – 16.00 น.
วันที่	ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ	ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ	สร้างสัมพันธ์ภาพ	กลุ่มประชุมเย็น	กลุ่มเสริมสร้างแรงใจ 1 “เหรียญสองด้าน”	สร้างสรรค์ EQ
วันที่			กลุ่มสุศึกษา ศุขวิทยาส่วนบุคคล		Self help การบันทึกการเรียนรู้ ประจำวัน	สร้างสรรค์ EQ
วันที่			การสร้างความสุข		กลุ่มเสริมสร้างแรงใจ 2 “รักษสุขภาพ”	งานบำบัด
วันที่			ประเมินสมรรถนะ		เรียนรู้ปรัชญา+อุดมการณ์	งานบำบัด
วันที่			เรียนรู้โครงสร้างฯ		นันทนาการ	งานบำบัด
วันที่			กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์		ปฏิบัติกิจกรรมตามอัธยาศัย	
วันที่			กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์		ปฏิบัติกิจกรรมตามอัธยาศัย	

หมายเหตุ : วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 10.30 – 11.30 น. กลุ่มประชุมเข้าเจ้าหน้าที่ (Staff meeting)

ตัวอย่าง ตารางกิจกรรม ระยะการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care) สัปดาห์ที่ 2

06.00 – 07.00 น.	ตื่นนอน ออกกำลังกาย	17.00 – 18.00 น.	รับประทานอาหาร
07.00 – 08.00 น.	รับประทานอาหาร ทำภารกิจส่วนตัว	18.00 – 19.00 น.	ทำภารกิจส่วนตัว/กลุ่มประชุมเย็น
08.00 – 09.00 น.	วัดสัญญาณชีพ ประเมินโรคแทรกซ้อน พบแพทย์	19.00 – 20.00 น.	กิจกรรมฝึกจิต/ปฏิบัติศาสนกิจ
16.00 – 17.00 น.	ออกกำลังกาย	20.00 – 21.00 น.	พักผ่อนตามอัธยาศัย
		21.00 น.	เข้านอน

วัน / เวลา	08.30 - 09.30 น.	09.30-10.30 น.	10.30 – 12.00 น.	12.00 – 13.00 น.	13.00 – 14.30 น.	14.30 – 16.00 น.
วันที่	โรงเรียนโรงเรียนสีเขียว	โรงเรียนโรงเรียนสีเขียว	สร้างสัมพันธ์ภาพ	พักผ่อนตามอัธยาศัย	กลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจ 3 “ทางเลือก”	สร้างสรรค์ EQ
วันที่			กลุ่มสุขศึกษา		กลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจ 4 “ก้าวต่อไป”	สร้างสรรค์ EQ
วันที่			กลุ่มสัมมนา		กิจกรรมนัดพบนาการ	งานบำบัด
วันที่			Here and now		Self Help	งานบำบัด
วันที่			กิจกรรมครอบครัว		การให้คำปรึกษาครอบครัว/งานบำบัด	
วันที่			กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์		ปฏิบัติตามกิจกรรมตามอัธยาศัย	
วันที่			กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์		ปฏิบัติตามกิจกรรมตามอัธยาศัย	

ตัวอย่าง ตารางกิจกรรม ระยะการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care) สัปดาห์ที่ 3 – 12

06.00 – 07.00 น.	ตื่นนอน ออกกำลังกาย	รับประทานอาหาร	17.00 – 18.00 น.	รับประทานอาหาร
07.00 – 08.00 น.	รับประทานอาหาร ทำภารกิจส่วนตัว	ทำภารกิจส่วนตัว/กลุ่มประชุมเย็น	18.00 – 19.00 น.	ทำภารกิจส่วนตัว/กลุ่มประชุมเย็น
08.00 – 09.00 น.	วัดสัญญาณชีพ ประเมินโรคแทรกซ้อน พบแพทย์	กิจกรรมฝึกจิต/ปฏิบัติศาสนกิจ	19.00 – 20.00 น.	กิจกรรมฝึกจิต/ปฏิบัติศาสนกิจ
16.00 – 17.00 น.	ออกกำลังกาย	พักผ่อนตามอัธยาศัย	20.00 – 21.00 น.	พักผ่อนตามอัธยาศัย

วัน / เวลา	08.30 - 09.30 น.	09.30-10.30 น.	10.30 – 12.00 น.	12.00 – 13.00 น.	13.00 – 14.30 น.	14.30 – 16.00 น.
วันที่	โรงเรียนบูรณะบุรี	ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ	กลุ่มให้คำปรึกษา	พักผ่อนตามอัธยาศัย	ชมรมที่ฉันสนใจ	สร้างสรรค์ EQ
วันที่			รายบุคคล/ รายกลุ่ม		ชมรมที่ฉันสนใจ	สร้างสรรค์ EQ
วันที่			กลุ่มสุขภาพ		ชมรมที่ฉันสนใจ	งานบำบัด
วันที่	กลุ่มสัมมนา	กลุ่มให้คำปรึกษา	Self Help		สร้างสรรค์ EQ	
วันที่	กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์	กิจกรรมครอบครัว	รายบุคคล/ รายกลุ่ม		กิจกรรมนันทนาการ	งานบำบัด
วันที่			กิจกรรมครอบครัว		ปฏิบัติกิจกรรมตามอัธยาศัย	
วันที่			กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์	ปฏิบัติกิจกรรมตามอัธยาศัย		

หมายเหตุ : วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 10.30 – 11.30 น. กลุ่มประชุมเข้าเจ้าหน้าที่ (staff meeting)

: กิจกรรม Walk Rally ทุกวันศุกร์สุดท้ายของเดือนที่ 2

ตัวอย่าง ตารางกิจกรรม ระยะการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care) สัปดาห์ที่ 13 – 15

06.00 – 07.00 น.	ตื่นนอน ออกกำลังกาย	17.00 – 18.00 น.	รับประทานอาหาร			
07.00 – 08.00 น.	รับประทานอาหาร ทำภารกิจส่วนตัว	18.00 – 19.00 น.	ทำภารกิจส่วนตัว/กลุ่มประชุมเย็น			
08.00 – 09.00 น.	วัดสัญญาณชีพ ประเมินโรคแทรกซ้อน พบแพทย์	19.00 – 20.00 น.	กิจกรรมฝึกจิต/ปฏิบัติศาสนกิจ			
16.00 – 17.00 น.	ออกกำลังกาย	20.00 – 21.00 น.	พักผ่อนตามอัธยาศัย			
		21.00 น.	เข้านอน			
วัน / เวลา	08.30 – 09.30 น.	09.30-10.30 น.	10.30 – 12.00 น.	12.00 – 13.00 น.	13.00 – 14.30 น.	14.30 – 16.00 น.
วันที่	เช้า		ฝึกทักษะทางสังคม (ฝึกงาน)	ประชุม		
วันที่	เช้า		ฝึกทักษะทางสังคม (ฝึกงาน)	ประชุม		
วันที่	เช้า		กลุ่มสัมพันธ์	ประชุม		
วันที่	เช้า		กลุ่มให้คำปรึกษา รายบุคคล/ รายกลุ่ม	ประชุม		
วันที่	เช้า		กิจกรรมบำบัด	ประชุม		
วันที่	เช้า		กิจกรรมบำบัดเพื่อประโยชน์	ประชุม		
วันที่	เช้า		กิจกรรมบำบัดเพื่อประโยชน์	ประชุม		
						แนะนำอาชีพ/ฝึกอาชีพโดยเครือข่าย เช่น การจัดการอาชีพ/การวางแผนการเงิน
						การให้คำปรึกษารายการครอบครัว/งานบำบัด
						ปฏิบัติกิจกรรมตามอัธยาศัย
						ปฏิบัติกิจกรรมตามอัธยาศัย

หมายเหตุ : วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 10.30 – 11.30 น. กลุ่มประชุมเข้าเจ้าหน้าที่ (staff meeting)



## บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการคัดกรองการประเมินความรุนแรงการบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดฯ*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
- กระทรวงสาธารณสุข.(2561). *แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care)*. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข.
- เทียน ปาโต, วันดี สุทธิรังสี, ทศนีย์ นະແສ. (2556). ประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 3 (2), 1 - 14.
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2561). *การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์กะกาเยี่ย.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2558). *การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รัศมน กัลยาศิริ.(2561). *การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจิรา อากาศชัยพันธ์, สำเนา นิลบรรพ์, นันทา ชัยพิชิตพันธ์, ญาดา จินประชา, จริญญาธิษัฏ ยี่ภู และ ัญญา สิงโต. (2562). *คู่มือมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. กรมการแพทย์.
- พรรณอ กลิ่นกุหลาบและคณะ. (2563). *คู่มือมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยยาและสารเสพติด ผู้ป่วยหนัก*.สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. กรมการแพทย์
- พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. (2549). *ตำราจิตเวชศาสตร์ การติดยาเสพติด*. สำนักงบประมาณความช่วยเหลือด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (NAS).
- พิชญา วัฒนการุณ และจิตติมา สงวนวิชัยกุล. (2557). อาการทางจิตเวชของผู้ป่วยในโรคจิตจากการใช้เมทแอมเฟตามีน. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 8 (2), 11 - 20.
- พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ. (2560). ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2560. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 25(1), 1 - 19.
- เพชรี คันธสายบัว. (2553.). *โปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติด*. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561). *พลังต้านยาเสพติด: แนวคิดและข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์*. บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2550). *คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 5. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ศิริลักษณ์ แสงส่อง. (2562). ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานต่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(2), 76 - 90.

- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2549). *คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2558). *มาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพและFAST Model*. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2562). *คู่มือการบำบัดแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตามโครงการร้อยรักใจ*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2563). *เวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยและสารเสพติด*. บริษัท เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2564). *คู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment :CBTx) สำหรับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน*”วิธีใหม่การแก้ปัญหาเสพติดอย่างยั่งยืน. บริษัทออนป่าจำกัด.
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุกมา แสงเดือนฉายและคณะ. (2546). *โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์สำหรับผู้รับการบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่(FAST Model)*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำเนา นิลบรรพ์และคณะ.(2546). *คู่มือโปรแกรมการทำหน้าที่ครอบครัวสำหรับวิทยากรทำกลุ่มบำบัด*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุกมา แสงเดือนฉาย, วันเพ็ญ ใจปทุม, สำเนา นิลบรรพ์, สุวภัทร คงหอม. (2557). *คู่มือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังกูร ภัทรภร. (2563). *ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่เกิดจากพิษของยาและสารเสพติดประเภทต่าง ๆ*. ในวินัย นานุกูล, ภาสกร ชัยวานิชศิริ, สราวุธ บุญชัยพานิชวัฒนา, ลำชา ลักขณาภิชนัช และ นันทา ชัยพิชิตพันธ์ (บ.ก.), *เวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยยาและสารเสพติด*. (น. 127-128). บริษัท เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).ธรรมสาร จำกัด.
- Department of mental health. (2018). *Psychiatric care manual that has a Serious Mental Illnes s with High Risk to Violence: SMI-V for institutions / hospitals Under the Department of Mental Health*. prosperous-plus.
- Meenu Sharma, Surasak Taneepanichskul .(2008). Characteristics of aggression and violent behavior among psychiatric inpatients in psychiatric wards of a tertiary hospital in New Delhi. *Journal of health research*, 22, 29-32.
- Miller WR, Rollnick S. (2002). *Motivational interviewing*. (2 nd ed). The Gilford Press.

Rachael A. Korcha. (2014). Intensive Motivational Interviewing for women with concurrent alcohol problems and methamphetamine dependence. *REGULAR ARTICLE, 46(2)*, 113-119.

United States Department of Health and Human Services. (2012). *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. National Survey on Drug Use and Health. ICPSR34933 - v3. Ann Arbor, MI: Inter - university Consortium for Political and Social Research [distributor], 2015 - 11 - 23.<https://doi.org/10.3886/ICPSR34933.v3>

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2023). *World Drug Report 2023*, Austria, 8.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
แบบประเมินผู้ช้ยาและสารเสพติด

## แบบประเมินที่ 1

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ช้ำยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข  
(บคก.สร.) V.2

ชื่อ-สกุล..... อายุ □□ ปี เลขประจำตัวประชาชน□□□□□□□□□□□□□□□□  
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ซอย/ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน..... ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด) ..... อาชีพ.....  
 ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) วันที่คัดกรอง..... สถานที่คัดกรอง.....  
 ยาบ้า  ไอซ์  ยาอี  กัญชา  กระท่อม  สารระเหย  เฮโรอีน  ผีน  อื่นๆ (ระบุ).....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ คือ..... ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย	เพียง 1-2 ครั้ง	เดือนละ 1-3 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)
1. คุณใช้..... บ่อยเพียงใด	0	2	3	4	6
2. คุณมีความต้องการ หรือมีความรู้สึกอยากใช้..... จนทนไม่ได้บ่อยเพียงใด	0	3	4	5	6
3. การใช้..... ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครั สังคมกฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงใด	0	4	5	6	7
4. การใช้..... ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบหรือ ทำกิจกรรมที่คุณเคยทำตามปกติได้บ่อยเพียงใด	0	5	6	7	8

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ไม่เคย	เคยแต่ก่อน 3 เดือน ที่ผ่านมา	เคยในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา
5. ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยกล่าวตักเตือน วิพากษ์วิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับ การใช้..... หรือไม่	0	3	6
6. คุณเคยลด หรือหยุดใช้..... แต่ไม่ประสบ ผลสำเร็จ หรือไม่	0	3	6
<b>รวมคะแนน</b>	.....		

ระดับคะแนน	ระดับผลกระทบจากการใช้	คัดกรองโรคร่วมหรือโรคอื่น ๆ ที่สำคัญ
2 - 3	ต่ำ*	<ul style="list-style-type: none"> <li>การคัดกรองโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น ลมชัก เบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิต</li> <li>การคัดกรองโรคติดต่อในระยะติดต่อ เช่น วัณโรค สุกใส ภูมิคุ้มกันบกพร่อง</li> <li>การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ</li> <li>- โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) - ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q)</li> <li>- โรคจิต (แบบคัดกรองโรคจิต)</li> <li>การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยารุนแรง</li> <li>- ใช้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา</li> <li>- ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา</li> <li>- ใช้ยานอนหลับเป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา</li> </ul>
4 - 26	ปานกลาง**	
27 <sup>+</sup>	สูง***	
คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย		<b>ข้อเสนอแนะ</b>
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"> <li>ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention)</li> <li>ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา 16 ชุดบริการ</li> <li>ประเมินเพิ่มเติม วางแผนและให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้นรายบุคคล</li> </ul>

หมายเหตุ \*อนุমানว่าเป็นผู้ใช้ \*\*อนุমানว่าเป็นผู้เสพ \*\*\*อนุমানว่าเป็นผู้ติด

ลงชื่อ ..... ผู้สัมภาษณ์

**สิ่งที่ควรคำนึงถึงก่อนการทำการคัดกรอง**  
 เพื่อให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดเกิดความไว้วางใจและได้คำตอบที่เป็นจริง ผู้ทำการคัดกรองควรปฏิบัติดังนี้

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

**แนวทางการช่วยเหลือในกลุ่มต่าง ๆ**

กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการช่วยเหลือ
ผู้ใช้	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education &amp; Promotion)</li> <li>● การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือ การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) จำนวน 1 - 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์</li> <li>● การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน</li> <li>● การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)</li> </ul> <p>หมายเหตุ : กลุ่มผู้ใช้ไม่ต้องบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูล บสต.</p>
ผู้เสพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ค่าปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 9 วัน/วัดเป็นศูนย์สูงเคราะห์/มีสยิดเป็นศูนย์สูงเคราะห์ (1 เดือน)</li> <li>● การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) (Motivational Enchantment Therapy: MET) 1 - 2 เดือน</li> <li>● การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) 1 - 2 เดือน</li> <li>● จิตสังคมบำบัด ได้แก่ Modified MATRIX, จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน, จิตสังคมบำบัดใน รพ.สต., คลินิก ไกล่ใจในชุมชน (1 - 2 เดือน)</li> <li>● ± การรักษาด้วยยา (Medication)</li> <li>● การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)</li> </ul>
ผู้ติด	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC), การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) 4 เดือน - 1 ปี</li> <li>● ± การรักษาด้วยยา (Medication)</li> <li>● การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)</li> </ul>

**แนวปฏิบัติการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) สำหรับผู้ใช้หรือเคยใช้ยาเสพติด ชนิดฉีด (16 ชุดบริการ)**

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

**แบบประเมินที่ 2**  
**แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า**

**แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า**

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ..... อายุ ..... ปี หอผู้ป่วย .....

วันที่เข้ารับรักษา ..... H.N. .... A.N. ....

ครั้งที่ .....

วันที่ .....

**แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)**

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		

**หมายเหตุ** หากมีข้อใดข้อหนึ่งตอบว่าใช่ ให้ประเมินต่อไปด้วย 9 Q

**แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)**

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	เป็น บางวัน 1-7 วัน	เป็น บ่อย >7 วัน	เป็น ทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือครอบครัว ผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าตายไปคงดี	0	1	2	3
รวมคะแนน				

**หมายเหตุ** คะแนน 9Q  $\geq$  7 คะแนน ให้ประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q และส่งพบแพทย์เพื่อให้การรักษาคะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศรียระดับน้อยมาก  
คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศรียระดับเล็กน้อย  
คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศรียระดับปานกลาง  
คะแนน  $\geq$  19 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศรียระดับรุนแรง

**แบบประเมินที่ 3**  
**แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)**

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)		
คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาตลอดทั้งวันนี้ คิดอยากตาย หรือคิดว่าตายไปคงดีกว่า		
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาตลอดทั้งวันนี้ อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้บาดเจ็บ		
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาตลอดทั้งวันนี้ คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) - ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้		
4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาตลอดทั้งวันนี้ มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย		
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาตลอดทั้งวันนี้ ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตัวเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจจะให้ตายจริงๆ		
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาตลอดทั้งวันนี้ ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียใจ		
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาตลอดทั้งวันนี้ ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย		
8. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย		
รวมคะแนน		
<p><b>หมายเหตุ</b> ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดรักษา และดูแลตามระดับความรุนแรง ซึ่งแบ่งได้ ดังนี้</p> <p>คะแนน 1-8 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย</p> <p>คะแนน 9-16 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง</p> <p>คะแนน <math>\geq 17</math> คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง</p>		

**แบบประเมินที่ 4**  
**แบบบันทึกอาการผู้ป่วยสารกระตุ้น**

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ..... อายุ ..... ปี เพศ ..... หอผู้ป่วย .....  
วันที่เข้ารับรักษา ..... H.N. .... A.N. ....

รายการ	เกณฑ์	วันที่							
อุณหภูมิ	0 = 37.0 °C								
	1 = 37.1-37.5 °C								
	2 = 37.6-38.0 °C								
	3 = 38.1-38.5 °C								
	4 = > 38.5 °C								
การรับรู้	0 = ปกติ								
	- บุคคล 1 = รู้เวลาไม่แน่นอน								
	- สถานที่ 2 = ไม่รู้เวลา/สถานที่								
	- เวลา 3 = ไม่รู้เวลา/สถานที่ /บุคคล								
	4 = ไม่รู้อะไรเลย								
วิตกกังวล	0 = อาการสงบ								
	1 = กังวลเล็กน้อย								
	2 = กังวลในอนาคต								
	3 = หวาดกลัว								
	4 = ควบคุมไม่ได้								
อาการรบกวน	0 = พักผ่อนได้								
	1 = ไม่อยู่นิ่ง								
	2 = กระสับกระส่าย								
	3 = ผุดลุกผุดนั่ง								
	4 = เคลื่อนไหวตลอดเวลา								
ประสาทหลอน	0 = ไม่มี								
	1 = หูแว่วเล็กน้อย								
	2 = หูแว่วเป็นบางเวลา								
	3 = หูแว่วตลอดเวลา								
	4 = ไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง								
ซีมีเคร้า	0 = ไม่พบ								
	1 = สีหน้าเรียบเฉย/แยกตัว								
	2 = ต้องกระตุ้นจึงจะตอบได้								
	3 = กระตุ้นแล้วไม่ตอบโต้								
	4 = ทำร้ายตัวเอง/มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย								
ก้าวร้าว	0 = ไม่พบ								
	1 = สีหน้าท่าทางไม่เป็นมิตร								
	2 = ต่อต้านการบำบัด								
	3 = มีพฤติกรรมเอะอะโวยวาย								
	4 = ทำร้ายผู้อื่น /ข่มขู่เจ้าหน้าที่								
คะแนนรวม									

หมายเหตุ คะแนน 0 = normal, 1-13 = mild, 14-20 = moderate, 21-28 = severe

### แบบประเมินที่ 5

#### แบบประเมินอาการขาดสุราสำหรับผู้ป่วยแรกรับ 3 วันแรก

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี ท่อผู้ป่วย.....  
วันที่รับเข้ารักษา.....H.N.....A.N.....วันที่รับผู้ป่วย.....

อาการ/อาการแสดง	วันที่	วันที่	วันที่
เวลา			
ชีพจร (เต็ม 1 นาที)			
ความดันโลหิต			
อัตราการหายใจ			
1. คลื่นไส้ – อาเจียน			
2. การสั่น			
3. การขับเหงื่อ			
4. อาการวิตกกังวล			
5. อาการกระวนกระวาย			
7. การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ			
8. การรับรู้ทางตาผิดปกติ			
9. อาการปวดศีรษะ			
10. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล			
คะแนนรวม			
Diazepam IV			
พยาบาลผู้ประเมิน			

<p>1. คลื่นไส้ อาเจียน “คุณรู้สึกพะอืดพะอม” คลื่นไส้ อาเจียน ใหม่? สังเกต 0 ไม่มีอาการคลื่นไส้ 1 คลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน 4 คลื่นไส้เป็นพัก ๆ อาเจียนแต่ไม่มีอะไร 7 คลื่นไส้อยู่เรื่อย ๆ อาเจียนบ่อย</p>	<p>6. การรับสัมผัสผิดปกติ ถาม “คุณรู้สึกคันยุบยิบ เป็นเหน็บชา ปวดแสบปวดร้อน / รู้สึกเหมือนมีแมลง มาไต่ หรือไชอยู่ตามผิวหนังบ้างไหม?” 0 ไม่มี 1 คันยุบยิบ เป็นเหน็บชา ปวดแสบปวดร้อน ปวด ร้อน ปวดแปลบ ๆ เป็นน้อยมาก 2 ยุบยิบ ปวดแสบปวดร้อน ปวดร้อน ปวดแปลบ ๆ 3 คันยุบยิบปานกลาง ปวดแสบปวดร้อน 4 คันยุบยิบปานกลาง มีอาการประสาทหลอนทาง สัมผัส 5 มีอาการประสาทหลอนรุนแรง 6 มีอาการประสาทหลอนรุนแรงมาก 7 มีอาการประสาทหลอนรุนแรง อย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา</p>	<p>8. การรับรู้ทางตาผิดปกติ ถาม “คุณรู้สึกแสงไฟที่ เห็นจำเกินปกติไหม? สีเปลี่ยนไปจากเดิมไหม? ทำให้คุณรู้สึกแสบตาไหม? คุณเห็นสิ่งที่มันแปลก ๆ บ้างไหม? สิ่งที่คุณเห็นคุณรู้ว่ามีจริง” 0 ไม่มี 1 ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย 2 ไวต่อแสงกว่าปกติปานกลาง 3 ไวต่อแสงกว่าปกติปานกลาง 4 มีอาการประสาทหลอนทางตาปานกลาง 5 มีอาการประสาทหลอนทางตารุนแรง 6 มีอาการประสาทหลอนทางตารุนแรงมาก 7 มีอาการประสาทหลอนทางตาอย่างต่อเนื่อง/ ตลอดเวลา</p>
<p>2. การสั่น ทดสอบ ให้เหยียดแขนตรงกางมือออก สังเกต 0 ไม่มีอาการสั่น 1 ไม่เห็น แต่รู้สึกว้าวุ่นและนิ้วมีอาการสั่น 4 สั่นปานกลาง พบว่าสั่นขณะผู้ป่วยเหยียดแขน ตรง 7 สั่นรุนแรง เห็นแม้ขณะไม่เหยียดแขน</p>	<p>7. การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ ถาม “คุณรู้สึกพวงกับ เสียงรอบ ๆ ตัวมากกว่าเดิมไหม?” เสียงนั้นเป็นเสียง ที่ทำให้คุณระคายหู/หยาบ เสียงนั้นทำให้คุณกลัว ไหม? เสียงนั้นรบกวนคุณไหม? สิ่งที่ทำให้เกิดเสียง นั้น คุณรู้ว่ามีจริงหรือไม่?” 0 ไม่มี 1 มีเสียงระคายหูเล็กน้อย ทำให้เกิดอาการกลัว เล็กน้อยมาก 2 มีเสียงระคายหู ให้เกิดอาการกลัวน้อย 3 มีเสียงระคายหู ทำให้เกิดอาการกลัวปานกลาง 4 มีอาการหูแว่ว 5 มีอาการหูแว่วรุนแรง 6 มีหูแว่วรุนแรงมาก 7 มีอาการหูแว่วตลอดเวลา</p>	<p>9. ปวดศีรษะ ถาม มีอาการปวดศีรษะบ้างไหม? ไม่ รวมถึงอาการวิงเวียน มึนงง สังเกตตามความ รุนแรงของอาการ” 0 ไม่มี 1 มีน้อยมาก 2 มีอาการน้อย 3 มีอาการปานกลาง 4 มีอาการรุนแรงปานกลาง 5 มีอาการรุนแรง 6 มีอาการรุนแรงมาก</p>
<p>3. การขับเหงื่อ สังเกต การขับเหงื่อเป็นพัก ๆ 0 ไม่มีเหงื่อ 1 ไม่เห็นว่ามีเหงื่อ แต่ฝ่ามือชื้น 4 เห็นเหงื่อเป็นเม็ด ๆ เห็นชัดบริเวณหน้าผาก 7 เหงื่อออกทั้งตัว</p>	<p>4. วิตกกังวล ถาม “คุณรู้สึกวิตกกังวลไหม” สังเกต 0 ไม่กังวล ผ่อนคลาย 1 กังวลเล็กน้อย 4 กังวลปานกลาง หรือปิดบังทำให้สงสัยว่ามีความ กังวล 7 หวาดกลัวรุนแรง</p>	<p>10. การรับรู้ เวลา สถานที่ ถาม “วันนี้วันอะไร? ขณะนี้คุณอยู่ที่ไหน คุณกำลังคุยกับใคร” 0 ตอบได้ถูกต้องตรงคำถาม 1 ตอบได้ไม่แน่นอน เรื่องวัน 2 ตอบผิดพลาดไม่เกิน 2 วัน 3 ตอบวันผิดมากกว่า 2 วัน 4 ตอบผิดทั้งสถานที่ และ/หรือบุคคล</p>
<p>4. วิตกกังวล ถาม “คุณรู้สึกวิตกกังวลไหม” สังเกต 0 ไม่กังวล ผ่อนคลาย 1 กังวลเล็กน้อย 4 กังวลปานกลาง หรือปิดบังทำให้สงสัยว่ามีความ กังวล 7 หวาดกลัวรุนแรง</p> <p>5. อาการกระวนกระวาย 0 พฤติกรรม เคลื่อนไหวปกติ 1 กระวนกระวายกว่าปกติ 4 กระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง 7 เดินไปเดินมา ขณะตอบคำถาม ผุดลุกผุดนั่ง/อยู่ กับที่ไม่ได้</p>	<p>5. อาการกระวนกระวาย 0 พฤติกรรม เคลื่อนไหวปกติ 1 กระวนกระวายกว่าปกติ 4 กระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง 7 เดินไปเดินมา ขณะตอบคำถาม ผุดลุกผุดนั่ง/อยู่ กับที่ไม่ได้</p>	<p>10. การรับรู้ เวลา สถานที่ ถาม “วันนี้วันอะไร? ขณะนี้คุณอยู่ที่ไหน คุณกำลังคุยกับใคร” 0 ตอบได้ถูกต้องตรงคำถาม 1 ตอบได้ไม่แน่นอน เรื่องวัน 2 ตอบผิดพลาดไม่เกิน 2 วัน 3 ตอบวันผิดมากกว่า 2 วัน 4 ตอบผิดทั้งสถานที่ และ/หรือบุคคล</p>

**แบบประเมินที่ 6**  
**แบบประเมินอาการขาดสุราสำหรับผู้ป่วยหลังแรกรับ 3 วัน**

<b>แบบประเมินอาการขาดสุรา</b>	
<b>Clinical institute Withdrawal Assessment for Alcohol revised scale (CIWA-Ar)</b>	
ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....	อายุ.....ตีก.....
วันที่รับเข้ารักษา.....	H.N.....A.N.....

วันที่									
ซีพจร (เต็ม 1 นาที)									
ความดันโลหิต									
อัตราการหายใจ									
1. คลื่นไส้ – อาเจียน									
2. การสั่น									
3. การขับเหงื่อ									
4. อาการวิตกกังวล									
5. อาการกระวนกระวาย									
7. การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ									
8. การรับรู้ทางตาผิดปกติ									
9. อาหารปวดศรีษะ									
10. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล									
คะแนนรวม									
Diazepam IV									
พยาบาลผู้ประเมิน									

**การดูแลรักษา**

คะแนน CIWA-Ar	BP Systolic	การรักษา	การประเมินซ้ำ
10 - 18	มากกว่า 110 mmHg.	ให้ Diazepam 5 mg. IV ซ้ำได้ทุก 15 นาที	ทุก 15 นาที
19 - 24	มากกว่า 110 mmHg.	ให้ Diazepam 10 mg. IV ซ้ำได้ทุก 15 นาที	ทุก 15 นาที
มากกว่า 24	มากกว่า 110 mmHg.	ให้ Diazepam 20 mg. IV ซ้ำได้ทุก 15 นาที	ทุก 15 นาที

- หมายเหตุ - ในการให้ยา Diazepam ต้องรายงานแพทย์ก่อนและหลังให้ยาทุกครั้ง
- ในกรณีผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนทางกาย หรือ โรคแทรกซ้อนทางจิตให้รายงานแพทย์เป็นกรณี
  - ประเมินวันละ 1 ครั้งในกรณีที่ไม่มีอาการ Delirium Tremens

ที่มา: แบบประเมิน CIWA-Ar จาก WHO

## แบบประเมินที่ 7

## แบบประเมินอาการถอนพิษยาผู้ป่วยเฮโรอีน (Clinical Opiate Withdrawal Scale : COWS)

ชื่อ-สกุล ..... อายุ .....ปี HN.....AN.....

วันที่เข้ารับรักษา.....

	วันที่	วันที่								
		.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....		
	เวลา	ประเมิน แรก รับ เวลา.....น.								
	<b>อาการ</b>									
1	อัตรชีพจรในขณะพัก (ครั้ง/นาที) (โดยวัดหลังจากที่ผู้ป่วยนั่งหรือนอนเป็นเวลา 1 นาที)									
2	เหงื่อออก (ในครึ่งชั่วโมงที่ผ่านมาโดยไม่รวม เหงื่อที่เกิดจากอุณหภูมิของห้องและกิจกรรม ของผู้ป่วย)									
3	ขนาดรูม่านตา									
4	น้ำมูกหรือน้ำตาไหล (ไม่นับรวมอาการที่มา จากการเป็นหวัดหรืออาการแพ้)									
5	อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร (ในช่วงระยะเวลาครึ่งชั่วโมงที่ผ่านมา)									
6	อาการปวดกระดูกและข้อ (ถ้าผู้ป่วยมีอาการ ปวดก่อนหน้าให้คะแนนเฉพาะอาการปวด เพิ่มเติมที่เนื่องมาจากการขาดยาเท่านั้น)									
7	อาการสั่น (สังเกตเมื่อให้ผู้ป่วยยืนแขนออกมา)									
8	กระวนกระวาย (สังเกตอาการระหว่างการประเมิน)									
9	การหาว (สังเกตอาการระหว่างการประเมิน)									
10	อาการวิตกกังวล และหงุดหงิด									
11	อาการขนลุก									
	<b>คะแนนรวม</b>									
	ขนาดของเมทาโดนที่ได้รับ									
	<b>ผู้ประเมิน</b>									

การแปลผล	แนวทางการดูแล
1-12 คะแนน = Mild	ไม่ต้องให้ยาเพิ่ม
13-24 คะแนน = Moderate	ไม่ต้องให้ยาเพิ่ม
25-36 คะแนน = Moderate Severe	รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาเพิ่มยาเมทาโดน
> 36 คะแนน = Severe	รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาเพิ่มยาเมทาโดน

<p><b>1. อัตราชีพจรในขณะที่พัก</b> (วัดเป็นครั้ง/นาที โดยวัดหลังจากที่ผู้ป่วยนั่งหรือนอนเป็นเวลา 1 นาที)</p> <p>0 ชีพจรเท่ากับ 80 ครั้ง/นาทีหรือต่ำกว่า</p> <p>1 ชีพจร 81-100 ครั้ง/นาที</p> <p>2 ชีพจร 101-120 ครั้ง/นาที</p> <p>4 ชีพจรมากกว่า 120 ครั้ง/นาที</p>	<p><b>2. เหนื่อยออก</b> (ในครึ่งชั่วโมงที่ผ่านมาโดยไม่รวมเหนื่อยที่เกิดจากอุณหภูมิของห้องและกิจกรรมของผู้ป่วย)</p> <p>0 ไม่มีอาการหนาวสั่นหรือหน้าแดง</p> <p>1 มีอาการหนาวสั่นหรือหน้าแดง</p> <p>2 หน้าแดงและมีเหงื่อออกขึ้นที่หน้าสังเกตเห็นได้</p> <p>3 มีเหงื่อออกเป็นเม็ดบริเวณคิ้วและใบหน้า</p> <p>4 เหงื่อไหลเต็มหน้า</p>	<p><b>3. ขนาดรูม่านตา</b> (ใช้ไฟฉายส่องตรงกลางระหว่างตา ให้ผู้ป่วยมองจมูก แล้ววัดขนาดรูม่านตาทั้ง ๒ ข้าง)</p> <p>0 รูม่านตาขนาดเล็กหรือปกติในแสงไฟห้องปกติ (2-3 min)</p> <p>1 รูม่านตาขนาดใหญ่กว่าปกติในแสงไฟห้องปกติ (4-5 min)</p> <p>2 รูม่านตาขนาดปานกลาง (6-8 min)</p> <p>3 รูม่านตาขยายมากจนกระทั่งมองเห็นขอบของม่านตา (9-10 min)</p> <p>*** (pin point = 1 min) ***</p>
<p><b>4. น้ำมูกหรือน้ำตาไหล</b> (ไม่นับรวมอาการที่มาจากหวัดหรืออาหารแพ้)</p> <p>0 ไม่มีอาการ</p> <p>1 คัดจมูกและมีน้ำตาขึ้นที่ตา</p> <p>2 น้ำมูกหรือน้ำตาไหล</p> <p>4 น้ำมูกไหลตลอดเวลา หรือน้ำตาไหลเป็นทาง</p>	<p><b>5. อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร</b> (ในช่วงระยะเวลาครึ่งชั่วโมงที่ผ่านมา)</p> <p>0 ไม่มีอาการทางระบบเดินอาหาร</p> <p>1 ปวดท้อง</p> <p>2 คลื่นไส้หรืออุจจาระเป็นน้ำ</p> <p>3 อาเจียนหรือท้องเดิน</p> <p>5 มีอาการท้องเดินหรืออาเจียนหลายครั้ง</p>	<p><b>6. อาการปวดกระดูกและข้อ</b> (ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดก่อนหน้านี้นี้ให้คะแนนเฉพาะอาการปวดเพิ่มเติมที่เนื่องมาจากการขาดยาเท่านั้น)</p> <p>0 ไม่มีอาการปวด</p> <p>1 ไม่สุขสบายเล็กน้อย</p> <p>2 รายงานอาการปวดของข้อและกล้ามเนื้ออย่างมาก</p> <p>4 ผู้ป่วยปวดข้อและกล้ามเนื้อจนไม่สามารถที่จะนั่งเฉยได้เนื่องจากความเจ็บปวด</p>
<p><b>7. อาการสั่น</b> (สังเกตเมื่อให้ผู้ป่วยยื่นแขนออกมา)</p> <p>0 ไม่มีอาการสั่น</p> <p>1 อาการสั่นรู้สึกได้แต่สังเกตไม่เห็น</p> <p>2 สังเกตอาการสั่นได้เพียงเล็กน้อย</p> <p>4 มีอาการสั่นเห็นได้ชัดหรือมีการชักกระตุกของกล้ามเนื้อ</p>	<p><b>8. กระวนกระวาย</b> (สังเกตอาการระหว่างการประเมิน)</p> <p>0 สามารถนั่งนิ่งได้</p> <p>1 มีอาการนั่งที่ยากแต่สามารถทำได้</p> <p>3 การเปลี่ยนท่าหรือการเคลื่อนไหวของแขนหรือขา มากกว่าปกติ</p> <p>5 ไม่สามารถที่จะนั่งนิ่งได้เกินวินาที</p>	<p><b>9. การหาว</b> (สังเกตอาการระหว่างการประเมิน)</p> <p>0 ไม่มีอาการหาว</p> <p>1 หาว 1-2 ครั้งระหว่างประเมิน</p> <p>2 หาว 3 ครั้งหรือมากกว่าระหว่างประเมิน</p> <p>4 หาวหลายครั้ง ต่อเจ้าหน้าที่ที่ประเมิน</p>
<p><b>10. อาการวิตกกังวลและหงุดหงิด</b> (สังเกตอาการระหว่างการประเมิน)</p> <p>0 ไม่มีอาการ</p> <p>1 ผู้ป่วยรายงานว่ามีอาการหงุดหงิด</p> <p>2 ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดหรือวิตกกังวลเห็นได้ชัดเจน</p> <p>4 ผู้ป่วยหงุดหงิดหรือวิตกกังวลจนกระทั่งเกิดความลำบากในการให้ความร่วมมือในการประเมิน</p>	<p><b>11. อาการขนลุก</b></p> <p>0 ไม่มีอาการ</p> <p>3 ขนลุกจนสามารถรู้สึกได้หรือมีอาการขนลุกตามแขน</p> <p>5 มีอาการขนลุกเด่นชัด</p>	

**แบบประเมินที่ 8**  
**แบบประเมินการติดยาโคติน**  
**(Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)**

**คำชี้แจง** โปรดตอบแบบสอบถามนี้ตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความที่ตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด

1. โดยปกติคุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน
 

<input type="checkbox"/> 10 มวนหรือน้อยกว่า (0 คะแนน)	<input type="checkbox"/> 11 – 20 มวน (1 คะแนน)
<input type="checkbox"/> 21 – 30 มวน (2 คะแนน)	<input type="checkbox"/> 31 มวนขึ้นไป (3 คะแนน)
  
2. หลังตื่นนอนตอนเช้าคุณสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไหร่
 

<input type="checkbox"/> ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน (3 คะแนน)	<input type="checkbox"/> 6 – 10 นาทีหลังตื่นนอน (2 คะแนน)
<input type="checkbox"/> 31 – 60 นาทีหลังตื่นนอน (1 คะแนน)	<input type="checkbox"/> มากกว่า 60 นาทีหลังตื่นนอน (0 คะแนน)
  
3. คุณสูบบุหรี่จัดในช่วงแรกหลังตื่นนอน (สูบบุหรี่มากกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน)
 

<input type="checkbox"/> ใช่ (1 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (0 คะแนน)
--	---
  
4. บุหรี่มวนแรกที่คุณคิดว่าเลิกยากที่สุด ระหว่าง
 

<input type="checkbox"/> มวนแรกในตอนเช้า (1 คะแนน)	<input type="checkbox"/> มวนอื่นๆ (0 คะแนน)
--	---
  
5. คุณรู้สึกอึดอัด กระวนกระวายหรือลำบากใจใหม่ที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น โรงภาพยนตร์
 

<input type="checkbox"/> ใช่ (1 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (0 คะแนน)
--	---
  
6. คุณคิดว่าคุณยังต้องสูบบุหรี่ แม้จะเจ็บป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
 

<input type="checkbox"/> ใช่ (1 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (0 คะแนน)
--	---

รวมคะแนน.....คะแนน

**หมายเหตุ** ระดับคะแนนของการติดยาโคติน

0 – 2	= very low
3 – 4	= low
5 – 6	= medium
7	= high
8 – 10	= very high

**แบบประเมินที่ 9**  
**แนวทางการประเมินผลการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care)**

<p><b>1.อาการถอนยาเสพติด</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 คะแนน มีอาการ withdrawal มาก</li> <li><input type="checkbox"/> 1 คะแนน มีอาการ withdrawal ปานกลาง</li> <li><input type="checkbox"/> 2 คะแนน มีอาการ withdrawal บ้างเล็กน้อย</li> <li><input type="checkbox"/> 3 คะแนน ไม่มีอาการ withdrawal เลย</li> </ul>	<p><b>2.อาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 คะแนน มีอาการมาก (BPRS = 35 - 126 คะแนน)</li> <li><input type="checkbox"/> 1 คะแนน มีอาการปานกลาง (BPRS = 19 - 35 คะแนน)</li> <li><input type="checkbox"/> 2 คะแนน มีอาการน้อย (BPRS = 1 - 18 คะแนน)</li> <li><input type="checkbox"/> 3 คะแนน ไม่มีอาการ (BPRS = 0 คะแนน)</li> </ul>
<p><b>3.ด้านร่างกาย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 คะแนน ปฏิบัติไม่ได้เลยต้องปฏิบัติให้</li> <li><input type="checkbox"/> 1 คะแนน ปฏิบัติได้ด้วยตนเองบางส่วนแต่ต้องกระตุ้น</li> <li><input type="checkbox"/> 2 คะแนน ปฏิบัติได้ด้วยตนเองบางส่วนโดยไม่ต้องกระตุ้น</li> <li><input type="checkbox"/> 3 คะแนน สามารถดูแลตนเองได้อย่างครบถ้วน</li> </ul>	<p><b>4.ด้านอารมณ์</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 คะแนน มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมแต่เตือนผู้อื่นหรือต้องตักเตือน (ผู้ป่วยไม่รับฟัง)</li> <li><input type="checkbox"/> 1 คะแนน มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมแต่เตือนผู้อื่นหรือต้องตักเตือน (ผู้ป่วยยังรับฟัง)</li> <li><input type="checkbox"/> 2 คะแนน มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมแต่ไม่เตือนผู้อื่น</li> <li><input type="checkbox"/> 3 คะแนน มีการแสดงออกที่เหมาะสมตามเหตุการณ์</li> </ul>
<p><b>5.ภาวะซึมเศร้า (9Q)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (9Q <math>\geq</math> 19 คะแนน)</li> <li><input type="checkbox"/> 1 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (9Q = 13 - 18 คะแนน)</li> <li><input type="checkbox"/> 2 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (9Q = 7 - 12 คะแนน)</li> <li><input type="checkbox"/> 3 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า (9Q &lt; 7 คะแนน)</li> </ul>	<p><b>6.การฆ่าตัวตาย (8Q)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง (8Q <math>\geq</math> 17 คะแนน)</li> <li><input type="checkbox"/> 1 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง (8Q = 9 - 16 คะแนน)</li> <li><input type="checkbox"/> 2 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย (8Q = 1 - 8 คะแนน)</li> <li><input type="checkbox"/> 3 คะแนน ไม่มีความคิดจะฆ่าตัวตาย</li> </ul>
<p><b>7.ด้านการให้ความร่วมมือของครอบครัว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 คะแนน ครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ</li> <li><input type="checkbox"/> 1 คะแนน ครอบครัวให้ความร่วมมือบางคนแต่เป็นปัญหา</li> <li><input type="checkbox"/> 2 คะแนน ครอบครัวให้ความร่วมมือบางคนแต่ไม่เป็นปัญหา</li> <li><input type="checkbox"/> 3 คะแนน ครอบครัวให้ความร่วมมือดี</li> </ul>	<p><b>8.ด้านสังคม (สัมพันธ์กับผู้อื่น)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 คะแนน มีสัมพันธ์กับบุคคลไม่เหมาะสมต้องได้รับการแก้ไขทันที</li> <li><input type="checkbox"/> 1 คะแนน มีสัมพันธ์กับบุคคลไม่เหมาะสมก่อให้เกิดปัญหาหรือต้องตักเตือน</li> <li><input type="checkbox"/> 2 คะแนน มีสัมพันธ์กับบุคคลไม่เหมาะสมแต่ไม่เกิดปัญหา</li> <li><input type="checkbox"/> 3 คะแนน มีสัมพันธ์กับบุคคลได้อย่างเหมาะสม</li> </ul>

<b>9.ด้านการเข้าร่วมกิจกรรม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 คะแนน ไม่มีการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น</li> <li><input type="checkbox"/> 1 คะแนน มีการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นบ้างแต่ต้องกระตุ้น</li> <li><input type="checkbox"/> 2 คะแนน มีการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้บ้างโดยไม่ต้องกระตุ้น</li> <li><input type="checkbox"/> 3 คะแนน มีการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้ดี</li> </ul>	<b>10. แรงจูงใจในการย้ายมาฟื้นฟู</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 คะแนน ไม่สนใจ (Pre-contemplation)</li> <li><input type="checkbox"/> 1 คะแนน ลังเล (Contemplation)</li> <li><input type="checkbox"/> 2 คะแนน สนใจ (Preparation)</li> <li><input type="checkbox"/> 3 คะแนน ตัดสินใจย้าย (Action)</li> </ul>
<b>คะแนนที่ได้.....คะแนน</b>	
<b>หมายเหตุ</b> <b>เกณฑ์คะแนนการย้ายฟื้นฟู</b> (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) คะแนน 21-30 คะแนน สามารถจำหน่ายเข้าสู่ระยะติดตามการรักษาเข้าสู่ชุมชนได้ หากยังมีคะแนนด้านยาเสพติดหรือด้านอารมณ์ 2-3 คะแนนขึ้นไป พิจารณาส่งเข้าการรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือระยะการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term Care) ตามความเหมาะสมรายบุคคล คะแนน 11-20 คะแนน สามารถส่งต่อเข้าสู่ระยะการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term Care) คะแนน 0-10 คะแนนขึ้นไป พิจารณาให้คงอยู่ในระยะกลาง (Intermediate care)	

## แบบประเมินที่ 10

### แบบประเมินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะ Long term care

ชื่อ – สกุล.....อายุ.....ปี การวินิจฉัย.....  
 วันที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ.....หน่วยงาน.....  
 คำชี้แจง ให้ผู้ประเมินใส่คะแนนลงในช่องให้ตรงตามความเป็นจริงโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้  
 ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ  
 ระดับคะแนน 1 หมายถึง มีการปฏิบัติบางครั้ง  
 ระดับคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติเลย

พฤติกรรม	สัปดาห์ที่ 2 วันที่ .....	สัปดาห์ที่ 4 วันที่ .....	สัปดาห์ที่ 8 วันที่ .....	สัปดาห์ที่ 12 วันที่ .....	สัปดาห์ที่ 16 วันที่ .....
<b>ครอบครัว</b>					
1. ผู้ป่วยมีการสื่อสารกับครอบครัวในการมีส่วนร่วมสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ					
2. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับครอบครัวในทำกิจกรรมบำบัดรักษา					
3. ผู้ป่วยมีการรับฟังความคิดเห็นของครอบครัว					
<b>กิจกรรมทางเลือก</b>					
4. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ฉันทสนใจ					
การเรียนรู้เพื่อช่วยตนเอง					
การควบคุมอารมณ์					
5. แสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น					
6. สามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม					
<b>การแก้ปัญหา</b>					
7.สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม					
<b>มนุษยสัมพันธ์</b>					
8. มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น					
9. การทำงานร่วมกับผู้อื่น					
<b>การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</b>					
<b>ความรับผิดชอบ / ระเบียบวินัย</b>					
10. รักษาความสะอาดของร่างกาย แต่งกายเรียบร้อย					
11. ตรงต่อเวลาในการร่วมกิจกรรมบำบัด					
12. มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง					
13. ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายได้อย่างถูกต้องครบถ้วนตามเวลาที่กำหนด					
14. ปฏิบัติตามระเบียบวินัยของสถานบำบัด (กรณีผิดกฎระเบียบ 4 ข้อใหญ่ให้ 1 คะแนน )					
<b>ความซื่อสัตย์</b>					
15. ไม่ปกปิดข้อบกพร่องของตนเองและผู้อื่น					
16. ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อย่างตรงไปตรงมา					
<b>ความเชื่อมั่นในตนเอง</b>					
17.กล้าแสดงความคิดเห็น					
18.กล้าแสดงออกในพฤติกรรมที่เหมาะสม					
<b>การยอมรับ</b>					

พฤติกรรม	สัปดาห์ที่ 2 วันที่ .....	สัปดาห์ที่ 4 วันที่ .....	สัปดาห์ที่ 8 วันที่ .....	สัปดาห์ที่ 12 วันที่ .....	สัปดาห์ที่ 16 วันที่ .....
19.ยอมรับและตระหนักรู้ในความสามารถของตน					
20.ยอมรับฟังความคิดเห็น และความสามารถของผู้อื่น					
รวมคะแนน					
ร้อยละ					
ผู้ประเมิน					

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

**แบบประเมินที่ 11**  
**แบบประเมินคุณภาพชีวิต**

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย  
(WHOQOL-BREF - THAI)

**คำชี้แจง**

ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมายในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจ หรือ รู้สึกแย่มาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแย่มากระดับกลาง ๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกดีว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมากมากที่สุด

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ที่เพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมามากแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่าน มีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ตามคุณภาพชีวิต 4 ด้านดังนี้

- 1) ด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
- 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23
- 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25
- 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHQOQL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตรฐานประมาณ 5 ระดับ

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
คะแนนความหมายทางบวก 23 ข้อ					
คะแนนความหมายทางลบ 3 ข้อ					

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1.ด้านสุขภาพร่างกาย	7 – 16	17 – 26	27 – 35
2.ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 – 30
3.ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 – 15
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 – 130

#### การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

- คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
- คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ
- คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**แบบประเมินที่ 12**  
**แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)**

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี

No.	Signs and symptom items	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4
		..... ระดับคะแนน	..... ระดับคะแนน	..... ระดับคะแนน	..... ระดับคะแนน
1.	ความหมกมุ่น กังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)				
2.	อาการวิตกกังวล (Anxiety)				
3.	ความรู้สึกผิด (Guilt Feeling)				
4.	ความคิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษ (Grandiosity)				
5.	อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive Mood)				
6.	ไม่เป็นมิตร (Hostility)				
7.	ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness)				
8.	อาการประสาทหลอน (Hallucinatory Behavior)				
9.	เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content)				
10.	ไม่รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation)				
11.	ความคิดสับสน (Conceptual Disorganization)				
12.	การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)				
13.	ความตึงเครียด (Tension)				
14.	ท่าทางการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerisms and Posturing)				
15.	การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor Retardation)				
16.	การไม่ร่วมมือในการรักษา (Uncooperativeness)				
17.	การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted Affect)				
18.	อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)				
	<b>รวมคะแนน</b>				
	<b>ผู้ประเมิน</b>				

**เกณฑ์ในการให้คะแนน**

- 1 = ไม่มีอาการ
- 2 = สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังคงถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- 3 = มีอาการเล็กน้อย
- 4 = มีอาการปานกลาง
- 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง
- 6 = มีอาการรุนแรง
- 7 = มีอาการรุนแรงมาก

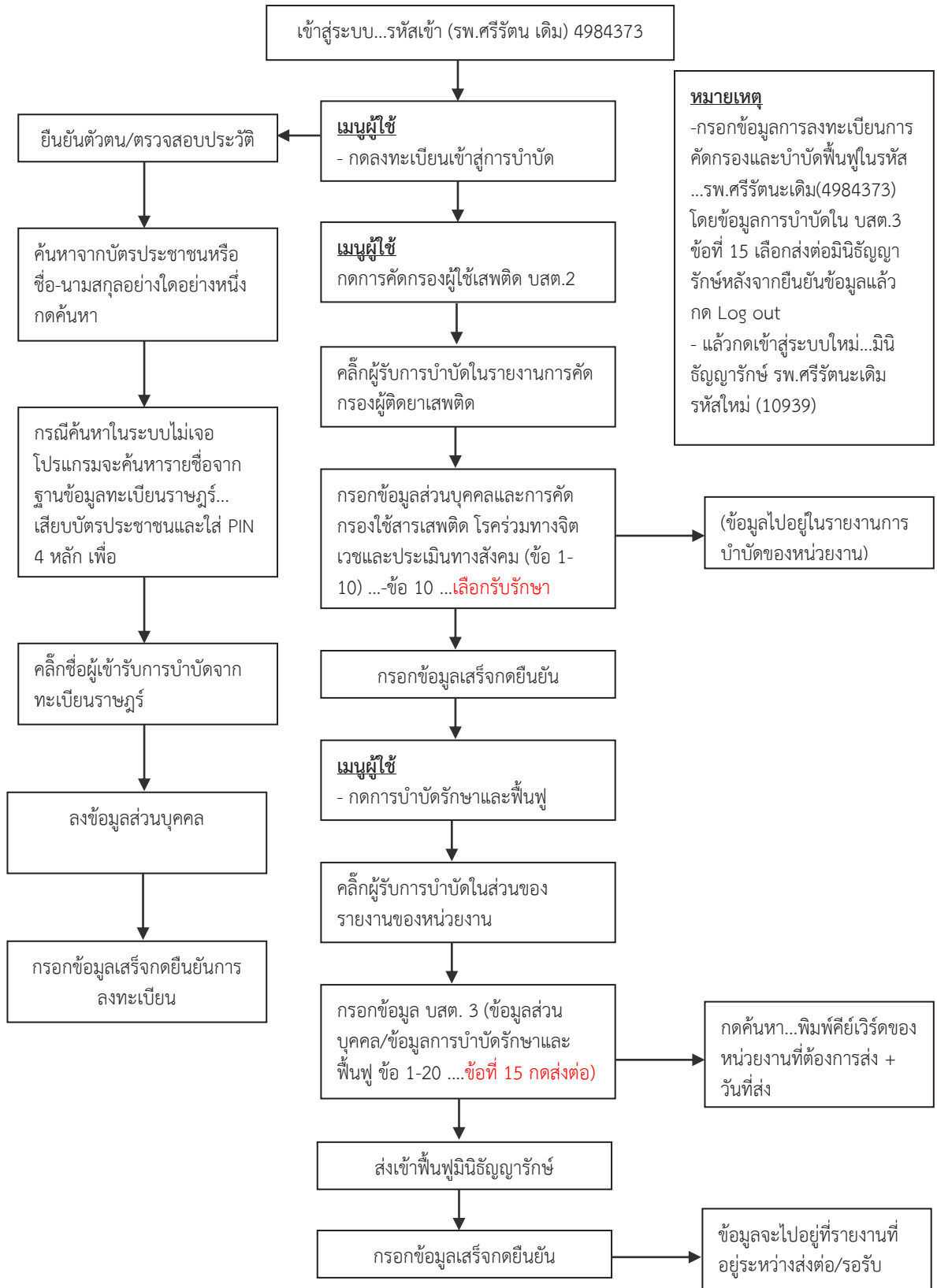
**ความหมายของคะแนน**

- 36 – 126 หมายถึง มีอาการทางจิต รุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วย
- 19 – 35 หมายถึง อาการทางจิตทุเลา สามารถเข้ากลุ่มกิจกรรม/จำหน่ายได้

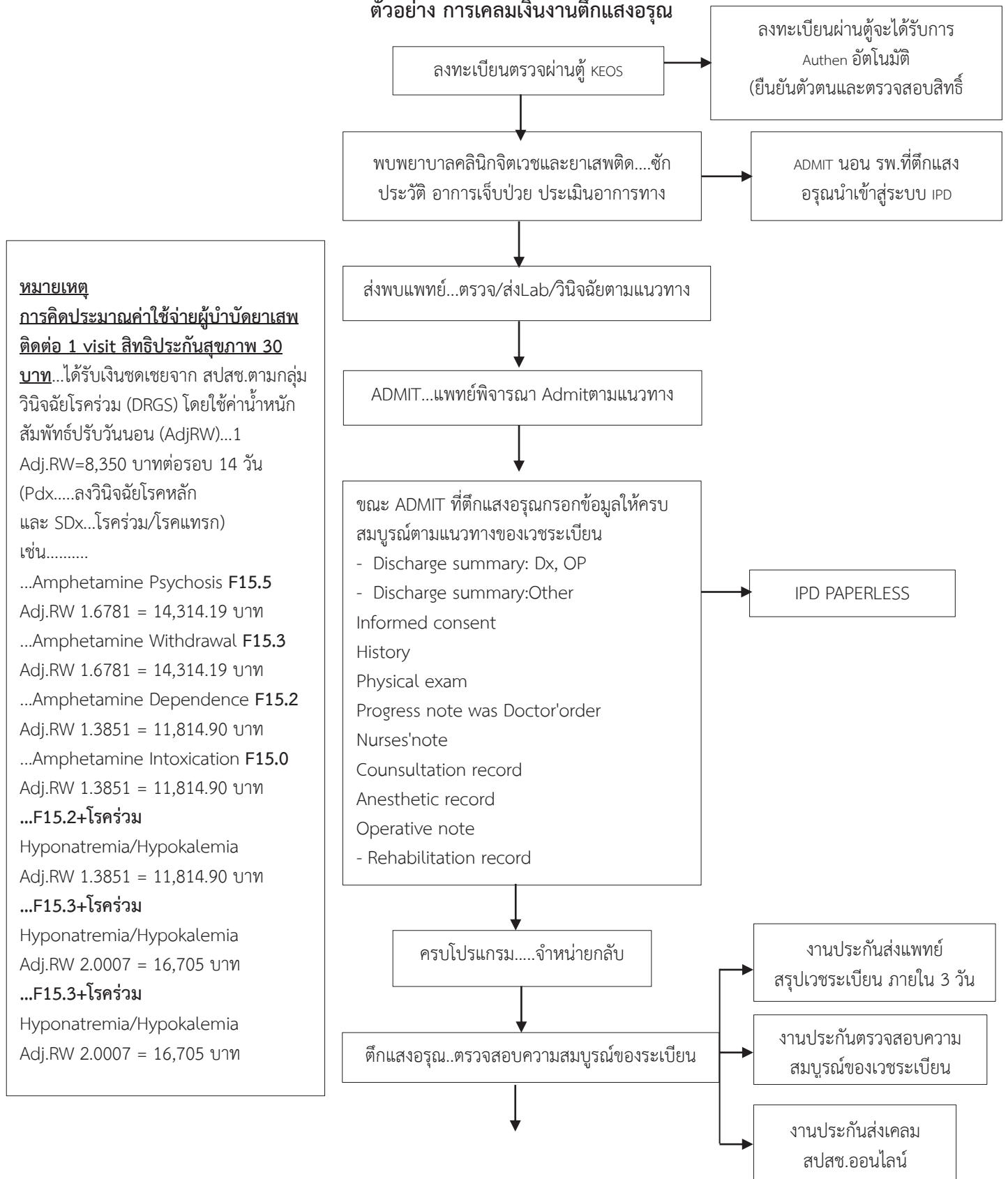
ภาคผนวก ข

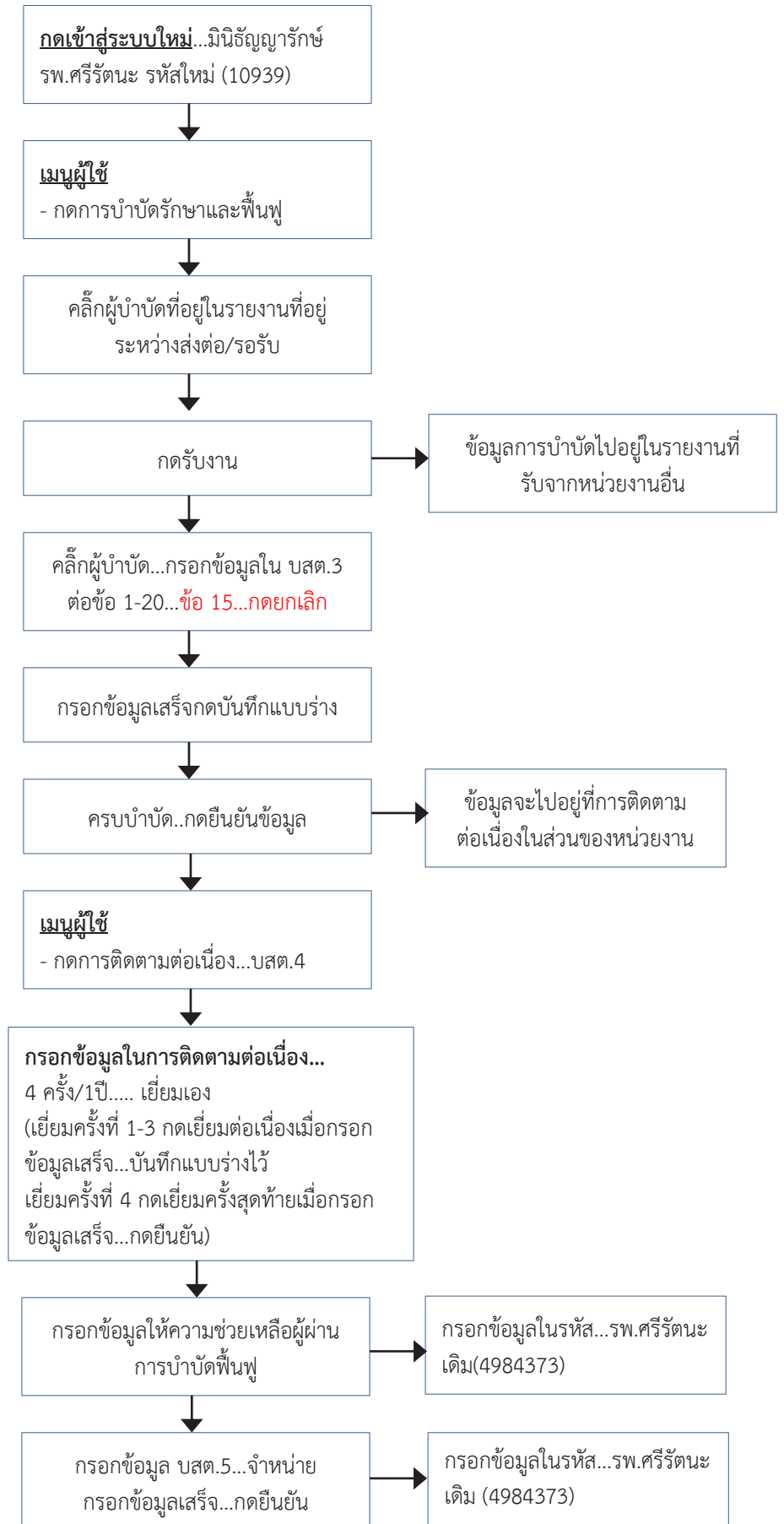
ตัวอย่าง การลงข้อมูล และการเบิกชดเชยค่าบริการ

ตัวอย่าง การลงข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)



## ตัวอย่าง การเคลมเงินงานตึกแสงอรุณ





ภาคผนวก ค

QR Code คู่มือ/แนวทางการบำบัดรักษาผู้ช้ยาและสารเสพติดต่างๆ



คู่มือกิจกรรม Intermediate Care



คู่มือกิจกรรม Long Term Care



คู่มือดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในระยะ  
กลาง (Intermediate Care: IMC)



แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มี  
ภาวะขาดแอลกอฮอล์



คู่มือเวชศาสตร์ฉุกเฉิน  
สำหรับผู้ป่วยยาและสารเสพติด



คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช  
ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

## สำเนาฉบับ

คำสั่งกรมการแพทย์

ที่ ๘๕๑ / ๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำคู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายและสารเสพติดรูปแบบมินิธัญญารักษ์

ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้เสียหายและสารเสพติดโดยให้มีการดำเนินการจัดตั้ง ๑ จังหวัด ๑ มินิธัญญารักษ์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายและสารเสพติด กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายให้กรมการแพทย์ โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาคทั้ง ๖ แห่ง เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบให้มีการรักษาบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดครบวงจรและจัดตั้ง “มินิธัญญารักษ์” เพื่อให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดในทุกระยะ ตั้งแต่ระยะฉุกเฉินเร่งด่วน ระยะต่อเนื่อง และระยะยาว โดยมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพหน่วยงานในระดับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ให้สามารถบำบัดฟื้นฟูได้แบบเดียวกับโรงพยาบาลธัญญารักษ์ มีการปรับลดสัดส่วนและศักยภาพให้เหมาะสมกับบริบทสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ที่มีกรมการแพทย์สนับสนุนองค์ความรู้ทางวิชาการให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง รวมทั้งรับส่งต่อในกรณีที่เกิดศักยภาพของโรงพยาบาลมินิธัญญารักษ์มายังโรงพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในภูมิภาคอีก ๖ แห่ง นั้น

เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมการแพทย์ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำคู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายและสารเสพติดรูปแบบมินิธัญญารักษ์ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

### ๑. องค์ประกอบ

- |     |  |           |
|-----|--|-----------|
| ๑.๑ | นางอัมพร เบญจพลพิทักษ์<br>อธิบดีกรมสุขภาพจิต รักษาราชการแทนอธิบดีกรมการแพทย์                                     | ที่ปรึกษา |
| ๑.๒ | นายไพโรจน์ สุรัตน์วณิช<br>รองอธิบดีกรมการแพทย์   | ประธาน    |
| ๑.๓ | นายสรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา<br>ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ | รองประธาน |
| ๑.๔ | นายอังกร ภัทรากร<br>นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์     | คณะทำงาน  |
| ๑.๕ | นายรัชช ลาภินี<br>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา กรมการแพทย์  | คณะทำงาน  |
| ๑.๖ | นายธิตี อังอารี<br>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี กรมการแพทย์  | คณะทำงาน  |
| ๑.๗ | นายชาญชัย ธงพานิช<br>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์   | คณะทำงาน  |
| ๑.๘ | นางนริศรา...   |           |

- ๒ -

- ๑.๘ นางนริศรา งามขจรวิวัฒน์ คณะทำงาน  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี กรมการแพทย์
- ๑.๙ นายตลสุข พงษ์นิกร คณะทำงาน  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ กรมการแพทย์
- ๑.๑๐ นางสาวเยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล คณะทำงาน  
พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ  
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
กรมการแพทย์
- ๑.๑๑ นางบุบผา บุญญมณี คณะทำงาน  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา กรมการแพทย์
- ๑.๑๒ นางโสภิตา ดาวสดใส คณะทำงาน  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์
- ๑.๑๓ นางอรัญญา แพ้จ้อย คณะทำงาน  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ กรมการแพทย์
- ๑.๑๔ นางรัตติยา สันเสรี คณะทำงาน  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี กรมการแพทย์
- ๑.๑๕ นางสุกัญญา กาญจนบัตร คณะทำงาน  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี กรมการแพทย์
- ๑.๑๖ นางวิมลรัตน์ อัมพันธ์ คณะทำงาน  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์
- ๑.๑๗ ผู้ช่วยศาสตราจารย์อังคณา จิรโรจน์ คณะทำงาน  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ๑.๑๘ นางสาวจิรัฐติกาล สุดวนิชย์ คณะทำงาน  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาศอำนวย  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
- ๑.๑๙ นายอรรถวุฒิ ธรรมชาติ คณะทำงาน  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- ๑.๒๐ นายอัศววัฒน์ เพ็ญพงควัต คณะทำงาน  
รองผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษา  
และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ๑.๒๑ นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข คณะทำงาน  
รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑.๒๒ นางสาวดุษฎี...

- ๓ -

- ๑.๒๒ นางสาวดุขฎิ จิงศิริกุลวิทย์ คณะทำงาน  
ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
- ๑.๒๓ นางสาวสรสรพร จวงษ์ คณะทำงาน  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต
- ๑.๒๔ นายล้ำำ ลักขณาภินชัช คณะทำงาน  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ และเลขานุการ  
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
กรมการแพทย์
- ๑.๒๕ นางภัทรินทร์ ชมภูคำ คณะทำงาน  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ และเลขานุการร่วม  
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
กรมการแพทย์
- ๑.๒๖ นายอภิชาติ เรณูพัฒนานนท์ คณะทำงาน  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ และผู้ช่วยเลขานุการ  
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
กรมการแพทย์
- ๑.๒๗ นางนิภาวัล บุญทับถม คณะทำงาน  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และผู้ช่วยเลขานุการ  
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
กรมการแพทย์
- ๑.๒๘ นางรัตนา ติปัญญา คณะทำงาน  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และผู้ช่วยเลขานุการ  
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
กรมการแพทย์
- ๑.๒๙ นางระเบียบ โตแก้ว คณะทำงาน  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และผู้ช่วยเลขานุการ  
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
กรมการแพทย์

## ๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ วางแผนดำเนินงานวิชาการ กำหนดสาระรายละเอียดของคู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์”

๒.๒ จัดทำคู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์” ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

๒.๓ ส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรใช้คู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์” ให้เป็นไปตามจุดหมายและแนวทางการดำเนินการของคู่มือ

๒.๔ ประสานความร่วมมือจากบุคคล หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ชุมชน เพื่อให้การจัดทำคู่มือเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ

๒.๕ ประชาสัมพันธ์...

- ๔ -

๒.๕ ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่คู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ช้ยาและสารเสพติดรูปแบบ“มินิธัญญารักษ์”  
ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้อง

๒.๖ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ช้ยาและสารเสพติดรูปแบบ  
“มินิธัญญารักษ์” ให้สอดคล้องและเป็นไปตามมาตรฐาน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นางอัมพร เบญจพลพิทักษ์)  
อธิบดีกรมสุขภาพจิต รักษาราชการแทน  
อธิบดีกรมการแพทย์



เยาวเรศว์ ร้าง/พิมพ์  
สรายุทธ์ ตรวจ

**รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ  
คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ช้ยาและสารเสพติดรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์”**

- |    |  |               |   |
|----|--|---------------|---|
| 1. | ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุวรรณี | สุระเศรณีวงศ์ | ประธานแพทย์เวชศาสตร์<br>ครอบครัวแห่งประเทศไทย |
| 2. | รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมี          | กัลยาศิริ     | คณะแพทยศาสตร์<br>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย        |
| 3. | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์สุดา        | สำเนียงเสนาะ  | คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์      |











“คนที่ติดยาเขาเป็นคนหรือเปล่า โนเมื่อเขาเป็นคน  
เรามีการช่วยเหลือเขาได้ไหม ถ้าช่วยเหลือเขาได้  
เท่ากับชุบชีวิตใหม่ให้เขา เราก็ควรทำ”

พระราชดำรัสของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี