

หลักสูตร 3 KMอ

ดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด



Prevention and Care:

Building Resilient Communities Against Substance Use



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2568 | 2025

หลักสูตร 3 KMอ

ดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด



Prevention and Care:

Building Resilient Communities Against Substance Use



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2568 | 2025

ชื่อหนังสือ หลักสูตร 3 หมอ ดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด
Prevention & Care: Building Resilient Communities Against Substance Use

บรรณาธิการ: นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง

ผู้เรียบเรียง: นายปองพล ชุชนะโชติ
 นางนาวิณี เรกนอลด์
 นางสาวอริสรา ผึ้งนิมพลี
 นางสาวนันท์สิริ ม่วงปาน
 นางสาวเนตรชนก ภู่อำลือ

พิมพ์ครั้งที่ 1 มีนาคม 2568

จัดพิมพ์โดย กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

พิมพ์ที่ บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด

จำนวนพิมพ์ 60 เล่ม



คำนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสุขภาวะของประชาชนอย่างรุนแรง ไม่เพียงแต่สร้างความเสียหายต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม ดังนั้น การป้องกันและดูแลปัญหาสารเสพติดจึงเป็นภารกิจที่จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครในชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน

หลักสูตร "หลักสูตร 3 หมอ ดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด Prevention and Care: Building Resilient Communities Against Substance Use" ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้ทีม 3 หมอ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต./PCU และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้สามารถทำงานร่วมกันในการดูแลสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสารเสพติดให้กับประชาชนในชุมชน โดยเนื้อหามุ่งเน้นไปที่การป้องกัน การคัดกรอง และการดูแลรักษาอย่างครอบคลุม กาย จิต สังคม มีการขับเคลื่อนด้วยกลไก 3 หมอซึ่งเป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยมีเป้าหมายหลักในการสร้างระบบการดูแลและป้องกันที่ครอบคลุมและยั่งยืน เพื่อลดผลกระทบจากสารเสพติดต่อประชาชน ครอบครัว และสังคมในภาพรวม

หลักสูตรนี้ประกอบด้วยเนื้อหาที่ครอบคลุมตั้งแต่ความหมายและสถานการณ์ของปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด ไปจนถึงกลยุทธ์และเครื่องมือในการดูแลและป้องกัน รวมถึงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน ผู้เรียนจะได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติ พร้อมทั้งเรียนรู้จากชุมชนต้นแบบ และการฝึกฝนทักษะการสื่อสาร การคัดกรอง การให้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดูแลเบื้องต้น

เราหวังเป็นอย่างยิ่งว่าหลักสูตรนี้จะเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง พร้อมรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ และเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีให้แก่ประชาชนต่อไป

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

มีนาคม 2568

สารบัญ | Contents



1	คำนำ: ความสำคัญและภาพรวมหลักสูตร
3	สารบัญ
4	บรรณาธิการ
5	บทสรุปผู้บริหาร Executive summary
6	สรุปกลยุทธ์ภาพรวมในการดูแลและป้องกันสารเสพติด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครในชุมชน
6	บทบาท 3 หมอกับการดูแลและป้องกันสารเสพติด
7	รายละเอียดหลักสูตร
7	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
8	คำแนะนำการใช้เล่มหลักสูตร
8	คำแนะนำการใช้เล่มคู่มือในการจัดการฝึกอบรม การจัดระบบการดำเนินงานตามหลักสูตร
12	กำหนดการ กำหนดการภาพรวมกิจกรรมและระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม
13	บทนำ
14	ความสำคัญของ 3 หมอ และเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของการพัฒนาทีม 3 หมอ
17	แผนการสอนที่ 1 ความสำคัญของปัญหา
18	ใบความรู้ที่ 1.1 ความหมายและความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด
25	ใบกิจกรรมที่ 1.1 ชุดคำถามชวนคิด
26	แผนการสอนที่ 2 การดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด
27	ใบความรู้ที่ 2.1 เครื่องมือในการดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด
36	ใบความรู้ที่ 2.2 กระบวนการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในโรงเรียน
43	ใบความรู้ที่ 2.3 การบูรณาการและกระบวนการดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด
44	ใบกิจกรรมที่ 2.1 ฝึกทบทวนชุมชนในกระบวนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน เพื่อการป้องกันปัญหาสารเสพติด

48 แผนการสอนที่ 3 ระบบข้อมูลและการรายงานผล

49 ใบความรู้ที่ 3.1 ระบบข้อมูลและการรายงานผล

53 แผนการสอนที่ 4 อสม. (หมอ 1)

54 ใบความรู้ที่ 4.1 บทบาทของอสม.และทีม 3 หมอ

56 ใบความรู้ที่ 4.2 ความรู้สุขภาพจิตตามกลุ่มวัย

64 ใบความรู้ที่ 4.3 การปฐมพยาบาลทางใจ (3ส)

67 ใบกิจกรรมที่ 4.1 ทักษะที่สำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของ อสม.

68 ใบกิจกรรมที่ 4.2 บทบาทของอสม.และทีม 3 หมอ

69 แผนการสอนที่ 5 sw.สต. (หมอ 2)

70 ใบความรู้ที่ 5.1 บทบาทของรพ.สต.และทีม 3 หมอ

72 ใบความรู้ที่ 5.2 การคัดกรองและการให้คำแนะนำเบื้องต้น

75 ใบความรู้ที่ 5.3 การดูแล-ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด

84 ใบความรู้ที่ 5.4 การให้คำปรึกษาในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

86 ใบความรู้ที่ 5.5 การสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)

89 ใบความรู้ที่ 5.6 การให้คำปรึกษาโดยใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (SBC)

74 ใบกิจกรรมที่ 5.1 ออกแบบแผนการให้คำปรึกษา

83 ใบกิจกรรมที่ 5.2 ฝึกปฏิบัติการดำเนินงานดูแลและส่งต่อ

88 ใบกิจกรรมที่ 5.3 ฝึกปฏิบัติการสนทนาสร้างแรงจูงใจ MI

94 ใบกิจกรรมที่ 5.4 ฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาแบบ SBC

95 แผนการสอนที่ 6 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หมอ 3)

96 ใบความรู้ที่ 6.1 บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีม 3 หมอ

97 ใบความรู้ที่ 6.2 แนวทางการบำบัดรักษาและการส่งต่อ

107 ใบความรู้ที่ 6.3 การใช้สุราที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมและสุขภาพจิต

118 ใบความรู้ที่ 6.4 การใช้สารเสพติดที่มีความผิดปกติทางสุขภาพจิต

100 ใบกิจกรรมที่ 6.1 Differential Diagnosis: Case study 1

105 ใบกิจกรรมที่ 6.2 Differential Diagnosis: Case study 2

116 ใบกิจกรรมที่ 6.3 ฝึกปฏิบัติการรักษาเบื้องต้น

134 ใบกิจกรรมที่ 6.4 Differential Diagnosis: Case study 3

บทบรรณาธิการ



ระบบสุขภาพของประเทศไทยนั้นจัดว่ามีความสำเร็จที่น่าชื่นชม การที่เรามีกองทุนสุขภาพในการดูแลประชาชนอันเป็นหลักประกันความมั่นคงและผาสุกในชีวิตได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามเรายังคงต้องจัดการกับค่าใช้จ่ายสุขภาพที่มากขึ้นอย่างไม่สิ้นสุด พวกเราที่ทำงานสาธารณสุขได้หันมาให้น้ำหนักกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยความตั้งใจที่จะให้ประชาชนมีความเข้าใจและดูแลสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น และใช้บริการรักษาโรคเมื่อมีความจำเป็น



นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง
ผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

เรามีตัวอย่างที่ชัดเจนว่าการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ครบถ้วนทั้งการดูแลตนเองเช่น ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ย่อมสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนที่มีค่าใช้จ่ายสูง อย่างการเกิดโรคไตวาย

ด้านสุขภาพจิตก็เช่นกัน ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่รักษาต่อเนื่อง กินยาครบ ย่อมลดความเสี่ยงในการมีอาชญากรรม ลดโอกาสในการเข้ารักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ

เส้นทางที่ผู้ป่วยดำเนินมาจากการมีความเสี่ยง การลดความเสี่ยงและมีสุขภาพดี หรือจากการเจ็บป่วยไปสู่การหายและไม่กลับมาป่วยอีก ย่อมเป็นสิ่งที่พึงปรารถนา

กระบวนการที่สนับสนุนสุขภาพนี้ไม่สามารถพึ่งเพียงหมอและโรงพยาบาล ดังนั้นแนวนโยบาย หรือจะเรียกว่า นวัตกรรม 3 หมอที่เชื่อมโยงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เข้ากับ หน่วยบริการปฐมภูมิ หมอที่ 2 ซึ่งหมายถึงเจ้าหน้าที่ใน รพสต. และ หมอในโรงพยาบาลชุมชน เป็นหมอ 3 ที่เชื่อมโยงการส่งเสริมป้องกันโรค เข้ากับบริการตรวจรักษา เชื่อมบทบาทของบุคลากรสุขภาพเข้ากับพลังของชุมชน จึงเป็นหนทางที่นำไปสู่สุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายไม่มากจนเกินไป

ประเด็นที่กล่าวถึงในหลักสูตรเล่มนี้ได้ให้น้ำหนักกับเรื่องสุขภาพจิตซึ่งเป็นความจำเป็นพื้นฐาน และการแก้ปัญหายาเสพติดซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ในยุคสมัย จึงน่าจะเป็นอีกแง่มุมหนึ่งของการเชื่อมโยง การส่งเสริมป้องกันเข้ากับการรักษา พันฟู และบริการที่มีประสิทธิภาพเข้ากับพลังของชุมชน และจากประสบการณ์ของการดำเนินงาน “หมอทั้ง 3” ทำให้มั่นใจว่าประชาชนคนไทยจะมีสุขภาพ และสุขภาพจะเป็นผลลัพธ์ที่ยั่งยืน ภายใต้การลงทุนที่คุ้มค่า

Executive summary I บทสรุปผู้บริหาร

ในยุคที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและความเครียดจากการแข่งขันในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดจึงกลายเป็นประเด็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ชุมชน และเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม

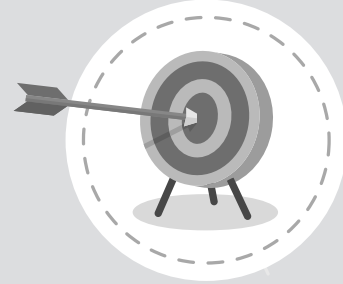
ความท้าทายที่เกิดจากภาวะสุขภาพจิตที่ไม่มั่นคงและการใช้สารเสพติดมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการ ทั้งความเครียดจากสังคม ความกดดันในที่ทำงาน หรือปัญหาครอบครัว ที่มักจะซับซ้อนและเกี่ยวพันกันอย่างใกล้ชิด การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงต้องอาศัยการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและแนวทางการบูรณาการที่ครอบคลุมทุกด้าน

การพัฒนานโยบายและกลยุทธ์ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพจิตและการป้องกันการใช้สารเสพติดเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหายั่งยืน ทั้งในระดับบุคคลและสังคม นโยบายที่ดีควรส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ พร้อมทั้งให้การสนับสนุนตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน จนไปถึงการบำบัดและฟื้นฟูเพื่อให้บุคคลสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่ดีและสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้อย่างเต็มที่

หลักสูตร "หลักสูตร 3 หมอ ดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด Prevention and Care: Building Resilient Communities Against Substance Use" ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้ทีม 3 หมอได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต./PCU และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้สามารถทำงานร่วมกันในการดูแลสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสารเสพติดให้กับประชาชนในชุมชน โดยเนื้อหาจะมุ่งเน้นไปที่การป้องกัน การคัดกรอง และการดูแลรักษาอย่างครอบคลุม กาย จิต สังคม มีการขับเคลื่อนด้วยกลไก 3 หมอซึ่งเป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยมีเป้าหมายหลักในการสร้างระบบการดูแลและป้องกันที่ครอบคลุมและยั่งยืน เพื่อลดผลกระทบจากสารเสพติดต่อประชาชน ครอบครัว และสังคมในภาพรวม

กลยุทธ์หลักของหลักสูตรนี้ ครอบคลุม 4 ด้านสำคัญ ได้แก่

- 1  การป้องกันและสร้างความตระหนักรู้
(Prevention & Awareness)
- 2  การคัดกรองและการดูแลเบื้องต้น
(Screening & Early Care)
- 3  การรักษาและการฟื้นฟู
(Treatment & Rehabilitation Support)
- 4  การลดอันตราย
(Harm Reduction)



บทบาท 3 หมอกับการดูแลและป้องกันสารเสพติด

"3 หมอ" ถูกออกแบบมาเพื่อสร้างระบบการดูแลที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกัน
อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งบทบาทดังนี้



หมอที่ 1: อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

- ให้ข้อมูลและคำแนะนำเบื้องต้น
- เฝ้าระวัง คัดกรองปัญหาในระยะเริ่มต้นและสร้างความตระหนักรู้ในชุมชน

หมอที่ 2: เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. / PCU (Primary Care Unit)

- ดำเนินการคัดกรองอย่างละเอียด
- ประเมินและให้การดูแลเบื้องต้น
- ให้คำปรึกษาและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



หมอที่ 3: แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และบุคลากรใน รพช. (โรงพยาบาลชุมชน)

- ให้บริการรักษาและบำบัดฟื้นฟู ทางกาย จิต สังคม
- ประสานงานในการส่งต่อไปยังหน่วยงานเฉพาะทางและติดตามผลการรักษา

รายละเอียดหลักสูตร

หลักสูตรนี้ประกอบด้วยเนื้อหาครอบคลุม 6 บทหลัก ได้แก่: ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพจิต และสารเสพติด สถานการณ์ปัจจุบัน และความสำคัญของปัญหา เครื่องมือในการดูแลสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสารเสพติด รวมถึงการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน (CBTx) บทบาท 3 หมอและกลยุทธ์การดูแลเชิงระบบ กระบวนการดูแลและป้องกันในชุมชน และสถานศึกษา ทักษะสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตและป้องกันสารเสพติด เช่น การคัดกรอง การให้คำปรึกษา และการปรับพฤติกรรม และระบบข้อมูลและการรายงานผล เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผล การดำเนินงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เมื่อสิ้นสุดหลักสูตร ผู้เข้าร่วมจะได้รับประโยชน์ในหลายด้าน ได้แก่:

- ✓ **เสริมสร้างศักยภาพ** ให้กับทีม 3 หมอสามารถดูแลสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ✓ **เพิ่มความรู้และทักษะ** ในการคัดกรอง ดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้น และให้คำปรึกษาช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีความเสี่ยง ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด
- ✓ **สร้างเครือข่ายความร่วมมือ** ในการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในระดับชุมชน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมดูแลประชาชนอย่างรอบด้าน
- ✓ **พัฒนาระบบติดตามผล** ที่สามารถใช้ข้อมูลเพื่อติดตามความก้าวหน้าและวัดผลสำเร็จของมาตรการต่าง ๆ

หลักสูตรนี้จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน พร้อมป้องกันและลดผลกระทบจากสารเสพติดต่อไปในอนาคต

คำแนะนำ

การใช้เล่มหลักสูตร 3 หมอดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด

Prevention and Care:

Building Resilient Communities Against Substance Use

วิธีการใช้เล่มหลักสูตร

เนื้อหาในหลักสูตรเล่มนี้ใช้สำหรับการจัดกิจกรรมหนึ่งวันรวมเวลาพัก โดยผู้จัดสามารถประยุกต์ใช้เนื้อหาในเล่มนี้ให้เหมาะสมกับการจัดกิจกรรมใน**บริบทวัฒนธรรมและภาษาของตนเอง**ได้ ทั้งนี้ มี เป้าหมาย เพื่อพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้สามารถดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมี เป้าหมายเฉพาะ ดังนี้

1. เสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสารเสพติด

- ให้ผู้เรียนเข้าใจถึงความหมาย ประเภท ผลกระทบ และสถานการณ์ของสุขภาพจิตและสารเสพติดในระดับชุมชนและระดับประเทศ

- ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดและแนวทางในการแก้ไข

2. พัฒนาศักยภาพในการดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด

- ให้ผู้เรียนสามารถใช้เครื่องมือและแนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง

- ฝึกทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การให้กำลังใจ และการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3. เสริมสร้างบทบาทของ 3 หมอในระบบการดูแลสารเสพติด

- อสม. (หมอที่ 1): สามารถให้ข้อมูล ให้คำแนะนำเบื้องต้น และคัดกรองปัญหาในระดับชุมชน

- รพ.สต./PCU (หมอที่ 2): สามารถดำเนินการคัดกรองที่ละเอียดขึ้น ให้การดูแลเบื้องต้น การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และประเมินความรุนแรงของปัญหา

- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หมอที่ 3): สามารถให้การรักษา ฟันฟู และส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานเฉพาะทางได้อย่างเหมาะสม

4. สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร และหน่วยงานอื่น ๆ เช่น โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และศูนย์บำบัดฟื้นฟู

- สร้างระบบสนับสนุนและส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

5. พัฒนาระบบข้อมูลและการรายงานผลที่มีประสิทธิภาพ

- ส่งเสริมการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อติดตามสถานการณ์และประเมินผลกระทบของมาตรการป้องกันและดูแล

6. ลดอัตราการใช้สารเสพติดและส่งเสริมสุขภาวะในชุมชน

- เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการดูแลและป้องกันสารเสพติดของประชาชน

- ลดจำนวนผู้ใช้สารเสพติดรายใหม่และส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ที่ได้รับผลกระทบ

หลักสูตรนี้มุ่งเน้นการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการและการนำความรู้ไปใช้จริงในพื้นที่ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมในการดูแลและป้องกันปัญหาสารเสพติดอย่างยั่งยืนในระดับชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้ อสม. (หมอที่ 1) รพ.สต./PCU (หมอที่ 2) และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หมอที่ 3):

โครงสร้างหลัก ประกอบด้วยแผนการเรียนรู้ 6 แผน ได้แก่

1. ความสำคัญของปัญหา (30 นาที)
2. การดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด (30 นาที)
3. ระบบข้อมูลและการรายงานผล (30 นาที)
4. บทบาทและทักษะที่จำเป็นสำหรับ อสม. (หมอที่ 1) (3 ชั่วโมง)
5. บทบาทและทักษะที่จำเป็นสำหรับ รพ.สต./PCU (หมอที่ 2) (3 ชั่วโมง)
6. บทบาทและทักษะที่จำเป็นสำหรับ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หมอที่ 3) (3 ชั่วโมง)

กระบวนการหลัก

1. ใช้หลักการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning : PL)
2. เน้นการฝึกกระบวนการเรียนรู้ตามคู่มือ

การประเมินผล

1. ประเมินผลการเรียนรู้ โดยดูจากการฝึกและการทำกิจกรรมตามใบกิจกรรม
2. ประเมินผลพฤติกรรม โดยดูจากการมีส่วนร่วมและความตั้งใจในการดำเนินกิจกรรม
3. แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรม

การเตรียมจัดกิจกรรม

- ⇒ ผู้จัดกิจกรรมควรศึกษาความรู้หรือเนื้อหาในหลักสูตรเล่มนี้
 - ⇒ เตรียมอุปกรณ์การจัดกิจกรรม เช่น ปากกา กระดาษ หน้าจอโปรเจคเตอร์ และสื่อประกอบ
- การจัดกิจกรรม (สามารถปรับได้ตามความเหมาะสมและสามารถประยุกต์ใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่)
- ⇒ เตรียมสถานที่จัดกิจกรรมซึ่งควรมีห้องย่อย 3 ห้องสำหรับ 3 หมอการฝึก
 - ⇒ ระยะเวลา งบประมาณ อาหาร เครื่องดื่ม
 - ⇒ เตรียมกลุ่มเป้าหมายและประชาสัมพันธ์โครงการ
 - ⇒ ปฏิทินชุมชน เพื่อเลือกวันเวลาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
 - ⇒ ประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้อง จัดทำหนังสือเชิญ
 - ⇒ แบ่งหน้าที่รับผิดชอบกับทีม

เทคนิคสำหรับผู้จัด

- ในการจัดกิจกรรมนี้จำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดย 3 องค์ประกอบสำคัญที่ผู้นำกระบวนการจะต้องสร้างให้เกิดขึ้น มีดังนี้
- ⇒ การสร้างบรรยากาศของความเท่าเทียมและความรู้สึกปลอดภัยในการแสดงความคิดเห็น
 - ⇒ การใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม
 - ⇒ การจัดการเวลาที่ดี

การสร้างบรรยากาศของความเท่าเทียม และความรู้สึกปลอดภัยในการแสดงความคิดเห็น

ผู้จัดจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยและสนับสนุนต่อการจัดกิจกรรม โดยการสร้างกฎในการทำกิจกรรม ให้ทุกคนมีความเท่าเทียมกันที่จะแสดงความคิดเห็นและมีการรับฟังกันอย่างไม่ตัดสินว่าถูกหรือผิด

การใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม

- ⇒ เริ่มต้นด้วยการแนะนำตัวเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รู้จักและจดจำชื่อผู้เข้าร่วมด้วยกันได้ เช่น ให้ติดป้ายชื่อตลอดเวลาที่ทำกิจกรรม
- ⇒ ถามคาดหวังของผู้เข้าร่วมจากการทำกิจกรรมในครั้งนี้
- ⇒ ใช้เกมเพื่อละลายพฤติกรรมและดึงดูดผู้เข้าร่วมไม่ให้อึดใจเบื่อในระหว่างทำกิจกรรม
- ⇒ จำกัดเวลาบรรยาย แต่ให้ผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ผ่านบทสนทนา
- ⇒ ระลึกอยู่เสมอว่าผู้เข้าร่วมมีระดับความรู้และความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ที่แตกต่างกัน
- ⇒ ให้กำลังใจและคิดบวกเมื่อผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็น
- ⇒ เปิดรับความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำกิจกรรมและปรับเปลี่ยนได้ตามความจำเป็น

การจัดการเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

- ⇒ กำหนดเวลามาถึงและลงทะเบียนก่อนเริ่มทำกิจกรรม
- ⇒ เริ่มต้นและสิ้นสุดตรงเวลา
- ⇒ ทารือเกี่ยวกับกำหนดการทำกิจกรรมกับผู้เข้าร่วมก่อนเริ่มทำกิจกรรม
- ⇒ อย่าใช้เวลากับสไลด์มากเกินไป แต่ต้องแน่ใจว่ามีเวลาเพียงพอสำหรับการสนทนา
- ⇒ จัดการระยะเวลาของการละลายพฤติกรรมเพื่อไม่ให้นานเกินไป



TIPS

การทำกิจกรรมเป็นกลุ่ม

- ให้ความสนใจกับผู้เข้าร่วมที่เงียบหรือขี้อายหรือผู้ที่ครอบงำการสนทนา พยายามให้ทุกคนมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น
- ควรจำกัดจำนวนสมาชิกในกลุ่มให้มีขนาดเหมาะสม (ผู้เข้าร่วม 8-10 คน) เพื่อให้ได้ผลดีต่อการสนทนาและการมีส่วนร่วมของทุกคนในกลุ่ม

ห้องรวม

🕒 15 นาที

บทนำ



ใบความรู้บทนำ

ความสำคัญของ 3 หมอ
และเป้าหมาย วัตถุประสงค์
ของการพัฒนามาตร 3 หมอ

🕒 30 นาที

แผนการสอนที่ 1



ใบความรู้ที่ 1.1

ความหมายและความสำคัญ
ของปัญหาสุขภาพจิตและ
สารเสพติด



ใบกิจกรรมที่ 1.1

ชุดคำถามชวนคิด:
ความสำคัญของปัญหา
สุขภาพจิตและสารเสพติด

🕒 30 นาที

แผนการสอนที่ 2



ใบความรู้ที่ 2.1

เครื่องมือในการดูแลและป้องกัน
ปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด



ใบความรู้ที่ 2.2

กระบวนการดูแลสุขภาพจิต
และสารเสพติดในโรงเรียน



ใบความรู้ที่ 2.3

การบูรณาการและกระบวนการ
ดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด



ใบกิจกรรมที่ 2.1

ฝึกทบทวนชุมชนในกระบวนการ
เสริมสร้างศักยภาพในชุมชน
เพื่อป้องกันปัญหาสารเสพติด

🕒 30 นาที

แผนการสอนที่ 3



ใบความรู้ที่ 3.1

ระบบข้อมูล
และการรายงานผล

ห้องย่อย 3 ห้อง



อสม. (หมอ 1)

🕒 3 ชั่วโมง

แผนการสอนที่ 4



ใบความรู้ที่ 4.1

บทบาทของอสม.และทีม 3 หมอ



ใบความรู้ที่ 4.2

ความรู้สุขภาพจิตตามกลุ่มวัย



ใบความรู้ที่ 4.3

ทักษะสุขภาพจิตที่สำคัญของอสม.



ใบความรู้ที่ 4.4

การปฐมพยาบาลทางใจ (3ส)



ใบกิจกรรมที่ 4.1

ทักษะที่สำคัญในการดูแลสุขภาพจิต
ของอสม.



ใบกิจกรรมที่ 4.2

ฝึกทักษะการปฐมพยาบาลทางใจ (3ส)



SW.สต. (หมอ 2)

🕒 3 ชั่วโมง

แผนการสอนที่ 5



ใบความรู้ที่ 5.1

บทบาทของรพ.สต.และทีม 3 หมอ



ใบความรู้ที่ 5.2

การคัดกรองและการให้คำแนะนำเบื้องต้น



ใบความรู้ที่ 5.3

การดูแล-ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด



ใบความรู้ที่ 5.4

การสมทนสร้างแรงจูงใจใน



ใบความรู้ที่ 5.5

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)



ใบความรู้ที่ 5.6

การให้คำปรึกษา
แบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (SBC)



ใบกิจกรรมที่ 5.1

ออกแบบแผนให้คำแนะนำ



ใบกิจกรรมที่ 5.2

ฝึกปฏิบัติการดำเนินงานดูแลและส่งต่อ



ใบกิจกรรมที่ 5.3

ฝึกปฏิบัติการสมทนสร้างแรงจูงใจ MI



ใบกิจกรรมที่ 5.4

ฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาแบบ SBC



แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หมอ 3)

🕒 3 ชั่วโมง

แผนการสอนที่ 6



ใบความรู้ที่ 6.1

บทบาทของแพทย์และทีม 3 หมอ



ใบความรู้ที่ 6.2

แนวทางการดูแลบำบัดรักษาและการส่งต่อ



ใบความรู้ที่ 6.3

การใช้สุราที่มีความผิดปกติ



ใบความรู้ที่ 6.4

ทางพฤติกรรมและสุขภาพจิต



ใบความรู้ที่ 6.5

การใช้สารเสพติดที่มีความผิดปกติ



ใบความรู้ที่ 6.6

ทางสุขภาพจิต



ใบกิจกรรมที่ 6.1

Differential Diagnosis: Case study 1



ใบกิจกรรมที่ 6.2

Differential Diagnosis: Case study 2



ใบกิจกรรมที่ 6.3

ฝึกปฏิบัติการรักษาเบื้องต้น



ใบกิจกรรมที่ 6.4

Differential Diagnosis: Case study 3

บทนำ

ความสำคัญของ 3 หมอ และเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ของการพัฒนาทีม 3 หมอ

เวลา 15 นาที

วัตถุประสงค์

อธิบายความสำคัญของทีม 3 หมอในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน รวมถึงเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ความจำเป็นของการพัฒนาศักยภาพให้กับทีม 3 หมอในการดูแลสุขภาพจิตและ สารเสพติดของประชาชน

สาระสำคัญ

ทีม 3 หมอถือเป็นทีมที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน โดยเป้าหมายของกระทรวง สาธารณสุขคือการที่ทีม 3 หมอสามารถดูแลสุขภาพจิตประชาชนได้ครอบคลุมไม่น้อยกว่า 30 ล้านคนทั่วประเทศ ดังนั้นทีม 3 หมอจึงเป็นกลไกสำคัญอย่างยิ่งต่อการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงและสามารถให้การช่วยเหลือดูแล เพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดของประชาชนทั่วทั้งประเทศได้

กิจกรรม

- 5 นาที บรรยายนโยบาย เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขต่อทีม 3 หมอ (ใบความรู้หน้า)
- 10 นาที บรรยายภาพรวมการปฏิบัติงานร่วมกันของทีม 3 หมอในมิติของการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการบำบัดรักษา (ใบความรู้หน้า)

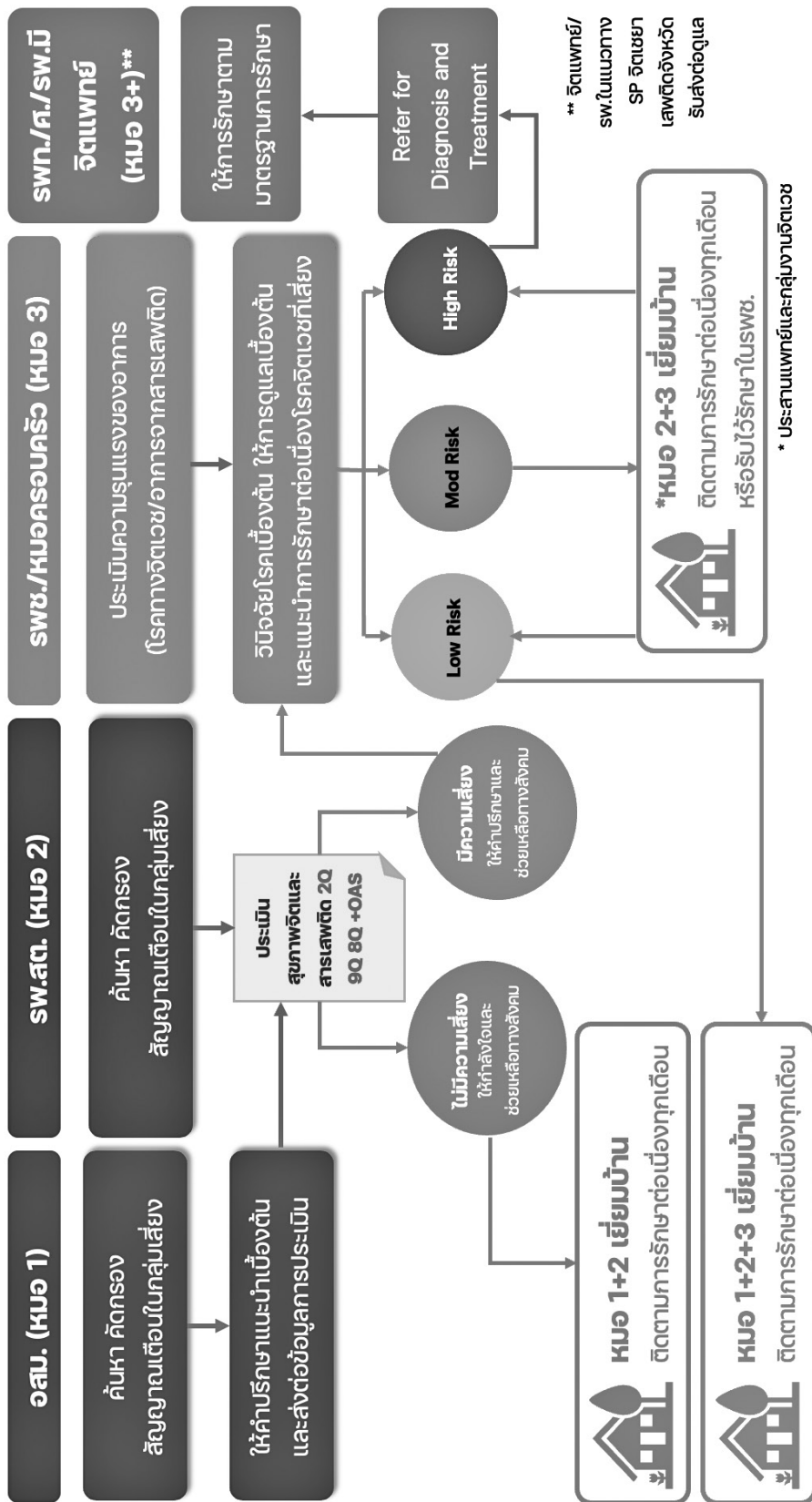
ใบความรู้บทนำ

ความสำคัญของทีม 3 หมอ

ปัจจุบันการดูแลสุขภาพประชาชนโดยเน้นไปที่การดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานพยาบาลไม่ใช่คำตอบของระบบสาธารณสุขที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพกายและใจที่ดีอีกต่อไป การดูแลสุขภาพเชิงรุกที่เข้าถึงประชาชนได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุมในชุมชนจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญของการเสริมสร้างการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน

ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายสำคัญ ผ่านกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้ทีม 3 หมอ ซึ่งประกอบไปด้วย หมอที่ 1 หมอประจำบ้าน หรือ อสม. หมอที่ 2 หมอสาธารณสุขหรือบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหมอที่ 3 หมอประจำครอบครัวหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สามารถให้การดูแลประชาชนคนไทยได้ครอบคลุมไม่น้อยกว่า 30 ล้านคนทั่วประเทศ ตามแนวคิด “คนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว” เพื่อให้ประชาชนสามารถได้รับการดูแลช่วยเหลือและเข้าถึงบริการทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต ครอบคลุมในมิติส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา

ดังนั้นการส่งเสริมให้ทีม 3 หมอมีความรู้ มีศักยภาพ และสามารถเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด ซึ่งถือเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม จึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ทีม 3 หมอสามารถเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงและให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันที่



ผังไหลกระบวนการของทิม 3 ทยอตุแลสุภภาพจิตและสารเสพติด

คำอธิบายผังไหล

"3 หมอ" ถูกออกแบบมาเพื่อสร้างระบบการดูแลที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งบทบาทดังนี้

หมอมือที่ 1: อสม.

(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

- ◆ ให้ข้อมูลและคำแนะนำเบื้องต้น
- ◆ เฝ้าระวัง คัดกรองปัญหาในระยะเริ่มต้นและสร้างความตระหนักรู้ในชุมชน



หมอมือที่ 2: เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. / PCU

(Primary Care Unit)

- ◆ ดำเนินการคัดกรองอย่างละเอียด
- ◆ ประเมินและให้การดูแลเบื้องต้น
- ◆ ให้คำปรึกษาและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



หมอมือที่ 3: แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และบุคลากรในรพ.

(โรงพยาบาลชุมชน)

- ◆ ให้บริการรักษาและบำบัดฟื้นฟู ทางกาย จิต สังคม
- ◆ ประสานงานในการส่งต่อไปยังหน่วยงานเฉพาะทางและติดตามผลการรักษา



แผนการสอนที่ 1

ความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในชุมชน

30 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงปัญหา ผลกระทบของยาเสพติด และความสำคัญในการร่วมกันแก้ไขและป้องกันปัญหายาเสพติด

สาระสำคัญ

สารเสพติดเป็นปัญหาสังคมที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติ ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ปัจจุบันสถานการณ์การใ้ยาเสพติดมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน และวัยทำงาน ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมไปถึงความรุนแรงในสังคม การแก้ไขปัญหาก็ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งการป้องกัน ปั่นฟู และบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การมีชุมชนที่มีความปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

กิจกรรม

- 15 นาที บรรยาย ความหมายของสารเสพติด และสถานการณ์ของสารเสพติด (ใบความรู้ที่ 1.1)
- 5 นาที กิจกรรม คำถามชวนคิด (ใบกิจกรรมที่ 1.2)
- 10 นาที บรรยาย ผลกระทบและความสำคัญของการป้องกันปัญหาสารเสพติดในชุมชน (ใบความรู้ที่ 1.1)

ใบความรู้ที่ 1.1

บทที่ 1
ความหมายและความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด

ความหมาย

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2565) ซึ่งเป็นฉบับปรับปรุงล่าสุด ได้ให้ความหมายของคำว่า **ยาเสพติดให้โทษ** คือ สารเคมีหรือวัตถุนิตใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพทั่วไปทรุดโทรมลง รวมถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ หรืออาจใช้เป็นยาเสพติดให้โทษและสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่ได้หมายความว่าสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษผสมอยู่

ประเภทของยาเสพติดชนิดให้โทษ แบ่งได้ 5 ประเภทดังนี้

ประเภทที่ 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง	เป็นยาที่ไม่มีการนำมาใช้ในทางการแพทย์และทำให้เกิดการเสี่ยงต่อการติดยาของประชากรในระดับรุนแรง เช่น เฮโรอีน ยาบ้า ยาไอ เป็นต้น
ประเภทที่ 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป	เป็นยาที่มีประโยชน์ในการรักษาโรคในระดับน้อยจนถึงมาก และทำให้เกิดการเสี่ยงต่อการติดยาของประชากรในระดับที่ต้องพึงระวัง เช่น มอร์ฟิน โคเคน โคเดอีน เป็นต้น
ประเภทที่ 3 ยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะเป็นตำรับยา	เป็นยาที่ทำให้เกิดการเสี่ยงต่อการติดยาน้อย แต่ยังคงมีอันตราย และมีประโยชน์มากในการรักษาโรคเช่น ยาแก้ไอผสมโคเดอีน เป็นต้น
ประเภทที่ 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือประเภท 2	เช่น อาเซติกแอนไฮไดรด์ (Acetic Anhydride) อาเซทิลคลอไรด์ (Acetyl Chloride)
ประเภทที่ 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้ อยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4	เช่น กัญชา พืชฝิ่น

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (WHO) ยังได้จัดประเภทของสารเสพติดตามการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง และผลกระทบที่มีต่อร่างกายและจิตใจของผู้ใช้ ดังนี้

ประเภท	การออกฤทธิ์	ตัวอย่าง
สารกดประสาท (Depressants)	ทำให้ระบบประสาทส่วนกลางทำงานช้าลง หรือมีฤทธิ์กดการทำงานของสมองทำให้เกิดอาการสงบ มึนงง ง่วงนอนหรือหลับลึก	◆ แอลกอฮอล์ (Alcohol) ◆ ฝิ่น (Opium) ◆ มอร์ฟีน (Morphine) ◆ เฮโรอีน (Heroin) ◆ ยานอนหลับ (Sedative -hypnotics)
สารกระตุ้นประสาท (Stimulants)	ทำให้ระบบประสาทส่วนกลางทำงานเร็วขึ้น โดยกระตุ้นการทำงานของสมองและระบบประสาท ทำให้เกิดความตื่นตัว เพิ่มพลังงาน ความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า หรือเพิ่มการเคลื่อนไหวของร่างกาย	◆ โคเคน (Cocaine) ◆ แอมเฟตามีน (Amphetamines) ◆ ยาบ้า (Methamphetamine) ◆ กาแฟ (Caffeine) ◆ บุหรี่ (Nicotine)
สารหลอนประสาท (Hallucinogens)	ทำให้ผู้ใช้เกิดการหลอน หรือเห็นสิ่งที่ไม่เป็นจริง (hallucinations) และทำให้เกิดประสบการณ์ที่ผิดปกติในการรับรู้ทั้งทางด้านมิติ สี และเสียง	◆ เห็ดขี้ควาย (Psilocybin mushrooms) ◆ ดีเอ็มที (DMT)
สารออกฤทธิ์ผสมผสาน	สารเสพติดหลายชนิดร่วมกันในเวลาเดียวกัน ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้จากการที่ผู้ใช้เลือกใช้สารเสพติดหลายประเภท เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการหรือบางครั้งอาจเกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจจากการใช้สารเสพติด ที่มีในผลิตภัณฑ์หลายชนิดที่มีการผสมสารต่าง ๆ เข้าด้วยกัน	◆ กัญชา

สถานการณ์ของปัญหายาเสพติดในปัจจุบัน

สถานการณ์ในระดับโลก

สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) รายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก 2024 พบว่า มีจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกเมื่อปี ค.ศ. 2022 มากกว่า 292 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากช่วงทศวรรษที่ผ่านมา และมีผู้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพรุนแรงจากการเสพยาเสพติดจำนวน 64 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ในช่วงปี ค.ศ. 2018-2022 ในจำนวนดังกล่าวได้เข้ารับการรักษาร้อยละ 9 เท่านั้น นอกจากนี้ กลุ่มเยาวชนเป็นกลุ่มเสี่ยงใช้ยาเสพติดมากที่สุด และได้รับผลกระทบทางสุขภาพอย่างรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภูมิภาคแอฟริกาใต้ซึ่งมีผู้เข้ารับการรักษา จากการติดยาเสพติดที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี มากถึงร้อยละ 49 รองลงมาพบในอเมริกากลางและแถบแคริบเบียนร้อยละ 37 โดยสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดได้แก่ กัญชา (cannabis) จำนวน 228 ล้านคน รองลงมาคือ โอปิออยด์ (Opioids) จำนวน 60 ล้านคน แอมเฟตามีน (Amphetamine) จำนวน 30 ล้านคน โคเคนจำนวน 23.5 ล้านคน และเอกตาซี (Ecstasy) จำนวน 20 ล้านคน

รายงานฉบับนี้ยังเปิดเผยถึงปริมาณการผลิตยาเสพติดในปี ค.ศ. 2022 เทียบกับปี ค.ศ. 2021 พบว่า มีการผลิตโคเคนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 กัญชาเพิ่มขึ้นร้อยละ 18 และเอกตาซีเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 ทั้งนี้มีการผลิตโคเคนเพิ่มมากขึ้น อาจมาจากปริมาณอุปสงค์และอุปทานในตลาดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีการขยายพื้นที่เพาะปลูกต้นโคคาซึ่งเป็นสารตั้งต้นของโคเคน

ผลกระทบของยาเสพติดไม่เพียงแต่ส่งผลต่อสุขภาพ แต่ยังส่งผลในด้านเศรษฐกิจและสังคม มูลนิธิ Kaiser Family Foundation ได้เผยแพร่บทความที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของการใช้ยาเสพติดต่อภาระทางเศรษฐกิจและสังคมในสหรัฐอเมริกา พบว่า ในปี ค.ศ. 2016 บริษัทต่างๆ ในสหรัฐอเมริการะงับประมาณ ในการบำบัดพนักงานที่เสพยาเสพติดโอปิออยด์ จำนวน 2,600 ล้านดอลลาร์สหรัฐหรือคิดเป็นเงินไทยราว 88,658,700,000 บาท ซึ่งเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่าในรอบ 14 ปี

สถานการณ์ในประเทศไทย

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประจำปีงบประมาณ 2567 พบว่า ปริมาณของกลางที่จับยึดได้เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะยาบ้า โดยในรอบ 9 เดือนแรกของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีการจับยึดของกลางยาบ้าได้ 1,020.26 ล้านเม็ด เพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้าที่มี 506.84 ล้านเม็ด สูงขึ้นถึงร้อยละ 101.3 และมีการสกัดกั้นไอซ์ปริมาณมากกว่า 100 กิโลกรัมบ่อยขึ้น แต่การจับกุมกลับมีแนวโน้มลดลง แสดงให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนวิธีการของกลุ่มค้ายาเสพติด นอกจากนี้การแพร่ระบาดของยาเสพติดยังคงเป็นยาบ้าที่มีผู้เข้าบำบัดรักษามากที่สุดร้อยละ 79.70 รองลงมาคือ เฮโรอีนร้อยละ 5.24 กัญชาร้อยละ 4.93 ฝิ่นร้อยละ 3.43 ไอซ์ร้อยละ 2.58 กระต่อมร้อยละ 1.84 ยาเคร้อยละ 1.13 ตามลำดับ อีกทั้งพบว่า จำนวนคดีและจำนวนผู้ต้องหาเพิ่มขึ้นจากช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา รวมถึงปริมาณของกลางที่จับกุมได้ ผู้เข้าบำบัดรักษายาบ้าเกือบครึ่งหนึ่งเป็นรายใหม่ ร้อยละ 49.74 ในจำนวนรายใหม่ที่เข้ามาบำบัดพบเป็นเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 25 ปี ร้อยละ 26.52 ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่ทำอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.50 รองลงมาคือ ผู้ว่างงานร้อยละ 22.53 เกษตรกร ร้อยละ 15.38 ค้าขาย 3.57 และผู้ใช้แรงงานร้อยละ 2.53 ตามลำดับ ในด้านการบำบัดรักษาอาการทางจิตเวชจากยาเสพติด นอกจากนี้ยังมีรายงานจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่เข้ารับบริการสะสม ตั้งแต่ปี 2564-2567 จำนวน 489,716 คน, 639,990 คน, 880,647 คน และ 1,317,754 คน ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี และในปีงบประมาณ 2566 -2567 พบผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีภาวะโรคร่วมทางจิตที่สำคัญ ได้แก่ โรคจิตเภทจาก ร้อยละ 6.69 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.51 โรคซึมเศร้าจาก ร้อยละ 3.97 เป็นร้อยละ 4.38 และการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตายจาก ร้อยละ 0.74 เป็นร้อยละ 0.78 โดยทุกกลุ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน

ผลกระทบของสารเสพติดต่อสุขภาพจิต

ผลกระทบด้านสุขภาพร่างกาย

ยาเสพติดก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบประสาทส่วนกลางอย่างรุนแรง โดยทำลายเซลล์สมองและเส้นประสาท ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำงานของสมองทั้งระยะสั้นและระยะยาว ในระบบหัวใจและหลอดเลือด ยาเสพติดทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ส่วนระบบทางเดินหายใจอาจเกิดการอักเสบของปอด ถุงลมโป่งพอง และมะเร็งปอด โดยเฉพาะในกรณีของการสูบบุหรี่หรือสูดดม นอกจากนี้ยังส่งผลต่อดับและไตซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญในการกำจัดสารพิษได้รับผลกระทบโดยตรง ทำให้เกิดภาวะตับอักเสบ ตับแข็ง และไตวายเรื้อรัง นอกจากนี้ ยาเสพติดยังทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ผู้เสพยา มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคต่าง ๆ รวมถึงโรคติดต่อร้ายแรงจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน เช่น HIV และไวรัสตับอักเสบ

ผลกระทบด้านสุขภาพจิต

การใช้ยาเสพติดส่งผลกระทบรุนแรงต่อสุขภาพจิต โดยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีในสมองที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ผู้เสพยาจะมีอาการประสาทหลอน หวาดระแวง วิดกกังวลอย่างรุนแรง และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ในระยะยาว อาจนำไปสู่โรคจิตเภท หรือความผิดปกติทางจิตเวชอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังส่งผลต่อความจำและการเรียนรู้ ทำให้สมาธิสั้น ความจำเสื่อม และมีปัญหาในการตัดสินใจ

ผลกระทบด้านครอบครัวและสังคม

ในระดับครอบครัว ปัญหา ยาเสพติดอาจก่อให้เกิดความแตกแยกหรือความขัดแย้งได้ เนื่องจากผู้เสพยาจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การโกหก ขโมยเงิน หรือก่อความรุนแรงในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องแบกรับภาระทั้งทางการเงินและจิตใจ บางครอบครัวต้องสูญเสียเงินเก็บหรือขายทรัพย์สินเพื่อนำมาใช้ในการรักษา ในระดับสังคมอาจก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรมและความรุนแรง ผู้เสพยามักก่ออาชญากรรมเพื่อหาเงินมาซื้อยาเสพติด เช่น การลักทรัพย์ การค้าประเวณี หรือการค้ายาเสพติด ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของชุมชน และความสงบสุขของสังคม

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ

ปัญหายาเสพติดส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจในวงกว้าง รัฐต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการป้องกันและปราบปราม การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผลิตภาพแรงงานของประเทศ เนื่องจากผู้เสพส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน การสูญเสียทรัพยากรบุคคลเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะยาว การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจำเป็นต้องดำเนินการอย่างบูรณาการ ครอบคลุมทั้งด้านการป้องกัน การปราบปราม การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคม ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ และหน่วยงานภาครัฐ เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นและป้องกันไม่ให้อาการยาเสพติดขยายตัวมากขึ้น

ความสำคัญของการแก้ไขปัญหายาเสพติดต่อสุขภาพจิต

ปัญหายาเสพติดและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด โดยผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักมีความเสี่ยงสูงต่อการใช้สารเสพติด และในทางกลับกัน การใช้สารเสพติดก็สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ของผู้ใช้ได้เช่นกัน (World Health Organization, 2018) ฉะนั้นแล้วสารเสพติดและปัญหาสุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งหากแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนแล้ว ย่อมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ปัญหาสุขภาพจิตลดลงไปด้วย ดังความสำคัญต่อไปนี้

1. ลดภาระทางสุขภาพและสังคม

ปัญหายาเสพติดและสุขภาพจิตเป็นภาระสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ระบุว่าโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะทุพพลภาพ ในขณะที่การใช้สารเสพติดสามารถเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคทางจิตเวช และทำให้ภาระทั้งด้านค่าใช้จ่าย บุคลากรหรือทรัพยากรของระบบสาธารณสุขสูงขึ้น (World Health Organization, 2022)

2. ป้องกันการเกิดปัญหายาเสพติดที่ต่อเนื่อง

การใช้สารเสพติดมักเป็นทั้งผลลัพธ์และตัวกระตุ้นของปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มที่เผชิญกับภาวะเครียด วิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอาจหันไปใช้สารเสพติดเป็นกลไกในการรับมือกับปัญหา ซึ่งนำไปสู่การเสพติดและเกิดปัญหาที่ซับซ้อนขึ้น (National Institute on Drug Abuse, 2020)

3. ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ

ปัญหายาเสพติดและสุขภาพจิตส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อเศรษฐกิจของประเทศ จากรายงานของ สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ ในปี 2021 พบว่า

ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ใช้สารเสพติด ตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากการสูญเสียผลิตภาพแรงงาน และค่าใช้จ่ายในกระบวนการยุติธรรมทางอาญา นับเป็นต้นทุนมหาศาลที่ประเทศต่าง ๆ ต้องเผชิญ ขณะที่ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่ใช้สารเสพติดก็จะมีกำลังในการช่วยเพิ่มผลิตและขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศได้

4. สร้างคุณภาพชีวิตและความมั่นคงในสังคม

การแก้ไขปัญหายาเสพติดและสุขภาพจิตช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ลดอัตราการเกิดอาชญากรรมและปัญหาความรุนแรงในชุมชน ข้อมูลจากองค์การสหประชาชาติชี้ให้เห็นว่าประเทศที่มีระบบสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและการป้องกันยาเสพติดที่เข้มแข็ง มีแนวโน้มที่จะมีระดับความปลอดภัย และเสถียรภาพของสังคมที่ดีกว่า

5. สนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดและสุขภาพจิตสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ขององค์การสหประชาชาติ (SDGs) โดยเฉพาะ เป้าหมายที่ 3 ที่มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันว่าทุกคนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี และเป้าหมายที่ 16 ซึ่งมุ่งส่งเสริมสังคมที่สงบสุขและครอบคลุมทุกคน

การบูรณาการแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดควบคู่กับการดูแลสุขภาพจิตถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาประเทศ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวส่งผลดีต่อระบบสาธารณสุข โดยช่วยลดภาระและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังช่วยลดวงจรของปัญหายาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิตควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด ส่งผลให้อัตราการกลับมาเสพติดลดลงและเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่สังคมได้อย่างยั่งยืน การดำเนินการในลักษณะนี้ยังส่งผลดีต่อระบบเศรษฐกิจโดยรวม ทั้งในแง่ของการลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาและการเพิ่มประสิทธิภาพของกำลังแรงงาน อีกทั้งยังส่งเสริมให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างรอบด้าน ทั้งในมิติของสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความเป็นอยู่ในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับหลักการพัฒนารัพยากรมนุษย์อย่างยั่งยืน ที่สำคัญการดำเนินการดังกล่าวยังสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี และเป้าหมายที่ 16 ว่าด้วยการส่งเสริมสังคมที่สงบสุข การกำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานที่บูรณาการทั้งสองด้านนี้จึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนให้เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน ดังนั้น การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคมโดยรวม

ใบกิจกรรมที่ 1

คำถามชวนคิด: ผลของปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในชุมชน

คำชี้แจง

ให้ทุกท่านตอบคำถามดังกล่าว โดยอาจเขียนลงบนกระดาษและร่วมแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม

คำถามชวนคิด

ถ้าชุมชนของคุณมีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดเกิดขึ้น คุณคิดว่าปัญหานี้จะส่งผลกระทบต่อชุมชนของคุณอย่างไรบ้าง?

แผนการสอนที่ 2

การดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

เรียนรู้เกี่ยวกับเครื่องมือการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน CBTx และการป้องกันและลดปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช และสารเสพติดในโรงเรียน จนไปถึงการบูรณาการร่วมกันเพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนที่ครอบคลุม

สาระสำคัญ

บทนี้จะเป็นการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมเกี่ยวกับเครื่องมือในการดูแลและป้องกันปัญหาสารเสพติด เน้นย้ำถึงการเสริมสร้างศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครในการป้องกันและดูแลปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในชุมชน โดยเน้นการบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชนผ่านการใช้เครื่องมือหลัก 2 ประเภท คือ การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน และการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) รวมถึงตัวอย่างโมเดลการดำเนินงานการป้องกันและลดปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช และสารเสพติดในโรงเรียน

กิจกรรม

- 10 นาที **บรรยายและฝึกปฏิบัติ** การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
(ใบความรู้ที่ 2.1และใบกิจกรรมที่ 2.2)
- 10 นาที **บรรยาย** CBTx (ใบความรู้ที่ 2.1)
- 20 นาที **บรรยาย** กระบวนการดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติดในโรงเรียน
(ใบความรู้ที่ 2.2)
- 10 นาที **บรรยาย** การบูรณาการและกระบวนการดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด
(ใบความรู้ที่ 2.2)

ใบความรู้ที่ 2.1

เครื่องมือในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในชุมชน ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์หลักของหลักสูตรนี้ในการที่จะพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน โดยเฉพาะในประเด็นปัญหาสารเสพติดที่พบมากขึ้นในสังคมไทยและเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทั้งระดับบุคคล ชุมชน และสังคม นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับหน่วยงานต่าง ๆ มากมาย ทั้งภาครัฐและเอกชน ดังนั้นนอกจากบุคลากรสาธารณสุขและอสม. จะต้องมีความรู้ที่จำเป็นตามหลักสูตร 3 หมอนี่แล้ว จำเป็นจะต้องเรียนรู้เครื่องมือในการสร้าง การมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหา โดยในใบความรู้นี้จะเป็นการนำเสนอตัวอย่างเครื่องมือ 2 เครื่องมือใน 2 มิติ (การส่งเสริมป้องกันและการบำบัดฟื้นฟู) คือแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนและแนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือ ดังนี้

การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

กรมสุขภาพจิตใช้คำว่า “วัคซีนใจ” ในการสื่อสารกับประชาชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในแนวทางที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎี “ความยืดหยุ่น” หรือ “ความเข้มแข็งทางใจ” หรือบางครั้งเราใช้คำว่า “พลังใจ” แต่ทุกคำล้วนมีรากฐานเดียวกันกับคำว่า “Resilience” การใช้คำว่าวัคซีนเพื่อให้ประชาชนเข้าใจความหมายหรือจุดมุ่งหมายของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น นั่นคือโปรแกรมที่สร้างเกราะป้องกันทางจิตใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา วิกฤติ หรือความเครียดในชีวิต ซึ่งการส่งเสริมวัคซีนใจมี 3 ระดับด้วยกันคือ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน โดยในแต่ละระดับมีจุดเน้นในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ต่างกัน (กรมสุขภาพจิต, 2563)

คำว่า **ภูมิคุ้มกันทางใจ** หมายถึง 4 ความรู้สึกที่มนุษย์ทุกคนต้องการในยามวิกฤติ นั่นคือความรู้สึกปลอดภัย ความสงบ ความหวัง และความเข้าใจ ให้โอกาส ซึ่งจะช่วยให้ป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจิตในระยะยาวและส่งเสริมสุขภาพของคนในสถานการณ์วิกฤติ และคำว่า **วัคซีนใจในชุมชน** หมายถึง มาตรการหรือกิจกรรมใดใดในชุมชนที่ทำงานร่วมกันเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ เป้าหมายสำคัญของแนวทางนี้คือการมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีภูมิคุ้มกันทางใจที่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ และร่วมกันฝ่าฟันวิกฤตไปได้โดยการดึงศักยภาพของชุมชนมาร่วม

ดำเนินการดูแลซึ่งกันและกัน และสร้างตัวอ่อนเพื่ออธิบายแนวทางขึ้น โดยใช้ “4 สร้าง” คือ การเสริมสร้างความรู้สึกปลอดภัย (Safety) การเสริมสร้างความรู้สึกสงบ (Calm) การเสริมสร้างความหวัง (Hope) และการเสริมสร้างความเข้าใจ ให้อีก (Connectedness) ร่วมกับการใช้ 2 กลไกสำคัญในชุมชน “2 ใช้” คือ การใช้ศักยภาพและสายสัมพันธ์ในชุมชน เพื่อสร้าง 4 สร้างดังกล่าวข้างต้น เป็นหลักการโดยสรุปของแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน คือ **4 สร้าง 2 ใช้**

การปรับปรุงกรอบแนวคิดการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อใช้ในการป้องกันปัญหาสารเสพติดในชุมชน อาศัยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อระบุนิยามและตัวอย่างกิจกรรมที่ชัดเจน รวมถึงกรอบแนวคิดใหม่สำหรับการแก้ไขปัญหาสารเสพติดโดยเฉพาะ ซึ่งมีแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องคือ การเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน การเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน หลักจิตวิทยาชุมชนและสุขภาพจิตปฐมนุญ การพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตในชุมชนและตัวอย่างชุมชนต้นแบบที่เคยมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในสถานการณ์วิกฤตต่าง ๆ รวมถึงปัญหา ยาเสพติด

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมแบบมีขอบเขต (Scoping review) เกี่ยวกับลักษณะชุมชนที่ช่วยป้องกันการใช้สารเสพติดได้สำรวจปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงในการใช้สารเสพติดในชุมชน โดยการพิจารณาองค์ประกอบป้องกันและกลยุทธ์ต่าง ๆ ซึ่งเน้นบทบาทของปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม และสถาบันในชุมชนในการป้องกันการใช้สารเสพติดและการฟื้นฟูผู้ที่ติดสารเสพติดให้กลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติในชุมชน ซึ่งจากทบทวนวรรณกรรม พบ 8 ลักษณะสำคัญของชุมชน ดังนี้

เครือข่ายทางสังคมและระบบสนับสนุนที่เข้มแข็ง (Strong Social Networks and Support Systems) ชุมชนที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นและมีการสนับสนุนระหว่างบุคคล มักจะมีอัตราการใช้สารเสพติดต่ำ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และองค์กรชุมชนมีบทบาทในการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ ส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ และลดความโดดเดี่ยว ตัวอย่างเช่น วัยรุ่นที่รู้สึกผูกพันกับครอบครัวและเพื่อนในทางที่ดีมีโอกาสน้อยที่จะหันไปใช้สารเสพติด (Hawkins, J. D., et al.,1992)

การมีส่วนร่วมในชุมชน (Community Engagement and Participation) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน เช่น สโมสรท้องถิ่น กลุ่มศาสนา หรือโครงการอาสาสมัคร ส่งเสริมการฝึกกำลังทางสังคมและประสิทธิผลร่วมกัน ชุมชนที่มีการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกัน มีความสามารถในการแก้ปัญหาการใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์สร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและมีเป้าหมาย ซึ่งช่วยลดโอกาสการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะในเยาวชน (Sampson, R. J., et al.,1997)

การเข้าถึงการศึกษาและโอกาสในการทำงาน (Access to Education and Employment Opportunities) การศึกษาและการจ้างงานมีความสำคัญต่อการส่งเสริมความยืดหยุ่นในการต่อต้านการใช้สารเสพติด ชุมชนที่เข้าถึงการศึกษาและโอกาสการทำงานได้ มีเส้นทางสู่ความสำเร็จและความมั่นคง ลดความเสี่ยงที่บุคคลจะหันไปใช้ยาเสพติดเป็นกลไกการเผชิญหน้า โปรแกรมป้องกันที่มุ่งเน้นในโรงเรียนซึ่งสอนทักษะชีวิตและให้การศึกษาด้านสารเสพติดแสดงให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพในการชะลอหรือป้องกันการเริ่มต้นใช้สารเสพติด (Gottfredson, D. C., & Wilson, D. B., 2003)

บรรทัดฐานทางวัฒนธรรมและศาสนา (Cultural and Religious Norms) ค่านิยมทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนามีบทบาทสำคัญในการกำหนดทัศนคติต่อการใช้สารเสพติด ชุมชนที่มีข้อห้ามทางวัฒนธรรมหรือศาสนาเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดมักจะมีอัตราการใช้สารเสพติดต่ำ การมีส่วนร่วมทางศาสนาสามารถให้การชี้นำทางจริยธรรม การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมศาสนา และกิจกรรมเชิงโครงสร้างที่ลดโอกาสการใช้สารเสพติด (Marsiglia, F. F., & Kulis, S., 2005)

การบังคับใช้กฎหมายและการสนับสนุนด้านนโยบาย (Law Enforcement and Policy Support) ชุมชนที่บังคับใช้กฎหมายท้องถิ่นและนโยบายที่เข้มงวดต่อการใช้สารเสพติด เช่น การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับอายุในการดื่มสุรา การลดความพร้อมของยา และการรักษาพื้นที่ปลอดยา มีความสำเร็จมากกว่าในการป้องกันการใช้สารเสพติด นโยบายท้องถิ่นที่ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรชุมชน เช่น ศูนย์ฟื้นฟูและโปรแกรมป้องกัน ยังช่วยลดอัตราการใช้สารเสพติดอีกด้วย (Babor, T. F., et al., 2010)

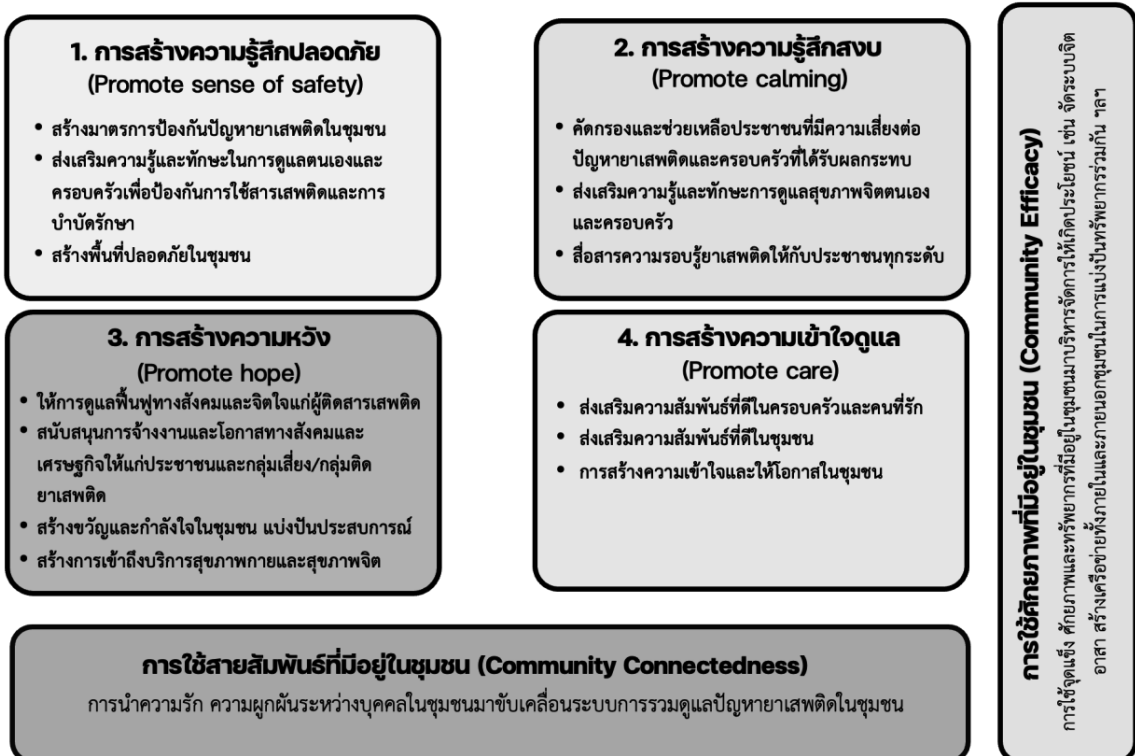
สภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสำหรับเยาวชน (Supportive Environments for Youth) การสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและมีโครงสร้างเป็นสิ่งสำคัญในการปกป้องเยาวชนจากการใช้สารเสพติด ชุมชนที่ให้พื้นที่ปลอดภัยสำหรับการพักผ่อน ต้นแบบที่ดี และโอกาสในการเป็นพี่เลี้ยงสร้างสภาพแวดล้อมที่ป้องกัน การจัดโปรแกรมหลังเลิกเรียนและศูนย์ชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้เยาวชนมีส่วนร่วมและห่างไกลจากสถานที่ที่อาจเข้าถึงสารเสพติดได้ (Catalano, R. F., et al., 2004)

ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงทรัพยากร (Economic Stability and Resource Access) ชุมชนที่มีเสถียรภาพทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงทรัพยากร เช่น การดูแลสุขภาพ บริการสุขภาพจิต และโปรแกรมป้องกันการใช้สารเสพติดมีความสามารถในการป้องกันการใช้สารเสพติดได้ดีขึ้น เมื่อบุคคลสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีราคาถูกลง รวมถึงบริการด้านสุขภาพจิตและการฟื้นฟูสารเสพติด พวกเขามีแนวโน้มที่จะไม่หันไปใช้สารเสพติดเพื่อลดความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจยังช่วยลดความเครียดทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความยากจน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการใช้สารเสพติด (Galea, S., et al., 2004)

โปรแกรมป้องกันที่เน้นครอบครัว (Family-Centered Prevention Programs)
 ชุมชนที่ดำเนินโปรแกรมป้องกันที่เน้นครอบครัวมีความสามารถในการลดการใช้สารเสพติด โปรแกรมเหล่านี้มุ่งเน้นที่การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว ปรับปรุงการสื่อสาร และสอนกลยุทธ์ให้พ่อแม่ในการตรวจสอบกิจกรรมของบุตรหลาน การแทรกแซงที่เน้นครอบครัวช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่ป้องกันในครอบครัวที่ลดการใช้ยาและส่งเสริมความยืดหยุ่นต่อด้านแรงกดดันจากเพื่อน (Spoth, R., et al., 2002)

การป้องกันการใช้สารเสพติดนั้นได้รับอิทธิพลอย่างลึกซึ้งจากลักษณะทางสังคม สิ่งแวดล้อม และสถาบันของชุมชน การผสมผสานระหว่างระบบสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง โอกาสทางการศึกษานโยบายการบังคับใช้กฎหมาย และเสถียรภาพทางเศรษฐกิจช่วยสร้างชุมชนที่มีความยืดหยุ่นซึ่งสามารถยับยั้งการใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การทำความเข้าใจลักษณะเหล่านี้และการดำเนินกลยุทธ์ตามชุมชนที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นเป็นขั้นตอนสำคัญในการป้องกัน

กรอบแนวคิดการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาสารเสพติด



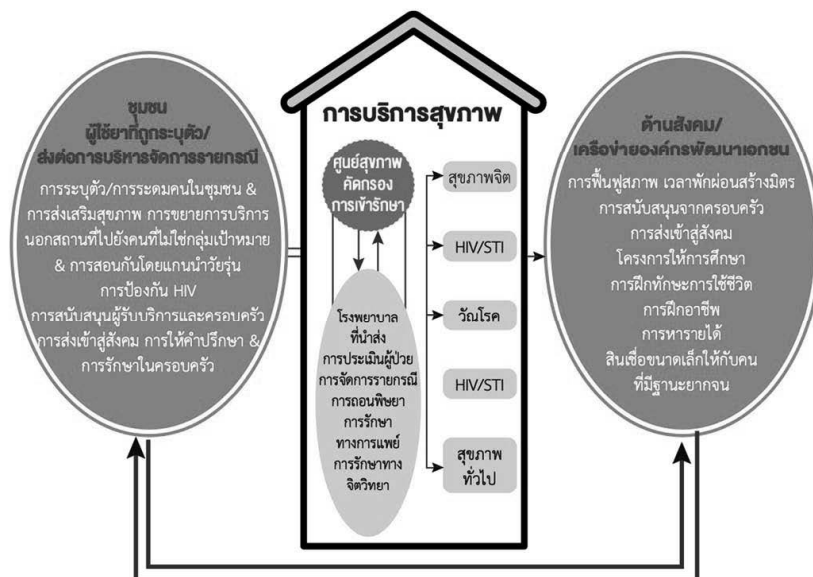
เส้นทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
กำหนดการการจัดกิจกรรม 5 ชม. 20 นาที
(สามารถปรับเวลาและกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนได้)

กำหนดการ	ระยะเวลา	เนื้อหา/กิจกรรม
บทนำ (30 นาที)	10 นาที	1. ต้อนรับและแนะนำตัว ◆ แนะนำตัวและความคาดหวัง ◆ วัตถุประสงค์และกำหนดการ ◆ กฎการทำกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วม
	20 นาที	2. กิจกรรมละลายพฤติกรรม ◆ เขียนป้ายชื่อ ◆ กิจกรรมนับเลข ◆ กิจกรรมแบ่งกลุ่ม : หาดินให้เจอ
ส่วนที่ 1 วัคซีนใจในชุมชน (30 นาที) ความหมาย กรอบแนวคิด และตัวอย่างกิจกรรม	10 นาที	1. ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตและการแก้ไขปัญหาสารเสพติด
	20 นาที	2. ทำความรู้จักกับการสร้างวัคซีนใจในชุมชน ◆ เมื่อพูดถึงวัคซีนใจ คุณคิดถึงอะไร? ◆ ความหมาย ◆ กรอบแนวคิด ◆ ตัวอย่างกิจกรรม
ส่วนที่ 2 ทบทวนชุมชน (50 นาที) ทบทวนจุดแข็ง จุดอ่อนของชุมชน และการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน	50 นาที	1. ชุมชนของคุณมีวัคซีนใจแล้วหรือยัง? 2. ทบทวนจุดแข็ง/จุดอ่อนในชุมชน (โดยเฉพาะศักยภาพและสายสัมพันธ์ในชุมชน)
ส่วนที่ 3 สร้างแผนชุมชน (3 ชม.) ร่วมกันสร้างแผนปฏิบัติการในชุมชน	1 ชม. 30 นาที	1. จัดทำแผนการสร้างวัคซีนใจในชุมชน
	1 ชม. 30 นาที	2. ทบทวนแผนการสร้างวัคซีนใจในชุมชน
ส่วนที่ 4 การติดตามประเมินผล (10 นาที)	10 นาที	ขั้นตอนการติดตามประเมินผล
สรุปบทเรียนจากแผนการสร้างวัคซีนใจในชุมชน (20 นาที)	20 นาที	สรุปบทเรียนจากแผนการสร้างวัคซีนใจในชุมชน

แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : Community Based Treatment and Rehabilitation (CBTx)

(ขอขอบคุณข้อมูลจาก: แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวปฏิบัติ
ที่ดี 2562 ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข)

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือการบำบัดรักษา
และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment and Rehabilitation:
CBTx) คือ รูปแบบการบำบัดรักษาเชิงบูรณาการโดยเฉพาะต่อผู้ติดยาเสพติดและติดยาในชุมชน
เพื่อให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การรักษาในระยะเริ่มต้นจนถึงการบำบัดรักษาฟื้นฟู
ด้วยระบบการดูแลต่อเนื่องจนถึงการติดตามผลการรักษา ตามแนวคิดการคืนผู้ป่วยสู่สังคม
มีการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งด้านสุขภาพ สังคมและการบริการอื่นๆ โดยบุคคล
ที่ให้ความร่วมมืออาจจะไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ แต่มีความพร้อม มีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้ติดยา
และสารเสพติดบนพื้นฐานของความเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยตลอดจนให้การสนับสนุน
ครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วยอย่างจริงจังในการแก้ปัญหาและสารเสพติด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์
ในระยะยาว (UNODC, 2014)



แผนภูมิที่ 1 องค์ประกอบของ CBTx

การดำเนินการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้เกิดกระบวนการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน ด้วยการดำเนินการของชุมชนเองภายใต้แนวคิดการวางแผนการออกแบบ การกำหนดวิธีการดำเนินงานตามศักยภาพและบริบทของชุมชนนั้น ๆ โดยการสนับสนุนด้านวิชาการในการดำเนินกิจกรรมจากหน่วยงานภาครัฐที่สำคัญคือ หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ที่ใกล้ชิดชุมชน เช่น รพ.สต. รพช. และมีการบูรณาการให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะ กรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รวมถึงต้องมีความร่วมแรงร่วมใจให้การสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านสังคมจากพหุภาคีทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีเป้าหมายสำคัญร่วมกัน คือ ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาและสารเสพติดในชุมชน

องค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งออกเป็นสามองค์ประกอบ คือ

1. **องค์กรชุมชน** ประกอบด้วย องค์กรพัฒนาเอกชนที่จะช่วยระบุตัวผู้ที่เข้ายาและสารเสพติด โดยมีการ คัดกรองปัญหาเสพติด และส่งต่อไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขเมื่อจำเป็น องค์กรชุมชน เน้นเชิงป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพรวมถึงสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเสพติดสามารถใช้ชีวิตขั้นพื้นฐานในชุมชนได้ โดยการส่งเข้าสู่สังคม และการบริการฟื้นฟูสภาพจิตใจ

2. **ศูนย์สุขภาพ** ให้การบริการการตรวจคัดกรองและให้คำปรึกษา โดยมีการให้บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นและการบริการอื่นๆ ตามความต้องการ และความเหมาะสม ผู้ป่วยเสพติดบางราย อาจถูกนำส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกในกรณีจำเป็นเท่านั้น เช่น การรักษาโรคเฉพาะทางยาเสพติด ในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการติดยา อาการเพ้อสับสน (Delirium) โรคติดเชื้อ และความผิดปกติทางจิตอื่น เป็นต้น

3. **หน่วยสวัสดิการทางสังคมและองค์กรพัฒนาเอกชน** ที่ให้การศึกษาให้คำปรึกษาฝึกอบรมอาชีพและทักษะ สร้างโอกาสในการหารายได้ให้สินเชื่อขนาดเล็กกับบุคคลที่มีฐานะยากจน ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคมอื่นๆ ที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่

หลักการสำคัญในการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UN Office on Drugs and Crime-UNODC) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ประจำปี 2008ให้ “หลักการของการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด” ดังนี้

หลักการที่ 1: การเข้าถึงการบริการรักษา ควรทำงานเชิงรุกให้เกิดช่องทางในการเข้าถึงบริการได้ง่าย ราคาไม่แพง เป็นที่ยอมรับ/มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ผลการรักษาเป็นอย่างไรดี-ไม่ดี สำหรับผู้ป่วยทุกคนที่ต้องการได้รับการสนับสนุน

หลักการที่ 2: การตรวจคัดกรอง การประเมิน การวินิจฉัยและ การวางแผนการรักษา นับเป็นพื้นฐานการบำบัดรักษารายบุคคล ที่จะทำให้เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยเสพติดแต่ละคน และช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษามากขึ้น

หลักการที่ 3: การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจากฐานข้อมูลที่ยอมรับตามมาตรฐานควรมี การศึกษาข้อมูลแนวปฏิบัติที่ได้รับการพิสูจน์โดยการศึกษาค้นคว้าและความรู้ทางวิทยาศาสตร์ว่าสามารถ รักษาผู้ติดยาเสพติดอย่างได้ผล เพื่อเลือกวิธีการรักษา

หลักการที่ 4: การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย มีกระบวนการบำบัด รักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยเสพติดตามความสมัครใจ โดยการให้คำปรึกษา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย การพิทักษ์ สิทธิผู้ป่วยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และลดการตีตรา

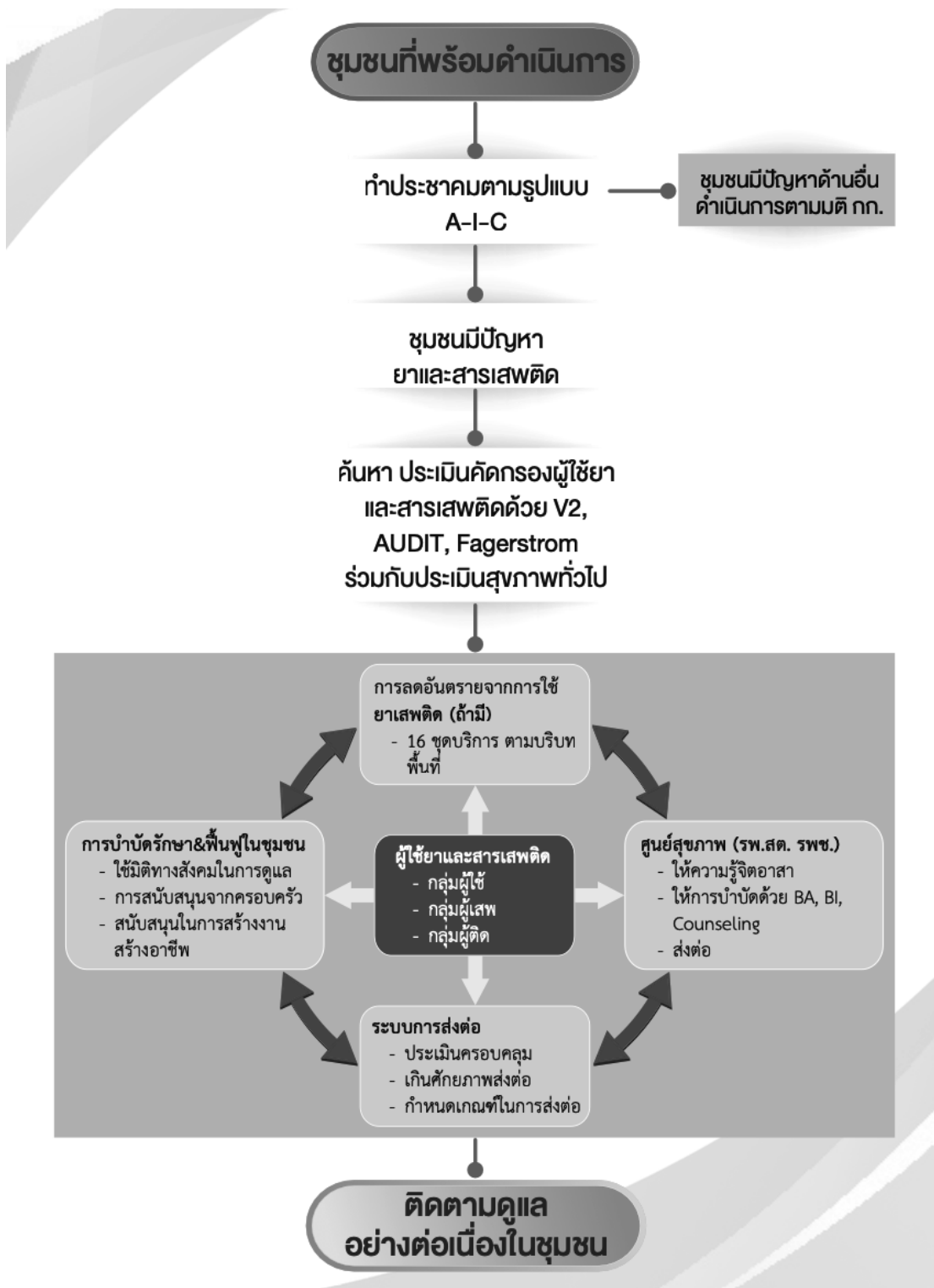
หลักการที่ 5: กลุ่มเป้าหมายกลุ่มย่อย ควรมีแนวปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่ม ที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้หญิง (รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์) ผู้ที่มีโรคร่วม ทั้งทางกาย-จิต คนขายขบ และควรคำนึงถึงประเพณีและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันด้วย

หลักการที่ 6: การรักษาพฤติกรรมกรรมการติดยาเสพติดและความยุติธรรมทางอาญาพฤติกรรม การติดยาเสพติดนับเป็นสถานะสุขภาพ และผู้ป่วยที่ติดยาแต่ละคนควรจะได้การบำบัดรักษาในระบบ การดูแลสุขภาพแทนการดำเนินคดีทางอาญา

หลักการที่ 7: การมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วม และการปฐมนิเทศผู้ป่วยสมาชิก ในชุมชนทุกคนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบการช่วยเหลือการสนับสนุน ทางสังคม และการระดมทุนจากชุมชน

หลักการที่ 8: มีระบบการพัฒนาคุณภาพเพื่อปรับปรุงระบบการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยา และสารเสพติด ซึ่งนับเป็นสิ่งสำคัญที่ชุมชนต้องกำหนดข้อปฏิบัติ กฎ กติกาที่ชัดเจน เช่น นโยบาย วิธีการรักษา กระบวนการ บทบาทหน้าที่ของสมาชิก และแหล่งการเงินมีการทบทวน ปรีกษาระหว่าง กรรมการเป็นระยะๆ เพื่อการวางแผนพัฒนางาน

หลักการที่ 9: ระบบการบำบัดรักษาควรมีการพัฒนานโยบาย การวางแผนเชิงกลยุทธ์และ การประสานการบริการให้ครอบคลุมการวางแผนการบำบัดรักษา มีวิธีการดำเนินงานที่ชัดเจน สามารถติดตามและประเมินผลลัพธ์การบำบัดตามตัวชี้วัดที่ตั้งไว้กระบวนการหลักในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้และฟื้นฟูผู้ป่วยเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม



แผนภาพวิธีการดำเนินงานตามแนวทาง CBTx

ใบความรู้ที่ 2.2

กระบวนการดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติดในโรงเรียน

กระบวนการดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติดในโรงเรียน เป็นประเด็นสำคัญ ที่ต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ โรงเรียนไม่เพียงแต่ต้องมีมาตรการป้องกันเท่านั้น แต่ยังต้องมีแนวทาง ที่สามารถปิดช่องโหว่ของแต่ละกระบวนการเพื่อลดโอกาสที่ปัญหาจะเกิดขึ้น หรือรุนแรงขึ้น

Swiss Cheese Model (2020) โดย James Reason ซึ่งเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ ในด้านความปลอดภัย และการจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เปรียบเทียบระบบป้องกันปัญหาต่าง ๆ กับแผ่นชีสสวิสที่มีรู เมื่อมีเพียงแผ่นเดียว ช่องโหว่อาจทำให้ความผิดพลาดหรือความเสี่ยงผ่านไปได้ แต่หากนำแผ่นชีสหลายแผ่นมาวางซ้อนกันโอกาสที่ปัญหาจะทะลุผ่านช่องโหว่ทั้งหมดจะลดลง นำไปสู่การจัดทำมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันความเสี่ยงหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับระบบการดูแลสุขภาพจิต จิตเวช และสารเสพติดในโรงเรียน แต่ละชั้นของชีสสามารถเปรียบได้กับมาตรการป้องกันในระดับต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ การเฝ้าระวัง การให้คำปรึกษา การบำบัดฟื้นฟู และการติดตามผล หากแต่ละระดับทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ช่องโหว่ของความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นก็จะลดลงและช่วยป้องกันไม่ให้อาการนั้นขยายเป็นวงกว้างอีกด้วย

กระบวนการดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติดในโรงเรียน

ปัญหา/ความเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้น

- × ขาดแคลนบุคลากร
ด้านสุขภาพจิตในโรงเรียน
- × ขาดความรู้และทักษะใน
การสังเกตสัญญาณเตือน
- × ระบบบริการสุขภาพจิต
เข้าถึงยาก

ขั้นที่ 1 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี (Whole-School Approach)

ขั้นที่ 2 การให้ความรู้และทักษะชีวิต (Mental Health Literacy & Life Skills Training)

ขั้นที่ 3 การสังเกต เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและช่วยเหลือนักเรียน (Early Detection & Warning System)

ขั้นที่ 4 การเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพภายนอก (Referral System)

ขั้นที่ 5 การฟื้นฟูและติดตามผล (Rehabilitation & Follow-up)

ผลลัพธ์

โรงเรียนมีแนวทาง
ในการดูแลและ
ป้องกันปัญหา
สุขภาพจิต จิตเวช
และยาเสพติด

ขั้นที่ 1 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี (Whole-School Approach)

การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตเป็นแนวทางเชิงระบบที่ครอบคลุมทั้งโรงเรียน (Whole-School Approach) ซึ่งหมายถึงการออกแบบนโยบาย โครงสร้าง และวัฒนธรรมในโรงเรียนให้สนับสนุนและเอื้อต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีของนักเรียน ครู และบุคลากรทั้งหมดซึ่งมีมาตรการที่สำคัญ ดังนี้

1. จัดทำนโยบายในการดูแลสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดในโรงเรียน (School Policy & Leadership)

- กำหนดนโยบายด้านสุขภาพจิตและการป้องกันสารเสพติดให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาโรงเรียน
- มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต เช่น การจัดการความเครียด การลดพฤติกรรมเสี่ยง
- จัดตั้งทีมสนับสนุนสุขภาพจิตในโรงเรียน เช่น ครูแนะแนวหรือนักจิตวิทยาประจำโรงเรียน

2. สร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสม (Physical Environment)

- จัดพื้นที่ปลอดภัยสำหรับการผ่อนคลาย เช่น มุมอ่านหนังสือ หรือมุมที่เด็กนักเรียนสามารถมานั่งสงบได้
- ออกแบบสภาพแวดล้อมที่ลดความเครียด เช่น การใช้สีในห้องเรียนที่สบายตา การมีพื้นที่สีเขียวในโรงเรียน
- ควบคุมปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น การป้องกันการกลั่นแกล้ง (Bullying Prevention)

3. ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างครู นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน (Social and Emotional Environment)

- ส่งเสริมวัฒนธรรมโรงเรียนที่สนับสนุนซึ่งกันและกัน ผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์ เช่น เพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Programs)
- สร้างบรรยากาศที่เปิดกว้างให้เด็กกล้าพูดหรือกล้าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านสุขภาพจิต โดยไม่ถูกตัดสินจากทั้งเพื่อน ครูหรือบุคลากรในโรงเรียน
- ส่งเสริมความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างครู นักเรียน และผู้ปกครอง

4. บูรณาการหลักสูตรและการเรียนรู้ (Curriculum & Learning)

- บูรณาการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและการป้องกันสารเสพติดร่วมกับหลักสูตรหรือบทเรียนในโรงเรียน เช่น การสอนทักษะชีวิต (Life Skills Education)
- ให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการอารมณ์ การจัดการความเครียดและการจัดการปัญหาในชีวิตประจำวัน
- ใช้รูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม

5. สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชน (Family & Community Engagement)

- จัดอบรมให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น สามารถนำไปปรับใช้ในครอบครัวได้จริง
- สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชน เช่น โรงพยาบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- สนับสนุนให้ครอบครัวมีบทบาทในการร่วมกันดูแลสุขภาพจิตของบุตรหลาน

ขั้นที่ 2 การให้ความรู้และทักษะชีวิต (Mental Health Literacy & Life Skills Training)

มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) และการฝึกทักษะชีวิต (Life Skills Training) เพื่อให้นักเรียน ครู และบุคลากรทางการศึกษามีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต จิตเวช และการใช้สารเสพติด รวมถึงสามารถจัดการอารมณ์ ความเครียด และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม ภายใต้มาตรการที่สำคัญต่อไปนี้

1. ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy)

- ให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนทางด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลหรือภาวะเครียด เป็นต้น
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของสารเสพติดต่อร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งแนวทางป้องกันและวิธีการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวน
- สอนวิธีรับรู้และช่วยเหลือเพื่อนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม

2. ฝึกทักษะชีวิต (Life Skills Training)

การฝึกทักษะชีวิตเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจและพฤติกรรมเสี่ยงในเด็กและเยาวชน โดยมี 10 ทักษะหลักที่องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำ ได้แก่

- ทักษะการตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง (Self-awareness Skills) ช่วยให้นักเรียนเข้าใจอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเอง

- ทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด (Emotional & Stress Management Skills) สอนวิธีจัดการความเครียด ความโกรธ และความวิตกกังวล
- ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ (Critical Thinking Skills) ฝึกให้เด็กสามารถวิเคราะห์และตัดสินใจอย่าง มีเหตุผล โดยเฉพาะในสถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด
- ทักษะการคิดสร้างสรรค์ (Creative Thinking Skills) ช่วยให้นักเรียนหาวิธีแก้ไขปัญห ที่สร้างสรรค์และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง
- ทักษะการตัดสินใจ (Decision-Making Skills) สอนให้นักเรียนสามารถตัดสินใจ อย่างรอบคอบ โดยพิจารณาทางเลือกถูกต้องและเหมาะสม
- ทักษะการแก้ปัญหา (Problem-Solving Skills) ฝึกฝนให้เด็กสามารถจัดการ กับปัญหาชีวิตได้อย่างเหมาะสม
- ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Communication Skills) สร้างความสามารถในการสื่อสารความรู้สึกและความต้องการของตนเอง
- ทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดี (Interpersonal Relationship Skills) พัฒนา ความสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อน และครอบครัว
- ทักษะการเอาตัวรอดจากแรงกดดันทางสังคม (Resisting Peer Pressure Skills) สอนให้นักเรียนรู้จักปฏิเสธสิ่งที่ไม่เหมาะสม เช่น การชักชวนให้ใช้สารเสพติด
- ทักษะการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy Skills) – ช่วย让孩子เข้าใจและเห็นใจผู้อื่น ลด ปัญหาการกลั่นแกล้งในโรงเรียน

3. จัดกิจกรรมให้นักเรียนได้มีส่วนร่วม (Interactive Learning Activities) เช่น การจัด กิจกรรมในชั้นเรียน เช่น การจำลองสถานการณ์ (Role-Playing) การใช้เกมเพื่อฝึกทักษะชีวิต และการทำงานกลุ่ม

ขั้นที่ 3 การสังเกต เผื่อระวังพฤติกรรมเสี่ยงและช่วยเหลือนักเรียน (Early Detection & Warning System)

มุ่งเน้นการสังเกตและเผื่อระวังพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนที่อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช หรือการใช้สารเสพติด ระบบนี้เป็นแนวป้องกันสำคัญที่ช่วยให้โรงเรียนสามารถระบุปัญหาได้ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และให้การช่วยเหลือก่อนที่ปัญหาจะรุนแรงขึ้น

1. สร้างระบบเผื่อระวังพฤติกรรมเสี่ยงในโรงเรียน

- ฝึกอบรมครูและบุคลากร ให้เข้าใจสัญญาณเตือนของปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น เช่น ความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรม และผลการเรียน

- ฝึกอบรมครูในการใช้แบบประเมินสุขภาพจิต เช่น แบบสอบถาม PHQ-9 สำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือ SDQ สำหรับคัดกรองปัญหาด้านพฤติกรรม
- สร้างระบบรายงานหากมีสถานการณ์เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต หรือปัญหาสารเสพติด จัดให้มีช่องทางสำหรับครู เพื่อน และนักเรียนสามารถแจ้งเตือนกรณีพบพฤติกรรมเสี่ยง
- ประชุมทีมสหวิชาชีพภายในโรงเรียน เช่น ครูแนะแนว นักจิตวิทยาประจำโรงเรียน รวมถึงประสานงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อร่วมกันติดตามดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง

2. พัฒนาเครือข่ายการช่วยเหลือ (Support Network & Referral System)

- จัดตั้งทีมดูแลช่วยเหลือ โดยให้ครู นักจิตวิทยาในโรงเรียน และนักเรียนอาสาสมัครร่วมกันเป็นเครือข่ายดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหา
- เชื่อมโยงกับหน่วยงานภายนอก อาจประสานงานกับคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาล หรือหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน
- ตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Group) เช่น ฝึกอบรมนักเรียนบางกลุ่มให้สามารถเป็นที่ปรึกษาเบื้องต้นให้เพื่อน

3. ช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยง (Identifying At-Risk Students)

- สังเกตพฤติกรรมที่ควรเฝ้าระวัง เช่น การแยกตัวออกจากเพื่อน ขาดเรียนบ่อย ผลการเรียนตกต่ำอย่างรวดเร็ว มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ใช้สารเสพติด มีความสนใจเกี่ยวกับยาเสพติด โพสต์ข้อความเกี่ยวกับความเศร้า หรือการฆ่าตัวตายในโซเชียลมีเดีย เป็นต้น
- เมื่อตรวจพบพฤติกรรมเสี่ยง ครูที่ปรึกษาหรือนักจิตวิทยาในโรงเรียนควรเชิญนักเรียนมาพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ

4. ส่งเสริมการเข้าถึงบริการช่วยเหลือ (Accessibility to Mental Health Services)

- ตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาในโรงเรียน - ให้นักเรียนสามารถเข้าพบนักจิตวิทยาโรงเรียนได้โดยไม่ต้องนัดหมายล่วงหน้า
- หากพบว่านักเรียนมีปัญหารุนแรง โรงเรียนต้องแจ้งให้ผู้ปกครองรับทราบและร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหา
- ให้บริการปรึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชันแชทหรือไลน์ปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต
- ลดการตีตราตราเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยการรณรงค์ให้เห็นว่า การขอความช่วยเหลือไม่ใช่เรื่องผิด

ขั้นที่ 4 การเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพภายนอก (Referral System)

การสร้างระบบส่งต่อ (Referral System) ที่เชื่อมโยงโรงเรียนกับหน่วยงานบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานภายนอกเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากในการดูแลนักเรียนบางกรณีอาจต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เช่น การบำบัดทางจิตวิทยา การรักษาทางการแพทย์ หรือโปรแกรมฟื้นฟูจากสารเสพติด ซึ่งในขั้นตอนนี้จะช่วยนักเรียนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างรวดเร็วและไร้รอยต่อ ซึ่งมีมาตรการดังต่อไปนี้

1. ประเมินและคัดกรองนักเรียนที่ต้องการการส่งต่อ โดยกำหนดเกณฑ์การส่งต่อ ซึ่งครูสามารถสังเกตพฤติกรรมร่วมไปกับการใช้แบบคัดกรองด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด หากพบว่ามีความเสี่ยงให้จัดประชุมประชุมร่วมระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น ครู นักจิตวิทยาประจำโรงเรียน (หากมี) นักสังคมสงเคราะห์ (หากมี) และบุคลากรทางการแพทย์เพื่อพิจารณาการส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต

2. สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก เช่น

- ทำบันทึกข้อตกลง (MOU) กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งประสานความร่วมมือร่วมกับหน่วยงาน ที่ดูแลเด็กและเยาวชน
- จัดอบรมให้ครูและบุคลากรเกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อ ให้ครูและผู้ปกครองเข้าใจขั้นตอนการส่งต่อนักเรียนไปยังหน่วยบริการ เพื่อลดความกังวลของผู้ปกครองและครูเกี่ยวกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตหรือบริการด้านการบำบัดสารเสพติด

3. การอำนวยความสะดวกให้นักเรียนเข้าถึงการรักษา

- ตั้งศูนย์ประสานงานการส่งต่อในโรงเรียน โดยมีผู้รับผิดชอบหรือมีเจ้าหน้าที่ดูแลกระบวนการส่งต่อ และติดตามผล ช่วยให้ครูและผู้ปกครองเข้าใจความสำคัญของการรักษาและลดอคติต่อสุขภาพจิต
- จัดทำระบบการติดตามผล ตรวจสอบว่านักเรียนได้รับการรักษาจากหน่วยงานที่ถูกส่งต่อ ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมภายในโรงเรียนเพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง
- ให้บริการส่งต่อแบบไม่ระบุตัวตน เปิดช่องทางให้นักเรียนสามารถแจ้งปัญหาของตนเองหรือของเพื่อนได้โดยไม่ต้องเปิดเผยตัวตน

ขั้นที่ 5 การฟื้นฟูและติดตามผล (Rehabilitation & Follow-up)

เพื่อให้นักเรียนสามารถกลับมาใช้ชีวิตในโรงเรียนได้อย่างราบรื่นและป้องกันการกลับไปสู่ปัญหาเดิมการฟื้นฟูและติดตามผลที่ดีจะช่วยให้นักเรียนที่เคยมีปัญหাসุขาพจิตหรือการใช้สารเสพติดได้รับการสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ เพื่อสร้างความเข้มแข็งและป้องกันการเกิดซ้ำ

1. สนับสนุนทางจิตใจและสังคมในโรงเรียน (Psychosocial Support in School)

- จัดโปรแกรมฟื้นฟูหลังการรักษา เช่น ตั้งกลุ่มสนับสนุนสำหรับนักเรียนที่ผ่านการรักษา ด้านสุขาพจิตการบำบัดสารเสพติด หรือการใช้กิจกรรมบำบัด เช่น ศิลปะ ดนตรี กีฬา
- สร้างบรรยากาศโรงเรียนที่เป็นมิตรและสนับสนุน เช่น มีระบบพี่เลี้ยง รุ่นพี่ดูแลรุ่นน้อง เป็นต้น
- ส่งเสริมระบบพี่เลี้ยง ให้นักเรียนที่ผ่านการรักษาได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนสร้างวัฒนธรรมของโรงเรียนที่ลดการตีตรา (Stigma)
- ทำงานร่วมกับผู้ปกครองและชุมชน ให้คำแนะนำผู้ปกครองเกี่ยวกับวิธีสนับสนุนบุตรหลานที่ผ่านการรักษา จัดอบรมให้ชุมชนเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการฟื้นฟูสุขาพจิต

2. การติดตามผลและเฝ้าระวังปัญหา (Monitoring & Follow-up System)

- กำหนดแผนติดตามผลรายบุคคล (Individual Follow-up Plan) ติดตามนักเรียนที่ผ่านการรักษาหรือบำบัดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ร่วมไปกับการใช้แบบประเมินภาวะสุขาพจิตและพฤติกรรม เพื่อดูแนวโน้มการฟื้นฟู
- เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเกิดซ้ำ โดยครูและเพื่อนช่วยสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนสัญญาณเตือน ที่จะเกิดปัญหาซ้ำ ให้มีการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว
- ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยนักเรียนสามารถเข้าพบนักจิตวิทยาประจำโรงเรียน (หากมี) หรือครูแนะแนว ของโรงเรียนได้ตามต้องการ
- มีช่องทางสำหรับขอความช่วยเหลือในกรณีที่เด็กนักเรียนไม่ต้องการเปิดเผยตัวตน

3. การป้องกันการกลับไปสู่ปัญหาเดิม (Relapse Prevention Program)

- ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีจัดการกับความเครียดและอารมณ์ เช่น สอนเทคนิคการจัดการความเครียด การฝึกหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- เสริมสร้างแรงจูงใจให้นักเรียนมีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจน เช่น จัดกิจกรรมแนะแนวอาชีพหรือเป้าหมายชีวิตหรือส่งเสริมให้นักเรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมเชิงบวก อาสาสมัคร กิจกรรมกีฬา
- ให้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการกลับไปเสพสารเสพติด เชื่อมโยงนักเรียนเข้ากับกลุ่มสนับสนุนทางสังคม และหลีกเลี่ยงให้กลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาเดิม

ใบกิจกรรมที่ 2.1

ฝึกทบทวนชุมชนในกระบวนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน เพื่อป้องกันปัญหาสารเสพติด

กิจกรรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	ดำเนินการแล้ว (2)	ดำเนินการแล้ว แต่ยังต้อง ปรับปรุง (1)	ยังไม่มี ดำเนินการ (0)
1. การเสริมสร้างความรู้สึกลดภัยในชุมชน			
1.1 สร้างมาตรการป้องกันปัญหาสารเสพติดในชุมชน ตัวอย่างกิจกรรม การสร้างความร่วมมือในชุมชนจากหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสร้าง มาตรการป้องกันอันตรายที่จะเกิดจากปัญหาสารเสพติดทั้งชีวิต สุขภาพ สังคม เช่น • ชุมชนปลอดยาเสพติด (Drug-free zones) เน้นลดพื้นที่ เสี่ยงต่อการขายและใช้ • การสร้างช่องทางร้องทุกข์แบบไร้ตัวตน แจ้งเหตุ แจ้งจุด เสี่ยงในชุมชน			
1.2 ส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและ ครอบครัวเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดและการบำบัด รักษา ตัวอย่างกิจกรรม • สื่อสารเกี่ยวกับศูนย์ให้การช่วยเหลือ หรือ สายด่วนสำหรับ การให้คำปรึกษาและการส่งต่อ • ส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะการปฏิเสธและการขอความ ช่วยเหลือในโรงเรียนและสื่อต่าง ๆ ในชุมชน • การให้ความรู้กฎหมายคุ้มครองชุมชนต่อปัญหาสารเสพติด • ส่งเสริมทักษะในการเจรจาต่อรองเพื่อช่วยเหลือคนในชุมชน			

กิจกรรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	ดำเนินการแล้ว (2)	ดำเนินการแล้ว แต่ยังต้อง ปรับปรุง (1)	ยังไม่มี การดำเนินการ (0)
1.3 สร้างพื้นที่ปลอดภัยในชุมชน ตัวอย่างกิจกรรม - ส่งเสริมให้มีกิจกรรมสร้างสรรค์หรือพื้นที่สร้างสรรค์ในชุมชน - การปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน/ครอบครัวที่ลดโอกาสในการกลับไปเสพยา เช่น ปรับปรุงภูมิทัศน์จุดอับ จุดซ่อนเร้น จุดที่แหล่งมั่วสุม การทบทวนความสะอาด ปลอดภัย ความสว่างของพื้นที่สาธารณะ เป็นต้น - X-ray พื้นที่ปัญหาเสพยาเสพติดและบุคคล (ครอบครัว) กับพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด			
2. การสร้างความรู้สึกสงบ (Promote Calming)			
2.1 คัดกรองและช่วยเหลือประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาเสพยาเสพติดและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ ตัวอย่างกิจกรรม - สร้างระบบคัดกรอง/เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มใช้ - คัดกรองและเฝ้าระวังจากประวัติการติดยาเสพติด ในครอบครัว (Family history) ประวัติปัญหาสุขภาพจิต ในครอบครัว (Mental Health Problems) และ ประสบการณ์ร้ายแรงในชีวิต (Life/abuse experiences)			
2.2 ส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพจิตตนเองและครอบครัว ตัวอย่างกิจกรรม - จัดการฝึกอบรมหรือกิจกรรมสื่อสารความรู้ในชุมชน เกี่ยวกับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษาให้กับประชาชนทุกระดับ - จัดฝึกอบรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตัวกระตุ้นด้านอารมณ์และการจัดการภาวะเครียด			

กิจกรรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	ดำเนินการแล้ว (2)	ดำเนินการแล้ว แต่ยังต้อง ปรับปรุง (1)	ยังไม่มี ดำเนินการ (0)
2.3 สื่อสารข่าวสารที่ถูกต้องมาจากแหล่งที่เชื่อถือได้อย่าง สม่ำเสมอโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและวัฒนธรรม ตัวอย่างกิจกรรม การบูรณาการกิจกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อวัฒนธรรม ในชุมชนเพื่อเผยแพร่ข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหา ยาเสพติด อย่างสม่ำเสมอ			
3. การสร้างความหวัง (Promote Hope)			
3.1 ให้การดูแลฟื้นฟูทางสังคมและจิตใจแก่ผู้ติดสารเสพติด ตัวอย่างกิจกรรม - จัดบริการดูแลทางสังคมจิตใจและเชื่อมโยงทรัพยากร เพื่อบำบัดฟื้นฟูแก่ผู้มีปัญหาเสพติด - จัดกิจกรรม CBTx ร่วมกับสถานบริการใกล้ชุมชน - จัดกิจกรรมช่วยเหลือ Social support group นำผู้ที่เลิก ได้มาช่วยเหลือกลุ่มที่อยู่ในระบบบำบัด			
3.2 สนับสนุนด้านเศรษฐกิจท้องถิ่น ตัวอย่างกิจกรรม สนับสนุนการจ้างงานและโอกาสทางสังคมและเศรษฐกิจให้ แก่ประชาชนและกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มติดยาเสพติด			
3.3 สร้างขวัญและกำลังใจในชุมชน แบ่งปันประสบการณ์ ตัวอย่างกิจกรรม - จัดกิจกรรมแบ่งปันประสบการณ์และสร้างขวัญกำลังใจ ในชุมชน - จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนและยกย่องผู้ที่เคยติดสารเสพติด แต่เข้ารับการบำบัดรักษาจนหายดีให้เป็นผู้กล้าหาญของ ชุมชน - การสร้างบุคคลต้นแบบ			

กิจกรรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	ดำเนินการแล้ว (2)	ดำเนินการแล้ว แต่ยังต้อง ปรับปรุง (1)	ยังไม่มี ดำเนินการ (0)
3.4 สร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตัวอย่างกิจกรรม จัดบริการสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษายาเสพติด ให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย ราคาไม่แพง และไวใจได้			
4. การสร้างความรู้สึกร่วมกันและดูแลกันในชุมชน (Promote Care)			
4.1 ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและคนที่รัก ตัวอย่างกิจกรรม - จัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว - กิจกรรมเยี่ยมบ้านครอบครัวที่มีปัญหาเสี่ยง/เสพติด - ส่งเสริมการฟังและการสนทนาเชิงบวกในครอบครัว			
4.2 ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน ตัวอย่างกิจกรรม - จัดประชุมหรือกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน - กิจกรรมแบ่งปันของใช้ในชุมชนช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน - กิจกรรมกีฬาสามัคคีชุมชน - กิจกรรมทางศาสนา/วัฒนธรรม			
4.3 การสร้างความเข้าใจและให้โอกาสในชุมชน ตัวอย่างกิจกรรม - กิจกรรมสื่อสารลดการตีตราผู้ติดสารเสพติดในชุมชน - สื่อสารเตรียมชุมชนร่วมกับการทำ CBTx ส่งเสริมให้โอกาสผู้ที่ติดยาเสพติดและกลุ่มเสี่ยงได้กลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติ ไร้ซึ่งการตีตรา			

แผนการสอนที่ 3

ระบบข้อมูลและการรายงานผล

30 นาที

วัตถุประสงค์

1. อธิบายขั้นตอนการไหลของระบบข้อมูลสุขภาพจิตและสารเสพติดตาม Patient Journey
2. อธิบายบทบาทของ 3 หมอและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องในการรายงานข้อมูล และแนวทางการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

สาระสำคัญ

กระบวนการจัดการข้อมูลในงานสุขภาพจิตและสารเสพติดโดยใช้หลัก Patient Journey ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกันและเฝ้าระวังในชุมชน ไปจนถึงการคัดกรอง ประเมินการบำบัดรักษาและการติดตามรายงานผล รวมถึงการนำข้อมูลที่มีไปใช้ประโยชน์ โดยมีบทบาทของ 3 หมอ เป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วย

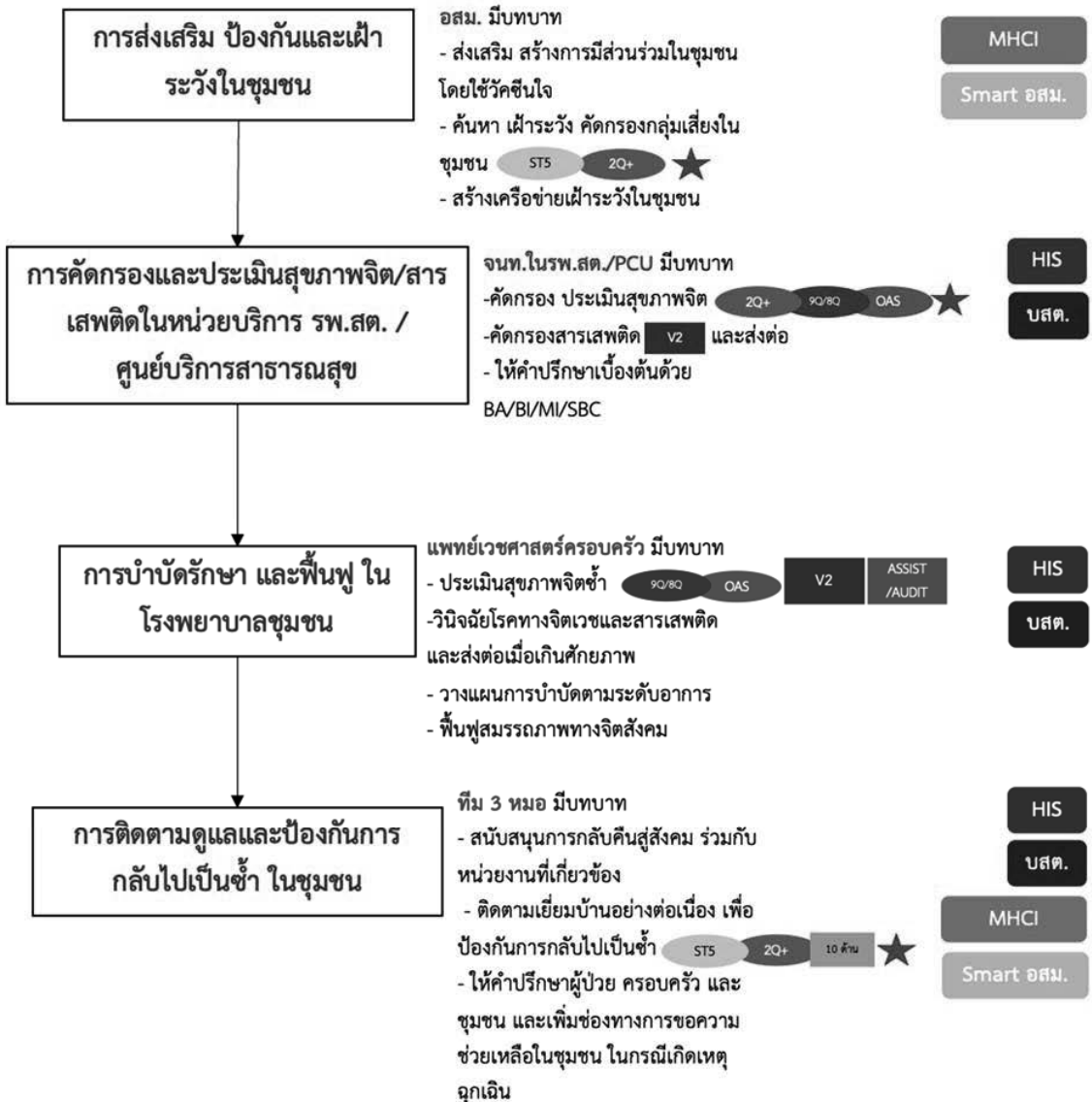
กิจกรรม

- 15 นาที บรรยาย Data Flow งานสุขภาพจิตและสารเสพติด ตาม Patient Journey (ใบความรู้ที่ 3.1)
- 10 นาที บรรยาย การรายงานข้อมูล (ใบความรู้ที่ 3.1)
- 5 นาที สรุป และอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นร่วมกัน

ใบความรู้ที่ 3.1

ขั้นตอน

การรายงานข้อมูล



หมายเหตุ

ST5 แบบประเมินความเครียด (5 ข้อ)

2Q+ 2Q+ แบบประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

9Q/8Q 9Q แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม

8Q 8Q แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม

OAS แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

★ 5 สัญญาณเตือน ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดคนเดียว เทียวหวาดระแวง

10 ด้าน แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน

V2 แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บค.กสธ.)

ASSIST/AUDIT -แบบประเมินพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST) -ประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT)

➤ Data Flow งานสุขภาพจิตและสารเสพติด ตาม Patient Journey (บทบาท 3 หมอ)

ขั้นตอน	กระบวนการ	บทบาท 3 หมอ	เครื่องมือ	การรายงานข้อมูล
1. การส่งเสริมป้องกันและเฝ้าระวังในชุมชน	- ส่งเสริม สร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยใช้วัคซิ่นใจมาเป็นเครื่องมือในการทบทวนชุมชน และสร้างแผน/แนวทางในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด และให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและสารเสพติดในแต่ละกลุ่มวัยเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด - อสม. ค้นหา เฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนตามกลุ่มวัย เช่น - กลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว มีปัญหาการเรียน - กลุ่มผู้สูงอายุ ตึตบ้านตึตเตียง หรืออยู่ตามลำพัง - กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตเดิม - สร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในชุมชน (ทีม 3 หมอ ร่วมกับแกนนำชุมชน อปท.)	- อสม., แกนนำในชุมชน ทำหน้าที่คัดกรอง, เฝ้าระวัง และให้ความรู้ในชุมชน - ดึงเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยใช้วัคซิ่นใจในชุมชนเพื่อให้เกิดมาตรการด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดร่วมกันในชุมชน	- แบบคัดกรองสุขภาพจิต: แบบคัดกรองความเครียด (ST-5) และแบบคัดกรองซึมเศร้า (2Q+) - 5 สัญญาณเตือนอาการทางจิตเสี่ยงก่อความรุนแรง - วัคซิ่นใจในชุมชน 4 สร้าง 2 ใช้	รายงานแนวโน้มปัญหาในพื้นที่ ผ่าน - Mental Health Check In - แอปพลิเคชัน Smart อสม.
2. การคัดกรองและประเมินสุขภาพจิต/สารเสพติดในหน่วยบริการ รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข	- จนท.ในรพ.สต./PCU คัดกรอง ประเมินสุขภาพจิตและสารเสพติดที่ รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข/ ศูนย์คัดกรองตามประมวลกฎหมายยาเสพติด - คัดกรองสุขภาพจิต 2Q 9Q 8Q - ประเมินระดับความรุนแรงด้วย OAS/ 5 สัญญาณเตือน - ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในพื้นที่ ตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดในเขตสุขภาพฯ - กรณีมีกลุ่มคลั่งอาระวาด และมี 5 สัญญาณเตือนฯ นำส่งห้องฉุกเฉิน รพ.ในพื้นที่ (จัดการภาวะฉุกเฉิน) และส่งต่อไปยังจิตแพทย์ - กรณีไม่มีอาการทางจิต สามารถประเมินพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (บคก.กสธ V2) และดำเนินการส่งไปบำบัดรูปแบบ CBTx	จนท.ในรพ.สต./PCU ทำหน้าที่คัดกรอง ประเมิน และให้คำปรึกษาเบื้องต้น	- แบบคัดกรองสุขภาพจิต (2Q 9Q 8Q, 5 สัญญาณเตือน, OAS) - แบบประเมินระดับการใช้สารเสพติด (บคก.กสธ. V2)	- Mental Health Check In - โปรแกรมระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ (HIS) - ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

ขั้นตอน	กระบวนการ	บทบาท 3 หมอ	เครื่องมือ	การรายงานข้อมูล
	3. จนท.ในรพ.สต./PCU ให้คำปรึกษาเบื้องต้นด้วย BA/BI/MI/SBC ตามกลุ่มวัย และบันทึกการให้คำปรึกษา			
3. การบำบัดรักษา และฟื้นฟูในโรงพยาบาลชุมชน	1. แพทย์ประเมินสุขภาพจิตซ้ำ และประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย 2. วินิจฉัยโรคทางจิตเวชและสารเสพติด วางแผนการบำบัดตามระดับอาการ โดยรักษาด้วยยาหรือส่งต่อนักจิตวิทยาบำบัดจิตสังคม (CBT, Motivational Interviewing) **กรณีเกินศักยภาพ รพช. ส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เหมาะสม (ส่งไป รพ. ที่มีจิตแพทย์ตามแนวทางการส่งต่อในเขตสุขภาพ, ส่งต่อไปยังสถานบำบัดตามประมวลกฎหมาย) 3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม: วางแผนให้การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน	- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวบำบัดรักษาทางการแพทย์ - ทีม รพช. เช่น นักจิตวิทยาบำบัดจิตสังคม, นักสังคมสงเคราะห์ วางแผนให้การสนับสนุนทางสังคม - ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ในชุมชน เช่น ท้องถิ่น, มหาดไทย, พัฒนาสังคม เป็นต้น	- แบบคัดกรองสุขภาพจิต (9Q 8Q, OAS) - แบบประเมินระดับการใช้สารเสพติด (บกค.กสร. V2, ASSIST, AUDIT)	รายงานการบำบัดรักษา ผ่าน - โปรแกรมระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ (HIS) - ระบบข้อมูลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)
4. การติดตามดูแลและป้องกันการกลับไปเป็นซ้ำในชุมชน	1. ทีม 3 หมอเตรียมชุมชน และสนับสนุนการกลับคืนสู่สังคม ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ พมจ. แรงงานจังหวัด การศึกษาจังหวัด ฯลฯ เพื่อสนับสนุนสวัสดิการต่างๆ เช่น อาชีพ การศึกษา ที่อยู่อาศัย เป็นต้น 2. ทีม 3 หมอติดตามผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายโดยการเยี่ยมบ้านและติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับไปเป็นซ้ำ 3. ให้คำปรึกษาผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อป้องกันการกลับไปเป็นซ้ำ และเพิ่มช่องทางการขอความช่วยเหลือในชุมชน ในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน	ทีม 3 หมอ ทำหน้าที่ติดตามและสนับสนุนการฟื้นฟูต่อเนื่องในชุมชน	- แบบคัดกรองสุขภาพจิต ST-5 และ 2Q+ - แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน	รายงานผลของการบำบัดและติดตามเยี่ยมบ้านผ่าน - โปรแกรมระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ (HIS) - ระบบข้อมูลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

➤ การรายงานข้อมูล

ปัจจุบันมีการพัฒนาการรายงานข้อมูลในการให้คำปรึกษาเบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิใน 43 แห่ง มาตรฐานด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) โดยแต่ละหน่วยบริการสามารถบันทึกการให้บริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ (Special PP) ให้ตรงกับลักษณะของการให้คำปรึกษา:

คำอธิบายรหัส

- 1B040 สำหรับการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (MI)
- 1B041 สำหรับการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (SBC)

ข้อมูลที่สำคัญในกระบวนการดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด

1. ข้อมูลของผู้รับบริการ เช่น อายุ เพศ ที่อยู่ อาชีพ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์แนวโน้มและปัจจัยเสี่ยง
2. ข้อมูลการคัดกรองและประเมินสุขภาพจิต/สารเสพติด เช่น ผลแบบคัดกรอง ST-5, 2Q, 9Q, V2, OAS และระดับความรุนแรงของอาการ
3. ข้อมูลการวินิจฉัย รักษา ติดตามและฟื้นฟู การวินิจฉัยทางจิตเวช การเข้ายา การรักษาทางจิตสังคม (MI/SBC) แนวทางการบำบัด รายละเอียดเกี่ยวกับการนัดหมาย การติดตามเยี่ยมบ้าน และความต่อเนื่องของการรักษา
4. ข้อมูลการใช้บริการและพฤติกรรมสุขภาพและข้อมูลเชิงสถิติ อัตราการเข้ารับบริการ การปฏิบัติตามแผนการรักษา สถิติผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด การกระจายของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มต่าง ๆ
5. ข้อมูลความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน การส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ ระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลร่วมระหว่างภาคสาธารณสุขและภาคสังคม

เหตุผลที่ข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญ

1. สนับสนุนการดูแลแบบองค์รวม เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้งกายและจิต
2. ช่วยให้การวินิจฉัย รักษา และติดตามมีประสิทธิภาพ ช่วยให้สามารถวินิจฉัยและออกแบบแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม สามารถติดตามและป้องกันการกำเริบซ้ำ หรือการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ รวมถึงช่วยให้สามารถเฝ้าระวังและติดตามผลลัพธ์ของการบำบัดได้
3. ใช้ในการวางแผนเชิงนโยบาย ทำให้สามารถกำหนดนโยบายที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในพื้นที่นั้นๆ หรือในระดับประเทศได้ โดยเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงมหาดไทย, กระทรวงยุติธรรม, ป.ป.ส. เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลร่วมกัน รวมถึงช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการและการบริหารจัดการทรัพยากร เช่น จัดสรรงบประมาณ การกระจายบุคลากร ฯลฯ

แผนการสอนที่ 4

อสม. (หมอ 1)

3 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

อธิบายบทบาทของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชนในชุมชนร่วมกับทีม 3 หมอ รวมถึงเป้าหมาย ความรู้สุขภาพจิตที่จำเป็นที่ อสม. ควรต้องรู้ในการดูแลจิตใจประชาชน เช่น สุขภาพจิตตามกลุ่มวัย การเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น รวมถึงเทคนิคการให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น

สาระสำคัญ

อสม. ถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลประชาชน โดยอสม. ที่มีมากกว่า 1 ล้านคนทั่วประเทศ มีความใกล้ชิดและเข้าใจประชาชนในชุมชนเป็นอย่างดีถือเป็นกลไกสำคัญที่จะส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด ตลอดจนการให้บริการดูแลด้านสุขภาพจิตไปถึงประชาชนทั่วทั้งประเทศ เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดี ลดความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด ตลอดจนเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มป่วย พร้อมทั้งทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ติดสารเสพติดอย่างต่อเนื่องในชุมชน

กิจกรรม

- 15 นาที บรรยาย บทบาทของ อสม. และทีม 3 หมอ ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน (ใบความรู้ที่ 4.1)
- 45 นาที บรรยาย ความรู้สุขภาพจิตตามกลุ่มวัย และแนวปฏิบัติของอสม. ในการดูแลช่วยเหลือ (ใบความรู้ที่ 4.2)
- 45 นาที บรรยายและฝึกปฏิบัติ ทักษะที่สำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. (ใบความรู้ที่ 4.3 และใบงานที่ 4.1)
- 60 นาที บรรยายและฝึกปฏิบัติ การปฐมพยาบาลทางใจ (3ส) (ใบความรู้ที่ 4.3 และใบงานที่ 4.2)
- 15 นาที สรุป และอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นร่วมกัน

ใบความรู้ที่ 4.1

บทบาท อสม. และทีม 3 หมอ

ปัจจุบันการดูแลสุขภาพประชาชนโดยเน้นไปที่การดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานพยาบาลไม่ใช่คำตอบของระบบสาธารณสุขที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพกายและใจที่ดีอีกต่อไปการดูแลสุขภาพเชิงรุกที่เข้าถึงประชาชนได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุมในชุมชนจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญของการเสริมสร้างการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน

ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายสำคัญ ผ่านกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิให้ทีม 3 หมอซึ่งประกอบไปด้วยหมอที่ 1 หมอประจำบ้าน หรือ อสม. หมอที่ 2 หมอสาธารณสุขหรือบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหมอที่ 3 หมอประจำครอบครัวหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สามารถให้การดูแลสุขภาพประชาชนคนไทยได้ครอบคลุมไม่น้อยกว่า 30 ล้านคนทั่วประเทศตามแนวคิด “คนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว” เพื่อให้ประชาชนสามารถได้รับการดูแลช่วยเหลือและเข้าถึงบริการทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต ครอบคลุมในมิติส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา

ในขณะที่ปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช และการใช้สารเสพติดเป็นประเด็นสำคัญในสังคมไทย ดังนั้นการส่งเสริมให้ทีม 3 หมอมีความรู้ มีศักยภาพ และสามารถเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด จึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ทีม 3 หมอสามารถเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย และให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที โดยเฉพาะการเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและเข้าใจบริบท ปัญหาของประชาชนในชุมชนมากที่สุด ให้ อสม. มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพจิต จะช่วยให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลักสูตรนี้จึงออกแบบมาเพื่อให้ อสม. เข้าใจบทบาทของตนเอง พร้อมทั้งมีความรู้และทักษะที่จะจำเป็นในการทำงานร่วมกับทีม 3 หมอ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในชุมชน

บทบาทของทีม 3 หมอในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) : หมอ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคคลสำคัญ และเป็นคนในพื้นที่ที่มีความใกล้ชิดกับชุมชน

1. ค้นหา เฝ้าระวัง คัดกรอง ผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด
2. ให้คำแนะนำ คำปรึกษาช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อผู้ที่มีความทุกข์ใจหรือมีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตไปยังหน่วยบริการสุขภาพ

3. ร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การให้ความรู้และการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในชุมชน
4. สนับสนุนครอบครัวและบุคคลที่เผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ให้มีกำลังใจและรู้วิธีในการดูแลตนเอง
5. ติดตามผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช และสารเสพติดที่กลับมาอยู่ในชุมชนในเรื่องการกินยาต่อเนื่อง การไปพบหมอตามนัด รวมถึงการดูแลตนเอง และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน
6. ทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด

บทบาทของบุคลากร รพ.สต. : หมอ 2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคคลสำคัญในการติดตามเยี่ยมบ้าน ประสานช่วยเหลือ ผู้ป่วยในชุมชน และส่งต่อสู่กระบวนการรักษาในโรงพยาบาล

1. การคัดกรอง หรือประเมินปัญหาสุขภาพจิตให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตที่มารับบริการในรพ.สต./PCU หรือจากที่ อสม.ส่งต่อมาให้
2. วิเคราะห์สาเหตุปัจจัยทางครอบครัว สังคมที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย เพื่อให้เห็นภาพความจำเป็นในการช่วยเหลือที่ครอบคลุมทุกด้าน
3. การดูแล ช่วยเหลือและให้คำแนะนำ กลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช และสารเสพติด รวมถึงสมาชิกในครอบครัว
4. การติดตาม เฝ้าระวัง และส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช และสารเสพติดอย่างต่อเนื่องในชุมชน
5. ประสานความร่วมมือในการเข้ามาร่วมช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยกับหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ตามประเด็นปัญหาทางครอบครัว สังคมที่พบ

บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมรพช.: หมอ 3 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีม เจ้าหน้าที่ รพช. เป็นบุคคลสำคัญ ในการบูรณาการงานสุขภาพจิตปฐมภูมิ ให้ประชาชนเข้าถึงบริการและติดตามต่อเนื่อง

1. การวางแผนระบบการให้ดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช และสารเสพติดอย่างต่อเนื่องในชุมชน
2. วินิจฉัยและรักษาเบื้องต้นปัญหา โรค/ปัจจัยเสี่ยงใน ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช และสารเสพติดรวมทั้ง ลดปัญหาโรค/ปัจจัยเสี่ยงในครอบครัว ชุมชน
3. การให้คำแนะนำ ป้องกัน ดูแล ติดตาม ในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งกระตุ้น การตระหนักรู้ความเข้าใจในการดูแล ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช และสารเสพติด ในครอบครัว ชุมชน
4. การติดตาม เฝ้าระวัง และส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช และสารเสพติด ทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ไปรับบริการเฉพาะทาง ตามความเหมาะสม

ใบความรู้ที่ 4.2

ความรู้สุขภาพจิตที่จำเป็นตามกลุ่มวัย

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต

เมื่อกล่าวถึงสุขภาพจิต คนส่วนใหญ่อาจเข้าใจผิดว่าเป็นเรื่องของโรคจิต คนบ้า หรือคนปัญญาอ่อนเท่านั้น ซึ่งแท้จริงแล้วสุขภาพจิตไม่ใช่เรื่องไกลตัว แต่เป็นเรื่องของทุกคนที่อยู่ร่วมกันในชุมชน และอยู่ในวิถีชีวิตของเราทุกคน เพราะสุขภาพจิต หมายถึง สภาพจิตใจที่ดีและมีสมรรถภาพในเรื่องดังนี้

1. การรู้จักอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างสงบสุข คือ เข้าใจผู้อื่น เข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล สามารถสร้างมิตรกับผู้อื่นและรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น ๆ ได้อยาวนาน
2. การรู้จักปรับตัว คือ มีความสามารถในการเผชิญปัญหาอุปสรรคต่างๆ และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม
3. การรู้จักปรับใจ คือ การรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง รู้จักประคับประคองจิตใจในยามที่ประสบปัญหาและรู้จักหาความสุข ในทางที่เหมาะสม

ดังนั้นสุขภาพจิตจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนทุกคนในสังคม ทุกกลุ่มวัย ทุกกลุ่มอาชีพ อสม. ที่มีบทบาทดูแลคนในชุมชนจึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับคนทุกคนในชุมชนเพื่อให้สามารถดูแลด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนได้

ความรู้สุขภาพจิตที่จำเป็นตามกลุ่มวัย

1. **เด็กปฐมวัย (แรกเกิด-5 ปี)** ช่วงอายุของเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 5 ปี เรียกว่า “ช่วงวัยทองของชีวิต” เด็กจะมีการเจริญเติบโตของสมองและร่างกายมากที่สุด ถ้าเด็กได้รับการเลี้ยงดูที่ดี ได้รับความอบอุ่นและถูกต้องตามวัย เด็กจะมีพัฒนาการที่ดีมีความฉลาด และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ดังนั้นแม่ที่มีสุขภาพจิตดี พ่อและสมาชิกในครอบครัว ครู ผู้เลี้ยงดูเด็กควรมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี จะสามารถเลี้ยงและส่งเสริมพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จุดเน้น: ภาวะซึมเศร้าของแม่ระหว่างตั้งครรภ์/หลังตั้งครรภ์/ความเครียดและกังวลของแม่/พัฒนาการของเด็กปฐมวัย

แนวปฏิบัติเบื้องต้นของอสม.: อสม.สามารถสังเกตและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของแม่ตั้งครรภ์ แม่หลังคลอด, ให้กำลังใจ หมั่นมาเยี่ยม ถามสารทุกข์สุกดิบ แสดงความห่วงใย, สังเกตพัฒนาการของเด็กปฐมวัย แนะนำกระตุ้นให้ผู้ปกครองพาเด็กไปคัดกรองพัฒนาการที่ รพ.สต.ในพื้นที่

ดังนั้น อสม. ควรสนับสนุนผู้ปกครองในการสร้างความรู้สึกลดภัยและอบอุ่นให้กับเด็ก และการเลี้ยงลูกเชิงบวก ทำกิจกรรมเสริมสร้างพัฒนาการ เช่น การกินนมแม่ กินอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน การกอด การเล่น การเล่านิทาน การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในครอบครัว และหากพบเด็กคนไหนมีความเสี่ยงเรื่องพัฒนาการล่าช้า หรือมีปัญหาพฤติกรรม อสม.ควรชักชวนให้ผู้ปกครองพาเด็กไปประเมินอย่างละเอียดอีกครั้งที่รพ.สต./PCU ใกล้บ้าน

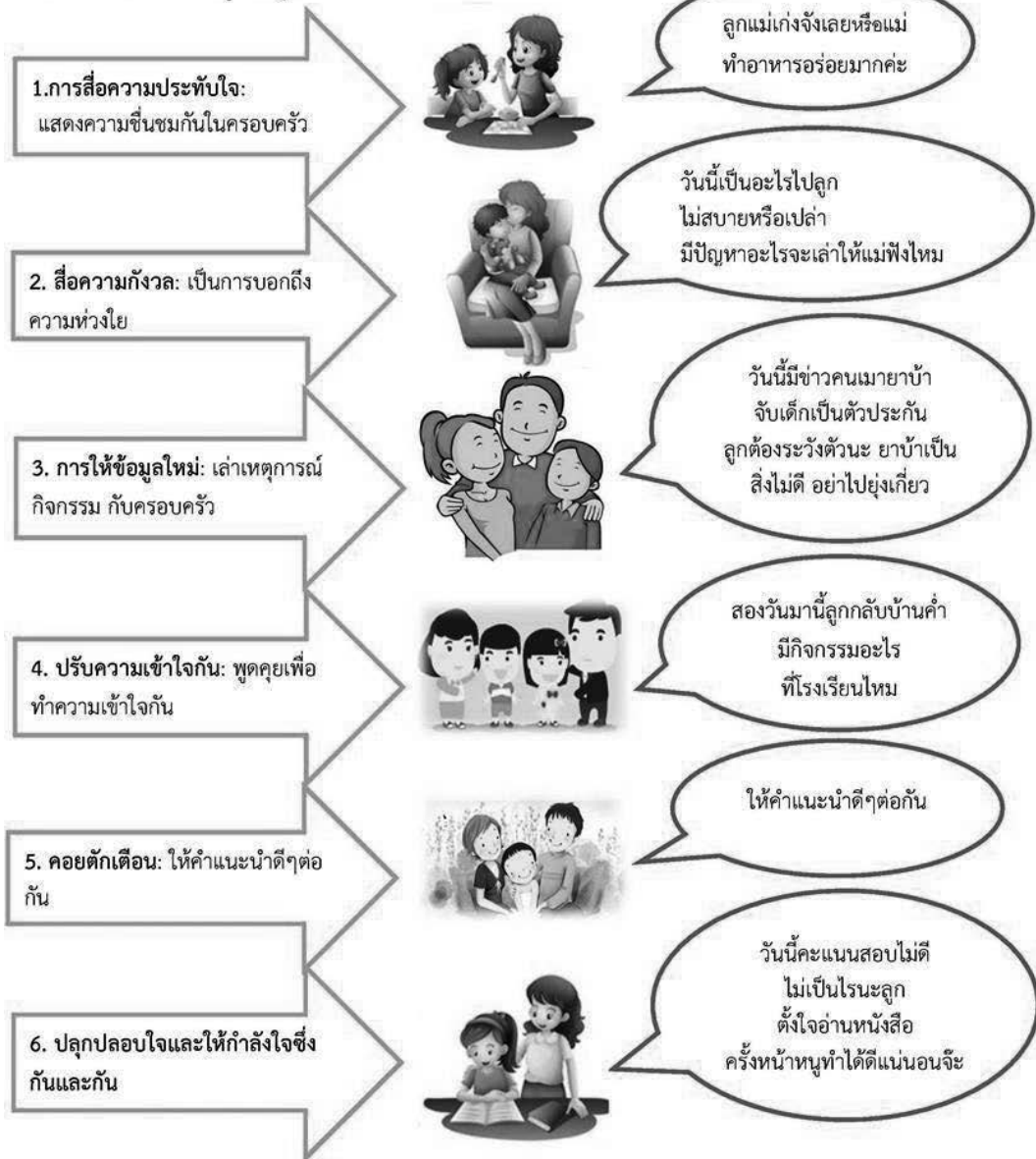
2. เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น วัยนี้จะเป็นช่วงที่ต้องออกไปเจอสังคมนอกบ้าน มีกลุ่มเพื่อน มีสังคมเป็นของตนเอง อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่ค่อนข้างมากและชัดเจน วัยเรียนวัยรุ่นจึงเป็นช่วงรอยต่อระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ ที่จะต้องเตรียมความพร้อมทั้งทักษะและความรู้ในการเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ขณะที่ปัจจุบันมีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจิตมากมาย เช่น แรงกดดันจากการเรียน ปัญหาครอบครัว และสื่อสังคมออนไลน์ ล้วนส่งผลต่อสุขภาพจิตของกลุ่มวัยเรียน วัยรุ่นเป็นอย่างมาก การแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่เหมาะสม มีความสำคัญต่อ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีต่อไป

จุดเน้น: การส่งเสริมให้ไม่มีปัญหาการแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์ หรือพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้สารเสพติด การดื่มสุรา การมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว ขี้โมโห ไม่มีสมาธิ ขนมากกว่าปกติ เป็นต้น

แนวปฏิบัติเบื้องต้นของอสม.: อสม. ต้องสร้างให้เด็กวัยเรียน วัยรุ่นนี้เห็นคุณค่าในตัวเอง และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับกลุ่มนี้ได้ด้วยการแนะนำการเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง การบริหารอารมณ์ และทักษะการแก้ปัญหา การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดและการใช้สื่ออย่างเหมาะสม ตลอดจนการช่วยเฝ้าระวัง หมั่นสังเกต วัยเรียน วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือมีปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น โกรธ โมโหง่าย เพื่อบำบัดหรือร่วมกับผู้ปกครอง แนะนำเกี่ยวกับการสื่อสารทางบวกระหว่างพ่อแม่กับลูกวัยเรียน วัยรุ่น และส่งเสริมให้กลุ่มวัยเรียน วัยรุ่นได้มีพื้นที่สร้างสรรค์ พื้นที่ปลอดภัย ที่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชน

สื่อสารเชิงบวก สื่อสารสร้างสรรค์เพื่อสร้างสัมพันธ์ในครอบครัว

วิธีการสื่อสารกับลูกวัยรุ่น



แผนภาพแสดงเทคนิคที่ผสมผสานสามารถให้คำแนะนำวิธีการสื่อสารของพ่อแม่ที่มีลูกวัยรุ่น

3. วัยทำงาน เป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญมากที่สุดช่วงหนึ่งของชีวิตคือช่วงวัยของ การทำงาน ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ต้องอาศัยร่างกายแรงใจในการหาเลี้ยงชีพและครอบครัว เป็นช่วงวัยที่มีบทบาทสำคัญต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ แต่ในการทำงาน นั้นก็มักจะพบกับสิ่งคุกคามสุขภาพหลากหลายแตกต่างกันในแต่ละอาชีพ ทั้งที่รู้ตัว และไม่รู้ตัว วัยนี้จึงเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพทางจิตใจได้มาก เช่น ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า จากปัญหาครอบครัว หนี้สิน หรือปัญหาส่วนตัวอื่นๆ อีกทั้งประชากรวัยทำงานยังเป็นกลุ่มคนที่มีการฆ่าตัวตายสูงที่สุดอีกด้วย

จุดเน้น: การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และในชุมชน, ความเครียดจากปัจจัยต่างๆ เช่น การทำงาน รายได้ สุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว, ภาวะซึมเศร้า ทุกข์ใจ, การใช้สารเสพติด และวิธีการปรับตัวที่เหมาะสม

แนวปฏิบัติเบื้องต้นของอสม.: อสม. สามารถช่วยประชาชนวัยทำงานที่อยู่ในชุมชนได้ เช่น การเยี่ยมบ้าน สังเกตคนที่มีความทุกข์ใจ การให้กำลังใจ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดสมดุลชีวิต การออกกำลังกาย และการบริหารความเครียด รวมถึงการเฝ้าระวัง สังเกตสัญญาณเตือนความเสี่ยง ปัญหาสุขภาพจิต สามารถใช้เครื่องมือคัดกรองทางด้านสุขภาพจิต เช่น แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าฆ่าตัวตาย (2Q+) หากพบคนที่มีความทุกข์ใจในชุมชน อสม.จะมีบทบาท สำคัญในการพูดคุยช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น ตลอดจนส่งต่อให้กับบุคลากร ในสถานพยาบาล/รพ.สต./ PCU เข้ามาให้บริการช่วยเหลือต่อไป

ประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน ST-5

ประเมินโดยให้คะแนน 0 - 3 ที่ตรงกับความรู้สึก

คะแนน 0 หมายถึง แทบไม่มี

คะแนน 1 หมายถึง บางครั้งครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง บ่อยครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2 – 4 สัปดาห์	คะแนน			
		0	1	2	3
1.	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2.	มีสมาธิน้อยลง				
3.	หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ				
4.	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5.	ไม่อยากพบปะผู้คน				

การแปลผล

คะแนน 0 - 4 เครียดน้อย

คะแนน 5 - 7 เครียดปานกลาง

คะแนน 8 - 9 เครียดมาก

คะแนน 10 - 15 เครียดมากที่สุด

เมื่อประเมินแล้วพบว่ามีความเครียดในระดับมากถึงมากที่สุด (คะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป) อสม. ควรให้คำแนะนำการจัดการความเครียด และส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คำแนะนำในการจัดการกับความเครียด

1. ผ่อนคลายตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล เช่น ออกกำลังกาย นอนพักผ่อน กินอาหารอร่อย ดูหนังฟังเพลง หรือหาคนพูดคุย เป็นต้น
2. การฝึกคลายความเครียดด้วยการฝึกหายใจ โดยหายใจเข้าช้า ๆ นับ 1 - 4 ในใจ กลั้นหายใจแล้วนับ 1 - 4 และหายใจออกช้า ๆ นับ 1 - 4
3. หลีกเลี่ยงการผ่อนคลายความเครียดที่ไม่เหมาะสม คือ “กินเหล้า เคล้านารี ฝิ่นหนั เตี้ยว มั่นกลางคืน”

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าฆ่าตัวตายด้วย 2Q+ (สามข้อคำถาม)

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่	0	1
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำ อะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่	0	1
3. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านมีความรู้สึกทุกข์ใจจนไม่อยากมีชีวิตอยู่	0	1

การแปลผล

- ถ้ามี 1 คะแนนขึ้นไป (ในข้อ 1-2) ถือว่ามีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้า อสม.ควรให้คำปรึกษาเบื้องต้น แนะนำการจัดการกับอารมณ์เศร้า และส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อไป
- ถ้ามี 1 คะแนนในข้อที่ 3 ถือว่ามีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเอง อสม.ต้องซักถามให้กำลังใจ และส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแล ประเมินอย่างละเอียดซ้ำทันที

คำแนะนำในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เสี่ยงฆ่าตัวตาย สำหรับ อสม.

- พุดคุย ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ แสดงท่าทีที่เป็นห่วงและอยากจะช่วยเหลือ
- แนะนำออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 30 นาที เช่น เดิน เร็ว วิ่ง
- ให้สร้างเสียงหัวเราะแก่ตัวเอง เช่น ดูภาพยนตร์ตลกหรืออ่านหนังสือการ์ตูน ขบขัน
- ให้ระบายอารมณ์ออกมา เช่น ตะโกน ร้องไห้ หรือเขียนความรู้สึกลงในสมุด บันทึก
- ให้มองโลกในแง่ดี ทุกปัญหาย่อมมีทางออก ทุกอุปสรรคย่อมมีโอกาส
- ส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาร่วมดูแล ประเมินความเสี่ยงอย่างละเอียดต่อไป

4. ผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มวัยที่มีลักษณะพิเศษคือ เป็นแหล่งขุมทรัพย์ความรู้ ความชำนาญที่มีคุณค่าเป็นผู้ทรงไว้ซึ่งประเพณี วัฒนธรรม และเป็นสายใยแห่งครอบครัว ทำหน้าที่เชื่อมต่อระหว่างบุคคลในช่วงวัยต่าง ๆ ได้ดี แต่ขณะเดียวกันก็มีปัญหาในด้านสุขภาพอนามัย ปัญหาด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ มากกว่าวัยอื่นๆ เพราะเป็นวัยที่การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมลง อีกทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุบางรายอาจพบโรคเรื้อรังที่เป็นมาตั้งแต่ยังอยู่ในช่วงวัยทำงานอีกด้วย นอกจากนี้การเสื่อมของสภาพร่างกายแล้ว การสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม ตลอดจนผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งต้องอยู่เพียงลำพัง ส่งผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ โดยพบว่าปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่าตัวตายภาวะซึมเศร้าและความเหงาในผู้สูงอายุ: การเฝ้าระวังอาการและแนวทางช่วยเหลือ

จุดเน้น: ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปัญหาความเครียด กังวล ไม่มีคุณค่า จากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ปัญหาสุขภาพ รายได้ หนี้สิน ลูกหลานไม่ดูแล ฯลฯ ความสามารถในการปรับตัวเผชิญปัญหาในชีวิต

แนวปฏิบัติเบื้องต้นของอสม.: เยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ให้กำลังใจ ชวนพุดคุย จะช่วยสร้างความเบิกบานใจ สดใสร่าเริง รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า, การคัดกรองด้วยแบบคัดกรองซึมเศร้าและ/หรือความเครียด

ผู้สูงอายุติดสังคม: พุดคุยทักทาย ชวนเข้าร่วมทำกิจกรรมในชุมชน ชวนทำกิจกรรมเพื่อสังคม กิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถ เช่น ปรากฏข่าวบ้าน กิจกรรมเยี่ยมบ้านกันเองโดยผู้สูงอายุ หรือให้ผู้สูงอายุไปช่วยเหลือเด็กในศูนย์ฯเด็กเล็ก

ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง: เยี่ยมบ้าน พุดคุย ให้ผู้สูงอายุได้ระบาย คอยให้กำลังใจ, ประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า และ/หรือ ความเครียดของผู้สูงอายุและญาติ, พุดคุยให้กำลังใจญาติผู้ดูแล ชักชวนญาติ ครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ประเมินและสังเกตความต้องการ การช่วยเหลือที่จำเป็นและเร่งด่วน เพื่อบอกต่อให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในการนำไปดำเนินการช่วยเหลือต่อไปกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต: เช่น การทำงานอาสาสมัคร กิจกรรมกลุ่ม และการออกกำลังกาย

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
และป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้วยกิจกรรม “ความสุข 5 มิติ”



ความสุข 5 มิติ

กิจกรรม

1. สุขสบาย ร่างกาย
แข็งแรง อาหาร
เหมาะสม

ออกกำลังกายในชุมชน และกิน
อาหารรสจัด
ลดอาหาร หวาน มัน เค็ม

2. สุขสนุก
บันเทิง รื่นเริงใจ
ร้องรำ ทำเพลง

กิจกรรมดนตรีในชุมชน
การร้องรำทำเพลง

3. สุขสง่า ภูมิใจตนเอง
แบ่งปัน สังคม

กิจกรรมช่วยเหลือผู้อื่น
เช่น จิตอาสา
การช่วยงานบุญ งานศพ

4. สุขสว่าง ความจำดี
มีเหตุผล

กิจกรรมบริหารสมอง
เช่น ขวณคิดเลขง่าย ๆ
ในใจ

5. สุขสง่า สงบข้างใน
ใจต้องนิ่ง

กิจกรรมเสริมการรับรู้และ
จัดการของอารมณ์ เช่น
นั่งสมาธิ ฟังธรรม ฝึกควบคุม
อารมณ์

ภาพ กิจกรรมสุข 5 มิติที่ อสม.สามารถประยุกต์ไปสร้างเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

5. **ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ติดสารเสพติดในชุมชน** กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและผู้ติดสารเสพติดเป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นในการได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง กลุ่มนี้หากมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจะสามารถกลับมาอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้เป็นอย่างดี สามารถทำประโยชน์และช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชนได้ อย่างไรก็ตามหากไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลให้เกิดการกำเริบของอาการ โรคจิตเวชที่ไม่ได้รับการรักษาอาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น ขณะที่ผู้ติดสารเสพติดที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือมีโอกาสกลับไปใช้สารซ้ำและเกิดปัญหาทางอาชญากรรมและสังคม

จุดเน้น: การป้องกันและลดการใช้สารเสพติดในชุมชน การเฝ้าระวัง คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตลอดจนการติดตาม ดูแลการทานยาอย่างต่อเนื่อง การไปพบหมอตามนัด และส่งเสริมชุมชนที่ช่วยกันดูแลลดปัจจัยกระตุ้น และเพิ่มพื้นที่สร้างสรรค์ในชุมชน

แนวปฏิบัติเบื้องต้นของอสม.: อสม. จึงมีบทบาทสำคัญในการติดตามดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ในชุมชน ให้ทานยาอย่างต่อเนื่อง ไปพบหมอตามหมอนัดการลดอคติ เฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจจะเกิดความรุนแรง โดยการสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงได้จาก 5 สัญญาณเตือน ได้แก่ 1) ไม่หลับไม่นอน 2) เดินไปเดินมา 3) พูดจาคนเดียว 4) หงุดหงิดฉุนเฉียว 5) เทียวหวาดระแวง และเฝ้าระวังการใช้สารเสพติดในชุมชนเพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ในชุมชนช่วยกันดูแลต่อไป

อีกทั้ง อสม.สามารถให้กำลังใจ สนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยให้พวกเขารู้สึกได้รับการดูแลและเข้าใจ ให้การสนับสนุนทางสังคม การเยี่ยมบ้านติดตามอาการของผู้ป่วยและสังเกตความเปลี่ยนแปลงที่อาจบ่งชี้ถึงปัญหาสุขภาพจิต การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงเครือข่ายการรักษาส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการที่เหมาะสม หากพบอาการรุนแรง

ใบความรู้ที่ 4.3

“การปฐมพยาบาลทางใจ (3ส)”

ทักษะที่สำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของ อสม.

เมื่อพบผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น คนที่มีความทุกข์ ความเศร้า อสม. จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้น เพื่อลดและบรรเทาความทุกข์ ความโศกเศร้า ก่อนจะส่งต่อการดูแลให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วย 3 เทคนิคการให้การปรึกษา เบื้องต้น ได้แก่

1) **ทักษะการถาม:** การถามที่ดีควรเป็นคำถามปลายเปิดที่ให้ผู้เล่าได้เล่า บรรยายความคิด ความรู้สึกและความต้องการ เช่น “ตอนนี้รู้สึกเป็นอย่างไร, คุณต้องการให้ช่วยอย่างไร” เป็นต้น การถามจะช่วยให้เล่าได้ทบทวนปัญหา ทบทวนความรู้สึก รับรู้ความต้องการของตัวเอง รวมถึงเข้าใจ ตัวเองมากยิ่งขึ้น

2) **การฟังอย่างตั้งใจ:** เป็นการตั้งใจฟังประชาชนที่มีปัญหาความทุกข์ ไม่สบายใจให้ได้เล่า ปัญหาและความต้องการ โดยเทคนิคสำคัญของการฟังนี้คือการพยายามจับประเด็นสำคัญให้ได้ว่า ผู้พูดต้องการอะไร และรู้สึกอย่างไร โดยควรเปิดโอกาสให้ผู้พูดได้เล่า ได้ระบายความรู้สึก และพยายาม ไม่พูดแทรก เทคนิคนี้จะช่วยให้ผู้พูดได้ระบายและรู้สึกผ่อนคลาย รวมถึงรับรู้ว่ามีคนที่พร้อมจะรับ ฟังปัญหาของเขา

3) **เทคนิคการให้กำลังใจ:** เป็นการพูดเพื่อให้ผู้เล่าหรือผู้ที่มีปัญหาในชุมชนรู้สึกมีกำลังใจ มีความหวัง รู้สึกว่ายังมีคนที่ห่วง การให้กำลังใจสำคัญมากสำหรับผู้ที่มีความทุกข์ ท้อแท้สิ้นหวัง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือผู้ด้อยโอกาสในชุมชน การให้กำลังใจที่ดี สามารถพูดด้วย คำชื่นชม ไม่ตำหนิตายย่น มองหาข้อดีของผู้เล่า เช่น “ฉันชื่นชมคุณนะ ที่คุณสามารถทำอะไรได้ หลายอย่าง, ฉันมั่นใจว่าคุณจะสามารถผ่านพ้นปัญหาในครั้งนี้ไปได้, ฉันเป็นกำลังใจช่วยคุณนะ หากมีอะไรอยากให้ออกมาบอกมาได้เสมอ” เป็นต้น

“การปฐมพยาบาลทางใจ (3ส)” ดูแลสุขภาพจิตประชาชนในชุมชน

1. **สอดส่อง การมองหา:** คือ “การมองหาว่าใครที่กำลังต้องการความช่วยเหลือทางจิตใจ” โดยการมองหา สังเกต และเข้าถึงผู้ที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เช่น กลุ่มวัยรุ่นที่ห้องไม่พร้อม กลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะเครียด ซึมเศร้า กลุ่มวัยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นต้น

ในการเยี่ยมบ้านของ อสม.สามารถมองหาผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ที่มี ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของตนเอง โดยการคัดกรองทางสุขภาพจิตด้วยแบบประเมินทางสุขภาพจิต

หรือการสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียงคำพูด ผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต มักจะแสดงออก เช่น ร้องไห้ บ่นทุกข์ใจ เหม่อลอย เศร้าสร้อย ฯลฯ

2. ใส่ใจรับฟัง ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น: คือ “การดูแลช่วยเหลือด้านอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกที่ตอบสนองตามความจำเป็น ณ ขณะนั้น” เป็นการดูแลด้านจิตใจคนในชุมชน ได้แก่ การบรรเทาหรือแก้ไข ปัญหา และการส่งเสริมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งการบรรเทา หรือแก้ไขปัญหา เช่น รับฟังให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ข้อคิด เตือนใจแก่คนที่ทุกข์ใจ ปลอบโยนให้กำลังใจ เยี่ยมเยียน ถามไถ่อาการ ดังตัวอย่างดังต่อไปนี้

1) การให้กำลังใจ เป็นการใช้คำพูดเพื่อให้ประชาชนรู้สึกมีกำลังใจ สามารถเผชิญปัญหา ได้ดียิ่งขึ้น เช่น เป็นกำลังใจให้นะ, เป็นห่วงนะ, ฉันเชื่อว่าเธอมีความสามารถ, หากมีอะไรให้ช่วยบอก ได้เลยนะ ฉันยินดีที่จะช่วยเหลือเสมอ เป็นต้น

2) การให้คำแนะนำเบื้องต้น เช่น การแนะนำบอกวิธีการแก้ปัญหาเบื้องต้น เช่น แนะนำ ให้ไปรับบริการ, แนะนำการผ่อนคลายความเครียด ทั้งนี้ต้องไม่ใช่การสั่งหรือตำหนิประชาชน

3) การรับฟังให้ผู้ป่วย ผู้ที่มีปัญหาได้ระบายความรู้สึก ผู้รับฟังที่ดี ต้องไม่ตัดสิน ไม่ด่วนสรุป ไม่ยึดอารมณ์และความคิดของตัวเอง และฟังอย่างตั้งใจจับประเด็นให้ได้ว่าผู้พูดมีความรู้สึก อย่างไร และต้องการความช่วยเหลืออะไร

3. ส่งต่อ เชื่อมโยง: คือ “การส่งต่อและเชื่อมประสานเพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการช่วยเหลือทางจิต สังคม” โดยการส่งต่อข้อมูลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง และได้รับการดูแลที่สูงขึ้น ตลอดจนส่งต่อและประสาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยเหลือทางด้านอื่นๆ เช่น สวัสดิการทางสังคม การช่วยเหลือเยียวยาทรัพย์สิน ฯลฯ

ขั้นตอนง่ายๆ ในการให้การช่วยเหลือด้วยหลักการปฐมพยาบาลทางใจ

1. แนะนำตัวเอง: กรณีที่ไม่รู้จักกับผู้รับการช่วยเหลือ อสม.ควรแนะนำตัวเองว่าเป็นใคร และบอกวัตถุประสงค์ว่าในการมาพูดคุยกันครั้งนี้เพื่อเข้ามาช่วยเหลือในเรื่องที่กำลังกังวลใจหรือไม่สบายใจ แต่หากเป็นคนในชุมชนที่ อสม.รู้จักอยู่แล้ว อสม.สามารถทักทาย ถามไถ่ได้ตามปกติ ที่เคยทำอยู่แล้ว

2. ถามข้อมูลเบื้องต้น: อสม.ต้องถามถึงความไม่สบายใจในขณะนั้นว่าเป็นอย่างไรบ้าง และสาเหตุของความกังวล ความไม่สบายใจนั้นมีสาเหตุมาจากอะไร ตลอดจนถามข้อมูลประกอบ เพื่อให้ อสม.สามารถให้การช่วยเหลือได้ เช่น ถามว่าเป็นใคร มาจากไหน ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เผชิญอย่างไรบ้าง ทั้งนี้อาจถามถึงเหตุการณ์/สถานการณ์ปัญหาที่ผู้รับความช่วยเหลือต้องเผชิญได้บ้างเพื่อให้ตัวอสม. เข้าใจบริบทมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามไม่ควรถามรายละเอียดมากเกินไป เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้รับความช่วยเหลือต้องหวนกลับไปคิดถึงเหตุการณ์ต่างๆ มากเกินไปซึ่งจะทำให้รู้สึกกังวลมากยิ่งขึ้น

3. ถามความต้องการ: ถามเพื่อให้รู้ว่าผู้รับความช่วยเหลือมีความกังวลใจเรื่องอะไร และต้องการความช่วยเหลือเรื่องอะไร ในบางครั้งความต้องการความช่วยเหลืออาจมีหลายอย่าง และในบางเรื่องอยู่นอกเหนือความสามารถของตัว อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ให้รวบรวมความต้องการเหล่านี้ในการตอบสนองเพื่อช่วยเหลือต่อไป

4. ตอบสนอง/ช่วยเหลือ: เมื่อรับทราบสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก รวมถึงความต้องการช่วยเหลือของผู้รับความช่วยเหลือแล้ว อสม.สามารถให้ความช่วยเหลือในส่วนที่ตนเองทำได้ทันที และประสานข้อมูล ประสานความช่วยเหลือไปยังหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ต้องการเงินเยียวยา ประสานไปทาง พม. หรือท้องถิ่น เป็นต้น

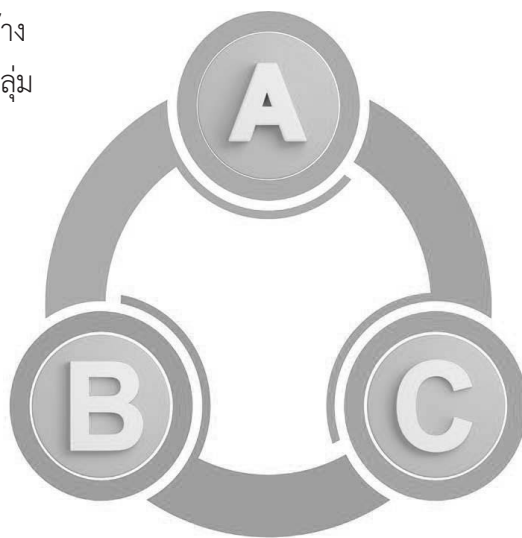
สิ่งที่ควรทำ VS ไม่ควรทำในการให้การปฐมพยาบาลทางใจ

ควรทำ	ไม่ควรทำ
- ฟังให้มากกว่าพูด (ผู้ที่มีความทุกข์ใจมักต้องการคนที่รับฟัง มากกว่าคนที่มานะแนะนำ) - ถามด้วยความสุภาพ - ใช้คำถามปลายเปิด (จะช่วยเพิ่มโอกาสในการได้ระบายความรู้สึก) - รับรู้ความรู้สึกและความเข้าใจต่อสถานการณ์ การที่ทำให้ทุกข์ไม่สบายใจ - ตอบสนองด้วยอารมณ์ปกติ - ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง (ต้องมาจากข้อมูลที่น่าเชื่อถือ) - อดทนและแสดงออกด้วยความสงบ (การแสดงอารมณ์ร่วมไปกับผู้ที่เราช่วยเหลือจะทำให้เราสูญเสียความน่าเชื่อถือ) - เปิดโอกาสให้ผู้ที่เราช่วยเหลือได้ระบายความรู้สึก - ช่วยหาแนวทางแก้ปัญหาและช่วยให้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง - ต้องมั่นใจว่าคำแนะนำเป็นวิธีที่มีความปลอดภัย ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ที่เราช่วยเหลือ	- กดดันให้พูด ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้อยากพูด (หลายคนไม่สบายใจในการพูด เราควรรอเวลาเมื่อคนๆ นั้นพร้อมที่จะพูด เราสามารถให้ช่องทางติดต่อไว้เมื่อเค้าพร้อมหรืออยากจะทำ) - ถามว่าทำไมถึงเป็นแบบนี้ (การถามลักษณะนี้อาจทำให้ผู้ที่เราช่วยเหลือรู้สึกว่าเป็นสาเหตุของปัญหาได้) - ตัดสินคนอื่น (จะทำให้เราเกิดอคติต่อผู้ที่เราช่วยเหลือ) - ใช้ศัพท์เทคนิคที่เข้าใจยาก - พูดคุยเกี่ยวกับตัวเองหรือปัญหาของตัวเองมากเกินไป - ให้คำสัญญาหรือรับรองแก่ผู้ที่เราช่วยเหลือ (ในหลายๆ ครั้งที่เกิดเหตุไม่คาดคิดทำให้คำสัญญาไม่สามารถเกิดขึ้นได้จริง สิ่งนี้ยิ่งเป็นการทำร้ายจิตใจผู้ที่เราช่วยเหลือ) - นำเรื่องที่คุยไปบอกผู้อื่น (การรักษาความลับเป็นเรื่องสำคัญ ยกเว้นกรณีที่พบความเสี่ยงทำร้ายตนเอง ต้องนำเรื่องส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ดูแลอย่างใกล้ชิด) - ใช้ประโยชน์จากความลับหรือเรื่องราวที่ได้ฟังจากผู้ที่เราช่วยเหลือ

ใบกิจกรรมที่ 4.1

ทักษะที่สำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของ อสม.

1. ให้ผู้เข้าร่วมจับกลุ่มๆ ละ 3 คน โดยให้แต่ละคนเป็น A, B, C ตามอิสระ
2. ให้ผู้เข้าร่วมที่ได้เป็น A เป็นผู้เล่าเรื่องให้กับ B ในหัวข้อ “เหตุการณ์ในอดีตหรือในปัจจุบันที่ทำให้รู้สึกกังวลใจ” ใช้เวลา 10 นาที *ทั้งนี้ขอให้เลือกเรื่องที่ไม่ใช่เรื่องหนักมากเกินไปหรือเรื่องที่เป็นตรรกะในอดีต เรื่องที่ควรนำมาเลือกมาเล่า เช่น กังวลเรื่องสอบ, ทะเลาะกับแฟนเรื่องเลือกร้านอาหาร เป็นต้น
3. ให้ผู้เข้าร่วมที่ได้เป็น B เป็นผู้ฟัง มีหน้าที่ดังนี้
 - ฟังอย่างตั้งใจ (สบตา พยักหน้า)
 - ถามความรู้สึก (เน้นการใช้คำถามปลายเปิด เช่น อะไร, อย่างไร, เพราะอะไร เป็นต้น)
 - แสดงความเป็นห่วง (เช่น ฉันเป็นห่วง, ฉันอยากจะช่วย, มีอะไรที่ฉันพอจะช่วยคุณได้บ้างมั้ย)
 - ให้กำลังใจ/ชื่นชม (เน้นการชื่นชมในวิธีคิดและการกระทำ เช่น คุณมีความตั้งใจที่ดีมาก, คุณมีความพยายามและอดทนเป็นอย่างมาก แม้ว่าต้องเจอกับเรื่องร้ายแรงขนาดนี้)
3. ให้ C เป็นผู้สังเกตการณ์ มีหน้าที่ดังนี้
 - สะท้อนว่า B ใช้วิธีตอบสนองอย่างไรบ้าง
4. วิทยากรสุ่มถามผู้เข้าร่วมตามกลุ่ม 2-3 กลุ่ม โดยลำดับการถามในแต่ละรอบดังนี้
 - ถาม A ว่าเรื่องที่เล่าเกี่ยวกับอะไร
 - ถาม C ว่า B ได้ใช้เทคนิคอะไรบ้างระหว่างที่พูดคุยกัน
 - ถาม B ว่าจากที่ได้ลองใช้ทักษะต่างๆ แล้วรู้สึกอย่างไรบ้าง



ใบกิจกรรมที่ 4.2

ทักษะฝึกทักษะการปฐมพยาบาลทางใจ (3ส)

1. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมจับกลุ่มๆ ละ 3 คน โดยให้แต่ละคนเป็น A, B, C ตามอิสระ
2. วิทยากรให้ A, B, C มีบทบาทดังนี้
 - A เป็นผู้เผชิญเหตุ
 - B เป็นผู้ช่วยเหลือด้วยหลัก PFA
 - C ผู้สังเกตการณ์
3. วิทยากรอ่านเหตุการณ์สมมติให้ผู้เข้าร่วมทุกคนฟัง ดังนี้
“โรงงานแห่งหนึ่ง เป็นโรงงานขนาดใหญ่ที่มีพนักงานหลายพันคน กลางดึกคืนหนึ่ง เกิดเหตุระเบิดทำให้เกิดเพลิงไหม้โรงงาน เสียหายทั้งโรงงาน มีทั้งผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิต รวมไปถึงบ้านเรือนของประชาชนระแวกนั้นได้รับผลกระทบเสียหายหลายหลัง หลังจากนั้น 1 วัน ภายหลังเกิดเหตุ ณ ศูนย์พักพิงที่รับช่วยเหลือผู้ที่ประสบภัย”
 4. เมื่อวิทยากรอ่านเหตุการณ์จบ วิทยากรเปิดสไลด์บทบาทสมมติ และให้ผู้ที่เป็น A ในแต่ละกลุ่มเลือกบทบาทที่กำหนดบทบาทใดก็ได้ 1 บทบาท ดังนี้
 - 1) แฟนเป็น รปภ.ได้รับบาดเจ็บ กำลังรักษาอยู่ใน ICU ไม่รู้ว่าตอนนี้เป็นอย่างไบบ้าง
 - 2) ชาวบ้านที่บ้านเสียหายจากการถูกแรงระเบิด บ้านและรถได้รับความเสียหาย กำลังตกใจและกังวลว่าจะมีใครมาช่วยเหลือหรือไม่
 - 3) นาง/นาย ก. เป็นพนักงานโรงงานที่เกิดเหตุ กังวลกลัวไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ จ่ายค่าเช่าบ้าน
 - 4) ชาวบ้านที่เห็นเหตุการณ์ระเบิด และช่วงที่ไฟไหม้ อยู่ระหว่างตกใจ เมื่อคืนยังนึกถึงเหตุการณ์ทำให้นอนไม่หลับ
 - 5) ชาวบ้านพลัดหลงกับแฟนที่เป็นพนักงานในโรงงานที่เข้างาน กะกลางคืนในคืนที่เกิดเหตุ ยังติดต่องานไม่ได้
 - 6) พนักงานที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ระเบิด ไฟไหม้ โดยได้รับบาดเจ็บ หัวแตกและมีแผลไฟไหม้บริเวณแขน
 5. ใช้เวลา 15 นาที ในการพูดคุย โดยใช้หลักการปฐมพยาบาลทางใจในการช่วยเหลือ
 6. อภิปรายร่วมกัน เพื่อตอบคำถามเหล่านี้
 - 1) อารมณ์ความคิด ความรู้สึกอะไร ที่จำเป็นต้องช่วยเหลือเร่งด่วน
 - 2) ผู้ช่วยเหลือได้ช่วยอย่างไรบ้าง
 - 3) จะดีกว่านี้ถ้า...
 7. วิทยากรสุ่มถามผู้เข้าร่วมตามกลุ่ม 2-3 กลุ่ม โดยลำดับการถามในแต่ละรอบดังนี้
 - ถาม A ว่าเลือกบทบาทสมมติใดในการสนทนา
 - ถาม B ว่าจากที่ A เล่า คิดว่าอารมณ์และความรู้สึกขณะที่ A เล่าเป็นอย่างไร และ A มีความต้องการการช่วยเหลือเรื่องอะไรมากที่สุด
 - ถาม C ว่า B ได้ใช้เทคนิคอะไรบ้าง ระหว่างที่พูดคุยกัน

แผนการสอนที่ 5

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Unit – PCU) (หน่วย 2)

3 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. อธิบายบทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Unit; PCU) ในการดำเนินงานสุขภาพจิตและสารเสพติดในหน่วยบริการ
2. อธิบายแนวทางการให้คำปรึกษาสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Unit; PCU) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต

สาระสำคัญ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยสุขภาพปฐมภูมิหรือหน่วย 2 มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชน โดยการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับการบริการสุขภาพอื่น ๆ อย่างเป็นองค์รวม ซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดการตีตรา และส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีในระดับชุมชน โดยเนื้อหาหลักของแผนการสอนนี้จะประกอบไปด้วยการคัดกรองและประเมินสุขภาพจิตของประชาชนในกลุ่มเสี่ยง แนวทางการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด และแนวทางการให้การปรึกษาในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

กิจกรรม

- | | |
|---------|--|
| 10 นาที | บรรยาย บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Unit; PCU) (ใบความรู้ที่ 5.1) |
| 15 นาที | บรรยายและฝึกปฏิบัติ การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต เครื่องมือที่ใช้คัดกรอง และแนวทางการดูแลและให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต (ใบความรู้ที่ 5.2 และใบกิจกรรมที่ 5.1) |
| 20 นาที | บรรยายและฝึกปฏิบัติ แนวทางการดำเนินงานดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด (ใบความรู้ที่ 5.3 และใบกิจกรรมที่ 5.2) |
| 10 นาที | บรรยาย การให้คำปรึกษาในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (ใบความรู้ที่ 5.4) |
| 60 นาที | บรรยายและฝึกปฏิบัติ การสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing; MI) (ใบความรู้ที่ 5.5 และใบกิจกรรมที่ 5.3) |
| 60 นาที | บรรยายและฝึกปฏิบัติ การให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength Based Counseling ; SBC) (ใบความรู้ที่ 5.6 และใบกิจกรรมที่ 5.4) |
| 5 นาที | สรุปการเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นร่วมกัน |

ใบความรู้ที่ 5.1

บทบาทของ 2 ใน sw.สท. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit; PCU)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Unit; PCU) มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับชุมชน โดยเป็นด่านหน้าในการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และฟื้นฟู ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก รวดเร็ว และใกล้บ้าน ลดภาระการเดินทางไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ นอกจากนี้ การมีหน่วยสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็งยังช่วยแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาล และลดความแออัดของผู้ป่วยได้ ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยสุขภาพปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชน โดยการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับการบริการสุขภาพอื่น ๆ อย่างเป็นองค์รวม ซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดการตีตรา และส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีในระดับชุมชน

บทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพจิตใน sw.สท. และหน่วยสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Unit; PCU)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลช่วยเหลือและให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น การคัดกรอง เฝ้าระวัง ติดตาม เยี่ยมบ้าน ประสานช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นต้น และเป็นตัวกลางในการดำเนินงานร่วมกับอสม. (หมอ 1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หมอ 3) ชุมชน และโรงพยาบาลแม่ข่าย

1. การคัดกรองและประเมินสุขภาพจิต

ดำเนินการคัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ที่มีประวัติใช้สารเสพติด เป็นต้น ทำการประเมินโดยใช้เครื่องมือให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้เข้ารับบริการ

2. การดูแลและให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต

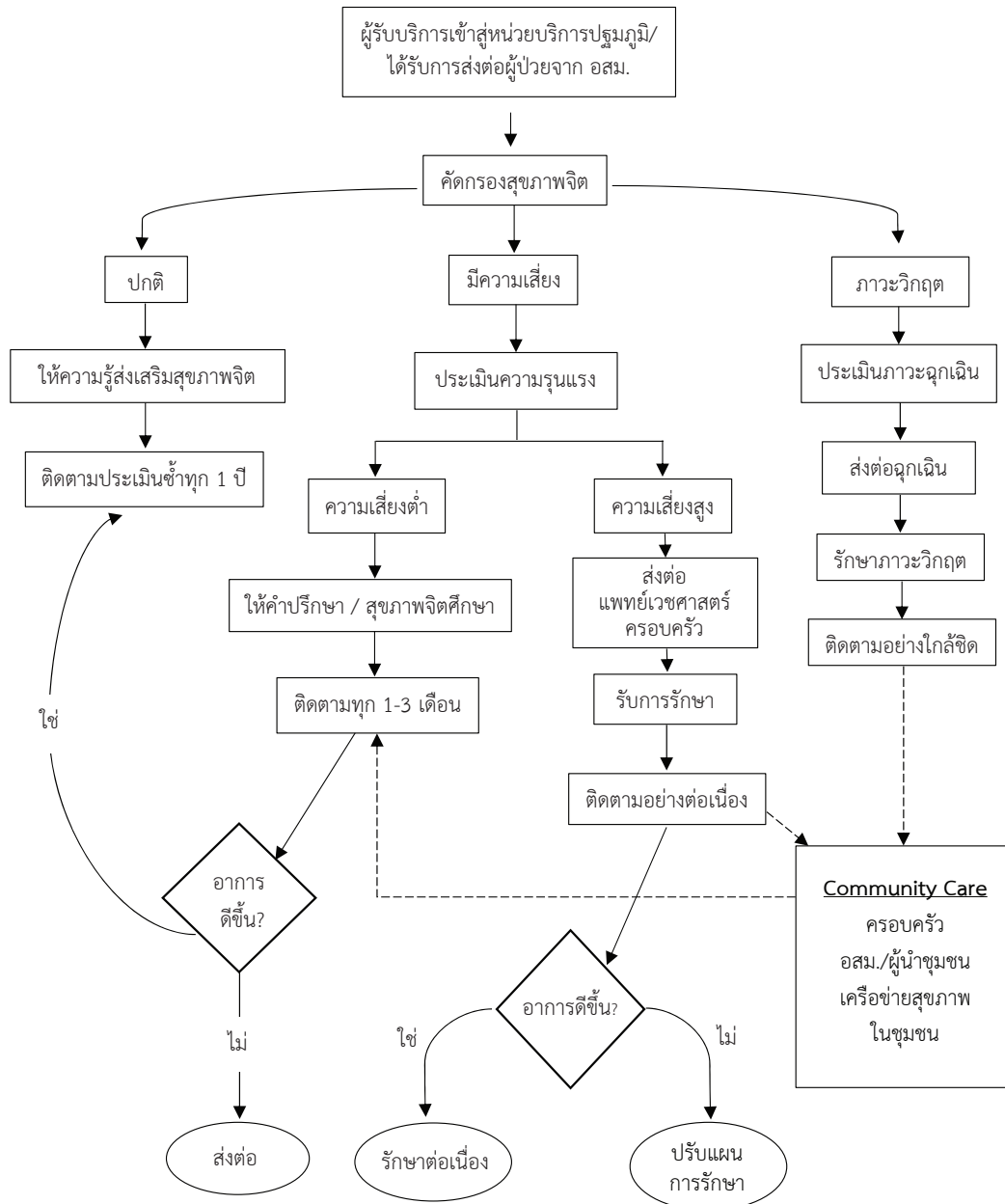
ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น แนวทางการดูแลสุขภาพจิตตัวเอง รวมทั้งส่งเสริมวิธีการรับมือและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้แนวทางการพิจารณาเลือกวิธีการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตมี 2 แนวทางหลักดังนี้ 1) พิจารณาใช้เทคนิค Motivational Interviewing (MI) การสนทนาสร้างแรงจูงใจเมื่อผู้มารับบริการมีปัญหาชัดเจนเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังไม่แสดงปัญหาสุขภาพจิตให้เห็นชัดเจน 2) พิจารณาใช้เทคนิค Strength Based Counseling (SBC) การให้การปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน เมื่อพบว่าผู้มารับบริการมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น มีความเครียด เสี่ยงซึมเศร้า ฯลฯ ร่วมด้วย

3. การประสานส่งต่อผู้ป่วยที่ภาวะสุขภาพจิตรุนแรง

ประสานส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการที่มีศักยภาพมากขึ้น เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยหลังจากส่งต่อ

บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพจิตในรพ.สต. และหน่วยสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) ตั้งผังแนวทางการดูแลสุขภาพจิตประชาชนในชุมชน (Workflow) นี้

แนวทางการดูแลสุขภาพจิตประชาชนในชุมชน (Workflow)



ใบความรู้ที่ 5.2

การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และเครื่องมือที่ใช้คัดกรอง

ช่วงวัย	ปัญหาสุขภาพจิต	เครื่องมือ	ช่องทางการเข้าถึง
ปฐมวัย (0-6 ปี)	พัฒนาการสงสัยล่าช้า	แบบเฝ้าระวังและพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM/DAIM)	
	ความฉลาดทางอารมณ์	แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย 3-5 ปี ฉบับพ่อแม่ผู้ปกครอง (EQ)	
วัยเรียน-วัยรุ่น (6-20 ปี)	สมาธิสั้น, ซึมเศร้าและวิตกกังวล, การกลั่นแกล้งรังแกและปัญหาการเข้าสังคม	แบบประเมิน 9S (สำหรับ 6-15 ปี)	
	ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) (สำหรับ 11-20 ปี)	
วัยทำงาน (อายุ 20 ปีขึ้นไป)	ความเครียด	แบบประเมินความเครียด (ST5)	
	ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย	แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2QPlus, 9Q, 8Q)	
	พลังใจ/ความเข้มแข็งทางใจ	แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (RQ)	
	ก่อนความรุนแรง	5 สัญญาณเตือนก่อนความรุนแรง (SMI-V Scan)	
	ความผิดปกติพฤติกรรมติ่มสุราและใช้สารเสพติด	แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้อยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา (บคก.กสธ.) V.2	
วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	ภาวะสมองเสื่อม	แบบคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) (Abbreviated Mental Test: AMT)	
	ภาวะการรู้คิดบกพร่อง	แบบคัดกรองสมรรถภาพสมอง (Mini-Cog)	

แนวทางการดูแลและให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต



Transformative Mental Health in Primary Health Care

คู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว

คู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว
เป็นแนวทางในการให้บริการสุขภาพจิต
ที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยจิตเวชและประชาชน
ทั่วไป เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถ
ให้บริการประชาชนได้ครอบคลุมทุกมิติ
ด้านสุขภาพ

- ✓ เครื่องมือประเมินสภาวะสุขภาพจิต
- ✓ กระบวนการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย (Refer)
- ✓ กระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชสู่สภาวะ (Recovery)
- ✓ การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตโดยครอบครัวและชุมชน (Holistic Care) ครอบคลุมปัญหาสุขภาพจิต ตั้งแต่เด็กปฐมวัย - วัยสูงอายุ
- ✓ การเยี่ยมบ้านและการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพจิต (Care Plan)



ดาวน์โหลดเอกสาร

ใบกิจกรรมที่ 5.1

ทบทวนความรู้สุขภาพจิต เครื่องมือคัดกรอง และออกแบบแผนให้คำแนะนำ

ให้ผู้เข้ารับการอบรมทำแบบทดสอบนี้เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้สุขภาพจิต การใช้เครื่องมือคัดกรอง และแนวทางการให้คำแนะนำ หลังจากศึกษาจากใบความรู้ที่ 5.1 และ 5.2

ปัญหาสุขภาพจิต	เครื่องมือคัดกรองที่เหมาะสม	แนวทางการให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิต
อารยามีปัญหาความเครียดและเหนื่อยล้าจากงานจากงาน		
น้องจิบไม่ยอมไปโรงเรียนเพราะถูกเพื่อนรังแก		
ผู้ใหญ่บ้านพานายแก้วมาที่รพ.สต. เพราะได้รับแจ้งจากลูกบ้านว่านายแก้วไม่หลับไม่นอนและมีการทำลายข้าวของ		
พรพิมลมีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ท้อแท้ในชีวิต		
พ่อแม่พาลูกอายุ 3 ปี มาเข้ารับบริการที่ PCU ด้วยอาการพูดไม่เป็นประโยค หรือพูดไม่ชัดจนคนรอบข้างฟังไม่เข้าใจ		

ใบความรู้ที่ 5.3

แนวทางการดูแล-ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด

ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ที่มีอาการทางจิตจากโรคแทรกหรือโรคร่วมทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ส่งผลให้มีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม หรือผู้ป่วยมีภาวะความผิดปกติทางจิตใจร่วมกับการเป็นผู้เสพ/ผู้ติดสารเสพติด ซึ่งสมควรได้รับการดูแลร่วมกันทั้งปัญหาการใช้สารเสพติดที่ผิดปกติ และภาวะความผิดปกติทางจิตใจ โดยโรคจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ประกอบไปด้วย

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

การค้นหา เฝ้าระวัง คัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด

1. ค้นหา และเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในชุมชน

1.1 การจัดตั้งทีมปฏิบัติการในการค้นหา และเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด ในชุมชนนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) สามารถจัดทีมงานดำเนินการร่วมกันกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำ/แกนนำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ทีมความมั่นคง (ตำรวจ 191 ป้องกัน/บรรเทาสาธารณภัย ฯลฯ) ตลอดจนประชาชนในชุมชนเพื่อร่วมดำเนินการวางแผนปฏิบัติการในการค้นหา เฝ้าระวัง จัดการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้ารับบริการ การนำส่งโรงพยาบาล และติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องในชุมชนได้

1.2 ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่คนในชุมชน เกี่ยวกับการค้นหาและเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดในชุมชน การสังเกตอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หรือพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงตาม 5 สัญญาณเตือนผู้ป่วยจิตเวชก่อความรุนแรง (SMI-V Scan) คือ

ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหาตระเวน ให้สามารถ
 แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สุข ติมความมั่นคง ผู้นำชุมชน เพื่อเข้าสู่ระบบบริการ รวมทั้งการสังเกต
 อาการทางกายที่อาจสัมพันธ์กับการติดสารเสพติด เช่น อาการมือสั่น น้ำหนักลด ตาแดง ปากแห้ง
 มีร่องรอยของการใช้เข็มฉีดยา เป็นต้น

1.3 สํารวจข้อมูลและจัดทำแผนที่ชุมชน ปักหมุดจุดพิกัดแผนที่ “กลุ่มเสี่ยง” เป็นการเฝ้า
 ระวังผู้ที่มีประวัติการใช้หรือเสพยาเสพติด และ/หรือมีพฤติกรรมดังต่อไปนี้



หากพบว่ากลุ่มเสี่ยงเคยมีประวัติทางจิตเวชยาเสพติด/ก่อความรุนแรง/มีคดี แต่ปัจจุบันไม่มี
 อาการ ให้ผู้นำชุมชน/ผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือบุคลากร
 สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ตลอดจนประชาชนในชุมชน
 ร่วมกันเฝ้าระวังและดูแลให้คำปรึกษา/หรือคำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยง ครอบครัว และญาติ ในการกินยา
 อย่างต่อเนื่อง การพบแพทย์ตามนัดหรือการดูแลชีวิตประจำวัน การสร้างบรรยากาศรอบตัว
 ที่เหมาะสมห่างไกลจากตัวกระตุ้น เช่น แอลกอฮอล์ ยาเสพติด หลีกเลี้ยงกลุ่มเพื่อนหรือสภาพแวดล้อม
 แบบเดิม ๆ เป็นต้น เพื่อลดอาการกำเริบหรือลดการเสพยา ตลอดจนให้ความรู้แก่ญาติหรือคนใกล้ชิด
 ในการหมั่นสังเกตการเปลี่ยนแปลงอารมณ์หรือพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ และต้องมีช่องทางให้ญาติ
 หรือคนใกล้ชิดติดต่อเพื่อปรึกษาหารือและแจ้งประสานขอความช่วยเหลือได้

1.4 เยี่ยมเยียนถามไถ่ทุกข์สุขผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด รวมถึงสังเกตและ
 เฝ้าระวังผู้ที่มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดในหมู่บ้าน และประเมินความเสี่ยง

2. การคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดใน sw.สต. หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

การคัดกรองปัญหาและความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติด โดยการซักประวัติประเมินความเจ็บป่วย และประเมินปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติดร่วมกับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการวินิจฉัยและบำบัดรักษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับการเจ็บป่วย สิ่งที่ต้องคำนึงถึงก่อนการคัดกรองเพื่อให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติด เกิดความไว้วางใจ และได้คำตอบที่เป็นจริง ผู้ทำการคัดกรองควรปฏิบัติดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้สัมภาษณ์ก่อน โดยการพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไป สั้นๆ แสดงท่าทีที่จริงใจ เป็นมิตร
- 2) มีทัศนคติเชิงบวกกับผู้ใช้ยาเสพติด ไม่ตัดสินถูกผิดในคำตอบที่ไม่เห็นด้วย
- 3) แสดงท่าทีให้เห็นว่ากำลังตั้งใจฟังในสิ่งที่เขาพูด
- 4) ไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์ และแสดงความเห็นอกเห็นใจ
- 5) แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าข้อมูลที่ให้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ และเก็บรักษาเป็นความลับ

แบบคัดกรอง

1. แบบประเมินสุขภาพจิต 2QPlus 9Q 8Q

เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

2. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

เพื่อประเมินลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยต่อตนเองหรือต่อผู้อื่นที่แสดงออกมาทั้งทางคำพูดและการกระทำ หรือต่อทรัพย์สิน โดยให้พยาบาลทำการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกขณะปัจจุบันตามรายการที่ระบุไว้ในแบบประเมิน และให้คะแนนตามระดับที่ประเมินได้

3. แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา (บคก.กสธ.) V.2

เป็นแบบสอบถามมี 6 ข้อคำถามซึ่งถามโดยบุคลากรสาธารณสุข เพื่อใช้คัดกรองผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติด เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา

แนวทางการให้การดูแล ช่วยเหลือ และส่งต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด

ข้อควรปฏิบัติต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด

1. พุดคุยทำความเข้าใจ ไม่ตีตรา
2. ฝึการระวังการก่อความรุนแรง
3. ตัดสิ่งที่มีกระตุ้นที่จะทำให้พฤติกรรมรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจากความร่วมมือของคนในชุมชน
4. ในกรณีที่ผู้ป่วยกินยาต้องดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน
6. สร้างแรงจูงใจให้ผู้เสพต้องการเข้ารับการบำบัด โดยการใช้ทักษะ 3A (Affirm: ชื่นชม, Ask: ถาม และAdvice: ให้ข้อเสนอแนะ) เช่น "คุณมีความพยายาม ชัยน เพราะงานแบบนี้ต้องใช้ความอดทน ตั้งใจ" "เพราะอะไรคุณพยายามควบคุมการดื่ม"
7. พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา โดยการชื่นชมในสิ่งดีหรือความพยายามที่ดี ค้นหาสิ่งสำคัญหรือแรงจูงใจที่ทำให้ลดการเสพได้ หรือการเล่าประสบการณ์ความสำเร็จของผู้ที่สามารถหยุดหรือลดการเสพได้ เช่น "คุณมีความตั้งใจในการบำบัด/การเลิกสูรามากทีเดียว" "ช่วงที่คุณดื่มน้อยลง/หยุดดื่มไป ลูกชายคุณเขาสังเกตไหม เขาพูดอะไรไหม"

การช่วยเหลือและส่งต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดเดินทางมาที่ศูนย์คัดกรอง (รพ.สต./PCU) จากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับญาติ และชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาโดยสมัครใจเข้ารับการบำบัด เจ้าหน้าที่นำส่งเข้ารับการบำบัด หรือศาลมีคำสั่งให้เข้ารับการบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการคัดกรองและประเมินสุขภาพจิตและสารเสพติด โดยมีแนวทางการดูแลและส่งต่อดังต่อไปนี้

ผลการประเมินสุขภาพจิต 2Q Plus 9Q 8Q

กรณีที่ 1 พบความเสี่ยงซึมเศร้าจากแบบประเมิน 2Q Plus แต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน 9Q (0-6 คะแนน) รพ.สต./PCU ให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (SBC) และช่วยเหลือทางจิตสังคมตามปัญหาที่พบ แต่หากผลการประเมินด้วย 9Q พบว่ามีภาวะซึมเศร้า (7 คะแนนขึ้นไป) รพ.สต./PCU ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และส่งต่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หมอ 3) เพื่อวินิจฉัย และทำการรักษาต่อไป

กรณีที่ 2 พบความเสี่ยงฆ่าตัวตายจากแบบประเมิน 2Q Plus ให้ประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q หากไม่พบความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (0 คะแนน) รพ.สต./PCU ให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (SBC) และช่วยเหลือทางจิตสังคม แต่หากผลการประเมินด้วย 8Q พบความเสี่ยง (1 คะแนนขึ้นไป) รพ.สต./PCU ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และส่งต่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หมอ 3) เพื่อวินิจฉัย และทำการรักษาต่อไป

ผลการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

0 คะแนน ปกติ ไม่มีอาการทางจิตเวช และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ให้ดำเนินการประเมินแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ไ้ยาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา (บคก.กสธ.) V.2 ต่อ

1 คะแนน มีอาการทางจิตเวช แต่อยู่ในระดับไม่รุนแรง ให้เข้ารับการปรึกษากับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หมอ3)/จิตแพทย์ และดำเนินการประเมินแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ไ้ยาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา (บคก.กสธ.) V.2

2 คะแนน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเองผู้อื่นและทรัพย์สิน และมีอาการ 5 สัญญาณเตือน SMI-V 1 ข้อขึ้นไป ให้จัดการภาวะฉุกเฉินภายใน 2 ชม. โดยการนำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล

3 คะแนน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ คลุ้มคลั่งอาละวาดจนเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือทรัพย์สิน ต้องจัดการนำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลทันทีทันใด

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการรักษา (บคก.กสร.) V.2

จากผลการประเมิน OAS ได้ผลคะแนน 0-1 อยู่ในระดับไม่รุนแรง ต้องมีการประเมินการใช้ยาเสพติดเพื่อดำเนินการส่งต่อการรักษา

คะแนน	กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการดูแลช่วยเหลือ/ส่งต่อ
2-3 (ต่ำ)	ผู้ใช้	ไม่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย: - ให้ความรู้ส่งเสริมสุขภาพจิต และช่วยเหลือทางจิตสังคม - ให้คำปรึกษาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (MI) มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย: - ให้ความรู้ส่งเสริมสุขภาพจิต และช่วยเหลือทางจิตสังคม - ให้คำปรึกษาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (MI) หรือให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (SBC) - ส่งต่อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หมอ 3) วินิจฉัยและให้การบำบัดรักษา
4-26 (ปานกลาง)	ผู้เสพ	ไม่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย: - ให้ความรู้ส่งเสริมสุขภาพจิต และช่วยเหลือทางจิตสังคม - ให้คำปรึกษาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (MI) มีอาการทางจิตเวช: - ให้ความรู้ส่งเสริมสุขภาพจิต และช่วยเหลือทางจิตสังคม - ให้คำปรึกษาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (MI) หรือให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (SBC) - ส่งต่อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หมอ 3) วินิจฉัยและให้การบำบัดรักษา
มากกว่า 27 (สูง)	ผู้ติด	กรณีมีและไม่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย: - ส่งต่อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หมอ 3) วินิจฉัยและให้การบำบัดรักษา - ส่งต่อให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มินิธัญญารักษ์ (LTC/IMC) หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ช่องทาง และสายด่วนขอรับคำปรึกษาเรื่องจิตเวชและสารเสพติด

- สายด่วนสุขภาพจิต 1323
- สายด่วนบำบัดยาเสพติด 1165
- สายด่วนเลิกยาเสพติด ผ่านศูนย์ดำรงธรรม 1567 ตลอด 24 ชั่วโมง
- บำบัดรักษายาเสพติดได้ที่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) กรมการแพทย์ จังหวัดปทุมธานี
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ในส่วนภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน

แบบ QR Code แบบประเมินและคู่มือ



แบบประเมินสุขภาพจิต
2Q plus 9Q 8Q



แบบประเมินพฤติกรรม
ก้าวร้าวรุนแรง (OAS)

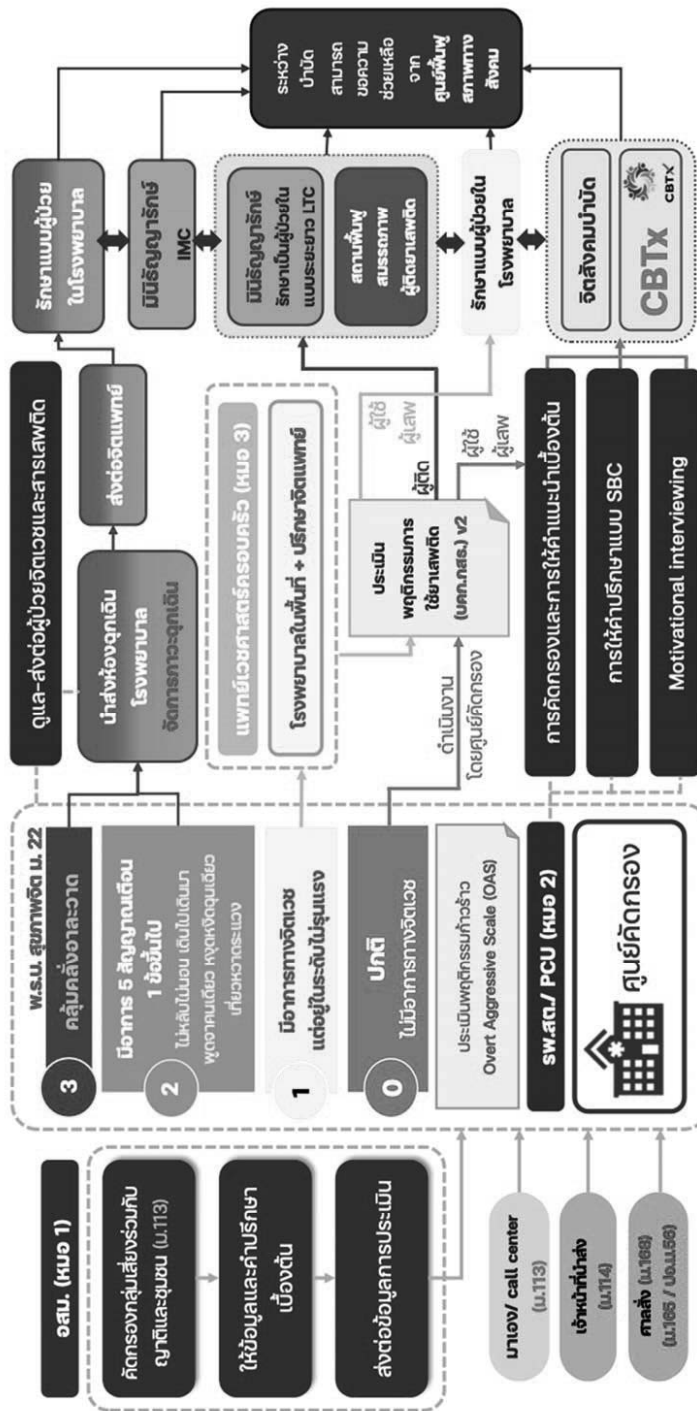


แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย
ที่ติดยาและสารเสพติด
เพื่อเข้ารับการรักษา
(บคก.กสธ.) V.2



รวมคู่มือการดำเนินงาน
สุขภาพจิตและสารเสพติด
ใน รพ.สต./PCU

Flow การดำเนินงานสุขภาพจิตและสารเสพติด



จัดตั้งกระบวนส่งเสริม ปอทั้งกับ เน้าระจิงในชุมชน - เสริมความรู้ให้กับประชาชน

เตรียมความพร้อมชุมชน - ถึงศึกษภาพชุมชน - สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การเสริมสร้างทัศนคติในชุมชน

ใบกิจกรรมที่ 5.2

ฝึกปฏิบัติการดำเนินงานดูแลและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

1. ให้แบ่งกลุ่ม 3-4 คน อภิปรายแนวทางที่เป็นไปได้ทั้งหมดในการช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดที่เข้ามาใช้บริการที่รพ.สต./PCU ร่วมกันตาม Case Study ที่ได้รับ
2. สุ่มอภิปราย สรุปแนวทางการช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด

Case Study

นายเอ (นามสมมติ) อายุ 30 ปี อาศัยอยู่กับครอบครัวในชุมชนแห่งหนึ่ง เขามีประวัติใช้สารเสพติดมาเป็นเวลาหลายปี โดยเฉพาะยาบ้าและแอลกอฮอล์ ล่าสุดครอบครัวสังเกตว่าเขามีอาการแปรปรวน หวาดระแวง พูดคนเดียว และมีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นระยะ สมาชิกในครอบครัวจึงพาเขามาใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชน จากการพูดคุยเบื้องต้นพบว่า นายเอเคยเข้ารับการบำบัดสารเสพติดมาก่อน แต่ไม่สามารถเลิกได้ถาวร ปัจจุบันไม่มีงานทำและมีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว นอกจากนี้ พบว่าเขามีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และมีความคิดทำร้ายตัวเองเป็นบางครั้ง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

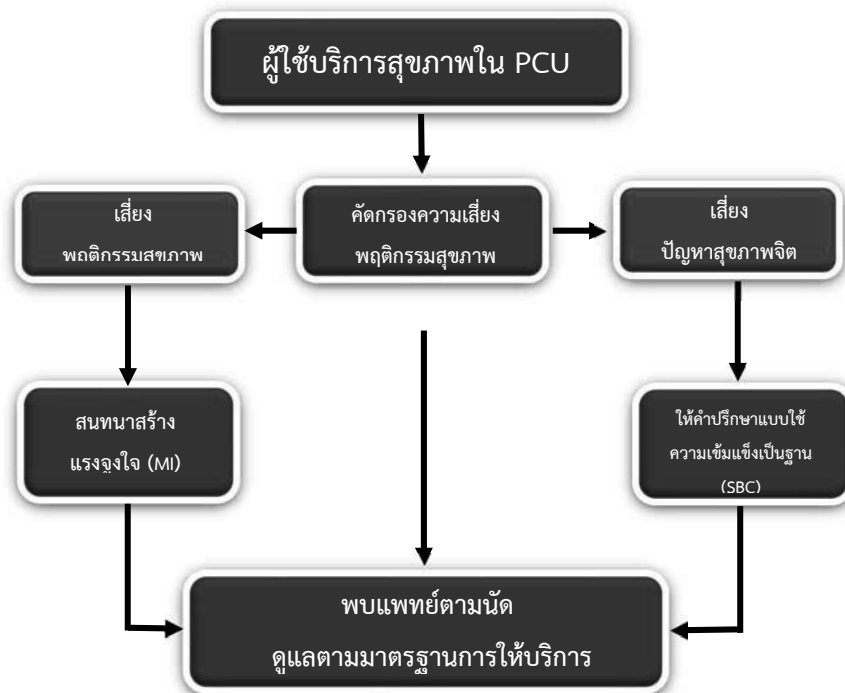
.....

ใบความรู้ที่ 5.4

การให้คำปรึกษาในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ผู้ใช้บริการฯ จำนวนมากมีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคทางกาย โดยเฉพาะโรคทางกายที่เรื้อรัง การให้คำปรึกษาในระบบสุขภาพปฐมภูมินี้จะช่วยสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การกินยาครบ การออกกำลังกาย ฯลฯ ส่วนในผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตเช่นมีความเครียดสูง มีภาวะซึมเศร้า การให้คำปรึกษาจะช่วยลดผลกระทบด้านสุขภาพรวมทั้งเพื่อคุณภาพชีวิต

กรอบแนวคิดในการบริการให้คำปรึกษา

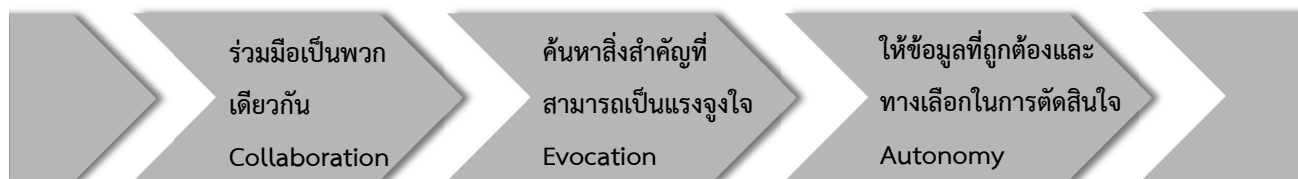


ผู้ป่วยที่สามารถรับการดูแลตามมาตรฐานปกติ : กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ หรือปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและเข้ารับบริการด้านอื่น ๆ ได้ตามกระบวนการ ขั้นตอนปกติ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับข้อแนะนำในการดูแลสุขภาพจิตเพื่อการดูแลตนเองต่อไป

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพ : ผู้ป่วยที่มีการกระทำหรือพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ อันจะเป็นโรคตามมา เช่น โรคติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวาน ความดัน น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันสูง เป็นต้น จะเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษาโดยใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivation Interview ; MI)

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต : ผู้ป่วยที่พบปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง เช่น ผู้ที่ภาวะเครียด เสี่ยงซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย หรือภาวะหมดไฟ เป็นต้น จะเข้าสู่กระบวนการให้การปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength Base Counseling ; SBC)

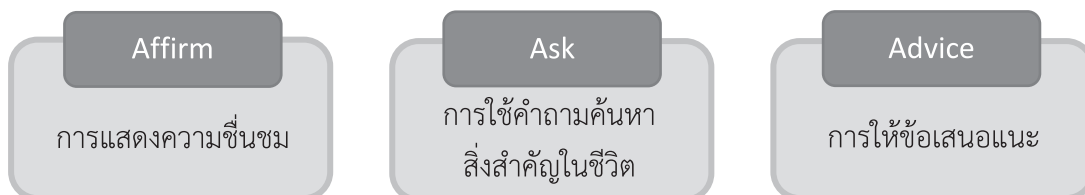
หัวใจสำคัญของการให้คำปรึกษา



หัวใจสำคัญของการให้คำปรึกษาทั้ง กรณีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ด้วย MI) และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (ด้วย SBC) นั้นประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ประการคือ

1. สร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือร่วมใจ (Collaboration)
2. ดึงเอาเป้าหมาย สิ่งสำคัญในชีวิตออกมาเป็นแรงจูงใจและทรัพยากร (Evocation)
3. การให้ข้อเสนอแนะที่มีทางเลือก (Autonomy)

ทั้งนี้ด้วยการใช้ทักษะทั้ง 3 เป็นเครื่องมือนำพาผู้รับคำปรึกษาให้เดินหน้าต่อไป ทักษะดังกล่าวเรียกว่า 3 As คือ



ใบความรู้ที่ 5.5

การสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing; MI)

การสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

(Motivational Interviewing; MI)

เป็นกระบวนการให้คำปรึกษาที่ใช้เวลาน้อย และต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และสามารถจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่นำไปสู่การลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลสูง อีกทั้งยังสามารถนำไปใช้เพื่อเสริมความร่วมมือในการรักษาไม่ว่าจะเป็นการกินยา การฉีดยา รวมทั้งการฟื้นฟูความสามารถ เช่น การกลับไปเรียน การรับผิดชอบต่อนหน้าที่การงาน เป็นต้น

กระบวนการสนทนาสร้างแรงจูงใจ

กระบวนการ 3 ขั้นตอนที่จำเป็นในการสนทนา ได้แก่

1. การสร้างสัมพันธภาพด้วยการชื่นชมในสิ่งดี หากผู้ร่วมสนทนาเปิดใจรับฟังการสนทนา จะดำเนินไปได้ด้วยดี เปรียบเสมือนเพื่อนร่วมเดินทาง เป็นเพื่อนที่หวังดีไม่เริ่มการสนทนาจากการตำหนิ ว่ากล่าว ซึ่งทำให้ขัดขวางต่อการรับฟัง วิธีการลดสั้นอย่างหนึ่ง ก็คือ การค้นหาสิ่งที่ดีในตัวผู้รับการปรึกษา เช่น ความขยันขันแข็งในการทำงาน รักครอบครัว ความตั้งใจรักษา แล้วแสดงความชื่นชม

2. การใช้คำถามสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

2.1 การถามเพื่อค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต

2.2 การถามเพื่อเชื่อมโยงความเสี่ยงซึ่งเป็นอุปสรรคต่อสิ่งสำคัญในชีวิตนั้น

3. การใช้ข้อมูลเสนอแนะแบบมีทางเลือก บุคลากรสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพจิต เช่น การปรับตัว การหาวิธีแก้ไขปัญหา การเสริมสร้างพลังใจ การลดความเสี่ยงจากการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด ฯลฯ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นทางเลือกที่สามารถนำไปใช้กับตนเองได้

การใช้ทักษะ MI แบบกระชับ

ทักษะที่มีความสำคัญในการสนทนาคือทักษะ การแสดงความชื่นชม การใช้คำถาม และการให้ข้อเสนอแนะ อาจเรียกว่า 3 As คือ Affirmation Asking for reason for change และ Advice with menus การใช้งานของทักษะอาจพิจารณาจุดเน้นต่อไปนี้

Affirmation

เน้นการชื่นชมในสิ่งที่สังเกตได้ อาจเป็นความพยายาม มุมมองที่สนับสนุน การเปลี่ยนแปลงที่ดี กรณีที่การเปลี่ยนแปลงยังเกิดน้อยก็ควรให้เห็นถึงความก้าวหน้าที่ถูกริเริ่มขึ้น เช่น "แม้ว่าน้ำตาลยังสูง แต่ฉันสังเกตว่าคุณพยายามกินยาครบ และออกกำลังบ้างแล้ว"

Asking for reason for change

เน้นการสอบถามและพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งสำคัญ โดยอาจเป็นอาชีพ ลูก หลาน ในกรณีมีความก้าวหน้า นอกจากชมเชยแล้ว การถามเกี่ยวกับเหตุผลที่ตั้งใจทำ การถามเกี่ยวกับการวางแผน และถามถึงผลลัพธ์ก็จะเสริมความเป็นไปได้ให้มากยิ่งขึ้นอีก

Advice with menus

การให้ข้อเสนอแนะแบบมีทางเลือกแล้วให้ผู้ป่วยพิจารณา สร้างความรู้สึกในการควบคุมตนเอง และเมื่อเลือกทางเลือกใดย่อมสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของทางเลือกนั้นด้วย

ใบกิจกรรมที่ 5.3

ฝึกปฏิบัติการสนทนาสรางแรงจูงใจ ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ (MI)

1. ให้แบ่งกลุ่ม 3-4 คน ศึกษาเนื้อหาจากกรณีศึกษาตาม Case Study ที่ได้รับ
2. สมาชิกภายในกลุ่มช่วยกันออกแบบการสนทนาการให้คำปรึกษาโดยสังเขป (เขียนเป็นบทละคร) (20 นาที)
3. นำเสนอ ให้ข้อเสนอแนะ และสรุปการสนทนาสรางแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ (MI)

1. คุณปราณี อายุ 33 ปี ทำงานบริษัทเอกชน เป็นโรคไขมันในเลือดสูง และมีค่า BMI สูงกว่าเกณฑ์ โรคอ้วนระดับที่ 2 มาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการ และรับยาต่อเนื่อง แพทย์แนะนำให้ออกกำลังกาย แต่ช่วงนี้คุณปราณียุ่งมาก ทำงานกลับบ้านดึกทุกวัน เลยออกกำลังกายได้อาทิตย์ละ 1 วัน

2. ป้าสมพร อายุ 58 ปี เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มาพบหมอที่ PCU ตามนัดกับหลานชาย แต่เมื่อซักประวัติก่อนเข้าพบแพทย์พบว่ายาที่จ่ายไปครั้งก่อนยังเหลืออยู่มาก ป้าลำไยบอกว่า "ไม่ได้เป็นอะไรหรอก หอมก็ชอบให้กินยาไปเรื่อย ๆ ถ้าหยุดกินก็คงไม่เป็นอะไรหรอก"

3. เอก อายุ 40 ปี ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมาเข้ารับบริการที่ PCU เพราะมีอาการไอเรื้อรัง และรู้สึกเหนื่อยง่ายขึ้น ซักประวัติเบื้องต้นพบว่าสูบบุหรี่วันละซอง พร้อมกับดื่มเบียร์เป็นประจำกับเพื่อนร่วมงานในช่วงเย็น

4. ผู้ป่วยซึมเศร้ารายหนึ่งอายุ 32 ปี อาชีพรับจ้างขับรถบรรทุก 10 ล้อ มาเข้ารับบริการที่ PCU ตามนัดพร้อมภรรยา ช่วงนี้มีอาการขาดยา นอนไม่หลับ แต่สภาวะอารมณ์ยังพอใช้

ใบความรู้ที่ 5.6

การให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength Based Counseling ; SBC)

การให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength Based Counseling ; SBC)

การให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานให้ความสำคัญกับศักยภาพของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นความรู้ หรือทักษะรวมทั้งประสบการณ์ที่ผ่านมาผู้ให้คำปรึกษาในการสร้างความมั่นใจ มีความหวัง สามารถค้นหาศักยภาพที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาแล้วนำมาใช้วางแผนให้กับตนเองได้ แก้ไขปัญหาในกลุ่มเป้าหมายที่มีระดับพลังใจ (Resilience) น้อย หรือมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น เสี่ยงซึมเศร้า ฯลฯ

กระบวนการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งหรือใช้จุดแข็งเป็นฐานในการเปลี่ยนแปลง ได้ถูกประยุกต์ใช้ในหลายกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน รวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล และหลายสภาพปัญหา โดยพบว่า การให้คำปรึกษาในรูปแบบนี้ สามารถช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาที่เน้นการสนทนาในประเด็นที่เป็นจุดแข็ง ความสำเร็จ การใช้ความสามารถและทรัพยากรที่มีอยู่เป็นหลัก จึงช่วยสร้างบรรยากาศแห่งความร่วมมือสร้างแรงจูงใจ สร้างกำลังใจในการเดินทางและแก้ไขปัญหาเน้นการสนทนาในประเด็นจุดแข็ง ความสำเร็จ การใช้ความสามารถและทรัพยากรที่มีอยู่เป็นทั้ง 3 ด้านมาใช้ในการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสมได้แก่

I am จุดแข็งของบุคคล ความคิด ความตั้งใจ ทักษะ

I have จุดแข็งด้านสัมพันธภาพ การสนับสนุนกำลังใจจากคนรอบข้าง

I can จุดแข็งด้านความสามารถวิธีผ่านพ้นอุปสรรค

ทั้งนี้การให้คำปรึกษาในแนวเสริมสร้างความเข้มแข็งนั้น มีกระบวนการที่สอดคล้องกับการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing Motivational Interviewing) ซึ่งจัดเป็นการให้คำปรึกษาประเภทที่ใช้ความเข้มแข็งของผู้รับคำปรึกษาเป็นฐาน โดยการสนทนาสร้างแรงจูงใจนั้นมีหลักสำคัญในการสร้างความร่วมมือด้วยการชื่นชม ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นทางเลือก มี 3 ขั้นตอนสำคัญ [Common platform] ที่นำมาประยุกต์ใช้ ซึ่งอาจเรียกว่า 3As คือ Affirm (การสร้างสัมพันธภาพในแบบเพื่อนร่วมทาง) Ask (การใช้คำถามเพื่อค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต จุดเด่นหรือสัมพันธภาพซึ่งเป็นทรัพยากรในชีวิต) Advice (การให้ข้อเสนอแนะที่มีทางเลือก) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่	Strength Based Counseling	Motivation Interviewing
1	สร้างสัมพันธภาพในแบบเพื่อนร่วมทาง โดยสนทนาเกี่ยวกับจุดเด่น สิ่งสำคัญ เป้าหมายในชีวิต แสดงความชื่นชมในความตั้งใจ เช่น “แม้จะมีความไม่เข้าใจกันบ้าง แต่คุณก็พยายามทำในสิ่งที่ดี”	การสร้างสัมพันธภาพด้วยการชื่นชมสิ่งที่ดี ไม่เริ่มสนทนาจากการตำหนิ ว่ากล่าว ซึ่งทำให้ขัดขวางต่อการรับฟัง และค้นหาสิ่งที่ดีในตัวผู้รับคำปรึกษา เช่น ความขยันในการทำงาน รักครอบครัว แล้วแสดงความชื่นชม
2	ค้นหาความเข้มแข็ง และสร้างความหวัง โดยค้นหาว่ามีทักษะ และ/หรือปัจจัยอะไรบ้างที่ช่วยแก้ปัญหาได้ เช่น “ครั้งก่อนคุณเคยพบปัญหาคลายกับตอนนี้อย่างไร” การสร้างความหวังนั้น ทำได้ด้วยการเชื่อมโยงอดีตที่ผ่านมาได้ กับปัจจุบันที่ต้องลงมือทำอะไรบางอย่าง เช่น “ฟังดูแล้ว เรื่องนี้คุณมีประสบการณ์มาบ้าง และอาจทำให้คุณมองเห็นทางออก”	การใช้คำถามสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ - การถามเพื่อค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต - การถามเพื่อเชื่อมโยงความเสี่ยงซึ่งเป็นอุปสรรคต่อสิ่งสำคัญในชีวิตนั้น
3	การมุ่งเน้นทางเลือกและทางออก โดยการนำเสนอทางออกซึ่งอาจมีการให้ข้อมูล คำแนะนำในลักษณะทางเลือก รวมถึงการตั้งเป้าหมายและแก้ปัญหาตามทางที่เลือก เช่น “ฟังดูแล้วเหมือนคุณอาจเลือกอดทนทำงานต่อไป แต่อาจต้องใช้เวลาปรับตัว หรืออีกทางหนึ่งคุณอาจเปลี่ยนงาน ซึ่งกระทบต่อรายได้ในระยะสั้น ๆ ”	การให้ข้อมูลเสนอแนะแบบมีทางเลือก บุคลากรสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิต เช่น การปรับตัว การหาวิธีแก้ไขปัญหา การเสริมสร้างพลังใจ การลดความเสี่ยงจากการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด ฯลฯ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นทางเลือกที่สามารถนำไปใช้กับตัวเองได้ ทำให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเลือกและเป็นเจ้าของทางเลือกของตนเอง



แนวปฏิบัติการสนทนาสรางแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
(Motivational Interviewing; MI)
และการปรึกษาแบบใชความเข้มแข็งเป็นฐาน
(Strength Base Counseling ; SBC)

ขั้นตอน	แนวปฏิบัติการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐานสำหรับกลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต	แนวปฏิบัติการสนทนาสรางแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วย NCD
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้แก่ผู้รับคำปรึกษา 2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถค้นพบศักยภาพของตนเองและนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา 3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีแนวทางในการแก้ปัญหาของตนเอง	กระตุ้นการมองเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง เช่น การกินยาอย่างต่อเนื่องและการปฏิบัติตนตาม 3อ 2ส ด้วยการเชื่อมโยงสิ่งสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยกับผลที่ได้รับจากการปฏิบัติตัว (การกินยาและ 3อ 2ส) ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการกินยาต่อเนื่องและการหรือสุขภาพที่ดีขึ้น
ระยะเวลาการสนทนา	ครั้งละประมาณ 10-15 นาที โดยในครั้งแรกอาจใช้เวลานานกว่านี้	ครั้งละ 5-10 นาที แต่หากกลุ่มเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีแรงจูงใจอยู่บ้างทั้งยังพอมีเวลาในการสนทนา กรณีเช่นนี้การให้คำปรึกษาแบบสั้นซึ่งใช้เวลา 20-30 นาทีจะเป็นสิ่งที่มีความเหมาะสม
จำนวนครั้ง	2-4 ครั้งตามสภาพปัญหา	4 ครั้ง เป็นอย่างน้อย หากทำได้เดือนละครั้งก็สามารถครบได้ใน 4 เดือน (ในกลุ่มเสี่ยงจะใช้จำนวนครั้งมากกว่านี้)

ขั้นตอน	แนวปฏิบัติการให้คำปรึกษา แบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน สำหรับกลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต	แนวปฏิบัติการสนทนาสร้างแรงจูงใจ สำหรับผู้ป่วย NCD
1. การสร้าง สัมพันธภาพ (Affirmation, Engagement and Collaboration)	ครั้งที่ 1-4 สร้างความร่วมมือและแสดงความชื่นชม (สิ่งที่ทำ/สิ่งที่ชอบ ทำงาน กีฬา งาน อดิเรก) ตัวอย่างคำถามครั้งที่ 1 “ทำงานอะไรอยู่ ทำมาหลายปีแบบนี้ แสดงว่าต้องมีความตั้งใจมาก” ตัวอย่างคำถามครั้งที่ 2-4 “ฟังดูเหนื่อยเหมือนกัน แต่คุณก็พยายาม ทำตามความตั้งใจ”	เน้นการชื่นชมในสิ่งที่สังเกตได้ อาจเป็น ความพยายาม มุมมอง ที่สนับสนุนการ เปลี่ยนแปลงที่ดี กรณีที่การเปลี่ยนแปลง ยังเกิดน้อยก็ควรชี้ให้เห็นถึงความ ก้าวหน้าที่ถูกริเริ่มขึ้น เช่น “แม้ว่าน้ำตาล ยังสูง แต่ฉันสังเกตว่าคุณพยายามกินยา ครบ และออกกำลังกายบ้างแล้ว”
2. การใช้คำถาม Ask	ตัวอย่างคำถามครั้งที่ 1 ค้นหาทักษะ หรือคุณสมบัติที่เป็นความเข้มแข็ง (สิ่งที่ ทำได้ดี/เก่ง ทำบ่อย มีประสบการณ์) “คุณเคยผ่านพ้นอุปสรรคอะไรบ้าง และตอนนั้นคุณมีวิธีการจัดการอย่างไร” ตัวอย่างคำถามครั้งที่ 2-4 สนับสนุน การประยุกต์ใช้ความเข้มแข็ง “คุณสามารถจัดการอารมณ์ได้ดี เพราะ อะไร/เพราะใคร”	1A ถามกระตุ้นแรงจูงใจ ระบุประเด็น ของแรงจูงใจเพื่อให้สามารถใช้การสนทนา ที่สอดคล้องกัน “คิดยังไงกับการออกกำลังกาย” “เพราะอะไรคุณถึงตั้งใจกินยา” 2A ถามสร้างแรงจูงใจ ผลักดันการ เปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะการกินยา ต่อเนื่องโดยในผู้ที่แรงจูงใจน้อยจะต้อง กระตุ้นการมองเห็นปัญหาในผู้ที่ลังเล สงสัยต้องกระตุ้นการชั่งน้ำหนักผลดี ผลเสียในผู้ที่เริ่มลงมือปฏิบัติควรถามถึง แผนการและในผู้ที่ทำได้บ้างแล้วถามถึง ผลดีที่ได้รับจากการเปลี่ยนแปลง “มีบางครั้งไหมที่คุณหยุดยาไป เพราะ อะไรถึงกลับมาทานยาอีก” “ตั้งแต่ เริ่มลดข้าวเย็น สังเกตไหมว่าเป็น อย่างไรบ้าง”

ขั้นตอน	แนวปฏิบัติการให้คำปรึกษา แบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน สำหรับกลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต	แนวปฏิบัติการสนทนาสร้างแรงจูงใจ สำหรับผู้ป่วย NCD
3.การแนะนำ แบบมีทางเลือก Advice with menus	ตัวอย่างคำถามครั้งที่ 1 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารับทราบข้อมูลทางเลือกที่เป็นไปได้ “ฟังดูแล้ว คุณเคยผ่านพ้นปัญหาแบบนี้มา ทางเลือกที่เป็นไปได้อาจคือ การใช้ความอดทน และรอเวลา หรืออีกทางเลือกคือการเรียนรู้ทักษะเพิ่มจากผู้ชำนาญ” ตัวอย่างคำถามครั้งที่ 2-4 เพื่อเพิ่มความมั่นใจและใช้วิธีการที่ได้ผล “เท่าที่ประเมินคุณมีความสามารถและเรียนรู้การจัดการกับปัญหาแบบนี้มาแล้ว และทางที่เป็นไปได้ คือ ทำสิ่งที่ควรทำ และอดทนเพื่อรอเวลาให้ผลที่ดีนั้นเกิดขึ้น”	การให้ข้อเสนอแนะแบบมีทางเลือกแล้วให้ผู้ป่วยพิจารณา เพื่อให้รับทราบข้อมูลและทางเลือกที่เป็นไปได้ เมื่อเลือกทางเลือกโดยยอมรับความรู้สึกเป็นเจ้าของทางเลือกนั้นด้วย “ดูเหมือนช่วงที่คุณพักผ่อนเพียงพอจะทำงานได้มากกว่าอดนอนเสียอีก” “แนะนำ/ให้ข้อมูล 3อ 2ส เบื้องต้นคุณอาจเลือกออกกำลังกายได้หลายแบบ หนึ่ง อาจเดินไปตลาดเร็วขึ้นเพราะคุณไปตลาดทุกเช้า สอง คุณยืดเส้นยืดสายวันละ 10-15 นาที และ สาม ถ้าคุณตั้งใจมากคุณอาจลองออกกำลังกายแบบเป็นเรื่องเป็นราว เช่น วิ่ง หรือ แอโรบิค ฯลฯ”

คู่มือแนวปฏิบัติและ
ตัวอย่างบทสนทนา
การให้คำปรึกษา
MI และ SBC



ใบกิจกรรมที่ 5.4

ฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (SBC)

1. ให้แบ่งกลุ่ม 3-4 คน ศึกษาเนื้อหาจากกรณีศึกษาตาม Case Study ที่ได้รับ
2. สมาชิกภายในกลุ่มช่วยกันออกแบบการสนทนาการให้คำปรึกษาโดยสังเขป (เขียนเป็นบทละคร) (20 นาที)
3. นำเสนอ ให้ข้อเสนอแนะ และสรุปการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (SBC)

1. ยาระเบียบ อายุ 65 ปี เกษียณออกจากงานประจำได้ 5 ปี มีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และรู้สึกเหงา เมื่อพูดคุยเพิ่มเติม พบว่าเขารู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมที่เคยชอบ และไม่ยอมออกไปพบปะใคร

2. ต้น อายุ 35 ปี ทำงานในบริษัทเอกชน มาที่หน่วยบริการปฐมภูมิด้วยอาการปวดศีรษะเรื้อรัง และมีอาการวิตกกังวล เมื่อตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติที่ชัดเจน ต้นเล่าว่าเขามีความเครียดจากงานที่มีความกดดัน ต้องทำ OT เพิ่มในวันหยุด และมีภาระหนี้สินที่ต้องรับผิดชอบ นอกจากนี้ เขาเริ่มดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นเพื่อบรรเทาความเครียด

3. พ้าใส อายุ 21 ปี เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยปีที่ 3 มาที่หน่วยบริการปฐมภูมิเนื่องจากมีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และรู้สึกหมดหวังกับชีวิต เธอเล่าว่ามีความเครียดจากการเรียน ความกดดันจากครอบครัวที่คาดหวังให้เรียนเกียรตินิยม รวมถึงปัญหาความสัมพันธ์กับแฟนที่ทำให้เธอรู้สึกโดดเดี่ยว

4. ดิว อายุ 12 ปี เรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ถูกคุณครูส่งมาที่หน่วยบริการปฐมภูมิเนื่องจากมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น ขาดเรียนบ่อย ผลการเรียนลดลง และมีปัญหากับเพื่อนร่วมชั้น ครูสังเกตว่าดิวดูซึมเศร้าและแยกตัวจากเพื่อน ๆ จากการพูดคุยเบื้องต้นพบว่าดิวถูกล้อว่าไม่มีพ่อแม่บ่อยครั้ง เพราะดิวอาศัยอยู่กับตายาย รู้สึกเสียใจและไม่อยากไปเรียน

แผนการสอนที่ 6

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีม รพช. (หมอ 3)

3 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. อธิบายบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีม รพช. ในการดำเนินงานสุขภาพจิตและสารเสพติดในระบบสุขภาพปฐมภูมิ
2. อธิบายการวินิจฉัยและให้การรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นตามแนวทางการดูแลบำบัดรักษาและการส่งต่อ ตามกลุ่มโรค

สาระสำคัญ

บทบาทของหมอที่ 3 หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมงานรพช. เป็นส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติดในระบบปฐมภูมิ การเพิ่มพูนองค์ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตและสารเสพติดจะช่วยให้หมอที่ 3 สามารถเข้าใจและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดในพื้นที่และเป็นที่ปรึกษาให้กับเครือข่ายสุขภาพจิตได้ โดยเนื้อหาในหลักสูตรนี้เกี่ยวกับเรื่องโรคซึมเศร้า โรคจิต และภาวะติดสารเสพติด ซึ่งอธิบายแนวทางการประเมินวินิจฉัย บำบัดรักษา และดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม การส่งต่อผู้ป่วยไปยังบริการตามความเหมาะสม และการจัดการผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการบูรณาการการดูแลและติดตามโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตช่วยให้การรักษามีความต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในชุมชน

กิจกรรม

- 15 นาที บรรยาย บทบาทบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีม รพช. ในการดำเนินงานสุขภาพจิตและสารเสพติดในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (ใบความรู้ที่ 6.1)
- 60 นาที บรรยายและฝึกปฏิบัติ การวินิจฉัยโรค และให้การรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นตามแนวทางการดูแลบำบัดรักษาและการส่งต่อของโรคซึมเศร้าและโรคจิต (ใบความรู้ที่ 6.2 ใบกิจกรรมที่ 6.1, 6.2)
- 90 นาที บรรยายและฝึกปฏิบัติ การวินิจฉัยโรค และให้การรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นตามแนวทางการดูแลบำบัดรักษาและการส่งต่อในกลุ่มโรคที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดที่มีความผิดปกติทางสุขภาพจิต (ใบความรู้ที่ 6.3, 6.4 ใบกิจกรรมที่ 6.3, 6.4)
- 15 นาที สรุป และอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นร่วมกัน

ใบความรู้ที่ 6.1

บทบาทของหมอที่ 3: แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีม swp.

หมอครอบครัวและทีมเจ้าหน้าที่รพช. เป็นบุคคลสำคัญในการบูรณาการงานสุขภาพจิตและสารเสพติดในระบบปฐมภูมิ

1) **วินิจฉัย บำบัดรักษา** ด้วยยา และติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยในขณะที่ใช้ชีวิตในชุมชน รวมถึงติดตามเฝ้าระวังและส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงไปยังโรงพยาบาลศูนย์/เฉพาะทาง

2) **ดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม** กระตุ้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนให้มีบทบาทในกระบวนการดูแล ป้องกันและฟื้นฟูผู้ป่วยเมื่อกลับไปยังชุมชน

3) **เป็นที่ปรึกษา/พี่เลี้ยง** ให้แก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ และให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในเครือข่าย เช่น พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมงานรพช. เป็นส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตและปัญหาสารเสพติดในระบบปฐมภูมิ การบูรณาการการดูแลโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตช่วยให้การรักษามีความต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในชุมชน สร้างระบบการดูแลสุขภาพจิตที่เข้มแข็งและครอบคลุมเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชและสารเสพติดในระดับชุมชน

ใบความรู้ที่ 6.2

แนวทางการบำบัดรักษาและการส่งต่อ

โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder)



แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์-เวชปฏิบัติทั่วไป ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

เป็นแนวทางในการจัดการกับโรคซึมเศร้า การวินิจฉัยแยกโรค จำแนกระดับความรุนแรง และการรักษาด้วยยา เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ไม่กลับเป็นซ้ำ



ดาวน์โหลดเอกสาร

การคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ข้อบ่งชี้การใช้

1. ผู้มีปัญหาหาสาเหตุ/สารเสพติดทุกราย
2. ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

แบบคัดกรอง : 2Q 9Q 8Q



แบบประมาณ 2Q 9Q 8Q

แนวทางการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์

ขั้นตอนที่ 1 พิจารณาหรือทบทวนอาการจากแบบประเมิน 9Q เพื่อประกอบการวินิจฉัย

ขั้นตอนที่ 2 วินิจฉัยแยกโรค ยืนยันการวินิจฉัยโรค ประเมิน ความรุนแรงของอาการและลงรหัสวินิจฉัย



CPG-MDD-GP Revision Version 2017

แนวทางการช่วยเหลือ

- การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ควรคัดกรองความเสี่ยงการฆ่าตัวตายด้วย
- หาสาเหตุว่าภาวะซึมเศร้า หรือภาวะวิตกกังวล/สารเสพติด หรือสุรา ที่เป็นปัจจัยร่วม
- การประเมินอาการมีความสำคัญ และให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
- การรักษาโรคซึมเศร้าควรเป็นไปตามขั้นตอนการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6-12 เดือน
- ทบทวนการวินิจฉัยเป็นระยะ เช่น bipolar, depressive disorder ที่ทำให้มีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จสูง
- ยาด้านซึมเศร้าทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นได้ เช่น SSRI
- ยา SSRI ปริมาณปานกลาง : Fluoxetine 20-40 mg ,Sertraline 25-100 mg
- ยาด้านซึมเศร้า TCA ที่ใช้บ่อย ปริมาณปานกลาง : Amitriptyline 25-100 Imipramine 25-100 mg
- ยาที่ช่วยผ่อนคลาย นอนหลับ ปริมาณปานกลาง : Tranmed 5 mg lorazepam 0.5 mg , etc

แนวทางการดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม

ภาวะที่ควรคิดถึง	การดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม
โรคซึมเศร้า (Depression)	การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation): สิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล - โรคซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยอ่อนแอ - ทศนคติทางลบของผู้อื่น เช่น “คุณควรจะเข้มแข็งกว่านี้” “ใจเย็น ๆ” อาจเพราะโรคซึมเศร้าไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า จึงเกิดความเข้าใจผิดว่า ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีอาการดีขึ้นได้ด้วยการให้กำลังใจ - ผู้ป่วยมักมีความคิดทางลบเกี่ยวกับตนเอง ชีวิต และอนาคต ซึ่งอาจทำให้รู้สึกสิ้นหวังและไร้ค่าอย่างไม่สมเหตุผล แต่มุมมองเหล่านี้มีแนวโน้มจะดีขึ้นถ้าหากอาการซึมเศร้าดีขึ้น - หากมีความคิดอยากทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย ควรบอกคนที่ไว้ใจและพบแพทย์ทันที ลดความเครียดและเสริมสร้างการช่วยเหลือทางสังคม - ประเมินและพยายามลดสิ่งกระตุ้นความเครียด - สนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคม เช่น พบปะญาติ เยี่ยมเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการใช้ชีวิตในชุมชน สนับสนุนให้ผู้ป่วยพยายามทำสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้เท่าที่จะเป็นไปได้ แม้จะเป็นเรื่องที่ยาก เช่น ทำกิจกรรมที่เคยชอบและทำให้มีความสุข, ควบคุมการนอน-ตื่นให้เป็นเวลาสม่ำเสมอ, ขยับร่างกายเท่าที่ไหว, กินอาหารให้ปกติ, ใช้เวลากับคนที่ไว้ใจและเข้าร่วมกิจกรรมสังคมตามกำลัง โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจว่าการทำกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้สามารถช่วยให้อารมณ์ดีขึ้นได้ การบำบัดทางจิตใจแบบสั้นสำหรับโรคซึมเศร้า องค์กรอนามัยโลก และหน่วยงานอื่น ๆ ได้พัฒนาคู่มือการบำบัดทางจิตใจแบบสั้นสำหรับโรคซึมเศร้า เช่น Problem Management Plus: สอนการกระตุ้นพฤติกรรม, ผูกผ่อนคลาย, การแก้ไขปัญหา, และเสริมสร้างการช่วยเหลือทางสังคม Group Interpersonal Therapy (IPT): บำบัดแบบกลุ่มสำหรับโรคซึมเศร้า Thinking Healthy: ใช้ Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์หรือหลังคลอด

ใบกิจกรรมที่ 6.1

Differential Diagnosis: Case study

จับกลุ่ม 3 – 4 คน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและฝึกปฏิบัติการวินิจฉัยแยกโรค (Differential Diagnosis) จากตัวอย่างกรณีศึกษาที่ 1 โดยใช้เวลา 3 – 5 นาที ดังนี้

ตัวอย่าง 1

ผู้ป่วยหญิง ไทย อายุ 57 ปี หม้าย ทำอาหารตามสั่งขาย มีพ่อติดเตียง ลูกชาย 1 คน และหลานสาวอีก 1 คน ที่ต้องดูแล

- 2 ปี ก่อน เครียด ปวดหัว ร้องไห้เป็นพักๆ เพราะปิดร้านอาหาร เนื่องจากการระบาดของโรคโควิด ขายอาหารออนไลน์ รายได้ไม่พอ จึงจำนองบ้านเพื่อใช้หนี้

- 1 ปี ก่อน สามีมีผู้หญิงอื่น ท้อแท้ สิ้นหวัง อยากตาย กินยาพาราเซตามอล 50 เม็ด ล้างท้อง รพ.

- 3 เดือน ก่อนหน้านี้ สามีเสียชีวิต ด้วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยต้องรับภาระ หนี้ที่สะสม คิดมาก นอนไม่หลับ เริ่มกินเหล้าขาว 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1 เป๊ก

- 2 เดือน ก่อนหน้านี้ ลูกชายคนเดียวถูกจับคดี ยาบ้า ลูกสะใภ้แยกทาง มีหลานสาว 1 คน อยู่กับตนเอง เป็นห่วงลูกหลานมาก ว่าอนาคตจะอย่างไร

- 1 เดือนมานี้ น้ำหนักลด คลำเจอก้อนเนื้อเล็ก ๆ ที่หน้าอก ไม่เจ็บ แพทย์วินิจฉัยเป็นเนื้องอก ไม่ร้ายแรง แต่รู้สึกกังวล มือสั่น ใจสั่น ไม่สมาธิ กลัวเป็นโรคร้าย

- 14 วันมานี้ เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ รู้สึกสิ้นหวัง หดหู่ กินข้าวไม่ลง ไม่อยากไปไหน ยังไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย เพราะเป็นห่วงหลาน คิดตลอดว่ารู้อย่างนี้แต่ก่อนน่าจะเลี้ยงลูกให้ดีกว่านี้

Differential Diagnosis

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

แนวทางเฉลย

Differential Diagnosis: Case study 1

1. Major depressive disorder (F32)
2. Adjustment disorder with depress mood (F43.2) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการปรับตัว ภาวะนี้ยังไม่รุนแรงถึงขนาดเป็นโรคซึมเศร้า เพียงแต่มีอาการของโรคซึมเศร้าเป็นบางวันที่สัมพันธ์กับความเครียดในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือนที่ผ่านมา เช่น โรคภัย ออกหัก ออกจากงาน ผิดหวัง เสียใจเรื่องต่างๆ แต่เมื่อตัวก่อความเครียดหายไปอาการเศร้าจะกลับมาเป็นปกติ
3. Dysthymic disorder (F34.1) โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง ความรุนแรงของอาการน้อยกว่า major depression แต่มี อาการนานกว่า ในเด็กมักมีอาการนานเกิน 1 ปีในผู้ใหญ่เกิน 2 ปี
4. Mixed Anxiety Depression (F41.2) โรควิตกกังวลผสมซึมเศร้า มีลักษณะอาการผสมกัน ระหว่างโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า แต่ไม่มีอาการใดชัดเจนพอที่จะใช้เป็น เกณฑ์ในการวินิจฉัย ว่าเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่นเดียวกับโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่เป็นโรค จะประสบ ความทุกข์หรือความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย
5. Alcohol abuse induced mood disorders (F10.2) อารมณ์ผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

โรคจิต (Psychotic Disorder)

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ โรคจิตเภทประกอบด้วย

อาการด้านบวก (Positive symptoms) ได้แก่ 1) อาการหลงผิด (delusion) 2) อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน (prominent hallucination) 3) การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) 4) พฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) และ 5) พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติไปจากปกติ (catatonic behavior)

อาการด้านลบ (Negative symptoms) ได้แก่ 1) อารมณ์ทื่อ (blunted affect) และเฉยเมย 2) ความคิดอ่านและการพูดลดลง 3) ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจ และ 4) ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว

อาการด้านการรู้คิด (Cognitive symptoms) ได้แก่ 1) ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function) ลดลง 2) ความสามารถในการคงความใส่ใจ (attention) ลดลง และ 3) ความจำเพื่อใช้งาน (working memory) บกพร่องคือความสามารถในการจดจำข้อมูลเฉพาะหน้าลดลง

ชุดข้อมูลเพิ่มเติม: คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาล
ในเขตสุขภาพ ฉบับแพทย์ (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2563)

เป็นคู่มือสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยแนวทางการวินิจฉัย การรักษาด้วยยาและจิตสังคมบำบัด เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการ ในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปและการใช้เป็นเครื่องมือประเมินปัญหาจิตเวช และสุขภาพจิต

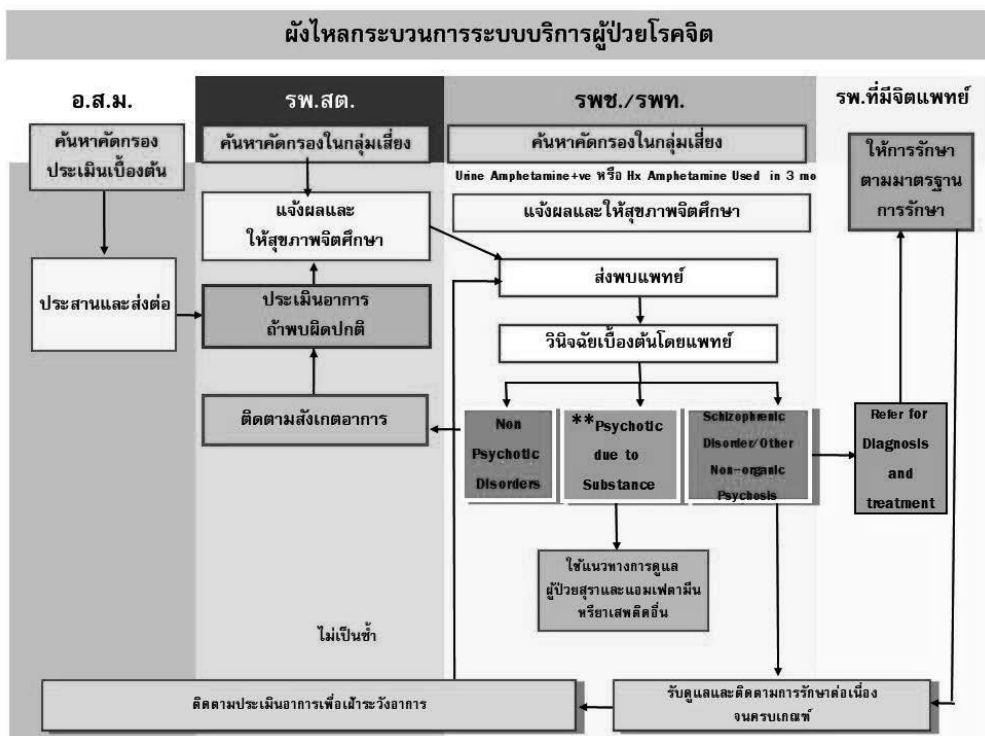


การช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือโรคจิต

- สงบ พูดจาด้วยเสียงไม่ดังเกินไป ฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด
- หลีกเลี่ยงการหลอกลวง เยาะเย้ยหรืออึด
- ต้องระวังว่าการรับรู้ของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามสถานการณ์
- หลีกเลี่ยงท่าทาง หรือการเคลื่อนไหวที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคามได้ เช่น เดินเข้าไปหาผู้ป่วยทันทีทันใด
- อธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าเกิดอะไรขึ้น เรากำลังจะทำอะไร และทำไมถึงทำ
- คำนึงถึงความปลอดภัยของตนเองเสมอ
- ติดต่อหน่วยงานหรือบริการฉุกเฉินที่ต้องส่งต่อไปยัง รพ.ที่มีจิตแพทย์

การรักษาโรคจิตเภท ด้วยยา

- ยาด้านโรคจิตที่ใช้บ่อย ชนิดกิน ปริมาณปานกลาง Haldol 5-20 mg Perphenazine 8-64 mg Chlorpromazine 25-200 mg Risperdal 2-6 mg Clozapine 25-400 mg Seroquel 25-600 mg
- ยาด้านโรคจิต ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ [Long acting injection] ปริมาณปานกลาง Haldol decanoate 50-150 mg
- ยาด้านโรคจิตที่ช่วยป้องกันการฆ่าตัวตาย Antipsychotic drugs เช่น Clozapine, Risperdal, Seroquel
- กรณีที่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยสงบโดยเร็ว ให้ยาด้านโรคจิตชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ Haldol 2.5-5 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ร่วมกับ Valium 5-10 mg เข้าเส้น
- เนื่องจาก ผู้รับยาด้านโรคจิต มีโอกาสมีอาการผลข้างเคียงจากยาด้านโรคจิต EPS (Extra Pyramidal symptom) เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง ตาเหล่เอียง กระวนกระวายไม่นอนหลับไปมา จนบางครั้งรู้สึกไม่สบายตัวจนไม่กินยาด้านโรคจิตต่อเนื่อง จึงควรให้ Benzhexol 1-2-5 mg/วัน ก่อนนอน
- การผูกมัดเป็นวิธีการสุดท้ายที่จะเลือกใช้
- อาการจะดีขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ ได้รับยาและสารอาหารเพียงพอแล้ว
- ผู้ป่วยควรอยู่ในสถานที่สงบ ลดสิ่งกระตุ้น



หลักสูตร 3 หมอ ดูแลสุขภาพจิตและสารเสพติด

ภาวะ ที่ควรคิดถึง	การดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม
โรคจิต (Psychosis)	การให้สุขภาพจิตศึกษา(Psychoeducation): ข้อมูลสำคัญสำหรับผู้ป่วยและญาติ - อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าโรคจิตเป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่รักษาได้ - หลีกเลี่ยงการโทษผู้ป่วยหรือครอบครัวว่าเป็นสาเหตุของโรค - ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติว่า เน้นความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งและการไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ - อธิบายให้ทราบว่าอาการกลับเป็นซ้ำและ/หรือแย่งลงพบได้บ่อย สิ่งสำคัญคือต้องตระหนักถึงอาการเหล่านี้ตั้งแต่เนิ่น ๆ และเข้ารับการรักษาให้เร็วที่สุด - วางแผนตารางการทำงานหรือการเรียน หลีกเลี่ยงการอดนอนและความเครียด ทั้งผู้ป่วยและญาติ สนับสนุนให้ผู้ป่วยขอคำแนะนำเกี่ยวกับการตัดสินใจที่สำคัญ - หลีกเลี่ยงสารเสพติด เช่น แอลกอฮอล์และกัญชา เพราะอาจทำให้อาการแย่ลง - ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่ดี ออกกำลังกาย นอนหลับเพียงพอ และลดความเครียด หมายเหตุ : การปรับเปลี่ยนวิถีการใช้ชีวิตสามารถทำได้ต่อเนื่อง ไม่มีระยะเวลากำหนด ควรวางแผนและปรับเปลี่ยนอย่างถาวร ลดความเครียดและเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม - ประสานกับทรัพยากรสาธารณสุขและสังคมที่มีอยู่ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านจิตใจของครอบครัว - สนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับมาทำกิจกรรมทางสังคม เช่น พบปะครอบครัว ออกไปข้างนอกกับเพื่อน หรือเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน - ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสร้างระบบการสนับสนุนทางสังคมให้มากขึ้น ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน - สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ มีความหมาย เช่น งานหรือการเรียน - ให้การสนับสนุนการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและการจ้างงานที่เหมาะสม - ฝึกทักษะชีวิตและทักษะทางสังคมให้ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอย่างไม่พึ่งพิง - ช่วยสนับสนุนให้ใช้ชีวิตอย่างไม่พึ่งพิง จัดหาที่พักอาศัยที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและชุมชน คำแนะนำสำหรับผู้ดูแล/ญาติ - ไม่จำเป็นต้องโน้มน้าวว่าสิ่งที่ผู้ป่วยเชื่อเป็นเรื่องผิด พยายามไม่ขัดแย้งและให้การดูแล แม้ว่าผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่ปกติ - ให้อิสระผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว หลีกเลี่ยงการผูกมัดหรือจำกัดพื้นที่ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยพื้นฐาน - โดยทั่วไปแล้ว หากได้อาศัยอยู่กับครอบครัวและชุมชนในสภาพแวดล้อมที่เกื้อกูลนอกโรงพยาบาลจะดีต่อผู้ป่วยมากกว่า หลีกเลี่ยงการให้ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลระยะยาว คำแนะนำทางคลินิก - สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ความเชื่อใจระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะคงการรักษาต่อเนื่อง และผลลัพธ์ในระยะยาว - ตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ป่วยโรคจิตได้รับการปฏิบัติอย่างให้เกียรติและมีศักดิ์ศรี

ใบกิจกรรมที่ 6.2

Differential Diagnosis: Case study 2

จับกลุ่ม 3 – 4 คน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและฝึกปฏิบัติการวินิจฉัยแยกโรค (Differential Diagnosis) จากตัวอย่างกรณีศึกษาที่ 2 โดยใช้เวลา 3 – 5 นาที ดังนี้

ตัวอย่าง 3

ผู้ป่วยชายไทย คู่ อายุ 25 ปี

คลอดปกติ พัฒนาการปกติ จบ ประถม มัธยม ตามเกณฑ์ ไม่ค่อยสูงส่งใคร พูดน้อย
สูบบุหรี่ ตั้งแต่ ม.ปลาย เอ็นทรานซ์ไม่ติด ผิดหวัง เก็บตัว สูบกัญชา เป็นครั้งคราว
เรียนมหาวิทยาลัยเปิด 8 ปี ยังไม่จบ อยู่บ้านมากกว่าออกนอกบ้านนั่งหน้าคอมพิวเตอร์ทั้งคืน

6 เดือนก่อน เริ่มหงุดหงิด ก้าวร้าว ไม่ค่อยกินข้าว เบื่อหน่าย ท้อแท้ เหมือนเป็นพักๆ สะสม
ข้าวของ เต็มห้อง ไม่ค่อยอาบน้ำกลางคืน มีเสียงเหมือนคุยกับคนอื่น

2 เดือนก่อน เริ่มสับสน คิดว่ามีคนมาแอบสอดแนม ได้ยินเสียงคนเรียกคุย ได้เจรจาตอบโต้
เสียงสั่งทำร้ายตนเอง จึงทำร้ายตนเอง ด้วยการพยายามยิงตัวตาย

วันนี้ ทีมหมอครอบครัวมาเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยพูดคุ้ยบ้าง พูดคุ้ยรู้เรื่องอยู่บ้างจำเหตุการณ์
ไม่ค่อยได้ถามคำตอบคำ ปฏิเสธหูแว่ว

Differential Diagnosis

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

แนวทางเฉลย

Differential Diagnosis: Case study 2

1. Schizophrenia (F20)

2. **Schizoaffective (F25)** คือ อาการโรคซึมเศร้ำ หรืออาการมาเนีย ร่วมกับอาการของ Schizophrenia โดยต้องมีอาการ delusion หรือ hallucination นานกว่า 2 สัปดาห์ ในขณะที่ไม่มีอาการด้านอารมณ์ มักจะดูอาการเด่นว่าเด่นด้านอารมณ์ หรือเด่นด้าน Psychosis ถ้าไม่เด่นไปด้านใดด้านหนึ่ง จึงวินิจฉัย

3. Major depression with Psychotic symptoms (F32.3)

Psychotic depression refers to major depressive disorder (MDD) with features of psychosis, a specific presentation of depression. It involves symptoms of psychosis during an episode of depression.

4. Substance induced psychosis

ใบความรู้ที่ 6.3

AUD: Alcohol Use Disorders การใช้สุราที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมและสุขภาพจิต

การวินิจฉัยความผิดปกติที่เกิดจากสุรา ตามระบบ ICD-10

F10.0	Alcohol intoxication*
F10.3	Alcohol withdrawal
F10.4	Alcohol withdrawal delirium
F10.5	Alcohol- induced psychotic disorder
F10.6	Alcohol-induced persisting amnestic disorder
F10.73	Alcohol-induced persisting dementia
F10.8	Alcohol-induced mood disorder/anxiety disorder/ sexual dysfunction/sleep disorder

ระบาดวิทยาของภาวะโรคร่วม (Epidemiologic Catchment Area: ECA)

Alcohol disorder	Another mental disorder	37%
	Anxiety Disorders	19%
	Antisocial PD	14%
	Mood Disorders	13%
	Schizophrenia	4%
Antisocial PD	Substance abuse	84%
	Alcohol Disorders	74%
	Another drug disorder	42%
Schizophrenia		34%
Mood disorder	Alcohol disorder	22%
Anxiety disorder		18%

"ดื่มมาตรฐาน" (Standard drink) คือ ปริมาณของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ (ethanol) อยู่ในปริมาณเท่ากัน โดยทั่วไปจะประมาณ 10 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ซึ่งเทียบเท่ากับ:

- เบียร์ 1 ขวด (ประมาณ 330 มิลลิลิตร) ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 5%
- ไวน์ 1 แก้ว (ประมาณ 100 มิลลิลิตร) ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 12%
- เหล้า 1 ช็อต (ประมาณ 30 มิลลิลิตร) ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 40%

ตัวอย่างการคำนวณมาตรฐานการดื่ม (Standard drink) มีดังนี้:

เบียร์: หากคุณดื่มเบียร์ขนาด 330 มิลลิลิตร (1 ขวด) ที่มีแอลกอฮอล์ 5% ปริมาณแอลกอฮอล์จะเท่ากับประมาณ 13 กรัม (โดยประมาณ 1 ขวดเบียร์ 330 มิลลิลิตร จะมีแอลกอฮอล์เท่ากับประมาณ 1.3 standard drink)

ไวน์: ถ้าคุณดื่มไวน์ขนาด 100 มิลลิลิตร (1 แก้ว) ที่มีแอลกอฮอล์ 12% จะเท่ากับประมาณ 12 กรัมของแอลกอฮอล์ หรือประมาณ 1 standard drink

เหล้าหรือสุรา: หากคุณดื่มเหล้าขนาด 30 มิลลิลิตร (1 ช็อต) ที่มีแอลกอฮอล์ 40% ปริมาณแอลกอฮอล์จะเท่ากับประมาณ 12 กรัม (ประมาณ 1 standard drink)

การดื่มแบบมีความเสี่ยง เป็นรูปแบบการดื่มที่อาจไม่ถึงกับเมาแต่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ (เช่น เกิดโรค เกิดอุบัติเหตุ) ส่งผลเสียต่อครอบครัวและหน้าที่การงาน เมื่อการดื่มมากขึ้นและสม่ำเสมอ ก็จะเข้าสู่ภาวะการติดสุรา และมีภาวะลงแดงได้เมื่อมีการหยุดดื่มกะทันหัน (เช่น เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล เกิดอุบัติเหตุ)

สาเหตุของการเกิดปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อย

1. การเมา สุรา ยาหรือสารเสพติด ทำให้เกิดอาการกลัว ระแวง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ตัวเองปลอดภัย
2. ปัญหาโรคจิตเวช เช่น โรคจิต ในผู้ที่มีอาการโรคจิตจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไม่เป็นจริง เช่น มีหูแว่ว ประสาทหลอน ระแวง ดังนั้นการตอบสนองจึงไม่เป็นไปตามสถานการณ์จริง ภาวะโรคซึมเศร้า และความคิด/พฤติกรรมฆ่าตัวตาย เป็นต้น
3. ความโกรธ ความเครียด จากปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวหรืออื่นๆ ความรู้สึกอับอาย ไม่เป็นธรรม ไม่ปลอดภัย
4. ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อุบัติเหตุทางสมอง ภาวะสับสน เป็นต้น

แบบประเมินที่ใช้



แบบประเมิน
เพื่อคัดกรองปัญหา
จากการดื่มสุรา
CAGE Questionnaire



การคัดกรองผู้ที่มีปัญหา
การใช้สุราที่มีความผิดปกติ
ทางพฤติกรรมและสุขภาพจิต
ใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา
(Audit: Alcohol Use
Disorders Identification Test)



แบบประเมินพฤติกรรม
การดื่มเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ของ
ผู้มารับบริการสุขภาพ
(ASSIST)

การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice: BA)

หรือการให้คำแนะนำอย่างง่าย (simple advice) เหมาะสำหรับผู้ป่วยดื่มสุราแบบมีความเสี่ยง หรือที่ได้คะแนน AUDIT ระหว่าง 8-15 ที่อาจยังไม่เคยมีประสบการณ์หรือได้รับบาดเจ็บ ลักษณะผู้ป่วยคือ:

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

แนวทางการให้คำแนะนำแบบสั้น (BA)

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

ตัวอย่างการให้คำแนะนำแบบสั้น

- ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

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

ให้ข้อมูลผลกระทบจากการดื่มแบบความเสี่ยงสูง

ถึงแม้ว่าขณะนี้คุณยังไม่พบปัญหาอะไรชัดเจน แต่ลักษณะการดื่มแบบนี้เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น โรคกระเพาะ โรคตับ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ขณะเมาสุราหรือ เสี่ยงต่อปัญหาครอบครัว ปัญหาอาชีพหรือปัญหาการเงินได้หากเป็นไปได้

- กำหนดเป้าหมายและให้คำแนะนำ

คุณควรเลือกที่จะหยุดดื่ม หรือถ้ายังจะดื่มอยู่ควรดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ โดยไม่ดื่มเกินวันละ 2 ดื่มมาตรฐาน(เหล้า 4 ฝาหรือเบียร์ 1.5 กระป๋อง หรือไวน์ 2 แก้ว) และต้องหยุดดื่ม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 วัน คุณคิดว่าจะเลือกวิธีไหนดีครับ/คะ

- เสริมแรงกระตุ้น

จริงๆแล้ว มันอาจไม่ง่ายหรอกที่คุณจะลดการดื่มลงที่ให้อยู่ในขีดจำกัด แต่หากคุณเผลอดื่มเกินขีดจำกัดให้พยายามเรียนรู้ว่าเพราะอะไรจึงเป็นเช่นนั้นและวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก หากคุณระลึกเสมอถึงความสำคัญของการลดความเสี่ยงจากการดื่มลงคุณก็จะสามารถทำได้

การจัดการกับแรงต้าน (Handling Resistance)

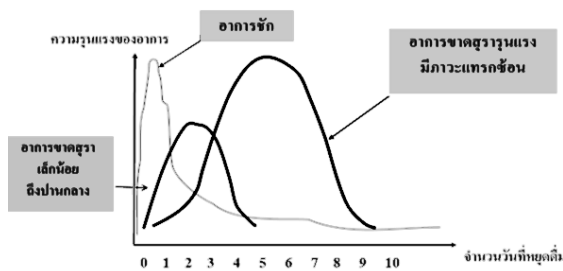
- ⇒ การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening)
- ⇒ การเปลี่ยนจุดเน้น หรือเปลี่ยนเรื่องคุย (Shifting focus)
- ⇒ ความรับผิดชอบในตน (Responsibility or personal choice)
- ⇒ การมองเชิงบวก (Reframing)
- ⇒ การขัดเพื่อให้แย้ง (Paradoxical challenge)

โปรดจำไว้ว่า.....
ให้เปิดประตู้าไว้เสมอ...

โดยสรุป ตอนนี้ดูเหมือนว่าคุณยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคุณ แต่ถ้าคุณอยากจะคุยเกี่ยวกับเรื่องนี้อีกเมื่อไร ในตอนไหนก็ตาม หรือเมื่อคุณเริ่มพบว่าการใช้ยาบ้าสร้างปัญหาให้กับคุณ คุณสามารถจะกลับมาหาผม/ดิฉันใหม่ได้เสมอนะ แล้วเราค่อยคุยเรื่องนี้กันอีกทีก็แล้วกัน”

ปัญหาการลงแดงหรือถอนพิษสุรา

ระยะเวลาในการเกิดอาการขาดสุรา



อ้างอิง: Saunders, 2003; โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต, n.d.

การตรวจร่างกาย กรณีอาการรุนแรงมาก

ชีพจรเต้นเร็ว > 100 ครั้งต่อนาที

น้ำหนักลดหรือดูผอมแห้งจากการ
ขาดอาหารและน้ำ

ผิวหนังมี spider angiomas

ตาเหลือง ตับโต ascites

มือสั่น hyper-reflexia

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรารุนแรง

ผู้ดื่มสุราที่...

- มีอาการขาดสุรา ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง
- ดื่มครั้งสุดท้ายภายใน 3 วัน
- มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย
- ไม่มีภาวะเมาสุราทั้งที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง
- มีการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ รวมถึงยาแก้ปวดประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง
- ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที

- มีอายุมากกว่า 30 ปี
- ประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละครั้ง (> 150 กรัมต่อวัน) หรือ
- ดื่มมากกว่า 10 แก้วดื่มมาตรฐานต่อวัน
- คิดเป็นปริมาณเหล้าขาวมากกว่า ½ ขวดต่อวัน
- ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี)
- เคยมีอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อคลั่งสับสน (Delirium Tremens)
- เคยมีอาการชักจากขาดสุรามาก่อน

หากผู้ป่วยมีข้อใดข้อหนึ่งของปัจจัยเสี่ยงให้เฝ้าระวัง

การดูแลรักษา กรณีอาการถอนพิษสุรา

1. การดูแลแบบผู้ป่วยนอก
2. การดูแลแบบผู้ป่วยใน
3. หากดูแลแบบผู้ป่วยในไม่ได้ พิจารณา refer

เกณฑ์การ refer

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

แนวทางการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก

- ชักประวัติตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต ให้การวินิจฉัยโรค
- ประเมินระดับสุราในเลือดใช้ Breathalyzer (ถ้าเป็นไปได้)
- ประเมินโรคทางกายและโรคจิตเวช ภาวะแทรกซ้อน
- ประเมินความเสี่ยงของการเกิดอาการถอนพิษสุรารุนแรง
- ประเมินอาการขาดสุราโดยใช้ CIWA หรือ AWS
- สูตร 95 (pulse and DBP)
- Further investigation ตามความเหมาะสม

การให้ข้อมูลการรักษาช่วงถอนพิษสุรา

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ

- ผู้ป่วยที่หยุดดื่มเกิน 5 วันและไม่มีอาการขาดสุรา โอกาสเกิดอาการขาดสุราน้อยมาก สามารถนัดติดตามอาการได้
- ถ้ามีอาการขาดสุราระดับเล็กน้อย คือ CIWA-Ar ได้ < 8 อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาลดอาการขาดสุรา
- แต่หากผู้ป่วยดื่มภายใน 6-8 ชม. ก่อนมารักษา อาจยังไม่มีอาการได้ ต้องติดตามเฝ้าระวัง

การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

การให้ยาแบบ Fix schedule

กรณี CIWA-Ar 8-14 หรือ AWS 5-9 คะแนน และมีข้อบ่งชี้รักษาแบบผู้ป่วยนอกได้

วันที่	Chlordiazepoxide	Diazepam	Lorazepam
1	50 มก. ทุก 6-12 ชั่วโมง	10 มก. ทุก 6-12 ชั่วโมง	2 มก. ทุก 8 ชั่วโมง
2	25 มก. ทุก 6 ชั่วโมง	5 มก. ทุก 6 ชั่วโมง	2 มก. เช้า, 1 มก. เย็น, 2 มก. ก่อนนอน
3	25 มก. ทุก 12 ชั่วโมง	5 มก. ทุก 12 ชั่วโมง	1 มก. ทุก 8 ชั่วโมง
4	25 มก. ก่อนนอน	5 มก. ก่อนนอน	1 มก. ทุก 12 ชั่วโมง
5	10 มก. ก่อนนอน	2 มก. ก่อนนอน	1 มก. ก่อนนอน
6	หยุดยา	หยุดยา	หยุดยา

Symptomatic and support care

- SYMPTOMATIC CARE รักษาตามอาการ เช่น นอนไม่หลับ วิดกกังวล
- SUPPORTIVE CARE

⇒ ให้วิตามิน Thiamine 100 mg เป็นเวลา 3 วัน

⇒ ให้วิตามินรวม (Multivitamin) และ Folate

⇒ ปรับแก้ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

(Potassium, Magnesium, Phosphate และ Glucose)

ถ้า CIWA-Ar ≥ 15 หรือ AWS ≥ 10 คะแนน ควรรักษาแบบผู้ป่วยใน

การติดตามแบบผู้ป่วยนอก

ใน 1 สัปดาห์ของระยะถอนพิษสุรา

หากเป็นไปได้ ติดตาม พบ/โทรศัพท์ ผู้ป่วยทุกวัน จน ครบ 2 สัปดาห์เพื่อ

⇒ ตรวจร่างกาย ประเมินอาการขาดสุราและให้ยา (ถ้าจำเป็น)

⇒ ประเมินระบบประสาทและจิตเวช

⇒ เริ่มจิตสังคมบำบัด

วันสุดท้าย ตรวจ Gamma Glutamyl Transferase (GGT) และให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการรักษาต่อไป หากคะแนน CIWA-Ar เพิ่มขึ้น > 15 หรือ AWS > 10 คะแนน ควรรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีอาการเริ่มต้นของ DTs

การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา

Symptomatic Relief

⇒ การรักษาตามอาการ เพื่อบรรเทาอาการอื่นที่พบร่วม เช่น Metoclopramide, Antacid, Kaolin mixture หรือ Paracetamol

Supplements

⇒ Hydration: การให้สารน้ำชดเชยน้ำตามปริมาณน้ำที่ขาด โดยให้ isotonic IV fluid
⇒ Nutrition: วิตามินเสริมเป็นการให้เพื่อทดแทนสารอาหารหรือเกลือแร่ที่บกพร่องไป เช่น Thiamine, Magnesium, Phosphate, Folate, Zinc, Vitamins A, D, E, C และ B
⇒ หากผู้ป่วยทานไม่ได้ ให้ NPO ไว้ก่อน เพื่อป้องกัน Aspiration วันต่อมาค่อยให้อาหารที่ High metabolic needs

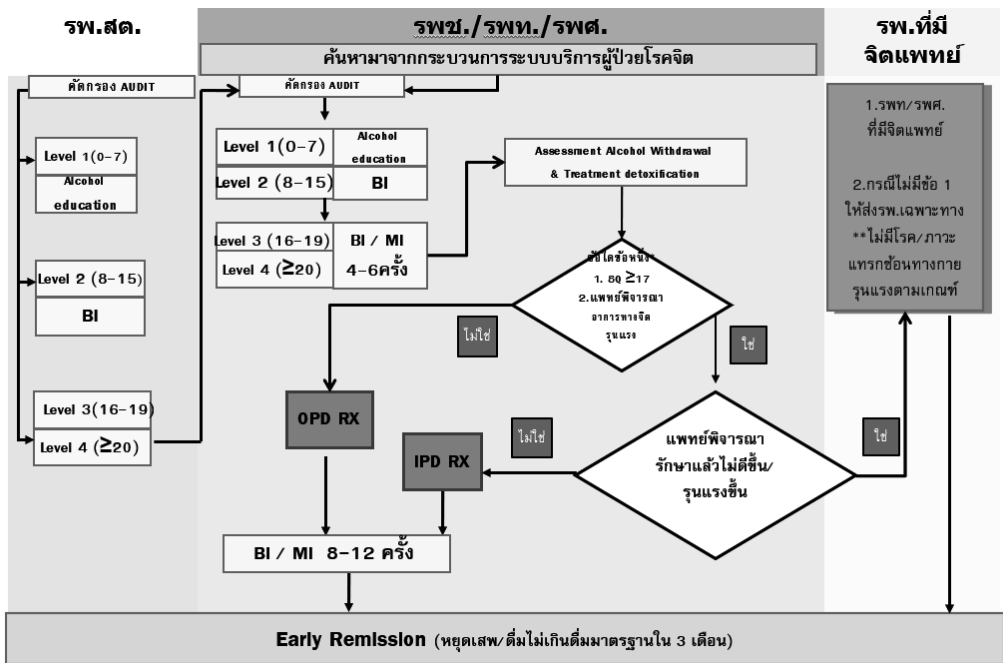
- ⇒ ให้ Vitamin B1 ป้องกันการเกิดภาวะ Wernicke-Korsakoff Syndrome
- ⇒ Thiamine ต้องให้อย่างน้อย 100 mg ต่อวัน
- ⇒ หากมีปัญหาการดูดซึมแนะนำให้ใช้วิธีฉีด
 - B1 100 mg IM or IV x 3-5 days หรือ
 - B1 100 mg oral 3 times a day

เกร็ดความรู้สำคัญ : ให้ Thiamine ก่อนให้ Dextrose หรืออาหาร

Supportive Environment

⇒ การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้เหมาะสมในการดูแล ได้แก่ สงบ ปลอดภัย อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ มีสิ่งรบกวนน้อย
⇒ มีอุปกรณ์ผูกมัดตรึงชั่วคราวเมื่อจำเป็น เมื่ออาการสงบให้เลิกผูกมัด เพราะการผูกมัดนานเกินไป ผู้ป่วยตื่นมากมีผลให้เกิดไข้สูงและเกิด Rhabdomyolysis ประเมินอาการเป็นระยะ ๆ
⇒ Supportive counseling and reassurances
⇒ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการถอนพิษและสุขอนามัยในการนอนหลับ (Sleep hygiene) ตลอดจนเทคนิคในการควบคุมพฤติกรรมและวิธีผ่อนคลายความเครียด

แผนผังกระบวนการระบบบริการ Alcohol Related Disorders



*1. แบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (80) ≥ 17 , 2. มีอาการก้าวร้าวรุนแรง ไม่สามารถอดได้ 3. มีอาการทางจิตเวชรักษาแล้วไม่ดีขึ้น 4. มีอาการถอนพิษสุรารุนแรง ($AWS \geq 15$)

ใบกิจกรรมที่ 6.3

จับกลุ่ม 3 – 4 คน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นจากตัวอย่างกรณีศึกษาที่ 3 โดยใช้เวลา 3 – 5 นาที ดังนี้

ตัวอย่าง

ผู้ป่วยชายไทย คู่ อายุ 37 ปี

20 ปีที่ผ่านมา ดื่มเหล้า 0.5 ขวดแบบ มาตลอด

3 เดือน ก่อนหน้านี้ เปื่อหน่ายท้อแท้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ จึงทำร้ายตนเอง ด้วยการพยายามแขวนคอ

วันนี้ ทีมหมอครอบครัวมาเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยพูดคุ้ยบ้าง ยังเศร้าอยู่บ้าง ยังกังวล เครียดลงเลเกี่ยวกับการเลิกเหล้า อยากขอลดปริมาณ

การรักษาเบื้องต้น

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

แนวทางฉดลย การรักษาเบื่องต้น (1-2 วัน): Case study 3

1. Vitamin B 100 mg 1-3 เม็ด ต่อดวัน
2. Folic acid 1 เม็ด เช้า
3. Diazepam 5 mg 1-2 เม็ด ก่อนนอน
4. Lorazepam 0.5 mg 1 เช้า – เย็น / Chlordiazepoxide 1 เช้า เทียง เย็น ก่อนนอน
5. Propranolol 1-3 เม็ด ต่อดวัน
6. Trazodone 50 เม็ด 0.5-1 เม็ด ก่อนนอน
7. Topamax 25 1 เม็ด ก่อนนอน
8. Fluoxetine 20 mg 1 เม็ด
9. Haldol 0.5 mg 0.5-1 เม็ด ก่อนนอน
10.

1. Benzodiazepam รวมกัน ไม่เกิน 120 mg DZP
2. Glucose เทียงพอ
3. Potassium เทียงพอ
4.

ตารางที่ 1 รายชื่อยา benzodiazepine โดยแบ่งตามค่าครึ่งชีวิต (half life) และความแรง (potency) และเปรียบเทียบ dose equivalent โดยประมาณและขนาดยาที่ใช้

กลุ่มยา, ชื่อสามัญ	ชื่อการค้าของยาต้นแบบ	Dose equivalent โดยประมาณ (มก.)	ขนาดยา (มก./วัน)
Long half-life, high therapeutic potency			
Clonazepam	Rivotril	0.25	0.5-4
Long half-life, low therapeutic potency			
Chlordiazepoxide	Librium	10	15-40
Diazepam	Valium	5	5-40
Prazepam	Prasepine	10	20-60
Clorazepate	Tranxene	7.5	15-60
Flurazepam *	Dalmadorm	5	15-30
Short half-life, high therapeutic potency			
Lorazepam	Ativan	1	1-6
Alprazolam	Xanax	0.5	0.75-4
Triazolam *	Halcion	0.1-0.03	0.125-0.5
Midazolam *	Dormicum	1.25-1.7	7.5-15
Short half-life, low therapeutic potency			
Temazepam *	Euhypnos	5	15-30

* ใช้เป็นยานอนหลับ

ในความรู้ที่ 6.4

SUD: Substance Use Disorders การใช้สารเสพติดที่มีความผิดปกติทางสุขภาพจิต

รูปแบบของการใช้สารเสพติดที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางพฤติกรรม โดยมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 ข้อ ในช่วงระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา

1. มีการใช้สารนั้นในจำนวนมาก หรือใช้ติดต่อกันนานกว่าที่ตั้งใจไว้
2. มีความต้องการใช้สารนั้นอยู่ตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง หรือพยายามลดหรือควบคุมการใช้แต่ไม่สำเร็จ
3. ใช้เวลาหมดไปกับกิจกรรมต่างๆ เพื่อที่จะให้ได้สารนั้นมา เพื่อการเสพหรือฟื้นจากผลของสารนั้น
4. มีความอยาก ความปรารถนาอย่างมาก หรือมีแรงกระตุ้นที่จะใช้สารนั้น
5. มีการใช้สารนั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ส่งผลต่อบทบาทภาระหน้าที่สำคัญที่ทำงาน ที่โรงเรียน หรือที่บ้านล้มเหลว
6. ใช้สารอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีปัญหาต่างๆในด้านสังคมหรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีสาเหตุหรือทำให้แยกไปจากสารนั้นๆอยู่อย่างต่อเนื่อง หรือซ้ำแล้วซ้ำอีก
7. กิจกรรมสำคัญๆ ทางสังคม หน้าที่การงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ ต้องล้มเลิก/ลดลงเนื่องมาจากการใช้สาร
8. มีการใช้สารนั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ในสถานการณ์ ต่างที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย
9. มีการใช้สารนั้นต่อไปเรื่อย ๆ แม้จะทราบว่าการมีปัญหาทางกายและจิตใจอยู่อย่างต่อเนื่องหรือซ้ำ ๆ เป็นมาจากสารนั้น ๆ
10. การดื้อยา (tolerance) มีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - a. ต้องเสพสารปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ผลหรืออาการที่ต้องการ
 - b. เสพสารปริมาณเท่าเดิมแล้วได้ฤทธิ์ของสารลดลง
11. อาการขาดยา/ถอนยา (withdrawal) มีลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
 - a. มีกลุ่มอาการขาดยาเฉพาะของสารนั้น
 - b. มีการใช้สารนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาอาการขาดยา

Substance use disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5

⇒ มีทั้งหมด 11 อาการด้วยกัน ซึ่งเกิดจากการรวมเกณฑ์หรืออาการความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารในทางที่ผิด (Substance abuse) ของ DSM-IV-TR ซึ่งมี 4 เกณฑ์ และเกณฑ์การติดสารเสพติด (Substance dependence) ของ DSM-IV-TR ซึ่งมี 7 เกณฑ์ มาไว้เข้าด้วยกัน

⇒ ตัดเกณฑ์เกี่ยวกับประสบปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการเสพสารอยู่ ๆ ออก เนื่องจากแต่ละประเทศย่อมมีข้อกำหนดและการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดแตกต่างกัน

⇒ เพิ่มเกณฑ์ใหม่หนึ่งข้อเข้ามาในเกณฑ์การวินิจฉัย การมีความอยาก (craving) หรือมีความต้องการสารอย่างรุนแรง โดยมีความรู้สึกสับสน หรือ urge ให้เกิดการใช้สารให้ได้

- ผู้ที่มีจำนวน 2 - 3 อาการ จะถูกจัดว่ามีความผิดปกติในการใช้สารในระดับอ่อน
- ผู้ที่มีจำนวน 4 - 5 อาการ จะจัดอยู่ในระดับปานกลาง
- ผู้ที่มีจำนวน 6 - 11 อาการ จัดว่ามีความผิดปกติ ระดับรุนแรง

Addiction

- Craving : อาการอยากยา
- Tolerance : อาการดื้อยา
- Withdrawal : amanaus

Relapse

- ภาวะกลับเป็นซ้ำได้แม้ว่าสามารถหยุดใช้ สารหรือหยุดการกระทำนั้นๆ มาได้ระยะหนึ่ง

Remission

- In early remission : ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ของโรคการใช้สารอย่างน้อย 3 เดือน แต่ไม่ถึง 12 เดือน ยกเว้นอาจจะยังมี craving
- In sustained remission : ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ของโรคการใช้สารอย่างน้อย 12 เดือนหรือมากกว่า ยกเว้นอาจจะยังมี craving

แนวทางการวินิจฉัยแยกโรค

⇒ โรคที่เกิดจากการใช้สารทำให้เกิดอาการทางจิตเวชจะคล้ายกับโรคทางจิตเวชเอง ทั้งอาการเมา อาการถอน อาการ induced mental disorder ต้องอาศัยการซักประวัติที่ดี โดยทั่วไปจะใช้ระยะเวลา 1 เดือน หากยังมีอาการทางจิตเวชน่าจะเกิดจากโรคทางจิตเวชมากกว่า

⇒ กัญชาอาจจะตรวจพบได้ในร่างกายได้นานกว่า 1 เดือน ขึ้นอยู่กับความยาวนานและความถี่ของการใช้มาก่อน

⇒ โรคร่วมทางจิตเวช (Co-morbid)

การบูรณาการแบบการคัดกรอง: ศูนย์คัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหา ยาเสพติด/สารเสพติด ในโรงพยาบาล

1. เครื่องมือคัดกรองปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติด/สุรา

- แบบคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (V2)

- แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT)

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ : Urine Amphetamine



2. เครื่องมือคัดกรองโรคทางด้านจิตเวช

- แบบคัดกรองซึมเศร้า 2Q 9Q และแบบคัดกรองฆ่าตัวตาย 8Q

- แบบคัดกรองโรคจิต



การตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ จะแบ่งตามชนิดของสารและลักษณะการใช้ยา ซึ่งแต่ละประเภทจะมีระยะเวลาตรวจพบที่แตกต่างกันตามคุณสมบัติของสารและปัจจัยส่วนบุคคล ในแต่ละราย ตามตารางดังนี้

ตารางที่ 1 ช่วงเวลาที่มีโอกาสตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ แบ่งตามชนิดของสารเสพติดและลักษณะการใช้*

ชนิดสารเสพติด	ผู้เสพไม่ประจำ	ผู้เสพประจำ	ผู้เสแหร่ง
แอมเฟตามีน	1-3 วัน	2-6 วัน	2-3 สัปดาห์
เมทแอมเฟตามีน	1-3 วัน	2-6 วัน	2-3 สัปดาห์
ยาอี	1-3 วัน	2-6 วัน	2-3 สัปดาห์
กัญชา	2-5 วัน	4-14 วัน	อาจนานถึง 2-3 เดือน
โคคาอิน	12-48 ชม.	1-4 วัน	อาจนานถึง 2-3 สัปดาห์
มอร์ฟีน	12-48 ชม.	2-6 วัน	อาจนานถึง 2-3 สัปดาห์
โคเดอิน	1-3 วัน	2-5 วัน	อาจนานถึง 2-3 สัปดาห์
เบนโซไดอาซีปีนส์	2-5 วัน	4-14 วัน	อาจนานถึง 1 เดือน

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

กรณีระยะเวลาในการตรวจสอบสารกลุ่มแอมเฟตามีน พบว่าระยะเวลาน้อยสุดที่อาจตรวจพบ 2-7 ชั่วโมง และระยะเวลายาวที่สุดที่ยังตรวจพบได้ 2-4 วัน

ชนิดของยารักษาโรคที่มีผลรบกวนให้เกิดผลบวกปลอม

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

ข้อมูลเพิ่มเกี่ยวกับปัญหาการใช้สารเสพติด

⇒ ภาวะเมาสารกระตุ้นประสาท

อาการซึ่งทางร่างกาย	อาการซึ่งทางพฤติกรรม
• คลื่นไส้ • กัดฟัน เกร็งกราม • ความดันโลหิตสูง • ชีพจรเต้นเร็ว • มีไข้ • ชัก	• สับสน • วิดกกังวลอย่างมาก • ความคิด ความจำเปลี่ยนไป • หงุดหงิด ก้าวร้าว • สงสัย ระแวงระวัง • หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว

ชุดความรู้เพิ่มเติม: การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินการเมาสารกระตุ้น

ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางกายต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

ขั้นที่ 1: สังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะเมาสารกระตุ้น

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

ขั้นที่ 2: ติดตามสัญญาณชีพ (ถ้าทำได้)

- อุณหภูมิ ชีพจร ความดันโลหิต

ขั้นที่ 3 : พยายามช่วยให้ผู้ป่วยสงบ

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

ขั้นที่ 4: ทำให้ผู้ป่วยสงบ (หากจำเป็น) อาจให้ยานอนหลับในกลุ่มเบนโซเดอซีปีน เช่น Diazepam

- ยาด้านโรคจิต เช่น Haloperidol เพื่อให้ผู้ป่วยสงบตามความจำเป็น

ขั้นที่ 5: ให้สารน้ำเพียงพอและสังเกตอาการ

- ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ (250-500 ml ต่อชั่วโมง)
- หากจำเป็นกรณีที่มีสัญญาณชีพผิดปกติมาก ควรเปิดเส้นเลือดไว้ และตรวจติดตามการทำงานหัวใจ
- ให้ความเย็นให้เพียงพอ

⇒ พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยากระตุ้นประสาท

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบได้บ่อย

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

สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงฉับพลันจากการใช้สารเสพติด

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

การประเมิน

ขั้นที่ 1 การประเมินเบื้องต้น

1. ประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ในภาพรวม
2. ประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงที่จะเกิดกับตัวเองหรือผู้อื่น
3. เริ่มเข้าควบคุมสถานการณ์

ขั้นที่ 2 เกี่ยวข้องกับสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน หรือไม่ ให้พิจารณาประเด็นต่อไปนี้

1. ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม
2. อาการและอาการแสดงทางร่างกาย
3. การถามคำถามตรงไปตรงมา
4. ข้อบ่งชี้ด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม

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

อาการและอาการแสดงทางร่างกาย

อาการที่สังเกตได้	อาการที่ตรวจพบ	อาการที่ผู้ป่วยบอก
✓ ม่านตาขยาย และไม่ค่อยตอบสนองต่อแสงสว่าง (ดูเหมือนตาโต) ✓ เหงื่อออกมาก ตัวร้อน มีไข้ หายใจเร็ว ✓ มีแขนขากระตุกเป็นครั้งคราว ✓ ขาสั่น ตัวสั่น ✓ เกร็งเกร็ง ตัวแข็งๆ	✓ ใช้สูงกว่า 38 องศา ✓ ชีพจรเต้นเร็ว	✓ เจ็บหน้าอก ✓ ปวดหัวมาก

การเจรจาช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าว

- สงบ พูดจาด้วยเสียงไม่ดังเกินไป ฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด
- ไม่ควรสนใจพฤติกรรมของผู้ป่วยว่า ไม่ชอบเราเป็นการส่วนตัว
- หลีกเลี่ยงการหลอกลวง เยาะเย้ยหรือยั้ม
- ต้องระวังว่าการรับรู้ของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามสถานการณ์
- หลีกเลี่ยงท่าทาง หรือการเคลื่อนไหวที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึก ถูกคุกคามได้ เช่น เดินเข้าไปหาผู้ป่วยทันทีทันใด
- อธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าเกิดอะไรขึ้น เรากำลังจะทำอะไร
- คำนึงถึงความปลอดภัยของตนเองเสมอ
- ติดต่อหน่วยงานหรือบริการฉุกเฉินที่ต้องส่งต่อ

การช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าว ตามระดับความก้าวร้าว

ก้าวร้าวเล็กน้อย (Mild arousal): ผู้ป่วยตื่น อาจหงุดหงิดบ้างแต่ยังร่วมมือดี สามารถประเมินได้ สัญญาณชีพปกติ ควรให้ยาบรรเทาได้แก่

- DZP 5 - 10 mg หรือ Lorazepam 0.5 - 2 mg ซ้ำทุก 30 - 60 นาทีตามความจำเป็น หากยังไม่ดีขึ้น ให้เพิ่ม Haloperidol 2.5 - 5 mg หรือ Olanzapine 5 - 10 mg

ก้าวร้าวปานกลาง Moderate arousal: เริ่มอยู่ไม่นิ่ง ไม่เป็นมิตร ไม่ร่วมมือ สัญญาณชีพเริ่มสูงขึ้น

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

ก้าวร้าวมาก High arousal: ผู้ป่วยกระสับกระส่ายมาก ไม่ร่วมมือ มีแนวโน้มก้าวร้าว

- พิจารณาให้ยาทางเส้นเลือด หากผู้ป่วยปฏิเสธ การรับประทานยา/ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ
- เปิดเส้นเลือดให้น้ำเกลือ
- DZP 5 -10 mg ซ้ำเพิ่ม 5 mg จนกระทั่งสงบ หากยังไม่ดีขึ้น ให้เพิ่ม Haloperidol

2.5-5 mg

- ควรมีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพเตรียมให้พร้อมใช้งาน

⇒ ภาวะโรคจิตจากเมกแอมเฟตามีนและการช่วยเหลือเบื้องต้น

• ส่วนใหญ่มักพบในระยะสั้น อาการจะดีขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ หยุดเสพต่อเนื่อง และมีการขจัดเมกแอมเฟตามีนออกจากร่างกาย

• มีรายงานพบอาการโรคจิตเรื้อรังนานหลายเดือน จนถึงหลายปี ทั้งที่ไม่มีการเสพเมกแอมเฟตามีนซ้ำ

- 5-15% ของผู้ที่เคยมีอาการของโรคจิตจากเมกแอมเฟตามีนไม่สามารถหายขาดได้

อาการแสดงภาวะโรคจิตจากแอมเฟตามีน

- Evolving process: เริ่มจากมีอาการโรคจิตสั้นๆ เป็นๆ หายๆ จนเกิดอาการโรคจิตชัดเจน
- การเกิดอาการหลงผิด
 - ผู้ป่วยจะมีอาการสงสัย ระแวงระวัง ตื่นตัวกับสิ่งแวดล้อม พยายามตรวจสอบค้นหาเบื้องหลังสิ่งที่สงสัย
 - มีความรู้สึกว่ามีคนอื่นคอยเฝ้ามองหรือติดตามตัวเอง รู้สึกไวต่อสิ่งเร้าภายนอก
 - เริ่มเกิดอาการประสาทหลอน จนถึงมีลักษณะหลงผิดอย่างชัดเจน และมีความเชื่อว่าสิ่งนั้นเกิดขึ้นจริงและสูญเสียความหยั่งรู้ในตนเอง
- เกิดอาการประสาทหลอน เช่น หูแว่ว หรือภาพหลอน

โรคจิตจากแอมเฟตามีน

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

การช่วยเหลือผู้เสพติด ในขณะมีอาการโรคจิต

เป้าหมายแรก

- การสร้างสัมพันธภาพในการรักษากับผู้ป่วย ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย ว่าเรากำลังพยายามให้การช่วยเหลืออยู่ ไม่คุกคามผู้ป่วย

- พยายามให้ผู้ป่วยสงบและบรรเทาอาการโดยเร็ว ให้ผู้ป่วยร่วมมือในการประเมิน

การรักษาด้วยยา

- การให้ยาด้านโรคจิตชนิดรับประทาน (Haloperidol 2-5, Risperidone 0.5-2 mg), Olanzapine

- ยา Benzodiazepines ชนิดรับประทาน(DZP 5-10 /Lora 1-2 / Clona 0.5-1 mg)

- เนื่องจากผู้เสพติดมักเป็นผู้ชายวัยเรียน ถึงวัยรุ่นตอนปลาย มีโอกาสมีอาการผลข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต EPS (Extra Pyramidal symptom) เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง ตาเหลือก กระวนกระวาย ไม่นอนเดินไปมา ฯ จึงควรให้ Benzhexol 1-2-5 mg/วัน ก่อนเข้านอน

- กรณีที่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยสงบโดยเร็ว ให้ยาด้านโรคจิตชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ Haldol 2.5-5 mg ฉีดเข้าเส้น Valium 5-10 mg

- การผูกมัดเป็นวิธีการสุดท้ายที่จะเลือกใช้

- อาการจะดีขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ ได้รับยาและสารเสพติดขับออกจากร่างกายแล้ว

- ผู้ป่วยควรอยู่ในสถานที่สงบ ลดสิ่งกระตุ้น

⇒ ภาวะซึมเศร้า ในผู้เสพยาเสพติด

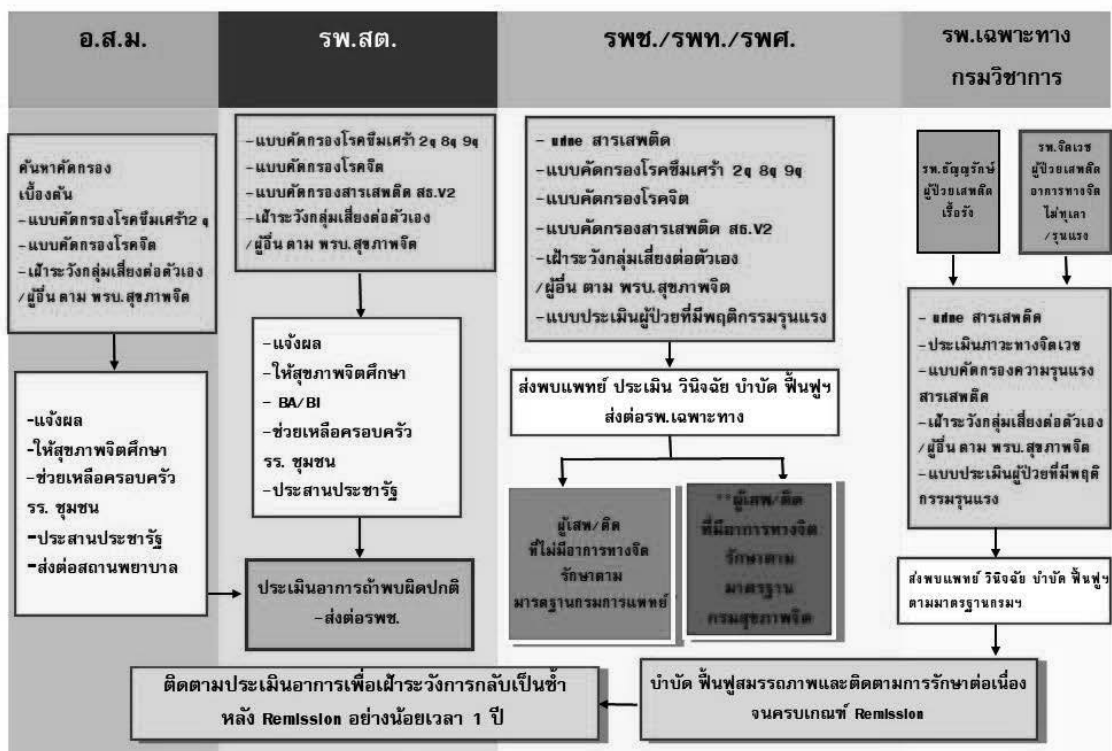
- อาการซึมเศร้าเป็นได้ทั้งอาการแสดงจากการเสพยาเสพติดรุนแรง และเป็นการขาดสารกระตุ้นเมื่อหยุดเสพยา

- อาการซึมเศร้า อาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้กลับไปเสพยาซ้ำ

- ผู้เสพยาไม่ได้ตระหนักถึงปัญหา และไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือ

อาการแสดงภาวะซึมเศร้า ในผู้เสพสารกระตุ้นประสาท	การช่วยเหลือภาวะซึมเศร้า
- รู้สึกเศร้า อารมณ์หดหู่ - มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักอย่างรวดเร็วทั้งน้ำหนักลด หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น มักสัมพันธ์กับความ รู้สึกเบื่ออาหาร หรือ อยากทานอาหารมากขึ้น - มีปัญหาการนอนหลับ - สนใจเรื่องต่างๆ ทั้งที่เป็นเรื่องที่เคยชอบ ลดลงอย่างมาก - ขาดสมาธิ ตัดสินใจไม่ค่อยได้ หรือความคิด บิดเบือนไป - ความคิดอยากตาย	- ผู้เสพสารกระตุ้นประสาททุกราย ควรได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย - การหาสาเหตุว่าภาวะซึมเศร้า หรือภาวะติด สารเสพติดนั้น ภาวะใดมาก่อน มีความสำคัญน้อยกว่าการประเมินอาการ ในขณะนี้ และให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม - การรักษาควรเป็นไปตามขั้นตอนการรักษา โรคซึมเศร้า - ยาต้านซึมเศร้าทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นได้

ผังไหล กรณีผู้เสพ/ติด ที่มีอาการทางจิต เข้าสู่กระบวนการระบบบริการ



ภาวะที่ควรคิดถึง	การดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม
ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติด (Disorders due to substance use)	การให้สุขภาพจิตศึกษา - ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดสามารถรักษาและดีขึ้นได้ - การพูดคุยเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดอาจทำให้คนส่วนใหญ่รู้สึก อายและขายหน้าได้ ดังนั้น เมื่อคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด ต้องใช้วิธีที่ไม่ตัดสินผิดถูก (non-judgmental approach) เพราะเมื่อผู้ป่วยรู้สึกถูกตัดสินไปแล้วมักจะไม่ค่อยเปิดใจที่จะพูดคุยด้วย - สื่อสารด้วยความมั่นใจ ว่าการหยุดหรือลดการดื่มแบบเสี่ยง หรืออันตรายเป็นไปได้ - คนเรามากจะลดหรือเลิกใช้สารเสพติดได้ หากได้ตัดสินใจด้วยตนเอง การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) (การบำบัดแบบสั้น ; Brief Intervention) - การบำบัดแบบสั้นใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ - ใช้วิธีที่ไม่ตัดสินผิดถูก (Non-judgmental way): สนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงทางเลือกการใช้สารเสพติด เป็นการสะท้อนถึงความเสี่ยงหรืออันตรายจากการใช้สารเสพติด หรืออาจใช้ในการพูดคุยที่ยาวขึ้น เพื่อแก้ไขแบบแผนพฤติกรรมใช้สารเสพติด หรืออีกชื่อเรียกว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จะต้องใช้หลายวิธีเข้าด้วยกัน เช่น การแสดงความเห็นอกเห็นใจ สร้างบรรยากาศให้น่าไว้วางใจ และชี้ให้เห็นความขัดแย้งในคำพูดของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการโต้เถียง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเราพร้อมช่วยเหลือ และไม่ตำหนิ - เทคนิคเพื่อการพูดคุยเชิงลึก 1.ใช้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) รายบุคคล ถึงความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับแบบแผนการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นการใช้แบบอันตราย (harmful use) หรือแบบเสพติด(dependence) ทั้งโทษต่อตนเองและต่อคนอื่น 2.สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อผลที่จะตามมาของการตัดสินใจใช้สารเสพติด และการตัดสินใจเข้าหรือไม่เข้ารับการรักษ 3.ถาม เหตุผลในการใช้สารเสพติด เช่น ปัญหาสุขภาพจิต หรือมีตัวกระตุ้นเฉพาะใด หรือได้ประโยชน์อะไรจากการใช้สารเสพติด 4.ถามการรับรู้ผลที่ตามมาจากการใช้สารเสพติด ทั้งผลดีและผลเสีย 5.ถามถึงเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วย และการใช้สารเสพติดช่วยหรือยับยั้งให้ไปถึงเป้าหมายของตนหรือไม่

ภาวะที่ควรคิดถึง	การดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม
	6. พุดคุยเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด สาเหตุ ผลที่ตามมา และเป้าหมายของชีวิต 7. พุดคุยทางเลือก ในการเปลี่ยนแปลงโดยพิจารณาทางเลือกที่เป็นจริง และเพื่อหาทางออกร่วมกันเพื่อให้สามารถทำได้จริง 8. สนับสนุนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง สื่อสารให้เห็นว่าเราเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วยที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ดีสำหรับชีวิตตัวเองได้และให้ข้อมูลที่ละขั้นตอนตามความจำเป็น - ตัวอย่างของคำถามเพื่อการซักถาม ด้วยวิธีที่ไม่ตัดสินถูกผิด ในผู้ป่วยที่มีความคิดเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของตน ด้วยคำถามต่อไปนี้ 1. เหตุผลของการใช้สารเสพติด 2. ประโยชน์ที่ได้จากการใช้สารเสพติด 3. ถามการรับรู้อันตรายของสารเสพติดทั้งที่เกิดขึ้นจริง และโอกาสที่จะเกิด 4. ถามถึงสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต วิธีการลดและเลิกใช้สารเสพติด ขั้นตอนการลดและเลิกใช้สารเสพติดทุกชนิด ถ้าผู้ป่วยมีความต้องการที่จะลดหรือเลิกการใช้สารเสพติด ให้ทำตาม ขั้นตอนต่อไปนี้ - หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ที่ทำให้เกิดความอยาก เช่น สถานที่เดิม ๆ หรือกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติด - เปลี่ยนพฤติกรรมและหากิจกรรมทดแทน เช่น ออกกำลังกาย ฝึกสมาธิ หรือทำงานอดิเรก - แนะนำไม่เก็บสารเสพติดไว้ใกล้ตัว ลดโอกาสการใช้ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Mutual Help Groups) - กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เช่น กลุ่มผู้ติดสุรานินนาม (Alcoholics Anonymous) กลุ่มผู้เสพติดนิรนาม (Narcotic Anonymous) สามารถช่วยผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด/สุราได้ กลุ่มจะให้ข้อมูล มีกิจกรรมที่มีโครงสร้างชัดเจน และให้การช่วยเหลือ ซึ่งกันและกันในบรรยากาศที่ไม่ตัดสินถูกผิด ให้หาข้อมูลกลุ่ม เพื่อนช่วยเพื่อนในแต่ละพื้นที่

ภาวะที่ควรคิดถึง	การดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม
	วิธีป้องกันอันตรายจากการใช้สารเสพติดและป้องกันปัญหาอื่น ๆ ที่อาจตามมา - แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยทำพฤติกรรมเสี่ยงอันตราย - แนะนำห้ามขับรถตอนเมา - ถ้าผู้ป่วยใช้สารกลุ่มโอปิออยด์ ให้สมาชิกครอบครัวมียา naloxone แบบฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือให้ทางจมูก ที่คนในครอบครัวสามารถเก็บยาไว้และนำมาใช้หากผู้ป่วยใช้ยาเกินขนาดระหว่างที่รอการช่วยเหลือหรือระหว่างทางไปโรงพยาบาล ถ้าผู้ป่วยใช้สารเสพติดแบบฉีด - แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความเสี่ยงของการใช้สารเสพติดแบบฉีด เช่น ความเสี่ยงการติดเชื้อเพิ่มขึ้น (HIV/AIDS ตับอักเสบ B และ C) การติดเชื้อที่ผิวหนังที่เป็นสาเหตุให้มีการติดเชื้อ ในกระแสเลือด (septicemia) การติดเชื้อของเยื่อหุ้มหัวใจ (endocarditis) ฝีในโพรงไขสันหลัง (spinal abscesses) เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) และจนถึงขั้นเสียชีวิต - ถ้าผู้ป่วยไม่คิดจะเลิกใช้สารเสพติดในทันที ให้ข้อมูลเทคนิค ลดความเสี่ยงจากการฉีด เน้นความสำคัญของการใช้เข็มและ หลอดฉีดยาที่สเตอร์ไรด์ทุกครั้ง และงดใช้เข็มฉีดยาร่วมกันกับผู้อื่น - ให้ข้อมูลการเข้าถึงโปรแกรมแลกเข็มฉีดยา/หรือแหล่งอื่นที่สามารถหาเข็มสะอาดปลอดเชื้อได้ หรือแหล่งอื่นที่มีอุปกรณ์ ฉีดยาที่สเตอร์ไรด์ - แนะนำให้มีการตรวจโรคประจำป้อน้อยปีละครั้งในกลุ่มโรคที่ติดต่อทางเลือดได้ เช่น HIV/AIDS และตับอักเสบ B และ C - แนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันตับอักเสบ บี - มีถุงยางพร้อมใช้ - มีการให้การรักษาในผู้ป่วยที่มี HIV/AIDS หรือตับอักเสบ การรักษาโรคร่วม - ตรวจหาไวรัสโรคในผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด - มีการตรวจหาและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การช่วยเหลือผู้ดูแลและญาติ ให้การช่วยเหลือครอบครัวและผู้ดูแล/ญาติ - พูดคุยถึงผลกระทบจากปัญหาการใช้สารเสพติดต่อสมาชิกในครอบครัว เช่น เด็ก

ภาวะที่ควรคิดถึง	การดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม
	- ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด - แนะนำการประเมินความต้องการด้านบุคคล ด้านสังคม และด้าน สุขภาพจิต และแนะนำการรักษาโรคจิตเวชหลัก - ให้ข้อมูลผู้ดูแล/ญาติ และช่วยให้สามารถเข้าถึงกลุ่มช่วยเหลือ กันเองสำหรับ ครอบครัวและผู้ดูแล (หากมี) และแหล่งสนับสนุน ทางสังคมอื่น ๆ คำแนะนำทางคลินิก : การใช้สารเสพติดกับ HIV วัณโรค และตับอักเสบ - ผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยการฉีดเพิ่มความเสี่ยงต่อ HIV/ AIDS และตับอักเสบ โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้เข็มร่วมกับผู้อื่นหรือมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย เพื่อแลกกับ ยาเสพติด และเมื่อติดเชื้อแล้วคนกลุ่มนี้จะมีพยากรณ์โรคไม่ดีขึ้น นอกจากนี้ HIV/AIDS ยังเพิ่มความเสี่ยงติดเชื้อวัณโรค และวัณโรคเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ผู้ที่ดื่มสุราและใช้สารเสพติด อย่างหนักยังเพิ่ม ความเสี่ยงต่อวัณโรคมามากขึ้น ดังนั้น อาการนำที่พบบ่อย คือ ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติด (โดยเฉพาะเฮโรอีนแบบฉีด) ร่วมกับการติดเชื้อ วัณโรค HIV/AIDS และตับอักเสบในเวลา เดียวกันได้ - หน่วยบริการที่รักษาผู้ใช้สุราและสารเสพติดควรมีการตรวจ หา HIV/AIDS และตับอักเสบเสมอในทุกคนที่ใช้แบบฉีด และควรเฝ้าระวังวัณโรคในผู้ที่มี อาการไข้ ไอ น้ำหนักลด เหงื่อออกกลางคืน - การรักษาผู้ป่วย HIV/AIDS และวัณโรคต้องกินยาทุกวัน ซึ่งยาในทุก ๆ วัน ถือว่าสำคัญมาก การให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้า ทุกวัน สามารถเพิ่มความร่วมมือ ในการรักษา หากผู้ป่วย เสพติดโอปิออยด์ การติดตามการรักษาด้วย methadone หรือ buprenorphine ณ สถานที่และเวลาเดียวกันทุกวัน จะช่วย เสริมความร่วมมือในการรักษา - การรักษาภาวะตับอักเสบ อาจให้ทุกวันหรือทุกสัปดาห์ ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับ อักเสบ B หรือ C ร่วมด้วยควรงดการดื่ม สุราอย่างเด็ดขาด ประชากรเฉพาะกลุ่ม วัยรุ่น วิธีการประเมินวัยรุ่น - ชี้แจงประเด็นการรักษาความลับของข้อมูลสุขภาพที่พูดคุยกัน และกรณีใดบ้าง ที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองจะได้รับข้อมูลใด - ให้ถามถึงปัญหาอื่นที่เกิดขึ้นในชีวิต ค้นหาปัญหาพื้นฐานหลัก ที่สำคัญที่สุด ของวัยรุ่น โดยต้องคิดเสมอว่าวัยรุ่นอาจไม่สามารถอธิบายปัญหาที่รบกวน ตนเองได้เหมือนผู้ใหญ่

ภาวะที่ควรคิดถึง	การดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม
	- การถามคำถามปลายเปิดทำให้ได้ข้อมูลที่ดีกว่าในหลาย ๆ แง่มุม เช่น ที่บ้าน การทำงาน การศึกษา การกิน กิจกรรมต่าง ๆ ยาเสพติด และสุรา เพศสัมพันธ์ ความปลอดภัย ภาวะซึมเศร้าและ ความคิดฆ่าตัวตาย พยายามใช้เวลาอย่างเพียงพอในการพูดคุย กับวัยรุ่นและค้นหาปัญหาอื่น ๆ ที่อาจมีร่วมด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษากับวัยรุ่น - ให้ความรู้วัยรุ่นและผู้ปกครองถึงผลจากการดื่มสุราและใช้สารเสพติดที่มีต่อสุขภาพตนเอง และความสามารถหน้าที่ทางสังคม - สนับสนุนให้มีการปรับสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมต่าง ๆ ของวัยรุ่น กระตุ้นการมีส่วนร่วมในโรงเรียน และที่ทำงานเพื่อให้วัยรุ่นไม่มีเวลาว่าง แนะนำให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ปลอดภัย และสนับสนุนให้มีการสร้างทักษะ และสร้างสรรค์ให้กับชุมชนของตน การที่วัยรุ่นได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ตนสนใจนั้นมีความสำคัญอย่างมาก - สนับสนุนให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองทราบว่าลูกอยู่ที่ไหน ไปกับใคร ไปทำอะไร จะกลับบ้านกี่โมง และให้วัยรุ่นมีความรับผิดชอบต่อกิจกรรมของตน หญิงวัยเจริญพันธุ์ ตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร การดื่มสุรา - แนะนำผู้หญิงที่ตั้งครรภ์หรือคิดว่าจะตั้งครรภ์ และให้นมบุตร หลีกเลี่ยงการดื่มสุราโดยเด็ดขาด - ให้ความรู้กับผู้หญิงว่าการดื่มแอลกอฮอล์แม้เพียงเล็กน้อยในช่วงตั้งครรภ์ระยะแรกส่งผลอันตรายต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ได้ และแอลกอฮอล์ปริมาณมากสามารถทำให้เกิดกลุ่มโรคปัญหาพัฒนาการเด็กแบบรุนแรงได้ คือ Fetal alcohol syndrome - ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของนมแม่ (exclusive breastfeeding) โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรก แต่หากแม่ยังคงดื่มสุราต่อไป ควรให้คำแนะนำให้จำกัดปริมาณการดื่ม และ ลดปริมาณแอลกอฮอล์ในน้ำนมลงให้เหลือน้อยที่สุด หรือ ใช้นมแม่จากแหล่งอื่น การใช้สารเสพติด - สอบถามรอบประจำเดือน และให้ข้อมูลว่า การใช้สารเสพติดอาจรบกวนการมีประจำเดือนและอาจทำให้เข้าใจผิดว่าตั้งครรภ์ไม่ได้ - แจ้งให้ทราบถึงโทษของสารเสพติดต่อพัฒนาการของเด็กในครรภ์ และมั่นใจว่าได้คุมกำเนิดด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพ

ภาวะที่ควรคิดถึง	การดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม
	- แนะนำให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์หยุดการใช้อยาเสพติด หญิงตั้งครรภ์ ที่เสพยาเสพติด กลุ่มโอปิออยด์ ควรได้รับ opioid agonist เช่น methadone - คัดกรองอาการถอนพิษในเด็กแรกเกิดที่แม่ใช้อยาเสพติดทุกคน neonatal abstinence syndrome เกิดจากแม่ที่ใช้โอปิออยด์ ควรได้รับการรักษาด้วยโอปิออยด์ขนาดต่ำ (เช่น morphine หรือ barbiturate) - แนะนำและช่วยเหลือแม่ที่ให้นมลูกทุกคน ไม่ให้ใช้สารเสพติด - แนะนำและช่วยเหลือแม่ที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดสามารถให้นมลูกได้อย่างเดียวได้ อย่างน้อยในช่วง 6 เดือนแรก ยกเว้นแพทย์เฉพาะทางแนะนำห้ามการให้นมลูก คำเตือน แม่ทุกคนที่มีใช้สารเสพติดแบบอันตรายและเด็กเล็ก ควรได้รับบริการช่วยเหลือทางสังคม (หากมีบริการ) เช่น การเยี่ยมบ้าน หลังคลอด การสอนวิธีการเลี้ยงลูก และบริการช่วยเหลือเด็ก เมื่อแม่ไปโรงพยาบาล

อ้างอิง

พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ ศุภเสก วิโรจนาภาและบรรณาธิการ, “คู่มือการดูแลรักษา mhGAP ฉบับที่ 2.0 สำหรับโรคจิตเวช โรคระบบประสาท และความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดในสถานบริการสุขภาพทั่วไป,” คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, เข้าถึง 4 มีนาคม 2025, <https://dmh-elibrary.org/items/show/248>

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, “แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ฉบับปรับปรุงปี 2560,” คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, เข้าถึง 20 กุมภาพันธ์ 2025, <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/576>

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, “คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ฉบับแพทย์” 2563, เข้าถึง 25 กุมภาพันธ์ 2025, https://mhso.dmh.go.th/page/subject_details.php?subject_id=169

ใบกิจกรรมที่ 6.4

จับกลุ่ม 3 – 4 คน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและฝึกปฏิบัติการวินิจฉัยแยกโรค (Differential Diagnosis) จากตัวอย่างกรณีศึกษาที่ 4 โดยใช้เวลา 3 – 5 นาที ดังนี้

ตัวอย่าง 4

ผู้ป่วยชาย ไทย คู่ อายุ 25 ปี

คลอดปกติ พัฒนาการปกติ จบ ประถม มัธยม ตามเกณฑ์ ไม่ค่อยสูงลิงใคร พุดน้อย
สูบบุหรี่ ตั้งแต่ ม ปลาย เอ็นทรานซ์ไม่ติด ผิดหวัง เก็บตัว สูบกัญชา ดื่มสุรา เป็นครั้งคราว
เรียนมหาลัยเปิด 8 ปี ยังไม่จบ อยู่บ้านมากกว่า ออกนอกบ้าน นั่งหน้าคอมพิวเตอร์ทั้งคืน

6 เดือนก่อน เริ่ม หงุดหงิด ก้าวร้าว อารมณ์แปรปรวน ไม่ค่อยกินข้าว เบื่อหน่ายท้อแท้
เหมือนเป็นพักๆ สะสมข้าวของ เต็มห้อง ไม่ค่อยอาบน้ำ กลางคืน มีเสียงเหมือนคุยกับคนอื่น
สูบกัญชาทุกวัน ดื่มสุราครั้งคราว

2 เดือนก่อน ระวังกลัวคนทำร้าย คิดว่ามีคนมาแอบสอดแนม ได้ยินเสียงคนเรียกคุย
ได้เจรจาตอบโต้เสียงสั่งทำร้ายตนเอง จึงทำร้ายตนเอง ด้วยการพยายามยิงตัวตาย

วันนี้ ทีมหมอครอบครัวมาเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยพูดคุ้ยบ้าง พูดคุ้ยรู้เรื่องอยู่บ้าง จำเหตุการณ์
ไม่ค่อยได้ถามคำตอบคำ รู้สึกยังไม่อยากมีชีวิตอยู่ ปฏิเสธหูแว่ว

Differential Diagnosis

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

แนวทางเฉลย

1. Cannabis induced psychosis (F12.5)
2. Multiple drug abuse induced psychosis (Cannabis and Alcohol) (F19.5)
3. Schizophrenia (F20)
4. Schizoaffective (F25)
5. Mood disorder with Psychotic symptoms



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health