



(สำหรับบุคลากรสายแพทย์)

พ.ร. ๒๕๖๑

คู่มือ | การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกองทัพเรือ



หน่วยบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กรมแพทย์ทหารเรือ

คู่มือ การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกองทัพเรือ

(สำหรับบุคลากรสายแพทย์) พ.ศ. ๒๕๖๑

คู่มือ

การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกองทัพเรือ
(สำหรับบุคลากรสายแพทย์) พ.ศ. ๒๕๖๑

พิมพ์ครั้งที่	๑
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. ๒๕๖๑
จัดทำโดย	หน่วยบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กรมแพทย์ทหารเรือ (โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ และโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ)
พิมพ์ที่	ทพวินพรัตน์ ๑๐/๑๒๒ หมู่ ๘ ตำบลสำโรงเหนือ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ โทร. ๐ ๒๑๘๕ ๙๙๕๓

คำนำ

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของกองทัพเรือในอดีต เน้นให้กำลังพลเข้ารับการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพในหน่วยบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กรมแพทย์ทหารเรือ (น.บพ.ส.พร. ประกอบด้วย รพ.ทร.กรุงเทพ พร. และ รพ.อาภากรเกียรติวงศ์ ฐาน.สส.) เนื่องจาก ยาเสพติดที่แพร่ระบาดในช่วงเวลานั้นส่วนใหญ่มีฤทธิ์กดประสาท เช่น เฮโรอีน มอร์ฟิน เมื่อไม่ได้เสพจะส่งผลให้เกิดอาการขาดยา มีความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จนอาจเสียชีวิตได้ แต่ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดโดยเฉพาะสารกลุ่มแอมเฟตามีนที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทเพิ่มมากขึ้น ซึ่งยาเสพติดกลุ่มนี้ผู้เสพสามารถเสพและหยุดเสพได้ โดยไม่มีอาการขาดยาและสามารถทำงานใช้ชีวิตได้เป็นปกติ แต่หากเสพเป็นปริมาณมากและต่อเนื่องเป็นเวลานานจะส่งผลให้มีอาการคลุ้มคลั่ง อารมณ์วุ่นวาย ดังนั้น น.บพ.ส.พร. จึงมีการปรับปรุงแนวทางในการดูแลกำลังพลเหล่านี้ โดยใช้การบำบัดในรูปแบบวิวัฒน์ทหาร และจัดทำ “กระบวนการดูแลแก้ไขปัญหายาเสพติด/ ผู้เสพ/ ผู้ติดยาเสพติด ในหน่วยของกองทัพเรือ” เพื่อให้หน่วยต้นสังกัดมีแนวทางในการดูแลกำลังพลผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่

เพื่อให้การดูแลกำลังพลผู้ติดยาเสพติดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ น.บพ.ส.พร. จึงจัดทำ “คู่มือการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกองทัพเรือ (สำหรับบุคลากรสายแพทย์) พ.ศ. ๒๕๖๑” เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรสายแพทย์สามารถให้การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพกำลังพลผู้ติดยาเสพติด และให้คำปรึกษาแก่หน่วยงานของกองทัพเรือต่อไป

คณะผู้จัดทำ

กรกฎาคม ๒๕๖๑

สารบัญ

หน้า

ส่วนที่ ๑ ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด การสังเกตอาการผู้ใช้น้ำยาเสพติด และการตรวจคัดกรองหาสารเสพติดในปัสสาวะ

- ๑.๑ ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการสังเกตอาการผู้ใช้น้ำยาเสพติด
๑.๒ การตรวจคัดกรองหาสารเสพติดในปัสสาวะ

๖
๒๘

~~ส่วนที่ ๒ รูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด วิธีฉันทนาการ ศฝท.ยศ.ทร. (Navy Model)~~

ยกเลิก

- ~~๒.๑ ความเข้มแข็ง
๒.๒ รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดวิธีฉันทนาการ ศฝท.ยศ.ทร.
๒.๓ ตารางสรุปสาระสำคัญการดำเนินงานกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
วิธีฉันทนาการ ศฝท.ยศ.ทร.~~

~~๓๖
๔๑
๕๓~~

ส่วนที่ ๓ การดำเนินการช่วยเหลือกำลังพลผู้ติดยาเสพติดในหน่วยของกองทัพเรือ

ยกเลิก

- ~~๓.๑ กระบวนการดูแลแก้ไขปัญหายาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติด ในหน่วยของกองทัพเรือ
๓.๒ การจัดกิจกรรมพัฒนากำลังพลผู้ติดยาเสพติดในหน่วยของกองทัพเรือ
๓.๓ การให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน
๓.๔ การเป็นที่ปรึกษาเพื่อช่วยเหลือกำลังพลผู้ติดยาเสพติดในหน่วยของกองทัพเรือ~~

~~๘๓
๘๔
๙๔
๑๐๒~~

~~ส่วนที่ ๔ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Matrix Program) การประยุกต์ใช้ตามแนวทางกรมแพทยทหารเรือ พ.ศ. ๒๕๖๑~~

~~๑๑๒
ยกเลิก~~

ส่วนที่ ๕ ความรู้เรื่องสุขภาพจิตทหารเบื้องต้น

- ๕.๑ ความเครียดและการจัดการกับความเครียด
๕.๒ การประเมินภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้น
๕.๓ ความเครียดจากการปฏิบัติการทางทหาร
๕.๔ ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากความเครียด การดูแลเบื้องต้น
และการส่งกลับสายแพทย์ในผู้ป่วยจิตเวช

๑๘๒
๑๙๔
๒๑๑
๒๒๓

ผนวก คำสั่งที่เกี่ยวข้อง

หมายเลขโทรศัพท์หน่วยงานใน ศอ.ปส.ทร.

๒๕๑
๒๖๐

ส่วนที่ ๑

ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด การสังเกตอาการผู้ใช้น้ำยาเสพติด และ การตรวจคัดกรองหาสารเสพติดในปัสสาวะ

	หน้า
๑.๑ ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการสังเกตอาการผู้ใช้น้ำยาเสพติด	๖
๑.๒ การตรวจคัดกรองหาสารเสพติดในปัสสาวะ	๒๘



ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด การสังเกตอาการผู้ไชยาเสพติด และการตรวจคัดกรองหาสารเสพติดในปัสสาวะ

๑.๑ ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการสังเกตอาการผู้ไชยาเสพติด

ยาเสพติด หมายถึง สารใดก็ตามที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ หรือ สารที่สังเคราะห์ขึ้นเมื่อนำเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยวิธีรับประทานดมสูดหรือด้วยวิธีการใด ๆ แล้วจะออกฤทธิ์ผ่านสมองทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ เมื่อมีการใช้ในระยะเวลาอันยาวนานทำให้เกิดการเสพติดได้ทำให้ต้องการใช้สารนั้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีลักษณะอาการสำคัญต่อผู้เสพ ดังนี้

๑. อาการดื้อยา หรือต้านยา มีความต้องการใช้สารนั้นในปริมาณมากขึ้น เพื่อให้เกิดผลเท่าเดิม
๒. อาการขาดยา ถอนยา หรืออยากยา เมื่อใช้สารนั้นเท่าเดิม ลดลง หรือหยุดใช้ ผู้เสพยาจะเกิดอาการไม่พึงประสงค์
๓. มีความต้องการเสพยา ทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยขึ้นอยู่กับชนิดของสารและตัวกระตุ้น เช่น สารก่ดประสาทประเภทเฮโรอีน จะมีอาการอยากอย่างรุนแรง แต่เมทแอมเฟตามีนไม่รุนแรง
๔. มีผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ สังคม โดยสุขภาพร่างกายทรุดโทรมลง เกิดโทษต่อตนเอง ครอบครัว ผู้อื่น ตลอดจนสังคม และประเทศชาติ

สาเหตุของการติดยาเสพติด

๑. สาเหตุจากทางร่างกาย

๑.๑ การเจ็บป่วยทางกาย ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางกายเกิดขึ้นเพราะสาเหตุต่าง ๆ เช่น ได้รับบาดเจ็บรุนแรง เป็นแผลเรื้อรัง มีความเจ็บปวดอยู่เป็นประจำ เป็นโรคประจำตัวบางอย่าง เป็นต้น ทำให้ได้รับความทุกข์ทรมาน จึงพยายามแสวงหาวิธีที่จะช่วยเหลือตนเองให้พ้นจากความทุกข์ทรมานนั้น บางคนใช้การรับประทานยาที่มีฤทธิ์ระงับอาการเจ็บปวด ซึ่งไม่ใช่การรักษาที่เป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วย เพียงแต่ระงับอาการเจ็บปวดให้หมดไปหรือลดน้อยลงได้ชั่วคราว เมื่อฤทธิ์ยาหมดไปความเจ็บปวดก็กลับมา ทำให้ผู้ป่วยจะไชยานั่นอีก เมื่อทำเช่นนี้ไปนาน ๆ จะเกิดอาการติดยา เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดแล้วได้ Morphine เพื่อบรรเทาปวด

๑.๒ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่มีอาการนอนไม่หลับ มักไชยาช่วยให้หลับหรือไชยาเสพติดบางประเภทช่วยให้หลับ จึงทำให้ติดยา

๑.๓ การปฏิบัติไม่ถูกต้องในการไชยา การไปซื้อยามารับประทานเองโดยไม่ทราบสรรพคุณยาที่แท้จริงของขนาดยาที่ควรรับประทาน จึงรับประทานเกินขนาด หรือรับประทานติดต่อกันนาน ๆ อาจมีอันตรายถึงตายได้ หรือบางครั้งทำให้เกิดการเสพยาอื่น เช่น ในสมัยก่อนยาแก้หอบหืดบางตัวมีฤทธิ์คล้าย Methamphetamine มีผู้ป่วยซื้อมารับประทานเองแล้วเกิดการเสพยาขึ้น

๒. ทางด้านจิตใจ

๒.๑ การเจ็บป่วยทางจิตใจ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น มีความวิตกกังวล เครียด มีความผิดหวังในชีวิต มีความเศร้าเสียใจ จนอาจเกิดการเจ็บป่วยทางจิตขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาที่ต้นเหตุโดยการไปพบจิตแพทย์ แต่พยายามหายาหรือสิ่งเสพติดที่มีฤทธิ์คลายความเครียดมารับประทานเอง เมื่อยาหมดฤทธิ์ก็จะกลับไปเครียด และต้องเสพยาชนิดนั้นซ้ำ เมื่อทำเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ ก็จะกลายเป็นผู้ติดยาเสพติดในที่สุด กรณีเช่นนี้พบได้ในผู้ป่วยติดเหล้าเรื้อรัง

๒.๒ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีอาการนอนไม่หลับ มักไชยาคลายเครียดช่วยให้หลับ หรือไชยาเสพติดระงับความรู้สึกจึงทำให้ติดได้

๒.๓ ปัญหาครอบครัว สิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่ใช้ความรุนแรง เด็กขาดความอบอุ่น การอบรมเลี้ยงดู ลูกไม่ถูกต้อง หรือมีคนในครอบครัวติดยาเสพติด ทำให้สมาชิกในครอบครัวหันไปพึ่งยาเสพติด เพื่อลดความเครียด

๓. ทางด้านสังคม

๓.๑ การเสพยาเสพติดลงในอาหาร ปัจจุบันนี้มีผู้ขายสินค้าประเภทอาหาร ขนม หรือเครื่องดื่มบางรายใส่ยาเสพติดผสมลงในสินค้า เพื่อให้ผู้ซื้อสินค้านั้นเกิดการติด และอยากมาซื้อไปรับประทานอีก ซึ่งในกรณีนี้ผู้ซื้ออาหารนั้นมารับประทาน จะไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองเกิดการติดยาเสพติด รู้แต่เพียงว่าอยากรับประทานอาหาร ขนม หรือเครื่องดื่มที่ซื้อจากร้านนั้น ๆ กว่าจะทราบก็ต่อเมื่อตนเองรู้สึกผิดสังเกตต่อความต้องการรับประทานนั้น หรือต่อเมื่อมีอาการเสพยาติดรุนแรงและมีสุขภาพเสื่อมลง

๓.๒ การอยู่ใกล้ชิดกับแหล่งยาเสพติด การอยู่ใกล้แหล่งขายหรือใกล้แหล่งผลิต หรือเป็นผู้ขายหรือผู้ผลิตเอง จึงทำให้มีโอกาสติดยาเสพติดนั้นมากกว่าคนทั่วไป

๓.๓ การอยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดยาเสพติด มีเพื่อนสนิทหรือคนในครอบครัวติดยาเสพติด ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดย่อมเห็นวิธีการเสพยา รวมทั้งเห็นพฤติกรรมต่าง ๆ และยังสามารถรับคำแนะนำหรือชักชวนจากผู้เสพ จึงมีโอกาสติดได้

๓.๔ สภาพแวดล้อมทางสังคมอื่น ๆ คนที่อยู่ในสถานการณ์ที่มีปัญหา เช่น ว่างาน ยากจน มีหนี้สินมาก เมื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ได้จึงหันไปใช้ยาเสพติด ช่วยผ่อนคลายความทุกข์ชั่วคราว หรือบางคนต้องการรายได้เพิ่มขึ้นโดยพยายามทำงานให้หนักและมากขึ้นทั้ง ๆ ที่ร่างกายอ่อนเพลีย จึงรับประทานยากระตุ้นประสาทเพื่อให้สามารถทำงานต่อไปได้ ถ้าทำเป็นประจำจะทำให้ติดยาเสพติด

๓.๕ การเลียนแบบ การเห็นผู้ที่ตนชื่นชม สนับสนุนใช้ยาเสพติด จึงเห็นว่าเป็นสิ่งน่าลอง เป็นสิ่งแสดงความเป็นพวกเดียวกัน จึงทดลองใช้จนเสพยาติด

๓.๖ การประชดชีวิต มีความผิดหวังในชีวิตตนเอง ผิดหวังในชีวิตครอบครัว หรือผิดหวังในชีวิตสังคม จึงใช้ยาเสพติดจนติด ทั้ง ๆ ที่ทราบว่าเป็นสิ่งไม่ดี เพื่อเป็นการประชดตนเอง ผู้อื่น หรือสังคม

๔. สาเหตุด้านอื่น ๆ

๔.๑ อยากทดลอง เกิดจากความอยากรู้อยากเห็นซึ่งเป็นนิสัยของคนทั่วไป โดยไม่คิดว่าตนจะติดยาเสพติด ในการทดลองใช้ครั้งแรกๆ อาจมีความรู้สึกดีหรือไม่ดีก็ตาม ถ้ายังไม่ติดยาเสพติดนั้นก็อาจประมาททดลองใช้อีกจนในที่สุดก็เสพยาติด ส่วนการทดลองใช้ยาเสพติดบางชนิด เช่น เฮโรอีน แม้จะเสพยาเพียงครั้งเดียวก็ทำให้ติดได้

๔.๒ ความคึกคะนอง คนบางคนมีความคึกคะนอง โดยเฉพาะวัยรุ่นมักจะมีนิสัยดังกล่าว คนพวกนี้อาจแสดงความเก่งกล้าของตนในกลุ่มเพื่อน โดยแสดงการใช้ยาเสพติดชนิดต่าง ๆ เพราะเห็นแก่ความสนุกสนาน ตื่นเต้น และให้เพื่อนฝูงยอมรับว่าตนเก่ง ในที่สุดก็ติดยาเสพติดนั้น

๔.๓ การชักชวนของคนอื่น อาจเกิดจากการเชื่อตามคำชักชวนโฆษณาของผู้ขายสินค้าที่เป็นยาเสพติดบางชนิด เช่น ยากระตุ้นประสาทต่าง ๆ ยาขยัน ยาม้า ยาบ้า เป็นต้น โดยผู้ขายโฆษณาสรรพคุณของยาเสพติดนั้นว่ามีคุณภาพดี เช่น ทำให้มีพลังกำลัง ทำให้มีจิตใจแจ่มใส ทำให้มีสุขภาพดี ทำให้มีสติปัญญาดี สามารถรักษาโรคได้บางชนิด เป็นต้น ผู้ที่เชื่อคำชักชวนโฆษณาดังกล่าวจึงไปซื้อตามคำชักชวนของเพื่อนฝูง ซึ่งโดยมากเป็นพวกที่ติดยาเสพติดนั้นอยู่แล้ว ด้วยความเกรงใจเพื่อน หรือเชื่อเพื่อน หรือต้องการแสดงว่าตัวเป็นพวกเดียวกับเพื่อน

ลักษณะการติดยาเสพติด

ยาเสพติดบางชนิดก่อให้เกิดการติดได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่ยาเสพติดบางชนิดก่อให้เกิดการติดทางด้านจิตใจ เพียงอย่างเดียว

การติดยาทางร่างกาย หมายถึง ลักษณะการติดยาเสพติดที่ผู้เสพมีความต้องการเสพอย่างรุนแรงทางร่างกายจะหยุดเสพไม่ได้ เมื่อถึงเวลาอยากเสพแล้วไม่ได้เสพจะเกิดอาการผิดปกติ (อาการขาดยา) มักพบในสารกดประสาท เช่น การติดเฮโรอีน เมื่อขาดยาหรือไม่ได้เสพจะมีการคลื่นไส้ อาเจียน หาวบ่อย ๆ น้ำมูก น้ำตาไหล นอนไม่หลับ เจ็บปวดทั่วร่างกาย ทุรนทุราย ฯลฯ ที่รุนแรงมาก อาจอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ซึ่งชาวบ้านเรียกว่า ลงแดง

การติดทางจิตใจ หมายถึง ลักษณะการติดยาเสพติดที่ผู้เสพมีความต้องการเสพเพราะจิตใจคิดอยากจะเสพเพียงอย่างเดียว ไม่ถึงกับเป็นอาการทางร่างกาย เมื่อถึงเวลาอยากเสพจะเกิดอาการทางจิตใจ เช่น การติดบุหรี่ กาแฟ ยาบ้า และยาเสพติดชนิดอื่น ๆ บางชนิด เมื่อขาดยาจะเกิดอาการหงุดหงิด หรือกระวนกระวาย แต่ไม่พบอาการทางร่างกาย

ประเภทของยาเสพติด

ยาเสพติด แบ่งได้หลายรูปแบบ ตามลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

๑. แบ่งตามแหล่งที่มา ซึ่งจะแบ่งออกเป็น ๒ ประเภท คือ

- ๑.๑ ยาเสพติดธรรมชาติ (Natural Drugs) คือ ยาเสพติดที่ผลิตมาจากพืช เช่น ฝิ่น กระบือ กัญชา เป็นต้น
- ๑.๒ ยาเสพติดสังเคราะห์ (Synthetic Drugs) คือ ยาเสพติดที่ผลิตขึ้นด้วยกรรมวิธีทางเคมี เช่น เฮโรอีน แอมเฟตามีน เป็นต้น

๒. แบ่งตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.๒๕๖๒ ซึ่งจะแบ่งออกเป็น ๕ ประเภท คือ

- ๒.๑ ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ ๑ ได้แก่ เฮโรอีน แอลเอสดี แอมเฟตามีน หรือยาบ้า ยาอีหรือยาเลิฟ
- ๒.๒ ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ ๒ ยาเสพติดประเภทนี้สามารถนำมาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้ แต่ต้องใช้ภายใต้การควบคุมของแพทย์ และใช้เฉพาะกรณีที่เป็นเท่านั้น ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน โคเคน (โคคาอิน โคเคอิน) และเมทาโดน
- ๒.๓ ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ ๓ ยาเสพติดประเภทนี้เป็นยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดประเภทที่ ๒ ผสมอยู่ด้วย มีประโยชน์ทางการแพทย์ การนำไปใช้เพื่อจุดประสงค์อื่นหรือเพื่อเสพติด จะมีบทลงโทษกำกับไว้ ยาเสพติดประเภทนี้ ได้แก่ ยาแก้ไอ ที่มีตัวยาโคเคอิน ยาแก้ท้องเสีย ที่มีฝิ่นผสมอยู่ด้วย ยาฉีดยาระงับปวดต่าง ๆ เช่น มอร์ฟีน เพทิดีน ซึ่งสกัดมาจากฝิ่น
- ๒.๔ ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ ๔ คือ สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ ๑ หรือประเภทที่ ๒ ยาเสพติดประเภทนี้ไม่มีการนำมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดโรคแต่อย่างใด และมีบทลงโทษกำกับไว้ด้วย ได้แก่ น้ำยาอะเซติคแอนไฮไดรด์ และอะเซติลคลอไรด์ ซึ่งใช้ในการเปลี่ยนมอร์ฟีนเป็นเฮโรอีน สารคลอซูโดอีพริดรีน สามารถใช้ในการผลิตยาบ้าได้ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอีก ๑๒ ชนิด ที่สามารถนำมาผลิตยาอีและยาบ้าได้
- ๒.๕ ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ ๕ เป็นยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าข่ายอยู่ในยาเสพติดประเภทที่ ๑ ถึง ๔ ได้แก่ ทุกส่วนของพืชกัญชา ทุกส่วนของพืชกระบือ เห็ดขี้ควาย เป็นต้น

๓. แบ่งตามการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งแบ่งออกเป็น ๔ ประเภท คือ

- ๓.๑ ยาเสพติดประเภทกดประสาท ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน สารระเหย และยากล่อมประสาท
- ๓.๒ ยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท ได้แก่ แอมเฟตามีน กระต่อม และโคคาอีน
- ๓.๓ ยาเสพติดประเภทหลอนประสาท ได้แก่ แอลเอสดี ดีเอ็มที และเห็ดขี้ควาย
- ๓.๔ ยาเสพติดประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน กล่าวคือ อาจกด กระตุ้นหรือหลอนประสาทได้พร้อม ๆ กัน เช่น

กัญชา

๔. แบ่งตามองค์การอนามัยโลก ซึ่งแบ่งออกได้เป็น ๙ ประเภท คือ

- ๔.๑ ประเภทฝิ่น หรือมอร์ฟีน รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีน ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน เพทิดีน
- ๔.๒ ประเภทยาพิษเรท รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์ทำนองเดียวกัน ได้แก่ เซโคบาร์บิทัล อะโมบาร์บิทัล พาราลดีไฮด์ เมโปรบาเมท ไดอาซีแพม เป็นต้น
- ๔.๓ ประเภทแอลกอฮอล์ ได้แก่ เหล้า เบียร์ วิสกี้
- ๔.๔ ประเภทแอมเฟตามีน ได้แก่ แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน
- ๔.๕ ประเภทโคเคน ได้แก่ โคเคน ใบโคคา
- ๔.๖ ประเภทกัญชา ได้แก่ ใบกัญชา ยางกัญชา
- ๔.๗ ประเภทใบกระท่อม
- ๔.๘ ประเภทหลอนประสาท ได้แก่ แอลเอสดี ดีเอ็มที เมสตาลีน เมล็ดมอนิ่งกลอรี ต้นลำโพง เห็ดเมาบางชนิด
- ๔.๙ ประเภทอื่น ๆ นอกเหนือจาก ๘ ประเภทข้างต้น ได้แก่ สารระเหยต่าง ๆ เช่น ทินเนอร์ เบนซิน น้ำยาล้างเล็บ ยาแก้ปวด และบุหรี่

๑. ยาเสพติดประเภทกดประสาท

- ๑.๑ ฝิ่น (Opium)
- ๑.๒ มอร์ฟีน (Morphine)
- ๑.๓ เฮโรอีน (Heroin)
- ๑.๔ ยาแก้ไอผสมโคเดอีน
- ๑.๕ ทรามาดอล (tramadol)
- ๑.๖ ยากล่อมประสาท หรือยาคลายเครียด (Tranquilizer Drugs)
- ๑.๗ สารระเหย

๑.๑ ฝิ่น (Opium)

ลักษณะของยาเสพติด : ฝิ่น เป็นสารประกอบชนิดหนึ่ง ซึ่งได้จากยางของผลฝิ่น ในเนื้อฝิ่นมีสารเคมีที่เป็นแอลคาลอยด์ (Alkaloid) เป็นต้นตอของยาเสพติดร้ายแรง เช่น มอร์ฟีน เฮโรอีน และโคเดอีน

เนื้อฝิ่นได้มาจากยางของผลฝิ่นที่ถูกกรีดจะมีสีขาว เมื่อถูกอากาศจะมีสีคล้ำลง กลายเป็นยางเหนียวสีน้ำตาลไหม้ หรือดำ มีกลิ่นเหม็นเขียวและระสขม เรียกว่า ฝิ่นดิบ ส่วนฝิ่นที่มีการนำมาใช้เสพ เรียกว่า ฝิ่นสุก ได้มาจากการนำฝิ่นดิบไปต้มหรือเคี่ยวจนสุก ใช้เสพโดยการสูบ (Smoked) และรับประทาน (Oral)



รูปที่ ๑.๑ : รูปถ่าย แสดงลักษณะผลฝิ่นที่ถูกกรีดยาง รูปที่ ๑.๒ : รูปขวา แสดงลักษณะของฝิ่นดิบ
(แหล่งที่มา : <https://th.wikipedia.org/wiki/ฝิ่น>)

ฤทธิ์ทางเสพติด : ออกฤทธิ์กดระบบประสาท ช่วงระยะเวลาการออกฤทธิ์นาน ๓ - ๖ ชั่วโมง มีอาการเสพติดทางร่างกายและจิตใจ

อาการผู้เสพ : จิตใจเลื่องลอย ง่วงซึม อารมณ์ดี ความคิดและการตัดสินใจเชื่องช้า

ผลกระทบต่อผู้เสพ : หากเสพเป็นเวลานาน สุขภาพจะทรุดโทรม ชูบผอม ตัวเหลือง ริมฝีปากเขียว อ่อนเพลีย ชีพจรช้า ความจำเสื่อม ผู้ที่เสพเกินขนาดอาจถึงขั้นเสียชีวิต

๑.๒ มอร์ฟิน (Morphine) ในทางการแพทย์เป็นยาระงับปวดที่ค่อนข้างรุนแรง โดยตัวยาจะส่งผลถึงสมอง ทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาต่อการเจ็บปวดลดลง และเริ่มรู้สึกสบายตัวคล้ายกับการได้รับสารสื่อประสาทที่ชื่อว่าเอนโดรฟิน

ลักษณะของยาเสพติด : มี ๒ ที่มา คือ มอร์ฟินที่ได้จากยางของผลฝิ่น แล้วตากให้แห้ง สีจะค่อยๆ เปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล มีลักษณะขุ่นเหนียว ทำให้แห้งแล้วมาทำเป็นผง มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางแรงกว่าฝิ่นประมาณ ๘ - ๑๐ เท่า และมอร์ฟินที่มาจากสารสังเคราะห์ จะมีลักษณะเป็นผงสีขาวหรือเทาเกือบขาวไม่มีกลิ่น มีรสขม เสพติดได้ง่าย มีลักษณะเป็นเม็ด เป็นผงและเป็นก้อน หรือละลายบรรจุหลอดสำหรับฉีด และมีชนิดรับประทาน



รูปที่ ๒ : รูปแสดงภาพมอร์ฟินยาแก้ปวดชนิดฉีด (แหล่งที่มา : <http://tatiya5651.wordpress.com>)

ฤทธิ์ทางเสพติด : มอร์ฟีนก่อให้เกิดการติดทางร่างกายและจิตใจ การหยุดใช้ยาทันทีจะส่งผลข้างเคียงของการขาดยา ต้องค่อยๆ ลดปริมาณลง ภายใต้การดูแลของแพทย์

กกระบบประสาทส่วนกลาง การฉีดจะได้ผลเร็วกว่าการรับประทาน โดยออกฤทธิ์ระงับปวด

มอร์ฟีนถูกดูดซึมได้ดีที่ระบบทางเดินอาหาร ได้ผิวหนัง และกล้ามเนื้อ ไม่สะสมในร่างกาย ยาที่ให้ไปจะถูกขับออกจากร่างกายประมาณร้อยละ ๙๐ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง

อาการผู้เสพ : อาการติดยาเกิดจากการได้รับยาซ้ำ ๆ กัน เกิดขึ้นเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับขนาด ถ้าได้รับยาติดต่อกันนานก็จะทำให้เกิดอาการติดยาได้เร็วมากขึ้น เมื่อออกฤทธิ์กกระบบประสาทส่วนกลาง จะทำให้วังงซึม อารมณ์เปลี่ยนแปลง สมองไม่ปลอดภัย บางรายอาจเกิดอาการเคลิบเคลิ้มเป็นสุข ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางอย่างอื่น ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ซึมเซา เชื่องช้า ไม่มีสมาธิ ผู้ที่ได้รับยาเกินขนาด จะมีอาการวังงซึมมาก รูม่านตาหรี การหายใจถูกกด โคม่า

อาการถอนยาขึ้นอยู่กับระยะเวลาและปริมาณที่ใช้ยา ผู้เสพยาจะมีอาการ ได้แก่ หาวนอน น้ำตาไหล เหงื่อออก ม่านตาขยาย ตัวสั่น นอนไม่หลับ กระวนกระวาย ตะคริว

ผลกระทบต่อผู้เสพ : ร่างการทรุดโทรม สมองมินชา สติปัญญาเสื่อม

๑.๓ เฮโรอีน (Heroin) เกิดจากการสังเคราะห์ทางเคมีจากปฏิกิริยาระหว่างมอร์ฟีนกับสารเคมีบางชนิด ออกฤทธิ์แรงกว่ามอร์ฟีนประมาณ ๔ - ๘ เท่าและออกฤทธิ์แรงกว่าฝิ่น ประมาณ ๓๐ - ๙๐ เท่า เฮโรอีนเป็นยาเสพติดที่ก่อให้เกิดการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง แม้จะทดลองเสพยาเพียงครั้งเดียว ซึ่งถ้าจะเปรียบเทียบกับมอร์ฟีนและฝิ่นแล้ว พบว่าเฮโรอีนมีฤทธิ์ทำให้เสพติดได้ง่ายกว่ามาก

ลักษณะของยาเสพติด : เป็นสารสังเคราะห์ เฮโรอีนที่นำมาเสพยาจะอยู่ในรูปเกล็ด มีลักษณะเป็นผงสีขาว รสขม แต่สีจะเปลี่ยนไปตามองค์ประกอบที่ใส่เข้าไปในขบวนการผลิต เฮโรอีนมีชื่อเรียกอื่น เช่น ผงขาว แค็ป



รูปที่ ๓ : แสดงภาพเฮโรอีนชนิดผง และหีบห่อบรรจุ (แหล่งที่มา : <http://narcotic.fda.moph.go.th>)

ฤทธิ์ในทางเสพติด : เฮโรอีนสามารถเสพยาได้หลายวิธี เช่น การฉีด สูบ การสูดดม นำไปปนไฟแล้ว สูดไอระเหยเข้าปอด วิธีสูดจะออกฤทธิ์ภายใน ๗ วินาที และหากเสพยาโดยวิธีฉีดจะออกฤทธิ์ภายใน ๓๐ วินาที เฮโรอีนเป็นยาเสพติดที่ร้ายแรงและติดง่ายที่สุด

อาการผู้เสพ : เมื่อเฮโรอีนเข้าสู่ร่างกายแล้วจะเริ่มออกฤทธิ์ทันที ผู้เสพรู้สึกเคลิบเคลิ้มมีเมามึนเมา สัมผัสความทุกข์ในจิตใจไปชั่วขณะ มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางทำให้มีอาการง่วงซึม ม่านตาหรือรูม่านตาลี้น้อย ตาแฉะ ในผู้ที่เสพรั้งแรกอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

หากเสพมากเกินไปจนร่างกายทนไม่ไหว การทำงานของระบบการหายใจจะถูกกด ทำให้หายใจแผ่ว และตื่น ผิวกายเย็นขึ้น ชัก สลบ และเสียชีวิตเนื่องจากระบบการหายใจล้มเหลว

ผลกระทบของผู้เสพ : ร่างกายซูบซีด ผอมเหลือง มีอาการอ่อนเพลียเปลี่ยนแปลงได้ง่าย เมื่อขาดยาจะมีอาการหงุดหงิด ทุรนทุราย หาว เหงื่อออกมาก เบื่ออาหาร ปวดกระดูก ปวดกล้ามเนื้อ ปวดท้อง ท้องเดิน อาเจียน ชักจนหมดสติ และถ้าร่างกายอ่อนแอก็อาจถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้

๑.๔ ยาแก้ไอผสมโคเดอีน

ลักษณะของยาเสพติด : โคเดอีนเป็นสารประกอบจำพวกอัลคาลอยด์ที่มีอยู่ในฝิ่น ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง มีฤทธิ์ระงับปวดและระงับอาการไอ โดยออกฤทธิ์ที่ก้านสมองซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอาการไอ จึงนิยมใช้ผสมร่วมกับยาแก้ไอ วัชรุนนิยมเสพด้วยการใช้ผสมกับน้ำอัดลม อาจผสมกับยาบางชนิด หรือดื่มโดยไม่ผสมอะไรเลย



รูปที่ ๔ : แสดงภาพยาแก้ไอชนิดน้ำที่ผสมโคเดอีน (แหล่งที่มา : <http://narcotic.fda.moph.go.th>)

ฤทธิ์ในทางเสพติด : การใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้เกิดการติดยาทั้งทางกายและจิตใจ และมีอาการถอนยาเมื่อขาดยา เช่นเดียวกับการติดยาฝิ่นหรือเฮโรอีน ซึ่งจะต้องเข้ารับการบำบัดรักษาจึงจะหายจากการติดยา

อาการผู้เสพ : ง่วงซึม ใจสั่น มีอาการมึนงง หายใจ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูกและถ่ายปัสสาวะลำบาก หากเป็นพิษโดยเฉียบพลัน อาจทำให้เกิดการ ชัก เพ้อคลั่ง ชีพจรเต้นช้า หัวใจเต้นเร็ว ไม่รู้สึกตัว กล้ามเนื้ออ่อนแรง ระบบการหมุนเวียนในร่างกายล้มเหลว ระบบการหายใจเป็นอัมพาต เกิดภาวะหยุดการหายใจและตายได้

ผลกระทบของผู้เสพ : การใช้ในระยะยาว อาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ขาดสมาธิ ง่วงนอนและหลับได้ ท้องผูกอย่างรุนแรง และทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสมรรถภาพทางเพศด้วย และหากใช้ในปริมาณที่สูงจะทำให้เกิดอาการสั่นและชักได้

๑.๕ ทรามาดอล (tramadol) (ชื่อทางการค้าอื่น ๆ Amanda, Analab, Matradol, Paindol, Pharmadol, Sefmal, Trosic, Tradolgesic, Anadol, Tramada, Tramadol Stada, Trama/Tramal Retard, Madol, Tramoda, Vesnon-V 100, Mabron, Madola, Modsenal, Pacmadol, Ramadol, Tamolan, Tracine)

ลักษณะของยาเสพติด : ทรามาดอล (tramadol) เป็นยากลุ่ม ยาบรรเทาอาการปวด กลุ่มโอปิออยด์ (analgesics /opioid) มีทั้งแบบรับประทานเป็นยาเม็ด และยาแบบฉีด เนื่องจากสามารถซื้อได้ตามร้านขายยา ทำให้ยาชนิดนี้ถูกนำมาใช้ในทางที่ผิด โดยนำมาผสมกับเครื่องดื่มชนิดต่าง ๆ เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ เป็นต้น



รูปที่ ๕ : แสดงภาพ ลักษณะของยาทรามาดอลที่มักพบ (แหล่งที่มา : <https://www.dek-d.com/board/view/3790276/>)

ฤทธิ์ในทางเสพติด : มีฤทธิ์ลดความปวด รวมทั้งกดการทำงานของระบบประสาทและมีผลทำให้เกิดอาการเคลิ้มสุข (euphoria) การออกฤทธิ์นี้เหมือนกับมอร์ฟิน แต่ทรามาดอลมีความแรงน้อยกว่ามอร์ฟิน ประมาณ 10 เท่า

อาการผู้เสพ : จะทำให้เกิดอาการเคลิ้มสุข จึงทำให้ผู้ใช้มีความต้องการใช้ทุกวัน และเมื่อใช้อย่างต่อเนื่องติดต่อกันจะทำให้มีความต้องการปริมาณยาที่เพิ่มมากขึ้น จนเกิดอาการติดยา (addiction) ซึ่งนำไปสู่การถอนยาได้ หากไม่ได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย

ผลกระทบของผู้เสพ : ผลข้างเคียงของยาพบได้ตั้งแต่ไม่รุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก มือสั่น ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ มึนงง ง่วงซึม ประสาทหลอน จนถึงรุนแรงระดับนำไปสู่การเสียชีวิต เช่น ชัก กตัญญ์ การหายใจ หรือ serotonin syndrome ซึ่งจะมีอาการแสดงในหลาย ๆ ระบบของร่างกายพร้อมกัน เช่น กล้ามเนื้อเกร็งกระตุกร่วมกับความดันโลหิตสูงและประสาทหลอน ซึ่งถ้าหากปล่อยไว้ โดยไม่รักษาจะนำไปสู่การเสียชีวิต

๑.๖ ยากล่อมประสาท หรือยาคลายเครียด (Tranquilizer Drugs)

ยากล่อมประสาทมีประโยชน์ในการรักษาอาการวิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับ แต่การใช้ยาเหล่านี้สามารถทำให้ติดยาได้ ยากลุ่มนี้เป็นยาประเภทที่ชะลอการทำงานของสมอง ช่วยให้สงบและสามารถทำให้นอนหลับ ยากล่อมประสาทมีอยู่ ๓ กลุ่มหลัก คือ

๑. ยากลุ่ม Barbiturates : ยากลุ่มนี้สามารถใช้เดี่ยว ๆ หรือใช้คู่กับยาสลบ (anesthesia) บางครั้งยา กลุ่มนี้ใช้เพื่อรักษาโรคลมชัก ตัวอย่างของยากลุ่ม barbiturates มี Nembutal (pentobarbital) และ phenobarbital

๒. ยากลุ่ม Benzodiazepines : ใช้รักษาอาการชักเช่นกัน พร้อมรักษาภาวะกล้ามเนื้อเกร็งตัว และ คลายความวิตกกังวลก่อนทำหัตถการ ตัวอย่างของยากลุ่ม benzodiazepines ได้แก่ Xanax (alprazolam), Valium (diazepam), Ativan (lorazepam), Librium (chlordiazepoxide), Halcion (triazolam), Serax (oxazepam) และ Klonopin (clonazepam) ส่วน Rohypnol (flunitrazepam) เป็นยา benzodiazepine ที่ออกฤทธิ์ระยะสั้นซึ่งแรงกว่ายา Valium ๑๐ เท่า

๓. ยานอนหลับกลุ่ม "Z-drug" : ออกฤทธิ์ในกลุ่มตัวรับที่เฉพาะของระบบประสาทส่วนกลางชื่อ BZ1 ซึ่งเป็นยาที่ใช้ในการนอนหลับโดยเฉพาะ ตัวอย่างของยานอนหลับกลุ่ม "Z-drug" มี Ambien (zolpidem), Lunesta (eszopiclone) และ Sonata (zaleplon) ในผู้ป่วยบางรายที่ใช้ยากลุ่มนี้จะพบอาการประสาทหลอน จึงไม่ควรใช้เป็นระยะเวลานาน

ผลข้างเคียงของยากล่อมประสาท : ผลข้างเคียงคล้ายกับฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ นอกจากจะทำให้สงบแล้ว ยากล่อมประสาทยังทำให้เกิดอาการ ดังต่อไปนี้

- ง่วงซึม มึนงง และสับสน มีปัญหาเกี่ยวกับความทรงจำ
- สมาธิและการตัดสินใจแย่งลง
- ปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว มีความเสี่ยงในการหกล้มและการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น
- อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจช้าลง ซึ่งอาจจะแย่งถ้าดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย
- อารมณ์แปรปรวนและมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
- อารมณ์ซึมเศร้าและอาการแสดงของความวิตกกังวลมีมากขึ้น
- ความเสี่ยงในการติดยา
- ความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาดไม่ว่าจะตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม

ข้อควรระวัง : ไม่ควรหยุดใช้โดยทันทีเพราะมันอาจทำให้เกิดอาการขาดยาที่รุนแรง เช่น อาการชัก จะต้องลดขนาดยาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์

มิดาโซแลม (Midazolam) ชื่อทางการค้า คือ โดมิกุม (Dormicum) เป็นยานอนหลับที่เป็นปัญหาการแพร่ระบาดในประเทศไทย

ลักษณะของยาเสพติด : มีทั้งชนิดเม็ดรับประทาน และในรูปยาฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำหรือเข้ากล้ามเนื้อ



รูปที่ ๖ : ยามิดาโซแลม ชนิดรับประทาน และชนิดฉีด (แหล่งที่มา : <http://en.wikipedia.org>)

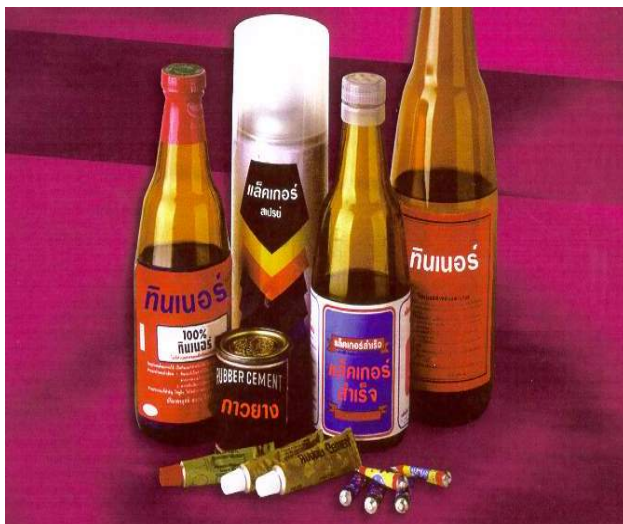
ฤทธิ์ในทางเสพติด : ยามิดาโซแลมออกฤทธิ์สงบประสาททำให้อ่อนหลับและฤทธิ์ทำให้สูญเสียความทรงจำชั่วขณะ

อาการผู้เสพ : อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ง่วงซึม เหนื่อย หากได้รับยาติดต่อกันเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะพึ่งยาทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ เมื่อหยุดยากระทันหันอาจก่อให้เกิดอาการถอนยา คือ อาการนอนไม่หลับ หากฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำอาจเกิดการหายใจและทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ

ผลกระทบของผู้เสพ : การได้รับเกินขนาด จะทำให้เกิดอาการซึมมาก หลับนานผิดปกติ กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน การตอบสนองลดลง สับสนไม่รู้สีกตัว

๑.๗ สารระเหย (Inhalant)

ลักษณะของสาร : เป็นสารเคมีที่ระเหยได้ง่าย มีคุณสมบัติในการทำละลาย และใช้ในอุตสาหกรรม เช่น ทินเนอร์ แอลกอฮอล์ น้ำมันเบนซิน สเปรย์ น้ำยาล้างเล็บ กาวยางน้ำ ลูกโป่งวิทยาศาสตร์ ผู้เสพสารระเหยเนื่องจากราคาถูกหาซื้อได้ง่าย พบพาสะดวก ออกฤทธิ์เร็ว



รูปที่ ๗ : แสดงประเภทของสารระเหยต่าง ๆ ที่เสพติดได้ (แหล่งที่มา : <http://narcotic.fda.moph.go.th>)

ฤทธิ์ในทางเสพติด : ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท เข้าสู่ร่างกายอย่างรวดเร็วด้วยการสูดดม โดยจะแพร่กระจายจากปอดเข้าสู่กระแสโลหิต เข้าสู่สมองและระบบประสาท และไปยังอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย

ผู้เผยแพร่สาระจะเกิดการติดทางด้านจิตใจ การติดทางด้านร่างกายมีเล็กน้อย

อาการผู้เสพ : อาการที่เกิดขึ้นในเวลาแรก ๆ ของการเสพ ผู้เสพรู้สึกเคลิบเคลิ้ม ศีรษะเบาหัวเป็นสุข ร่าเริง ลืมความทุกข์ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้เสพตัดสินใจเสพอีก หลังจากนั้นจะมีอาการคล้ายคนเมาสุรา ควบคุมตนเองไม่ได้ เดินโซเซ ตาพร่า พูดจาอ้อแอ้ พูดไม่ชัด น้ำลายไหล ถ้ายังสูดดมต่อไปจะทำให้ขาดสติหรือเป็นลมชัก กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกด และหมดสติ

อาการขาดยา (Withdrawal Symptoms) เช่น หงุดหงิด หาวนอน ปวดท้อง เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ อาเจียน จาม คัดจมูก ปวดตามกล้ามเนื้อ ฟุ้งซ่าน น้ำตาไหล ขนลุก ตะคริว นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ปวดกระตัก เจ็บหน้าอก

ผลกระทบของผู้เสพยา : ความรุนแรงของการเสพยาจะเหี้ย ขึ้นอยู่กับประวัติการเสพยา ปริมาณ วิธีการเสพยา และชนิดของสารระเหย แบ่งเป็น ๒ ระยะ ดังนี้

- ระยะที่ ๑ พิษเฉียบพลัน หลังจากเกิดอาการเคลิ้มเป็นสุข ร่าเริง ตื่นเต้น ต่อมาจะมึนงง พุดจาอ้อแอ้ ควบคุมตัวเองไม่ได้ จากนั้นจะคลื่นไส้ อาเจียน หายใจถี่เบาและเร็ว ประสาทหลอน ถ้าสูดดมในปริมาณมาก อาจชักหมดสติ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติและอาจหัวใจวาย หรือสารระเหยอาจกดศูนย์หายใจทำให้ตายได้

- ระยะที่ ๒ พิษเรื้อรัง การสูดดมติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้ระบบอวัยวะต่างๆ อาทิ ระบบประสาทส่วนกลาง ประสาทส่วนปลาย กล้ามเนื้อ ทางเดินหายใจ อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร หัวใจ และระบบสืบพันธุ์ ฯลฯ เสื่อมสภาพลง

ลักษณะของผู้เสพยา : ผู้เสพยาจะเหี้ยมักจะพบพาสารระเหยติดตัวด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

- ใส่สำลีห่อด้วยผ้าเช็ดหน้า การเสพยาวิธีนี้ ผ้ามือของผู้เสพยาจะมีลักษณะไหม้เป็นสีน้ำตาล เนื่องจากสารระเหยระคายเคืองผิวหนังบริเวณผ้ามือ

- ใส่ในหลอดยาตาม โดยเอาใส่ยาตามออก แล้วเอาสำลีชุบสารระเหยใส่แทน

- เสพโดยตรงจากขวด โดยเปิดฝาขวดและสูดดมทันที

- ใส่ถุงพลาสติก โดยฉีกสเปร์ยใส่ถุงและสูดดมจนหมดกลิ่น วิธีนี้อันตรายมากเนื่องจากปริมาณความเข้มข้นของสารระเหยสูง

๒. ยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท

๒.๑ กลุ่มแอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน

๒.๑.๑ ยาบ้า

๒.๑.๒ ไอซ์

๒.๓ ยาอี (เอ็กซ์ตาซี Ecstasy) ยาเลิฟ

๒.๔ กระตอม

๒.๕ โคเคน โคเคอิน หรือโคคาอิน (cocaine)

๒.๑ กลุ่มแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน

“แอมเฟตามีน” เป็นสารที่ถูกสังเคราะห์ขึ้น ต่อมาได้พัฒนาการสังเคราะห์อนุพันธ์ของแอมเฟตามีนขึ้น เป็น “เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine)” ซึ่งมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางได้รุนแรงกว่า

๒.๑.๑ ยาบ้า : ยาบ้า เดิมชื่อว่า ยาม้า หรืออาจเรียกว่ายาขยัน ยาแก้ง่วง ยาโด้บ มีส่วนประกอบหลัก คือ สารสังเคราะห์กลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine) นิยมเสพโดยรับประทานโดยตรงหรือผสมในอาหารหรือเครื่องดื่ม หรือนำยาบ้าที่บดแล้วไปลงไฟแล้วสูดดมไอระเหย (สามารถเสพโดยวิธีฉีดเข้าเส้นเลือด แต่ไม่เป็นที่นิยมในเมืองไทย)

ลักษณะของยาเสพติด : เป็นยาเม็ดกลมแบนขนาดเล็กเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๖ - ๘ มิลลิเมตร มีสีต่าง ๆ กัน มีสัญลักษณ์ที่ปรากฏบนเม็ดยาหลายรูปแบบ เช่น พ M PG WY สัญลักษณ์รูปดาว รูปพระจันทร์เสี้ยว



รูปที่ ๘ : แสดงลักษณะยาอีซินิดเม็ตที่มักพบบ่อย (แหล่งที่มา : <http://www.bangkokbiznews.com>)

ฤทธิ์ในทางเสพติด : จะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งทำหน้าที่เก็บความจำความคิดและควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนไหว การทรงตัว การถ่ายทอดความรู้สึก ทำให้ตื่นตัว เคลิบเคลิ้ม ร่าเริง ไม่เหนื่อย ไม่ง่วง ตาแข็ง นอนไม่หลับ จึงทำให้ผู้เสพยาคิดว่าเป็นยาเพิ่มพลัง

มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดกระตุ้นหัวใจทำให้เกิดอาการใจสั่น การไหลเวียนเลือดล้มเหลว เจ็บหน้าอก กระทั่งต่อทางเดินหายใจ จังหวะการหายใจผิดปกติ

มีผลต่อระบบการเดินอาหาร ปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่หิว คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียและส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งเมื่อเสพยาแล้วจะส่งผลให้สมรรถภาพทางเพศลดลง

อาการผู้เสพ : การใช้เป็นประจำทุกวันในขนาดที่ไม่สูงนักจะทำให้ผู้ใช้รู้สึกสบายใจ กระปรี้กระเปร่า ไม่ง่วงเหงา หาวนอน

การใช้อย่างเป็นประจำจะก่อให้เกิดการติดยา และต้องเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อย ๆ เพราะมีการทนทานต่อยา (Tolerance) ต้องการยาในปริมาณที่มากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งทางจิตใจและร่างกาย การพึ่งพาทางจิตใจ (Dependence) เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ทำให้ต้องการยาอยู่เรื่อย ๆ เมื่อหยุดใช้ยาทันทีจะมีอาการขาดยา (Withdrawal) จะแสดงอาการอ่อนเพลียมาก ง่วงนอน ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง หิวมาก ความคิดสับสน หงุดหงิด หลังจากหยุดยาอาจเกิดอาการสะท้อนกลับของอารมณ์ (Rebound Phenomena) จากตื่นตัว ร่าเริง กลายเป็นซึมเศร้าและถึงขั้นฆ่าตัวตายได้

ผลกระทบของผู้เสพ : หากใช้เป็นประจำและในปริมาณที่มากจะทำให้เกิดอันตรายเพราะเสมือนร่างกายจะถูกใช้งานหนัก ไม่มีเวลาพักผ่อน สุขภาพของผู้ใช้ยาจะทรุดโทรม และรุนแรงจนถึงเสียชีวิตได้ ดังนี้

๑. ผลต่อจิตใจ เมื่อเสพยาเป็นประจำเป็นเวลานานหรือใช้เป็นจำนวนมาก จะทำให้ผู้เสพยามีความผิดปกติทางด้านจิตใจ กลายเป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวง ส่งผลให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น เกิดอาการหวาดกลัว ประสาทหลอน แม้ในช่วงเวลาที่ไม่ได้เสพยาก็ตาม

๒. ผลต่อระบบประสาท ในระยะแรกจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ทำให้ประสาทตึงเครียด แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะมีการประสาทอ่อนล้า ทำให้การตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ช้าและผิดพลาด และหากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้สมองเสื่อมหรือกรณีที่ผู้ใช้ยาในปริมาณมาก (Overdose) จะไปกดประสาทและระบบการหายใจทำให้หมดสติและถึงแก่ความตายได้

๓. ผลต่อพฤติกรรม ฤทธิ์ของยาจะกระตุ้นสมองส่วนที่ควบคุมความก้าวร้าว และความกระวนกระวายใจ ดังนั้น เมื่อเสพยาบ้าไปนาน ๆ จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป คือ ผู้เสพยาจะมีอาการก้าวร้าวเพิ่มขึ้นและหากยังใช้ต่อไปจะมีโอกาสเป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวง เกรงว่าจะมีคนมาทำร้ายตนเอง จึงต้องทำร้ายผู้อื่นก่อน

๒.๑.๒ ไอซ์ คือ สารเสพติดที่มีชื่อทางเคมีว่า “เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine)” เป็นสารตั้งต้นชนิดเดียวกับยาบ้า แต่ยาบ้ามีส่วนประกอบของเมทแอมเฟตามีนน้อยกว่าและอยู่ในรูปแบบเม็ด แต่ไอซ์มีความบริสุทธิ์สูงกว่ายาบ้า ๔ - ๕ เท่า ดังนั้น เมื่อเสพแล้วจึงออกฤทธิ์เร็วและแรงกว่ายาบ้า

ลักษณะของยาเสพติด : อยู่ในรูปผลึกใสเหมือนน้ำแข็ง ไม่มีสีจนถึงมีสีขาว ไม่มีกลิ่น ซึ่งมีความบริสุทธิ์เกือบ ๑๐๐% นิยมเสพโดยการนำผลึกกลืนไฟให้ระเหิด แล้วสูดไอเข้าปอด

ฤทธิ์ในทางเสพติด : จะแสดงอาการและออกฤทธิ์ยาวนาน ๘ - ๒๔ ชั่วโมง และยังมีสารพิษตกค้างอยู่ในร่างกายหลายวัน วิธีการเสพไอซ์จะออกฤทธิ์ในเวลาที่แตกต่างกันดังนี้

- สูดควันหรือไอระเหย ออกฤทธิ์ทันที
- สูดผงยาเข้าโพรงจมูก ออกฤทธิ์ภายใน ๓ - ๕ วินาที
- ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ออกฤทธิ์ภายใน ๑๕ - ๓๐ วินาที
- การรับประทาน จะออกฤทธิ์ภายใน ๓๐ นาที

อาการของผู้เสพ : กระตุ้นประสาททำให้รู้สึกตื่นตัว บดบังความรู้สึกเหนื่อยล้า รู้สึกเคลิ้มฝัน อยู่นิ่งไม่ได้นอนไม่หลับ ก้าวร้าวและรู้สึกเชื่อมั่นในตัวเองเกินไป ถ้าเสพในขนาดที่สูงจะเพิ่มความต้องการทางเพศซึ่งนำไปสู่การสำส่อนทางเพศ

ผลกระทบของผู้เสพ : หากเสพไอซ์เกินขนาดจะทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อเกร็งตัว ตื่นตกใจกลัว ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจชักหรือหมดสติ ระบบหายใจล้มเหลว ช็อกและเสียชีวิตได้

ทำให้ระบบประสาทส่วนกลางถูกกระตุ้นอย่างแรง เซลล์สมองจะถูกทำลาย ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าหลังการใช้ยา และมีแนวโน้มในการการฆ่าตัวตายในระหว่างการใช้ การใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะโรคจิต

๒.๓ ยาอี (เอ็กซ์ตาซี (Ecstasy)) และ ยาเลิฟ เป็นยาเสพติดกลุ่มเดียวกัน เป็นสารสังเคราะห์จะแตกต่างกันบ้างในด้านโครงสร้างทางเคมี ที่ออกฤทธิ์ทั้งกระตุ้นประสาท (amphetamine – like) และหลอนประสาท (LSD – like) มีสูตรโครงสร้างคล้ายกับเมทแอมเฟตามีนหรือยาบ้า แต่มีฤทธิ์ที่รุนแรงกว่าประมาณ ๑๐ เท่า โดยออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท

ลักษณะของยาเสพติด : มีทั้งแบบแคปซูลและเม็ด ส่วนใหญ่จะมีลักษณะเม็ดกลมแบน ด้านหนึ่งนูนหรือเรียบ หรือมีขีดแบ่งครึ่ง อีกด้านหนึ่งพิมพ์รูปภาพ หรืออักษรต่าง ๆ ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ที่ไม่เคยนำมาใช้เป็นสัญลักษณ์บนเม็ดของยารักษาโรค



รูปที่ ๙.๑ : รูปซ้าย แสดงลักษณะของเม็ดยาเลิฟ (แหล่งที่มา : <http://www.sri.cmu.ac.th/>)

รูปที่ ๙.๒ : รูปขวา แสดงลักษณะของเม็ดยาอี (แหล่งที่มา : <http://www.cdm.me>)

ฤทธิ์ในทางเสพติด : ปกติจะเสพโดยการรับประทาน แต่สามารถละลายน้ำจืด หรือสูบควันได้ ยาจะเริ่มออกฤทธิ์หลังจากเสพเข้าไปภายในเวลา ๓๐ - ๔๕ นาที และมีฤทธิ์อยู่ในร่างกายได้ประมาณ ๖ - ๘ ชั่วโมง แล้วถูกขับออกทางเหงื่อและปัสสาวะ หมดภายในประมาณ ๗๒ ชั่วโมง ทำให้สมองขาดสารชีวเคมีที่จำเป็นที่ชื่อ serotonin ดังนั้น หลังจากที่ยาหมดฤทธิ์จะทำให้รู้สึกซึมเศร้ามาก

อาการผู้เสพ : เมื่อกินแล้วจะเกิดอาการผิดปกติทางร่างกาย ได้แก่ หัวใจจะเต้นแรงและเร็วขึ้น ความดันโลหิต สูงขึ้น อัตราการหายใจถี่ขึ้น อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้นเหมือนคนเป็นไข้ เหงื่อออกมาก ปวดศีรษะ ตาพร่ามัวและอาจถึงกับเป็นลมหมดสติ

นอกจากนี้ ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน และการสัมผัส ชอบฟังเพลงเสียงดัง ชอบดูแสงสีที่วูบวาบ และชอบการสัมผัส แต่เมื่อยาหมดฤทธิ์ลง ผู้เสพยาจะมีอาการวิตกกังวลร่วมกับอาการซึมเศร้า มีฤทธิ์ทำลายเซลล์ประสาทสมอง แม้จะรับประทานเข้าไปเพียงเล็กน้อย

ผลกระทบของผู้เสพ : มีอาการติดยาทางจิตใจ ไม่มีอาการขาดยาทางร่างกาย ด้วยฤทธิ์หลอนประสาทระหว่างที่ยาออกฤทธิ์ และอาการซึมเศร้าหลังการใช้ยา จึงน่าจะเป็นสมมติฐานของการฆ่าตัวตายในระหว่างการใช้ยา การใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดโรคจิต (psychosis) เช่นเดียวกับสารกระตุ้นประสาทตัวอื่น ๆ ผู้ที่เสพยาจะมีระดับสติปัญญาและผลการเรียนรู้ต่ำกว่าคนปกติทั่วไป

๒.๔ กระต่อม (Kratom) เป็นพืชเสพติดชนิดหนึ่ง พบมากในป่าธรรมชาติบริเวณภาคใต้ เช่น สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ตรัง สตูล พัทลุง สงขลา ยะลา ปัตตานี นราธิวาส

ลักษณะ : เป็นไม้ยืนต้นขนาดใหญ่อานกลาง มีแก่นเป็นไม้เนื้อแข็ง สูง ๑๐ - ๑๕ เมตร ใบคล้ายใบกระดังงา มีชนิดก้านใบแดงและใบเขียว ดอกกลมโตขนาดเท่าผลพุทรา ใบเป็นใบเดี่ยวสีเขียว เรียงตัวเป็นคู่ตรงข้าม แผ่นใบขนาดกว้างประมาณ ๕ - ๑๐ เซนติเมตร ยาวประมาณ ๘ - ๑๔ เซนติเมตร ดอกมีสีขาวอมเหลือง ออกเป็นช่อดกกลมขนาด ๓ - ๕ เซนติเมตร



รูปที่ ๑๐.๑ : รูปช่าย แสดงลักษณะของกระท่อมก้านแดง
(แหล่งที่มา : <http://www.gotoknow.org>)



รูปที่ ๑๐.๒ : รูปชวา แสดงลักษณะของกระท่อมก้านเขียว

ฤทธิ์ในทางเสพติด : ออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง (CNS depressant) มักเสพโดยการเคี้ยวใบสด หรือบดใบแห้งให้เป็นผงละลายน้ำดื่ม เมื่อใช้ไประยะหนึ่งจะเพิ่มปริมาณการใช้มากขึ้น จะออกฤทธิ์หลังเคี้ยว ใบกระท่อมไปประมาณ ๕ - ๑๐ นาที

อาการผู้เสพ : ผู้เสพจะกระปรี้กระเปร่า สดชื่น ไม่รู้สึกหิวอาหาร ไม่รู้สึกเจ็บปวดหรือเมื่อยเนื้อเมื่อยตัว แต่หากอากาศครึ้มฟ้าครึ้มฝนเมื่อไร จะเกิดการหนาวสั่นคล้ายกับจะเป็นไข้ หากเสพไปนาน ๆ จะพบว่า ผิวของผู้เสพจะคล้ำลง มีอาการท้องผูก นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียนจากอาการเมาใบกระท่อม

หากหยุดเคี้ยวใบกระท่อมก็จะส่งผลให้มีปัญหากับร่างกาย ดังต่อไปนี้

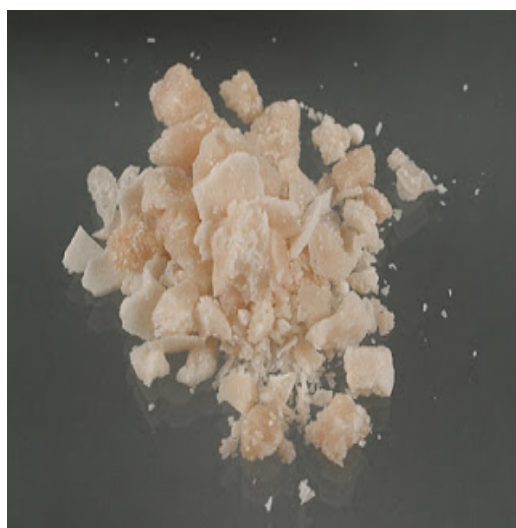
- ไม่มีแรง อ่อนเพลีย ทำงานไม่ได้
- ปวดเมื่อยตามตัวและกระดูกส่วนต่าง ๆ บางรายที่เสพมากเกินไป อาจพบว่าแขนกระตุกเองได้
- มีอารมณ์ซึมเศร้า ซึมเศร้า ไม่พูดกับใคร หรืออาจจะก้าวร้าว
- มีอาการนอนไม่หลับ กระวนกระวาย
- มีความดันหรืออุณหภูมิร่างกายที่สูงกว่าปกติ

ผลกระทบของผู้เสพ : ถ้าเสพใบกระท่อมในปริมาณมาก ๆ จะทำให้มีเหงื่อ และคลื่นไส้อาเจียน (เมากระท่อม) แต่ในบางรายเสพเพียงเล็กน้อยก็ทำให้เมาได้ บางรายจะมีอาการโรคจิตหวาดระแวง เห็นภาพหลอน คิดว่าคนจะมาทำร้ายตนและพูดไม่ค่อยรู้เรื่อง

๒.๕ โคเคน โคเคอิน หรือโคคาอิน (cocaine): เป็นสารที่ได้จากธรรมชาติ โดยสกัดมาจากใบของต้นโคคา (erythroxylum coca) ซึ่งเป็นพืชที่มีถิ่นที่อยู่ในทวีปอเมริกาใต้ มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทอย่างแรง และมีคุณสมบัติเป็นยาชาเฉพาะที่

ลักษณะของยาเสพติด : ลักษณะโคเคนที่นิยมเสพส่วนใหญ่จะมีลักษณะ ดังนี้

- ลักษณะผงผลึกสีขาว เสพโดยการสูดดมยาเข้าโพรงจมูกหรือนำไปละลายน้ำแล้วฉีดเข้าหลอดเลือดดำ
- ลักษณะเป็นก้อนแข็งสีขาว ไปจนถึงสีน้ำตาลเข้มคล้ายดินลูกรัง มีชื่อเรียกเฉพาะว่า แคร็ก (crack) หรือร็อค (rock) เสพโดยการนำไปเผาไฟแล้วสูบควัน (smoke) เข้าปอด



รูปที่ ๑๑.๑ : รูปถ่าย แสดงโคเคนที่มีลักษณะเป็นผงผลึกสีขาว (แหล่งที่มา : <http://www.contextolivre.com>.)

รูปที่ ๑๑.๒ : รูปถ่าย แสดงโคเคนที่มีลักษณะเป็นก้อนแข็งสีน้ำตาล (แหล่งที่มา : <http://www.vecer.mk>)

ฤทธิ์ในทางเสพติด : ความรุนแรงของอาการทางจิตที่เกิดจากโคเคนจะขึ้นอยู่กับปริมาณ และความเร็วของโคเคนที่เข้าสู่สมอง หากสูดดมยาเข้าจมูก จะออกฤทธิ์ภายใน ๓ – ๕ นาที และหากเสพโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำจะออกฤทธิ์ภายใน ๑๕ – ๓๐ วินาที โดยยาจะออกฤทธิ์อยู่ได้นาน ๒๐ – ๓๐ นาที

อาการผู้เสพ :

- ผลทางร่างกาย ทำให้เกิดภาวะตื่นตัว (alertness) รู้สึกมีพลังกำลัง อาการที่สังเกตเห็นได้ชัดที่สุดคือ มือจะสั่น อัตราการเต้นหัวใจเร็วขึ้น ความดันเลือดสูง อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้นจนถึง ๔๕.๕ องศาเซลเซียส อาจเกิดอาการชัก หมดสติ ระบบการหายใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้

- ผลทางจิตใจ จะมีอาการเคลิบเคลิ้มเป็นสุข (euphoria) ความวิตกกังวลลดลง อาการประหม่าต่อการเข้าสังคมลดลง มีอารมณ์ทางเพศ การเสพติดต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ จะทำให้เกิดอาการประสาทหลอน มีอาการพูดพล่ามไม่หยุด เปิดเพลงเสียงดัง ไม่รับประทานอาหาร ไม่นอน และมีความแปรปรวนทางอารมณ์อยู่ตลอดเวลา

ผู้เสพยาจะเสพติดทางจิตใจในฤทธิ์เคลิบเคลิ้มในระยะเวลาสั้น ๆ เมื่อไม่ได้เสพยาจะมีอาการกระสับกระส่าย กังวลใจอย่างรุนแรง ร่างกายอ่อนล้าและจิตใจหดหู่ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการที่กล่าวมาข้างต้น ผู้เสพยาติดโคเคนส่วนใหญ่จึงมักเสพยาติดต่อกันไปเรื่อย ๆ

ผลกระทบของผู้เสพ : ผู้เสพที่ได้รับยาเกินขนาดจะเกิดอาการพิษของโคเคน คือ มีอาการชัก ระบบการหายใจล้มเหลว หัวใจวาย หรือเส้นเลือดในสมองแตกและเสียชีวิตได้

๓. ยาเสพติดประเภทหลอนประสาท

๓.๑ แอลเอสดี

๓.๒ เห็ดขี้ควาย

๓.๓ ยาเค

๓.๑ แอลเอสดี (LSD : Lysergic acid diethylamide) : เป็นสารที่ผลิตขึ้นมาจาก lysergic acid ของสารจำพวก ergot ซึ่งเป็นรา ที่ขึ้นอยู่ตามเมล็ดข้าวไรย์ ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น มีรสขมเล็กน้อย

ลักษณะของยาเสพติด : มักเสพโดยการรับประทาน สูดดม เคี้ยวหรืออม มีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ เม็ดกลมแบน แคปซูล แผ่นเจล (gelatin sheets) ของเหลวบรรจุในหลอดแก้ว ส่วนใหญ่ที่พบจะนำเอา LSD ไปหยดลงบนกระดาษสีเหลือง ที่มีคุณสมบัติดูดซับ แล้วแบ่งเป็นชิ้นสีเหลืองเล็ก ๆ คล้ายแสดมป์ นิยมเรียกในหมู่ผู้เสพว่า แสดมป์เมา กระดาษเมา (magic paper)



รูปที่ ๑๒ : รูปแสดง LSD ที่อยู่ในรูปแบบแผ่นกระดาษเล็กคล้ายแสดมป์ (แหล่งที่มา : <http://www.theweek.co.uk>)

ฤทธิ์ในทางเสพติด : จะออกฤทธิ์ภายใน ๓๐ – ๙๐ นาที และมีฤทธิ์อยู่ได้นาน ๘ – ๑๒ ชั่วโมง ผู้ที่เสพจะมีอาการประสาทหลอนเห็นภาพเหตุการณ์ หรือประสบการณ์ในอดีต (flashbacks) มีฤทธิ์หลอนประสาทอย่างแรง ทำให้รู้ม่านตาขยาย อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น เพิ่มความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ เหงื่อออก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปากแห้ง และมีสั่น มีอาการเสพติดทางจิตใจแต่ไม่มีอาการเสพติดทางร่างกาย

อาการผู้เสพ : ผู้ที่เสพในระยะแรก ๆ จะมีความสุข อารมณ์ดี รู้สึกคึกคัก แต่หลังจากนั้นจะเกิดอาการประสาทหลอนอย่างรุนแรง มีอาการหวาดกลัว จนกระทั่งอาจทำร้ายตนเอง หรือนำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยที่ผู้เสพไม่สามารถยับยั้งตนเองได้

ผลกระทบของผู้เสพ : ฤทธิ์ของยาจะทำให้ผู้เสพเห็นภาพหลอน หูแว่ว เพื่อฝืนคิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษหรือคิดว่าหาะได้ อาจมีอาการทางจิตประสาทรุนแรง หวาดระแวง จนต้องหนีจากความหวาดกลัว เช่น การขับรถหนี กระโดดจากที่สูง หรือฆ่าตัวตาย ถ้าเสพติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้เป็นโรคทางจิต (psychosis)

๓.๒ เห็ดขี้ควาย (Psilocybe Mushroom) : มักพบอยู่ทั่วไปในแทบทุกภาคของประเทศไทย มักขึ้นเป็นดอกเดี่ยว บนพื้นดินที่มีมูลสัตว์พวกมูลวัว มูลควายแห้ง ผู้เสพมักเรียกเห็ดขี้ควายว่า “Magic Mushroom”

ลักษณะ: เป็นเห็ดพิษซึ่งขึ้นอยู่ตามกองมูลควายแห้ง สีของเห็ดจะมีสีเหลืองซีด คล้ายสีฟางแห้งบนหัวของร่มจะมีสีน้ำตาลเข้มจนถึงสีดำบริเวณก้าน บริเวณใกล้ตัวร่มจะมีแผ่นเนื้อเยื่อบาง ๆ สีขาว ลักษณะคล้ายวงแหวน แผ่ขยายออกรอบก้าน ในเห็ดที่สมบูรณ์และโตเต็มที่ตรงบริเวณหมวกจะมีเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ ๖.๕ – ๘.๘ เซนติเมตร ความสูงของลำต้นประมาณ ๕.๕ – ๘ เซนติเมตร เสพโดยวิธีการรับประทาน



รูปที่ ๑๓ : รูปแสดง LSD (แหล่งที่มา : <http://th.wikipedia.org>)

ฤทธิ์ในทางเสพติด : ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทอย่างรุนแรง ทั้งกดประสาทและหลอนประสาท เมื่อเมื่อเสพจะทำให้รู้สึกคลั่งได้ อาเจียน ปากชา มีอาการประสาทหลอน มักมองเห็นเป็นภาพตามจินตนาการจำทิศทางไม่ได้ มีอาการมึนงง ปวดเมื่อยตามตัว ไม่มีกำลัง

อาการผู้เสพ : มีอาการเมา เคลิบเคลิ้ม รู้สึกเพี้ยน และมองเห็นภาพตามจินตนาการ และคลุ้มคลั่งเนื่องจากมีฤทธิ์ต่อระบบประสาทอย่างรุนแรง ทำให้เกิดอาการคลั่งได้ อาเจียน ประสาทหลอน เห็นภาพแสงสีต่างๆ รู้สึกเหมือนมีเข็มทิ่มตามร่างกาย ได้ยินเสียงฟาร้อง ฟาผ่า สับสน ไม่สามารถลำดับทิศทางได้ มีความคิดและอารมณ์แปรปรวน

ผลกระทบของผู้เสพ : เมื่อเสพในปริมาณมากจะทำให้ควบคุมสติไม่อยู่ เกิดประสาทหลอนอย่างรุนแรง คลั่งได้ อาเจียน อาจเสียชีวิตได้เพราะระบบหายใจล้มเหลว

๓.๓ เคตามีน (ketamine) หรือยาเค : เป็นยาที่ใช้ในทางการแพทย์เพื่อใช้เป็นยาสลบซึ่งออกฤทธิ์เร็ว ใช้เพื่อการรักษาและการผ่าตัด

ลักษณะของยาเสพติด : ลักษณะเป็นของเหลวไร้สีไร้กลิ่น โดยแพทย์จะใช้อย่างถูกต้องโดยการฉีดเข้าทางเส้นเลือด แต่ถ้าใช้เป็นยาเสพติดผลิออกมาในรูปแบบของผงสีขาวหรือสีขาวนวลใช้สูด เข้าทางจมูกหรือใช้ผสมกับใบยาหรือกัญชาเพื่อสูบ นอกจากนี้ ยังถูกนำมาใช้เพื่อก่ออาชญากรรม หรือเพื่อการกระทำชั่วร้ายทางเพศโดยการนำไปผสมกับเครื่องดื่ม



รูปที่ ๑๔.๑ : รูปถ่าย แสดงยาเคตามีนที่อยู่ในสถานะของเหลว ใช้เป็นยาทำให้สลบ (แหล่งที่มา : <http://www.buyatestkit.com>)
รูปที่ ๑๔.๒ : รูปถ่าย แสดงยาเคตามีนที่มีลักษณะเป็นผงสีขาว (แหล่งที่มา : <https://sites.google.com/a/samakkhi.ac.th>)

ฤทธิ์ในทางเสพติด : หลังจากที่ใช้ยาเคตามีนไม่กี่นาที ผู้ใช้จะเกิดอาการประสาทหลอน

อาการผู้เสพ : รู้สึกเหมือนฝันคล้ายกำลังลอยอยู่ในอากาศหรือหลุดลอยออกจากร่าง อย่างไรก็ตามยังสามารถทำให้ผู้เสพเกิดอาการหวาดระแวง สะพรั่งกลัว ประสาทหลอน เกิดภาวะที่สมองถูกตัดขาด จากความรู้สึกใด ๆ ในขณะนั้น จะไม่มีความทรงจำ และร่างกายเคลื่อนไหวไม่ได้เหมือนเป็นอัมพาตชั่วคราว

ยาจะออกฤทธิ์และทำให้ผู้เสพยาเมาอยู่ประมาณ ๓๐ - ๖๐ นาที แต่ผลข้างเคียงจากการเสพยา อาจอยู่ได้นานถึง ๒๔ ชั่วโมง ดังนี้ อาการแพ้หรือเกิดภาวะทางจิตที่ผิดปกติ ความจำเสื่อม สูญเสียการควบคุม กล้ามเนื้อ การประสานงานระหว่างสมองและกล้ามเนื้อบกพร่อง มีภาวะซึมเศร้า ความดันโลหิตสูงและ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ หายใจช้าผิดปกติและมีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ

ผลกระทบของผู้เสพ : การเสพยาขนาดที่สูง จะทำให้เกิดการอาเจียน ชัก สมองและกล้ามเนื้อขาตออกซิเจน อาการหายใจติดขัดจนทำให้เสียชีวิตได้ การใช้ขนาดที่สูงถึง ๑ กรัมอาจทำให้ตายได้

๔. ยาเสพติดประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน

ประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน (อาจมีฤทธิ์กดประสาท กระตุ้นประสาท หรือหลอนประสาทร่วมกัน) ได้แก่ กัญชา

กัญชา (Cannabis)

ลักษณะของยาเสพติด : เป็นพืชล้มลุกจำพวกหญ้า ต้นสูงประมาณ ๒ - ๔ ฟุต ใบแตกเป็นแฉกคล้าย ใบมันสำปะหลังหรือใบละหุ่ง ริมใบทุกแฉกมีลักษณะเป็นจักๆ ใบหนึ่งมีราว ๕ - ๘ แฉก ในก้านเดียวกัน ออกดอกตามง่ามกิ่งก้าน

กัญชานิยมเสพโดยการสูบนํ้ามาyardไส้บุหรี (ไส้บุหรีจะมีสีเขียวต่างจากไส้ยาสูบปกติที่มีสีน้ำตาล) เมื่อจุดสูบจะมีกลิ่นเหมือนหญ้าแห้งไหม้ไฟ หรืออาจสูบด้วยกล้องหรือบ้องกัญชา ใช้เคี้ยวหรือผสมในอาหาร

ปัจจุบันนอกจากจะพบในลักษณะของกัญชาสด กัญชาแห้งอัดเป็นแท่ง ยังอาจพบในรูปแบบของ “น้ำมันกัญชา” (Hashish Oil) ซึ่งมีลักษณะเป็นของเหลวสีน้ำตาลเข้มหรือสีดำที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสูง หรืออาจพบในลักษณะของ “ยางกัญชา” (Hashish) เป็นยางแห้งที่ได้จากใบและยอดช่อดอกกัญชา



รูปที่ ๑๕ : รูปแสดง ลักษณะของใบกัญชาสด และกัญชาในรูปแบบต่าง ๆ

(แหล่งที่มา : <https://www.bloggang.com/mainblog.php?id=pinspin&month=26-09-2012&group=36&gblog=9>)

ฤทธิ์ในทางเสพติด : เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย จะแทรกซึมเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็วภายใน ๒ - ๓ นาที และจะออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทได้สูงสุดถึง ๑ ชั่วโมง อาการโดยทั่วไปจะเซื่องซึมลงอย่างช้า ๆ แต่บางรายก็ลดลงอย่างรวดเร็ว

กัญชามีฤทธิ์คล้ายกับพวกยากระตุ้นประสาท (stimulant) ยากดประสาท (depressant) ยาหลอนประสาท (hallucinogen) ยาแก้ปวด (analgesic) และยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (psychotomimetic) หลายประการในยาตัวเดียวกัน ในขั้นต้นนั้น ทั้งสองตัวมีฤทธิ์กระตุ้นประสาท แต่หลังจากนั้นจะมีฤทธิ์กดประสาท

อาการผู้เสพ : เมื่อเสพกัญชาเข้าไปในระยะแรก กัญชาจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ทำให้ผู้เสพยามีการตื่นตัว ตื่นเต้น เป็นคนช่างพูดช่างคุย ร่าเริง หัวเราะง่าย แต่เมื่อเวลาผ่านไปสัก ๑ - ๒ ชั่วโมง กัญชาจะเริ่มออกฤทธิ์กดประสาท ซึ่งจะทำให้ผู้เสพยามีอาการคล้ายกับเมาเหล้า หน้าแดง ลักษณะการพูดคล้ายลื่นพันกัน พูดไม่ค่อยรู้เรื่อง เชื่องซึม ง่วงนอนตลอดเวลา ซึ่งถ้าหากเสพในปริมาณมากเกินไป อาจจะทำให้เกิดภาพหลวงตา ควบคุมตัวเองไม่ได้ และก้าวร้าว

เมื่อหมดฤทธิ์จะมีผลข้างเคียงตามมา คือ มีอารมณ์อ่อนไหว เลื่อนลอย สมองสั่งงานช้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ใจสั่น หูแว่ว ถ้าหากหยุดเสพต่อ อาการเหล่านี้ก็จะหายไปเอง แต่ถ้ายังเสพอยู่เรื่อย ๆ และเป็นระยะเวลานาน ก็จะทำให้เกิดผลเสียกับร่างกายอย่างร้ายแรงตามมา

ผลกระทบของผู้เสพ : หลายคนคิดว่าการเสพติดนั้นไม่มีโทษภัยร้ายแรงมากนัก แต่จากการศึกษาวิจัยพบว่ากลุ่มนี้อันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพมากเกินกว่าที่คาดคิด เช่น

๑. ทำลายสมรรถภาพทางกาย ผู้เสพกัญชาในปริมาณมาก ๆ เป็นระยะเวลานาน จะทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมจนไม่สามารถทำงานได้ โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้แรงงาน ความคิดและการตัดสินใจ รวมทั้งจะมีลักษณะหมดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต ไม่คิดทำอะไร อยากอยู่เฉย ๆ ไปวัน ๆ

๒. ผลต่อจิตประสาท ถ้าเสพกัญชาในขนาดที่สูงในระยะสั้น ๆ จะทำให้มีอาการกระวนกระวาย ประสาทหลอน หลงผิด ความจำเสื่อม วิตกกังวล ในระยะยาวจะเกิดกลุ่มอาการ apathic syndrome ประกอบด้วยอาการเฉยเมย รู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ ขาดพลังงานในการทำสิ่งต่าง ๆ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนความสัมพันธ์ของการเกิดโรคจิตเภท (schizophrenia) อีกด้วย

๓. ทำให้เกิดมะเร็งปอด การสูบบุหรี่จัดใส่กัญชาสามารถทำลายการทำงานของระบบทางเดินหายใจมากกว่าบุหรืธรรมดามาก เนื่องจากกัญชาไม่มีสารเคมีตกค้างที่เป็นอันตรายสามารถทำให้เกิดโรคมะเร็ง
๔. ผลต่อสติปัญญา ทำให้มีความบกพร่องของความทรงจำระยะสั้นหรือ short - term memory ทำให้สติปัญญา ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง และสมาธิสั้น

การสังเกตพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติด

หากสงสัยว่ากำลังพลในสังกัดติดยาเสพติดหรือไม่ อาจสังเกตได้จากพฤติกรรมทั้งหลายเหล่านี้ ซึ่งแต่ละพฤติกรรมทั้งหลายเหล่านี้มักจะมีความสัมพันธ์กัน

๑. การใช้เงินสิ้นเปลือง และ/หรือ ขอยืมเงินจากผู้อื่นไปเพื่อนร่วมงาน
๒. พบอุปกรณ์การเสพยา เช่น อาจพบบุหรืที่มีรอยยับ และมักจะเก็บไว้ต่างหาก หรือพบกระดาษ ฟอยล์ ไฟแช็ค และหลอด
๓. มีนิสัยโกหก โดยจะเริ่มโกหกจากเรื่องเล็กน้อย เช่น เสพยาในห้องน้ำนานแต่โกหกว่าท้องผูก เป็นต้น ต่อมาจะเป็นเรื่องใหญ่มากขึ้น เช่น โกหกว่าสิ่งของมีค่าหาย มีความจำเป็นที่ต้องซื้อสิ่งของราคาแพง
๔. มีนิสัยลักขโมย มักยืมเงินผู้อื่น มีหนี้สิน เพราะจะนำเงินไปซื้อยาเสพติด หรือบางรายอาจจะมีเงินใช้จ่ายมากกว่าปกติ โดยไม่มีแหล่งที่มาของเงินชัดเจน เป็นไปได้ว่าผู้เสพยาอาจจะเป็นผู้ค้ายาเสพติด
๕. มีพฤติกรรมเกียจคร้านและไม่รับผิดชอบ เนื่องจากผู้ติดยาเสพติดมักจะขาดแรงจูงใจในการใช้ชีวิต มีความคิดหมกมุ่นในเรื่องยาเสพติด ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว
๖. ร่างกายไม่แข็งแรง ผอม เนื่องจากด้วยฤทธิ์ของยาเสพติด หรือไม่อยากรับประทานอาหาร เพราะอยู่ในอาการเมายา หรือไม่ซื้ออาหารที่มีประโยชน์มารับประทานเพราะต้องการเก็บเงินไว้ซื้อยาเสพติด
๗. ความคิดเชิงลบ สติปัญญาเสื่อมลง ความจำเสื่อม เนื่องจากผลของการเสพยาที่มีต่อสมอง
๘. ขาดความเป็นระเบียบเรียบร้อย สกปรก จะสังเกตได้จากการแต่งกายและที่อยู่อาศัย
๙. มีอารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย เอาแต่ใจตัวเอง เนื่องจากฤทธิ์ของยาเสพติด หรืออาการของการขาดยา
๑๐. มีอาการวิตกกังวล เศร้าซึม สีหน้าจะหมองคล้ำ
๑๑. มักเก็บตัวเงียบ ๆ ทำตัวลึกลับ ไม่ยุ่งเกี่ยวกับคนอื่นไม่รับรู้ปัญหา
๑๒. ติดต่อกับคนแปลกหน้า มักพบว่าเป็นพวกที่เสพยาเสพติดเหมือนกัน ซึ่งมักจะเป็นกลุ่มเพื่อนที่ไม่สนใจทำงาน และการคบเพื่อนมักจะมีลักษณะพากันเที่ยวกลางคืนและกลับดึก มีการใช้แอลกอฮอล์และบุหรืร่วมด้วย
๑๓. มีข้ออ้างในการออกนอกที่ทำงาน หรือที่พักเสมอ ชอบเที่ยวเตร่กลับผิดเวลา
๑๔. ขณะพูดคุยทางโทรศัพท์มักจะระมัดระวังในการพูดเหมือนมีความลับ หรือเมื่อมีโทรศัพท์เข้ามา ถ้าคนอื่นรับสายมักจะเงียบไป ไม่ยอมพูดหรือไม่ฝากข้อความไว้

.....

บรรณานุกรม

- กรมแพทย์ทหารเรือ. (๒๕๖๐). หนังสือคู่มือการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกองทัพเรือ ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พร. (สำหรับกำลังพลสายแพทย์). กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์.
- กองควบคุมวัตถุเสพติด. (๒๕๕๕, มิถุนายน). ข้อมูลวิชาการ: ความรู้ทั่วไปวัตถุเสพติด.สืบค้นเมื่อ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑, จาก <http://narcotic.fda.moph.go.th/welcome/?p=1157>
- การสังเกตอาการของผู้ใช้ยาเสพติดเบื้องต้น. [ม.ป.ป.]. ข่าวสาร/บทความ. สืบค้นเมื่อ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑, จาก <http://www.saf.or.th/news/การสังเกตอาการของผู้ใช้ยาเสพติดเบื้องต้น>
- กิตติมา วัฒนากมลกุล. (๒๕๕๕, มกราคม). ยาบ้า : บทความเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน. สืบค้นเมื่อ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑, จาก <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/87/ยาบ้า/>
- กิตติมา วัฒนากมลกุล. (๒๕๕๕, มกราคม). ยาไอซ์ : บทความเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน. สืบค้นเมื่อ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑, จาก <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/88/ยาไอซ์-Ice/>
- พิษของเห็ดขี้ควาย. [ม.ป.ป.]. พิษและสิ่งแวดล้อม. สืบค้นเมื่อ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๑, จาก <http://thaihealthlife.com/เห็ดขี้ควาย>
- ยากล่อมประสาท (Sedatives) คืออะไร. (๒๕๖๐, กันยายน). สืบค้นเมื่อ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๑, จาก <https://www.honestdocs.co/sedatives>
- วิธีการสังเกตผู้ติดยาเสพติด. (๒๕๕๓, มิถุนายน). สารสุขภาพ: ทันกระแสสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑, จาก <http://www.thaihealth.or.th/วิธีการสังเกตผู้ติดยาเสพติด>
- สาเหตุของการติดสิ่งเสพติด. สืบค้นเมื่อ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๑, จาก <http://club.sanook.com/สาเหตุของการติดสิ่งเสพติด/>
- เห็ดขี้ควาย. สืบค้นเมื่อ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑, จากวิกิพีเดีย <https://th.wikipedia.org/wiki/เห็ดขี้ควาย>
- อุทัย สุขวิวัฒน์ศิริกุล. [ม.ป.ป.]. ยาเลิฟ. สืบค้นเมื่อ ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑, จาก http://www.sri.cmu.ac.th/~srilocal/drugs/knowledge-details.php?knowledge_id=25
- อัญชลี จุมพฏจามีกร. (๒๕๕๖, กันยายน). เด็กติดยาเสพติด.จาก <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/06212014-1613>

๑.๒ การตรวจคัดกรองหาสารเสพติดในปัสสาวะ

การตรวจคัดกรองหาสารเสพติดในหน่วยต่าง ๆ ของกองทัพเรือ

การตรวจคัดกรองหาสารเสพติดในกำลังพลของ ทร. ดำเนินการโดยผู้ที่ได้รับมอบหมายจากหน่วย และเมื่อมีปัญหาสามารถประสานกับหน่วยแพทย์ในสังกัด และ/หรือ หน่วยบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พร. (น.บพ.ส.พร. ประกอบด้วย รพ.ทร.กรุงเทพ พร. และ รพ.อาภากรเกียรติวงศ์ จุฬ.สส.) การตรวจคัดกรองประกอบด้วย การตรวจปัสสาวะและสัมภาษณ์เพื่อหาข้อมูลด้านการใช้ยาเสพติดของกำลังพล

การตรวจคัดกรองหาสารเสพติดในปัสสาวะเป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องปรามกำลังพลไม่ให้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด และนำกำลังพลที่ตรวจพบว่าใช้ยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดยาเสพติด ตลอดจนเป็นเครื่องมือในการติดตามช่วยเหลือและประเมินผลหลังการบำบัดยาเสพติด

เมื่อหน่วยทำการสุ่มตรวจแล้วพบสารเสพติดในปัสสาวะของกำลังพลในหน่วย ผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากหน่วย จะดำเนินการตาม “๓.๑ กระบวนการดูแลแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ ผู้เสพซ้ำ/ ผู้ติดสารเสพติด ในที่นี้ต้งปกติ” โดยการซักถามข้อมูล ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประวัติการใช้สารเสพติดทั้งขนาด ปริมาณ ระยะเวลาในการใช้ ตลอดจนเหตุผลและแรงจูงใจในการใช้สารเสพติด และทำการประเมินพฤติกรรม และกรอกข้อมูลใน “แบบคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดเบื้องต้นสำหรับหน่วยงานกองทัพเรือ” ที่ระบุเกณฑ์การพิจารณาว่าควรจะบำบัดในหน่วย หน่วยแพทย์ในสังกัด หรือส่งต่อ น.บพ.ส.พร. (รพ.ทร.กรุงเทพ พร. และ รพ.อาภากรเกียรติวงศ์ จุฬ.สส.)

แนวทางปฏิบัติในการตรวจคัดกรองหาสารเสพติดในปัสสาวะของหน่วย ทร.

๑. กรณีที่หน่วยงานมีชุดทดสอบหาสารเสพติดในปัสสาวะ เมื่อผู้บังคับบัญชาหน่วยมีความประสงค์จะสุ่มตรวจกำลังพลกลุ่มเป้าหมายเพื่อป้องปราม สามารถทำในหน่วยได้

๒. กรณีที่หน่วยงานไม่มีชุดทดสอบหาสารเสพติดในปัสสาวะ ให้เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบด้านยาเสพติดประสานไปยังหน่วยแพทย์ในสังกัด หรือ น.บพ.ส.พร. เพื่อขอรับการสนับสนุน เพื่อดำเนินการสุ่มตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะแก่กำลังพลของหน่วยงาน โดยมีกระบวนการ ดังต่อไปนี้

๒.๑ การติดต่อประสานงาน

- ผู้รับมอบหมายของหน่วยประสานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลหน่วยแพทย์ในสังกัด หรือ น.บพ.ส.พร.
- กำหนดวันเวลาและสถานที่ในการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ โดยต้นสังกัดหรือหน่วยงานนั้นต้องไม่ให้กำลังพลของหน่วยทราบล่วงหน้า
- หน่วยจัดทำรายชื่อของกำลังพลที่จะมารับการตรวจ
- หน่วยมอบหมายให้มีเจ้าหน้าที่ในหน่วย เป็นผู้รับผิดชอบยืนยันความถูกต้องของบุคคลในหน่วยในวันที่ดำเนินการตรวจปัสสาวะ

๒.๒ ขั้นตอนการดำเนินงานในวันเก็บปัสสาวะ

- เมื่อถึงวันเวลาที่นัดหมาย เจ้าหน้าที่ผู้รับมอบหมายจากหน่วยดำเนินการเตรียมกำลังพล (ที่จะรับการตรวจปัสสาวะ) เข้าแถวตามรายชื่อที่ทางหน่วยเตรียมไว้ ณ สถานที่นัดหมาย
- เจ้าหน้าที่พยาบาลอธิบายวิธีการเก็บปัสสาวะแก่กำลังพลทั้งหมด
- เจ้าหน้าที่พยาบาลตรวจสอบรายชื่อและหมายเลขกระบอกปัสสาวะของกำลังพลผู้รับการตรวจให้ตรงกัน
- กำลังพลผู้รับการตรวจนำกระบอกไปเก็บปัสสาวะในห้องน้ำหรือในสถานที่ ๆ กำหนด

- เจ้าหน้าที่ผู้รับมอบหมายจากหน่วยต้องควบคุมการเก็บปัสสาวะ เพื่อให้ไม่มีการสับเปลี่ยนปัสสาวะหรือเติมสิ่งใด ๆ ลงในกระบอกปัสสาวะ

๒.๓ การรายงานผลการตรวจปัสสาวะ

- ในกรณีมีเจ้าหน้าที่พยาบาลทำการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (โดยใช้ชุดทดสอบหาสารเสพติดในปัสสาวะ) ณ หน่วยที่ตั้ง หลังจากทราบผลการตรวจแล้วจะแจ้งผลการตรวจปัสสาวะให้หน่วยทราบ

- ในกรณีที่เจ้าหน้าที่พยาบาลนำปัสสาวะของกำลังพลส่งตรวจยังแผนกห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยาของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลจะแจ้งผลการตรวจปัสสาวะให้หน่วยทราบ

๒.๔ การทวนสอบ

- กรณีกำลังพลผู้ที่ตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะปฏิเสธการเสพยาเสพติด ให้กำลังพลผู้นั้นและผู้ดำเนินการตรวจ/ เจ้าหน้าที่พยาบาล ลงชื่อกำกับแล้วติดไว้ข้างกระบอกปัสสาวะ

- ผู้ดำเนินการตรวจ/ เจ้าหน้าที่พยาบาล นำปัสสาวะนั้นส่งตรวจยังห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยาของโรงพยาบาล (น.บพ.ส.พร. ศูนย์สุขภาพ รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า พร. แผนกภูมิคุ้มกันวิทยา กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ รพ.สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พร.) เพื่อยืนยันผลตรวจอีกครั้ง

๒.๕ การจัดเก็บและรายงานสถิติ หน่วยแพทย์ในสังกัดกองทัพเรือ จัดเก็บสถิติและรายงานมายัง น.บพ.ส.พร. เพื่อนำข้อมูลเข้าสู่ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๒.๕.๑ จำนวนผู้เข้ารับการตรวจแยกตามประเภท ประกอบด้วย

๑. ข้าราชการ
๒. ทหารกองประจำการ
๓. นักเรียนในสังกัด ทร.
๔. ลูกจ้างในสังกัด ทร. และพนักงานราชการ
๕. อาสาสมัครทหารพราน
๖. บุคคลภายนอก

๒.๕.๒. ประเภทสารเสพติดที่ตรวจพบ

๑. กัญชา
๒. ยาบ้า/ ไอซ์/ ยาอี
๓. มอร์ฟิน/ เฮโรอีน

การตรวจหาสารเสพติดโดยวิธีใช้ชุดทดสอบหาสารเสพติดในปัสสาวะ

คำแนะนำการเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจสารเสพติด

การตรวจหาสารเสพติดในร่างกาย โดยวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้น สามารถตรวจได้ทั้งในปัสสาวะ เลือด เส้นผม และอื่น ๆ แต่การตรวจหาสารเสพติดจากปัสสาวะถือว่าเป็นวิธีมาตรฐานที่กฎหมายกำหนดและนิยมใช้กันแพร่หลาย โดยเฉพาะสารเสพติดกลุ่มยาบ้า (Methamphetamine) ที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดในประเทศไทย แต่การตรวจจากปัสสาวะมีข้อจำกัดบางประการ โดยมีโอกาสถูกสับเปลี่ยนหรือปลอมปนสารบางอย่างลงในปัสสาวะได้ และยังขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่สารเสพติดขับออกมาทางปัสสาวะ หากเก็บปัสสาวะเร็วหรือช้าเกินไปอาจทำให้ตรวจไม่พบสารเสพติด

เมื่อพบสารเสพติดในปัสสาวะในกำลังพลรายใด ไม่ได้หมายความว่ากำลังพลผู้นั้นเป็นผู้ติดยาเสพติด แต่หมายความว่ากำลังพลผู้นั้นได้เสพยาเสพติดชนิดนั้นในระยะเวลาที่ชุดทดสอบฯ สามารถตรวจพบสารเสพติดชนิดนั้นได้

การตรวจไม่พบ ไม่ได้หมายความว่าไม่ได้เสพ อาจเป็นเพราะใช้ชุดทดสอบฯ ไม่ตรงกับชนิดของยาเสพติดที่ผู้ป่วยใช้ มีการปลอมปนลงในปัสสาวะ มีการสับเปลี่ยนปัสสาวะ ใช้เวลาในการตรวจเร็วหรือช้าเกินไป

วิธีการเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจหาสารเสพติด

- ปัสสาวะต้องมีคุณภาพและถูกต้อง : ถูกคน ถูกเวลา ถูกชนิด มีปริมาณเพียงพอ และการเก็บรักษาเหมาะสม

- ในห้องน้ำไม่ควรมีน้ำ (ปิดวาล์วน้ำ) และให้เติมน้ำลงในถังน้ำ/ ชักโครกเพื่อป้องกันการผสมน้ำลงในกระบอกปัสสาวะ

- แนะนำให้ถอดเสื้อผ้ารุ่มร่ามออกก่อน ไม่อนุญาตให้นำกระเป๋ากีฬา/ เป้/ ยาม หรือวัสดุอื่น (ที่อาจลักลอบนำปัสสาวะไปสับเปลี่ยนได้) เข้าไปในห้องน้ำด้วย

- แนะนำให้ล้างมือให้สะอาดก่อนเก็บปัสสาวะ

- ใช้ภาชนะที่แห้ง สะอาด มีฝาปิด ขนาดความจุประมาณ ๕๐ - ๖๐ มิลลิลิตร (ซีซี)

- ติดป้ายชื่อเจ้าของปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนเก็บ

- เก็บปัสสาวะให้ได้ปริมาณ ๓๐ - ๕๐ มิลลิลิตร

- เมื่อได้ปัสสาวะมาแล้วให้ตรวจสอบลักษณะปัสสาวะ เช่น สี ความขุ่น สิ่งเจือปน และอุณหภูมิปัสสาวะ (หากสงสัยว่าการสับเปลี่ยน เจือจาง หรือปลอมปนปัสสาวะให้เก็บใหม่)

- เมื่อได้ปัสสาวะมาแล้วให้ตรวจวิเคราะห์ทันที ถ้าทำไม่ได้ให้เก็บแช่เย็น ๒ - ๘ องศาเซลเซียส และต้องส่งห้องปฏิบัติการภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในสภาพแช่เย็น

ความผิดพลาดของการตรวจวิเคราะห์และแปลผลเพื่อหาสารเสพติดในปัสสาวะ อาจเกิดจากขั้นตอนดังต่อไปนี้

๑. ขั้นตอนการเก็บปัสสาวะ เช่น การเติม/ ปลอมปนสารบางอย่างเข้าไป การเจือจางปัสสาวะด้วยน้ำ หรือแอบนำปัสสาวะคนอื่นมาสับเปลี่ยน เป็นต้น

๒. ขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ เช่น การเลือกใช้ชุดตรวจคัดกรองไม่เหมาะสม การเก็บรักษาชุดตรวจไม่เหมาะสม ทำการตรวจวิเคราะห์ไม่ถูกต้อง (จำนวนปัสสาวะ/ จับเวลาผิด ฯลฯ) อ่านผลตรวจผิดพลาด/ สับสนตรวจวิเคราะห์ผิดราย/สลับราย ไม่มีการควบคุมคุณภาพชุดตรวจ เป็นต้น

๓. ขั้นตอนการแปลผลการตรวจที่อาจพบความผิดพลาด มักเกิดจากสาเหตุต่อไปนี้

๓.๑ กรณีผลตรวจเป็นลบ (Negative) ทั้งที่ผู้นั้นมีประวัติเป็นผู้เสพยา เรียกว่า “ผลลบปลอม” (False Negative) อาจเกิดจากสาเหตุ ดังนี้

- เลือกตรวจชนิดสารเสพติดไม่ตรงกับประวัติการเสพ เช่น ผู้รับการตรวจเสพยาทุกชนิดแต่ใช้ชุดทดสอบฯ ที่สำหรับตรวจหาบ้า

- ในปัสสาวะมีปริมาณสารเสพติดน้อยกว่าที่ชุดตรวจฯ จะตรวจพบได้ เนื่องจากผู้รับการตรวจฯ เสพเพียงเล็กน้อย หรือเสพมานานหลายวันแล้วจนร่างกายขับสารเสพติดนั้นออกไปหมด

๓.๒ กรณีผลบวก (Positive) แต่ผู้รับการตรวจไม่ได้เสพยาเสพติดใด ๆ เรียกว่า “ผลบวกปลอม” (False positive) เช่น อาจเกิดจากผู้รับการตรวจฯ รับประทานยาโรคบางชนิดแล้วมีผลต่อสารเสพติดชนิดนั้น ๆ

ระยะเวลา (โดยประมาณ) ที่สามารถตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ

ชนิดสารเสพติด	ระยะเวลาน้อยที่สุดที่อาจตรวจพบ	ระยะเวลามากที่สุดที่ยังตรวจพบได้
กลุ่ม Amphetamines	๒ - ๗ ชั่วโมง	๒ - ๔ วัน
กลุ่ม Opiates	๒ ชั่วโมง	๒ - ๓ วัน
Methadone (เมทาโดน)	๒ ชั่วโมง	๒ - ๔ วัน
Cannabis (กัญชา)	๖ - ๑๘ ชั่วโมง	๑ - ๑๐ วัน หรือหากใช้เป็นประจำอาจพบได้นานถึง ≥ 30 วัน
Cotinine/ Nicotine (บุหรี่)	๔ - ๖ ชั่วโมง	๗ - ๑๐ วัน
Cocaine (โคเคน)	๑ - ๔ ชั่วโมง	๒ - ๓ วัน
PCP (เพนซัยคลิดีน)	๕ - ๗ ชั่วโมง	๓ - ๘ วัน
Alcohol	๐ - ๔ ชั่วโมง	๑๒ - ๒๔ วัน

แหล่งที่มา : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(๒๕๕๔). คู่มือการปฏิบัติงานด้านยาเสพติดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานบำบัดในชุมชน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

การเก็บตัวอย่างปัสสาวะเพื่อส่งตรวจ

การเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจหาสารเสพติด สามารถเก็บเวลาใดก็ได้ (Random Urine Collection) เป็นการเก็บตัวอย่างที่ให้ผู้รับการตรวจถ่ายปัสสาวะทันที โดยดำเนินการ ดังนี้

๑. รับกระบอกปัสสาวะ ตรวจดูรายชื่อนามสกุล / หมายเลขที่ติดภาชนะให้ตรงกับชื่อนามสกุลของผู้รับการตรวจ
๒. ให้ผู้รับการตรวจถ่ายปัสสาวะช่วงแรกทิ้งไปก่อน แล้วนำภาชนะรองปัสสาวะช่วงกลาง ให้ได้ปริมาณประมาณ ๑ ใน ๓ ของกระบอก (อย่างน้อย ๓๐ มิลลิลิตร)
๓. ปิดฝากระบอกปัสสาวะให้สนิท ตรวจดูชื่อนามสกุล/ หมายเลขที่ติดภาชนะอีกครั้ง เพื่อไม่ให้ลบลื่นไป หรือเปียกน้ำจากนั้นนำไปวางไว้ในที่กำหนด

วันที่เก็บตัวอย่าง.....

ชื่อ..... นามสกุล.....

เพศ..... อายุ.....

ลายมือชื่อเจ้าของปัสสาวะ.....

หน่วยงานที่เก็บตัวอย่าง.....

ชื่อผู้เก็บตัวอย่าง.....



รูปที่ ๑ : แสดงฉลากติดภาชนะบรรจุปัสสาวะ สำหรับส่งตรวจห้องตรวจปฏิบัติการทางพยาธิวิทยา
(แหล่งที่มา <https://www.dmsc2.dmsc.moph.go.th/>)

การใช้ชุดทดสอบเพื่อหาสารเสฟติดในปัสสาวะและวิธีการแปลผล ชุดทดสอบที่ใช้ในกรมแพทย์ทหารเรือ และใช้สนับสนุนหน่วยต่าง ๆ ของกองทัพรเรือ มี ๒ ชนิด ได้แก่

๑. ชุดทดสอบเพื่อหาสารเสฟติดแบบตลับทดสอบ (Cassette) : มีขั้นตอนการใช้ดังนี้

๑. วางชุดทดสอบบนพื้นราบที่สะอาด
๒. ใช้หลอดหยด (dropper) หยดปัสสาวะและหยดปัสสาวะอย่างเบา ๆ ในแนวตั้งจากที่ละหยด จำนวน ๓ หยด (ระวังอย่าให้มีฟองอากาศหรือตะกอนของปัสสาวะปน)
๓. จับเวลาตามที่ระบุในคู่มือการใช้ จึงแปลผล (ไม่ควรอ่านผลทดสอบเมื่อเลยช่วงเวลาที่ระบุในคู่มือการใช้)

๒. ชุดทดสอบเพื่อหาสารเสฟติดแบบแผ่นตรวจ (Strip) : มีขั้นตอนการใช้ดังนี้

๑. จับด้านปลายของชุดทดสอบ จุ่มแถบทดสอบด้านที่มีสัญลักษณ์ลูกศรลงในปัสสาวะในแนวตั้งจาก โดยจุ่มไม่เกินขีดบอกระดับที่ระบุไว้ตรงส่วนปลายของแถบทดสอบ
๒. นำแผ่นทดสอบวางบนพื้นราบที่สะอาด
๓. จับเวลาตามที่ระบุในคู่มือการใช้แล้วจึงแปลผล (ไม่ควรอ่านผลทดสอบเมื่อเลยช่วงเวลาที่ระบุในคู่มือการใช้)

การแปลผล จะมีการแสดงผลใน ๓ ลักษณะ ดังนี้ (ดังรูปที่ ๒ และ ๓)

๑. การแปลผลบวก (Positive) หมายถึง อาจมีสารเสฟติดชนิดนั้นในปัสสาวะ

- ชุดทดสอบแบบตลับทดสอบ (Cassette) : ในช่องแปลผลจะมีแถบสีขึ้น ตรงตำแหน่ง C เพียงเส้นเดียว
- ชุดทดสอบแบบแผ่นตรวจ (Strip) : จะมีแถบสีขึ้นที่เส้นบนเพียงเส้นเดียว

๒. การแปลผลลบ (Negative) หมายถึง ไม่มีสารเสฟติดชนิดนั้นในปัสสาวะ หรือมีสารเสฟติดชนิดนั้นแต่มีความเข้มข้นน้อยกว่าค่ามาตรฐาน (cut off)

- ชุดทดสอบแบบตลับทดสอบ (Cassette) : ในช่องแปลผลจะมีแถบสีตรงตำแหน่ง C และ T
- ชุดทดสอบแบบแผ่นตรวจ (Strip) : จะมีแถบสีขึ้นทั้งสองเส้นบนและล่าง

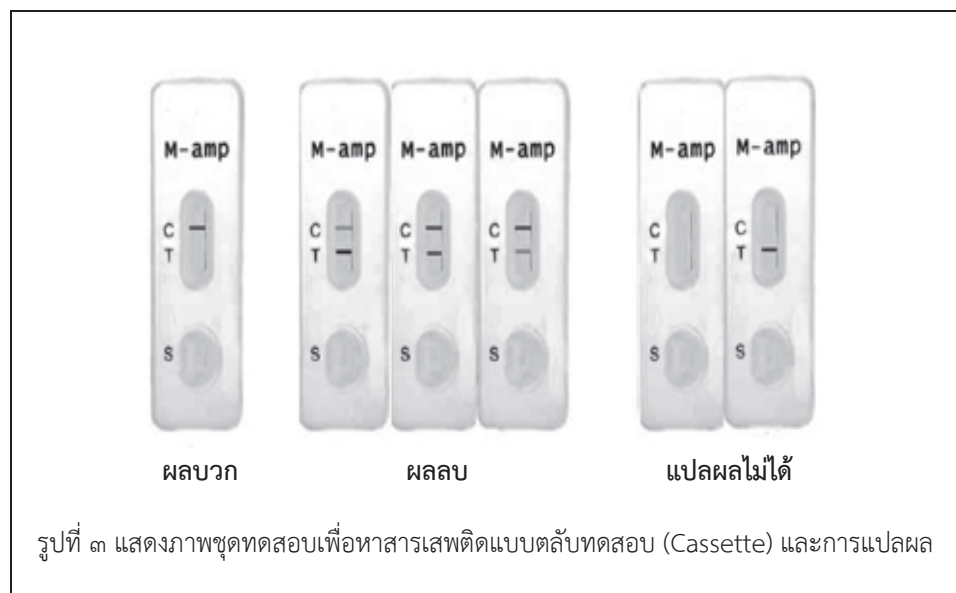
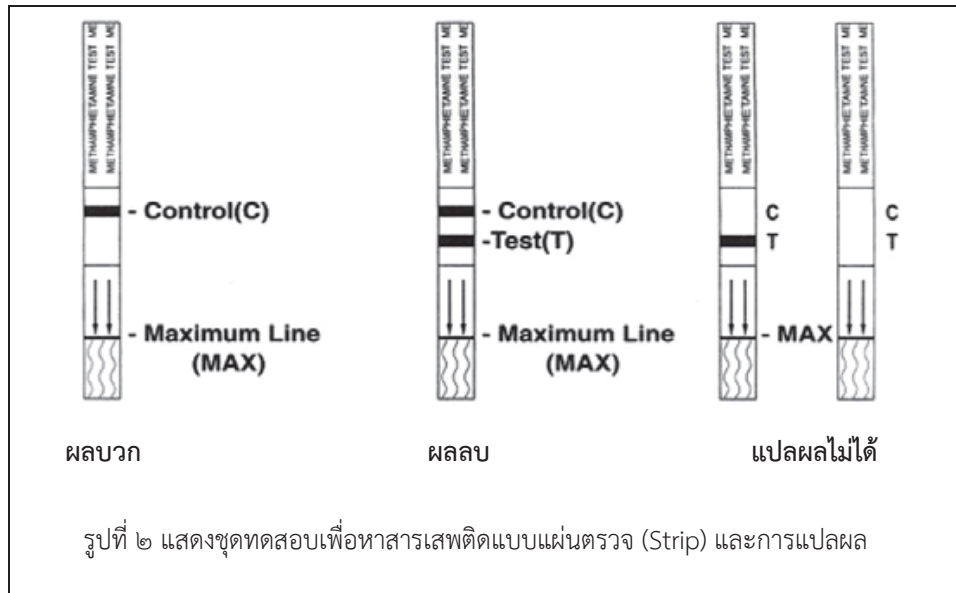
๓. ไม่สามารถที่จะแปลผลได้ (Invalid) มาจากสาเหตุเหล่านี้ เช่น ชุดทดสอบหมดอายุ เก็บรักษาไว้ในที่ร้อน หรือหยดปัสสาวะไม่เพียงพอ ดังนั้นจะต้องทำการตรวจซ้ำ

- ชุดทดสอบแบบตลับทดสอบ (Cassette) : ปัสสาวะซึมผ่านตลับทดสอบแล้ว ไม่ปรากฏแถบสีขึ้นตรงตำแหน่ง C หรือพบแถบสีเฉพาะตำแหน่ง T เพียงเส้นเดียว
- ชุดทดสอบแบบแผ่นตรวจ (Strip) : พบแถบสีขึ้นเฉพาะเส้นล่าง เพียงเส้นเดียว

ปัญหาที่พบบ่อยในการอ่านผล

- แถบสีที่เห็นไม่สม่ำเสมอแหว่ง ๆ ขาด ๆ ซึ่งน่าจะเกิดจากมาตรฐานการผลิต ดังนั้นหากพบปัญหาแบบนี้ควรตรวจซ้ำอีกครั้ง

- แถบสีที่บริเวณแถบทดสอบ (test zone) ติดสีจาง ๆ ชืด ๆ ซึ่งในคำแนะนำของผู้ผลิตหลายยี่ห้อได้แนะนำว่า “หากตรวจพบแถบสีทั้ง ๒ แถบ คือ แถบควบคุมและแถบทดสอบ แม้ว่าแถบทดสอบจะติดสีชืด ๆ ก็ให้ออกผลว่า “ผลลบ”



สืบค้นจาก : กระทรวงสาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (๒๕๕๔). คู่มือและแนวทางการจัดซื้อ ชุดทดสอบสารเสฟติดในปัสสาวะ. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

ข้อควรระวังในการใช้งานชุดตรวจสำเร็จรูป

๑. การเก็บรักษาชุดตรวจต้องเก็บที่อุณหภูมิ ๑๕ ถึง ๓๐ องศาเซลเซียส หรือตามที่คุณผลิตกำหนดไว้ ห้ามเก็บไว้ในที่แสงแดดส่องถึงหรือใกล้แหล่งความร้อนหรือเก็บในช่องแช่แข็ง
๒. ห้ามใช้ชุดตรวจที่หมดอายุแล้ว
๓. ควรใช้ชุดที่ซองบรรจุไม่มีรอยฉีกขาดใด ๆ (ยังอยู่ในสภาพสมบูรณ์) และควรฉีกซองบรรจุตอนที่ลงมือตรวจวิเคราะห์เท่านั้น (ไม่ควรฉีกตั้งทิ้งไว้ล่วงหน้านาน ๆ)

๔. ควรใช้หลอดดูดปัสสาวะที่ให้มาในซองชุดตรวจเพื่อหยดปัสสาวะเท่านั้น (ไม่ควรใช้หลอดกาแฟ หรือหลอดอื่น ๆ เพราะอาจทำให้ปริมาตรผิดไปได้) และในขณะที่หยดปัสสาวะต้องตั้งหลอดดูดในแนวตั้งฉาก (อย่าเอียงหลอดดูด) และควรระวังอย่าให้มีฟองอากาศในหยดปัสสาวะ

๕. การอ่านผลต้องอ่านภายในระยะเวลาที่เอกสารอธิบายการใช้ กำหนดไว้เท่านั้นการอ่านผลก่อน และหลังเวลาที่กำหนดอาจทำให้ผลผิดพลาดได้

๖. ปัสสาวะที่นำมาตรวจอาจมีเชื้อโรคอื่น ๆ อยู่ด้วย ดังนั้น ควรระมัดระวังการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

๗. ภาชนะที่ใช้ใส่ปัสสาวะต้องแห้งสะอาดและไม่มีสิ่งเจือปนใด ๆ เช่น น้ำยาล้างห้องน้ำ ผงซักฟอก หากสงสัยว่าจะมีการเจือปนสารบางอย่าง ให้เก็บปัสสาวะใหม่อีกครั้งและควรมีการควบคุมการเก็บปัสสาวะร่วมด้วย

๘. การแปลผลต้องอาศัยข้อมูลอื่น ๆ ประกอบด้วย เช่น ประวัติการเสพ ชนิดสารเสพติดที่เสพ ระยะเวลาที่เสพครั้งสุดท้าย และระยะเวลาที่เก็บปัสสาวะ (เพราะปัสสาวะที่เก็บต่างเวลากัน อาจให้ผลตรวจแตกต่างกันได้) เป็นต้น

.....

บรรณานุกรม

กรมแพทย์ทหารเรือ. (๒๕๖๐). หนังสือคู่มือการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกองทัพเรือ ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พร. (สำหรับกำลังพลสายแพทย์). กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์.

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๔). คู่มือและแนวทางการจัดซื้อชุดทดสอบสารเสพติดในปัสสาวะ. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๔). คู่มือการปฏิบัติงานด้านยาเสพติดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานบำบัดในชุมชน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุเมธ เทียงธรรม. การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ. [PowerPoint]. สืบค้นจาก <https://www.dmsc2.dmsc.moph>

ส่วนที่



การดำเนินการช่วยเหลือ กำลังพลผู้ติดยาเสพติดในหน่วยของกองทัพอากาศ

หน้า

~~๓.๑ กระบวนการดูแลแก้ไขปัญหายาเสพติด/ ผู้เสพ/ ผู้ติดยาเสพติด ในหน่วยของกองทัพอากาศ~~

~~๘๓~~

ยกเลิก

๓.๒ การจัดกิจกรรมพัฒนากำลังพลผู้ติดยาเสพติดในหน่วยของกองทัพอากาศ

๘๔

๓.๓ การให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน

๘๕

๓.๔ การเป็นที่ปรึกษาเพื่อช่วยเหลือกำลังพลผู้ติดยาเสพติดในหน่วยของกองทัพอากาศ

๑๐๒

- การเป็นที่ปรึกษารายบุคคล

๑๐๒

- การเป็นที่ปรึกษารายกลุ่ม (กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน)

๑๐๗

๓.๒ การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนากำลังพลผู้ติดยาเสพติดในหน่วยของกองทัพเรือ

เมื่อพบว่ามีการติดยาเสพติดในหน่วย บทบาทของบุคลากรสายแพทย์จะต้องดำเนินการช่วยเหลือหน่วยในการคัดแยกกว่าควรบำบัดในหน่วย หรือส่งต่อไปบำบัดที่ น.บพ.ส.พร. ในกรณีที่กำลังพลยังไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องส่งบำบัด (สามารถปฏิบัติงานในหน่วย) และกรณีที่กำลังพลที่ผ่านการบำบัดแล้วกลับมาปฏิบัติงานในหน่วยหน้าที่ของบุคลากรสายแพทย์ในการดูแลกำลังพลเหล่านี้ เช่น การให้การปรึกษากับผู้ติดยาเสพติด การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Matrix Program) และการให้คำแนะนำแก่หน่วยในการจัดกิจกรรม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

การจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกลับไปเสพยาเสพติดนั้น อยู่บนพื้นฐานความคิดที่ว่า บุคคลที่ติดยาเสพติดและไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ เกิดจาก ๓ องค์ประกอบ คือ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน เมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงกับองค์ประกอบหนึ่ง ก็จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับองค์ประกอบอื่น ๆ ดังตัวอย่าง



เมื่อไม่ได้เสพยา ยังคงคิดถึงบรรยากาศของการเสพยา ส่งผลให้มีความรู้สึกอยากเสพยารุนแรงมากขึ้น บางคนถึงกับมีอาการทางกาย เช่น หัวใจเต้นเร็ว รู้สึกปั่นป่วนในท้อง กระสับกระส่าย เป็นต้น หรือที่ชาวบ้านเรียกว่า “เสียนยา” เป็นความอยากยาที่รุนแรงจนร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ เมื่อผู้ติดยาต้องการเสพยา เขาจะทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้ได้เสพยา คล้ายกับพฤติกรรมของสัตว์ที่แสวงหาอาหารหรือน้ำ เมื่อเกิดความหิวหรือกระหายน้ำเต็มที่ เพื่อความอยู่รอดของชีวิต

เมื่อผู้ติดยาเผชิญกับตัวกระตุ้นแล้วเกิดความรู้สึกอยากเสพยา ซึ่งเปรียบเสมือนก้อนหินขนาดเล็กที่กลิ้งลงมาจากภูเขาน้ำแข็ง ตัวกระตุ้นนี้จะทำให้สมองคิดถึงการเสพยาเสพติดมากขึ้น ๆ จนในที่สุดจะไปกระตุ้นสมองส่วนอยากให้เกิดความอยากยาอย่างรุนแรง ซึ่งเปรียบเสมือนก้อนหินขนาดใหญ่ ที่เราไม่สามารถจะต้านทานได้ และนำไปสู่พฤติกรรมการเสพยาเสพติดในที่สุด ดังนั้น การที่จะปรับเปลี่ยนให้บุคคลเลิกยาเสพติดได้ จึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งสามารถนำกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันในหน่วยทหารมาประยุกต์ใช้กับกำลังพลที่มีปัญหาการเสพยาเสพติดได้



รูปแสดง : กระบวนการทางความคิดที่ทำให้เกิดการอยากยา

(แหล่งที่มา : คู่มือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข)

ความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีผลต่อการเลิกยาเสพติด

ยาเสพติดจะเปลี่ยนวิถีคิดของผู้เสพ ซึ่งจะมีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมที่โน้มเอียงไปในการเสพยาเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นบุคลากรสายแพทย์จะต้องทำหน้าที่ให้การปรึกษาหน่วยต้นสังกัด ในการจัดกิจกรรมให้ผู้ติดยาเสพติดปรับเปลี่ยนวิถีคิด ควบคุมอารมณ์ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อหยุดการใช้อยาเสพติด

องค์ประกอบหลักที่มีผลต่อการเลิกยาเสพติด	ธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติด	การพัฒนาทักษะตามองค์ประกอบหลักให้สามารถเป็นผู้เลิกใช้อยาเสพติด
ความคิด	- คิดเข้าข้างตนเอง - คิดอย่างไม่เป็นเหตุผล - ไม่มีเป้าหมาย - รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง - เห็นแก่ตัว - ขาดความตระหนักรู้ถึงโทษภัยของยาเสพติด	- คิดตัดสินใจอย่างมีเหตุผล - ตั้งเป้าหมายในชีวิต - คิดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเองและผู้อื่น - การมองโลกในมุมใหม่ มองโลกในแง่ดี - การที่ตัดสินใจอย่างมีเหตุผลเหมาะสม - สร้างความตระหนักรู้ในโทษภัยของยาเสพติด
อารมณ์	- ขาดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ - รู้สึกไม่มีความสุข - เครียด หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย - ไม่สามารถควบคุมอารมณ์	- ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) (รับรู้อารมณ์ตนเอง และสามารถจัดการอารมณ์ได้)

องค์ประกอบหลัก ที่มีผลต่อการเลิกยาเสพติด	ธรรมชาติ ของผู้ติดยาเสพติด	การพัฒนาทักษะตามองค์ประกอบหลัก ให้สามารถเป็นผู้เลิกใช้ยาเสพติด
พฤติกรรม	- โกหก เชื่อถือไม่ได้ - ขโมย - เกียจคร้าน - ขาดความรับผิดชอบ - ร่างกายและการแต่งกายสกปรก - ที่พัก โต๊ะทำงานสกปรก	- มีทักษะชีวิต เช่น การสื่อสาร การปฏิเสธ การแก้ปัญหา การสร้างสัมพันธภาพ เป็นต้น - มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม - การป้องกันการเสพติดซ้ำ

ตารางแสดง : ความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีผลต่อการเลิกยาเสพติด

กิจกรรมพัฒนากำลังพลผู้ติดยาเสพติดในหน่วยของกองทัพเรือ

๑. กิจกรรมพัฒนาทักษะด้านความคิด

“ความคิดของผู้ติดยาเสพติด” มักใช้เหตุผลเข้าข้างตนเอง เลือกที่จะรับรู้ในสิ่งที่ตนชอบ และสรุปข้อมูลเข้าข้างตนเอง คิดบิดเบือนซ้ำ ๆ จนเป็นอัตโนมัติ เช่น สามารถเลิกยาเมื่อไหร่ก็ได้ ถ้าอยากจะเลิก ดังนั้น ต้องให้ผู้ติดยาเสพติดรับรู้ข้อมูลตามความเป็นจริง ฝึกให้ตระหนักในสิ่งที่กำลังคิดอยู่ เรียนรู้ที่จะควบคุมความคิด เปลี่ยนแปลงความคิด และใช้เหตุผลในการคิดตัดสินใจอย่างถูกต้อง

ตัวอย่างการพัฒนาทักษะด้านความคิด	สิ่งที่คาดหวัง
การให้ความรู้เกี่ยวกับ ศีลธรรม ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ผลเสียของการเสพยาเสพติด การตั้งเป้าหมายชีวิต โดยสอดแทรกในการแถวประจำวัน	- กำลังพลตระหนัก และทราบถึงโทษพิษภัยของยาเสพติด - กำลังพลมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม
การจัดพี่เลี้ยง/ คู่หู (Buddy)	- กำลังพลที่ใช้ยาเสพติด มีพี่เลี้ยง หรือคู่หู ที่ไม่ใช่ยาเสพติดเป็นที่ปรึกษาคอยช่วยเหลือ และกระตุ้นเตือนให้ห่างไกลจากยาเสพติด
- การมอบหมายให้ปฏิบัติงานประจำวัน - กวดขันวินัย - บำเพ็ญสาธารณะประโยชน์	- ให้กำลังพลได้ทบทวนตนเองว่า ได้ประโยชน์อย่างไรจากการทำกิจกรรม - ให้กำลังพลได้เรียนรู้ และฝึกการคิดแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน รู้เท่าทันความคิดตนเอง - ลดตัวกระตุ้นที่ทำให้ต้องการเสพยา เพื่อที่จะได้ไม่มีเวลาคิดถึงเรื่องการเสพยา

๒. กิจกรรมพัฒนาทักษะด้านอารมณ์

“อารมณ์ของผู้ติดยาเสพติด” จะมีอารมณ์หลากหลาย เช่น เมื่อได้เสพจะรู้สึกมีความสุข เคลิบเคลิ้ม แต่เมื่อไม่ได้เสพจะหงุดหงิดง่าย บางครั้งรู้สึกไร้อารมณ์ เบื่อหน่ายกับชีวิต ดังนั้น จึงต้องฝึกให้ควบคุมอารมณ์ เพราะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม มักนำไปสู่พฤติกรรมการแสวงหายาเสพติด

ตัวอย่างการพัฒนาทักษะด้านอารมณ์	สิ่งที่คาดหวัง
มอบหมายงานให้เหมาะสมตามหน้าที่และความสามารถ	กำลังพลได้ใช้ศักยภาพของตนเองให้เกิดประโยชน์ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง
ผู้บังคับบัญชาพบปะกำลังพลแสดงความใส่ใจให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ	กำลังพลได้รับทราบถึงความใส่ใจและห่วงใยของผู้บังคับบัญชา ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า เกิดกำลังใจในการเลิกยาเสพติด
การจัดพี่เลี้ยง/ คู่หู (Buddy)	กำลังพลมีที่ปรึกษาได้ระบายความรู้สึก เมื่อท้อแท้หรือต้องการเสพยาเสพติด
ฝึกการควบคุมอารมณ์ จากการ - ปฏิบัติภารกิจประจำวันและงานที่ได้รับมอบหมาย - กวดขันวินัย เช่น การฝึกระเบียบแถว - การถูกลองโทษ	ได้ทบทวนอารมณ์ความรู้สึกทางลบที่เกิดจากความไม่พอใจจากการปฏิบัติภารกิจประจำวัน การกวดขันวินัย การถูกลองโทษ ว่าเป็นการฝึกให้สามารถควบคุมอารมณ์ และจัดการความรู้สึกทางลบของตนเองให้เหมาะสม โดยไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

๓. กิจกรรมพัฒนาทักษะด้านพฤติกรรม

พฤติกรรมเป็นผลของอารมณ์ ความคิด หรือทั้งสองอย่างรวมกัน การได้เห็นและคิดถึงยาเสพติดจะกระตุ้นอารมณ์ ความคิดที่นำไปสู่การเสพยา การที่หน่วยกำหนดตารางเวลาที่แน่นอน ไม่ให้มีเวลาว่าง การจัดให้ร่วมกิจกรรมการบำบัดยาเสพติดต่าง ๆ กิจกรรมในหน่วยทหาร ทำให้เกิดการเรียนรู้และยอมรับว่าพฤติกรรมใด ที่มีส่วนให้กลับไปใช้ยาเสพติด จะช่วยควบคุมไม่ให้เกิดกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

ตัวอย่างการพัฒนาทักษะด้านพฤติกรรม	สิ่งที่คาดหวัง
การทำตัวไม่ให้มีเวลาว่าง - การออกกำลังกาย - การปฏิบัติภารกิจประจำวันในหน่วย - กวดขันวินัย - การฝึกทางทหาร เช่น การฝึกระเบียบแถว - การลงโทษ และการให้รางวัล	- กำลังพลใช้เวลาที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ไม่มีเวลาว่างคิดถึงเรื่องการใช้ยาเสพติด - การทำพฤติกรรมทางบวกซ้ำ ๆ จนเกิดเป็นนิสัย เมื่อทำแล้วได้รับการยอมรับ ได้รับคำชมเชย ก็เป็นการส่งเสริมให้อยากทำพฤติกรรมทางบวกขึ้นเรื่อย ๆ

ตัวอย่างการพัฒนาทักษะด้านพฤติกรรม	สิ่งที่คาดหวัง
การบำเพ็ญสาธารณะประโยชน์	- กำลังพลได้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น ทำให้เกิด ความภาคภูมิใจในตนเอง และเกิดพฤติกรรมทางบวก
การจัดตารางชีวิตประจำวัน	- กำลังพลมีการวางแผนในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม ไม่ให้มีเวลาว่าง เพื่อลดความคิดถึงยาเสพติด - สามารถจัดการและควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้

.....

บรรณานุกรม

- กรมแพทย์ทหารเรือ. (๒๕๖๐). หนังสือคู่มือการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกองทัพเรือ ศูนย์
ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พร. (สำหรับกำลังพลสายแพทย์). กรุงเทพฯ : ศรีเมือง
การพิมพ์.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๗). คู่มือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมท
แอมเฟตามีน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

๓.๓ การให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน

ความหมายของการให้การปรึกษา

การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่ผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษามีปฏิสัมพันธ์กันด้วยการสื่อสารสองทาง จนเกิดความร่วมมือ โดยผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือ และใช้คุณสมบัติส่วนตัว ความสามารถและทักษะต่าง ๆ เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการสำรวจเพื่อทำความเข้าใจ สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริง ถึงสาเหตุของปัญหาและความต้องการของตนเอง ตลอดจนสามารถหาวิธีการแก้ปัญหา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา

๑. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการเรียนรู้ เข้าใจตนเองและเข้าใจปัญหาของตนเอง
๒. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีทักษะในการแก้ปัญหา และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างฉลาด และเหมาะสมกับตน
๓. สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์

เจตคติที่สำคัญของผู้ให้การปรึกษา

๑. Empathy หมายถึง การเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น มีความเห็นใจ พยายามให้การช่วยเหลือ
๒. Non - Judgemental Acceptance หมายถึง การยอมรับโดยไม่ตัดสินความคิด ความเห็น หรือการกระทำของผู้อื่นว่าเป็นสิ่งไม่ถูกต้อง หรือไม่เหมาะสม
๓. Unconditional Positive Regard หมายถึง การยอมรับผู้อื่นอย่างไม่มีเงื่อนไข ให้การช่วยเหลือ โดยปราศจากอคติ บางครั้งผู้ให้การปรึกษา อาจเผชิญต่อความเชื่อ พฤติกรรมของผู้รับการปรึกษา ซึ่งยอมรับได้ยาก ก่อให้เกิดอคติในการให้บริการ เกิดความรู้สึกไม่ต้องการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการให้การปรึกษา และเสียสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

กระบวนการให้การปรึกษา มี ๔ ขั้นตอนดังนี้

๑. การสร้างสัมพันธภาพ และตกลงบริการ
๒. การสำรวจปัญหาและเข้าใจปัญหา สาเหตุ ความต้องการ
๓. การวางแผนแก้ไขปัญา
๔. การยุติแต่ละครั้ง

ขั้นที่ ๑ การสร้างสัมพันธภาพ และตกลงบริการ

การสร้างสัมพันธภาพ : เป็นขั้นตอนแรกของการเริ่มต้นให้การปรึกษา เพื่อให้ผู้รับบริการไว้วางใจ ค้นเคยอบอุ่นใจ มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ให้การปรึกษา เชื่อมั่นในผู้รับการปรึกษา นำไปสู่การเปิดเผยปัญหา และความรู้สึกที่แท้จริง

ตกลงบริการ : เพื่อมีความเข้าใจตรงกันในองค์ประกอบต่าง ๆ ของการให้การปรึกษา (ระยะเวลา/ ประเด็น/ บทบาท/ ความลับ) ทำให้การปรึกษามีทิศทางไปสู่การเข้าใจปัญหา สาเหตุ และความต้องการ

สัมพันธภาพที่ดีเกิดจาก

๑. ลักษณะที่ผู้ให้การปรึกษาควรมี

- ได้รับความรู้สึกรับรู้ของตนเองและผู้อื่นได้รวดเร็ว
- มีความอดทน ไม่ใจร้อน
- เป็นผู้รับฟังที่ดี
- ไม่ทอดทิ้งต่อปัญหา
- เข้าใจความคิดของบุคคลอื่น
- มีอารมณ์ขัน
- มีทัศนคติในทางบวก
- มีความสุขเมื่อทำงานกับคนอื่น
- สำนึกในค่าของคน
- ทำทางอบอุ่น เป็นมิตร จริงใจ
- มีความตั้งใจที่จะช่วยเหลือ

๒. สีสหน้าเมื่อแรกพบ เพื่อให้เกิดความประทับใจ

๓. คำพูดชนิดต่าง ๆ ที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพ

- Greeting = การทักทาย ต้อนรับ
- Small talk = การสนทนา โอภาปราศรัย
- เปิดประเด็นปัญหา เช่น “คุณมีเรื่องอะไรที่อยากคุยกับดิฉันในวันนี้คะ” หรือ “คุณมีเรื่องไม่สบายใจ

อะไร ที่ผมพอจะช่วยเหลือได้บ้างครับ”

๔. ทำทาง การแสดงออกของความใส่ใจ (Attending) ใช้สูตร S-O-L-E-R

- S – Squarely = นั่งแบบมุมฉาก ไม่ประจันหน้า
- O – Open = นั่งด้วยท่าที่ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาสามารถมองเห็นคู่สนทนาของตนได้อย่างชัดเจน โดยนั่งเยื้องกันเล็กน้อย ในลักษณะเป็นฉากซึ่งกันและกัน ทั้งสองฝ่ายหันหน้าเข้าหากันแต่ไม่ประจันหน้ากันโดยตรง
- L – LEAN = นั่งโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย
- E – Eye Contact = ประสานสายตา
- R – Relax = ทำทางผ่อนคลาย ไม่ตึงเครียด

ทักษะต่าง ๆ ที่ใช้ในการให้การปรึกษา

๑. การฟัง

ผู้ให้ปรึกษาจะต้องมีสมาธิในการฟัง และสนใจติดตามเรื่องราว มีการสนองตอบทั้งด้านกิริยา ท่าทางและคำพูด การฟังแบบ two way communication คือ ลักษณะการฟังอย่างใส่ใจ (Active Listening) คือ ตั้งใจฟัง ต่อเนื้อหาสาระ และอารมณ์ของผู้รับการปรึกษาที่แสดงออกมา

การฟังอย่างใส่ใจ หรือ LADDER ประกอบด้วย

- L = Look มองประสานสายตา ตั้งใจฟัง มีสติ และพยายามจับประเด็นสำคัญในปัญหาของผู้รับการปรึกษา
- A = Ask ชักถามในจุดที่สงสัยในประเด็นปัญหา และแกะรอยตามประเด็นปัญหาของผู้รับการปรึกษา
- D = Don't interrupt ไม่แทรกหรือ ขัดจังหวะ ถ้าในกรณีผู้รับการปรึกษาพูดมาก วกวน ควรใช้การสรุปประเด็นปัญหาเป็นช่วง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ
- D = Don't change the subject ไม่เปลี่ยนเรื่อง ให้แกะรอยตามประเด็นปัญหาของผู้รับการปรึกษาแต่ละประเด็น ไม่เปลี่ยนเรื่องไปมา

E = Emotion ใส่ใจการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้รับการปรึกษาทั้งคำพูด และการแสดงออก
R = Response แสดงสีหน้า ท่าทางตอบสนอง

๒. การถาม

เป็นการแสดงถึงความเอาใจใส่ต่อผู้รับการปรึกษา และช่วยให้เข้าใจ ปัญหาได้ชัดเจน และเข้าใจผู้รับการปรึกษามากขึ้น ตรวจสอบความรู้สึกของตนเอง เช่น “ขณะนั้นคุณมีความรู้สึกอย่างไร” การตั้งคำถามส่วนใหญ่มักเป็นคำถามปลายเปิดมากกว่าคำถามปลายปิด

คำถามปลายเปิด หมายถึง คำถามที่เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาพูด หรือแสดงความคิดเห็นของตนได้เต็มที่ตามต้องการ มักขึ้นต้นหรือลงท้ายคำว่า เพราะเหตุใดอะไร อย่างไร ฯลฯ เช่น “คุณกังวลเรื่องอะไรอยู่คะ”

คำถามปลายปิด หมายถึง คำถามที่ต้องการคำตอบสั้น ๆ ให้เลือกคำตอบ ตรวจสอบให้แน่ใจ ต้องการให้ผู้รับการปรึกษาเลือกตัดสินใจ หรือบอกความต้องการของตน

๓. การเงียบ

การเงียบในขณะนั้นเป็นช่วงระยะเวลาระหว่างการให้การปรึกษาที่ไม่มีการสื่อสารด้วยวาจาระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะต้องพิจารณาว่า ผู้รับการปรึกษาเงียบเพราะอะไร อาจเนื่องจากเรื่องที่จะพูดเป็นความลับและรู้สึกลำบากใจที่จะเปิดเผย กำลังคิดอยู่ว่าจะพูดอย่างไรดี ผู้ให้การปรึกษาควรเงียบให้เวลาคิด ในการปฏิบัตินั้นจะต้องพิจารณาว่า การเงียบที่เกิดขึ้นเป็นการเงียบทางบวก หรือ การเงียบทางลบ

การเงียบทางบวก เช่น ภาวะที่ผู้รับการปรึกษาเรียงความคิด เพื่อที่จะพูดต่อ (ผู้ให้การปรึกษาจึงควรเงียบเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาต่อ โดยไม่รับขัดจังหวะ)

การเงียบทางลบ เช่น ภาวะที่ผู้รับการปรึกษารู้สึกโกรธต่อต้าน ทำให้ไม่ยอมพูด หรือ ภาวะที่ผู้รับการปรึกษารู้สึกอึดอัด ละอายใจที่จะพูด

๔. การทวนความ

คือ การทบทวนเรื่องราวที่ผู้รับการปรึกษาเล่าให้ฟัง เพื่อทดสอบว่ามีความเข้าใจตรงกัน และยังสามารถช่วยให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกว่า ผู้ให้การปรึกษาสนใจและเข้าใจ ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดกำลังใจที่จะพูดต่อและพูดในสิ่งที่ตั้งใจไว้ และเป็นการพูดในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาได้บอกเล่าอีกครั้งหนึ่งโดยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าในแง่ของภาษาหรือความรู้สึกที่แสดงออกมา แบ่งออกเป็น

๑. ทวนซ้ำอย่างเดียวกับสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาพูด เป็นการทวนซ้ำทุกคำ
๒. ทวนซ้ำเฉพาะประเด็นที่สำคัญเพียงส่วนเดียว
๓. ทวนซ้ำแบบสรุป

๕. การสะท้อนความรู้สึก

คือ การจับใจความ หรือจับความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา เพื่อสะท้อนให้ผู้รับการปรึกษาทราบถึงความคิด และความรู้สึกได้เห็นเด่นชัด ช่วยให้ผู้รับการปรึกษา เกิดความไว้วางใจและกล้าเปิดเผยตนเองมากขึ้น เพราะเข้าใจความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้น ที่สำคัญคือเป็นการช่วยลดอารมณ์ ลดความรู้สึกที่มีต่อปัญหาคลี่คลายลง เกิดสติปัญญาในการมองปัญหาของตนเองด้วยความเป็นจริงมากขึ้น

แนวทางปฏิบัติ

๑. พยายามสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกมา ลักษณะคำพูด น้ำเสียง และหาจังหวะที่จะสะท้อนความรู้สึก

๒. หาคำศัพท์ที่เกี่ยวกับความรู้สึกที่ตรงกับความรู้สึกของผู้รับการปรึกษามากที่สุด เพื่อสามารถสื่อความรู้สึกได้อย่างชัดเจน โดยใช้ภาษาง่าย ๆ

๓. ไม่ควรใช้คำว่า “รู้สึก” บ่อยครั้ง และไม่ใช้คำศัพท์เกี่ยวกับความรู้สึกซ้ำ ๆ ควรหาวิธีเปลี่ยนลักษณะการพูด

๔. การใช้ทักษะนี้ต้องทำในทันทีที่ผู้รับการปรึกษาแสดงความรู้สึกของเขาออกมา เพื่อให้เขาได้รับรู้ตนเองอย่างชัดเจนและเป็นจริง

๖. การสรุปความ

คือ การรวบรวมสิ่งที่พูดกันมาทั้งหมดออกมาให้ได้ใจความสำคัญ อาจจะสรุปเนื้อหาหรือความรู้สึกในกรณีที่มีเรื่องพูดคุยกัณยาว ๆ หรือเพื่อให้มีความต่อเนื่องจากครั้งที่แล้ว และเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจปัญหาของตนได้เด่นชัดยิ่งขึ้น การใช้เทคนิคต่าง ๆ ดังกล่าวในขั้นตอนการสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเริ่มเข้าใจปัญหาของตนเอง เกิดความกระจำเจ้งต่อปัญหา สาเหตุและความต้องการของตนเอง พร้อมทั้งจะคิดแก้ไขปัญหาคต่อไป

แนวทางปฏิบัติ

๑. ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาพูดยาว ผู้ให้การปรึกษาสมควรที่จะสรุปเนื้อหา และความรู้สึกสำคัญที่ผู้รับการปรึกษาได้แสดงออกมา เพื่อให้การปรึกษาเป็นไปในทิศทางที่ชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถจับประเด็นสำคัญได้

๒. ทุกครั้งที่มีการปรึกษาเกิดขึ้น ก่อนจบการปรึกษาต้องมีการสรุปประเด็นต่าง ๆ ในการปรึกษา

๓. เมื่อมีการปรึกษาหลายครั้ง ก่อนเริ่มกระบวนการให้การปรึกษาในครั้งที่สอง และครั้งต่อ ๆ ไป ผู้ให้การปรึกษาอาจสรุปสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครั้งก่อน

ในกรณีที่การปรึกษาใช้เวลามากกว่าหนึ่งครั้ง ในครั้งสุดท้ายควรสรุปสิ่งต่าง ๆ ทั้งหมดของการปรึกษาที่ผ่านมา ตั้งแต่แรกจนถึงครั้งสุดท้าย

ขั้นที่ ๒ การสำรวจปัญหาและเข้าใจปัญหา สาเหตุ ความต้องการ

การสำรวจปัญหาเป็นขั้นตอนที่ให้ผู้รับการปรึกษา เล่าถึงปัญหาต่าง ๆ ได้ทบทวนความคิด ความรู้สึกของตนเอง เป็นการสำรวจตนเอง เห็นปัญหาที่แท้จริง พบสาเหตุปัญหาและรับรู้ความต้องการของตนเอง โดยที่ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษามีความเข้าใจปัญหานั้นอย่างกระจำเจ้งชัด และผู้ให้การปรึกษาไม่ด่วนสรุปความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมต่างๆ ของผู้รับการปรึกษาโดยใช้ประสบการณ์ของตนเอง

เทคนิคที่ใช้ในการสำรวจปัญหา

การแกะรอย (Tracking) คือ การผสมผสานเทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การฟังอย่างตั้งใจ การทวนความ การสะท้อนความรู้สึก การสรุปความ การตั้งคำถามและการเรียบ โดยติดตามความคิดความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาอย่างมีทิศทาง เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจปัญหาที่แท้จริง สาเหตุและความต้องการอย่างกระจำเจ้งชัด

ปัญหามี ๒ ประเภท ได้แก่

๑. ปัญหานำ (Present Problem) : ส่วนใหญ่มักเป็นอาการทางกาย

๒. ปัญหาที่แท้จริง (Real Problem หรือ Underlying Problem) : เป็นปัญหาจิตใจ ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกทุกข์ใจ

ขั้นที่ ๓

การวางแผนแก้ไขปัญหายา

เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ทำให้ทราบว่าปัญหาไหนเป็นปัญหาหลัก แรงด่วน ของผู้รับการปรึกษา และวางแผนแก้ไขตามลักษณะของปัญหา หากมีหลายปัญหาต้องมีการจัดลำดับปัญหา โดยพิจารณาปัญหาเปรียบเทียบกับกัน

๑. ความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหานั้นแต่ละอย่าง
๒. ความต้องการของผู้รับบริการที่จะแก้ไขปัญหานั้นใดก่อน
๓. ความรุนแรงของปัญหาแต่ละอย่าง
๔. ขนาดของปัญหาที่กระทบต่อบุคคลต่าง ๆ

ลักษณะของปัญหา แบ่งเป็น ๓ ประเภท ได้แก่

๑. ขาดความรู้ (Knowledge)
๒. ปัญหาด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affect)
๓. ปัญหาในการปฏิบัติ (Practice) ไม่สามารถตัดสินใจเลือกทางปฏิบัติได้ ไม่รู้แนวทางปฏิบัติ หรือขาดทักษะในการสื่อสาร

เทคนิคต่าง ๆ ในการแก้ปัญหายา โดยพิจารณาตามลักษณะของปัญหา

- ขาดความรู้ : ใช้เทคนิค การให้ข้อมูล
- ปัญหาด้านอารมณ์ ความรู้สึก : ใช้เทคนิคการสนับสนุน การให้กำลังใจ
- ปัญหาในการปฏิบัติ เช่น
 - ไม่สามารถตัดสินใจเลือกทางปฏิบัติ : ใช้เทคนิค การพิจารณาทางเลือก และผลที่ตามมา
 - ไม่รู้แนวทางปฏิบัติ : ใช้เทคนิค การเสนอแนะ
 - ขาดทักษะในการสื่อสาร : ใช้เทคนิค การฝึกทักษะการสื่อสาร

ขั้นที่ ๔

การยุติบริการ

แบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่ การยุติการปรึกษาแต่ละครั้ง (ยุติ Session) และยุติเพื่อสิ้นสุดการให้การปรึกษา (ยุติ Case)

๑. การยุติการปรึกษาแต่ละครั้ง

- วิธีการ - ใช้เวลาที่กำหนดไว้ตามที่ตกลงบริการ
- ถามข้อข้องใจที่เหลือ
 - สรุปเนื้อหาสำคัญในการปรึกษารั้งนี้
 - หากผู้รับการปรึกษาเปิดประเด็นใหม่ เสนอให้เป็นประเด็นปรึกษาครั้งต่อไป

ช่วงเวลาที่ควรยุติบริการ - ตามเวลาที่กำหนดไว้ตามที่ตกลงบริการ

- อารมณ์และความรู้สึกของผู้รับบริการสงบลง
- ผู้รับบริการปรึกษาได้แนวทางในการแก้ปัญหายา

๒. การยุติบริการปรึกษาแต่ละราย

เป็นการสิ้นสุดการให้ความช่วยเหลือผู้รับการศึกษา มี ๒ ลักษณะ ได้แก่

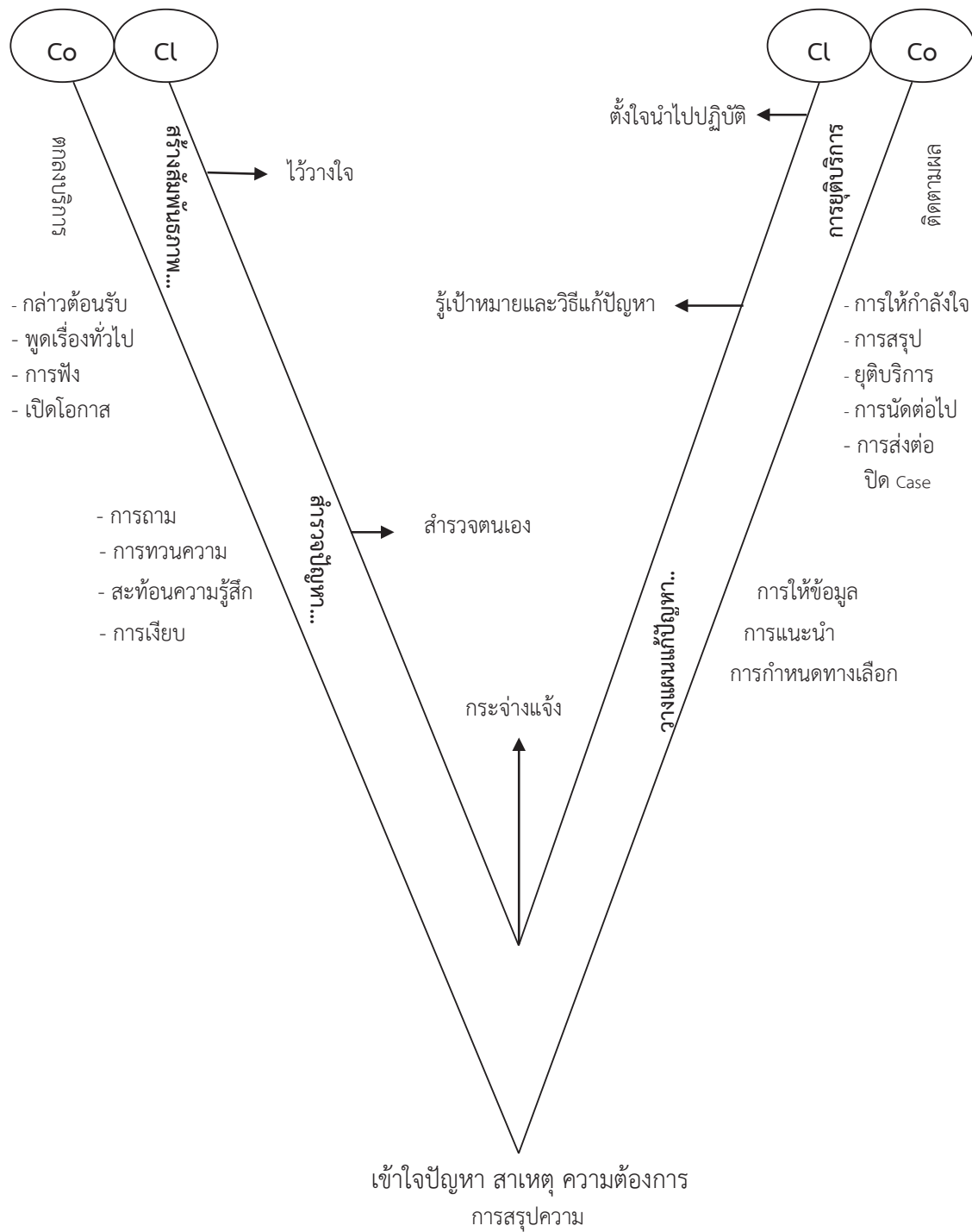
ลักษณะที่ ๑ เมื่อผู้รับการศึกษาสามารถ

- เผชิญและแก้ปัญหาได้
- ปรับเปลี่ยนเจตคติ
- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ลักษณะที่ ๒ ในกรณีต่าง ๆ เหล่านี้

๑. ปัญหาที่การศึกษาไม่สามารถช่วยเหลือได้ เช่น อาการทางจิตรุนแรง หรือปัญหาทางกฎหมาย
๒. ผู้รับการศึกษาไม่ให้ความร่วมมือ
๓. สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการศึกษาเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้ให้การศึกษาไปทำหน้าที่อื่น ไม่สามารถให้การปรึกษาได้อีกต่อไป หรือผู้รับการศึกษาย้ายไปสังกัดหน่วยอื่น

รูปแสดง ขั้นตอนกระบวนการให้การปรึกษา



หมายเหตุ Co = Counsellor หมายถึง ผู้ให้การปรึกษา
Cl = Client หมายถึง ผู้รับการปรึกษา

บรรณานุกรม

กรมแพทย์ทหารเรือ. (๒๕๕๖). ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและยาเสพติด สำหรับกำลังพลสายแพทย์. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และ ศุกรีใจ เจริญสุข. (๒๕๕๗). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่ม ๑. พิมพ์ครั้งที่ ๒. นนทบุรี: บริษัท ธนาเพลส จำกัด.

๓.๔ การเป็นที่ปรึกษาเพื่อช่วยเหลือกำลังพลผู้ติดยาเสพติด ในหน่วยของกองทัพอากาศ

การดูแลกำลังพลที่ติดยาเสพติดด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในหน่วย เพื่อช่วยพัฒนาด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของกำลังพล (รายละเอียดใน ๓.๒ การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนากำลังพลผู้ติดยาเสพติด ในหน่วยของกองทัพอากาศ) ช่วยให้กำลังพลไม่มีเวลาว่างคิดถึงการเสพยาเสพติด รู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากการได้ บำเพ็ญประโยชน์ ฯลฯ เป็นสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปใช้ยาเสพติดอีก

การจัดกิจกรรมอีกรูปแบบหนึ่งที่ใช้สัมพันธภาพในการช่วยกำลังพลให้หยุดใช้ยาเสพติด คือ การจัดให้มีที่ปรึกษาแก่กำลังพลเหล่านี้ ซึ่งที่ปรึกษา คือ ผู้บังคับบัญชา ผู้รับผิดชอบ หรือผู้ได้รับมอบหมายจากหน่วย โดยกำหนดช่วงเวลาที่แน่นอนในการพบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้กำลังพลได้พูดคุย ปรึกษาปัญหา ระบายความ คับข้องใจ รู้สึกว่ามีคนเข้าใจ เป็นห่วงเป็นใย มีคุณค่า ได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์และมีกำลังใจในการเลิก ยาเสพติด

รูปแบบการจัดกิจกรรมที่ปรึกษา ดังต่อไปนี้

๑. การเป็นที่ปรึกษารายบุคคล
๒. การเป็นที่ปรึกษารายกลุ่ม (กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน)

๑. การเป็นที่ปรึกษารายบุคคล

ในการสนทนากับกำลังพลเพื่อให้เลิกเสพยาเสพติดนั้น ที่ปรึกษาควรมีความเข้าใจในแนวทางต่อไปนี้

- ๑.๑ การใช้แนวทาง 5R ในการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด
- ๑.๒ แนวทางและขั้นตอนการสนทนา

๑.๑ การใช้แนวทาง 5R ในการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกใช้ยาเสพติด

แนวทาง 5R เป็นวิธีการที่นิยมใช้ในการช่วยผู้ที่สูบบุหรี่เกิดแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งในที่นี้นำมา ประยุกต์ใช้กับการสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดประเภทอื่น ๆ ประกอบด้วย

๑. การพูดสิ่งที่มีความสัมพันธ์ (Relevance)
๒. ความเสี่ยง (Risks)
๓. รางวัล (Rewards)
๔. การขัดสิ่งกีดขวาง (Road blocks)
๕. การย้ำ (Repetition)

๑. การพูดสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับผู้ติดยาเสพติด (Relevance) พูดให้ตรงประเด็นและสอดคล้อง กับสิ่งที่กำลังพลสนใจ เป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อตัวเขา เช่น ผลเสียจะเกิดขึ้นต่อเขาหรือคนที่สำคัญต่อเขา เช่น ปัญหาครอบครัว การรับโทษทางกฎหมาย ความเจ็บป่วย เพื่อจูงใจให้ผู้ติดยาเสพติดเห็นความสำคัญของการ เลิกยาเสพติด และสามารถพูดได้ว่า การเลิกยาเสพติดมีความสำคัญอย่างไรกับตนเอง

๒. ความเสี่ยง (Risks) ให้ข้อมูลกับผู้ติดยาเสพติด ถึงความเสี่ยง ข้อเสีย ความผิดทางกฎหมาย อันตราย โรคที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด แล้วจูงใจให้กำลังพลพูดถึงผลทางลบของการใช้ยาเสพติดกับชีวิตของเขา โดยความเสี่ยงเหล่านั้นต้องมีความสำคัญต่อตัวของกำลังพล (ไม่ใช่มีความสำคัญตามความคิดของที่ ปรึกษา) รวมถึงการพูดถึงความเสี่ยงในระยะสั้นและระยะยาว

๓. รางวัล (Rewards) ให้ข้อมูลถึงข้อดีที่จะได้รับจากการเลิกยาเสพติด เป็นการจูงใจให้กำลังใจให้กำลังใจพลบอกให้ได้ว่า ถ้าหยุดใช้ยาเสพติดแล้วจะเกิดผลดีอย่างไรกับชีวิตของเขา พยายามจับประเด็นว่าอะไรมีความสำคัญสำหรับเขา และดึงจุดนั้นขึ้นมาเป็นประเด็นในการสนทนา ตัวอย่างเช่น

- เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับลูก/ ภรรยา
- พ่อแม่ภูมิใจ
- การมีสุขภาพดีขึ้น
- ตนเองรู้สึกดี มีคุณค่า
- การใช้ชีวิตแบบเปิดเผยไม่ต้องหลบซ่อน
- เงินทองมีเหลือเก็บ มีเพียงพอสำหรับการใช้จ่ายที่จำเป็น
- การได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้าน

๔. การขจัดสิ่งกีดขวาง (Road blocks) พยายามสนทนาเพื่อหาอุปสรรค ปัญหา สิ่งที่เป็นข้อขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถเลิกยาเสพติด รวมถึงร่วมกันหาวิธีแก้ไขปัญหานั้น ตัวอย่างอุปสรรค เช่น

- ยังมีความสุขกับการใช้ยาเสพติดอยู่
- กลัวทำไม่สำเร็จ กลัวเสียหน้า
- รู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้
- ไม่มีคนคอยสนับสนุนให้กำลังใจ
- กลัวเกิดอาการถอนยา/ อายากยา/ เสียนยา
- กลัวเพื่อนเลิกคบ
- กลัวเหงา

๕. การย้ำ (Repetition) สนทนาในประเด็นที่ ๑ - ๔ ข้างต้น ซ้ำ ๆ ทุก ๆ ครั้งของช่วงระยะเวลาการพบที่ปรึกษา เป็นการสร้างแรงจูงใจและจะต้องให้กำลังใจทุกครั้งที่พบกัน

ในกรณีกำลังใจพลพยายามเลิกใช้ยาเสพติดแต่ไม่สำเร็จ ที่ปรึกษาควรให้กำลังใจและบอกให้รู้ว่าการเลิกยาเสพติดเป็นเรื่องยาก คนที่ทำได้สำเร็จมักต้องใช้ความพยายามหลายครั้ง

๑.๒ แนวทางและขั้นตอนการสนทนา

ในบริบทของการเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้คำปรึกษาแก่กำลังพลที่ติดยาเสพติดนั้น ที่ปรึกษาจะต้องสามารถพูดคุยเพื่อสร้างแรงจูงใจและช่วยให้กำลังใจมีแนวทางในการเลิกยาเสพติด โดยใช้กระบวนการสนทนา ๓ ขั้นตอน ร่วมกับการให้กำลังใจและใช้วินัยทหารควบคู่กันไป เพื่อให้ทหารสามารถควบคุมตนเองและเลิกยาเสพติดได้ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้กำลังใจพลที่ติดยาเสพติดเกิดความไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อที่ปรึกษา
๒. เพื่อให้กำลังใจพลที่ติดยาเสพติดมีความตระหนักในปัญหาและค้นหาแรงจูงใจที่จะเลิกยาเสพติด
๓. เพื่อให้กำลังใจพลที่ติดยาเสพติดสามารถวางแผนการเลิกยาเสพติด
๔. เพื่อให้กำลังใจพลที่ติดยาเสพติดเลิกยาเสพติดโดยมีผู้ช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษา

กระบวนการสนทนา แบ่งเป็น ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะที่ ๑ : การเปิดการสนทนา

ระยะที่ ๒ : การดำเนินการสนทนา

ระยะที่ ๓ : การปิดการสนทนา

ระยะที่ ๑ : การเปิดการสนทนา เป็นระยะที่ที่ปรึกษาใช้การสนทนาและการแสดงออกด้วยความจริงใจ เพื่อช่วยให้กำลังพลฯ รู้สึกถึงความเป็นมิตร ไว้วางใจ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของการสนทนา

กระบวนการ	วิธีการ	ตัวอย่าง	5R
การสร้างสัมพันธภาพ	ทักทาย พูดคุย เรื่องทั่วไป	-“วันนี้เป็นอย่างไรบ้าง” -“เมื่อคืนนอนหลับหรือไม่” -“อาหารวันนี้เป็นอย่างไรบ้าง” -“ได้คุยกับที่บ้านหรือไม่ เป็นอย่างไรบ้าง” -“คุณรู้สึกอย่างไรกับการมาพบผมในวันนี้” -“คิดว่าเพราะอะไร ผมจึงเชิญคุณมาคุยด้วย”	
	สนทนาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์	-“ที่เรามาคุยกันวันนี้เพราะพบว่าคุณใช้ (ชนิดของยาเสพติด) หน่วยจึงเห็นว่า จะต้องช่วยให้คุณเลิกใช้ (ชนิดของยาเสพติด) ให้ได้ เพื่อตัวคุณเอง” -“คุณคิดอย่างไรกับเรื่องนี้” -“ผมจะเป็นพี่เลี้ยง ช่วยคุณเลิกเสพยา ถ้ารู้สึกไม่สบายใจอย่างไร ก็สามารถพูดคุยกับผมได้” -“หน่วยเห็นความสำคัญ และมีความเป็นห่วงเรื่องคุณ” *เน้นประโยชน์ที่ตัวกำลังพลฯ จะได้รับ	
	ให้กำลังใจ	-“ที่ผ่านมามีคุณทำได้ดีแล้ว อาจมีพลังเหลือบ้าง ตอนนี้ขอให้เริ่มต้นใหม่” -“ผมเชื่อว่า คุณสามารถเลิกเสพยาได้”	การให้กำลังใจในทุกครั้งที่พบกัน (Repetition)
	ตกลงบริการ	-“เราจะมาคุยกันในทุกวันพุธ ใช้เวลาประมาณ ๓๐ - ๔๕ นาที เพื่อมาช่วยกันดูว่าคุณเป็นอย่างไรบ้าง มีอะไรที่ผมจะช่วยคุณได้บ้าง” -“ผมจะรักษาเรื่องที่เราร่วมกันไว้เป็นความลับ ยกเว้นว่าเรื่องนั้นเป็นประโยชน์หรืออันตรายต่อตัวคุณ ผมอาจจะนำไปปรึกษากับเจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์”	

ระยะที่ ๒ : การดำเนินการสนทนา

- เป็นการสนทนาเพื่อให้กำลังพลฯ ได้ค้นหาสาเหตุของการเสพ การกลับไปเสพซ้ำ และวางแผนการแก้ปัญหา เน้นให้รู้จักตัวกระตุ้นและการจัดการตัวกระตุ้น (รายละเอียดใน ส่วนที่ ๔ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Matrix Program) การประยุกต์ใช้ตามแนวทางกรมแพทย์ทหารเรือ พ.ศ. ๒๕๖๑ กิจกรรมที่ ๒ - ๔) โดยใช้เทคนิค 5R

- ใช้เทคนิค 5R โดยโยงให้เห็นความสัมพันธ์ของการเสพ/ หยุดเสพ ที่มีผลต่อตัวของกำลังพลฯ

กระบวนการ	วิธีการ	ตัวอย่าง	5R
สร้างแรงจูงใจทั้งทางบวกและทางลบ	ให้เห็นถึงข้อเสียในการเสพ และผลกระทบทางลบ	- “การติดยาส่งผลกระทบต่ออะไรบ้าง” - “ครอบครัว คนรอบข้าง ที่ทำงานพูดถึงเรื่องนี้อย่างไรบ้าง” หัวข้อสนทนาในข้อเสียต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตัวของกำลังพล เช่น - สมองติดยา : ทำให้สมองเสียหาย กลายเป็นโรคซึมเศร้า มีปัญหาทางจิต - อนาคตการทำงาน / การสมัครเข้ารับราชการทหารต่อ เช่น หากนายจ้างรู้ว่าเราใช้ยา จะส่งผลให้เกิดความไม่ไว้วางใจ ไม่รับเข้าทำงานต่อ - การถูกลงโทษ/ งดชุดพัก - ทำให้ครอบครัวเสียใจ	- เน้นความเสี่ยง (Risk) ให้กำลังพลฯ รู้ถึงผลเสียของการติดยาเสพติด - พูดในสิ่งที่มีความสำคัญและมีความสัมพันธ์กับกำลังพลฯ (Relevance)
	ข้อดีในการเลิกเสพยาเสพติด	- “ถ้าไม่ใช่...(ยาเสพติด) จะส่งผลดีอะไรกับตัวคุณบ้าง” (ไม่ถูกลงโทษ สุขภาพดีขึ้น ครอบครัวดีใจ มีเงินเหลือเก็บ) - “ถ้าคุณเลิกเสพได้ อยากให้รางวัลอะไรแก่ตนเอง” * เมื่อเลิกเสพได้ให้รู้จักชื่นชมตัวเองเป็นระยะ แม้เป็นช่วงสั้น ๆ ก็ตาม	- การให้รางวัล (Reward)
ค้นหาปัญหา ค้นหาปัญหา (ต่อ)	ค้นหาตัวกระตุ้นภายใน/ภายนอก	- “ตอนนี้ให้คุณทบทวนตัวเอง ว่าอะไรคือตัวกระตุ้นที่ทำให้ใช้สารเสพติด เพื่อที่เราจะได้ช่วยกันหาแนวทางในการเลิกเสพยา” - “ก่อนการใช้สารเสพติด เกิดเหตุการณ์อะไรกับคุณบ้าง” - “เหตุผลอะไรที่ทำให้คุณกลับไปใช้ยาเสพติดอีก” - “คุณคิดอย่างไรต่อตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้น”	- พูดในสิ่งที่มีความสำคัญและมีความสัมพันธ์กับตัวของกำลังพลฯ (Relevance)

กระบวนการ	วิธีการ	ตัวอย่าง	5R
	ค้นหาตัวกระตุ้นภายใน/ภายนอก (ต่อ)	ประเภทของตัวกระตุ้น - ตัวกระตุ้นภายใน ได้แก่ อารมณ์ทางลบ (เสียใจ เหม่า เศร้า โกรธ) อารมณ์ทางบวก (ร่าเริง ดีใจ สบายใจ) ความเครียด - ตัวกระตุ้นภายนอก ได้แก่ เวลาว่าง วันหยุด ชุมชน กลุ่มเพื่อนที่เคยเสพด้วยกัน สถานที่ที่เคยเสพ ได้รับเงินเดือน ต้มเหล้า	
วางแผนแก้ปัญหา	ร่วมกันวางแผนในการแก้ปัญหาและหาแนวทางในการปฏิบัติ	“ที่ผ่านมาคุณจัดการตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นอย่างไร” “วิธีไหนที่คุณคิดว่าจะได้ผล” “จะปฏิเสธเพื่อนที่เอายามาให้ได้อย่างไร” “จะหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นได้อย่างไร” <u>หัวข้อสนทนาอื่น ๆ</u> - สัญญาตัวเอง/ ครอบครัว/ หัวหน้าว่าจะต้องเลิกเสพยาให้ได้เริ่มตั้งแต่วันนี้ - หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เช่น ไม่พบปะกับเพื่อน หรือไปในสถานที่ที่เคยใช้ยา งดดื่มเหล้า วางแผนทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ในช่วงวันหยุด - หาวิธีการผ่อนคลายความเครียด เช่น ออกกำลังกาย ร้องเพลง พูดคุยกับคนที่ไว้ใจ - หากรู้สึกต้องการเสพยา ให้มาพบหรือโทรศัพท์พูดคุยกับผู้ช่วยเหลือได้	การจำกัดตัวกระตุ้น (Road blocks)

ระยะที่ ๓ : ปิดการสนทนา เป็นการสรุปประเด็นการสนทนา หาข้อตกลงร่วมกันในการหยุดเสพ ยึดมั่นสัญญา และกล่าวชมเชยในข้อดีที่ได้จากการสนทนากับกำลังพลฯ

กระบวนการ	วิธีการ	ตัวอย่าง	5R
การสรุป	สรุปประเด็นหาจุดชมเชยยึดมั่นสัญญานัดหมายครั้งต่อไป	- “วันนี้เราได้คุยอะไรกันบ้าง” - “ให้ยึดมั่นในสัญญาที่ตกลงกัน ว่าต้องทำได้” - “ในครั้งนี้นี้เราได้พูดคุยกัน ได้ทราบตัวกระตุ้นในการเสพ และวิธีการจัดการ จากนั้นขอให้คุณตั้งใจทำตามวิธีการที่ได้ตกลงกันไว้ หลังจากนั้นจะมีการสุ่มตรวจปัสสาวะ และมาพูดคุยกันในทุกวัน....เวลา.....(ระบุวันเวลาที่นัดหมาย) เพื่อติดตามช่วยเหลือว่าคุณเป็นอย่างไร”	การให้รางวัล (Reward)

กระบวนการ	วิธีการ	ตัวอย่าง	5R
การสรุป (ต่อ)	สรุปประเด็น หาจุดชมเชย ยึดมั่นสัญญา นัดหมายครั้งต่อไป (ต่อ)	-“ให้คิดถึงกำลังใจที่สำคัญที่ทำให้เราเลิกยาได้” -“ขอชื่นชมที่คุณมีความตั้งใจในการเลิก”	

๒. การเป็นที่ปรึกษาารายกลุ่ม (กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน)

ในหน่วยที่พบว่ากำลังใจที่ติดยาเสพติดมีจำนวนมากเกินกว่าที่จะให้การช่วยเหลือแบบรายบุคคล ที่ปรึกษาสามารถจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือแก่กำลังใจเหล่านี้ได้ โดยเป็นผู้สนับสนุนให้กำลังใจฯ ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนวทางในการเลิกยาเสพติด รวมทั้งได้รับกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกและที่ปรึกษา เพื่อให้กำลังใจฯ สามารถควบคุมตนเองและหยุดใช้ยาเสพติด โดยครั้งแรกที่ปรึกษาควรทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม โดยนั่งเป็นวงกลม ดังรูป



แหล่งที่มาของรูป : <http://www.thaiclinicpsy.org/>

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้ช่วยเหลือกัน ให้กำลังใจ สนับสนุนซึ่งกันและกัน
 ๒. เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนเข้าใจตนเองและมีแนวทางในการเลิกเสพติด จากการทำกลุ่มและได้เห็นพัฒนาการของสมาชิกในกลุ่ม
 ๓. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเลิกใช้ยาเสพติดโดยมีกลุ่มเป็นผู้สนับสนุน
- กลไกการทำงานของกลุ่ม

๑. สมาชิกมีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน
๒. สมาชิกที่ให้คำแนะนำคนอื่น จะมีความชำนาญเพิ่มขึ้น
๓. สมาชิกยอมรับคำแนะนำเพราะเข้าใจกัน
๔. คำแนะนำที่ได้จากกลุ่ม นำไปปฏิบัติได้ง่าย
๕. สมาชิกจะยอมรับคำแนะนำจากกลุ่มเพราะเชื่อว่าจริง
๖. สมาชิกได้ระบายความทุกข์กับคนที่รู้ใจกัน
๗. สมาชิกรู้สึกมีคุณค่าที่ได้ช่วยเหลือคนอื่น
๘. สมาชิกยอมรับว่าปัญหาที่เกิดขึ้นของตน ก็เหมือนคนอื่นในกลุ่ม

เวลาในการดำเนินการ : ๔๐ - ๔๕ นาที

วิธีการดำเนินการ : ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยตรง (ที่ปรึกษาเป็นผู้นำกลุ่มใน ๒ - ๓ ครั้งแรก เพื่อเป็นตัวอย่างให้สมาชิกเข้าใจวิธีการในการพูดคุยกัน จากนั้นเมื่อสมาชิกเข้าใจแนวทาง ให้เลือกสมาชิกที่มีลักษณะความเป็นผู้นำ ให้เป็นผู้นำกลุ่ม โดยที่ปรึกษาเป็นผู้ช่วยในการพูดคุย และเสริมในหัวข้อสำคัญที่ขาดไป) การทำกลุ่มเน้นให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสแสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็น

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. การสร้างสัมพันธภาพ

๑.๑ การแนะนำตัวสมาชิกในกลุ่ม

๑.๒ ทักทายเรื่องทั่วไป

“วันนี้ที่หน่วยเป็นอย่างไรบ้าง”

“อากาศเป็นอย่างไร”

“เมื่อเช้านี้กินข้าวกับอะไร”

“จะได้กลับบ้านกันเมื่อไหร่”

“อยู่พลัดไหนกันบ้าง”

“วันนี้รู้สึกอย่างไรบ้าง”

๑.๓ ผู้นำกลุ่มกล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการจัดกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้

“ในวันนี้ที่เรามาพบกันเพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเลิกยาเสพติด ซึ่งประสบการณ์ของสมาชิกทุกคนถือเป็นประโยชน์แก่เพื่อนสมาชิก เรามาช่วยกันให้กำลังใจและเลิกยาเสพติดให้ได้ ขอให้รักษาความลับในกลุ่ม ไม่นำไปพูดกันภายนอกกลุ่ม ”

๒. การมีส่วนร่วม โดยมีประเด็นที่สามารถนำมาเป็นหัวข้อในการสนทนา ดังนี้

๒.๑ ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มเล่าประสบการณ์ในการเลิกยาเสพติด

“หลายคนคงมีประสบการณ์ในการเลิกยาเสพติดที่ผ่านมา ขอให้เล่าให้สมาชิกฟังเพื่อที่จะหาแนวทางในการเลิกยาเสพติดที่เหมาะสมกับตนเอง” (กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเล่าเรื่องของตนเอง)

๒.๒ ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการเลิกยาเสพติด (ค้นหาตัวกระตุ้น)

“คุณคิดว่าอะไรคือปัญหาและอุปสรรคในการเลิกยาเสพติดของคุณ”

“ตัวกระตุ้นในการใช้ยาเสพติดของคุณคืออะไร”

๒.๓ ผู้นำกลุ่มพูดถึงแรงจูงใจที่จะช่วยเลิกยาเสพติด

“ให้คิดถึงกำลังใจที่สำคัญว่าเราจะเลิกเสพยาเพื่ออะไร เพื่อใคร”

“เวลาที่เรต้องการเสพยา ให้ยึดมั่นในกำลังใจนี้”

๒.๔ ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันรวบรวมแบบอย่างประสบความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคตลอดจนแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด

“คุณคิดว่าวิธีการใดที่เพื่อนสมาชิกเล่าให้กลุ่มฟัง เป็นวิธีที่ดีและควรทำตาม”

“คิดว่าวิธีใดที่เหมาะสมกับตนเอง”

๓. ยึดมั่นสัญญา

๓.๑ ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกสร้างพันธสัญญาของตนเองในการเลิกยาเสพติด

“ขอให้สมาชิกทุกคนสร้างพันธสัญญากับตนเอง เพื่อให้เรายึดมั่น ไม่กลับไปใช้ยาเสพติดอีก”

“ขอให้เชื่อมั่นในตนเอง ว่าฉันต้องทำได้”

๔. สรุป

๔.๑ ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจและให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

“ผมขอชื่นชม และเป็นกำลังใจให้ทุกคนที่มีความมุ่งมั่น ผมเชื่อว่าทุกคนจะสามารถเลิกยาได้ตามที่ตั้งใจไว้”

“ขอให้สมาชิกกล่าวให้กำลังใจเพื่อนทีละคน”

๔.๒ ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุป

“แต่ละคนมีแนวทางการเลิกใช้ยาเสพติดต่างกัน มีปัญหาและอุปสรรคต่างกัน ซึ่งบางครั้งทำให้ไม่สามารถเลิกเสพยาได้อย่างถาวร ในการเลิกใช้ยาเสพติด จึงควรมีอะไรผลักดันให้เราเลิกได้ ซึ่งการที่เราได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อน ทำให้เราสามารถที่จะเรียนรู้วิธีต่าง ๆ ในการเลิกเสพยา และเลือกวิธีที่

เหมาะกับตัวเองได้”

“จากนี้จะมีการนัดหมายพูดคุยในครั้งต่อไปในวันที่.....เวลา.... ระหว่างนี้หน่วยจะมีการ
ส่งตรวจปัสสาวะ เพื่อช่วยให้พวกเราสามารถควบคุมตนเองได้”

.....

บรรณานุกรม

กรมแพทย์ทหารเรือ. (๒๕๕๖). ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและยาเสฟตีดสำหรับ กำลังพลสายแพทย์. กรุงเทพฯ:
ศรีเมืองการพิมพ์.

ทิพาวดี เอมะวรรณะ. จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับ. (๒๕๕๗). จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสฟตีด.

กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เทิดศักดิ์ เดชคง และคณะ. (๒๕๕๕). คู่มืออบรมสำหรับบุคลากรคลินิกบำบัด เล่ม ๒ เรื่องการให้คำปรึกษาผู้มี
ปัญหาเสฟตีด. นนทบุรี: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสฟตีดในชุมชน.

แผนกสุขภาพจิตและบำบัดยาเสฟตีด. (๒๕๕๘). คู่มือการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ สำหรับ
กำลังพลกองทัพเรือ. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ.

ส่วนที่



ความรู้เรื่องสุขภาพจิตทหารเบื้องต้น

	หน้า
๕.๑ ความเครียดและการจัดการความเครียด	๑๘๒
๕.๒ การประเมินภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้น	๑๙๔
- แบบประเมินความเครียด (ST- 5)	๑๙๕
- การคัดกรองและประเมินโรคซึมเศร้า	๑๙๗
- แบบคัดกรองโรคจิต (Psychotic Screening Test)	๒๐๕
- แบบประเมินความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ประสบภาวะวิกฤต หลังได้รับผลกระทบ (PTSD Screening Test)	๒๐๘
๕.๓ ความเครียดจากการปฏิบัติการทางทหาร	๒๑๑
๕.๔ ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากความเครียด การดูแลเบื้องต้น และการส่งกลับสายแพทย์ในผู้ป่วยจิตเวช	๒๒๓
- ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากความเครียดและการดูแลเบื้องต้น	๒๒๓
• ภาวะวิตกกังวล (anxiety)	๒๒๔
• พฤติกรรมรุนแรง (violent behavior)	๒๒๖
• โรคจิตเฉียบพลัน (acute psychosis)	๒๒๗
• ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย (depression, depressive disorder and suicide)	๒๒๘
• กลุ่มอาการหายใจถี่ (hyperventilation syndrome)	๒๓๘
• ภาวะเพ้อ (delirium)	๒๓๙
• กลุ่มอาการถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal syndrome)	๒๔๓
- การจัดการเบื้องต้นสำหรับผู้มีพฤติกรรมรุนแรง/ควบคุมตนเองไม่ได้ และการผูกมัด/การจำกัดสถานที่	๒๔๔
- การส่งกลับสายแพทย์ในผู้ป่วยจิตเวช	๒๔๘

๕ ความรู้เรื่องสุขภาพจิตทหารเบื้องต้น

๕.๑ ความเครียดจากการปฏิบัติการทางทหาร

ความเครียด (stress) เป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจ ที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจ หรือประสบกับเหตุการณ์ที่เกินความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ และทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย

ความเครียดเป็นปฏิกิริยาร่างกายก็จะเตรียมพร้อมที่จะ “สู้” หรือ “หนี” เมื่อเผชิญกับความกดดัน การคุกคามหรือบีบคั้นทางด้านจิตใจและร่างกาย จากเหตุการณ์ต่าง ๆ ตั้งแต่เหตุการณ์เล็กน้อยที่เป็นเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน จนถึงเหตุการณ์สำคัญหรือร้ายแรง เป็นการเพื่อปรับสมดุลร่างกายและจิตใจให้อยู่ในภาวะปกติในสภาวะการณ์อย่างเดียวกันแต่ละคนจะมีการแสดงออกที่แตกต่างกัน

ความเครียดในระดับพอดี ๆ จะช่วยกระตุ้นให้มีพลัง มีความกระตือรือร้นในการต่อสู้ชีวิต ช่วยผลักดันให้เอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดีขึ้น การละเลยและไม่ได้จัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นประจำทุกวัน จะก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ซึ่งหากมากเกินไปและยังคงอยู่เป็นเวลานานจะบั่นทอนสุขภาพกายและสุขภาพใจ เมื่อใดที่ความเครียดมีมากเกินไป จนควบคุมไม่ได้ เมื่อนั้นต้องหาวิธีผ่อนคลายความเครียด

ปฏิกิริยาร่างกายอยู่ในภาวะเครียด มีดังนี้

- หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น เพื่อสูบฉีดโลหิตและนำออกซิเจนรวมถึงสารอาหารต่าง ๆ ไปเลี้ยงเซลล์ทั่วร่างกาย พร้อมกับขจัดของเสียออกจากกระแสโลหิตอย่างรวดเร็ว
- การหายใจเร็วขึ้น แต่เป็นการหายใจตื้น ๆ
- มีการขับฮอร์โมนต่าง ๆ เข้าสู่กระแสโลหิต
- ม่านตาขยายเพื่อให้ได้รับแสงมากขึ้น
- กล้ามเนื้อหดเกร็งเพื่อเตรียมการเคลื่อนไหว สู้หรือหนี
- เส้นโลหิตบริเวณระบบทางเดินอาหารหดตัว
- เหงื่อออก เพราะมีการเผาผลาญอาหารมากขึ้น ทำให้อุณหภูมิของร่างกายเพิ่มขึ้น

สาเหตุของความเครียด เกิดได้จาก ๓ สาเหตุ คือ

๑. สาเหตุทางด้านร่างกาย เกิดจากสภาวะของร่างกายที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น สุขภาพ การเจ็บป่วย ทั้งรุนแรงและไม่รุนแรง การพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เพียงพอ

๒. สาเหตุทางด้านจิตใจ เกิดจากสภาวะทางจิตใจของบุคคลที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น ทัศนคติ บุคลิกภาพ นิสัยเดิม การมองตนเอง หากมีเรื่องต่าง ๆ มากกระตุ้นจะเกิดความเครียดได้ง่าย ความเครียดที่เกิดจากอุปนิสัยหรือวิธีการดำเนินชีวิต มักมีลักษณะต่อไปนี้

- ชอบแข่งขันสูง ชอบท้าทาย ชอบเอาชนะ
- เข้มงวดจริงจังเอาใจกับทุกอย่างไม่มีการผ่อนปรน
- พยายามทำอะไรหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน
- มีอารมณ์รุนแรงเป็นประจำ
- ใจร้อนจะทำอะไรต้องให้ได้ผลทันทีไม่ชอบรอนาน

๓. สาเหตุทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เช่น สภาพเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงในชีวิต การสูญเสียสิ่งที่รัก การทำงาน ภัยอันตราย มลภาวะ สภาพสังคม การแข่งขัน สัมพันธภาพ เป็นต้น

การประเมินผู้ที่อยู่ในสภาวะเครียด

ผู้ที่มีความเครียดส่วนใหญ่ จะไม่บอกว่าเป็นตัวเองเครียดแบบตรงไปตรงมา แต่อาจพูดถึงความเจ็บป่วยอื่น ๆ แทน ได้แก่ การเจ็บป่วยทางกายและทางจิตใจ บางครั้งอาจมีอาการป่วยจนต้องรักษาทางยา ผู้ที่ตกอยู่ในสภาวะความเครียด มักส่งผลกระทบต่อ ๔ ด้านดังต่อไปนี้

๑. แสดงความทุกข์ทางด้านจิตใจ ไม่สบายใจ เซ็ง เบื่อหน่าย เศร้า กลัว กังวล กลุ้มใจ โกรธง่าย ร้องไห้ รู้สึกไม่มีใครช่วยได้ อารมณ์แปรปรวน เสียสมาธิ ลืมง่าย อาจมีอาการย้ำคิดย้ำทำ

๒. มีอาการทางร่างกาย เช่น เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อเกร็ง ปวดเมื่อย หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจไม่เต็มอิ่ม อาจมีอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย รู้สึกเจ็บ แต่บอกตำแหน่งแน่นอนไม่ได้ เช่น ขา แขน หน้าอก ในผู้หญิงอาจมีประจำเดือนมาไม่ปกติ

๓. มีความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่น เคลื่อนไหวน้อยลง หรืออาจมีกิจกรรมมากกว่าปกติ ใช้จ่ายต่าง ๆ เพื่อลดความเครียด ขาดสมาธิในการทำงาน มีปัญหาการนอน เช่น นอนมากไป หรือนอนไม่หลับ ตื่นบ่อย ผื่นมาก หรือหลับกลางวันทั้ง ๆ ที่ไม่เคยหลับ เป็นต้น

๔. ความสัมพันธ์กับผู้อื่นเปลี่ยนไป เช่น ไม่สนใจใคร แยกตัว ทะเลาะขัดแย้ง พึงพาคนอื่นมากไป ตัดสินใจอะไรไม่ได้ ต้องการคนคอยช่วยเหลือ

ลำดับการเกิดความเครียด

๑. มีความเครียดต่ำ ๆ การรับรู้ดี มีความตื่นตัว มีการแสดงออกทางบวก กระตือรือร้น
๒. เริ่มหมดพลัง เครียด ปวดศีรษะ มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน
๓. เริ่มมีปฏิกิริยาตอบสนองที่ไม่เหมาะสม หงุดหงิด วิตกกังวล สมาธิไม่ดี กลัวอะไรที่บอกไม่ได้ เริ่มต่อต้าน
๔. ฮอโมนอะดรีนาลินหลั่ง ตัวสั่น ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ใจเต้นแรงและเร็ว เหงื่อออกชุ่ม อ่อนล้าในที่สุด
๕. หมดความอดทน (burn out) เกิดขึ้น เมื่อความสามารถในการจัดการกับความเครียดลดลง รู้สึกด้อยค่า ไร้ความสามารถ

ระดับของความเครียด แบ่งเป็น ๔ ระดับ คือ

๑. ความเครียดในระดับน้อย : เป็นความเครียดในชีวิตประจำวัน ซึ่งแต่ละคนสามารถปรับตัวได้เองไม่เกิดปัญหาสุขภาพของตนเอง และยังสามารถช่วยดูแลบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวและชุมชนได้

๒. ความเครียดในระดับปานกลาง : ในภาวะวิกฤตหรือภัยพิบัติบุคคลต้องเตรียมพร้อมในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ จนทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นในระดับปานกลาง ซึ่งยังถือว่าเป็นปกติเพราะทำให้เกิด กระตือรือร้นในการเผชิญปัญหา

๓. ความเครียดในระดับมาก : ในภาวะวิกฤตหรือภัยพิบัติต่าง ๆ อาจทำให้บุคคลเกิดการตอบสนองที่รุนแรงขึ้นชั่วคราว ซึ่งมักจะลดมาเป็นปกติหลังเหตุการณ์ผ่านไป อย่างไรก็ตามควรมีการจัดการกับความเครียด

๔. ความเครียดในระดับมากที่สุด : เป็นความเครียดที่รุนแรงซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะร่างกาย ทำให้อ่อนแอ เจ็บป่วยง่าย และต่อภาวะจิตใจจนอาจทำให้เกิดโรคจิตกังวล ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลของความเครียดต่อการดำเนินชีวิต

๑. ผลต่อสุขภาพกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ อาการท้องผูกท้องเสียบ่อย ๆ นอนไม่หลับ หอบหืด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ฯลฯ

๒. ผลต่อสุขภาพจิต นำไปสู่ความวิตกกังวล ซึมเศร้า กลัวอย่างไร้เหตุผล อารมณ์ไม่มั่นคง เปลี่ยนแปลงง่าย หรือโรคประสาทบางอย่าง

นอกจากนี้ ยังส่งผลไปถึงประสิทธิภาพในการทำงาน สัมพันธภาพต่อครอบครัวและบุคคลแวดล้อม และเมื่อประสิทธิภาพในงานตกต่ำ สัมพันธภาพบกพร่อง นับว่าความเครียดเป็นภัยต่อการดำเนินชีวิตอย่างยิ่ง

การจัดการกับความเครียด

คนทุกคนมีความเครียดและต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเกือบตลอดเวลา เมื่อมีความเครียดขึ้น การมีวิธีจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมจะช่วยลดปัญหาทางสุขภาพที่จะตามมาได้

แนวทางในการจัดการกับความเครียด มีดังนี้

๑. สำรวจความเครียดด้วยตนเอง : ควรหมั่นสังเกตความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมที่เกิดจากความเครียด ทั้งนี้อาจประเมินความเครียดด้วยตนเองโดยใช้แบบประเมินความเครียดก็ได้ การรับรู้ความเครียดได้เร็ว จะทำให้แก้ไขสาเหตุของความเครียดได้ทัน เนื่องจากความเครียดจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม

สัญญาณเตือนให้รู้ว่าเกิดความเครียดแล้ว มีดังนี้

- ความผิดปกติทางร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ ไมเกรน ท้องเสียหรือท้องผูก นอนไม่หลับหรือง่วงเหงาหาวนอนตลอดเวลา ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เบื่ออาหารหรือกินอาหารมากกว่าปกติ ท้องอืดท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย ประจำเดือนมาไม่ปกติ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ มือเย็นเท้าเย็น เหงื่อออกตามมือตามเท้า ใจสั่น ถอนหายใจบ่อย ๆ ผิวหนังเป็นผื่นคัน เป็นหวัดบ่อย ๆ แผลอาการสง่าย ฯลฯ

- ความผิดปกติทางจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล คิดมาก คิดฟุ้งซ่าน หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เหงา ว่าเหว่ สิ้นหวัง หดความรูสึกสนุกสนาน เป็นต้น

- ความผิดปกติทางพฤติกรรม ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มสุรามากขึ้น ใช้สารเสพติดใช้ยานอนหลับ จู้จี้ขี้บ่น ขวนทะเลาะ มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อย ๆ ดึงผม กัดเล็บ กัดฟัน ผุดลุกผุดนั่ง เจียบขริม กัดนิ้ว เป็นต้น

๒. เมื่อรู้ตัวว่าเครียดจากปัญหาใด ให้พยายามแก้ปัญหาให้ได้โดยเร็ว : ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด เมื่อแก้ปัญหาได้ความเครียดก็จะหมดไป การเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อแก้ปัญหาได้ดีและรวดเร็วยิ่งขึ้น

วิธีการแก้ปัญหา โดยใช้เหตุผล และความคิดพิจารณา	วิธีแก้ปัญหายังไม่เหมาะสม
๑. คิดหาสาเหตุของปัญหาด้วยใจเป็นกลาง : ไม่เข้าข้างตัวเอง ไม่โทษคนอื่น	๑. แก้ปัญหาแบบใช้อารมณ์เป็นใหญ่ : เมื่อเจอปัญหา ให้พยายามสงบสติอารมณ์ หายใจช้า ๆ ลึก ๆ สัก ๔ - ๕ ครั้ง หรือนับ ๑ - ๑๐ ก่อนจะทำอะไรออกไป จะได้ไม่ต้องมานั่งเสียใจภายหลังจากสิ่งที่ได้ทำลงไปเพราะอารมณ์ชั่ววูบ
๒. คิดหาวิธีแก้ปัญหาหลายวิธี : ถ้าคิดไม่ออกอาจปรึกษาคนใกล้ชิดหรือผู้มีประสบการณ์มากกว่า	๒. หนีปัญหา : โดยการใช้บุหรี่ สุรา สิ่งเสพติด การพนัน เที่ยวกลางคืน ฯลฯ เพื่อช่วยให้สบายใจขึ้นชั่วคราว การเผชิญปัญหา และไม่ผัดวันประกันพรุ่งรีบแก้ปัญหาเสียแต่เนิ่น ๆ ไม่ปล่อยให้ค้างคาอยู่เป็นเวลานาน จะช่วยป้องกันความเครียดสะสมจนกลายเป็นความเครียดเรื้อรัง
๓. ลงมือแก้ปัญหาตามวิธีที่คิดไว้ : อาจต้องใช้ความกล้า อดทน หรือต้องใช้เวลาบ้าง อย่าได้ท้อถอยไปก่อน	๓. คิดแต่จะพึ่งผู้อื่น : การพึ่งพาความสามารถของตัวเอง จะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง แต่ถ้าปัญหานั้นเกินกำลังและลองใช้ความสามารถของตัวเองแล้วยังไม่ได้ผล การขอ

วิธีการแก้ปัญหา โดยใช้เหตุผล และความคิดพิจารณา	วิธีแก้ปัญหายังไม่เหมาะสม
	ความช่วยเหลือจากผู้อื่นก็เป็นเรื่องที่ดี
๔. ประเมินผล : ดูว่าวิธีที่ได้ผลหรือไม่ ถ้าไม่ได้ผลก็เปลี่ยนไปใช้วิธีอื่น ๆ ที่ เตรียมไว้ จนกว่าจะได้ผล	๔. เอาแต่ลงโทษตัวเอง : ควรให้อีกครั้งที่ตัวเองที่จะแก้ไข และไม่ ทำผิดในเรื่องเดิมซ้ำอีก การเฝ้าคิดลงโทษตัวเอง ไม่ได้ช่วย แก้ปัญหา และไม่ทำให้อะไรดีขึ้น นอกจากความทุกข์ใจ เท่านั้น
	๕. โยนความผิดให้คนอื่น : จงรับผิดชอบในสิ่งที่ได้ทำร่วมกัน การโยนความผิดให้คนอื่น ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหา มีแต่จะ ก่อให้เกิดความแตกแยกมากขึ้น

๓. เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดจากแง่ลบเป็นแง่บวก : ความคิดเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้คนเราเกิดความ
เครียด หากรู้จักคิดให้เป็น จะช่วยให้ลดความเครียดได้มาก วิธีคิดที่เหมาะสม ได้แก่

- คิดในแง่ยึดหยุ่นให้มากขึ้น : อย่าเอาแต่เข้มงวด จับผิด หรือตัดสินผิดถูกตัวเองและผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา
จงละวาง ผ่อนหนักผ่อนเบา ลดทริฐ รู้จักให้อภัย หัดลืมเสียบ้าง ชีวิตจะมีความสุขมากขึ้น
- คิดอย่างมีเหตุผล : อย่าด่วนเชื่ออะไรง่าย ๆ แล้วเก็บเอาความคิดวิตกกังวล ให้พยายามใช้เหตุผลตรวจสอบ
หาข้อเท็จจริง ไตร่ตรองให้รอบคอบเสียก่อน จะช่วยลดความกังวลลงได้
- คิดหลายแง่มุม : ลองคิดหลายด้าน ทั้งด้านดีและด้านไม่ดี เพราะไม่ว่าคนหรือเหตุการณ์อะไรก็ตาม
ย่อมมีทั้งส่วนดีและไม่ดีประกอบกันทั้งนั้น อย่ามองเพียงด้านเดียวให้ใจเป็นทุกข์ นอกจากนี้ควรหัดคิดในมุม
ของคนอื่นบ้าง จะช่วยให้มองอะไรกว้างไกลกว่าเดิม
- คิดแต่เรื่องดี : ถ้าคอยคิดแต่เรื่องร้าย จะยิ่งเครียดมากขึ้น การคิดถึงเรื่องดีให้มากขึ้นจะช่วยให้สบาย
ใจมากขึ้น เช่น คิดถึงความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา ความมีน้ำใจของเพื่อน ฯลฯ
- คิดถึงคนอื่นบ้าง : อย่าคิดหมกมุ่นอยู่กับตัวเองเท่านั้น เปิดใจให้กว้าง รับรู้ความเป็นไปของคนใกล้ชิด
และใส่ใจที่จะช่วยเหลือ บางทีอาจพบว่าปัญหาที่กำลังเครียดอยู่ช่วงนี้ดูเล็กน้อย เมื่อเทียบกับปัญหาของคนอื่น
และยิ่งถ้าได้ช่วยเหลือคนอื่นจะรู้สึกสุขใจมากขึ้น

๔. ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีที่คุ้นเคย : เมื่อรู้สึกเครียด การทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบ ทำแล้ว
เพลิดเพลิน จะช่วยผ่อนคลายความเครียดลงได้มาก ซึ่งแต่ละคนจะมีวิธีผ่อนคลายความเครียดที่แตกต่างกัน
ตามความชอบและความคุ้นเคย วิธีการคลายเครียดโดยทั่วไป เช่น การนอนหลับพักผ่อน ออกกำลังกาย ฟังเพลง
ร้องเพลง เล่นดนตรี ดูโทรทัศน์ ภาพยนตร์ ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ฯลฯ

สิ่งที่สำคัญคือ เมื่อเกิดความเครียด อย่าได้ทำสิ่งที่ไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ใช้สารเสพติด เล่น
การพนัน เที่ยวกลางคืน ฯลฯ เพราะนอกจากจะทำให้เสียสุขภาพและเงิน ยังทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาอีก
มาก เช่น เมมาแล้วขับรถทำให้เกิดอุบัติเหตุ เสียพนันแล้วทำให้เกิดหนี้สิน เป็นต้น

๕. ใช้เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียด

เทคนิคเฉพาะเพื่อใช้ในการคลายเครียด ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ
การจินตนาการ การคลายเครียดจากใจสู่กาย การนวดคลายเครียด แต่ละวิธีมีรายละเอียดแตกต่างกันออกไป
ไม่จำเป็นต้องฝึกทั้ง ๖ วิธี

๕.๑ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

๕.๒ การฝึกการหายใจ

๕.๓ การทำสมาธิ

๕.๔ การจินตนาการ

๕.๕ การคลายเครียดจากใจสู่กาย

๕.๖ การนวดคลายเครียด

เพียงเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งที่ชอบ สะดวก ทำแล้วคลายเครียดได้ดีเท่านั้นก็พอ เมื่อฝึกการคลายเครียดไปสักระยะหนึ่ง จะรู้สึกได้ว่าการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น ใจเย็นลง สบายใจขึ้น สุขภาพดีขึ้น ความจำดีขึ้น สมาธิดีขึ้น การทำงานดีขึ้น ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างดีขึ้น ฯลฯ

เทคนิคการคลายเครียดแต่ละวิธี มีรายละเอียดดังนี้

๕.๑ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

หลักการ

- ความเครียดมีผลทำให้กล้ามเนื้อหดตัว สังเกตได้จากอาการหน้ามือคว่ำขมวด กำหมัด กัดฟัน ฯลฯ
- การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อทำให้เกิดอาการเจ็บปวด เช่น ปวดต้นคอ ปวดหลัง ปวดไหล่ เป็นต้น
- การฝึกการคลายกล้ามเนื้อจะช่วยให้อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง
- ในขณะฝึก จิตใจจะจดจ่ออยู่กับการคลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ทำให้ลดการคิดฟุ้งซ่าน และวิตกกังวล

จิตใจจะมีสมาธิมากขึ้นกว่าเดิม

วิธีการฝึก

- เลือกสถานที่ที่สงบ ปราศจากเสียงรบกวน นั่งในท่าที่สบายคลายเสื้อผ้าให้หลวม ถอดรองเท้า หลับตา ทำใจให้ว่าง ตั้งสมาธิอยู่ที่กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ

- ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ ๑๐ กลุ่มดังนี้

๑. มือและแขนขวา โดยกำมือ เกร็งแขน แล้วคลาย

๒. มือและแขนซ้าย โดยทำเช่นเดียวกัน

๓. หน้าผาก โดยเลิกคิ้วสูงแล้วคลาย ขมวดคิ้วแล้วคลาย

๔. ตา แก้ม จมูก โดยหลับตาแน่น ย่นจมูกแล้วคลาย

๕. ขากรรไกร ลิ้น ริมฝีปาก โดยกัดฟัน ใช้ลิ้นดันเพดานปากแล้วคลาย เม้มปากแน่นแล้วคลาย

๖. คอ โดยก้มหน้าให้คางจดคอแล้วคลาย เงยหน้าจนสุดแล้วคลาย

๗. ออก ไหล่ และหลัง โดยหายใจเข้าลึกๆ กลั้นไว้แล้วคลาย ยกไหล่สูงแล้วคลาย

๘. หน้าท้องและก้น โดยแขม่วท้องแล้วคลาย เหยียดขา กระดกปลายเท้า แล้วคลาย

๙. เท้าและขาขวา โดยเหยียดขา งอนิ้วเท้าแล้วคลาย เหยียดขา กระดกปลายเท้า แล้วคลาย

๑๐. เท้าและขาซ้าย โดยทำเช่นเดียวกัน

ข้อแนะนำ

- ระยะเวลาเกร็งกล้ามเนื้อ ให้น้อยกว่าระยะเวลาที่ผ่อนคลาย เช่น เกร็ง ๓ - ๕ วินาที ผ่อนคลาย ๑๐ - ๑๕ วินาที เป็นต้น

- เวลากำมือ ระวังอย่าให้เล็บจิกเนื้อตัวเอง

- ควรฝึกประมาณ ๘ - ๑๒ ครั้ง เพื่อให้เกิดความชำนาญ

- เมื่อคุ้นเคยกับการผ่อนคลายแล้ว ให้ฝึกคลายกล้ามเนื้อได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องเกร็งก่อน

- อาจเลือกคลายกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนที่เป็นปัญหาเท่านั้นก็ได้ เช่น บริเวณใบหน้า ต้นคอ หลัง ไหล่ เป็นต้น ไม่จำเป็นต้องคลายกล้ามเนื้อทั้งตัว จะช่วยให้เวลาน้อยลงและสะดวกมากขึ้น

๕.๒ การฝึกการหายใจ

หลักการ

- ตามปกติคนทั่วไปจะหายใจตื้น โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอกเป็นหลัก ทำให้ได้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายน้อยกว่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาเครียด คนเราจะยิ่งหายใจถี่และตื้นมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้เกิดอาการถอนหายใจเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้น
- การฝึกหายใจเข้า ๆ ลึก ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้อง จะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด และยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้ด้วย
- การฝึกหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใส เพราะได้ออกซิเจนมากขึ้นและการถอนหายใจออกอย่างช้า ๆ จะทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวจนหมดสิ้น

วิธีการฝึก

- นั่งในท่าที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้บริเวณท้อง ค่อย ๆ หายใจเข้า พร้อม ๆ กับนับเลข ๑ ถึง ๔ เป็นจังหวะช้า ๆ ๑...๒...๓...๔... ให้มีรู้สึกวาท้องพองออก
- กลับหายใจไวชั่วครู่ นับ ๑ ถึง ๔ เป็นจังหวะช้า ๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า
- ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ ๑ ถึง ๘ อย่างช้า ๆ ๑...๒...๓...๔...๕...๖...๗...๘... พยายามไล่ลมหายใจออกหมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง
- ทำซ้ำอีก โดยหายใจเข้าช้า ๆ กลับไว แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าหายใจเข้า

ข้อแนะนำ

- การฝึกหายใจ ควรทำติดต่อกันประมาณ ๔ - ๕ ครั้ง
- ควรฝึกทุกครั้งที่มีรู้สึกเครียด รู้สึกโกรธ รู้สึกไม่สบายใจ หรือฝึกทุกครั้งที่มีนึกได้
- ทุกครั้งที่หายใจออก ให้รู้สึกได้ว่าผลักดันความเครียดออกด้วยจนหมด เหลือไว้แต่ความรู้สึกโล่งสบายเท่านั้น

- ในแต่ละวัน ควรฝึกการหายใจที่ถูกวิธีให้ได้ประมาณ ๔๐ ครั้ง แต่ไม่จำเป็นต้องติดต่อกันในคราวเดียวกัน ผลดีจากการฝึกคลายเครียด

- ขณะฝึก

อัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง

อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง

อัตราการหายใจลดลง

ความดันโลหิตลดลง

ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อลดลง

- หลักการฝึก

ใจเย็นขึ้น

ความวิตกกังวลลดลง สบายใจมากขึ้น

สมาธิดีขึ้น

ความจำดีขึ้น

ความสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น

สมองแจ่มใส คิดแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้นกว่าเดิม

๕.๓ การทำสมาธิ

หลักการ

- การทำสมาธิถือเป็นการผ่อนคลายความเครียดที่ลึกซึ้งที่สุด เพราะจิตใจจะสงบและปลอดจากความคิดที่ซ้ำซาก ฟุ้งซ่าน วิดกกังวล เศร้า โกรธ ฯลฯ
- หลักการของการทำสมาธิ คือ การเอาใจไปจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว ซึ่งในที่นี้จะใช้การนับลมหายใจเป็นหลัก และยุติการคิดเรื่องอื่น ๆ
- หากฝึกสมาธิเป็นประจำ จะทำให้จิตใจเบิกบาน อารมณ์เย็น สงบแจ่มใส หายเครียด จนตัวเอง และคนใกล้ชิดรู้สึกถึงความปลอดภัยเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีนี้ได้อย่างชัดเจน

วิธีการฝึก

ขั้นที่ ๑

๑.๑ นั่งในท่าที่สบาย จะเป็นการนั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ หรือนอนก็ได้ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย

๑.๒ หลับตา หายใจเข้า หายใจออกช้าๆ

๑.๓ เริ่มนับลมหายใจเข้าออก ดังนี้

หายใจเข้านับ ๑ หายใจออกนับ ๑

หายใจเข้านับ ๒ หายใจออกนับ ๒

นับไปเรื่อย ๆ จนถึง ๕

แล้วเริ่มนับ ๑ ใหม่

นับจนถึง ๖ และเริ่มนับ ๑ ใหม่

นับจนถึง ๗ และเริ่มนับ ๑ ใหม่

นับจนถึง ๘ และเริ่มนับ ๑ ใหม่

นับจนถึง ๙ และเริ่มนับ ๑ ใหม่

นับจนถึง ๑๐

ครบ ๑๐ ถือเป็น ๑ รอบ

แล้วเริ่มนับ ๑-๕ ใหม่ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

๑,๑ ๒,๒ ๓,๓ ๔,๔ ๕,๕

๑,๑ ๒,๒ ๓,๓ ๔,๔ ๕,๕ ๖,๖

๑,๑ ๒,๒ ๓,๓ ๔,๔ ๕,๕ ๖,๖ ๗,๗

๑,๑ ๒,๒ ๓,๓ ๔,๔ ๕,๕ ๖,๖ ๗,๗ ๘,๘

๑,๑ ๒,๒ ๓,๓ ๔,๔ ๕,๕ ๖,๖ ๗,๗ ๘,๘ ๙,๙

๑,๑ ๒,๒ ๓,๓ ๔,๔ ๕,๕ ๖,๖ ๗,๗ ๘,๘ ๙,๙ ๑๐,๑๐

๑,๑ ๒,๒ ๓,๓ ๔,๔ ๕,๕

ฯลฯ

ในการฝึกครั้งแรก อาจยังไม่มีสมาธิพอ ทำให้นับเลขผิดพลาด หรือบางทีอาจมีความคิดอื่นแทรกเข้ามาทำให้สับสนเป็นช่วงถือเรื่องปกติ ต่อไปให้พยายามตั้งสติใหม่ เมื่อมีความคิดแทรกเข้ามาก็ให้รับรู้ แล้วปล่อยให้ผ่านไป ไม่เก็บมาคิดต่อในที่สุดก็จะสามารถนับเลขได้อย่างต่อเนื่องและไม่ผิดพลาดเพราะมีสมาธิดีขึ้น

ขั้นที่ ๒

เมื่อจิตใจสงบมากขึ้น ให้เริ่มนับเลขแบบเร็วขึ้นไปอีกคือ

หายใจเข้านับ ๑ หายใจออกนับ ๒

หายใจเข้านับ ๓ หายใจออกนับ ๔

หายใจเข้านับ ๕

หายใจออกนับ ๑ ใหม่ จนถึง ๖,๗,๘,๙,๑๐ ตามลำดับ ดังนี้

๑ ๒ ๓ ๔ ๕

๑ ๒ ๓ ๔ ๕ ๖

๑ ๒ ๓ ๔ ๕ ๖ ๗

๑ ๒ ๓ ๔ ๕ ๖ ๗ ๘

๑ ๒ ๓ ๔ ๕ ๖ ๗ ๘ ๙

๑ ๒ ๓ ๔ ๕ ๖ ๗ ๘ ๙ ๑๐

๑ ๒ ๓ ๔ ๕

ฯลฯ

ขั้นที่ ๓

เมื่อนับลมหายใจได้เร็วและไม่ผิดพลาด แสดงว่าจิตใจสงบมากแล้ว คราวนี้ให้ใช้สติรับรู้ลมหายใจเข้าออกเพียงอย่างเดียว ไม่ต้องนับเลขอีก และไม่คิดเรื่องใดๆ ทั้งสิ้น มีแต่ความสงบเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

ควรฝึกสมาธิเป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะก่อนนอน จะช่วยให้นอนหลับได้ดี ไม่มีฝันร้าย

๕.๔ การจินตนาการ

หลักการ

- การใช้จินตนาการ เป็นกลวิธีอย่างหนึ่งที่จะเบี่ยงเบนความสนใจจากสถานการณ์อันเคร่งเครียดในปัจจุบัน ไปสู่ประสบการณ์เดิมในอดีตที่เคยทำให้จิตใจสงบและเป็นสุขมาก่อน
- การย้อนระลึกถึงประสบการณ์ที่สงบสุขในอดีต จะช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย ละวางจากความเครียดได้ระยะหนึ่ง
- การใช้จินตนาการเป็นวิธีการคลายเครียดได้ชั่วคราว ไม่ใช่วิธีการแก้ปัญหาที่สาเหตุ จึงไม่เหมาะที่จะนำมาใช้บ่อย ๆ
- ในขณะจินตนาการ ต้องพยายามให้เหมือนจริงที่สุด คล้ายจะสัมผัสได้ครบทั้งภาพ รส กลิ่น เสียง และสัมผัส เพื่อจะได้เกิดอารมณ์คล้อยตาม จนรู้สึกสุขสงบได้เหมือนอยู่ในสถานการณ์นั้นจริง ๆ

วิธีการฝึก

- เลือกสถานที่ที่สงบ เป็นส่วนตัว ปลอดภัยจากการรบกวนของผู้อื่น นั่งในท่าที่สบาย ถ้าได้เก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะด้วยจะเป็นการดีมาก หลับตาลง เริ่มจินตนาการถึงเหตุการณ์ที่สงบสุขในอดีต เช่น

การนั่งดูพระอาทิตย์ตก

การดำน้ำชมธรรมชาติ

การเดินชมสวนดอกไม้

การนั่งตกปลาริมตลิ่ง

- เมื่อจินตนาการจนใจสงบและเพลิดเพลินแล้ว ให้บอกสิ่งดี ๆ กับตัวเองว่า

ฉันเป็นคนดี

ฉันเป็นคนเก่ง

ฉันไม่หวั่นกลัวต่ออุปสรรคใด ๆ

ฉันสามารถชนะอุปสรรคต่าง ๆ ได้อย่างแน่นอน

- นับ ๑...๒...๓... แล้วค่อยๆ ลืมตาขึ้น คงความรู้สึกสงบเอาไว้ พร้อมทั้งจะต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคในชีวิตต่อไป

ตัวอย่างเรื่องที่จินตนาการ

- ฉันกำลังเดินเล่นริมชายหาด พื้นทรายแสนจะอ่อนนุ่มและอบอุ่นได้ยินเสียงคลื่นที่ซัดสาดเข้ามาและเสียงนกร้องเป็นระยะ ๆ

- ฉันค่อย ๆ ลุยลงไปในทะเล น้ำทะเลเย็นฉ่ำชื่นใจและใสราวกระจก มองเห็นเปลือกหอย ปลาตาว และฝูงปลาตัวเล็ก ๆ สีเงินว่ายวนเวียนไปมา

- ฉันเริ่มแหวกว่ายน้ำทะเล รู้สึกตัวเบาหวิวเป็นอิสระจากความเครียดทั้งปวง

- บรรยากาศช่างสงบ เป็นธรรมชาติ และช่วยให้ฉันผ่อนคลายได้มากเหลือเกิน

- ตอนนี้ฉันพร้อมแล้วที่จะต่อสู้กับอุปสรรคในชีวิต ฉันจะไม่หวั่นกลัวต่อสิ่งใด ฉันต้องเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างแน่นอน

๕.๕ การคลายเครียดจากใจสู่กาย

หลักการ

- ตามหลักวิชาการด้านสุขภาพจิต ถือกันว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” จิตมีอำนาจที่จะสั่งร่างกายได้

- การคลายเครียดจากใจสู่กาย จึงเป็นเทคนิคที่ผู้ฝึกสามารถผ่อนคลายได้โดยใช้ใจสั่ง หรือบอกกับตัวเองด้วยคำพูดง่าย ๆ แต่จะได้ผลถึงการผ่อนคลายในระดับจิตได้สำนึก

- คำสั่งที่ใช้ จะเน้นให้อวัยวะต่าง ๆ รู้สึกหนักและอบอุ่น เนื่องจากในภาวะเครียดกล้ามเนื้อจะเกร็งตัวและอุณหภูมิจะลดลงต่ำ

- การบอกกับตัวเองให้กล้ามเนื้อคลายตัวจนรู้สึกหนัก และทำให้ร่างกายรู้สึกอบอุ่นขึ้น จึงเป็นการช่วยคลายเครียดได้เป็นอย่างดี

วิธีการฝึก

- ก่อนการฝึกเทคนิคนี้ ผู้ฝึกควรฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี และฝึกการจินตนาการให้ชำนาญเสียก่อน จึงจะฝึกวิธีนี้ได้ผล

การปฏิบัติขณะฝึก

- นั่งในท่าที่สบาย หลับตา

- หายใจเข้า หายใจออกช้า ๆ ใช้กล้ามเนื้อกระบังลมช่วยในการหายใจ เวลาหายใจเข้า จะรู้สึกว่าท้องพองออก ส่วนเวลาหายใจออกจะรู้สึกว่าท้องแฟบ

- หายใจไปเรื่อย ๆ จนรู้สึกผ่อนคลาย

- จากนั้นให้จินตนาการอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยบอกอวัยวะนั้น ช้า ๆ กัน ๓ ครั้ง ตามลำดับดังนี้

๑. แขนขวาของฉันหนัก...ๆ...ๆ

๒. แขนซ้ายของฉันหนัก...ๆ...ๆ

๓. ขาขวาของฉันหนัก...ๆ...ๆ

๔. ขาซ้ายของฉันหนัก...ๆ...ๆ

๕. คอและไหล่ของฉันหนัก...ๆ...ๆ

๖. แขนขวาของฉันอบอุ่น...ๆ...ๆ

๗. แขนซ้ายของฉันอบอุ่น...ๆ...ๆ

๘. ขาขวาของฉันอบอุ่น...ๆ...ๆ

๙. ขาซ้ายของฉันทบอุ่น...ๆ...ๆ
๑๐. คอและไหล่ของฉันทบอุ่น...ๆ...ๆ
๑๑. หัวใจของฉันทเต้นอย่างสงบสม่ำเสมอ...ๆ...ๆ
๑๒. ฉันทหายใจได้อย่างสงบและสม่ำเสมอ...ๆ...ๆ
๑๓. ท้องของฉันทบอุ่นและสงบ...ๆ...ๆ
๑๔. หน้าผากของฉันทสบายและสงบ...ๆ...ๆ

- เมื่อทำครบแล้ว ให้ค่อยๆ ลืมตาขึ้น ขยับแขนขาให้สบาย และคงความรู้สึกสดชื่นไว้ พร้อมทั้งทำกิจกรรมต่าง ๆ ต่อไป

ผลดีจากการฝึก

เทคนิคนี้ใช้ได้ผลดีกับการรักษาอาการหรือความผิดปกติของระบบต่างๆ ของร่างกาย อันเนื่องมาจากความเครียด ได้แก่

- ระบบทางเดินหายใจ เช่น การหายใจถี่ เร็ว และอาการหอบหืด
- ระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการท้องผูก ท้องเดิน
- ระบบการไหลเวียนของเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะข้างเดียว (ไมเกรน)

นอกจากนี้ ยังช่วยลดอาการวิตกกังวล หงุดหงิด เหนื่อยล้า ฯลฯ ที่เกิดจากความเครียดได้ด้วย

๕.๖ การนวดคลายเครียด

หลักการ

- ความเครียดเป็นสาเหตุให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ปวดต้นคอ ปวดหลัง เป็นต้น
- การนวดช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ทำให้รู้สึกปลอดโปร่ง สบายตัว หายเครียด และลดอาการเจ็บปวดต่าง ๆ ลง
- การนวดที่จะนำเสนอในที่นี้ เป็นการนวดไทย ซึ่งสามารถนวดได้ด้วยตนเอง และเหมาะสำหรับผู้มีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยบริเวณต้นคอ บ่า และไหล่ อันมีสาเหตุมาจากความเครียด

ข้อควรระวัง

๑. ไม่ควรนวดขณะที่กำลังเป็นไข้ หรือกล้ามเนื้อบริเวณนั้นอักเสบ หรือเป็นโรคผิวหนัง ฯลฯ
๒. ควรตัดเล็บให้สั้นทุกครั้งก่อนนวด

หลักการนวดที่ถูกต้อง

๑. การกด ให้ใช้ปลายนิ้วที่ถนัด ได้แก่ นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้หรือนิ้วกลาง
๒. ในที่นี้ การนวดจะใช้การกด และการปล่อยเป็นส่วนใหญ่ โดยใช้เวลากดแต่ละครั้งประมาณ ๑๐ วินาที และใช้เวลาปล่อยนานกว่าเวลากด
๓. การกดให้ค่อย ๆ เพิ่มแรงทีละน้อย และเวลาปล่อยให้ค่อยๆ ปล่อย
๔. แต่ละจุด ควรนวดซ้ำ ๓ - ๕ ครั้ง

จุดที่นิ้ว มีดังนี้

๑. จุดกลางระหว่างคิ้ว ใช้ปลายนิ้วชี้ หรือนิ้วกลางกด ๓ - ๕ ครั้ง



๒. จุดใต้หัวคิ้ว ใช้ปลายนิ้วชี้ หรือนิ้วกลางกด ๓ - ๕ ครั้ง



๓. จุดขอบกระดูกท้ายทอย จุดกลาง
ใช้นิ้วหัวแม่มือกด ๓ - ๕ ครั้ง จุดสองจุดด้านข้าง
ใช้วิธีประสานมือบริเวณท้ายทอย แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้าง
กดจุดสองจุดพร้อม ๆ กัน ๓ - ๕ ครั้ง



๔. บริเวณต้นคอ ประสานมือบริเวณท้ายทอย
ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดตามแนวสองข้างของกระดูกต้นคอ
โดยกดไล่จากตีนผมลงมาถึงบริเวณบ่า ๓ - ๕ ครั้ง



๕. บริเวณบ่า ใช้ปลายนิ้วมือขวาบีบไหล่ซ้ายไล่จากบ่าเข้าหาต้นคอ
ใช้ปลายนิ้วมือซ้ายบีบไหล่ขวาไล่จากบ่าเข้าหาต้นคอ
ทำซ้ำ ๓ - ๕ ครั้ง



๖. บริเวณบ่าด้านหน้า ใช้นิ้วหัวแม่มือขวากดจุดใต้กระดูกไหปลาร้า
จุดต้นแขน และจุดเหนือรักแร้ของบ่าซ้าย
ใช้นิ้วหัวแม่มือซ้ายกดจุดเดียวกัน ที่บ่าขวา ทำซ้ำ ๓ - ๕ ครั้ง



๗. บริเวณบ่าด้านหลัง ใช้นิ้วที่ถนัดของมือขวาอ้อมไปกดจุดบน
และจุดกลางของกระดูกสะบัก และจุดรักแร้ด้านหลังของบ่าซ้าย
ใช้นิ้วที่ถนัดของมือซ้ายกดจุดเดียวกันที่บ่าขวา ทำซ้ำ ๓ - ๕ ครั้ง



บรรณานุกรม

กนกรัตน์ สุชะตุงคะ. (๒๕๕๕). คู่มือจิตวิทยาคลินิก : ภาคปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: นิโอดิจิทัล.

กรมแพทย์ทหารเรือ. (๒๕๕๖). ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและยาเสพติด สำหรับกำลังพลสายแพทย์. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๕). คู่มือคลายเครียด ฉบับปรับปรุงใหม่. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๘). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิต สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สมภพ เรืองตระกูล. (๒๕๕๖). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ ๑๐. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

๕.๒ การประเมินภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้น

ภารกิจของกำลังพลกองทัพอากาศที่มีต่อประเทศชาติด้านการปฏิบัติการทางทหาร (Military Role) เพื่อการป้องกันประเทศ ต้องเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น การปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทุกหลายด้าน รวมถึงการปรับตัวพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ที่อาจเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stress) ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในเวลาเดียวกัน ดังนั้น การที่บุคลากรสายแพทย์กรมแพทย์ทหารเรือสามารถประเมินภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้นของของกำลังพลได้ จะเป็นการช่วยเหลือกำลังพลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และกำลังพลที่กำลังประสบปัญหาทางสุขภาพจิต ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อให้กำลังพลเหล่านี้สามารถปฏิบัติภารกิจต่อกองทัพอากาศอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

แบบประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น ประกอบด้วยแบบประเมิน ๔ ชุด ดังนี้

๑. แบบประเมินความเครียด (ST- 5)
๒. การคัดกรองและประเมินโรคซึมเศร้า
๓. แบบคัดกรองโรคจิต (Psychotic Screening Test)
๔. แบบประเมินความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ประสบภาวะวิกฤตหลังได้รับผลกระทบ (PTSD Screening Test)

1. แบบประเมินความเครียด (ST- 5)

ชื่อ – สกุล..... อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
การศึกษา..... สถานภาพ..... อาชีพ.....

ความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกคน สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่าง เช่น รายได้ที่ไม่เพียงพอ หนี้สิน ภัยพิบัติต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความสูญเสีย ความเจ็บป่วย เป็นต้น ความเครียดมีทั้งประโยชน์และโทษ หากมากเกินไป จะเกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของท่านได้ขอให้ท่านลองประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0 – 3 ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

การให้คะแนน

คะแนน 0 หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี
คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง
คะแนน 2 หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง
คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในระยะ 2 - 4 สัปดาห์	คะแนน			
		0	1	2	3
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด / กระวนกระวาย / ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				
คะแนนรวม					

การแปลผลแบบประเมินความเครียด (ST- 5)

คะแนน	0 – 4	หมายถึง	ความเครียดในระดับน้อย
คะแนน	5 – 7	หมายถึง	ความเครียดในระดับปานกลาง
คะแนน	8 – 9	หมายถึง	ความเครียดในระดับมาก
คะแนน	10 – 15	หมายถึง	ความเครียดในระดับมากที่สุด

หมายเหตุ ระดับความเครียดมากขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยง

การให้คำแนะนำแก่ผู้ทำแบบประเมิน

1. **ความเครียดในระดับน้อย** : เป็นความเครียดในชีวิตประจำวัน ซึ่งแต่ละคนสามารถปรับตัวได้เอง ไม่เกิดปัญหาสุขภาพของตนเอง และยังสามารถช่วยเหลือบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวและชุมชนได้

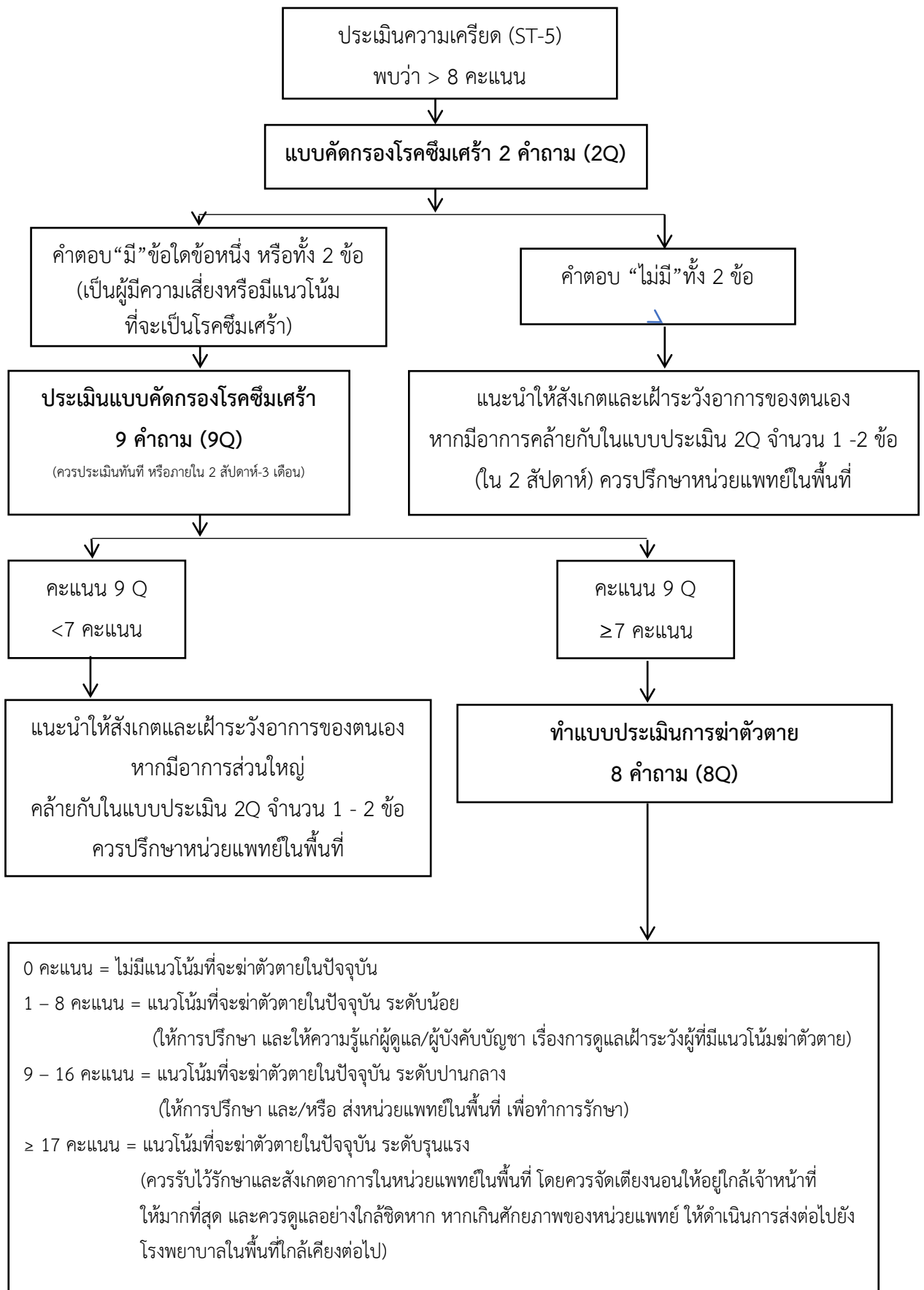
2. **ความเครียดในระดับปานกลาง** : ในภาวะวิกฤตหรือภัยพิบัติบุคคลต้องเตรียมพร้อมในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ จนทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นในระดับปานกลาง ซึ่งยังถือว่าเป็นปกติเพราะทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการเผชิญปัญหา

3. **ความเครียดในระดับมาก** : ในภาวะวิกฤตหรือภัยพิบัติต่าง ๆ อาจทำให้บุคคลเกิดการตอบสนองที่รุนแรงขึ้นชั่วคราว ซึ่งมักจะลดมาเป็นปกติหลังเหตุการณ์ผ่านไป อย่างไรก็ตาม ควรมีการจัดการกับความเครียดดังต่อไปนี้

- การฝึกการหายใจคลายเครียด
- การพูดคุยกับคนใกล้ชิด การดำเนินกิจกรรมทางศาสนา การช่วยเหลือผู้อื่นที่ประสบปัญหา จะช่วยให้ความเครียดลดลง
- การมีความหวังว่า เราจะฝ่าฟันอุปสรรคหรือปัญหาครั้งนี้ไปได้และมองเห็นด้านบวก เช่น อย่างน้อยก็ยังรักษาชีวิตไว้ได้ มีคนเห็นใจและมีการช่วยเหลือจากฝ่ายต่าง ๆ
- มองข้ามความขัดแย้งเก่า ๆ ในอดีต และรวมตัวกันช่วยให้ชุมชนผ่านวิกฤตไปได้
- ภายใน 2 สัปดาห์ ควรไปพบแพทย์เพื่อประเมินซ้ำ ว่าระดับความเครียดลดลงหรือไม่ เพราะความเครียดที่มากและต่อเนื่องอาจนำไปสู่โรคจิตกังวล ภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องได้รับการรักษาจากหน่วยแพทย์ในพื้นที่

4. **ความเครียดในระดับมากที่สุด** : เป็นความเครียดที่รุนแรงซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะร่างกาย ทำให้อ่อนแอ เจ็บป่วยง่าย และต่อภาวะจิตใจจนอาจทำให้เกิดโรคจิตกังวล ภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนั้นควรให้กำลังพลทำแบบคัดกรองและประเมินโรคซึมเศร้า และพิจารณาให้การรักษาจากหน่วยแพทย์ในพื้นที่ทันที และได้รับการดูแลต่อเนื่องไปอีก 3 - 6 เดือน

2. การคัดกรองเพื่อประเมินโรคซึมเศร้า



การชี้แจง การใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

1. ชี้แจงประโยชน์ของการคัดกรองโรคซึมเศร้าให้กับกลุ่มเป้าหมายเพื่อขอความร่วมมือและสร้างความเข้าใจความสำคัญของการคัดกรอง ดังตัวอย่างการชี้แจง

“หน่วยแพทย์ ทร. ได้เห็นความสำคัญของสุขภาพจิต โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากสมองทำงานผิดปกติ โรคนี้สามารถป้องกันและรักษาให้หายได้ หากทราบตั้งแต่เริ่มมีอาการแล้วได้รับการช่วยเหลือแต่เนิ่นๆ

วันนี้ ดิฉัน..../ผม..... ขออนุญาตทำการสัมภาษณ์ท่าน เพื่อค้นหาอาการของโรคซึมเศร้าด้วยการถามอาการที่เกิดขึ้นในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ถ้าหากท่านอนุญาต จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของท่านอย่างมากท่านยินดีให้สัมภาษณ์หรือไม่”

2. กรณีที่ได้รับอนุญาต ให้ใช้ “แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)” โดยเน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้น ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สอบถาม

3. ในขณะที่ถาม หากผู้ถูกถามไม่เข้าใจ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่ม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้ถูกถามได้ตอบตามความเข้าใจของเขาเอง ถามตามแบบคัดกรองที่ละข้อ โดยพยายามถามให้ได้คำตอบทุกข้อ

4. หากคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ แสดงว่าผู้ถูกถามมีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ให้แจ้งผล และให้การประเมินโรคซึมเศร้าด้วย “แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)” ทันที หรือภายใน 2 สัปดาห์ แต่ไม่ควรนานเกิน 3 เดือน”

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไป

ยศ - ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี HN.....

เพศ () ชาย () หญิง

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ส่วนที่ 2

คำถาม	ระยะเวลา	มี	ไม่มี
1.	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู เศร้าหรือท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่		
2.	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

หมายเหตุ

- ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม หมายถึง ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้าในขณะนี้
- ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า หรือมีโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

การแปลผล แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

1. ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม หมายถึง ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้าในขณะนี้ โดยให้แจ้งผล ดังนี้
“ผลจากการสัมภาษณ์...ท่านไม่มีอาการสำคัญของโรคซึมเศร้าในขณะนี้ แต่ก็ควรสังเกตและเฝ้าระวังอาการของท่านเอง หากมีอาการคล้ายกับที่ถามไปแล้ว ควรปรึกษาหน่วยแพทย์ในพื้นที่”
2. ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า หรือมีโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ให้กำลังพลทำ “แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)” ทันที หรือภายใน 2 สัปดาห์-3 เดือน

แนวทางในการแจ้งผลและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (หลังทำแบบคัดกรอง 2Q) พบว่าผู้ถูกถาม ตอบว่า “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2)

ให้บุคลากรสายแพทย์ปฏิบัติ ดังนี้

1. หลังคัดกรองเสร็จ ให้ประเมินความรู้เดิมของผู้ถูกถามก่อนว่า “ไม่ทราบที่ท่านรู้จักหรือเคยได้ยินเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าหรือไม่”
2. ถ้าผู้ถูกถามตอบว่า “เคย” ให้ถามต่อว่า “เท่าที่ท่านทราบมา...โรคนี้เป็นอย่างไร”
หากผู้ถูกถามบอกได้ถูกต้อง ให้ชื่นชมว่า “มีความรู้ดีมาก” แต่หากตอบไม่ถูกต้อง ผู้สัมภาษณ์ต้องเพิ่มเติมตามคำอธิบายเช่นเดียวกับกรณีที่ผู้ถูกถามตอบว่า “ไม่เคย”
3. ถ้าผู้ถูกถามตอบว่า “ไม่เคย” บุคลากรสายแพทย์จะต้องให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า พอสังเขป ดังนี้
 - “โรคซึมเศร้า ไม่ใช่โรคจิตหรือวิกลจริต เป็นบ้า โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมองอย่างหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อไม่อยากทำอะไรเหนื่อยง่ายไม่ค่อยมีแรง บางรายทำงานไม่ได้ หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย โรคนี้มีอาการเป็นๆ หายๆ เรื้อรัง สามารถรักษาให้หายได้ ถ้าตรวจพบแต่เนิ่น ๆ และรักษาถูกวิธีด้วยยาและจิตบำบัด” (รายละเอียดอยู่ใน ส่วนที่ 5.4 หัวข้อ 4 ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย)
 - ถ้ามีอาการน้อย ๆ สามารถลดอาการด้วยการออกกำลังกาย ครั้งละ 30 – 45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ยกเว้นในผู้ที่มีข้อจำกัดห้ามออกกำลังกาย”
4. แจ้งผลการคัดกรอง โดยบอกผู้ถูกถามว่า “จากการคัดกรองเบื้องต้น พบว่า ท่านมีโอกาสที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ดังนั้น ควรตรวจให้เร็วที่สุด ใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)) คือ ตรวจทันที หรือภายใน 2 สัปดาห์ - 3 เดือน เพื่อที่จะได้รับการช่วยเหลือและรักษาแต่เนิ่น ๆ เป็นการป้องกันไม่ให้โรคลุกลามรุนแรงหรือเรื้อรัง”
5. ในกรณีที่ผู้ถูกถาม ไม่ขอรับการประเมิน 9Q ผู้สัมภาษณ์(บุคลากรสายแพทย์)จะต้องส่งข้อมูลให้หน่วยต้นสังกัดอาการต่อ และหน่วยแพทย์ในพื้นที่ที่จะต้องให้การดูแลเป็นระยะ ๆ เพื่อติดตามให้ได้รับการประเมินต่อไป
6. หน่วยแพทย์ในพื้นที่รวบรวมผลการคัดกรองทั้งหมด

การชี้แจง การใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

1. ถามผู้ถูกถามเป็นรายบุคคล

2. อธิบายที่มาและลักษณะของการประเมินด้วย 9Q

“วันนี้ ดิฉัน..../ผม..... ขออนุญาตทำการสัมภาษณ์ท่าน เนื่องจากจากการคัดกรองเบื้องต้น (แบบคัดกรอง 2Q) พบว่า พบว่า ท่านมีโอกาสที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ดังนั้น ควรตรวจให้เร็วที่สุด (ใช้แบบประเมิน 9Q) เพื่อที่จะได้รับการช่วยเหลือและรักษาแต่เนิ่น ๆ เป็นการป้องกันไม่ให้โรคลุกลามรุนแรงหรือเรื้อรัง”

3. ถามทีละข้อ เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมารวมถึงวันนี้

4. หากผู้ถูกถามไม่เข้าใจ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่ม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้ถูกถามได้ตอบตามความเข้าใจของตนเอง

5. ถ้าพบว่า คะแนน $9Q \geq 7$ ให้สุขภาพจิตศึกษา และให้ทำ “แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)” ทันที

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ชื่อ - สกุล.....อายุ..... ปี HN

ลำดับ คำถาม	ในช่วง 2 สัปดาห์ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีความรู้สึก/อาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1 - 7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็น ทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟัง วิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3

คะแนนรวมทั้งหมดคะแนน

การแปลผล แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 ค่ำถาม (9Q)

การคิดคะแนน

ตอบ	ไม่มีเลย	=	0	คะแนน
	เป็นบางวัน 1 - 7 วัน	=	1	คะแนน
	เป็นบ่อย > 7 วัน	=	2	คะแนน
	เป็นทุกวัน	=	3	คะแนน

การแปลผลคะแนนรวม

คะแนนรวม	การแปลผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือมีอาการของโรคซึมเศร่ำระดับน้อยมาก
7 - 12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย (ส่งหน่วยแพทยในพื้นที่)
13 - 18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง (ส่งหน่วยแพทยในพื้นที่)
≥ 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง (ส่งหน่วยแพทยในพื้นที่)

หมายเหตุ ผลการประเมินด้วย 9Q ≥ 7 คะแนน ให้ประเมินแนวโนม้การฆ่าตัวตาย 8Q ทันที

แนวทางในการแจ้งผลและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ผู้ป่วยโรคโรคซึมเศร้า (หลังทำแบบประเมิน 9Q)
ให้บุคลากรสายแพทยปฏิบัติ ดังนี้

1. ผลรวมคะแนน < 7 คะแนน ถือว่า เป็นผู้ผู้ป่วยซึมเศร่ำที่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือมีอาการของโรคซึมเศร่ำระดับน้อยมาก

1.1 แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้า และให้สุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเอง (รายละเอียดอยู่ใน ส่วนที่ 5.4 หัวข้อ 4 ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย)

1.2 แนะนำให้สำรวจ/ประเมินโรคซึมเศร้าด้วยตนเอง หากมีอาการตามแบบคัดกรอง 2Q (1 หรือ 2 ข้อ) ควรมาพบบุคลากรสายแพทยเพื่อประเมิน 9Q อีกครั้ง

2. ผลรวมคะแนน ≥ 7 คะแนน ควรให้ทำ “แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 ค่ำถาม (8Q)” ทันที และควรแจ้งผลการประเมินให้หน่วยต้นสังกัดทราบ เพื่อการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย
บุคลากรสายแพทยควรดำเนินการ ดังนี้

2.1 ถ้าผลรวมคะแนน 7 - 12 คะแนน ถือว่า เป็นผู้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับน้อย

- แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้า และให้สุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้า และการออกกำล้งกาย
- บุคลากรสายแพทย ควรให้การปรึกษาผู้ผู้ป่วยให้สามารถแก้ปัญหาทุกข้อใจ (รายละเอียดอยู่ใน ส่วนที่ 5.4 หัวข้อ 4 ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย)
- นัดติดตามประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

2.2 ถ้าผลรวมคะแนน 13 – 18 คะแนน ถือว่า เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับปาน

กลาง

- แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้า และให้สุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้า และการออกกำลังกาย
- บุคลากรสายแพทย์ ควรให้การปรึกษาผู้ป่วยให้สามารถแก้ปัญหาทุกข้อใจ (รายละเอียดอยู่ในส่วนที่ 5.4 หัวข้อ 4 ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย)
- แจ้งแพทย์ประจำหน่วย เพื่อประเมินภาวะโรคซึมเศร้าและพิจารณาให้ยารักษาโรคซึมเศร้า
- พิจารณาส่งต่อไปยังหน่วยแพทย์ โรงพยาบาล เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป
- กรณีที่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูง ให้ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ เพื่อรับการรักษาต่อไป

2.3 ถ้าผลรวมคะแนน > 19 คะแนน ถือว่า เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับรุนแรง

- แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้า และให้สุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้า และการออกกำลังกาย
- บุคลากรสายแพทย์ ควรให้การปรึกษาผู้ป่วยให้สามารถแก้ปัญหาทุกข้อใจ (รายละเอียดอยู่ในส่วนที่ 5.4 หัวข้อ 4 ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย)
- แจ้งแพทย์ประจำหน่วย เพื่อพิจารณาให้ยารักษาโรคซึมเศร้า
- ควรส่งต่อไปยังหน่วยแพทย์ โรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ชื่อ – สกุล.....อายุ..... ปี HN

ลำดับ คำถาม	ระยะเวลา	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา รวมวันนี้	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า		
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ		
3		คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย		
		(ถ้าตอบว่า คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือ บอกได้ไหมว่า คง จะไม่ทำตามความคิดนั้น ในขณะนี้	ได้	ไม่ได้
4		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย		
5		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือเตรียมการ จะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริง ๆ		
6		ได้ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้ เสียชีวิต		
7		ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ ตาย		
8	ตลอดชีวิต ที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย		

คะแนนรวมทั้งหมดคะแนน

การแปลผล แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

คะแนนรวม	การแปลผล
0 คะแนน	ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
1 – 8 คะแนน	แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน <u>ระดับน้อย</u> (ให้การศึกษา และให้ความรู้แก่ผู้ดูแล/ผู้บังคับบัญชา เรื่องการดูแลเฝ้าระวังผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย)
9 – 16 คะแนน	แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน <u>ระดับปานกลาง</u> (ให้การศึกษา และ/หรือ ส่งหน่วยแพทย์ในพื้นที่ เพื่อทำการรักษา)
≥ 17 คะแนน	แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน <u>ระดับรุนแรง</u> (ควรรับไว้รักษาและสังเกตอาการในหน่วยแพทย์ในพื้นที่ โดยควรจัดเตียงนอนให้อยู่ใกล้เจ้าหน้าที่ให้มากที่สุด และควรดูแลอย่างใกล้ชิดหาก หากเกินศักยภาพของหน่วยแพทย์ ให้ดำเนินการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในพื้นที่ใกล้เคียงต่อไป)

3. แบบคัดกรองโรคจิต (Psychotic Screening Test)

ชื่อ – สกุล อายุ.....ปี HN
การศึกษา สถานภาพสมรส.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับอาการที่พบเห็น (ภายใน 1 เดือนจนถึงปัจจุบันมีอาการเหล่านี้หรือไม่ ถ้ามีอาการต้องมีอาการอย่างน้อย 6 เดือน และอาการที่เกิดขึ้นต้องมีอาการติดต่อกัน 1 เดือน)

อาการที่พบเห็น	จากสัมภาษณ์ญาติ / บุคคลใกล้ชิด	
	ไม่มี	มี
1. พูดเพ้อเจ้อ		
2. แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม		
3. ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น		
4. แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่สนใจกับใคร		
5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
8. มีพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป		
คะแนนรวม		
อาการที่พบเห็น	จากสัมภาษณ์ผู้ป่วย	
	ไม่มี	มี
1. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
2. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
3. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
คะแนนรวม		
คะแนนรวมทั้งหมด		

ข้อเสนอแนะในการใช้แบบคัดกรองโรคจิต

- โรคจิต หรือตามความเข้าใจของชาวบ้านว่า ผีบ้า บ้า
- ภายใน 1 เดือน จนถึงปัจจุบันนี้ มีอาการเหล่านี้หรือไม่
(จะต้องมีอาการอย่างน้อย 6 เดือน และอาการที่เกิดขึ้นต้องมีการติดต่อกัน 1 เดือน)

แบบสัมภาษณ์ญาติหรือบุคคลใกล้ชิด (8 ข้อ)

1. พุดเพื่อเจ้า หมายถึง ลักษณะการพูดที่ผิดปกติ ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - 1.1 พุดคนเดียวไปเรื่อย ๆ
 - 1.2 เปลี่ยนเรื่องพูดไปเรื่อย ๆ เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน
 - 1.3 พุดมากหรือเร็วกว่าปกติ
2. แต่งตัวที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม ได้แก่ ความผิดปกติของการแต่งกาย ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - 2.1 สวมเสื้อผ้าที่สกปรกโดยไม่ยอมเปลี่ยนหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่วันละหลาย ๆ ครั้ง
 - 2.2 ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย เช่น ไม่อาบน้ำ หนวดเครา หรือผมเผ้ารุงรังสกปรก มีคราบโคลตามตัว หรืออาบน้ำบ่อย ๆ
 - 2.3 แก้วน้ำในที่สาธารณะ
 - 2.4 ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด และแต่งตัวด้วยเครื่องประดับมากไปกว่าเดิม จนผิดกาลเทศะ เช่น แต่งชุดลิเกซึ่งไม่ใช่งานเทศกาลต่าง ๆ
3. ก้าวร้าว รุนแรง ทำร้ายผู้อื่น ได้แก่ การอาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น โดยไม่มีเหตุผล
4. แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร หมายถึง พฤติกรรม ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - 4.1 เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง
 - 4.2 แยกตัวเองอยู่คนเดียว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร
5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล มีพฤติกรรม ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - 5.1 หวาดระแวงกลัวคนจะมาปองร้ายหรือทำร้าย
 - 5.2 คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด
 - 5.3 ระแวงมีคนคอยติดตาม
 - 5.4 มีความคิดว่ามีอำนาจบางอย่างมาบังคับหรือควบคุม
 - 5.5 คิดว่าคนรอบข้างมักนินทาหรือพูดถึงตนเอง
 - 5.6 มีความเชื่อหรือมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม
 - 5.7 สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง
6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา
 - 6.1 เป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์
 - 6.2 คิดว่าตนเองร่ำรวย แจกจ่ายเงิน โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร
 - 6.3 คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญหรือมีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์
7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน มีอาการ ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - 7.1 ได้ยินเสียงโดยไม่เห็นตัวคนพูด หรือได้ยินเสียงเพียงคนเดียว
 - 7.2 เห็นภาพที่คนอื่นไม่ได้เห็น
 - 7.3 พุดคนเดียวเหมือนกับได้ตอบกับใคร
 - 7.4 ทำตามเสียงแว่วที่สั่ง

8. มีพฤติกรรมอื่นที่ผิดปกติจากคนทั่วไป

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

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย (3 ข้อ)

1. มีอาการหวาดระแวง มีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 1.1 หวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้ายหรือปองร้าย
- 1.2 คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด
- 1.3 ระแวงว่ามีคนคอยติดตาม
- 1.4 มีความคิดว่ามีอำนาจบางอย่างมาบังคับหรือควบคุม
- 1.5 คิดว่าคนรอบข้างมักนินทาหรือพูดถึงตนเอง
- 1.6 มีความเชื่อหรือมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม
- 1.7 สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง

2. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา ได้แก่

- 2.1 เป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์
- 2.2 คิดว่าตนเองร่ำรวย คิดอยากแจกเงินทองโดยญาติไม่เห็นด้วย
- 2.3 คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญหรือมีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์

3. หูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน มีอาการข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 3.1 ได้ยินเสียงโดยไม่เห็นตัวตัวคนหรือได้ยินเสียงเพียงคนเดียว
- 3.2 เห็นภาพที่คนอื่นไม่ได้เห็น
- 3.3 พูดเพื่อโต้ตอบกับเสียงที่ได้ยิน
- 3.4 ทำตามเสียงแว่วสั่ง

การแปลผลและการให้คะแนนแบบคัดกรองโรคจิต

การให้คะแนน แบบคัดกรองโรคจิตทั้งหมด 11 ข้อ โดยสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย 8 ข้อ และสัมภาษณ์ผู้ป่วย/บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่อยู่ในกลุ่ม 3 ข้อ ให้คะแนน ดังนี้

ตอบ ไม่มี = 0 คะแนน

ตอบ มี = 1 คะแนน

ได้คะแนน 1 คะแนนขึ้นไป ให้สงสัยว่าเป็นโรคจิต ควรแนะนำให้ไปรับการรักษาที่หน่วยแพทย์
ปฐมนิเทศตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

4. แบบประเมินความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม ที่เกิดขึ้นกับผู้ประสบภาวะวิกฤต หลังได้รับผลกระทบ (PTSD Screening Test)

ชื่อ – สกุล อายุ.....ปี HN

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสถานการณ์ที่ตรงกับตัวท่าน

“ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นกับตัวท่านบ้างหรือไม่”

1. การรับรู้ต่อสิ่งรอบข้างของคุณลดลง ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
2. คุณมักจะคิดถึงเหตุการณ์รุนแรงนั้น ทั้งที่ไม่ได้ตั้งใจ ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
3. ภาพที่เกี่ยวกับเหตุการณ์รุนแรงนั้น มักจะผุดขึ้นมาในใจคุณโดยที่คุณไม่ได้ต้องการ ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
4. คุณนอนหลับยากหรือหลับไม่สนิทเพราะเกิดภาพหรือความคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์รุนแรงนั้น ผุดขึ้นมาในใจ
ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
5. คุณพยายามหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้คิดถึงเหตุการณ์รุนแรงนั้น ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
6. คุณรู้สึกกังวล กระวนกระวายและเครียดอยู่ตลอดเวลา ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
7. คุณรู้สึกจิตใจหม่นหมองเกือบตลอดเวลา ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
8. คุณรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่

คะแนนรวม =คะแนน

การแปลผล PTSD Screening Test

มีข้อคำถาม 8 ข้อ คือข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 8 สอบถามถึงความคิดความรู้สึก พฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับ ผู้ประสบภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นปัญหาที่นำไปสู่อาการผิดปกติทางจิตใจ ที่พบในช่วง 2 - 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก

ตอบ ไม่ใช่ = 0 คะแนน

ตอบ ใช่ = 1 คะแนน

คะแนนรวมสูงสุด 8 คะแนน

ถ้าคะแนนรวม 4 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า อาจมีภาวะผิดปกติทางจิตใจหลังประสบภาวะวิกฤต ควรส่งต่อหน่วยแพทย์ในพื้นที่เพื่อวินิจฉัย รักษาและมีการติดตามทุก 2 สัปดาห์ จนปกติ

บรรณานุกรม

- กรมแพทยทหารเรือ. (๒๕๕๖). ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและยาเสพติด สำหรับกำลังพลสายแพทย์. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๘). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิต สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย ๒ คำถาม (2Q). สืบค้นเมื่อ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๑, จาก <http://www.nurse.ac.th/index.php/download/category/10-2014-12-25-06-42-20?>
- ศิริศักดิ์ ธิติติลกรัตน์, วลัย ธรรมโกสิทธิ์ และ ราณี ฉายินทุ. (๒๕๕๕). คู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team : MCATT). พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๗). คู่มือเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การเมือง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อภิชัย มงคล. (๒๕๕๕). แบบคัดกรองโรคจิต (Psychotic Screening Test). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3/2557)

๕.๓ ความเครียดจากการปฏิบัติการทางทหาร

ในการปฏิบัติการทางทหาร ปฏิบัติการทั้งหมดที่เกิดจากการรบหรือการเผชิญสถานการณ์รุนแรง มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ทหารที่สามารถปรับตัวได้จะมีปฏิริยาด้านบวก เช่น มีพฤติกรรมกล้าหาญ มีความอึดเหนี่ยว มีความตื่นตัว ระแวดระวังอย่างเหมาะสม มีความอดทนมากขึ้น ส่วนผู้ที่ปรับตัวไม่ได้ จะมีปฏิริยาด้านลบ แสดงพฤติกรรมนอกแนว เช่น หนีทหาร ใช้สารเสพติด พยายามทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรือมีความอ่อนล้าจากการรบ ทั้งในทหารที่ปรับตัวต่อความเครียดหรือไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียด ก็อาจเกิดความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเผชิญอันตรายได้ (Post-traumatic Stress Disorder : PTSD)

การควบคุมความเครียดที่เกิดจากการปฏิบัติการทางทหาร (Combat Stress Control)

๑. การควบคุมความเครียด (Stress Control)

๑.๑ การควบคุมความเครียด (Control of stress)

ความสามารถในการควบคุมความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการแพ้หรือชนะในสงคราม ดังนั้น การฝึกให้ทหารมีความสามัคคี มีความเป็นผู้นำ มีความเข้มแข็งอดทนและมีความตื่นตัว และฝึกให้ทหารสามารถควบคุมความเครียดในภารกิจที่ได้รับมอบหมาย จะก่อให้เกิดปฏิริยาตอบสนองต่อความเครียดจากการรบ (combat stress reaction) ในทางบวก เช่น ความจงรักภักดี ความเสียสละ และพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความกล้าหาญ

๑.๒ ผู้รับผิดชอบในการควบคุมความเครียดของทหาร (Responsibility for stress control)

การควบคุมความเครียดของทหาร เป็นความรับผิดชอบของผู้บังคับบัญชาในแต่ละระดับ

๑.๓ ควบคุมหรือจัดการ (Control or Management)

คำว่า “ควบคุม” (Control) ถูกใช้กับความเครียดที่เกิดในภารกิจการรบ (Combat Stress) แทนคำว่า “การจัดการ” (Management) เพื่อเน้นว่าเป็นบทบาทเชิงรุก (Active) ของผู้นำหน่วย บุคลากรสายแพทย์ และเป็นบทบาทของทหารแต่ละคน ซึ่งจะต้องดำเนินการช่วยเหลือให้ทหารสามารถควบคุมความเครียดให้อยู่ในเกณฑ์ที่รับได้

การควบคุมความเครียด ไม่ใช่การกำจัดความเครียด เนื่องจากความเครียดเป็นกระบวนการของร่างกายที่ใช้จัดการกับความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นหรือใช้จัดการกับภาวะอันตราย ดังนั้น จึงเป็นไปได้ที่จะทำลายความเครียดนั้น

๒. ภัยคุกคามจากความเครียด (Combat Stress Threat)

๒.๑ ตัวกระตุ้นความเครียดในการรบ (Stressors in Combat)

สาเหตุของความเครียดในสถานการณ์รบ ปัจจัยหนึ่งเกิดจากเจตนาที่ต้องการทำร้ายหรือทำลายความเชื่อมั่นของฝ่ายตรงข้าม รวมถึงสาเหตุจากสภาพแวดล้อม สาเหตุของความเครียดบางอย่าง เหล่านี้สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้ แต่ความเครียดบางอย่างก็ช่วยให้ภารกิจสำเร็จ

ผู้นำที่มีความสามารถจะพยายามควบคุมความเครียดของทหารให้อยู่ในปริมาณที่พอเหมาะ โดยจะต้องเตรียมความพร้อมของทหารทั้งทางจิตใจและร่างกาย เพื่อให้ทนกับความเครียดได้ ความเครียดที่รุนแรงที่สุดมักเกิดจากปัญหาส่วนบุคคล ซึ่งต้องรีบตรวจสอบให้พบเร็วที่สุดเพื่อดำเนินการแก้ไข

ตารางแสดง ตัวอย่างของตัวกระตุ้นความเครียดในภาวะสงคราม

ตัวกระตุ้นความเครียดทางร่างกาย	ตัวกระตุ้นความเครียดทางจิตใจ
สิ่งแวดล้อม - ความร้อน ความเย็น ความชื้น - ความสั่นสะเทือน เสียงดัง เสียงระเบิด - ภาวะขาดออกซิเจน ฝุ่น ควัน สารพิษ - สารเคมี - พลังงานจากอาวุธโดยตรง เช่น กระสุน - กัมมันตภาพรังสี - การติดเชื้อ - การทำงานหนัก - แสงที่สว่างเกินไป ความมืด ความไม่ชัดเจน - ภูมิประเทศที่ลำบาก	การคิด - ข้อมูลข่าวสาร : มากหรือน้อยเกินไป - การรับรู้ : มากหรือน้อยเกินไป - ความลังเล : ไม่แน่นอน - ความเร่งด่วนหรือการรอคอย - การไม่รู้อนาคต - การตัดสินใจไม่ได้ กับกฎการเข้าปะทะ - ภาวะที่เลือกยาก กับการไม่มีทางเลือก
ภาวะทางสรีระ - การอดนอน - ภาวะขาดน้ำ - การขาดอาหาร สุขอนามัยที่ไม่ดี - การอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ - ภูมิคุ้มกันบกพร่อง - การใช้กล้ามเนื้อหรืออวัยวะมากหรือน้อยเกินไป - ความเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ	อารมณ์ - ความกลัวและความวิตกกังวลทำให้เกิดความรู้สึกถูกคุกคามต่อความล้มเหลว การบาดเจ็บ การตาย และความสูญเสีย - ความเศร้าโศก ความสูญเสีย ความพลัดพราก - ความขุ่นข้องใจ ความโกรธ ความก้าวร้าว ทำให้เกิดความหงุดหงิด ความรู้สึกถูกคุกคาม ความสูญเสีย และความรู้สึกผิด - ความเบื่อหน่าย ทำให้เกิดความเฉื่อยชา - ความหวงครอบครัว กับการรู้สึกรักดีต่อกลุ่ม - ศีลธรรมและความเฝ้าหวง ทำให้เสื่อมความศรัทธา - ความรู้สึกระหว่างบุคคล

๒.๒ ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดทางร่างกาย เช่น การหนาวสั่น เส้นเลือดหดตัว (จากความเย็น) เหงื่อออก และเส้นเลือดขยายตัว (จากความร้อน) หรือความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (จากเสียงดัง) ปฏิกริยาของร่างกายเหล่านี้เกิดจากความพยายามของร่างกายที่จะต่อสู้กับตัวกระตุ้นที่เข้ามา แต่ปฏิกริยาในการปรับตัวของร่างกายมีขีดจำกัดเมื่อมากเกินไป การทำงานของร่างกายก็จะแย่ลง

๒.๓ การแยกความแตกต่างระหว่างตัวกระตุ้นความเครียดทางจิตใจและร่างกายค่อนข้างทำได้ยาก และไม่ชัดเจน

๓. พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากความเครียดในการรบ

๓.๑ พฤติกรรมตอบสนองความเครียดในการรบ (Combat stress Behaviors) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในระหว่างการรบ ซึ่งมีตั้งแต่พฤติกรรมตอบสนองในทางบวกและทางลบ ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ออกนอกแนว (Misconduct behaviors) และพฤติกรรมที่ถูกเรียกว่า ความอ่อนล้าจากการรบ (Battle fatigue : BF)

๓.๒ พฤติกรรมต่อความเครียดในทางบวก (Positive Combat Stress Behaviors) รวมถึงการมีความตื่นตัวสูง มีความเข้มแข็ง มีความอดทน และสามารถเผชิญกับความยากลำบากได้ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเครียดทั้งทางด้านสู้และหนี (Fight or Flight) สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมทางบวก ถ้าเราสามารถปรับตัวได้ ตัวอย่างของพฤติกรรมในทางบวก ได้แก่

- ความผูกพันในแนวราบ (Horizontal Bonding) : มีความเชื่อมั่นในเพื่อน มีความจงรักภักดีในหมู่คณะ มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งจะเกิดกับกลุ่มเพื่อนในหน่วยทหารขนาดเล็ก
- การผูกพันในแนวตั้ง (Vertical Bonding) : มีความเชื่อมั่น มีความจงรักภักดี มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับผู้บังคับบัญชา
- ความเป็นหมู่คณะ (Esprit de corps) : มีความภาคภูมิใจ และมีเอกลักษณ์ร่วมกันระหว่างหมู่ทหาร ซึ่งเกิดจากความสำเร็จจากการรบที่ผ่านมา และภารกิจที่หน่วยทหารเคยบรรลุภารกิจมาก่อน

พฤติกรรมทางบวกที่เกิดขึ้นนี้ทำให้เกิดการผูกพันในกลุ่มทหาร ทำให้ทหารสามารถอยู่ร่วมกัน และทำสิ่งที่กล้าหาญอย่างเหลือเชื่อโดยไม่คำนึงถึงชีวิตตนเอง เพื่อปฏิบัติภารกิจที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิต พฤติกรรมทางบวกนี้สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ด้วยการฝึกฝนอย่างถูกต้อง มีนโยบายด้านกำลังพลที่ดี มีผู้นำที่มีความสามารถ ซึ่งผลลัพธ์ของการฝึกให้มีพฤติกรรมทางบวกของทหารที่จะนำชื่อเสียงและความภูมิใจ มาสู่หน่วย

๓.๓ พฤติกรรมนอกแนว (Misconduct Stress Behaviors) เริ่มตั้งแต่การฝ่าฝืนคำสั่งไปจนถึงการละเมิดกฎของกองทัพ หรือกฎในการทำสงคราม มักพบในทหารที่ผ่านการฝึกมาไม่ดีหรือไม่มีกฎระเบียบ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมทางลบเหล่านี้บางครั้งเกิดขึ้นในทหารที่เป็นวีรบุรุษที่ตกอยู่ในภาวะเครียด บางครั้งเกิดในหน่วยทหารที่มีความผูกพันกันสูงมาก ซึ่งมักจะรู้สึกว่าการกลุ่มของตนมีความพิเศษและมีสิทธิบางอย่างเหนือคนอื่น ดังนั้น จะพบว่ามีการพยายามผ่อนคลายความเครียดอย่างผิดกฎระเบียบเมื่อหน่วยพักจากภารกิจชั่วคราว อาจเกิดการแก้แค้น หากสมาชิกในหน่วยมีการสูญเสีย พฤติกรรมทางลบเหล่านี้สามารถป้องกันได้ด้วยการจัดกิจกรรมลดความเครียดให้ทหาร แต่ถ้าพฤติกรรมเหล่านี้เกิดขึ้น ทหารที่กระทำความผิดจะต้องได้รับโทษ เพื่อป้องกันไม่ให้เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นอีก

๓.๔ ความอ่อนล้าจากการรบ (Battle Fatigue) หมายถึง ความทุกข์ทรมานและการสูญเสียความสามารถภายหลังภารกิจที่มากหรือยาวนานเกินไป ความอ่อนล้าจากการรบเป็นปฏิกิริยาต่อความเครียดในสนามรบที่สามารถรักษาได้ ซึ่งการรักษาประกอบด้วย 4R

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------|
| - Reassure of Normality | ให้ความมั่นใจว่าเขาปกติ |
| - Rest | พักผ่อน |
| - Replenish physical status | การปรับสภาพทางกายภาพให้ปกติ |
| - Restore confidence with activities | การปรับความมั่นใจด้วยกิจกรรม |

อาการที่พบในความอ่อนล้าจากการรบ อาจถือว่าเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ตามปกติ พฤติกรรมที่มากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นอาการเตือนของความอ่อนล้าจากการรบ และต้องมีการเฝ้าระวังอาการเตือนเหล่านี้ โดยผู้บังคับบัญชา บุคลากรสายแพทย์ หรือเพื่อนทหาร เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายกับตนเอง ผู้อื่น หรือภารกิจ ถ้าทหารตอบสนองต่อความช่วยเหลือที่ให้อย่างรวดเร็ว ก็ไม่จำเป็นที่จะต้องให้ทหารออกจากภารกิจที่เขาทำอยู่ แต่ถ้าอาการของความอ่อนล้าจากการรบยังคงอยู่ และทำให้ทหารไม่สามารถปฏิบัติภารกิจได้ด้วยเชื่อมั่น หน่วยแพทย์

จะต้องทำการรักษา โดยให้การรักษาในบริเวณที่ใกล้กับหน่วยที่ทหารปฏิบัติการให้มากที่สุด เพื่อสามารถส่งเขากลับไปปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว (พยายามหลีกเลี่ยงคำว่า “ผู้ป่วย” “โรค” “การรักษา” แต่พยายามใช้คำว่า อาการซึ่งเกิดจากการอ่อนล้าจากการรบ เป็นปฏิกิริยาปกติที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน เมื่อได้พักแล้วจะหายจากอาการนั้น)

ความอ่อนล้าจากการรบ ถือว่าเป็นปฏิกิริยาที่พบมากที่สุด เป็นผลตามธรรมชาติของการทำงานหนักทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ต้องเผชิญกับภัยอันตรายในสถานการณ์ที่คับขัน เหมือนร่างกายที่เกิดความอ่อนล้า

- ขึ้นกับระดับความสมบูรณ์ของร่างกายและประสบการณ์การฝึก
- อาการสามารถเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วหรือล่าช้าก็ได้
- อาการจะดีขึ้นเมื่อได้พักผ่อนนอนหลับและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเต็มที่

นอกจากนี้ การพักผ่อนไม่เพียงพอ ความไม่สบายกาย การรัดแน่นจากเครื่องแบบชุดออกปฏิบัติการรบ มีผลต่อการเกิดความอ่อนล้าจากการรบได้

หมายเหตุ : ความอ่อนล้าจากการรบ ไม่ใช่เป็นการเจ็บป่วยทางร่างกายกาย หรือทางจิตใจ

๓.๔.๑ อาการแสดงของความอ่อนล้าจากการรบ ที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ

อาการแสดงทางร่างกาย	อาการแสดงทางจิตใจและอารมณ์
๑. ปวดศีรษะคล้ายมีเข็มขัดรัดรอบศีรษะ ปวดหลัง ตัวสั่น พุดตะกุกตะกัก สะดุ้งตกใจง่าย ๒. หัวใจเต้นแรง หายใจลำบาก ๓. ปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร (อาจถึงขั้นอาเจียน) ท้องร่วง ปัสสาวะบ่อย ๔. อ่อนล้า เพลีย หมดแรง เหนื่อยง่าย เหม่อลอย	๑. วิตกกังวล กลุ้มใจ หงุดหงิด บ่นตลอดเวลา ๒. สมาธิบกพร่อง ความจำไม่ดี ๓. ตกใจตื่นเพราะฝันร้าย เศร้าเสียใจ รู้สึกว่าตนเอง ทำผิด ๔. โกรธและไม่เชื่อมั่นหน่วยของตน ขาดความเชื่อมั่น ในตนเอง

หมายเหตุ : แม้จะมีอาการดังที่กล่าวมา แต่ยังสามารถทำการสู้รบได้เป็นอย่างดี และสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่จำเป็นได้ครบถ้วน

๓.๔.๒ อาการแสดงออกของความอ่อนล้าจากการรบ ที่มากเกินไปเกินเกณฑ์ปกติและรุนแรง

อาการทางกาย	อาการแสดงทางจิตใจและอารมณ์
๑. ไม่สามารถอยู่อย่างสงบได้ ต้องเคลื่อนไหว ตลอดเวลา ๒. สะดุ้งตกใจ หรือกลัวหลบในทันทีที่ได้ยินเสียงดัง หรือมองเห็นการเคลื่อนไหว ๓. แขนขาสั่น หรือสั่นทั้งตัวด้วยความขลาดกลัว ๔. อวัยวะของร่างกายบางส่วนทำหน้าที่ไม่ได้ทั้ง ๆ ที่อวัยวะนั้นปกติ เช่น - ไม่สามารถใช้มือ แขน หรือขาได้ - ไม่สามารถมองเห็นหรือได้ยิน หรือรู้สึกได้ (ซึ่ง อาจเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด)	๑. พุดเร็ว ให้คำแนะนำผู้อื่นตลอดเวลา ๒. โต้เถียง ทะเลาะวิวาท เป็นการกระทำที่หุนหัน พลันเล่นอย่างมีเจตนา ๓. ขาดความสนใจในการดูแลตนเองด้านสุขอนามัย ๔. ความจำไม่ดี - เกี่ยวกับระเบียบวินัย ทักษะทางทหาร - เกี่ยวกับ เวลาสถานที่ เหตุการณ์ที่กำลังเกิดใน ปัจจุบัน หรือลืมทุกสิ่งทุกอย่าง ๕. พุดติดอ่างรุนแรง พุดพิมพ์ปาก อาจถึงขั้นไม่พุด

อาการทางกาย	อาการแสดงทางจิตใจและอารมณ์
๕. ตัวแข็งเกร็งในขณะถูกระดมยิงจากข้าศึก อาจเป็นมากถึงขั้นเคลื่อนไหวไม่ได้เลย และอาจมีอาการอยู่นาน ๖. ร่างกายหมดแรง ทำอะไรเชื่องช้าหรือทำได้เพียงแต่ยืนหรือนั่งเท่านั้น ๗. ตาเหม่อลอยมองไปที่ใดที่หนึ่งโดยไร้จุดหมาย รู้สึกสมองว่างเปล่า ไม่สามารถควบคุมอะไรได้ การทรงตัวไม่ดี	๖. กลัวการนอนหลับเพราะกลัวว่าจะฝันร้าย หรือกลัวอันตราย ไม่สามารถนอนหลับได้ แม้แต่จะอยู่ในบริเวณที่ปลอดภัย ๗. มองเห็นหรือได้ยินสิ่งที่ไม่มี(ประสาทหลอน) ๘. อารมณ์เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ร้องไห้เป็นพัก ๆ บ่นอยากตาย ๙. แยกตนเองจากสังคม ไม่พูดกับใคร เศร้าเสียใจเป็นระยะเวลายาวนาน ๑๐. เฉยเมย ไม่รับประทานอาหาร ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ๑๑. โวยวาย แสดงกิริยาแปลก ๆ ๑๒. ร้องอย่างตื่นตระหนกเมื่อถูกระดมยิงจากข้าศึก

การตัดสินใจความอ่อนล้าจากการรบ ในระดับรุนแรงมาก คือ

๑. เป็นอาการแสดงที่ต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ แต่ไม่ใช่หมายถึง “รุนแรงกว่าปกติ” ถึงขั้นต้องส่งกลับ

๒. พวกที่มีอาการแสดงแบบ “ปกติ” ก็อาจถือได้ว่าเป็นพวก “รุนแรงกว่าปกติ” ได้ถ้า

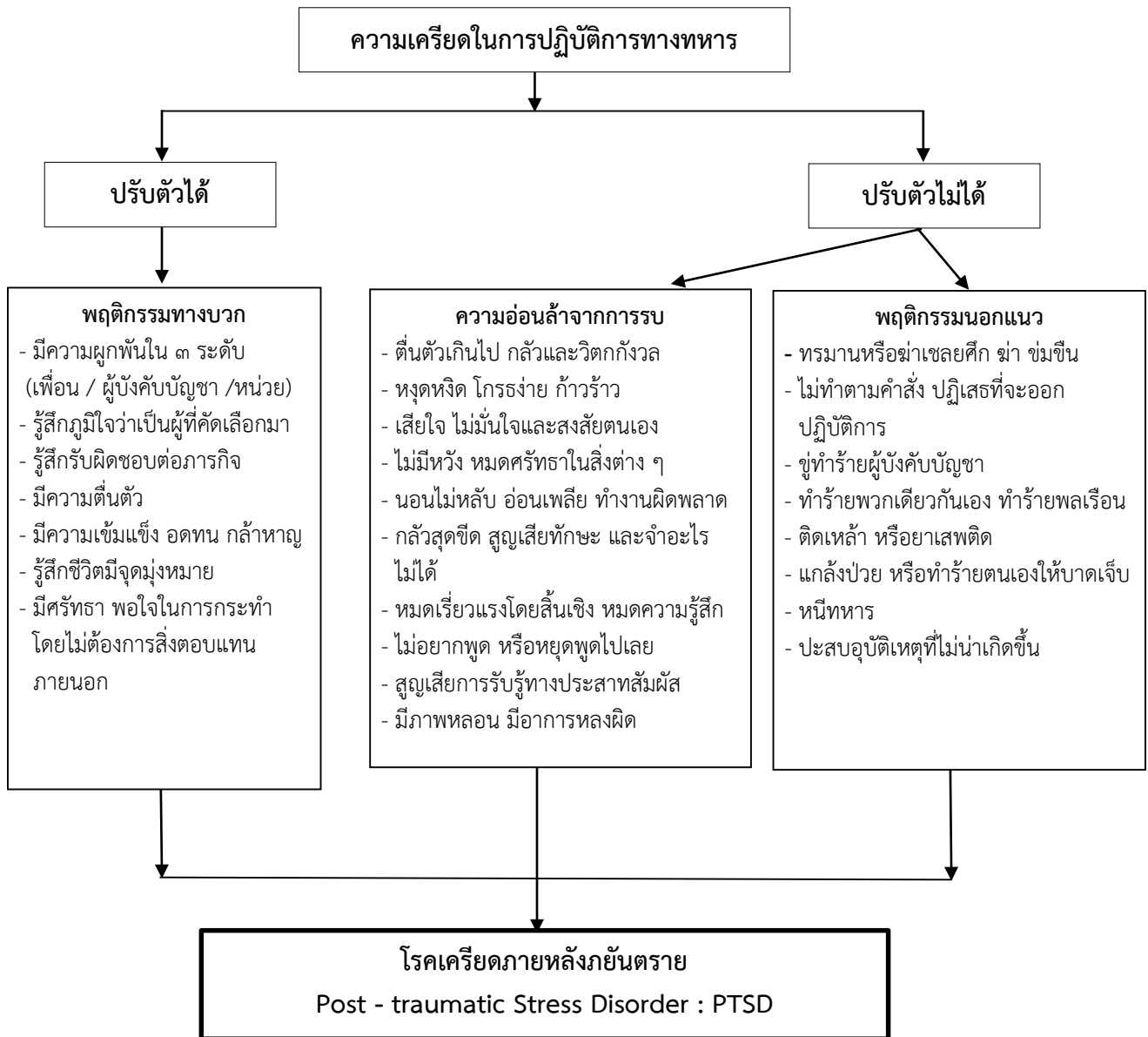
- ดำเนินการช่วยเหลือแล้วแต่ทหารนั้นยังคงปฏิบัติหน้าที่ไม่ได้
- หลังจากการพักผ่อนที่ดีแล้ว อาการต่าง ๆ ก็ยังไม่ดีขึ้น
- ทหารนั้นมีพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากธรรมดาที่เขาเคยเป็นอย่างมาก

๓.๕ ความคาบเกี่ยวระหว่างพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเครียดในการรบ (Overlapping of combat stress behaviors) การที่ไม่สามารถแยกพฤติกรรมทางบวก พฤติกรรมออกนอกแนวและความอ่อนล้าจากการรบออกจากกันได้อย่างชัดเจน เช่น ทหารที่มีอาการของความอ่อนล้าจากการรบ อาจจะมีพฤติกรรมออกนอกแนวเกิดขึ้น ในทางกลับกัน ทหารที่มีพฤติกรรมออกนอกแนวก็อาจจะมีอาการของความอ่อนล้าจากการรบได้ เช่นเดียวกัน ทหารที่มีพฤติกรรมทางบวกและแสดงออกอย่างวีรบุรุษอาจจะมีอาการของความอ่อนล้าจากการรบบางส่วน และอาจจะมีอาการก่อน หลังหรือระหว่างปฏิบัติการก็ได้ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมในทางบวกจะไม่ใช่ข้อแก้ต่างสำหรับการกระทำอาชญากรรม

๓.๖ โรคเครียดภายหลังภัยอันตราย (Post-traumatic Stress Disorder : PTSD) อาการของ PTSD อาจคงอยู่หรือเป็นซ้ำหลังจากที่ผู้ป่วยผ่านเหตุการณ์เลวร้ายมา เช่นเดียวกับความอ่อนล้าจากการรบ ส่งผลกระทบต่ออาชีพ การทำงาน หรือการปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวัน อาการอาจเกิดภายหลังที่ประสบเหตุการณ์เลวร้ายมาแล้วเป็นเดือนหรือเป็นปี โดยมีอาการดังนี้

- มีความรู้สึกถึงเหตุการณ์ร้ายแรงหรือภัยอันตรายที่ตนได้รับ หวนระลึกถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ ฝันร้ายเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นบ่อย ๆ มีความรู้สึกที่เหตุการณ์นั้นได้เกิดขึ้นกับตนอีก ภาพเหตุการณ์มาปรากฏให้เห็น (Flashback) และมีความรู้สึกไม่สบายใจอย่างรุนแรงเมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์คล้าย ๆ กัน
- หลีกเลี่ยงสิ่งเร้าซึ่งเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นตลอดเวลา โดยพยายามไม่คิด ไม่รู้สึก ไม่พูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นอีก รวมทั้งหลีกเลี่ยงกิจกรรม สถานที่หรือบุคคลที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์นั้นอีก หรืออาจลืมเหตุการณ์ตอนสำคัญ ๆ ขาดความสนใจหรือไม่เข้าร่วมทำกิจกรรมเช่นเคย
- มีภาวะตื่นตัวสูง เช่น วิตกกังวลมาก นอนไม่หลับ ฝันร้าย ขาดสมาธิ ตื่นเต้นตกใจและหงุดหงิดง่าย

หากมีอาการเหล่านี้มากกว่า ๑ เดือน ถือว่าเป็น PTSD ซึ่งสามารถรักษาได้โดยผู้เชี่ยวชาญ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีอาการดังกล่าวประมาณร้อยละ ๕๐ จะหายเป็นปกติได้เองในเวลา ๓ เดือน



๔. การควบคุมความเครียดที่เกิดจากการปฏิบัติการทางทหาร

การควบคุมความเครียดที่เกิดจากการปฏิบัติการทางทหาร ให้ความสำคัญกับการเสริมแรงจิตใจ ในการปฏิบัติการกิจ การป้องกันโรคที่เกิดจากความเครียด การรักษา และตรวจสอบทหารที่เกิดความอ่อนล้าจากการรบ รวมถึงการป้องกันปฏิกิริยาความเครียดทางลบที่เกิดขึ้น เช่น พฤติกรรมนอกแนว (Misconduct Stress Behavior) และโรคเครียดภายหลังอันตราย (PTSD)

๕. พื้นฐานของสุขภาพจิตเกี่ยวกับการรบ

๕.๑ การป้องกัน

๕.๑.๑ การป้องกันขั้นปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นสิ่งที่สำคัญมาก ทำได้โดยการควบคุมและลดตัวกระตุ้นความเครียดที่ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าจากการรบและพฤติกรรมทางลบ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดและทำให้เกิดความเจ็บป่วย ประกอบด้วย

- เป็นทหารใหม่ในหน่วย
- มีภาระครอบครัว
- มีเหตุการณ์การเสียชีวิตในการปฏิบัติการรบ
- ไม่มีความอดทน หรือไม่ได้รับการฝึกที่ดี
- ขาดความสามัคคีในหน่วย
- ขาดความเชื่อมั่นในผู้นำ อาวุธ และหน่วยสนับสนุน
- พักผ่อนไม่เพียงพอ
- สุขภาพร่างกายไม่สมบูรณ์ เช่น ภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร
- อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ทำให้อ่อนเพลียง่าย
- ได้รับข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอ
- มีความไม่แน่นอน หรือความไม่มั่นใจสูง
- ไม่มีจุดสิ้นสุดของภารกิจ
- ไม่ทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำ

๕.๑.๒ การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ฝึกให้ผู้นำหน่วย อนุศาสนาจารย์และบุคลากรทางการแพทย์ ให้ความรู้ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- สามารถสังเกตอาการเตือนของความอ่อนล้าจากการรบ และความเครียดจากการรบ หรือพฤติกรรมออกนอกแนว

- ให้ทหารสามารถดูแล/ รักษา เมื่อมีอาการเตือนและควบคุมความเครียดได้อย่างทัน่วงที
- ป้องกันการติดต่อของโรคโดยการคัดแยกและรักษาผู้ที่มีอาการอ่อนล้าจากการรบ อย่างรวดเร็ว

และใช้นโยบายควบคุมผู้ที่มีพฤติกรรมทางลบเล็กน้อย

- ส่งผู้ป่วยที่หายอาการอ่อนล้าจากการรบ กลับไปปฏิบัติหน้าที่
- ประกาศระเบียบวินัยและบทลงโทษสำหรับหากเกิดพฤติกรรมทางลบให้ทหารทราบทั่วถึงกัน

๕.๑.๓ การป้องกันขั้นตติยภูมิ (Tertiary Prevention) ลดความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) ในทหารที่มีและไม่มีอาการอ่อนล้าจากการรบ โดย

- มีโปรแกรมการป้องกันเชิงรุก (Active Preventive Program -> Debriefings) ระหว่างและหลังเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น

- มีการทำกลุ่มให้กับกำลังพลที่ประสบกับเหตุการณ์รุนแรง ซึ่งเหตุการณ์นั้นมีผลต่อจิตใจของกำลังพล เพื่อให้กำลังพลรับทราบข้อเท็จจริง เข้าใจสถานการณ์ และมีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง ให้กับหน่วยทหารและครอบครัวของทหาร (Debriefings)

- เตรียมพร้อม หากใช้แบบประเมินความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ประสบภาวะวิกฤตหลังได้รับผลกระทบ (PTSD Screening Test) แล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่มีอาการของความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) ผู้นำหน่วย อนุศาสนาจารย์ และบุคลากรทางการแพทย์ต้องพร้อมที่จะช่วยเหลือ

๕.๒ การรักษาความอ่อนล้าจากการรบ (Battle Fatigue) หลักการประกอบด้วย PIES คือ

๕.๒.๑ Proximity หมายถึง การรักษาทหารในพื้นที่ใกล้หน่วยให้มากที่สุด และส่งกลับเท่าที่จำเป็น

๕.๒.๒ Immediacy หมายถึง จะต้องรักษาทันที

๕.๒.๓ Expectancy หมายถึง คาดหวังว่าจะต้องหายเป็นปกติโดยสมบูรณ์ และสามารถส่งกลับไปปฏิบัติหน้าที่หน่วยได้

๕.๒.๔ Simplicity หมายถึง การใช้คำอธิบายสั้น กระชับ เข้าใจง่าย ตรงไปตรงมา ในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการสร้างความเชื่อมั่น

๕.๓ ทำการวินิจฉัยแยกโรค (ไม่วินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิต) โดยค้นหาโรคหรืออาการเจ็บป่วยทางอายุรกรรมหรือศัลยกรรมที่อาจจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตและให้การรักษา นอกเหนือจากนี้ ให้ใช้หลักการ PIES ข้างต้นให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตประสาท (Neuropsychiatric Disorders) ให้ใช้ผลของการรักษาในข้างต้นแยกกลุ่มผู้ป่วยออก ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่ตอบสนองการรักษาจะถูกส่งกลับไปยังหน่วยที่เหมาะสมสำหรับอาการของเขา ซึ่งจะมีการรักษาและทำการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายต่อไป

๖. หลักการพื้นฐานในการรักษาความอ่อนล้าจากการรบ

หลักการต่อไปนี้ใช้ได้กับทหารทุกระดับชั้น (การประยุกต์ใช้อาจจะต่างกันไปในแต่ละระดับชั้นยศและต่างกันไปตามปัจจัยของภารกิจของหน่วย ปัจจัยของฝ่ายตรงข้าม ความพร้อมของหน่วยและเวลาที่มีเพียงพอ)

๖.๑ การประเมินเบื้องต้น คัดกรองแยกโรคจากฝ่ายกาย หรือจากการบาดเจ็บ โรคทางจิตประสาท การติดยาเสพติด หรืออาการจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะมีการคล้าย ๆ ความอ่อนล้าจากการรบ ต้องการการรักษาฉุกเฉิน โดยปกติวิธีการที่ดีที่สุด คือ ให้รักษาความอ่อนล้าจากการรบ ในขณะที่เฝ้าสังเกตอาการของโรคอื่น ๆ

๖.๒ ให้ความมั่นใจในทหารทุกระดับชั้นโดยทันที อธิบายให้ทหารทราบว่าอาการอ่อนล้าจากการรบ เป็นภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราว และจะหายไ้อย่างรวดเร็ว ให้ความมั่นใจว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่อาการของคนฉลาดกลัวหรือเป็นอาการของโรค แต่เป็นปฏิกิริยาปกติของผู้ที่อยู่ในภาวะเครียดอย่างรุนแรง บอกแก่ทหารว่าเขาจะได้ออกไปยังหน่วยของตนเองหลังจากได้พักช่วงสั้น ๆ เมื่อร่างกายกลับคืนภาวะปกติ ในระหว่างนี้พยายามให้เขามีกิจกรรมที่มีประโยชน์ตามความเหมาะสม

๖.๓ แยกผู้ป่วยออกจากกัน ให้แยกผู้ที่มีความอ่อนล้าจากการรบ ออกจากผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงทางกายหรือทางจิตประสาท ทั้งนี้ พบว่าผู้ที่มีความอ่อนล้าจากการรบถาวรอยู่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะทำให้อาการแย่งและฟื้นตัวช้า

หากผู้ที่มีความอ่อนล้าจากการรบบางรายมีอาการแสดงออกอย่างรุนแรง มีอาการตื่นตระหนกอย่างมาก (Panic) ซึมเศร้า มีอาการทางร่างกาย หรือแสดงอาการของการสูญเสียความทรงจำ จะต้องทำการแยกออกจากทหารป่วยประเภทอื่น รวมทั้งผู้ที่มีความอ่อนล้าจากการรบคนอื่นด้วย การแยกนี้จะทำจนอาการเหล่านี้ดีขึ้นและไม่รบกวนกับผู้ที่มีความอ่อนล้าจากการรบคนอื่น

ข้อสังเกต : การฟื้นตัวของผู้ที่มีความอ่อนล้าจากการรบที่ต้องการการรักษา (คาดหวังให้เขาฟื้นตัวและสามารถกลับไปปฏิบัติหน้าที่ได้ภายใน ๗๒ ชั่วโมง) และในรายที่มีการบาดเจ็บเล็กน้อยหรือการเจ็บป่วยที่ไม่อันตราย เป็นการยากที่จะแยก ๒ กลุ่มนี้ ซึ่งโดยข้อเท็จจริงแล้ว ทหารที่ได้รับการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยมักจะมีอาการอ่อนล้าจากการรบร่วมด้วย และควรจะได้รับ การรักษาโดยใช้หลักการของ PIES ซึ่งสามารถรักษา ๒ กลุ่มนี้ร่วมกันได้ หากพวกเขาไม่อยู่ในระยะติดต่อ

๖.๔ ใช้หลักการรักษาอย่างง่ายด้วยการพักผ่อนและฟื้นฟูสภาพ พยายามให้การรักษาผู้ที่มีความอ่อนล้าจากการรบเป็นเรื่องง่าย โดยให้เขารู้สึกว่าพ้นจากอันตราย โดยที่ยังอยู่ในบรรยากาศของการรบ (ซึ่งจะไม่ทำให้เขารู้สึกสบายมากจนเกินไป) โดยการให้น้ำ อาหาร การพักผ่อนและสุขอนามัยที่ดี

๖.๕ ฟื้นฟูความมั่นใจ โดยให้อยู่ทำงานปกติในหน่วย มีการออกกำลังกาย และสนทนากันที่เหมาะสม ให้ทหารได้พูดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเขา ให้คำปรึกษาตามที่ต้องการ เพื่อระบายความทรงจำที่เลวร้าย ให้เขามีโอกาสได้แสดงความรู้สึก และมองเห็นอนาคต (Regain Perspective) ให้ความมั่นใจว่าเขายังเป็นทหาร และเป็นสมาชิกของหน่วยอยู่อย่างเดิม ไม่ใช่ผู้ป่วย

๖.๖ หลีกเลี่ยงการให้นอนหลับและยากล่อมประสาท ยกเว้นว่าต้องการจัดการกับปัญหาการนอนไม่หลับจริง ๆ หรือมีอาการกระวนกระวาย วุ่นวายมาก

ทหารที่มีอาการอ่อนล้าจากการรบ จะต้องคงความตื่นตัว มีสติสัมปชัญญะ และรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ โดยที่ไม่ต้องใช้นอนหลับ เพื่อให้เขาจะสามารถดูแลตนเองได้

๖.๗ การส่งกลับ และการรับไว้ในโรงพยาบาล หลีกเลี่ยงการส่งกลับ หรือส่งผู้ที่มีอาการอ่อนล้าจากการรบไปรักษาในโรงพยาบาลนอกหน่วย ยกเว้นมีความจำเป็นจริง ๆ การส่งกลับและการรับป่วยจะทำให้การฟื้นตัวช้าลง และมีผลทำให้เกิดอาการเรื้อรัง ทั้ง ๆ ที่อาการป่วยเริ่มต้นอาจจะไม่มาก

กรณีต้องส่งกลับผู้ที่มีอาการอ่อนล้าจากการรบ จะต้องได้รับการเห็นชอบจากแพทย์ประจำหน่วยเสียก่อน และการออกจากหน่วยไม่ควรใช้รถพยาบาล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่ควรทำการส่งกลับทางอากาศ)

๖.๘ ในรายที่จัดการไม่ได้ ในกรณีที่ทหารมีอาการอ่อนล้าจากการรบหรืออาการทางจิตเวชอื่น ที่ทำให้เกิดความวุ่นวาย และไม่สามารถจัดการได้ในหน่วย จะส่งกลับไปยังหน่วยที่มีระดับขั้นการบังคับบัญชาที่สูงกว่าเท่านั้น โดยให้ความคาดหวังว่า อาการจะต้องเป็นปกติ และประเมินความสามารถในการจัดการกับอาการต่อไป อย่างไรก็ตามอย่าให้ทหารรู้สึกว่า “การทำตัวให้จัดการไม่ได้” เป็นวิธีการที่จะได้รับการส่งกลับ และไม่ต้องปฏิบัติภารกิจ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบ

๖.๙ ผู้ป่วยที่มีความอ่อนล้าจากการรบ ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้น จะถูกส่งไปยังหน่วยที่มีระดับขั้นการบังคับบัญชาที่สูง โดยให้ความคาดหวังว่า จะต้องเป็นปกติ ซึ่งทำให้ยังคงมีความคาดหวังในทางบวกกับกำลังพลกลุ่มนี้อยู่เสมอ

๖.๑๐ การรับไว้รักษาในหน่วยแพทย์ หลีกเลี่ยงการรับไว้ในหน่วยแพทย์ในพื้นที่ ยกเว้นกรณีจำเป็นให้อยู่ช่วงสั้น ๆ เพื่อการวินิจฉัยแยกโรคหรือเพื่อรักษาอาการเฉียบพลัน และส่งไปดูแลต่อในส่วนที่ไม่ใช่โรงพยาบาลให้เร็วที่สุด

ในรายที่ถูกส่งมาหน่วยแพทย์/ โรงพยาบาลโดยระบบการส่งกลับไม่ถูกต้อง ให้แจ้งทหารว่าเขาแค่มีอาการอ่อนล้าจากการรบเท่านั้น และจะได้รับการส่งกลับไปการรักษาในหน่วยเดิมให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไปยังที่ ๆ ไม่ใช่โรงพยาบาล

๖.๑๑ การฟื้นฟูและการปรับสภาพ (Restoration and Reconditioning) ผู้ที่มีอาการอ่อนล้าจากการรบ จะถูกส่งกลับขึ้นไปในหน่วยที่มีระดับขั้นการบังคับบัญชาที่สูงกว่า หลักการของการรักษา คือ ต้องการฟื้นฟูทหารที่มีอาการอ่อนล้าจากการรบ ให้มีทักษะและความสามารถทางการรบกลับคืนมา ทักษะและความสามารถเหล่านี้ประกอบด้วย การมีสมาธิ การสามารถทำงานเป็นทีม มีความอดทนต่องาน มีความอดทนต่อความเครียด และมีความพร้อมทางสมรรถภาพร่างกาย การฟื้นฟูนี้จะใช้เวลา ๑ - ๓ วัน ส่วนการปรับสภาพจะใช้เวลา ๗ - ๑๔ วัน ต้องเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการอ่อนล้าจากการรบจริง การปรับสภาพจะทำในหน่วยหรือส่งต่อมายังหน่วยแพทย์ในหน่วยหากมีความจำเป็น

การดูแลสุขภาพจิตในการปฏิบัติการทางทหาร

๑. กำลังพล

สิ่งที่เพื่อนทหารจะสามารถดำเนินการเพื่อลดความเครียด (เพื่อนช่วยเพื่อน)

- สังเกตอาการความอ่อนล้าจากการรบซึ่งกันและกัน
- บอกเพื่อนทหารที่มีอาการความอ่อนล้าจากการรบ ให้ทราบอาการของตนเอง
- ให้ความมั่นใจถึงความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันของหน่วย จะไม่ทอดทิ้งกัน
- ให้ระบายความในใจในลักษณะสร้างสรรค์
- ร่วมกันให้ความช่วยเหลือทหารที่แสดงอาการเครียดกังวลเกี่ยวกับเรื่องทางบ้าน

สิ่งที่ทหารแต่ละคนสามารถดำเนินการเพื่อบรรเทาความอ่อนล้าจากการรบ

- หาเวลาพักผ่อน/ นอนหลับ เท่าที่จะเป็นไปได้
- เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและจิตใจ เช่น ทำสมาธิ
- ระบายความในใจและความรู้สึกออกมาในลักษณะสร้างสรรค์กับเพื่อนทหาร
- พัฒนาความพร้อม/ มีแผนเตรียมพร้อม

๒. ผู้บังคับบัญชาระดับต้น

๑. ทำตนเป็นตัวอย่าง โดยการทำตนให้สงบเยือกเย็นในขณะที่เกิดความกลัวในระดับสูง

๒. มีความรู้ในงานที่ต้องปฏิบัติเป็นอย่างดี โดยการกำกับดูแลให้หน่วยมุ่งความสนใจไปทำงานที่ได้รับมอบหมาย ให้ทุก ๆ คนคิดและพูดเกี่ยวกับผลสำเร็จของงาน

๓. มอบหมายงานที่ง่าย ให้ทหารที่มีอาการอ่อนล้าจากการรบ

๔. เตือนทหารที่มีความเครียด ให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความตึงเครียด

๕. เตือนทุกคนว่า “ความอ่อนล้าจากการรบ” ถือเป็นเรื่องปกติธรรมดา

๖. เมื่อมีการปฏิบัติหน้าที่ทางยุทธวิธีอยู่ในระยะที่ปลอดภัยควรหาโอกาสให้หน่วยได้

- ดื่มน้ำจากกระติกหรือเครื่องดื่มร้อน ๆ หรือเย็น ที่เตรียมไว้
- แจกจ่ายอาหารแห้ง เช็ดตัวให้แห้ง หรือพัดให้ตัวเย็น หรือทำให้ร่างกายอบอุ่น
- ทำความสะอาดร่างกาย เช่น อาบน้ำ โยนหมวดเครา เปลี่ยนเสื้อผ้าชุดใหม่ รวมทั้งทำความสะอาด

อาวุธ

- ใช้เทคนิคผ่อนคลายความตึงเครียด
- ไม่ดื่มสุรามากเกินไปหรือใช้ยาเสพติด
- ถ้าไม่ใช่ช่วงเวลาพักผ่อน อย่าให้อยู่ว่าง ควรทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ซ่อมแซมอุปกรณ์ที่ชำรุดหรือ

ทำกิจกรรมสนุกสนาน กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียดในหน่วย

๗. อย่าเสียโอกาสในการนอนหลับพักผ่อน (หมุนเวียนสับเปลี่ยนกันนอนหลับ)

- ถ้าเป็นไปได้ควรนอนหลับมากกว่า ๔ ชั่วโมง (๖ - ๑๐ ชั่วโมงจะดีที่สุด)
- แม้แต่งีบหลับ ๑๕ - ๓๐ นาที ก็ช่วยได้มาก

๘. ประชุมทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากปฏิบัติการที่ยากลำบาก โดย

- ให้ทุกคนบอกสิ่งที่ตนได้เห็นและได้ทำอะไรไปบ้าง
- ให้ร่วมกันพูดคุยถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้น และสร้างความเข้าใจในสิ่งเดียวกันและเห็นด้วยกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง
- สลายสิ่งที่เข้าใจผิดและไม่ไว้วางใจให้หมดไป
- ปลอ่ยให้ระบายความรู้สึกออกมา และยอมรับว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่เกิดขึ้นได้
- เน้นการนำบทเรียนที่ได้รับไปใช้ในทางสร้างสรรค์

๙. ให้ทหารที่มีปัญหาทางบ้านได้พูดเรื่องที่เป็นปัญหาของตนเองออกมา โดยการสังเกตพฤติกรรม หลังได้รับการติดต่อจากทางบ้าน เช่น จดหมาย และให้การช่วยเหลือระดับปกครองทางอารมณ์

๓. **ผู้บังคับบัญชาระดับกลาง** การปฏิบัติของผู้บังคับหน่วยในการแก้ไขความอ่อนล้าจากการรบชนิดรุนแรงกว่าปกติ

๑. ถ้าพฤติกรรมของทหารจะทำให้เกิดผลเสียหายต่อภารกิจ ต่อตัวทหารเอง หรือตัวผู้อื่น ให้รีบควบคุมพฤติกรรมทหารรายนั้น

๒. ถ้ามีทหารแสดงอารมณ์รุนแรง ให้พยายามพูดกับทหารรายนั้นด้วยความใจเย็นเพื่อให้ร่วมมือ

๓. ถ้าไม่ไว้วางใจทหารรายนั้น ให้ดำเนินการ ดังนี้

- เอาลูกกระสุนออกจากปืน
- ให้ยึดอาวุธเมื่อมีท่าทีไม่น่าไว้วางใจเพื่อความปลอดภัย
- จะทำการผูกมัดก็ต่อเมื่อมีความจำเป็นเพื่อความปลอดภัยและเพื่อการส่งกลับเท่านั้น

๔. ให้ความมั่นใจแก่ทหารทุกคนว่า อาการที่แสดงออกมาของทหารคนนั้น น่าจะเกิดความเครียดจากการรบ และจะดีขึ้นอย่างรวดเร็วในไม่ช้า

หมายเหตุ : แม้ว่าอาการที่เกิดจากความเครียดจากการรบดูเหมือนจะรุนแรงแต่ก็สามารถดีขึ้นได้ภายในเวลาไม่นานถ้าให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ณ ที่ตั้งหน่วย

๕. ถ้าอาการดังกล่าวยังคงมีอยู่ต่อไป ให้ปฏิบัติดังนี้

- นำทหารรายนั้นไปอยู่ในที่ปลอดภัยกว่าเดิม
- อย่าปล่อยให้ยู่ตามลำพัง และให้ผู้รู้จัก ค้นเคยกับทหารคนนั้นเฝ้าตลอดเวลา
- แจ้งให้ผู้บังคับบัญชาเหนือจากท่านขึ้นไปทราบ
- นำไปรับการตรวจทางการแพทย์

๖. ถ้าผู้บังคับบัญชาของท่านและฝ่ายการแพทย์ตัดสินใจว่า ทหารรายนั้นไม่จำเป็นต้องส่งไปพักหรือส่งไปตรวจทางการแพทย์เพิ่มเติม (หรือไม่สามารถจะส่งไปได้) ให้ดำเนินการช่วยเหลือแบบเดียวกันกับทหารที่มีอาการอ่อนล้าจากการรบแบบปกติ (ถ้าเป็นไปได้)

- รักษาอุณหภูมิร่างกาย ถ้าอากาศหนาวเย็นให้ทำการอบอุ่นร่างกายทหารรายนั้น หรือถ้าอากาศร้อนมากให้ลดอุณหภูมิร่างกาย

- ให้ทหารรับประทานอาหาร เครื่องดื่มและนอนหลับพักผ่อน (อย่างน้อย ๔ ชั่วโมง)
- ส่งเสริมให้ทหารได้พูดทบทวนเหตุการณ์โดยสรุปในหน่วย และปลอบใจให้กำลังใจแก่ทหาร
- เมื่อทหารคนนั้นอาการดีขึ้น ให้มอบหมายหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างเหมาะสม
- ให้หน่วยแพทย์ตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง

๔. **ผู้บังคับบัญชาระดับสูง** สามารถดำเนินการเพื่อแก้ไขความเครียดในหน่วยได้ ดังนี้

๑. มีความสามารถวางแผนสำหรับแก้ไขสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ดำรงการควบคุมกำกับดูแล

๒. ดำรงการให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง ควบคุมข่าวลือ มีความเชื่อมั่นแต่ต้องอยู่บนพื้นฐานของความจริง

๓. สอดส่องดูแลสวัสดิการของหน่วย

๔. ทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าทหารปฏิบัติตามวงรอบการพักผ่อน/ นอนหลับให้มากที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้ (๔ ชั่วโมงต่อวันเป็นอย่างน้อย)

๕. เสริมสร้างความแข็งแกร่งของหน่วยในสิ่งต่อไปนี้ :
 - ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน สามัคคีกลมเกลียว (cohesion)
 - การเลียนแบบซึ่งกันและกัน ทำตามประเพณีที่ปฏิบัติติดต่อกันมา (identification)
 - ดำรงความมุ่งหมาย (purpose)
๖. ดำรงความพร้อมของหน่วย โดยการฝึกความพร้อมพร้อมก่อนปฏิบัติงานจริง
๗. ให้ข้อมูลเรื่องการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม
๘. การบริหารจัดการกับงานที่ต้องปฏิบัติ
 - ๘.๑ แบ่งมอบงาน กระจายงาน ให้ผู้ใต้บังคับบัญชาอย่างยุติธรรม
 - ๘.๒ เลือกใช้ทหารให้เหมาะสมกับงานที่ทำ
 - ๘.๓ ลดความผิดพลาดของงาน โดยมีระบบตรวจสอบซ้ำ
 - ๘.๔ ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
 - ๘.๕ ฝึกสลับหน้าที่ ให้แต่ละคนสามารถทำงานทดแทนกันได้
๙. แสดงออกให้ทหารเห็นว่า ผู้บังคับบัญชาระดับสูงสนใจและเอาใจใส่กับทหารทุกคน
๑๐. ทำให้ทหารที่มาใหม่รวมตัวเข้ากับหน่วยได้อย่างรวดเร็ว

กลยุทธ์จัดการกับความเครียด

๑. แยกแยะและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความเครียด
๒. เครียดในเรื่องที่สมควรจะเครียด
๓. รู้ตัวว่าตอนนี้ตัวเองกำลังเครียด
๔. พูดยระบายความเครียด
๕. มีอารมณ์ขัน
๖. รู้จักให้กำลังใจตนเอง ไม่ท้อถอย
๗. ออกกำลังกาย
๘. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

.....

บรรณานุกรม

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๗). คู่มือการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การเมือง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมแพทย์ทหารเรือ. (๒๕๕๖). ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและยาเสพติดสำหรับกำลังพลสายแพทย์. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์.

Enrique Smith-Forbes, Cecilia Najera, Donald Hawkins. (2014) Combat Operational Stress Control in Iraq and Afghanistan. MILITARY MEDICINE, Vol. 179. Retrieved January 10, 2018, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24594462>

Headquarters, Department of the Army. (1994). Leader' manual for combat stress control field manual no. 22-51. Retrieved January 10, 2018, from http://patriotoutreach.org/docs/FM_22-2.pdf

Headquarters, Department of the Army. (2009). Leader' manual for combat stress control field manual FM 6-22.5. Retrieved January 10, 2018, from www.us.army.mil

๕.๕ ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากความเครียด การดูแลเบื้องต้นและการส่งกลับสายแพทย์ในผู้ป่วยจิตเวช

ภารกิจของกองทัพเรือด้านการปฏิบัติการทางทหาร (Military Role) เพื่อการป้องกันประเทศ เป็นภารกิจที่กำลังพลจะต้องปฏิบัติงานในที่ห่างไกลจากครอบครัวคนใกล้ชิด ทำงานภายใต้แรงกดดัน ซึ่งทำให้ต้องปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ หากไม่สามารถปรับตัว เกิดความเครียดสูง อาจเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งมีผลกระทบต่อตัวกำลังพลและภารกิจที่ได้รับมอบหมาย ดังนั้น บุคลากรสายแพทย์จึงควรมีความรู้ขั้นพื้นฐานในปัญหาสุขภาพจิตที่มักเกิดขึ้น และทราบแนวทางเบื้องต้นในการดูแลกำลังพลเหล่านี้

๑. ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากความเครียดและการดูแลเบื้องต้น

๒. การส่งกลับสายแพทย์ในผู้ป่วยจิตเวช

๑. ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากความเครียดและการดูแลเบื้องต้น

ในสถานการณ์ที่มีความเครียดและความกดดันสูง บุคคลที่ปรับตัวไม่ได้ภาวะทางสมอง มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ ในที่นี้จะกล่าวถึงภาวะทางสุขภาพจิตและการดูแลเบื้องต้น ดังนี้

๑.๑ ภาวะ/โรคที่เกิดจากความเครียด และภาวะทางสมอง และการดูแลเบื้องต้น

๑.๒ การจัดการเบื้องต้นสำหรับผู้มีพฤติกรรมรุนแรง/ ควบคุมตนเองไม่ได้ และการผูกมัดการจำกัดสถานที่

๑.๑ ภาวะ/โรคที่เกิดจากความเครียด และภาวะทางสมอง และการดูแลเบื้องต้น

๑. ภาวะวิตกกังวล (anxiety)

๒. พฤติกรรมรุนแรง (violent behavior)

๓. โรคจิตเฉียบพลัน (acute psychosis)

๔. ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย (depression, depressive disorder and suicide)

๕. กลุ่มอาการหายใจถี่ (hyperventilation syndrome)

๖. ภาวะเพ้อ (delirium)

๗. กลุ่มอาการถอนพิษสุรา (alcoholic withdrawal syndrome)

๑. ภาวะวิตกกังวล (anxiety)

หมายถึง ภาวะที่มีความตึงเครียดที่ผิดปกติ มีความวิตกกังวลมากจนทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้มีคุณภาพชีวิตแย่ลง ไม่มีความสุข

อาการและอาการแสดง

๑. อาการทางกาย ได้แก่ ตัวสั่นกระตุก ปวดหลัง ปวดศีรษะกล้ามเนื้อตึงเครียด หายใจตื้นหายใจแรง/เร็ว ตกใจง่ายอ่อนเพลีย ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น หน้าซีดใจสั่น รู้สึกงูบวาบ มือเท้าเย็น ปัสสาวะบ่อย

๒. อาการทางจิตใจ ได้แก่ กลัว ไม่มีสมาธิ ระมัดระวังเกินเหตุ นอนไม่หลับ รู้สึกมีก้อนในลำคอ ปั่นป่วนในท้อง ความต้องการทางเพศลดลง

อาการดังกล่าวอาจเป็นอยู่นานหลายเดือน เป็น ๆ หาย ๆ ถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่ทำให้ตึงเครียดต่าง ๆ มักเกิดในผู้ที่มีความกังวลง่าย

สาเหตุ

๑. ปัจจัยด้านจิตใจ อาการวิตกกังวลเป็นความขัดแย้งของกระบวนการคิด การรับรู้ที่เกิดขึ้น ทำให้การแปลผลต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในลักษณะที่มองโลกในแง่ร้าย เกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้

๒. ปัจจัยด้านชีวภาพ เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับสารเคมีในสมองหรือฮอร์โมน

การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค

๑. โรคทางกายที่แสดงอาการออกมาเป็นภาวะวิตกกังวลที่พบได้บ่อย เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคชืด โรคที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมไทรอยด์

๒. ภาวะวิตกกังวลที่เกิดจากสารเสพติด ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สารกลุ่มแอมเฟตามีน หรือคาเฟอีน

๓. ภาวะวิตกกังวลที่มีสาเหตุจากจิตใจ ได้แก่

๓.๑ ภาวะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองกับความเครียดที่มากผิดปกติ (Acute stress reaction) มีลักษณะ คือ เมื่อมีความเครียดสูงเกิดขึ้น จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองอย่างรวดเร็วภายในไม่กี่นาที อาการดีขึ้นภายใน ๒ – ๓ วัน

๓.๒ โรคความผิดปกติของการปรับตัว (Adjustment disorders) มีลักษณะ คือ เมื่อเกิดความเครียดสูง จะเกิดอาการภายใน ๑ เดือน มีอาการวิตกกังวลไม่เกิน ๖ เดือน

๓.๓ โรควิตกกังวล (Anxiety disorders) มีลักษณะ คือ มีการเริ่มต้นของโรคไม่ชัดเจน มีอาการนานกว่า ๑ เดือน จนไม่สามารถบอกเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจได้ชัดเจน แบ่งเป็น

๑. Panic disorders
๒. Generalized anxiety disorders
๓. Phobic disorders
๔. Obsessive compulsive disorders
๕. Post - traumatic stress disorders

โรควิตกกังวลที่พบบ่อยและควรดูแลรักษาในพื้นที่ห่างไกล มักพบ ๒ โรค ดังนี้

๑. โรคตื่นตระหนก (Panic disorders) ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยจะมีอาการแพนิก (panic attack) หรืออาการตื่นตระหนกอย่างมาก เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว โดยที่อาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นจากโรคทางอายุรกรรมหรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ

โดยช่วงที่เกิดอาการแพนิกต้องมียาอย่างน้อย ๔ อาการหรือมากกว่า เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและถึงระดับสูงสุดในเวลา ๑๐ นาที อาการดังกล่าว ได้แก่

- ใจสั่น ใจเต้นแรง หรือหัวใจเต้นเร็ว

- เหงื่อออก
- ตัวสั่น
- รู้สึกหายใจไม่อิ่ม หายใจเข้าได้ไม่สุด หรือหายใจขัด
- สับสน รู้สึกอึดอัดเหมือนมีก้อนจุกที่คอ
- เจ็บหรือแน่นหน้าอก
- คลื่นไส้ หรือไม่สบายท้อง
- มึนงง วิงเวียน รู้สึกโคลงเคลง หรือเป็นลม
- รู้สึกว่าตัวเองหรือสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป
- กลัวว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้หรือกลัวจะเป็นบ้า
- กลัวว่าตัวเองจะตาย
- ซา หรือรู้สึกเป็นเหน็บ เสียวแปรบ
- หนาวสั่นหรือร้อนวูบวาบ

๒. โรควิตกกังวล (Generalized anxiety disorders) เป็นโรคที่มีอาการเรื้อรัง และพบบ่อยว่า มีโรควิตกกังวลอย่างอื่นและโรคซึมเศร้าเกิดร่วมด้วย มีอาการสำคัญ ดังนี้

- อาการของความวิตกกังวล เช่น กังวลเกี่ยวกับอนาคต รู้สึกหงุดหงิดอยู่เสมอ ไม่มีสมาธิ
- อาการจากภาวะตึงเครียด เช่น ปวดศีรษะ สั่น ไม่ผ่อนคลาย กระวนกระวาย
- อาการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น เหงื่อออก ใจเต้นเร็ว ปากแห้ง ไม่สบายท้อง มึนงง วิงเวียน

การดูแลผู้ป่วยวิตกกังวล

๑. สร้างสัมพันธภาพใส่ใจในอาการ ตั้งใจฟัง แสดงความสนใจ ใส่ใจในคำพูด และพูดสรุปสิ่งที่ผู้ป่วยพูด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้สิ่งที่ตนได้พูด คิด รู้สึก

๒. ตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อการวินิจฉัยแยกโรคทางกาย หากตรวจแล้วร่างกายปกติ จึงบอกกับผู้ป่วยว่าตรวจไม่พบโรคภัยร้ายแรง น่าจะเกิดจากสาเหตุทางจิตใจ

๓. ให้กำลังใจและปลอบโยน

๔. ให้ยาคลายกังวลและยารักษาตามอาการ ตามแผนการรักษาของแพทย์

๕. ใช้วิธีบำบัดอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การฝึกการหายใจ (ดูรายละเอียดในหัวข้อ “กลุ่มอาการหายใจถี่”) เพื่อช่วยลดอาการหายใจเร็วหายใจไม่อิ่มของผู้ป่วย การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะ ตึงกล้ามเนื้อ การฝึกจินตนาการ การฝึกสมาธิ การฝึกคิดในทางบวก (ดูรายละเอียดใน ๕.๑ ความเครียดและการจัดการความเครียด)

๒. พฤติกรรมรุนแรง (violent behavior)

หมายถึง การกระทำการที่มีลักษณะก้าวร้าวรุนแรงจนอาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน อาการและอาการแสดง มีอาการก้าวร้าว เอะอะอาละวาด ด่าทอ ข่มขู่ จนถึงทำร้ายผู้อื่น โดยอาจสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังนี้

๑. ท่าทางตึงเครียด ตัวเกร็ง กำหมัดหรือมีท่าทางขณะพูดคุย เกร็ง จับพนักเก้าอี้แน่นในท่าที่พร้อมจะลุกขึ้น
๒. คำพูดแข็งกร้าว เสียงดัง แสดงความฉุนเฉียว หยาดคาย
๓. ลักษณะกระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ เดินง่วนไปมา
๔. ท่าทางหวาดกลัวตกใจง่าย พร้อมที่จะกระทำการรุนแรงเพื่อป้องกันตัวเอง

สาเหตุ

๑. สาเหตุทางร่างกาย (organic causes) เช่น พิษจากยาและสารเสพติด หรือโรคที่มีพยาธิสภาพทางสมอง เช่น เนื้องอกในสมอง

๒. สาเหตุจากจิตใจ (functional causes) เช่น กลุ่มโรคทางจิตเวชบุคลิกภาพผิดปกติ

การดูแล บุคลากรสายแพทย์ควรทำงานเป็นทีม ดังนี้

๑. ผู้นำทีมต้องแนะนำตัวเองพร้อมทีมในฐานะบุคลากรทางการแพทย์
๒. ยืนอยู่ในจุดที่ห่างจากผู้ป่วยพอสมควร ไม่ควรเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยตามลำพัง ควรเข้าไปถึงตัวผู้ป่วยเมื่อทีมมีความพร้อม เพื่อที่จะสามารถควบคุมผู้ป่วยเมื่อเกิดอาละวาดได้
๓. ถ้ามีอาวุธให้ปลดอาวุธก่อน แต่ระวังอย่าให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคาม โดยให้วางอาวุธบนโต๊ะหรือพื้น ไม่ควรรับอาวุธจากผู้ป่วยโดยตรง และควรถามว่าผู้ป่วยยังมีอาวุธอื่นอีกหรือไม่
๔. แสดงท่าที่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย ให้มีโอกาสดูระบายความรู้สึกโดยรับฟังอย่างสงบ
๕. เตรียมจัดยาให้รับประทานตามที่แพทย์สั่ง โดยบอกว่าจะทำให้ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น ถ้าปฏิเสธการรับประทานยาให้รายงานแพทย์เพื่อใช้วิธีฉีดยา
๖. หากยังไม่สงบ ควบคุมตนเองไม่ได้ ให้ผูกมัด
๗. จัดเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา และ/ หรือ ถูกผูกมัด (รายละเอียดในหน้า ส่วนที่ ๕ หัวข้อ ๑.๒ ๑.๒ การจัดการเบื้องต้นสำหรับผู้มีพฤติกรรมรุนแรง/ ควบคุมตนเองไม่ได้ และการผูกมัด/ การจำกัดสถานที่) ดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ควรปล่อยผู้ป่วยไว้ตามลำพัง
๘. ส่งต่อโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง

๓. โรคจิตเฉียบพลัน (acute psychosis)

หมายถึง โรคที่ทำให้เกิดความคิดหลงผิด ประสาทหลอน มีพฤติกรรมทำทางไม่เหมาะสม พุดจาสับสน อาจเกิดอาการใดอาการหนึ่ง หรือเกิดพร้อมกันอย่างเฉียบพลัน จนทำให้เกิดความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวัน

อาการและอาการแสดง

- อาการประสาทหลอน เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน
- อาการหลงผิดมีความเชื่อที่ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง เช่น ระวังว่ามีคนมาทำร้าย
- มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
- พุดคนเดียว พุดเพ้อเจ้อ พุดไม่รู้เรื่อง

สาเหตุ

๑. สาเหตุทางร่างกาย (organic cause) เกิดได้หลายสาเหตุ ดังนี้

- โรคสมองโดยตรง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ไข้สมองอักเสบ หรือสมองได้รับการกระทบกระเทือน เช่น ญาติที่ศีรษะ

- จากยาหรือสารต่าง ๆ เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน

- โรคติดเชื้อ เช่น เชื้อมาลาเรียขึ้นสมอง ไข้เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เชื้อซิฟิลิสขึ้นสมอง หรือจากพิษไข้ เช่น ไทฟอยด์

๒. สาเหตุทางจิตใจ (functional cause)

เป็นอาการของโรคจิตเวชเอง เช่น โรคจิตเฉียบพลัน (acute psychosis) ภาวะแสดงออกทางอารมณ์ ที่มากเกินไปอย่างเฉียบพลัน (acute mania) โรคจิตระยะสั้น (brief psychotic disorder) เป็นต้น

การดูแล ถ้าแสดงอาการก้าวร้าว เอะอะ อละวาด ด่าทอ ข่มขู่ จนถึงทำร้ายผู้อื่น ให้ใช้การดูแลรักษาเหมือนผู้ป่วย พฤติกรรมรุนแรง (violent behavior)

๔. ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย (depression depressive disorder and suicide)

๔.๑ ภาวะซึมเศร้า (depression)

๔.๒ โรคซึมเศร้า (depressive disorder)

๔.๑ การฆ่าตัวตาย (suicide)

๔.๑ ภาวะซึมเศร้า

ข้อแตกต่างของอารมณ์เศร้าและภาวะซึมเศร้า

“อารมณ์เศร้า (Sadness)” เป็นอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวกับบุคคลทั่วไปทุกเพศทุกวัย เมื่อเผชิญกับการสูญเสีย การพลาดในสิ่งที่หวัง การถูกปฏิเสธ และมักเกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกสูญเสีย ผิดหวัง หรือความรู้สึกอัดอั้นทรมาน

“ภาวะซึมเศร้า (Depression)” อาการเศร้าที่มากเกินควรและนานเกินไป ไม่ดีขึ้นแม้ได้รับกำลังใจหรืออธิบายด้วยเหตุผล มักมีความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิด อยากตาย มีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน กิจกรรมประจำวันและการสังคมทั่วไป เมื่อบุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วปรับตัวได้ก็สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ

แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น ๓ ระดับ

๑. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild Depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหนงหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้ในบางครั้ง การนอนลดลง อาจหลับยากหรือตื่นเช้ากว่าปกติ อาจมีสาเหตุหรือไม่ก็ได้ เริ่มคิดลบเปรียบเทียบกับผู้อื่น ความตั้งใจทำงานต่าง ๆ ลดลง ต้องการความช่วยเหลือ แนะนำการเอาใจใส่

การดูแล - ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ

๒. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงขึ้น จนมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและการงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่อาจไม่สมบูรณ์ อาการเป็นมาช่วงเช้า รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่าง ๆ อ่อนเพลีย มีพลังกำลังลดลง รู้สึกตนเองไร้ค่า ต่ำหนีดตนเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย กังวลกับสุขภาพ หลีกหนีสังคม แยกตัว อาจคิดอยากตาย ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด

การดูแล - ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ

- แนะนำวิธีการคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น การพุดคุยระบายความรู้สึก การนวด การฟังเพลง การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (รายละเอียดใน ๕.๑ ความเครียดและการจัดการความเครียด)
- หากไม่ดีขึ้นให้ รายงานแพทย์

๓. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) มีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา สิ้นหวัง มองตนเองด้านลบ ไม่มีคุณค่า คิดอยากตายมากขึ้น แยกตัวมากขึ้น สิ้นหวัง มองไม่เห็นอนาคต การตัดสินใจเสียแม้เรื่องง่ายในชีวิตประจำวัน ไม่สนใจดูแลตนเอง อาจนั่งอยู่ท่าเดียวนาน ๆ หรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข นอนน้อยลง อ่อนเพลีย บางคนไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง

การดูแล - ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ

- แนะนำวิธีการคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น การพุดคุยระบายความรู้สึก การนวด การฟังเพลง การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (รายละเอียดใน ๕.๑ ความเครียดและการจัดการความเครียด)
- หากมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้เฝ้าสังเกตอาการใกล้ชิด และรายงานแพทย์ทันที

การให้คำแนะนำแก่ผู้มีภาวะซึมเศร้า

๑. ออกกำลังกาย ๓๐ - ๔๕ นาที (เป็นแบบแอโรบิกจะดีมาก) อย่างน้อย ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเท่าที่จะเป็นไปได้ เนื่องจากการเคลื่อนไหวจะช่วยทำให้อารมณ์ดีขึ้น นอนหลับดีขึ้น มีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น ระวังความคิดทางลบ หรือยับยั้งความวิตกกังวล

สำหรับอาการซึมเศร้าระดับน้อย การออกกำลังกายจะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ดี จากการวิจัยพบว่าการออกกำลังกายได้ผลดีพอ ๆ กับการใช้ยา ถ้าออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลานานพอ

๒. ทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกดี เช่น ฟังเพลง ดูหนัง ทำงานอดิเรกที่ชอบ กิจกรรมที่เคยให้ความสนใจหรือทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน ควรทำอย่างต่อเนื่องแม้ว่าปัจจุบันอาจไม่รู้สึกสนใจหรือเพลิดเพลินกับกิจกรรมนั้นแล้ว

๓. พูดคุยกับคนที่ไว้วางใจ

๔. ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ

๕. วางเป้าหมายการทำงานที่เหมาะสม เป็นขั้นตอนอย่างง่าย ๆ

๖. มองโลกในแง่ดี อย่าด่วนตัดสินใจเรื่องสำคัญต่อชีวิตในช่วงนี้ เมื่อมีความคิดทำร้ายตนเอง หรือ ความคิดฆ่าตัวตาย ให้รีบกลับมารับการรักษา

๗. หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์

๘. พยายามเข้าสังคม มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเท่าที่จะเป็นไปได้

๑๐. พักผ่อนให้เพียงพอ อย่าอดนอน พยายามรักษาวงจรการนอนหลับให้เป็นปกติ เช่น เข้านอนในเวลาเดียวกันทุกคืน นอนหลับในระยะเวลาเท่าเดิมกับที่เคย หลีกเลี่ยงการนอนมากเกินไป

สิ่งที่ ญาติ/ผู้ใกล้ชิด/ผู้บังคับบัญชา ควรปฏิบัติ มีดังนี้

๑. ใส่ใจ ให้ความสนใจ และ ถ้าสังเกตพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป ควรบอกให้ผู้ป่วยรู้

๒. เปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจ ไม่ซ้ำเติม

๓. สนับสนุนในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น การนัดเวลาหรือไปเป็นเพื่อนเพื่อพบแพทย์

๔. ลดความคาดหวัง ยอมรับ อดทนต่อการแสดงออกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

๕. ควรหลีกเลี่ยงให้ตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญจนกว่าจะดีขึ้น

๖. ฝึกระวังการทำร้ายตัวเองและไม่ควรปล่อยให้อยู่คนเดียว โดยเฉพาะช่วงแรกที่ซึมเศร้ามากอาจคิดอยากฆ่าตัวตาย

๗. ช่วยดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ยา รวมถึงการนอนหลับ การออกกำลังกาย

๘. ส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของตัวเอง ส่งเสริมให้เพื่อนชวนทำกิจกรรมต่าง ๆ แต่ไม่ควรกดดันว่าต้องทำ

๔.๒ โรคซึมเศร้า (Depressive disorder)

คำว่า “โรคซึมเศร้า” บ่งว่าเป็นความผิดปกติทางการแพทย์ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาให้อาการทุเลาต่างจาก “อารมณ์เศร้า” ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อชีวิตพบกับความผิดหวัง หากสถานการณ์นั้นคลี่คลายลง หรือมีคนเข้าใจเห็นใจ ภาวะอารมณ์เศร้านี้ก็อาจหายได้ หากอารมณ์เศร้านั้นนานเกินไป จะกลายเป็น “ภาวะซึมเศร้า” ซึ่งมีจะรุนแรงกว่า เป็นอยู่นานกว่าและทำให้สูญเสียหน้าที่การทำงาน ชีวิตประจำวันมากกว่า ถ้าหากอาการซึมเศร้าเป็นต่อเนื่องและมีอาการอื่นร่วมด้วย จะเข้าเกณฑ์วินิจฉัยเป็น “โรคซึมเศร้า”

ผู้ที่ป่วยเป็น “โรคซึมเศร้า” นั้น “ตัวโรค” จะส่งผลให้การทำงานหรือการประกอบกิจการประจำวัน สัมพันธภาพ และด้านอื่น ๆ บกพร่อง เช่นเดียวกับผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางร่างกายที่ทำให้ปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ ได้ไม่ดีเท่าเดิม ดังนั้นการเป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยเป็นคนอ่อนแอ คิดมาก หรือเป็นคนไม่สู้ปัญหา เอาแต่โทษแต่ซึมเศร้า แต่ที่เขาเป็นนั้นเป็นเพราะตัวโรค ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ก็จะทุเลาจะกลับมาเป็นผู้ที่มีจิตใจแจ่มใสพร้อมทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้ดังเดิม

โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่พบบ่อยมากและสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน เป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำหนีดตัวเอง เมื่อมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นจะเป็นอยู่นานโดยไม่มีทีท่าจะดีขึ้น จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความคิด จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างชัดเจน

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมค่อนข้างมาก การเปลี่ยนแปลงหลักจะเป็นในด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม ร่วมกับอาการทางร่างกาย

สาเหตุของโรคซึมเศร้า ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคซึมเศร้านั้น เชื่อกันว่าสัมพันธ์กับหลาย ๆ ปัจจัย ทั้งจาก ด้านกรรมพันธุ์ การพลัดพรากจากพ่อแม่ในวัยเด็ก พัฒนาการของจิตใจ รวมถึงปัจจัยทางชีวภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงของระดับสารเคมีในสมองบางตัว เป็นต้น ปัจจัยสำคัญเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่

๑. กรรมพันธุ์ พบว่ากรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องสูง โดยเฉพาะในกรณีของผู้ที่มีอาการกลับเป็นซ้ำหลาย ๆ ครั้ง

๒. สารเคมีในสมอง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของอารมณ์เกิดการเสียสมดุลทำให้การทำงานของสมองผิดปกติ และยาต้านเศร้าส่วนใหญ่จะออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทเหล่านี้ ทำให้ระดับของสารสื่อประสาทในสมองเกิดความสมดุลสามารถลดอาการเศร้าได้ดี

๓. บุคลิกภาพส่วนตัว เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า เช่น เป็นคนมองตนเองในแง่ลบ มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง หรือมองโลกในแง่ร้าย หนีปัญหา เก็บกดไม่แสดงอารมณ์ เป็นต้น บุคลิกภาพเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้าได้

๔. เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าครั้งแรก และยังเป็นตัวกระตุ้นให้กลับเป็นซ้ำ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ การประสบปัญหาการเงิน ตกงานคลอดบุตร หย่าร้าง เป็นต้น อาการแสดงที่สำคัญของโรคซึมเศร้า

๑. อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป : ที่พบบ่อยคือจะกลายเป็นคนเศร้าสร้อย หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย บางคนอาจไม่มีอารมณ์เศร้าชัดเจนแต่จะบอกว่าจิตใจหม่นหมอง ไม่สดชื่นเหมือนเดิม อาจมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไปหมดทุกอย่าง บ้างก็รู้สึกเบื่อไปหมดตั้งแต่ตื่นเช้า บางคนอาจมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย กลายเป็นคนอารมณ์ร้าย ไม่ใจเย็นเหมือนก่อน

๒. ความคิดเปลี่ยนแปลงไป : มองอะไรก็รู้สึกแย่ไปหมด มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตก็เห็นแต่ความผิดพลาดความล้มเหลวของตนเอง ไม่เห็นทางออก รู้สึกท้อแท้หมดหวังกับชีวิต รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า เหล่านี้อาจทำให้เจ้าตัวคิดถึงการตายอยู่บ่อย ๆ เมื่ออารมณ์เศร้าหรือความรู้สึกหมดหวังมีมากขึ้น ก็จะเริ่มคิดเป็นเรื่องเป็นราวว่าจะทำอย่างไร ในช่วงนี้หากมีเหตุการณ์มากระทบกระเทือนจิตใจก็อาจเกิดการทำร้ายตนเองขึ้นได้จากอารมณ์ชั่ววูบ

๓. สมาธิความจำแย่ลง : จะหลงลืมง่าย โดยเฉพาะกับเรื่องใหม่ๆ วางของไว้ที่ไหนก็นึกไม่ออก จิตใจเหม่อลอยบ่อย ทำอะไรไม่ได้นานเนื่องจากสมาธิไม่มี ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำงานผิดๆ ถูกๆ

๔. มีอาการร่วมทางร่างกายต่าง ๆ ที่พบบ่อย : คือจะรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ซึ่งมักพบร่วมกับอารมณ์รู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร พบปัญหาด้านการนอน มักจะหลับยาก นอนไม่เต็มอิ่ม หลับ ๆ ตื่น ๆ บางคนตื่นแต่เช้ามืดแล้วนอนต่อไม่ได้ ส่วนใหญ่จะรู้สึกเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมาก นอกจากนี้ยังอาจมีอาการท้องผูก อึดแน่นท้อง ปากคอแห้ง บางคนอาจมีอาการปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว

๕. ความสัมพันธ์กับครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป : ผู้ที่เป็นโรคนี้นั้นมักจะดูซึมลง ไม่ร่าเริง แจ่มใส เหมือนก่อน จะเก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจากับใคร บางคนอาจกลายเป็นคนใจน้อย อ่อนไหวง่าย บางคนอาจหงุดหงิดบ่อยกว่าเดิม

๖. การงานแย่ลง : ความรับผิดชอบต่อการงานก็ลดลง คนที่ทำงานสำนักงานก็จะทำงานที่ละเอียดไม่ได้เพราะสมาธิไม่มี เริ่มทำงานขาดงานบ่อย ๆ

๗. อาการโรคจิต : จะพบในรายที่เป็นรุนแรงซึ่งนอกจากผู้ที่เป็นจะมีการซึมเศร้ามากแล้ว จะยังพบว่ามีอาการของโรคจิตได้แก่ อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วย ที่พบบ่อยคือ จะเชื่อว่ามีคนคอยกลั่นแกล้ง หรือประสงค์ร้ายต่อตนเอง อาจมีหูแว่วเสียงคนมาพูดคุยด้วย อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้มักจะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น เมื่อได้รับการรักษา อาการเศร้าดีขึ้น อาการโรคจิตก็มักทุเลาตาม

การรักษา

โรคซึมเศร้า สามารถรักษาหายได้ การรักษาที่ดีที่สุดคือ การรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ เนื่องจากอาการซึมเศร้าเกิดได้จากทั้งการมีปัญหาด้านจิตสังคม และเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง

การรักษาทางการแพทย์ประกอบด้วย การให้ยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า (ในรายที่มีอาการรุนแรง) การให้ยาด้านโรคจิต (กรณีมีประสาทหลอน หลงผิดร่วมด้วย) การกินยารักษาโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องกินยาอย่างต่อเนื่องประมาณ ๖ - ๑๒ เดือน หรือนานกว่านั้นอาจมีข้อบ่งชี้ และควรมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง การกินยาและติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอถือเป็นเรื่องสำคัญ ส่วนการรักษาทางจิตใจ ได้แก่ จิตบำบัด การให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาทางสังคมจิตใจ และการเรียนรู้ทักษะจัดการความเครียด

ดังนั้น เมื่อใช้แบบประเมินการคัดกรองและประเมินโรคซึมเศร้า (รายละเอียดใน ๕.๒ การประเมินภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้น) ร่วมกับการสอบถามและสังเกตอาการแล้วพบว่ากำลังพลรายนั้นน่าจะป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ควรส่งต่อไปพบแพทย์ประจำหน่วยเพื่อวินิจฉัยโรค เพื่อดำเนินการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ต่อไป

การสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม จิตใจ ผู้มีปัญหาซึมเศร้า เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

“การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย” เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและยอมรับการรักษา โดยผู้ดูแลที่ทำสนใจและยินดีและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ แสดงสีหน้าท่าทางที่เป็นมิตร เห็นใจ และตั้งใจฟังเมื่อผู้ป่วยระบายความรู้สึก ไม่มีท่าที่ไม่เห็นด้วยหรือเห็นว่าเป็นเรื่องไร้สาระ

ประเมินความคิดอยากตายโดยการถามเป็นขั้นตอน ดังนี้

ขั้นแรก ประเมินอาการซึมเศร้า โดยการถามอาการต่าง ๆ ของโรคซึมเศร้า เช่น “จิตใจเป็นอย่างไรบ้าง? กลุ้มใจ ไม่สบายใจไหม? ร้องไห้บ่อยไหม? “หรือ” กลุ้มใจถึงขั้นกินไม่ได้นอนไม่หลับไหม? เป็นต้น

ขั้นที่ ๒ ถามถึงความคิดอยากตาย อาจโดยการพูดเกริ่น ๆ ว่า “คนเราเวลารู้สึกเศร้าแล้วมักจะคิดสั้นอยากตาย คุณรู้สึกอย่างนั้นบ้างไหม?” หรือ “คุณกลุ้มใจมาก (ไม่สบายใจ) ถึงขั้นคิดสั้น (คิดฆ่าตัวตาย คิดเบียดชีวิต) ไหม?” ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธ ก็กล่าวให้กำลังใจในทำนอง “นับว่ายังโชคดีที่เป็นไม่มากถึงขั้นนั้น” ถ้าผู้ป่วยตอบรับ ก็ควรกล่าวให้ความเห็นใจในทำนอง “แสดงว่าคุณทุกข์ (กลุ้มมาก ๆ) จริง ๆ ยังดีที่คุณควบคุมอารมณ์ได้ ไม่ทำอะไรลงไป” และคุณคิดเรื่องนี้มานานเท่าไร? คิดครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่?

ขั้นที่ ๓ ประเมินความรุนแรง ด้วยการถามว่า “คิดเรื่องนี้ (อยากตาย) บ่อย ๆ ไหม? เคยพยายามทำไหม? คิดจะทำร้าย (เอาชีวิต) คนอื่นไปด้วยกับคุณไหม? ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธ เช่น ตอบว่ามีความคิดรุนแรงแต่ไม่แน่ใจ บุคลากรสายแพทย์อาจกล่าวในทำนอง “ดีแล้วที่คุณยังคิดสู้ชีวิต แต่ถ้ามีความรุนแรงขึ้นมาเมื่อไรด้วยอารมณ์ชั่ววูบ ขอให้พยายามบอกกล่าวกับใครสักคนหรือมาพบที่หน่วยแพทย์/โรงพยาบาลนะ” ถ้าผู้ป่วยยอมรับว่าคิดบ่อย ๆ และอาจจะจริงจึงให้ถามข้อต่อไป

ขั้นที่ ๔ หาสิ่งยึดเหนี่ยวหรือความผูกพันที่ผู้ป่วยมี เพื่อทราบผู้ป่วยให้ความสำคัญกับสิ่งใด ด้วยการถาม เช่น “อะไรช่วยให้คุณห้ามใจได้” “มีอะไรช่วยยับยั้งไม่ให้คุณตัดสินใจทำลงไป” คุณรู้สึกอย่างไรที่ยังมีชีวิตอยู่? ถ้าคุณเสียชีวิตไปครอบครัว ญาติพี่น้องจะรู้สึกหรือได้รับผลอย่างไร? อะไรที่จะช่วยให้คุณรู้สึกดีขึ้นกับปัญหาขณะนี้? คุณรู้สึกอย่างไรที่เราคุยกันถึงเรื่องนี้? หากผู้ป่วยไม่มีความผูกพันใด ๆ เลย นับเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

ขั้นที่ ๕ สนับสนุนและให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่ชีวิตจะต้องประสบปัญหาวิกฤตต่าง ๆ ที่หลีกเลี่ยงได้ยาก แต่หากผู้ป่วยมีจิตใจที่มั่นคงเข้มแข็ง มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและมีผู้ใกล้ชิดที่พร้อม จะให้การช่วยเหลือ นับเป็นสิ่งที่ดีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านวิกฤตเหล่านั้นไปได้ในอนาคต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความอดทน การมองโลกในแง่ดี และการใคร่ครวญสิ่งต่าง ๆ อย่างมีสติ การยกตัวอย่างผู้ที่สามารถผ่านวิกฤต และใช้ชีวิตอยู่ใน ปัจจุบันอาจทำให้เขามีกำลังใจขึ้น

ขั้นที่ ๖ ผู้ป่วยวางแผนหรือไม่ ตั้งใจจะทำวิธีใด? อย่างไร? ที่ใด? เมื่อไหร่? จัดการกับทรัพย์สินหรือเขียน พินัยกรรมไว้แล้วหรือไม่? บางคนอาจเตรียมหาปืน ซ้อยามาสะสมไว้เป็นจำนวนมาก รายเช่นนี้มีความเสี่ยงสูงมาก ควรบอกให้ญาติพี่น้องรับทราบและเตือนให้ดูแลอย่างใกล้ชิด มิให้คลาดสายตา นำวัตถุสิ่งของที่อาจใช้ในการนี้ เก็บซ่อนไว้ให้หมด และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาให้ยาแก้เศร้าหรือรักษาด้วยไฟฟ้าอย่างรีบด่วน

อย่างไรก็ตามการทำนายความเสี่ยงยังไม่ถูกต้องมากนัก ผู้ป่วยบางคนไม่ยอมรับว่าคิดหรือวางแผนได้แล้ว เนื่องจากกลัวว่าจะถูกขัดขวางหรือยับยั้งไว้ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ให้รู้สึกว่ามีคนเข้าใจและปัญหา จะค่อย ๆ คลี่คลายและเป็นที่รักที่ห่วงใยของครอบครัว น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังและเปลี่ยนการตัดสินใจได้

- กรณีผู้ป่วยมาด้วยบาดแผลทางกายแต่สงสัยว่าเป็นการทำร้ายตัวเอง ให้ถามเพิ่มเติมเพื่อหาประเด็นว่า ได้ทำร้ายตัวเองอย่างไรที่สงสัยหรือไม่ และถามถึงสาเหตุของการทำร้ายตัวเอง

ตัวอย่างคำถาม ในกรณีผู้มารับบริการมีบาดแผลที่ข้อมือ

- “บาดแผลเกิดจากอะไร?”
- “คุณรู้สึกอย่างไร/คิดอย่างไรกับการกรีดที่ข้อมือ?”
- “คุณกรีดแขนเพราะจุดมุ่งหมายใด?”
- “คุณคิดทำร้ายตัวเองหรือไม่?”

ถ้าคำตอบที่ได้รับบ่งบอกถึงผู้ป่วยมีความคิด ประชด ทำร้ายตัวเอง อยากตาย ควรระมัดระวังการทำร้าย ตัวเองซ้ำ

- กรณีผู้ป่วยซึมเศร้าจากการสูญเสียบุคคลในครอบครัว ให้พูดคุยเพื่อประเมินความผูกพันที่มีต่อผู้เสียชีวิต ตัวอย่างคำถาม

- “ผู้เสียชีวิตในครอบครัวเป็นใคร?”
- “มีความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างไร?”
- “คุณรู้สึกอย่างไรต่อการสูญเสีย?”
- “คุณคิดจะทำอย่างไรต่อไป?”
- “การเสียชีวิตของเขาทำให้คุณรู้สึกเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังจนเคยคิดอยากทำร้ายตัวเองบ้างหรือเปล่า?”

- กรณีผู้ป่วยมาด้วยการทำร้ายร่างกาย กินยาเกินขนาด แต่ไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต อาจใช้คำถามต่อไปนี้

- “การที่กินยาเกินขนาด ทำร้ายตัวเอง ฯลฯ นั้นมาสาเหตุจากอะไร?” ถามเพื่อให้รู้สาเหตุ
- “ขณะที่กินยาเกินขนาด ทำร้ายสังคม มีความคิดอย่างไร?” ถามเพื่อให้รู้ความคิดขณะที่ทำ
- “ขณะนี้มีความรู้สึกอย่างไร?” ถามเพื่อให้รู้สึกความรู้สึกในขณะปัจจุบัน

- กรณีผู้ป่วยปฏิเสธไม่ยอมเล่ารายละเอียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น บอกว่าผู้ดูแลพร้อมที่จะรับฟังเขาตลอดเวลา ที่เขาต้องการ ให้ความมั่นใจว่าเรื่องที่เล่าจะไม่บอกแก่ผู้อื่นหากผู้ป่วยไม่อนุญาต และดำเนินการ ดังนี้

- ให้เวลาที่จะรับฟังเรื่องราวของเขา
- พยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกของเขาออกมา เช่น
- เคยมีความรู้สึกที่ไม่ดีมาก ๆ จนคิดอยากจะทำร้ายตัวเองบ้างไหม
- มีความไม่สบายใจต่าง ๆ ที่สะสมเก็บไว้นานจนทำให้มีความรู้สึกที่อยากจะทำร้ายตัวเองบ้างหรือไม่

- ถ้าคำตอบบอกว่าเขาอยากจะทำร้ายตัวเอง จะต้องจริงจังกับคำตอบของผู้ป่วย อยากคิดว่าเป็นคำพูดเล่น ๆ คำถามที่ควรจะถามต่อไปคือ

- “คิดไว้นานแค่ไหนแล้ว?”
- “จะทำวิธีไหน?”
- “หลังจากนี้จะทำอะไรต่อไป?”

- ให้ญาติและผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการดูแล เสริมให้ญาติมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยให้เห็นผู้ป่วยในแง่บวกที่เป็นความทุกข์ใจของผู้ป่วย

บุคลากรสายแพทย์ควรพบญาติ/ผู้ใกล้ชิดทุกครั้ง ทั้งนี้เพื่อจะได้ทราบถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยญาติอาจมีมุมมองต่าง ๆ จากผู้ป่วยข้อมูลจากหลาย ๆ แห่งทำให้ประเมินปัญหาได้ตรงขึ้น อย่างไรก็ตามไม่ใช่จะเชื่อข้อมูลที่ได้ไปทั้งหมดโดยไม่พิจารณา หากญาติผู้ป่วยมีส่วนเกี่ยวข้องในเหตุการณ์อาจปกปิดหรือบิดเบือนข้อมูลบางส่วนได้จะด้วยเหตุผลใดก็ตาม

แนวทางการให้ข้อมูลแก่ญาติ/ผู้ใกล้ชิด/ผู้บังคับบัญชา

๑. ผู้ให้ข้อมูลควรระวังท่าทีและทัศนคติในการที่จะไม่ตำหนิว่าเป็นความผิดของญาติ/ผู้ใกล้ชิด แต่ควรให้ญาติ/ผู้ใกล้ชิด รู้ว่าตนเองมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทุกคนสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้

๒. ควรตระหนักว่ารับข้อมูลเป็นใคร มีทัศนคติอย่างไรต่อผู้ป่วย อย่าด่วนเล่าเรื่องที่ได้จากผู้ป่วย ควรขออนุญาตผู้ป่วยในการเล่าเรื่องให้ญาติ/ผู้ใกล้ชิด/ผู้บังคับบัญชา และบุคคลที่อนุญาตให้รับฟังข้อมูลได้

๓. ถ้าญาติ/ผู้ใกล้ชิด ถามถึงสาเหตุของการมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ควรย้อนถามให้ญาติ/ผู้ใกล้ชิด เล่าความเห็นของญาติก่อน ว่าเกิดจากอะไรถ้าไม่ตรงกัน ควรบอกเท่าที่ผู้ป่วยต้องการให้บอก และเป็นแนวทางเดียวกัน

๔. แจ้งให้ญาติ/ผู้ใกล้ชิด ทราบถึงความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเป็นแนวทางการช่วยเหลือ

๔.๓ การฆ่าตัวตาย (suicide)

การฆ่าตัวตายหรืออัตวินิบาตกรรม หมายถึง การมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง เนื่องจากมีความรู้สึกหมดหวังในชีวิต หรือจากสาเหตุอื่น ๆ ความคิดอยากตายเป็นอารมณ์ชั่ววูบหนึ่ง ซึ่งอาจเกิดในคนปกติที่มีปัญหาชีวิตที่รุนแรง หรือเป็นพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งคนที่ต้องการฆ่าตัวตายมักมีความรู้สึกสิ้นหวัง ทั้งอยากอยู่และอยากตายในเวลาเดียวกัน เพียงแต่มีความรู้สึกใดมากกว่ากัน

ประเภทของการฆ่าตัวตาย มีดังนี้

๑. การมีความคิดอยากตาย (suicidal idea)

๒. การพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) มีทั้งแบบประทุษร้าย และแบบรุนแรงที่ต้องการที่จะจบชีวิตตนเอง

๓. การฆ่าตัวตายสำเร็จ (committed suicide)

สาเหตุ

๑. สาเหตุส่วนบุคคล เช่น

- การปรับตัวต่อความตึงเครียดที่ท่วมท้นไม่ได้ รู้สึกหมดหวังหมดหนทางแก้ไขปัญหา
- ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง
- ความรู้สึกโกรธต่อผู้อื่น จึงคิดว่าถ้าฆ่าตัวตายจะทำให้ผู้นั้นกลายเป็นผู้ผิดและเดือดร้อน
- เป็นการร้องขอความช่วยเหลือ หวังว่าจะดึงความสนใจให้มีผู้เข้ามาช่วย
- มีความคับข้องใจ เกลียดตัวเองหรือมีความรู้สึกสิ้นหวัง

- ทำผิดพลาด แล้วพยายามรักษาหน้าของตนเอง หรือเชื่อว่าเพื่อมีชีวิตใหม่ที่ดีกว่า

๒. สาเหตุทางสุขภาพ เช่น ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ป่วยด้วยโรคจิต กระทำไปเพราะหลงผิดหรือหุนเหว มีเสียงสั่งให้ทำหรือเพื่อหนีจากเสียงสั่ง หรือหนีความทรมานจากอาการดังกล่าว ติดสารเสพติด พิษสุราเรื้อรัง ขาดความยับยั้งชั่งใจบุคลิกภาพผิดปกติ มีโรคเรื้อรังทุกข์ทรมานเจ็บปวด เช่น มะเร็ง เอชไอวี ไตวาย ลมชัก เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย

๑. การมีโรคประจำตัวจะทำให้มีความเสี่ยงสูงขึ้น

- มีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า ติดสุรา โรคจิตเภท ตติยาหรือสารเสพติด บุคลิกภาพผิดปกติ มีอาการทางจิต เช่น หุนเหว เห็นภาพหลอน

- โรคทางกายที่รุนแรง เรื้อรัง หรือพิการ

๒. วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ ถ้าใช้วิธีการรุนแรง มีการวางแผนล่วงหน้า ย่อมบ่งถึงความตั้งใจฆ่าตัวตายสูง

๓. เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ทั้งกับตัวเองหรือในหมู่ญาติ

๔. ชีวิตอยู่ในภาวะคับขัน ตึงเครียด เช่น สูญเสียคนสำคัญในชีวิต หย่าร้าง ตกงาน

๕. ภาระต้องรับผิดชอบ หรือรู้สึกตัวเองไม่สามารถรับผิดชอบอะไรได้

๖. ขาดความดูแลเอาใจใส่จากญาติหรือสังคม ทำให้รู้สึกไร้ค่า โดดเดี่ยว

๗. พุดถึงความตาย การฆ่าตัวตาย ต้องการตาย ตั้งคำถามเกี่ยวกับวิธีการฆ่าตัวตาย หรือมีท่าทีมีความสุขในทันทีทันใด หลังจากเคราะห์ระยะหนึ่ง (มีความสุขที่คิดวิธีฆ่าตัวตายได้)

๘. มีพฤติกรรมเก็บสะสมสิ่งที่จะทำร้ายตนเอง

๙. มีลักษณะก้าวร้าว หุนหัน เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด

๑๐. ให้สิ่งของส่วนตัวกับบุคคลอื่น

๑๑. แยกตัวอยู่ในห้อง

หลักการป้องกันและช่วยเหลือปัญหาการฆ่าตัวตาย การดูแลบุคคลมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ไม่ว่าจะเป็นการพยายามฆ่าตัวตาย (Attempt suicide) ประท้วงหรือมีท่าที (Gesture suicide) หรือมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (Suicide idea) จะต้องดูแลช่วยเหลือ ดังนี้

๑. บุคลากรสายแพทย์จะต้องต้องมีทัศนคติต่อการฆ่าตัวตาย ดังนี้ ไม่ตัดสินพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งที่ผิด มองว่าบุคคลเหล่านี้กำลังเจ็บป่วยทางจิตใจ ยอมรับว่าเขากำลังมีความทุกข์ หาวิธีแก้ไขไม่ได้ ควรให้ความเห็นใจ เข้าใจ แสดงท่าทีเมตตากรุณาต่อเขา และไวต่อความรู้สึกผู้ป่วย

๒. สร้างสัมพันธภาพที่ดี เข้าใจ ให้เกียรติผู้ป่วย แสดงความเต็มใจในการช่วยเหลือ เข้าไปพบปะพูดคุยอย่างสม่ำเสมอ ควร “รับฟัง” “ให้คำแนะนำ” และควร “ให้กำลังใจ” ในปัญหาที่ผู้ป่วยรู้สึกเป็นทุกข์

๓. การสัมภาษณ์เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ดีเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา ทำได้โดยการสื่อสารตรงไปตรงมา ถามถึงความคิดความรู้สึกเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอย่างไม่อ้อมค้อม ไม่ควรคิดเอาเองว่า บุคคลเหล่านั้นจะไม่คิดหรือไม่ทำ หรือคิดว่าการถามจะเป็นการกระตุ้นให้คิดฆ่าตัวตาย เพราะผู้ที่คิดจะฆ่าตัวตายหรือเคยฆ่าตัวตายแล้วแต่ไม่สำเร็จมักจะมีความคิดหมกมุ่นต่อการฆ่าตัวตาย เช่น “ช่วงที่ชีวิตมีปัญหาหลายอย่าง เคยท้อแท้ใจหรือบางครั้งคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่” “คุณเคยคิดทำร้ายตนเองหรือไม่”

ควรพบญาติหรือผู้ใกล้ชิดทุกครั้ง เพื่อได้ทราบถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในมุมมองของญาติหรือผู้ใกล้ชิด ซึ่งญาติอาจมีมุมมองที่ต่างออกไปจากผู้ป่วย การได้รับทราบข้อมูลหลายแหล่งเช่นนี้ จะทำให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

๔. ปลอบโยนผู้ป่วย ให้ได้ระบายความขัดข้องใจ โดยรับฟังและให้คำถามป้อนกลับให้คิดในเชิงบวก ล้มเลิกความคิดการฆ่าตัวตาย มองตนเองมีคุณค่า ซึ่งต้องใช้เวลา

๕. สนับสนุนให้กำลังใจ สร้างความหวัง ช่วยให้เห็นว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ และฝึกแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ให้ผู้ป่วยเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่ชีวิตจะต้องประสบกับปัญหาวิกฤตต่าง ๆ แต่หากผู้ป่วยมีจิตใจที่มั่นคง เข้มแข็งจะช่วยให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตเหล่านั้นได้ อย่าปล่อยปละหรือให้ความหวังในสิ่งที่เป็นไปได้

๖. สังเกตอารมณ์เศร้าจากสีหน้า คำพูดส่งลา หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนจากซึมเศร้าเป็นสดชื่นอย่างกะทันหัน ควรระมัดระวังให้มาก

๗. ส่งเสริมให้เห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยคาดหวังทางบวกและปรับมุมมองในปัญหาที่เผชิญอยู่ ถามถึงสิ่งที่เป็ความหวัง “อะไรที่ให้คุณยังอยู่มาได้ทุกวันนี้” “คุณมีอะไรเป็นกำลังใจ” ให้กำลังใจในการแก้ปัญหาที่ไม่ใช้วิธีการทำร้ายตนเอง และสื่อความคาดหวังว่าเขาจะมีชีวิตต่อ ให้มองข้อดีของตนเอง ความสามารถที่มีอยู่และให้รู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถเหล่านั้น เช่น การเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ดี มีลูกที่น่ารักหรือกำลังประสบความสำเร็จ การมีญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่มีความจริงใจพร้อมให้การช่วยเหลือ

๘. จัดให้มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด หรือรับไว้ในหน่วยแพทย์/โรงพยาบาลตามความเหมาะสม และจัดวางเตียงนอนอยู่ในที่ ๆ มีคนอยู่ตลอดเวลา ไม่ปล่อยให้อยู่คนเดียว อยู่ชั้นล่าง แต่ถ้าอยู่ชั้นบน ไม่ควรให้อยู่ติดกับหน้าต่าง ไม่ควรปล่อยให้อยู่คนเดียว ควรมีผู้ดูแลหรือเพื่อนสนิทเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล

๙. นำสิ่งที่จะใช้ฆ่าตัวตายออกจากบริเวณ ที่อยู่ของผู้ป่วยให้หมด เช่น มีด เชือก ส้อม แก้วน้ำ (อาจใช้จานกระดาด ช้อน ส้อม และแก้วน้ำพลาสติกแทน) กระตักน้ำร้อน แจกัน จานกระเบื้อง สารเคมี อาวุธอื่น ๆ

๑๐. ถ้าผู้ป่วยต้องใช้ยาเพื่อการรักษา ไม่ให้จัดยารับประทานเอง เก็บยาต่าง ๆ ให้หมด เพราะอาจสะสมยาแล้วนำไปฆ่าตัวตายได้ และให้รับประทานยาต่อหน้าผู้ดูแล และตรวจสอบว่ามีการช้อนยาหรือไม่

๑๑. ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ที่พักอาศัย การเงิน และสอบถามถึงปัญหายุ่งยากอื่น ๆ ในชีวิต และวันครบรอบการสูญเสียที่อาจเป็นเหตุกระตุ้นให้เกิดอยากตาย

๑๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือได้ง่ายขึ้นจากผู้ให้การปรึกษาเอง หรืออาจจากเพื่อนร่วมงานตามระบบของหน่วย

๑๓. ลดโอกาสในการทำร้ายตนเองอย่างหุนหันพลันแล่น โดยวางแผนให้ทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย บอกผู้ป่วยว่าหากเกิดความรู้สึกอยากฆ่าตัวตาย ให้พูดคุยกับคนที่ไว้ใจได้/บุคลากรทางการแพทย์ หากิจกรรมที่ชอบทำ ออกกำลังกาย เป็นต้น โดยมุ่งเน้นให้เกิดความอดทน ไม่หมกมุ่นอยู่กับอารมณ์ที่ปวดร้าวเศร้าหมอง

๑๔. ลดโอกาสในการทำร้ายตนเองอย่างหุนหันพลันแล่น ให้ผู้ป่วยสัญญากับผู้ให้การปรึกษาว่าจะไม่ทำร้ายตัวเองภายในเวลาที่กำหนด เช่น ในระหว่างการนัดพบวางแผนทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย และแนะนำวิธีจัดการที่ชัดเจนหากเกิดความรู้สึกอยากฆ่าตัวตาย เช่น พูดคุยกับคนที่ไว้ใจได้ หาอะไรที่ชอบทำ ออกกำลังกาย ดูแลสุขภาพ รับประทานยาพบผู้ให้การปรึกษา เลี่ยงการดื่มสุรา เป็นต้น โดยมุ่งเน้นให้เกิดความอดทน ไม่หมกมุ่นอยู่กับอารมณ์ที่ปวดร้าว วางแผนจัดการเรื่องต่าง ๆ และนัดพบบ่อยขึ้น

๑๕. ไม่ละเลยหรือล่อเลียนพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง แม้จะประเมินว่าเป็นการเรียกร้องความสนใจ การทำเช่นนี้อาจเป็นการท้าทายให้ผู้รับบริการพยายามพิสูจน์ว่าต้องการฆ่าตัวตายจริง ควรให้ความสำคัญกับการพยายามฆ่าตัวตายทุกรูปแบบที่ดูเหมือนไม่ตั้งใจจริงหรือไม่รุนแรงก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยนั้นอาจทำจริงในอนาคต หรือทำซ้ำวิธีที่รุนแรงมากกว่าเดิม

ควรช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่าเขาสามารถมาขอความช่วยเหลือได้โดยไม่ต้องทำร้ายตนเอง เข้าใจมุมมองและท่าทีของครอบครัวที่อาจมีผลให้เขาพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และควรสอบถามถึงความเชื่อความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย บางคนเชื่อว่าจะได้เกิดใหม่ในชีวิตที่ดีกว่า บางคนเข้าใจว่าจะได้กลับไป

๑๖. ควรประเมินและวางแผนการช่วยเหลือ เช่น การช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลวางแผนช่วยเหลือตัวเองในอนาคต โดยการใช้วิธีเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การลดความวิตกกังวลและความตึงเครียด (ดูรายละเอียดใน ๕.๑ ความเครียดและการจัดการความเครียด)

๑๗. กรณีที่จะเข้าห้องน้ำหรือออกนอกสถานที่จะต้องมีผู้ดูแลไปด้วยเสมอ
๑๘. ถ้านอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย อารมณ์เศร้า ไม่ดีขึ้นภายใน ๑ สัปดาห์ ควรปรึกษาแพทย์
๑๙. หากกำลังพลที่จะฆ่าตัวตายพักอยู่ในหน่วย ควรนัดหมายให้มาพบบุคลากรสายแพทย์ในช่วงสัปดาห์แรกประมาณ ๒ - ๓ ครั้ง

๒๐. บุคลากรสายแพทย์ผู้ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ควรปรึกษาขอความคิดเห็นจากเพื่อนร่วมงานหรือผู้มีประสบการณ์ และหมั่นตรวจสอบดูแลใจตนเอง บางครั้งอาจรู้สึกขัดแย้งภายในใจหรือไม่มั่นใจในการให้ความช่วยเหลือ การปรึกษาผู้อื่นจะช่วยให้เข้าใจตนเองดีขึ้น เพราะความรู้สึกเหล่านี้มีผลต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย

๒๑. จัดการสิ่งแวดล้อมในหน่วย เสนอแนะผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานให้มีส่วนร่วมในการดูแลและแก้ปัญหา พยายามใช้ทรัพยากรหรือบริการที่มีอยู่ในหน่วย หรือช่วยผู้รับบริการแก้ปัญหาคือความขัดแย้งที่เพิ่งเกิดกับคนใกล้ชิด

๒๒. ประเมินติดตามผลและพิจารณาส่งต่อ ถ้ามีอาการรุนแรงเกินความสามารถในการช่วยเหลือให้ขอคำปรึกษาหรือส่งต่อโรงพยาบาลเฉพาะทางเพื่อรับการรักษา

๒๓. ควรมีระบบนัดหรือติดตามเยี่ยมตามหน่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะกลับมาทำซ้ำ

๒๔. บุคลากรสายแพทย์ควรสร้างเครือข่ายในการช่วยเหลือขึ้นในพื้นที่ กับโรงพยาบาลใกล้เคียง และสนับสนุนหน่วยงานให้มียุทธศาสตร์และขั้นตอนที่ชัดเจนเหมาะสมกับลักษณะงานในการช่วยเหลือผู้มีปัญหาคิดฆ่าตัวตาย

การดูแลผู้ที่ฆ่าตัวตาย เมื่อมาที่หน่วยแพทย์ ควรจะให้ความช่วยเหลือเช่นเดียวกับบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย ดูแลเพิ่มเติม คือ

๑. ช่วยชีวิตตามหลักการแพทย์ เป็นการรักษาภาวะทางกายตามระดับความรุนแรง เช่น ทำแผล ล้างท้อง การช่วยชีวิต
 ๒. เมื่อต้องทำหัตถการต่าง ๆ จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุที่จำเป็นและกระทำด้วยความนุ่มนวล
 ๓. ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเต็มที่
 ๔. ปลอบใจให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ โดยรับฟังผู้ป่วยอย่างสงบ
 ๕. ปรึกษาญาติ/ ผู้ดูแล/ ผู้บังคับบัญชา เกี่ยวกับปัญหาของเขาและหาทางช่วยเหลือตามความเหมาะสม
 ๖. จัดกิจกรรมที่พบความสำเร็จง่าย ๆ ให้ทำ ให้คำชม เพื่อให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความภาคภูมิใจ
- การช่วยเหลือทางด้านสังคม เช่น ครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน
๗. พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ เพื่อรับการรักษา

หลักการสนทนาเพื่อช่วยเหลือด้านจิตใจ เพื่อป้องกันและช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะฆ่าตัวตาย (และสามารถอ่านตัวอย่างการสนทนาเพิ่มเติมจาก ๔.๒ โรคซึมเศร้า หัวข้อ “การสนทนาช่วยเหลือทางสังคม จิตใจ ผู้มีปัญหาซึมเศร้า เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย”)

- ลดความลึกลับ : ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายมักจะความรู้สึกสองจิตสองใจอยู่ตลอด แม้จะก่อนกระทำ ความคิดจะเปลี่ยนไปมา ระหว่างความอยากตายกับความอยากมีชีวิตอยู่ หากผู้ช่วยเหลือเข้าใจจุดนี้และใช้ให้เป็นประโยชน์ โดยมุ่งเพิ่มความอยากมีชีวิตอยู่ อาจทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอาจลดลงได้

- ลดความหุนหันพลันแล่น : ลักษณะความคิดแบบหุนหันพลันแล่น อันเป็นที่มาของการกระทำที่มักจะมีอยู่ไม่นาน ดังที่เราเรียกว่าเป็นความคิด “ชั่ววูบ” หากมีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหามา โดยการจัดการตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย อาจทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงได้

- ลดความไม่ยืดหยุ่น : ผู้ที่คิดฆ่าตัวตาย มักมีแนวคิดหรือการมองปัญหาแบบแคบ ๆ ไม่ยืดหยุ่น มักจะคิดว่า ถ้าไม่เป็นอย่างนั้นก็ต้องเป็นอย่างนี้ การช่วยให้มองเห็นทางแก้ปัญหาหลาย ๆ ทาง นอกเหนือไปจากความคิดเดิมว่า การตายเท่านั้นที่จะแก้ปัญหาได้ จะทำให้คิดได้ว่ายังมีทางเลือกอื่นอีกในการแก้ปัญหา

แนวทางการให้ข้อมูลแก่ญาติ/ผู้ใกล้ชิด/ผู้บังคับบัญชา

๑. ผู้ให้ข้อมูลควรระวังท่าทีและทัศนคติในการที่จะไม่ตำหนิว่าเป็นความผิดของญาติ/ผู้ใกล้ชิด แต่ควรให้ญาติ/ผู้ใกล้ชิด รู้ว่าตนเองมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทุกคนสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้

๒. ควรตระหนักว่ารับข้อมูลเป็นใคร มีทัศนคติอย่างไรต่อผู้ป่วย อย่าด่วนเล่าเรื่องที่ได้จากผู้ป่วย ควรขออนุญาตผู้ป่วยในการเล่าเรื่องให้ญาติ/ผู้ใกล้ชิด/ผู้บังคับบัญชา และบุคคลที่อนุญาตให้รับฟังข้อมูลได้

๓. ถ้าญาติ/ผู้ดูแล ถ้ามถึงสาเหตุของการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ควรย้อนถามให้ญาติ/ผู้ดูแล เล่าความเห็นของญาติก่อน ว่าเกิดจากอะไรถ้าไม่ตรงกัน ควรบอกเท่าที่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลต้องการให้บอก และเป็นแนวทางเดียวกัน

๔. แจ้งให้ญาติ/ผู้ใกล้ชิด ทราบถึงความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเป็นแนวทางการช่วยเหลือ

๕. กลุ่มอาการหายใจถี่ (hyperventilation syndrome)

ความหมาย อาการของความวิตกกังวลจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา มีอาการหายใจถี่ เร็ว เป็นอาการเด่น

อาการและอาการแสดง

- หายใจหอบถี่เร็วแรงสั่นหายใจขัดและหายใจลึกเป็นช่วง ๆ ใจสั่น
- แน่นหน้าอก มึนศีรษะ ปวดศีรษะ หูอื้อ ตาลาย เป็นลม
- ชาปลายมือปลายเท้า มือจีบ
- ตื่นตระหนก ตกใจกับอาการทางกายที่เกิดขึ้น
- เกิดอาการเป็นช่วง ๆ เกิดได้ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง

สาเหตุ

จากปัญหาด้านจิตใจความเครียด ความวิตกกังวล มีเหตุการณ์มากระทบกระเทือนใจไม่ว่าจะมากหรือน้อย แล้วแต่เหตุการณ์นั้นจะมีความหมายต่อผู้ป่วยเช่นไร บางครั้งเป็นความกังวลที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของตนเองหรือหาสาเหตุไม่พบ

การวินิจฉัยแยกโรค ผู้ป่วยโรคเหล่านี้มีอาการคล้ายกลุ่มอาการหายใจถี่

- โรคลมชัก
- Metabolic acidosis
- หอบหืด (asthma)
- พยาธิสภาพทางสมอง จากอุบัติเหตุ
- การได้รับสารพิษ เช่น ยา salicylate

การดูแล บุคลากรสายแพทย์ต้องช่วยทำให้หายใจช้าลง โดย

๑. ครอบถุงกระดาษหรือกรวยกระดาษที่ตัดปลายมุมออกแล้ว ให้ผู้ป่วยหายใจเข้า - ออก ช้า ๆ ลึก ๆ ในถุง/ กรวย กระดาษที่ครอบ โดยให้อธิบายกับผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็นการทำเพื่อเพิ่มระดับของคาร์บอนไดออกไซด์ในถุงลมปอด และในกระแสเลือด

๒. ปลอบใจผู้ป่วยให้คลายความวิตกกังวล

๓. ในรายที่มีอาการมากให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์

หลังจากผู้ป่วยควบคุมการหายใจได้เป็นปกติ ให้คำแนะนำ ดังนี้

๑. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยอาจพูดว่า “อาการของคุณเกิดขึ้นได้เวลาที่มีความเครียดความกังวลมาก ๆ คุณจะค่อย ๆ ดีขึ้น ถ้าคุณฝึกผ่อนคลายความเครียดอย่างสม่ำเสมอ”

๒. ฝึกคลายเครียดโดยวิธีการหายใจเข้า - ออกช้า ๆ (ดูรายละเอียดในบทที่ ๕.๑ ความเครียดและการจัดการความเครียด)

๓. ให้กำลังใจผู้ป่วยเผชิญความเครียดด้วยวิธีการที่เหมาะสม ไม่วิตกกังวลกับผู้ป่วยมากเกินไป จนทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเองเป็นโรครุนแรงและใช้กลไกการเผชิญความเครียดเช่นเดิม

๖. ภาวะเพ้อ (delirium)

หมายถึง ภาวะที่สมองทำงานบกพร่องกะทันหัน ทำให้เกิดอาการสับสน กระวนกระวาย และมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ความคิด ความจำ และสมาธิเสียไป รวมทั้งก่อให้เกิดอาการทางพฤติกรรมต่าง ๆ ตามมา เช่น วุ่นวาย นอนไม่หลับ ซึมเศร้า วิดกกังวล เพ้อคลั่ง

สาเหตุของภาวะเพ้อ มีหลายประการ ดังนี้

๑. ความผิดปกติของการเผาผลาญภายในร่างกาย

๑.๑ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxia) : สมองได้รับเลือดหรือออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ อาจเกิดจากภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ภาวะที่มีฮีโมโกลบินในเลือดต่ำ หรือภาวะการไหลเวียนเลือดภายในร่างกายลดลง ภาวะเพ้อพบได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ภาวะการหายใจล้มเหลว โรคปอด โรคหัวใจ โรคโลหิตจางทำให้มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำเรื้อรัง

๑.๒ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ : เซลล์สมองต้องการออกซิเจนและกลูโคสอย่างเพียงพอเพื่อให้เกิดกระบวนการเผาผลาญภายในเซลล์ การขาดกลูโคสเป็นเวลานานจะส่งผลกระทบต่อกระบวนการรับรู้ การรู้คิดและการเคลื่อนไหว ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง สั่นกระตุก ชัก อัมพาตหรือเกิดอาการอื่น ๆ ภาวะเพ้อจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำพบได้ในผู้ที่ขาดอาหาร ผู้ป่วยเบาหวาน โรคตับอ่อนโรคพิษสุราเรื้อรัง

๑.๓ การขาดสมดุลของอิเล็กโทรไลต์และกรดต่างในร่างกาย : อิเล็กโทรไลต์และสภาพความเป็นกรดต่างที่เหมาะสมเป็นปัจจัยที่จำเป็นต่อกระบวนการเผาผลาญและการทำงานของเซลล์ต่าง ๆ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะโซเดียมและโพแทสเซียม ถ้าภาวะที่ร่างกายเป็นกรดจะส่งผลให้กระแสประสาททำงานได้ไม่ดี ภาวะที่ร่างกายเป็นด่างจะมีการกระตุ้นการทำงานของกระแสประสาทได้ง่าย ดังนั้น การขาดสมดุลของอิเล็กโทรไลต์และกรดต่างในร่างกาย จึงมีอิทธิพลต่อการนำกระแสประสาทและการทำหน้าที่ของเซลล์สมอง ทำให้เกิดภาวะเพ้อได้

๑.๔ ภาวะเสื่อมของการทำหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเผาผลาญภายในร่างกาย

๑.๔.๑ ภาวะตับวาย : จะทำให้เกิดการคั่งของแอมโมเนียในเลือด และเมื่อแอมโมเนียผ่านเข้าสู่สมอง จะรบกวนการเผาผลาญของ เซลล์สมอง

๑.๔.๒ ภาวะไตวาย : จะทำให้เกิดการคั่งของยูเรียและของเสียอื่น ๆ ที่เป็นพิษต่อสมอง

๑.๔.๓ ความผิดปกติของต่อมหมวกไต ทำให้เสียการควบคุมสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และการส่งสัญญาณประสาท

๑.๔.๔ ความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ : ทำให้มีธัยรอกซินมากหรือน้อยกว่าปกติ

๑.๔.๕ ความผิดปกติของต่อมใต้สมอง : ได้แก่ เนื้องอกของต่อมใต้สมอง ต่อมใต้สมองขาดเลือดทำให้กระทบต่อการควบคุมการหลั่งฮอร์โมน มีผลให้เกิดอาการคั่งของสารน้ำในร่างกายและมีอาการทางสมอง

๒. การได้รับสารพิษ

พิษของยาหรือสารอื่น ๆ ได้แก่ บาร์บิทูเรต เบนโซไดอาซีพีน โคเคน แอมเฟตามีน สารเสพติด ประเภทยา และอนุพันธ์ของฝิ่น ยาแก้ปวด ยาสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาต้านโคลิเนอร์จิก ยารักษาอาการพาร์คินสัน ยา รักษาอาการซึมเศร้า เป็นต้น เมื่อมีการถอนพิษหรือลดขนาดยาอาจทำให้เกิดอาการเพ้อ ผู้ที่อายุมากมีโอกาสเสี่ยงสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบได้มากในผู้ที่ติดสุราหรือเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังที่กำลังรักษา และพบได้บ้างในผู้ที่ได้รับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ สารพิษตะกั่ว สารหนู ธาตุโลหะหนักต่าง ๆ

๓. การมีพยาธิสภาพของสมอง

ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง เนื้องอกในสมอง ทำให้สมองบริเวณที่มีพยาธิสภาพเสียหายที่โดยตรง และอาจส่งผลกระทบให้สมองบริเวณใกล้เคียงเสื่อมหน้าที่ลง นอกจากนั้นการมีเนื้อที่ในสมองเพิ่มขึ้นจากเนื้องอก หรือก้อนเลือดในเนื้อสมอง จะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น สมองส่วนต่าง ๆ จึงได้รับเลือดไปเลี้ยงลดลง

เกิดภาวะสมองบวม ทำให้การทำหน้าที่ของสมองผิดปกติ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเกิดอาการเพ้อสับสน และความสามารถในการเรียนรู้ลดลง

๔. การติดเชื้อของระบบประสาทและการติดเชื้อภายในร่างกาย

ได้แก่ เนื้อสมองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ปอดบวม ไทฟอยด์ มาลาเรีย การติดเชื้อของระบบทางเดิน ปัสสาวะ และการติดเชื้อในกระแสโลหิต การเกิดอาการทางสมองเกิดขึ้นได้โดยทอกซินของเชื้อโรคบางชนิด จะ ขัดขวางการทำงานของเซลล์ เชื้อโรคบางชนิดจะทำลายเซลล์สมองโดยตรงทำให้สมองส่วนต่าง ๆ มีการอักเสบและ ตาย ได้แก่ เชื้อซิฟิลิส เชื้อเฮอริปี ซิมเพล็กซ์ ในระยะแรกจะมีอาการสับสน ปวดศีรษะ มีไข้และชัก ภาวะไข้สูงทำ ให้ร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มสูงขึ้น และเซลล์สมองมีโอกาสถูกทำลายมากขึ้นทำให้เกิดอาการเพ้อ ปวดศีรษะ และชัก ภาวะที่ร่างกายมีไข้สูงไม่ว่าจะสาเหตุใดจะก่อให้เกิดอาการเพ้อได้เช่นกัน

๕. การบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ สมองกระทบกระเทือน มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการเพ้อ

๖. โรคของหัวใจและหลอดเลือด

เป็นสาเหตุหนึ่งนำไปสู่ความผิดปกติของระบบการไหลเวียนเลือด ทำให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ได้แก่ ภาวะระดับโคเลสเตอรอลสูงในเลือด ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะภาวะ หัวใจล้มเหลว เป็นต้น

๗. ภาวะขาดวิตามินบางชนิด

ได้แก่ วิตามิน B1 วิตามิน B12 และสารโฟเลท ซึ่งช่วยในกระบวนการเผาผลาญภายในเซลล์การขาด วิตามิน B1 ทำให้เกิดอาการทางสมองที่เรียกว่า เวิร์นิกส์ เอนเซฟฟาโลพาตี (Wernicke's encephalopathy) มักพบในผู้ติดสุราเรื้อรัง

นอกจากสาเหตุที่กล่าว ยังพบว่าอาการเพ้อที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันกับผู้ป่วยฝ่ายกายบางราย ไม่สามารถ ระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้ เช่น ผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยในห้องอภิบาล ผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กลัวความ ตาย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดตาพร้อมกันทั้งสองข้าง ผู้ป่วยที่นอนไม่หลับ เป็นต้น จึงอาจเป็นไปได้ว่าภาวะเครียด การขาด การรับรู้ทางประสาทสัมผัสและภาวะทางจิตอารมณ์ที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ รวมถึงการรักษาพยาบาล มีความเกี่ยวข้องกับ การเกิดภาวะเพ้อด้วย

สรุปต้นเหตุของภาวะเพ้อ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางกาย และส่งผลกระทบต่อการทำงานของ สมอง หากค้นพบปัจจัยเหตุและแก้ไขได้ทันที่ ภาวะเพ้อลดลงหรือหมดไป แต่ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข เซลล์สมอง จะถูกทำลายมากขึ้น ทำให้การทำหน้าที่ของสมองลดลงเกิดอาการสมองเสื่อมหรืออาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

อาการและอาการแสดงของผู้มีภาวะเพ้อ

๑. ความแปรปรวนของสติสัมปชัญญะ มีลักษณะดังนี้

๑.๑ ระดับสติสัมปชัญญะเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาระหว่างวัน พบได้ตั้งแต่สติสัมปชัญญะเริ่มเลือนลาง (clouding of consciousness) สับสน (confuse) ซึมเศร้า (stupor) กึ่งหมดสติ (semi coma) จนถึงหมดสติ (coma) มักนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ในช่วงกลางคืน แต่นอนมากในตอนกลางวันและอาจฝันร้ายต่อเนื่องไป จนตลอดคืน

๑.๒ ความตั้งใจลดลง ไม่สามารถมุ่งความสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นาน หรือไม่สามารถเปลี่ยนย้ายความ สนใจไปที่หนึ่งได้ มีสมาธิสั้น มักสนใจสิ่งเร้าภายนอกไปเรื่อย พูดทวนคำถามหรือบอกวันอาทิตย์ วันเสาร์ ย้อนหลังให้ครบสัปดาห์ไม่ได้

๒. การรู้คิดแปรปรวน ได้แก่การรู้เวลา สถานที่และบุคคล การรับรู้สภาพแวดล้อม ความจำ การใช้ภาษา ลักษณะคลินิกที่พบได้แก่

๒.๑ การรู้เวลา สถานที่ บุคคลผิดพลาด (disorientation) พบว่าการรู้ เวลา สถานที่ บุคคล เสียไปเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด ส่วนใหญ่จะผิดพลาดเกี่ยวกับการรู้เวลา เว้นแต่กรณีที่มีอาการรุนแรงอาจทำให้การรู้สถานที่และบุคคลก็ผิดพลาดด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยความบกพร่องของ ความจำ ประกอบกัน

๒.๒ การรับรู้เปลี่ยนแปลง เช่น รับรู้ผิดพลาด (misperception) เห็นภาพลวงตา (illusion) เช่น เห็นเชือกเป็นงู ประสาทหลอน (Hallucination) เช่น เห็นมารดาอยู่ในห้อง หรือเห็นแมงมุมบนฝาผนัง ทั้ง ๆ ที่ไม่มีสิ่งใดปรากฏอยู่

๒.๓ ความจำบกพร่อง โดยเฉพาะความจำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการที่สติสัมปชัญญะแปรปรวนทำให้ความจำระยะสั้นเสียไป ทดสอบได้จากการบอกชื่อของสิ่งของสามสิ่งอย่าง เช่น ต้นไม้ รถยนต์ ช้าง แล้วให้ผู้ป่วยพูดตาม ผู้ป่วยจะไม่สามารถบอกได้ครบ ยิ่งถ้าทั้งช่วงเวลาไว้ระยะหนึ่ง แล้วกลับมาถามใหม่ ผู้ป่วยมักจะบอกไม่ได้

๒.๔ มีความบกพร่องด้านการคิด ทำให้ความสามารถด้านการตัดสินใจ การใช้เหตุผลและการคิดแบบนามธรรมเสียไป ผู้ที่มีภาวะเพื่อรุนแรงความสามารถส่วนนี้จะลดลงชัดเจน

๒.๕ การใช้ภาษาเสียไป มีลักษณะการพูดเรื่อยเปื่อย (rambling speech) พูดอ้อมค้อมไม่ตรงประเด็น (irrelevant speech) พูดเรื่องราวไม่ติดต่อกันหรือพูดแบบไม่ต่อเนื่อง (incoherent speech) น้ำเสียงพูดไม่สม่ำเสมอ อาจตะโกน พูดกำกวม พูดซ้ำมาก พูดเร็ว หรือพูดตุ้บ

๓. พฤติกรรมผิดปกติ

อาจซึมเศร้า เฉื่อยช้า เชื่องช้า กระวน กระวาย อยู่ไม่นิ่ง ตัวสั่น เคลื่อนไหวไม่มีจุดหมาย หรือทุติ ไขว่คว้าสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็น ใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการตอบโต้ต่อสิ่งเร้า การไหลลื่นของคำพูดเพิ่มขึ้นหรือลดลง โดยทั่วไปอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มักเกิดขึ้นในช่วง เวลากลางคืน พฤติกรรมที่ผิดปกติพบได้ในสองลักษณะ คือ

๓.๑ เคลื่อนไหวคล่องแคล่วว่องไว และรับรู้สภาพแวดล้อมดี พบได้ในผู้ที่ถอนพิษยา อาจมีอาการเหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว หน้าแดง ตัวร้อน รูปร่างตาขาด คลื่นไส้ อาเจียน

๓.๒ เคลื่อนไหวเชื่องช้า และขาดความสนใจรับรู้สภาพแวดล้อม มีท่าทางแข็งค้างหรือมีการคลุ้มคลั่ง

๔. อารมณ์แปรปรวน

มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้แก่ ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว โกรธ ตกใจง่าย อารมณ์ดีกว่าธรรมดาหรือเฉยเมยไม่ยินดีในร้าย ได้แก่ ร้องไห้ ร้องเรียกขอความช่วยเหลือ พูดด่าสบประมาท พูดอุจ้อในลำคอ บ่นครวญคราง ทำร้ายตัวเอง พยายามหลบหนีผู้อื่นด้วยความหวาดกลัว อาจพบการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เหงื่อออก หน้าแดง และม่านตาขยาย

๕. วงจรการหลับ - ตื่นแปรปรวน

การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ตัวมีผลกระทบต่อการหลับ - ตื่น ทำให้วงจรการนอนหลับเปลี่ยนแปลงจากเดิม อาจสลับกับเวลาปกติ คือ ตอนกลางวันจะง่วง ตอนกลางคืนนอนไม่หลับอาจลุกเดินไปเดินมา หรือมีพฤติกรรมวุ่นวาย บางรายนอนหลับมากอาจฝันร้ายต่อเนื่องจนกลายเป็นประสาทหลอน และคิดว่าเป็นเรื่องจริงในเวลาตื่น

ลักษณะอาการในภาวะเพ้อมักเกิดขึ้นและดับพลัน แตกต่างกันไปบ้างตามสาเหตุ ดังนั้นการเร่งวินิจฉัยและกำจัดปัจจัยเหตุอย่างทันท่วงทีผู้ป่วยจะมีโอกาสฟื้นคืนสติดีดังเดิมได้ แต่หากไม่ได้รับการแก้ไขอาจทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างถาวร นอกจากความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ การรู้คิดพฤติกรรมอารมณ์และวงจรหลับ - ตื่น

การดูแล

๑. ประเมินและเตรียมป้องกันความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น

๒. ดูแลเบื้องต้นเช่นเดียวกับผู้ป่วยฉุกเฉินทางกายทั่วไป

๓. รวบรวมประวัติตรวจร่างกายตรวจระบบประสาทตรวจสภาพจิตอย่างรวดเร็ว

๔. หาสาเหตุของ delirium หากตรวจพบให้แจ้งแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาทันที
๕. ประมวลข้อมูลเพื่อว่าสาเหตุใด ที่น่าจะเป็นไปได้บ้างแล้วพิจารณาส่งการสืบค้นต่อ
๖. ขณะที่ยังไม่ได้ข้อสรุปให้ดูแลแบบประคับประคองตามอาการไปก่อน
๗. ถ้าผู้ป่วยวุ่นวายหรือก้าวร้าวให้ใช้ยาต้านโรคจิต (antipsychotics) ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสงบ
๘. ในกรณีเกิดภาวะเพื่อเนื่องจากหยุดสุราหรือสารเสพติดบางประเภท (withdrawal delirium) แพทย์จะพิจารณาตามความเหมาะสมตามประเภทของยาสารเสพติดที่เป็นสาเหตุ
๙. ให้คำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่อื่น ๆ เพื่อให้เข้าใจธรรมชาติของโรค และร่วมมือในการรักษา
๑๐. การดูแลแก้ไขสิ่งแวดล้อมและเพิ่มสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกลดความสับสนและมีระดับการรู้สติดีขึ้น เช่น จัดห้องนอนที่ปลอดภัย มีแสงสว่างพอเพียง ไม่มีเสียงดัง มีนาฬิกา ปฏิทินเพื่อเตือนเวลา หรือผู้มาดหากจำเป็น

๗. กลุ่มอาการถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal syndrome)

สามารถเกิดได้ขณะที่ยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ที่มีการลดปริมาณลงอย่างมากหรือหยุดดื่มกะทันหัน อาการจะเริ่มเกิดในไม่กี่ชั่วโมงหลังการเสพครั้งสุดท้ายและจะรุนแรงเพิ่มขึ้นมากสุดใน ๒๔ – ๔๘ ชั่วโมง อาการที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงไม่กี่ชั่วโมงถึง ๒ สัปดาห์

การวินิจฉัย มีประวัติดื่มสุรามานานแล้วหยุดหรือลดการดื่มลงกะทันหัน ร่วมกับมีอาการ

๑. มีอาการสั่นโดยควบคุมไม่ได้ของมือ ลิ้น เปลือกตา

๒. โดยมีอาการเหล่านี้รวมอีกอย่างน้อย ๑ อาการ คือ คลื่นไส้อาเจียน ตัวร้อน ใจสั่น เหงื่อออก ความดันโลหิตสูงขึ้นกว่าปกติหงุดหงิด ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ

การดูแล

๑. ให้พักและงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้อาหารอย่างเพียงพอ

๒. ให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอโดยเฉพาะ วิตามิน B1 ตามแผนการรักษาของแพทย์

๓. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สดใส มีปฏิทิน นาฬิกา (เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการสับสนของเวลา สถานที่ และบุคคล)

๔. การให้สารน้ำเพื่อป้องกันร่างกายขาดน้ำ (dehydration) แต่ต้องระวังภาวะน้ำเกิน (over hydration) โดยเฉพาะพวกที่มีโรคตับ ถ้าผู้ป่วยรับประทานได้ ให้ดื่มน้ำเอง ถ้ารับประทานไม่ได้ ให้สารละลายทางเส้นเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์

๕. ควบคุมอาการขาดยา/ สารเสพติด (withdrawal symptoms) โดยให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ จนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น มักจะดีขึ้นใน ๑ - ๒ สัปดาห์

๑.๒ การจัดการเบื้องต้นสำหรับผู้มีพฤติกรรมรุนแรง/ ควบคุมตนเองไม่ได้ และการผูกมัด/ การจำกัดสถานที่

ผู้มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ควบคุมตนเองไม่ได้ คือ ผู้ที่มีการกระทำหรือพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างรุนแรง ทั้งทางวาจาหรือทางกาย ซึ่งเกิดจาก ความคับข้องใจ / ไม่สมหวัง / ความโกรธ หรือถูกระราน อาจแสดงออกกับบุคคลอื่นกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อม ความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เข้ายาเสพติดและผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช สภาพแวดล้อมที่มีความตึงเครียดสูง รุนแรง

ทักษะการจัดการเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว

๑. บุคลากรสายแพทย์ต้องเผชิญสถานการณ์ด้วยความมั่นใจ อย่างมีแผน ระวังตัว มีท่าทีสงบ ท่าทางของบุคลากรสายแพทย์ที่เหมาะสม คือ ไม่ใช้สายตาจ้องมองมากเกินไป จะทำให้ผู้มีพฤติกรรมหวาดกลัวยิ่งขึ้น ไม่ถูกต้องตัว ไม่เผชิญหน้า ควรยืนทแยง ควรระวังพฤติกรรมที่อาจจะก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น เช่น การยืนท้าวสะเอว เหมือนวางอำนาจ / ยืนเอามือไขว้หน้า เหมือนกลัวผู้ป่วย/ ยืน เอามือไขว้หลัง เหมือนซ่อนอาวุธ

๒. เรียกชื่อผู้ให้ชัดเจนด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ให้ผู้ป่วยได้รู้สึกตัว ได้สติ ใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยได้ระบายความไม่พอใจ และให้วิจารณ์ได้ แม้เป็นความรู้สึกในทางลบ

๓. ท่าทางการแสดงออกของผู้ดูแล ไม่ควรล้วงกระเป๋าหรือเอามือไขว้หลังขณะพูดคุยกับผู้ป่วย

๔. ยืนห่างจากผู้ป่วยประมาณ ๘ ฟุต เพื่อป้องกันการกระตุ้นให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเพิ่มขึ้น เพราะคิดว่าจะถูกเข้าจู่โจม ไม่ควรเข้าไปพบตามลำพัง

๕. หากผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้บ้าง พุดคุยให้ผู้ป่วยได้ถูกคิด เตือนสติโดยเน้นให้ผู้ป่วย

- ผ่อนคลายอารมณ์ “ใจเย็นๆ มีอะไรก็คุยกันได้”

- บอกความต้องการ “ต้องการอะไร จะให้ช่วยเหลืออะไรบ้าง”

- มีทางเลือกไม่ได้ถูกบีบบังคับให้จนมุม “อยากจะเล่าอะไรให้ใครฟังก็บอกได้นะ” “ถ้าไม่อยากจะ

ฉีดยา ลองปรึกษากับหมอดีใหม่ เพื่อหาคำแนะนำวิธีอื่น ๆ ที่เหมาะกับเรามากกว่า”

- วางอาวุธ “วางมีดก่อนดีไหม คนอื่น ๆ ก็ไม่มีใครถือมีด ทุกคนจะได้ปลอดภัย”

๖. อยู่ในระยะที่ปลอดภัย ไม่เข้าใกล้ผู้ป่วย เผื่อสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย

๗. การจับผู้ป่วยอย่างปลอดภัย (กรณีผู้ป่วยมีภาวะอันตราย ไม่รวมมือ)

- หลีกเลียงการจ้องมองผู้ป่วยด้วยท่าที่ชิงชัง เพราะจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยก้าวร้าวมากขึ้น บอกผู้ป่วยว่า “ไม่ได้ทำร้าย แต่จะมาช่วยกันอยู่เป็นเพื่อน ให้ควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น”

- จำกัดผู้ป่วยให้อยู่ในพื้นที่ที่สามารถประชิดและจับได้ง่ายไม่ควรขัดขวาง เพราะผู้จับจะ

เคลื่อนไหวยาก

- ทีมเข้าจับควรมีอย่างน้อย ๔ - ๖ คน

คนที่ ๑ หัวหน้าทีมทำหน้าที่เจรจาต่อรองสอบถามความต้องการของผู้ป่วยประเมิน

อาการของผู้ป่วยด้วยว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงอยู่ในระดับใดและสั่งการ

ในกรณีที่จะจับผู้ป่วย

คนที่ ๒ - ๓ จะจับแขนขวาของผู้ป่วยและจับแขนซ้ายของผู้ป่วย

คนที่ ๔ - ๕ จับขาข้างขวาของผู้ป่วยและขาข้างซ้ายของผู้ป่วย

คนที่ ๖ (ถ้ามี) เป็นคนสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น เชือก ผ้าจำกัดพฤติกรรมหรือทำหน้าที่

ทดแทน เมื่อมีเพื่อนร่วมทีมทำหน้าที่ไม่ได้

เทคนิคที่สำคัญในการจับล็อคผู้ป่วย

- ทำงานเป็นทีมให้สำเร็จในครั้งเดียว “พร้อมเพรียง ฉับไว แต่ไม่ลนลาน”

- ระวังตัวผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ห้ามล้อคอผู้ป่วยเพราะอาจเกิดการหายใจ

- ไม่ควรปล่อยมือจากผู้ป่วยโดยไม่ให้สัญญาณเพื่อนร่วมทีมโดยเด็ดขาด

๘. การผูกมัดผู้ป่วยไม่ควรแน่นหรือหลวมเกินไป ใช้紐สอดเชือกที่ผูกมัดได้เพื่อให้เลือดไหลเวียนสะดวก
๙. หลังการผูกมัดควรพูดคุยสอบถามอารมณ์กับผู้ป่วย บอกเหตุผลการผูกมัดว่า “ไม่ได้เป็นการลงโทษ เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัย และจะยุติการผูกมัดเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมได้”
๑๐. ในระหว่างการผูกมัดให้ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ทุก 15 – 30 นาที และเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยและสอบถามความต้องการ เช่น ต้องการดื่มน้ำ ปวดปัสสาวะอุจจาระหรือความต้องการทางร่างกายด้านอื่น ๆ
๑๑. หากอาการยังไม่สงบ พิจารณารายงานแพทย์
๑๒. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา
๑๓. ให้ความรู้แก่ญาติให้เข้าใจในความเจ็บป่วย ช่วยประคับประคองด้านอารมณ์และเพื่อการมีส่วนร่วมในการรักษา
๑๔. จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่สงบ
๑๕. พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่ดังพอควรชัดเจน และปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวลเพื่อสร้างความไว้วางใจ ถ้าผู้ป่วยมีท่าทางหวาดระแวงไม่ควรใช้เสียงหรือทำท่าทางกระชิบกระซาบ

การจัดการเบื้องต้นสำหรับผู้มีพฤติกรรมรุนแรง ควบคุมตนเองไม่ได้

วิธีการจัดการผู้มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ควบคุมตนเองไม่ได้ มี ๓ วิธี ดังนี้

๑. การผูกยึดร่างกาย
๒. การใช้ห้องแยก
๓. การเข้าควบคุมตัวและการเคลื่อนย้าย

๑. การผูกยึดร่างกาย (Physical Restraint) หมายถึง การใช้อุปกรณ์ วัสดุ และเครื่องมือผูกยึดร่างกาย เพื่อกำจัดการเคลื่อนไหวได้อย่างเป็นอิสระที่จำเป็นต่อการดูแลรักษา เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทำร้ายตนเองและผู้อื่น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการผูกยึดผู้ป่วย ได้อย่างปลอดภัยและมีความเสี่ยงน้อยที่สุด
๒. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด
๓. เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อบ่งชี้ในการผูกยึด

๑. ใช้เมื่อมีผู้มีพฤติกรรมรุนแรงควบคุมตนเองไม่ได้ สาเหตุเกิดจากภาวะจิตใจและอารมณ์ เช่น หุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว เครียด กังวล กลัว ซึมเศร้าอย่างมาก มีอาการจากโรคทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ใช้การผูกมัดเพื่อป้องกันทำร้ายตนเอง ทำลายสิ่งของและทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากมีพฤติกรรมรุนแรง

โดยประเมินอาการและการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การแสดงออกทางสีหน้า บึ้งตึง แววตาไม่เป็นมิตร การเคลื่อนไหวกระวนกระวายอยู่หนึ่งไม่ได้

๒. ผู้ป่วยโรคทั่วไปที่มีอาการสับสนหรือที่ไม่รู้สึกตัวไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น ดึงสายน้ำเกลือ ดึงสายให้อาหาร

๓. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคทั่วไปได้พักผ่อน หรือผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่เดินไปมาไม่ได้พักผ่อน

๔. ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เกิดอุบัติเหตุ เช่น ปั่นเตียง เดินเซ

ข้อควรคำนึงถึงก่อนการผูกยึด

๑. ต้องมีการประเมินความจำเป็นในการผูกยึด เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการเลือกใช้วิธีการผูกยึด

๒. เลือกชนิดและขนาดของอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ในการผูกข้อมือ/ข้อเท้า/เอว ควรใช้วัสดุที่อ่อนนุ่ม พันรอบข้อมือ/ข้อเท้า/เอว ของผู้ป่วยก่อนที่จะใช้ผ้าผูกยึดเพื่อลดการระคายเคือง และลดแรงกดทับผิวหนัง

๓. ผู้ถูกผูกยึด ญาติ และผู้ดูแล ต้องได้รับการอธิบายถึงสาเหตุของการใช้การผูกยึด

วิธีการผูกยึด

๑. ใช้เจ้าหน้าที่ ๕ คน จับศีรษะ ๑ คน จับข้อไหล่กับข้อแขน ข้างละ ๑ คน จับข้อสะโพกกับข้อเข่าข้างละ ๑ คน โดยใช้แถบผ้าเย็บเป็นสายผูกข้อมือ ข้อเท้ากับเตียง (แถบตรงที่อยู่ตรงข้อกว้าง ๕ นิ้ว เย็บติดกับสายผูกกว้าง ๑.๕ - ๒ นิ้ว 2 สาย)

๒. บอกเหตุผลของการผูกมัดว่า จะช่วยให้เขาควบคุมตัวเองได้ดีขึ้นและป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น

๓. ในกรณีผูกมัดในท่านอน ให้จัดทำผู้ป่วยในท่าแยกแขนสองข้าง โดยแขนข้างหนึ่งผูกไว้เหนือศีรษะ อีกข้างหนึ่งผูกไว้ข้างลำตัว หรือผูกแขนทั้งสองข้างไว้ข้างตัว

๔. จัดเจ้าหน้าที่อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยเพื่อลดความรู้สึกกลัวของผู้ป่วย

๕. เปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก ๒ ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและลดอาการปวดเมื่อย

๖. ไขหัวเตียงสูงขึ้นเล็กน้อยเพื่อป้องกันการสำลัก

๗. พุดคุยปลอบใจ และ/หรือ ให้อาหารเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ (ตามแผนการรักษาของแพทย์) ในระหว่างผูกมัด

๘. ถ้าผู้ป่วยตื่นมากอาจใช้ผ้าปูที่นอนผูกขางกลางตัวและมัดปมไว้ข้างเตียง

การดูแลขณะผูกยึด

๑. หากมีการผูกยึดในโรงพยาบาล ต้องยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งที่ถูกยึดผู้ป่วยกับเตียง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้น หลีกเลี่ยงการแยกผู้ที่ถูกผูกยึดไว้ตามลำพัง

๒. ตรวจเยี่ยมทุก ๑๕ นาที - ๒ ชั่วโมง โดยพิจารณาตามความเหมาะสมตามอาการ

๓. วัดสัญญาณชีพทุก ๒ ชั่วโมง และสังเกตสีผิวหนัง บาดแผลจากการผูกมัด

๔. ต้องไม่ผูกแน่นหรือหลวมเกินไป สามารถตรวจสอบได้โดยการใช้สองนิ้ว คือ นิ้วชี้และนิ้วกลางสอดใต้ผ้าก่อนการผูกยึด และหากผูกแน่นเกินไปจะขัดขวางการไหลเวียนเลือด บริเวณอวัยวะส่วนที่ถูกผูกยึด และหากผูกหลวมเกินไปจะทำให้อวัยวะที่ถูกผูกยึดเคลื่อนไหวเสียดสีกับอุปกรณ์ซึ่งอาจทำให้เกิดผิวหนังถลอกได้

๕. คลายการผูกยึดผู้ป่วยทุก ๒ ชั่วโมง อย่างน้อยครั้งละ ๑๕ - ๒๐ นาที เพื่อให้อวัยวะส่วนที่ถูกยึดได้มีการเคลื่อนไหว ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อลีบ และข้อติดแข็ง โดยปล่อยการผูกให้หลวมและปลดปล่อย แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่ง เพื่อให้ผู้ถูกผูกมัดได้ขยับเคลื่อนไหว และได้ใช้อวัยวะส่วนนั้น

๖. ประเมินลักษณะผิวหนังบริเวณที่ผูกยึด เพื่อให้ทราบลักษณะของผิวหนัง และการไหลเวียนโลหิตของอวัยวะส่วนนั้น ภายหลังการผูกยึด

๗. ต้องให้ดื่บัสสระหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการ หรืออย่างน้อยทุก ๔ ชั่วโมง

๘. ให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

๙. เมื่อผู้รับการผูกยึดส่งบลงจากการประเมินของทีมผู้ดูแลทุก ๒ ชั่วโมง ควรพิจารณาผูกยึดต่อเนื่องหรือยกเลิกการผูกยึดผู้ป่วย

๒. การใช้ห้องแยก เป็นการจำกัดบริเวณ แยกให้ผู้มีพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่คนเดียว ลดการรับรู้ทางสัมผัส เป็นผู้ที่ยังพอควบคุมตนเองได้บ้าง

ข้อห้ามในการใช้ห้องแยก

๑. ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

๒. ผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อคลั่ง

๓. ผู้ป่วยก่อความรุนแรง ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้

๓. การเข้าควบคุมตัวผู้ป่วยและการเคลื่อนย้าย

ขั้นตอน

- ประเมินจากสถานการณ์ ความรุนแรงของพฤติกรรมผู้ป่วย และความพร้อม
- พยายามให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และดึงความสนใจของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่คนอื่น ๆ
- ผู้ช่วยเหลือคนใช้ทำหน้าที่เข้าควบคุมตัวผู้ป่วย

กรณีผู้ป่วยก้าวร้าวไม่รุนแรง / ตัวเล็ก

- เจ้าหน้าที่เตรียมผ้าผูกยึด
- เจ้าหน้าที่คนที่ ๑ เข้าไปจับมือผู้ป่วยจากทางด้านหลัง ๑ ข้าง โดยใช้มือข้างที่ถนัดจับมือผู้ป่วย ๑ ข้าง พลิกและโพลไปด้านหลัง และใช้มืออีกข้างล็อกคอผู้ป่วยเอาไว้
- เจ้าหน้าที่คนที่ ๒ เดินเข้าไปจับมือของผู้ป่วยข้างที่เหลือจากทางด้านหลัง โดยใช้มือจับบริเวณหัวไหล่ และข้อศอกของผู้ป่วย พลิกและโพลไปด้านหลัง
- เคลื่อนย้ายโดยดันผู้ป่วยให้เดินไปข้างหน้า เจ้าหน้าที่ทั้ง ๒ คนเดินตามไปพร้อม ๆ กัน

กรณีผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง/เป็นผู้ชาย/ตัวใหญ่

- เจ้าหน้าที่เตรียมผ้าผูกยึด
- เจ้าหน้าที่คนที่ ๑ เข้าไปจับมือผู้ป่วยจากทางด้านหลัง ๑ ข้าง โดยใช้มือข้างที่ถนัดจับมือผู้ป่วย ๑ ข้าง พลิกและโพลไปด้านหลัง และใช้มืออีกข้างล็อกคอผู้ป่วยเอาไว้
- เจ้าหน้าที่คนที่ ๒ เดินเข้าไปจับมือของผู้ป่วยข้างที่เหลือจากทางด้านหลัง โดยใช้มือจับบริเวณหัวไหล่ และข้อศอกของผู้ป่วย พลิกและโพลไปด้านหลัง
- เจ้าหน้าที่คนที่ ๓ และ/หรือ ๔ เดินเข้าไปหาผู้ป่วยทางด้านข้าง ข้างละ ๑ คน แล้วคนที่ ๓ ผูกข้อศอกผู้ป่วยที่พลิกไว้ติดกันทางด้านหลัง คนที่ ๔ เตรียมช่วยเหลือ
- กรณีผู้ป่วยยอมจำนน เคลื่อนย้าย โดยดันผู้ป่วยให้เดินไป เจ้าหน้าที่คนที่ ๓ และ ๔ เดินประกบด้านข้างของผู้ป่วย

กรณีผู้ป่วยก้าวร้าวไม่ยอมจำนนและยังดื้อรั้นมาก

- เจ้าหน้าที่คนที่ ๑ เข้าไปจับมือผู้ป่วยจากทางด้านหลัง ๑ ข้าง โดยใช้มือข้างที่ถนัดจับมือผู้ป่วย ๑ ข้าง พลิกและโพลไปด้านหลัง และใช้มืออีกข้างล็อกคอผู้ป่วยเอาไว้
- เจ้าหน้าที่คนที่ ๒ เดินเข้าไปจับมือของผู้ป่วยข้างที่เหลือจากทางด้านหลัง โดยใช้มือจับบริเวณหัวไหล่ และข้อศอกของผู้ป่วย พลิกและโพลไปด้านหลัง
- เจ้าหน้าที่คนที่ ๓ และ/หรือ ๔ เดินเข้าไปหาผู้ป่วยทางด้านข้าง ข้างละ ๑ คน ช่วยกันจับและกดผู้ป่วยลงนอนกับพื้น โดยกดให้นอนคว่ำหน้าหรือนอนตะแคง
- เจ้าหน้าที่คนที่ ๑ และ ๒ ผูกข้อศอกผู้ป่วยให้ติดกันทางด้านหลัง
- เจ้าหน้าที่คนที่ ๓ และ ๔ ช่วยกันจับข้อเท้าของผู้ป่วยให้ชิดกัน พร้อมผูกข้อเท้าของผู้ป่วยทั้ง ๒ ข้างเข้าไว้ด้วยกัน
- เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่คนที่ ๑ และ ๒ จับบริเวณต้นคอและกลางหลังของผู้ป่วยคนละข้าง เจ้าหน้าที่คนที่ ๓ และ ๔ จับบริเวณตะโพกและใต้เข่าของผู้ป่วยคนละข้าง ยกตัวผู้ป่วยขึ้นพร้อม ๆ กัน

๒. การส่งกลับสายแพทย์ในผู้ป่วยจิตเวช

ในการส่งผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชจากพื้นที่ห่างไกล กลับไปรักษายังหน่วยแพทย์หรือโรงพยาบาลในพื้นที่ส่วนหลังที่มีขีดความสามารถเหมาะสมกับลักษณะอาการเจ็บป่วยทางจิต ผู้เกี่ยวข้องมีหลายส่วนตั้งแต่ต้นทางที่เป็นผู้ประสานกับการนำส่ง ผู้นำส่งผู้ป่วย และหน่วยรับผู้ป่วย จะต้องมีการประสานงานกันอย่างดี หากไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องแล้ว นอกจากจะเกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วยแล้วยังอาจเกิดอันตรายกับผู้อื่นได้

แนวคิดทั่วไปในการปฏิบัติการส่งกลับสายแพทย์และการส่งกลับสายแพทย์ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช

๑. ปัจจัยในการกำหนดการส่งกลับ

ประการที่ ๑ ความพร้อมในการส่งกลับของหน่วยและความพร้อมของผู้ป่วย เช่น ยานพาหนะที่จะลำเลียงมีหรือไม่อย่างไร ผู้ป่วยอยู่ในสภาพสงบ ปลอดภัยพอที่จะส่งได้หรือไม่

ประการที่ ๒ ความรุนแรงของโรค ซึ่งช่วยกำหนดความเร่งด่วนและความจำเป็น เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตหวาดระแวง จะทำร้ายผู้อื่น ถือว่ามีความเร่งด่วนสูง

๒. ความรับผิดชอบในการส่งกลับ

หน่วยแพทย์ที่อยู่ในพื้นที่ปฏิบัติการ จะต้องรับผิดชอบดำเนินการการส่งกลับสายแพทย์

๓. การเคลื่อนย้ายและความปลอดภัยในการส่งกลับ

ในผู้ป่วยจิตเวช การเคลื่อนย้ายและลำเลียงผู้ป่วย เหมือนกับผู้ป่วยที่บาดเจ็บทางร่างกายโดยทั่วไปสามารถทำได้โดยใช้ตั้งแต่มือเปล่า ไปจนถึงการใช้สิ่งอุปกรณ์และยานพาหนะ เช่น เปลสนาม รถพยาบาล เรือเฮลิคอปเตอร์ เครื่องบินปีกนึ่ง และ/หรือ สิ่งตัดแปลงอื่น แต่มีข้อต้องพิจารณาเป็นพิเศษ ในการที่จะนำเครื่องมือแต่ละชนิดมาใช้ต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับลักษณะอาการของผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวช ในผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีอาการรุนแรงจะต้องเน้นในเรื่องการผูกมัดรัดตรึง อุปกรณ์ในการผูกมัด และมีพื้นที่ที่เพียงพอให้แก่เจ้าหน้าที่ในการบริหารยาที่ทำให้ผู้ป่วยสงบลงในระหว่างการเดินทาง

การลำเลียงทางอากาศผู้ป่วยจิตเวช

ในกรณีพื้นที่ที่เข้าถึงได้ลำบากหรือผู้ป่วยมีอาการที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน การลำเลียงทางอากาศอาจเป็นสิ่งจำเป็น และมีสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงสำหรับการลำเลียงผู้ป่วยจิตเวชทางอากาศ คือ ผู้ป่วยมีโอกาสจะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่นหรือไม่ ระดับของอาการทางจิต ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะหลบหนีหรือไม่ รวมทั้งความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลาหรือไม่ หากไม่มีข้อห้ามผู้ป่วยทางจิตเวชต้องได้รับยาสงบประสาทก่อนทำการลำเลียง และจะให้ยาได้อีกถ้าจำเป็น โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

ประเภท ๑ ก. (class IA) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการทางจิตอย่างรุนแรง ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องได้รับยาระงับประสาท และต้องผูกมัดอยู่บนเปล

ประเภท ๑ ข. (class IB) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการทางจิตปานกลาง ต้องได้รับยาระงับประสาท ลำเลียงเป็นผู้ป่วยนอนเปล ผู้ป่วยไม่ต้องผูกมัด แต่ต้องเตรียมเครื่องผูกมัด (restraints) ไว้พร้อมบนเปลผู้ป่วย การผูกมัดผู้ป่วยต้องระวังเครื่องตรึงรัด อย่าให้ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น มัดแน่นเกินไป

ประเภท ๑ ค. (class IC) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตที่ไม่มีอาการทางจิต ไข้ใจได้ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล จัดเป็นผู้ป่วยนั่งและดูแลอย่างใกล้ชิด

การกลับไปปฏิบัติหน้าที่และการติดตามผล

เมื่อผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามกระบวนการและมีอาการทุเลาจนสามารถออกจากโรงพยาบาลได้ แพทย์จะพิจารณาและลงความเห็นว่าคุณคณดังกล่าวสมควรกลับไปปฏิบัติงานในหน้าที่เดิมหรือไม่ หากพิจารณาแล้วเห็นว่าบุคคลมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดอันตราย หรือผลเสียต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่เดิม แพทย์

อาจลงความเห็นให้บุคคลนั้นปฏิบัติหน้าที่ในงานที่มีความเหมาะสมมากกว่า นอกจากนี้หน่วยต้นสังกัดควรดำเนินการติดตามผลและให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตแก่บุคคลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง

.....

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๓๘). คู่มือการใช้ระบบจำแนกโรคทางจิตเวชและมาตรฐานการรักษา ICD – 10 PHC (ฉบับโรงพยาบาลชุมชน). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๑). คู่มือคลายเครียด ฉบับปรับปรุงใหม่. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๐). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: บริษัท วิคทอรี จำกัด.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. [ม.ป.ป.]. กรุงเทพมหานครฝ่าวิกฤตชีวิตด้วยการปรึกษา. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๘). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิต สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข. (๒๕๕๓). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่ม ๑. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพรส จำกัด

ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข. (๒๕๕๓). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่ม ๒. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด

นันทวิช สิริธิรักษ์. (บรรณาธิการ). (๒๕๕๘). จิตเวชศิริราช DSM-5. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: ประยูรสาสน์ไทยการพิมพ์.

ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.(๒๕๕๗). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (๒๕๕๘). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ ๔. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมภาพ เรืองตระกูล. (๒๕๕๖). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ ๑๐. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

อาจลงความเห็นให้บุคคลนั้นปฏิบัติหน้าที่ในงานที่มีความเหมาะสมมากกว่า นอกจากนี้หน่วยต้นสังกัดควรดำเนินการติดตามผลและให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตแก่บุคคลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง

.....

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๓๘). คู่มือการใช้ระบบจำแนกโรคทางจิตเวชและมาตรฐานการรักษา ICD – 10 PHC (ฉบับโรงพยาบาลชุมชน). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๑). คู่มือคลายเครียด ฉบับปรับปรุงใหม่. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๐). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: บริษัท วิคทอรี จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. [ม.ป.ป.]. กรุงเทพมหานครฝ่าวิกฤตชีวิตด้วยการปรึกษา. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๘). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิต สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข. (๒๕๕๗). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่ม ๑. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพรส จำกัด
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข. (๒๕๕๗). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่ม ๒. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด
- นันทวิช สิริธิรักษ์. (บรรณาธิการ). (๒๕๕๘). จิตเวชศิริราช DSM-5. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: ประยูรสาสน์ไทยการพิมพ์.
- ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.(๒๕๕๗). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (๒๕๕๘). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ ๔. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมภาพ เรืองตระกูล. (๒๕๕๖). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ ๑๐. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

ภาคผนวก

หน้า

คำสั่งที่เกี่ยวข้อง

- คำสั่งกองทัพเรือ (เฉพาะ) ที่ ๘๔๗/๒๕๕๗ เรื่อง การจัดตั้งศูนย์อำนวยการป้องกันและ
ปราบปรามยาเสพติดกองทัพเรือ (ศอ.ปส.ทร.) และศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปราม
ยาเสพติดพื้นที่กองทัพเรือ (ศอ.ปส.พื้นที่ ทร.) ๒๕๒
- คำสั่งกรมแพทย์ทหารเรือ (เฉพาะ) ที่ ๑ /๒๕๕๘ เรื่อง จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและ
ปราบปรามยาเสพติด กรมแพทย์ทหารเรือ (ศป.ปส.พร.) ๒๕๗

หมายเลขโทรศัพท์หน่วยงานใน ศอ.ปส.ทร.

๒๖๐



คำสั่งกองทัพเรือ

(เฉพาะ)

ที่ ๘๔๗/๒๕๕๗

เรื่อง การจัดตั้งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกองทัพเรือ (ศอ.ปส.ทร.) และ
ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดพื้นที่กองทัพเรือ (ศอ.ปส.พื้นที่ ทร.)

เพื่อให้การปฏิบัติของ ทร. เกี่ยวกับการสร้างภูมิคุ้มกันและเฝ้าระวังภายในหน่วย การป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดในหน่วยและพื้นที่ใกล้เคียง การสกัดกั้นยาเสพติดในพื้นที่ทะเลชายฝั่งและเกาะแก่งใน เขตรับผิดชอบ การสนับสนุนการบำบัดฟื้นฟูและสนับสนุนส่วนราชการอื่นตามนโยบายรัฐบาล รวมทั้งการรณรงค์ การแก้ไขปัญหายาเสพติด เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ ๑๕๖/๒๕๕๗ ลง ๑๘ ต.ค.๕๗ เรื่องจัดตั้งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ จึงให้ ปฏิบัติดังนี้

๑. ยกเลิกคำสั่ง ทร. (เฉพาะ) ที่ ๑๕๑/๒๕๕๕ ลง ๑๔ มี.ค.๕๕ เรื่อง การจัดตั้งศูนย์ อำนวยการพลัง แผ่นดินอาชญาเสพติดกองทัพเรือ และคำสั่ง ทร. (เฉพาะ) ที่ ๓๑๒/๒๕๕๗ ลง ๒๕ เม.ย.๕๗ เรื่อง แก้ไขคำสั่ง กองทัพเรือ (เฉพาะ) ที่ ๑๕๑/๒๕๕๕

๒. ให้จัดตั้งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกองทัพเรือ เรียกชื่อโดยย่อว่า “ศอ.ปส.ทร.” มีหน้าที่ควบคุมอำนวยการ สั่งการและกำกับดูแลการปฏิบัติของหน่วยตามโครงสร้างการจัดเฉพาะกิจ ของ ศอ.ปส.ทร. และ นขต.ทร. ในการป้องกัน ปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด รวมทั้งสามารถดำเนินงาน ให้เป็นไปตามนโยบายหน่วยเหนือ โดยมี ผบ.ทร./ผบ.ศปก.ทร. เป็นผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติดกองทัพเรือ (ผอ.ศอ.ปส.ทร.)

๓. ให้ ศปก.ทร.ปฏิบัติหน้าที่เป็น ศอ.ปส.ทร. โดยให้หน่วย ส่วน และฝ่ายต่างๆ ที่ปฏิบัติงาน ตาม โครงสร้างของ ศปก.ทร. ถือเป็นหน่วย ส่วน และฝ่ายต่างๆ ของ ศอ.ปส.ทร. มีรายละเอียดโครงสร้าง การจัดภายใน ศอ.ปส.ทร. ตามผนวก ก

๔. ให้ รอง ผบ.ศปก.ทร. ผช.ผบ.ศปก.ทร.และเสธ.ศปก.ทร. ปฏิบัติหน้าที่เป็น รอง ผอ.ศอ.ปส.ทร. ผช.ผอ.ศอ.ปส.ทร. และ เสธ.ศอ.ปส.ทร. ตามลำดับ โดยมี รอง เสธ.ศปก.ทร. ๕ ฝ่าย ปฏิบัติหน้าที่เป็น รอง เสธ. ศอ.ปส.ทร.๕ ฝ่าย ตามลำดับ ตามสายงานที่รับผิดชอบใน ศปก.ทร.

๕. ให้ เสธ.ศอ.ปส.ทร. มีอำนาจสั่งการในเรื่องการปฏิบัติงาน การมอบหมายหน้าที่ และการดำเนินการ ทั้งปวงใน ศอ.ปส.ทร. ในขอบเขต หลักการ หรือตามนโยบายที่ ผอ.ศอ.ปส.ทร.กำหนดหรือให้ความเห็นชอบไว้แล้ว โดยการ “รับคำสั่ง ผอ.ศอ.ปส.ทร.” และสามารถปรับเปลี่ยนการบรรจุกำลังพลภายในฝ่ายอำนวยการของ ศอ.ปส.ทร. รวมทั้งโครงสร้าง หน้าที่ และพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยต่างๆ ตามโครงสร้าง ศอ.ปส.ทร. ได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม

ตลอดจนสามารถเชิญผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอก ทร. เป็นคณะที่ปรึกษา ศอ.ปส.ทร. ได้ตามความจำเป็น

๖. ฝ่ายต่างๆ ของ ศปก.ทร. ที่ปฏิบัติหน้าที่เป็น ฝ่ายต่างๆ ของ ศอ.ปส.ทร. ตามสายงานที่รับผิดชอบ ใน ศปก.ทร. ให้มีขอบเขตความรับผิดชอบในกรอบงานการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหา ยาเสพติด ดังนี้

๖.๑ ผกพ.-ธก.ศอ.ปส.ทร.

๖.๑.๑ เป็นฝ่ายอำนวยการหลัก รับผิดชอบการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดให้แก่ กำลังพลของ ทร. หรือตามที่ได้รับมอบหมาย

๖.๑.๒ วางแผน อำนวยการ ประสานงาน กำกับดูแลเกี่ยวกับการรณรงค์ การสารบรรณ และการกำลังพล

๖.๑.๓ รับผิดชอบในการเสนอจัดทำและยกเลิกบัตรเจ้าพนักงาน ป.ป.ส. โดยเสนอรายชื่อผู้ที่สมควรได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเจ้าหน้าที่ ป.ป.ส. ให้เป็นตามหลักการที่ได้รับอนุมัติ เสนอให้สำนักงาน ป.ป.ส. รวมทั้งตรวจสอบและเสนอขอยกเลิกผู้ที่เคยได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเจ้าหน้าที่ ป.ป.ส. แต่หมดหน้าที่ในงานด้านการปราบปรามยาเสพติด ในแต่ละวงรอบของการสับเปลี่ยนกำลังพล รวมทั้งจัดทำรายงานสรุปผลการปฏิบัติประจำปี เสนอสำนักงาน ป.ป.ส. โดยประสานรายละเอียดข้อมูลกับ ผยก.๑ และ ผกร.๑

๖.๑.๔ รับรายงานจากหน่วยและรับเรื่องร้องเรียนจากประชาชนที่เกี่ยวกับกำลังพล ทร. ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด เพื่อดำเนินการสอบสวนและพิจารณาความผิดทางวินัยรวมทั้งปฏิบัติตามแผนและงานพิเศษอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๖.๒ ผชว.ศอ.ปส.ทร.

๖.๒.๑ เป็นฝ่ายอำนวยการหลัก รับผิดชอบการข่าวกรองด้านยาเสพติด

๖.๒.๒ วางแผน อำนวยการ ประสานงานและกำกับดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติการข่าวการ จัดทำฐานข้อมูลข่าวกรองด้านยาเสพติดทั้งภายในและภายนอกประเทศตลอดจนการรักษาความปลอดภัยที่เกี่ยวข้อง กับกิจการต่างๆ ภายใน ศอ.ปส.ทร.

๖.๒.๓ รับผิดชอบในการประสานงานการข่าวกับหน่วยต่างๆ ทั้งในและนอก ทร. รวมทั้งปฏิบัติตามแผนและงานพิเศษอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๖.๓ ผยก.ศอ.ปส.ทร.

๖.๓.๑ เป็นฝ่ายอำนวยการหลัก รับผิดชอบการปราบปรามสกัดกั้นยาเสพติด

๖.๓.๒ วางแผนงานร่วมกับ ผปช.๑ และอำนวยการ ประสานการปฏิบัติงานในภาพรวมกับ หน่วยต่างๆ ทั้งในและนอก ทร. รวมทั้งการเก็บรวบรวมรายงานผลการปฏิบัติด้านการปราบปราม สกัดกั้นยาเสพติด ประจำเดือนของหน่วยต่างๆ ใน ศอ.ปส.ทร.

๖.๓.๓ กำกับดูแลการปฏิบัติของชุดปฏิบัติการพิเศษ ศอ.ปส.ทร. รวมทั้งการปฏิบัติตาม แผนและงานพิเศษอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๖.๔ ผกบ.ศอ.ปส.ทร.

๖.๔.๑ วางแผน อำนวยการ ประสานงาน และกำกับดูแลการส่งกำลังบำรุง การลำเลียง การซ่อมบำรุง การจัดซื้อจัดจ้าง และการพลาธิการ ให้กับหน่วย ทร. ที่มาขึ้นควบคุมบังคับบัญชา กับ ศอ.ปส.ทร. รวมทั้งปฏิบัติตามแผนและงานพิเศษอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๖.๔.๒ ให้การสนับสนุน ศอ.ปส.ทร. เป็นการส่วนรวม

๖.๕ ผสท.ศอ.ปส.ทร.

๖.๕.๑ วางแผน อำนาจการ ประสานงาน และกำกับดูแลการสื่อสารและอิเล็กทรอนิกส์ ตลอดจนสารสนเทศ ให้กับหน่วย ทร. ที่มาขึ้นควบคุมบังคับบัญชาต่อ ศอ.ปส.ทร. รวมทั้งปฏิบัติตามแผนและงานพิเศษอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๖.๕.๒ ให้การสนับสนุน ศอ.ปส.ทร. เป็นการส่วนรวม

๖.๖ ผกร.ศอ.ปส.ทร.

๖.๖.๑ เป็นฝ่ายอำนาจการหลักรับผิดชอบการป้องกันปัญหายาเสพติด การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้แก่กำลังพล ทร. หรือตามที่ได้รับมอบหมาย

๖.๖.๒ วางแผน อำนาจการ ประสานงาน รณรงค์เสริมสร้างพลังสังคมและประชาสัมพันธ์ กระตุ้นจิตสำนึกกำลังพล ทร. ตลอดจนครอบครัวและประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ ทร. ในการป้องกันยาเสพติด รวมทั้งปฏิบัติตามแผนและงานพิเศษอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย และเก็บรวบรวมรายงานผลการปฏิบัติด้านการป้องกันและการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดประจำเดือนของหน่วยต่างๆ ใน ศอ.ปส.ทร.

๖.๖.๓ รับผิดชอบในการจัดชุดปฏิบัติการจิตวิทยาและประชาสัมพันธ์ ประสานการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งในและนอก ทร. และกำกับดูแลโรงเรียน วิทยาลัยพลเมือง ทร. ตลอดจนแสวงหาความร่วมมือและความช่วยเหลือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนตาม กรอบงานที่รับผิดชอบ

๖.๗ ผปช.ศอ.ปส.ทร. วางแผนงบประมาณร่วมกับ ผยก.๓ อำนาจการ ประสานงาน ดำเนินการ ด้านงบประมาณ การเงิน และกำกับดูแลให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย รวบรวมความต้องการและ จัดหางบประมาณ จัดสรรและปรับแต่งเกี่ยวกับการงบประมาณ ติดตามวิเคราะห์และประเมินผลการปฏิบัติงาน รวมทั้งปฏิบัติตามแผน และงานพิเศษอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๗. โครงสร้างการจัดหน่วยปฏิบัติของ ศอ.ปส.ทร. ตามผนวก ข โดยให้หน่วยต่างๆ ใน ทร. รับผิดชอบ ดำเนินการและปฏิบัติในแต่ละกลุ่มภารกิจ ดังนี้

๗.๑ การป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในพื้นที่ทางทะเลและแนวชายแดนที่ ทร. รับผิดชอบ

ให้ ทรภ.๑ ทรภ.๒ ทรภ.๓ กปช.จต. นรช. และ ฉก.นย.ภต./ฉก.นย.ทร. จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติด (ศป.ปส.) ของแต่ละหน่วย มีหน้าที่ ควบคุม อำนาจการ สั่งการ และกำกับดูแลหน่วยกำลังต่างๆ ที่วาง กำลังในพื้นที่ตามคำสั่งยุทธการ ผบ.ทร. เรื่องการจัดและวางกำลังเพื่อป้องกันและรักษาผลประโยชน์แห่งชาติของ ทร. ในการเฝ้าตรวจ สอดส่องปราบปรามและสกัดกั้นการลำเลียงขนส่งยาเสพติด ทั้งทางทะเล พื้นที่ชายฝั่งเกาะแก่ง แนวชายแดนที่ ทร.รับผิดชอบ รวมทั้งพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยใช้ศักยภาพร่วมกับกรอบการปฏิบัติงานอื่นๆ ที่ แต่ละหน่วยดำเนินการอยู่ เช่น พมพ. ทสพช. ศรชล. และประสานการปฏิบัติกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองในพื้นที่อย่าง ใกล้ชิด เกี่ยวกับการดำเนินคดีตามกฎหมาย

๗.๒ การป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในหน่วยทหารของ ทร.

๗.๒.๑ ให้ นขต.ทร. และหน่วยเฉพาะกิจ ทร. สอดส่องดูแลกำลังพลมิให้มีพฤติกรรม เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทั้งการผลิต การค้า และการเสพยาหาตรวจพบต้องดำเนินการลงโทษทางวินัยอย่างร้ายแรงและ ดำเนินคดีอาญาตามกฎหมาย โดยให้ยึดถือเป็นนโยบาย ทร. ว่า “ผู้ที่มีพฤติกรรมผิดกฎหมายโดยยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ไม่สมควรรับราชการใน ทร.” และถือเป็นความรับผิดชอบของหัวหน้าหน่วย หรือ ผู้บังคับบัญชาของหน่วยต่างๆ ใน

ทร. ทุกระดับชั้น นอกจากนั้นจะต้องสอดส่องดูแลมิให้ผู้เฝ้าฝักอยู่ที่พักของทางราชการ ทร. ยิ่งเกี่ยวกับยาเสพติด หากจำเป็นก็ต้องให้ออกจากราชการและออกจากที่พักของทางราชการสำหรับกำลังพล ทร. ที่เป็นผู้เสพยาเสพติดนั้น ให้หน่วยต้นสังกัดนำส่งเข้ารับการบำบัดรักษา และต้องถูกลงโทษตามสมควรแก่กรณี รวมทั้งให้หน่วยต่างๆ ส่งรายชื่อกำลังพล ทร. ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทั้งเป็นผู้ผลิต ผู้ค้า และผู้เสพ ให้กับ ศอ.ปส.ทร. (ผ่าน ผกพ.ฯ) เพื่อส่งตัวดำเนินการตามกฎหมาย รวมทั้งพิจารณาความผิดทางวินัยต่อกำลังพลดังกล่าวด้วย

๗.๒.๒ กำหนดให้มี ศป.ปส. พื้นที่ ทร. เพื่อเป็นศูนย์กลางในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในที่ตั้งหน่วยทหารของ ทร. แต่ละพื้นที่ มีหน้าที่หาข่าว สืบสวน จับกุม ติดตามดำเนินคดีและคุมขังผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยประสาน สนับสนุน และร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับ หน. หน่วยต่างๆ ที่อยู่ในพื้นที่อีกทั้งมีหน้าที่อำนวยความสะดวก ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ป.ป.ส. ของ ทร. ในพื้นที่ เพื่อดำเนินการจับกุมและปราบปรามผู้กระทำความผิดที่เกี่ยวกับยาเสพติดในพื้นที่หน่วยทหารของ ทร. รวมทั้งเป็นศูนย์รับแจ้งเหตุและข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับยาเสพติดในพื้นที่กับให้ กรม สห.ทร. จัดกำลังสารวัตรทหารที่ประจำการในแต่ละพื้นที่ สนับสนุนการปฏิบัติงานของ ศป.ปส.พื้นที่ ทร. ในการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติดในหน่วยทหารของ ทร. โดยกำหนดพื้นที่รับผิดชอบ ดังนี้

๗.๒.๒.๑ พื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล ให้อยู่ในความรับผิดชอบของ รฐท.กท.

๗.๒.๒.๒ พื้นที่ภาคตะวันออก ให้อยู่ในความรับผิดชอบของ รฐท.สส.

๗.๒.๒.๓ พื้นที่ภาคใต้ฝั่งอ่าวไทย ให้อยู่ในความรับผิดชอบของ ทรภ.๒

๗.๒.๒.๔ พื้นที่ภาคใต้ฝั่งทะเลอันดามัน ให้อยู่ในความรับผิดชอบ ทรภ.๓

๗.๓ การสนับสนุนส่วนราชการต่างๆ ในการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไข ปัญหายาเสพติด

๗.๓.๑ การสืบสวนปราบปราม

๗.๓.๑.๑ ให้ ผยก.ศอ.ปส.ทร. ประสาน กร. และ/หรือ นย. และ/หรือ กรม สห.ทร.

จัดชุดปฏิบัติการพิเศษ ศูนย์อำนวยความสะดวกป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกองทัพเรือ (ขปพ.ศอ.ปส.ทร.) ตามความเหมาะสมของภารกิจภายใต้การสั่งการและกำกับดูแลของ เสธ.ศอ.ปส.ทร. อย่างใกล้ชิด ตามข้อ ๕ เพื่อทำหน้าที่หาข่าว สืบสวน จับกุม และปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ในพื้นที่รับผิดชอบของ ทร. ตามที่สำนักงาน ป.ป.ส. ขอรับการสนับสนุน หรือ ศป.ปส. พื้นที่ จะประสาน โดยให้ ขปพ.ศอ.ปส.ทร. ปฏิบัติงานร่วมกับ ศป.ปส.พื้นที่ และสารวัตรทหารในพื้นที่อย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ หากจำเป็นต้องปฏิบัติการนอกพื้นที่รับผิดชอบของ ทร. จะต้องเป็นการติดตาม สืบสวน หาข่าว จับกุม และปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ต่อเนื่องจากในพื้นที่รับผิดชอบของ ทร. เท่านั้น โดยต้องแจ้งความคืบหน้าการปฏิบัติให้ ศอ.ปส.ทร. ทราบเป็นระยะจนกว่าจะจบภารกิจ สำหรับการดำเนินการในพื้นที่อื่นๆ ต้องให้สำนักงาน ป.ป.ส. มีหนังสือขอรับการสนับสนุนจาก ศอ.ปส.ทร. เป็นครั้งคราวตามความจำเป็น

๗.๓.๑.๒ กำลังพล ทร. ในหน่วยต่างๆ ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นเจ้าหน้าที่ ป.ป.ส.

ตามกฎหมาย มีหน้าที่ในการจับกุมและปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดโดยมีอำนาจหน้าที่ในส่วนที่เกี่ยวข้องตาม พ.ร.บ. ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.๒๕๑๙ รวมทั้งมีอำนาจในการสืบสวนผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาในส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่ ป.ป.ส. ต้องยึดถือหลักเกณฑ์ตามที่กำหนดในระเบียบคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดว่าด้วยการแต่งตั้ง การปฏิบัติหน้าที่และการกำกับดูแลการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ ป.ป.ส. พ.ศ.๒๕๔๕ โดยเคร่งครัด สำหรับ

การรายงานผลการดำเนินงานปราบปรามยาเสพติด ให้รายงานผลการดำเนินงานดังกล่าว เสนอให้เลขาธิการ ป.ป.ส. ทราบภายใน ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่ดำเนินการแล้วเสร็จ ตามแบบการรายงานปฏิบัติงานที่กำหนดตามระเบียบ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดว่าด้วยการออกบัตรประจำตัวและการรายงานการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าพนักงาน ป.ป.ส. พ.ศ.๒๕๔๖ รวมทั้งสำเนารายงานดังกล่าวเสนอให้ ศอ.ปส.ทร. ทราบ

๗.๓.๒ การบำบัด รักษา พันฟูผู้ติดยาเสพติด

๗.๓.๒.๑ ให้ พร. จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมแพทย์ทหารเรือ (ศป.ปส.พร.) มีหน้าที่ วางแผน สั่งการ อำนาจการ ประสานงาน กำกับดูแล และให้การสนับสนุน ศป.ปส. หน่วยต่างๆ ตลอดจน นขต.ทร. และหน่วยเฉพาะกิจ รวมทั้งหน่วยงานนอก ทร. ทั้งภาครัฐและเอกชนตาม ความเหมาะสม ในการตรวจหาสารเสพติดให้กับข้าราชการ ทหาร และลูกจ้าง ดำเนินการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติด พร้อมทั้งติดตามผลการดำเนินการโดยประสานการปฏิบัติกับ ศป.ปส. หน่วยต่างๆ ตลอดจน นขต.ทร. และ หน่วยเฉพาะกิจ ทร. รวมทั้งดำเนินการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโทษของยาเสพติด และปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๗.๓.๒.๒ ให้ นย.สอ.รฝ.รฐท.สส. และ ยศ.ทร. จัดตั้ง โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ทร. ตามที่ได้รับมอบหมายจากกรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม เพื่อเป็นสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตาม พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.๒๕๔๕ มีหน้าที่ ดำเนินการบำบัดผู้ติดยาเสพติด และฟื้นฟู สมรรถภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติด ตามที่กรมคุมประพฤติจะประสาน รวมทั้งการรักษาสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่สภาพปกติ

๘. การรายงานให้ ศป.ปส. หน่วยต่างๆ รายงานผลการปฏิบัติด้านการป้องกัน ปราบปราม และบำบัด รักษา ให้ ศอ.ปส.ทร. (ผ่าน ฝยก.๑ และ ฝกร.๑) ทราบเป็นประจำทุกเดือน โดยให้ส่งภายในวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป ตามแบบการรายงานที่ ฝยก.๑ และ ฝกร.๑ กำหนด

๙. เรื่องอื่นๆ

การดำเนินงานทั้งปวงในกรอบงานของศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดกองทัพเรือ (ศพส.ทร.) เดิม ตามคำสั่ง ทร.(เฉพาะ) ที่ ๑๕๑/๒๕๕๕ และคำสั่ง ทร.(เฉพาะ) ที่ ๓๑๒/๒๕๕๗ ที่ถูกยกเลิกไป แล้วนั้นให้หน่วยที่ปฏิบัติงานอยู่ตามคำสั่งดังกล่าวปรับโอนภารกิจการปฏิบัติ แผนงานงบประมาณและชื่อหน่วยที่ จัดไว้ตามโครงสร้าง ศพส.ทร. เดิม เข้าสู่ภารกิจการปฏิบัติ แผนงาน งบประมาณ และชื่อหน่วยใหม่ตามโครงสร้าง ศอ.ปส.ทร. ในคำสั่งนี้ โดยมีให้กระทบกับการปฏิบัติงานป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติดที่หน่วยต่างๆ กำลังดำเนินการอยู่

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้

สั่ง ณ วันที่ ๘ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๕๗

พล.ร.อ. ไกรสร จันทรสุวานิชย์

ผบ.ทร.



คำสั่งกรมแพทย์ทหารเรือ

(เฉพาะ)

ที่ ๑ /๒๕๕๘

เรื่อง จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมแพทย์ทหารเรือ (ศป.ปส.พร.)

เพื่อให้การปฏิบัติงานของ พร.ในการบำบัด รักษา พันฟูผู้ติดยาเสพติด พร้อมทั้งติดตามผลการดำเนินการโดยประสานการปฏิบัติกับ ศป.ปส.หน่วยต่าง ๆ ตลอดจน นขต.ทร และหน่วยเฉพาะกิจ ทร. รวมทั้งดำเนินการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโทษของยาเสพติด และปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับคำสั่งกองทัพบก (เฉพาะ) ที่ ๘๔๗/๒๕๕๗ ลง ๘ ธ.ค. ๕๗ เรื่อง จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กองทัพบก (ศป.ปส.พร.) และศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดพื้นที่กองทัพบก (ศป.ปส.พื้นที่ ทร.) จึงให้ปฏิบัติ ดังนี้

๑. ยกเลิก คำสั่ง พร. ลับ (เฉพาะ) ที่ ๓๐/๒๕๕๕ ลง ๓๐ พ.ค. ๕๕ เรื่อง จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด กรมแพทย์ทหารเรือ และยกเลิกคำสั่ง พร. ลับ (เฉพาะ) ที่ ๗๑ /๒๕๕๗ ลง ๒๗ ส.ค. ๕๗ เรื่อง แก้ไขคำสั่งกรมแพทย์ทหารเรือ ลับ (เฉพาะ) ที่ ๓๐/๒๕๕๕

๒. จัดตั้ง “จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมแพทย์ทหารเรือ” โดยใช้คำย่อว่า “ศป.ปส.พร.” ขึ้นตรงกับ (ศอ.ปส.ทร./ศปก.ทร.) มีหน้าที่ วางแผน สั่งการ อำนวยการ ประสานงาน กำกับดูแล และให้การสนับสนุน ศป.ปส.หน่วยต่างๆ ตลอดจน นขต.ทร. และหน่วยเฉพาะกิจ ทร. รวมทั้งหน่วยงานนอก ทร. ทั้งภาครัฐและเอกชนตามความเหมาะสมในการตรวจสอบการเสพยาเสพติดให้แก่ข้าราชการ ทหาร และลูกจ้าง ดำเนินการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด พร้อมทั้งติดตามผลการดำเนินการโดยประสานการปฏิบัติกับ ศป.ปส.หน่วยต่างๆ ตลอดจน นขต.ทร. และหน่วยเฉพาะกิจ ทร. รวมทั้งดำเนินการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโทษของยาเสพติด และปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย มีสายการควบคุมการปฏิบัติการตามแผนก ดังนี้

๒.๑ ฝ่ายบริหาร ประกอบด้วย จก.พร. เป็น ผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมแพทย์ทหารเรือ (ผอ.ศป.ปส.พร.) และ รอง จก. พร. เป็น รองผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมแพทย์ทหารเรือ (รอง ผอ.ศป.ปส.พร.)

๒.๒ ฝ่ายอำนวยการมี หน.น.ผอ.พร. เป็น หัวหน้าฝ่ายอำนวยการศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมแพทย์ทหารเรือ (หน.ผอ.ศป.ปส.พร.) โดยมี หก.กพ.พร. , หก.กคป.พร. , หก.กผ.พร. , หก.กบ.พร. , หน.สส.พร. และ หน.ธุรการ บก.พร.ให้สนับสนุนการปฏิบัติงาน

๒.๓ หน่วยรอง

๒.๓.๑ หน่วยป้องกันยาเสพติด กรมแพทย์ทหารเรือ (น.ป.ก.ส.พร.) โดย ผอ.กคป.พร. เป็น ผู้อำนวยการหน่วยฯ (ผอ.น.ป.ก.ส.พร.) , รอง ผอ.กคป.พร.เป็น รองผู้อำนวยการหน่วย ฯ (รอง ผอ.น.ป.ก.ส.พร.)

๒.๓.๒ หน่วยบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กรมแพทย์ทหารเรือ (น.บพ.ส.พร.) โดย ผอ.รพ.ทร.กรุงเทพ พร. เป็น ผู้อำนวยการหน่วย ฯ (ผอ.น.บพ.ส.พร.) , รอง ผอ.รพ.ทร.กรุงเทพ พร. เป็น รอง ผู้อำนวยการหน่วย ฯ (รอง ผอ.น.บพ.ส.พร.(๑)) , หก.กองสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด รพ.ทร กรุงเทพ พร. เป็น (รอง ผอ.น.บพ.ส.พร.(๒)) ประสานการปฏิบัติร่วมกับกองสุขภาพจิต รพ.อาภากรเกียรติวงศ์ ฐท.สส.

๒.๓.๓ หน่วยปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ในพื้นที่ รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า พร., รพ.สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พร. และ รพ.ทร. กรุงเทพ พร. โดย ผอ.รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า พร., ผอ.รพ.สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พร. และ ผอ. รพ.ทร. กรุงเทพ พร. เป็น หัวหน้าหน่วยฯ ในพื้นที่รับผิดชอบ การปฏิบัติโดยประสานงานกับ ศป.ปส.ทร., สท.ทร., เจ้าหน้าที่ ป.ป.ส. ของ ทร. ในพื้นที่รับผิดชอบ และ เจ้าหน้าที่ฝ่ายพลเรือน

๓. การดำเนินงานทั้งปวงในกรอบของศูนย์ปฏิบัติการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดกรมแพทย์ทหารเรือ (ศปพส.) เดิม ตามคำสั่ง พร. ลับ (เฉพาะ) ที่ ๓๐/๒๕๕๕ ลง ๓๐ พ.ค.๕๕ และคำสั่ง พร. ลับ (เฉพาะ) ที่ ๗๑/๒๕๕๗ ลง ๒๗ ส.ค.๕๗ ที่ถูกยกเลิกไปแล้วนั้น ให้หน่วยที่ปฏิบัติงานอยู่ตามคำสั่งดังกล่าวปรับโอนเข้าสู่ภารกิจการปฏิบัติ แผนงาน งบประมาณ และชื่อหน่วยที่จัดไว้ตามโครงสร้าง ศป.ปส.พร. ตามคำสั่งนี้ โดยมีให้ กระทบกับการบำบัด รักษา ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่หน่วยต่าง ๆ กำลังดำเนินการอยู่

๔. การรายงาน

ให้ นขต.พร. รายงานการปฏิบัติด้านการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาให้ ศป.ปส.พร. ทราบ ตามแบบรายงานที่ ฝยก.ศอ.ปส.ทร. และ ฝกร.ศอ.ปส.ทร. กำหนด และส่งถึง ศป.ปส.พร. ภายในวันที่ ๓ ของเดือนถัดไป

๕. ให้ นขต.พร. สนับสนุน ตามที่ ศป.ปส.พร. จะประสาน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้

สั่ง ณ วันที่ ๕ มกราคม พ.ศ.๒๕๕๘

พล.ร.ท.

(พันเลิศ แก้วทงค์)

จก.พร.

ผนวก
โครงสร้างและการจัดหน่วย ศป.ปส.พร.
แนบท้ายคำสั่ง กรมแพทย์ทหารเรือ (เฉพาะ) ที่ ๑ /๒๕๕๘ ลง ๕ ม.ค.๕๘

ศป.ปส.พร.

จก.พร. เป็น ผอ.ศป.ปส.พร.
รอง จก.พร. เป็น รอง ผอ.ศป.ปส.พร.

หน.นผอ.พร. เป็น หน.ผอ.ศป.ปส.พร.

กพ.พร., กคป.พร., กผ.พร., กบ.,สลก.พร.
และ แผนกธุรการ บก.พร.

น.ปก.ส.พร.

ผอ.กคป.พร.
เป็น ผอ.น.ปก.ส.พร.

รอง ผอ.กคป.พร
เป็น รอง ผอ.น.ปก.ส.พร.

กคป.พร.

น.ปส.รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า พร.
น.ปส.รพ.สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พร.
น.ปส.รพ.ทร.กรุงเทพ.พร.

ผอ.รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า พร.
ผอ.รพ.สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พร.
ผอ.รพ.ทร.กรุงเทพ.พร.
เป็น หน.หน่วยปราบปรามยาเสพติดใน
พื้นที่ พร.

กองสุขภาพจิต
รพ.อาภากรเกียรติวงศ์ รฐ.สส.

น.บฟ.ส.พร.

ผอ.รพ.ทร กรุงเทพ พร.
เป็น ผอ.น.บฟ.ส.พร.

รอง ผอ.รพ.ทร กรุงเทพ พร.
เป็น รอง ผอ.น.บฟ.ส.พร.(๑)

รอง ผอ.รพ.ทร กรุงเทพ พร.
เป็น รอง ผอ.น.บฟ.ส.พร.(๒)

รพ.ทร.กรุงเทพ พร.

————— สายการบังคับบัญชา

----- สายการประสานงาน

หน่วยงานศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กองทัพเรือ (ศอ.ปส.ทร.)

ฝ่ายอำนวยการ

๑. ผกพ.-ธก.ศอ.ปส.ทร.	๕๔๙๒๓
๒. ผชว.ศอ.ปส.ทร.	๕๔๖๗๖
๓. ผยก.ศอ.ปส.ทร.	๕๘๕๑๐
๔. ผกบ.ศอ.ปส.ทร.	๕๔๙๔๙
๕. ผกร.ศอ.ปส.ทร.	๕๓๐๓๐
๖. ผปช.ศอ.ปส.ทร.	๕๔๙๙๕

หน่วยปฏิบัติการ

๑. ศป.ปส.ทรภ. ๑	๗๔๔๓๓
๒. ศป.ปส.ทรภ. ๒	๒๒๐๓๓
๓. ศป.ปส.ทรภ. ๓	๒๑๖๓๖
๔. ศป.ปส.รฐท.สส.	๗๑๐๓๗
๕. ศป.ปส.รฐท.กท.	๕๕๓๒๕
๖. ศป.ปส.กปช.จต.	๓๗๘๒๓
๗. ศป.ปส.ฉก.นย.ภต.	๒๓๑๖๓
๘. ศป.ปส.นรช.	๓๑๒๑๕
๙. ศป.ปส.พร.	๕๒๘๐๓
๑๐. ขปพ.ศอ.ปส.ทร.	๗๓๙๒๓

หน่วยบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กรมแพทย์ทหารเรือ (น.บพ.ส.พร.)

โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ

๑. กองสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด	๐ ๒๑๗๓ ๖๕๗๔
๒. หก.กองสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด	๕๒๔๕๑
๓. ประจำกองสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด	๕๒๔๕๒
๔. นายทหารจิตวิทยาคลินิก	๕๒๔๕๔, ๕๒๔๕๕
๕. นายทหารทะเบียนผู้ป่วย	๕๒๔๕๘
๖. นายทหารติดตามผล	๕๒๔๕๙
๗. นายทหารพิสูจน์สารเสพติด	๕๒๔๕๘

โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ

๑. กองสุขภาพจิต	๗๓๒๑๑
๒. แผนกบำบัดยาเสพติด	๗๓๐๒๒
๓. แผนกจิตเวช	๗๓๐๙๕
๔. แผนกส่งเสริมสุขภาพจิต	๗๓๒๑๐
๕. แผนกจิตวิทยาทางการแพทย์	๗๓๒๑๒
๖. นายทหารติดตามผล	๗๓๐๑๕

ผู้ประสานและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อลำดับ หน่วยงาน ตำแหน่งผู้ติดต่อ / ประสาน
หมายเลขโทรศัพท์ ศอ.ปส.ทร. กองทัพเรือ

๑. ผบก.ศอ.ปส.ทร.	หน.แผน กผค.สนผ.กบ.ทร.	๕๘๖๑๔
๒. ผชว.ศอ.ปส.ทร.	หน.บริการข่าวกรองทางทหาร กปช.สภ.ชว.ทร.	๕๘๔๗๒
๓. ผยก.ศอ.ปส.ทร.	ประจำ ผยก.ศอ.ปส.ทร.	๕๘๕๐๘
๔. ผสท.ศอ.ปส.ทร.	ประจำ ผสท.ศอ.ปส.ทร.	๕๗๖๓๑
๕. ผกร.ศอ.ปส.ทร.	หน.อนุรักษ์และพัฒนาฯ กพร.ทร.	๕๘๖๗๘
๖. ชปพ.ศป.ปส.ทร.	หน.ชว.นสร.กร.	๖๘๔๑๒
๗. ศป.ปส.ฐท.กท.	หน.ยก.ชว.ฐท.กท.	๕๕๓๒๔
๘. ศป.ปส.พร.	กผ.พร.	๕๒๘๐๓
๙. ฐท.สส.	หน.ข่าว ยก.ฐท.สส.	๗๑๐๓๙
๑๐. ฐท.สส.	หน.สื่อสารและอิเล็กทรอนิกส์ ยก.ฐท.สส.	๗๑๐๓๖
๑๑. กปช.จต.	ผช.หก.ยก.กปช.จต.	๓๗๘๒๓
๑๒. กปช.จต.	ประจำ กยก.กปช.จต.	๓๗๘๒๓
๑๓. ทรม.๑	ผสธ.ประจำ กปก.ทรม.๑ ช่วยราชการ ยก.ทรม. ๑	๗๔๔๓๐
๑๔. ทรม.๒	ผสธ.ประจำ กปก.ทรม.๒	๒๒๐๓๕
๑๕. ทรม.๒	ประจำแผนกยุทธการและการฝึก	๒๒๐๓๕
๑๖. ทรม.๓	ประจำ ผยก.ศป.ปส.ทรม.๓	๒๑๖๓๐
๑๗. ศป.ปส.ฉก.นย.ภต.	เสธ.ศป.ปส.ฉก.นย.ภต./ฉก.นย.ทร.	๒๓๑๐๔
๑๘. ศป.ปส.ฉก.นย.ภต.	รอง เสธ.ศป.ปส.ฉก.นย.ภต./ฉก.นย.ทร.	๒๓๑๙๖
๑๙. ศป.ปส.ฉก.นย.ภต.	หน.ฝกพ.-ธก.ศป.ปส.ฉก.นย.ภต./ฉก.นย.ทร.	๒๓๑๖๑
๒๐. ศป.ปส.ฉก.นย.ภต.	หน.ผชว.ศป.ปส.ฉก.นย.ภต./ฉก.นย.ทร.	๒๓๑๖๒
๒๑. ศป.ปส.ฉก.นย.ภต.	หน.ผยก.ศป.ปส.ฉก.นย.ภต./ฉก.นย.ทร.	๒๓๑๖๓
๒๒. ศป.ปส.ฉก.นย.ภต.	หน.ผบก.ศป.ปส.ฉก.นย.ภต./ฉก.นย.ทร.	๒๓๑๖๔
๒๓. ศป.ปส.ฉก.นย.ภต.	หน.ผกร.ศป.ปส.ฉก.นย.ภต./ฉก.นย.ทร.	๒๓๑๖๕
๒๔. ศป.ปส.ฉก.นย.ภต.	หน.ผปส.ศป.ปส.ฉก.นย.ภต./ฉก.นย.ทร.	๒๓๕๙๕
๒๕. ศป.ปส.ฉก.นย.ภต.	หน.ผกง.ศป.ปส.ฉก.นย.ภต./ฉก.นย.ทร.	๒๓๑๖๕
๒๖. นรช.	เสธ.ศป.ปส.นรช.	๕๙๓๐๓
๒๗. นรช.	ผช.หน.ผยก.-ชว.ศป.ปส.นรช.	๓๑๒๑๕
๒๘. นรช.	หน.ชป.ปส.บก.นรช.	๓๑๒๗๓
๒๙. นรช.ชร.	ผอ.ศป.ปส.นรช.เขตเชียงราย	๕๙๓๒๕
๓๐. นรช.ชร.	หน.ผยก.-ชว.ศป.ปส.นรช.เขตเชียงราย	๕๙๓๒๖
๓๑. นรช.ชร.	หน.ชป.ปส.สน.เรือเชียงแสน	๕๙๓๒๘
๓๒. นรช.ชร.	หน.ชป.ปส.สน.เรือเชียงแสน	๕๙๓๒๙
๓๓. นรช.นค.	ผอ.ศป.ปส.นรช.เขตหนองคาย	๕๙๓๑๑
๓๔. นรช.นค.	หน.ชป.ปส.สน.เรือเชียงคาน	๕๙๓๑๔
๓๕. นรช.นค.	หน.ชป.ปส.สน.เรือหนองคาย	๕๙๓๑๖

๓๖. นรข.นค.	หน.ขป.ปส.สน.เรือรัตนวาปี	๕๙๓๑๗
๓๗. นรข.นค.	หน.ขป.ปส.สน.เรือบึงกาฬ	๕๙๓๑๘
๓๘. นรข.นค.	ผช.หน.ฝยก.-ขว.ศป.ปส.นรข.เขตหนองคาย	๕๙๓๑๒
๓๙. นรข.นค.	หน.ขป.ปส.สน.เรือสังคม	๕๙๓๑๕
๔๐. นรข.นค.	หน.ขป.ปส.สน.เรือศรีเชียงใหม่	๕๙๓๑๓
๔๑. นรข.นพ.	ผอ.ศป.ปส.นรข.เขตนครพนม	๐ ๔๒๕๔ ๑๒๐๕
๔๒. นรข.นพ.	หน.ฝยก.-ขว.ศป.ปส.นรข.เขตนครพนม	๐ ๔๒๕๔ ๑๒๐๕
๔๓. นรข.นพ.	หน.ขป.ปส.สน.เรือบ้านแพง	๕๙๓๐๗
๔๔. นรข.นพ.	หน.ขป.ปส.สน.เรือธาตุพนม	๕๙๓๐๘
๔๕. นรข.นพ.	หน.ขป.ปส.สน.เรือมุกดาหาร	๕๙๓๐๙
๔๖. นรข.นพ.	หน.ขป.ปส.สน.เรือนครพนม	๓๑๒๗๕, ๕๙๓๐๖
๔๗. นรข.อบ.	ผอ.ศป.ปส.นรข.เขตอุบลราชธานี	๕๙๓๒๑
๔๘. นรข.อบ.	หน.ฝยก.- ขว.ศป.ปส.นรข.เขตอุบลราชธานี	๕๙๓๒๒
๔๙. นรข.อบ.	หน.ขป.ปส.สน.เรือเขมราฐ	๕๙๓๒๓
๕๐. นรข.อบ.	หน.ขป.ปส.สน.เรือโขงเจียม	๕๙๓๒๔
๕๑. ยศ.ทร.	หน.หน่วยฟื้นฟู รร.วิวัฒน์พลเมือง ทร.๑	๖๕๐๗๐
๕๒. สอ.รฝ.	หน.คณะครูฝึก รร.วิวัฒน์พลเมือง ทร.๒	๗๙๘๑๒
๕๓. สอ.รฝ.	รอง หน.ฝวก.รร.วิวัฒน์พลเมือง ทร.๒	๗๙๘๑๒
๕๔. สอ.รฝ.	ประจำ ฝวก.รร.วิวัฒน์พลเมือง ทร.๒	๗๙๘๑๒
๕๕. กรม ป.พล.นย.	นายทหารฝ่ายวิชาการ	๖๔๑๒๓
๕๖. กรม ป.พล.นย.	จนท.ธุรการ/กรรมวิธีข้อมูล	๖๔๑๒๓
๕๗. รจ.ฐท.สส.	บก.รร.วิวัฒน์พลเมือง ทร. แบบพิเศษ	๗๒๔๑๘, ๗๒๒๑๗



หน่วยบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กรมแพทยทหารเรือ