

Methadone Maintenance Treatment

หลักสูตร

การบริการเมทาโดนระยะยาว

Methadone Maintenance Treatment



สถาบันรณรงค์รณรงค์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

หลักสูตร
การบริการเมทาโดนระยะยาว
(Methadone Maintenance Treatment)

สถาบันธัญญารักษ์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



เลขหมู่...WM.270 ๖๖1๒.๓ 2553
เลขทะเบียน...๐๐๐๐๗๑๑๑
วันที่...๒๔ ก.ย. 2554



**หลักสูตร การบริการเมทาโดนระยะยาว
(Methadone Maintenance Treatment)**

สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

วิโรจน์ วีรชัย

ปัญญารัตน์ ศรีสว่าง

ธัญรช ทีพยวงษ์

ลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย

พิมพ์ครั้งที่ 1 1,000 เล่ม พ.ศ. 2553

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 0-218-3549, 0-218-3550

5307-142/1,000 (2)

<http://www.cuprint.chula.ac.th>

คำนำ

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ที่ได้ผลและสามารถลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มีหลายวิธี การบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวเป็นทางเลือกหนึ่งที่สำคัญและมีประสิทธิภาพ โดยการให้ เมทาโดนทดแทน ซึ่งวิธีการนี้สามารถช่วยลดปัญหาต่างๆ ของผู้เสพติด ได้แก่ ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน การมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดเชื้ออวัยวะต่างๆ ได้

สถาบันธัญญารักษ์ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ดำเนินการพัฒนาหลักสูตร และจัดอบรมการบำบัดรักษาเมทาโดนระยะยาวขึ้น เพื่อพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาให้มีประสิทธิภาพ มากขึ้น โดยการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยา เกสซ์วิทยาของ เมทาโดน ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรค และยาอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือเพื่อลด ปัญหาทางด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และปัญหาอาชญากรรมต่างๆ รวมทั้งลดการใช้เฮโรอีน และลดอัตราการเสียชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ได้รับยาเมทาโดนระยะยาวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรง อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ดังนั้นจึงได้จัดทำหลักสูตร : การบริการเมทาโดนระยะยาวเล่มนี้ขึ้นเพื่อเป็นตำราที่รวบรวม ความรู้ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการให้บริการในคลินิกเมทาโดนระยะยาวสำหรับผู้ปฏิบัติงานโดย ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำความรู้ไปใช้ในการให้บริการใน คลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สารบัญ

	หน้า
โครงสร้างหลักสูตร	
บทที่ 1 สถานการณ์แนวโน้มระบาดวิทยาและการลดอันตรายด้วยการใช้เมทาโดน	1
- สถานการณ์ยาเสพติดในต่างประเทศ	2
- สถานการณ์ การระบาด โรคร่วม โรคแทรก และโรคติดเชื้อ	5
บทที่ 2 เกษีวิทยาของเฮโรอีนและเมทาโดน และหลักการให้เมทาโดนตามกฎหมาย	11
- เกษีวิทยาของเฮโรอีน	12
- เกษีวิทยาของเมทาโดน	18
- กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการใช้เมทาโดนในการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีน	23
บทที่ 3 แนวปฏิบัติในการรักษาโดยให้เมทาโดนระยะยาว	30
- ความหมายของเมทาโดน	30
- การเข้าสู่โปรแกรมเมทาโดนเมเทนแนนส์ (MMT)	31
- การสิ้นสุดของโปรแกรม MMT	35
- การให้ยาเมทาโดนร่วมกับภาวะแทรกซ้อนอื่น	38
บทที่ 4 หลักการให้ยาเมทาโดนร่วมกับยา ARV และยาอื่นๆ	42
- หลักการเผาผลาญยา	42
- ปฏิกริยาระหว่างเมทาโดน และยากลุ่มต่างๆ	43
- หลักปฏิบัติในการดูแลผู้ให้ยาเมทาโดนร่วมกับยาอื่นๆ	44

	หน้า
บทที่ 5 การให้คำปรึกษาและการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้รับยาเมทาโดนระยะยาว	48
- หลักการให้คำปรึกษาและการสร้างแรงจูงใจ	49
- ปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อประสิทธิผลในการให้การปรึกษา	52
- การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)	58
- ขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบรวบรัดกระชับแบบสร้างแรงจูงใจ	66
- การทำงานกับผู้ติดยาเสพติดที่ติดเชื้อ HIV/AIDS	73
บทที่ 6 การจัดบริการในการให้เมทาโดนระยะยาว	80
- กระบวนการบริหารจัดการคลินิกจ่ายเมทาโดน	82
- Man	82
- Money	84
- Material	85
- Method	85
บทที่ 7 การสร้างเครือข่ายการเข้าถึงผู้ใช้อายาและการส่งต่อ	94
- ความหมายเครือข่าย	95
- เครือข่ายการเข้าถึงผู้ใช้อายาและการส่งต่อบริการเมทาโดนระยะยาว	96
- รูปแบบและแนวทางการช่วยเหลือผู้ใช้อายาเสพติดในชุมชน	97
- การค้นหาและเข้าถึงผู้ใช้อายาในชุมชน	99
ภาคผนวก	103

โครงสร้างหลักสูตร การบริการเมทาโคในระยะยาว

การบริการเมทาโคระยะยาว จัดให้กับผู้ใช้ยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อลดอันตรายและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสที่ติดต่อทางกระแสเลือด จากการเสพติดโดยใช้เข็มฉีดยา ซึ่งอันตรายที่มักพบ ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสเอดส์ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น การติดเชื้อเหล่านี้เกิดจาก การใช้เข็มและกระบอกฉีดยาที่ไม่สะอาดร่วมกัน และจะทำให้มีการแพร่ระบาดไปยังผู้อื่นที่ไม่เสพติดต่อไปได้อีก โดยผู้มีเชื้อเหล่านี้ไม่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้มีการป้องกัน ดังนั้นจึงควรหยุดการใช้เข็มในผู้ใช้ยาเสพติดและให้รับบริการรักษา โดยใช้ยาเมทาโคทดแทน จะช่วยลดอันตราย ลดการแพร่เชื้อหรือได้รับเชื้อต่างๆ ได้วิธีหนึ่ง

เมทาโคเป็นสารเสพติด ประเภท 2 ซึ่งต้องมีการควบคุมพิเศษ เนื่องจากเสพติดได้และเป็นอันตรายแก่ผู้รับบริการถึงแก่ชีวิต ผู้ให้บริการจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ วิธีการรักษา ตามหลักทางการแพทย์ที่ถูกต้อง เพื่อให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น สถาบันธัญญารักษ์ จึงจัดหลักสูตรการบริการเมทาโคระยะยาว อบรมให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ซึ่งเป็นผู้ที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องกับการจัดบริการจ่ายเมทาโคแก่ผู้ใช้ยาและสารเสพติด

เนื้อหาของหลักสูตร ประกอบด้วย

1. สถานการณ์แนวโน้มระบาดวิทยา และการลดอันตรายด้วยการใช้เมทาโค
(1 ชั่วโมง 30 นาที)

สถานการณ์การระบาดของโรคร่วม โรคแทรก จากการใช้เข็มฉีดยาเสพติด ความสำคัญ ความจำเป็นในการใช้เมทาโคระยะยาว เพื่อลดอันตรายในผู้ใช้ยา

โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม

- เข้าใจภาพรวมของสถานการณ์ การระบาดของสารเสพติดสารโอปิออยด์
- เข้าใจถึงความจำเป็นในการจัดบริการเมทาโคระยะยาว

2. เกณฑ์วิทยาของเฮโรอีนและเมทาโคและหลักการให้เมทาโคตามกฎหมาย (1 ชั่วโมง 30 นาที)
โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม

- มีความรู้ ความเข้าใจ และอธิบายการออกฤทธิ์ของโอปิออยด์และเมทาโคได้
- สามารถบริหารจัดการ ควบคุม การเบิก-จ่าย เมทาโคได้ถูกต้องตามกฎหมาย

3. แนวปฏิบัติในการรักษา โดยให้เมทาโคระยะยาว (1 ชั่วโมง 30 นาที)

โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม

- มีความรู้ ความเข้าใจ วิธีการจ่ายเมทาโดนระยะยาว
 - สามารถดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเมทาโดนได้อย่างถูกต้อง
4. หลักการใช้ยาเมทาโดนร่วมกับยา ARV และยาอื่น ๆ (3 ชั่วโมง)
- โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม
- มีความรู้ ความเข้าใจหลักการใช้ยาเมทาโดน ในผู้ที่ได้รับยา ARV และยาอื่น ๆ ที่รักษาโรคร่วม

โรคแทรก

- สามารถดูแลและให้การรักษาได้อย่างถูกต้อง เกิดประโยชน์ ต่อผู้รับบริการ
5. การให้คำปรึกษา และการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้รับยาเมทาโดนระยะยาว (3 ชั่วโมง)
- โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม
- มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาและการสร้างแรงจูงใจ
 - สามารถนำไปปฏิบัติในการให้คำปรึกษาและสร้างแรงจูงใจกับผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม
6. การจัดบริการ ในการให้เมทาโดนระยะยาว (1 ชั่วโมง 30 นาที)
- โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม
- มีความรู้และเข้าใจ สามารถจัดบริการได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ
7. การสร้างเครือข่าย การเข้าถึงผู้ใช้ยาและการส่งต่อ (1 ชั่วโมง 30 นาที)
- โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม
- มีความรู้ ความเข้าใจ ในการสร้างเครือข่าย เพื่อสามารถเข้าถึงผู้ใช้ยา
 - เข้าใจ วิธีการส่งต่อและสามารถส่งต่อผู้ใช้บริการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
8. การสัมมนาแลกเปลี่ยนแนวคิด และวิธียุทธนาการการจัดคลินิกลดอันตราย (3 ชั่วโมง)
- โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม
- ร่วมแสดงข้อคิดเห็น การจัดบริการคลินิกลดอันตราย
 - ร่วมค้นหาปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และอุปสรรคในการจัดบริการ เพื่อหาแนวทางแก้ไขอย่าง

เหมาะสม

- ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการบูรณาการตามพื้นที่
- โดยมีรายละเอียดเนื้อหาวิชาดังแสดงในบทต่อไป



สถานการณ์แนวโน้มระบาดวิทยา และการลดอันตรายด้วยการใช้เมทาโดน

.....
วิภา กวานากรณ์
สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

บทนำ

ปัญหาการแพร่ระบาดของสารเสพติด และปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสที่ติดต่อทางกระแสเลือดไม่ว่าจะเป็นการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี หรือการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสตับอักเสบล้วนเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานที่รับผิดชอบ เร่งหามาตรการในการลดการแพร่ระบาดของเชื้อดังกล่าว ความพยายามนี้เป็นที่มาของการใช้มาตรการลดอันตราย สำหรับผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดชนิดฉีด อาทิ มาตรการการให้ยาเมทาโดนระยะยาว การแลกเปลี่ยนเข็ม มาตรการดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวีและเชื้อไวรัสตับอักเสบล

มาตรการลดอันตราย มิได้จำกัดแค่มาตรการ การให้ยาเมทาโดนระยะยาวและมาตรการแลกเปลี่ยนเข็มเท่านั้น หากแต่รวมถึงมาตรการอื่น ๆ ที่ช่วยลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด อย่างไรก็ตามสิ่งสำคัญในการทำให้มาตรการลดอันตรายใด ๆ ได้ผล คือการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการต้องพูดคุยให้การปรึกษา กระบวนการกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน ตลอดจนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ทั้งนี้ มาตรการลดอันตรายจะได้ผลดีจำเป็นต้องเชื่อมโยงมาตรการการแก้ปัญหาสารเสพติดอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดด้วย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความกระจ่างเกี่ยวกับสถานการณ์แนวโน้มระบาดวิทยาการติดและเสพโอปิออยด์ สถานการณ์การระบาดโรคร่วม โรคแทรก และโรคติดเชื้ออันตรายอื่น ๆ ที่เกิดจากการเสพโอปิออยด์ เหตุผลความจำเป็นที่ต้องให้ Methadone maintenance

วัตถุประสงค์

1. เข้าใจภาพรวมของสถานการณ์ การระบาดของสารเสพติดสารโอปิออยด์

2. เข้าใจถึงความจำเป็นในการจัดบริการเมทาโดนระยะยาว

สถานการณ์ยาเสพติดในต่างประเทศ

ประมาณการณจำนวนผู้ติดยาเสพติดและผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศอินโดนีเซียมีวิจัยท้องถิ่นสำรวจเชื่อว่าน่าจะมีผู้ติดยาเสพติดประมาณ 2 ล้านคน โดยครึ่งหนึ่งใช้วิธีการฉีด ปัจจุบันประเทศจีนพบผู้ติดยาเสพติดที่มาลงทะเบียน 860,000 คน แต่ตัวเลขอย่างไม่เป็นทางการน่าจะประมาณ 6 ถึง 7 ล้านคนและเป็นผู้เสพยาโดยวิธีฉีดประมาณครึ่งหนึ่ง ประเทศอินเดียตัวเลขของผู้ใช้ยาเสพติดประเภทฝิ่นมีประมาณ 1-5 ล้านคน เฮโรอีน ประมาณ 1 ล้านคน นับจากช่วงต้นทศวรรษที่ 1990 เป็นต้นมา โดยข้อมูลนี้ได้มาจากหน่วยงานของรัฐและองค์การสหประชาชาติ ซึ่งความเป็นจริงจำนวนผู้ใช้เฮโรอีนน่าจะมากกว่านี้ การเสพยาโดยวิธีฉีดเป็นที่นิยมอย่างมากใน 5 เมืองหลักของอินเดียซึ่งขณะนี้มียู้อย่างน้อย 100,000 คน ในพม่ามียู้อยู่ประมาณ 300,000 - 500,000 คน โดยครึ่งหนึ่งเสพยาโดยวิธีฉีด ประเทศมาเลเซียมียู้อยู่ประมาณ 200,000 คน ในอิหร่านคาดว่าน่าจะมีอยู่ประมาณ 3.3 ล้านคน โดย 200,000 - 300,000 คนเป็นผู้ใช้ยาชนิดฉีด ประเทศญี่ปุ่นมีผู้ติดยาเสพติดประมาณ 600,000 คนและ 2.18 ล้านคนมีการเสพยาบ้า ประเทศไทยคาดว่าจะมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 2-3 ล้านคน (ประมาณร้อยละ 5 ของประชากร) ประเทศฟิลิปปินส์ซึ่งเป็นอีกประเทศที่มีการเสพยาบ้าอย่างแพร่หลาย พบว่ามีผู้ติดยาประมาณ 1 ล้านคนซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น โดยอย่างน้อย 10,000 คนเป็นผู้เสพยาชนิดฉีด ในประเทศลาวการเสพยาฝิ่นยังพบได้ทั่วไปโดยมีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 2 ซึ่งเป็นรองเพียงแต่ประเทศอิหร่าน ที่ในบางส่วนของพื้นที่มีผู้เสพยาถึงร้อยละ 5 ของประชากรที่อายุมากกว่า 15 ปี และประเทศปากีสถานประมาณ 4-5 ล้านคนเป็นผู้ติดยา ครึ่งหนึ่งเสพยาเฮโรอีน และอีกประมาณ 180,000 คนที่เสพยาโดยวิธีฉีดซึ่งกลุ่มนี้มีแนวโน้มจะเพิ่มจำนวนขึ้นในปีต่อๆ ไป¹

การเสพยาเสพติดไม่ว่าด้วยวิธีฉีดหรืออื่นๆ พบว่ากำลังเพิ่มขึ้นอย่างมากทั่วโลกกว่า 20 ล้านคนหรือมากกว่า 120 ประเทศ รูปแบบการเสพยาที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากอดีตและอาจเปลี่ยนแปลงอีกเรื่อยๆ ประเทศที่กำลังเผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้แก่ ประเทศที่มีจำนวนประชากรมาก ประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแถบเอเชียใต้ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และลาตินอเมริกา ประเทศในแถบตะวันตกหลายประเทศก็พบว่ามี การเสพยาเฮโรอีนโดยวิธีฉีดมาตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 60 และพบเรื่อยมาถึงทศวรรษที่ 80 และ 90 ประเทศในแถบเอเชียก็พบว่ามีการเสพยาแบบนี้ด้วยในปลายทศวรรษที่ 80 และมีแนวโน้มที่จะดำเนินต่อไป การเสพยาเสพติดกลายเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีในแถบเอเชีย อันเนื่องมาจากการขาดข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรุนแรงของปัญหา แนวโน้มของปัญหาเสพติดและเอดส์ในปัจจุบัน

¹ Reid, Gary and Genevieve Costigan, Revisiting "The Hidden Epidemic" – a situation assessment of drug use in Asia in the context of HIV/AIDS. 1st ed. (Australia : Center for Harm Reduction, 2002), P.11.

การเสพยาเฮโรอีนโดยวิธีฉีดนี้ปัจจุบันเป็นปัญหาที่พบอยู่ทั่วโลกมากกว่า 100 ประเทศหรือประมาณ 10 ล้านคนที่มีการใช้อย่างสม่ำเสมอ โดยมากกว่า 80 ประเทศมีรายงานการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีด (IDUs)²

ยาเสพติดสร้างความเสียหายทั้งร่างกายและสังคม การใช้ยาเสพติดไม่ว่าที่ผิดกฎหมายหรือไม่ผิด ย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานของปวยและการตายของผู้คน จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (WHO) เมื่อ ปี 2002 พบว่าในประเทศพัฒนาอัตรา disability adjusted life-years lost มีสูงถึงร้อยละ 23.2 ซึ่งมาจากการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดมะเร็งปอด การดื่มสุราเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว อุบัติเหตุในการขับขี่ เป็นสาเหตุของโรคตับแข็งและโรคที่เกี่ยวข้องกับตับ และผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดก็พบว่ามีอัตราเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีและโรคที่ติดต่อทางเลือด³

หลายประเทศในเอเชีย การใช้ยาเสพติดชนิดฉีดกำลังเป็นสาเหตุของการแพร่เชื้อเอชไอวี การใช้เข็มร่วมกันของผู้ติดยาเสพติดเป็นสาเหตุหลักในการแพร่ระบาดของโรคที่ติดต่อทางเลือด ซึ่งรวมไปถึงเชื้อเอชไอวี อัตราความชุกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจริงๆ แล้วอาจอยู่ระหว่างร้อยละ 20-50 ในแต่ละเดือน วิธีการป้องกันปัญหาการแพร่เชื้อคือ การลดอัตราการแลกเปลี่ยนเข็ม หลอดฉีดยา และอุปกรณ์อื่นๆ ในประเทศเวียดนามพบว่าการแลกเปลี่ยนเข็มถึง 1 ใน 3 ขณะที่การแลกเปลี่ยนเข็มของผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดทางตอนเหนือของบังกลาเทศมีถึงร้อยละ 55 และเกือบร้อยละ 75 ทางตอนกลางพบว่าการแลกเปลี่ยนอุปกรณ์ในการเสพยาอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 สัปดาห์ และที่จากาตาร์มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดมีการแลกเปลี่ยนเข็มและหลอดฉีดยา⁴

เฮโรอีนและฝิ่นพบได้ทั่วภูมิภาค ส่วนยาบ้าเพิ่งระบาดอย่างมากในช่วง 4 ปีที่ผ่านมาโดยพบมากในประเทศไทย เกาหลีใต้ ฟิลิปปินส์ ไต้หวัน ญี่ปุ่น กัมพูชา ลาว จีน และอินโดนีเซีย สำหรับยาอี (ecstasy) พบว่ามีกการระบาดในส่วนของชุมชนเมืองที่มีการรวมกลุ่มสังสรรค์ การเสพยา Illicit ingestion of pharmaceuticals เป็นที่นิยมในประเทศอินเดีย บังกลาเทศ ปากีสถาน และเนปาลการใช้ buprenorphine มีอยู่อย่างแพร่หลาย ยาน้ำแก้ไอที่มีส่วนผสมของโคเคอีนก็มักมีการนำมาเสพยา รวมถึง a plethora of other analgesics and tranquillisers ก็มีการซื้อขายและนำมาใช้ สารระเหยและกาวก็มีการใช้ซึ่งโดยมากจะเป็นกลุ่มเด็กเร่ร่อน พบในประเทศอินเดีย ลาว กัมพูชา อินโดนีเซีย มองโกเลีย เวียดนาม ฟิลิปปินส์ และไทย สำหรับกัญชาก็พบว่ามีกการเสพยาอยู่ทั่วไปในภูมิภาค⁵

วิธีการในการเสพยามีความแตกต่างกันในแต่ละสถานที่ ระยะเวลา และในแง่ของวัฒนธรรมหรือสภาพสังคม แต่เฮโรอีนโดยทั่วไปแล้ว ในระยะแรกๆ จะใช้วิธีการสูบจากบุหรี่หรือ 'chasing the

² United Nations, Op.cit., P.6-2.

³ Short course The global health impacts of drug use.

⁴ Family Health International, Op.cit., P.11.

⁵ Reid, Gary and Genevieve Costigan, Op.cit., P.10.

dragon' (เผาบนกระดาษฟอยล์ และสุตคม) สำหรับการเสพโดยการฉีดยานี้ทุก ๆ ประเทศจะเป็นที่นิยมซึ่ง การฉีดยานี้มักจะสัมพันธ์กับการใช้เฮโรอีน แต่ก็พบรายงานการเสพยาบ้าในรูปของการฉีดยานี้เหมือนกัน เช่นใน เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น หรือบางกลุ่มในประเทศไทย ลาว อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และจีน ส่วนในอินเดีย ปากีสถาน และบังกลาเทศ มักพบว่าใช้การฉีดยานี้กับ cocktail of pharmaceuticals การเสพโดยวิธีฉีดยานี้ จะมีประสิทธิภาพมากโดยเฉพาะเมื่อมียาอยู่จำกัด การฉีดยานี้จะทำให้ยาออกฤทธิ์เร็วและมีประสิทธิภาพแม้จะมีปริมาณเพียงน้อยนิด อันเนื่องมาจากยาหายากและราคาแพง ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดโดยวิธีฉีดยานี้ของกัมพูชา ลาว และมองโกเลียจะยังคงน้อยอยู่ก็ตาม แต่เมื่อเปรียบเทียบกับปี 1997 ก็พบว่าผู้ใช้ติดยาโดยวิธีฉีดยานี้เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อาฟกานิสถาน อิหร่าน ปากีสถาน พม่า ลาว จีน อินเดีย เกาหลีใต้ และ ไทย เป็นประเทศที่มีการสูบบุหรี่ โดยส่วนใหญ่จะใช้การสูตคม หรือการกินทั้งในรูปอาหารหรือดื่มเป็นชา และยังถูกใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาในบางกลุ่ม

ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดยานี้ การแลกเปลี่ยนเข็มเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้น และวิธีการในการทำความสะอาดเข็มนี้มักไม่เพียงพอในการป้องกันการแพร่เชื้อโรคที่ติดต่อทางเลือด (BBVs) โดยส่วนใหญ่จะใช้เข็มในการทำความสะอาดเข็มและหลอดฉีดยานี้ มีบ้างที่ใช้เข็มหรือเข็มฉีดยานี้ซ้ำ จึงก่อให้เกิดโครงการรณรงค์เผยแพร่ความรู้ในการใช้เข็มฉีดยานี้ที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโรคที่ติดต่อทางเลือดในประเทศปากีสถาน อินเดีย บังกลาเทศ เนปาล เวียดนาม พม่า และมาเลเซีย⁶

ผู้ใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่พบว่าจะเป็นเพศชาย ขณะเดียวกันก็พบว่ามีผู้หญิงอยู่ทั่วประเทศ แต่ก็มีรายงานถึงจำนวนผู้หญิงเอเชียที่มีการใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น ในมณฑลยูนนานและกวางซีมีผู้ใช้ยาเสพติดที่เป็นผู้หญิงถึงร้อยละ 16-25 ผู้เสพยาชนิดฉีดยานี้เป็นผู้หญิงมักเกี่ยวข้องกับการขายบริการทางเพศซึ่งพบได้ในประเทศจีน เวียดนาม เนปาล ฟิลิปปินส์ อินเดีย บังกลาเทศ อินโดนีเซีย ศรีลังกา และปากีสถาน ส่วนในเวียดนามพบว่าในกลุ่มขายบริการทางเพศมีการใช้ยาเสพติดอยู่สูงถึง ร้อยละ 10-50

จากผลการสำรวจพบว่า อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติดมีแนวโน้มลดลง ส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลไร้อาชีพ และเป็นแรงงานไร้ทักษะ มีการศึกษาน้อย ไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ถูกคุมขัง และมักจะมีสุขภาพไม่แข็งแรง และเจ็บป่วยเนื่องจากการใช้ยาที่ยาวนาน⁷

มาตรการในการควบคุมปัญหาเสพติดของแต่ละประเทศคือ การลงโทษกับผู้ค้า ผู้ผลิต ผู้ส่งออก หรือนำเข้า การลงโทษโดยการจำคุกตลอดชีวิตซึ่งส่วนใหญ่จะทำการกับผู้ค้า พบในประเทศจีน ลิงคโปร์ อินเดีย อินโดนีเซีย อิหร่าน มาเลเซีย บรูไน พม่า ฟิลิปปินส์ ศรีลังกา ไทย และเวียดนาม ขณะที่ การตัดสินประหารชีวิตก็มีแต่พบน้อย ในประเทศจีนมีอย่างน้อย 35 คนที่ถูกตัดสินประหารชีวิตจากคดียาเสพติดในปี 2000 ประเทศสิงคโปร์ ผู้ค้ายาเสพติด 190 คนถูกแขวนคอระหว่างปี 1975 - 1997 การ

⁶ Reid, Gary and Genevieve Costigan, Op.cit., P.10-11

⁷ Reid, Gary and Genevieve Costigan, Op.cit., P.12-13.

ตัดสินลงโทษผู้ติดยาเสพติดมีความแตกต่างและขึ้นอยู่กับชนิดและจำนวนของยาเสพติดที่มีไว้ครอบครอง

โดยทั่วไปผู้ติดยาเสพติดจะถูกบังคับให้เข้ารับการบำบัดรักษา นอกจากในบางประเทศที่มีแค่ การคุมขังผู้ติดยาเท่านั้น แต่ศูนย์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดก็ยังมีไม่เพียงพอในหลายๆ ประเทศ ในขณะที่ยาเสพติดเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ดังนั้นผู้ติดยาเสพติดจะถูกปฏิบัติอย่างนักโทษ ประเทศจีน จึงมีการเปลี่ยนสถานะของผู้กระทำความผิดมาเป็นผู้ป่วย

ศูนย์บำบัดฟื้นฟูจะดำเนินการในเรื่องการฟื้นฟูทั้งด้านจิตใจและพฤติกรรม การให้คำปรึกษาหรือ การติดตามดูแลหลังเสร็จสิ้นขบวนการบำบัด แต่ถึงแม้ผู้ติดยาเสพติดจะเข้ารับการบำบัดรักษาแล้ว ก็ยัง พบว่ามีอัตราการกลับไปติดยาสูงถึงร้อยละ 70-90 จากตัวเลขนี้ทำให้หลายประเทศวิตกกังวลอย่างมาก ดังนั้นจึงมีการออกนโยบายกระตุ้นให้ผู้ติดยาเข้ารับการบำบัดในช่วงเวลาที่นานขึ้นเพื่อให้แน่ใจว่าการบำบัด มีประสิทธิภาพเป็นที่น่าพอใจ ในสิงคโปร์ผู้ติดยาที่เข้ารับการบำบัดแล้วกลับไปติดยาซ้ำอีกเป็นครั้งที่ 3 หรือมากกว่านั้น จะต้องถูกจำคุกเป็นเวลา 5-7 ปี และจะเพิ่มขึ้นเป็น 13 ปีสำหรับการกลับไปติดยาซ้ำอีก เวียดนามได้ปรับระยะเวลาในการบำบัดโดยเพิ่มจาก 6 เดือนเป็น 12 เดือน และประเทศจีนจะมีการส่งตัว ผู้ติดยาที่กลับไปติดยาไปอบรมแรงงานในค่ายเป็นเวลา 2-3 ปี⁸

การใช้ยาเสพติดชนิดผิดเป็นปัจจัยหลักในการแพร่เชื้อเอชไอวีในเอเชีย และโรคติดต่อทางเลือดใน ประเทศทั่วโลก เพื่อต่อสู้กับการแพร่ระบาดของนี้ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดรวมถึงวิธีการเสพติด ถูกต้องเพื่อป้องกันปัญหาการแพร่เชื้อ Harm Reduction จึงก่อกำเนิดขึ้นมาเพื่อเป็นมาตรการในการ ป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเลือดอื่น ๆ

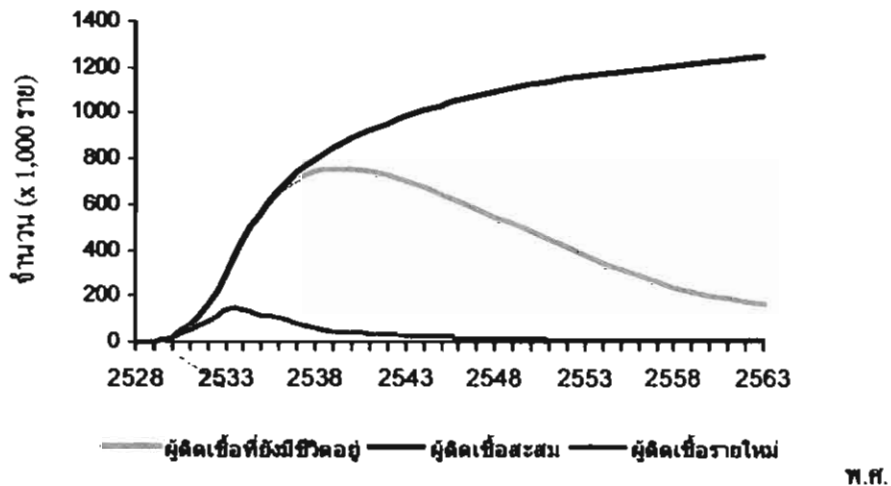
สถานการณ์ การระบาดของ โรคร่วม โรคแทรก และโรคติดเชื้อ

สถานการณ์โรคเอดส์ และการใช้ยาเสพติดชนิดผิดในประเทศไทย

จากรายงานผู้ป่วยเอดส์ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์ สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 รวมทั้ง สิ้น 349,516 ราย และมีผู้เสียชีวิต 94,590 ราย⁽⁴⁾ แนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการดำเนินโครงการต่างๆ เพื่อป้องกันโรคเอดส์ และการให้บริการ รักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงทำให้มีผู้ป่วย เอดส์และผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลงกว่าอดีต

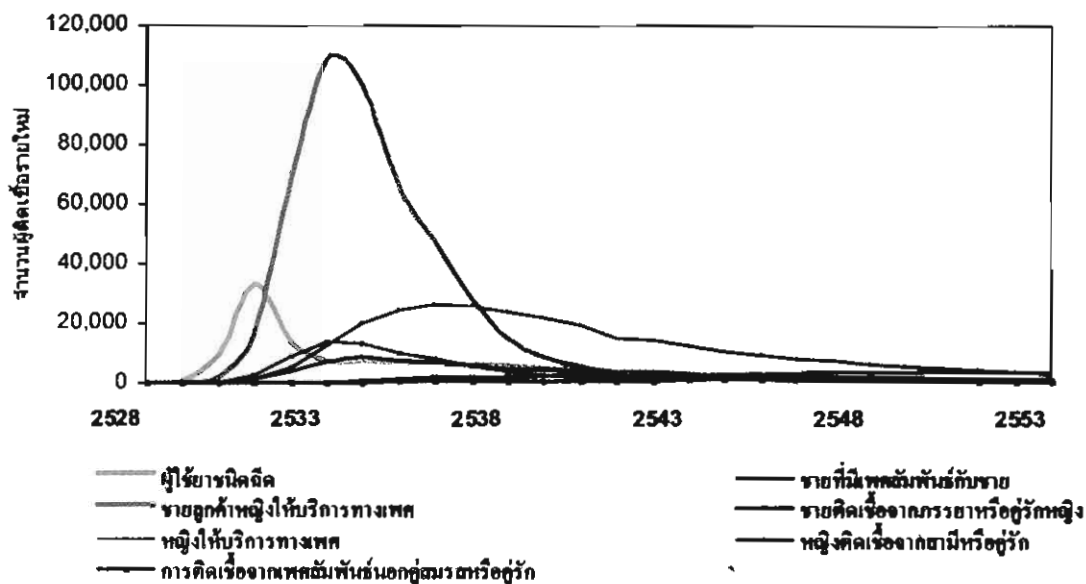
⁸ Reid, Gary and Geneveve Costigan, Op.cit., P.13.

สำหรับการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย โดยคณะผู้เชี่ยวชาญ (The Thai Working Group) ได้คาดประมาณตัวเลขผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในปี พ.ศ.2552 ว่า น่าจะมีผู้ใหญ่ติดเชื้อสะสมประมาณ 1,127,168 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ใหญ่ที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ประมาณ 613,510 ราย เหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ และต้องการดูแลรักษา จำนวน 516,632 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี พ.ศ. 2552 ประมาณ 11,753 ราย (รูปที่ 1) และคาดว่า ในจำนวนนี้เป็นสัดส่วนของกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดถึง ร้อยละ 8.1 %⁽⁵⁾

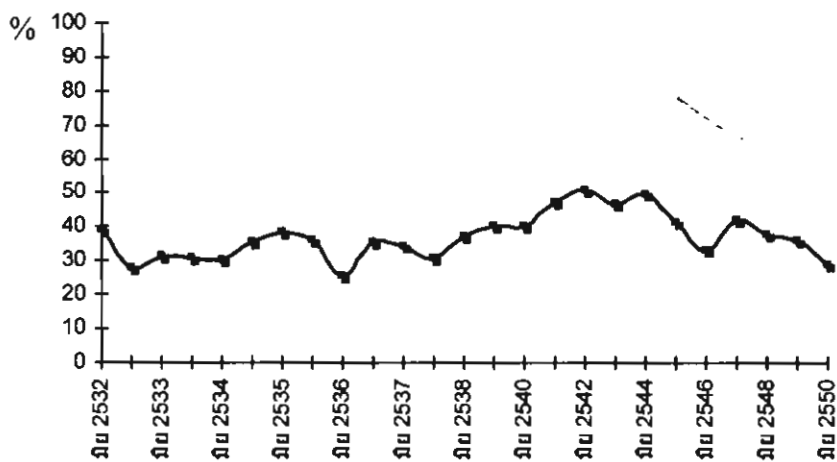


รูปที่ 1 การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย

นอกจากนี้เมื่อดูแนวโน้มการระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มประชากรบางกลุ่ม (รูปที่ 2) พบว่า มีการเริ่มต้นของการระบาดที่กลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดเมื่อ พ.ศ. 2528 และเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปีพ.ศ. 2531 หลังจากนั้นก็ยังคงมีการระบาดในกลุ่มประชากรนี้อย่างต่อเนื่องแต่ไม่เพิ่มสูงขึ้นเหมือนช่วงที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง แสดงให้เห็นว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยา ยังคงอยู่ระหว่างร้อยละ 30-50 ซึ่งพบมาตั้งแต่ พ.ศ. 2538 (รูปที่ 3) ถัดมาเป็นการระบาดในกลุ่มพนักงานบริการและลูกค้า ซึ่งมีสัดส่วนค่อนข้างมากและกระจายทั้งในเมืองและชนบท จำนวนที่พุ่งสูงมากเกิดขึ้นในปี 2533 ถึง 2538 การติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการกลายเป็นช่องทางหลักของการระบาดที่ทำให้เชื่อมีการแพร่ไปในกลุ่มต่างๆ อย่างรวดเร็ว ทั้งในกลุ่มผู้ชายบริการ ผู้รับบริการ และคูสมรสหรือคูรัก

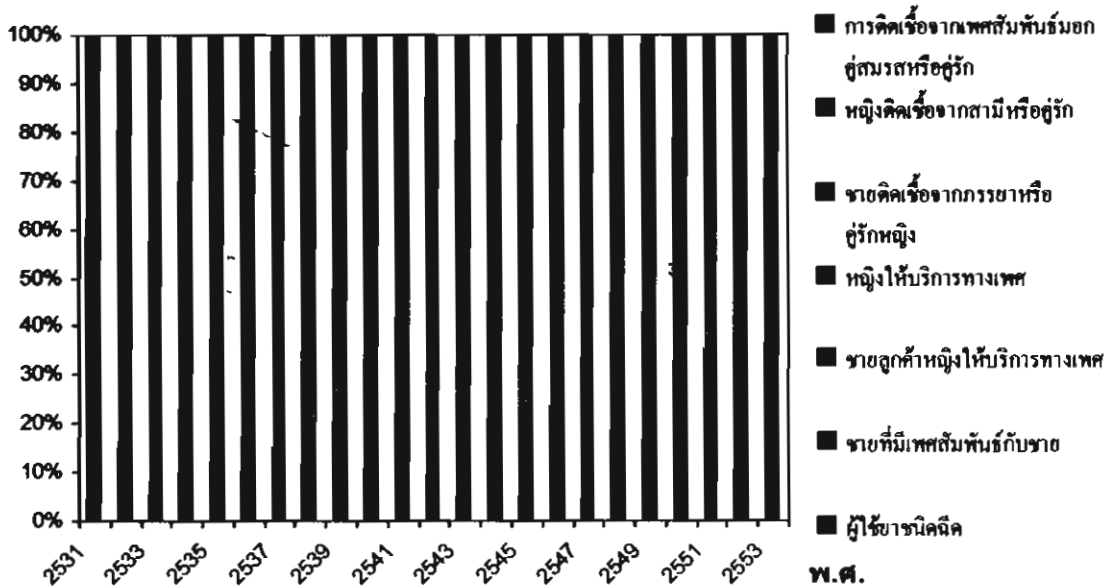


รูปที่ 2 การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำแนกตามกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528-2553



รูปที่ 3 แสดงการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2532-2550

จากรูปที่ 2 และ 4 ทำให้เห็นความชัดเจนว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2550 ถึง 2553 แนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด รวมทั้งการระบาดในกลุ่มสตรีที่ติดเชื้อมาจากสามีหรือคู่นอนประจำ และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จึงจำเป็นต้องมีกลยุทธ์และโครงการป้องกันและแก้ปัญหาการติดเชื้อในกลุ่มประชากรเหล่านี้อย่างเร่งด่วน



รูปที่ 4 การคาดประมาณสัดส่วน การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง พ.ศ. 2531-2553

การใช้ยาเสพติดชนิดฉีดและการระบาดของเชื้อเอชไอวีถือว่าเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ ยาเสพติดเป็นปัญหาในประเทศไทยมาตั้งแต่กลางทศวรรษที่สิบแปด และต่อมาในทศวรรษที่สิบเก้าเฮโรอีนมีการแพร่ระบาดในแทบทุกภาคของประเทศไทย กลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติฉบับปี พ.ศ. 2550-2554⁽⁶⁾

ในการแก้ปัญหายาเสพติดนั้นส่วนใหญ่มุ่งในการลดอุปสงค์ (Demand reduction) ที่มักจะเน้นการตรวจจับผู้ใช้ยาและส่งต่อเพื่อบำบัด ส่วนการลดอุปทาน (Supply reduction) เน้นการบังคับใช้กฎหมายและจำกัดวงการค้าทั้งแหล่งผลิตและจำหน่าย รวมทั้งมาตรการลดการปลูกพืชที่ใช้ในการผลิตและทำลายแหล่งผลิตสารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติด ในหลายประเทศยังไม่มีการดำเนินการด้านการลดอันตราย (Harm reduction) ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ใช้ยามีโอกาสและมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ใช้ยาอย่างปลอดภัยจากการที่ยังไม่พร้อมที่จะเลิกยา ปลอดภัยจากการใช้อุปกรณ์ฉีดยา และปลอดภัยจากการติดเชื้อโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน

โรคร่วมในผู้ใช้ยา

ในปัจจุบันปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดกำลังสูงขึ้น มาตรการในการช่วยเหลือที่ได้ถูกนำมาใช้คือ Harm reduction หรือการลดอันตรายเป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือ ป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดยังมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี ติดเชื้อทางกระแสเลือดและมีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่

-
-
- 8 • หลัสูตร การบริการสุขภาพระยะยาว
-
-

1. **วัณโรค** แบ่งการตรวจคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ายาโดยการฉีดออกเป็น 4 ลักษณะ คือ

- 1) เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ ที่ยังไม่มีอาการ หรือมีประวัติป่วยเป็นวัณโรคมาก่อน
- 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ายาโดยการฉีด ที่มีประวัติเป็นวัณโรคมาก่อน
- 3) ถ้าผู้ป่วยให้ประวัติ มีอาการไอเรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ และมีไข้ ควรตรวจเสมหะและ Chest X-Ray เพื่อค้นหาการป่วยเป็นวัณโรค
- 4) ถ้าผู้ป่วยให้ประวัติว่า มีอาการไข้ น้ำหนักลดบางครั้งมีอาการไอร่วมด้วยหรือไม่ก็ตามควรทำการตรวจโดยละเอียด เพื่อค้นหาวัณโรค ในปอดและนอกปอด

ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เรื้อรัง และมีปอดบางส่วนถูกทำลาย ควรแนะนำให้งดการสูบบุหรี่เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ซ้ำเติมการทำงานของปอด

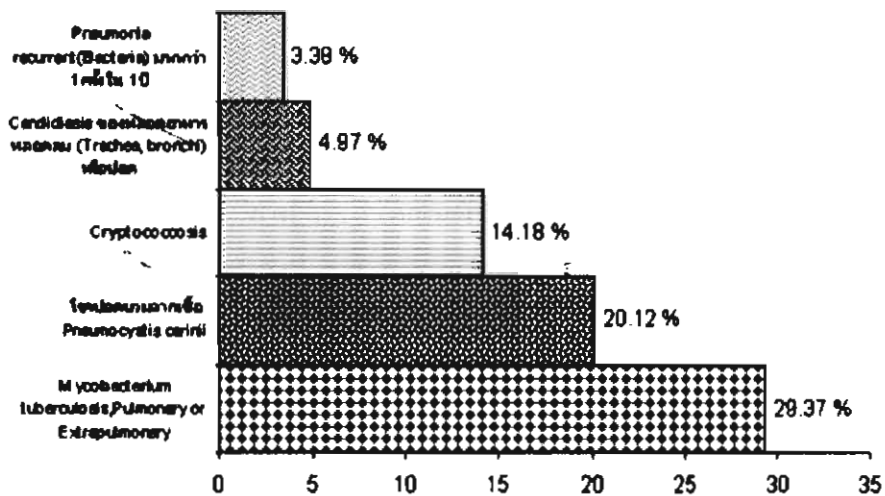
เนื่องจากผู้เข้ายาเสพติด มักจะมีปัญหาทุพโภชนา การอยู่กันอย่างแออัด หรือเคยถูกต้องขัง จึงมักมีความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรค โดยที่ไม่มีอาการของโรค จึงสมควรพิจารณาให้รับประทานยา INH เพื่อป้องกันการป่วยเป็นวัณโรค (INH Prevention Therapy) ถ้าหากสถานพยาบาลมีความพร้อมในการติดตามผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2. **ตับอักเสบ** ผู้เข้ายาโดยการฉีดที่ใช้เข็มร่วมกัน มีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อจากเข็มที่ไม่สะอาด และติดเชื้อจากเพื่อนที่ใช้เข็มร่วมกัน ไวรัสตับอักเสบ B และ ตับอักเสบ C ก็สามารถติดต่อถึงกันได้ โดยเฉพาะตับอักเสบ C ในประเทศไทย ผู้เข้ายาโดยการฉีดติดเชื้อตับอักเสบ C มากกว่า 90 %

การติดเชื้อเอชไอวีทำให้การดำเนินโรคตับอักเสบ C เร็วขึ้น เป็นตับแข็ง หรือมะเร็งในตับในประเทศทางตะวันตก พบว่า ตับอักเสบ C เป็นปัญหาใหญ่ของการป่วยเป็นโรคตับวาย จนต้องมีการปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยเหล่านี้

3. **โรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่น ๆ**

จากรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ Mycobacterium Tuberculosis, Pulmonary or extra pulmonary 101,398 ราย (ร้อยละ 29.37) รองลงมา คือ โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis carinii 69,447 ราย (ร้อยละ 20.12) Cryptococcosis 48,948 ราย (ร้อยละ 14.18) และ Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม (Trachea, bronchi) หรือปอด 17,140 ราย (ร้อยละ 4.97) และ Pneumonia recurrent (Bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี 11,663 ราย (ร้อยละ 3.38) ตามลำดับ (รูปที่ 5)



รูปที่ 5 แสดงอัตราป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ป่วยเอดส์ ใน 5 อันดับ

แหล่งข้อมูล : สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยเมทาโดนระยะยาว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- รณชัย คงสกนธ์ และคณะ. (2547). การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านนโยบายและกระบวนการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดและการแก้ไขปัญหายาโรคเอดส์.
- สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2552. <http://203.157.15.4/index.php?page=5061>. เข้าดูเมื่อ 28 มิถุนายน 2552.
- Dole VP, Nyswander MA. (1976). Methadone Maintenance Treatment : A ten year perspective. *JM*.235:2117-9.
- The Analysis and Advocacy Project (A2) in Thailand and Thai Working Group on HIV/AIDS Projections. The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand : 2005 – 2025 . Bangkok : Family Health International, Asia.
- WHO. (2008). Operational guidelines for the management of opioid dependence in the South-East Asia region. India: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

เภสัชวิทยาของเฮโรอีนและเมทาโดน และหลักการให้เมทาโดนตามกฎหมาย

กวีพร วิสุทธิมรรค

สถาบันธัญญารักษ์

บทนำ

เฮโรอีนเป็นยาเสพติดร้ายแรงที่ยังคงมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง การออกฤทธิ์ของเฮโรอีนต่อร่างกาย ทำให้เกิดอาการเสพติดซึ่งเมื่อหยุดเสพจะมีอาการขาดยาเกิดขึ้น หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม อาจจะเป็นอันตรายได้ เมทาโดนได้ถูกนำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีนกว่า 40 ปีแล้ว โดยใช้ทดแทนเพื่อระงับอาการขาดเฮโรอีน เมทาโดนเป็นยาเสพติดที่ออกฤทธิ์คล้ายคลึงกับเฮโรอีน หากมีการใช้ที่ไม่เหมาะสมนอกจากจะไม่ได้รับประโยชน์แล้ว ยังอาจก่อให้เกิดปัญหาทั้งในด้านการนำไปใช้ในทางที่ผิดหรืออาจเป็นอันตรายต่อร่างกายได้ บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การรักษาผู้ติดเฮโรอีนด้วยเมทาโดนจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจทั้งในด้านเภสัชวิทยาของเฮโรอีนและเมทาโดน เพื่อให้การใช้เมทาโดนในการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ในทางกฎหมาย เมทาโดนจัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 การใช้เมทาโดนจึงมีมาตรการควบคุมที่ผู้ให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีนด้วยเมทาโดนจะต้องรับทราบและปฏิบัติตาม

ในหัวข้อนี้ ได้อธิบายการออกฤทธิ์ของเฮโรอีนที่มีผลต่อร่างกาย โดยเริ่มตั้งแต่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย การกระจายไปสู่อวัยวะสำคัญ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกาย ไปจนถึงการขับถ่ายออกจากร่างกาย ระบุผลการออกฤทธิ์ที่สำคัญของยาเสพติดต่อร่างกาย อาการขาดยา อาการที่ได้รับเฮโรอีนเกินขนาด และการแก้ไขโดยใช้ยาต้านฤทธิ์ ผลระยะยาวที่เกิดขึ้นจากการใช้เฮโรอีน และการใช้เมทาโดนทดแทนเฮโรอีน ขนาดยาที่ใช้ ผลข้างเคียง กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีนด้วยเมทาโดน

วัตถุประสงค์

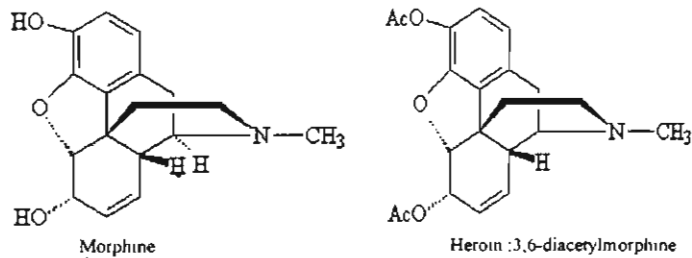
1. เพื่อให้เข้าใจการออกฤทธิ์ของเฮโรอีนต่อร่างกาย รวมถึงอาการขาดยาที่เกิดขึ้นเมื่อหยุดเสพ และผลต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการใช้เฮโรอีน

2. เพื่อให้เข้าใจการออกฤทธิ์ของเมทาโดนต่อร่างกายในการนำมาใช้รักษาผู้ติดเฮโรอีน
3. เพื่อให้ทราบกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องในการใช้เมทาโดนบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีน และสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

เภสัชวิทยาของเฮโรอีน

เฮโรอีนเป็นสารกึ่งสังเคราะห์ ที่ผลิตขึ้นจากการนำเอามอร์ฟินที่สกัดได้จากฝิ่นมาผ่านขบวนการ acetylation โดยทำปฏิกิริยาทางเคมีกับ acetic anhydride หรือ acetyl chloride

เฮโรอีนมีชื่อเรียกทางเคมีว่า 3,6-diacetylmorphine โดยทั่วไปอยู่ในรูปของเกลือไฮโดรคลอไรด์ ถ้าบริสุทธิ์จะมีลักษณะเป็นผงสีขาว รสขม บรรจุในหลอดพลาสติกเล็กๆ หรือหลอดกาแฟพ่นิกหัวท้าย เสพโดยกิน สูบ หรือสูดเข้าโพรงจมูกโดยตรงแต่ส่วนใหญ่แล้วนิยมเสพโดยการนำมาละลายน้ำฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เฮโรอีนมีสูตรโครงสร้างทางเคมีพื้นฐานคล้ายคลึงกับมอร์ฟิน (ตามรูปที่ 1) แต่การที่มี 2 acetyl groups อยู่ในโมเลกุลทำให้เฮโรอีนละลายได้ดีในไขมันมากกว่ามอร์ฟิน จึงสามารถผ่านแนวต้านทานสมองได้ดี ทำให้เข้าสู่สมองได้มากกว่ามอร์ฟิน ดังนั้นในขนาดยาที่เท่ากันเฮโรอีนจึงออกฤทธิ์ได้เร็วและรุนแรงกว่ามอร์ฟิน



รูปที่ 1 สูตรโครงสร้างทางเคมีของมอร์ฟินและเฮโรอีน

การดูดซึม การกระจาย การเปลี่ยนแปลง และการขับถ่ายยา

การกิน มอร์ฟิน/เฮโรอีน จะถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายอย่างช้าๆ ในระบบทางเดินอาหาร และปริมาณที่ถูกดูดซึมไม่แน่นอนการสูบจะทำให้ถูกดูดซึมทางปอดเข้าสู่ร่างกายอย่างรวดเร็ว การฉีดเข้าหลอดเลือดดำจะทำให้เริ่มออกฤทธิ์ต่อร่างกายได้เร็วที่สุด (ใช้เวลาประมาณ 1 นาที) รองลงมาคือการสูบ และการกินตามลำดับ หลังจากถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิต มอร์ฟิน/เฮโรอีนจะกระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย และเข้าสู่สมอง เฮโรอีนมีคุณสมบัติละลายได้ดีในไขมันจึงสามารถผ่านแนวต้านทานสมอง

(Blood-Brain Barrier) เข้าสู่สมองได้มาก หลังจากเข้าสู่สมองแล้วเฮโรอีนจะถูกไฮโดรไลซิสให้เป็นมอร์ฟิน ซึ่งจะเป็นสารที่ไปออกฤทธิ์ต่อร่างกายต่อไป

มอร์ฟินมีค่าครึ่งชีวิตสั้น ประมาณ 2-3 ชั่วโมง ระยะเวลาการออกฤทธิ์นานประมาณ 3-4 ชั่วโมง ประมาณ 90% ของมอร์ฟินจะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ โดยการจับคู่ (conjugation) กับ glucuronic acid ได้เป็นเกลือ morphine-3-glucuronide ซึ่งจะถูกขับออกมากับปัสสาวะ ระยะเวลาที่ตรวจพบได้ในปัสสาวะ 1-2 วัน ในปัสสาวะจะพบ morphine-3-glucuronide เป็นส่วนใหญ่และส่วนน้อยจะพบมอร์ฟินอิสระ

กลไกการออกฤทธิ์ที่ทำให้เสพติด

เฮโรอีนจัดเป็นสารเสพติดในกลุ่ม Opioid agonist ซึ่งจะออกฤทธิ์ต่อตัวรับโอปิออยด์ (Opioid receptor) ในร่างกายมอร์ฟิน/เฮโรอีน ออกฤทธิ์กระตุ้น (activate) ตัวรับโอปิออยด์ชนิด μ กลไกการออกฤทธิ์ที่ทำให้เสพติดก็เช่นเดียวกับสารเสพติดทั่วไปโดยเกี่ยวข้องกับระบบการกระตุ้น brain reward system ให้เพิ่มการส่งผ่านของสารโดปามีน (dopamine neurotransmission) ทำให้มีอารมณ์เป็นสุขเกิดขึ้น ทั้งนี้มอร์ฟินจะออกฤทธิ์ในสมองบริเวณ ventral tegmental area โดยจับกับ μ -opioid receptor บน GABA neuron ซึ่งเป็นเซลล์ประสาทที่อยู่ข้างเคียงกับ dopamine neuron (DA neuron) จากนั้น GABA neuron จะส่งสัญญาณไปยัง DA neuron ใน nucleus accumbens ให้หลั่งสารโดปามีนมากขึ้น

ผลการออกฤทธิ์ต่อร่างกาย

การเสพ มอร์ฟิน/เฮโรอีน ให้ผลการออกฤทธิ์ต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ดังนี้

1. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง

- กดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ง่วงนอน เชื่องซึม คลายความวิตกกังวล/ความทุกข์
- เพิ่มการหลั่งของโดปามีน ทำให้เคลิ้มสุข
- การรับรู้ความเจ็บปวดเปลี่ยนไป ทำให้เพิ่มความทนต่อความเจ็บปวด (increase pain threshold) จึงระงับอาการปวดได้
- กดศูนย์ควบคุมการหายใจ (respiratory center) ทำให้การหายใจช้าลง ถ้าได้รับในปริมาณมาก การหายใจจะหยุด และทำให้ตายได้
- กดศูนย์ควบคุมการไอ (cough reflex center) จึงทำให้ระงับอาการไอ
- กระตุ้น oculomotor nerve ทำให้รูม่านตาหดเล็กลง (miosis) จะเห็นได้ชัดเจนในผู้ที่ได้รับยาเกินขนาด จะมีรูม่านตาหดเล็กลงเท่ารูเข็ม (pin-point pupil)
- กระตุ้นศูนย์ควบคุมการอาเจียน (chemoreceptor trigger zone) ที่บริเวณเมดูลลา ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน

2. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

- ไม่มีผลต่อการทำงานของหัวใจ แต่ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายจะเกิดความดันเลือดต่ำได้เล็กน้อยโดยเฉพาะขณะเปลี่ยนอิริยาบถ

3. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร

- ลดการหลั่งของกรดในกระเพาะอาหาร เพิ่มความตึงตัวของกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ ทำให้ลดความเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร เป็นผลให้เกิดอาการท้องผูก

4. ผลที่เกี่ยวข้องกับการหลั่งของ histamine

- ทำให้มีอาการหน้าแดง ผิวน้ำแดง คัน เหงื่อออกมาก และหลอดลมหดตัว

5. ผลต่อกล้ามเนื้อเรียบ

- ท่อน้ำดี : ทำให้กล้ามเนื้อหูรูดของท่อน้ำดีเกิดการหดตัว เป็นผลให้ความดันในท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น
- กระเพาะปัสสาวะ: เพิ่มความตึงตัวของ detruster muscle จึงทำให้ความแรงในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง เป็นผลให้ปัสสาวะคั่ง
- มดลูก: ทำให้การบีบตัวของมดลูกลดลง เป็นผลให้ยืดระยะเวลาในการคลอด

6. ผลต่อต่อมไร้ท่อ (Endocrine effects)

- มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ

ในผู้หญิง ทำให้ Follicle-stimulating hormone (FSH) และ Lutienizing hormone (LH) ลดลงแต่ Prolactin เพิ่มขึ้นเป็นผลให้ประจำเดือนมาไม่ปกติ ความต้องการทางเพศลดลง และมีการหลั่งของน้ำนม

ในผู้ชาย ลด Testosterone ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง

- เพิ่มการหลั่งของAntidiuretic hormone (ADH) ทำให้มีการขับปัสสาวะออกจากร่างกายน้อย
- ลดการหลั่งของ Adrenocorticotrophic hormone(ACTH)

ความเสี่ยงและผลที่ตามมาจากการเสพเฮโรอีน

ผู้เสพเฮโรอีนมีความเสี่ยงที่จะได้รับยาเกินขนาด (Overdose) จะมีอาการง่วงนอนมากจนไม่รู้สีกตัว ความดันโลหิตลดต่ำลง กตการหายใจ ทำให้การหายใจช้าลงจนถึงตายได้อาการแสดงที่ชัดเจนคือ

รูม่านตาจะหดเล็กลงเท่ารูเข็ม (pinpoint pupils) การได้รับเฮโรอีนเกินขนาด จะทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยให้ยาต้านฤทธิ์โอปิออยด์ (Opioid antagonist) ชนิดฉีดคือ นาล็อกโซน (Naloxone) ขนาด 0.4 – 0.8 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่การหายใจถูกกดหลังให้ยาแล้วอัตราการหายใจจะเพิ่มขึ้นใน 1 – 2 นาที อาการกดสมองจะดีขึ้น ความดันโลหิตที่ลดลงจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ถ้าไม่มีอาการตอบสนองเกิดขึ้น ให้นาล็อกโซนซ้ำได้ทุก 2 - 3 นาที ตามความจำเป็น (ขนาดยารวม 10 มิลลิกรัม) หลังจากที่คนไข้มีอาการตอบสนองแล้วอาจให้นาล็อกโซนซ้ำได้อีกเป็นระยะๆ การที่นาล็อกโซนเป็นยาที่ออกฤทธิ์สั้น (ค่าครึ่งชีวิต 2-3 ชั่วโมง) ดังนั้นเมื่อหมดฤทธิ์ของนาล็อกโซนแล้วอาการที่ได้รับโอปิออยด์เกินขนาด (กดการหายใจ) อาจเกิดขึ้นมาอีกก็ได้จึงควรติดตามผู้ป่วยต่อไปอีกอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

ผลระยะยาวต่อสุขภาพ

- cognitive impairment เป็นผลมาจากการได้รับยาเกินขนาดซ้ำๆ ทำให้เกิดศูนย์ควบคุมการหายใจในสมอง เป็นผลให้สมองขาดออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ของสมองบางส่วนสูญเสียไป จึงทำให้การรับรู้เสียไป
- ปัญหาทางจิต (ซึมเศร้า, วิตกกังวล)
- ในหญิงมีครรภ์มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการที่ทารกตายแรกคลอด SIDS (sudden infant death syndrome) หรือภาวะติดยาของทารกในครรภ์ และทำให้ทารกแรกคลอดมีอาการขาดยาเกิดขึ้นได้

การทนยา (Tolerance)

การทนยาเป็นผลทางกายที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติดติดต่อกันไประยะหนึ่งร่างกายจะเกิดการปรับตัวให้ลดการตอบสนองต่อฤทธิ์ของยาเสพติดเป็นผลให้ต้องเพิ่มขนาดของยาเสพติดให้สูงขึ้นเพื่อให้ผลการออกฤทธิ์อยู่ในระดับเดิม

เมื่อใช้เฮโรอีนไประยะหนึ่งจะเกิดอาการทนยา ในฤทธิ์ที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ ระวังปวดง่วงนอน กดการหายใจ ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เคลิ้มสุข หากใช้ขนาดยาเท่าเดิม ผู้เสพเฮโรอีนจะไม่มีผลของการออกฤทธิ์ต่างๆ ได้แก่ คลื่นไส้ ง่วงนอน กดการหายใจ ความดันโลหิตลดต่ำ ระวังอาการปวดและเคลิ้มสุขอีกต่อไป ดังนั้น เพื่อให้เกิดอาการเคลิ้มสุขตามเดิม ผู้เสพจึงต้องเพิ่มขนาดของเฮโรอีนให้สูงขึ้น

แต่อย่างไรก็ตามการทนยาจะไม่เกิดขึ้นกับผลการออกฤทธิ์ที่ทำให้รูม่านตาหดเล็กและอาการท้องผูก ดังนั้นจึงยังคงใช้ขนาดรูม่านตาเป็นเครื่องช่วยในการบ่งชี้การเสพเฮโรอีนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้รับเฮโรอีนเกินขนาดและอาการท้องผูกยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้ติดเฮโรอีน

อาการขาดยา (Withdrawal symptoms)

เมื่อหยุดใช้ยาเสพติดหรือลดขนาดยาลง ร่างกายจะแสดงอาการขาดยาเสพติดซึ่งเป็นอาการไม่สบายต่างๆ เรียกว่า อาการขาดยาเกิดขึ้น อาการขาดยาของเฮโรอีนจะเริ่มปรากฏหลังเสพยาเฮโรอีนครั้งสุดท้ายไปแล้ว 6-12 ชั่วโมง ความรุนแรงสูงสุดประมาณวันที่ 2-4 หลังจากนั้นจะค่อยๆ ลดลงและหายไปประมาณ 7-10 วัน อาการที่เกิดขึ้นและระยะเวลาดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อาการที่เกิดขึ้นและระยะเวลาของอาการขาดยาหลังเสพยาเฮโรอีนครั้งสุดท้าย

เวลาที่เริ่มเกิดอาการหลังเสพยาเฮโรอีนครั้งสุดท้าย	อาการขาดยา
6 - 12 ชั่วโมง	<ul style="list-style-type: none"> ● ทาว น้ำมูก น้ำตาไหล จาม ● เหงื่อออก
12-24 ชั่วโมง	<ul style="list-style-type: none"> ● วุ่นวายและหงุดหงิด ● ขนลุก ● รุม่านตาขยาย ● เหงื่อออก ร้อนๆ หนาวๆ ● ไม่อยากอาหาร
มากกว่า 24 ชั่วโมง	<ul style="list-style-type: none"> ● ออยากยา (cravings) มากขึ้น ● ปวดท้องเกร็ง ท้องเดิน ● เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ● ปวดกระดูก ปวดตามข้อ และกล้ามเนื้อ ● นอนไม่หลับ ● ไม่มีแรงและอ่อนเพลีย ● กระสับกระส่าย หงุดหงิด วุ่นวาย ● ไม่มีสมาธิ ● ร้อนๆ หนาวๆ เหงื่อออกมาก
วันที่ 2 - 4	<ul style="list-style-type: none"> ● อาการรุนแรงสูงสุด
วันที่ 5 - 7	<ul style="list-style-type: none"> ● อาการทางกายเกือบทั้งหมด ค่อยๆ ลดลง กลับมาอยากอาหารตามปกติ
สัปดาห์ที่ 2	<ul style="list-style-type: none"> ● อาการไม่สบายทางกายต่างๆ หายไป อาจมีอาการบางอย่างเหลืออยู่ ได้แก่ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย หงุดหงิด และอยากยา

เวลาที่เริ่มเกิดอาการ หลังเสพเฮโรอีนครั้งสุดท้าย	อาการขาดยา
ลับตาห่อ ๆ ไป จนถึงหลายเดือน	● การนอนหลับ ความแข็งแรงและอารมณ์กลับสู่ระดับปกติ สุขภาพทั่วไปดีขึ้น และอาการอยากยาลดลง

เนื่องจากเมทาโดนเป็นยาเสพติดเช่นเดียวกับเฮโรอีน ดังนั้นเพื่อให้การเสพติดเมทาโดนเกิดขึ้นน้อยที่สุด จึงได้ให้ยาเมทาโดนในขนาดน้อยที่สุดที่จะบรรเทาอาการขาดยาดังนั้นในผู้ป่วยจึงอาจมีอาการขาดยาบางอย่างเกิดขึ้นได้บ้างซึ่งผู้ให้การรักษาสามารถให้ยาอื่น ๆ ร่วมด้วย เพื่อช่วยบรรเทาตามอาการที่เกิดขึ้นดังในตารางที่ 2

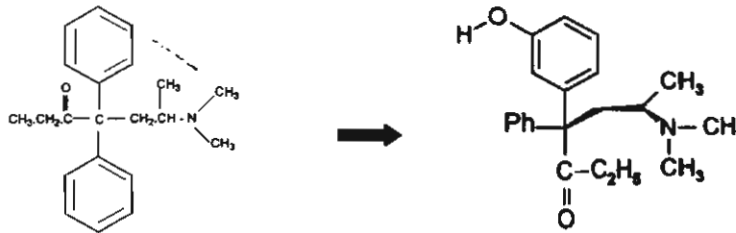
ตารางที่ 2 ยาที่ใช้รักษาตามอาการขาดยา

อาการขาดยา	การให้ยารักษาตามอาการ
นอนไม่หลับ วิตกกังวล	ให้ Benzodiazepines เพื่อคลายกังวล เช่น Diazepam (Valium®) 10 mg วันละ 2-3 ครั้ง Lorazepam 0.5-1 mg วันละ 3-4 ครั้ง อาจให้ให้ยานอนหลับก่อนนอน เช่น Temazepam (Euhypnos) 20 mg , Midazolam (Dormicum) 15 mg ก็ได้ แต่การให้ยา Benzodiazepines ควรให้ระยะสั้นเพียง 7-10 วัน เท่านั้น เพื่อป้องกันปัญหาการติดยา Benzodiazepines
อาเจียน	ให้ยาด้านอาเจียน Metoclopramide (Plasil®) 10 mg หรือ prochlorperazine (Stemetil®) ทุก 4-6 ชั่วโมง
ท้องเดิน	Diphenoxylate (Lomotil®) หรือ Kaolin et pectin (Kaopecta®) ในระยะ 2-3 วันแรก
ปวดท้องเกร็ง	ให้ยาระงับอาการปวดท้องเกร็ง Hyoscine N-butylbromide (Buscopan®) 10 mg วันละ 3 ครั้ง
กล้ามเนื้อเกร็ง	Quinine 300 mg วันละ 2 ครั้ง
ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ปวดกระดูก	Ibuprofen (Brufen®) 200-400 mg ทุก 6 ชั่วโมง Paracetamol 500 mg 2 เม็ด ทุก 4 ชั่วโมง Orphenadrine 35 mg +Paracetamol 450 mg (Norgesic®) 2 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง

เภสัชวิทยาของเมทาโดน

เมทาโดนเป็นสารสังเคราะห์ซึ่งมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาคล้ายคลึงกับมอร์ฟินและเฮโรอีน โดยการออกฤทธิ์ต่อตัวรับโอปิออยด์ (μ -opioid receptor) ในสมองเช่นเดียวกันและจัดเป็นสารเสพติดโอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์แรง (potent opioid agonist) เมทาโดนบริสุทธิ์มีลักษณะเป็นผงสีขาว ไม่มีกลิ่นมีรสขม เมทาโดนสามารถระงับอาการขาดยาที่เกิดจากการหยุดเสพเฮโรอีนได้ดี สะดวกในการให้ยา สามารถให้ยาโดยการรับประทานได้เนื่องจากถูกดูดซึมได้ดีที่ทางเดินอาหาร มีค่าครึ่งชีวิตค่อนข้างยาวจึงสามารถให้ยารวันละครั้งได้ ผู้ติดเฮโรอีนสามารถทนต่ออาการข้างเคียงที่เกิดจากเมทาโดนได้ดี จากคุณสมบัติหลายอย่างดังกล่าวเมทาโดนจึงถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการถอนพิษยาผู้ติดเฮโรอีน

ถึงแม้ว่าสูตรโครงสร้างทางเคมีของเมทาโดนจะมีความแตกต่างไปจากมอร์ฟินและเฮโรอีนก็ตาม (รูปที่ 2) แต่ถ้าบังคับจับโครงสร้างมาบิด (steric forces) ให้โมเลกุลต่างๆ เรียงอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมแล้วจะทำให้มีความคล้ายคลึงกับมอร์ฟินและเฮโรอีน และสามารถจะเข้าไปจับกับตัวรับโอปิออยด์ได้ กระชับพอดี

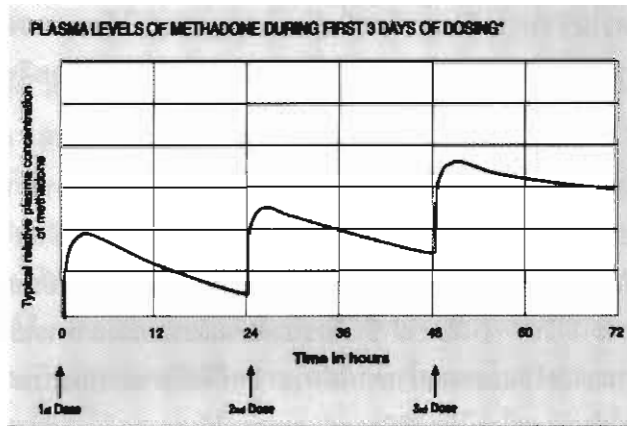


เมื่อจัดเรียงโมเลกุลแล้วจะคล้ายคลึงกับมอร์ฟินเฮโรอีน

รูปที่ 2 สูตรโครงสร้างทางเคมีของเมทาโดน

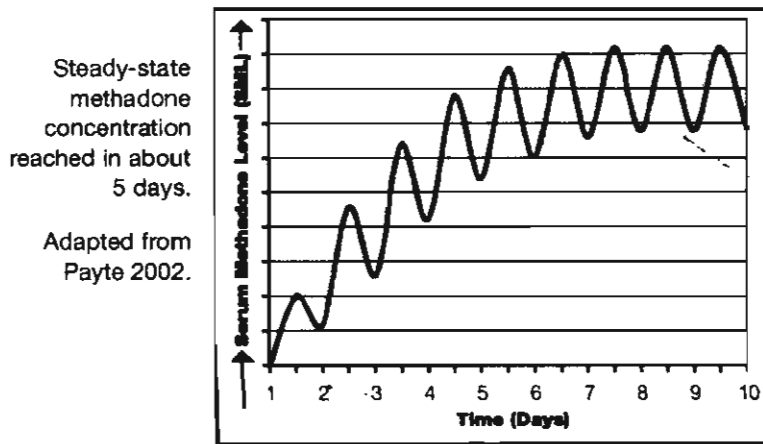
การดูดซึม การกระจาย การเปลี่ยนแปลง และการขับถ่ายยา

เมทาโดนถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร การให้ยาโดยการรับประทาน พบว่า ร้อยละ 80-85 ของเมทาโดนจะถูกร่างกายนำไปใช้ได้ (bioavailable) เทียบกับมอร์ฟินซึ่งจะถูกดูดซึมเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น หลังรับประทาน จะเริ่มออกฤทธิ์ภายในเวลา 30 นาที และระดับยาในเลือดขึ้นสูงสุด (peak effect) ประมาณ 3 ชั่วโมงหลังให้ยา เมื่อให้ยาขนาดเดียวครั้งแรกจะมีค่าครึ่งชีวิตที่ 12-18 ชั่วโมง (เฉลี่ย 15 ชั่วโมง) เมทาโดนละลายได้ดีในไขมัน สามารถจับกับพลาสมาโปรตีนและสะสมในเนื้อเยื่อต่างๆ (เช่น ปอด ตับ ไตและน้ำม) ได้ดีโดยที่ระดับของยาในเลือดจะอยู่ในภาวะสมดุลกับการสะสมในเนื้อเยื่อซึ่งเมื่อให้เมทาโดนครั้งต่อๆมา จะส่งผลให้ค่าครึ่งชีวิตของเมทาโดนยาวออกไปเป็น 13-47 ชั่วโมง (เฉลี่ย 24 ชั่วโมง) เนื่องจากเมทาโดนที่สะสมไว้จะค่อยๆ ถูกปลดปล่อยออกมาอย่างช้าๆ ทำให้ออกฤทธิ์ได้นานขึ้นแม้ว่าระดับของยาในเลือดจะอยู่ในระดับต่ำก็ตาม (รูปที่ 3)



Source: Clinical guidelines and procedures for the use of methadone in the maintenance treatment of opioid dependence.

รูปที่ 3 ระดับยาเมทาโดนในเลือด เมื่อให้ยาเมทาโดนวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน



Source : <http://www.atforum.com/dosingandsafety.shtml>

รูปที่ 4 ระดับเมทาโดนในเลือดเมื่อให้ยาวันละ 1 ครั้ง จนถึงภาวะคงที่ โดยใช้เวลาประมาณ 5 วัน

ระดับเมทาโดนในร่างกายถึงภาวะคงที่ (steady state) ใช้ระยะเวลาประมาณ 3-10 วัน (รูปที่ 4) ซึ่งจะทำให้ระดับความเข้มข้นของยาในเลือดมีความผันแปรน้อยจึงสามารถรับอาการขาดยาได้ดี

เมทาโดนถูกเปลี่ยนแปลง (Metabolized) ส่วนใหญ่ที่ตับโดยขบวนการ N-demethylation ได้สารที่ไม่มีฤทธิ์ (inactive metabolites) ซึ่งจะถูกขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะถ้าปัสสาวะเป็นกรด ยาจะถูกขับออกทางปัสสาวะได้เร็วขึ้น ในขณะที่ปัสสาวะเป็นด่าง ยาจะถูกขับออกช้าลงระยะเวลาในการตรวจพบได้ในปัสสาวะ 1 วัน - 1 สัปดาห์ ขึ้นกับขนาดยาและระยะเวลาการใช้ยา นอกจากนี้เมทาโดนบางส่วนยังถูกหลั่งออกทางเหงื่อและทางน้ำลายได้ด้วย อีกทั้งยังสามารถผ่านรกและขับออกทางน้ำนมได้ จึงควรหลีกเลี่ยงการให้ยาเมทาโดนในสตรีมีครรภ์และระยะให้นมบุตร

ผลการออกฤทธิ์ต่อร่างกาย

ฤทธิ์ของเมทาโดนส่วนใหญ่เหมือนมอร์ฟิน ได้แก่

ฤทธิ์ที่สำคัญ

- ระงับปวด
- ง่วงนอน
- กดการหายใจ
- เคลิ้มสุข การกินเมทาโดนจะออกฤทธิ์ทำให้เกิดอาการเคลิ้มสุขได้แต่จะน้อยกว่าการฉีด

เฮโรอีนเข้าหลอดเลือดดำ

ฤทธิ์อื่นๆ

- ความดันโลหิตลดลง
- รุ่มาตาหดตัว
- ผลต่อระบบทางเดินอาหาร : เพิ่มความตึงตัวของลำไส้ แต่ลดความแรงในการบีบตัวลดการเคลื่อนไหว ทำให้ท้องผูก นอกจากนี้ยังทำให้ท่อน้ำดีหดเกร็งตัว
- ผิวหนัง : เพิ่มการหลั่งของฮีสตามีน ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายและคันตามผิวหนังเหงื่อออกมากขึ้น ปากแห้ง
- ระบบต่อมไร้ท่อ : ลดระดับ FSH, LH, testosterone และ ACTH เพิ่มระดับ prolactin และ ADH ทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติในผู้หญิง ส่วนผู้ชายมีลักษณะคล้ายผู้หญิง และหมดสมรรถภาพทางเพศ มีอาการบวมหน้าและน้ำหนักเพิ่ม แต่อย่างไรก็ตามระบบต่อมไร้ท่ออาจกลับสู่ภาวะปกติได้หลังให้ยาเมทาโดนไปแล้ว 2-10 เดือน
- ระวังอาการไอ

ผลข้างเคียง

ผลข้างเคียงที่สำคัญได้แก่ ท้องผูก กตการหายใจ ง่วงนอน ปัสสาวะลำบาก และคลื่นไส้ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของสารเสพติดโอปิออยด์ (เช่น เฮโรอีน) อยู่แล้ว ดังนั้นผู้ติดเฮโรอีนจึงมักทนต่ออาการข้างเคียงของเมทาโดนได้ แต่ในระยะแรกที่เริ่มต้นให้เมทาโดนในการถอนพิษยาผู้ติดเฮโรอีน ผู้ป่วยอาจมีอาการง่วงนอนมากจึงควรเตือนให้ผู้ป่วยระมัดระวังด้วย ในระยะเริ่มต้นให้เมทาโดนในการรักษาผู้ติดเฮโรอีนระยะยาว ต้องให้ความระมัดระวังต่อผลข้างเคียงของการกตการหายใจ (respiratory depression) ของเมทาโดน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการปรับขนาดยา (titrate dose) ก่อนเข้าสู่ภาวะคงที่ เนื่องจากเมทาโดนเป็นยาที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว อาจเกิดการสะสมในร่างกายมากจนเกินขนาดและเกิดอันตรายจากการกตการหายใจได้

อาการที่ได้รับยาเกินขนาด

ในผู้ที่ได้รับเมทาโดนเกินขนาด จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ม่านตาหดเล็กลงเท่ารูเข็ม (pin-point pupils) ง่วงซึม ตัวเย็น อัตราการหายใจลดลง ความดันโลหิตลดลง อุณหภูมิร่างกายลดลง อาจมีอาการชก การหายใจช้าลงเรื่อยๆ จนหยุดหายใจและตายในที่สุด เมทาโดนมีผลกตการหายใจมากกว่ามอร์ฟีน ผู้ที่ใช้ยาเกินขนาดมักจะตายด้วยอาการน้ำท่วมปอด

การได้รับเมทาโดนเกินขนาด จำเป็นต้องแก้ไขโดยให้ยาต้านฤทธิ์โอปิออยด์เช่นเดียวกับการได้รับเฮโรอีนเกินขนาด โดยฉีดนาล็อกโซนขนาด 0.4 มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำ นาล็อกโซนเป็นยาที่ออกฤทธิ์สั้น (1-3 ชั่วโมง) ถ้าการหายใจไม่ดีขึ้น ให้ยาซ้ำได้โดยช่วงเวลาห่างกันทุก 2-3 นาทีจนกว่าการหายใจจะเป็นปกติ แต่เนื่องจากเมทาโดนเป็นยาที่ออกฤทธิ์นาน ดังนั้นคนไข้อาจมีอาการกตการหายใจกลับซ้ำขึ้นมาเมื่อใดก็ได้ จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังต่อไปอีกเป็นเวลา 72 ชั่วโมง

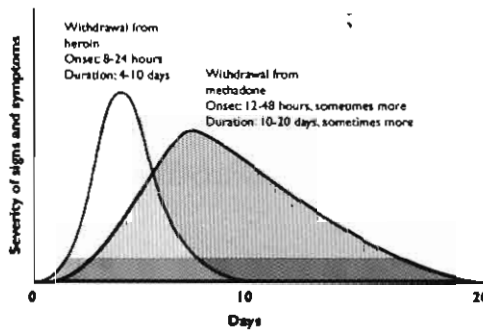
อาการขาดยา

อาการขาดยาที่เกิดจากการหยุดใช้เมทาโดนทันทีจะรุนแรงน้อยกว่าเฮโรอีน แต่เนื่องจากค่าครึ่งชีวิตของเมทาโดนยาวกว่าเฮโรอีน อาการขาดยาของเมทาโดนจึงเกิดขึ้นช้าและนานกว่าเฮโรอีน (รูปที่ 5) ในผู้ติดเฮโรอีน อาการขาดยาจะเริ่มปรากฏหลังจากใช้ยาครั้งสุดท้ายไปแล้ว 6-24 ชั่วโมง รุนแรงสูงสุดประมาณวันที่ 2-3 จากนั้นจะค่อยๆ ลดลงและหายไปภายใน 4-10 วัน ส่วนเมทาโดนนั้นอาการขาดยาจะเริ่มปรากฏหลังจากใช้ยาครั้งสุดท้ายไปแล้ว 12-24 ชั่วโมง สูงสุดประมาณวันที่ 7 และเกิดขึ้นเป็นระยะเวลา 10-20 วันหรือนานกว่านี้

อาการขาดยาดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นอาจมี protracted withdrawal syndrome ตามมาอีกระยะหนึ่งอาจกินเวลานานหลายสัปดาห์หรือนานถึง 9 เดือน ซึ่งมีลักษณะสำคัญได้แก่ความรู้สึกทั่วๆ ไปไม่สบาย (general feeling of reduced well-being) ได้แก่ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ ไม่ค่อยอยากอาหาร

สมรรถภาพทางเพศลดลง ซึมเศร้า โดยจะมีอาการอยากยารุนแรง (strong craving) เกิดขึ้นเป็นระยะๆ ทำให้อยากหวนกลับไปเสพสารเสพติดอีก ดังนั้นในผู้ที่ได้รับเมทาโดนอย่างต่อเนื่องมาชั่วระยะหนึ่ง จึงไม่ควรหยุดใช้ยาในทันที

Progress of the acute phase of opioid withdrawal



Source : NSW Detoxification Clinical Practice Guidelines, 1999

รูปที่ 5 ลักษณะความเป็นไปของอาการขาดเฮโรอีนและเมทาโดนที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดใช้ยาครั้งสุดท้าย

การเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา

การให้เมทาโดนร่วมกับยาที่ออกฤทธิ์ในการกดประสาทส่วนกลาง เช่น alcohol, benzodiazepines ฯลฯ จะเสริมฤทธิ์กันในการกดประสาทส่วนกลาง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการความดันโลหิตลดต่ำลง ง่วงนอนมาก (over sedation) กดการหายใจมาก (over respiratory depression) จนได้รับอันตรายได้

จากการที่เมทาโดนถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับโดยเอนไซม์ cytochrome P-450 ที่สำคัญ คือ CYP3A4 รองลงไปคือ CYP2D6 และ CYP1A2 บ้างเล็กน้อย ดังนั้นการให้เมทาโดนร่วมกับยาที่มีคุณสมบัติกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์เหล่านี้ เช่น phenytoin, rifampin ฯลฯ อาจมีผลทำให้ขบวนการเปลี่ยนแปลงเมทาโดนเร็วมากขึ้น ทำให้ระดับของเมทาโดนในเลือดลดลง เป็นผลให้การออกฤทธิ์ของเมทาโดนลดลง ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการขาดยาเกิดขึ้นได้ ในทางกลับกัน การให้เมทาโดนร่วมกับยาที่มีคุณสมบัติยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ เช่น cimetidine, ketoconazole, erythromycin ฯลฯ อาจจะลดการเปลี่ยนแปลงของเมทาโดน ทำให้ระดับของเมทาโดนในเลือดเพิ่มขึ้นเป็นผลให้การออกฤทธิ์ของเมทาโดนมากขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดอาการได้รับยาเกินขนาดได้ ดังนั้นในการให้ยาเมทาโดนร่วมกับยาอื่น จึงควรพิจารณาผลที่อาจเกิดขึ้นจากปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาด้วย

รูปแบบของยาเมทาโดน

เมทาโดนมี 3 รูปแบบดังนี้

1. ยาเม็ด ขนาด 5 มิลลิกรัม
2. ยาน้ำรับประทาน (Oral Solution) ความเข้มข้น 10 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร
3. ยาฉีด ความเข้มข้น 10 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร

เมทาโดนในรูปแบบยาฉีดและยาเม็ดใช้สำหรับเป็นยาระงับปวด ส่วนในการรักษาผู้ติดเฮโรอีนนั้น จะให้เมทาโดนในรูปแบบของยาเกินเพราะสะดวกในการบริหารยา โดยมักจะให้ยาในรูปแบบยาน้ำรับประทานมากกว่ารูปแบบยาเม็ด เนื่องจากยาน้ำสามารถนำมาทำเป็นยาเตรียมให้ได้ขนาดของยาตามต้องการและปรับขนาดของยาที่ให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายในระหว่างการรักษาได้ง่ายกว่ายาเม็ด การควบคุมดูแลยาน้ำทำได้ง่ายกว่ายาเม็ด เนื่องจากการลักลอบนำยาเข้าสู่ตลาดมืดในรูปแบบของยาน้ำกระทำได้ค่อนข้างลำบาก นอกจากนี้ยาเม็ดยังมีความเสี่ยงสูงที่อาจมีผู้นำไปใช้ในทางที่ผิดด้วย

สำหรับเมทาโดนในประเทศไทยมีจำหน่าย 2 รูปแบบ คือยาเม็ด และยาน้ำรับประทาน โดยต้องจัดซื้อที่กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการใช้เมทาโดนในการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีน

ในทางกฎหมาย เมทาโดนจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ใช้ระงับอาการขาดเฮโรอีนและลดอาการอยากเฮโรอีนได้ดี จึงนำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีน อย่างไรก็ตามหากไม่มีมาตรการควบคุมที่เข้มงวด อาจมีการนำไปใช้ในทางที่ผิดได้ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจำเป็นต้องรู้กฎหมายและระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการใช้เมทาโดนเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้ถูกต้อง

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าในการรักษาผู้ติดยาเสพติดเฮโรอีนนั้นมักจะให้ยาเมทาโดนในรูปแบบยาน้ำรับประทาน (Methadone Oral solution) ซึ่งในการปฏิบัติงานให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ยาน้ำเมทาโดนนั้น ควรรับทราบแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องแบ่งได้เป็น 2 ประเด็น คือ แนวทางการดำเนินงานทั่วไปสำหรับการใช้เมทาโดนในการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีนและแนวทางการดำเนินงานเฉพาะในกรณีการให้เมทาโดนระยะยาวในผู้ติดเฮโรอีน

แนวทางการดำเนินงานทั่วไปในการใช้เมทาโดนบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีน

การใช้เมทาโดนซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ในการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเฮโรอีน กระทรวงสาธารณสุข โดยกองควบคุมวัตถุเสพติดมีหน้าที่ในการควบคุมการใช้เมทาโดนให้เป็นไปตามกฎหมาย ซึ่งได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานทั่วไปไว้ดังนี้

การจัดซื้อยาน้ำเมทาโดน

สถานพยาบาลที่จะซื้อยาน้ำเมทาโดนมาให้บริการแก่ผู้ติดเฮโรอีนได้จะต้องมีใบอนุญาตไว้ในครอบครองหรือจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 2 สถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครสามารถยื่นคำขอใบอนุญาตฯ ได้ที่กองควบคุมวัตถุเสพติด ส่วนสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่นอกเขตกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขอได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ใบอนุญาตฯ นี้ต้องต่ออายุภายในวันที่ 31 ธันวาคมของทุกปี

เมื่อได้รับใบอนุญาตฯ แล้ว จึงจะสามารถดำเนินการจัดซื้อยาน้ำเมทาโดนจากกองควบคุมวัตถุเสพติดได้โดยยื่นคำขอซื้อยาเสพติดให้โทษ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ปริมาณการซื้อเมทาโดนเพื่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ผู้รับอนุญาตจะจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองได้ประจำปีไม่เกิน 1,000 กรัม สำหรับสถานพยาบาลภาครัฐ ส่วนคลินิก ไม่เกิน 400 กรัม และโรงพยาบาลเอกชน ไม่เกิน 600 กรัม

ในกรณีที่สถานพยาบาลจำเป็นต้องซื้อยาน้ำเมทาโดนเกินปริมาณโควตาที่กำหนดไว้ ต้องยื่นแบบคำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 2 เกินปริมาณที่รัฐมนตรีกำหนดตามมาตรา 60 พร้อมชี้แจงเหตุผลและความจำเป็น เมื่อได้รับใบอนุญาตจำหน่ายเกินปริมาณฯ ดังกล่าวแล้วจึงจะดำเนินการจัดซื้อได้

การรับยาน้ำเมทาโดนจากกองควบคุมวัตถุเสพติด ผู้รับอนุญาตจะไปรับด้วยตนเอง หรือทำหนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นไปรับก็ได้ หากอยู่ต่างจังหวัดและไม่สะดวกที่จะเดินทางไปรับยา ติดต่อกองควบคุมวัตถุเสพติดจัดส่งให้ทางพัสดุไปรษณีย์ก็ได้เช่นกัน

การควบคุมเก็บรักษายาน้ำเมทาโดน

เนื่องจากยาน้ำเมทาโดนเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 จึงต้องเข้มงวดในการเก็บรักษามากกว่ายาทั่วไป โดยต้องเก็บไว้เป็นสัดส่วนในที่เก็บซึ่งมั่นคงแข็งแรง มีกุญแจใส่ไว้กรณีถูกโจรกรรมหรือสูญหายหรือถูกทำลาย ต้องแจ้งเป็นหนังสือให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาทราบภายใน 7 วัน การเบิกจ่ายยาน้ำเมทาโดนทุกครั้งจะต้องมีการตรวจสอบการรับ-จ่าย เหลือ และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน มีการตรวจสอบปริมาณคงคลังทุกสิ้นเดือน เพื่อประกอบการรายงานบัญชีการรับ-จ่าย ประจำเดือน และรายงานประจำปี

การสั่งจ่ายยาน้ำเมทาโดน

ขนาดยามเมทาโดนที่แพทย์สั่งใช้ยาแก่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะประมาณ 40-80 มิลลิกรัมต่อวัน แต่เนื่องจากยาน้ำเมทาโดนที่ได้มาจากกองควบคุมวัตถุเสพติด เป็นยาที่มีความเข้มข้นสูง (10 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร) จึงไม่สะดวกในการนำมาให้ผู้ป่วยโดยตรง และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการได้รับยาเกินขนาดได้

ง่ายหากมีความผิดพลาดเพียงเล็กน้อยในการให้ยา ดังนั้นจึงต้องนำยาน้ำเมทาโดนดังกล่าว มาเจือจางให้อยู่ในรูปแบบของยาเตรียมที่มีความเข้มข้นที่เหมาะสมก่อน โดยทั่วไปแล้วนิยมเตรียมในรูปแบบของอีลิคเซอร์ (Elixir) มากกว่ายาน้ำเชื่อม (Syrup) เนื่องจากในส่วนผสมของอีลิคเซอร์มีแอลกอฮอล์อยู่ ทำให้สามารถเก็บไว้ได้นานกว่ายาน้ำเชื่อม นอกจากนี้เมทาโดนยังมีรสขม หากทำเป็นยาน้ำเชื่อม จะได้รับรสชาติที่ไม่ดีนัก

ถึงแม้ว่าเมทาโดนอีลิคเซอร์จะไม่ได้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 แต่เมทาโดนอีลิคเซอร์ก็เป็นยาเตรียมที่มีส่วนผสมของยาน้ำเมทาโดน ซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ดังนั้นสถานพยาบาลจึงต้องจัดระบบควบคุมการจ่ายเมทาโดนอีลิคเซอร์อย่างเข้มงวดเช่นกัน และใบสั่งจ่ายยาควรแยกจากใบสั่งยาทั่วไป ต้องปฏิบัติงานด้วยความละเอียดรอบคอบ ระมัดระวังความเสี่ยงและอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ หากมีความผิดพลาดในการให้ยา เช่น ก่อนจ่ายยาต้องตรวจสอบข้อมูลในใบสั่งยาให้ถูกต้อง (เช่น ชื่อผู้ป่วย ขนาดยา ปริมาณยา) ควรจ่ายยาในรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้เลย เช่น 1 หน่วยบรรจุ (unit dose) ที่ฉีกปากขวด หากเป็นไปได้ควรให้หมายเลขกำกับทุกขวด (running number) เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบยาที่จ่ายไปได้ ควรจัดสำรองไว้ที่หอผู้ป่วยให้น้อยที่สุดและดูแลจัดเก็บให้ปลอดภัย ใบสั่งจ่ายยาเมทาโดนอีลิคเซอร์ให้แก่ผู้ป่วยต้องแยกเก็บไว้เป็นหลักฐาน และนำมารวบรวมข้อมูลการใช้ยาในผู้ป่วยเพื่อจัดทำรายงานบัญชีรับ-จ่าย ประจำเดือนและประจำปีต่อไป

การจ่ายยาเมทาโดนให้ผู้ติดยาเสพติดนำไปรับประทานนอกสถานพยาบาล

การให้ผู้ป่วยมารับยาที่สถานพยาบาลต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลานานๆ อาจไม่สะดวกในหลายกรณี ดังนั้นเกณฑ์มาตรฐานในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษเน้นทำยาประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 164) พ.ศ. 2543 เรื่อง ระเบียบข้อบังคับเพื่อควบคุมการบำบัดรักษาและระเบียบวินัยสำหรับสถานพยาบาล จึงกำหนดให้มีการผ่อนผันให้จ่ายยาเมทาโดนแก่ผู้เข้ารับการบำบัดรักษานำไปรับประทานนอกสถานพยาบาลได้ภายใต้การควบคุมกำกับดูแลของแพทย์ผู้ทำการบำบัดรักษา โดยต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ดังนี้

1. ความสะดวกในการเดินทาง เช่น อยู่ห่างไกลสถานพยาบาล หรือไม่อยู่ชั่วคราว
2. มีอาชีพมั่นคงและเชื่อถือได้
3. กรณีอายุต่ำกว่า 20 ปี ต้องมีผู้ปกครองควบคุมดูแลเรื่องการรับประทานยาเมทาโดนให้ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์
4. การจ่ายยาเมทาโดนไม่ควรเกินครั้งละ 350 มิลลิกรัม

ทั้งนี้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายยาเมทาโดนให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษานำไปรับประทานนอกสถานพยาบาลไว้ดังนี้

- 1) การจ่ายยาเมทาโดนต้องกระทำโดยแพทย์ผู้ทำการบำบัดรักษาเท่านั้น
- 2) แพทย์จะต้องจ่ายยาเมทาโดนให้กับผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่สถานพยาบาลเท่านั้น ห้ามผู้อื่นมารับแทน
- 3) สถานพยาบาลจะต้องมอบบัตรประจำตัวตามแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ เพื่อเป็นเอกสารรับรองการครอบครองยาเมทาโดน
- 4) ภาชนะบรรจุยาเมทาโดนที่จ่ายให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาไปรับประทานนอกสถานพยาบาลจะต้องมีฉลากระบุข้อความ ชื่อผู้ป่วย ขนาดรับประทาน ชื่อสถานพยาบาล และคำเตือน “ไม่ควรรับประทานร่วมกับแอลกอฮอล์ เพราะอาจเกิดอันตรายได้”
- 5) จะต้องจัดทำทะเบียนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและรายงานการจ่ายยาเมทาโดนให้ไปรับประทานนอกสถานพยาบาลเก็บไว้ที่สถานพยาบาล พร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบได้
- 6) กรณีผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเมทาโดน สถานพยาบาลจะต้องมีแพทย์พร้อมให้คำปรึกษาหรือแนะนำทางโทรศัพท์ทุกวัน ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง

บัตรประจำตัวผู้เข้ารับการบำบัดรักษา

ลำดับที่	ชื่อสถานพยาบาล
บัตรนี้ถือเป็นเอกสารรับรองการครอบครองยาเมทาโดนปริมาณไม่เกิน ๑๕๐ มิลลิกรัม ที่จ่ายให้กับผู้เข้ารับการบำบัดรักษา	
ชื่อ	อายุ
หมายเลขทะเบียนผู้เข้ารับการบำบัดรักษา	
ได้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดในระยะ <input type="checkbox"/> อดเจ็บยา <input type="checkbox"/> การใช้เมทาโดนระยะยาว ระหว่างวันที่	

บัตรประจำตัวผู้เข้ารับการบำบัดรักษา	
ลงชื่อ	ลงชื่อ
ผู้อำนวยการสถานพยาบาล	แพทย์ผู้ให้การบำบัดรักษา
ซึ่งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
เพื่อปฏิบัติตามมาตรา ๗๔	เวชกรรม เลขที่
แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติด	
ให้โทษ พ.ศ. ๒๕๖๖	

การจ่ายยาเมทาโดนให้ผู้ติดยาเสพติดนำไปรับประทานนอกสถานพยาบาลนั้น มีระเบียบปฏิบัติที่เข้มงวด เนื่องจากผู้ติดยาเสพติดต้องมีวินัยในการบริหารยาเอง เพราะมีความเสี่ยงที่จะได้รับยาเกินขนาดได้หากมีความผิดพลาดในการรับประทานยา และมีความเสี่ยงที่ยาอาจจะถูกนำไปใช้ในทางที่ผิดได้ ดังนั้น จึงควรพิจารณาให้ในกรณีที่จำเป็นจริงๆ และมีความมั่นใจในการบริหารยาของผู้ป่วยเท่านั้น

การรายงาน

สถานพยาบาลมีหน้าที่ต้องจัดทำรายงานบัญชีรับ-จ่าย ยาน้ำเมทาโดนซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ตามแบบรายงานการรับ-จ่ายยาเสพติดประจำเดือน (ย.ส.6) และประจำปี (ย.ส.7) เสนอต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ภายใน 30 วัน โดยส่งไปที่กองควบคุมวัตถุเสพติด บัญชีดังกล่าวต้องจัดทำเป็น 2 ชุด เก็บไว้ที่สถานพยาบาล 5 ปี

นอกจากนี้เพื่อเป็นการควบคุมการใช้ยาเมทาโดน ในรายงานควรแจ้งจำนวนผู้ป่วยและปริมาณการใช้ยาน้ำเมทาโดนในผู้ป่วยทั้งหมด (โดยคำนวณจากปริมาณเมทาโดนอิลิกเซอร์ที่ใช้ไป) เพื่อให้สามารถตรวจสอบได้ ส่วนรายละเอียดการส่งจ่ายให้ผู้ป่วยแต่ละรายนั้น ให้รวบรวมข้อมูลจัดทำรายงานเก็บไว้ที่สถานพยาบาล

การทำลายยาเมทาโดนทั้งหมดอายุ

ทั้งยาน้ำเมทาโดนหรือเมทาโดนอิลิกเซอร์จัดเป็นวัตถุเสพติด เมื่อหมดอายุไม่สามารถจะนำไปใช้งานได้อีกต่อไปจำเป็นจะต้องตัดจำหน่ายออกจากบัญชี กองควบคุมวัตถุเสพติดได้แจ้งแนวทางปฏิบัติในการทำลายวัตถุเสพติดทั้งหมดอายุ โดยให้ปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม หมวด 3 การควบคุมและจำหน่ายพัสดุ ข้อ 157 ไว้ดังนี้

1. แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อควบคุมการทำลายวัตถุเสพติดทั้งหมดอายุ อย่างน้อย 3 คน
2. ถ่ายรูปวัตถุเสพติดทั้งหมดอายุก่อนการทำลาย
3. ทำลายวัตถุเสพติดทั้งหมดอายุโดยวิธีการที่เหมาะสม เช่น ละลายน้ำ สำหรับยาเม็ดหรือแคปซูล ทบหรือบด สำหรับยาน้ำ
4. ถ่ายรูปขณะทำลายและหลังทำลายแล้ว
5. แจ้งรายงานการทำลายพร้อมรูปถ่ายไปยังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
6. บันทึกข้อมูลในรายงานประจำเดือนและประจำปี

แนวทางการดำเนินงานเฉพาะกรณีการให้เมทาโดนระยะยาวในผู้ติดเฮโรอีน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 6 มาตรา 8(8) และมาตรา 63 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 164) พ.ศ. 2543 เรื่อง ระเบียบข้อบังคับเพื่อควบคุมการบำบัดรักษาและระเบียบวินัยสำหรับสถานพยาบาล โดยได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้เมทาโดนระยะยาวไว้ ดังนี้

การให้เมทาโดนระยะยาวแก่ผู้ติดเฮโรอีนเป็นกรณีพิเศษ

ก่อนพิจารณาให้เมทาโดนระยะยาวแก่ผู้ติดเฮโรอีนแพทย์ผู้สั่งการรักษาต้องคำนึงถึงสภาพและประวัติการเสพยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษา ดังนี้

- ก. มีการเสพยาเฮโรอีนมานานหลายปี เช่น เสพติดมาไม่น้อยกว่า 2 ปี
- ข. ใช้เฮโรอีนมาไม่น้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อวัน
- ค. มีประวัติการรักษาหลายครั้ง เช่น เคยได้รับการรักษามาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง

- ง. มีผลกระทบต่อสังคม การประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตของผู้นั้น
- จ. เหตุผลอื่นๆ ที่แพทย์เห็นสมควร

การจะให้เมทาโดนระยะยาวนั้น สถานพยาบาลต้องยื่นขออนุญาตเข้าโครงการใช้เมทาโดนระยะยาวเป็นกรณีพิเศษต่อกรมการแพทย์

หลักเกณฑ์ของสถานพยาบาลที่จะทำโครงการใช้เมทาโดนระยะยาวคือ

1) ต้องเป็นสถานพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดครบ 4 ขั้นตอนเพื่อให้สถานพยาบาลสามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่เข้าโครงการควบคู่ไปกับการใช้ยาเมทาโดน ซึ่งจะทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่เข้าโครงการสามารถหยุดยาเมทาโดนได้ในระยะเวลาที่ไม่ยาวนานเกินไป

2) แพทย์ผู้ทำการบำบัดรักษาจะต้องผ่านการอบรม หรือมีประสบการณ์การรักษาผู้เสพเฮโรอินมาไม่น้อยกว่า 1 ปี

3) สถานพยาบาลจะต้องจัดทำทะเบียนผู้เข้าร่วมโครงการฯ และรายงานความคืบหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่เข้าร่วมโครงการฯ ต่อกรมการแพทย์ รวมทั้งรายงานการใช้เมทาโดนต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยมีสำเนาเก็บไว้ที่สถานพยาบาลพร้อมให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบได้

สรุป

เฮโรอินและเมทาโดนเป็นสารเสพติดโอปิออยด์ที่มีสูตรโครงสร้างทางเคมีแตกต่างกันมาก แต่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาคล้ายคลึงกัน เฮโรอินเป็นสารกึ่งสังเคราะห์ ถูกดูดซึมได้ไม่ด้นักจากทางเดินอาหาร ค่าครึ่งชีวิตสั้น (2-3 ชั่วโมง) จึงมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ค่อนข้างสั้น (3-4 ชั่วโมง) ส่วนเมทาโดนเป็นสารสังเคราะห์ ถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร ค่าครึ่งชีวิตยาว (ประมาณ 15-30 ชั่วโมง) ทำให้มีระยะเวลาการออกฤทธิ์นานประมาณ 24 ชั่วโมง จึงสามารถให้โดยการรับประทานวันละ 1 ครั้ง เมื่อหยุดใช้เฮโรอิน อาการขาดเฮโรอินจะเกิดขึ้นเร็วและรุนแรงแต่กินระยะเวลาประมาณ 7-10 วัน แต่สำหรับเมทาโดน อาการขาดเมทาโดนจะเกิดขึ้นช้าและรุนแรงน้อยกว่า แต่กินระยะเวลานานประมาณ 2-3 สัปดาห์ ในการใช้เมทาโดนในการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอินต้องระวังผลการกดการหายใจเนื่องจากมีโอกาสที่จะสะสมในร่างกายจนเกินขนาดได้ จึงควรมียาต้านฤทธิ์โอปิออยด์ชนิดฉีด เช่น นาล็อกโซน จัดเตรียมพร้อมไว้ตลอดเวลาการถอนพิษยาผู้ติดเฮโรอินโดยให้ยาเมทาโดนทดแทนนั้นควรปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับสภาวะการติดเฮโรอินของผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้ยาในขนาดต่ำสุดแต่เพียงพอที่จะระงับอาการขาดยาได้หลังจากนั้น จึงค่อยๆ ลดขนาดยาเมทาโดนลงจนหมดภายในระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ ในผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถหยุดใช้สารเสพติดเฮโรอินได้ อาจจำเป็นต้องให้เมทาโดนระยะยาวต่อไประยะหนึ่ง การใช้ยาเมทาโดนในการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอินมีกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่อควบคุมการปฏิบัติงานตั้งแต่

การจัดซื้อ การส่งจ่ายยา การรายงาน ฯลฯ ซึ่งสถานพยาบาลที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วย เมทาโดนจะต้องรับทราบเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ด้วยเมทาโดนระยะยาว. เมษายน 2548.

กลุ่มบริหารวัตถุเสพติดที่ใช้ในทางการแพทย์ กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและ ยา. แนวทางการซื้อวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 และยาเสพติดให้โทษประเภท 2. กันยายน 2547.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 164) พ.ศ. 2543 เรื่อง ระเบียบข้อบังคับเพื่อควบคุมการ บำบัดรักษาและระเบียบวินัยสำหรับสถานพยาบาล.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 197) พ.ศ.2549 เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนด ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมิไว้ในครอบครอง.

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม.

Alcohol and Other Drugs Handbook. Available at : <http://www.aodgp.gov.au/professional/handbook.htm>.

Methadone Dosing & Safety in the Treatment of Opioid Addiction. Available at: <http://www.atforum.com/dosingandsafety.shtml>.

NSW Health Department. NSW Detoxification Clinical Practice Guidelines. 1999.

Henry-Edwards S, Gowing L, White J et al. Clinical guidelines and procedures for the use of methadone in the maintenance treatment of Opioid dependence. Australia : Australian Government of Department of Health and Aging. August, 2003.

แนวปฏิบัติในการรักษา โดยให้เมทาโดนระยะยาว

.....
นพ. อังกูร กักรากร
สถาบันรณรงค์ยาเสพติด

บทนำ

เมทาโดนถือเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 ปัจจุบันได้นำเมทาโดนมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเฮโรอีน เนื่องจากเมทาโดนเป็นสารสังเคราะห์กลุ่มโอปิออยด์ออกฤทธิ์แรงและยาว เทียบได้กับมอร์ฟินและโอปิออยด์ตัวอื่นๆ และดูดซึมผ่านทางเดินอาหารได้ดี หากให้แก่ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์แล้วยังออกฤทธิ์ได้นานกว่ารับประทานเพียงวันละ 1 ครั้ง สามารถคลุมอาการได้ทั้งวัน โปรแกรมเมทาโดนระยะยาวยังมีผลดีดังต่อไปนี้คือ

1. สามารถลดหรือหยุดการใช้เฮโรอีน และโอปิออยด์ตัวอื่นๆ หรือสารเสพติดอื่นๆ ที่มีผลกฎหมาย
2. ส่งเสริมสุขภาพ ความเป็นอยู่และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม
3. ลดการแพร่ระบาดของเชื้อโรคทางเส้นเลือดจากการใช้เข็มร่วมกัน
4. ลดอัตราเสี่ยงของการเสียชีวิตจากการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์
5. ลดความรุนแรงของอาชญากรรมอันเนื่องจากการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการรักษาโดยให้ยาเมทาโดนระยะยาว
2. เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมายของเมทาโดน

เมทาโดนเป็นสารสังเคราะห์กลุ่มโอปิออยด์ออกฤทธิ์แรงและยาวเทียบได้กับ มอร์ฟิน และโอปิออยด์ตัวอื่นๆ และดูดซึมผ่านทางเดินอาหารได้ดี

เป้าหมายของการให้บริการเมทาโดนระยะยาว

1. ลดหรือขจัดการใช้เฮโรอีน และ สารอื่นที่ผิดกฎหมาย
2. ส่งเสริมสุขภาพ ความเป็นอยู่ และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม
3. ลดการแพร่ระบาดของเชื้อโรคทางเส้นเลือดจากการใช้เข็มร่วมกัน
4. ลดอัตราเสี่ยงของการเสียชีวิตจากการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์
5. ลดความรุนแรงของอาชญากรรมอันเนื่องจากการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์

การเข้าสู่โปรแกรมเมทาโดนเมนเทนแนนส์ (MMT)

ข้อบ่งชี้ ผู้ที่เหมาะสมในการรับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว

- เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์
- อายุ 18 ปีขึ้นไป
- มีเอกสารที่ระบุตัวตนบุคคลของผู้รับเมทาโดน
- สามารถลงชื่อยินยอมรับการรักษาเองได้

ข้อห้ามใช้ ผู้ที่ไม่ควรได้รับเมทาโดน

- ตับอักเสบรุนแรง
- อายุต่ำกว่า 18 ปี
- ไม่สามารถลงชื่อยินยอมรับการรักษาเองได้
- แพ้ เมทาโดน
- มีปัญหาอื่น ๆ ได้แก่ เรื่องการกวดการหายใจ, หอบเฉียบพลัน, อาการขาดสุรา, บาดเจ็บที่ศีรษะ ความดันในสมองสูง, ลำไส้ใหญ่อักเสบ การหดตัวของท่อน้ำดี และทางเดินปัสสาวะ
- ผู้ป่วยที่เพิ่งรับยา MAOI หรือหยุดยาไม่เกิน 14 วัน

ข้อควรระวัง ภาวะที่เสี่ยงต่อการเข้าโปรแกรม MMT

- มีความเสี่ยงในการใช้ยาหลายตัว
- มีภาวะติดสุราร่วมด้วย
- มีประวัติว่า มีอาการติดต่อโอปิออยด์ลดลง
- มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช ได้แก่ อาการป่วยทางจิตเฉียบพลัน, ภาวะสูญเสียความทรงจำ หรือ เป็น adjustment disorder รุนแรง
- ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- มีอาการเจ็บปวดเรื้อรัง
- บาดเจ็บที่ศีรษะ และ ความดันในสมองสูง
- เป็นโรค Phaeochromocytoma
- เป็นโรคหอบหืด และ โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ
- มีโรคแทรกซ้อนทางร่างกายที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษได้แก่ ภาวะไฮโปไทรอยด์, โรคของต่อมหมวกไต, โรคของต่อมใต้สมอง, ต่อมลูกหมากโต, ทางเดินปัสสาวะอุดตัน ซีด และ เมตาฮวาน

การประเมินเพื่อรักษาผู้ป่วยด้วยเมทาโดนระยะยาว

แนวทางที่ใช้ในการประเมินเพื่อรักษาผู้ป่วย

- ประวัติการใช้สารโอปิออยด์ ชนิดของยาและสารเสพติด ระยะเวลาที่เสพ วิธีเสพ
- ประวัติการเสพยาหลายอย่าง
- สุขภาพร่างกายทั่วไป สุขภาพจิตภาวะแวดล้อมทางสังคม
- ประวัติการรักษาความเจ็บป่วยในอดีต
- การเลือกวิธีรักษา
- ผลการตรวจร่างกาย
- การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ
- ภาวะการดื้อเมทาโดน
- การเริ่มต้นขนาดสูงกว่า ระดับภาวะการดื้อยา
- การเกิดภาวะระส่ำระสายของเมทาโดนเนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจและขาดการสังเกตอาการเมื่อได้รับยาเมทาโดน
- ความแตกต่างของ เมตาบอลิซึมของผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อที่ควรนำมาพิจารณาการให้ขนาดยาเริ่มต้น

- ประวัติการเสพยาสารโอปิออยด์ ปริมาณ, ความถี่ และ วิธีการเสพ
- อาการและการตรวจพบภาวะพิษ หรือ ขาดสารโอปิออยด์
- การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจากผู้ที่เคยดูแลผู้ป่วยมาก่อน

การเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยเมทาโดน

คนส่วนใหญ่ อาการขาดยาจะบรรเทาลงได้บ้างแต่ไม่ทั้งหมดด้วยขนาดเมทาโดนที่ต่ำกว่า 30 mg. เหตุที่ผู้ป่วยเสียชีวิตเมื่อเข้าสู่การรักษา ส่วนใหญ่ใช้ยาหลายตัวพร้อมกัน (โดยเฉพาะยากดประสาทเช่น แอลกอฮอล์ และ เบนโซไดอะซีพีน)

ขนาดของเมทาโดนมือแรก

ขนาดเริ่มต้นของเมทาโดนควรพิจารณาจากความรุนแรงของการเสพยาและระดับของการทนยาต่อสารกลุ่ม opioid ผู้ป่วยใหม่ควรได้รับยาในขนาดที่ปลอดภัย เนื่องจากผู้ป่วยมักเสียชีวิตในสองสัปดาห์แรกของการได้ยา

- ผู้ป่วยควรได้รับการสังเกตอาการเป็นเวลา 3-4 ชั่วโมง หลังยามือแรก หากยังคงมีอาการขาดยาอยู่เมื่อผ่าน 4 ชั่วโมงไปแล้ว สามารถพิจารณาให้เพิ่มได้อีก
- การพิจารณาขนาดยาเริ่มต้นการให้เมทาโดนถือตามที่อยู่ของผู้เสพโอปิออยด์ ใช้อยู่ทั้งผู้เสพเฮโรอีน มอร์ฟิน โคเดอีน ด้วย
- ขนาดมือแรกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 มิลลิกรัม มักปลอดภัย
- ระวังระวัง หากเริ่มต้นที่ขนาดมากกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิกรัม
- ต้องระวังอย่างยิ่งหากจำเป็นต้องเริ่มที่ 40 มิลลิกรัมหรือมากกว่า ซึ่งผู้จ่ายควรอาศัยความชำนาญ
- ควรมีระบบการให้คำปรึกษาควบคู่ไปด้วย

การให้ยาในขนาดคงที่ ควรมีการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดในขณะการรับยาในช่วง 2 สัปดาห์แรก

- ผู้ป่วยควรได้รับการเฝ้าสังเกตอาการ ทุกวัน
- ผู้ป่วยควรได้รับการทบทวนจากผู้นำบัดที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ถึง 2 ครั้ง
- หากจะมีการเพิ่มขนาด ควรมีการประเมินผู้ป่วยซ้ำเสียก่อน

การปรับขนาดยาให้เหมาะสม เพื่อให้ได้ขนาดยาที่คงที่

การทำให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ได้เนื่องจากการปรับขนาดยาตามความจำเป็นของผู้ป่วย

- ไม่ควรเพิ่มยาในช่วง 3 วันแรกของการรักษานอกจากพบว่าผู้ป่วยมีอาการขาดยาถึงจุดสูงสุดจริงๆ (ประมาณ 3-4 ชั่วโมงหลังได้ยาเนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับผลจากเมทาโดนเพิ่มขึ้นทุกวัน)
- พิจารณาเพิ่มขนาดยา ไม่เกิน 5-10 มิลลิกรัมในแต่ละทุกๆ 3 วันตามความเหมาะสม
- ทั้งหมดรวมแล้วในหนึ่งสัปดาห์ ไม่ควรเพิ่มขนาดเกิน 20 มิลลิกรัม
- ขนาดสูงสุดในปลายสัปดาห์แรกไม่ควรมากกว่า 40 มิลลิกรัม
- ผู้ป่วยควรได้รับการตักเตือนว่า ไม่ควรขับซี ยวดยานพาหนะ หรือทำงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักร ในขณะที่กำลังปรับยาอยู่

ขนาดที่เหมาะสม

- ระดับยาขนาดเมเทนแนนส์ที่มีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปจะอยู่ที่ 60-100 มิลลิกรัมต่อวัน

- ขนาดที่เกิน 100 มิลลิกรัมต่อวัน อาจมีความจำเป็น ซึ่งเป็นระดับยาเมแทนแนนสในผู้ป่วยรายที่มีระบบเมตาบอลิซึมสูง

สาเหตุจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนแปลงระดับยา

- ผู้ป่วยมีการเสฟโอปิออยด์ที่ผิดกฎหมายร่วมด้วยขณะรักษา หรือในรายที่เสฟโดยการฉีดเข้าเส้นมาเป็นระยะเวลาาน อาจจำเป็นต้องการเมทาโดนในขนาดสูงกว่า
- ในผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับเมตาบอลิซึม
- มีความเจ็บป่วยที่ต้องใช้ยาอื่นร่วมด้วย
- ขณะกำลังตั้งครรรภ์
- มีการใช้ยาหลายตัวพร้อมกัน

ความจำเป็นที่ควรได้รับยาเมทาโดนอย่างสม่ำเสมอ

- ระดับเมทาโดนในกระแสเลือดควรมีระดับคงที่
- หากการรับยาไม่สม่ำเสมอ มักมีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสฟเฮโรอินซ้ำสูง

เหตุผลการกำกับดูแลผู้ป่วยขณะรับยาเมทาโดน

- เพื่อประเมินโอกาสในการกลับไปเสฟยา
- เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
- เพื่อเป็นบรรทัดฐานในการประเมินผลของโปรแกรม
- ป้องกันการกลับไปเสฟยาซ้ำ

แนวทางกำกับการรับยาประกอบด้วย

- แบบรายงานตนเองของผู้ป่วย
- การตรวจปัสสาวะหาสารเสฟติด ซึ่งไม่จำเป็นต้องกังวลว่าจะเป็นผลบวกหรือผลลบลง มีประโยชน์สูงสุด ในการติดตามการรักษา การส่งตรวจไม่ควรเกิน 21 ครั้งต่อปี
- แนวทางการบำบัดรักษาอื่นร่วมกับโปรแกรม MMT การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการให้คำปรึกษา จะมีประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วยในโปรแกรม

การให้เมทาโดนกลับไปรับประทานที่บ้าน

ข้อดีในการให้ยากลับไปรับประทานเองที่บ้าน

จากการศึกษาหลายผลงาน พบว่า แนวทางการให้ยาติดตัวไปรับประทานเอง ให้ผลการรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอที่ดีกว่า

- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม
- ลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการบำบัดรักษามากขึ้น
- ลดความไม่สะดวกในการต้องมาเข้ารับการรักษาให้ตรงเวลา
- ส่งเสริมให้การรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
- ลดทั้งความไม่สะดวกและค่าใช้จ่ายในแต่ละวันของบุคลากรทางเภสัชกรรมและผู้บำบัดที่สถานรักษา

ผลเสียของการให้เมทาโดนไปรับประทานที่บ้าน

- การนำเมทาโดนฉีดเข้าเส้น
- การใช้เกินขนาดจนเสียชีวิตได้
- การนำเมทาโดนไปขาย
- มีเด็กเล็กพักอยู่ด้วย โอกาสที่เด็กจะเผลอไปหยิบกินได้

หลักการพิจารณาจ่ายเมทาโดน เมื่อผู้ป่วยขาดการรับประทานอย่างต่อเนื่อง

ในรายที่ขาดรับยาเมทาโดนในแต่ละวัน ในวันถัดไปต้องมีการพิจารณาปรับขนาดของยาเมทาโดน ดังนี้

ขาดรับประทานเมทาโดน 1 วัน ไม่มีการเพิ่มหรือลดยาใดๆในวันถัดไป

ขาดรับประทานเมทาโดน 2 วัน หากไม่มีอาการเป็นพิษ (เมายา) ให้รับยารวันต่อไปในขนาดปกติที่รับยาครั้งสุดท้าย

ขาดรับประทานเมทาโดน 3 วัน ให้ยาขนาดครึ่งหนึ่งโดยปรึกษากับแพทย์ผู้สั่ง

ขาดรับประทานเมทาโดน 4 วัน ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ ผู้ป่วยควรได้รับขนาด 40 มิลลิกรัม ของเมทาโดนหรือเพียงครึ่งหนึ่งของขนาดที่เคยได้รับที่ต่ำ ถึงแม้ว่าจะเป็นขนาดที่ต่ำมากแล้วก็ตาม

ขาดรับประทานเมทาโดน 5 วันหรือมากกว่า ควรได้รับการเริ่มการรักษาแบบผู้ป่วยใหม่

การสิ้นสุดของโปรแกรม MMT

การหยุดยาเมทาโดนในการรักษานั้นจะต้องพิจารณาตามข้อบ่งชี้คือ ให้ผู้ป่วยคงการรักษาไว้อย่างน้อย 12 เดือน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปจากเดิมอย่างมั่นคง

- ระยะเวลาในการรักษาสามารถคาดการณ์ผลการรักษาว่าจะออกมาดีหรือไม่นับระหว่าง 3 เดือนถึง 2 ปี
- พบว่ามีการลดลงของการเสพยาอื่นอย่างมีนัยสำคัญ หากผู้ป่วยเข้าโปรแกรม MMT มากกว่า 1 ปี

- พบว่ามีการลดลงของพฤติกรรมที่ผิดกฎหมาย (หยุดเสพเฮโรอีน, งานทำเป็นหลักเป็นฐาน)
- การลดขนาดยาควรได้ทำการปรึกษากับผู้ช่วยให้ชัดเจนก่อน
- เพื่อบรรลุเป้าหมายในกระบวนการนี้อย่างสมบูรณ์ การที่จะกระทำการใดๆ ต้องเป็นไปอย่างปลอดภัยและไม่สร้างความลำบากให้กับผู้ป่วย
- การให้โคลนิตินไม่ช่วยให้เกิดผลดีในการลดขนาดเมทาโดน แต่อาจให้ได้ หากหยุดให้เมทาโดนแล้ว

แนวทางการลดยาที่เหมาะสม

- ไม่ลดขนาดยาเกิน 10 มิลลิกรัมต่อวัน ต่อจากนั้นเป็น 5 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์
- ไม่ควรลดยาถี่กว่า 1 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์
- การให้ยาโคลนิติน หรือยาอื่นอาจให้ร่วมได้ เมื่อขนาดเมทาโดนลดลงตั้งแต่ 40 มิลลิกรัมต่อวัน

โอกาสกลับไปเสพสารโอปิออยด์ซ้ำ

- เคยเสพยาโอปิออยด์ ขนาดสูง และระยะเวลาานาน
- การที่สามารถจะหยุดเสพยาได้นาน ขึ้นอยู่กับ การได้รับการช่วยเหลือทางสังคม ครอบครัว ไม่มีปัญหา มีงานทำเป็นหลักแหล่ง มีสถานภาพทางจิตใจและสังคมที่มั่นคง

การดูแลระดับประคอง / หลังหยุดยาเมื่อโปรแกรมสิ้นสุดลง

- สามารถลดโอกาสการกลับไปเสพยาซ้ำ, ลดปัญหาการก่ออาชญากรรม และช่วยให้ผู้ป่วยมีงานทำ
- ควรให้การดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน
- อาจจำเป็นต้องมีระบบการรับเข้าเป็นผู้ป่วยใหม่เป็นกรณีด่วน ในผู้ป่วยที่เพิ่งถูกจำหน่ายออกไป

การต้องให้ผู้ป่วยหยุดยาออกจากโปรแกรมก่อนกำหนดการรักษา

- ผู้ป่วยแสดงการกระทำที่เป็นอันตรายต่อผู้บำบัดและผู้ป่วยอื่น
- ทำลายทรัพย์สินสมบัติ หรือลักขโมยทรัพย์สินระหว่างการรักษา
- มีพฤติกรรมค้ายา
- มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนมาเข้าโปรแกรมซ้ำซากโดยไม่ตั้งใจรักษา

แนวทางในการดูแลหลังจำหน่ายก่อนกำหนด

- เปลี่ยนโปรแกรมการรักษา (การส่งต่อ)
- กำหนดมาตรการเพื่อรับรองความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและผู้บำบัด

การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรม MMT จะต้องหาแนวทางรองรับผู้ป่วยว่าจะดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรดี ต้องระมัดระวังอย่าให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าถูกทอดทิ้งหรือถูกละทิ้ง ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับไปเสพสารเสพติดโอปิออยด์หรือสารเสพติดอื่นๆ แนวทางในการส่งต่อโปรแกรมใดก็ตามควรมีการปรึกษากับผู้ป่วยว่าจะเลือกวิธีใด และให้พึงระลึกว่าในโอกาสต่อไปผู้ป่วยสามารถกลับมาสู่โปรแกรม MMT เสมอ

1) ส่งต่อโปรแกรม Methadone replacement therapy

- การให้โปรแกรม MRT สามารถดำเนินการได้ทันที ไม่ควรเว้นระยะให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่อยู่ในความทุกข์ทรมานจากอาการขาดยา และขาดการช่วยเหลือทางสังคม
- ระยะเวลาที่อยู่ในโปรแกรม MRT อาจใช้ระยะเวลา 21-45 วันขึ้นอยู่กับแนวทางการบำบัดรักษาของสถานบำบัดแต่ละแห่ง
- อาจมีการให้ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาคลายวิตกกังวลหรือยาต้านซึมเศร้าเสริมขณะอยู่ในโปรแกรม MRT
- หากผู้ป่วยครบกำหนดโปรแกรม MRT แล้วควรได้รับการติดตามหลังรักษาเป็นเวลา 1 ปี
- หลังจากผู้ป่วยครบกำหนดโปรแกรม MRT แล้วยังสามารถเข้าสู่โปรแกรม MMT ได้

2) ส่งต่อโปรแกรมนาลทราทรีซอน Naltrexone

- การให้ naltrexone ในผู้ป่วยที่มีภาวะเสพติดทางร่างกายของสารกลุ่ม opioids อยู่ จะเกิดภาวะขาดยาที่รุนแรงได้
- ผู้ป่วยในโปรแกรม MMT ที่จะเข้าสู่โปรแกรม naltrexone ควรผ่านการระงับพิษมาแล้วจากนั้นจะต้องปลอดยาโดยสิ้นเชิง 14 วันซึ่งร่างกายจะขจัด methadone ออกจากร่างกายหมด
- ขนาด naltrexone เริ่มต้นที่ขนาด 25 มิลลิกรัมต่อวัน หากผู้ป่วยรับประทานยาได้โดยไม่มีผลข้างเคียงอะไร ก็เพิ่มขนาดเป็นขนาดรักษาคงที่ 50 มิลลิกรัมต่อวัน เนื่องจาก naltrexone เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยาว สามารถ ให้ 1 ครั้งต่อ 3 วันใน -1 สัปดาห์ได้เพื่อเป็นการเพิ่ม Drug compliance สำหรับผู้ป่วย เช่น ให้ในวันจันทร์ 100 มิลลิกรัม วันพุธ 100 มิลลิกรัม และวันเสาร์ 150 มิลลิกรัม
- หาข้อแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญหากไม่สามารถปฏิบัติได้ตามที่กำหนดไว้ได้

3) ส่งต่อโปรแกรม Buprenorphine

- Buprenorphine มีความสามารถในการจับกับ mu receptor มากกว่า methadone แต่ออกฤทธิ์อ่อนกว่า
- เมื่อผู้ป่วยที่รับ methadone อยู่ใช้ buprenorphine, methadone จะหลุดออกและถูกแทนที่ที่ mu receptor
- ผู้ป่วยที่เคยได้รับ methadone ในขนาดต่ำ (น้อยกว่า 30 มิลลิกรัม) โดยทั่วไปจะทนการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ดีด้วยอาการที่ไม่สบายไม่มากนัก
- ผู้ป่วยที่เคยได้รับ methadone ในขนาดสูงกว่าอาจพบว่าการเปลี่ยนไปสู่ buprenorphine นี้ทำให้รู้สึกมีอาการขาดยาอยู่ชั่วคราว
- Buprenorphine ในขนาดต่ำมากๆ (เช่น 2 มิลลิกรัม) โดยทั่วไปแล้วไม่สามารถทดแทน methadone อย่างเพียงพอ ในขณะที่ขนาดสูงของ buprenorphine (8 มิลลิกรัมหรือมากกว่า) มักทำให้พบอาการขาดยามากกว่า
- ไม่ควรจ่าย buprenorphine ภายใน 24 ชั่วโมงหลัง methadone เมื่อสุดท้ายมือแรกของ Buprenorphine ควรเริ่มเอาไว้นานที่สุดเท่าที่ทำได้จนปรากฏอาการขาดยาให้เห็น (lacrimation, rhinorrhea, และ piloerection) การยึดระยะเวลาของ methadone เมื่อสุดท้ายกับ buprenorphine มือแรก จะลดโอกาสและความรุนแรงของภาวะขาดยาเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงเหตุผลของการชะลอการให้ยา และอย่าให้ผู้ป่วยทดแทน buprenorphine ด้วยสารกลุ่ม opioids (โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ heroin) ซึ่งยิ่งจะก่อให้เกิดภาวะขาดยารุนแรงขึ้น

สิ่งที่สำคัญที่ผู้บำบัดควรตระหนักอยู่เสมอว่า การให้ผู้ป่วยอยู่ในโปรแกรม MMT และมีคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพถือเป็นเป้าหมายสำคัญของการบำบัดรักษา การหยุดโปรแกรม MMT เป็นสิ่งที่ต้องมีการให้คำแนะนำและให้ผู้ป่วยไตร่ตรองอย่างถี่ถ้วน ภาวะขาดยาที่อาจจะยังคงมีอยู่ยาวนานอาจเป็นระยะเวลาหลายเดือน เช่น อาการนอนไม่หลับ อาจมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และเป็นสาเหตุที่ผู้ป่วยอาจกลับไปเสพสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ซ้ำได้ การติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 6 เดือนหลังหยุดโปรแกรมจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

การให้ยาเมทาโดนร่วมกับภาวะแทรกซ้อนอื่น

การตั้งครุฑ สมควรเข้ารับการรักษาอย่างเหมาะสมในโปรแกรม MMT

- ช่วยควบคุมการหวนกลับไปเสพยา และการดำเนินชีวิตได้ดีขึ้น
- ลดหรือหยุดการไปเสพยาโอปิออยด์ที่ผิดกฎหมายทำให้การตั้งครุฑดำเนินไปโดยปกติ
- ส่งเสริมให้ได้รับการดูแลสุขภาพตั้งครุฑ และภาวะ หลังคลอดได้ดียิ่งขึ้น

- ลดความเสี่ยงที่ทำให้เกิดการพิการของทารกในครรภ์

การให้นมบุตร ในโปรแกรม MMT

- ในน้ำนมบุตรมีปริมาณของ เมทาโดนเพียงเล็กน้อย
- สามารถลดอาการถอนยาในทารกแรกเกิดได้
- หญิงมีครรภ์ผู้ใดที่รับยาในขนาดสูง หากต้องการลดขนาดยา ควรลดอย่างช้าๆ

อาการถอนยาในทารกแรกเกิด

อาการทั่วไป ประกอบด้วย

- มีปัญหาในการนอนหลับ กระสับกระส่าย ร้องงอแง
- จาม รุนววย ไม่อยู่นิ่ง
- ดูดนมไม่ไหว ดูดนมไม่ได้เท่าที่ควร
- อุจจาระเหลว
- น้ำหนักน้อย
- ไม่ชอบอยู่ในที่มีแสงสว่าง
- มีอาการสั่น
- หายใจเร็ว

อาการที่พบไม่บ่อย ประกอบด้วย

- อาการหนาว
- อาเจียน
- มีเสมหะมาก
- ตกใจง่าย ไวต่อเสียง
- ชัก (พบน้อยมาก)

แนวทางการให้การรักษา แบบประคับประคอง

- ให้เด็กรู้สึกผ่อนคลายโดยการกอดแนบเด็กไว้ด้วยความทะนุถนอม หรือห่มเด็กไว้ให้รู้สึกอบอุ่น
- ทำความสะอาดให้โพร่งจมูกและปากโล่งจากเสมหะ
- ใช้จุกนมปลอมให้เด็กได้คอยดูดไว้
- ค่อยให้นมมีละอุนน้อยๆ แต่ให้บ่อยๆ

เหตุที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างจริงจัง

- ชัก
- น้ำหนักลดมาก (ดูคนไม่ดี, ท้องเสีย, อาเจียนและร่างกายขาดสารน้ำ)
- มีปัญหาการนอนมาก
- มีไข้

แนวทางในการบำบัดรักษาอาการถอนยา

- ให้มอร์ฟีนชนิดรับประทาน (เจือจางขนาด 2 มิลลิกรัม ต่อ ซีซี)
- ให้ทิงเจอร์ฝิ่นขนาด 0.4 มิลลิกรัม ต่อ ซีซี
- ยาบรรเทาปวด (กลุ่มฝิ่น)
- เมทาโดน

ข้อควรสังเกตในผู้ป่วยที่เสพยาหลายตัวร่วมกัน ในโปรแกรม MMT

- 1 ใน 5 ของผู้ป่วยติดยานอนหลับ
- 5% มีอาการของผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง
- ผู้ป่วยจำนวนมากเสพยาและดื่มเหล้าในขนาดสูง
- ผู้ป่วยมีอาการเมามาเมทาโดน
- ผู้ป่วยใช้ยามากเกินกว่าที่แพทย์สั่งให้

แนวทางในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในโปรแกรม MMT

- ต้องบำบัดทางอายุรกรรมและจิตเวชร่วมด้วย
- อาจจำเป็นต้องให้เมทาโดนในขนาดสูง
- การจ่ายเมทาโดนควรมีความยืดหยุ่นจากความเจ็บป่วย ได้แก่ ให้มีการสะสมเมทาโดนไว้เพื่อไว้ใช้หากไม่สามารถมารับยาได้, จัดเมทาโดนส่งถึงบ้าน, ให้เข้าโปรแกรมรับเมทาโดนไปรับประทานที่บ้าน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยดับอักเสบนชนิด B และ C หรือดับทำงานบกพร่องในโปรแกรม MMT

- ผู้ป่วยในโปรแกรมควรได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี
- ผู้ป่วยติดเชื้อตับอักเสบบีหรือซี ควรได้รับการประเมินจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาตับอักเสบเรื้อรังควรได้รับการปรับระดับยา

เอกสารอ้างอิง

- Bendtsen P, Hensing G, McKenzie L, Stridsman A-K. (1999). Prescribing benzodiazepines – a critical incident study of a physician dilemma. *Social Science & Medicine*, 49; 459-467.
- Darke S, Ross J, Hall W. (1995). The injection of methadone syrup in Sydney, Australia. Technical Report No. 23. National Drug and Alcohol Research Centre, Sydney.
- Goldstein A, Hanstein RW, & Horns M. (1975). Control of methadone dosage by patients. *Journal of the American Medical Association*, 234; 734-737.
- Lintzeris N, Lenne M, Ritter A. (1999). Methadone injecting in Australia: a tale of two cities. *Addiction* 94(8); 1175 –1178.
- Sunjic S., & Zador D.A., (1999). Methadone related deaths in New South Wales, July 1990-December 1995. *Drug and Alcohol Review* 18; 409-416.
- Darke S, Topp L, Ross J. (2002). The injection of methadone and benzodiazepines among Sydney injection drug users 1996-2000: 5 –year monitoring of trends from the illicit drug reporting system. *D&A Review* 21; 27-32.

สารประกอบเดียวกัน สารบางอย่างที่ถูกทำลายโดย CYP 450 ชนิดเดียวกัน จะเกิดการแย่งชิงการถูกทำลาย ทำให้สารบางตัวเมื่อรับประทานร่วมกันระดับยาบางอย่างสูงขึ้นได้

การเผาผลาญ Methadone

ยา Methadone ถูกดูดซึมได้ดี ประมาณ 80% ของขนาดที่รับประทาน แต่ Bioavailability อาจแตกต่างกัน ตั้งแต่ 35-100% แล้วแต่บุคคล สูตรยา Methadone ที่รับประทานมีด้วยกัน 3 ชนิด ได้แก่ ยาเม็ดรับประทาน ยาเม็ดละลายน้ำและยาน้ำเข้มข้น การดูดซึมจะเหมือนกัน

ยา Methadone ถูกทำลายด้วย CYP450 3A4 และ 2B6 แต่พบว่า Enzyme 3A4 มีมากที่สุด และอาจแตกต่างในแต่ละบุคคลถึง 30 เท่า ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลว่าทำไมบุคคลที่รับประทานยาในขนาดที่เท่ากันแต่มีระดับยาที่แตกต่างกันและผลของการรักษาก็ไม่เหมือนกัน นอกจากนี้ยังพบ CYP3A4 ในผนังลำไส้ จึงเป็นไปได้ว่ายาส่วนหนึ่งถูกทำลายลงก่อนดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย

นอกจากนี้ในผนังลำไส้และ Blood brain-barrier (BBB) มีระบบโปรตีนที่เรียกว่า P-glycoprotein (P-gp) ซึ่งทำหน้าที่คอยดูดสารประกอบรวมทั้ง Methadone ออกจาก cell เช่นที่ cell ลำไส้ P-gp จะดูดสาร Methadone ออกจาก cell ลำไส้กลับสู่ทางเดินอาหารใหม่ ทำให้การดูดซึมลดลง เช่นเดียวกับที่ BBB P-gp ก็ดูดสาร Methadone กลับสู่ระบบหมุนเวียนนอกเนื้อสมองทำให้สารต่างๆซึมเข้าสู่สมองได้น้อยลง ระดับของ P-gp ในแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันถึง 10 เท่า ซึ่งเป็นผลให้ระดับยาในกระแสโลหิตและในสมองแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เมื่อมีการรับประทานยาอย่างอื่นร่วมด้วยที่มีคุณสมบัติทั้ง Substrate Inducer และ Inhibitor แตกต่างกัน ยิ่งทำให้ระดับยาแตกต่างกัน

การเปลี่ยนแปลงระดับยาที่กล่าวมาทั้งหมดเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญของยาเรียกว่า เภสัชจลศาสตร์ (Pharmaco-kinetic) ในกรณีที่รับประทานยากลุ่มอื่นหรือกลุ่มเดียวกันโดยที่ไม่มีปฏิกิริยาต่อกันโดยตรง ระดับยาไม่เปลี่ยนแปลงแต่มีผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับผลจากยาเต็มที่หรือมีผลข้างเคียงจากยา เรียกว่า เภสัชพลศาสตร์ (Pharmaco-dynamic) เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยรับยา Methadone ระยะยาวไม่มีอาการอะไรแต่อาจจะไปรับประทานยานอนหลับทำให้มีอาการเชื่องซึม โดยที่ยานอนหลับไปเสริมฤทธิ์กัน ถึงแม้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับยา หรือในกรณียาต้านไวรัสที่รับประทานร่วมกันเสริมฤทธิ์ซึ่งกันและกัน เป็นต้น

ปฏิกริยาระหว่างเมทาโดนและยากลุ่มต่างๆ

ผู้ใช้สารเสพติดที่ใช้ยา Methadone มักจะมีโรคแทรกซ้อนอื่นๆร่วมด้วยเสมอ การรักษาโรคอื่นๆด้วยยาต่างๆ ย่อมจะมีปฏิกริยาระหว่างยาร่วมด้วยเสมอ เช่น กลุ่มยาด้านไวรัส HIV กลุ่มยาวัณโรค กลุ่มยารักษาตับอักเสบ ยาที่มีผลต่อจิตและประสาท เป็นต้น ดังนั้น จะกล่าวถึงยาเฉพาะที่ใช้ร่วมกันเป็นประจำ

ยาด้านไวรัส HIV

1. กลุ่มยา Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI) จะถูกเผาผลาญและขับออกทางไต ไม่ถูกเผาผลาญที่ตับ จึงไม่มีปฏิกริยากับยา Methadone ยกเว้นในกรณีของ Zidovudine จะเพิ่มระดับยาของ Zidovudine แต่ไม่มีความจำเป็นในการเปลี่ยนขนาดยาของ Zidovudine ส่วนในกรณีของ Abacavir จะเพิ่มการขับถ่าย Methadone เร็วขึ้น ทำให้ระดับยา Methadone ลดลง ทำให้มีอาการถอนยาเกิดขึ้นได้ ในผู้ป่วยบางรายอาจต้องเพิ่มขนาดยา Methadone
2. กลุ่มยา Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI) มียาที่สำคัญอยู่ 2 ชนิด ซึ่งทั้ง 2 ชนิดถูกเผาผลาญที่ตับดังนี้ ยา Nevirapine เป็นทั้ง Substrate และ Inducer ของ CYP450 ส่วนยา Efavirenz เป็นทั้ง Substrate, Inhibitor และ Inducer ต่อ CYP450 พร้อมกัน ยาทั้ง 2 ชนิดมีผลทำให้ระดับยา Methadone ลดลง ในผู้ป่วยบางรายจะมีอาการถอนยา จำเป็นต้องเพิ่มขนาดยา Methadone
3. กลุ่มยา Protease Inhibitor (PI) และ boosted PI เป็น Substrate ของ CYP450 โดยตรง ส่วนใหญ่ไม่มีผลต่อระดับยาของ Methadone ยกเว้น Nelfinavir อาจลดระดับของ Methadone แต่ก็ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงขนาดของยา Methadone ในกรณีของ Ritonavir ซึ่งเป็น Inhibitor ของ CYP450 ใช้ขนาดเล็กร่วมกับ PI ตัวอื่น เพื่อให้ระดับยา PI ตัวอื่นสูงขึ้นและครึ่งชีวิตยาวขึ้น ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น เช่น ยา Lopinavir/ritonavir (Kaletra) เมื่อใช้ร่วมกับ Methadone แทนที่มีอาการของ Methadone เกินขนาดแต่กลับลดระดับยา Methadone กว่า 30%

ยารักษาวัณโรค

ยา Rifampin เป็นยาหลักในการรักษาวัณโรค ถูกเผาผลาญที่ตับ มีคุณสมบัติเป็น Inducer ที่ดีของ CYP450 ทำให้ยาต่างๆที่รับประทานร่วมกับยา Rifampin มีระดับยาลดต่ำลงทั้งนี้รวมยา Methadone อาจต้องเพิ่มขนาดยา methadone ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการถอนยา

หลักปฏิบัติในการดูแลผู้ใช้ยาเมทาโดนร่วมกับยาอื่นๆ

การให้ยา Methadone จะได้ผลดีที่สุดก็ต่อเมื่อระดับยาเพียงพอต่อการรักษา เนื่องจากในคนแต่ละคนการเผาผลาญยาแตกต่างกัน ยาที่รับประทานร่วมด้วยแตกต่างกัน ขนาดยาที่ใช้ในคนแต่ละคนจึงไม่เท่ากัน การปรับยาจึงมีส่วนสำคัญ การตรวจดูอาการและอาการแสดงจึงมีส่วนสำคัญในการพิจารณาว่าขนาดยาที่ให้เพียงพอหรือไม่ ถ้ามีการตอบสนองที่ผิดปกติ อาการถอนยาหรือยาเกินขนาด ต้องซักประวัติการใช้ยาที่ได้รับในคลินิก ชื่อจากร้านขายยา รวมทั้งยาผิดกฎหมาย

คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดปัญหาของปฏิกริยาระหว่างกันกับยา Methadone ดังนี้

1. มีประวัติการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยละเอียด รวมทั้งยาจากคลินิก ร้านยา ยาสมุนไพร และยาเสริม
2. ถ้าเป็นไปได้ หลีกเลี่ยงการใช้ยาซึ่งมีปฏิกริยาระหว่างกันกับ Methadone เช่น ยา Erythromycin มีผลยับยั้ง CYP3A4 มีผลต่อ Methadone อาจใช้ Azithromycin ซึ่งไม่มีผลต่อ CYP3A4 แทนเป็นต้น
3. ในกรณีที่ต้องใช้ยาที่มีปฏิกริยาระหว่างกันกับ Methadone การเพิ่มหรือลดขนาด Methadone ให้สังเกตจากอาการ ไม่จำเป็นต้องเพิ่มหรือลดขนาดของ Methadone ล่วงหน้า
4. อาการและอาการแสดงของการถอนยาหรือยาเกินขนาดสามารถใช้เป็นตัวแทนระดับยา Methadone ของผู้ป่วยได้
5. ในกรณีที่เกรงว่าผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากระดับยา Methadone ที่สูงเกินไป ควรให้คำแนะนำล่วงหน้าถึงอาการที่จะเกิดและควรปฏิบัติเช่นไร
6. ไม่ควรใช้ยาที่มีผลข้างเคียงเหมือนกับ Methadone ทำให้ไม่สามารถตัดลินจากอาการและอาการแสดงถึงระดับยา Methadone
7. พิจารณาถึงโรคแทรกซ้อนที่มีร่วมด้วย เช่นในกรณีของโรคตับและโรคไตจะทำให้การเผาผลาญและการขับยาออกจากร่างกายลดน้อยลงทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยา
8. ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายอย่าง ทำให้การกินยาไม่สม่ำเสมอ (Non-adherence) เมื่อเกิดผลข้างเคียงขึ้น ทำให้มีความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย

สรุปหลักการใช้ยาเมทาโดน ร่วมกับยาด้านไวรัสและยาอื่นๆ

ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดมีความเสี่ยงสูงที่จะติดโรคจากการใช้เข็มที่ไม่สะอาดและจากโลหิตที่ปนเปื้อนจากเพื่อนที่ใช้เข็มร่วมกัน ดังนั้นผู้ใช้ Methadone เพื่อการบำบัด จึงมีโอกาสสูงที่จะได้รับยาเพื่อการรักษาโรคอื่นๆ การรับประทานยาที่ไม่มีใบสั่งแพทย์ทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย การดื่มเหล้าสูบบุหรี่ย่อมมีโอกาสที่จะเกิดปฏิกริยาระหว่างกัน การได้ประวัติการใช้ยาอย่างละเอียด สามารถคาดล่วงหน้าได้ว่าเกิดปฏิกริยาระหว่างกัน การปรับขนาดของยา Methadone ขึ้นกับอาการและอาการแสดงของผู้ใช้ยาซึ่งจะสอดคล้องกับระดับยาในกระแสโลหิต โดยที่ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยา Methadone ล่วงหน้า

ตารางที่ 1 ปฏิกริยาระหว่างกันของยาด้านไวรัส HIV เมื่อใช้ร่วมกับ Methadone

ชื่อยาด้านไวรัส HIV	ผลต่อยา Methadone	ผล Methadone ต่อยาที่ได้รับประทานร่วมกัน	ข้อแนะนำ
Abacavir (ABC)	ลดระดับยา	ลดระดับจุดสูงสุดของ ABC	ไม่มีผลทางคลินิก
fosAmprenavir/r	ลดระดับยา 21%	ลดระดับยา	อาจไม่มีผลทางคลินิก
Didanosine (ddI)	ไม่มีผล	ลดระดับยา ddI 40-60%	อาจต้องเพิ่มขนาด ddI
Effavirenz (EFV)	ลด 52%	?	อาจเพิ่มขนาด Methadone
Indinavir/r (IDV/r)	ไม่มีผล	-	ไม่เปลี่ยนแปลง
Lopinavir/r (LPR/r)	ลดระดับยา	-	ติดตามอาการใกล้ขีด
Nelfinavir (NFV)	ลดระดับยา	-	ติดตามอาการใกล้ขีด
Nevirapine (NVP)	ลดระดับยา 53%	-	อาจเพิ่มขนาด Methadone
Ritonavir (RTV or r)	ลดระดับยา 37%	-	ไม่เปลี่ยนแปลง
Saquinavir/r (SQV/r)	ลดระดับยา	-	ไม่เปลี่ยนแปลง
Stavudine (d4T)	ไม่มีผล	ลดระดับยา 27%	ไม่เปลี่ยนแปลง
Zidovudine (ZDV)	ไม่เปลี่ยนแปลง	เพิ่ม AUC 40%	ไม่เปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 2 ปฏิกริยาระหว่างกันของยาอื่นๆเมื่อใช้ร่วมกับ Methadone

ชื่อยา	ผลต่อยา Methadone	ผล Methadone ต่อยาที่ได้รับประทานร่วมกัน	ข้อแนะนำ
Fluconazole	เพิ่มผล 30% เป็น CYP450 inhibitor	-	ไม่เปลี่ยนแปลง
Rifampin	ลดระดับยาอย่างมีนัยสำคัญ	-	เสริมฤทธิ์ซึ่งกันและกัน
Phenytoin	ลดระดับยาอย่างมีนัยสำคัญ	-	เสริมฤทธิ์ซึ่งกันและกัน
Cimetidine	เป็น CYP450 inhibitor เพิ่มผลของ Methadone	-	ไม่เปลี่ยนแปลง
Benzodiazepines	ถูกเผาผลาญด้วย CYP450	-	เสริมฤทธิ์ซึ่งกันและกัน
Chloral hydrate	-	-	เสริมฤทธิ์ซึ่งกันและกัน
cyclizine	-	-	ใช้เกินขนาดทำให้ง่วงซึม
Tricyclic antidepressants	-	-	เสริมผลข้างเคียงซึ่งกันและกัน Torsade de pointes
Selective Serotonin Reuptake Inhibitor	เพิ่มระดับยา	-	เสริมผลข้างเคียงซึ่งกันและกัน Torsade de pointes
Barbiturates	ลดระดับยา	-	เสริมผลข้างเคียงซึ่งกันและกัน Torsade de pointes
Carbamazepine	ลดระดับยา	-	เสริมผลข้างเคียงซึ่งกันและกัน Torsade de pointes
Alcohol	-	-	เสริมฤทธิ์กันทำให้ง่วงซึม

เอกสารอ้างอิง

Stewart B. Leavitt. (2006). Pain Treatment Topics Methadone drugs interactions.

Methadone drug interactions. Available at : <http://www.drug.com>.

การให้คำปรึกษาและการสร้างแรงจูงใจ ให้กับผู้รับยาเมทาโดนระยะยาว

.....
รองศาสตราจารย์ ดร.กัญจนาดี เอเมะวรรณะ
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทนำ

บทนี้จะกล่าวถึงหลักวิธีการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือจิตใจ/จิตวิทยาการปรึกษาแก่ผู้ติดยาเสพติดที่รับการบำบัดด้วยการให้ยาเมทาโดนระยะยาว ผู้อ่านจะได้รับความรู้และความเข้าใจเนื้อหาและวิธีการทำงานกับผู้รับบริการระยะต่างๆ จนถึงขั้นที่จะสมัครใจในการระมัดระวังตัวผู้จะเลิกยาเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ HIV ขณะผู้ให้การรักษาจำเป็นต้องทราบหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความสมัครใจของผู้รับบริการ จึงจะได้ผลดีตามเป้าหมายในการลดการแพร่กระจายของการติดเชื้อ HIV ในหมู่ผู้เสพยาเสพติด

ผู้ให้บริการควรศึกษาและฝึกฝนอย่างจริงจังจึงจะสามารถดำเนินการตามเป้าหมายได้ และสามารถไปถึงเกณฑ์มาตรฐานการให้การปรึกษาผู้ติดสารเสพติด (ทิพาวดี เอเมะวรรณะ, 2548, น. 3) งานด้านจิตใจเป็นงานที่เน้นนามธรรม จึงต้องอาศัยวิธีการที่อาจแตกต่างจากที่เคยปฏิบัติกับงานด้านการแพทย์หรือพยาบาล ศาสตร์ด้านจิตใจที่ใช้ในจิตวิทยาการปรึกษาได้มีการค้นคว้าวิจัยมาเป็นเวลานาน มีความเจริญก้าวหน้าอย่างมาก มีหลักฐานยืนยันทฤษฎีและวิธีปฏิบัติที่ได้ผล หลายๆวิธีก็ถึงกับรับประกันผล จึงขึ้นอยู่กับผู้เรียนว่าจะใช้เวลาในการศึกษาและฝึกความชำนาญได้ถึงเกณฑ์ทางวิชาชีพหรือไม่ เอกสารนี้อาจทำได้เพียงการชี้ทางให้ ซึ่งหากผู้อ่านสนใจจะต้องฝึกฝนและค้นคว้าอย่างต่อเนื่องสืบไป

ด้วยเหตุที่มีการตั้งเป้าหมายไว้ว่าจะลดจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV ในหมู่ผู้ติดยาเสพติดลงไปให้มากกว่าที่พบทุกวันนี้ จึงต้องใช้กระบวนการวิธีที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ จากรายงานของสถาบันแพทย์ (Institute of Medicine, 2004, น. 4) ระบุว่าทุกหน่วยงานควรจะต้องเร่งหาวิธีลดการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มเสี่ยงลงให้เหลือน้อยที่สุด และลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ลงให้ได้มากกว่าที่เป็นอยู่ เพราะไม่มีเวลาที่จะรอได้อีกแล้ว วิธีการที่จะใช้นี้ ควรต้องเร่งหาหน่ววัตกรรมใหม่ๆ ให้มีการตัดสินใจอย่างเฉียบขาดของผู้บริหาร โดยต้อง

ประสานกับทางการให้แนบแน่น เมื่อเป็นเช่นนี้ ผู้ติดยาเสพติดก็คือกลุ่มที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่จะต้องช่วยกันหาทางป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ HIV ให้ได้ วิธีการที่ใช้เมทาโดนระยะยาวในกลุ่มผู้เสพยาเป็นวิธีหนึ่ง แต่จำเป็นต้องมีการให้การปรึกษา (counseling) ควบคู่ไปด้วย (Childress, A. R., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., 1991, น. 168) เพราะได้มีรายงานออกมาแล้วว่า การให้เมทาโดนอย่างเดียวย่อมดูเหมือนจะเป็นการประหยัดงบประมาณกำลังคน เช่นมีผู้ดูแลคนไข้ 1 คน ต่อผู้ป่วยถึง 50 คน แต่การณ์นี้ถ้าหากใช้แต่รูปแบบการรักษาและป้องกันเอดส์ด้วยการให้เมทาโดนระยะยาวอย่างเดียว จะไม่ทำให้ผู้ป่วยลดการใช้ยาเสพติดลงได้ ไม่ลดการใช้เข็มร่วมกัน และไม่มีการลดพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ที่จะนำไปสู่การติดเชื้อ HIV แถมยังไม่สามารถป้องกันปัญหาอาชญากรรม ปัญหาด้านสุขอนามัย ด้านค่ายาที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ ด้านจิตเวช ด้านอาชีพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ ดังนั้นเมื่อคิดคำนวณแล้วก็พบว่าต้องการใช้รูปแบบอื่นเข้ามาปฏิบัติรวมกับการใช้รูปแบบเมทาโดนระยะยาว เอกสารฉบับนี้ (เพ็งอ้าง, น. 169) ยังได้สนับสนุนให้มีบริการปรึกษาควบคู่ไปด้วย มิฉะนั้นจะมองไม่เห็นทางว่าจะลดการใช้ยาหรือลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ได้เลย (เพ็งอ้าง, น. 173) ดังนั้นในเอกสารนี้จะกล่าวถึงการให้การปรึกษา (counseling) และวิธีการหลักๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นรูปแบบที่จะช่วยยกระดับประสิทธิผลของการบริการเมทาโดนระยะยาว

หลักการให้คำปรึกษาและการสร้างแรงจูงใจ

วิธีลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่อยู่ในโครงการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว โดยการเข้าถึงด้านกำลังใจให้มากขึ้น (Harm reduction and motivational enhancement in methadone maintenance patients) เป็นโครงการที่จะช่วยบำบัดรักษาผู้ติดยาชนิดฉีด (IDUs) มักเล็งไปที่การลดพฤติกรรมเสี่ยง มากกว่าการใช้มาตรการรุนแรงให้ผู้เสพยากลายเป็นอาชญากรหรือถูกดำเนินทางกฎหมาย แต่จะเน้นการรักษาชีวิตเพื่อให้อยู่อย่างปลอดภัยห่างไกลจากการติดเชื้อ HIV ในหมู่ผู้เสพยาเสพติด จึงมีการให้บริการเช่น การระงับไม่ใช้เข็มร่วมกัน การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการกระทำที่ปลอดภัย หรือลดความเสี่ยงนั่นเอง (safer practices, risk reduction) บางประเทศถึงกับให้แลกเข็ม หรือแจกน้ำยาล้างเข็มก็มี แต่ไม่ว่าจะใช้วิธีการที่ลดความเสี่ยงแบบใดก็ตาม หากต้องการให้ได้ผลจริง จะต้องมีการให้การปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ และมีการส่งต่อไปยังหน่วยงานและบุคลากรคุณภาพด้วย (ข้อมูลจาก PANCEA เปิดเมื่อ Feb 20, 2009, from <http://hivinsite.ucsf.edu/global?page=pan-03-07>)

บุคลากรที่จะนำพาไปสู่ประสิทธิผลการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ นี้ ให้เป็นไปตามเป้าหมาย จำเป็นต้องมีความรู้ในการให้การปรึกษาในระดับที่ใช้การได้ดี นอกเหนือจากการมีความสามารถในการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติดแล้ว ยังต้องมีทักษะความรู้และความสามารถต่างๆที่เกี่ยวข้องอีก เช่น ต้องมีความรู้พื้นฐานทางทฤษฎีที่จะนำมาใช้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการ ได้แก่ ทฤษฎีการให้การปรึกษาเชิงเน้นผู้รับบริการเป็นหลัก (client-centered counseling), วิธีการปรึกษาที่ผู้รับบริการสมัครใจตรวจเลือด (voluntary

counseling and testing ซื่อย่อ VCT), การเสริมแรงจิตใจ (motivational interviewing ซื่อย่อ MI หรือ motivational enhancement), การประเมินระดับแรงจูงใจในการรักษา ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือในการตรวจเลือด (motivations for change, motivation for testing)

หลักการดังกล่าวมานี้ จะพบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในปัจจุบันอาจไม่ได้ถูกเตรียมความพร้อมให้ครอบคลุมสาขาที่จำเป็นต้องนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงในหมู่ผู้ติดเชื้อเสพติดในระดับที่พอใจได้ จึงเป็นที่มาของเอกสารฉบับนี้ เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานได้ตระหนักถึงความจำเป็นในการศึกษาหาความรู้และฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมในศาสตร์ที่ตนเองขาดตกบกพร่องไป และต้องอยู่ในความทันสมัยอยู่เสมอ เนื่องจากมีความเปลี่ยนแปลงในองค์ความรู้ไปตามกาลเวลาและการศึกษาวิจัยค้นพบทางการแพทย์และสังคมศาสตร์ใหม่ๆ เช่น รูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อการตรวจเลือดหาเชื้อ HIV แบบเดิมนั้น มีการปรับปรุงให้แนวทางเพิ่มเติมและมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดบางประการ เช่น เมื่อปี 1993 CDC ได้ประกาศใช้แนวทางปฏิบัติการปรึกษาเพื่อการตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ (VCT) ฉบับใหม่ ดังนั้น ผู้ที่อยู่ในวงการนี้ควรศึกษาเพิ่มเติม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้รับสิ่งต่อไปนี้

1. หลักการจูงใจผู้รับบริการให้รับยาเมทาโดนระยะยาวอย่างต่อเนื่อง
2. มีความรู้และสามารถสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยให้รับเมทาโดนระยะยาวอย่างต่อเนื่องด้วยความสมัครใจ
3. ตระหนักถึงความสำคัญและดำเนินการให้ผู้รับบริการที่ใช้ยาเสพติดมีส่วนร่วมในการปรึกษาเพื่อรับการตรวจเลือดด้วยความสมัครใจทั้งก่อนและหลังการตรวจเลือดหาเชื้อ HIV
4. สามารถใช้เทคนิคการสัมภาษณ์และให้การปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมอย่างน้อยวิธีการให้เกิดแรงจูงใจในการอยู่ในระบบการรักษา
5. สามารถออกแบบการช่วยเหลือตามระดับแรงจูงใจ การประเมินแรงจูงใจ
6. เข้าใจการดูแลผู้รับบริการให้เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ และการปฏิบัติตนทั้งผล HIV บวก ผล HIV ลบ
7. เข้าใจว่าเมื่อใดควรเลือกให้การปรึกษาแบบกลุ่ม หรือแบบครอบครัว หรือนำชุมชนเข้ามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเสพติดให้มีความกำลังใจทั่วกัน

วิธีการฝึกอบรม

- บรรยาย
- เรียนรู้บนประสบการณ์ในห้องเรียน (experiential learning) ที่เลือกมาเป็นต้นแบบสำหรับนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานได้
- ร่วมเรียนรู้และแลกเปลี่ยนปรากฏการณ์จากผู้เข้าร่วมอบรมในห้องประชุม (participatory learning)

- ผูกแบบฝึกหัด (exercises) เพื่อเพิ่มความเข้าใจในเนื้อหาหลักสูตร
- ประมวลประสบการณ์ที่สัมผัสได้และที่ได้เรียนรู้จากกลุ่มผู้เรียนมาเทียบเคียงอ้างอิงทฤษฎี และหลักการตามตำรา เพื่อให้เกิดความเข้าใจและแม่นยำวิธีการ ทำให้สามารถจดจำติดตัวไปใช้งานได้

เนื้อหาที่พึงทราบ

การให้การปรึกษา-การสร้างแรงจูงใจ-การช่วยให้ผู้รับยาเมทาโดนระยะยาวพิจารณารับการตรวจเลือดหาเชื้อ HIV ด้วยความสมัครใจ (VCT) มีเนื้อหาหลักอยู่ 3 เรื่องใหญ่ๆ คือ เป็นกลุ่มเป้าหมาย ผู้ติดยาเสพติดซึ่งกำลังรับยาเมทาโดนระยะยาว (methadone maintenance clients) ซึ่งผู้ปฏิบัติงานต้องให้บริการเชิงปรึกษา (counseling) ประกอบกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement) เพื่อให้เกิดขวัญและกำลังใจที่จะตรวจเลือดเพื่อสำรวจสถานภาพการติดเชื้อ HIV ของตน เพื่อจะได้รับการรักษาให้ถูกต้อง ทั้งนี้ล้วนต้องเป็นไปอย่างสมัครใจและเต็มใจ ดังนั้นเนื้อหาที่ครอบคลุมจะมีองค์ประกอบหลักของความรู้ที่แยกแยะได้ดังต่อไปนี้

1. ความเข้าใจอย่างครอบคลุมเกี่ยวกับงานการปรึกษาผู้ติดยาเสพติดที่รับยาเมทาโดนระยะยาว เพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV
2. จิตวิทยาการปรึกษาเชิงบวก (positive counseling psychology) การปรึกษาเชิงจิตวิทยา เป็นรายบุคคล (individual counseling) ได้แก่ การหนุนกำลังใจ (encouragement), การเสริมความเข้มแข็งและสิ่งดีในตน (strengths, resources, resilience)
3. การให้การปรึกษาแบบฐานทั่วไป (generic counseling) และแบบกระชับรวดเร็ว (brief counseling)
4. การให้การปรึกษาเฉพาะกลุ่ม กล่าวคือกลุ่มผู้ติดยาเสพติด (drug counseling) โดยเฉพาะกลุ่มที่รับยาเมทาโดนระยะยาว (methadone maintenance) การลดอันตรายจากการใช้ยา เพื่อลดผลกระทบจากการติดเชื้อ HIV ในผู้ใช้ยาเสพติด
5. วิธีการที่จะให้การปรึกษาเฉพาะกลุ่ม กล่าวคือกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV (HIV counseling) การให้การปรึกษาเพื่อเกิดความสมัครใจในการตรวจเลือด (voluntary counseling and testing) และการให้การปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือด (pre-test & post-test counseling)
6. หลักทฤษฎี ที่ใช้ในการให้การปรึกษาเพื่อลดอันตรายจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร
7. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavior modification), จิตวิทยาการปรึกษาเชิงพฤติกรรม (behavioral counseling), จิตวิทยาการปรึกษา/จิตบำบัดเชิงการรู้คิด (cognitive behavior counseling/therapy) ชื่อย่อ CBT), และระยะขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ (stages of change)

8. การสัมภาษณ์/จิตวิทยาการปรึกษาเพื่อการสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing ซื่อย่อ MI หรือ motivational enhancement)
9. การประเมิน (assessment)
10. บทบาทของผู้ให้การปรึกษา (educator, counselor, consultant, coach, behavior modifier, supporter, model, case manager)
11. ความสำคัญของการปรึกษาเป็นกลุ่ม ครอบครัว (group, family counseling) ในหมู่ผู้รับยาเมทาโดนระยะยาว
12. การปรึกษาเรื่องการหางานและการมีงานทำ (career counseling) หรือการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ หรือการมีจิตอาสา (volunteering) เป็นต้น

ปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อประสิทธิผลในการให้การปรึกษา

1. ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) (MI) หรืออีกชื่อหนึ่งคือ Motivational Enhancement เข้าเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยงานให้ผู้ติดยามีแรงจูงใจ ตามลำดับขั้นในการปกป้องตนเองให้มีสุขภาพดี โดยต้นกำเนิดคือ W. R. Miller (1983) (อ้างใน Borrelli, 2006, น. 13)

2. ใช้ทฤษฎีจิตบำบัดเชิงพฤติกรรมความรู้คิด (CBT) (Cognitive Behavior Therapy)

3. มนุษยนิยม และความเข้าใจไปในจิตใจ (humanistic, phenomenology) ได้แก่ การที่ผู้ให้บริการตระหนักอยู่ในใจว่ากำลังช่วยคน มิใช่คิดว่ากำลังบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (treating a person not drug addict) การตั้งไว้ในใจเช่นนี้จะทำให้เกิดความเมตตาและให้การดูแลผู้รับบริการอย่างให้เกียรติ (respect) เสมอภาค (equality) ทำให้เกิดพื้นฐานความเข้มแข็งในบุคคลได้ง่าย (strength-based) เกิดมิตรภาพและความร่วมมือสูง

วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยตามแนวของการสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ ดังนี้

ประเด็น	สิ่งที่จะช่วยให้บุคคลตายใจ
● อุปสรรคภายในตนเองที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง	
ยังไม่ตัดสินใจ/ลังเล/กำกวม (ambivalence)	<ul style="list-style-type: none"> - รู้ตัว, รู้จักตัวเอง (self awareness) - ชัดแจ้งตนเอง (insight) - มั่นใจ (condence) - มั่นคง (secure) - “พันธง” (rm decision)
ผู้รับบริการสับสนไม่มั่นใจ	<ul style="list-style-type: none"> - การพูดคุยโดยเน้นให้เกิดกำลังใจ (encouragement) - ช่วยให้หาจุดยืนได้ (feel anchoring, feel grounded) - มีเป้าหมายชีวิต (life goal)
บุคลิกภาพส่วนตัว: เช่น - บุคลิกภาพเชิงอ่อนแอ - มีความเชื่อว่าตนเองอ่อนด้อย	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความเข้มแข็งสร้างสรรค์ในตน (resilience, strengths) - ให้กำลังใจและคิดเชิงบวก เช่นใช้ IALAC (I am loveable and capable).
ความกลัวการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - เห็นลู่ทาง (life path) - เลือกทางเดินชีวิตของตนเอง (independent, choice of life course) - ตัดสินใจด้วยตนเอง (decision) - กำลังใจ - อารมณ์-ฝึกให้ควบคุมอารมณ์ได้ และทำให้อารมณ์อยู่ในสภาพคงตัวไม่สั่นไหว (stable, emotional regulation)

ประเด็น	สิ่งที่จะช่วยให้กลีกลายขึ้น
● อุปสรรคภายนอกที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง	
ถอนอุปสรรคภายนอกที่ได้ออกได้แก่ การพูดและการกระทำของบุคคลใกล้ชิด ที่มีผลเชิงลบต่อผู้รับบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ social support เช่น ให้ญาติ หรือผู้ใกล้ชิดรู้จักให้กำลังใจให้มากขึ้น และขณะเดียวกันก็ให้ลดการพูด/ทำในสิ่งที่จะสร้างความท้อแท้เสียกำลังใจในผู้ติดยา ; - ฝึกฝนให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่เหมาะสม (reconditioning) - ช่วยให้เกิดความงอกงามในมิติส่วนตัวต่างๆ (personal growth)
เพิ่มทรัพยากรภายนอกที่มีส่วนเกื้อหนุนกำลังใจ	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับสภาพบริบท (setting) ให้เอื้อต่อการจะเลิกยาเสพติด และลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV - หาบุคคลที่จะเป็นผู้หนุนกำลังใจ (social support

1. ความเข้าใจพื้นฐาน: การลดอันตราย

ผู้อ่านควรทำความเข้าใจเบื้องต้นตามที่เขียนไว้ข้างบนก่อนว่า เหตุใดจึงต้องลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ในหมู่ผู้ติดยาเสพติด หรือที่บางแห่งเรียกว่าเป็นวิธีการลดอันตราย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นภาพทะลุปรุโปร่งทั้งหมดงาน ว่าตนเองกำลังทำงานอยู่ที่จุดไหน และจะไปทางไหนต่อ ด้วยเหตุผลอะไร ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ทำงานกับผู้ติดยาเสพติดที่กำลังรับเมทาโดนระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การให้ผู้ติดยาเสพติดใช้เมทาโดนระยะยาวก็เข้าข่ายเป็นการลดอันตรายจากการติดเชื้อ HIV ด้วย แม้ว่าจะมีมาแต่เดิมนานแล้ว และจุดมุ่งหมายตอนแรกยังมองไม่ถึงว่าเป็นการลดความเสี่ยงก็ตาม

ความหมาย: การลดอันตราย หรือ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk reduction) (RR)

เป็นการลดภาวะอันตราย (harm minimization, harm reduction) (เป็นวิธีการที่เริ่มใช้ในกรุงอัมสเตอร์ดัม เมื่อราวปี 1980 กว่าๆ ต่อมาได้ถูกนำมาใช้และแผ่ขยายไปยังเมืองรอตเตอร์ดัม และลิเวอร์พูล (Heather, Wodak, Nadelmann, & O'Hare, 1993).

ความเป็นมา Harm Reduction มีจุดเริ่มที่ยุโรปตะวันออก ในการประชุมนานาชาติครั้งที่ 18 ยังเป็นวิธีที่กำลังพัฒนาอยู่ การลดอันตรายจากการใช้ยานี้ มีใช้อยู่ได้ด้วยตัวเองโดดๆ แต่เป็นชุด (set) ของโปรแกรม ที่มีเป้าหมายเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นอันตราย (MacCoun, 1998) เป็นรูปแบบการรักษาผู้ติดยาเสพติดรูปแบบหนึ่ง ที่เน้นไปที่กระบวนการพฤติกรรมซึ่งใช้พื้นฐานความรู้ทางเทคนิคทฤษฎีจิตวิทยา บูรณาการเข้ากับกรอบของความเชื่อว่าการลดอันตรายของ Marlatt (1998) และ การป้องกัน

การกลับไปเสพซ้ำ (relapse prevention) (Marlatt & Gordon, 1985) ร่วมกับหลักการสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มกำลังใจ (Motivational Interviewing) ของ Miller & Rollnick (2002) ทั้งหมดนี้รวมกันแล้วจะช่วยให้สามารถดึงผู้รับบริการมาเข้าร่วมโครงการบำบัดรักษาได้ดีกว่า ช่วยให้คงอยู่ในโครงการได้อย่างต่อเนื่องนานกว่า และลดการใช้ยาเสพติดลงได้ อีกทั้งจะช่วยให้สุขภาวะโดยรวมของผู้ติดยาดีขึ้นด้วย (MacCoun, 1998) ส่วน Rogers & Ruefli (2004) ท้าวจิตวิทยาถึงวิธีการของการลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด คือการใช้หลักการ “low-threshold approach” ซึ่งหมายถึงการที่ผู้ติดยาไม่ต้องเลิกยาโดยสิ้นเชิงก็ได้ในระหว่างการบำบัดรักษา แต่ให้ลดตามแต่ผู้ติดยาแต่ละคนจะปรับได้ ทั้งนี้เพราะใช้แนวคิดที่ว่าผู้ติดยาส่วนใหญ่จะยังเลิกไม่ได้ 100% ในระยะแรก ดังนั้นแทนที่จะตั้งเป้าหมายให้เลิกยา 100% และปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมโดยสิ้นเชิง ก็จะกลายเป็นปฏิบัติการเพื่อเป้าหมายในการชำระพฤติกรรมผู้ติดยาเสพติด และยังคงมีกำลังใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม และการระวังความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ไปด้วย ในขณะที่ยังเลิกยาเสพติดไม่ได้ 100% นอกจากนั้นยังต้องให้บริการปรึกษาการป้องกันการเสพซ้ำ และการเยียวยาฟื้นฟูสภาพให้ยาเมทาโดนทดแทนในระยะยาว ทั้งนี้อาจรวมเทคนิคการปกป้องตนเองเชิงสังคมที่จำเป็น เช่น การฝึกปฏิเสธเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัย การเจรจาเพื่อให้ความปลอดภัยทางเพศสัมพันธ์ การลดอันตรายในแง่ต่างๆในชีวิตประจำวัน เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ติดยาจะยินยอมที่จะให้รักษาตนให้ปลอดภัย ไม่ให้เกิดความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการนี้ต้องครอบคลุมถึงการใช้หลักสุขภาพอนามัยที่ดีที่เข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ หากมีกลุ่มผู้เกื้อหนุนทางจิตใจเป็นเพื่อนและเป็นผู้คอยช่วยเหลืออยู่เสมอก็จะเป็นประโยชน์ที่สมบูรณ์ต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงยิ่งขึ้น ซึ่งยืนยันได้ว่าผู้จะเลิกยาต้องการบริการปรึกษาทางจิตวิทยา (counseling) เป็นอย่างมาก อนึ่ง หากมีการช่วยทุกวิถีทางที่จะให้ผู้ติดยาได้เข้าถึงบริการให้เร็วที่สุด จะช่วยให้ป้องกันการติดเชื้อ HIV ในหมู่ผู้ติดยาเสพติดได้ โดยการให้บริการปรึกษาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV การตรวจเลือด การดูแลปฐมภูมิ การช่วยเหลือด้านอาชีพ-การหางาน และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบของการใช้วิธีการหลักความเสี่ยงความเสียหายในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นนี้ ยังเป็นเรื่องที่ถกเถียงกันอยู่มาก เนื่องจากยังมีหลักฐานยืนยันทางการวิจัยไม่หนักแน่นพอ (Rogers, S. J. & Ruefli, T. 2004) ทั้งสองท่านนี้จึงลองทำวิจัยศึกษาความรู้ด้านนี้ให้ก้าวหน้าขึ้นไป จนได้พบว่าผู้ติดยาเสพติดที่เข้าโปรแกรมการรักษาก็มักจะมีอาการก้าวร้าว ไม่ว่าจะเข้าโครงการยาวนานหรือไม่ แต่จะขึ้นอยู่กับการได้เข้ารับบริการจากบุคลากรที่หลากหลายมากกว่าจะพบผู้ให้บริการเพียงคนเดียวตลอดโปรแกรม

ต่อมาองค์ความรู้ทางจิตวิทยาได้ช่วยให้มีการมองลึกลงไปในสภาวะกระบวนการของพฤติกรรมนอกเวลาการปรึกษา เช่น ตอนที่ผู้จะเลิกยาอยู่กับบ้านหรือที่ทำงานหรือวิถีชีวิตประจำวันอื่นๆ องค์ความรู้เหล่านั้นได้แก่ การทำจิตบำบัดเชิงพฤติกรรม-การรู้คิด (cognitive-behavioral therapy (CBT; Safran & Segal, 1990); การบำบัดรักษาเชิงพลวัตทางจิตใจ (psychodynamic therapy) ที่ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (relational analysis) และช่วยให้เกิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเพิ่มขึ้นได้ อันเป็นทักษะทางสังคมที่ผู้ติดยาจะได้ฝึกกับผู้บำบัดรักษา การตระหนักประจักษ์อย่างกระจ่างในตนเองและวิธีการที่ตนจะเลือก

มาใช้ (Greenberg & Mitchell, 1983) จึงเป็นเหตุให้ NIDA ได้แนะนำแนวทางให้แต่ละศูนย์บำบัดรักษาต้องมีผู้ชำนาญอย่างน้อย 2 ด้านประกอบกัน กล่าวคือชำนาญด้าน CBT และ กระบวนการสัมพัทธ์เพื่อให้เกิดกำลังใจ (MI) มาบูรณาการร่วมกัน เพื่อให้โปรแกรมนี้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมั่นใจ มีผู้ปฏิบัติงานจำนวนมากที่ยังไม่ตระหนักถึงการใช้กระบวนการทางจิตวิทยาเพื่อการเข้าถึงสภาวะการณ (process) ของผู้จะเลิกยา ซึ่งปัจจุบันได้รับการยอมรับแล้วว่าในโปรแกรมการลดอันตรายต้องใช้ความรู้ทางจิตวิทยาเข้าร่วมด้วย (Futterman, Sapadim, & Silverman, 2004) หากการบำบัดเป็นกลุ่มก็ต้องนำทฤษฎีจิตวิทยากลุ่มเข้าใช้ประกอบด้วย เช่น ทฤษฎีของยาลอม (Yalom, 1995) และสิ่งที่จะช่วยโดยตรงอีกอย่างหนึ่งคือการช่วยเหลือครอบครัว (family therapy/counseling) พร้อมกับการช่วยเหลือผู้ติดยาในด้านการแพทย์ด้วย

2. เข้าใจสาเหตุของการใช้ยา

- มีปัจจัยด้าน แรงผลักดันให้มีความอยากจนห้ามใจไม่อยู่ (impulsivity),
- หย่อนสมรรถนะในการจัดการกับชีวิต (coping)
- เครียด (stress)
- ไม่อดทนรออะไรนานเกินไป (delay of gratification)
- อิทธิพลของเพื่อน (peer influence)
- มีความคิดฝังติดบางอย่างที่ซ่อนอยู่ (complex cognitive processes) ในเรื่องความคาดหวัง/ การเล็งว่าจะใช้ยา (drug expectancies) Brown (1993), ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญงานวิจัยด้านนี้สรุปไว้จากหลักฐานพยานว่าการคาดเล็งจะเป็นตัวตั้งต้นนำไปสู่การใช้ยา (expectations as antecedents and correlates of substance abuse)

กรณีตัวอย่าง

ลองสมมติว่าคุณเป็นบุคลากรด้านจิตวิทยาการปรึกษาแก่ผู้ติดสารเสพติดที่กำลังรับยาเมทาโดนระยะยาว เขาเป็นเด็กหนุ่มอายุราว 23 ปี เป็นลูกคนเดียวของพ่อแม่ กำลังเรียนใกล้จะสำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษา วันหนึ่งเขาเข้ามาขอพบคุณ แล้วมานั่งบ่นถึงความกลุ้มใจของเขา ที่แทบจะทำให้เขาตัดสินใจฆ่าตัวตายไปเสียให้พ้นจากโลกนี้ คุณให้เวลากับเขาและได้รับฟังเรื่องตามที่เขาเล่ามา ตอนสำคัญตอนหนึ่งคือ เขากำลังสงสัยว่าเขาจะพลาดทำไปติดเชื้อ STI จากเพศสัมพันธ์กับแฟนสาวของเขาที่รักกันมาตั้งแต่อยู่ชั้นปี 1 ต่างครองความบริสุทธิ์มาตลอด จนกระทั่งเมื่อเร็วๆนี้ มีการเลี้ยงฉลองวันเกิดเพื่อนและวันนั้นเลิกดึกมาก เขาจึงไปส่งแฟนสาวที่บ้าน บังเอิญคืนนั้นญาติของแฟนกลับบ้านต่างจังหวัดกันหมดนั่นเองที่ทำให้เขาและแฟนเผลอตัวไป ต่อมาเขารู้สึกมีความผิดปกตินในตัวเอง แต่ไม่กล้าไปตรวจ เพราะกลัวจะทราบผลที่อาจออกมาในทางที่เขาไม่อยากจะให้เป็นผลเช่นนั้น ทั้งเครียด ทั้งกลุ้ม ทั้งกลัวทุกอย่างกลัวจะติดโรคร้าย กลัวพ่อแม่เสียใจ กลัวเสียอนาคต กลัวไม่เหมือนเดิม กลัวรับไม่ได้ จะเล่าให้ใครฟังก็ไม่กล้า กลัวเขาเสียใจและผิดหวัง แล้วจะทำให้ผู้จะเลิกยารายนี้ผิดหวังในตัวเองเพิ่มเข้าไปอีก กลัวจะ

เสียความรู้สึก และเสียคุณค่าตัวเอง (เสีย self) ไปเลย ท้ายที่สุด เขาถามคุณว่า จะให้เขาทำอะไรดี

หากคุณเป็นผู้ให้การปรึกษาในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแห่งนี้ และได้รับนโยบายการให้การปรึกษา เพื่อตรวจเลือกอย่างสมัครใจในหมู่ผู้รับยาเมทาโดนระยะยาว ดังกรณีตัวอย่างที่ยกมานี้ ท่านจะอย่างไร เริ่มต้นอย่างไร และจะมีวิธีการอย่างไร ท่านจะต้องมีความรู้และทักษะในเรื่องสำคัญๆอะไรบ้าง ที่จะทำงานกับผู้รับบริการรายนี้ให้บรรลุเป้าหมายของทุกฝ่ายได้ และเป้าหมายของผู้รับบริการ กับของท่าน และของผู้บริหาร ของชุมชน ของพ่อแม่ของผู้รับบริการ เป็นอันเดียวกันหรือไม่ แล้วท่านจะเลือกทิศทางใด และเลือกวิธีการใด จะใช้เวลาเท่าไร

จากตัวอย่างที่ยกมานี้ ท่านคงตระหนักขึ้นมาบ้างแล้วว่า การที่จะทำงานนี้ไม่ง่ายอย่างที่คิด ทั้งยังต้องอาศัยพื้นฐานทางทฤษฎี และปฏิบัติที่หนักแน่นไม่น้อย ด้วยเหตุนี้ ผู้เขียนจึงได้ชี้ให้เห็นหลักฐาน จากงานวิจัยและทฤษฎีในการให้การปรึกษาต่างๆว่า ต้องใช้วิทยาการที่มากกว่าแค่การทำ pre-test, post-test ง่ายๆ ง่ายๆ โดยไม่คำนึงถึงพื้นฐานการเข้าใจสถานะจิตใจของผู้รับบริการ หรือการไม่ประเมินว่าเขา มีแรงจูงใจระดับใด เขามีพลังหรือทรัพยากรอะไรดีอยู่บ้าง ที่จะนำมาหนุนให้เขามีกำลังใจต่อสู้หรือ แก้ไขภาวะวิกฤตของเขาต่อไป

หากผู้อ่านตระหนักแล้วว่าท่านต้องเรียนรู้เพิ่มเติมเรื่องอะไรอีกบ้าง ก็ต้องรีบชวนขวายเป็นเตรียม ความพร้อมตนเองไว้ เพราะท่านจะพบกับกรณีศึกษาอย่างที่ยกตัวอย่างมาอีกหลายคน อาจมีเรื่องราวที่ ซ้ำๆกัน และไม่ซ้ำกันก็มี ท่านคงต้องมีการเรียนรู้และฝึกทักษะตนเองอย่างต่อเนื่องและตลอดชีวิตที่ทำงาน นี้อยู่ หมั่นหาความรู้ที่ทันสมัยอยู่เสมอ หมั่นแลกเปลี่ยนเคล็ดลับที่พบเจอกับเพื่อนร่วมงาน หรือเพื่อนร่วม วิชาชีพ (mentor) เพื่อทำให้งานของท่านที่จะพูดคุยกับผู้รับบริการตรวจเลือกอย่างสมัครใจให้เร็วที่สุดและ มีประสิทธิภาพที่สุด

ผู้เขียนหวังว่าเนื้อหาที่เขียนในบทความนี้ จะช่วยกระตุ้นให้ท่านเร่งดำเนินการ และหวังว่าจะเป็น ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการนำมาใช้ประยุกต์ในงานการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดทั่วไปและผู้ติดยาที่รับ เมทาโดนระยะยาวโดยเฉพาะ

แนวทางป้องกันการติดเชื้อ HIV และการดูแลผู้ติดยาที่รับเมทาโดนระยะยาว

เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า การใช้เพียงวิธีเดียวใดๆอาจจำเป็นกับบางคน แต่ยังไม่พอเพียงที่จะทำ ให้เกิดผลต่อประชากรส่วนใหญ่ (Each strategy alone may be necessary but not sufficient for public health impact) ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานจะต้องเข้าใจความหมายและข้อมูลพื้นฐานของหลักการและ ทฤษฎี ที่มาของงานที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่ผู้เขียนจำเป็นต้องนำไปใช้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการทำงานกับ ผู้ติดยาที่ใช้เมทาโดนระยะยาวยิ่งขึ้น (ผู้อ่านสามารถอ่านเพิ่มเติมทั้งหมดนี้ได้ใน ทัศนวิสัย เอเมววรรณนะ 2547, 2548 และ 2553-กำลังตีพิมพ์) ผู้เขียนได้ประมวลเนื้อหาต่อไปนี้มาให้ทราบพอเป็นสังเขป

1. การให้การปรึกษาผู้ติดสารเสพติด (drug counseling) เป็นการให้การปรึกษาที่ต้องใช้ฐานของความรู้และทักษะของจิตวิทยาการปรึกษาแบบทั่วไปและแบบกระชับ มาประยุกต์ใช้กับผู้ติดสารเสพติดซึ่งเป็นกลุ่มเฉพาะ (specific group) จึงต้องมีการฝึกฝนตามมาตรฐานการปฏิบัติงานในระดับที่สมาคมทางวิชาชีพรับรอง (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ 2548, น. 3)

2. การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ, การหนุนกำลังใจ (Motivational Interviewing, Encouragement)

การเพิ่มแรงจูงใจในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่อยู่ในโครงการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว (Motivational Enhancement in Methadone Maintenance Patients) เป็นวิธีการที่มีประโยชน์มากในผู้ที่ยังก้ำกึ่ง/ลังเล/สองจิตสองใจ (ambivalence)ว่าจะเลิกยาหรือจะเสพต่อ เทคนิคของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างพลังใจ (Motivational Interviewing) ถูกนำมาใช้ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล รวมถึงการใช้ในกลุ่มผู้ติดยาด้วย (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2548, น. 103) โปรดอย่าลืมว่าเป็นเพียงหนึ่งในหลายวิธีที่จะช่วยเอื้อให้ผู้ติดยาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง

ความรู้สึกลังเลและก้ำกึ่งนี้คือลักษณะหนึ่งของคนที่รู้สึกลำบากใจถ้าตนเองจะต้องเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งเดิมๆที่ตนคุ้นเคย จะด้วยเหตุใดก็ตาม ผู้ที่อยู่ในสภาวะนี้กำลังต้องการความช่วยเหลือ ตัวอย่างที่พบคือ เมื่อผู้ติดยาเป็นอาฉิม (พฤติกรรมเดิมที่คุ้นเคย) จะต้องเลิกใช้ยาเสพติด(พฤติกรรมใหม่) ก็จะซัดจะคิดลังเล บ่อยครั้งความเคยชินในพฤติกรรมเดิมอาจผลักดันให้มีอิทธิพลต่อความคิดเป็นอย่างมาก ยิ่งต้องผินตัวเองให้ปรับตัวไปฝึกพฤติกรรมใหม่เมื่อเผชิญอุปสรรคหรือความยากลำบากบนเส้นทางของพฤติกรรมใหม่ ก็อาจถึงกับคิดลังเล/ไม่แน่ใจว่าจะออกจากโครงการบำบัดรักษายาเสพติดดีหรือไม่ เป็นต้น หากผู้ให้บริการตระหนักในธรรมชาติของมนุษย์ในข้อนี้ ก็จะสามารถเข้าใจผู้ติดยาได้ว่าจะมีอยู่ช่วงหนึ่งที่ผู้ติดยามักจะมีเหตุผลต่างๆมาเป็นข้ออ้างให้กับตนเองที่จะออกจากระบบการรักษา เมื่อผู้รักษาสังเกตภาวะวิกฤตของผู้ติดยาได้ ก็มีหน้าที่ช่วยให้ผู้ติดยาข้ามพ้นอุปสรรคตรงนี้ไปได้ได้อย่างเข้าใจเป็นกำลังใจและเห็นใจ ซึ่งจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจแก่ผู้ติดยาเพิ่มขึ้น และเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการของรูปแบบ MI

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

การที่ใช้ศัพท์ว่า interviewing เพราะต้องเกี่ยวข้องกับการฟังและการตั้งคำถามอย่างมีวิธีการมากกว่าจะเป็นการสอน ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจให้หลุดออกจากความลังเลใจ เพื่อจะได้เริ่มต้นเปลี่ยนแปลงเสียที เหมือนกับนักข่าวผู้สัมภาษณ์ผู้คนในเชิงที่ช่วยให้ผู้คนคิดให้ลึกลงไป ในการใช้วิธีการเสริมแรงจูงใจนี้ ผู้ให้บริการสามารถใช้การฟังให้เข้าใจ ฟังอย่างไม่เคลือบแคลงและวิจารณ์ มีลักษณะเห็นอกเห็นใจมีความจริงใจและไม่อคติ

เริ่มจาก วิลเลียม มิลเลอร์ (William R. Miller) ซึ่งเป็นศาสตราจารย์สาขาจิตวิทยาคลินิกและจิตเวช มหาวิทยาลัยนิวยอร์กที่มีชื่อเสียงจากงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ใช้ยาและสารเสพติด ในระยะหลังส่วนมากจะทำงานร่วมกับ Stephen Rollnick ต่อมาได้เขียนหนังสือร่วมกันที่เป็นที่กล่าวขวัญกันอย่างมากมายโดยถือเป็นการสนทนาและเป็นที่ปรึกษา เรื่อง Motivational interviewing : Preparing people for change (2002) เป็นหนังสือที่สะท้อนความรู้ใหม่ด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงของคน ซึ่งพัฒนาออกไปประยุกต์ใช้ออกวงการยาเสพติดแล้วในปัจจุบัน ผู้ประพันธ์ทั้งสองคนแสดงให้เห็นวิธีการที่จะฟันฝ่าผ่านขั้นตอนการลังเล-ตัดสินใจไม่ได้-ไม่ได้ตัดสินใจ ที่จะเปลี่ยนแปลง จากประสบการณ์ของมิลเลอร์ที่เคยดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการศูนย์ผู้ติดสุรา สารเสพติดและการเสพติด (Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions) เคยเขียนหนังสือกว่า 27 เล่ม และบทความกว่า 300 บทความ ทั้งหมดนี้สะท้อนความสนใจโดดเด่นด้านการเปลี่ยนแปลง (change) การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด การผสมผสานระหว่าง จิตวิทยา-ศาสนา-จิตวิญญาณ จนค้นพบเรื่องการเปลี่ยนแปลงเชิงลึก ลงไปถึงจิตวิญญาณและพลังในตน (quantum change) โดยอาศัยความชำนาญพื้นฐานด้านการเปลี่ยนแปลงมนุษย์นี้เอง หากผู้อ่านมีเวลา โปรดติดตามศึกษาเพิ่มเติมจากงานของมิลเลอร์จากหนังสือดังกล่าวข้างต้น และ ทิพาวดี เอมะวรรณนะ (2549, น.17)

การสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มพลังใจนี้จัดอยู่ในหมวดของการคิด (cognitive) ซึ่งครอบคลุมการตัดสินใจ (decision) และการค้นพบสูตรของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (resolution to change) เป็นวิธีการใหม่ที่วางกรอบการให้การปรึกษาอย่างชี้ชัดตรงประเด็น (directive) แต่ยังคงเน้นผู้รับบริการเป็นหลัก (client-centered) (APA, 2002) (Retrieved June 4, 2006, from <http://ccvillage.buffalo.edu/pr.html>) หากผู้ปฏิบัติงานเข้าใจแนวคิดนี้ และมีการฝึกฝนตนเองให้สามารถนำหลักการสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มพลังใจตามแนวที่กล่าวข้างต้นไปใช้ให้การให้การปรึกษาแก่ผู้รับยามหาโดนระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด อันจะทำให้เกิดการสมัครใจในการตรวจเลือดฯ และการมีกำลังใจในการจะเลิกยาและลดพฤติกรรมเสี่ยงของตนได้ต่อไป เอกสารหลักฐานในแนวทางประเภทที่ให้การปรึกษาแนวใหม่นี้ ผู้อ่านสามารถสืบค้นได้จาก Drug Net

หลักการสังเขปตามแนวที่กล่าวข้างบน คือ

ก. การฟังอย่างตั้งใจและเข้าใจ (attentive and empathic listening) ผู้ปฏิบัติงานควรมีสมาธิตั้งใจฟังเรื่องราว และเข้าใจรูปแบบ (pattern) ลักษณะบุคลิกของผู้รับบริการในขณะนั้นๆ และอาศัยการถามคำถามอย่างมียุทธวิธี มากกว่าการอบรมสั่งสอน (psycho-education) แก่ผู้ป่วยที่ไม่แน่ใจว่าตนเองจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีหรือไม่

ข. การประเมิน (assess) ผู้ปฏิบัติงานต้องมีความสามารถประเมินได้ว่าผู้รับบริการมีความคิดสองจิตสองใจเกิดขึ้นหรือไม่ ที่จะทำให้เป็นอุปสรรคต่อการอ้างพฤติกรรมงดยา/พฤติกรรมเสี่ยง และประเมินได้ว่า ผู้รับบริการมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นใด เพื่อจะได้ขับเคลื่อนผู้รับบริการให้มีกำลังใจเพิ่มขึ้นๆ

จนถึงขีดที่จะตัดสินใจ และลุกขึ้นมาปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองได้ด้วยตนเองร่วมกับมีแรงใจที่อยู่ในระดับสูง

ค. การช่วยสำรวจและสะท้อนให้ผู้รับบริการได้คิดสำรวจหาบุคคลที่เป็นทรัพยากรสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงนั้น (support system) หรือ สิ่ง/กิจกรรมที่อยู่ในทิศทางอันเสริมสร้างพลังใจ (alternatives) เข้ามาช่วยอีกแรงหนึ่ง เช่น คิดหาทางที่จะเปลี่ยนย้ายจากจุดอารมณ์ที่เจ็บปวดและยากต่อการเปลี่ยนแปลง มาเป็นพลังใจในการอยากเปลี่ยนแปลงเพื่อขจัดความทุกข์ความเจ็บปวดนี้ออกไปให้ได้ แล้วมีการเตรียมการหาสิ่งที่จริงใจ (pleasure) เพื่อเพิ่มพลังใจให้เปลี่ยนแปลงได้ง่ายขึ้น หรือไม่ก็หาแรงจูงใจที่ดีกว่าความสุขที่ได้รับจากการเสพยา เป็นต้น เช่นตั้งคำถามให้เขาได้คิดว่า “คุณลองนึกทบทวนดูสิว่ามีกิจกรรม (ที่ไม่ใช่การใช้ยา) อะไรที่คุณทำแล้วทำให้เกิดความสุขเท่ากับการใช้ยาบ้าง”

ง. ขำรบบรรยากาศในการให้การปรึกษาและสัมภาษณ์ที่ผ่อนคลายน่าไว้วางใจ

เพื่อให้เพิ่มแรงจูงใจในผู้รับบริการ ให้เกิดความเต็มใจในการเปลี่ยนแปลงตัวเขาเอง และเพิ่มความร่วมมือ จึงเน้นการสื่อสารพูดคุยอย่างมียุทธวิธี ให้อยู่ท่ามกลางบรรยากาศที่ผ่อนคลาย สบายๆ ใช้หลักของทางสายกลาง ให้ผู้รับบริการได้รู้สึกว่าเขาเองที่อยากเปลี่ยนแปลง เขาจึงต้องเป็นผู้ที่จะปรึกษาพูดคุยอย่างอิสระเกี่ยวกับการที่เขาจะเปลี่ยนแปลงหรือไม่เปลี่ยนแปลง ด้วยวิธีเช่นนี้ จึงเป็นทางที่มาจาก การตัดสินใจของเขาเองจากภายใน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของชีวิตตัวเอง มีความรับผิดชอบต่อความคิดอ่านหาวิธีการบริหารจัดการกับตัวเองอย่างเหมาะสมลงตัว วิธีการ MI จึงไม่ใช่เป็นการให้สูตรในการแก้ไขปัญหากับผู้รับบริการ แต่เป็นการที่ผู้ให้การปรึกษาเป็นฝ่ายกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดกำลังใจในการดูแลตนเองและคิดหาทางแก้ไขปัญหาของตนเอง เป็นการจัดการกับผู้รับบริการที่ไม่ค่อยร่วมมือ (resistant) วิธีการ MI สามารถผสมผสานได้อย่างดีในงานด้านสุขภาพปฐมภูมิ เป็นการออกแบบการสื่อสาร ที่ใช้ได้เหมาะกับกรณีของผู้รับบริการที่สองจิตสองใจ ตัดสินใจพันธลงไปไม่ได้สักที

องค์ประกอบของวิธีการ MI

องค์ประกอบของวิธีการ MI ที่คัดสรรว่าเหมาะกับการนำมาในโครงการช่วยเหลือให้เพิ่มกำลังใจ มีดังต่อไปนี้

1. มิตรไมตรี (relationship) เมื่ออยู่ในบรรยากาศที่เป็นมิตร ผู้รับบริการย่อมรู้สึกผ่อนคลายเป็นกันเองที่จะบอกเล่าอย่างแบ่งปันได้ ผู้สัมภาษณ์จะต้องทำให้เอื้อต่อการที่เขาจะอยากพูดคุยให้มากขึ้น เช่น จะต้องตั้งใจฟัง และสะท้อนเนื้อหาความในทิศทางที่ช่วยให้ผู้พูดกระจ่างและเข้าใจประเด็นปัญหาของตัวเองมากขึ้น

2. รับฟังและแสดงออกอย่างเป็นมิตรมีจิตเมตตา นอกจากนั้นผู้ฟังยังต้องไม่วิจารณ์ มิฉะนั้นผู้พูดอาจเลือกเฉกออกไปในทางที่ไม่เป็นความจริงแท้เพราะกลัวว่าถ้าเล่าเรื่องจริงที่เกิดขึ้นออกไป เขาอาจถูกตำหนิวิจารณ์ได้นั่นเอง ตัวอย่างเช่น เมื่อหมอลงถามคนไข้เขาหวานว่ารับประทานยาหรือเปล่า เขาอาจตอบว่า

ทาน แต่หมอสั่งให้เห็นว่าอาการโรคไม่ได้ทุเลาลงเลย ฝีมือที่เกิดจากบรรยากาศอันไม่เอื้อต่อการบอก
ความเข้าใจได้อย่างสะดวก จึงเป็นเหตุให้หมอไม่สามารถทราบข้อเท็จจริงได้ว่าเกิดจากให้ยาน้อยไป หรือ
เกิดจากยานี้ไม่สามารถใช้ได้ผลกับโรคนี้กันแน่ หรือเพราะผู้ป่วยไม่กล้าพูดความจริง

3. วิธีการ MI เป็นวิธีที่เน้นผู้รับบริการเป็นหลัก (client-centered) และเน้นการเข้าใจมุมมอง
ของผู้รับบริการให้มาก นับว่าเป็นวิธีที่เน้นมนุษยนิยม (humanistic) ทั้งนี้ได้หมายความว่าผู้ให้การปรึกษา
ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องจำเป็นได้เลย แต่หมายความว่าให้ฟังผู้รับบริการให้
เข้าใจก่อน แล้วเขาจะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์มีคุณค่าต่อการพิจารณาหาทางรักษาได้ตรงเรื่องที่สุด เพราะ
คนไข้เป็นคนเดียวที่ทราบดีว่าเขาไปผ่านอะไรมา เขาคิดอย่างไร มีความเชื่ออย่างไร และเขาปฏิบัติตน
อย่างไรในวันก่อนๆ จะแก้ปัญหาได้ตรงจุดอย่างไร และสามารถให้ยาได้ถูกขนาด หรือช่วยให้มีการปรับวิธี
การรักษาให้เหมาะกับเขาได้โดยเร็วที่สุด ส่วนมากแพทย์และผู้ให้บริการมักจะเผลอคิดว่าตนมีความรู้มาก
กว่าผู้ป่วย จึงไม่ค่อยจะยอมฟังแต่จะเป็นฝ่ายถามผู้ป่วยในคำถามตามรายการที่ได้เรียนมามากกว่าที่จะ
เอื้อให้เขาเป็นคนบอกความตามที่เขาเป็นจากฝ่ายเขาออกมา อีกประการหนึ่งฝ่ายผู้ให้บริการมักคิดว่า
ไม่มีเวลาจึงไม่อยากจะไปเสียเวลาฟัง แต่กลับหาทราบไม่ว่ายังไม่ฟังแล้วขึ้นรักษาไปก็จะยิ่งเสียเวลา
ไปใหญ่ คนไข้ก็ไม่อยากร่วมมือพูดคุยกับคนที่ไม่เป็นมิตรกับเขาและไม่ฟังเขา วิธีการที่จะใช้เราเรียกว่า
Elicit-Provide-Elicit Process (โปรดศึกษาเพิ่มเติมศัพท์เทคนิคนี้ในงานเขียนต่อไป)

4. การเดินทางสายกลาง ไม่ฝืนให้ผู้งดยาจะต้องเลิกยาให้ได้อย่างขาวสะอาด 100% เพราะจะ
ทำให้ผู้รับบริการส่วนใหญ่หลุดออกจากวงจรการรักษา ทั้งนี้เพราะคนส่วนใหญ่ไม่สามารถเปลี่ยนนิสัยแบบ
หักดิบได้หมด แต่ส่วนใหญ่จะถนัดเอื้อเพื่อใจติดกับตัวเอง จึงต้องใช้วิธีค่อยเป็นค่อยไป โดยเดินทางสายกลาง
และผ่อนสั้นผ่อนยาวเข้าไว้

5. ใช้หลักการของระยะขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stages of change) หลักการของ
MI แตกแขนงออกมาจากองค์ความรู้ของ Prochaska and DiClemente ดังนั้นจึงจะเห็นความคล้ายกัน
ในทั้งสองรูปแบบ (ดู ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2548, น. 49)

หากผู้รักษาได้แต่สั่งสอนและรีบๆพูด อาจเกิดผลเสียได้ กล่าวคือ เมื่อหมอรีบๆ สั่งยาไป ผล
ปรากฏว่าผู้ป่วยยังไม่ทันฟังและไม่เข้าใจพอที่จะยึดมั่นการปฏิบัติตนตามแพทย์สั่งได้ จึงเกิดการไม่ทำ
ตามหมอสั่งขึ้นมากมายหลายเรื่อง และที่เป็นบ่อยคือไม่มาตามนัดแล้วหลุดจากบริการไปเลย ฝีมือเป็น
เหตุให้ต้องมีการพัฒนาเทคนิคแบบ MI เพิ่มขึ้นเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

6. สิ่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานยาเสพติดพึงตระหนักคือ รูปแบบการทำงานยาเสพติดที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วย
แบบใด จะต้องขึ้นอยู่กับกรณีประเภทย่อยๆ ด้าน แล้วเลือกรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้งดยาแต่ละคน
และแม้แต่ในคนๆเดียวกัน ก็อาจจะเปลี่ยนรูปแบบหลายๆแบบได้ ถ้าในจังหวะที่ช่วงเวลาใดอะไรจะให้ผล
ที่สุดก็ให้เลือกอันนั้น นั่นคือ ไม่จำเป็นที่ท่านจะใช้รูปแบบ MI กับคนไข้ทุกคน แต่กับคนไข้บางราย ท่าน
อาจต้องใช้วิธีให้เขาปลอดยาเสพติดอย่างสิ้นเชิง (total abstinence) โดยใช้หลักที่ว่า “ไม่มีช้อยกเว้นจาก
สวรรค์” ให้ยึดมั่นอย่างเหนียวแน่นที่สุดว่าจะไม่ยอมแตะยาเป็นอันขาด

ขั้นตอน ในการปฏิบัติงานให้การปรึกษาเพื่อหนุนให้เกิดแรงจูงใจ

ขั้นตอนนี้กำหนดเพื่อมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ฝึกใหม่เห็นเป็นกรอบให้ชัดเจน และเป็นกรอบ เฉพาะแต่ ระยะเวลาการทำงานกับผู้รับบริการเท่านั้น โดยที่กำหนดให้เนื้อหาทั้งหมดมีไว้สำหรับใช้ได้ตลอดเวลาอย่าง ไม่ต้องแบ่งชั้น เช่นการเป็นมิตรไมตรี (relationship) จะต้องมีอยู่ทุกระยะตลอดเวลา (ทั้งในระยะต้น ระยะเวลา และระยะปลาย)

ระยะต้น เมื่อแรกพบ ให้ทำทุกคาบการสัมภาษณ์พูดคุย

- สำรวจความต้องการ ความคาดหวัง (needs and expectation)
- สร้างความเป็นมิตร (making contact หรือ relationship)
- ประเมินความเข้มของแรงจูงใจ
- สำนึกในใจในเชิงบวก เช่น
 - ตั้งใจว่าอยากช่วยอย่างเต็มที่และดีที่สุด
 - อยากรับทราบความต้องการของผู้รับบริการ
 - อยากฟัง
 - คิดเสมอว่ากำลังให้บริการแก่เพื่อนมนุษย์ แทนที่จะคิดว่ากำลังให้บริการแก่ผู้ติดยาเสพติด
 - อยู่ในระดับสถานะที่เสมอกับผู้รับบริการ ไม่ใช่ในฐานะผู้ที่เก่งกว่า หรือรู้มากกว่า หรือ “ยกตนข่มท่าน”
 - คิดเชิงบวกต่อผู้รับบริการ เช่น เชื่อมั่นว่าเขาต้องคิดหาทางออกของเขาได้
 - หาสิ่งดีๆในผู้รับบริการให้พบ โดยอาจพูดคุยไปพลางสำรวจร่วมกับผู้รับบริการไปพลาง

ระยะกลาง

- อ้าวงมิตรไมตรี หาสิ่งดี ๆ (resources, strengths, resilience) เพื่อเพิ่มกำลังใจ
- การทำตัวเป็นต้นแบบของผู้ให้การปรึกษา ได้แก่ การมีกำลังใจสูง การมองส่วนดีให้มาก เป็นต้น
- การมีกระบวนการทำงานที่เหมาะสมสอดคล้องกับกาลเทศะและบุคคล เช่นใช้ทฤษฎี และหลักการที่จะนำเข้ามาประยุกต์ช่วยให้ผู้รับบริการได้เจริญงอกงามและพัฒนาขึ้นไป ในทางที่ดี และให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ เป็นต้น
- ระยะนี้เป็นระยะทำงาน (working) หลังจากสร้างฐานที่เป็นมิตรและได้รับความร่วมมือสูง ก็จะเกิดกำลังใจสูงได้ รวมทั้งเกิดความรู้สึกมั่นคงและมั่นใจด้วย
- ระยะทำงานอาจต้องมีการประมวลเป้าหมายว่า สำหรับผู้รับบริการรายนี้ จุดเน้นควรอยู่ที่เรื่องอะไร ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อ HIV การให้สุขศึกษา การรักษาเรื่องการติดยาเสพติด การอ้าวงพฤติกรรมและคุณภาพชีวิตที่เป็นส่วนดีเอาไว้

- การahunกำลังใจในภารกิจทั้งหมดที่ผู้รับบริการต้องการ ในกรณีนี้ จะเสริมด้วยกำลังใจที่มีอยู่ในตัวผู้รับบริการ หรือต้องการจากบุคคลอื่นรายรอบตัวผู้รับบริการด้วยหรือไม่ เช่น บิดา-มารดา-ญาติ-พี่น้อง ผู้ร่วมงาน ชุมชน สังคม และบุคคลที่มีความหมายและจะเป็นกำลังใจต่อผู้รับบริการ เป็นต้น

ระยะปลาย การวางแผนเตรียมลดระยะการมารับบริการ

- สรุปบททวนสิ่งที่ได้ในคาบการพูดคุยวันนี้ ว่าผู้รับบริการได้รับอะไรไปบ้าง
- เขาทราบหรือไม่ว่าเขาได้ในสิ่งที่เขาต้องการแล้ว
- ทบทวนสิ่งที่ต้องการว่าได้รับการตอบสนองบ้างแล้ว และยังมีที่เหลืออะไรอีกบ้าง ซึ่งจะโอนไปพูดคุยในครั้งหน้า
- ให้การบ้านไปดำเนินการต่อ
- การนัดครั้งต่อไป หรือการยุติการบริการ
 - พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการหยุดมารับบริการเมื่อมีสมรรถนะดีขึ้น
 - อนุญาตให้ผู้ป่วยตัดสินใจเอง
 - ใ้รายการที่จะต้องเตรียมปรับตัวด้วยตนเอง
- การดูแลจบลงพร้อมด้วยการมีกำลังใจกลับไปดำรงชีวิตต่อจนกว่าจะพบกันใหม่
- การยุติการรักษา หรือการส่งต่อ ซึ่งขึ้นอยู่กับการทำงานกับผู้รับบริการแต่ละราย และแต่ละสถานะอาการ

การสังเกตคำพูดเพื่อประเมินระดับแรงจูงใจ

มีการศึกษาคำพูดที่แสดงความมุ่งมั่นตั้งใจ ความพร้อม ความต้องการ และเหตุผลที่จะเปลี่ยนนิสัยหรือธำรงพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม (Amrhein, P. C. Miller, W. R., Yahne, C. E., & Fulcher, L., 2003) โดยศึกษาจากผู้ติดยา 84 คน และได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ตามสัดส่วนวันที่งดยาได้ (proportion days abstinence ใช้ชื่อย่อ PDA) คือ ก) กลุ่มยังดิ้นรนอยู่ (strugglers) หมายถึงผู้ที่คงพฤติกรรมปลอดยาในระยะติดตามผลได้น้อยวันจนถึงปานกลาง ข) กลุ่มที่เปลี่ยนแล้ว (changer) หมายถึงผู้ที่คงพฤติกรรมปลอดยาได้นานวัน ในระยะติดตามผล ค) กลุ่มที่ธำรงพฤติกรรมปลอดยาได้นานเป็นเดือน (maintainer) (งดยาได้ตั้งแต่ 3, 6, 9 เดือน) ซึ่งทั้งหมดนี้ดูได้จากความเข้มของการแสดงความมุ่งมั่นตั้งใจ (commitment strength ชื่อย่อ CS) ในช่วงรับการเสริมแรงจูงใจ (motivational interviewing ชื่อย่อ MI) ไม่ว่าจะเป็นการแสดงความตั้งใจของตนเองออกมาด้วยวาจา หรือการตอบแบบสอบถาม หรือการรายงานความรู้สึกส่วนตัว ดังนั้นผู้ช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดได้พัฒนาวิธีการมากมายในการช่วยกระตุ้นความมุ่งมั่นของผู้รับบริการ กล่าวว่ามีถึง 16 วิธี เพื่อให้ผู้รับบริการมีกำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมวิธีการหนึ่งคือการสำรวจความพร้อมและความเต็มใจของผู้รับบริการ ที่จะรับผิดชอบดูแลพฤติกรรมหลังการพูดคุยกับผู้ช่วยเหลือ รูปแบบหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้จะเลิกยา รู้สึกได้รับการพยุงกำลังใจให้

ตั้งใจเปลี่ยนพฤติกรรมคือวิธีการเน้นความสำคัญที่ผู้รับบริการ client-centered approaches (Rogers, 1959) รวมทั้งวิธีการช่วยด้วยการสัมภาษณ์ให้เกิดกำลังใจ (motivational interviewing ชื่อย่อ MI) (Miller & Rollnick, 1991, 2002) ซึ่งมีทั้งงานวิจัยที่สนับสนุนวิธีการของการสัมภาษณ์ให้เกิดกำลังใจ (MI) ในหมู่ผู้ติดสุรา (Burke, Arkowitz, & Dunn, 2002)

เนื้อหางานที่ต้องครอบคลุมการปฏิบัติงานกับผู้ติดสารเสพติดที่อยู่ในระหว่างรักษาเมทาโดนระยะยาว ดังต่อไปนี้

1. เกณฑ์ของการลดความเสี่ยง (Harm Reduction)

- เป็นชุดโปรแกรม (ไม่ใช่วิธีการใดวิธีการเดียว) และต้องประสานกันเป็นระบบ
- มีหลักเกณฑ์สำคัญว่า: เพื่อเป็นทางเลือกที่จะลดผลร้ายจากการใช้ยา
- สำหรับผู้ให้บริการ: มีเป้าหมายเพื่อชักชวน (engage) ผู้ติดยาชนิดฉีดเข้าเส้น (IDU) ให้เข้าสู่ระบบบริการ และตรวจเลือด
- ต้องคิดหารูปแบบการดูแลที่มีผลดีให้แก่เฉพาะราย (tailored made)
- ทำไปพร้อมกับ - การขับเคลื่อนทั้งชุมชน
 - ให้ยาต้านไวรัส (ARV)
 - ให้รับเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy ชื่อย่อ MMT)

ก. ใช้อะไรบ้างที่แสดงถึงการลดความเสี่ยง (Harm Reduction)

1. ถุงยางอนามัย (Condom)
2. การรักษาโดยใช้เมทาโดนระยะยาว (MMT)
3. แลกเข็ม (Needle exchange program)
4. สนับสนุนให้กำลังใจในการหาวิธีระงับพฤติกรรมเสี่ยง (encourage/facilitate risk กับ prohibited behaviors) เพื่อลดหรือเลิกพฤติกรรมใดๆ ที่จะเป็นเส้นทางไปสู่ความเสี่ยง (เลิกพฤติกรรมเสี่ยงตลอดเส้นทางชีวิต)
5. การป้องกันการติดเชื้อ HIV (HIV prevention)
6. การส่งต่อ (Refer) ซึ่งเป็นสิ่งที่กระทำได้บ่อยและเป็นเรื่องปกติที่สุด แต่ได้ผลน้อยที่สุด

ข. หลักการทำงานกับผู้ติดยาเสพติดเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV

2. วิธีการประเมินทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานต่อผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS

ในการทำงานกับผู้ติดเชื้อ กฎแนวแห่งความสัมฤทธิ์ผลของงานอยู่ที่ตัวบุคลากรเป็นสำคัญ หากบุคลากรมีขวัญและความตั้งใจในการทำงานย่อมส่งผลดีต่อผู้ติดเชื้อ ดังนั้นควรสำรวจทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานให้เข้มแข็งและอยู่ในเกณฑ์ที่จะเกิดประสิทธิผลก่อน ซึ่งสามารถทราบระดับทัศนคตินี้ได้โดยการประเมินในด้านต่างๆ เช่น

- ก) ผู้ปฏิบัติงานจะเต็มใจดูแลผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS หรือไม่
- ข) ผู้ปฏิบัติงานกลัวการเข้าใกล้และสัมผัสผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS หรือไม่
- ค) ผู้ปฏิบัติงานมีความเชื่อว่า ผู้ติดเชื้อเป็นบุคคลที่น่าเห็นใจหรือน่ารังเกียจ
- ง) ผู้ปฏิบัติงานเห็นว่ามีความอึดอัดใจในการใช้ภาชนะสิ่งของหรือเครื่องใช้สำนักงานร่วมกับผู้ติดเชื้อหรือไม่

3. การให้การปรึกษาเพื่อการรับการตรวจเลือดอย่างสมัครใจ (Voluntary counseling and testing (VCT))

เนื้อหาหลักคือการให้บริการปรึกษาที่ครอบคลุมถึงการตรวจเลือดเพื่อให้ทราบสถานภาพเชื้อ HIV (HIV CTS หรือ HIV Counseling & Testing Service) การให้การปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือด (pre-and post-test counseling) การให้สุศึกษาว่าเชื้อ HIV แพร่กระจายได้อย่างไร การสนับสนุนให้ระมัดระวัง ให้เกิดความปลอดภัยที่สุดเมื่อจะมีเพศสัมพันธ์ (safer practice) และการอธิบายแนวทางต่างๆ ในการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อ HIV+

(จาก <http://hivinsite.ucsf.edu/global?page=pan-03-03>)

<http://www.aids2008.org/Pag/PSession.aspx?s=5>

Scaling-up HIV Testing and Counseling: A Human Rights and Public Health Imperative จากการประชุม XVII International AIDS Conference 2008 (3-8 August, 2008) ที่เม็กซิโกซิตี ในรูปแบบ symposium Code TUSY05 วันที่ 5 สิงหาคม, 2008 ทั่วโลกได้มีการสนับสนุนจากการประชุมนานาชาติครั้งที่ 17 ว่า การตรวจเลือดควรมีอยู่ต่อไป แต่ต้องปรับมาตรฐานให้สูงขึ้นและครอบคลุมเนื้องานที่สำคัญจำเป็นให้มากขึ้น นานาชาติถือเป็นเรื่องสำคัญลำดับที่ 1 ในปี 2007, WHO/UNAIDS ได้เสนอให้แนวทางว่าให้ผู้ปฏิบัติงานเสนอให้มีการถอนตัวออกจากการตรวจเลือดได้ (opt-out testing) และให้มีก่อตั้งบริการ opt-out testing ในหน่วยงานด้านสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันประเทศต่างๆ ได้มีวิธีการใหม่ๆ มาเสนอเพื่อให้มีการเพิ่มโอกาสในการเข้ามาตรวจเลือดเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยประเภทต่างๆ เช่น ผ.ป. วัณโรค ผู้ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ต้องขัง ชายรักชาย และหญิงรักหญิง (MSM) วัยรุ่น ทหารเกณฑ์ ผู้ติดยาเสพติด และกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องป้องกันความรู้สึกรู้สึกว่าถูกตีตรา การแบ่งแยก การเลือกปฏิบัติ อาชญากรรมและแนวโน้มที่จะเกิดผลกระทบทางลบต่างๆ พร้อมๆกับการปฏิบัติ

อย่างให้เกียรติ มีศักดิ์ศรีและคงคุณค่าของมนุษย์ และการปกป้องสิทธิมนุษยชนด้วย

นอกเหนือจากการสนับสนุนให้ผู้เข้ารับบริการสุขภาพตรวจหาเชื้อ HIV แล้ว WHO/ UNAIDS ยังเสนอให้ระมัดระวังเรื่องจรรยาบรรณให้มากขึ้น เช่น การเสนอแนะให้ตรวจเลือดต้องไม่ละเมิดสิทธิ และต้องไม่กลายเป็นการกระทำที่บังคับใดๆ และต้องไม่พูดให้กระทบกระเทือนใจโน้มนำให้คิดไปในทางที่ผู้ไม่ยอมตรวจเลือดกลายเป็นอาชญากรรมหากจะไม่ตรวจเลือด เพราะการที่ไม่รู้ตัวว่าตนเองเป็นพาหะและอาจทำให้ผู้อื่นพลอยติดเชื้อจากตนซึ่งทำให้เขาตกอยู่ในอันตรายถึงชีวิต

เกณฑ์ของการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดโดยสมัครใจ (HIV VCT)

- ควรเป็นไปด้วยความสมัครใจ
- ช่วยผู้รับบริการให้ หากกำลังใจ-เห็นเป้าหมายชีวิต (life goal) ค้นสิ่งดีที่มีคุณค่าในชีวิต (strengths, resources, resilience) ให้พบเป็นหลักสำคัญยิ่ง
- ลงมือทันที (“Act now”) ดีที่สุด
- เป้าหมายให้เขาอ้างพฤติกรรมที่ปลอดภัยจาก HIV หรือการรับ/แพร่เชื้อเพิ่ม
- ลดความกังวล
- เพิ่มวิธีการดำเนินชีวิตที่ปกติสุขขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีคุณค่า
- นำไปสู่การมีทางเลือกที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต
- มีความรู้เรื่องการดูแลตัวเอง (self-care & other-care)
- สามารถมีทักษะชีวิตที่ดี
- เพื่อการส่งต่อ (refer) ไปยังหน่วยงานที่เหมาะสม
- การทำ post-test เพื่อการป้องกัน การเยียวยา และการดูแล (prevention, treatment, & care)

ขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบรวบรัดกระชับแบบสร้างแรงจูงใจ

ขั้นตอนการปรึกษาแบบเสริมแรงจูงใจอย่างรวบรัดกระชับนี้ (Brief counseling) ผู้อ่านสามารถศึกษาอย่างละเอียดในหนังสือ คู่มือฝึกอบรมบุคลากรฯ (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ 2550) และในที่นี้จะเพิ่มขั้นตอนที่จะให้การปรึกษาอย่างกระชับรวบรัด (brief counseling) เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานได้นำไปใช้ หากผู้รับบริการมาพบได้ครั้งหรือสองครั้งเท่านั้น โดยมีประเด็นคร่าวๆ ดังนี้

- ขั้นที่ 1 สร้างพื้นฐานการหนุนกำลังใจ (encouragement) หรือการมีมิตรไมตรี (make contact) กับผู้รับบริการ ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพ (relationship) ที่ดี เกิดความร่วมมือ ร่วมแรงร่วมใจฟันฝ่าอุปสรรคในการจะเลิกยา/พฤติกรรมเสี่ยง

ขั้นที่ 2 ตั้งประเด็น (Set Agenda/Issue) และการตั้งเป้าหมายที่ดี (Goal Setting) การตั้งเป้าหมายของชีวิต (Life Goals)

ขั้นที่ 3 ประเมิน

ก) ถามเกี่ยวกับผลดีของการใช้ยาเสพติด

ข) ถามเกี่ยวกับผลที่ไม่ค่อยดีในการใช้ยาเสพติด

ค) ประเมินแรงจูงใจโดยใช้ระยะขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง (stages of change) เป็นเครื่องมือสังเกตระดับแรงจูงใจของผู้รับบริการว่าอยู่ระดับใด ในขั้นตอนต่อไปนี

ค.1 ระยะก่อนได้คิด (pre-contemplation) ยังไม่ทราบ ไม่รู้สึกว่ามีปัญหาแม้ตนเองจะมีพฤติกรรมเสี่ยงหรือพฤติกรรมติดยา

ค.2 ระยะครุ่นคิดและได้คิด (contemplation) คือเริ่มเก็บมาคิดทบทวนตัวเองและเห็นปัญหาพฤติกรรมตนเองแล้ว ว่าการเสพยา หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงโดยไม่ป้องกันต่อไปจะเกิดปัญหา หรือเมื่อมีพฤติกรรมเสี่ยงจนน่าสงสัยว่าจะติดเชื่อแล้วถ้าไม่ทำอย่างหนึ่งอย่างใด เช่น ไปตรวจเลือด ก็อาจไม่ทราบสถานะสุขภาพของตนเอง อาจเป็นผลร้ายกับตัวเองมากกว่าผลดี เริ่มใคร่ครวญครุ่นคิดว่าควรจะไปตรวจเลือดแต่ก็ยังไม่ตัดสินใจ (ลังเล-ambivalence) ในระยะนี้อาจมีความวุ่นวายใจหนักขึ้น (chaos) จำเป็นต้องมีใครที่มั่นคงคอยเป็นกำลังใจ เช่น ผู้ให้การปรึกษาที่เข้าใจ (empathic counselor)

ค.3 ตัดสินใจ (decision making) เริ่มจะเลือกทางที่แตกต่าง (choice)

ค.4 ลงมือกระทำ (Action) ตามที่ตัดสินใจไว้ว่าจะฮึดเปลี่ยนแปลง นั่นก็คือได้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้ว (change new behavior)

ค.5 ธำรงพฤติกรรมใหม่ (maintain new behavior)

หากผู้ปฏิบัติงานแม่นยำในระยะเวลาขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวข้างบน ก็จะสามารถนำมาเป็นเกณฑ์ประเมินจากคำพูดของผู้รับบริการได้ว่า ผู้รับบริการมีแรงจูงใจอยู่ในระยะต้นหรือกลางหรือปลายของการจะเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ ผู้ให้บริการมีหน้าที่ช่วยเคลื่อนผู้ติดยาจากภาวะก่อนได้คิด (pre-contemplation) ไปเป็น เริ่มครุ่นคิด(contemplation)จะเปลี่ยนตัวเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมาบ้าง จากความลังเลก้ำกึ่ง (ambivalence) จนถึงจุดตัดสินใจ (decision) และลงมือเปลี่ยนแปลง (action หรือ change new behavior)

อนึ่ง เมื่อใดที่ผู้ติดยาหล่นกลับไปเสพยาหรือเผลอไปมีพฤติกรรมเสี่ยงอีก (relapse) ผู้ให้การปรึกษาก็มีหน้าที่คอยประเมินให้รู้ตัวก่อนจะเกิดเหตุ (prevention) หรือหากล่วงเลยไปพลาดเสียแล้วก็สามารถใช้หลักการให้การปรึกษามาช่วยสร้างโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเพื่อให้ธำรงพฤติกรรมที่เหมาะสมมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปให้นานเท่านาน

ขั้นที่ 4 การประมวลประเด็นความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการว่าอยู่ตรงไหนแน่ (What does the client need?) หรือปัญหาที่แท้จริงคืออะไร (What is the real problem?) แล้วเจาะให้ตรงประเด็น

รวบรวมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรจึงจะไปให้ถึงเป้าหมายคุณภาพชีวิตตามที่ผู้รับบริการเลือก นั่นก็คือต้องวางแผนการรักษา (treatment plan) ให้เหมาะสมที่สุดด้วย

ขั้นที่ 5 ลงมือกระทำ (action) หรือการช่วยเหลือรักษา (intervention) ตามที่ได้วางแผนการช่วยเหลือรักษาไว้ (treatment plan)

ขั้นที่ 6 ทบทวนการกลับสู่ชีวิตใหม่ (re-orientation) ด้วยวิธีการใหม่ที่ได้สร้างขึ้นมา มีการฝึกฝน (rehearse) แนวทางใหม่บ่อยๆ จนกว่าจะมีพฤติกรรมใหม่ได้คล่องแคล่วและมีวิถีชีวิตใหม่ที่มีความสุข

ขั้นที่ 7 การให้การบ้าน (assignment) หากไม่ค่อยมีเวลามาพบผู้ให้การปรึกษาได้อีก ก็ให้บอกวิธีให้ไปฝึกฝนที่บ้านเอง

ตัวอย่างวิธีการใช้หลักการเสริมแรงใจในขณะที่ให้การปรึกษา

ผู้เขียนขอยกตัวอย่างบางประการเพื่อให้เกิดความเข้าใจว่าจะใช้ขั้นตอนอย่างไรในการดำเนินการช่วยเหลือให้การปรึกษาโดยเน้นการเพิ่มแรงจูงใจ ดังต่อไปนี้

ประเด็น	คำอธิบาย	หลักการ MI (Motivational Interviewing)
เวลาส่วนใหญ่จะหมดไปกับการคิดเรื่องการเสพยา	ไม่ทันแบบฉบับเดิมๆ (pattern) ยังหมกมุ่นอยู่กับการหาของเสพยา	ประเด็นของชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการเสพยา และอุปสรรคต่อการเลิก/ลดยา (Set agenda/ issue)
มองให้เห็นข้อดี/ข้อเสีย ประโยชน์ของการงดยา	เมื่อได้ทราบคุณประโยชน์ แล้วจะเกิดผลดีด้านกำลังใจตามมาอีกมาก	เสริมสร้างแรงบันดาลใจ (motivation) ให้กำลังใจ (encouragement) ทุกกระบวนท่า ตลอดเวลาที่พูดคุย/สัมภาษณ์ผู้รับบริการ
เป้าหมาย ที่เขาต้องการจะไปให้ถึง (Goal where they want to be)	<ul style="list-style-type: none"> ● เราจะทำเพื่อใคร ● เพื่ออะไร ● จะไปทางไหนดี และจะไปให้ถึงไหน (เสมือน “ฝันให้ไกล ไปให้ถึง”) ทั้งหมดนี้ผู้งด/เลิกยา ต้องชัดเจนในตัวเอง และอธิบายได้ว่าเป้าหมายของตนคืออะไร	มุ่งสู่เป้าหมาย (goal directed) เช่น คำขวัญที่ว่า “ไปให้ถึงดวงดาว” แล้วจะทำให้ประสบความสำเร็จในการงดยา หรือบ้างก็ว่า “หนึ่งก้าวที่ยาวไกล อาจหวั่นไหวและล้มลง แต่หนึ่งก้าวที่มั่นคง อาจสั้นและมั่นใจ”

ประเด็น	คำอธิบาย	หลักการ MI (Motivational Interviewing)
คนใกล้ชิดพลอยได้รับผลกระทบไปด้วย (co-dependence)	<ul style="list-style-type: none"> - พี่น้องสุดที่รักพยายามช่วยปกปิดเรื่องการติดยา หรือมีปัญหาอื่นๆ ในชีวิตประจำวัน ไม่ให้แม่ทราบ เพราะกลัวแม่เป็นห่วง - และบางคนก็พยายามเข้าช่วย ทั้งให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม 	<p>คนหนึ่งติดสารเสพติด (พี่) อีกคนก็พลอยเป็นไปด้วย ในกรณีนี้คือน้อง (codependency)</p>
ผู้พึ่งยาเสพติดยอมรู้ว่าทำอะไรแปลกๆ จึงต้องการการเห็นด้วย (validation) จากคนแม้เป็นจำนวนน้อยก็ยังดี เพื่อเรียกคุณค่าชีวิตของตนให้ยังคงอยู่ (self worth)	<p>พฤติกรรมอะไรสักอย่างที่แสดงออกเป็นการปรับตัวเพื่อการอยู่รอด หรือเพื่อรักษาใจตนเองให้สบายใจบ้าง เพื่อเผชิญภาวะวิกฤตต่างๆ บ่อยครั้งจึงออกมาเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสังคมทั่วไป</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● เล่นลูก/เพลงเดียวกัน ไม่ค้ำกัน (roll along) ไม่เป็นปฏิปักษ์ เพื่อประนีประนอมไปก่อนในระยะแรก ● เป็นการตัดสินใจที่ต้องการความชัดเจน จะได้เลือกเดินเส้นทางถูก ● เมื่อผู้รับบริการระบาย ผู้ให้บริการไม่ควรนำความคิดเห็นของตัวเองไปตัดสินเขา และไม่ควรถาม แต่ควรทำความเข้าใจและให้ความร่วมมือ
เมื่อยังหาวิธีการจัดการกับปัญหาของตนเองไม่ได้ (coping strategy)	<p>ยังตัดไม่ขาดจากความคิดถึงยา บางคนอยากยามีกิริยาอาการมาก พยายามหาทางออกด้วยวิธีต่างๆ แปลกๆ หรือแม้แต่ให้เหตุผลว่าต้องเสียบ้างแต่ลดลงกว่าเดิม หรือเสปอย่างอื่นแทน เพราะคิดว่าเป็นวิธีจะช่วยให้งดยาได้ แต่จริงๆ แล้วกลับเป็นการดึงเอา สิ่งเร้าให้มากระตุ้นเตือนอยู่บ่อยๆ จะยิ่งทำให้กระพือความอยากมากขึ้น แต่ต่อไปถ้าเขาฟื้นฟูอุปสรรคของความรู้สึกนี้ได้แล้ว เขาจะคุ้นชินกับการปลดอยาก และคุ้นกับวิธีการจัดการไม่ให้จมปลักอยู่กับความอยากนั้นได้ด้วยการฝึกให้ชินในการเป็นคนที่ไม่เสปยาได้แก่่งขึ้น</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ความคิดถวิลหาความสุขจากการเสปมักวนเวียนเข้าแทรกในสมองเสมอ (thought intrusion หรือ automatic thought หรือ hot thought) ซึ่งส่วนนี้เป็นหลักจากทฤษฎี cognitive behavior therapy (CBT) ต้องหาวิธีจัดการ (cope) กับปัญหา ผู้ให้การปรึกษา/วิทยากรจะไม่ให้สูตรสำเร็จ แต่จะให้ผู้งดยาหรือผู้รับบริการตระหนักชัดถึงวิธีการคิดของตนเอง จนเข้าใจให้คิดเอาเอง เมื่อคิดได้แล้วก็เกิดกำลังใจในการพูดคุยถึงแผนการทำต่อไป

ประเด็น	คำอธิบาย	หลักการ MI (Motivational Interviewing)
		<ul style="list-style-type: none"> ● กรณีที่คิดไม่ออก ผู้ช่วยเหลือ (ผ.ช.) ควรช่วยพูดคุยเพื่อให้ผู้รับบริการเลือกทางที่จะตัดสินใจเอง เช่น ผ.ช. (Co.): “คุณลุงจะจัดการกับตัวเองอย่างไรต่อไป” ผ.ป.: “คงแก้ไขที่ความคิดของตัวเอง แบบคิดใหม่ทำใหม่”
<p>อารมณ์กลุ้มกับการคิดฆ่าตัวตาย</p>	<p>ผ.ป. (CI): “ไม่ค่อยสบายใจนัก บางครั้งคิดว่าเราอุตสาห์ทำดี มาตลอด แต่ผลก็คือไม่มีใครเห็นคุณค่าเรา”</p> <p>ผ.ช. (Co.): “ผลก็ยังคงดีนะที่คุณลุงยังนึกถึงลูกหลานที่รักคุณลุง ซึ่งต้องมาอยู่เบื้องหลัง และหวังพึ่งคุณลุง ถ้าเป็นอะไรไปเสียคนหนึ่ง จะเป็นอย่างไร”</p> <p>ผ.ป.: “ผมก็เลยไม่คิดฆ่าตัวตาย คิดฮืดขึ้นมา”</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ผึกมองคนในด้านดี มีสันติภาพให้มากที่สุด และผึกคิดใหม่ทำใหม่ ● เป็นการหนุนกำลังใจ (encouragement/motivation) อย่างหนึ่ง ● เป็นการให้กำลังใจด้วยการหาสิ่งดีๆ (strengths, resources, resilience) ในตัวผ.ป. เพื่อเกิด self-esteem สูงขึ้นและมีกำลังใจ มีกำลังใจเพิ่มขึ้น
<p>ผึกให้มีความหวัง (hope)</p>	<p>บางทีที่เกิดความท้อแท้ ว่ามันเรื่องอะไรของเราที่จะต้องมาลำบากทรมานขนาดนี้ แต่พอมานึกถึงคนรอบข้างที่เขาเป็นห่วงบ้าง นึกถึงอนาคตตัวเองบ้าง ผู้ติดยาที่เคยกลับมามีกำลังใจที่จะงดยาต่อไปเพื่อเขา</p>	<p>ให้เขามีความหวังว่าจะทำอะไรใคร จะทำให้เขามีแรงใจที่จะงดยาเสพติดได้ดีขึ้นมาก เช่น ทำเพื่อแม่ เลิกเหล้าเผาบุหรี่เพื่อพ่อหลวงของเรา เป็นต้น (เมตตา กรุณา)</p> <p>บางทีผ.ช. (Co.) เป็นผู้ให้เขาขอยืมความหวังจากเราบ้างก็ได้ ทำตัวเป็นแบบอย่าง เพื่อให้เขาก้าวหน้าขึ้นมา มีกำลังใจโดยเกาะเกี่ยวจากกำลังใจของผ.ช. ที่มีสูงกว่า (model)</p>

คำถามที่จะช่วยประเมินแรงจูงใจของผู้รับบริการ โดยดูจากคำบอกเล่าถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง ผู้ให้บริการสามารถใช้คำถามวิเศษ (magic questions) ต่อไปนี้เป็นกฎแฉสำคัญสำหรับไขความในใจที่จะกระตุ้นความคิดให้เกิดแรงบันดาลใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการได้กระจ่างขึ้น

- ถ้าคุณจะต้องเปลี่ยนแปลงตัวเอง อะไรคือสิ่งที่ดีที่สุดที่คุณจะได้รับ
- ถ้ามีอำนาจวิเศษ คุณจะเสกให้เกิดอะไรขึ้น จึงจะไปให้ถึงเป้าหมาย
- สมมติว่าคุณทำตัวเหมือนเดิมโดยไม่เปลี่ยน อีก 10 ปีจากนี้ไปชีวิตของคุณจะเป็นอย่างไร
- อะไรทำให้คุณกังวลใจที่สุดในสถานภาพปัจจุบันนี้ของคุณ
- สภาพปัจจุบันของคุณ เป็นอุปสรรคขวางกั้นอย่างไรบ้าง ที่ไม่ให้คุณลงมือทำในสิ่งที่คุณอยากทำ

การทำเป้าหมายชีวิต (life goal) เพื่อใช้ควบคู่กับการเพิ่มแรงจูงใจ (MI)

การตั้งเป้าหมาย (goal setting) ในการดำเนินชีวิต จะช่วยให้ชีวิตเป็นระบบ บริหารจัดการได้ง่าย มีทิศทาง มองเห็นอนาคตอันใกล้และไกลได้ ทำให้เกิดความมั่นคงในใจ เมื่อมีพื้นฐานนี้แล้ว จะทำให้มีแรงจูงใจในการฟันฝ่าเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ดีขึ้น ดังนั้น ในผู้รับบริการบางราย จำเป็นต้องใช้การหาเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาว (short and long term goal) ให้แก่การกระทำแต่ละเรื่องของคุณ รวมทั้งการกระทำเพื่อการดำรงชีวิตโดยรวมด้วย

วิธีการตั้งเป้าหมาย (goal setting) ไม่ว่าจะเป็นเป้าหมายในการดำเนินชีวิตประจำวันเรื่องเล็กๆ หรือเป้าหมายของชีวิตที่เป็นเรื่องใหญ่ๆ ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องช่วยให้แนวทางแก่ผู้รับบริการด้วย สำหรับวิธีการตั้งเป้าหมายจะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ บางคนออกแบบเป็นคำย่อจากตัวอักษร เช่น SMART

1. ชี้ชัด (Specific) ว่าเป้าหมายนั้นคืออะไร จะทำอะไร ใช้เวลาเท่าไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร โดยใคร (what, when, where, how, by whom)
2. มีความหมาย (Meaningful) เป้าหมายนั้นผู้รับบริการต้องเป็นผู้เลือกเองจากสิ่งที่มีคุณค่า และมีความหมายสำหรับเขา
3. ประเมินได้ (Assessable) เพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้นและเหมาะสมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
4. เป็นจริง (Realistic) ไม่เพ้อฝัน มีความเป็นไปได้ตามความเป็นจริง
5. เหมาะสมกับกาล (Timed) และจังหวะเหมาะสมในจุดที่จะให้ผลที่สุดกับทุกฝ่าย

ตัวอย่างคำถามที่จะช่วยให้ผู้รับบริการได้คิดและคิดได้เร็วขึ้นในการตั้งเป้าหมายของตัวเอง

1. สิ่งใดในชีวิตที่มีความสำคัญกับคุณขณะนี้
2. บุคคลใดในชีวิตที่มีความสำคัญกับคุณขณะนี้
3. ความคาดหวังที่คุณตั้งเป้าหมายไว้ คือจะไปถึงจุดไหนในชีวิต
4. เป้าหมายที่คุณตั้งไว้ หากคุณประสบความสำเร็จ บุคคลใดจะได้รับประโยชน์สุขมากที่สุด และบุคคลใดจะได้รับประโยชน์สุขรองลงมา

5. โปรดเล่าสิ่งดีๆเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัวและเพื่อนๆ (คำถามนี้เพื่อให้เขาค้นทรัพยากรภายนอก-support system หรือ extrinsic motivation) เพื่อมาเป็นพลังในการจะไปให้ถึงเป้าหมาย
6. การใช้ยาเสพติดทำอะไรกับคุณ และทำให้คุณเสียประโยชน์อะไร
7. ยาเสพติดมีส่วนอย่างไรที่ทำให้คุณไปไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้
8. โปรดเล่าสิ่งดีๆเกี่ยวกับตนเอง (คำถามนี้เพื่อให้เขาค้นทรัพยากรในตน-strengths และแรงจูงใจภายใน- intrinsic motivation) เพื่อมาเป็นพลังในการจะไปให้ถึงเป้าหมาย (Borrelli, 2006, น. 3)

เกร็ดการให้การปรึกษาในกรณีที่ผู้รับบริการไม่สมัครใจ และยังไม่เปลี่ยนพฤติกรรม: การปรึกษารายบุคคลและกลุ่ม

ประเด็นปัญหาที่ 1: บางกรณีผู้รับบริการยังไม่สามารถงดยาเสพติดได้ และขอใช้ยาเสพติดต่อไป กล่าวคือผู้รับบริการไม่สมัครใจ

- วิธีการแก้:*
1. ผู้ให้บริการปรึกษายังคงแสดงความเห็นใจ
 2. แสดงออกว่าผู้ให้บริการเข้าใจความรู้สึกกังวล ยากลำบากของผู้ป่วย
 3. พุดคุย-สะท้อน-หรือถามอย่างนุ่มนวล ให้ผู้ป่วยบรรยายสถานการณ์ที่ลึกลับ เพื่อให้ผู้รับบริการตระหนักเพิ่มขึ้น
 4. ถามว่ามีข้อมูลอื่นอีกไหม ที่อาจทำให้เขาเปลี่ยนใจมาตกลงใจ
 5. ถามให้เขาจินตนาการวิธีในฝันที่จะทำให้ถึงเป้าหมายที่ต้องการได้ หรือให้สมมติว่าจะต้องทำอะไรหากจะไปถึงเป้าหมายที่เขาตั้งขึ้นนั้นแบบสมมติไว้ก่อน
 6. ถ้ามีอำนาจวิเศษ เขาจะให้เกิดอะไรขึ้น จึงจะไปให้ถึงเป้าหมาย
 7. เขาสนใจที่จะลดปัญหาและพฤติกรรมเสี่ยงบ้างไหม ในช่วงที่กำลังตัดสินใจอยู่นี้
 8. ท้ายที่สุด หากยังใช้ยาเสพติดอยู่ ผู้ปฏิบัติงานยังคงให้ harm reduction ต่อไป แต่ลดระดับความเข้มข้นลง

ประเด็นปัญหาที่ 2: วิธีการดูแลเมื่อผู้ป่วยไม่ร่วมมือ (resistant)

ผู้ปฏิบัติงานอาจสังเกตการไม่ร่วมมือหรือการต่อต้าน (resistant) ได้จากหลายรูปแบบ เช่น

- ผู้ป่วยอาจมีความคิดเป็นของตนเอง และได้เถียงท่าน
- หรืออาจคือเงียบ โดยไม่พูดต่อต้านออกมา แต่จะออกมาในเชิงรับปากทุกอย่าง แต่ก็ไม่ได้ทำตามที่รับปาก

วิธีการแก้: 1. ให้มองว่าการแสดงออกของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ดี ที่เขามีอะไรก็รีบแสดงออกมาให้ผู้ปฏิบัติงานทราบแต่เนิ่นๆ จะได้ดำเนินการแก้ไขได้

2. ใจเย็น หนักแน่น และอดทนที่จะช่วยเขาด้วยเมตตาและกรุณาจิต ต่อไปจะเป็น การสร้างสรรค์กว่า ถ้าหากผู้ให้บริการจะปฏิบัติต่อเขาเหมือนน้ำตึกกว่าเหมือนไฟ ที่ราดลงบนกองเพลิง
3. การที่ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาต่อต้าน อาจเป็นเพราะการสื่อสารยังไม่ดีพอ จึงเป็นเวลา ที่ผู้ให้บริการต้องถามตัวเองในประเด็นต่อไปนี้ เป็นต้น
 - 3.1 รูปแบบให้การปรึกษาของฉันทอาจไม่สอดคล้องกับผู้ป่วย
 - 3.2 ผู้ป่วยพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงหรือยัง
 - 3.3 ฉันทบิบบังคับผลักดันหรือเร่งเขามากเกินไปหรือเปล่า ฯลฯ
4. หากผู้ให้การปรึกษาใช้วิธีเดิมแล้วไม่ได้ผลดี ก็ให้ลองเปลี่ยนวิธีดู

ผลดีของการใช้การเสริมแรงจิตใจในผู้ใช้เมทาโดนระยะยาว

จากรายงานการวิจัยของ SAUNDERS, WILKINSON, & PHILLIPS (1995) ซึ่งศึกษาผู้ติดยา เสพติดที่มารับยาที่คลินิกเมทาโดน จำนวน 122 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 57 คน เพื่อรับวิธีการเสริม แรงจิตใจ, อีก 65 คนได้รับสุขศึกษา (education) /ให้ความรู้ จัดเป็นกลุ่มควบคุม (control) หลังจากนั้น อีก 6 เดือนต่อมา ก็ได้มีการติดตามผล พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเสริมแรงจิตใจ (กลุ่มทดลอง) มีความตั้งใจสูง กว่าที่จะเลิกยาเสพติด และมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งกลุ่มทดลอง มีการสำนึกคิดที่จะร่วมมือกับภารกิจในโครงการเมทาโดนระยะยาวมากกว่า และอยู่ในโครงการได้ยาวกว่า รวมทั้งเกิดการกลับไปเสพซ้ำน้อยกว่า ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้การเสริมแรงจิตใจ เมื่อใช้ร่วมกับโครงการเมทาโดนระยะยาว กล่าวโดยสรุปคือ จะไม่มีผู้ป่วยรายใดที่จะเริ่มแก้ปัญหาของ ตัวเองได้เลยหากเขายังไม่มีกำลังใจหรือความเต็มใจให้มากพอ (Borrelli, 2006, น. 5)

การทำงานกับผู้ติดยาเสพติดที่ติดเชื้อ HIV/AIDS

เนื้อหาพื้นฐานที่ควรคำนึงในผู้ติดเชื้อ HIV

ผู้ปฏิบัติงานพึงเข้าอกเข้าใจผู้ติดเชื้อเพื่อเป็นพื้นฐานในการช่วยเหลือและให้การปรึกษา (counseling) อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานที่สลับซับซ้อนกับกลุ่มเป้าหมายผู้ใช้ยาเสพติดที่ กำลังเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ความรู้พื้นฐานด้านสภาวะทางจิตใจของผู้รับบริการกลุ่มนี้เป็นสิ่งที่ขาดมิได้ ร่วมกับการให้การปรึกษาเพื่อให้เกิดกำลังใจในการตรวจเลือดโดยสมัครใจ เพื่อให้ทราบสถานะด้านสุขภาพ อย่างแน่ชัดเกี่ยวกับการติดเชื้อหรือไม่ ก่อนที่จะฝึกทักษะการให้การปรึกษา (counseling) สำหรับวิธีที่ใช้ ในการพูดคุยให้การปรึกษา ต้องประกอบด้วยความอ่อนโยนมีเมตตา มีความปรารถนาดีเชิงบวกเสมอ ไม่ วิวาทษ์วิจารณ์ประชดประชันหรือตัดสิน (nonjudgmental) เพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้มีชีวิตอย่างมีคุณค่า และมีความหวังเป็นเบื้องต้น จากนั้นจึงจะทำให้ผู้รับบริการที่รอฟังผลตรวจเลือดจะได้มีพลังในการดำรงตน อย่างมีคุณภาพต่อไป ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้รับบริการที่ติดเชื้อฯ มักเกิดความรู้สึกไม่เหมือนเดิม สิ่งสำคัญที่จะ

ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นได้ก็คือการมีกำลังใจและมีพลังชีวิตที่ดีเป็นหลัก

1. เข้าใจลักษณะของผู้รับบริการ

ปฏิริยาต่อการรับข่าวเกี่ยวกับโรค เมื่อได้รับทราบสภาวะอาการด้านสุขภาพ ผู้รับบริการมักมีปฏิริยาต่าง ๆ นานา เช่น เกิดความรู้สึกกระทบกระเทือนใจหลายอย่าง ส่วนใหญ่เป็นไปตามวิถีที่รวบรวมไว้โดย Elisabeth Kübler-Ross จิตแพทย์ชาวสวิส ซึ่งได้เสนอขั้นตอนความรู้สึกของบุคคลที่ได้รับทราบข่าวว่าตนเป็นโรคร้ายและต้องปรับตัวเป็นลำดับขั้น

ลักษณะสำคัญที่มักปรากฏในหมู่ผู้ติดเชื้อฯ หรือผู้ที่คิดว่าตนเองอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มักมีตามข้อมูลด้านจิตสังคม (psychosocial responses) ดังต่อไปนี้

1.1 ไม่ยอมรับความจริง หรือ ปฏิเสธความจริง (denial) (Andrews, & Novick, 1995, น. 26) การปฏิเสธเป็นปฏิริยาแรกที่ได้รับทราบข่าวจะแสดงออก ซึ่งถือว่าเป็นลักษณะปกติที่จะปรับตัวต่อสถานการณ์ที่น่าตกใจสำหรับเขา จึงไม่อยากจะเชื่อว่าเป็นความจริง และไม่ยอมรับนั่นเอง

1.2 ความรู้สึกถูกตีตราไว้แล้ว (stigma) (จากข้อมูลของ USAIDS, 2003) ทั้งผู้ติดเชื้อเสียดัดและติดเชื้อ HIV มักมีความรู้สึกกลัวการถูกผู้อื่นมองว่าเป็นผู้ติดเชื้อและมองว่าเป็นผู้ติดเชื้อ HIV ซึ่งมีผลกระทบต่อตัวเองในแง่ที่คิดไปว่าจะเสียความมีคุณค่าในตนและเสียศักดิ์ศรี ซึ่งอาจจะเรียกได้ว่าเป็นความคิดในเชิงลบต่อตนเอง และเป็นความคิดที่เป็นอันตรายมาก (harmful belief)

1.3 ความกลัว (fear) ความกลัวเป็นความรู้สึกปกติที่จะเกิดขึ้นได้กับคนทุกคนที่ได้ทราบว่าตนเองป่วยตกอยู่ในความเดือดร้อน กำลังจะตาย ทั้งนี้มักจะทำให้คิดเลยต่อไปเกินความเป็นจริง จนกลายเป็นความวิตกกังวล (anxiety) ในสิ่งที่มองไม่เห็นและยังมาไม่ถึง (Andrews & Novick, 1995, น. 27)

1.4 ความวิตกกังวล (anxiety) หากมีความกังวลและวิตกมากเกินไป อาจมีอิทธิพลครอบงำวิธีการดำเนินชีวิตของบุคคลให้ผิดไปจากปกติ ส่วนมากมักนำไปสู่การย้ำคิดย้ำทำ เช่น มักคอยมองตรงที่เป็นบริเวณที่ผิดปกติ ได้แก่ แผลหรือตุ่มบนผิวหนัง กลัวว่าคนอื่นจะเห็น ไม่อยากออกจากบ้าน คิดมากจนนอนไม่หลับ ไม่มีความสุข บ่นหรือพูดในเรื่องซ้ำๆ เป็นต้น (เพ็งอ้อาง, น. 27)

1.5 ความโกรธ (anger) ความโกรธเป็นปฏิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกินกว่าเจ้าตัวเองจะควบคุมได้ ดังเช่นการได้รับโรคที่ไม่ประสงค์ ผู้ป่วยมักตั้งคำถามว่า “ทำไมต้องเกิดกับฉันด้วย” ผู้ป่วยจะโทษผู้อื่น โทษโชคชะตา และโทษแม้กระทั่งตัวเอง ซึ่งเป็นปฏิริยาที่ถือว่าเป็นปกติในระยะแรก ผู้ให้การปรึกษาต้องเข้าใจ และค่อยๆ ช่วยให้ผู้ป่วยรับสภาพได้ในที่สุด

จะเห็นได้ว่าปฏิริยาต่างๆ ต่อความผันผวนของชีวิตที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นเรื่องทางความคิด ความเชื่อ และอารมณ์ เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นวิธีการให้การปรึกษาที่จะได้ผลต้องอิงอย่างน้อย 2 อย่างคือวิธีการที่เกี่ยวกับความคิด ได้แก่ วิธีทางด้านการปรับพฤติกรรมทางความคิด (cognitive behavior

therapy/counseling) กับวิธีทางด้านการเยียวยาอารมณ์ ที่จะต้องทำให้อารมณ์สงบลงก่อน ซึ่งที่ดีที่สุดคือวิธีการเจริญสติ การรู้สึกตัว (self awareness) ซึ่งจะตัดวงจรทั้งความคิดและอารมณ์ลงได้ รวมถึงช่วยให้ควบคุมความคิดและอารมณ์ได้อย่างชะงัด นอกจากนี้ยังต้องการกำลังใจอย่างมาก จึงเป็นการเหมาะที่จะเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นให้มาก เพื่อสร้างความเข้มแข็งในใจไว้เผชิญชีวิตที่เปลี่ยนไปให้ได้

2. การเสริมกำลังใจไว้เป็นฐาน กำลังใจเป็นฐานสำคัญของมนุษย์ที่จะมีไว้ใช้ในยามวิกฤตการทำงานกับผู้ติดเชื้อ และผู้ติดยาเสพติด จำเป็นต้องเน้นเรื่องกำลังใจไว้ให้มาก จากงานศึกษาที่ออกแบบไว้อย่างรัดกุมของ Lambert & Bergin (1993) และมีรายงานใน Hubble, Duncan, & Miller (1999) เรื่องจิตและวิญญาณในการเปลี่ยนแปลง (The heart and soul of change) โดยพบปัจจัยที่ทำให้ผลการรักษาดีขึ้นจนเห็นการเปลี่ยนแปลง (therapeutic change) ขึ้นอยู่กับตัวของผู้รับบริการเอง ได้แก่ ความเข้มแข็งสร้างสรรค์ (strengths) ประสบลสิ่งดีของตนเอง (strengths/resources) อยู่ที่ตัวผู้รับบริการและปัจจัยนอกเหนือจากการบำบัดรักษา ถึง 40%, ส่วน 30% อยู่ที่สัมพันธภาพ (relationship), 15% ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการคาดหวัง (expectancy), ความหวัง (hope), และพลังใจ (encouragement), ส่วน 15% ขึ้นอยู่กับเทคนิคและรูปแบบในการเข้าถึงผู้รับบริการ (ใน Lambert, M.J. and A.E. Bergin, 1994 และใน Bergin and Garfield (1994, pp. 143-89)

คำย่อศัพท์สำคัญ

AIDS	=	Acquired immune deficiency syndrome
ANC	=	Antenatal care
CDC	=	Centers for Disease Control and Prevention
HIV	=	Human immunodeficiency virus
HIV-CTS	=	Human immunodeficiency virus counseling and testing services
HTC	=	HIV Testing and Counseling
MI	=	Motivational Interviewing หรือ รวมหมายถึง Motivational enhancement
STI	=	Sexually transmitted infection
UNAIDS	=	Joint United Nations Programme on HIV-AIDS
USAID	=	United States Agency for International Development
VCT	=	Voluntary counseling and testing
WHO	=	World Health Organization

เอกสารอ้างอิง

- ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. (2547). จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. (2548). จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ปฏิบัติงานยาเสพติด. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้ง.
- ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. (2549). ภูมิปัญญาไทยในการพัฒนาบุคลากรด้านจิตวิทยาการปรึกษา. วารสารทรัพยากรมนุษย์, 2(2), 11-18.
- ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. (2550). คู่มือฝึกอบรมบุคลากรผู้ปฏิบัติงานยาเสพติดด้วยวิธีการงดข้าว: การถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านการพัฒนาภูมิปัญญาไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. (กำลังตีพิมพ์). จิตวิทยาการปรึกษาในบริบทไทย: ทฤษฎีและวิธีการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Amrhein, P. C. Miller, W. R., Yahne, C. E., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71(8), 862-878. Retrieved August 14, 2009, from <http://psycnet.apa.org/index.cfm?FORMAT=html&PAGE=862&VOL=71&ISSUE=5&FA=fulltext.journal&JCODE=ccp>
- Andrews, L. J. & Novick, L. B. (1995). *HIV care: A comprehensive handbook for providers*. Thousand Oaks, London: Sage.
- Board on Global Health (BGH). (2006). Preventing HIV infection among injecting drug users in high risk countries: An assessment of the evidence. The National Academies Press. Retrieved November 9, 2009, from http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=11731&page=2 เอกสารนี้สามารถอ่านได้ฟรีจากการ online เข้าไปจากประเทศไทย
- Borrelli, B. (2006). Using Motivational Interviewing to Promote Patient Behavior Change and Enhance Health. MedScape. Retrieved January 21, 2010, from <http://www.esrdnet5.org/5DiamondPtSafety/MissedTreatments/Module%20Package/MT-14.pdf>
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Dunn, C. (2002). The efficacy of motivational interviewing and its adaptations: What we know so far. In W. R. Miller & S. Rollnick, *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed., (pp. 217-250). New York: Guilford Press.
- Childress, A. R., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P. (1991). Are there minimum conditions necessary for methadone maintenance to reduce intravenous drug use and AIDS risk behavior. *NIDA research monograph*. 106, 167-177. Retrieved August 14, 2009, from <http://www.nida.nih.gov/pdf/monographs/106.pdf>

- Family Health International. (2005). VCT Toolkit: HIV Voluntary Counseling and Testing: Skills Training Curriculum Facilitator's Guide.
- Friedlander, M. L., Thibodeau, J. R. & Ward, L. G.(1985). Discriminating the "good" from the "bad" therapy hour: A study of dyadic interaction. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 22(3), Fall 1985, 631-642. Retrieved October 11, 2009, from <http://psycnet.apa.org/journals/pst/22/3/631.html>
- Futterman, R., Lorente, M., & Silverman, S. W. (2005). Beyond harm reduction: A new model of substance abuse treatment further integrating psychological techniques. *Journal of Psychotherapy Integration*. 15, 3-18.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Heather, N., Wodak, A., Nadelmann, E., & O'Hare, P. (Eds.). (1993). *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science*. London: Whurr.
- Lambert, M. J. and Bergin, A. E. (1994). The Effectiveness of Psychotherapy. in Bergin and Garfield. (1994), pp. 143-89.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Eds.). (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- IHRD. (2008). Harm reduction development 2008: Countries with injection-driven HIV epidemics. New York: International Harm Development Program of the Open Society Institute. Retrieved February 25, 2009, from www.soros.org/harm-reduction จาก Harm Reduction Journal. Accelerating harm reduction interventions to confront the HIV epidemic in Western and Asia WHO.htm
- Institute of Medicine. (2004). Ruiz, M. S., Gable, A. R., Kaplan, E. H., Stoto, M. A. Fineberg, H. V., & Trussell, J. (Eds.). *No time to lose: Getting more from HIV prevention*. Washington, D.C.: Committee on HIV Prevention Strategies in the United States, Division of Health Promotion and Disease Prevention, National Academy Press. Retrieved November 9, 2009, from http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9964&page=R13 เอกสารนี้สามารถอ่านได้ฟรีจากการ online เข้าไปจากประเทศไทย
- MacCoun, R. J. (1998). Toward a psychology of harm reduction. *American Psychologist*. 53, 1199-1208.
- Marlatt, G. A. (Ed.). (1998). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., Blume, A. W., & Parks, G. A. (2001). Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 13-21.

- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147-172.
- Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21(6), 835-842.
- Miller, W. R. (1998). Motivational interviewing: Toward a motivational definition and understanding of addiction. *Motivational Interviewing Newsletter for Trainers*, 5(3), 2-6, Retrieved August 29, 2004, from <http://www.motivationalinterview.org/clinical/motmodel.html>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- PANCEA. (2009). Harm Reduction for Injection Drug Users. Retrieved Feb 20, 2009, from <http://hivinsite.ucsf.edu/global?page=pan-03-07>
- Perngmark, P., Vanichseni, S., & Celentano, D. D. (2008). The Thai HIV/AIDS epidemic at 15 years: sustained needle sharing among southern Thai drug injectors. *Drug and Alcohol Dependence*, 92(1-3), Jan 2008, 183-190. Retrieved August 13, 2009, from Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Prochaska J, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: towards an integrated model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51:390-395.
- Rogers, Carl R. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Saunders B, Wilkinson C, & Phillips M. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90(3), 415-424.
- Schnesson, L. N. & Ross, M. W. (1999). *Coping with HIV infection: Psychological and existential responses in gay men*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Technical guidance on HIV counseling. Center for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep* 1993; 42:11-7. Available online at <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00020645.htm>
- UNAID/WHO. (2007). *Guidance on provider-initiated HIV testing and counseling in health facilities*.
- USAIDS. (2003). *Expanded response guide to core indicators for monitoring and reporting on HIV/AIDS programs*. Retrieved September 27, 2009, from www.usaid.gov/

policy/ads/200/200sbk.pdf

- UCSF HIV InSite. (2006). Sheon, N. (2004). Theory and practice of client-centered counseling and testing. Retrieved September 19, 2009, from <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-07-01-04>
- Van Wormer, K. & Davis, D. R. (2003). *Addiction treatment: A strengths perspective*. Australia: Thomson, Brooks/Cole.
- Wikipedia, the free encyclopedia. (2009). Voluntary counseling and testing. Retrieved July 30, 2009 from http://en.wikipedia.org/wiki/Voluntary_counseling_and_testing
- Wikipedia, the free encyclopedia. (2009). Elisabeth Kbler-Ross. Retrieved October 30, 2009 from http://en.wikipedia.org/wiki/Elisabeth_K%C3%BCbler-Ross
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.

การจัดบริการในการให้เมทาโดน ระยะยาว

ปัญจรัตน์ ศรีสว่าง
สถาบันธัญญารักษ์

บทนำ

ปัจจุบันแม้ผู้เสพยาเสพติดมีการเสพยาที่หลากหลายชนิด จากการแพร่ระบาดของสารเสพติดใหม่ๆแต่ยังคงมีผู้ติดสารเสพติดชนิดผงขาวหรือเฮโรอีน กระจายอยู่มากบ้างน้อยบ้างในแต่ละพื้นที่ในภูมิภาคต่างๆ เช่น ภาคกลางที่กทม. ภาคเหนือ และภาคใต้ บางจังหวัด ที่มีจำนวนมากกว่าที่อื่น นอกนั้นอาจจะมีกระจายอยู่มากซึ่งไม่ออกมารับการรักษารักษา หรือไม่เปิดเผยเนื่องจากยังไม่คิดเลิกเสพยา มีบางรายเข้ารับการรักษาก็ยังเลิกไม่ได้ ยังคงเสพยา หยุดๆ ปัจจุบันมีผู้เสพยาจำนวนหนึ่งที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีรับประทานยาเมทาโดนระยะยาวทดแทนการเสพยาเฮโรอีน ซึ่งวิธีนี้จะช่วยให้ผู้เสพยาเฮโรอีนเลิกเสพยาใช้วิธีรับประทานยาเมทาโดนแทนไม่ให้เกิดอาการขาดเฮโรอีน ซึ่งจะช่วยให้ลดการติดและการแพร่เชื้อโรคทางเข็มฉีดยาได้ และในปัจจุบันมีแนวคิดเรื่องการลดอันตรายในผู้เสพยาและสารเสพติด ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้สถานบำบัดต่างๆ ได้เปิดบริการจ่ายยาเมทาโดนระยะยาว เพื่อให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงได้ง่ายขึ้นหากมีการให้บริการทุกพื้นที่ที่มีผู้ใช้บริการต้องการและได้รับการรักษา วิธีดังกล่าวเป็นการช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดสามารถดูแลตนเอง รักษาสุขภาพและประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ไม่มียามั่วเมา ทำให้เกิดความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพตนเอง เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติ

ผลเสียด้านเศรษฐกิจ

- การสูญเสีย เงินที่ใช้ไปในการเสพยาเสพติด ประมาณการอย่างต่ำ คนละ 600-800 บาท/วัน (ขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์) สูญเสียโดยเปล่าประโยชน์
- การสูญเสียแรงงาน ในวัยกำลังทำงาน ไม่สามารถทำงานได้
- สูญเสียค่าใช้จ่ายในการควบคุม ปรามปรามแม้กระทั่งการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยา

ผลเสียทางสังคม

- ทำลายชื่อเสียงตนเองและวงศ์ตระกูล

- ก่อให้เกิดอาชญากรรม ประเภทต่างๆ
- ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ
- ผลกระทบต่ออาชีพ การงาน การเรียน การปกครอง
- ครอบครัวแตกแยก ไร้สาระสาย สุขภาพจิตเสื่อม ทุกข์ร้อน

ดังนั้นมุมมองและแนวคิดในการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้ผู้ติดยาที่ไม่สามารถเลิกเสพยาได้ โดยเฉพาะผู้ที่ติดเฮโรอีน มีสิทธิเข้าถึงบริการรับประทานยาเมทาโดนระยะยาว ได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมทุกพื้นที่ที่มีผู้ใช้บริการ โดยยึดผู้เสพยาติดยาหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบ ควรให้การดูแลช่วยเหลืออย่างไม่มีอคติ หากมีความเห็นว่าผู้เสพยาติดยาที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาดังเช่นผู้ป่วยโรคอื่น ๆ แม้ผู้ป่วยจะต้องรับประทานเมทาโดนตลอดไป โดยไม่มีเป้าหมายว่าจะหยุดรับประทานเมื่อใด

การที่ผู้ติดยาเสพติดชนิดเฮโรอีนเสพยาอย่างต่อเนื่อง เกิดจากสารโอปิออยด์ มีฤทธิ์สั้น เมื่อผู้เสพยาติดยาประมาณ 6-8 ชั่วโมงจะเกิดอาการขาดยามีอาการ Withdrawal symptom ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องเสพยาบ่อย พบว่า 3-5 ครั้ง ต่อวัน

ผลต่อผู้ติดเฮโรอีน

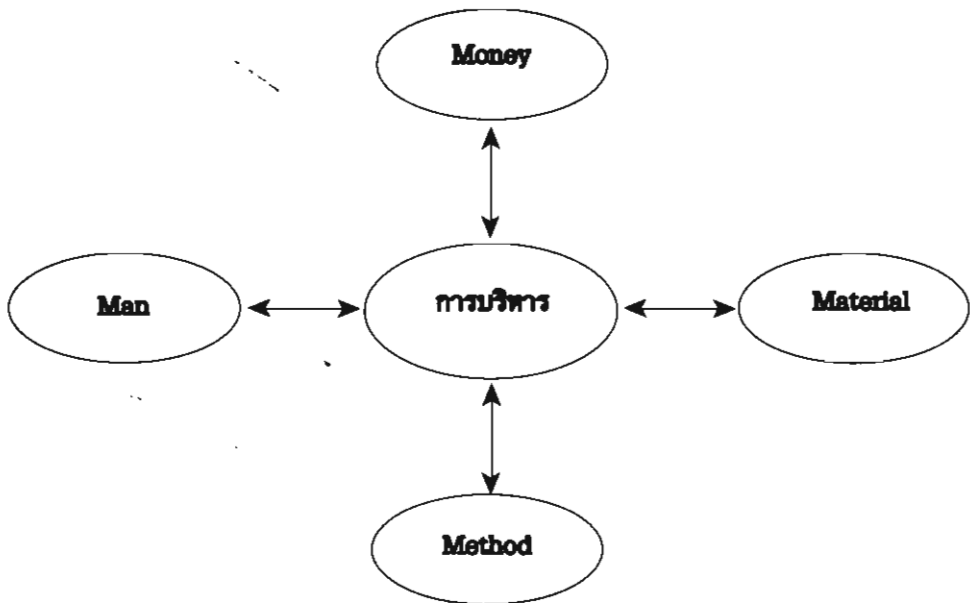
1. ผู้เสพยา จะมีอาการติดต่อสารโอปิออยด์ มีอาการและมีความรู้สึกต้องการเสพยามากขึ้นกว่าเดิม และเหมือนถูกบังคับให้ต้องหามาเสพยาตลอดเวลา ควบคุมตนเองไม่ได้ จึงมีพฤติกรรมหมกมุ่นอยู่กับ การหาเสพยาติดยามาเสพยาตลอดทั้งวัน
2. เลิกเองหลายครั้ง เลิกไม่ได้ เนื่องจากติดฤทธิ์ของสารโอปิออยด์ที่มีการหลั่งสารความสุขในสมองทำให้ผู้เสพยาติดยาสุขสบาย ติดความมันเมาที่ลิ้มไม่ลง (ดังที่มีคำพูดว่า “เลิกได้แต่ลิ้มไม่ลง”)
3. ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อมีอาการอยากยา ต้องหามาเสพทันที ไม่คำนึงถึงความเสี่ยงต่างๆ เช่น ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับเพื่อน หรือไม่ได้ทำความสะอาดให้ปราศจากเชื้อ หรือใช้น้ำผสมที่ไม่สะอาด
4. เกิดการติดเชื้อโรคร้ายแรง เช่น HIV, ไวรัสตับอักเสบบ และเมื่อมีภูมิคุ้มกันต้านทานต่ำจะเกิดการติดเชื้อ และเป็นโรคง่ายขึ้น เช่น วัณโรคปอด, ติดเชื้อในกระแสโลหิต และเป็นผลที่ผิวหนัง เป็นต้น
5. การเสพยาเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากการทนยา การเลิกไม่ได้เป็นสาเหตุการติดเชื้อร้ายแรง จึงต้องเปลี่ยนวิธีการบำบัด จากการถอนยา (Detoxification) มาเป็นใช้ยาเมทาโดน ทดแทนระยะยาว (Methadone Maintenance) เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องใช้เข็มฉีดยาเสพยาติดยา

6. การจ่ายเมทาโดนต้องมีปริมาณเพียงพอกับการที่ผู้ป่วยเสพเฮโรอีน จ่ายขนาดที่พอเหมาะกับการเสพติดของผู้ป่วยแต่ละราย คือผู้ป่วยต้องไม่เกิดอาการขาดยา และไม่มากเกินไปจนง่วง เมทาลับไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และในการจ่ายเมทาโดนควรสังเกตอาการทางคลินิกก่อนแล้วจึงพิจารณาตัดสินใจกำหนดขนาดยาเมทาโดนที่จะให้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้มีหน้าที่บำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีน หรือสารเสพติดจำพวกโอปิออยด์ มีความรู้ความเข้าใจ สามารถจัดบริการและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุม สามารถดูแลตนเองได้ ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ประกอบอาชีพได้ เรียนหนังสือได้ ตามสภาวะของแต่ละบุคคล
3. ลดการแพร่และการติดเชื้อจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน

กระบวนการบริหารจัดการคลินิกจ่ายเมทาโดน



กระบวนการบริหารจัดการคลินิกจ่ายเมทาโดนใช้หลัก 4M คือ

1. Man = บุคลากร = เจ้าหน้าที่ = ทีมผู้ดูแลช่วยเหลือ

ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และ สาขาวิชาชีพอื่นๆ เช่น ประสานงานทางห้องปฏิบัติการ รังสี การเงิน เป็นต้น

1.1 บทบาทหน้าที่ของสหสาขาวิชาชีพ แพทย์

1. ตรวจวินิจฉัย โรคติดเชื้อ โรคร่วม โรคแทรก โรคที่เป็นปัญหา เสี่ยงต่อการใช้เมทาโดนระยะยาว
2. ส่งการรักษา ขนาดการจ่ายเมทาโดน และ การรักษาโรคร่วม โรคแทรก ยาต้านฤทธิ์
3. ควบคุมการใช้ยาควบคุมพิเศษ

พยาบาล

1. บริหาร จัดการ ในคลินิก ประสาน ทีมสหวิชาชีพต่างๆ อาทิ แพทย์ เภสัช ห้องปฏิบัติการการเงิน เป็นต้น
2. จ่ายเมทาโดนและควบคุมการจ่ายยาแก่ผู้ป่วย
3. ให้การช่วยเหลือต่างๆ อาทิ การให้ความรู้ แก่ผู้ป่วย และญาติ การให้บริการปรึกษา
จุดใจเพื่อการเจาะเลือดหาเชื้อ HIV โดยให้คำปรึกษา ก่อนและหลังเจาะเลือดตรวจ
4. กิจกรรมกลุ่มบำบัด
5. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษาโรคร่วม โรคแทรก จากการชักประวัติการเจ็บป่วย
ส่งตรวจ และรายงานแพทย์ ส่งการรักษา และแนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างการรักษาตามสภาพผู้ป่วย
6. เก็บปัสสาวะส่งตรวจ ห้องปฏิบัติการหาสารเสพติดเป็นระยะ ๆ ระหว่างการรับประทานยา
เมทาโดน
7. บันทึกรายงาน การจ่ายยา เมทาโดน และกิจกรรมการปฏิบัติต่าง ๆ ที่จัดให้ผู้ป่วย
ตลอดจน ความก้าวหน้าของการรักษาโรคที่พบ
8. ทำทะเบียน และรายงานประจำเดือน
9. ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ใน กฎ ระเบียบต่างๆ ระหว่างการรับประทานยาเมทาโดน
10. ติดตามประเมินผล

เภสัชกร

1. ขออนุญาตใช้ยาเมทาโดน
2. ประงยา
3. ตรวจสอบและรายงานการใช้ยาเมทาโดน

สาขาวิชาชีพอื่นๆ

- เทคนิคการแพทย์ ตรวจหาสารเสพติด และรายงานผล
- นักรังสี X-Ray ตามแพทย์สั่ง รายงานผล
- การเงิน การบัญชี เบิกค่ารักษา สปสช. (หรือ พยาบาลในคลินิก)

1.2 องค์ความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

1. พยาบาลเป็นผู้บริหาร จัดการ และดูแลช่วยเหลือจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ การดูแลแบบองค์รวม
2. ธรรมชาติผู้ป่วยติดเฮโรอีน
3. รู้เรื่องยาเสพติดที่เกี่ยวข้อง อาทิ เกสซ์วิทยาสารเสพติดเฮโรอีน และของเมทาโดน ยาต้านฤทธิ์ เป็นต้น
4. รู้อาการของโรคแทรกซ้อนต่างๆ และวิธีการดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้อง เช่น โรค HIV, วัณโรค, ไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น
5. รู้วิธีการให้คำปรึกษา และการจูงใจ การทำกิจกรรม กลุ่มบำบัดต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วย เกิดกระบวนการคิด มีพฤติกรรมที่ช่วยให้ตนเองปลอดภัยจากการใช้สารเสพติด และการติดเชื้อ ตลอดจนเลิกยาเสพติดต่อไป
6. แพทย์รู้วิธีการรักษาผู้เสพติดเฮโรอีนและการใช้เมทาโดน
7. เกสซ์รู้วิธีการปรุยาเมทาโดนให้ได้ขนาด ในปริมาณที่สะดวกต่อการจ่ายแต่ละวัน แต่ละคน เป็นต้น

1.3 ทักษะของบุคลากร และ คุณสมบัติที่เหมาะสม

1. มีความคิด และทัศนคติที่ถูกต้องเชิงบวกต่อผู้ติดยาเสพติด (ผู้เสพคือผู้ป่วย)
2. มีความเต็มใจ พึงพอใจ ในงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
3. มีความสมดุลของอารมณ์ รู้จักควบคุม และยับยั้งจิตใจไม่แสดงอารมณ์ ฉุนเฉียว หรือโต้เถียงกับผู้ติดยาเสพติด
4. สามารถแสดงความคิดเห็น เสนอแนะงานที่ทำให้มีความก้าวหน้า
5. สามารถทำงานในหน้าที่รับผิดชอบ สนใจในงาน ไม่ท้อแท้
6. ยึดมั่นในจรรยาบรรณ วิชาชีพ ซื่อสัตย์ ต่อตนเองและงาน
7. มีความเข้าใจคนไข้ รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา
8. มีความมานะพยายาม และอดทนต่อสภาพผู้ติดยา

2. Money = งบประมาณ เป็นค่าจัดบริการในคลินิกวางแผนใช้จ่าย ดังนี้

1. ปรับปรุงห้องจ่ายยาห้องทำกิจกรรมให้เหมาะสม
2. ซื้อตู้เก็บยาเมทาโดนที่แข็งแรง เก็บมิดชิดในห้องไม่ให้เข้าถึงได้ง่าย
3. จัดซื้อจัดหา โต๊ะ เก้าอี้ทำงาน เก้าอี้สำหรับผู้ป่วยทำกิจกรรม ตู้ใส่เอกสารความรู้
4. จัดซื้อวัสดุสำนักงานที่จำเป็นเช่น แฟ้ม สมุดฯลฯ
5. วางแผนจัดสรรงบประมาณไว้สำหรับบุคลากรเข้าอบรม เข้าร่วมประชุมสัมมนาแต่ละปี
6. อาจมีการอยู่เวรนอกเวลา จะมีค่าปฏิบัติการณ์ล่วงเวลา เป็นต้น

3. Material = วัสดุ อุปกรณ์ ที่เป็น เวชภัณฑ์ยา และ เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา

1. ตู้ใส่ยา
2. เครื่องวัดความดัน ปรีท เครื่องชั่งน้ำหนัก ไฟฉาย ไมกดลิ้น
3. วัสดุสำนักงานต่างๆ และ วัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็น
4. Computer
5. แฟ้ม และเอกสารต่างๆ สมุดทะเบียน แบบรายงานการจ่ายยาเมทาโดน
6. ยาเมทาโดนและ อื่นๆ เช่นยา ด้านฤทธิ์

4. Method = วิธีการปฏิบัติ ในการดูแลช่วยเหลือครอบครัวรวม ประกอบ ด้วย 3 ขั้นตอน

1. ขั้นเตรียมการ

- 1.1 เตรียมเอกสารที่จำเป็น เช่น แฟ้ม ประวัติผู้ป่วย แบบฟอร์มการซักประวัติ
 - 1.2 ร่างกฎระเบียบ ข้อปฏิบัติระหว่างรับการบำบัดฟื้นฟู/ รับประทานยาเมทาโดน
 - 1.3 กำหนดเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับยาเมทาโดนระยะยาว
 - 1.4 เตรียมเอกสาร ข้อปฏิบัติและ ใบนยินยอมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเซ็นรับทราบ
 - 1.5 สมุดลงทะเบียน
 - 1.6 ใบบัญชีและใบรายงานการจ่ายยาเมทาโดน
 - 1.7 ยาเมทาโดน ขนาด Dose ต่างๆ
 - 1.8 อุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นในการจ่ายยา แก้วยา แก้วน้ำ ถังน้ำดื่ม
 - 1.9 ตารางกิจกรรมต่างๆ เช่น กำหนดการให้ความรู้ การทำกลุ่ม การให้คำปรึกษา
- การจ่ายยา
- 1.10 จัดสถานที่ให้เข้าถึงได้ง่าย จัดสิ่งแวดล้อมให้อบอุ่น
 - 1.11 ประชาสัมพันธ์ให้ผู้เข้ารับบริการทราบจะเปิดให้บริการ MMT

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 การรับผู้ป่วย ควรสังเกตและซักประวัติอาการต่าง ๆ

2.1.1 ข้อบ่งชี้ (Criteria) การรับผู้เสพติดเฮโรอีนเข้าโปรแกรม MMT

1. เป็นผู้เสพติดเฮโรอีน โดยวิธีฉีดเข้าเส้น
2. เสพไม่ต่ำกว่า 300 มิลลิกรัม ต่อวัน (1 ฝาทลดพลาสติกเบอร์ 5) /

เจ้าหน้าที่พิจารณาตามสภาพการผู้ป่วย

3. ระยะเวลาเสพติด 3 ปีขึ้นไปหรือ เข้ารักษาไม่ต่ำกว่า 5 ครั้ง / ปรับขึ้น-ลง ตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย

4. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี
5. มีร่างกายแข็งแรง
6. ไม่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงทางกายและจิต
7. สมัยครใจ

2.1.2 สภาพทั่วไปของคนติดเฮโรอีน ที่เจ้าหน้าที่ควรสังเกต เพื่อประกอบกับการซักประวัติการเสพยาเสพติดเฮโรอีน

1. มึนงง เวียนศีรษะ ง่วงซึม หลับ ไม่อยากทำงาน
2. อ่อนเพลีย ซุบผอม ซีดเหลือง น้ำหนักลด
3. หน้าที่าหมองคล้ำ ริมฝีปากแห้ง ดวงตาเหม่อลอย
4. ความคิดอ่าน ความจำ สติปัญญาเสื่อมลง
5. อารมณ์เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ หงุดหงิดง่าย
6. ถ้าเสพนานขึ้น สมอและระบบทำงานต่างๆ ของร่างกายจะเสื่อมลง สุขภาพทรุดโทรมยิ่งขึ้น

ทรุดโทรมยิ่งขึ้น

7. การหายใจจะช้าลงกว่าปกติ ถ้าเสพนานเกินขนาด หัวใจหยุดทำงานและถึงตายได้

2.1.3 อาการง่วงซึม หรือ ซาดยา เป็นอาการทางคลินิกที่เจ้าหน้าที่ต้องสังเกตเพื่อประเมินคัดกรองและตัดสินใจก่อนการจ่ายยาเมทาโดนหรือการรับเข้าสู่โปรแกรม MMT

1. น้ำมูกไหล น้ำตาไหล หาวหอบจามคล้ายเป็นหวัด
2. กระวนกระวาย กระสับกระส่าย หายใจถี่ลึก
3. คลื่นไส้ อาเจียน
4. ขนลุก เหงื่อออกมาก เป็นตะคริว
5. กล้ามเนื้อ แขนขาสั่นกระตุก ขบฟัน
6. ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดเสียวในกระดูก
7. ท้องเดินอาจมีเลือดปน “ลงแดง”
8. ม่านตาขยายโตขึ้น ทำให้มองภาพไม่ชัด ไม่สู้แดด
9. ไข้สูง ความดันสูง ชักกระตุก
10. นอนไม่หลับ คลั่งเสียสติ

2.1.4 ทำ OPD card, รับหลักฐานบัตรประชาชน

2.1.5 ซักประวัติการติดยาเสพติดให้ครอบคลุม เช่น ชนิดของยาเสพติดที่เสพ วิธีเสพ ปริมาณที่เสพต่อวัน ระยะเวลาที่เสพ เวลาที่เสพครั้งสุดท้าย ยาเสพติดร่วมอื่น ๆ อาการซาดยาเมื่อหยุดเสพยา อาการแสดงอื่นๆ อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติด การรักษาที่ผ่านมา สถานที่ที่เคยรักษา จำนวนครั้งที่เคยได้รับการรักษา ระยะเวลาที่รักษาแต่ละครั้ง โรคประจำตัว และโรคร่วมอื่นๆ อาการสำคัญปัจจุบัน การรักษาโรคประจำตัว มียารักษาด้วยหรือไม่

2.1.6 ตรวจวัดสัญญาณชีพ ลงบันทึกอาการต่างๆ

2.1.7 ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด, X-ray ปอด, เจาะเลือด

2.1.8 ลงทะเบียน

2.1.9 ประเมินโรค การปฏิบัติตามกฎระเบียบ และตารางกิจกรรม

2.1.10 ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เรื่องการสังเกตอาการก่อน-หลังรับยาเมทาโดน การบอกอาการที่เป็นจริงซึ่งเป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วย ที่จะได้รับยาตามอาการที่เหมาะสมไม่ได้เกินขนาด (Overdose)

2.1.11 แนะนำการสังเกตพฤติกรรมเสพยาเฮโรอีนซ้ำแล้วรับประทานยาเมทาโดนควบคู่ด้วย จะทำให้เกิดอาการได้รับยาเกินขนาด (Overdose) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ถ้าแก้ไขไม่ทัน

2.1.12 รายงานแพทย์สั่งจ่ายยาเมทาโดนตามอาการในวันแรก และการปรับขนาดยา ในวันต่อ ๆ ไป เป็นระยะทุก 3-4 วัน ประมาณสองสัปดาห์ จนได้ระดับพอเหมาะของแต่ละคน

2.2 จ่ายยาเมทาโดน

2.2.1 เทคนิคการจ่าย ควรให้รับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ควรสังเกตอาการ คุรุมาตก่อนในระยะแรกระหว่างการปรับขนาดยา หลังรับประทานยาให้ดื่มน้ำตามทันที ป้องกันการ อมยาเก็บไว้ และให้ดื่มน้ำมาก ๆ ป้องกันอาการท้องผูก

2.2.2 สังเกตอาการ แสดงการมีเมามา เดินเซ ง่วงซึมเพราะอาจรับประทานยาอื่น เช่น ยานอนหลับหรือสุราไปด้วย ควรสังเกตและซักถามก่อนจ่ายยา หากไม่แน่ใจในการจ่ายยาเมทา โดนควรปรึกษาแพทย์ก่อน

2.2.3 ให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อหลังรับประทานยาในใบจ่ายยาประจำวัน

2.2.4 สังเกตอาการหลังได้รับยาเมทาโดน 2-3 ชั่วโมง ในระยะแรก ๆ

การปรับขนาดให้ยาเมทาโดนระยะยาว

- วันแรกจ่าย ไม่ควรเกิน 30 มิลลิกรัม ควรดูอาการทางคลินิกก่อนหรือ เก็บปัสสาวะตรวจก่อน ถ้าพบผู้ป่วยมีอาการง่วง เมามา คุรุมาต หาด สอภตามการเสพยาเฮโรอีนก่อนมารับยา หรือการ ได้รับประทานยาเมทาโดนมาก่อน

- ในวันแรก ถ้ายังไม่แน่ใจ ยังไม่ควรจ่ายยาเมทาโดนและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอันตรายที่จะ เกิด หากได้รับยาเกินขนาดจากที่ผู้ป่วยได้เสพยาเฮโรอีนมาก่อนหรือรับยาเมทาโดนจากหน่วยงานอื่นมาก่อน แนะนำให้มารับยาวันต่อไปและไม่ให้เสพยาเฮโรอีนมาก่อนจึงจะจ่ายยาให้

- ในวันที่ 3-4 ต่อมา ดูอาการ และเพิ่มขนาดครั้งละ 5-10 มิลลิกรัม เพิ่มทุก 3-4 วัน ในช่วง 2 สัปดาห์ในแต่ละคนอาจเพิ่มได้ 60-80 มิลลิกรัม หรือในบางราย 100-120 มิลลิกรัมอยู่ที่ ปริมาณการเสพยาเฮโรอีนต่อวันและระยะเวลาที่เสพมานาน ผู้จ่ายต้องซักประวัติการเสพที่ชัดเจนเชื่อถือได้ ร่วมกับการสังเกตอาการ

ข้อสังเกต

เพิ่มขนาดให้พอเหมาะกับการทนยาของแต่ละราย โดยสอบถามอาการและสังเกต อาการผู้ป่วย ที่มารับยาทุกวันว่ามีอาการขาดยาอยู่หรือไม่ หรือได้รับยามากเกินไปจนง่วงหลับตลอดวัน ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ดูอาการทนยาจนผู้ป่วยไม่มีอาการจึงให้ยาเพิ่ม วิธีการซักถามให้พูดคุยเรื่องการทำกิจกรรมประจำวันว่าสามารถทำอะไรได้หลังจากรับประทานยาเมทาโดนไป หากผู้ป่วยบอกว่าง่วงมากทำอะไรไม่ได้หรือนอนหลับตลอดทั้งวัน เป็นข้อเตือนว่าผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป ที่สำคัญอย่าถามผู้ป่วยว่ายาที่รับประทานไปมีก่อนพอหรือไม่ เพราะผู้ป่วยทั่วไปต้องการเมามากได้รับยามาก ๆ จะบอกว่าไม่พอ

ข้อควรระวัง

การเกิดอาการได้ยาเมทาโดนเกินขนาด เนื่องจากการขับถ่ายออกจากร่างกายช้า จะเหลือเมทาโดนอยู่ในร่างกายครึ่งหนึ่งใน 24 ชั่วโมง (ครึ่งชีวิต) ฉะนั้นแต่ละวันเมื่อมารับยาใหม่ จะยังคงมีเมทาโดนค้างอยู่ในร่างกาย เมื่อได้ยาใน 2-3 วันแรก อาจเกิดยาเกินขนาดได้หากเพิ่มยาเร็ว

การรับยากลับไปรับประทานที่บ้านไม่ควรให้เกิน 350 mg ต่อครั้งตามจำนวนที่จ่ายต่อวัน ฉะนั้นถ้าจ่ายวันละ 60 มิลลิกรัม จะให้ยาไป 5 วัน เป็นต้น ถ้าไม่จำเป็นไม่ควรจ่ายกลับบ้าน เพราะจะมีผลเสียตามมา เช่น รับประทานยาเกินขนาดนำไปจำหน่ายจ่ายแจกหรือใช้ยาผิดวิธี เช่น นำไปฉีด เป็นต้น

อาการได้ยาเกินขนาด ที่เจ้าหน้าที่ต้องระมัดระวังและสังเกตหลังการจ่ายยาเมทาโดน เพื่อให้การช่วยเหลือ

1. ผู้ป่วยจะหมดสติ
2. การหายใจช้าลง หรือหยุดหายใจเป็นช่วงๆ และหยุดหายใจ
3. รูม่านตาเล็กลง อาจเท่ารูเข็ม
4. เดินเซ พูดไม่ชัด
5. กรน
6. ความดันโลหิตต่ำ
7. มีฟองที่ปาก (มีน้ำท่วมปอด)
8. โคม่าหมดสติ

แนวทางการช่วยเหลือ

1. AIRWAY ผู้ป่วยหมดสติ ต้องพยายามดูว่า มีสิ่งของในปากที่อาจจะมาอุดทางเดินหายใจหรือไม่ เช่น ฟันปลอม ควรจัดผู้ป่วยในท่าตะแคงหน้า เพื่อป้องกันสิ่งตกไปอุดทางเดินหายใจ เหยียดคอตั้งขากรรไกรไปข้างหน้า เพื่อให้การหายใจสะดวกขึ้น

2. BREATHING ถ้าการหายใจไม่ดีหรือหยุดหายใจ ควรใส่ Endotracheal Tube และต่อเข้าเครื่องช่วยหายใจ

3. CIRCULATORY ดูว่าระบบไหลเวียนโลหิตดีหรือไม่ จากการตรวจชีพจร ความดันโลหิต ถ้าความดันลดต่ำลงให้ 5% D/NSS เข้าเส้น

4. DRUG ให้ยาต้านฤทธิ์ ได้แก่ Naloxone (NARCAN) ฉีดเข้าเส้นให้ได้ทุก 5 นาที จนกว่าจะรู้สึกตัว มักไม่เกิน 2-3 หลอดๆ ละ 0.4 mg จากประสบการณ์ เมื่อผู้ป่วยได้ยาต้านฤทธิ์ มักรู้สึกตัวในทันที ม่านตาจะขยายขึ้น สังเกตอาการ 6-8 ชม. ในบางรายได้ยาต้านฤทธิ์เฮโรอีน แล้วม่านตาขยายมากขึ้น แต่ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวมักจะเสพยาหลายชนิด เช่น สุรากับเฮโรอีน หรือยานอนหลับร่วมด้วย ผู้ป่วยจะรู้สึกตัว 6-10 ชม. ต่อมา

ข้อควรระวัง

เนื่องจากยาต้านฤทธิ์ จะอยู่ในร่างกาย 1-4 ชม. แต่ฤทธิ์ของเฮโรอีน หรือเมทาโดนจะอยู่ในร่างกายนานกว่า จึงควรดูอาการจนกว่าจะปลอดภัย เช่น เฮโรอีน ควรดูแลอย่างน้อย 8 ชม. เมทาโดน ควรดูแลเกินกว่า 24 ชม. เป็นต้น

2.3 ลงบันทึกรายงานประจำวัน อาการผู้ป่วย ขนาดยาเมทาโดนที่รับประทาน พฤติกรรมผู้ป่วย กิจกรรมที่ทำได้จนผลการตรวจปัสสาวะ

2.4 สรุปใบรายงานรวมยอดการใช้ยาเมทาโดน เพื่อส่งสรุปและ เบิกเงิน สปสช.

2.5 เก็บปัสสาวะตรวจทุกสัปดาห์

2.6 กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือดังนี้

2.6.1) การดูแลด้านร่างกาย

- ค้นหาคัดกรอง โรคร่วม โรคแทรก และอาการเจ็บป่วยอื่นๆ ตลอดระยะเวลาที่มารับบริการ รายงาน พบแพทย์ ตรวจวินิจฉัยและรักษาตามอาการที่เป็น

- ให้ความรู้/ สอนสุขศึกษาตามสภาวะของโรค และการเจ็บป่วยแต่ละราย

- ให้การปรึกษา ด้านการดูแลสุขภาพและสุขอนามัยส่วนบุคคล

- จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นกลุ่ม/รายบุคคล ก่อนการรับประทานยา หรือให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย

- ส่งเสริมการป้องกันตนเองจากการได้รับเชื้อโรคติดต่อต่างๆ เช่น วัณโรคปอด ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสเอดส์ ตลอดจนการติดโรคจากเพศสัมพันธ์ และจากการใช้เข็มฉีดยาที่ไม่สะอาดและจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน เป็นต้น

- ให้ความรู้วิธีการแพร่เชื้อ ช่องทางที่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ในกรณีที่ตนเองมีเชื้อโรคอยู่ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น ในรายที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง

- แนะนำการพักผ่อน การรับประทานยาตามแผนการรักษา
- แนะนำการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ต่อโรคที่พบแต่ละราย

2.6.2) การดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจ

- ปรับกระบวนการคิด ความเชื่อ ทศนคติ เรื่องการไม่แพร่เชื้อแก่สังคมด้วยอารมณ์โกรธแค้น กรณีที่ตนติดเชื้อ HIV โดยการให้คำปรึกษา
 - ให้คำปรึกษาวิธีการดำรงชีวิต อยู่ในสังคมอย่างปกติสุขได้ แม้มิเชื่อโรคเอดส์สามารถยอมรับและปรับทัศนคติ ในการดูแลตนเอง การทำกิจกรรมประจำวันที่เป็นประโยชน์
 - ให้คำแนะนำ ร่ายกลุ่ม/รายบุคคล กระบวนการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหา
 - จัดกิจกรรม สัมภาษณ์จุดอ่อน จุดแข็งของตนเอง ให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข
 - ให้ทำกิจกรรม /มอบหมายให้รับผิดชอบ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าของตน
 - ส่งเสริมกระบวนการคิดเชิงบวก
 - จูงใจให้รับประทานยาเมทาโดนอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุด เพราะอาจเสี่ยงไปใช้ยาเสพติด ขณะที่หยุดรับประทาน ทำให้เกิดวงจรการใช้ยา การใช้เข็ม การแพร่เชื้อโรค
 - จัดกิจกรรมคลายเครียด
 - ให้คำปรึกษาจูงใจ ให้เกิดความตระหนัก ความเชื่อเรื่องปัญหาที่เกิดจากการเสพติด เพื่อให้เกิดพฤติกรรม การลดละเลิก ยาเสพติดและพฤติกรรมป้องกันโรค
 - จูงใจให้สมัครใจ เจาะเลือด ตรวจ HIV เพื่อการรักษา และไม่แพร่เชื้อโรคให้ผู้อื่น
 - ให้คำปรึกษาก่อนและหลังเจาะเลือดหาเชื้อ HIV

2.6.3) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม

- จัดกิจกรรมกลุ่ม/ ให้คำแนะนำรายบุคคล ในเรื่องการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัย ปลอดภัยโรค
- แนะนำการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ตามสภาพความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การเรียน การงานอาชีพ การนัดเวลารับประทานยา และสามารถไปเรียนหรือทำงานได้
- แนะนำ /ชี้แนะให้เห็น ความสามารถและศักยภาพของตนในการประกอบกิจต่าง ๆ ให้สำเร็จได้และความสามารถช่วยกิจการของครอบครัว สังคม
 - การตั้งเป้าหมายและวางแผนเพื่อบรรลุเป้าหมาย กลุ่ม/รายบุคคล
 - การใช้เวลาว่างอย่างเป็นประโยชน์ต่อตัวเอง ต่อครอบครัวและสังคม
 - จัดกิจกรรมการฝึกอาชีพ หรือแนะนำแหล่งฝึกอาชีพ
 - แนะนำ/ ให้คำปรึกษาการใช้จ่ายเงินตามภาวะ เศรษฐกิจของตนที่ไม่ทำให้ตนเองและครอบครัว สังคมเดือดร้อน
 - กิจกรรมกลุ่มทักษะการปฏิเสธ เมื่อต้องพบสิ่งที่เป็นความเสี่ยงในสังคม

4) กิจกรรมอื่นๆ

- กลุ่มนันทนาการ/เกมส์
- กลุ่มพัฒนาจิต อาจให้นั่งสมาธิหรือนิมนต์พระมาเป็นวิทยากร 1 ครั้ง/เดือน เป็นต้น
- กลุ่มบอกความรู้สึก โดยให้ผู้ป่วยสำรวจความรู้สึกของตน ในแต่ละวันว่าพอใจ ไม่พอใจ หรือ ดีใจ เสียใจ เรื่องใด และผู้นำกลุ่มเพื่อน ๆ จะช่วยชี้แนะและให้กำลังใจ
- กลุ่มสัมมนา เมื่อเกิดปัญหาในคลินิก จากการกระทำของผู้ป่วยที่เกิดบ่อยๆ จัดกลุ่มให้แสดงความคิดเห็น เพื่อหาวิธีแก้ไขปรับปรุงร่วมกันจนได้แนวทางปฏิบัติที่ดีที่ถูกร่วมกันหรือสัมมนาเพื่อต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น
- กลุ่มเพื่อน ช่วยเพื่อน
- ให้ความรู้โทษพิษภัยยาเสพติด

วิธีดำเนินการกลุ่ม

วิธีดำเนินการกลุ่มหรือหากผู้ใช้บริการน้อย อาจดำเนินการแนะนำปรึกษารายบุคคลโดยวิธีการนำเรื่องหรือประเด็นที่ต้องการให้ผู้ช่วยปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรม (Problem Base Learning) นำมาเป็นประเด็นในการทำกลุ่มหรือนำรายบุคคล ดังตัวอย่างซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องและเป็นปัญหาใกล้ตัวต้องเผชิญกับเรื่องต่างๆ นี้นี้ตลอดเวลา จึงควรมีการปรับแก้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาตนเองให้ดำรงชีวิตได้อย่างปกติ คือ

1. การตั้งเป้าหมายชีวิต
2. ทักษะการปฏิเสธ
3. การสำรวจจุดอ่อน จุดแข็ง
4. การแก้ปัญหา
5. การจัดการความเครียด
6. กลุ่มสัมมนาเพื่อพัฒนาตนเอง
7. กิจกรรมการให้การปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ (Pre-Post Counseling)

· (โปรดอ่านรายละเอียดในภาคผนวก)

3. ขั้นตอนติดตามประเมินผล

1. ผลการตรวจปีสภาวะ
2. การดำเนินกิจกรรมต่างๆ
3. การตรวจหาเชื้อ HIV
4. การดำเนินชีวิต กิจวัตรประจำวัน การงาน อาชีพ
5. จำนวนผู้ใช้บริการ และการรับบริการต่อเนื่อง
6. การสร้างเครือข่าย
7. สรุปประเมินขนาดการจ่ายเมทาโดน
8. ปัญหาอุปสรรค และการปรับปรุง
9. การรวบรวมผลประจำเดือน

สรุป

การบริหารจัดการคลินิกบำบัดฟื้นฟูผู้เสพติดเฮโรอีน ด้วยวิธีจ่ายเมทาโดนใน ผู้บริหารจัดการ ควรคำนึงการจัดอย่างครบวงจร จัดการครบทุกด้านในองค์ประกอบทางการบริหารทั่วไปที่จำเป็นต้องมี 4 ด้าน คือ การจัดการด้านกำลังคน ที่ต้องเตรียมความพร้อมซึ่งถือว่าเป็นด้านที่สำคัญที่สุดอันดับแรก เพราะคนหรือบุคลากรเป็นผู้ดำเนินการให้ด้านอื่น ๆ ประสบความสำเร็จ

ฉะนั้น คนจึงต้องมีความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ ต้องมีความรอบรู้เรื่องที่เกี่ยวข้องและมีความรู้สึกรักที่คนคิดเชิงบวกกับงานที่รับผิดชอบ ด้านที่สำคัญรองมา คือ วิธีการปฏิบัติในการจ่ายเมทาโดน ระยะยาวที่ต้องครอบคลุมองค์รวม โดยยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง เป็นการดูแลช่วยเหลือด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตามมิติการดูแลสุขภาพใน 4 มิติ เป็นส่วนประกอบในการช่วยเหลือแต่ละด้าน คือ การส่งเสริม การป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ควบคู่กับการจ่ายยาเมทาโดน เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ให้ดำรงอยู่ได้อย่างมีคุณค่า ตามสภาพและสิทธิผู้ป่วย สำหรับด้านอุปกรณ์ และงบประมาณ เป็นส่วนประกอบที่จะช่วยให้การบริหารจัดการสัมฤทธิ์ผล ซึ่งอาจจะใช้ไม่มากจึงไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน ด้านการจัดการในคลินิกจ่ายเมทาโดนระยะยาว

การจ่ายยาเมทาโดนระยะยาว ผู้ป่วยจะอยู่รับบริการเป็นเวลานานเป็นปี ฉะนั้นจึงควรจัดบริการที่เป็นประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรได้รับการเสริมทักษะให้สามารถปรับกระบวนการคิด ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงสร้างสรรค์ เพื่อให้สามารถมีวิถีการดำรงชีวิตก้าวต่อไปอย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถสร้างคุณค่าให้กับตัวเองและทำประโยชน์ให้กับครอบครัว สังคมได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2545). คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค. (2552). คู่มือแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยเมทาโดนระยะยาว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- กรมการแพทย์ กองวิชาการ. (2529). ประมวลคำสอนหลักสูตรชั้นความมีพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: กองวิชาการกรมการแพทย์.
- จินตรา อุ๋นเอกลาม และ ธงชัย อุ๋นเอกลาม. (2540). เอกสารที่ระลึกพิธีเปิดศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดแม่ฮ่องสอน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- บุญเรียบ วัฒนาร่างและคณะ. (2541). คู่มือดำเนินงานหลักสูตรการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเอง แบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพติดวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2549). คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระยะบำบัด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

การสร้างเครือข่ายการเข้าถึงผู้สูงอายุ และการส่งต่อ

.....
เยาวเรศ นาคะโยธินสกุล
สถาบันธัญญารักษ์

บทนำ

การบำบัดรักษาผู้ใช้โอปิออยด์ด้วยการให้บริการเมทาโดนระยะยาว เป็นมาตรการที่มีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ยืนยันว่า เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้นาเสฟติดโดยการฉีด ภายใต้การควบคุมดูแลของสถานพยาบาลเท่านั้น เพื่อป้องกันการนำไปใช้อย่างผิดกฎหมาย ปัจจุบันมีการให้บริการการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว พร้อมทั้งให้บริการด้านอื่นร่วมด้วยเช่น การดูแลสุขภาพ การให้ลูกศึกษา การบริการปรึกษาด้านสุขภาพทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว โดยผู้ใช้นาเสฟที่เข้ารับบริการยังคงสามารถทำงาน เรียนหนังสือ ได้ตามปกติ ลดความถี่ของการฉีดยา และลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกัน ซึ่งเป็นหนทางหนึ่งในการป้องกันการแพร่กระจายโรคที่ติดต่อทางกระแสโลหิต เช่น โรคนเอตส์ โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสชนิดบี และซี นอกจากนี้ยังลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาอาชญากรรมเพื่อหาเงินมาซื้อยาเสฟติด และช่วยให้ผู้ใช้นาเสฟมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีงานทำ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ในขณะที่ยังไม่พร้อมที่จะเลิกใช้ยา ก่อนที่จะบรรลุเป้าหมายสูงสุด คือการเลิกใช้ยา การดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ใช้นาเสฟเป็นเรื่องที่ทำได้ไม่ง่าย เพราะเป็นกลุ่มที่เข้าถึงยาก เนื่องจากมีพฤติกรรมที่ผิดกฎหมายโดยเฉพาะผู้ใช้นาเสฟโดยการฉีด เมื่อมีปัญหา ผู้ใช้นาเสฟจะไม่ไปใช้บริการที่หน่วยงานภาครัฐเพราะกลัวถูกจับกุม ถูกกีดตันจากการติตราทางสังคม หรือ อำนาจของเจ้าหน้าที่ จนไม่กล้าเผยตัวหรือสู้หน้าสังคมทั่วไป ทำให้ผู้ใช้นาเสฟขาดข้อมูลความรู้และทักษะต่างๆในการป้องกันตัวเอง หรือลดความเสี่ยงของตัวเอง ทั้งทางสุขภาพและการใช้ยา มีหลายหน่วยงานที่ได้พยายามให้ความช่วยเหลือ แต่ไม่สามารถเข้าถึงผู้รับบริการได้ ดังนั้น การทำงานบริการแบบตั้งรับจึงไม่ได้ผล การสร้างเครือข่ายการเข้าถึงผู้ใช้นาเสฟ เป็นการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมที่มีจุดมุ่งหมายเดียวกันที่จะช่วยเหลือผู้ใช้นาเสฟให้เข้าถึงบริการสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นแนวทางหนึ่งที่จะมีกลวิธีที่จะเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้นาเสฟ โดยเน้นการค้นหา เข้าถึง การสร้างสัมพันธ์ และการให้การช่วยเหลือ เป็นทั้งการออกไปในพื้นที่ที่ผู้ใช้นาเสฟอยู่ และการมีศูนย์บริการไว้คอยตั้งรับในพื้นที่ (ดริอปอินเซ็นเตอร์) การดำเนินงานเป็นการให้ข้อมูลด้านการลดอันตราย ลดความเสี่ยงและผลกระทบจากการติดเชืเอชไอวีให้

บริการส่งต่อเข้า บริการสุขภาพเพื่อรับบริการที่จำเป็นเช่นการเข้ารับบริการเมทาโดนระยะยาว อีกทั้งผู้ใช้ยาที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับโอกาสในการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และบริการทางสังคมอื่นๆ โดยผู้ใช้ยาที่เข้ารับบริการสามารถทำงาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาบริการที่ผสมผสานการเชื่อมต่อบริการเชิงรุกกับหน่วยบริการเมทาโดนระยะยาว
2. สามารถ บริการรับ-ส่งต่อ บริการเมทาโดนระยะยาวอย่างเหมาะสม

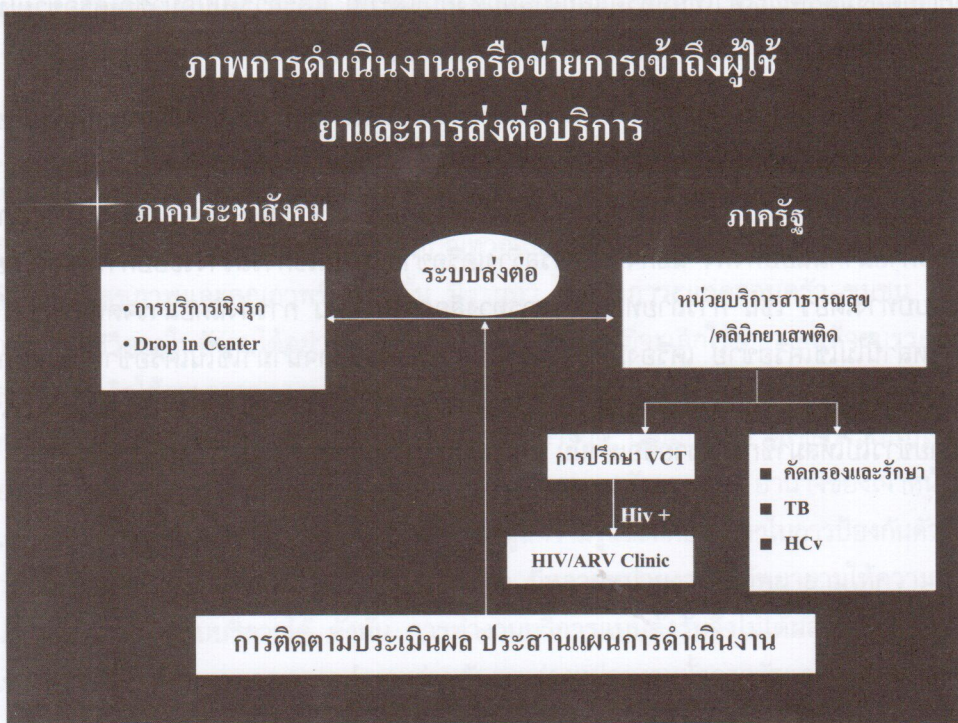
ความหมาย

เครือข่ายคือกลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการจัดรูปหรือจัดระเบียบโครงสร้างที่คนหรือองค์กรสมาชิกยังคงมีความเป็นอิสระ ในความหมายนี้ สารสำคัญคือ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในเครือข่ายต้องเป็นไปโดยสมัครใจ กิจกรรมที่ทำในเครือข่ายต้องมีลักษณะเท่าเทียมหรือแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน และความเป็นสมาชิกเครือข่ายไม่มีผลกระทบต่อความเป็นอิสระหรือความเป็นตัวของตัวเองของคนหรือองค์กรนั้น ๆ

การสร้างเครือข่าย หมายถึง การทำให้มีการติดต่อและการสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการร่วมมือกันด้วยความสมัครใจ ในทัศนะของ Starkey การสร้างเครือข่ายควรสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้สมาชิกในเครือข่ายมีความสัมพันธ์ฉันท์เพื่อนที่ต่างก็มีความเป็นอิสระ มากกว่าทำให้เกิดการคับค้ำสมาคมแบบฟุ้งเฟ้อ นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายต้องไม่ใช่การสร้างระบบการติดต่อเผยแพร่ข่าวสารแบบทางเดียว เช่น การถ่ายทอดข่าวสารทางสื่อสารมวลชน การส่งนิตยสารจดหมายข่าวให้กับสมาชิก เหล่านี้ไม่ใช่เครือข่าย เครื่องมือของการสื่อสารมวลชนอาจนำมาใช้ในเครือข่ายได้ แต่การใช้เครื่องมือเหล่านี้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถเรียกได้ว่าเป็นการสร้างเครือข่าย ดังนั้น เครือข่ายจึงไม่ใช่การส่งจดหมายข่าวไปให้สมาชิกตามรายชื่อเท่านั้น แต่ต้องมีการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกัน

เครือข่ายการเข้าถึงผู้ใช้ยาและการส่งต่อบริการเมทาโดนระยะยาว

การติดสารโอปิออยด์เป็นปัญหาสุขภาพที่สลับซับซ้อนและมักต้องการการดูแลระยะยาว การรักษาผู้ติดโอปิออยด์ไม่มีวิธีการรักษาวิธีใดเพียงวิธีเดียวและใช้ได้กับผู้ป่วยทุกราย การบำบัดรักษาโดยให้ยาทดแทนระยะยาวเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ (ลดภาระค่าใช้จ่าย, ลดการใช้เฮโรอีน, ลดอัตราการเสียชีวิต, ลดพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี, ลดการก่ออาชญากรรม) เป็นส่วนประกอบสำคัญของการจัดการพื้นฐานของชุมชน การบริการเมทาโดนระยะยาวเป็นวิธีการอย่างหนึ่งในกระบวนการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (HARM REDUCTION) ในผู้ใช้ยาเสพติดโดยการคิดเป็นการลดปัญหาหรือภาวะเสี่ยงอันตราย การแพร่ระบาด การสูญเสียจากการใช้ยาเสพติดที่อาจเกิดกับตัวบุคคล ชุมชน และสังคมทั้งด้านสุขภาพ เป็นการเน้นการป้องกันโรค การตาย การพัฒนาและรักษาชีวิต การแบ่งแยก กีดกันทางสังคม การคุมขัง และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นวิธีการ การทำให้พฤติกรรมที่อันตราย เป็นอันตรายน้อยลง ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ในขณะที่ยังไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ เป็นการยืดหยุ่นวิธีการรักษา โดยยึดความพร้อมของผู้ป่วยเป็นฐานแนวคิดในการดำเนินงาน



ในการดำเนินการสร้างเครือข่ายการเข้าถึงผู้ใช้ยา

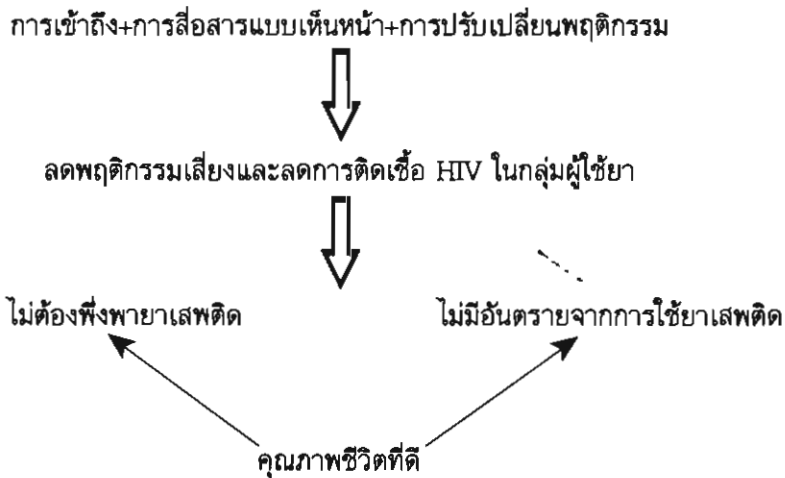
(Outreach Program)

การเข้าถึง (Outreach Program) มีเป้าหมายเพื่อที่จะติดต่อกับผู้ใช้ยาในชุมชน ที่อาศัยอยู่หรือในที่ ๆ เสพยาหรือที่ที่พบปะรวมตัวกัน ทั้งนี้เพื่อที่จะได้ให้ความรู้ ข้อมูลให้คำปรึกษาและจัดบริการที่เหมาะสม การส่งต่อบริการ เพื่อลดความเสี่ยงหรือผลกระทบด้านสุขภาพอนามัยและด้านสังคมอันเนื่องมาจากการใช้ยา

วัตถุประสงค์การเข้าถึงผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน (Outreach Program)

1. ป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพอนามัย ด้านสังคมเนื่องจากการใช้ยาเสพติด
2. ค้นหากลุ่มเป้าหมาย ให้การบำบัดรักษา ให้สารทดแทน ให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ
3. ลดความเสี่ยง ลดการใช้ยา หยุดการใช้ยา ส่งต่อเพื่อการรักษา

กรอบแนวคิดการเข้าถึง



บุคลากรที่ทำการบริการการเข้าถึงผู้ใช้ยาในชุมชน

1. ผู้ใช้ยาหรืออดีตผู้เคยใช้ยาเสพติด
2. อาสาสมัครผู้ทำงานด้านสังคม
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง

รูปแบบและแนวทางการช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน

Outreach services (การให้บริการเข้าถึงชุมชน) Outreach services เป็นส่วนจำเป็นที่จะทำให้ Harm reduction สมบูรณ์ เนื่องจากส่วนใหญ่แล้วกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดโดยการฉีด เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หากที่จะเข้าถึงการให้บริการ Outreach services จะเสนอการให้คำ

ปรึกษาที่หลากหลาย การบริการส่งต่อ และการบริการทางด้านสุขภาพ รวมทั้งการแจกถุงยางอนามัย และอื่น ๆ ซึ่งพบว่าเป็นวิธีที่ประสบความสำเร็จในการช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยง และการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการสนับสนุนในกลุ่มเพื่อนด้วยตนเอง ซึ่งสามารถเข้าถึงได้โดยตรง สามารถได้ประชากรกลุ่มใหญ่กว่า และครอบคลุมมากกว่า เป้าหมายของการดูแล คือ การวินิจฉัยโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ การป้องกัน การติดตามผลการรักษา การลดอันตรายและการรณรงค์ให้ความรู้ในแง่สุขภาพ การเข้าถึงกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ยากต่อการเข้าถึง และการเข้าถึงแหล่งที่เขาอยู่และร่วมแก้ไขปัญหาด้วยกัน โดยเน้นในเรื่องการดูแลสุขภาพ และสนับสนุนให้กำลังใจ รวมทั้งเกิดทางเลือกในการรักษา

การสร้างเครือข่ายการเข้าถึงผู้ใช้ในชุมชน ประกอบด้วย

1. การให้ความรู้แก่คนในชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนทางการและผู้นำตามธรรมชาติ อาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัว เยาวชน กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง
2. ผู้ให้บริการและอาสาสมัคร เข้าถึงผู้ใช้นาโดยวิธีการเยี่ยมบ้าน การพบปะพูดคุยกับผู้ใช้ในชุมชน
3. โดยการที่ผู้ใช้นาเข้ามาเข้ารับบริการในศูนย์ลดอันตราย (Drop in center) เช่น บ้านอุ่นไอรัก บ้านโอโซน จูงใจให้เพื่อนผู้ติดยาเสพติดด้วยกัน (Snow Ball) ให้เข้ารับบริการ/หรือพบปะกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แนวทางการช่วยเหลือผู้ใช้นาในชุมชน

1. การให้ความรู้ต่างๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และโรคแทรกซ้อนต่างๆ
2. การให้ข้อมูลข่าวสาร สิทธิประโยชน์ต่างๆ
3. การให้คำแนะนำเรื่องการรักษาสุขภาพเบื้องต้น
4. การแจกถุงยางอนามัยพร้อมทั้งการสาธิตการใช้อย่างถูกวิธี
5. การสาธิตและฝึกทักษะต่างๆในการลดอันตรายจากการใช้นา เช่น การทำความสะอาดอุปกรณ์ฉีดยา การฆ่าเชื้อในอุปกรณ์ฉีดยาที่ใช้แล้ว การจัดการกับอุปกรณ์ฉีดยาที่ใช้แล้ว
6. การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางด้านจิตใจ
7. การส่งต่อไปยังสถานบริการเพื่อรับบริการทางด้านสุขภาพต่างๆ การบำบัดรักษายาเสพติด การใช้สาร (ยา) ทดแทนหรือการใช้เมทาโดนระยะยาว

บริการต่างๆ ที่จัดให้ผู้ใช้นา ในชุมชน เช่น ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการลดความเสี่ยง (การบอกกล่าวในลักษณะตัวต่อตัว) เช่น สาธิตการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี การทำความสะอาดเข็มและกระบอกฉีดยา การเก็บอุปกรณ์การฉีดยาที่ใช้แล้ว การส่งต่อเพื่อการบำบัดผู้ติดยา การรักษาแผลอักเสบ การให้คำปรึกษาและการตรวจเชื้อเอชไอวี การรักษาอาการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ การบำบัดรักษาอาการจากการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ บางครั้งอาจต้องให้บริการด้านที่อยู่อาศัยและอาหาร

การค้นหาและเข้าถึงผู้ใช้ยาในชุมชน

1881

ผู้ปฏิบัติงานต้องหาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้ยาว่าอยู่ที่ไหน ซึ่งถ้าผู้ปฏิบัติงานที่เป็นอาสาสมัครผู้ใช้ยา ก็จะมีข้อมูลเครือข่ายผู้ใช้ยาซึ่งตนเองรู้จักอยู่บ้างแล้ว หรืออาจจะใช้วิธีเพื่อนต่อเพื่อนโดยให้ผู้ใช้ยาที่ตนรู้จัก ช่วยแนะนำผู้ใช้ยากลุ่มอื่นในพื้นที่อื่นที่ตนเองไม่คุ้นเคยให้รู้จัก หรืออาสาสมัครอาจไปแวะเวียน दौरตามสถานที่ที่มีกลุ่มผู้ใช้ยา ได้แก่

- ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือสถานบริการที่ผู้ใช้ยามักไปใช้บริการ เช่น คลินิกเมทาโดน คลินิก ให้คำปรึกษาเรื่องยาเสพติด
- ร้านขายยา ที่ผู้ใช้ยามักไปซื้อเข็มฉีดยา
- คลินิกเอกชน ที่ผู้ใช้ยามักไปหาซื้อยาโดมิคุม ยานอนหลับ หรือเมทาโดน
- สถานที่ที่ผู้ใช้ยาจับกลุ่มคุยกัน ซึ่งผู้ใช้ยาแต่ละกลุ่มในชุมชนก็จะมีพื้นที่รวมตัวแตกต่างกันไป ผู้ปฏิบัติงานจึงต้องมีการสำรวจข้อมูลจากคนในชุมชน เช่น ผู้ใช้ยาที่คลินิกเมทาโดน ผู้นำชุมชน
- เส้นทางผ่านเพื่อไปซื้อยาหรือเดินทางกลับหลังจากซื้อยา แหล่งซื้อขายยา แต่ไม่ได้หมายความว่าต้องเข้าไปในจุดที่มีการขายยา แต่ไปสำรวจหาพื้นที่ที่ผู้ใช้ยามักไปรวมตัวกันหรือเป็นเส้นทางเดินผ่านของเพื่อนที่จะเข้าไปหาหรือเดินทางกลับหลังจากซื้อยา เป็นต้น

กระบวนการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน

1. คัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย โดยสำรวจจากสถิติประจำจังหวัด ว่าพื้นที่ไหนมีผู้ใช้ยาเสพติดหรือกลุ่มเสี่ยง มากเป็นอันดับแรก
2. ขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้อำนวยความสะดวกในการทำโครงการการเข้าถึงผู้ใช้ยา
3. วางแผนการเตรียมความรู้ ให้กับชุมชน เพื่อให้ชุมชนเกิดความเข้าใจในกระบวนการช่วยเหลือ และให้ความร่วมมือในการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนซึ่งอาจมีการทำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้ชุมชนมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือได้จริง ๆ
4. ทำแผนที่ความสัมพันธ์ โดยหาบุคคลที่สามารถติดต่อ กับผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนหรือเป็นบุคคลที่ผู้ใช้ยาเสพติดไว้วางใจ อธิบายโครงการและแนวทางการช่วยเหลือชักชวนผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนแบบโดเรกเซล เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ใช้ยาในชุมชนเข้ารับบริการที่บ้านอุ่นไอรักโดยสมัครใจ
5. การเข้าถึงผู้ใช้ยาที่ไหนก็ตามที่ผู้ใช้ยาอาศัยอยู่หรือที่ที่เป็นแหล่งพักพิงของพวกเขา แม้ว่าจะต้องใช้ความพยายามพบปะหรือสื่อสารด้วยวิธีใดหรือมากน้อยเพียงใดก็ตาม ก็ควรพยายามใช้การติดต่อสื่อสารกับพวกเขาให้สำเร็จซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญอย่างแรก ๆ ที่ควรดำเนินการ

เป้าหมายการลดอันตรายแต่ละระดับ

เป้าหมายเบื้องต้น	อันตรายต่างๆ ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด
เป้าหมายระยะสั้น	ปกป้อง ป้องกัน และดูแลการติดเชื้อเอดส์ในผู้ใช้ยาเสพติด
เป้าหมายเฉพาะ	ดึงผู้ใช้ยาเสพติดออกจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย และหยุดฉีดยา
เป้าหมายสูงสุด	ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเองให้ลดการใช้ยา และสร้างสถานภาพการไม่กลับไปเสพซ้ำให้นานขึ้น และหาแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข จนถึงหยุดใช้ยา

องค์ประกอบเครือข่ายตามแนวคิดของจอห์น เวอร์เนอร์

LIN = การเชื่อมต่อ

L = Learning การเรียนรู้ เกี่ยวกับความจำเป็นและความต้องการของตนเองและผู้อื่น

I = Investing การลงทุน ด้านเวลาและพลังงานในการติดต่อและเชื่อมประสานกับบุคคลอื่นๆ

Nursing = การดูแล ได้แก่ การดูแลสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกของเครือข่ายทั้งในเรื่องการทำงานและสัมพันธภาพส่วนตัว

Keeping = การรักษา ได้แก่ การรักษาทิศทางในการบรรลุเป้าหมาย โดยการตรวจสอบความต้องการของสมาชิกและเปิดใจรับฟังความคิดเห็น เพื่อแสวงหาแนวทางในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย ความสำคัญ

ความจำเป็นของการสร้างเครือข่ายส่งต่อการบริการ

- ลดการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มผู้ใช้ยาฉีดยาที่มีความเสี่ยงสูงและเข้าถึงยาก
- ลดอันตรายต่อสุขภาพผู้ใช้ยาเสพติด
- ดึงผู้ใช้ยาเสพติดออกจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย และหยุดฉีดยา
- ให้เข้าถึงบริการสุขภาพและการบำบัดรักษายาเสพติด
- ลดอัตราการแพร่เชื้อโรคต่าง ๆ
- ลดปัญหาอาชญากรรม
- ลดผลกระทบทางด้านสังคมอื่น ๆ
- พัฒนาการทำงานในรูปแบบเครือข่าย
- ภาควิชาความร่วมมือเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนผู้ใช้ยาในการเข้าถึงบริการ

หน่วยงานภาครัฐ :

- โรงพยาบาลบาราศณราดูร
- สถาบันธัญญารักษ์
- สำนักอนามัย กทม.

- กรมราชทัณฑ์
- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ
- กระทรวงแรงงาน และอื่นๆ

องค์กรเอกชน :

- บ้านโอโซน กรุงเทพ
- มูลนิธิรักษ์ไทย
- เครือข่ายผู้ช้ยา ประเทศไทย
- องค์กรหมอไร้พรมแดนเบลเยียม
- มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และอื่น ๆ

วิธีการรับส่งต่อการให้บริการระหว่างคลินิก

ในการรับส่งต่อการให้บริการนั้น การส่งต่อสถานบริการ นอกจากการที่อาสาสมัครจะแนะนำให้ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการและขั้นตอนในการขอรับบริการแล้ว อาสาสมัครอาจต้องให้ความช่วยเหลือ อื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ช้ยาได้เข้าถึงบริการจริงๆ เนื่องจากบ่อยครั้งที่ผู้ช้ยาได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ สถานบริการในพื้นที่แล้ว แต่ไม่ได้ไปขอรับบริการด้วยหลายสาเหตุ เช่น ไม่คุ้นเคยกับขั้นตอน กลัวเจ้าหน้าที่ ไม่มั่นใจในตนเอง ไม่มีค่าเดินทาง เจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีญาติ ขาดเอกสาร เป็นต้น ในกรณีนี้ อาสาสมัครจึงต้องมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือหรืออำนวยความสะดวกแก่ผู้ช้ยาเท่าที่จะเป็นไปได้ เช่น พาไปสถานบริการ จัดหาพาหนะเดินทาง ติดต่อญาติพี่น้องหรือหน่วยสังคมสงเคราะห์เพื่อขอความช่วยเหลือ เดินเรื่องช่วยทำเอกสารสำคัญทางราชการให้ เป็นต้น สำหรับหน่วยบริการต้องสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการที่เป็นมิตร ผู้ให้บริการมีทัศนคติด้านบวกกับกลุ่มผู้ช้ยา มีบริการที่เพิ่ม ช่องทางการเข้าถึงอย่างสะดวกและเคารพสิทธิ เพื่อให้ผู้ช้ยาเข้าถึงบริการการลดอันตรายจากการช้ยา และบริการเมทาโดนระยะยาว เพื่อป้องกันและดูแลการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในผู้ช้ยาเสพติด ที่สอดคล้อง กับมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในผู้ช้ยาเสพติดในการตอบสนองสิทธิของผู้ช้ยาเสพติดตาม หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการหรือคลินิกที่จะเปิดให้เมทาโดนต้องได้รับการอนุญาตจัดตั้ง สถานพยาบาลตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข และมีมาตรฐาน มีจำนวนทั้งสิ้น 147 แห่ง แบ่งเป็นภาครัฐ 111 แห่ง เอกชน 36 แห่ง จาก 45 จังหวัด

สรุป

การสร้างเครือข่ายการเข้าถึงผู้ใช้ยาและส่งต่อเข้ารับบริการเมทาโดนระยะยาวเป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาผู้เสพติดกลุ่มโอปิออยด์ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดการใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย และลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกัน ซึ่งเป็นหนทางหนึ่งในการป้องกันการแพร่กระจายโรคที่ติดต่อทางกระแสโลหิต เช่น โรคเอดส์ โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสชนิดบี และซี นอกจากนี้ยังลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาอาชญากรรมเพื่อหาเงินมาซื้อยาเสพติด และการส่งต่อเพื่อรับบริการที่จำเป็น ผู้ใช้ยาที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับโอกาสในการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และช่วยทำให้ผู้ใช้ยามีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทำงานได้ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

ในการรับและส่งต่อบริการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนากลุ่มอาสาสมัครผู้ใช้ยาให้มีศักยภาพในการทำงานการค้นหา เข้าถึงผู้ใช้ยาในชุมชนและการส่งต่อบริการ สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขต้องพัฒนาให้มีความพร้อมในการให้บริการรับส่งต่อที่มีมาตรฐาน สร้างเจตคติที่ดีให้ผู้ใช้บริการมีความมั่นใจที่จะมาเข้ารับบริการ มีบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยเมทาโดนระยะยาว. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2551).

คู่มือระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด(บสด.) ปี 2551. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2550). คู่มือ เคล็ดไม่ลับสำหรับคนทำงานเอ้าท์ริช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญผล.

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2552). เคล็ด(ไม่)ลับ คู่มือการดำเนินงานเอ้าท์ริช. กรุงเทพฯ : ดุติดีไซน์ แอนด์พรินท์.

WHO. (2003). Training Guide for HIV Prevention Outreach to Injecting Drug Users: Workshop Manual. Switzerland: World Health Organization.

WHO. (2004). Policy Brief: Reduction of HIV Transmission through Outreach. Switzerland: World Health Organization.

WHO. (2008). Operational guidelines for the management of opioid dependence in the South-East Asia region. India: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

ภาคผนวก

การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม/การให้การปรึกษารายบุคคลในคลินิกการให้บริการเมทาโดน

1. กิจกรรมการตั้งเป้าหมายชีวิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความต้องการของตนเองและตั้งเป้าหมายชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมในการดำเนินชีวิตที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว
2. ให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนดำเนินการให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้
3. เกิดความรับผิดชอบ สามารถควบคุมตนเองได้

สาระสำคัญ

การมีเป้าหมายชีวิตจะทำให้ผู้ป่วยมีแผนการดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมาย มีสิ่งยึดเหนี่ยวและมีแรงบันดาลใจให้สามารถควบคุมตนเอง เพื่อให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ผู้ป่วยจะเกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งจะช่วยให้มีการตั้งเป้าหมายเรื่องดี ๆ และเป็นประโยชน์ต่อไป

วิธีดำเนินการ

1. นำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม
2. ผู้นำกลุ่มเกริ่นนำในประเด็นเรื่องการตั้งเป้าหมายชีวิต สุ่มถามมีใครเคยตั้งเป้าหมายเรื่องอะไรบ้าง และมีวิธีการวางแผนให้ถึงเป้าหมายอย่างไร ทำสำเร็จหรือไม่ และมีความคิดเห็นเรื่องการตั้งเป้าหมายอย่างไร
3. ให้แต่ละคนตั้งเป้าหมายระยะสั้นและบอกวิธีการปฏิบัติให้ถึงเป้าหมายที่คิดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง/ครอบครัว
4. ให้สำรวจดูว่าวิธีการปฏิบัตินั้น มีอุปสรรคขัดขวางอะไรบ้างและมีวิธีแก้อย่างไรเล่าให้กลุ่มฟัง
5. ผู้นำกลุ่มให้เพื่อนร่วมกิจกรรมช่วยแนะนำ / ผู้นำกลุ่มแนะนำเองหากเป็นการให้คำแนะนำรายบุคคล
6. ผู้นำกลุ่มสรุปข้อดีและประโยชน์ของการตั้งเป้าหมายและแนะนำ

ข้อสังเกต

- ในการตั้งเป้าหมาย ควรตั้งเป้าหมายระยะสั้นและเป็นเรื่องที่อยู่ในความเป็นจริง สามารถทำได้
- นักกลุ่มติดตามเป็นระยะ ฉะนั้นจะมีการทำกิจกรรมตั้งเป้าหมายต่อเมื่อเป้าหมายแรกสำเร็จ
- หากเป้าหมายมีอุปสรรค วิธีการปฏิบัติไม่สามารถทำให้สำเร็จได้มีการวางแผนใหม่หรือตั้ง

เป้าหมายใหม่

ดังนั้น การตั้งเป้าหมายจะดำเนินการจัดกิจกรรมเป็นระยะ ๆ ทั้งการติดตามและการตั้งเป้าหมายต่อ

2. กิจกรรมทักษะการปฏิบัติ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติสิ่งทีกระตุ้นภายนอกและภายในได้ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

สาระสำคัญ

กลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดมีอิทธิพลต่อการคิดอยากเสพติดจนอุปสรรคการเสพและสิ่งกระตุ้นภายนอกอื่น ๆ ก็มีอิทธิพลเช่นกัน เช่น เข้มฉืดยา หลอดยา มีเงินใช้มาก ๆ นอกจากนี้อารมณ์ และความรู้สึกน้อยใจ กลุ่มใจ ก็เป็นเหตุของการเสพยาอีกเช่นกัน และการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ด้วยวิธีการที่เหมาะสม จะช่วยให้ปลอดภัยจากการใช้ยาเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ได้ เช่น การใช้เข็มฉีดยา

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มเกริ่นนำถึงประเด็นการเสพติดต่อเนื่องจากอิทธิพลของตัวกระตุ้น
2. สุ่มถามผู้ป่วยใครเคยมีประสบการณ์พบสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ อะไรบ้าง และให้ผู้ป่วยบอกว่าเคยปฏิบัติได้หรือไม่และใช้วิธีใด มีอะไรเป็นอุปสรรค
3. ให้ผู้ป่วยแต่ละคนบอกโอกาสพบสิ่งกระตุ้นอะไรบ้าง และบอกวิธีที่ตนคิดก็จะทำได้ และให้เพื่อน ๆ แสดงความคิดเห็น ชี้แนะหรือเสริมวิธีที่จะได้ผล
4. ให้ทดลองทำโดยการแสดงบทบาทสมมุติ อาจจะใช้การพูดปฏิบัติด้วยคำพูดต่าง ๆ และการปฏิบัติด้วยวิธีอื่น ๆ
5. ผู้นำกลุ่มสรุปวิธีที่เหมาะสมและเสริมวิธีอื่น ๆ ให้ผู้ป่วยได้รับทราบและให้ทดลองไปปฏิบัติเมื่อพบสิ่งกระตุ้นและนำมาเล่าในกลุ่มฟัง ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป
6. ผู้นำกลุ่มบอกถึงผลดีและประโยชน์ในการหลีกเลี่ยง/ปฏิบัติตัวกระตุ้นได้สำเร็จ ตนเองจะได้ประโยชน์อะไรบ้าง เช่น ควรดำรงชีวิตด้วยความปลอดภัย ปลอดภัยโรค ลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและผลดีที่จะเกิดกับครอบครัวของตน

หมายเหตุ อาจทำเป็นกลุ่มหรือรายบุคคลและมีการติดตามผลการปฏิบัติของแต่ละคน หากไม่สำเร็จ ไม่มีการตำหนิ แต่มีการให้กำลังใจต่อไป

3. กิจกรรมการสำรวจจุดอ่อนจุดแข็ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ช่วยได้ฝึกการตระหนักรู้ถึงจุดดี จุดแข็ง จุดอ่อน จุดด้อย ของตน ที่ตนเองมองเห็น และผู้อื่นมองเห็น
2. ผู้ช่วยมีแนวคิดในการปรับปรุงตนเองจากการสำรวจนั้น

สาระสำคัญ

การตระหนักรู้ถึงจุดแข็ง จุดดี จุดอ่อน จุดด้อย ของตน และยอมรับตามที่ผู้อื่นมองและตนเองรู้ จากการสำรวจนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ โดยการนำเอาจุดดี จุดแข็ง ของตนมาสร้างให้เกิดประโยชน์แก่ตนและแก้ไขในส่วนจุดด้อย จุดอ่อน ของตนเอง ในการดำรงชีวิตร่วมกันในสังคมต่อไป

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มเกริ่นนำเรื่องจุดดี จุดด้อย ของบุคคลทั่วไป และการรู้จักสำรวจตนเองจะทำให้มีการแก้ไขตนเองอยู่ตลอดเวลา จะเกิดผลดีหรือเป็นประโยชน์ต่อตัวเองที่จะดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติ
2. ให้ผู้ช่วยเขียนข้อความที่คนอื่นเคยบอกตนว่ามีข้อดี ข้อเสีย เรื่องอะไรบ้าง
3. นำข้อความมาสรุปที่คนอื่นเห็นกับที่ตนเองมองตนเองมีเรื่องใดบ้างที่ตรงและไม่ตรงกัน
4. ให้บอกเรื่องที่ตนยอมรับ เห็นด้วยและบอกวิธีแก้ไข ให้เพื่อนในกลุ่มเสริม เพิ่มเติม
5. ผู้นำกลุ่มสรุปการสำรวจและการยอมรับจุดอ่อน จุดแข็ง ของตน จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนแก้ไขพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม จะทำให้ตนเองมีการพัฒนาต่อไปเรื่อย ๆ ซึ่งประโยชน์ที่ได้จะเกิดกับตนและเป็นที่ยอมรับในสังคม ตนจะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ไม่ต้องหลบซ่อนหรือหนีสังคม พร้อมกับ การรับประทานยาเมทาโดนระยะยาว ควบคู่กันไป

4. กิจกรรมการแก้ปัญหา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ช่วยรู้และเข้าใจถึงหลักการและมีแนวทางการแก้ไขปัญหาและการเผชิญกับปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

การที่ผู้ช่วยไม่รู้จักแก้ไขและเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อกระบวนการรักษาและการดำรงชีวิต ดังนั้น การรู้ถึงสาเหตุและวิธีการแก้ไขปัญหและการเผชิญปัญหาได้ จะช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ปกติ ไม่ต้องหยุดการกระทำภารกิจต่าง ๆ เช่น การมารับประทานยาเมทาโดนอย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มเกริ่นประเด็นที่จะพูดคุยกัน เกี่ยวกับการให้ผู้ช่วยสำรวจปัญหาที่ตนพบ สุ่มถามถึงวิธีเผชิญกับปัญหาและควรแก้ปัญหา ทำอย่างไร
2. ให้ทุกคนบอกปัญหาของตนโดยอาจมีมากกว่า 1 ปัญหา เรียงลำดับความสำคัญ
3. ผู้นำสอบถามความรู้สึกของผู้ช่วย ในเรื่องของขั้นตอน การแก้ปัญหาและอธิบายเสริมให้ผู้ช่วยทุกคนเข้าใจในขั้นตอนนี้
4. ให้ผู้ช่วยคิดวิธีการ ขั้นตอนการแก้ไขปัญหาของตน ลงในกระดาษโดยนำปัญหาที่สำคัญอันดับแรกที่เรียงไว้ซึ่งต้องเป็นปัญหาที่พิจารณาแล้วว่าเป็นจริงในปัจจุบันและเป็นอุปสรรคสำหรับตน
5. นำวิธีที่เลือกในการใช้แก้ปัญหาของตนบอกในกลุ่มช่วยอภิปรายให้ผู้ช่วยบอกจนครบทุกคน
6. กลุ่มช่วยอภิปรายเสนอแนะเพิ่มเติมในสิ่งที่เหมาะสมเป็นไปได้และจะทำให้การแก้ไขปัญหานั้นสำเร็จ
7. ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจทุกคนและนัดหมายการเข้ากลุ่มการแก้ไขปัญหาต่อ เพื่อติดตามว่าผู้ช่วยได้ดำเนินการแล้วมีปัญหา อุปสรรคอย่างไร

ขั้นตอนการแก้ไขปัญหา

1. เริ่มด้วยการกำหนดปัญหาก่อนว่าอะไรคือปัญหาที่เป็นอุปสรรค ทำให้รู้สึกเดือดร้อน วิตกเครียด
2. ค้นหาสาเหตุของปัญหาว่าเกิดขึ้นเพราะอะไร จากอะไร
3. กำหนดวิธีแก้ไข คิดหลาย ๆ วิธี จากสาเหตุ เรียงลำดับวิธีแก้ไข
4. วิเคราะห์ทางเลือกหรือวิธีแก้ไขโดยประเมินวิธีต่าง ๆ นั้น เกิดผลดี ผลเสีย อะไรตามมาสามารถปฏิบัติได้จริงหรือไม่ ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขและมีแนวทางแก้ไขข้อเสียที่พบในวิธีนั้น
5. นำไปปฏิบัติหรือทดลอง สรุปลงหากสำเร็จ เป็นแนวทางปฏิบัติจริง

5. กิจกรรมการจัดการกับความเครียด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ช่วยสามารถประเมินความเครียดของตนได้ และมีวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

ภาวะเครียดเป็นตัวกระตุ้นอย่างหนึ่งที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมและอาการที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต โดยเฉพาะผู้ช่วยเสพติดจะทำให้ใช้ยาเสพติด จากเหตุความเครียดหรือหาเหตุที่จะหยุดวิธีการที่จะดูแลตนเองที่เหมาะสมไปกระทำที่ไม่เหมาะสมได้ จากเหตุความเครียด

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มเกริ่นเรื่องความเครียดที่ทุกคนต้องได้พบและเผชิญที่เหมือนหรือแตกต่างกัน แต่วิธีการเผชิญและการจัดการอาจแตกต่างกันออกไป
2. เปิดถามผู้ปวยว่าใครเคยมีความเครียดหรือปัจจุบันมีความเครียดเรื่องอะไรและเมื่อมีความรู้สึกมีความผิดปกติอะไรบ้าง เช่น ทางร่างกายมีโรคแทรกซ้อน, ปวดศีรษะ, ปวดท้อง นอนไม่หลับหรือทางจิตใจ อารมณ์ เป็นอย่างไรหรือมีปัญหาการมารับประทานยาต่อเนื่องไม่ได้ เป็นต้น
3. ให้บอกวิธีแก้ไขจัดการกับความเครียดของตนและบอกด้วยว่าได้ผลดีหรือไม่ อย่างไร
4. ผู้นำให้แบบทดสอบวัดความเครียดทดลองทำและให้สรุปคะแนน
5. ผู้นำเฉลยเกณฑ์ของความเครียดจากช่วงคะแนนว่าแต่ละคนมีความเครียดสูงต่ำอย่างไร
6. ผู้นำสรุปเสริมวิธีการคลายเครียดให้ผู้ปวยเลือกวิธีที่ตนสามารถทำได้และนำไปทดลองปฏิบัติ และให้แต่ละคนเลือกวิธีที่คิดว่าตนจะนำไปใช้
7. นัดติดตามผลการทดลอง

หมายเหตุ

อาจมีการเปลี่ยนแปลงวิธีคลายเครียดไปเรื่อย ๆ ได้หลายวิธี และให้ทดลองทำแล้วสังเกตวิธีใดที่ตนทำแล้วสามารถช่วยให้ตนเองคลายความเครียด ความกลุ่มได้

เรื่อง มาลองวัดความเครียดกันเถอะ

ให้ทำเครื่องหมายในช่องคะแนนที่กำหนดไว้ในแต่ละข้อ ดังนี้

1 = ไม่เคย

3 = บ่อยครั้ง

2 = บางครั้ง

4 = เสมอ

	1	2	3	4
1. ฉันโทษตัวเองเมื่องานเกิดความผิดพลาด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ฉันเก็บปัญหาไว้มาก จนอยากจะระเบิดออกมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ฉันลืมนปัญหาเกี่ยวกับบุคคล ในขณะที่ทำงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ฉันระบายความโกรธกับคนรอบข้าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ฉันสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของตนเอง เมื่ออยู่ภายใต้ความกดดัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ฉันมักจะมองปัญหาในแง่ลบมากกว่าแง่บวก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ฉันรู้สึกไม่สบายเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ฉันรู้สึกว่าบทบาทของฉันไม่มีค่าต่อองค์กร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ฉันมาถึงที่ทำงานสายหรือผิดนัดสำคัญ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ฉันมีปฏิกิริยาในด้านลบต่อคำติชมต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. ฉันรู้สึกผิดเมื่อฉันมานั่งนานๆ โดยไม่ได้ทำอะไร | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ฉันรู้สึกกระตือรือร้น แม้ว่าอยู่ภายใต้ความกดดัน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ฉันไม่มีเวลาอ่านหนังสือพิมพ์บ่อยๆ เหมือนที่ฉันอยากอ่าน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ฉันต้องการการบริการอย่างรวดเร็วทันใจ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ฉันมักจะหลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์ที่แท้จริงทั้งในที่ทำงาน
และที่บ้าน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ฉันยอมรับงานหนักเกินกำลังที่จะทำได้ในเวลาหนึ่ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ฉันไม่ยอมรับคำแนะนำจากเพื่อนร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชา | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ฉันเพิกเฉยต่อความบกพร่องด้านการทำงานและร่างกายของฉัน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ฉันไม่มีเวลาทำงานอดิเรกที่ฉันชอบเพราะงานเอาเวลาของฉันไป | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ฉันมักขบปัญหาก่อนที่จะคิดแก้ปัญหาได้ตลอด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ฉันงานยุ่งจนไม่มีเวลาไปทานอาหารกลางวันกับเพื่อนๆ
ตลอดอาทิตย์ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ฉันหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหาเมื่อเกิดปัญหาขึ้น | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. คนอื่นมักจะได้ประโยชน์จากฉันเมื่อฉันไม่ได้รักษาผลประโยชน์ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ฉันรู้สึกลำบากใจที่จะพูดเมื่อรู้สึกว่างานหนัก | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ฉันหลีกเลี่ยงที่จะมอบหมายงานให้คนอื่นทำ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ฉันทำงานที่ใช้สมองก่อนงานที่ใช้กำลัง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. ฉันรู้สึกลำบากใจที่จะขอความช่วยเหลือจากคนอื่น | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. ฉันรู้สึกว่าต้องทำงานให้เสร็จในแต่ละวัน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. ฉันคิดว่าฉันไม่สามารถที่จะรับมือกับงานหนักได้ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. ความกลัวหรือความล้มเหลวทำให้ฉันไม่แสดงการกระทำต่างๆ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. การทำงานของฉันทำให้ประสบความสำเร็จในชีวิตครบครัน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. ฉันรู้สึกร้อนใจถ้าบางอย่างไม่เกิดขึ้นในทันที | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

เฉลย

โดยมีระดับคะแนนดังนี้

- 32 - 64 = คุณสามารถจัดการกับความเครียดได้เป็นอย่างดี
65 - 94 = ความเครียดอยู่ในระดับสมเหตุสมผล
95 - 128 = ความเครียดสูงเกินไป ต้องพยายามลดลง

วิธีการจัดการกับความเครียด

เดินไกล	เขียนหรือวาดรูป	ทำสวน
ฟังเพลง	วิ่ง	อ่านหนังสือ
กินอาหารสุขภาพ	เล่นกีฬาเป็นทีม	นั่งสมาธิ / สวดมนต์
เล่นดนตรี	วาดแผนโบราณ	เลี้ยงสัตว์
ชมภาพยนตร์/โชว์/คอนเสิร์ต	เล่นโยคะ/ ออกกำลังกายแบบผ่อนคลาย	ทำงานฝีมือ
อยู่ท่ามกลางธรรมชาติ ที่รื่นรมย์	เดินแอโรบิค/ว่ายน้ำ/ ปั่นจักรยาน	เขียนหนังสือ/กลอน/บันทึก
นับเลข	หายใจเข้า-ออก ซ้ำ ๆ	คิดถึงเหตุการณ์ที่ตนเคยประสบ และรู้สึกสุขสบาย/ชอบ

ให้สมาชิกเลือกการจัดการกับความเครียดมา 4 วิธี และจับกลุ่มสมาชิกที่มีวิธีตรงกัน พูดคุยถึงผลและถ้ามีการแก้ไขปรับปรุงอย่างไรใช้เวลา 15 นาที

6. กิจกรรมกลุ่มสัมมนา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ช่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหาแนวคิดโดยใช้เหตุผล ประสพการณ์และความรู้เพื่อประโยชน์ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา
2. กระตุ้นให้ผู้ช่วยให้ความร่วมมือและยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น
3. นำปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลุ่มมาแก้ไขและวางแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

สาระสำคัญ

การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกันย่อมมีการกระทำหรือมีพฤติกรรมที่แตกต่างอาจปรับตัวอยู่ในกรอบระเบียบของสถานที่ได้บ้าง ไม่ได้บ้างและหากพฤติกรรมนั้นเป็นผลเสียต่อตนเองและกลุ่ม ทำให้เกิดปัญหาขึ้นในการดำเนินกิจกรรมประจำวันหรือเกิดผลกระทบต่อส่วนรวม การนำปัญหานั้นมารวมหาแนวทางแก้ไขด้วยกัน จะเกิดการยอมรับและนำมาสู่การยินยอมปฏิบัติร่วมกันและจะมีการแก้ไขพัฒนาสิ่งที่ไม่เหมาะสมให้ดีขึ้น

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มนัดจัดกิจกรรมการสัมมนาโดยกำหนดหัวข้อเรื่องหรือประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการมาร่วมรับประทานยาเมทาโดนของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ และสร้างผลกระทบต่อกฎเกณฑ์ ระเบียบปฏิบัติ จึงต้องสัมมนาหาแนวทางที่ทุกคนร่วมกันคิดและปฏิบัติเหมือน ๆ กัน หรือเป็นสิ่งที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์
3. สร้างบรรยากาศในการสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีกับเรื่องที่น่ามาหาหรือ
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น เสนอแนวความคิดการปฏิบัติร่วมกันครบทุกคน
5. นำวิธีการต่าง ๆ มาสรุปหาข้อตกลง แนวทางปฏิบัติร่วมกัน
6. สรุปวิธีปฏิบัติที่สมเหตุสมผลบันทึกและแจ้งให้ทุกคนรับทราบและตกลงปฏิบัติ

7. กิจกรรมการให้การปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี

เรื่อง Pre-test counseling

การให้การปรึกษาก่อนการเจาะเลือด เพื่อตรวจหาการติดเชื้อ HIV จะช่วยให้ผู้มารับบริการเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการที่จะต้องตรวจเลือด/ต่อการติดเชื้อ และสามารถเตรียมตัวเพื่อรับผลของการตรวจ และเตรียมปรับตัวให้เข้ากับปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมาได้ รวมทั้งเป็นโอกาสที่จะช่วยให้ผู้รับบริการได้พิจารณาถึงพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป

แนวทางในการให้บริการ Pre-test counseling

1. การประเมินแรงจูงใจในการเจาะเลือด พร้อมประเมินสภาพจิตใจของผู้รับบริการ

ผู้ให้การปรึกษาจะต้องสอบถามถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้รับการปรึกษามาติดต่อที่หน่วยงานหรือแผนก เช่น การมีเพศสัมพันธ์ ปัญหาสุขภาพ กฎระเบียบของหน่วยงานการตั้งครรภ์ ฯลฯ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสเล่าถึงชีวิตและพฤติกรรมของตนเองที่จะทำให้ผู้ให้การปรึกษาเข้าใจผู้รับการปรึกษามากขึ้น

2. ตรวจสอบความเข้าใจเรื่องผลเลือด

โดยทำความเข้าใจเรื่องผลเลือด +Ve และผลเลือด - Ve ในขั้นตอนนี้ใช้ชี้ประเด็นดังต่อไปนี้

- 2.1 ผลการตรวจหาเชื้อ HIV เป็น +Ve (เน้น Asymtomatic)
- 2.2 ผลการตรวจหาเชื้อ HIV เป็น -Ve
- 2.3 ระยะฟักตัว Window period

3. การเตรียมตัวรับรู้ผลเลือด

เตรียมความรู้สึกและการรับมือกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยการถามว่าถ้าผลเลือดเป็นลบหรือบวก เขารู้สึกอย่างไร และจะมีวิธีแก้ไขอย่างไร จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร ซึ่งควรถามทีละประเด็น ถ้าผู้ให้บริการแน่ใจว่าผู้รับบริการปรับใจกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ ก็ดำเนินการขั้นสุดท้ายต่อไป แต่ถ้าไม่ได้ต้องช่วยผู้รับบริการหาวิธีที่เหมาะสมกับการแก้ปัญหาให้ได้

4. การให้โอกาสตัดสินใจเรื่องการตรวจเลือด

เป็นขั้นตอนสำคัญที่สุด ถ้าไม่มีขั้นตอนนี้ถือว่าเป็นการให้บริการปรึกษาไม่ได้เนื่องจากยังให้โอกาสผู้รับบริการมีอิสระในการตัดสินใจผู้ให้การศึกษาควรช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาตัดสินใจในการตรวจเลือดหลังจากเข้าใจถึงผลดี ผลเสีย และผลกระทบของการตรวจ

5. ตกลงรายละเอียดของการเจาะเลือด และนัดฟังผล

8. กิจกรรมการให้การปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี

เรื่อง Post-test counseling

การให้การปรึกษาหลังการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (Post-test counseling)

เป็นการให้ผู้รับบริการรับรู้ผลเลือดอย่างสงบและวางแผนแก้ไขปัญหที่อาจเกิดตามมา การให้การปรึกษาที่ดี ควรมีการให้การปรึกษาหลังการตรวจเลือดทุกครั้ง เนื่องจากปัญหาที่เกิดจากการตรวจเลือดมักเกิดจากการรับรู้ผลเลือดของผู้รับบริการ แล้วมีปฏิกิริยาจากการรับรู้ตนไปในทางที่ไม่เหมาะสม จนอาจเกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ให้ผู้รับบริการเข้าใจความหมายผลเลือดของตนเองอย่างถูกต้อง
2. ให้ผู้รับบริการสามารถกำหนดแนวทางในการลดพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง
3. สามารถลดปัญหาทางจิตใจ และอารมณ์ที่เกิดขึ้นจนกว่าจะทราบผลเลือด
4. สามารถปรับตัวกับภาวะติดเชื้อและวางแผนแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นและดำเนินชีวิตได้อย่างสงบสุข

แนวทาง

1. การเตรียมความพร้อมเพื่อรับรู้ผลเลือด ผู้ให้การศึกษาต้องตรวจสอบความพร้อมของผู้รับบริการปรึกษาอีกครั้ง
2. การแจ้งผลเลือด ควรบอกเป็นขั้น ๆ คือ เริ่มจากการบอกถึงความเสี่ยงของผู้รับบริการ และยืนยันถึงวิธีการตรวจ โดยอาจจะบอกถึงโอกาสผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้บ้าง แต่ก็เล็กน้อย จากนั้นจึงบอกผลเลือด
3. การวางแผนแก้ไขปัญหที่ตามมา โดยเฉพาะผลเลือดบวก ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาต้องปรับตัวกับผลเลือดนั้น เช่น จะบอกให้ใครทราบบ้างหรือไม่ การเลือกดำเนินชีวิตต่อไปโดยใช้ทักษะการพิจารณาทางเลือก (Logical Consequence) การตัดสินใจกับผลกระทบที่ตามมา เช่น การมีสุขภาพที่แข็งแรง การหย่าร้าง การแยกกันกับคู่สมรส การทำแท้ง การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ซึ่งต้องมีการนัดหมายเพื่อให้การปรึกษากันอีก

รายชื่อคณะทำงาน หลักสูตรการบริการเมทาโดนระยะยาว

1. น.ต. นพ.บุญเรือง	ไตรเรืองวรรณ	รองอธิบดีกรมการแพทย์	ที่ปรึกษา
2. นพ.วิโรจน์	วิรัช	ผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์	ประธาน
3. นพ.สรายุทธ	บุญชัยพานิชวัฒนา	สถาบันธัญญารักษ์	รองประธาน
4. นางธนิษฐา	นาคิน	สำนักงาน ป.ป.ส.	คณะทำงาน
5. พญ.พัชรา	ศิริวงศ์รังสรรค์	สำนักโรคเอดส์ฯ	คณะทำงาน
6. นพ.โกวิท	ยงวานิชจิต	สำนักกอนามัย กทม.	คณะทำงาน
7. พ.อ.นพ.พิชัย	แสงชาญชัย	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	คณะทำงาน
8. พญ.ธณูรช	ทิพย์วงศ์	สถาบันธัญญารักษ์	คณะทำงาน
9. นางปัญจรัตน์	ศรีสว่าง	สถาบันธัญญารักษ์	คณะทำงาน
10. นางฉวีวรรณ	ปัญญาบุศย์	สถาบันธัญญารักษ์	คณะทำงาน
11. ภญ.ทวีพร	วิสุทธิมรรค	สถาบันธัญญารักษ์	คณะทำงาน
12. นางปราณี	ภาณุภาส	สถาบันธัญญารักษ์	คณะทำงาน
13. นางวิไลรัตน์	สิริฤกษ์สกุล	สถาบันธัญญารักษ์	คณะทำงาน
14. นางสาวเขาวเรศ	นาคะโยธินสกุล	สถาบันธัญญารักษ์	คณะทำงาน
15. นายพร้อมบุญ	พานิชภักดิ์	เลขาธิการมูลนิธิรักษไทย	คณะทำงาน
16. นางสาวเนา	นิลบรรพ์	สถาบันธัญญารักษ์	คณะทำงาน
17. นางพกามาศ	มณีอินทร์	สถาบันธัญญารักษ์	คณะทำงาน
18. นางพรรณอ	กลั่นกุหลาบ	สถาบันธัญญารักษ์	คณะทำงานและเลขานุการ
19. นางสาวสุกมา	แสงเดือนฉาย	สถาบันธัญญารักษ์	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ