



ประกาศกรมสุขภาพจิต
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้ง
ให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรมสุขภาพจิต กำหนด นั้น

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับตั้งแต่วันที่กรมสุขภาพจิตประกาศรายชื่อข้าราชการเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกจนถึงวันที่กองบริหารทรัพยากรบุคคล/กรมสุขภาพจิตประทับตรารับหนังสือและผลงานที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ ถ้าหากวันครบกำหนดส่งผลงานเป็นวันหยุดราชการให้นับวันที่เปิดทำการในวันถัดไปเป็นวันครบกำหนด สำหรับกรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปีงบประมาณนั้น หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริต ให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายชุมภู พรหมสีดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ^๗ กันยายน ๒๕๖๗
 เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
 ครั้งที่ ๒๓/๒๕๖๗

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ ตำแหน่งเลขที่/สังกัด	ชื่อผลงานที่เสนอ ขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิด เพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวสุกัญญา ศิริรินทร์ศักดิ์ นายแพทย์ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๕๗๖ กลุ่มงานการแพทย์ กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช) ตำแหน่งเลขที่ ๓๕๗๖ กลุ่มงานการแพทย์ กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	ความชุกของการใช้กระท่อมและกัญชาในผู้ป่วย กลุ่มโรคจิตของโรงพยาบาลจิตเวชสงขล าราชนครินทร์	การให้บริการผู้ป่วยในจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric Home Ward: PHW) ในผู้ป่วย กลุ่มโรคจิตที่ใช้สารเสพติดและเพิ่งจำหน่ายออก จากโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำรุนแรง
๒.	นายชาญณรงค์ ชัยอุดมสม นายแพทย์ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๐๔ กลุ่มงานการแพทย์ กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมสุขภาพจิต	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช) ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๐๔ กลุ่มงานการแพทย์ กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมสุขภาพจิต	การศึกษาประเมินประสิทธิผลและความคุ้มค่า ของโปรแกรมเสริมพลังครูและผู้ปกครองสำหรับ การปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด	โครงการวัยรุ่นนิตติเกราะ “Mental Health Shield for Youth”

ส่วนที่ 3 แบบเสนอผลงาน

(ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวสุกัญญา ศิริสินทศศักดิ์

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล นายแพทย์ (ด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช)

ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 3576

กลุ่มงานการแพทย์ กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต

หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง ความชุกของการใช้กระท่อมและกัญชาในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 พฤษภาคม 2566 – 30 เมษายน 2567

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

จากการสำรวจข้อมูลของนักโทษนอร์เวย์แบบภาคตัดขวางเกี่ยวกับประสบการณ์อาการโรคจิต ได้เห็นภาพหลอน ได้ยินเสียงหูแว่ว หลงผิดคิดว่าคนอื่นพูดถึงตนเอง (delusions of reference) และหลงผิดระแวง (persecutory delusions) ในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา พบว่าร้อยละ 53.7 เคยมีประสบการณ์อาการโรคจิตเกิดขึ้นในกลุ่มนี้ ร้อยละ 21.7 มีประสบการณ์อาการโรคจิต 1 อาการ ร้อยละ 24.2 มี 2 อาการ ร้อยละ 25.3 มี 3 อาการ และร้อยละ 28.9 มี 4 อาการ โดยมีประสบการณ์อาการโรคจิตเฉพาะในขณะที่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 55.8 มีประสบการณ์อาการโรคจิตทั้งในขณะที่ใช้และไม่ใช้สารเสพติดร้อยละ 32.8 และมีประสบการณ์อาการโรคจิตในขณะที่ไม่ได้ใช้สารเสพติดร้อยละ 11.5 อาการที่พบมากที่สุดคือ เห็นภาพหลอนร้อยละ 79.7 หลงผิดระแวง ร้อยละ 72.6 ได้ยินเสียงหูแว่วร้อยละ 64.3 และหลงผิดคิดว่าคนอื่นพูดถึงตนเอง ร้อยละ 43.7 นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้สารเสพติดในช่วงชีวิตที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการเกิดประสบการณ์อาการโรคจิตหลากหลายชนิดมากกว่า ทั้งในกลุ่มที่ใช้กัญชา แอมเฟตามีน และเฮโรอีน (Rognli, Bramness, Skurtveit, & Bukten, 2017)

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมย้อนหลังตั้งแต่ปี ค.ศ.1991 พบว่าการใช้กัญชาอย่างต่อเนื่อง การใช้กัญชาในปริมาณมาก และการเริ่มใช้กัญชาตั้งแต่อายุน้อย จะส่งผลให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะสมองส่วนที่มี cannabinoid receptors จำนวนมาก เช่น สมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ สมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการตัดสินใจและวางแผน สมองส่วนอะมิกดาลา (amygdala) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์โดยเฉพาะความวิตกกังวล หวาดระแวงกลัว และสมองส่วนหลัง (cerebellum) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัว และพบว่ากัญชาจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอาการโรคจิตและเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคจิตเภท โดยเฉพาะการใช้กัญชาอย่างหนัก การใช้กัญชาอย่างต่อเนื่อง การใช้กัญชาที่มีฤทธิ์รุนแรง การใช้สารสังเคราะห์จากกัญชา การเสพติดกัญชา การเริ่มต้นใช้กัญชาตั้งแต่อายุน้อย หรือเคยมีอาการโรคจิตมาก่อน นอกจากนี้ จากการศึกษาใน ค.ศ.2018 พบว่าการใช้กัญชาเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเภทได้จริง โดยเพิ่มความเสี่ยงอยู่ที่ราว 1.4-1.5 เท่า เทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้กัญชา มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา เช่น รัฐโคโลราโด พบว่าความชุกของโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับกัญชาที่มารับการบริการที่แผนกฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นราว 5 เท่า ในช่วงที่มีการเปิดอนุญาตให้ใช้กัญชาได้ (รัศเมน กัลยาศิริ และ สกล ศรีสกุลล้อม, 2563)

จากการศึกษาประชากรทั่วไปของสหรัฐอเมริกาใน 2 ช่วงระยะเวลาที่ห่างกัน พบว่าความชุกของการเกิดอาการโรคจิต (self-reported psychotic disorders) ในกลุ่มผู้ใช้กัญชาทั่วไปที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (nonmedical cannabis users) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้กัญชา คือร้อยละ 1.38 ในปี ค.ศ.2001-2002

และร้อยละ 1.21 ในปี ค.ศ.2012-2013 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความผิดปกติจากการใช้กัญชา (cannabis use disorders) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้กัญชาร้อยละ 2.28 ในปี ค.ศ. 2001-2002 และร้อยละ 2.70 ในปี ค.ศ. 2012-2013 (Livne, Shmulewitz, Sarvet, Wall, & Hasin, 2022)

ในประเทศมาเลเซียมีการศึกษาความชุกของอาการโรคจิตในกลุ่มผู้ใช้กระท่อม พบว่าร้อยละ 4 ของผู้ใช้กระท่อมมีอาการโรคจิต ซึ่ง 2 ใน 3 ของผู้ใช้กระท่อมที่มีอาการโรคจิตมีประวัติเคยใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย (หยุดใช้แล้วอย่างน้อย 3 ปี) เช่น เฮโรอีน กัญชา เมทแอมเฟตามีน ไนเมตาซีแพม (Erimin 5) และเมธาโดน อาการโรคจิตที่พบ คือ กลุ่มอาการประสาทหลอน ได้แก่ ได้กลิ่นหลอน หูแว่ว เห็นภาพหลอน และสัมผัสหลอน และกลุ่มอาการหลงผิด ได้แก่ ระแวงคนทำร้าย คิดว่าคนอื่นพูดถึงตนเอง คิดว่าคนอื่นอ่านความคิดตนเองได้คิดว่าตนเองถูกควบคุมจากภายนอก คิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญ และคิดว่าความคิดตนเองถูกดึงออกไปจากภายนอก แต่รูปแบบการใช้กระท่อม เช่น การใช้กระท่อมร่วมกับยาแก้ไอชนิดไดเฟนไฮโดรตามีน (diphenhydramine) ระยะเวลาที่ใช้กระท่อม ปริมาณและความถี่ในการใช้กระท่อมต่อวัน ไม่สัมพันธ์กับการเกิดอาการโรคจิต (Abdullah, Singh, Swogger, Rahim, & Vicknasingam, 2019)

การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตโดยการตรวจหาสารในปัสสาวะ พบสารเสพติดในปัสสาวะของผู้ป่วยร้อยละ 13 สารเสพติดที่ตรวจพบ คือ เตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol: THC) และ/หรือ แอมเฟตามีน/เมทแอมเฟตามีน ผู้ป่วยทั้งหมดให้ประวัติว่าเคยใช้สารเสพติดในช่วงชีวิตที่ผ่านมา เป็นที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคะแนนประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบ (The Positive and Negative Syndrome Scale; PANSS) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจปัสสาวะไม่พบสารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญ (Skrede et al., 2021)

ในผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตครั้งแรก (first episode psychosis) อายุ 18 ปีขึ้นไป และมารับการรักษาในแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลในประเทศเนปาล พบความชุกของการใช้สารเสพติดในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา ร้อยละ 47.5 สารเสพติดที่พบว่ามีการใช้มากที่สุดคือ แอลกอฮอล์ร้อยละ 52.6 กัญชาร้อยละ 26.3 โอปิออยด์ร้อยละ 5.3 และใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกันร้อยละ 15.8 โดยร้อยละ 57.9 ใช้สารเสพติดแบบติดสารเสพติด ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด ได้แก่ เพศชาย ไม่ได้ทำงาน ระดับการศึกษามัธยมศึกษา และอยู่ในช่วงอายุ 15-25 ปี (Mishra, Ojha, Chapagain, & Tulachan, 2014)

การศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศอิหร่าน พบว่าร้อยละ 37.9 ของผู้ป่วยใช้สารเสพติดและยังใช้อยู่ในช่วงก่อนเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด ได้แก่ เพศชาย อายุ น้อย (26-49 ปี) ปัจจุบันไม่มีที่อยู่อาศัย มีประวัติถูกจำคุก และมีประวัติคนในครอบครัวใช้สารเสพติด (Mousavi et al., 2021)

ในภาคใต้ของประเทศไทยมีการศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา และในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก พบความชุกของการใช้สารเสพติดในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา ร้อยละ 65.6 และความชุกของการใช้สารเสพติดในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 48.6 สารเสพติดที่พบว่ามีการใช้มากที่สุด คือ บุหรี่ แอลกอฮอล์ และกัญชา ตามลำดับ หากไม่นับรวมบุหรี่และแอลกอฮอล์ พบว่าสารเสพติดที่มีการใช้ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา คือ กัญชา แอมเฟตามีน โอปิออยด์ กระท่อม และกระท่อมค็อกเทล ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด ได้แก่ เพศชาย อายุ น้อย ระดับการศึกษาน้อย และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรคจิตและจิตเภท (Tantirangsee & Assanangkornchai, 2015)

ในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์มีการศึกษาในผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สารเสพติดทุกชนิดยกเว้นบุหรี่และแอลกอฮอล์ พบว่าร้อยละ 86.3 มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยโรคร่วมทางจิตเวชที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะโรคจิต ร้อยละ 76.6 รองลงมาคือ (hypo) manic episode ร้อยละ 24.5 antisocial personality disorder ร้อยละ 23.5 โรควิตกกังวล ร้อยละ 16.3 และโรคซึมเศร้า ร้อยละ 15.3 นอกจากนี้ยังพบว่าสารเสพติด

ที่ใช้บ่อยที่สุด 5 อันดับแรก คือ สี่คูณร้อยร้อยละ 35.7 กระท่อมร้อยละ 22.5 ยาบำร้อยละ 21.4 กัญชา ร้อยละ 12.2 และโซแลมร้อยละ 2 (ณาทยา สงทอง, 2559)

ด้านผลการรักษา มีการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตครั้งแรก (first episode psychosis) และใช้สารเสพติดร่วมด้วย โดยติดตามการรักษาที่ 3 เดือน 1 ปี 2 ปี 5 ปี และ 10 ปี ผลการติดตามที่ระยะเวลา 10 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 49.5 อยู่ในระยะอาการสงบ (remission) และผู้ป่วยร้อยละ 25 เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย ในระยะฟื้นหาย (recovery) โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยกลุ่มที่หยุดใช้สารเสพติดอยู่ในระยะ อาการสงบ และกลุ่มผู้ป่วยที่หยุดใช้สารเสพติดสามารถทำงานได้ เมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น ผลการติดตามที่ระยะเวลา 2 ปี พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่หยุดใช้สารเสพติดได้ภายใน 2 ปีแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยอาการโรคจิตครั้งแรก และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติดมีผลการรักษาใกล้เคียงกัน และมีอาการน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด เป็นครั้งแรกและกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งแรกและกลุ่มผู้ป่วย ที่ใช้สารเสพติดต่อเนื่องมีโอกาสเข้าสู่ระยะอาการสงบต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติด นอกจากนี้ กลุ่มผู้ป่วย ที่ใช้สารเสพติดต่อเนื่องยังพบอาการทางลบ (negative symptoms) มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่หยุดใช้สารเสพติด อีกด้วย (Weibell et al., 2017)

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

ในประเทศไทย กระท่อมและกัญชาจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติด ให้โทษ พ.ศ.2522 ต่อมาใน พ.ศ.2562 ได้มีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ จนกระทั่งใน พ.ศ.2564 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 8 ได้ยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ปัจจุบัน ได้มีการยกเว้นให้สารสกัดจากกัญชาที่มีปริมาณ Tetrahydrocannabinol (THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักและสารสกัดจากเมล็ดกัญชาไม่ใช้ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ตั้งแต่วันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ.2565 ที่ประกาศราชกิจจานุเบกษามีผลบังคับใช้

ศูนย์สำรวจความคิดเห็น “นิด้าโพล” สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า) สำรวจความคิดเห็น เรื่อง “การปลดล็อกกัญชาออกจากบัญชียาเสพติด” ระหว่างวันที่ 13-15 มิถุนายน พ.ศ.2565 จากประชาชน ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป กระจายทุกภูมิภาค ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ จำนวน 1310 หน่วยตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็นจากบัญชีรายชื่อฐานข้อมูลตัวอย่างหลัก (master sample) ของ “นิด้าโพล” ด้วยวิธีแบบง่าย (simple random sampling) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ กำหนด ค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 97.0 พบว่า ความคิดเห็นของประชาชนต่อรูปแบบการใช้กัญชาของคนไทยในอนาคต ร้อยละ 34.05 ใช้ทางการแพทย์ ร้อยละ 31.15 ใช้เพื่อสันทนาการ ร้อยละ 22.21 ใช้ในการประกอบอาหาร หรือเครื่องดื่ม และร้อยละ 12.59 ใช้เพื่อแปรรูปผลิตภัณฑ์ในเชิงพาณิชย์ นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 32.98 ของประชาชนเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับกัญชา โดยร้อยละ 60.65 ใช้กัญชาเพื่อประกอบอาหารหรือเครื่องดื่ม ร้อยละ 30.56 เสพหรือสูบกัญชา ร้อยละ 21.06 ใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค ร้อยละ 6.94 ปลูกกัญชา ร้อยละ 1.39 แปรรูปผลิตภัณฑ์กัญชาในเชิงพาณิชย์และร้อยละ 0.23 คำกัญชา (“การปลดล็อกกัญชาออกจากบัญชียาเสพติด”, 2565)

กระท่อมเป็นพืชประจำถิ่นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นิยมเสพโดยการเคี้ยวใบสด เคี้ยวใบแห้ง ชงเป็นน้ำชาเพื่อดื่ม หรือสูบ ทางภาคเหนือของประเทศไทยและภาคใต้ของประเทศไทย ใช้กระท่อม ในการทำงานกลางแจ้ง เพื่อให้ได้ผลผลิตมากขึ้นและคลายความเหนื่อยล้า นอกจากนี้ยังมีการนำกระท่อมมาใช้ เพื่อรักษาโรคเบาหวาน โรคท้องร่วง ลดไข้ แก้ปวด และพอกรักษาแผล โดยทางภาคใต้ของประเทศไทย นิยมการนำน้ำกระท่อมไปผสมเป็นค็อกเทล เรียกว่า 4x100 โดยมีส่วนผสมหลัก คือ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสม ของคาเฟอีนและยาแก้ไอที่มีส่วนผสมของโคเดอีน (codeine) หรือไดเฟนไฮดรามีน (diphenhydramine)

อาจผสมกับยาคลายกังวล (anxiolytic) ยาด้านเศร้า (antidepressant) หรือ ยาแก้ปวด (Cinosi et al., 2015)

การวิจัยจำนวนมากพบว่า ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชมีอัตราการใช้สารเสพติดร่วมด้วยสูงมาก โดยเฉพาะกัญชา (Andersson, Lilleeng, Ruud, & Ose, 2021; Toftdahl, Nordentoft, & Hjorthøj, 2016; Tumenta et al., 2020; Abderemane et al., 2022; Nesvag et al., 2015) การใช้กัญชาหรือสารเสพติดชนิดอื่นในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตสัมพันธ์กับผลกระทบทางลบหลายด้าน เช่น ทำให้อาการทางจิตเลวลงหรือกำเริบมากขึ้น (Lowe, Sasiadek, Coles, & George, 2019; Chakraborty, Chatterjee, & Chaudhury, 2014; สิ้นเงิน ดุษฎี และพลภัทร์, 2559) ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลนานขึ้น (Picci et al., 2013) ไม่ยึดโยงกับการรักษา หรือการกินยา (สิ้นเงิน และคณะ, 2559; Davis et al., 2022) และอาจมีปัญหาด้านอื่น เช่น ปัญหาทางกฎหมาย และสังคมมากขึ้นด้วย (Almeida & Moreira, 2017)

การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า เมื่อมีการทำให้กัญชาถูกกฎหมายในหลายรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา และในประเทศแคนาดา ความชุกของการใช้กัญชาเพิ่มสูงขึ้นในประชากรทั่วไป เนื่องจากการเข้าถึงกัญชาได้ง่ายมากขึ้น และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมที่ยอมรับการใช้กัญชามากขึ้น (Leung et al., 2022; Compton, Han, Jones, Blanco, & Hughes, 2016; Azofeifa, Sherman, Mattson, & Pacula, 2018; Rotermann, 2021; Azofeifa et al., 2016) การเปลี่ยนแปลงของนโยบายกัญชาดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อประชากรกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ซึ่งมีอัตราการใช้กัญชาร่วมด้วยสูงกว่าประชากรทั่วไปอยู่แล้ว (Etyemez et al., 2020; Pacek, Weinberger, Zhu, & Goodwin, 2020; Amone-P'Olak & Omech, 2021)

ข้อมูลความรู้ในเรื่องผลกระทบของการทำให้สารเสพติดถูกกฎหมาย เช่น กระท่อม หรือ กัญชา ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชยังมีค่อนข้างจำกัด จึงเป็นที่น่าสนใจว่า หลังจากที่มีการยกเลิกพืชกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 และมีการประกาศในราชกิจจานุเบกษายกเว้นให้สารสกัดจากกัญชาไม่ใช่ยาเสพติดประเภทที่ 5 ใน พ.ศ.2565 ความชุกของการใช้กระท่อม และ/หรือ กัญชาในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ อย่างไร

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนองค์ความรู้ งานวิจัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
2. ส่งโครงร่างการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์พิจารณา
3. เก็บข้อมูลย้อนหลังโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตที่ได้รับการวินิจฉัย ตาม ICD-10 รหัส F20-F29 และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปในวันที่เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 9 มิถุนายน 2563 - 8 มิถุนายน 2566 (ช่วงเวลาก่อนประกาศราชกิจจานุเบกษา ระหว่างวันที่ 9 มิถุนายน 2563 - 8 มิถุนายน 2565 และช่วงเวลาหลังประกาศราชกิจจานุเบกษา ระหว่างวันที่ 9 มิถุนายน 2565 - 8 มิถุนายน 2566)
4. ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล
5. วิเคราะห์ข้อมูล
 - วิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบสัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - ความชุกของการใช้กระท่อม และ/หรือ กัญชา และ/หรือ สารเสพติดชนิดอื่นในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิต ก่อนและหลังการประกาศในราชกิจจานุเบกษายกเว้นให้สารสกัดจากกัญชาไม่ใช่ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 คำนวณได้จากจำนวนผู้ป่วยตัวอย่างทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 รหัส F12, F19 หรือ F10, F11, F13-F18หารด้วยจำนวนผู้ป่วยตัวอย่างทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 รหัส F20-F29 ในช่วงระยะเวลา ก่อนและหลังการประกาศในราชกิจจานุเบกษายกเว้นให้สารสกัดจากกัญชาไม่ใช่ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5
 - เปรียบเทียบความชุกระหว่างก่อนกับหลังการประกาศในราชกิจจานุเบกษายกเว้นให้สารสกัดจากกัญชาไม่ใช่ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 โดยใช้ค่า prevalence ratio (PR) และปรับค่าด้วยตัวแปรอื่นโดยใช้ Poisson regression และ Poisson modeling

6. เขียนรายงานการวิจัย

เป้าหมายของงาน

1. เพื่อเปรียบเทียบความชุกของการใช้กระท่อม และ/หรือ กัญชาในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตระหว่างช่วงเวลาก่อนกับหลังจากที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ยกเว้นให้สารสกัดจากกัญชาไม่ใช้ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 มีผลบังคับใช้ (9 มิถุนายน 2565)

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับความชุกของการใช้กระท่อม และ/หรือ กัญชาในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิต

5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

- ค่าความชุกของการใช้กระท่อม และ/หรือ กัญชาในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตระหว่างช่วงเวลาก่อนกับหลังจากที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ยกเว้นให้สารสกัดจากกัญชาไม่ใช้ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 มีผลบังคับใช้ที่นำมาเปรียบเทียบกัน ทำให้มองเห็นแนวโน้มของการใช้สารเสพติด 2 ชนิดนี้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตชัดเจนขึ้น สามารถนำไปปรับใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตและพัฒนานโยบายต่อกระท่อมและกัญชาในอนาคตได้

- ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับความชุกของการใช้กระท่อม และ/หรือ กัญชาในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิต ทำให้ทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด 2 ชนิดนี้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิต และนำมาวางแผนในการป้องกันการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตที่มีปัจจัยเสี่ยงได้

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

- นำไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคจิต ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีผู้ป่วยมารับการที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลา ราชนครินทร์มากที่สุด ทั้งประเภทผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยที่รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 12 เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

- นำไปใช้ในการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ใช้ทุน แพทย์ นักศึกษาแพทย์ พยาบาล นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการให้ความรู้แก่บุคคลทั่วไป

- นำไปพัฒนานโยบายต่อกระท่อมและกัญชาที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยให้ได้มากที่สุด

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ไม่พบความยุ่งยากและซับซ้อนในระหว่างดำเนินการ

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ไม่พบปัญหาและอุปสรรคในระหว่างดำเนินการ

9) ข้อเสนอแนะ

ไม่มี

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่

☒ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนผลงาน (ร้อยละ)	ลายมือชื่อ
นางสาวสุกัญญา ศิริสินทศศักดิ์	100	สุกัญญา ศิริสินทศศักดิ์

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ข้อเสนอแนวคิดในการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน ไม่เกิน 3 หน้า กระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวสุกัญญา ศิริสินทศศักดิ์

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล นายแพทย์ (ด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช)

ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 3576

กลุ่มงานการแพทย์ กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต

หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การให้การบริการผู้ป่วยในจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric Home Ward: PHW) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตที่ใช้สารเสพติดและพึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำรุนแรง
- 2) หลักการและเหตุผล

จากรายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชย้อนหลังของกรมสุขภาพจิต มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 284,273 คน ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 314,250 คน และปีงบประมาณ 2566 จำนวน 299,771 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2566) และข้อมูลอันดับจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2562 จำแนกตามเพศและสาเหตุ พบว่า เพศชายโรคจิตเภทเป็นสาเหตุที่ทำให้สูญเสียจำนวนปีสุขภาวะมากเป็นอันดับที่ 7 และเพศหญิง โรคจิตเภทเป็นสาเหตุที่ทำให้สูญเสียจำนวนปีสุขภาวะมากเป็นอันดับที่ 10 นอกจากนี้ ยังพบว่าสาเหตุที่ทำให้สูญเสียจำนวนปีสุขภาวะมากเป็นอันดับที่ 8 ทั้งในเพศชายและเพศหญิงคือการติดสารเสพติด (Burden of Disease Thailand, 2566)

นอกจากผลกระทบด้านสุขภาพแล้ว สารเสพติดยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมจากการประมาณผู้ใช้สารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานที่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 3.60 คิดเป็น 2.51 ล้านคน และคิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ 753 ล้านบาทต่อวัน รัฐยังต้องสูญเสียงบประมาณไปกับการบำบัดฟื้นฟูและการช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ปีละไม่ต่ำกว่า 2 พันล้านบาท รวมมูลค่าการสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า 5 แสนล้านบาทต่อปี จากการสำรวจติดตามการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด โดยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่า ปัญหาสารเสพติดสร้างความเดือดร้อนให้แก่ชุมชนร้อยละ 35.90 (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

การเสพสารเสพติดอาจก่อให้เกิดอาการทางจิตเวชที่รุนแรงต่อผู้เสพ หรือที่เรียกว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) โดยเฉพาะเมื่อขาดยา ขาดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น บางรายก่อเหตุรุนแรง สะเทือนขวัญ เกิดการสูญเสียญาติ หรือชุมชนรู้สึกหวาดกลัว ไม่ปลอดภัย โกรธหรือไม่ยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชน ซึ่งสร้างผลกระทบต่อสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

The National Institute on Drug Abuse (NIDA) ให้คำจำกัดความว่าการติดสารเสพติดเป็นความผิดปกติที่เรื้อรังและมีการกลับเป็นซ้ำ โดยมีลักษณะของพฤติกรรมซ้ำๆ ในการแสวงหาสารเสพติดและก่อให้เกิดผลเสียตามมา ในความเป็นจริง การติดสารเสพติดมีการดำเนินโรคและผลลัพธ์ที่หลากหลาย ตั้งแต่หายทุเลา (full remission) จนถึงการกลับเป็นซ้ำอย่างเรื้อรัง (chronic relapse) (MacKillop, 2020)

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์/แนวความคิด

จากการสำรวจพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของประชากรทั่วประเทศไทยประจำปี พ.ศ.2562 จนถึง พ.ศ.2564 พบว่าความชุกช่วงชีวิตในประชากรไทยอายุ 18-65 ปี ในการใช้สารเมทแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.5 ในปี พ.ศ.2562 เป็นร้อยละ 2.4 ในปี พ.ศ.2564 และคาดประมาณสัดส่วนผู้ที่ใช้กัญชาอยู่ที่ย้อยละ 6.4 ผู้ใช้กระท่อมอยู่ที่ย้อยละ 4.6 (แบบน้ำกระท่อม) ถึงร้อยละ 12.9 (แบบเคี้ยวใบกระท่อมสด) โดยในปี พ.ศ.2562 มีผู้ตอบว่าเคยใช้ใบกระท่อมแบบเคี้ยวสดในช่วงชีวิตเพียงร้อยละ 6.1 และปี พ.ศ.2563 ร้อยละ 5.0 ตามลำดับ ส่วนความชุกของการใช้สารเสพติดอื่นในปี พ.ศ.2564 พบการใช้โอปิออยด์ ร้อยละ 0.1 ยาเค ร้อยละ 0.1 ยาอี ร้อยละ 0.1 และสารระเหย ร้อยละ 0.3 (รัศมน กัลยาศิริ, 2565)

การศึกษาจำนวนมากพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีอัตราการใช้สารเสพติดร่วมด้วยสูงมาก (Andersson, Lilleeng, Ruud, & Ose, 2021; Toftdahl, Nordentoft, & Hjorthøj, 2016; Tumenta et al., 2020; Abderemane et al., 2022; Nesvag et al., 2015) การใช้สารเสพติดส่งผลให้อาการทางจิตแย่ลงหรือกำเริบมากขึ้น (Lowe, Sasiadek, Coles, & George, 2019; Chakraborty, Chatterjee, & Chaudhury, 2014; สินเงิน ดุษฎี และพลภัทร์, 2559) ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น (Picci et al., 2013) และไม่ยึดโยงกับการรักษาหรือการกินยา (สินเงิน และคณะ, 2559; Davis et al., 2022)

การให้บริการผู้ป่วยในจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric Home Ward: PHW) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ส่งเสริมความร่วมมือของครอบครัวในการฟื้นฟูผู้ป่วย และป้องกันอาการกำเริบซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2566) จึงเป็นการให้บริการทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษาผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติด (ยกเว้นบุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์) ในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ พบว่าร้อยละ 86.3 มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยโรคร่วมทางจิตเวชที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ ภาวะโรคจิต ร้อยละ 76.6 รองลงมาคือ (hypo) manic episode ร้อยละ 24.5 และ antisocial personality disorder ร้อยละ 23.5 ตามลำดับ (ณาดยา, 2559) สอดคล้องกับข้อมูลการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มโรคจิตเภท กลุ่มโรคจิตเวชจากการใช้สารเสพติด และกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว ดังนั้น การให้บริการผู้ป่วยในจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric Home Ward: PHW) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตที่ใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จึงเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยมากที่สุด ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และสอดคล้องกับภารกิจหลักของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตที่ใช้สารเสพติดและเพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้รับการบริการผู้ป่วยในจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric Home Ward: PHW) ผ่านระบบบริการจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry) โดยใช้แนวทางการบริการผู้ป่วยในจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric Home Ward: PHW) ระยะฟื้นฟู (Intermediate Care: IMC) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล บำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ป้องกันอาการกำเริบซ้ำรุนแรงจนต้องมารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล

จากข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric Home Ward: PHW) ของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ที่ผ่านมาประมาณ 2 เดือน พบข้อจำกัดที่เกิดขึ้น ได้แก่

1. ปัญหาการเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตระหว่างที่บ้านของผู้ป่วยกับทางโรงพยาบาล

1.1 ไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตในโทรศัพท์มือถือและที่บ้านของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและญาติต้องเดินทางไปใช้สัญญาณอินเทอร์เน็ตของสถานที่อื่น ก่อให้เกิดความไม่สะดวกสบายในการติดต่อกับทางโรงพยาบาลทุกวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติไม่ยอมรับการรักษาต่อเนื่องจนครบระยะเวลาดำเนินการตามแผนการรักษา

1.2 คุณภาพของสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่ดี ทำให้สัญญาณภาพและเสียงไม่ชัดเจนหรือชัดเจนเพียงบางช่วง ก่อให้เกิดปัญหาในระหว่างการสื่อสารที่สำคัญ เช่น การให้การปรึกษา การทำจิตบำบัด ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการให้บริการลดลง

2. ผู้ป่วยและญาติไม่มีโทรศัพท์มือถือและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ ทั้งที่ผู้ป่วยและญาติมีความต้องการเข้ารับการบริการผู้ป่วยในจิตเวชที่บ้าน

3. การให้บริการผู้ป่วยในจิตเวชที่บ้านไม่ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษา

ข้อจำกัดเหล่านี้อาจเกิดขึ้นได้กับการให้บริการผู้ป่วยโรคกลุ่มโรคจิตที่ใช้สารเสพติดเช่นเดียวกัน การประสานงานกับสถานพยาบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 12 เพื่อขอความร่วมมือและการสนับสนุน อาจช่วยแก้ไขปัญหาคาดแคลนอุปกรณ์และสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้ ส่วนการให้บริการผู้ป่วยเพื่อให้ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษานั้น ยังต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชทุกโรคต่อไป เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของการให้บริการผู้ป่วยในจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric Home Ward: PHW) และผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนนโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตที่ใช้สารเสพติด มีความรู้ความเข้าใจเรื่องอาการทางจิตและการใช้สารเสพติด มีทักษะในการดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ ไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และรับประทานยาต่อเนื่อง ลดการเกิดอาการกำเริบรุนแรงจนต้องมารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ญาติผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องอาการทางจิตและการใช้สารเสพติด มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบองค์รวม

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ร้อยละของผู้ป่วยผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตที่ใช้สารเสพติดไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ตลอดระยะเวลาที่รับบริการผู้ป่วยในจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric Home Ward: PHW) (เป้าหมาย 50%)

2. ร้อยละของผู้ป่วยผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตที่ใช้สารเสพติดไม่มีอาการกำเริบรุนแรงจนต้องมารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล ตลอดระยะเวลาที่รับบริการผู้ป่วยในจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric Home Ward: PHW) (เป้าหมาย 50%)