



ประกาศกรมสุขภาพจิต

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรมสุขภาพจิต กำหนด นั้น

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงาน จะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ เว้นแต่กรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลจะเกษียณอายุราชการในปงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปงบประมาณนั้น

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริตให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายจุมภฏ พรหมสีตา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๒๖ /๒๕๖๕

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ ตำแหน่งเลขที่/สังกัด	ชื่อผลงานที่เสนอ ขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิด เพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวหัตทยา รักบำรุง	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๒๕๘๗ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ที่ติดสุรา	การเสริมสร้างแรงจูงใจ แบบกลุ่ม เพื่อป้องกันการ กลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้สารเสพติดร่วม
๒.	นางสาวภัทรวรรณ รังรอง	นักกายภาพบำบัด ปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๔๐๓๕ สถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรณีศึกษาผลของการฝึก การบริหารกล้ามเนื้อ สะโพกเพื่อการทรงตัว ในทำยืนโดยใช้ลูกบอล โยคะในเด็กสมองพิการ	ผลของการฝึกการบริหาร กล้ามเนื้อสะโพกเพื่อการ ทรงตัวในทำยืนโดยการใช้ ลูกบอลโยคะในเด็ก สมองพิการร่วมกับการทำ กิจกรรมสันหนนาการ

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ผลงานวิชาการ)

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา
- 2)เค้าโครงเรื่อง

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิตประมาณร้อยละ 0.5-1.0 ของประชากรทั่วไป ในประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเภทประมาณร้อยละ 0.8 หรือ 400,000 คน (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโคตรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชูริภรณ์ เสี่ยงล้ำ และวีร์ เมฆวิสัย, 2560) มีอัตราส่วนมากที่สุดในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (งานสถิติโรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2563) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม มีอัตราที่สูงขึ้น และสิ่งเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ สุรา จากการสำรวจระดับวิทยาความชุกของปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสดื่มสุราแบบผิดปกติร้อยละ 3.8 และมีโอกาสพบปัญหาการดื่มสุราเป็น 3.3 เท่าของคนที่ไม่ป่วย พบความชุกของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 9.4 ความชุกชั่วชีวิตร้อยละ 20.6 นั้นหมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเภททุกๆ 5 คน จะมีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา 1 คน (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2556) สำหรับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในปีงบประมาณ 2561-2563 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 127, 106 และ 111 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 14 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดที่รับไว้ในรักษาในโรงพยาบาล (งานสถิติโรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2563)

ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราจัดเป็นผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วมจากโรคที่ต่างกลุ่มวินิจฉัย (heterotypic comorbidity) โดยป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นโรคหลัก คือ มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560) ประกอบด้วย

1. อาการด้านบวก (positive symptoms) ได้แก่

1.1 อาการหลงผิด (delusion) คือการมีความคิดหรือความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การหลงผิดว่ามีคนจะมาทำร้าย การหลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ มีความสามารถพิเศษ เป็นต้น

1.2 อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน (prominent hallucination) คือ การกำหนดรู้ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งเร้าภายนอก เช่น หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดด้วยโดยที่มองไม่เห็นตัว เห็นภาพคน สัตว์ หรือสิ่งของโดยไม่มีสิ่งเหล่านั้นอยู่จริง เป็นต้น โดยความเชื่อดังกล่าว ต้องไม่ใช่ความเชื่อที่พบได้ตามปกติในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วย

1.3 การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) คือการพูดในลักษณะที่หัวข้อลีหรือประโยคที่กล่าวออกมาไม่สัมพันธ์กัน เช่น การเปลี่ยนเรื่องที่พูดจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่งซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กันเลย เป็นต้น

1.4 พฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) คือ พฤติกรรมที่ผิดแปลกไปอย่างมากจากธรรมเนียมปฏิบัติของคนทั่วไปในสังคม เช่น ไม่ใส่เสื้อผ้า การเล่นอุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น

1.5 พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดแปลกไปจากปกติ (catatonic behavior) เช่น การเคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือนิ่งแข็งอยู่กับที่

2. อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ อารมณ์ท้อ (blunted affect) และเฉยเมย ความคิดอ่าน และการพูดลดลง ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจ ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว

3. อาการด้านการรู้คิด (cognitive symptoms) ได้แก่ ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function) ลดลง ความสามารถในการคงความใส่ใจ (attention) ลดลง ความจำเพื่อใช้งาน (working memory) บกพร่อง (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560)

และมีโรคจิตสุราเป็นโรคร่วม คือ มีการดื่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด และสมควรได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ โดยผู้ดื่มที่ติดสุราจะมีการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีก จนเกิดปัญหาพฤติกรรม สมรรถภาพและร่างกาย อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่าจะเกิดผลเสียตามมา หรือดื่มจนละเลยกิจกรรมอื่นๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบ (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2561) ผู้ติดสุราจะมีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงติดหนักจนแรงต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น ตับอักเสบ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ภาวะขาดสารอาหารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย และอาการขาดสุราที่อาจรุนแรงได้หากลดหรือหยุดดื่มทันที เช่น กระวนกระวาย มือสั่น ชีพจรเร็ว เพื่อสับสน หลงผิด ประสาทหลอนทั้งทางตา ทางหู ทางผิวหนัง บางกรณีอาจเกิดอาการชัก หมดสติ และอาจเสียชีวิตได้ (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2556; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; วิภา บุญแสง, 2564)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา มีความสำคัญอย่างมาก ต้องได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากทั้งสองโรคมีผลกระทบซึ่งกันและกันในทางลบ (Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M. Mortensen PB, 2007) ส่งผลกระทบทันทีต่อตัวผู้ป่วยเอง ญาติผู้ดูแล บุคคลในสังคม และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรากับผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา มีอายุการเริ่มต้นเกิดโรคจิตเร็วกว่า มีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลหลายครั้งมากกว่า ให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่า มีการปรับตัวต่อสังคมยากกว่า เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การฆ่าตัวตาย และการไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคจิตมากกว่า รวมทั้งค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพื่อรักษาด้านอายุรกรรมและจิตเวชสูงกว่าด้วยเช่นเดียวกัน (จิระพรรณ สุริยงค์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา และ เดชา ทำดี, 2557) นอกจากนี้พยาธิสภาพของโรคและการป่วยซ้ำ ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่สำคัญต่างๆมากขึ้น ความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่ลง มีความบกพร่องด้านความคิด การตัดสินใจ ขาดความมั่นใจในตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยจิตเภทจะกลับไปใช้สุราซ้ำ (สุพรรณิ สายบุตร และชานนท์ โกมลมาลย์, 2563) ส่งผลให้ญาติหรือผู้ดูแลมีความท้อแท้ เบื่อหน่ายหมดความหวังและกำลังใจในการรักษา รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับประทุษร้ายอย่างต่อเนื่อง มีการใช้สุราเสพติด ทำให้เกิดอาการกำเริบอาละวาด ทำร้ายร่างกายญาติ ทำลายข้าวของ ส่งผลให้ญาติเกิดความหวาดกลัวไม่ต้องการรับผู้ป่วยกลับไปดูแล ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลไปตลอดชีวิต หรือนำผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในความดูแลของสถานสงเคราะห์ (สุพรรณิ สายบุตร และชานนท์ โกมลมาลย์, 2563) เนื่องจากไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้

จากการปฏิบัติงานพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามีแนวโน้มกลับมาเพิ่มสูงขึ้น และมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา ต้องมีการบูรณาการร่วมกันในหลายวิธีทั้งทางด้านร่างกาย (somatic treatment) และทางด้านจิตสังคม (psychosocial treatment) เพราะนอกจากต้องให้การดูแลอาการทางจิตของโรคจิตเภทแล้ว ยังต้องให้การดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกาย อาการที่เกิดจากภาวะขาดสุรา

และผลกระทบด้านต่างๆเกิดขึ้นจากพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา ควรได้รับการพยาบาลและการแก้ไขปัญหาย่างถูกต้อง ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีบทบาทหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จึงสนใจศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราอย่างครอบคลุม เพื่อศึกษา ปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหาและนำมาวางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และนำแนวคิดและหลักทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา ตามประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราปลอดภัยจากอาการทางจิตที่กำเริบ ปลอดภัยจากภาวะขาดสุรา และภาวะแทรกซ้อนทางกาย และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง รับประทานยาต่อเนื่อง สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและผู้อื่นได้ ป้องกันการ ถูกทอดทิ้ง และการกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาล

3) สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล มีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100

(ไม่มีรายชื่อผู้เข้าร่วมจัดทำผลงาน)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาและปรับปรุงงาน

- 1) ข้อเสนอเรื่อง การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม
- 2) ค่าครองชีพ

ปัญหาการใช้สุราและสารเสพติด เป็นปัญหาใหญ่ที่มีการแพร่ระบาดและทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต (สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2561) โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย มีความเรื้อรัง และอัตราการกลับไปป่วยซ้ำสูง (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโรกร, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชูริภรณ์ เสี่ยงล้ำ และวีร์ เมฆวิสัย, 2560; วาสนา นามเหลา, ชนิดา แนนเกสร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2561) จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการรักษา มีอาการกำเริบต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกอยู่ที่ร้อยละ 31 โดยมีต้นเหตุสำคัญมาจากการใช้สารเสพติด ที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ ยาบ้า มีอัตราการใช้สูงถึงร้อยละ 79 รองลงมาคือ สุรา มีอัตราการใช้ร้อยละ 50 และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ (กรมสุขภาพจิต, 2559) สำหรับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในปีพ.ศ. 2561-2563 มีผู้ป่วยจิตเภทรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 1,231 , 1,160 และ 1,231 รายตามลำดับ พบผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมรับไว้รักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 34 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (งานสถิติโรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2563) ส่งผลให้ประสิทธิภาพการรักษาต่ำลง เกิดอาการทางจิตกำเริบเพิ่มขึ้น เช่น ก้าวร้าวรุนแรง ระดับความซึมเศร้าสูงขึ้น มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงขึ้น และเป็นสาเหตุให้ต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและถี่ขึ้น เป็นภาระแก่ผู้ดูแล และค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการทางจิต และป้องกันการกลับซ้ำ ต้องใช้การบำบัดแบบผสมผสาน ทั้งการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางสังคมจิตใจ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม พบว่าการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ กลุ่มบำบัด (Group Therapy) การบำบัดแบบมีเงื่อนไข (Contingency Management) และการดูแลบำบัดรักษาระยะยาวในสถานบำบัด (Long-term Residential Treatment) ซึ่งแนะนำให้ใช้ได้ร่วมกับการใช้วิธีการรักษาทางสังคมจิตใจ ได้แก่ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การทำครอบครัวบำบัด ทั้งนี้มีการศึกษาการใช้เทคนิครูปแบบการบำบัดหลากหลายร่วมกัน เช่น การให้ความรู้ (Psycho Education) เพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help Group) และเน้นที่การร่วมแรงร่วมใจกันจัดการกับปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาการดื่มสุราหรือการเสพสารเสพติด ซึ่งพบว่าผลลัพธ์ด้านการลด ละ เลิกการใช้สารเสพติดดีขึ้น (วิณา บุญแสง, 2564)

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม (Miller & Rollnick, 2007) โดยอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) มาประยุกต์ใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา/สารเสพติด ซึ่งเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษามากขึ้น (Bundy, 2004) และช่วยให้แสดงพฤติกรรมรักษาอย่างมีเป้าหมาย จากการกำหนดและการตัดสินใจด้วยตัวเอง ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถบำบัดได้พร้อมกันหลายคน โดยการใช้พลังกลุ่มช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากและเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี อุทัยพันธ์ (2556) ที่ศึกษาผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง

แรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า หลังได้รับการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนได้รับการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งหากมีการประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในหอผู้ป่วย โดยนำรูปแบบกลุ่มร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ จะช่วยให้สมาชิกภายในกลุ่มให้การสนับสนุนสร้างแรงจูงใจซึ่งกันและกัน โดยแรงจูงใจจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องและถาวร

จากการปฏิบัติงานและให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและสารเสพติด ตึกชาย 5 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ร้อยละ 58 ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน มีประวัติการใช้สุราและยาเสพติดร่วมด้วย เป็นสาเหตุสำคัญ ทำให้อาการทางจิตกำเริบและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากการพูดคุยสอบถาม พบว่า สาเหตุสำคัญที่พบบ่อย ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้ยาเสพติดร่วม คือ ใช้เพื่อเฝ้าระวังอาการตนเอง ลดความไม่สบายใจ ความวิตกกังวล ลดความประหม่าในการเข้าสังคม บางรายใช้ลดความไม่สุขสบายจากฤทธิ์ยา และลดอาการประสาทหลอนของตนเองเมื่อขาดยา รวมทั้งเพื่อนชักชวน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมองไม่เห็นโทษและผลกระทบของการใช้สารเสพติด และยังขาดความตระหนักและแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด ซึ่งพยาบาลใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเฉพาะรายบุคคลในการบำบัด และต้องใช้ระยะเวลาและกลยุทธ์ในการพูดคุยๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจากการสังเกตพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตและการรับรู้ดีขึ้น จะมีการพูดคุยและรับฟังความคิดเห็นของกันและกัน ผู้ศึกษาซึ่งเป็นบุคลากรทางการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย จึงได้นำแนวความคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2007) มาประยุกต์ใช้ในรูปแบบกลุ่ม ซึ่งเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ระหว่างบุคคลในกลุ่ม เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการช่วยเหลือกัน มีการสนับสนุน ส่งเสริมซึ่งกันและกัน เพื่อช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็วยิ่งขึ้น จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ลดการกลับไปเสพซ้ำ การกำเริบของอาการทางจิต อาการแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

3) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมกลับไปใช้สุรา/ยาเสพติดซ้ำลดลง
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง