



## ประกาศกรมสุขภาพจิต

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

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

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๓ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับตั้งแต่วันที่กรมสุขภาพจิตประกาศรายชื่อข้าราชการเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกจนถึงวันที่กองบริหารทรัพยากรบุคคล/กรมสุขภาพจิตประทับตรารับหนังสือและผลงานที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ ถ้าหากวันครบกำหนดส่งผลงานเป็นวันหยุดราชการ ให้นับวันที่เปิดทำการในวันถัดไปเป็นวันครบกำหนด สำหรับกรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเกษียณอายุราชการในพึงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในพึงบประมาณนั้น หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริตให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘

นายจุมภฏ ทรมสิตาน

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ครั้งที่ ๖/๒๕๖๘

| ลำดับ<br>ที่ | ชื่อ - สกุล                                                                                                                                                                                         | ตำแหน่ง/<br>ตำแหน่งเลขที่/สังกัด                                                                                                                                                        | ชื่อผลงานที่เสนอ<br>ขอประเมิน                                                                                                                 | ชื่อข้อเสนอแนวคิด<br>เพื่อพัฒนางาน                                                                                                                  |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๑.           | นางสาวรัฐกาญจน์ ภัควินต์<br>ตำแหน่งนักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ<br>ตำแหน่งเลขที่ ๔๐๐๔<br>กลุ่มงานจิตวิทยา<br>กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต<br>โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์<br>กรมสุขภาพจิต | ตำแหน่งนักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ<br>(ด้านจิตวิทยา)<br>ตำแหน่งเลขที่ ๔๐๐๔<br>กลุ่มงานจิตวิทยา<br>กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต<br>โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์<br>กรมสุขภาพจิต | ผลการทำจิตบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา<br>( Problem Solving Therapy; PST)<br>ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย<br>: กรณีศึกษา                | ผลของการพัฒนาการทำจิตบำบัด<br>โดยการแก้ไขปัญหา (Problem Solving<br>Therapy; PST) ในผู้ป่วยโรคจิตเวช<br>สารเสพติดที่มีความคิดฆ่าตัวตาย:<br>กรณีศึกษา |
| ๒.           | นางสาวพิชญานิพรรณ ชูหนู<br>ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ<br>ตำแหน่งเลขที่ ๒๖๘๑<br>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน<br>กลุ่มภารกิจการพยาบาล<br>โรงพยาบาลสวนสราญรมย์<br>กรมสุขภาพจิต                       | ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>(ด้านการพยาบาล)<br>ตำแหน่งเลขที่ ๒๖๘๑<br>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน<br>กลุ่มภารกิจการพยาบาล<br>โรงพยาบาลสวนสราญรมย์<br>กรมสุขภาพจิต                     | การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหา<br>พฤติกรรมและจิตใจ : คลินิกสุขภาพใจ<br>ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์                               | คู่มือการจัดการปัญหาอันไม่หลับ<br>ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรม<br>และจิตใจสำหรับผู้ดูแล                                                 |
| ๓.           | นางพรพรรณ อรชร<br>ตำแหน่งจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ<br>ตำแหน่งเลขที่ ๕๗๙<br>กลุ่มงานจิตวิทยา<br>กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต<br>โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์<br>กรมสุขภาพจิต                  | ตำแหน่งนักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ<br>(ด้านจิตวิทยา)<br>ตำแหน่งเลขที่ ๕๗๙<br>กลุ่มงานจิตวิทยา<br>กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต<br>โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์<br>กรมสุขภาพจิต     | การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มเสริมสร้างทักษะ<br>จัดการอารมณ์สำหรับออทิสติกวัยรุ่น<br>ตอนต้นที่มีศักยภาพสูง: กรณีศึกษา<br>โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ | ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของ<br>การเปลี่ยนผ่านจากระดับประถมศึกษา<br>ไปสู่ระดับมัธยมศึกษา สำหรับนักเรียน<br>ที่มีภาวะออทิสติกในประเทศไทย           |

### ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวรัฐกาญจน์ ภัควันต์

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล นักจิตวิทยาคลินิก ระดับชำนาญการ

ด้านจิตวิทยา ตำแหน่งเลขที่ 4004 กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต

หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลการทำจิตบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา (Problem Solving Therapy; PST) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษา

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤษภาคม 2565 - ตุลาคม 2566

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การฆ่าตัวตายเป็น 1 ใน 10 สาเหตุการเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกประมาณการผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 800,000 รายต่อปีหรือเสียชีวิต 1 รายในทุก 40 วินาที องค์การอนามัยโลกยังคาดการณ์ไว้ว่าในปี 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.53 ล้านคน จากรายงานการศึกษาความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของชนกลุ่มน้อยที่มีปัญหาสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในปี 2556 พบว่า ผู้มีปัญหาด้านจิตเวชมีจำนวนทั้งสิ้น 7 ล้านคน ซึ่งสูงกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาค่อนข้างมาก ขณะที่ในปัจจุบัน ปี 2566 อาจพบผู้มีปัญหาจำนวนสูงถึง 10 ล้านคน สะท้อนให้เห็นว่ายังมีผู้ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาจำนวนมาก (รายงานการศึกษาความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต, 2566)

จากข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำนวน 5,172 คนหรือเท่ากับ 7.9 ต่อประชากรแสนคน เฉลี่ยวันละ 14 คน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุก 2 ชั่วโมง อีกทั้งยังมีผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 31,110 คน หรือเท่ากับ 47.7 ต่อประชากรแสนคนเฉลี่ยวันละ 85 คน หรือมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 7 คน ในทุก 2 ชั่วโมง (ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายของกระทรวงสาธารณสุข, 2566) และจากข้อมูลโดยกรมสุขภาพจิตพบว่าตั้งแต่ปี 2562 เป็นต้นมาอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยได้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2565 มีอัตราสูงที่สุดในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา อยู่ที่ 7.97 ต่อ 1 แสนประชากร เพิ่มขึ้นชัดเจนจากปี 2564 ซึ่งอยู่ที่ 7.38 ต่อ 1 แสนประชากร นอกจากนี้ ประเทศไทยยังพบผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ากว่า 1.5 ล้านคน ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติอย่างมาก (ข้อมูลโดยกรมสุขภาพจิต, 2565)

จากข้อมูลสถิติที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กรมสุขภาพจิตได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ.2564 - 2565 โดยมีเป้าประสงค์ในการลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทยไว้ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน และจากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check In) ของกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งมีผู้เข้ารับการประเมินกว่า 8.5 แสนคน พบว่า สัดส่วนผู้มีความเครียดสูงอยู่ที่ร้อยละ 4.5 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 5.8 เสี่ยงฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 3.2 สถานการณ์ดังกล่าวแย่งในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ในไตรมาสแรกที่มีผู้เข้ารับการประเมิน 7.5 แสนคน และพบผู้มีความเครียดสูงถึงร้อยละ 15.5 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 17.2 และเสี่ยงฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 10.6 (ข้อมูลจากการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check In) กรมสุขภาพจิต, 2567) จะเห็นได้ว่าข้อมูลสถิติสถานการณ์สุขภาพจิตหรือปัญหาด้านจิตเวชของประชาชนไทยทั้งความเครียด การฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตายและโรคซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วง ดังนั้น จำเป็นต้องยกระดับประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหาให้ครอบคลุมรอบด้าน ทั้งในด้านการป้องกัน การรักษา การติดตาม และฟื้นฟูเยียวยา ให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมได้อย่างปกติสุข

โรคซึมเศร้ากับสังคมไทยเป็นภัยเงียบทางอารมณ์ของคนยุคใหม่ ด้าน นพ.พงศ์เกษม ไข่มุกด์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต กล่าวว่า โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ในส่วนที่มีผลกระทบ ต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม รวมถึงสุขภาพอื่น ๆ อาการที่พบมีหลายอาการ ได้แก่ เศร้า เบื่อหน่าย หงุดหงิด ฉุนเฉียว ไม่อยากทำอะไร รู้สึกสิ้นหวัง มีอาการนอนไม่หลับ ไม่อยากอาหาร สมาธิลดลง อ่อนเพลีย ขาดความมั่นใจ การตัดสินใจไม่ดี อาการพวกนี้มีมาก จนมีปัญหาการใช้ชีวิตและนานหลาย สัปดาห์ บางคนอาจมีความคิดอยากตายร่วมด้วย ในปัจจุบันได้ผลักดันโรคจิตเวชต่าง ๆ อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานของการรักษาผู้ป่วย ทั้งบัตรทอง ประกันสังคมและข้าราชการ การรักษาด้วยยาให้ครอบคลุมในสิทธิประโยชน์ (ข้อมูลโดยกรมสุขภาพจิต, 2567) จากรายงานผลวิจัยส่วนใหญ่พบว่าเพศหญิงมี อัตราการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย แต่ทว่าอัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายมีจำนวนมากกว่า เพศหญิง 4 เท่า (ศูนย์โรคซึมเศร้าไทย กรมสุขภาพจิต, 2565) และช่วงอายุที่มีการทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต มากที่สุดคือช่วงอายุ 35-39 ปี (ร้อยละ 11.3) วิธีที่ผู้เสียชีวิตใช้ในการทำร้ายร่างกายมากที่สุดคือวิธีการแขวนคอ (ร้อยละ 81.12) รองลงมาคือการใช้ยากำจัดสิ่งรบกวนวัชพืช/ฆ่าแมลงและสารเคมี (ร้อยละ 11.84) และสารพิษอื่นๆ (ร้อยละ 2.66) ตามลำดับ (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ, 2560)

จากการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ข้อมูลสถิติผู้มารับบริการทั้งหมดในปีงบประมาณ 2565 - 2567 คือ 26,451 ราย 31,673 ราย และ 33,951 รายตามลำดับ โดยแยกสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ พบว่า ในปีงบประมาณ 2565 - 2567 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารับบริการทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 3,250 ราย 3,764 ราย และ 4,636 ราย ตามลำดับ และจากสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการพยายามฆ่าตัวตายร่วมด้วย พบว่า ในปีงบประมาณ 2565 - 2567 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการพยายามฆ่าตัวตายร่วมด้วยมารับบริการทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 54 ราย 82 ราย และ 47 รายตามลำดับ (ข้อมูลจากระบบผู้รับบริการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์, 2567) ซึ่งจากสถิติดังกล่าวบ่งชี้ได้ว่าอาจมีแนวโน้มของผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมารับบริการเพิ่มมากขึ้นและการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้ง่ายและรวดเร็วนั้นมีส่วนทำให้การรักษาเกิดผลดีต่ออาการของผู้ป่วย โดยในกระบวนการรักษาโรคซึมเศร้าจะประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) และการรักษาด้วยการทำจิตบำบัด ซึ่งการรักษาด้วยการทำจิตบำบัดเป็นวิธีหนึ่งที่มีความสำคัญต้องทำควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา เนื่องจากการรักษาด้วยยาจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมด้านลบได้ดีขึ้น ขณะที่การทำจิตบำบัดควบคู่ไปด้วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในทางที่เหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรม การทำร้ายตนเองลดลง

การศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ.2564-2565 โดยกรมสุขภาพจิตมีเป้าประสงค์ในการลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทยไว้ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน มาเป็นแนวทางในการทำการศึกษาร่วมด้วย โดยยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ.2564 - 2565 มีทั้งหมด 4 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลด้านสวัสดิการทางสังคมและสุขภาพขั้นพื้นฐาน รวมถึงเสริมสร้างพลังใจในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางเศรษฐกิจและสังคม ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบคัดกรอง ค้นหา และเฝ้าระวัง



ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามระดับความรุนแรงและครอบคลุมทุกมิติ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนา รูปแบบกลไกการจัดการแบบบูรณาการในจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูง ในฐานะเจ้าของปัญหาร่วมกัน ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และนวัตกรรม สนับสนุนการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยผู้ศึกษาได้มุ่งเน้นที่ยุทธศาสตร์ที่ 2 คือ พัฒนาระบบคัดกรอง ค้นหา และเฝ้าระวังประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามระดับความรุนแรงและครอบคลุมทุกมิติ โดยเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ คือ ประชาชน กลุ่มเสี่ยง (โรคเรื้อรังทางกาย ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ผู้มีปัญหาสุรา ยาเสพติดและผู้เคยมีประวัติ ฆ่าตัวตาย) มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของจังหวัดที่รับผิดชอบ ในเขตสุขภาพ และผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลือและเฝ้าระวัง ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ภายใน ระยะเวลา 1 ปี (ยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ปี พ.ศ.2564 – 2565, กรมสุขภาพจิต)

กรณีศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาสนใจใช้วิธีการบำบัดแบบการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Therapy; PST) พัฒนาขึ้นโดย D'Zurilla and Nezu เป็นการศึกษาที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) จุดเด่นของการบำบัดนี้ มุ่งเน้นไปที่การปรับ มุมมองปัญหาในทางลบ (negative problem orientation: NPO) มาเป็นมุมมองในทางบวก (positive problem orientation: PPO) และเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาให้มากขึ้น เพื่อมุ่งลดความเครียด และเพิ่ม ความสามารถของสมองในการจัดการปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน (Alexopoulos et al., 2011) จะทำให้ ผู้ป่วยสามารถกำกับตนเองได้ มองปัญหาในทางบวก เลือทางออกในการแก้ปัญหาด้วยเหตุผล พัฒนา แผนการที่จะลงมือทำตามวิธีแก้ปัญหาที่เลือกและประเมินผลการลงมือแก้ปัญหาที่เลือก (D'Zurilla & Nezu, 2007) ซึ่งจะเป็นการแก้ไขสมมติฐานที่ว่าคนที่บุคคลฆ่าตัวตายก็เพื่อแก้ปัญหาของตนเอง ดังนั้นจึง ต้องพยายามที่จะเปลี่ยนวิธีแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตายมาเป็นการแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์เพื่อให้มีการ ปรับตัวให้มากขึ้น (Wenzel et al., 2009) จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลงได้ โดยที่ PST นี้เป็น วิธีการบำบัดทางจิตสังคมแบบสั้นที่น่าสนใจในประสิทธิภาพ ง่ายต่อการเรียนรู้ และใช้ระยะเวลาที่สั้น (Gask, 2006) มีความพิเศษที่ไม่ต้องใช้ความสามารถทางปัญญาของผู้ป่วย (Simon et al., 2015) มีความ ยืดหยุ่นในเงื่อนไขการบำบัดและกำหนดจำนวนครั้งหรือรอบเวลาบำบัดให้สั้นลงได้ (Lynch & Smoski, 2009; Shah et al., 2012) อาจมีการปรับการบำบัดเพียง 4-12 ครั้ง หรือมากกว่า และโดยทั่วไปใช้ ระยะเวลา 30-60 นาที ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย และความต้องการของผู้บำบัด (Shah et al., 2012) (โรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; คู่มือโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มี ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย, 2563)

เรื่องที่ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาคือ ผลการทำจิตบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความ คิดฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษา โดยจะใช้ความรู้สำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เรื่องทั่วไปของโรคซึมเศร้า อัตราการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค สาเหตุของการเกิดโรค การรักษาและการบำบัดทางจิตวิทยาในโรค ซึมเศร้า การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้า การบำบัดทางจิตวิทยาในผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องใช้ความชำนาญในการ สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อการบำบัด ผู้ศึกษาต้องมีประสบการณ์ในการทำจิตบำบัดในกลุ่ม ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย โดยผู้บำบัดที่จะสามารถบำบัดผู้ป่วยด้วยโปรแกรมนี้ ต้องผ่าน การอบรม ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้ผ่านการอบรมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญห (Problem Solving Therapy; PST) ซึ่งจัดอบรมโดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และฝึกปฏิบัติตามข้อกำหนดจน ได้รับรองเป็นผู้บำบัดด้วยโปรแกรมนี้

#### 4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยลดความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปรับมุมมองปัญหาในทางลบ (Negative Problem Orientation) มาเป็นมุมมองทางบวกตามความเป็นจริงต่อปัญหาที่เกิดขึ้น (Positive Problem Orientation)
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการแก้ไขปัญหา 3 แบบ รวมทั้งข้อดี ข้อเสีย ของแต่ละวิธีการแก้ปัญหา
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

##### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ประสานกับกลุ่มงานผู้ป่วยนอกและจิตแพทย์ เพื่อเลือกกรณีศึกษา คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีระดับคะแนนความรุนแรงของโรคจากการใช้แบบประเมิน  $9Q \geq 13$  คะแนนขึ้นไป และคะแนน  $8Q \geq 17$  คะแนนขึ้นไป
2. ศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติและจากระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาล รวมทั้งประเมิน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติก่อนเริ่มทำการทดสอบทางจิตวิทยาคลินิก เพื่อศึกษาและรวบรวมข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการเลือกแบบทดสอบ และการทำจิตบำบัด
3. ศึกษา ค้นคว้าตำรา จัดเตรียมเครื่องมือแบบทดสอบตามคู่มือมาตรฐานการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก และคู่มือการทำจิตบำบัด รวมทั้งเอกสารที่จะใช้ในการศึกษา
4. ตกลงบริการ นัดหมายผู้ป่วยเข้าระบบ เพื่อดำเนินการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก ประมวลวิเคราะห์ผลการทดสอบ สรุปรายงานผลการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก เพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยและนำข้อมูลมาประกอบการวางแผนเพื่อทำจิตบำบัด
5. ตกลงบริการเพื่อเข้ารับการทำจิตบำบัดอย่างต่อเนื่องรวม 6 ครั้ง ซึ่งจะนัด 1 เดือน/ครั้ง กำหนดวันทำจิตบำบัดให้ตรงกับวันพบจิตแพทย์ และประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ในทุกครั้งที่เข้ารับการทำจิตบำบัด
6. ทำแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem – solving inventory – PSI) (Pre – Test)
7. หลังสิ้นสุดการบำบัด ทำแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem – solving inventory – PSI) (Post – Test)
8. ติดตาม F/U 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน รวมทั้งประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ในทุกครั้งที่นัดติดตาม
9. วิเคราะห์ สรุปผลการดำเนินงาน

##### เป้าหมายของงาน

1. ทราบถึงผลลัพธ์ในการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
2. สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาเผยแพร่ความรู้ และประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
3. สามารถนำความรู้ที่ได้จากการศึกษานำมาเป็นแหล่งความรู้ และแหล่งข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ต้องการศึกษาและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายต่อไป

## 5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

### 5.1 เชิงปริมาณ

ใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย 1 ราย

### 5.2 เชิงคุณภาพ

5.2.1 หลังใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห ผู้ป่วยลดความคิดและหยุดพฤติกรรมฆ่าตัวตายต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

5.2.2 ผู้ป่วยมีความสามารถในการใช้การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห ในการลดภาวะซึมเศร้า ลดความคิดและหยุดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยระดับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ก่อนการบำบัดอยู่ในระดับมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง และหลังการบำบัดอยู่ในระดับมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย และจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ก่อนการบำบัดอยู่ในระดับแนวโน้มฆ่าตัวตายนรุนแรง และหลังการบำบัดอยู่ในระดับแนวโน้มฆ่าตัวตายนระดับน้อย

## 6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. จากการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห (Problem Solving Therapy; PST) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ขึ้นอยู่กับความสม่ำเสมอในการฝึกปฏิบัติ (การทำใบงานที่ได้รับมอบหมายหรือการบ้าน) และความต่อเนื่องของการมาบำบัด ดังนั้น การจะช่วยให้ผู้รับบริการเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง และทำการบ้านอย่างสม่ำเสมอ ควรมีญาติที่คอยติดตาม รวมทั้งให้กำลังใจ จะช่วยให้ผู้รับบริการมีกำลังใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตายและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยลดลง

2. จากการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห (Problem Solving Therapy; PST) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายนมีผลให้ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนลดลงอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้น นักจิตวิทยาสามารถนำกระบวนการบำบัดนี้ ไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายนที่มารับบริการในคลินิกได้ และประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่นั้นอย่างเหมาะสม เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ลดความคิดฆ่าตัวตายน และลดอัตราการฆ่าตัวตายน รวมทั้งช่วยผ่อนคลายความเครียดได้

3. เป็นข้อมูลและแนวทางในการทำจิตบำบัดกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายน

4. หน่วยงานมีรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยมากขึ้น

## 7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ระยะเวลาในการทำแบบทดสอบนาน ผู้รับการทดสอบต้องมีความพร้อมและเวลาในการตอบแบบสอบถาม ในการทำแบบทดสอบแต่ละครั้งอาศัยความต่อเนื่องในการทดสอบตามกระบวนการทางจิตวิทยา เพื่อให้ผลทดสอบมีประสิทธิภาพและมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด

## 8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. เนื่องจากผู้ป่วยทำงานประจำ ในการมาพบจิตแพทย์ตามนัดต้องขออนุญาตลางานมาทุกครั้ง ส่งผลให้ไม่สามารถนัดเข้ารับการบำบัดได้ภายในระยะเวลาห่างกัน 1 – 3 วัน/ครั้ง จึงมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบำบัด โดยการนัดหมายเป็นเดือนละครั้ง จึงมีการแจ้งญาติและผู้ป่วยเพื่อติดตามให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

2. การเข้าโปรแกรมจิตบำบัดจะมีการบ้านให้ผู้ป่วยทำ เพื่อจดบันทึกตามใบกิจกรรม เช่น ปัญหาในชีวิตประจำวันและการสร้างทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหาของตนเอง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่จดบันทึกการบ้านก่อนมาเข้ารับบริการ

## 9) ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ศึกษาควรทำแบบทดสอบบุคลิกภาพ Personality Test (Post – Test) ก่อนการยุติการบำบัด เพื่อดูโครงสร้างบุคลิกภาพ กลไกด้านจิตใจที่เปลี่ยนแปลงหลังการทำจิตบำบัด

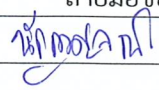
2. ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาแบบรายกรณีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย อาจยังไม่ครอบคลุมมาก และควรต้องเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้แล้วควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องด้วย เพราะผู้ป่วยมีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นตัวกระตุ้นประกอบกับลักษณะบุคลิกภาพและการจัดการอารมณ์ก็ส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมที่รุนแรงแตกต่างกัน

## 10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

## 11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

| รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน | สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน | ลายมือชื่อ                                                                          |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) นางสาวนัฐกาญจน์ ภัควันต์ | ร้อยละ 100               |  |



#### ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวนัฐกาญจน์ ภัควันต์

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล นักจิตวิทยาคลินิก ระดับชำนาญการ

ด้านจิตวิทยา ตำแหน่งเลขที่ 4004 กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต

หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลของการพัฒนาการทำจิตบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Therapy; PST) ในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความคิดฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษา

2) หลักการและเหตุผล

ปัญหาสารเสพติดเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมอื่นๆตามมา ไม่ว่าจะเป็นปัญหาอาชญากรรม ความรุนแรงในครอบครัว บ่อนทำลายเศรษฐกิจ และทำลายเยาวชน ผู้ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ดังนั้นทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนต้องมีบทบาทในการแก้ไขปัญหานี้ นอกจากนี้การจัดการปัญหาสารเสพติดอย่างยั่งยืนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนร่วมด้วย

สถานการณ์ยาเสพติดโลก จาก “รายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC)” พบว่าในปี พ.ศ. 2562 ประชากร ทั่วโลกมีตัวเลขผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการใช้ยาเสพติดและต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟู รวมทั้งสิ้น 35 ล้านคน และในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 7 เท่านั้นที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู จากรายงานนี้พบว่า จำนวนผู้ใช้ยาเสพติดจากสารโอปิออยด์ (กลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น) อยู่ที่ 53 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากการประมาณการเมื่อปี พ.ศ. 2559 ถึง 56% มีผู้เสียชีวิตจากการใช้ ยาเสพติด ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 585,000 คน โดยในจำนวนนี้ มีสาเหตุมาจากโอปิออยด์ ราว 2 ใน 3

ประเทศไทยปัจจุบันมีผู้ที่มีปัญหาความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและสารเสพติดโดยพบโรคร่วมทางจิตเวชเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังคงเป็นปัญหาสำคัญและมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 จากกลุ่มตัวอย่าง 4,727 คน พบว่า ความชุกชั่วชีวิตและความชุก 12 เดือนของโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใดๆ ร้อยละ 30.8 และร้อยละ 13.4 ตามลำดับ โดยพบความชุกความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราสูงที่สุดทั้งความชุกชั่วชีวิต (ร้อยละ 18.0) และความชุก 12 เดือน (ร้อยละ 5.3) ในผู้ที่มีโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใดๆ เข้าถึงบริการด้วยปัญหาสุขภาพจิตใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 11.5 เป็นบริการโดยบุคลากรสุขภาพเพียง ร้อยละ 3.7 ผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารเสพติดเข้าถึง บริการสูงที่สุด (ร้อยละ 24.5) และผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราเข้าถึงบริการน้อยที่สุด (ร้อยละ 6.6) ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดมีความชุกสูง อัตราการเข้าถึงบริการต่ำ จึงต้องมีการวางแผนพัฒนางานบริการอย่างเร่งด่วน (คู่มือโปรแกรมบูรณาการ การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ICOD – R กองบริหารระบบบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต, 2564)

ผู้ป่วยยาเสพติด คือ ผู้ที่มีการใช้ยาหรือสารเสพติดอยู่เรื่อยๆ ซึ่งอาการของการใช้สารเสพติด ขึ้นอยู่กับปริมาณและความถี่ที่ใช้ โดยจะส่งผลต่อร่างกาย ทำให้สุขภาพทรุดโทรม และจิตใจไม่ปกติ บุคลิกภาพมีการเปลี่ยนแปลง บกพร่องในการควบคุมอารมณ์ บกพร่องในกระบวนการรู้คิด ตลอดจนขาดความอดทน ขาดความรับผิดชอบ มักเก็บตัว การหลงลืม ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และหากใช้ยาเสพติดเป็นระยะเวลานานๆเกิดภาวะแทรกซ้อนกลายเป็นโรคทางจิตเวช อาทิ อาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน รวมถึงมีอาการเมรัยและอาจมีแนวโน้มพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้อย่างฉับพลัน (วิโรจน์ วีรชัย, 2548)

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ จากรายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ. ยาเสพติดทั่วประเทศ สำรวจโดยกรมราชทัณฑ์ ณ วันที่ 1 มกราคม 2566 พบว่า มีผู้ต้องราชทัณฑ์ทั้งสิ้น 206,361 คน หรือเทียบเท่าร้อยละ 78.67 ของผู้ต้องขังทั่วประเทศ จะเห็นได้ว่าคดียาเสพติดนับว่าเป็นคดีที่พบผู้ต้องหามากที่สุดเมื่อเทียบกับคดีอื่น ๆ ในประเทศไทย สถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ. ยาเสพติดแบบแยกตามประเภทของตัวยา 3 อันดับที่พบมากที่สุด ได้แก่ 1. เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) จำนวน 129,686 คน 2. ยาไอซ์ จำนวน 17,762 คน 3. กัญชา จำนวน 1,051 คน ตามลำดับ ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จากรายงานข้อมูลจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด โดยจำแนกตามอายุ พบว่าจากรายงานช่วงอายุที่น่าเป็นห่วงสำหรับการเฝ้าระวังยาเสพติดคือ เยาวชน อายุระหว่าง 18 – 24 ปี ที่มีสถิติเข้ารับการรักษาสูงรองลงมาจากวัยที่มีช่วงอายุมากกว่า 39 ปี (รายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ. ยาเสพติดทั่วประเทศ, 2566)

จากการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ข้อมูลสถิติผู้มารับบริการทั้งหมดใน ปีงบประมาณ 2565 – 2567 คือ 26,451 ราย 31,673 ราย และ 33,951 ราย ตามลำดับ โดยแยกเป็นสถิติผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มารับบริการ พบว่า ในปีงบประมาณ 2565 – 2567 มีผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดมารับบริการทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 3,559 ราย 4,217 ราย และ 5,306 ราย ตามลำดับ และจากสถิติผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีการพยายามฆ่าตัวตายร่วมด้วย พบว่า ในปีงบประมาณ 2565 – 2567 มีผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีการพยายามฆ่าตัวตายร่วมด้วยมารับบริการทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 25 ราย 23 ราย และ 25 ราย ตามลำดับ (ข้อมูลจากระบบผู้รับบริการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์, 2567) ซึ่งจากสถิติดังกล่าวบ่งชี้ได้ว่าอาจมีแนวโน้มของผู้ที่ป่วยจิตเวชสารเสพติดจะมารับบริการเพิ่มมากขึ้นและการที่ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้ง่ายและรวดเร็วขึ้นมีส่วนทำให้การรักษาเกิดผลดีต่ออาการของผู้ป่วย

ประเทศไทยกับการบำบัดรักษายาเสพติด ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขเปิดเผยแนวทางการดำเนินงานบำบัดผู้ติดยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ 2566 ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด ด้วยวิสัยทัศน์ที่ว่า “บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดด้วยพลังสังคม เพื่อสังคมที่ปลอดภัยจากยาเสพติด และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย” โดยแบ่ง

ออกเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1. เพิ่มการเข้าถึงและแรงจูงใจในการเข้าสู่ระบบบำบัด 2. สนับสนุนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูที่มีคุณภาพมาตรฐานด้วยพลังสังคมและชุมชน 3. ยกระดับระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟู 4. พัฒนองค์กรและภาคีเครือข่าย ทั้งนี้ การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มผู้ติด (สีแดง) – รักษาตามระบบผู้ป่วยในที่สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ หรือสถานฟื้นฟูระยะยาว 2. กลุ่มผู้เสพ (สีเหลือง) – รักษาแบบระบบผู้ป่วยนอก (OPD) ที่โรงพยาบาลชุมชนหรือผู้ป่วยในระยะสั้นที่สถานพยาบาลทั่วไป 3. กลุ่มผู้ใช้ (สีเขียว) – รักษาด้วยระบบบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน Community Based Treatment and Rehabilitation (CBTx)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประเทศไทยมีการทำจิตบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดหลากหลายรูปแบบ เช่น การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) โดย Miller & Rollnick (1991) ได้พัฒนาเทคนิคการสัมภาษณ์ โดยอาศัยทฤษฎี Stage of Change ของ Prochaska & DiClemente เน้นแนวทางการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นหลัก หรือ Client centered counseling เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (พิชัย แสงชาญชัย, 2557)

ฉัตร พิทยรัตน์เสถียรและคณะ กล่าวไว้ว่า โรคทางจิตเวชที่มีงานวิจัยสนับสนุนว่าการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) แล้วได้ผลดีคือ กลุ่มโรค Major depression, Generalized anxiety disorder, Panic disorder, Social phobia, Substance abuse, Eating disorder, Obsessive Compulsive Disorder, Post-Traumatic Stress Disorder, Personality disorder, Bipolar disorder และ Schizophrenia โดยการใช้ cognitive model จะช่วยให้เข้าใจว่าแต่ละโรคจะมีลักษณะของความคิดที่บิดเบือนเป็นอย่างไร การนำ cognitive model มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความเชื่อมโยงระหว่างกัน และสามารถประเมินได้ว่าการมองโลกของผู้ป่วยนั้นถูกต้องหรือผิดเพี้ยนไปจากความเป็นจริงอย่างไร

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ICOD-R) โดยการใช้โปรแกรมบูรณาการโดยผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด จากบุคลากรสหวิชาชีพด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพฯ จากสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในการปรับกระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้เหมาะสม เพื่อลดการกลับมาเสพติดซ้ำ (คู่มือโปรแกรมบูรณาการ การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ICOD – R กองบริหารระบบบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต, 2564)

การบำบัดแบบ MATRIX Model คือการฟื้นฟูผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดอาการติดยาเสพติดซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกตามรูปแบบจิตสังคมบำบัด โดยใช้กระบวนการบำบัดแบบ Cognitive-behavioral Model คือ มุ่งเน้นการให้องค์ความรู้ที่สำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ที่ใกล้ชิด หรือดูแลผู้ป่วยติดยาเสพติดให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในกระบวนการบำบัดอาการติดยาเสพติด ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรง อันตราย และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาการติดยาเสพติดได้ ผ่านการใช้กิจกรรมบำบัด

แบบกลุ่ม สำหรับถ่ายทอดเนื้อหาในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดอาการติดยาเสพติด การบำบัดแบบ MATRIX MODEL ได้รับการประยุกต์มาจาก The Matrix Intensive Outpatient Program ถูกพัฒนาโดย Matrix Institute, UCLA, USA. สำหรับใช้บำบัดรักษาอาการติดยาเสพติดหลากหลายประเภท ตั้งแต่ พ.ศ 2543 โดยมุ่งเน้นที่การทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกันเป็นสำคัญ

### 3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### บทวิเคราะห์

ด้วยโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ มีวิสัยทัศน์ ว่าด้วยเป็นโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชและจิตเวชสารเสพติดที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ด้วยนวัตกรรมเทคโนโลยีที่ทันสมัย การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้มุ่งเน้นไปที่พันธกิจของโรงพยาบาล ในส่วนพัฒนาการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยาก ซับซ้อน ที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน และสอดคล้องกับ 9 นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2568 โดยนโยบายจากนายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต ว่าด้วยการป้องกันการก่อความรุนแรงจากผู้มีอาการทางจิตและปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นการศึกษาในรูปแบบกรณีศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความคิดฆ่าตัวตายและมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โดยผู้ศึกษาได้นำการทำจิตบำบัดโดยการแก้ไขปัญห (Problem Solving Therapy; PST) เป็นแนวทางในการทำการศึกษ พัฒนาขึ้นโดย D'Zurilla and Nezu เป็นการศึกษาที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) จุดเด่นของการบำบัดนี้ มุ่งเน้นไปที่การปรับมุมมองปัญหาในทางลบ (negative problem orientation: NPO) มาเป็นมุมมองในทางบวก (positive problem orientation: PPO) และเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาให้มากขึ้น เพื่อมุ่งลดความเครียด และเพิ่มความสามารถของสมองในการจัดการปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน (Alexopoulos et al., 2011) จะทำให้ผู้ป่วยสามารถกำกับตนเองได้ มองปัญหาในทางบวก เลือทางออกในการแก้ปัญหาด้วยเหตุผล พัฒนาแผนการที่จะลงมือทำตามวิธีแก้ปัญหที่เลือกและประเมินผลการลงมือแก้ปัญหที่เลือก (D'Zurilla & Nezu, 2007) ซึ่งจะเป็นการแก้ไขสมมติฐานที่ว่าคนที่บุคคลฆ่าตัวตายก็เพื่อแก้ปัญหของตนเอง ดังนั้นจึงต้องพยายามที่จะเปลี่ยนวิธีแก้ปัญหด้วยการฆ่าตัวตายมาเป็นการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์เพื่อให้มีการปรับตัวให้มากขึ้น (Wenzel et al., 2009) จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลงได้ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; คู่มือโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญห ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย, 2563)

#### แนวความคิด

รูปแบบการทำจิตบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดจะมุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนและการลดพฤติกรรมสารเสพติด แต่ยังไม่ได้มีการบำบัดที่มุ่งเน้นไปที่การลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยร่วมด้วย และในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญห (Problem Solving Therapy; PST) มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อลดพฤติกรรมและความคิด

ฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดที่จะนำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา (Problem Solving Therapy; PST) ในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อศึกษาผลของการบำบัดแบบการแก้ไข้ปัญหาที่มีต่อระดับความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นประโยชน์ในการสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์และเพิ่มการบำบัดทางเลือกสำหรับผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รวมถึงพัฒนาระบบการบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ว่าด้วยโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชและจิตเวชสารเสพติดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ด้วยนวัตกรรมเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยเน้นไปที่พันธกิจในส่วนพัฒนาการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยาก ซับซ้อน ที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานต่อไปในอนาคต

ขั้นตอนการดำเนินงาน โดยคัดเลือกจากผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ 1 ราย และได้รับวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย โดยมีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมของคนไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) มีระดับคะแนน  $\geq 23$  คะแนน แบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีระดับคะแนนความรุนแรงของโรคจากการใช้แบบประเมิน 9Q  $\geq 13$  คะแนนขึ้นไป และแบบประเมินการฆ่าตัวตายคะแนน 8Q = 9 - 16 คะแนน และแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem – solving inventory – PSI) โดยทำการประเมินก่อน/หลังการเข้ารับบำบัด การเข้ารับการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา (Problem Solving Therapy; PST) จะเป็นการให้การบำบัดรักษาแบบรายบุคคล ทำการนัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งหมด 6 ครั้ง และติดตามผลหลังจากจบการบำบัด 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน การบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหามีกลไกในการบำบัดแต่ละครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ระยะเริ่มต้นการบำบัด ครั้งที่ 2 การทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา ครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริง และฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาฝึกการตัดสินใจและฝึกแก้ปัญหา ครั้งที่ 4 การฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ครั้งที่ 5 การฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ครั้งที่ 6 สรุปผลการแก้ปัญหา คงไว้ซึ่งทักษะในการแก้ปัญหาและยุติการบำบัด

#### ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

1. การทำจิตบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา (Problem Solving Therapy; PST) กับผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายนี้อาจมีความยุ่งยากอยู่ในระดับหนึ่ง ของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายอาจหมดแรงจูงใจในการฝึก/เข้ารับการบำบัดรักษาได้ตั้งแต่เริ่มต้น

2. ภาระด้านการเงิน การเดินทางของผู้ป่วยและญาติในการมารับบริการ

#### แนวทางแก้ไข

ผู้ศึกษาได้วางแนวทางแก้ไข้เบื้องต้นด้วยการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระดับน้อยถึงปานกลางและมีความคิดฆ่าตัวตายที่ไม่รุนแรงมากนัก และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการนำผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ และในการนัดหมายเพื่อเข้ารับการบำบัดอาจมีการ



ปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม เช่น นัดวันเข้ารับการบำบัดพร้อมวันนัดพบจิตแพทย์ เพื่อลดค่าใช้จ่ายและภาระด้านการเงิน การเดินทางและการลางานบ่อยครั้งของผู้ป่วยและญาติ ผู้ศึกษาอาจเพิ่มการโทรติดตามเพื่อการนัดหมายก่อนวันเข้ารับบริการ เพื่อความต่อเนื่องและสม่ำเสมอของการเข้ารับบริการ

#### 4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ศึกษาคาดว่าได้รับประโยชน์จากการศึกษาครั้งนี้ 3 ประการ ได้แก่ 1. สร้างความรู้ความเข้าใจในกระบวนการบำบัดด้วยการทำจิตบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Therapy; PST) แก่นักบำบัดหรือผู้ที่สนใจ 2. นักจิตวิทยาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการบำบัดรักษากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย 3. สร้างจำนวนผลงานวิชาการที่เป็นหลักฐานของการบำบัดด้วยวิธีการทำจิตบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Therapy; PST)

#### 5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. หลังใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย ลดความคิดและหยุดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

2. ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย มีทักษะการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ โดยระดับคะแนนแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy; PST) หลังการบำบัดอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนเข้ารับการบำบัด

2. ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย มีความสามารถในการใช้การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา ในการลดภาวะซึมเศร้า ลดความคิดและหยุดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยระดับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หลังการบำบัดอยู่ในระดับมีภาวะซึมเศรียระดับน้อย และจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) หลังการบำบัดอยู่ในระดับแนวโน้มฆ่าตัวตายเป็นระดับน้อย

#### ข้อเสนอแนะ

ในการพัฒนาเพื่อต่อยอดการศึกษาผลของการพัฒนาการทำจิตบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Therapy; PST) ในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความคิดฆ่าตัวตายแบบรายกรณี ให้มีความครอบคลุมและความหลากหลายที่มากขึ้น ผู้ศึกษาควรทำการศึกษา/เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มจิตบำบัด เพื่อขยายโอกาสและการเข้าถึงการรับบริการของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น