



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 ๒ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับตั้งแต่วันที่กรมสุขภาพจิตประกาศรายชื่อข้าราชการเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกจนถึงวันที่กองบริหารทรัพยากรบุคคล/กรมสุขภาพจิตประทับตรารับหนังสือและผลงานที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ ถ้าหากวันครบกำหนดส่งผลงานเป็นวันหยุดราชการ ให้นับวันที่เปิดทำการในวันถัดไปเป็นวันครบกำหนด สำหรับกรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเกษียณอายุราชการในปิงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปิงบประมาณนั้น หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริตให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายจุมภฏ พรมสีดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๗/๒๕๖๘

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ ตำแหน่งเลขที่/สังกัด	ชื่อผลงานที่เสนอ ขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิด เพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวอาทิตย์นันท์ สมิงนิล ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๗๒๐ กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๓ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านสาธารณสุข) ตำแหน่งเลขที่ ๗๒๐ กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๓ กรมสุขภาพจิต	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต วัยทำงานต่อความรู้ ความเครียด และ ความสุขของเจ้าหน้าที่ทรัพยากรบุคคล ในสถานประกอบกิจการ เขตสุขภาพที่ ๓	ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุข วัยทำงานต่อความเครียดและความสุข ของพนักงานในสถานประกอบกิจการ เขตสุขภาพที่ ๓
๒.	นางจินตนา วิวัฒน์เกษมสุข ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๖๔๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๖๔๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะ ถอนพิษสุรารุนแรงแบบเพื่อสับสน : กรณีศึกษา	โครงการ การบำบัดเพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมและแรงจูงใจ ในการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยที่ติดสุรา

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางจินตนา วิวัฒน์เกษมสุข

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

ด้าน การพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 1646 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน

ภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต

1. ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงแบบเพื่อสับสน: กรณีศึกษา

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 15-29 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้ที่นำมาใช้สำหรับการศึกษารายกรณีครั้งนี้ ได้แก่ แนวคิดเรื่องอาการถอนพิษสุรารุนแรงแบบเพื่อสับสน (ความหมาย อาการ การวินิจฉัย การดำเนินโรค สาเหตุ/ปัจจัยการเกิดโรค การพยากรณ์โรค การรักษา) แนวคิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงแบบเพื่อสับสน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลด ละ และเลิกดื่มสุรา

ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน คือ ผู้ศึกษาจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยราชพฤกษ์ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชแอลกอฮอล์ ปฏิบัติงานโดยตรงในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเป็นระยะเวลา 14 ปี 2 เดือน ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตวัยรุ่นและผู้ใหญ่ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราเป็นระยะเวลา 10 ปี และได้ผ่านการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพของตนเองให้มีความสามารถในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราตามบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟู โดยใช้กระบวนการพยาบาล และให้การบำบัดทางการพยาบาลด้านจิตสังคมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การให้สุขภาพจิตศึกษา กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง การให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การสร้างเสริมแรงจูงใจในการลด ละ เลิกดื่มสุรา การให้คำแนะนำแบบสั้น และการบำบัดแบบสั้นภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต รวมถึงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

4. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

ความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 200 เตียง มีวิสัยทัศน์การดำเนินงานเพื่อความเป็นเลิศด้านการป้องกัน เฝ้าระวัง และช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ รวมถึงให้การดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อนด้วยปัญหาอื่นๆ ในเขตบริการสุขภาพจิตที่ 7 จากรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณย้อนหลัง 3 ปี 2565-2567 พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารับบริการทั้งหมดจำนวน 94,267, 107,862 และ 98,227 ราย เป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 3,359, 2,727, และ 3,434 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราจำนวน 206, 140, และ 185 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2565-2567) จากสถิติรายงานผลปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้จะมีจำนวน

น้อยกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคจิตเวชจากการใช้แอมเฟตามีน และโรคจิตเวชที่ใช้สารเสพติดหลายชนิด แต่ผู้ป่วยที่มีปัญหาการติ่มสุรายังคงเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มารับบริการทั้งหมดในโรงพยาบาล 10 ลำดับแรก

หอผู้ป่วยราชพฤกษ์ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชแอลกอฮอล์ กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นหอผู้ป่วยที่มีเตียงนอน จำนวน 56 เตียงนอน มีขอบเขตการให้บริการหรือภารกิจหลักในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการติ่มสุราร่วมกับมีอาการทางจิตเวชรุนแรงเป็นหลัก รวมถึงให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชชายที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด โรคจิตเภทและโรคจิตเวชทั่วไป จากสถิติผลการปฏิบัติงานย้อนหลังของหอผู้ป่วยราชพฤกษ์ปีงบประมาณ 2565-2567 พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารับบริการในหอผู้ป่วยราชพฤกษ์ จำนวน 1,098, 882, และ 934 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการติ่มสุราตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรงมาก จำนวน 505, 492 และ 436 ราย ตามลำดับ และจากการทบทวนอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยราชพฤกษ์ ระดับ E ขึ้นไป พบว่า มีผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์ระดับ E ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีปัญหาจากการติ่มสุราและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอนพิษสุรารุนแรง และได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น 3 ปี ย้อนหลัง 2565-2567 จำนวน 4, 6 และ 8 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2565-2567) จากสถิติจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาการติ่มสุรา มีแนวโน้มลดลง ถึงจะมีแนวโน้มลดลงแต่จำนวนผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์ระดับ E ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีปัญหาจากการติ่มสุราและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอนพิษสุรารุนแรง และได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่นมีจำนวนเพิ่มขึ้น บ่งบอกถึงขนาดของปัญหาและแสดงให้เห็นว่าการติ่มสุราก็ยังมีผลกระทบในด้านต่างๆ ตามมา ทั้งในระดับตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ (World Health Organization, 2018) ผลกระทบต่อตัวผู้ติ่ม การได้รับบาดเจ็บ เกิดบาดแผล การถูกทำร้าย ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่สำคัญ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเมเรียม (สุจิตตา ฤทธิมนตรี โสภิตา ดาวสดใส, ขวัญสุตา บุญทศ และศรีธัญญา ชาญสุข., 2566) ส่วนโรคทางจิตเวช เช่น ลักษณะบุคลิกภาพที่ผิดปกติ และกลุ่มอาการทางจิตเวช โรคจิตเภท (วิชชุดา ยะสินธ์ ชีรา, ภัทรายุทธวรรณ์, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ และเจียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2554) ผู้ติ่มสุราเกิดการตีตรา เกิดการเลือกปฏิบัติ ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม รู้สึกอาย รู้สึกผิด (นรากร สารีแท้ และเสรี ชัดเข้ม, 2561) นำไปสู่การเกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทั้งในครอบครัวและชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2563) ส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สูญเสียทรัพย์สินเงินทอง สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาล สูญเสียผลิตภาพ และสูญเสียค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุ/ความรุนแรง การฟ้องร้องคดีความ การเป็นหนี้ชุมชน ส่วนด้านสังคม พบว่า เกิดความกลัว ขาดความไว้วางใจ การทะเลาะ ความขัดแย้ง ความรุนแรง การเลิกร้างกับคู่ครอง การเลียนแบบ พฤติกรรม ขาดความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต (สุจิตตา ฤทธิมนตรี และคณะ, 2566)

นอกจากผลกระทบดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว การที่บุคคลเมื่อติ่มแอลกอฮอล์มานานและหยุดติ่ม หรือลดปริมาณการติ่มอย่างรวดเร็ว จะทำให้เกิดปัญหาที่สำคัญตามมา ที่เรียกว่า ภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) (ณัฐพล โชคโมตรี, 2565) ซึ่งอาการถอนพิษสุราเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรงเพื่อสับสนได้ (alcohol withdrawal delirium) ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงเพื่อสับสน (alcohol withdrawal with delirium) หมายถึง ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์แบบรุนแรง อาการเกิดต่อเนื่องจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้รับการรักษา และมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ เช่น สั่นมาก เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเร็ว มากกว่า 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูง และกระสับกระส่ายมากขึ้น ร่วมกับมีอาการเพื่อสับสน หูแว่ว

หวาดระแวง ท้องเสีย วิดกกังวล สับสน หงุดหงิดง่าย ในขั้นรุนแรงสับสนเพ้อคลั่ง จะมีอาการกระสับกระส่ายมาก ภาวะสับสน ไม่รับรู้วันเวลา สถานที่ อยู่นิ่งไม่ได้ เดินไปมา ใช้สูง รวมถึงอาการชักจากการขาดแอลกอฮอล์ โดยอาการมักรุนแรงภายใน 2-3 วัน หลังหยุดดื่ม และรุนแรงที่สุดในวันที่ 4-5 ส่วนใหญ่อาการมักดีขึ้นภายใน 10 วัน แต่ในบางรายอาจมีอาการนานถึง 4-5 สัปดาห์ (แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีการดื่มสุรา, 2554; ญัฐพล โชคโมตรี, 2565) ซึ่งอาการเหล่านี้ถือได้ว่าเป็นภาวะฉุกเฉิน หากไม่ได้รับการดูแลหรือให้การดูแลที่ไม่ถูกต้องครอบคลุมแล้ว ส่งผลทำให้บุคคลที่มีอาการดังกล่าวข้างต้นนั้นเสียชีวิตได้ และนอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงเพ้อสับสน (Alcohol withdrawal with Delirium) เป็นภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ที่มีความรุนแรงที่สุด มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30 (แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีการดื่มสุรา, 2554; ประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2558; ญัฐพล โชคโมตรี, 2565) และนอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากระยะถอนพิษสุรารุนแรง ผู้ป่วยมักจำเหตุการณ์ในระยะถอนพิษไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้น มักไม่ตระหนักว่าตนเองมีปัญหาจากการดื่มสุรา ไม่มีแรงจูงใจมองไม่เห็นข้อเสียของการดื่มสุรา เห็นแต่ข้อดีของการดื่ม หรือมีความลังเลใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อที่จะลด ละ เลิก การดื่มสุราของตนเอง และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราซ้ำ ทำให้เกิดผลกระทบวนเวียนต่อเนื่องซ้ำๆ ไม่มีที่สิ้นสุด การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถในการดูแลเนื่องจากเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีโอกาสเผชิญกับอาการเปลี่ยนแปลงในทุกระยะ ของผู้ป่วย ดังนั้น การประเมินภาวะสุขภาพและการให้การดูแลที่เหมาะสม จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตามระยะการเจ็บป่วยของโรค (Staging) โดยในระยะ คือ Acute Phase, Sub acute ได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเพื่อที่มีอาการถอนพิษสุรารุนแรงแบบเพ้อสับสนลดลงให้เร็วที่สุด ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกายที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และในระยะ Rehabilitation เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ ใช้กระบวนการพยาบาล รวมทั้งให้การบำบัดทางจิตสังคมแบบรายบุคคล การบำบัดทางจิตสังคมที่มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ควบคู่กับการรักษาทางชีวภาพ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้ผู้ป่วย ในการป้องกันการกลับไปดื่มสุรา และต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำ (ประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2558)

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ตระหนักถึงปัญหาของกระบวนการดูแล (process of care) และผลกระทบของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่มีความท้าทายความสามารถและสมรรถนะ เนื่องจากเป็นปัญหากระบวนการดูแลในเชิงระบบ และถือได้ว่าเป็นผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อนในการบำบัดรักษา ที่ส่งผลกระทบตามมาหลายด้าน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น จึงมีความสนใจศึกษาแบบรายกรณีตามระยะการเจ็บป่วย (staging) เพื่อการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลา หาย มีความปลอดภัยจากความเสี่ยงในระยะต่าง ๆ ของการเจ็บป่วย รวมทั้งให้การบำบัดทางจิตสังคมแบบรายบุคคลในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ จึงวางแผนเพื่อพัฒนางานและปรับปรุงงาน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงมีความสนใจศึกษาแบบรายกรณีครั้งนี้ โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน (nursing process) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาหรือผลกระทบจากการดื่มสุรา ทั้งอาการและอาการแสดงของโรค สัญญาณเตือนของอาการกำเริบ วิธีการรักษาด้วยยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา และแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือ และที่สำคัญคือมีแรงจูงใจหรือไม่ลังเลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ในการที่จะลด ละ และเลิกดื่มสุรา ทั้งนี้ผู้ศึกษามีความคาดหวังว่าเมื่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจดังกล่าวแล้วผู้ป่วยจะเกิดความร่วมมือในการรักษาที่ดี

โดยกิจกรรมเหล่านี้เป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา สามารถกลับไปดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพ ผู้ป่วย บุคลากรที่ดูแล และชุมชนหรือสังคมมีความปลอดภัย (3P Safety: Patient, Personnel, People and Public Safety Goals) ตามกระบวนการแห่งการพัฒนาคุณภาพงานที่มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ/ญาติ ทั้งต่อวิชาชีพการพยาบาลและองค์กรต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณี (case study) ดำเนินการศึกษาโดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา ที่มีอาการถอนพิษสุราแบบเพ้อสับสน (F10.4) โดยใช้เครื่องมือที่สำคัญสำหรับพยาบาล คือกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) 5 ขั้นตอน ที่เน้นการพยาบาลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแบ่งการพยาบาลใน 2 ระยะ คือ การพยาบาลในระยะถอนพิษสุรา และการพยาบาลในระยะที่มีอาการทางจิตสงบ พันระยะถอนพิษสุรารุนแรง เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่จะทำการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา มีอาการถอนพิษสุราแบบเพ้อสับสน (F10.4) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 1 คน

2. ศึกษาและทบทวนวรรณกรรม/แนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3. ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) 5 ขั้นตอน โดยแบ่งการพยาบาลใน 2 ระยะ คือ การพยาบาลในระยะถอนพิษสุรา และการพยาบาลในระยะที่มีอาการทางจิตสงบ พันระยะถอนพิษสุรารุนแรง ได้แก่

1) การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) รวบรวมและศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญจากแฟ้มประวัติของกรณีศึกษา ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติครอบครัว บันทึกทางการพยาบาล ข้อมูลจากแบบคัดกรองและแบบประเมิน การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การตรวจสภาพจิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาด้วยยา การตรวจและรักษาพิเศษต่าง ๆ รวมถึงความคิดเห็นของแพทย์เจ้าของไข้ และทีมสหวิชาชีพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์

2) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

3) การวางแผนการพยาบาล (Planning)

4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ที่เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม ให้ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

5) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) การประเมินคุณภาพการพยาบาล ประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย และใช้เครื่องมือมาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต หัวข้อมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยติดสุรา รวมถึงมาตรฐานการบริการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยใน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย

4. ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบและพ้นระยะถอนพิษสุรารุนแรง ผู้ศึกษาให้การพยาบาล เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ โดยให้การพยาบาลด้วยจิตสังคัมบำบัด ตามแนวคิดทฤษฎีที่เลือกสรร คือ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล โดยมีเกณฑ์การเลือกกรณีศึกษาเข้าการบำบัดทางจิตสังคัม ดังนี้

1) คะแนนอาการทางจิตน้อยกว่า 36 คะแนน โดยประเมินจากเครื่องมือแบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

2) ความเสี่ยงทางคลินิกทุกด้านอยู่ในระดับต่ำ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE) ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide: S) ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (Accident: A) ความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Violence: V) และความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมหลบหนี (Escape: E)

3) ไม่มีภาวะถอนพิษสุราหรือมีภาวะถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อย โดยใช้แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Revised: CIWA-Ar.)

หลังจากดำเนินการคัดเลือกกรณีศึกษา ผู้ศึกษาจะใช้รูปแบบการบำบัดด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางจิตวิทยาที่เน้นในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งได้รับการคิดค้นมาโดย มิลเลอร์ และคณะ (Miller, 1986) โดยอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของโปรแชสกา และไดคลีเมนเต้ (Prochaska & DiClemente, 1998) โปรแกรมมีจำนวน 4 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60 นาที (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2567) มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบผลการตรวจสุขภาพเบื้องต้น ตระหนักถึงผลกระทบของการใช้สุรา และช่วยสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา

ครั้งที่ 2 การทำให้มั่นคงในการเปลี่ยนแปลง (Commitment strengthening)

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราให้ผู้ป่วยตระหนักถึงข้อดี/ข้อเสีย ของการดื่มสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงในคำมั่นสัญญาและวางแผนในการลด ละ และเลิกดื่มสุรา

ครั้งที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow through)

วัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนเป้าหมายและการวางแผนการเปลี่ยนแปลง และส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการลด ละ และเลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 การพบกับครอบครัวและญาติ (Involving a significant other)

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับญาติ ญาติเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการลด ละ และเลิกดื่มสุรา

5. ประเมินผลการพยาบาลเป็นระยะคือ ระยะที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง และระยะที่บำบัดด้วยจิตสังคัมบำบัด และปรับปรุงแผนการพยาบาลตามความเหมาะสมให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

6. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการลด ละ เลิกดื่มสุรา และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
7. สรุปและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
8. สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ให้ข้อเสนอแนะ และปัญหาอุปสรรค
9. จัดพิมพ์กรณีศึกษา นำเสนอต่อกลุ่มการพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนรินทร์

เป้าหมายของงาน

การศึกษานี้มีเป้าหมายหลักเพื่อลดการกลับมารักษาค้ำของผู้ป่วยความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา และเป้าหมายรอง ดังนี้

1. เพื่อศึกษาประวัติข้อมูลทั่วไป รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงแบบเพื่อสับสน แนวทางในการดูแลผู้ป่วยและแนวทางการรักษาของแพทย์
2. เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยปกป้อง และปัจจัยที่ทำให้คงอยู่ อันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงแบบเพื่อสับสน ไม่มีแรงจูงใจในการลด ละ เลิกดื่มสุรา
3. เพื่อรวบรวมปัญหาของผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม สามารถใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงแบบเพื่อสับสนอย่างมีประสิทธิภาพ
4. เพื่อให้การบำบัดด้วยโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตจากพฤติกรรมการดื่มสุรา เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลด ละ เลิกดื่มสุรา และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลด ละ เลิกดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีความรู้เรื่องเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนในการช่วยเหลือ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณ

- 1) รายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงแบบเพื่อสับสนจำนวน 4 ฉบับ ใช้สำหรับเผยแพร่ในห้องสมุดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนรินทร์จำนวน 2 เล่ม และหอผู้ป่วยราชพฤกษ์ จำนวน 2 เล่ม
- 2) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรารุนแรงแบบเพื่อสับสน มีอาการถอนพิษสุราลดลงภายใน 3 วัน
- 3) ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราไม่กลับไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85
- 4) ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา ไม่กลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาการดื่มสุราภายในระยะเวลา 90 วัน ร้อยละ 85
- 5) ร้อยละของผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในแผนการรักษา ร้อยละ 90

5.2 เชิงคุณภาพ

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลมีอาการถอนพิษสุราลดลง ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการถอนพิษสุรารุนแรง อาการทางจิตสงบ มีความร่วมมือในการรักษา
- 2) ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา ลด ละ เลิก การดื่มสุรา สามารถกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ตามศักยภาพของตนเอง และไม่มีอาการกำเริบหรือกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากปัญหาการดื่มสุรา

3) ขณะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากความเสี่ยงด้านต่างๆ และมีอาการทางจิตดีขึ้นตามลำดับ

4) ครอบครัวหรือญาติมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

1) เป็นแนวทางในการพัฒนาบริการสุขภาพจิตและจิตเวช โดยหอผู้ป่วยราชพฤกษ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา

2) เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านการแก้ไขและป้องกันปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา

3) เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราสำหรับบุคลากรสาธารณสุขหรือบุคลากรนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ในการติดตามดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชน

4) เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา ทั้งในโรงพยาบาลและในเขตบริการสุขภาพ

ผลกระทบ

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลมีแรงจูงใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในการลด ละ เลิกดื่มสุรา

2) ผู้ป่วยมีความร่วมมือในแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ สามารถกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ตามศักยภาพของตนเอง

4) ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบหรือกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากพฤติกรรมดื่มสุรา

5) ครอบครัวหรือญาติมีความรู้ ความเข้าใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ถูกต้องเหมาะสม

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา ถือว่าเป็นผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนทางจิตเวช เพราะการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดื่มสุราที่ผิดปกติจะทำให้เกิดผลกระทบต่องานด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจ ด้านสุขภาพร่างกายส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรงทั้งติดต่อและไม่ติดต่อ เช่น โรคกระเพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ส่วนด้านจิตใจ ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น เกิดอาการทางจิตจากการดื่มสุรา และหากยังคงดื่มอย่างต่อเนื่องเรื้อรัง อาจส่งผลให้ป่วยเป็นโรคจิตเภท เกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเอง เช่น มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รุนแรงต่อผู้อื่น เช่น ทำร้ายคนในครอบครัว และคนในชุมชน เกิดความรุนแรงต่อสิ่งแวดล้อม เช่น การทำลายข้าวของในบ้าน หรือในชุมชน และหากผู้ป่วยดื่มสุราปริมาณมากกว่าปกติและเป็นระยะเวลายาวนานต่อเนื่องหลายปี เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีการลดปริมาณหรือหยุดดื่มสุรา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุรา โดยเฉพาะอาการถอนพิษสุรารุนแรงแบบเพ้อสับสน ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานมากกว่าปกติ เพิ่มมูลค่าจากการดูแลรักษา และอาจเกิดผลกระทบที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้จากอาการ

ถอนพิษและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการถอนพิษสุรารุนแรงแบบเพื่อสับสน และเมื่อผู้ป่วยผ่านระยะอาการถอนพิษสุรารุนแรงแบบเพื่อสับสนแล้ว ผู้ป่วยมักจะลืมหรือจำเหตุการณ์ขณะตนเองมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงแบบเพื่อสับสนไม่ได้ และมักจะปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเอง ไม่ได้ตระหนักว่าการดื่มสุรามีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ ไม่มีแรงจูงใจไม่สนใจในการลด ละ เลิกดื่มสุรา บางรายมีความลังเลใจในการลด ละ เลิกดื่มสุรา รวมถึงความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งนับว่าเป็นขั้นวิกฤติทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ให้การบำบัด

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา ส่วนมากไม่ได้มีพฤติกรรม การดื่มสุราอย่างเดียว แต่มีการใช้สารเสพติดอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น บุหรี่ แอมเฟตามีน กัญชา อาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่สำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการรักษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงต้องใช้ระยะเวลาในการคัดเลือกผู้ป่วย ที่มีพฤติกรรมหรือปัญหาจากการดื่มสุราอย่างเดียวเท่านั้น

9. ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาจากพฤติกรรม การดื่มสุรา ส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้ง ขึ้นไป มีปัญหาหรือ ปัจจัยกระตุ้นมากกว่า 1 ปัญหา เช่น ดื่มสุราเป็นหลักร่วมใช้สารเสพติดหลายชนิด ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา แรงจูงใจในการลด ละ เลิก การดื่มสุรา แรงจูงใจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ญาติหลายคนมีความรู้ไม่เพียงพอในด้านต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ความรู้เรื่องพยาธิสภาพของโรค ความรู้เรื่อง การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา ความรู้เรื่องการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ส่วนปัญหาด้านระบบในการ ดูแลผู้ป่วย เช่น โปรแกรมการบำบัดบางโปรแกรมมีขั้นตอนในการบำบัดและใช้ระยะเวลาในการบำบัดที่ยาวนาน และกระบวนการบำบัดทางจิตสังคมภายใต้การมีข้อจำกัดของบุคลากรที่ให้การบำบัด ได้ไม่ครอบคลุม หรือบำบัดได้ไม่หมดทุกราย ซึ่งปัญหาทั้งทางด้านผู้ป่วยและญาติหรือปัญหาด้านระบบการบริการ ที่กล่าวมานี้ ถือว่าเป็นปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และในขณะเดียวกันถือว่าเป็นปัญหาที่มีความท้าทายความสามารถ ของพยาบาลจิตเวช และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น พยาบาลจิตเวชจึงต้องมีสมรรถนะในการดูแล ผู้ป่วย เช่น เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง การติดต่อประสานงาน การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีการพัฒนา แนวทางหรือโปรแกรมที่มีความเหมาะสมในบริบทการดูแล ภายใต้ปัญหาหรือองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษา เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาจากพฤติกรรม การดื่มสุรา ให้มีประสิทธิภาพทั้งใน โรงพยาบาล และความต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน

10. การเผยแพร่ (ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11. การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (รวมผู้ขอประเมินผลงานด้วย) ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนผลงาน (ร้อยละ)	ลายมือชื่อ
(ผู้ขอประเมินผลงาน)	100	ณิเทศน์
(ผู้ร่วมจัดทำผลงาน)	ไม่มี	-

ผู้มีส่วนร่วมในผลงานขอรับรองว่าสัดส่วนผลงานข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ตามที่ได้ลงลายมือชื่อไว้ หากพิสูจน์ได้ว่าผู้มีผลงานร่วมรายใดได้ให้คำรับรองที่ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง โดยมีเจตนาช่วยเหลือผู้ขอประเมินผลงานผู้นั้น ผู้ขอประเมินผลงานอาจถูกลงโทษทางวินัยตามควรแก่กรณี

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางจินตนา วิวัฒน์เกษมสุข

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
 ด้าน การพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 1646 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน
 การกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง โครงการ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมและแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา
 ของผู้ป่วยที่ติดสุรา

2) หลักการและเหตุผล

การดื่มสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบได้ทั่วไปในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยประเทศที่พัฒนาแล้วแม้จะมีอัตราการดื่มในปริมาณที่มากกว่าประเทศที่กำลังพัฒนา แต่ปริมาณการดื่มกลับมีแนวโน้มลดลง องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่า มีประชากรทั่วโลกที่บริโภคสุรากว่า 2 พันล้านคน ในจำนวนนี้มี 76.3 ล้านคนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ซึ่งประเทศไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มที่มีสุรารวมทุกประเภทอยู่ในอันดับที่ 40 ของโลก และยังคงอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีการดื่มเครื่องดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมาก (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556) สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มสุราของประชากรไทยในปัจจุบัน จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2558 พบว่าประมาณได้ว่าประชากรไทย 18,641,720 คน ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ในจำนวนนี้ร้อยละ 60.1 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นานๆ ครั้ง (occasional drinker) ดื่มน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และร้อยละ 39.9 เป็นนักดื่มประจำ (regular drinker) ดื่มตั้งแต่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2557 นักดื่มไทยประมาณเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.2) เป็นนักดื่มหนัก โดยนักดื่มหนักส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งสูงกว่าเพศหญิงถึงประมาณ 2 เท่า (ร้อยละ 48.3 ในเพศชาย และร้อยละ 23.8 ในเพศหญิง) รวมถึงเพศชายดื่มหนักเป็นประจำสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่า (พลเทพ วิจิตรคุณากร, 2559)

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุรา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ติดสุรา (Alcohol dependence) ถือว่าเป็นผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนทางจิตเวช (World Health Organization, 2018) และเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญยิ่งในสังคมไทย (ญาดา บุตรปัญญา, 2560) และมีผลกระทบในด้านต่างๆ ตามมา ทั้งในระดับตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ (World Health Organization, 2018) ผลกระทบต่อตัวผู้ดื่ม การได้รับบาดเจ็บ เกิดบาดแผล การถูกทำร้าย ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่สำคัญ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็งตับ (สุจิตตา ฤทธิมนตรี, โสภิตา ดาวสดใส, ขวัญสุดา บุญทศ และศรีธัญญา ชาญสุข, 2566) ส่วนโรคทางจิตเวช เช่น ลักษณะบุคลิกภาพที่ผิดปกติ และกลุ่มอาการทางจิตเวช โรคจิตเภท (วิชชุดา ยะสินธ์, สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ และเจียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2554) ผู้ดื่มสุราเกิดการติดยา เกิดการเลือกปฏิบัติ ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม รู้สึกอาย รู้สึกผิด (นรากร สารีแท้ และเสรี ชัดเข้ม, 2561) นำไปสู่การเกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทั้งในครอบครัวและชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2563) ส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สูญเสียทรัพย์สินเงินทอง สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาล

สูญเสียผลิตภาพ และสูญเสียค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุ/ความรุนแรง การฟ้องร้องคดีความ การเป็นหนี้ชุมชน ส่วนด้านสังคม พบว่า เกิดความกลัว ขาดความไว้วางใจ การทะเลาะ ความขัดแย้ง ความรุนแรง การเลิกร้างกับคู่ครอง การเลียนแบบ พฤติกรรม ขาดความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต (สุจิตตา ฤทธิมนตรี และคณะ, 2566)

จากผลการดำเนินการในหอผู้ป่วยราชพฤกษ์ที่ผ่านมา เมื่อผู้ป่วยติดสุราเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีทั้งหยุดดื่มได้ และหยุดดื่มไม่ได้ บางรายลดปริมาณการดื่มแต่ท้ายที่สุดกลับไปดื่มเหมือนเดิม จึงต้องกลับมารักษาซ้ำ นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากที่กลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาการดื่มสุรา ในขณะเดียวกันผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหายากซับซ้อน หลังเข้าสู่กลุ่มจิตสังคมบำบัดครบตามจำนวนของโปรแกรม เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มนี้กลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาการดื่มสุรา ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้รับบริการของโรงพยาบาลที่มารับบริการในหน่วยจิตสังคมบำบัดมีจำนวนมากขึ้น ทั้งผู้รับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในจากหอผู้ป่วยต่างๆ ที่มีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติด ทำให้การบริการไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด หรืออาจไม่ครอบคลุมปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และจากการพูดคุยกับผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการดื่มสุรา จำนวน 4-5 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา มักไม่ตระหนักว่าตนเองมีปัญหากจากการดื่มสุรา ไม่มีแรงจูงใจมองไม่เห็นข้อเสียของการดื่มสุรา เห็นแต่ข้อดีของการดื่ม หรือมีความลังเลใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อที่จะลด ละ เลิก การดื่มสุราของตนเอง ไม่มีเป้าหมายของชีวิต ไม่สนใจปัญหาไม่คิดว่าตนเองมีปัญหากจากการใช้สุรา มักคิดว่าตนเองสามารถควบคุมการดื่มสุราของตนเองได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังโทษบุคคลรอบข้างหรือโทษสิ่งแวดล้อมว่าทำให้ตนเองเครียด จึงต้องกลับมาดื่มสุราซ้ำ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ดังกล่าวนี้บ่งบอกว่า ผู้ป่วยที่ติดสุราเหล่านี้ไม่ได้ตระหนักและตั้งใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ทั้งที่มีผลกระทบคือต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการดื่มสุรา (pre-contemplation stage) และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมการดื่มสุราซ้ำ ทำให้เกิดผลกระทบวนเวียนต่อเนื่องซ้ำๆ ไม่มีที่สิ้นสุด

การบำบัดผู้ป่วยที่ติดสุรานั้นมีทั้งการบำบัดรักษาทางชีวภาพ คือการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า (พิชัย แสงชาญชัย, 2565) และการบำบัดด้วยจิตสังคมบำบัด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการบำบัดผู้ป่วยติดสุรา ด้วยจิตสังคมบำบัดนั้นมีหลายวิธีที่มีประสิทธิภาพ ผ่านกระบวนการพิสูจน์โดยการศึกษาวิจัย และในการบำบัดผู้ป่วยสุรา เช่น การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) (ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร์, 2565) พฤติกรรมบำบัดวิถีชีวิต (Dialectical Behavior Therapy) (วนิดา รัตนสุมาวงศ์, 2565) และนอกจากการบำบัดด้วยวิธีดังกล่าวแล้วยังมีวิธีการบำบัดทางด้านจิตสังคมอีกวิธีหนึ่งที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยที่ติดสุรา คือ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy: MET) ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตวิทยา ที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจภายใน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดสุราช่วยให้ผู้ติดสุราที่มีแรงจูงใจ แสดงพฤติกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายและพฤติกรรมนั้นมีความคงทน โดยอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของโปรแชสกา และไดคลีเมนเต้ (Prochaska & DiClemente, 1998) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จะใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการแก้ไขความลังเลใจของผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองตามขั้นตอนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย การค้นหาประเด็นการสนทนา การมองย้อนกลับไปสู่อดีต การทบทวนข้อดีข้อเสีย การประเมินการเปลี่ยนแปลง การให้ข้อมูลสะท้อนกลับสิ่งที่ประเมินได้ การสำรวจ

เป้าหมายในชีวิต การคาดการณ์ในอนาคต สำนวณสิ่งที่จะทำให้เกิดความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง และการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาที่สำคัญ คือ FRAMES ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feed back) เน้นความรับผิดชอบในการตัดสินใจ (responsibility) ให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (menu) การเข้าใจผู้ป่วย (empathy) และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ (self-efficacy) (พิชัย แสงชาญชัย, 2565)

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เล็งเห็นและตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และได้ตระหนักถึงผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มสุราดังกล่าว จึงวางแผนเพื่อพัฒนางานปรับปรุงงานด้านการพัฒนากลุ่มผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากสุรา ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในโปรแกรมดังกล่าว จึงนำการบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้บำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดที่เหมาะสมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งเป็นการบำบัดอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการดื่มสุรา สามารถลด ละ เลิกการดื่มสุราได้อย่างถาวร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว ชุมชน สังคม ได้ตามศักยภาพของตน และไม่กลับมาพึ่งพิงการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการดื่มสุรา

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

การดื่มสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ติดสุรา (Alcohol dependence) ถือว่าเป็นผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนทางจิตเวช (World Health Organization, 2018) และเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญยิ่งในสังคมไทย (ญาดา บุตรปัญญา, 2560) ผลกระทบในด้านต่างๆ ตามมา ทั้งในระดับตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ (World Health Organization, 2018) ผลกระทบต่อตัวผู้ดื่ม การได้รับบาดเจ็บ เกิดบาดแผล การถูกทำร้าย ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่สำคัญ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็งตับ (สุจิตตา ฤทธิมนตร์, โสภิตา ดาวสดใส, ขวัญสุตา บุญทศ และศรีธัญญา ชาญสุข, 2566) ส่วนโรคทางจิตเวช เช่น ลักษณะบุคลิกภาพที่ผิดปกติ และกลุ่มอาการทางจิตเวช โรคจิตเภท (วิษุตา ยะสินธ์ ชีรา, ภัทรา ยุทธวรรณ์, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ และเอียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2554) ผู้ดื่มสุราเกิดการตีตรา เกิดการเลือกปฏิบัติ ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ไม่ได้ได้รับการยอมรับจากสังคม รู้สึกอาย รู้สึกผิด (นรากร สารีแท้ และเสรี ชัดแซม, 2561) นำไปสู่การเกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทั้งในครอบครัวและชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2563) ส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สูญเสียทรัพย์สินเงินทอง สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาล สูญเสียผลิตภาพ และสูญเสียค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุ/ความรุนแรง การฟ้องร้องคดีความ การเป็นหนี้ชุมชน ส่วนด้านสังคม พบว่า เกิดความกลัว ขาดความไว้วางใจ การทะเลาะ ความขัดแย้ง ความรุนแรง การเลิกร้างกับคู่ครอง การเลียนแบบ พฤติกรรม ขาดความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต (สุจิตตา ฤทธิมนตร์ และคณะ, 2566)

เมื่อผู้ป่วยติดสุราเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีทั้งหยุดดื่มได้ และหยุดดื่มไม่ได้ บางรายลดปริมาณการดื่มแต่ท้ายที่สุดกลับไปดื่มเหมือนเดิม จึงต้องกลับมาพึ่งพิงซ้ำ นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากที่กลับมาพึ่งพิงซ้ำด้วยปัญหาการดื่มสุรา ในขณะเดียวกันผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน หลังเข้ากลุ่มจิตสังคมบำบัดครบตามจำนวนของโปรแกรม เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มนี้กลับมาพึ่งพิงซ้ำด้วยปัญหาการดื่มสุรา ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้รับบริการของโรงพยาบาลที่มารับบริการในหน่วยจิตสังคมบำบัดมีจำนวนมากขึ้น ทั้งผู้รับบริการจาก

แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในจากหอผู้ป่วยต่างๆ ที่มีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติด ทำให้การบริการไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด หรืออาจไม่ครอบคลุมปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และจากการพูดคุยกับผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาค้ำในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการดื่มสุราจำนวน 4-5 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา มักไม่ตระหนักว่าตนเองมีปัญหามาจากการดื่มสุรา ไม่มีแรงจูงใจมองไม่เห็นข้อเสียของการดื่มสุรา เห็นแต่ข้อดีของการดื่ม หรือมีความลังเลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อที่จะลด ละ เลิก การดื่มสุราของตนเอง ไม่มีเป้าหมายของชีวิต ไม่สนใจปัญหาไม่คิดว่าตนเองมีปัญหามาจากการใช้สุรา มักคิดว่าตนเองสามารถควบคุมการดื่มสุราของตนเองได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังโทษบุคคลรอบข้างหรือโทษสิ่งแวดล้อมว่าทำให้ตนเองเครียด จึงต้องกลับมาดื่มสุราซ้ำ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ดังกล่าวนี้บ่งบอกว่า ผู้ป่วยที่ติดสุราเหล่านี้ไม่ได้ตระหนักและตั้งใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ทั้งที่มีผลกระทบคือต้องกลับเข้ามารักษาค้ำในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการดื่มสุรา (pre-contemplation stage) และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมดื่มสุราซ้ำ ทำให้เกิดผลกระทบวนเวียนต่อเนื่องซ้ำๆ ไม่มีที่สิ้นสุด

แนวความคิด

แบบเสนอข้อเสนอนำคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน โครงการเรื่องการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมดื่มสุราของผู้ติดสุราในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมดื่มสุราของผู้ติดสุรา ผู้ศึกษาใช้แนวความคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) ซึ่งได้รับการคิดค้นมาโดย มิลเลอร์ และคณะ (Miller, 1986) โดยอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของ โพรแชสกา และโดคลีเมนเต้ (Prochaska และ DiClemente) และการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องของแนวคิด ช่วยเหลือและการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหา และจัดการกับความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายของตนเอง ในการแก้ไขความลังเลใจ โดยยึดหลักการพูดคุยแบบผู้รับปรึกษาเป็นศูนย์กลาง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง กระบวนการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเริ่มจากการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตั้งแต่ระยะเฝ้าระวัง ลังเลใจจนถึงขั้นตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญา เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแสดงพฤติกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายและพฤติกรรมนั้นมีความคงทน โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ตนเอง ซึ่งเชื่อว่ามนุษย์ มีศักยภาพมีความดีงาม มีการรับรู้ และมีมโนภาพเกี่ยวกับตนเอง โดยมีความเชื่อว่ามนุษย์มีธรรมชาติสำคัญหลายประการเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง ถ้ามนุษย์มีการรับรู้ตนเอง มนุษย์จะมีความคิดความรับผิดชอบ ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงตัวเองให้ดีขึ้น ดังนั้นหากบุคคลได้รับรู้ในสิ่งที่เขาเป็นด้วยตัวของเขาเองเขาจะนำมาคิดวิเคราะห์ การค้นหาประเด็นการสนทนา การมองย้อนกลับไปสู่อดีต การทบทวนข้อดีข้อเสีย การประเมินการเปลี่ยนแปลง การให้ข้อมูลสะท้อนกลับสิ่งที่ประเมินได้ การสำรวจเป้าหมายในชีวิต การคาดการณ์ในอนาคต สำรวจสิ่งที่จะทำให้เกิดความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง และการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาที่สำคัญ คือ FRAMES ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feed back) เน้นความรับผิดชอบในการตัดสินใจ (responsibility) ให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (menu) การเข้าใจผู้ป่วย (empathy) และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ (self-efficacy)

ข้อเสนอ

แบบเสนอข้อเสนอนำคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน โครงการเรื่องการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมดื่มสุราของผู้ติดสุราในครั้งนี้ ใช้แนวความคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

(Motivational Enhancement Therapy: MET) ในผู้ป่วยที่ติดสุรา มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นเตรียมการ ผู้ศึกษาเตรียมความพร้อมของตนเองทั้งทางด้านความรู้ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ในฐานะเป็นผู้บำบัดหลักในโครงการ เตรียมกลุ่มเป้าหมาย สถานที่ และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโครงการ รายละเอียดดังนี้

เตรียมผู้บำบัด มีการเตรียมพร้อมดังนี้

1) ผู้บำบัดเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ได้แก่ การทบทวนองค์ความรู้จากทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

2) ผู้บำบัดเตรียมความพร้อมด้านทักษะการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ด้วยการฝึกอบรมโปรแกรมการบำบัดจากหน่วยจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3) ผู้บำบัดเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อจัดทำโครงการในการศึกษาข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

4) แจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการการศึกษาข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน เรื่องการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรา ให้หัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงาน และรองผู้อำนวยการด้านการกิจการพยาบาลทราบ

5) ฝึกการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา หรือผู้ป่วยที่ติดสุรา ก่อนการบำบัดจริงของโครงการ เพื่อเพิ่มองค์ความรู้ เพิ่มทักษะ และเพิ่มความมั่นใจในการบำบัด

6) แจ้งข้อมูลให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ทราบ

7) ผู้บำบัดให้การบำบัดโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คำนึงถึงหลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม

กลุ่มประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเพื่อดำเนินโครงการ การบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในครั้งนี้ คือ ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยราชพฤกษ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 8-12 คน

เกณฑ์การคัดประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตจากพฤติกรรมการดื่มสุราหรือผู้ป่วยติดสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน

2) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี

3) ไม่มีภาวะถอนพิษสุราหรือมีภาวะถอนพิษสุราระดับเล็กน้อย (CIWA-Ar. = 1-7 คะแนน)

4) อาการทางจิตสงบ (BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน)

5) สามารถพูด ค่อย เขียน สื่อสารเป็นภาษาไทยได้

6) ไม่ใช่สารเสพติดอื่นๆ

7) ไม่มีความบกพร่องในด้านความคิด ความจำ หรือเชาวิปัญญ

8) ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

9) ไม่มีความเสี่ยง หรือมีความเสี่ยงด้านคลินิกทุกด้านอยู่ในระดับต่ำ (SAVE)

เกณฑ์การคัดออกประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) ขณะเข้าร่วมโครงการมีภาวะแทรกซ้อนทางกายทางจิตที่รุนแรง
 - 2) เข้าร่วมโครงการไม่ครบตามระยะเวลาหรือจำนวนโปรแกรมที่กำหนด
- การเตรียมสถานที่ในการบำบัด

ผู้บำบัดจะเตรียมห้องในการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจ ห้องกลุ่มกิจกรรมบำบัด หอผู้ป่วยราชพฤกษ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยจัดห้องให้มีความเหมาะสม มีด сид แสงสว่างเพียงพอ ระบายอากาศได้ดี ไม่มีเสียงรบกวน ตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รวมถึงเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินกลุ่มขณะเข้าโปรแกรมการบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโครงการ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกประชากรเป้าหมายหรือกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมบำบัด และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ มีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือใช้ในการคัดเลือกประชากรเป้าหมายหรือกลุ่มตัวอย่าง

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ การวินิจฉัยโรค จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน และระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต

2) แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)

3) แบบประเมินสมรรถภาพทางสมองฉบับภาษาไทย (Mini-Mental Status Examination Thai-Version 2002: MMSE Thai-2002)

4) แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Revised: CIWA-Ar.)

5) แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE)

6) แบบสอบถามขั้นบันไดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Contemplation Ladder)

7) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม คือ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคล จำนวน 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาทำกิจกรรม 60 นาที (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2567) มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบผลการตรวจสุขภาพเบื้องต้น ตระหนักถึงผลกระทบของการดื่มสุรา และช่วยสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา

ครั้งที่ 2 การทำให้มั่นคงในการเปลี่ยนแปลง (Commitment strengthening)

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราให้ผู้ป่วยตระหนักถึงข้อดี/ข้อเสีย ของการดื่มสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงในคำมั่นสัญญาและวางแผนในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา

ครั้งที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow through)

วัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนเป้าหมายและการวางแผนการเปลี่ยนแปลง และส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการลด ละ เลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 การพบกับครอบครัวและญาติ (Involving a significant other)

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับญาติ ญาติเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการลด ละ เลิกการดื่มสุรา

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลหลังการบำบัด

1) แบบสอบถามขั้นบันไดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Contemplation Ladder)

2) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT)

การประเมินผลโครงการ ประเมินพฤติกรรมลดการดื่มสุรา และแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา ด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) และแบบประเมินแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา ก่อนเข้าร่วมโครงการ (Pre-test) และหลังเข้าร่วมโครงการทันที (Post-test) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

1. ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นด้านประชากรเป้าหมายหรือกลุ่มตัวอย่าง คือ อาจหาประชากรเป้าหมายหรือกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการบำบัดยาก เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่อง เกณฑ์การคัดประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติดอื่นๆ ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยที่ดื่มสุรามักใช้สารเสพติดอื่นๆ ร่วมด้วย

2. โปรแกรมการบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีหลากหลายโปรแกรม โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บางโปรแกรมมีจำนวนหลายขั้นตอน และมีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมที่แตกต่างกัน ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่แตกต่างกัน เครื่องมือในการวัดผลลัพธ์ทั้งเหมือนและแตกต่างกัน บางการศึกษาไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเข้าถึงฐานข้อมูล ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการทบทวนวรรณกรรมที่ยาวนาน

แนวทางแก้ไข

1. แนวทางการแก้ไข คือ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตจากพฤติกรรมลดการดื่มสุรา ที่ไม่ใช้สารเสพติดอื่นๆ ร่วมด้วย ทั้งในภาพรวมของหอผู้ป่วย และภาพรวมทั้งโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลหรือแนวทางประกอบการตัดสินใจในการศึกษา

2. แนวทางการแก้ไข คือ นำวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของแต่ละการศึกษา มาทำเป็นตารางสรุป เพื่อให้มีความสะดวกในการเปรียบเทียบโปรแกรมการบำบัดของแต่ละการศึกษา และเพื่อสร้างความเข้าใจโปรแกรมการบำบัดของแต่ละการศึกษา ภายใต้กระบวนการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินคุณภาพงานวิจัยแต่ละการศึกษา รวมถึงการปรึกษาผู้ที่มีประสบการณ์การบำบัดด้วยโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ปรึกษาหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงาน เพื่อให้เกิดมุมมองและแนวทางที่ชัดเจนมากขึ้น

ในกรณีที่ไม่สามารถเข้าถึงผลการศึกษาจากข้อจำกัดฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น ผู้ศึกษาแก้ไขด้วยการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่บรรณารักษ์ห้องสมุด และเพื่อนร่วมงานที่กำลังศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการสืบค้นข้อมูล

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1) ผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา มีความรู้ความเข้าใจต่อการเจ็บป่วยและการรักษา มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคม และลดการกลับมารักษาซ้ำ

4.2) ได้โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกติดยา มาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

4.3) เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกติดยา ในผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา

4.4 ได้ข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา

4.5 ได้แนวทางการลดพฤติกรรมการติดยาของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตจากพฤติกรรมการติดยา

4.6 ได้แนวทางที่ได้จากการศึกษา ไปวางแผน ปรับปรุง และพัฒนา เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดการให้บริการ แก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาทางจิตจากพฤติกรรมการติดยา

4.7 ได้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาทางจิตจากพฤติกรรมการเสพยาเสพติดชนิดอื่นๆ เช่น กัญชา แอมเฟตามีน

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1) ได้คู่มือโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกติดยา ในผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา

5.2) ผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกติดยา มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดี ร้อยละ 80

5.3) ผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกติดยา ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วัน ร้อยละ 80

4.5 ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัด ร้อยละ 80

4.6 ญาติหรือผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัด ร้อยละ 80