



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 ๑ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงาน จะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ เว้นแต่กรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปีงบประมาณนั้น

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริต ให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจุมภฏ พรมสีดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๖
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๙๙ /๒๕๖๖

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวศรีธัญญา บุญเกิด พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๕๒๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๕๒๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยาบ้า	โครงการส่งเสริมความร่วมมือ ในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวศรัญญา บุญเกิด
ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ชำนาญการ
ด้าน การพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 528 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน
กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

1. ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ายาบ้า

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน กรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2566

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นหลักร่วมกับอารมณ์ไม่เหมาะสม (Inappropriate) หรือเฉยเมย (Blunted) ความสามารถทางสติสัมปชัญญะยังคงปกติ มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

ยาบ้า (amphetamine) เป็นยาเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและสมอง มีส่วนผสมของสารแอมเฟตามีน (amphetamine) และเมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) ผลกระทบจากการเสพยาบ้าประจำ จะส่งผลเสียต่อสุขภาพกาย จิตใจและทำให้เป็นโรคสมองตื้อยา หากเสพปริมาณที่สูงและเป็นเวลานานต่อเนื่อง ทำให้สมองส่วนควบคุมอารมณ์ ควบคุมพฤติกรรม จะทำงานได้น้อยลง การยับยั้งชั่งใจลดลงด้วย ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง (violence) นอนไม่หลับ หงุดหงิด ขาดเหตุผล หลงผิด ประสาทหลอน หลงลืม จำอะไรไม่ได้ เพ้อคลั่ง ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้และมีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงได้อาจเกิดภาวะฉุกเฉินได้ทั้งในช่วงเสพและหยุดเสพ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน (สมพร ชานันมิตรผล, 2562)

การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลงผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคคลด้านจิตเวชโดยตรง เป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้นส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษาที่นี้อาจแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วย มักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงอยู่ หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไขก็จะทำให้มีโอกาสมีอาการทางจิตซ้ำได้อีก ดังนั้นจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น (ธนรัตน์ และคณะ, 2551)

4. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติด ส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้เสพ โดยเฉพาะจะมีผลมากต่อสมองทำให้เป็นโรคสมองตื้อยา หากเสพในปริมาณที่สูงหรือเป็นเวลานานต่อเนื่องยังมีผลกระทบเป็นอย่างมากต่อความผิดปกติของบุคลิกภาพ เช่น อารมณ์ไม่คงที่ ก้าวร้าว และมีความผิดปกติทางจิต อารมณ์ผิดปกติ หวาดระแวง เสร้า วิดวกังวล การคิดการตัดสินใจบกพร่อง อาจเกิดภาวะฉุกเฉินได้ทั้งในช่วงเสพและช่วงหยุดเสพ ทำให้เกิดความซับซ้อนยุ่งยาก ในการดูแลและการจัดการกับปัญหาทางการพยาบาลเฉพาะราย และส่งผลถึงภาพรวมมาอย่างต่อเนื่อง (จำปา สิงขระ, 2565) สภาพทางจิตใจและบุคลิกภาพ บุคคลที่มีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดจะมีบุคลิกภาพ

อ่อนแอในทุกด้าน เช่น อารมณ์ และสติปัญญา ร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ ผู้ที่มีอารมณ์วู่วาม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย บางกลุ่มใช้ยาบ้าเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง ผู้ติดยาเสพติดเป็นบุคคลที่มีความแปรปรวนของอารมณ์รุนแรง มีภาวะของการพึ่งพาสูง ร่วมกับมีลักษณะของความสามารถในการควบคุมความต้องการของตนเองต่ำมีความอดทนต่อความคับข้องใจและความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองต่ำซึ่งเป็นความรู้สึกที่ฝังแน่น ในระยะพัฒนาการระยะปาก (oral stage) ตรงกับวัยทารก 0-1 ปี เป็นระยะที่บุคคลแสวงหาความพึงพอใจ โดยการผ่านทางปาก ดังนั้นการใช้สารเสพติดจึงเป็นการพยายามแสวงหาความพึงพอใจของผู้ใช้ซ้ำแล้วซ้ำอีก เพื่อแก้ไขความขัดแย้งในใจที่มีอยู่ในตนเอง สารเสพติดเข้ามาช่วยเก็บกดความรู้สึกที่ไม่ต้องการเป็นการหลีกหนีความจริง (อาโพรรอน พุ่มศรีสวัสดิ์, 2553) ส่วนบุคลิกภาพมักจะมีพฤติกรรมทำอะไรอย่างคิด เมื่อมีปัญหาจะแก้ปัญหาแบบง่าย ๆ ไม่ใช่เหตุผล ทำตามอารมณ์และมักจะมองตนเองในแง่ลบ ขาดวุฒิภาวะ มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial) และแบบก้ำกึ่ง (borderline) แสดงการตอบโต้ในลักษณะที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทั้งตนเองและสังคม นอกจากนี้กลุ่มบุคคลบางลักษณะ เช่น บุคคลที่ไม่มั่นใจในตนเองหรือมีความภูมิใจในตนเองต่ำ บุคคลที่มีความอดทนต่อความขัดแย้งต่ำ บุคคลที่ไม่ยืดหยุ่น และบุคคลที่หลงตนเองเป็นบุคคลที่เชื่อว่าเมื่อมีความไม่สบายใจมักแยกตัวชอบอยู่ตามลำพัง มีปัญหา ไม่กล้าบอกใคร แก้ปัญหาโดยการใชยาเสพติด (สมภพ และรัก, 2550)

เนื่องจากยาเสพติดเป็นปัญหาที่แพร่กระจายในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อปัจเจกบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติและจากรายงานยาเสพติดโลก พบว่าในปี 2020 มีประชากร 275 ล้านคนทั่วโลกที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมีจำนวน 22 % จาก ปี 2010 ยาเสพติดที่นิยมใช้ทั่วโลกใน 3 อันดับแรก คือ กัญชา ฝิ่น อนุพันธ์ฝิ่นและเมทแอมเฟตามีน สำหรับสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย พบผู้ที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีน 31.91 : 1 : 1,000 ประชากร (มานพ คณะโตและคณะ, 2562) ทั้งยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้ติดยาเสพติดตลอดจนครอบครัว ชุมชนและสังคม ส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้เสพโดยเฉพาะ จะมีผลมากต่อสมอง ทำให้เป็นโรคสมองตื้อยา หากเสพในปริมาณที่สูงหรือเป็นเวลานานต่อเนื่องอาจเกิดภาวะฉุกเฉินได้ทั้งในช่วงเสพ และช่วงหยุดเสพทำให้เกิดความซับซ้อนยุ่งยากในการดูแลและการจัดการกับปัญหาทางการแพทย์เฉพาะราย และส่งผลถึงภาพรวมมาอย่างต่อเนื่อง (จำปา สิงขระ, 2565)

หอผู้ป่วยมุ่มมัน 4 ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปชาย มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทุกกลุ่มโรค ซึ่งอันดับโรคที่พบมากที่สุดคือโรคจิตเภท ด้วยลักษณะอาการเฉพาะของโรค ทำให้เกิดปัญหาการตัดสินใจ การจัดการปัญหาที่ไม่เหมาะสม การแก้ปัญหาที่ไม่ถูกต้องหรือการใช้สารเสพติดที่จะส่งผลต่อการกำเริบและความรุนแรงของโรค รวมทั้งเป็นผลเสียต่อการรักษาด้วย โดยโรคจิตเภทที่ใชยาบ้า มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ถึงร้อยละ 70 ประกอบด้วยสารเสพติดหลายชนิด ได้แก่ สุรา ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา และสารเสพติดอื่น ปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อใช้สารเสพติด ก่อให้เกิดปัญหาแก่ตัวผู้ป่วยเอง เช่น ทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนใกล้ชิด เกิดความรู้สึกผิด รู้สึกสูญเสียจากพฤติกรรมของตนเอง ปัญหาต่อคนใกล้ชิดและสังคมรอบข้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งญาติผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ท้อแท้ รู้สึกไม่ปลอดภัย รู้สึกเป็นภาระ ทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลกระทบต่อสภาพสังคมโดยรวมทั้งสิ้น โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาข้อมูลและประวัติการเจ็บป่วยกรณีศึกษาการพยาบาลโรคจิตเภทร่วมกับการใช้ยาบ้า
2. ศึกษาทฤษฎีและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยการพยาบาลโรคจิตเภทร่วมกับการใช้ยาบ้า
3. ทบทวนการดูแลผู้ป่วยและประชุมทีมพยาบาลเพื่อวางแผนการดูแลตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย
4. วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยการพยาบาลโรคจิตเภทร่วมกับการใช้ยาบ้า
5. กำหนดเป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ เตรียมความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลที่บ้าน
6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ ให้ตรงกับเป้าหมายที่วางไว้

7. ประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับการใช้ยาบ้า
8. สรุปผลการดำเนินงานและจัดทำรายงานการพยาบาลผู้ป่วยการพยาบาลโรคจิตเภทร่วมกับการใช้ยาบ้า
9. ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ก่อนจัดทำเล่มสมบูรณ์

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยาบ้า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามสภาพปัญหา สามารถลดปัญหาพฤติกรรมรุนแรงและอารมณ์หงุดหงิด ดูแลตนเองได้หลังจำหน่าย หลังจากเข้ากลุ่มผู้ป่วยมีแนวทางและเป้าหมายที่จะลด/เลิกใช้สารเสพติด ญาติ/ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย สามารถนำความรู้ทักษะที่ได้รับการถ่ายทอด ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

สามารถนำไปใช้เป็นแบบอย่างและปรับใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการใช้ยาบ้าร่วม ที่มีพฤติกรรมรุนแรงและมีอาการหูแว่ว และร่วมไปถึงการประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ ที่มีการใช้ยาบ้าร่วมต่อไป

7. ความยั่งยืนและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประวัติใช้ยาบ้า มีประวัติการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน 3 ครั้ง ผู้ป่วยบกพร่องด้านการควบคุมอารมณ์และความคิด ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ร่วมกับการใช้ยาบ้าซึ่งเป็นสารกระตุ้น ส่งผลให้มีความรุนแรงของอาการมากขึ้น มีพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายคนในครอบครัว ทำให้มารดาได้รับบาดเจ็บ สัมพันธภาพในครอบครัวแยลง สมาชิกครอบครัวรู้สึกหวาดกลัวผู้ป่วย ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ร่วมกับชุมชนมีความหวาดกลัวและกดดันให้ครอบครัวดำเนินการแก้ปัญหาโดยเร็วที่สุด สร้างความเครียดและรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัวอย่างมาก ดังนั้นการให้การพยาบาลจึงต้องมีกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นระบบ และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยาบ้าเป็นสิ่งที่ควบคุมยาก ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะสามารถแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยที่ใช้ยาบ้าเป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะสมองตื้อยาก มีความรู้สึกอยากเสพ เกิดการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความคิดไม่อยากอยู่โรงพยาบาล บางรายมีความคิดหลบหนีหรือพยายามหลบหนี

9. ข้อเสนอแนะ

แนวทางการจัดการความสามารถในการควบคุมตนเอง และการจัดการกับปัญหา เป็นองค์ประกอบสำคัญของความสำเร็จในการให้การพยาบาล โดยการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการจัดการกับอารมณ์ เช่น การจัดการกับความโกรธ การควบคุมอารมณ์ การควบคุมความต้องการเสพ หรือความยับยั้งชั่งใจ เป็นต้น นอกจากนี้การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นข้อจำกัดด้านความคิดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทักษะการเผชิญปัญหาจึงเป็นพื้นฐานของการพยาบาลที่ทำให้เกิดผลสำเร็จต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยมากที่สุดอย่างหนึ่ง นอกจากนี้การเสริมแรงบวกแก่ผู้ป่วยและญาติมีความจำเป็นต่อการฟื้นฟู และสร้างความผาสุกในการดำเนินชีวิต

10. การเผยแพร่ (ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11. การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวศรัญญา บุญเกิด
 ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ด้าน การพยาบาล
 ตำแหน่งเลขที่ 528 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล
 โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง โครงการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ✓

2) หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย พบผู้ที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีน 31.91 : 1 : 1,000 ประชากร (มานพ คณะโต และคณะ, 2562) สถานการณ์การใช้ยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุดคือยาบ้า ยังคงเป็นยาหลักที่พบการแพร่ระบาดมากที่สุด โดยมีสัดส่วนผู้เข้ารับการรักษามากกว่าร้อยละ 70 รองลงมาคือกัญชา ไอซ์ กระจกม และเฮโรอีน ปัจจุบันพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดสิ่งที่น่ากังวล คือการใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิด โดยมีการนำตัวยาสเสพติดและกลุ่มยารักษาโรคมาใช้ร่วมกัน ซึ่งพฤติกรรม ดังกล่าว จะส่งผลต่อการบำบัดรักษาที่จะมีความยากและซับซ้อนมากยิ่งขึ้นทำให้การติดยาสเสพติดจัดเป็น โรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง เนื่องจากการเสพซ้ำอยู่บ่อยๆ การติดยาสเสพติด เป็นปัญหาด้านจิตเวชชนิดหนึ่งที่แสดงอาการได้ทั้งการเสพติดทางกายและการเสพติดทางใจ (ทิพย์ภา, 2559) ปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม (schizophrenia with substance dependence) ในโรงพยาบาลศรีธัญญา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 ถึงปีงบประมาณ 2565 คิดเป็นร้อยละ 40 ร้อยละ 44.62 และร้อยละ 47.48 ตามลำดับ และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง ดังสถิติการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในปีงบประมาณ 2563 ถึงปีงบประมาณ 2565 โรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 14.89 ร้อยละ 10.89 และร้อยละ 12.67 (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2565) สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดร่วมที่พบบ่อยคือ ใช้เพื่อเยียวยาอาการตนเอง ส่วนสาเหตุพบรองลงมาคือการใช้สารเสพติดจากการตัดสินใจที่บกพร่องของผู้ป่วย หรือทำตามกระแสสังคม ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะอารมณ์เศร้า ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความยับยั้งชั่งใจและมองตนเองไร้ค่า หรือผู้ป่วยมีความบกพร่องในการเข้าสังคม มีการจัดการปัญหาแบบไม่ยืดหยุ่น ขาดที่พึ่งและขาดอาชีพ ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความเสี่ยงต่อการไปใช้สารเสพติดได้มาก และมีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำสูง

พฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภตส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องรวมทั้งต่อต้านการแนะนำในการใช้ยาเพื่อการรักษา จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยมากขึ้น เพิ่มอัตราความเสี่ยงในการกลับมาป่วยซ้ำ (relapse) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น มีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ ส่งผลให้อาการของโรคจิตเภทมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นและผลลัพธ์ของการรักษาไม่เป็นที่น่าพอใจ สำหรับผลกระทบที่มีต่อครอบครัวพบว่า มีค่าใช้จ่ายในการรักษาและดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น และก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว (สุมิศา กุมลา, โสภณ แสงอ่อน และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2563)

จากทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทมีหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น การไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง มีทัศนคติ ความเชื่อต่อการเจ็บป่วยและการรักษาในทางลบ ระดับการศึกษาภาวะบกพร่องของระดับการรู้คิด ปัจจัยด้านการรักษา

และการเจ็บป่วย ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต ระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน ความทุกข์ทรมานจากความรุนแรงของอาการทางจิต ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจยากจน การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว และ 2) ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยที่มีผลต่อทัศนคติในการรักษา โดยพบว่าทัศนคติต่อการรักษาในทางลบ การขาดการรับรู้และการยอมรับในความเจ็บป่วยของตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (ชนานันท์ แสงปาก และคณะ, 2560)

หอผู้ป่วยมุ่มมัน 4 มีผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม และกลับมารักษาซ้ำด้วยการไม่รับประทานยาร้อยละ 70 พบว่าผู้ป่วยมีทัศนคติด้านลบต่อการรับประทานยาร้อยละ 65 ของจำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำรวมถึงผู้ป่วยที่ไม่รับประทานยาเนื่องจากมีอาการไม่สบายจากอาการข้างเคียงของยา ร้อยละ 25 ส่งผลต่อการกำเริบและความรุนแรงของโรค รวมทั้งเป็นผลเสียต่อการรักษาด้วยโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อความร่วมมือในการรับประทานยาทั้งนี้ปัจจุบันมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยาเสพติดแล้ว แต่เนื่องจากความซับซ้อนของโรคและความหลากหลายของอาการ ทำให้ยังไม่เพียงพอที่จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีเป็นวงกว้างในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในการศึกษารุ่นนี้เป็นการบูรณาการร่วมกันระหว่างการให้สุขภาพจิตศึกษาและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งที่ 1-3 เป็นกิจกรรมที่ดำเนินกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 4 เป็นกิจกรรมที่ดำเนินกับญาติผู้ดูแล และครั้งที่ 5 ดำเนินกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยา ครั้งที่ 2 ให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทและวิธีการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และเห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ครั้งที่ 3 การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับยาต้านโรคจิต อาการข้างเคียงและวิธีการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น รวมทั้งการจัดการความเครียดด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับยา อาการและการจัดการกับอาการข้างเคียง และวิธีจัดการความเครียด ครั้งที่ 4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาพร้อมให้ความรู้เรื่องเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่ครอบครัวสามารถขอความช่วยเหลือได้พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และครั้งที่ 5 ฝึกทักษะการจัดการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเรื่องของการรับประทานยาของผู้ป่วย พร้อมทั้งสรุปผลและยุติโปรแกรม โดยโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท (สุมิศา กุมลา, โสภณ แสงอ่อน และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2563)

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มาเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภท ยังคงเกี่ยวข้องในมิติด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม โครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว และความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง กว่าร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วย ที่ดูแลตัวเองได้ไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการรับประทานยาเป็นส่วนสำคัญต่อการกำเริบของอาการ การที่ผู้ป่วยดูแลตนเองได้น้อย สร้างความเป็นภาระแก่ญาติผู้ดูแลและสังคมรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งมากขึ้น

แนวความคิด 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย (patient-related risk factors) ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีประวัติเกิดพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในการรักษาครั้งที่ผ่านมา การมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย รวมถึงมีประวัติการใช้สารเสพติด ขาดความตระหนักรู้ต่อ การเจ็บป่วยของตนเอง ความรุนแรงของอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทความเชื่อ และทัศนคติของผู้ป่วย

การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษา ความรู้สึกรับทราบจากการรับประทานยาต้านโรคจิต และความรู้สึกเป็นภาระเนื่องจากต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาอาศัย 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (environment-related risk factors) ได้แก่ ขาดการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภท ที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆ จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหานี้ขึ้น 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรในทีมผู้รักษา (physician-related risk factors) ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับทีมผู้รักษาที่ไม่ดี วางแผนจำหน่ายที่ไม่เหมาะสม และการไม่มาพบแพทย์ตามนัด และ 4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (treatment-related risk factors) ประกอบด้วย การรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ การตอบสนองต่อการรักษาในช่วงที่ผ่านมา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาต้านโรคจิต รวมถึงตารางเวลาในการรับประทานยาที่มีความซับซ้อน ไม่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน (ชนานันท์ แสงปาก และคณะ, 2560)

ข้อเสนอ เป็นการบูรณาการ การให้สุขภาพจิตศึกษาและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาไว้ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ายา เป็นการศึกษาศึกษาของ สุมิศา กุมลา และคณะ, 2563 มาใช้ โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ใช้เวลา 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ครั้งที่ 2 ให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทและวิธีการรักษา ครั้งที่ 3 การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับยาต้านโรคจิต อาการข้างเคียงและวิธีการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น รวมทั้งการจัดการความเครียดด้วย ครั้งที่ 4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา พร้อมให้ความรู้เรื่องเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่ครอบครัวสามารถขอความช่วยเหลือได้พัฒนาขึ้น ครั้งที่ 5 ฝึกทักษะการจัดยาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งสรุปผลและยุติโปรแกรม

ข้อจำกัด/แนวทางแก้ไข ผู้ป่วยมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถเข้ากลุ่มได้ เช่น ปัญหาด้านการได้ยิน ด้านการสื่อสาร ด้านสติปัญญา ความเสื่อมถอยหรือความสามารถที่ลดลงของผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเป็นเวลานาน เป็นต้น แก้ไขโดยการคัดเลือกผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตื้อๆ ทำให้มีสมาธิและความสนใจขณะเข้ากลุ่มน้อย แก้ไขโดยการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในกลุ่มโดยให้เพื่อนสมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้ป่วยที่มีความเสื่อมถอยด้านความสามารถในการเรียนรู้ เนื่องจากเป็นลักษณะเฉพาะของโรคจิตเภทที่มีลักษณะความคิดที่ไม่เป็นระเบียบ แก้ไขโดยในขณะที่เข้าร่วมโปรแกรมจะต้องมีการทวนซ้ำเนื้อหาบ่อยๆ หรือให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าหนึ่งครั้ง

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยจิตเภทภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและความเจ็บป่วยของตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา เห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีความรู้ความเข้าใจเรื่องยา อาการข้างเคียงของยา และวิธีการจัดการเมื่อมีอาการข้างเคียงของยา รวมถึงญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องยา และอาการข้างเคียงของยา สามารถสังเกตและดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา ที่ต้องได้รับการแก้ไข

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ไม่รับประทานยาลดลง น้อยกว่าร้อยละ 60
- 5.2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีทัศนคติด้านลบต่อการรับประทานยาลดลง น้อยกว่าร้อยละ 60
- 5.3 หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยสามารถบอกอาการข้างเคียงของยา และวิธีจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ถูกต้อง ร้อยละ 60
- 5.4 หลังเข้าร่วมโปรแกรมญาติสามารถบอกอาการข้างเคียงของยา และวิธีจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ถูกต้อง ร้อยละ 60