

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางเพลิน เสี่ยงโชคอยู่

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน (ถ้ามี) การพยาบาล ระดับ เชี่ยวชาญ

ตำแหน่งเลขที่ 1088 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนารูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป่วยซ้ำและการเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน
- 2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ เมษายน 2564 - มกราคม 2566
- 3) บทวิเคราะห์/แนวคิด/ทฤษฎี/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ความรู้ทางวิชาการ

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทรวมกับการใช้สารเสพติดนั้นมีความสัมพันธ์กันในผู้ป่วยจิตเภท จึงมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดมากกว่าผู้ที่ไม่มีการเจ็บป่วยถึง 5.3 เท่า ในประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชภาพรวมทั้งประเทศในปีงบประมาณ 2560 - 2561 พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีแนวโน้มลดลงตามลำดับ ดังนี้ 380,401 คน 375,026 คน และ 273,817 คน ตรงกันข้ามกับจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนี้ 205,957 คน 272,249 คน และ 279,553 คน ทั้งนี้ เฉพาะปีงบประมาณ 2562 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนทั้งประเทศมีจำนวน 173,553 คน คิดเป็นร้อยละ 62.18 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2564) ปัญหาจากการใช้เมทแอมเฟตามีนในผู้ป่วยจิตเภทจึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการทางจิตจนป่วยซ้ำได้มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด (Medhus, Mordal, Holm, Morland, & Bramness, 2012)

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนคือ บุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทร่วมกับโรคจากการใช้เมทแอมเฟตามีนมีอาการแสดง 2 ลักษณะเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดคือ อาการทางบวก (positive symptoms) และอาการทางลบ (negative symptoms) แต่การใช้เมทแอมเฟตามีนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และพฤติกรรมรุนแรงในลักษณะต่างๆ ทั้งการทำลายสิ่งของ ทำร้ายผู้อื่น หรือทำร้ายตนเอง (SAMHSA, 2015, เพชรี คันธสายบัว, วัฒนาภรณ์พิบูลอักษรณ์, กฤตัญญ์ แก้วยศ และวีระ เนริกุล, 2563) และปัญหาที่ผิดกฎหมายจากพฤติกรรมรุนแรงได้มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด (Fazel, Grann, Carlström, Lichtenstein, Långström, 2009; Soyka, 2000)

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ที่เคยผ่านการบำบัด พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยปกป้องที่สำคัญ ได้แก่ การตั้งใจในการเลิกเสพยา ความสามารถในการเผชิญปัญหา และแรงจูงใจในการเลิกเสพยา (สุทธิชัย ศิรินวล, ปัทมา สุพรรณกุล, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559) เมื่อทำการศึกษาไปแล้วพบว่า สัปดาห์แรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความเสี่ยงมากที่สุดที่ผู้ป่วยจะกลับไปเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ (Galloway & Singleton, 2008) ปัจจัยที่พบได้แก่ ประสบการณ์ในอดีตที่เกิดจากผลกระทบทางลบของการเสพยาเมทแอมเฟตามีน (Kouimtsidis, Stahl, West, & Drummond, 2014) สภาพแวดล้อมของครอบครัว (สำเนา นิลบรรพ์, บุญเรือง ศรีเจริญ, & อุษา คงทอง, 2559) การควบคุมตนเองและการเผชิญปัญหา (self-control and coping responses) ที่ไม่เหมาะสมอันเกิดจากสภาพแวดล้อมของครอบครัว และความเครียดทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้ (Donovan & Marlatt, 2005; Nordfjærn, 2010; จรุงรักษ์ ยี่ภู, 2550) นอกจากนี้ การป่วยซ้ำจากพฤติกรรมรุนแรงส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลและคนในชุมชนรู้สึกหวาดกลัว เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลหรือครอบครัว ความไม่พร้อมของที่อยู่อาศัย หรือไม่ยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชน ทำให้เกิดภาวะจำหน่ายยากตามมาได้

ส่งผลต่อระบบการพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง (กรมสุขภาพจิต, 2561; ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถมยากร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภรเอก มั่นสวานิช และนวรรตน์ มีถาวร, 2561)

การบริการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ต้องเน้นการควบคุมอาการทางจิต (psychotic symptoms) และการลดการเสพยา (relapse) ไปพร้อมกัน จึงจะไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำจนต้องกลับเข้ามาได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmit) การบำบัดจึงต้องใช้รูปแบบการผสมผสานที่จะไปจัดการกับปัจจัยของการเกิดอาการทางจิต ทั้งเรื่องการรับประทานยาอย่างเหมาะสม การทำหน้าที่ทางสังคม การแสดงออกทางอารมณ์เชิงบวก และเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต (Imkome, 2014; SAMHSA, 2020) และส่งเสริมปัจจัยป้องกัน คือ การตั้งใจในการเลิกเสพยา ความสามารถในการเผชิญปัญหา และแรงจูงใจในการเลิกเสพยา (สุทธิชัย ศิริวัน, ปัทมา สุพรรณกุล, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559) เพราะการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำมีภาวะที่ซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดหรือผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดเพียงโรคใดโรคหนึ่ง ดังนั้น การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพจึงต้องครอบคลุมทั้งพยาธิสภาพและความบกพร่องทั้งของโรคจิตเภทและสารเมทแอมเฟตามีน การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมีจำนวนมากมาย แต่การบำบัดล้วนแตกต่างกันหลากหลายรูปแบบ (Drake, O'Neal & Wallach, 2008) ทั้งการบำบัดรายกลุ่มและรายบุคคล ซึ่งพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการ ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การช่วยเหลือและประเมินผลตลอดโปรแกรมการรักษา รวมทั้งใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นกุญแจในการค้นหาปัญหาและเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา (เอกอุมา อัมคำ, 2556)

แนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

รูปแบบผสมผสานการพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา (Somdet chaopraya mix nursing model) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน เป็นรูปแบบการพยาบาลที่นำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้จัดการรายกรณีร่วมกับการประสานความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพในระบบจิตเวช (collaboration) ในการช่วยเหลือตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) และการบันทึกความแปรปรวนของผลลัพธ์การดูแล (variance record)

การจัดการรายกรณีเป็นจุดเริ่มต้นที่จะช่วยดูแลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนถ่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชไปสู่การอยู่ในชุมชน ช่วยวิเคราะห์แยกแยะปัญหาและค้นหาการเข้าถึงบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด และสามารถทำหน้าที่ตามบริบทของตนเองได้เหมาะสม เนื่องจากรูปแบบการดูแลในปัจจุบันยังคงเป็นแบบแยกส่วน (parallel care) คือมุ่งเน้นส่งบออาการทางจิตและส่งไปบำบัดยาเสพติดในระยะท้าย ทำให้ปัญหาของผู้ป่วยถูกประเมินและแก้ไขแบบแยกส่วน (SAMHSA, 2020) การพยาบาลภายใต้แนวคิดการจัดการรายกรณีเป็นการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการติดต่อสื่อสารของทีมผู้ดูแลรักษา ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่องไม่ซ้ำซ้อน อีกทั้งการจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการประสานงานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานบริการและชุมชน มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวมในทุกระยะของการเจ็บป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว มีการพิทักษ์สิทธิ การเจรจาต่อรองของผู้ป่วย ผู้ให้บริการพยาบาลมีการจัดการเพื่อลดความแปรปรวนในกระบวนการดูแลรักษา มีการประสานให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากรระบบสุขภาพ เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพทางคลินิก ถือได้ว่าเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการขับเคลื่อนการจัดการกับปัญหาโรคเรื้อรังสำคัญ (ศิริอร สินธุ, 2555; Mullahy & Jensen, 2004; Cohen & Cesta, 2005; Tahan, 2005; Case Management Society of America: CMSA, 2010; Petrakis, Robinson, Myers, Kroes & O'Connor, 2018)

ผู้ที่มีหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี ควรมีสมรรถนะที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการใช้สารเสพติด เพราะรูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การดูแลแบบไร้รอยต่อ (seamless care) (SAMHSA, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โดย Mullahy & Jensen (2004) ได้กำหนดสมรรถนะของผู้จัดการรายกรณีที่สำคัญ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยหลากหลาย

กลุ่มโรคได้ ขึ้นกับบริบทของผู้ป่วย สังคม ระบบบริการสุขภาพ และระบบการใช้จ่ายสุขภาพ ได้แก่ 1) สมรรถนะการจัดการ 2) สมรรถนะทางคลินิก 3) สมรรถนะการพิทักษ์สิทธิ และ 4) สมรรถนะการตัดสินใจจริยธรรม ทั้งนี้ สมรรถนะของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และทักษะการจัดการรายกรณีของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญและผู้ประสานงานในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลรักษาที่ดีที่สุด (ศิริอร สันธุ และคณะ, 2554)

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีบทบาทสำคัญในพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตระดับยุ่งยากซับซ้อน Super Specialist Service (3S) ผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับการใช้สารเสพติดจัดว่าผู้ป่วยกลุ่ม 3S ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดของสถาบันแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดที่รับบริการแบบผู้ป่วยนอก และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดที่รับบริการแบบผู้ป่วยใน โดยกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดที่รับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้รับบริการที่คลินิกกำลังใจ มีพยาบาลจิตเวชให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (Motivation Interview: MI) ด้วยการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Motivational Advice: BA) การจูงใจแบบสั้น (Brief Motivational Intervention: BI) และการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling: BC) ระยะเวลาการบำบัด 120 วัน หลังสิ้นสุดการบำบัดจะมีการติดตามการเสพซ้ำจนครบ 1 ปี

ส่วนกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยในนั้น เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะอาการทางจิตสงบ จะถูกได้รับการส่งไปบำบัดด้วยโปรแกรมบูรณาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ICOD-R) โดยทีมสหวิชาชีพจะให้การบำบัดรักษาเป็นระยะเวลา 14 วัน โดยมุ่งเน้นการหยุด/ลดการเสพซ้ำ และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะส่งต่อไปบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกกำลังใจ และนับระยะเวลาบำบัดทั้งหมด 120 วันเช่นเดียวกัน การดำเนินการตามโปรแกรม ICOD-R พบอุปสรรคและข้อจำกัดหลายเรื่อง ได้แก่ 1) จำนวนวันนอนระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก 14 วัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมจนครบก่อนจำหน่าย ซึ่งไม่สอดคล้องกับนโยบายของสถาบันที่ต้องการลดจำนวนวันนอนและอัตราการครองเตียง เพื่อหมุนเวียนเตียงสำหรับการรองรับผู้ป่วยจิตเวชที่อาการรุนแรง 2) ภาระงานของทีมสหวิชาชีพ ส่งผลให้บางกิจกรรมในโปรแกรมไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วน ทำให้พยาบาลต้องเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมที่ขาดหายไปแทนวิชาชีพอื่น ทำให้ในช่วงปีงบประมาณ 2563 กลุ่มภารกิจการพยาบาล จึงได้ปรับเปลี่ยนโปรแกรม ICOD-R เป็นกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองโดยพยาบาลจิตเวช เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหา และมีทัศนคติในการลดการใช้สารเสพติด 3) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (coronavirus disease starting in 2019: COVID-19) สถาบันได้มีนโยบายการรักษาระยะทางในสังคม จึงทำให้ต้องงดกิจกรรมลักษณะกลุ่มบำบัดทุกประเภท ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนจึงได้รับการดูแลในระยะเฉียบพลันมากกว่าระยะฟื้นฟู ตลอดจนภายหลังการจำหน่าย ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนก็จะได้รับการดูแลหลังจำหน่ายเหมือนกับผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชทั่วไปอื่นๆ คือได้รับการนัดหมายเพื่อติดตามอาการกับแพทย์เจ้าของไข้ การติดตามทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัด และมีการส่งต่อให้กับพยาบาลในชุมชนเพื่อติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้าน โดยลักษณะการส่งต่อเป็นการส่งข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนได้กลับไปอาศัยอยู่ในพื้นที่ให้กับพยาบาลเยี่ยมบ้านของเครือข่ายในพื้นที่ทราบเท่านั้น แต่ไม่ได้ครอบคลุมถึงแนวทางการบำบัดทางด้านจิตสังคมด้วย ทำให้เมื่อผู้ป่วยกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำหรือมีอาการทางจิตกำเริบ การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวจะขึ้นอยู่กับศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่แต่ละแห่ง ทำให้ในปีงบประมาณ 2563 พบการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมีมากถึง 223 คน คิดเป็นร้อยละ 78.24 (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2564) ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่ยังต้องมีการวางแผนแก้ไขที่เหมาะสม

จากการนิเทศงานในบทบาทรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล พบว่าการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนในหอผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรคอื่นๆ ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา การให้ความรู้เรื่องโรคและการให้ความรู้ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยา การให้คำปรึกษารายบุคคลในการลดการใช้สารเสพติด และการให้คำแนะนำครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ภายใต้ระบบการพยาบาลเป็นทีม (team nursing) ที่มีพยาบาลวิชาชีพหลายระดับ อาทิ พยาบาลทั่วไป พยาบาลจิตเวชที่สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรี พยาบาลจิตเวชที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมาทำงานร่วมกัน ทำให้การพยาบาลมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์และสมรรถนะของพยาบาลแต่ละระดับ นอกจากนี้ ในช่วงตั้งแต่ปี 2563 ด้วยการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 สถาบันมีนโยบายลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยลงเหลือประมาณ 21-28 วัน สำหรับการดูแลแบบผู้ป่วยใน จึงจำเป็นต้องมีการจัดการพยาบาลต้องวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน และพัฒนาระบบการพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายที่เปลี่ยนแปลงภายใต้ข้อจำกัดของการสร้างระยะห่างทางสังคมในหอผู้ป่วย

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลจิตเวชที่จะเข้าสู่งานดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับเชี่ยวชาญ ได้ตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนที่มีความซับซ้อนในการดูแลทางการพยาบาลและเสี่ยงสูงต่อการป่วยซ้ำและเสพยา จึงได้ริเริ่มการวางแผนการจัดการและการกำกับให้มีการพัฒนาระบบการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยใช้การจัดการรายกรณีร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อมุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีของ Powell & Tahan (2010) แนวคิดสัมพันธภาพบำบัดของ Peplua (1991) และแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Hafmann (2011) มาพัฒนารูปแบบผสมผสานการพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา (Somdet chaopraya mix nursing model) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนเพื่อลดการป่วยซ้ำและการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ตามขั้นตอนของวาร์ เิงส์วีสต์ (2552) เพื่อพัฒนาระบบการจัดการรายกรณีในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจ สังเคราะห์ สภาพปัญหาและความต้องการ

สืบค้นองค์ความรู้เรื่องการบริหารพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน เพื่อศึกษา วิเคราะห์ องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน และการสำรวจสภาพปัญหาของสถาบันฯ โดยการใช้วิธี Focus group ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 ครั้ง รวมเป็นจำนวน 20 คน ในช่วง พฤษภาคม 2565 โดยใช้ข้อคำถามตามแนวคิด Bio-psychosocial model (American Society of Addiction Medicine, 2021) จากนั้นนำเนื้อหาไปสรุป และวิเคราะห์ เพื่อให้ได้สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและพยาบาลผู้ให้การบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบพัฒนา

นำผลจากการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง มาพัฒนาเป็นรูปแบบผสมผสานการพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา (Somdet chaopraya mix nursing model) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีของ Powell & Tahan (2010)

ขั้นตอนที่ 3 การทดลอง

นำรูปแบบผสมผสานการพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา (Somdet chaopraya mix nursing model) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ที่ออกแบบพัฒนาในขั้นตอนที่ 2 มาทดลองใช้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลักโดยจิตแพทย์ ลงรหัสโรค F20.XX และได้รับการวินิจฉัยโรครองโดยจิตแพทย์ ลงรหัสโรค F15.XX ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ตัวแปรต้น คือ รูปแบบผสมผสานการพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา (Somdet chaopraya

mix nursing model) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ตัวแปรตาม คือ การป่วยซ้ำ การใช้แอมเฟตามีนซ้ำ และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งติดตามตัวแปรตามหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การเผยแพร่ เป็นการขยายผลการปฏิบัติให้ทุกหน่วยงานปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบผสมผสานการพยาบาลสมเด็จพระยา มีการป่วยซ้ำ การใช้แอมเฟตามีนซ้ำ และความพึงพอใจ แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ในระบบการพยาบาลตามปกติ

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ได้รับการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และได้รับการดูแล ทุกระยะของการดำเนินโรคอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

2. เกิดระบบการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงเฉพาะโรคในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ซึ่งเป็นกลุ่ม ที่ยุ่งยากซับซ้อน

3. ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และเพิ่มตัวชี้วัดในการคงอยู่ในระยะติดตามการรักษาของ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

สมรรถนะและทักษะในการบำบัดทางการพยาบาลจิตเวชของผู้จัดการรายกรณีในแต่ละคนยังแตกต่างกัน ทำให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอาจมีความแตกต่างกันได้

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID 19 ยังไม่สามารถควบคุมได้ จึงทำให้การสัมมนาเชิงลึก การประชุมเพื่อวางแผนการทำงาน การชี้แจงบุคลากรทีมการพยาบาลมีความยุ่งยากมากขึ้น

9) ข้อเสนอแนะ

9.1 รูปแบบการประชุมแบบออนไลน์สามารถนำมาใช้ในการจัดกิจกรรมได้ โดยต้องมีการฝึกทักษะการใช้งาน ให้เกิดความคล่องตัว

9.2 มีการจัดพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นผู้ให้คำแนะนำกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและกำกับ ติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่

☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 70 และมีผู้มีส่วนร่วม ในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสาวตรี แสงสว่าง	10	สาวตรี แสงสว่าง
นางสาววัฒนาภรณ์ พิบูลย์อักษร	10	วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อักษร
นางสาวสาวตรี สุริยะฉาย	10	สาวตรี สุริยะฉาย

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางเพลิน เสี่ยงโชคอยู่

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน (ถ้ามี) การพยาบาล ระดับเชี่ยวชาญ

ตำแหน่งเลขที่ 1088 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานต่อการเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติด
- 2) หลักการและเหตุผล

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชร่วมกับการใช้สารเสพติด เรียกว่าภาวะโรคร่วม (co-occurring substance use disorders) โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตซึ่งมีมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ในปี 2562 พบมากถึง 273,817 คน (กรมสุขภาพจิต, 2562) ผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมักมีความรุนแรง เรื้อรัง และอัตราการกำเริบสูง ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วยมีอัตราที่สูงขึ้น (NIDA, 2018) โดยปัจจัยหนึ่งที่นำมาซึ่งการป่วยซ้ำของผู้ป่วยนั้นเกิดจากปัญหาการใช้สารเสพติด (substance use disorder) (Gupta, Hendricks, Kenkel et al., 1996; Alvarez-Jimenez, 2012; สมจิตร์ มณีกันนธ์ และคณะ, 2557; สิ้นเงิน สุขสมปอง และคณะ, 2559)

ผู้ที่เสพยาเสพติดอย่างต่อเนื่องจะนำไปสู่การเสพติด คือมีความจำเป็นต้องพยายามหาเสพยาเสพติดมาเสพ และมีการเพิ่มปริมาณ ความถี่ของการเสพเพิ่มขึ้น (ปิยวรรณ ทศนาญชลี, 2554) ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้เสพเอง คือ มีการรบกวนการทำงานที่ของสมองในส่วนการคิดวิเคราะห์ ทำให้สูญเสียการคิดและการตัดสินใจ อย่างมีเหตุผลจนไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ จึงแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมหุนหันุนใจ โมโห ก้าวร้าว ทำร้ายคนอื่น (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ, 2548) ซึ่งจะไปกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบได้ง่าย รวมถึงผลกระทบต่อครอบครัวที่ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ เสื่อมเสียชื่อเสียง เกิดความขัดแย้งในครอบครัว เกิดการทำร้ายกัน และอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวตามมา (สุชาติ เหล่าบริพัตร, 2545) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาชีพหรือรายได้ที่แน่นอน และจำเป็นต้องหาวิธีต่างๆ เพื่อให้ได้เงินมาเพื่อหาซื้อยาเสพติด อาจนำไปสู่การก่ออาชญากรรมหรือไปเกี่ยวข้องกับธุรกิจผิดกฎหมายได้ (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2550)

มีการศึกษาปัจจัยที่ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้แก่ ประสบการณ์ในอดีตที่เกิดจากของการใช้ยาเสพติด (Kouimtsidis, Stahl, West, & Drummond, 2014) สภาพแวดล้อมของครอบครัว (สำเนา นิลบรรพ์, บุญเรือง ศรีเจริญ, & อุษา คงทอง, 2559) การควบคุมตนเองและการเผชิญปัญหา (self-control and coping responses) ที่ไม่เหมาะสมอันเกิดจากสภาพแวดล้อมของครอบครัว และความเครียด ทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพติดซ้ำได้ (Donovan & Marlatt, 2005; Nordfjærn, 2010; จรุงรักษ์ ยี่งู, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับ อรรถพร วิสุทธิมรรค (2541) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดมีพฤติกรรมกลับไปเสพติดซ้ำเนื่องจากปัจจัย 3 ประการคือ 1) ปัจจัยตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความรับผิดชอบ (Shives, 1994; อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2550) 2) ปัจจัยด้านยาเสพติด พบว่า สารเมทแอมเฟตามีนนั้นทำให้สารสื่อประสาท Dopamine และ Norepinephrine หลั่งมากผิดปกติ ทำให้ผู้เสพยาเสพติดรู้สึกสดชื่น ตื่นเต้น กระปรี้กระเปร่า จิตใจสบาย เกิดความสุขแบบเคลิบเคลิ้ม (Euphoria) เป็นเหตุให้ร่างกายต้องการเสพยาอย่างต่อเนื่องจนทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพติดซ้ำ (Shives, 1994) และ 3) ปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดที่สุด นั่นคือครอบครัว พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวที่จะส่งผลทำให้ผู้เสพติดพฤติกรรมเสพยาได้ 0.93 เท่า (ลลิตา เดชาวุธ, 2547) ทั้งนี้ปัญหาการทะเลาะกันในครอบครัว ความรู้สึกว่าครอบครัวไม่มีความสุข ถูกตำหนิ หรือสมาชิกในครอบครัว แสดงบทบาทไม่เหมาะสมต่อกัน เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้อีก (วิภา ด้านธำรงกุล, อุษณีย์

ฟิงปาน และศศิธร แจ่มถาวร, 2539; Carr, 2000; Mackwnzie & Kipke, 1998)

การบำบัดรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาเสพติดร่วมด้วยจำเป็นต้องมีการบำบัดรักษาที่ครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมแบบองค์รวม (Carr, 2000) เพื่อให้สามารถจัดการกับปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำทั้ง 3 ปัจจัยพร้อมๆ กัน ซึ่งครอบครัวเป็นปัจจัยเหตุสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยุดการเสพได้ (นิภา ณีสกุล, 2544) การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดจะช่วยให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและสามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไม่ให้กลับไปเสพซ้ำได้ ส่งผลให้การบำบัดมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหการใช้ยาเสพติดซ้ำได้มากขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานต่อการใช้ยาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาเสพติด

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดที่รับบริการแบบผู้ป่วยนอกโดยมีคลินิกกำลังใจ ซึ่งพยาบาลจิตเวชมีหน้าที่ให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (Motivation Interview: MI) ด้วยการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Motivational Advice: BA) การจูงใจแบบสั้น (Brief Motivational Intervention: BI) และการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling: BC) ระยะเวลาการบำบัด 120 วัน หลังสิ้นสุดการบำบัดจะมีการติดตามการเสพซ้ำจนครบ 1 ปี ซึ่งเป็นการบำบัดที่จัดกระทำกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเท่านั้น และโปรแกรมมีระยะเวลาการบำบัดยาวนานเป็นเหตุให้ผู้ป่วยที่มีอัตราการบำบัดไม่ครบตามโปรแกรมในสัดส่วนที่สูง และพบสถิติผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำจนอาการทางจิตกำเริบสูงถึงร้อยละ 78.24 (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดผู้เสพยาเสพติดที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในพบว่า Liddle (2002) ได้พัฒนาโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสาน (Multidimensional Family Therapy: MDFT) ซึ่งเป็นการบำบัดที่ได้รับความนิยมในต่างประเทศเนื่องจากครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา ซึ่งพบว่าสามารถลดปริมาณการเสพยาเสพติดลงได้ อีกทั้งกระบวนการบำบัดและระยะเวลาในการบำบัดของโปรแกรมนี้อาจปรับให้มีความยืดหยุ่นได้ตามบริบทความรุนแรงของสภาพปัญหาในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนที่แตกต่างกัน อีกทั้งแต่ละครอบครัวอาจมีแนวทางการแก้ไขปัญหที่ต่างกันด้วย โดยหลักสำคัญในการบำบัดเน้นการส่งเสริมการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์ที่ดี เกิดความเอื้ออาทรกับในครอบครัว และยังช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้และแนวทางการดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหาร่วมกัน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตในรูปแบบใหม่ที่เหมาะสม

แนวความคิด/ทฤษฎี

โปรแกรมการบำบัดครอบครัวแบบผสมผสาน (Multidimensional Family Therapy) คือกระบวนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีรูปแบบและขั้นตอนทั้งรายบุคคลและรายครอบครัว ตามแนวคิดของ Liddle (2010) เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งภายในครอบครัว ด้วยการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความเข้าใจ และมีการดูแลเอาใจใส่ที่เหมาะสมต่อกัน มีความร่วมมือร่วมใจกันในการดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญห และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ให้เหมาะสม การบำบัดจะเน้นการแก้ไขปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสพยาเสพติด ซึ่งผู้บำบัดจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพราะเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด การบำบัดจะเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อารมณ์ และความคิด ให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม ซึ่งจะสามารถจัดการกับปัจจัยสำคัญอันเป็นเหตุให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาเสพติดคือ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา มีทักษะที่จำเป็นในการหยุดเสพ ได้แก่ ทักษะการจัดการกับอารมณ์ ทักษะการสื่อสารเชิงบวก ทักษะการเผชิญปัญหา

ทักษะการตัดสินใจ ทักษะทางสังคมที่เหมาะสม ตลอดจนมีทัศนคติเชิงบวกต่อครอบครัว รวมถึงการทำให้ครอบครัวเกิดการมีส่วนร่วมที่ดีต่อการบำบัดรักษา เกิดการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ และทำให้เกิดการคงอยู่อย่างเข้มแข็ง เกิดการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งกระบวนการบำบัดมี 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การสร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมในการบำบัด เป็นการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา เสริมสร้างแรงจูงใจ และเตรียมความพร้อมของครอบครัว การสร้างความหวังและตั้งเป้าหมายต่อการบำบัดรักษา

ระยะที่ 2 การสร้างทักษะให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่เหมาะสม การฝึกทักษะที่จำเป็นต่างๆ ได้แก่ การเผชิญปัญหา การตัดสินใจ การสื่อสารเชิงบวก การสร้างปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมในครอบครัว การหาทางเลือกใหม่ที่ไม่ใช้ยาเสพติด ตลอดจนการสร้างความร่วมมือที่ดีร่วมกัน มีแนวทางในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ที่ช่วยเหลือสนับสนุน

ระยะที่ 3 ระยะคงสภาพการเปลี่ยนแปลงให้คงอยู่และสิ้นสุดการบำบัดรักษา เป็นระยะการสร้าง ความมั่นคงและยั่งยืนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมให้คงอยู่ การเตรียมความพร้อมของครอบครัว เพื่อรับมือกับสถานการณ์ในอนาคต และมีแบบแผนการดำเนินชีวิตรูปแบบใหม่ที่เหมาะสมและชัดเจน เพื่อนำไปสู่การลดการเสพยาเสพติด

ข้อเสนอ

ผู้ศึกษาได้เสนอโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสาน ตามแนวคิดของ Leddle (2010) ที่เป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่มีเป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้หยุดการใช้ยาเสพติด โดยการจัดกระทำกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง ด้านครอบครัว และด้านปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งผู้ศึกษาเสนอให้นำโปรแกรมนี้มาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคม และนโยบายของสถาบัน

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยสามารถลดปริมาณและความถี่ของการเสพยาเสพติดลงได้
2. มีรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาเสพติดโดยใช้กระบวนการบำบัดแบบรายครอบครัว

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ร้อยละผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและยาเสพติดมีอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำลดลง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิการได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงาน ภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิต ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 7 เดือน ในปีงบประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

ลงชื่อ (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)
 (นางเพลิน เสียงโซ่อยู่)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 วันที่ 30 ส.ค. 2565

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)
 (นางสาวสุธา ไชยชาติกุล)
 รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล
 วันที่ 31 ส.ค. 2565

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)
 (นายศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา)
 ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
 วันที่ 31 ส.ค. 2565

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลและผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป อีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับ ได้