

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

(ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน/ผลงานที่ผ่านมา ไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล...นางศิริณยา รอดเจริญ.....
 1) ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล...พยาบาลวิชาชีพ...ด้าน...การพยาบาล...ระดับ...ชำนาญการพิเศษ
 ตำแหน่งเลขที่...2571...กลุ่มงาน...การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน...กลุ่มภารกิจ...การพยาบาล...
 หน่วยงาน...โรงพยาบาลสวนสราญรมย์...กรมสุขภาพจิต
 2) ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล...พยาบาลวิชาชีพ...ด้าน...การพยาบาล...ระดับ...ชำนาญการพิเศษ
 ตำแหน่งเลขที่...2618...กลุ่มงาน...การพยาบาลผู้ป่วยหนัก...กลุ่มภารกิจ...การพยาบาล...หน่วยงาน...โรงพยาบาล
 สวนสราญรมย์...กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบวิภาษวิธีต่อความตั้งใจในการเลิกและการกลับไปเสพติดซ้ำ
 ในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน

Effect of Dialectical behavioral therapy (DBT) on Intention to Amphetamine Abstinence and
 Relapse Addiction Among Persons with Amphetamine Induced Psychosis Disorders

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ.....

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. องค์ความรู้เรื่องโรคจิตจากแอมเฟตามีน (Amphetamine induced psychotic disorder) (นันทวิช
 และคณะ, 2559 ; พันธุ์ภา, 2556 ; รัศมน, 2561)

โรคจิตจากแอมเฟตามีน (Amphetamine induced psychotic disorder) ผู้ป่วยจะมีอาการหูแว่ว
 หรืออาการหลงผิดในขณะที่เสพ มีความคิดหลงผิดว่ามีคนปองร้าย (persecutory delusion) อาการโรคจิต
 จากแอมเฟตามีนมักเกิดในช่วง intoxication มีอาการคล้ายโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Schizophrenia,
 paranoid type)

การรักษาความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีนมี 2 รูปแบบ คือ 1) การรักษาด้วยยาจะให้การรักษา
 ภาวะตามอาการและให้ยาในกลุ่มยาด้านโรคจิต 2) การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Interventions)
 เป็นการรักษาที่สำคัญมากเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหยุดเสพและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ นอกเหนือจากการรักษา
 ที่กล่าวมา ควรฟื้นฟูให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว ติดตามอาการผู้ป่วยและให้การรักษาต่อเนื่องเหมือนโรคเรื้อรัง

2. แนวคิดพฤติกรรมบำบัดแบบวิภาษวิธี (Dialectical behavior therapy: DBT) เป็นแนวคิดที่อยู่ใน
 กลุ่มพฤติกรรมนิยมซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ทั้งพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก เกิดจากการเรียนรู้
 ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม (adaptive behavior) หรือไม่เหมาะสม (maladaptive behavior) ก็ได้
 พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมสามารถปรับแก้หรือเปลี่ยนแปลงได้ โดยการทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ การเสริมแรง
 (reinforcement) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ สำหรับโปรแกรมวิภาษวิธีนี้ได้นำเอาแนวคิด
 การฝึกสติและการตระหนักรู้ (awareness) มาใช้เสริมในกระบวนการของการทำพฤติกรรมบำบัดผ่านการรู้คิด
 เพื่อใช้กับผู้ป่วยกลุ่มบุคลิกภาพแบบคาบเส้น (Borderline) ซึ่งมักมีปัญหาการทำร้ายตนเอง ฆ่าตัวตาย และการใช้
 สารเสพติด โดยเน้นการเรียนรู้ใน 4 ทักษะ คือ 1) การมีสติ (Mindfulness) ได้แก่ การมีจิตใจที่สงบ รู้เท่าทัน
 การเปลี่ยนแปลง ไม่หวั่นไหวต่อสิ่งที่เข้ามากระทบ ให้เวลาตนเองได้ใคร่ครวญ ไตร่ตรองทางเลือก ไม่ด่วนตอบสนอง
 ต่อเหตุการณ์ 2) การควบคุมอารมณ์ (Emotion regulation) ได้แก่ การมีจิตใจที่มั่นคงเข้มแข็ง รู้วิธีผ่อนคลาย
 อารมณ์ รู้จักยับยั้งชั่งใจ ควบคุมอารมณ์ของตนเองได้และแสดงออกอย่างเหมาะสม 3) การอดทนต่อสถานการณ์
 ปัญหา (Distress Tolerance) ได้แก่ การมีเหตุผลมากกว่าอารมณ์ รู้จักคิด พิจารณา วิเคราะห์ และประเมิน

สถานการณ์อย่างมีเหตุผลไม่ด่วนสรุปหรือใช้อารมณ์ความรู้สึกเป็นที่ตั้ง คำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากอารมณ์ และการกระทำของตนเอง และ 4) มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Interpersonal Effectiveness) ได้แก่ การเป็นตัวของตัวเองโดยไม่ขัดแย้งกับผู้อื่น สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสมและรู้จักวิธีปฏิเสธ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ขัดต่อคุณค่าแห่งตน (Linehan, 1993 ; Linehan, 2015 ; McKay, Wood & Brantley, 2007)

3. ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด (Intention to Drug Abstinence) เป็นกระบวนการด้านความคิด ที่แสดงถึงการวางแผนอย่างเป็นระบบและมีสติในการแสดงออกถึงพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ ตามแนวคิดทฤษฎี พฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ซึ่งเชื่อว่าความตั้งใจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพล ต่อการแสดงออกด้านพฤติกรรมของบุคคล (Bandura, 1997) หากผู้เสพยามีความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดสูง ก็จะเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้ เกิดความมุ่งมั่นและกระตือรือร้นที่จะเลิกใช้สารเสพติด ซึ่งความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาซ้ำในผู้ผ่านการบำบัดสารเสพติด และป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำทำให้ผู้เสพยาสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้สำเร็จ (ภาคิณและคณะ, 2564)

4. การกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ (Relapse Addiction) หมายถึงพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติดที่เริ่มต้นใหม่ ในการใช้ยาเสพติดในรูปแบบเดิมเหมือนตอนก่อนที่จะหยุดใช้ได้สำเร็จ และเสพยาติดซ้ำนานกว่า 7 วัน หรือใช้ ในชีวิตประจำวันหลังจากที่มีการหยุดยาเสพติด หรือหลังจากการบำบัดรักษายาเสพติดในรูปแบบต่าง ๆ มาเป็นเวลา ระยะเวลาหนึ่ง (กัญญา, 2561 ; รัศมน, 2561)

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

สาระสำคัญของงาน

จากรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพยาเสพติดพบว่าประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาเสพยาเสพติด โดยยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดคือยาบ้าร้อยละ 79.2 รองลงมาคือไอซ์ร้อยละ 8.3 กัญชาร้อยละ 4.4 และเฮโรอีนร้อยละ 3.3 สำหรับยาเสพติดที่ต้องเฝ้าระวังคือไอซ์ที่พบการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้น และข้อมูลจากระบบ การบำบัดรักษายาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณพ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด 155,500 ราย ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพยาร้อยละ 63.61 รองลงมาคือผู้ติดร้อยละ 31.99 และผู้ใช้ร้อยละ 4.40 โดยพบสัดส่วนผู้เสพยาใหม่ถึงร้อยละ 70.34 นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้เสพยาจำนวนมากที่ยังไม่เข้าสู่ระบบ การบำบัดรักษา หลบซ่อนไม่แสดงตัวจนเกิดภาวะการเสพยาซ้ำ ซึ่งส่งผลกระทบต่ออาการทางจิตเวชจากยาเสพติด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, 2564)

ปีงบประมาณ 2561 - 2563 พบผู้เสพยาติดแอมเฟตามีนเข้าบำบัดรักษาในระบบมากถึงร้อยละ 80.63, 78.04 และ 77.06 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมากที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 49.0 เป็นร้อยละ 60.07 และ 66.22 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบอัตราการกลับ เข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำร้อยละ 51.58, 51.42 และ 51.53 (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี, 2564) ซึ่งผู้เสพยาติดแอมเฟตามีนที่มีประวัติการเสพมานาน เสพซ้ำๆ หรือเสพตั้งแต่อายุน้อย เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดที่จะเกิดอาการโรคจิตจากแอมเฟตามีน โดยในกลุ่มติดมีโอกาสมากกว่ากลุ่มเสพ ถึง 3 เท่า และความชุกของการเกิดโรคจิตในผู้เสพแอมเฟตามีนสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 11 เท่า (พันธุ์ณา, 2556)

แอมเฟตามีนเป็นสารกระตุ้นประสาทออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง สามารถทำให้ผู้เสพติด เกิดอาการทางจิตประสาทได้ เช่น อาการหลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ประสาทหลอน ในระยะแรกอาจเกิดอาการขึ้นเป็น พักๆและหายได้เอง แต่ในผู้ที่เสพติด (dependence) หรือเสพหนักเป็นเวลานาน มักจะเกิดอาการทางจิตที่รุนแรง จนต้องได้รับการรักษา ผลจากการแพร่ระบาดของที่เพิ่มขึ้นของแอมเฟตามีนทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก (พันธุ์ณา, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน ที่มาขอรับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 - 2564 ที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น

จากจำนวน 13,959 ราย เป็น 14,478 ราย และ 14,919 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2564) นอกจากนี้จากการสรุป 10 อันดับโรคผู้ป่วยในที่ได้รับไว้ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ก็พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนก็จัดเป็นโรคอันดับที่ 2 มาตลอดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 โดยปีงบประมาณ 2562 – 2564 พบจำนวนการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ 17.68, 18.15 และ 22.29 ตามลำดับ และยังพบอีกว่าผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยเก่าที่กลับไปเสพติดซ้ำภายหลังรับบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2564) และอัตราผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (Remission) ตั้งแต่ปี 2562 – 2564 มีแนวโน้มลดลงอยู่ที่ร้อยละ 82.58, 67.79 และ 66.18 และในหอผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ก็พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยากระตุ้นระบบประสาท (F15.x) กลับมาป่วยซ้ำเนื่องจากกลับไปเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำและเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งที่ 2 ขึ้นไปจำนวนมาก

การกลับไปเสพติดซ้ำ (Relapse) หมายถึงพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติด ที่เริ่มต้นใหม่ในการใช้ยาเสพติดถี่ขึ้นหรือใช้ในชีวิตรประจำวันหลังจากที่มีการหยุดยาเสพติดหรือหลังจากการบำบัดรักษายาเสพติดในรูปแบบต่างๆ มาเป็นเวลาระยะหนึ่งมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (กัญญา, 2561) เมื่อยังคงเสพยาเสพติดต่อไปเรื่อยๆ จะมีการเพิ่มปริมาณยาเสพติดและมีระยะเวลาการเสพที่นานขึ้น เกิดผลเสียต่อชีวิตในด้านต่างๆตามมา เช่น ด้านสุขภาพร่างกาย ทรุดโทรม ด้านอาชีพการงาน ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ และในผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนเมื่อเสพหนักขึ้นเสพนานขึ้น ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมก็จะรุนแรงขึ้นมีภาวะหวาดระแวง ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ไร้ความรุนแรง ไม่รับรู้ความผิดปกติของตนเองจนเกิดอันตราย เช่น มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลอื่น ซึ่งในปัจจุบันมักจะเห็นเป็นข่าวอยู่เป็นประจำ (ปะภาสี, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการกลับไปเสพติดซ้ำพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพติดซ้ำเกิดจากปัจจัยกระตุ้นภายใน เช่น ความรู้สึกอยากกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำหรืออาการอยากยา (craving) ไม่อดทน หงุดหงิดง่าย ขาดความเข้มแข็งทางจิตใจในการต่อต้าน ขาดทักษะในการปฏิเสธการชักชวนจากเพื่อน การรับรู้คุณค่าตนเองลดลง ความรู้สึกด้านลบและภาวะอารมณ์ต่างๆ เช่น เบื่อหน่าย เศร้า เหงา เครียด และปัจจัยกระตุ้นภายนอก เช่น ความขัดแย้งระหว่างบุคคล ปัญหาสัมพันธภาพหรือความขัดแย้งในครอบครัว การไม่ได้รับการยอมรับและไม่ไว้วางใจจากครอบครัวหรือชุมชน ขาดกิจกรรมหรืออาชีพหลัก การไม่ปฏิบัติตามแบบแผนในการเลิกยา อาศัยอยู่ในแหล่งที่มีกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหรือแหล่งจำหน่ายยาเสพติด ได้รับการชักชวนจากเพื่อนที่เคยเสพติดด้วยกัน (กัญญา, 2561 ; กลุณีและคณะ, 2564 ; สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2561 ; อับดุลคอลิกและคณะ, 2564) นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยที่ช่วยในการปกป้องหรือป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ เช่น ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด (ภาคินีและคณะ, 2564) การได้อยู่กับครอบครัว การปฏิเสธเพื่อนชวนให้ได้ หรือตั้งสติมีความเชื่อมั่นในตนเองไม่คล้อยตามเพื่อน (กัญญา, 2561) การปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้องให้เป็นความคิดที่ถูกต้อง การหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้น รู้จักทักษะการปฏิเสธ การฝึกสติหรือสมาธิ การจัดการกับอารมณ์ เตือนตัวเองอยู่เสมอว่าตนเองสามารถทำได้ การมีบุคคลในครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือ สัมพันธภาพในชุมชนที่มีการยอมรับและช่วยเหลือกัน (ธิดาและคณะ, 2556) สำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนนอกจากการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต การบำบัดรักษาทางจิตสังคมที่ต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยหยุดเสพและลดการกลับไปป่วยซ้ำได้ (พันธุ์ณา, 2556)

จากรายงานการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าการบำบัดทางจิตสังคม(Psychosocial Interventions) สำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนมีความหลากหลายรูปแบบ เช่น การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) จิตสังคมบำบัดแบบแมทริกซ์ (Matrix Program) ซึ่งให้ประสิทธิผลการบำบัดดีกว่าการบำบัดรักษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังพบอีกว่าการบำบัดทางจิตสังคมแบบผสมผสานหรือการใช้จิตสังคมบำบัดหลายรูปแบบร่วมกันจะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการใช้เพียงรูปแบบเดียว (กิตต์กวีและคณะ, 2561) สำหรับโรงพยาบาล

สวนสราญรมย์นั้นมีการบำบัดทางจิตสังคมด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุรา ยาเสพติด แบบครบวงจร โดยทีมสหวิชาชีพ (ฉบับผู้ป่วยใน) มาตั้งแต่ปี 2552 โดยมีเป้าหมายในการลดอัตราการกลับมา รักษาซ้ำภายใน 6 เดือนหลังจากจำหน่าย ซึ่งยังตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขได้ไม่ดี เนื่องจากตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านยาเสพติด (ตัวชี้วัดที่ 25) กำหนดเกณฑ์เป้าหมายให้ผู้ป่วยยาเสพติดหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (Remission) ร้อยละ 92 ดังนั้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ ด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุรา ยาเสพติด ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำแนวคิดพฤติกรรมบำบัด แบบวิภาษวิธี (Dialectical behavior therapy: DBT) ของมาซา ลินแฮน (Linehan, 1993) ที่มีองค์ประกอบหลัก ที่สำคัญ 4 ประการ คือ (1) การมีสติ (2) ความสัมพันธ์กับผู้อื่น (3) การควบคุมอารมณ์ และ (4) การอดทน ต่อความทุกข์ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบวิภาษวิธีต่อความตั้งใจในการเลิกและการกลับไป เสพติดยาในผู้ที่เป็โรคจิตจากแอมเฟตามีน

วัตถุประสงค์และเป้าหมายของงาน

เพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนและอัตราการกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ที่เป็น โรคจิตจากแอมเฟตามีนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบวิภาษวิธีและกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรักษา ตามปกติ

ขั้นตอนการดำเนินการ

ที่	ขั้นตอน	ระยะเวลา
1	การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย	ปีงบประมาณ 2564
2	กำหนดหัวข้อปัญหางานวิจัยและวัตถุประสงค์งานวิจัย	ปีงบประมาณ 2565
3	กำหนดโครงร่างงานวิจัยและสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	มกราคม - พฤษภาคม 2566
4	ตรวจสอบคุณภาพและความเป็นไปได้ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	มิถุนายน - สิงหาคม 2566
5	เก็บข้อมูลงานวิจัย	กันยายน 2566 - กุมภาพันธ์ 2567
6	วิเคราะห์ข้อมูล แปลผลการวิจัย และการอภิปรายผล	กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2567
7	เผยแพร่ผลการวิจัย	มีนาคม - พฤษภาคม 2567

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์หลังการทดลองครั้งเดียว (Posttest Control group designs) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัด แบบวิภาษวิธีต่อความตั้งใจในการเลิกและการกลับไปเสพยาซ้ำในผู้ที่เป็โรคจิตจากแอมเฟตามีน

โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	X	O1
กลุ่มควบคุม	—	O2

5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมด้วยโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบวิภาษวิธี หยุดเสพยาต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (Remission) ร้อยละ 80
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมด้วยโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบวิภาษวิธี มีค่าคะแนนความตั้งใจ ในการเลิกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80
3. มีแนวทางในการบำบัดทางจิตสังคมด้วยโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบวิภาษวิธีเพื่อป้องกันการกลับไป เสพซ้ำหรือหยุดเสพยาได้ต่อเนื่องเกิน 1 ปี

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ด้านผู้ป่วย ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนได้รับการบำบัดทางจิตสังคมด้วยโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบวิภาษวิธีเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำหรือหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (Remission)

6.2 ด้านการดูแล มีแนวทางในการบำบัดทางจิตสังคมด้วยโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบวิภาษวิธีเพื่อช่วยเพิ่มความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดและป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ

6.3 ด้านหน่วยงาน มีนวัตกรรมที่เกิดจากการพัฒนาคุณภาพด้านการดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาเสพติด

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ไม่สามารถระบุได้ในขณะนี้เนื่องจากผลงานอยู่ระหว่างขั้นเตรียมการ

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาที่คาดว่าจะ成为อุปสรรคในการดำเนินการ มีดังนี้

1. การกลับมาป่วยซ้ำของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) ที่เป็นโรคประจำถิ่นและแพร่ระบาดในหอผู้ป่วยใน ส่งผลให้ต้องมีการแยกตัว ต้องเว้นระยะห่าง ยึดระยะเวลาในการบำบัดรักษาออกไป ไม่สามารถทำการบำบัดได้ตามแผนที่วางไว้

2. การปรับเปลี่ยนหน่วยงานของผู้ศึกษาซึ่งรูปแบบบริการเปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้ระยะเวลาศึกษาล่าช้า

3. การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการภายในหอผู้ป่วย โดยเฉพาะหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาเสพติด อาจส่งผลให้มีการปนเปื้อนกันของกลุ่มตัวอย่าง (contamination)

9) ข้อเสนอแนะ

ยังไม่มี

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

(ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน ไม่เกิน 3 หน้ากระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการแข่งขันบุคคล นางศิริณยา รอดเจริญ

1) ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการแข่งขันบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน การพยาบาล ระดับชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ 2571 กลุ่มงาน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน กลุ่มภารกิจ การพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต

2) ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการแข่งขันบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน การพยาบาล ระดับชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ 2618 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มภารกิจ การพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนานวัตกรรมในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2) หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต (CBD-13) ที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 โดยผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต (CBD-13) ที่มีอาการคลุ้มคลั่ง มีความผิดปกติด้านจิตประสาทหรืออารมณ์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2563 เพิ่มขึ้นจาก 316 ต่อแสนประชากร อยู่ที่ 379 ต่อแสนประชากร คิดเป็นการเติบโตร้อยละ 20 ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา จากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้ป่วย เมื่อจำแนกกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในระดับภูมิภาค สังเกตได้ว่าในปี 2563 จำนวนผู้ป่วยกว่าร้อยละ 56 มาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือครอบคลุมเขตสุขภาพที่ 7 - 10 โดยมีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดอยู่ในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 59 รายต่อแสนประชากร ตามมาด้วยภาคเหนือ ครอบคลุมเขตสุขภาพที่ 1 - 3 คิดเป็นสัดส่วนผู้ป่วยรวมอยู่ที่ร้อยละ 23 และภาคใต้ครอบคลุมเขตสุขภาพที่ 11 - 12 คิดเป็นสัดส่วนผู้ป่วยรวมอยู่ที่ร้อยละ 16 ซึ่งมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปีสูงที่สุดโดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 11 ที่มีอัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปีสูงถึง 32.5% ในขณะที่ภาคกลาง ครอบคลุมเขตสุขภาพที่ 4 - 6 คิดเป็นสัดส่วนผู้ป่วยรวมอยู่ที่ร้อยละ 15 (พรทิพย์และคณะ, 2564)

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ซึ่งรับผิดชอบพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในภาวะปกติ และในสถานการณ์วิกฤตสุขภาพจิต (Service Plan) ของเขตสุขภาพที่ 11 และเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นแม่ข่ายของพื้นที่ รับประสานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มีอาการคลุ้มคลั่ง มีความผิดปกติด้านจิตประสาทจากพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน โดยมีสถิติผู้รับบริการจิตเวชฉุกเฉินตั้งแต่ปี 2563 - 2565 เฉลี่ยปีละ 5,000 ราย และคิดเป็นผู้ป่วยประเภทเร่งด่วนฉุกเฉินร้อยละ 81.9, 61.0 และ 49.22 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เป็นประเภทเร่งด่วนฉุกเฉินมารับบริการด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวถึงร้อยละ 57.1, 56.8 และ 58.5 ตามลำดับ (คลินิกจิตเวชฉุกเฉินและศูนย์ส่งต่อ, 2565)

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในหน่วยงานฉุกเฉินทางจิตเวช หน่วยงานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยยาเสพติด และหอผู้ป่วยจิตเวชแรกรับ พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่ยุงยากในการดูแลและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยอื่น สิ่งแวดล้อม รวมถึงบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงแรก โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยเอง ทำให้ได้รับบาดเจ็บหรือถ้ารุนแรงมากอาจเสียชีวิตได้ ผลกระทบต่อผู้ป่วยอื่น ทำให้ได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายหรือเป็นที่น่าหวาดกลัวสำหรับผู้ป่วยรายอื่น โดยพบว่าผู้ป่วยอื่นถูกผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายร้อยละ 55.2 (Chou et al., 2002) ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้สิ่งแวดล้อมและทรัพย์สินได้รับความเสียหาย และผลกระทบต่อบุคลากรผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจะถูกคุกคามจากผู้ป่วยสูงมากเมื่อเทียบกับบุคลากรอื่นๆในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในขณะที่เข้าไปจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (อวัชชัยและคณะ, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ที่พบว่าผู้ป่วยอาละวาดก้าวร้าว

ทำร้ายผู้อื่นและทำลายทรัพย์สินเกิดผลกระทบระดับ E ขึ้นไป เฉลี่ยจากปีงบ 2563 – 2565 ร้อยละ 17.27 และอุบัติการณ์บุคลากรทางการแพทย์ถูกผู้ป่วยทำร้ายส่วนใหญ่เกิดขึ้นขณะเข้าจำกัดพฤติกรรม จากการ RCA พบว่าสาเหตุเกิดจากด้านบุคลากรประเมินความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าความเป็นจริง ทีมไม่เพียงพอในการจัดการและบุคลากรขาดทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว ด้านอุปกรณ์ในการจำกัดพฤติกรรมไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม ไม่ทันสมัย และด้านสถานที่ที่ไม่เอื้อในการจำกัดพฤติกรรม

จากสาเหตุของความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรจากการทบทวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาละวาดก้าวร้าวพบว่าด้านอุปกรณ์เป็นเรื่องที่สามารถแก้ไขได้ง่ายและรวดเร็วกว่าด้านอัตราบุคลากรในทีมหรือด้านสถานที่ ผู้ศึกษาจึงสนใจในการพัฒนานวัตกรรมในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เพื่อแก้ไขสาเหตุของปัญหาอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน และเพื่อความปลอดภัยตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข Patient and Personnel Safety Goal (SIMPLE)

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ เป็นการกระบวนการทางการแพทย์ที่ได้สร้างขึ้นใหม่ รวมทั้งเป็นการพัฒนา ปรับปรุง ดัดแปลงนวัตกรรมให้ดียิ่งขึ้นและส่งต่อการพัฒนาวิชาชีพได้ ซึ่งนวัตกรรมทางการแพทย์เป็นการคิด ปฏิบัติ ประดิษฐ์สิ่งใหม่ๆ หรือดัดแปลงสิ่งที่มีอยู่เดิม ให้สามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เท่าเทียมของเดิม หรือมีประสิทธิภาพสูงกว่าเดิม เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติบริการทางการแพทย์ และการบริหารทางการแพทย์

การพัฒนานวัตกรรมในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ใช้หลักการพัฒนานวัตกรรมมากำหนดเป็นแนวคิดในการพัฒนา ดังนี้

1. การระบุปัญหา (Problem) ความคิดในการพัฒนานวัตกรรมนั้นส่วนใหญ่จะเริ่มจากการมองเห็นปัญหา และต้องการแก้ไขปัญหานั้นให้ประสบความสำเร็จอย่างมีคุณภาพ
2. การกำหนดจุดมุ่งหมาย (Objective) เมื่อกำหนดปัญหาแล้วก็กำหนดจุดมุ่งหมายเพื่อจัดทำหรือพัฒนานวัตกรรมให้มีคุณสมบัติ หรือลักษณะตรงตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้
3. การศึกษาข้อจำกัดต่างๆ (Constraints) ผู้พัฒนานวัตกรรมต้องศึกษาข้อมูลของปัญหาและข้อจำกัดที่จะใช้นวัตกรรมนั้น เพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ได้จริง
4. การประดิษฐ์คิดค้นนวัตกรรม (Innovation) ผู้จัดทำหรือพัฒนานวัตกรรมจะต้องมีความรู้ ประสบการณ์ ความริเริ่มสร้างสรรค์ ซึ่งอาจนำของเก่ามาปรับปรุง ดัดแปลง เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาและทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น หรืออาจคิดค้นขึ้นมาใหม่ทั้งหมด ขึ้นอยู่กับลักษณะปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของนวัตกรรมนั้น เช่น อาจมีลักษณะเป็นแนวคิด หลักการ แนวทาง ระบบ รูปแบบ วิธีการ กระบวนการ เทคนิค หรือสิ่งประดิษฐ์ และเทคโนโลยี เป็นต้น
5. การทดลองใช้ (Experimentation) เมื่อคิดค้นหรือประดิษฐ์นวัตกรรมแล้ว ต้องทดลองนวัตกรรม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเป็นการประเมินผลและปรับปรุงแก้ไขผลการทดลอง จะทำให้ได้ข้อมูลนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนานวัตกรรมต่อไป ถ้าหากมีการทดลองใช้นวัตกรรมหลายครั้งก็ย่อมมีความมั่นใจในประสิทธิภาพของนวัตกรรมนั้น
6. การเผยแพร่ (Dissemination) เมื่อมั่นใจนวัตกรรมที่สร้างขึ้นมีประสิทธิภาพแล้ว ก็สามารถนำไปเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จัก

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีนวัตกรรมในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ช่วยเพิ่มความปลอดภัยของตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยอื่น และบุคลากร
2. ผู้ป่วยและบุคลากรมีความปลอดภัยตามเป้าหมายของ Patient and Personnel Safety Goal (SIMPLE)

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีนวัตกรรมในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปเผยแพร่และใช้ได้ทุกแผนกในโรงพยาบาล

2. อุบัติการณ์บุคลากรทางการแพทย์ถูกผู้ป่วยทำร้ายและผู้ป่วยอาละวาดก้าวร้าวลดลง หรือไม่เกิดผลกระทบที่รุนแรงระดับ E ขึ้นไป

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิ์การได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงาน ภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้นไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิตล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในปีงบประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

(ลงชื่อ)..........ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล
(นางศิรินยา รอดเจริญ)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ 23 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..........(ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)
(นางวิภาวี จันทัดตุการ)
ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล
วันที่ 24 พ.ค. 2566

(ลงชื่อ)..........(ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)
(นายอาทิตย์ เล่าสงอ์กร)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
วันที่ 24 พ.ค. 2566