



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่
ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓
ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ
ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ
ชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี จำนวน ๒๙ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวพัชรนันท์ เยาวนิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒.	นางสาวอสิยา วรรณอ่อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๓.	นางสาวอมราภรณ์ มณีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๔.	นางวิยะดา เจริญกิตติวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๕.	นางสาวสุกัญญา ปิ่นแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

๖. นางสาว...

๖. นางสาววันทนา หินเภาว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๗. นางลิขิต จินตามาศย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๘. นางสาวปรางณี ปานเฉ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๙. นางปยุณนุช นิมนต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๑๐. นางสาวธนาธิป มาพุด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๑๑. นางดอกไม้ บุตรดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๑๒. นางสาวอรพรรณ เห่งนาเลน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๑๓. นางทิพย์วัลย์ ขำเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๑๔. นางศิริรัตน์ พรจรัสสมณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

๑๕. นางสาวศศิวิมล อยู่ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๖. นางอำภา กิตติเดชชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๑๗. นางศิริกาญจน์ โภคะสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๘. นางรัชดาพร พงษ์อิศราพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลวิสัญญี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๑๙. นางสาวนิศารัตน์ ธรรมวัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒๐. นางพิมพ์ลภัส บัวครั้น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒๑. นางสาวสุรีย์รัตน์ สดาร์ตัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒๒. นางสาววิภาวรรณ รัตนพิทักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๒๓. นางธิดารัตน์ บุญประภาศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

๒๔. นางจิตาภา รอดโพธิ์ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๒๕. นางจิราพร ศิลาเลิศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒๖. นางชวิศลินี สุทธิวัฒนธนากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๒๗. นางสาวลักษณณ์ ถาน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
๒๘. นางสาวลักษมีพร หอมคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒๙. นางสาวชมศา คัชชาพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะหักท้วงให้หักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)

๕๗, ๕

(นายรุ่งฤทธิ์ มวลประสิทธิ์พร)
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒๐	นางพิมพ์ภัส บัวครั้น	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรร่วม	๕๖๙๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรร่วม	๕๖๙๑	เลื่อน ระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“ประสิทธิผลของกระบวนการบำบัดผู้ติดสารเสพติดแบบวิถีใหม่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) The Effectiveness of the New Normal Treatment Process Model on Addicted Patients in the COVID-19 Pandemic Era”				๑๐๐ %
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การพัฒนากระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอบางบัวทอง”				๒๐
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ”				

๙. ควบคุม และจัดทำแผนการสอน สื่อการสอน และคู่มือการสอนการทำกลุ่มบำบัดและอบรมถ่ายทอดแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานใหม่ เครือข่ายปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
๑๐. เป็นผู้แทนหน่วยงานร่วมจัดทำหลักสูตรอบรม คู่มือ ตำรา เอกสารวิชาการด้านการคัดกรอง การบำบัด การติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ผลงานวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของกระบวนการบำบัดผู้ติดสารเสพติดแบบวิถีใหม่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) (ชื่อเรื่องภาษาไทย) The Effectiveness of the New Normal Treatment Process Model on Addicted Patients in the COVID-๑๙ Pandemic Era (ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ)

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ผู้วิจัยปฏิบัติงานให้การปรึกษาเพื่อบำบัดเลิกสารเสพติดมาเป็นระยะเวลาเกินกว่า ๒๐ ปี ทั้งในส่วนของการป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเริ่มจากการคัดกรอง การตรวจประเมินด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัญหาองค์รวมในครอบครัว ชุมชน การประเมินระดับการติดสารเสพติดเพื่อแยกระดับและค้นหาปัญหาเชิงลึกส่วนบุคคล เพื่อให้สามารถเลือกกลวิธีในการช่วยเหลือแต่ละคนตามความเหมาะสม โดยใช้กระบวนการพยาบาล จนกระทั่งการวางแผนในการเตรียมชุมชน การติดต่อประสานกับชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน การติดตามเยี่ยมที่บ้านเพื่อประเมินการอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนติดต่ออีก ๑ ปี ผู้วิจัยมีประสบการณ์การทำงานและให้บริการการปรึกษาผู้รับบริการหลากหลายรูปแบบ ได้พัฒนากระบวนการให้บริการ ออกแบบกระบวนการให้บริการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายทั้งในหน่วยงานของตนเองและหน่วยงานนอกที่ขอความช่วยเหลือในการปรับปรุงระบบ และได้รับเชิญให้ถ่ายทอด/แลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนากระบวนการทำงานในเวทีแสดงผลงานวิชาการต่างๆ ทั้งในเรื่องการบำบัดเลิกบุหรี่ สุรา และสารเสพติด ที่ผ่านมาได้ประสานการบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งติดต่อประสานงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นผู้ให้ข้อมูลปฐมนิเทศเพื่อพิจารณารับตัวผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง เพื่อทำความเข้าใจกับผู้เข้าร่วมวิจัย และในขณะที่ทำการเก็บข้อมูลวิจัยด้วยตนเอง และอยู่ร่วมปรากฏการณ์จริงในพื้นที่ศึกษาผู้วิจัยใช้เวลาที่เพียงพอ หรือเก็บเข้าไปเข้ามาจนกว่าจะสามารถเก็บข้อมูลในระดับที่อิ่มตัว (Saturated) ทั้งนี้รวมถึงการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประวัติของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลแบบแผนการดำเนินชีวิต หรือการให้การให้เกียรติ เคารพต่อผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเหมาะสม สร้างความไว้วางใจในการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลสำคัญต่อผู้วิจัย เพื่อประโยชน์ในการได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ

๓.๒ ผู้วิจัยเก็บเกี่ยวประสบการณ์จากการศึกษาอบรมและการเรียนรู้รูปแบบการบำบัด และวิธีการที่หลากหลาย (Triangulation of data collection) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งที่หลากหลายจะช่วยให้ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบข้อมูลและแนวปฏิบัติที่น่าเชื่อถือ ซึ่งในที่นี้นักวิจัยมีการเก็บข้อมูลโดย ๑) การสัมภาษณ์ ๒) การสังเกต ๓) การสนทนากลุ่ม ๔) การใช้เอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องประกอบการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

๓.๓ ผู้วิจัยผ่านการแลกเปลี่ยนหรืออภิปรายความคิดกับเพื่อนนักวิจัย (Peer debriefing) ในกลุ่มนักบำบัดเพื่อนร่วมวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์และเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อหาความเหมาะสมและความถูกต้องในการทำการศึกษาวิจัยนี้ รวมถึงการได้แนวทางหรือมุมมองที่ช่วยเติมเต็มงานวิจัยให้มีคุณค่ามากยิ่งขึ้น

๓.๔ ผู้วิจัยใช้หลักการสร้างสัมพันธภาพที่ดี (Rapport) และยึดถือจรรยาบรรณวิชาชีพ รวมถึงข้อปฏิบัติ จรรยาบรรณสากลของพยาบาลผู้ให้การศึกษา (Universal Values) ในการให้บริการกับผู้ร่วมวิจัยตั้งแต่ กระบวนการแรกเริ่มของการวิจัยโดยการประสานงาน ชี้แจงวัตถุประสงค์ และความสำคัญของการวิจัยอย่างต่อเนื่องทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การแนะนำตัวผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยมีความคุ้นเคยและไว้วางใจนักวิจัย การสร้างสายสัมพันธ์จะช่วยให้นักวิจัยได้ข้อมูลที่เป็นจริงและน่าเชื่อถือ (Patton, ๒๐๐๒)

๓.๕ ผู้วิจัยมีประสบการณ์การพัฒนาระบบงานในการประเมินเพื่อขอรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่บำบัด สารเสพติด (HA ยาเสพติด) และได้ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข ๑ ใน ๗ แห่งแรกของประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๖ และยังคงได้รับการรับรองคุณภาพซ้ำ จวบจนปัจจุบัน

๓.๖ ผู้วิจัยได้รับเชิญให้นำเสนอผลงานทางวิชาการในผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ทั้งในเรื่องการบำบัด เลิกบุหรี่ การบำบัดเลิกสุรา และการบำบัดเลิกสารเสพติด ในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่หลากหลาย และล่าสุดได้รับ เชิญให้นำเสนอผลงานการพัฒนาระบบการบำบัดเลิกสารเสพติดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของของ โรค COVID-๑๙ ในงาน Service Plan Sharing และได้รับรางวัลชนะเลิศ Service Plan สาขาเสพติด

๓.๗ ผู้วิจัยเกิดการเรียนรู้ในการพัฒนาระบบบริการในสถานการณ์ความยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่ใช่ภาวะปกติ อันเกิดจากการแพร่กระจายเชื้อของโรคระบาดที่จะเป็นความเสี่ยงอันตรายทั้งตัวผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผู้วิจัยจึงมีความคิดที่จะศึกษาการให้บริการบำบัดแบบวิถีใหม่ ที่มีรูปแบบเป็นโมเดลเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง ของสถานการณ์ที่ทำให้ไม่สามารถรวมกลุ่มกันได้ เพื่อให้การบำบัดเลิกสารเสพติดได้อย่างต่อเนื่องและ ตอบโจทย์ในการคงไว้ซึ่งระบบบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาล และผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ดี

๓.๘ ผู้วิจัยได้มีโอกาสนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการ การดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดในชุมชนโดยให้โอกาสผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลไปด้วยกัน เพื่อมุ่งหวังให้เกิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการดังนี้

- การประเมินสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ โดยการสืบค้นหาความสัมพันธ์และผลกระทบของ สิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดปัญหาหรือผลกระทบต่อผู้ป่วยจนทำให้เกิดสารเสพติด การรวบรวมข้อมูลทุกด้าน โดยการพูดคุย ชักถามประวัติครอบครัว สภาพสิ่งแวดล้อม การศึกษา สังคม สิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่มีผล ในการนำไปสู่การใช้สารเสพติด

- การวินิจฉัยทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ ก่อให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลในการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ป่วย

- การวางแผนการพยาบาล เป็นการวางแผนในการจัดการกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ เพื่อจัดการ สภาพให้มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยอย่างบูรณาการ ทั้งในด้านความปลอดภัยต่อชีวิต จิตใจ อารมณ์ และสังคม

- การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการนำแผนการพยาบาลมาปฏิบัติเพื่อส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยสามารถ เผชิญหรือแก้ไขปัญหาหรือปรับกิจกรรมให้มีความเหมาะสมในการดำรงอยู่ตามสภาพได้ ซึ่งในการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดไม่ได้มีความมุ่งหมายในการรักษาเพียงผู้ป่วย แต่จะต้องคำนึงถึงครอบครัว ญาติพี่น้อง รวมไปถึง ชุมชน และไม่ได้ดูแลเฉพาะในเรื่องสารเสพติด แต่ต้องครอบคลุมไปถึงปัญหาสุขภาพ และความปลอดภัยของ ผู้ป่วยซึ่งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) พยาบาลผู้ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วย จะต้องปรับการให้บริการ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เพื่อดำรงไว้ซึ่งความปลอดภัยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

- การประเมินผลการพยาบาล เป็นการรวบรวมข้อมูลการจัดการปัญหา นำมาวิเคราะห์หาผลการ ดำเนินงาน ในที่นี้ ผู้วิจัยมีความมุ่งหวังที่จะได้ให้บริการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ จึงได้พัฒนาระบบการบริการในรูปแบบการบำบัดแบบวิถีใหม่ เพื่อตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดอันตรายกับสุขภาพของผู้ป่วยได้

นอกจากนี้การการปรับเปลี่ยนและปฏิบัติซ้ำๆเพื่อให้ได้รูปแบบเป็นแนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) จะทำให้เกิดการเรียนรู้ไปด้วยกันทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปเผยแพร่แก่ชุมชนและหน่วยงานบริการอื่นๆได้ การประสานงานที่ดีกับผู้บริหารและผู้นำในชุมชนของผู้วิจัย จะทำให้เกิดการบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชนเป็นอย่างดี

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาการแก้ไขปัญหาเสพติดของบุคลากรเสมือนเป็นการวิ่งไล่ตามการเปลี่ยนแปลง รสนิยม และรูปแบบการเสพยาของผู้มีปัญหาเสพติด ผู้วิจัยจึงมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนากระบวนการให้บริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และก้าวทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จึงต้องการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดมาปรับใช้เพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการให้เลิกยาได้สำเร็จแบบยั่งยืนต่อไป

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง มีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ดังนี้

- เพื่อศึกษากระบวนการบำบัดแบบวิถีใหม่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ของโรงพยาบาลบางบัวทอง

- เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการบำบัดแบบวิถีใหม่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ของโรงพยาบาลบางบัวทอง

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดไปทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในปี ๒๕๖๓ ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในทุกระบบการบำบัดรักษา ซึ่งกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดและแพร่กระจายเชื้ออยู่แล้ว เนื่องด้วยพฤติกรรมการใช้ยา การรวมกลุ่มสังสรรค์ การใช้อุปกรณ์การเสพร่วมกัน อันได้แก่ อุปกรณ์การสูบยาาร่วมกัน (รวมทั้งบุหรี่ไฟฟ้า) การดื่มสุราแล้วเดียวกัน เป็นต้น ประกอบกับการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูในระบบบังคับบำบัด ในช่วงแพร่ระบาดของโรคจะมีการเร่งรัดการปล่อยตัวชั่วคราวเพื่อป้องกันความแออัด (ปล่อยตัวออกจากเรือนจำ) และปรับแผนการบำบัดเป็นแบบไม่ควบคุมตัว แทนการบำบัดแบบควบคุมตัว ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากโอกาสการรับเชื้อในระหว่างการควบคุมตัวเพื่อรอตรวจพิสูจน์และรอคำวินิจฉัยจากคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ก่อนส่งบำบัดที่สถานพยาบาล ประกอบกับนโยบายจากกรมควบคุมโรคที่ช่วยลดความแออัดในสถานพยาบาล มุ่งเน้นให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉิน การให้บริการรายกลุ่มและผู้ป่วยอื่นที่ไม่มีอาการป่วยฉุกเฉิน อีกทั้งเจ้าหน้าที่มีภารกิจเพิ่มเพื่อรองรับสถานการณ์ COVID-๑๙ซึ่งก่อนหน้านี้ คลินิกฟ้าใสโรงพยาบาลบางบัวทองมีผู้รับบริการเลิกยาเสพติดเป็นจำนวนมาก(มากเป็นอันดับ ๑ ของจังหวัดนนทบุรี)ทั้งผู้รับบริการแบบสมัครใจที่เข้ามารับบริการด้วยตนเองหรือญาติพามา หรือที่ถูกส่งตัวมาจากปกครองผู้ซึ่งไม่สามารถเข้ารับการบำบัดในศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และผู้เข้ารับการบำบัดแบบบังคับที่ถูกส่งตัวมาเข้ารับการบำบัดโดยสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดนนทบุรี ทำให้กลุ่มบำบัดมีขนาดใหญ่ กลุ่มละ ๓๐-๔๐ คน/ครั้ง/วัน และมีความแออัดในการร่วมกลุ่มเป็นอย่างมาก เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเป็นอย่างยิ่งเพราะผู้เข้ารับการบำบัดบางรายเพิ่งออกจากเรือนจำ บางคนก็ผ่านการรวมกลุ่มมั่วสุมดูดยา ประกอบกับในขณะนั้นทางกรมควบคุมโรคมีหนังสือแจ้งงดกิจกรรมกลุ่มซึ่งหากยุติการบำบัดในขณะนั้นจะทำให้ผู้รับการบำบัดขาดโอกาสในการเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรม โดยเฉพาะผู้รับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด คดีจะยืดเยื้อ ขาดโอกาสหลายอย่างเช่นไม่สามารถสมัครงาน หรือทำหนังสือเดินทาง หรือทำบัตรประชาชนใหม่ได้ และเป็นโอกาสที่ผู้รับการบำบัดจะขาดการบำบัดหรือสูญหาย(Drop out)จากระบบบำบัดได้ ผู้วิจัยจึงคิดค้นวิธีที่จะให้บริการได้ต่อเนื่อง ให้ผู้รับบริการยังคงอยู่ในระบบ ลดความแออัดของกลุ่ม จำกัดจำนวนผู้รับการบำบัด กลุ่มละ ๑๐-๑๒ คน(จากเดิมกลุ่มละ ๓๐-๔๐คน) พัฒนาระบบการคัดเลือกผู้รับการบำบัดที่ให้ความร่วมมือดี เข้ารับการทำการกลุ่มบำบัดในรูปแบบออนไลน์ผ่านโทรศัพท์สมาร์ทโฟน ในรูปแบบ Video call line group บำบัด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ

ในระหว่างการเดินทาง ผู้บำบัดสามารถให้บริการจากที่บ้านได้ (work from home) ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ ได้รับการบำบัดครบทุกคนอย่างต่อเนื่องลดปัญหาการเลิกการบำบัดกลางคัน (Drop out) ได้

ในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคในระยะแรกเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ หลายหน่วยงานระงับการให้บริการบำบัดเลิกยาเสพติด แต่ทางคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลบางบัวทอง ได้ปรับการให้บริการบำบัดเลิกสารเสพติดตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) แก่ผู้รับบริการแบบวิถีใหม่โดยการลดความแออัดของกลุ่ม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ลดความเสี่ยงจากความแออัด ทำให้ผู้รับบริการได้รับการบำบัดได้อย่างต่อเนื่องแม้จะมีสถานการณ์เปลี่ยนแปลงป้องกันการขาดการบำบัด (Drop out) ของผู้รับการบำบัด ซึ่งในครั้งนั้นมีผู้เข้ารับการบำบัดในระบบ Video call line group บำบัดทั้งสิ้น ๔๖ ราย ได้อยู่บำบัดครบตามโปรแกรม ๑๒๐ วันทั้งสิ้น ๔๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๖๗ ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้เข้ารับการบำบัดแบบระบบ Video call line group บำบัดทั้งสิ้น ๔๐ ราย อยู่บำบัดครบตามโปรแกรมแค่ ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕ เนื่องจากปัญหาถูกเลิกจ้างงาน กลัวติดโรค เป็นห่วงทางบ้าน จึงกลับบ้านต่างจังหวัด ไม่มีโทรศัพท์ไม่สามารถติดต่อได้ทำให้ขาดการบำบัด (drop out) จากระบบบำบัด หลังจากสถานการณ์กลับสู่ปกติทางคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลบางบัวทองได้แจ้งให้ผู้รับบริการกลับมาให้บริการบำบัดที่โรงพยาบาลเหมือนเดิมจนกระทั่งมีการแพร่ระบาดของโรคระลอกใหม่จึงได้ปรับการให้บริการเป็นแบบวิถีใหม่อีกครั้ง โดยจัดทำการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ ปรับกระบวนการบริการให้เข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง เพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

๑) กระบวนการบำบัดผู้ติดยาเสพติดแบบวิถีใหม่ที่มีผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์การปฏิบัติงานและแนวปฏิบัติที่ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

๒) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

๓) แบบประเมินความรู้และทักษะชีวิต มีค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน ๒๐ (K.R.๒๐) = ๐.๘๖

๔) แบบประเมินความพึงพอใจ

๕) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่านเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบสถิติที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Paired t-test)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๕ คนคือผู้ติดยาเสพติดที่มารับบริการที่คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลบางบัวทอง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับการบำบัดด้วยเมทริกซ์โปรแกรมติดต่อกันเป็นระยะเวลา ๔ เดือน หรือ ๑๒๐ วัน ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดระหว่างวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๔- ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ เป็นการให้บริการกิจกรรมบำบัดตามแนวทางใหม่ โดยถือปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของกรมควบคุมโรค อันได้แก่ การสร้างระยะห่างทางสังคม (social distancing) สวมหน้ากากอนามัย (mask) เมื่อต้องมีการสัมผัสกันตั้งแต่ ๒ คนขึ้นไป ล้างมือบ่อยๆด้วยน้ำสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล ผ่านการคัดกรองความเสี่ยงในการติดเชื้อโดยการสอบถามประวัติการเดินทางมาจากถิ่นที่มีความชุกการติดเชื้อ การสัมผัสหรือใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ การลดความแออัดในการทำกิจกรรมร่วมกัน ในส่วนของการวิจัยนี้จะหมายถึงกระบวนการตั้งแต่ขั้นตอนการแรกเริ่มที่ผู้รับบริการทุกคนต้องผ่านจุดคัดกรอง สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล การเว้นระยะห่างทางสังคมเมื่อมีกิจกรรมการให้การศึกษา การมาร่วมเข้ากลุ่มบำบัดแบบนัดหมายล่วงหน้าเพื่อลดความแออัดไม่เกินกลุ่มละ ๑๐ คน/ครั้ง/กลุ่มเป็นระยะเวลานาน ๖ สัปดาห์เพื่อให้ผ่านพ้นระยะขาดยา (withdrawal) เพื่อป้องกันโอกาสการกลับไปเสพยาซ้ำหลังจากนั้นจะนัดหมายเข้ารับการบำบัดแบบ Video call Line group อีก ๑๐ สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มนัดหมายจำกัดกลุ่มละ ๑๐-๑๒ คน เลือกเวลาที่สะดวกเข้าร่วมกลุ่มเข้าหรือป่วย ในวันเปิดทำการ แล้วลงชื่อเลือกกลุ่ม เข้ารับการบำบัดสัปดาห์ละครั้ง ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะถ่ายเนื้อหาที่จะเรียนรู้ในโปรแกรมเมทริกซ์ลงในไลน์ให้กลุ่มสมาชิกได้อ่านทำความเข้าใจก่อนเวลา เมื่อถึงเวลานัด

หมายทำกลุ่มบำบัดครบกระบวนการผู้รับการบำบัดต้องตอบคำถามตามใบงานส่งในไลน์ส่วนตัวผู้บำบัดภายในวันนั้นทุกครั้งจนกระทั่งสิ้นสุดการบำบัด โดยที่ผู้เข้ารับการบำบัดไม่ต้องเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาล อาจจะอยู่บ้าน อยู่ต่างจังหวัด หรืออยู่ต่างประเทศ เพียงแค่เข้าร่วมในไลน์กลุ่มเมื่อถึงเวลานัดหมายจนครบกระบวนการบำบัด หลังจากนั้นจะนัดหมายมาเข้ารับการประเมินซ้ำที่โรงพยาบาล โดยที่จะมีการทดสอบแบบประเมินทักษะชีวิตก่อน และหลังการบำบัดทุกคน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

๑) ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการบำบัดแบบวิถีใหม่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ของโรงพยาบาลบางบัวทอง เป็นรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบกายจิตสังคมบำบัด (Matrix program) โดยใช้กระบวนการบำบัดใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย การบำบัด ๔ ระยะ ได้แก่ ระยะที่ ๑ เตรียมการบำบัด ระยะที่ ๒ บำบัดที่โรงพยาบาล ระยะที่ ๓ บำบัดแบบออนไลน์ ระยะที่ ๔ สรุปผลการบำบัดรวมระยะเวลาทั้งสิ้น ๔ เดือนหรือ ๑๒๐ วัน

๒) ประสิทธิภาพของกระบวนการบำบัดแบบวิถีใหม่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ของโรงพยาบาลบางบัวทอง ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๕ คนส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ ๘๘.๕๗ เพศหญิงร้อยละ ๑๑.๔๓ อายุเฉลี่ย ๓๓.๘๓ ± ๙.๒๙ ปี ระดับการศึกษาสูงสุดคือมัธยมศึกษาปีที่ ๓ เท่ากับร้อยละ ๔๕.๗๑ รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย ประถมศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงและปริญญาตรีเท่ากับร้อยละ ๒๕.๗๑, ๑๗.๑๔, ๘.๕๗ และ ๒.๘๖ ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ ๙๗.๑๔ ประเภทผู้เข้ารับการบำบัดแบบบังคับบำบัดร้อยละ ๘๕.๗๑ และแบบสมัครใจร้อยละ ๑๔.๒๙ จัดอยู่ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดร้อยละ ๕๗.๑๔ และกลุ่มผู้ติดร้อยละ ๔๒.๘๖ สารเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยาบ้าและยาไอซ์ ร้อยละ ๙๔.๒๙ และกัญชา ร้อยละ ๕.๗๑ ผลการประเมินความรู้และทักษะชีวิตหลังเข้าร่วมกระบวนการบำบัดแบบวิถีใหม่ของโรงพยาบาลบางบัวทอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = ๖.๓๑, S.D. = ๒.๑๘) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = ๒๖.๑๗ S.D. = ๒.๓๒) จากการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการบำบัดแบบวิถีใหม่โรงพยาบาลบางบัวทอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมการบำบัดสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -๔๘.๔๐$, $p < ๐.๐๕$) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเท่ากับ ๓.๘๘ (S.D. = ๐.๐๔) และรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้านได้แก่ด้านผู้ให้บริการด้านรูปแบบการให้บริการและด้านสถานที่ให้บริการเท่ากับ ๓.๙๐, ๓.๙๐ และ ๓.๘๕ ตามลำดับโดยคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด ($\bar{x}$ = ๔.๐๐) จำนวน ๔ ข้อ ได้แก่ เจ้าหน้าที่มีความอบอุ่น เป็นมิตรมีช่องทางการติดต่อขอรับบริการได้หลายช่องทางความพึงพอใจในรูปแบบการให้บริการ และมีความปลอดภัยจากความเสี่ยงการแพร่กระจายเชื้อหรืออุบัติเหตุต่างๆ

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ผลจากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการบำบัดแบบวิถีใหม่ของโรงพยาบาลบางบัวทอง พบว่า ข้อดีของการบำบัดแบบวิถีใหม่คือ การบำบัดแบบออนไลน์เป็นตัวช่วยที่ดีเพราะผู้ป่วยสามารถมีเวลาและพูดคุยถามตอบกับผู้บำบัดมากขึ้นทำให้เข้าใจกันมากขึ้น สะดวก เหมาะกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ลดความเสี่ยงต่อการติดโควิดเพราะไม่ต้องออกจากบ้าน เป็นอีกช่องทางช่วยให้บำบัดครบตามเวลาโดยไม่ต้องรอเชื้อโรคหมดไป ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และไม่ต้องหยุดงาน สามารถเข้ารับการบำบัดได้แม้ว่าจะอยู่ต่างจังหวัดหรืออยู่ต่างประเทศ ส่วนข้อจำกัดของการบำบัดแบบวิถีใหม่คือ ปัญหาเรื่องสัญญาณอินเทอร์เน็ต และตัวผู้บำบัดต้องรับผิดชอบตัวเอง ต้องหยุดการใช้จ่าย

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อโควิดและกลุ่มผู้สุขภาพดีสามารถเข้ารับการบำบัดแบบวิถีใหม่ของโรงพยาบาลบางบัวทองจนครบ ๑๒๐ วัน โดยไม่มีการขาดการบำบัด (drop out) ครบทั้ง ๓๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ผลการเลิกใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๖ เดือน พบว่า ผลการสุ่มตรวจปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่พบสารเสพติดทุกครั้งที่ตรวจและเมื่อบำบัดครบ ๖ เดือน รวมจำนวนคนละ ๓ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในทางบวกใน ๓ มิติ ดังนี้

๑.) มิติด้านร่างกายคือ สุขภาพดีขึ้น ดูดีขึ้น แข็งแรงขึ้นอ้วนขึ้นไม่อ้วนล้าไม่เจ็บป่วยบ่อยและสามารถทำงานได้ต่อเนื่องนานขึ้นไม่เหนื่อย

๒.) มิติด้านจิตใจคือร่าเริงกว่าเมื่อก่อน มีความสุขสุขภาพจิตดีขึ้น ไม่กลัวไม่กังวลมีความภาคภูมิใจที่สามารถเอาชนะใจตัวเองได้ มีข้อคิดและมุมมองให้คิดมากขึ้นจะได้ประคองใจตัวเอง ผ่อนคลายอารมณ์เย็นลงไม่อารมณ์ร้อนง่าย ไม่วุ่นวายมีสติมากขึ้น รู้สึกโล่งใจ ไม่กระวนกระวาย อ่อนโยนและจิตใจดี

๓.) มิติด้านสังคมแวดล้อมคือได้รับการยอมรับมากขึ้น กลับเข้าสังคมได้ สังคมให้การยอมรับ ครอบครัวและเพื่อนบ้านไว้วางใจมากขึ้น เพื่อนบ้านทักทายดี กล้าออกไปไหนมาไหนและได้รับความไว้วางใจให้ทำเรื่องต่างๆ มากขึ้น พ่อแม่ไว้วางใจเรื่องการเงิน การเข้าบ้านคนเดียว เข้างานสังคมได้ ทำให้มีแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง หันกลับมารักตัวเองมากขึ้นโดยมีครอบครัวภรรยาและลูกเป็นกำลังใจที่สำคัญ ผู้คนรอบข้างให้ความยอมรับจากการปฏิบัติว่าเลิกยาเสพติดได้แล้ว พ่อแม่ภูมิใจ

ด้านโอกาสกลับไปเสพซ้ำของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ตัวกระตุ้นสำคัญที่จะทำให้กลับไปเสพซ้ำด้านตัวผู้เสพ ได้แก่ ความเหงา ความเครียด ความเบื่อหน่าย การคบเพื่อนที่ยิงเสพยา และการมีเวลาว่างมากเกินไป ด้านสังคมและสภาพแวดล้อม ได้แก่ การชักชวนจากเพื่อน การดื่มเหล้า และปัญหาด้านการเงิน สำหรับการจัดการกับตัวกระตุ้นที่จะทำให้กลับไปเสพซ้ำมี ๒ รูปแบบ คือ วิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นด้วยตัวเอง ได้แก่ การมีสติที่จะหยุดความคิดอยากเสพยา นั้น อดทนและเข้มแข็ง และวิธีการป้องกันตัวกระตุ้น ได้แก่ การหางานอดิเรกทำหรือเป็นจิตอาสา ไม่ปล่อยใจว่าง ไม่พกเงินหรือเก็บเงินไว้กับตัว ไม่ไปหาเพื่อนที่เสพยา เปลี่ยนการคบเพื่อน หาเพื่อนใหม่ๆ ไม่กลับไปสถานที่เดิมที่เคยเสพยา และเลิกดื่มเหล้าซึ่งได้ทักษะการไม่กลับไปเสพซ้ำจากการร่วมกลุ่มบำบัด

ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ครอบครัวให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา และช่วยเหลือสนับสนุนเตือนสติให้นึกถึงวันข้างหน้า ครอบครัวรับฟังความคิดเห็น มีการพูดคุยกันมากกว่าเดิม คอยสนับสนุน ปรบปรบประคอง ให้อภัยและให้โอกาส คอยดูแลคอยเตือนแต่ไม่เคยซ้ำเติม ช่วยเหลือเรื่องการเงิน หางานหากิจกรรมให้ทำ ครอบครัวเป็นกำลังใจที่ดีที่สุด กลุ่มตัวอย่างสามารถตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตหลังสิ้นสุดการบำบัดได้ ด้านหน้าที่การงาน คือ จะตั้งใจหางานดีๆ ทำ จะทำงาน เก็บเงิน สร้างตัว สร้างชีวิตใหม่ และด้านครอบครัว คือ จะเป็นลูกที่ดีของพ่อแม่ จะเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ดีการกลับมารักตัวเอง อยากมีคุณภาพชีวิตที่ดี และไม่ยอมให้พ่อแม่เสียใจอีกเป็นแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากระบวนการบำบัดแบบวิถีใหม่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ของโรงพยาบาลบางบัวทอง เป็นการให้การพยาบาลทางไกลที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยเพิ่มทักษะชีวิตของผู้ติดเชื้อโควิดได้ แม้ว่าจะได้รับการบำบัดในขณะที่อยู่บ้านโดยไม่ต้องมารับการบำบัดที่โรงพยาบาล ถึงแม้จะพบข้อจำกัดในระหว่างกระบวนการบำบัด เช่น ความเสถียรของสัญญาณอินเทอร์เน็ต แต่ก็ไม่พบปัญหาการยุติการเข้ารับการบำบัดกลางคัน ดังนั้นผู้วิจัยเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมการบำบัดแบบวิถีใหม่ไปใช้เพื่อลดปัญหาการเลิกรับการบำบัดกลางคัน (Drop out) ของผู้รับการบำบัดเมื่อมีการยกเลิกนัดหมายที่โรงพยาบาลได้ และสามารถนำรูปแบบการบำบัดดังกล่าวไปปรับใช้ในสถานการณ์อื่นๆ

ที่ผู้รับบริการไม่สามารถเข้ามารับการบำบัดที่โรงพยาบาลได้ เช่นโรคระบาดอื่นๆหรือภาวะภัยพิบัติต่างๆเป็นต้น ดังนั้น หน่วยงานที่ปฏิบัติงานบำบัดยาเสพติดหรือหน่วยงานบริการอื่นๆควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้ ในกรณีที่มีเหตุจำเป็นต้องยกเลิกการนัดหมายเพื่อเข้ารับการบำบัดที่โรงพยาบาล เช่น สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อต่างๆ สถานการณ์ภัยพิบัติ หรือกรณีผู้เข้ารับการบำบัดมีการย้ายถิ่นหรือมีการเดินทางระหว่างบำบัด เป็นต้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑) ด้านหลักสูตรการบำบัด ผู้วิจัยต้องคิดค้นกลวิธีการในการถ่ายทอดที่จะยังคงความสมบูรณ์ของหลักสูตรเอาไว้ ให้เหมือนหรือใกล้เคียงกับการให้บริการบำบัดแบบในโรงพยาบาลเต็มรูปแบบ โดยอาศัยประสบการณ์และการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

๒) ด้านระยะเวลา ผู้วิจัยต้องใช้ทักษะและความพยายามอย่างสูงที่จะสร้างแรงจูงใจให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้เข้าร่วมการบำบัดทุกครั้งไม่ขาดหายไป โดยการฝึกการให้บริการแบบกลุ่มในโรงพยาบาลก่อน เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความผูกพันระหว่างกลุ่ม สร้างบรรยากาศความสนุกสนาน ไม่ตึงเครียดจนเกินไป เพื่อให้ผู้รับบริการผ่อนคลาย เปิดใจให้ข้อมูล และยอมรับกติกา มารยาทในการร่วมกลุ่ม จนกระทั่งมาร่วมกลุ่มแบบ online เพื่อให้กลุ่มคงสภาพ ต้องติดตามสมาชิกให้มาเข้าร่วมกลุ่มให้ครบในทุกครั้ง ต้องใช้ความยืดหยุ่น ให้อ่อนผ่อนตามเพื่อให้สมาชิกยังคงอยู่ในระบบ เพื่อให้ระยะเวลาและโปรแกรมของกลุ่มปรับกระบวนการความคิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เข้ารับการบำบัดให้สามารถเลิกยาเสพติดได้ในที่สุด

๓) ด้านการประเมินความเสี่ยงการกลับไปเสพยา เนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดไม่ได้เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลทุกครั้งเหมือนก่อน จึงไม่ได้รับการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดในการรับบริการแบบ online ผู้วิจัยต้องใช้ทักษะอย่างสูงในการสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ เสริมแรงพลังบวก เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้มีความเชื่อมั่นในตนเอง ภาควิชาใจในตนเองที่จะคงสภาพการหยุดใช้ยา นอกจากนี้ผู้วิจัยยังต้องมีทักษะในการสังเกตพฤติกรรม คำพูด การโต้ตอบระหว่างการทำกิจกรรมกลุ่ม การตอบคำถามในใบงาน เพื่อค้นหาความเสี่ยงในความคิดที่จะไปใช้ยาซ้ำ หรือพฤติกรรมแสดงออกว่าใช้ยาเสพติด จึงจะแจ้งให้เข้ามารับการตรวจปัสสาวะในโรงพยาบาล

๔) ด้านความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นที่ทราบกันดีว่าจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค โควิด-๑๙ จึงเป็นอุปสรรคในการให้บริการบำบัดเลิกยาเสพติด เนื่องจากการบำบัดรักษาคือการให้คำปรึกษา ไม่ว่าจะเป็น การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling) การให้คำปรึกษารายกลุ่ม (Group Counseling) การให้คำปรึกษารายครอบครัว (Family Counseling) หรือการใช้กระบวนการด้านเทคนิคในการให้จิตบำบัดต่างๆ ล้วนแล้วแต่จะต้องเป็นการพูดคุยจึงต้องใช้ความใกล้ชิด การสร้างสัมพันธภาพย่อมมีโอกาสในการติดเชื้อได้ หากฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดมีการติดเชื้อ โดยอาจรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว จึงมีความยุ่งยากซับซ้อนในการคิดค้นเพื่อปรับกระบวนการในขั้นตอนต่างๆเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนตั้งแต่แรกเริ่ม ผู้รับบริการทุกคนจะต้องไปตรวจประเมินคัดกรองความเสี่ยงการติดเชื้อที่จุดบริการตรวจโรคทางเดินหายใจ(ARIคลินิก) ติดสติ๊กเกอร์ว่าผ่านการคัดกรอง สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล เมื่อเข้ามาในห้องให้คำปรึกษาต้องเว้นระยะห่างทางสังคม สวมกระบังป้องกันใบหน้า(Face shield) หรือมีแผ่นพลาสติกคั่นระหว่างบุคคล ในห้องต้องเป็นห้องที่เป็นระบบเปิด อากาศถ่ายเท ไม่เปิดเครื่องปรับอากาศซึ่งเป็นเรื่องยากที่ทุกคนต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ จึงทำให้เกิดความเครียด ความอึดอัดในการดำเนินกิจกรรมด้วยความยุ่งยากซับซ้อนของขั้นตอนการรับบริการ ท่ามกลางความกลัว หวาดระแวงว่าจะมีสมาชิกคนใดติดเชื้อ หรือนำเชื้อมาแพร่ให้สมาชิกคนอื่นๆ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาคือให้บริการได้เฉพาะผู้รับบริการที่มีโทรศัพท์ smart phone และผู้ที่มีสัญญาณ Internet/Wi-fi เท่านั้น บางครั้งเกิดความขัดข้องของระบบสัญญาณ การเชื่อมต่อ ทำให้เป็นอุปสรรคในการสื่อสาร และผู้รับบริการไม่ได้ตรวจสอบสภาวะทุกสัปดาห์ จึงทำให้ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าไปเสฟซ้ำหรือไม่

๙. ข้อเสนอแนะ

ผู้รับบริการทุกคนควรได้รับการนัดหมายมารับการบำบัดแบบ onsite ในโรงพยาบาลก่อน เพื่อเตรียมความพร้อม และฝึกทักษะ มารยาท กฎกติกาในการทำกลุ่มบำบัดผู้รับบริการบำบัดแบบ VDO Call line Group ก่อนเข้าร่วมกลุ่มบำบัดต้องเตรียมความพร้อมของโทรศัพท์ ชาร์ตแบตเตอรี่ให้เต็ม มีสัญญาณ internet/wifi แจ้งญาติไม่โทรเข้าเครื่องโทรศัพท์ในระหว่างเวลาดังกล่าว อยู่ในที่ที่เหมาะสม ไม่มีเสียงรบกวนใดๆ ห้ามขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร ผู้รับบริการจะต้องเตรียมความพร้อมในการบำบัดโดยการอ่านทำความเข้าใจในเนื้อหาที่ทางเจ้าหน้าที่ได้ส่งให้ล่วงหน้าก่อนเวลาเข้าร่วมการบำบัด เพื่อทำความเข้าใจเตรียมคำถามในข้อที่สงสัย เพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน ส่วนผู้ที่ไม่มีความพร้อมจะรับการบำบัดตามโปรแกรมทางผู้บำบัดจะนัดมาบำบัดรายบุคคลที่โรงพยาบาล ส่วนในรายที่ประเมินแล้วมีความเสี่ยงสูงที่จะเสฟซ้ำให้นัดมาให้คำปรึกษารายบุคคลและตรวจปัสสาวะที่โรงพยาบาล

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ได้รับการเผยแพร่ในวารสารพุทธจิตวิทยา (JBP) ISSN-๒๕๓๙-๕๗๘๕ ISSN (Online) ๒๗๗๔-๑๐๙๕ วารสารในฐาน ๑ TCI โดยได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer review) ตามขั้นตอนและได้รับการเผยแพร่ในวารสารพุทธจิตวิทยา ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม) ๒๕๖๖

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางพิมพ์ลภัส บัวครั้น สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %.....
 ๒).....-.....สัดส่วนของผลงาน.....-.....
 ๓).....-.....สัดส่วนของผลงาน.....-.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

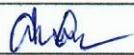
(นางพิมพ์ลภัส บัวครั้น)

(ตำแหน่ง)พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๑ / ธันวาคม / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางพิมพ์ลภัส บัวครั้น	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวอรทัย กิตตินุกุลกิจ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๑ / ธันวาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายวิทยา วิริยะมนต์ชัย)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง

(วันที่) ๒๑ / ธันวาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
๒๙ ม.ค. ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอบางบัวทอง

๒. หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบัน ปัญหายาเสพติดยังคงมีแนวโน้มที่เป็นปัญหาสำคัญในชุมชนมากขึ้น และเป็นสาเหตุของการก่อความรุนแรงในชุมชน เช่น การทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทะเลาะวิวาท ช่มชู้ ชิงทรัพย์ ไปจนถึงการฆ่า การสังหารหมู่ และการก่อเหตุการณสะเทือนขวัญตามข่าวอยู่เนืองๆ และในทางกฎหมายจะถือว่าผู้ก่อเหตุเป็นผู้ป่วยไม่สามารถถือเอาความผิดหรือเรียกร้องความเสียหายได้ การติดสารเสพติดเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกิดขึ้นทีละน้อย จากการใช้ยาเป็นครั้งคราวสู่การใช้ถี่ขึ้น จนใช้ทุกวัน วันละหลายครั้ง ซึ่งเมื่อใช้บ่อยๆ อย่างต่อเนื่อง จะนำไปสู่ภาวะ "สมองติดยา" โดยที่สารในตัวยาคจะเข้าไปทำลายสมองส่วนคิด ทำให้การใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลเสียไป สมองส่วนอยากจึงเข้ามามีอิทธิพลเหนือสมองส่วนคิด โดยเฉพาะช่วงอยากสารเสพติด ทำให้ผู้เสพติดทำอะไรตามใจ ตามอารมณ์มากกว่าเหตุผล ผู้ที่ใช้สารเสพติดจึงมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา เช่น อารมณ์ก้าวร้าว หงุดหงิด ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ขาดความยับยั้งชั่งใจ นำไปสู่ความรุนแรงในสังคมที่พบเห็นอยู่บ่อยๆ และหากติดตามผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดไปนานๆ จะพบว่า ส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น เป็นโรคจิตหวาดระแวง ประสาทหลอนเรื้อรัง มีภาวะสมองเสื่อมขณะเดียวกัน ผู้ป่วยทางจิต ที่อยู่ระหว่างการรักษา แล้วไปดื่มสุรา สูบบุหรี่ เสพยาบ้า หรือ กัญชา ซึ่งเป็นข้อห้ามสำคัญที่ไม่ควรทำในระหว่างการรักษา ซึ่งนอกจากจะทำให้ผลการรักษาไม่ดีแล้ว ยังทำให้การกำเริบของโรคเร็วขึ้น เพราะสารเสพติดเหล่านี้ จะไปมีปฏิกิริยากับยาที่รักษาอยู่ ทำให้ยาหมดฤทธิ์ ไม่เพียงพอในการควบคุมอาการอาการจึงกำเริบขึ้น นำไปสู่ความรุนแรงในสังคมเช่นเดียวกัน จึงต้องได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างทันท่วงที การไม่ข้องเกี่ยวกับยาเสพติดทุกชนิด จึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด (เจษฎา โชคดำรงสุข.๒๕๖๓)

ผู้ที่ใชยาหรือสารเสพติดอย่างต่อเนื่องนานๆจะส่งผลให้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และมักก่อความรุนแรง สร้างความเดือดร้อน ไม่สงบในชุมชน ทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น เรียกว่าผู้ป่วย SMI-V หรือผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) นายแพทย์กิตต์กวี โพธิ์โน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ กล่าวว่า โรคจิตอันเนื่องมาจากการใช้สารเสพติดนั้น เกิดจากผู้เสพมีการใช้สารเสพติดมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง รวมถึงชนิดและความถี่ของการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง "แอมเฟตามีนและสารระเหย" ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง ทำให้เกิดอาการจิตประสาทหลอนได้ง่าย โดยผู้เสพจะมีอาการ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพหลอน ซึ่งจะเป็นอยู่ครั้งคราวเมื่อมีการใช้สารเสพติดนั้น และหากมีการใช้เป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดอาการทางจิตอย่างถาวรได้ ซึ่งอาการจะคล้ายกับผู้ป่วย "โรคจิตเภท" คือนอกจากหวาดระแวง มีหูแว่ว หลงผิดแล้วยังไม่สามารถรับรู้โลกความเป็นจริง มีความบกพร่อง ขาดการดูแลตนเองและการดำรงชีวิตประจำวันอีกด้วยทั้งนี้ "แนวทางสังเกตผู้ป่วยติดยาก่อนก่อเหตุรุนแรง" คือ "ชอบแยกตัว ไม่สนใจสิ่งพูดจากับใคร หงุดหงิดง่าย พูดเสียงดัง โมโหง่าย บางรายมีอาการกระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง บ่นพึมพำคนเดียว ประสาทหลอน ตลอดจนอาจมีอาการมาก เช่น เตรียมสะสมอาวุธ พูดบ่นคนเดียวว่าจะมีคนมาทำร้าย ระแวง กลัว หรือพูดบ่นจะทำร้ายผู้อื่น"

จากสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นบ่อยๆ จะเห็นได้ชัดเจนว่า ในระยะหลังๆ เรื่องของความรุนแรงเกี่ยวข้องกับการเข้าถึง หรือการได้รับสารเสพติด โดยเฉพาะตัวที่ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ก็คือกลุ่มของยาบ้า

จากข้อมูลผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชทั่วประเทศ ปี ๒๕๖๔ พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชที่ติดยาบ้า ๑๕๕,๖๓๑ คน และติดสารเสพติดอื่นๆ ๒๐๔,๙๘๔ คน การเก็บข้อมูลของกรมสุขภาพจิต ยังพบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชจากเสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการรักษาในแต่ละปีมีถึงหลัก ๑๐๐,๐๐๐ คน ในจำนวนนี้ครึ่งหนึ่งเป็นผู้ที่ก่อความรุนแรงด้วย ซึ่งเป็นตัวเลขที่น่าตกใจ ตัวเลขที่น่าเป็นห่วง คือ ข้อมูลล่าสุด ในปี ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยจิตเวชจากการเสพยาเสพติดก่อความรุนแรงรายใหม่ ๓,๕๒๗ ราย ซึ่งเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๔ อยู่ที่ ๒,๗๘๓ ราย เมื่อย้อนกลับไปอีกใน ปี ๒๕๖๓ อยู่ประมาณ ๑,๔๖๓ ราย การเพิ่มขึ้นแบบนี้ทำให้น่าเป็นห่วง ปัจจุบันมียอด ๒๗,๕๑๘ ราย สิ่งที่น่าห่วงก็คือผู้เสพยาติดยาใหม่ ครั้งแรกๆ ของการก่อความรุนแรง คาดการณ์ไม่ได้ว่าจะเกิดกับใครปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก่อความรุนแรง โดยหลักการแล้วคงจะอธิบายได้ด้วยการทำงานของสมอง ซึ่งเป็นส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ควบคุมพฤติกรรมจะทำงานได้น้อยลง และมีการใช้สารเสพติดที่ลดการยับยั้งชั่งใจ ผลพวงของผู้ป่วยทางจิตเวช ที่มีสาเหตุ หรือถูกซ้ำเติมจากการกลับไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด เช่น การเสพยาบ้าจนสมองเกิดภาวะฟั่นเฟือน กลายเป็นโรคทางจิตเวชที่เรื้อรัง ต่อให้กลับไปเสพ หรือไม่เสพ แต่หากสมองเสียหายไปแล้วก็ยิ่งเกิดอาการได้ ส่วนอีกกรณีคือ การที่สมองเสียหายไปเรื่อยๆ และยังกลับไปเสพยาอีก ก็จะทำให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น

นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี อธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ขอแบ่งสารเสพติดเป็นสุรา กับยาเสพติดตัวอื่น ๆ ซึ่งยาเสพติดที่ก่อให้เกิดอาการทางจิตมากมีหลายตัว อาทิ ยาบ้า กัญชา และสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท การใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ก็เพื่อให้เกิดความเมา บรรเทาความเครียด บรรเทาความวิตกกังวล บรรเทาภาวะซึมเศร้า ให้ลืมเรื่องทุกข์ เกิดความสบายใจ เป็นเหตุจูงใจทำให้อยากใช้ต่อ แต่พอใช้ไปสักพักแทนที่จะบรรเทาอาการข้างต้น ก็กลายเป็นด้านลบอย่างรุนแรงไปเลยอาการทางจิตจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการเสพยาเสพติดเข้าไปในปริมาณมาก ๆ ติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ขาดสติ หวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อาจทำร้ายตัวเองและผู้อื่น เหมือนข่าวที่เห็นกันอยู่บ่อยๆ ที่ผู้เสพยาปิ่นป้ายขึ้นไปบนเสาไฟฟ้าหรือที่สูงเพราะฤทธิ์ยาเป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเหตุที่มาส่งเสริมให้เกิดอาการก่อความรุนแรงมักมาจากการใช้สารเสพติดซ้ำนั่นเอง

เกณฑ์การประเมินเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการหรือพฤติกรรมในข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย ๑ ข้อ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- มีประวัติการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรงโดยตั้งใจจะเสียชีวิตตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน
- มีประวัติการก่อความรุนแรงทำร้ายผู้อื่นหรือสร้างความรุนแรงในชุมชนตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน
- อาการทางจิตปัจจุบันของผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดหวาดระแวง เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น
- มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรงตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน(คดีความผิดเกี่ยวกับชีวิต ร่างกายและเกี่ยวกับเพศ)

ซึ่งเหตุการณ์ที่จะเกิดภาวะวิกฤติในผู้ป่วยเหล่านี้มักเกิดขึ้นในชุมชนส่วนใหญ่จากสาเหตุการใช้สารเสพติด การขาดยา การไม่พบแพทย์ตามนัด จนทำให้อาการกำเริบ คนในชุมชนหวาดกลัว กระทั่งต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ญาติไม่สามารถจัดการกันเองได้ จำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่เฉพาะซึ่งแม้แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองก็อาจจะไม่สามารถมาได้ทันต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน อาจทำให้เกิดผลกระทบต่ตัวผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชนได้ และบางครั้งอาจเกิดอันตรายถึงชีวิต ดังนั้นในฐานะพยาบาลผู้ดูแลสุขภาพในชุมชนจำเป็นต้องพัฒนากระบวนการในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ให้เป็นระบบและมีทิศทางเดียวกัน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ อยู่ในระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง ลดการกำเริบซ้ำและลดความรุนแรงต่อผู้ป่วยครอบครัวและสังคม โดยความร่วมมือของเครือข่ายหน่วยงานในพื้นที่ในชุมชนเช่น ตำรวจ ปกครอง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้สามารถร่วมเป็นทีมผู้ดูแลความเรียบร้อยในชุมชน เพราะเข้าถึงชุมชนได้ง่ายและมีส่วนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้เป็นอย่างดี จึงจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพให้มีความสามารถในการเฝ้าระวัง ดูแลช่วยเหลือตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนและส่งต่อกรณีเกินความสามารถในการดูแลได้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชนมีมากขึ้น ดังนี้

- ตามประมวลกฎหมายใหม่ยาเสพติดปี๒๕๖๔ มีการกำหนดโทษเกี่ยวกับยาเสพติดลดลง เป็นการใช่วิธีการที่ปลอดภัย ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้เสพ ผู้ติดยาเข้ารับการรักษาแบบสมัครใจถึงแม้จะถูกดำเนินคดีส่งฟ้องศาล แต่ศาลก็จะพิจารณาให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดซ้ำ ทำให้ผู้เสพไม่เกรงกลัวต่อกฎหมาย และใช้ยาเสพติดต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการทางจิต ก่อเหตุอันตรายกับผู้อื่น ญาติจึงจะตระหนักในการส่งตัวเข้ารับการรักษา ยกตัวอย่างเช่นมาตรา ๑๑๓ ผู้ใดยกเหตุว่าตนได้เสพยาเสพติดตามมาตรา ๑๖๒ หรือมาตรา ๑๖๓ หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์เพื่อเสพยาตามมาตรา ๑๖๔ และได้สมัครใจขอเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลยาเสพติดก่อนที่เจ้าพนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจจะตรวจพบ อีกทั้งได้ปฏิบัติครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา จนได้รับการรับรองเป็นหนังสือว่าเป็นผู้ผ่านการบำบัดรักษาเป็นที่น่าพอใจจากหัวหน้าสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้ผู้นั้นไม่มีความผิดในมาตราดังกล่าว มาตรา ๑๑๔ ในกรณีที่เจ้าพนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจตรวจพบผู้ที่มีพฤติการณ์อันควรสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติดตามมาตรา ๑๖๒ หรือมาตรา ๑๖๓หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดเพื่อเสพยาตามมาตรา ๑๖๔ ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่น ซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล ไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม หรือมีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคมที่เกิดจากโรคทางจิตและประสาท หรืออาการที่เกิดจากฤทธิ์ของยาเสพติดที่ใช้ และสมัครใจเข้ารับการรักษา ให้เจ้าพนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจส่งตัวผู้นั้นไปสถานพยาบาลยาเสพติด หรือศูนย์คัดกรองต่อไป เมื่อผู้สมัครใจเข้ารับการรักษาตามวรรคหนึ่งเข้ารับการรักษาและปฏิบัติครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา จนได้รับการรับรองเป็นหนังสือว่าเป็นผู้ผ่านการบำบัดรักษาเป็นที่น่าพอใจจากหัวหน้าสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้ผู้นั้นไม่มีความผิดในมาตราดังกล่าว

หากผู้เข้ารับการรักษาตามวรรคหนึ่งหลบหนีหรือไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาจนครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา ให้สถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจัดทำประวัติ ข้อมูล และพฤติการณ์ของผู้หลบหนีหรือไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาให้เข้ารับการรักษาตามวรรคหนึ่ง

- ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ทำให้มีการเข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายขึ้น สามารถสั่งซื้อได้ทางอินเทอร์เน็ต ราคาถูกจากเม็ดละ ๒๐๐-๓๐๐ บาท ในปี ๒๕๖๐ เหลือราคาเม็ดละ ๒๐-๓๐ บาท ในปัจจุบัน (ข้อมูลจากเจ้าพนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในพื้นที่ประชุมยาเสพติดอำเภอบางบัวทองประจำเดือน ตุลาคม ๒๕๖๖)

- ความชุกของยาเสพติดในอำเภอบางบัวทองส่วนใหญ่เป็นยาเสพติดชนิดกระตุ้นระบบประสาท

ตารางการจำแนกชนิดสารเสพติดที่ใช้ในอำเภอบางบัวทองปี๒๕๖๓-๒๕๖๖

ปีงบประมาณ	ชนิดสารเสพติด					
	ยาบ้า	ไอซ์	กัญชา	กระท่อม	อื่นๆ (ยาเค/เฮโรอิน/กาว/ ๔x๑๐๐/ยาโปร)	รวม
๒๕๖๓	๙๔ ๓๙.๕๐%	๘๕ ๓๕.๗๑%	๕๐ ๒๑.๐๑%	๔ ๑.๖๘ %	๕ ๒.๑ %	๒๓๘ ๑๐๐%
๒๕๖๔	๖๖ ๕๕.๔๖%	๓๕ ๒๙.๔๑%	๙ ๗.๕๖%	๓ ๒.๕๒%	๖ ๕.๐๔%	๑๑๙ ๑๐๐%
๒๕๖๕	๓๕ ๖๐.๓๔%	๑๐ ๑๗.๒๔%	๙ ๑๕.๕๒%	๐ ๐%	๔ ๖.๙๐ %	๕๘ ๑๐๐%
๒๕๖๖	๓๐๘ ๘๓.๖๙%	๘ ๒.๑๗%	๔๓ ๑๑.๖๘%	๒ ๐.๕๔%	๗ ๑.๙๒%	๓๖๘ ๑๐๐%

*ข้อมูลจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ(บ.ส.ต.)วันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๖๖ ซึ่งสารเสพติดชนิดกระตุ้นระบบประสาทจะมีผลต่อจิตใจและร่างกาย ดังนี้

สารกระตุ้นประสาทจะออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของสมองส่วนกลาง ทำให้รู้สึกตื่นตัวกระฉับกระเฉง อดทนต่อการทำงานได้มากขึ้น จิตใจสดชื่น รู้สึกว่ามีพลัง เก่ง ฉลาด มีความมั่นใจ สูง ปลดปล่อยตนเอง ในการเข้าสังคม พูดคุยเก่งขึ้น และเกิดอารมณ์สุขแบบพุ่งสูง หรือสุขแบบ ตื่นในระดับมากน้อยต่างกันไปตามชนิดสาร นอกจากนี้ยังเพิ่มประสาทสัมผัสการรับรู้ทั้งทางภาพ เสียง การสัมผัส เพิ่มความต้องการและสมรรถภาพทางเพศแต่ได้ผลเฉพาะเมื่อใช้สารในขนาดต่ำ เท่านั้น และยังมีผลเสียที่กระทบต่อร่างกายในระยะต้นเมื่อใช้สารกระตุ้นประสาท เช่น ทำให้ปวด ศีรษะ กระสับกระส่าย วิดกกังวล หงุดหงิด นอนไม่หลับ ก้าวร้าว อารมณ์รุนแรง ฉุนเฉียว หวาด ระแวง รู้สึกว่ามีแมลงไต่ตามผิวหนัง อ่อนหภูมิร่างกายสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็ว และความดันโลหิตขึ้น สูง รุ่มาตาขยาย ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ลดความอยากอาหาร และลดการตอบสนองทางเพศ เมื่อใช้สารกระตุ้นประสาทจำพวกเมทแอมเฟตามีนเกินขนาด อาจทำให้เกิดอาการชัก ใช้ขึ้นสูง เกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ สารกระตุ้นประสาทบางตัว สามารถทำให้เกิดอาการทางจิตประสาท เช่น ความเชื่อหลงผิด (delusion) หวาดระแวง (paranoid delusion) ได้ยินเสียงหูแว่ว (auditory hallucination) หรือ เห็นภาพหลอน (visual hallucination) ได้ โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีน และโคเคน ผลจากการศึกษาโดยกลุ่มผู้วิจัยจาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและเขต พบว่า สารเมทแอมเฟตามีนพบในกลุ่มผู้ใช้สารได้สูงราวร้อยละ ๔๐ ของผู้ใช้สาร โดยมีปัจจัยด้านพันธุกรรม ปริมาณการใช้ ความรุนแรงของการติดยา อายุน้อย ขณะเริ่มใช้สาร การใช้สารเสพติดอื่นร่วม รวมไปถึงบุคลิกภาพบางชนิด เช่น บุคลิกภาพแบบอันธพาล อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการจิตหวาดระแวงจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีนได้

- ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงหรือ Serious Mental Illness with High Risk to Violence (SMI-V) เข้าสู่ระบบการบำบัดน้อยลงเนื่องจากการปรับ กฎหมายยาเสพติด ดังข้อมูล

ตารางแสดงข้อมูลการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเสี่ยงก่อความรุนแรง
ของอำเภอบางบัวทองปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖

ปี	จำนวนเข้ารับการรักษา(คน)	จำนวนบำบัดครบ(คน)	ร้อยละ
๒๕๖๔	๒๓	๒๑	๗๓.๙๑
๒๕๖๕	๑๐	๘	๘๐
๒๕๖๖	๘	๗	๖๒.๕

*ข้อมูลจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บ.ส.ต.)วันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๖๖ จากข้อมูลตารางวิเคราะห์ได้ว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงหรือ Serious Mental Illness with High Risk to Violence (SMI-V) เข้าสู่ระบบการบำบัดน้อยลง ทั้งๆที่ในความเป็นจริงมีจำนวนมากขึ้น สอบถามไปทางโรงพยาบาลศรีธัญญาได้ข้อมูลว่าในปี ๒๕๖๖ ได้รับผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรงจากอำเภอบางบัวทองไว้ดูแลทั้งสิ้น ๔๕ ราย และจะสังเกตได้ว่ามีผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้นจากข้อมูลข่าวการเกิดเหตุการณ์รุนแรงรายวัน เนื่องจากข้อกฎหมาย อ่อนลง ไม่สามารถบังคับ ควบคุมให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดตามระบบได้

จากข้อมูลดังกล่าว ประกอบกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของจังหวัดนนทบุรี ปี ๒๕๖๗ มุ่งพัฒนาระบบการดูแล/เฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ร่วมกับ โรงพยาบาลศรีธัญญา นำร่องโดยโรงพยาบาลบางบัวทอง เพื่อจะสร้างระบบในการพัฒนาการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงหรือ SMI-V เพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือไม่ให้อาการกำเริบ สามารถอยู่ร่วมโดยสงบในชุมชนได้

ผู้ขอรับการประเมินได้ทำการวิเคราะห์สภาพองค์กร เพื่อค้นหา จุดแข็ง จุดเด่น จุดด้อย หรือสิ่งที่อาจเป็นปัญหาสำคัญในการดำเนินงานในรูปแบบ SWOT Analysis : ดังนี้

๑) Strengths – จุดแข็งหรือข้อได้เปรียบขององค์กร (ปัจจัยภายใน)

เนื่องจากโรงพยาบาลบางบัวทองมีจุดแข็งหรือข้อเด่น ดังนี้

- มีจิตแพทย์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้แบบ full time
- มีทีมบุคลากรรองรับการดำเนินงานจิตเวชและยาเสพติด พยาบาล ๓ คน/นักจิตวิทยา ๑ คน/นักวิชาการสาธารณสุข ๑ คน และได้รับการพัฒนาศักยภาพเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และเฉพาะทางด้านยาเสพติด มีศักยภาพเป็นวิทยากรต้นแบบถ่ายทอดความรู้เฉพาะด้านได้ ประกอบกับมีการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลให้สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

- มีเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็ง ผ่านการถ่ายทอดความรู้ พัฒนาศักยภาพ ทั้งส่วนของ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ผู้นำชุมชน ฯลฯ

- เป็นโรงพยาบาลขนาด M๒ (A) จำนวนเตียง ๖๐เตียง เพียงจริง ๑๑๐ เตียง มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดแบบผู้ป่วยใน (มีนิติบัญญัตินักขัง) ได้

- มียาและเวชภัณฑ์รวมถึงวัสดุ อุปกรณ์ ในการให้บริการอย่างเพียงพอ

- มีโรงพยาบาลแม่ข่าย (พระนั่งเกล้า) และโรงพยาบาลศูนย์ (ศรีธัญญา) อยู่ใกล้ สามารถประสานส่งต่อได้ถ้าเกินศักยภาพ

๒) Weaknesses – จุดอ่อนหรือข้อเสียเปรียบขององค์กร (ปัจจัยภายใน)

- ผู้รับบริการมีจำนวนมากทั้งผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติด/บุหรื /สุรา ทำให้บุคลากรแต่ละคน มีภาระงานมาก ต้องดูแลทั้งผู้ป่วยในเขตความรับผิดชอบ และเขตพื้นที่ใกล้เคียง รวมถึงในชุมชน ซึ่งภารกิจมีทั้งการให้ความรู้แก่ชุมชนเพื่อป้องกัน การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การติดตามเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ การเป็นวิทยากร การประสานงาน การประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

- โครงสร้างของสถานที่ยังไม่มีความพร้อมสำหรับดูแลผู้รับบริการที่ยังมีภาวะคุกคามหรือเสี่ยงทำร้ายผู้อื่น

- ยังขาดทีมบุคลากรในการดูแลในระบบผู้ป่วยใน

๓) Opportunities – โอกาสที่จะทำให้องค์กรดำเนินการได้(ปัจจัยภายนอก)

- ประสานความร่วมมือจากสหวิชาชีพ และองค์กรภายนอก รวมถึงเครือข่ายในชุมชน ในการร่วมแรงร่วมใจดูแลผู้ป่วย

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้

- จัดเวทีการประชุมเพื่อร่วมกันหาแนวทางพัฒนาระบบการดูแลร่วมกัน

๔) Threats - อุปสรรค ขัดจำกัด หรือปัจจัยที่คุกคามการดำเนินงานขององค์กร (ปัจจัยภายนอก)

- ชุมชนมีความหวาดกลัวอันตรายในการเข้าไปข้องเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

- มีความล่าช้าในการประสานงานการส่งต่อเข้ารับการรักษาเนื่องจากปัญหาระบบ และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหลบหนีไม่ให้ความร่วมมือ

- ปัญหาเรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วยทำให้เป็นอุปสรรคในการประสานงานหลายๆเรื่อง

แนวความคิด

การพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอบางบัวทอง มีแนวคิดหลักการที่นำไปสู่การพัฒนากระบวนการและให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม(Orem's self care Theory)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยโอเรม (Dorothea E. Orem)ในปีค.ศ.๑๙๕๐ซึ่งมีแนวคิดที่ว่าบุคคลเป็นผู้มีความสามารถในการกระทำ มีความสามารถในการเรียนรู้ วางแผนจัดระเบียบ ปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับตนเองได้ และบุคคลเป็นระบบเปิด มีความเป็นพลวัตร คือเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอบุคคลที่มีสุขภาพดีจะต้องมีการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องจนมีผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพดีได้ โอเรมเชื่อว่าการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่ม ชุมชน ครอบครัวนอกจากนั้นโอเรมยังเชื่อในพลังความสามารถ ซึ่งเป็นคุณลักษณะจำเป็นในการเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำดังนี้

- ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ

- ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม

- ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการดูแลตนเอง

- ความสามารถที่จะใช้เหตุผล

- มีแรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลตนเอง

- มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามการตัดสินใจ

- ความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและนำความรู้ไปใช้ได้

แต่ทว่ามีปัจจัยบางอย่างที่ก่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองของมนุษย์เสียไป เช่นการใช้สารเสพติด ซึ่งจะทำให้การรับรู้ของสมองเสียไป ซึ่งสมอง นับว่าเป็นอวัยวะที่ซับซ้อนที่สุดในร่างกายมนุษย์ มีหน้าที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมและการแสดงออกของมนุษย์ รวมถึงการทำงานเกี่ยวกับกระบวนการรับรู้ ความคิดและอารมณ์ เรียกว่า เป็นศูนย์กลางที่ช่วยควบคุมความสมดุลของร่างกายในการดำรงชีวิตของมนุษย์เรานั้นเองสมองของคนติดยาเสพติด เมื่อเป็นโรคสมองติดยาจะมีกลไกของโรคคือ เมื่อเสพสารเสพติดเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะส่งผลต่อสมอง ๒ ส่วน คือ สมองส่วนคิด (Cerebral Cortex) ที่ทำหน้าที่คิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และสมองส่วนอยาก (Limbic System) ทำหน้าที่

ควบคุมอารมณ์และความรู้สึก โดยสารเสพติดจะเข้าไปกระตุ้นให้สมองหลั่งโดพามีน (Dopamine) หรือสารสื่อประสาทที่ทำให้รู้สึกถึงความสุขและความพึงพอใจอย่างรวดเร็ว โดพามีนหลั่งออกมาเพื่อตอบสนองประสบการณ์หรือกิจกรรมที่มนุษย์พึงพอใจ ทำให้เกิดการอยากทำซ้ำ ๆ เป็นการบ่อนทำลายระบบ Reward System ของสมองโดยไม่รู้ตัว

นอกจากนี้ สารเสพติดยังมีผลต่อสมองส่วน Pre-frontal Cortex ที่ทำหน้าที่ในการคาดการณ์/วางแผนอนาคต ทำให้การสำนึกคิดหรือการดำรงชีวิตประจำวันมีปัญหาอีกด้วย เมื่อผู้เสพเรียนรู้ว่าเสพยาแล้วมีความสุข สมองก็เช่นเดียวกัน สมองจะตอบสนองต่อการหลั่งโดพามีน ยิ่งเสพยาหลั่งโดพามีนออกมามากขึ้น และเมื่อไหร่ก็ตามที่สมองผลิตโดพามีนมากเกินไป สมองก็จะทำงานผิดปกติเนื่องจากฤทธิ์ของยาเสพติดทำให้สมองส่วนคิดวิเคราะห์ถูกทำลาย สมองส่วนอยากมีอิทธิพลเหนือกว่า จึงทำให้ผู้เสพไม่สามารถแยกแยะได้ว่าการกระทำแบบไหนเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ขาดความสามารถในการใช้เหตุผลเพื่อแยกแยะ จึงใช้ความรู้สึกเป็นที่ตั้ง เพื่อให้ได้มาซึ่งยาเสพติด จึงเป็นที่มาของที่เห็นในข่าวปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นข่าว ผู้ติดยาเสพติดคลุ้มคลั่ง อาละวาด ใช้ความรุนแรง ลักทรัพย์ และอื่น ๆ อีกมากมายยาเสพติดที่มีผลทำลายสมองมากที่สุด ได้แก่

๑.) ยาเสพติดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (Stimulants) อาทิ ยาบ้า หรือ แอมเฟตามีน, ยาไอซ์ และโคเคน เป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นและเร่งการทำงานของประสาทส่วนกลาง ทำให้ตื่นตัวฮึกเหิม หัวใจสูบฉีด เพิ่มการทำงานให้สมองหลั่งโดพามีนหรือสารความสุขอย่างรวดเร็ว ผู้เสพที่มีการใช้สารเสพติดชนิดนี้เป็นประจำมักมีอาการประสาทหลอน วิตกกังวล สับสน รวมไปถึงภาวะที่สมองถูกทำลายในการใช้ระยะยาว

๒.) กัญชา (Marijuana) เป็นชนิดของสารเสพติดที่ออกฤทธิ์หลอนประสาท เข้าไปรบกวนการทำงานของโดพามีน กระตุ้นสมองและทำให้ผู้เสพเกิดอาการเคลิบเคลิ้ม มึนเมา หรือเรียกว่าเป็นความรู้สึก 'High' ยิ่งใช้บ่อย ยิ่งเสพติดความรู้สึกล่องลอย ซึ่งในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสมอง ยิ่งหากเป็นการใช้ต่อเนื่องตั้งแต่วัยรุ่นไปจนถึงวัยผู้ใหญ่จะทำให้ระดับสติปัญญาลดลงอย่างไม่สามารถฟื้นฟูได้

๓.) เฮโรอีน (Heroin) จัดเป็นสารเสพติดชนิดออกฤทธิ์กดประสาท ทำให้รู้สึกง่วง อ่อนเพลีย มึนงง มีฤทธิ์กดการหายใจ เมื่อหายใจแผ่วเบา ก็จะทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง พอระดับออกซิเจนน้อยลง สมองก็ทำงานได้น้อยลงตามไปด้วย หากเสพเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อม

๔.) ยาเสพติดชนิดหลอนประสาท (Hallucinogens) อาทิ LSD เห็ดเมา ออกฤทธิ์หลอนประสาท ผลจากการใช้เป็นเวลานานจะทำให้มีอาการผิดปกติทั้งอย่างเฉียบพลันและเรื้อรัง ส่งผลกระทบทางด้านสติปัญญาก่อให้เกิดปัญหาทางสมองอื่นๆตามมา เช่น การจัดระเบียบความคิด อีกทั้งยังนำไปสู่ภาวะโรคจิตได้

การใช้สารเสพติดไม่ว่าจะชนิดใดก็ตามล้วนส่งผลกระทบต่อสมอง ในระยะสั้นจะสร้างความตื่นตัว กระปรี้กระเปร่า ฮึกเหิม เคลิบเคลิ้ม และมึนเมา ในทางกลับกัน การใช้ยาเสพติดในระยะยาวจะค่อยๆ รบกวนการทำงานของระบบประสาทในสมองและทำลายเซลล์สมอง ทำให้เกิดอาการต่างๆ ดังนี้

- สูญเสียความทรงจำ
- ขาดสติและสมาธิ
- ตอบสนองช้าลง
- วิตกกังวล ซึมเศร้า นำไปสู่โรคจิตเภท
- สูญเสียความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง

ดังนั้น เมื่อใดที่เกิดความไม่สมดุลของความสามารถที่มีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการ การฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง จึงมีผลในการทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง แต่หากได้มีการบำบัดเลิกสารเสพติดได้แล้ว

ร่างกายจะค่อยๆฟื้นตัว กระบวนการรับรู้ การวิเคราะห์ การตัดสินใจ จะค่อยๆพัฒนากลับมาเหมือนเดิม
ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการเรียนรู้ วางแผนจัดระเบียบ ปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับตนเองได้

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในการทำหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามสภาพ ซึ่งใน
ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด ถือเป็นผู้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง มีภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ
เพื่อดูแลตนเอง ขาดทักษะชีวิตที่จำเป็นในการดูแลตนเอง และยังมีความเชื่อ การรับรู้ที่ผิดเกี่ยวกับการดูแล
สุขภาพ พยาบาลร่วมกับทีมผู้ช่วยเหลือ จำเป็นจะต้องกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน ผลักดันประคับประคองให้
ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูกายภาพในการดูแลตนเอง โดยการฝึกทักษะชีวิตในการดูแลตนเองเพื่อการไม่ไปเกี่ยวข้องกับยา
เสพติดซ้ำ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลตนเองการให้การปรึกษส่วนบุคคล (Individual
counseling) เพื่อหาข้อมูลเชิงลึก การให้การปรึกษารายกลุ่ม(Group counseling) เพื่อให้โอกาสในการ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเองในกลุ่มเพื่อหาประสบการณ์ใหม่ในการดูแลตนเอง การให้การปรึกษารายครอบครัว
(Family counseling) เพื่อปรับความเข้าใจ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจต่อกันเพื่อ
เสริมพลังในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น ตลอดจนการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากญาติ การช่วยเหลือ
และให้กำลังใจจากผู้นำชุมชน การดูแลประเมินอาการจากเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
การเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน คอยติดตามให้ไป
พบแพทย์ตามนัด กินยาต่อเนื่อง การให้กำลังใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับความคิด เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไปสู่การ
เลิกใช้สารเสพติดอย่างยั่งยืนต่อไปทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอในการพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ
ความรุนแรงในอำเภอบางบัวทอง

๑) จัดตั้งคณะกรรมการการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงในการก่อ
ความรุนแรงในระดับอำเภออย่างเป็นทางการให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน โดยเสนอขอความเห็นชอบในที่ประชุม
หัวหน้าส่วนราชการของอำเภอบางบัวทอง

๒) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ
ความรุนแรงในชุมชนโดยการจัดอบรมให้ความรู้เครือข่าย ตั้งแต่การตรวจคัดกรอง การประเมิน การดูแล
ช่วยเหลือเบื้องต้น การติดตามดูแลต่อเนื่อง การเฝ้าระวัง การช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ การเจรจาต่อรอง
การประสานส่งต่อ

๓) เสนอในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการอำเภอบางบัวทองให้แต่ละตำบลมีการทำประชาคม
เพื่อสำรวจและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของ
ตนเอง เพื่อเฝ้าระวัง และติดตามดูแลช่วยเหลือไม่ให้มีอาชญากรรม

๔) เสนอในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการอำเภอบางบัวทองให้มีการจัดทำคำสั่งทีมดูแลประจำพื้นที่
ระดับตำบล เห็นชอบโดยนายอำเภอ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่จากเทศบาล หรือองค์การ
บริหารส่วนตำบล(อ.บ.ต.) จิตอาสา เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ช่วยเหลือความเป็นอยู่ กระตุ้นผู้ดูแลหรือญาติให้ดูแล
ผู้ป่วยรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์อย่างต่อเนื่อง มาเข้ารับการบำบัดเลิกสารเสพติดอย่างสม่ำเสมอมีการเฝ้า
ระวังการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำโดยผู้นำชุมชน ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การดูแลช่วยเหลือตาม
ความจำเป็น ให้กำลังใจ ส่งเสริมกิจกรรมในการดูแลตนเองตามความเหมาะสม และมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

๕) จัดทำขั้นตอนการดูแลช่วยเหลือ(Flow)เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อสื่อสารทำความเข้าใจ
ในชุมชน

๖) จัดประชุมเพื่อชี้แจงขั้นตอน กระบวนการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง
ต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอบางบัวทองตามระบบ ตั้งแต่ในชุมชนจนกระทั่งการส่งเข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาลและการส่งตัวกลับดูแลในชุมชน

๗) จัดอบรมบุคลากรในโรงพยาบาลเรื่องการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงทุกระดับประจำปี และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาเลิกสารเสพติดอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

๘) เสนอให้มีการจัดทำระบบป้องกันความเสี่ยงและการรักษาความปลอดภัย แก่ผู้ป่วยและบุคลากรภายในโรงพยาบาลเพื่อรองรับการดูแลในระบบผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

๙) รับประสานการส่งต่อ (refer) เพื่อการรักษาเมื่อเกินศักยภาพ และรับตัวกลับ (refer back) พร้อมประสานส่งต่อดูแลในชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนส่งตัวกลับชุมชน

๑๐) จัดตั้งกลุ่มไลน์สำหรับทีมดูแลช่วยเหลือและทีมสหวิชาชีพ เพื่อเป็นช่องทางในการประสานขอความช่วยเหลือ และเป็นที่ปรึกษาของทีม ในการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น

๑๑) จัดตั้งกลุ่มไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน เป็น Line official เพื่อเป็นช่องทางให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย ในเรื่องการดูแล และพิทักษ์สิทธิ์ในการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยเนื่องจากเป็นไลน์ระบบปิด

๑๒) จัดตั้งระบบ Tele counseling ในการให้คำปรึกษา การดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในชุมชน และมีระบบ วิดีโอคอล ในการติดตามเยี่ยมแบบ online

๑๓) จัดประชุมเพื่อประเมินผลการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา อุปสรรค

๑๔) จัดทำสรุปผลการดำเนินงานเป็นผลการปฏิบัติงานที่ดี (best practice) เพื่อนำเสนอ และถ่ายทอดเป็นแบบอย่างแก่หน่วยงานอื่น

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

เนื่องจากปัญหาข้อกฎหมายห้ามเผยแพร่ข้อมูลผู้ป่วย ทำให้ทางโรงพยาบาลไม่สามารถให้ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชหรือยาเสพติดแก่ผู้อื่นได้ ทำให้ติดขัดเรื่องการระบุตัวในการดูแลของชุมชน

แนวทางแก้ไข

ใช้กระบวนการของชุมชนในการประชุมร่วมกับผู้นำชุมชน ตัวแทนชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง ทำประชาคมเพื่อร่วมกันหาข้อมูลปัญหาในชุมชนของตนเอง จะได้ข้อมูลที่มาจากการยอมรับของชุมชนเอง เมื่อชุมชนเห็นประโยชน์ในการช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้องจะทำให้ร่วมมือในการดำเนินการได้ดี

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ได้รับการบำบัดรักษา และดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ จนอาการทุเลาสามารถเลิกยาเสพติดและอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้อย่างปกติสุข

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ได้รับการคัดกรอง ประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่องทั้งหมด

๕.๒ ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการบำบัดรักษาเลิกยาเสพติดครบตามโปรแกรม

(ลงชื่อ).....

(นางพิมพ์ลภัส บัวครั้น)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน