

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม
ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*

Development of Clinical Nursing Practice Guideline in Caring for
Schizophrenia Patients with Substance Dependence at Saunsaranrom Hospital,
Suratthani Province

เสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น, พย.ม. (Saowaluk Yimyuean, MSN)**

ณอมศรี อินทนนท์ (Tanomsri Intanon, Associate Professor)***

วันดี สุทธรังษี (Wandee Suttharangsee, Associate Professor)***

Abstract

This research aimed to develop the clinical nursing practice guideline (CNPG) in caring for schizophrenia patients with substance dependence at Saunsaranrom Hospital. This CNPG was developed from literature reviews. The content validity was examined by 14 experts experienced in teaching or in caring for schizophrenia patients with substance dependence, using a 3-round Delphi technique. The consensus of contents was analyzed by median, mode and quartile deviation. The researcher considered a median of more than 3.50, a mode ranging from very often to most of the time (4.00-5.00), and a quartile deviation of less than 1.50 as criteria for qualification of the CNPG. Results of this research revealed 4 components of CNPG: definition and structure of CNPG, assessment of patients' problems including initial,

interim and pre-discharge phases, nursing intervention covering all 3 phases, and outcome of caring in those three phases.

This CNPG should be tested for feasibility before using it as a tool for quality improvement in caring for schizophrenia patients with substance dependence.

Keywords: Clinical Nursing Practice Guideline, Schizophrenia Patients with Substance Dependence

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้รับการตรวจสอบความตรงตาม

* สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

*** corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ E-mail: wandee.s@psu.ac.th

เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการสอนหรือการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดจำนวน 14 คน โดยใช้เทคนิคเคสฟาย วิเคราะห์ความสอดคล้องของความคิดเห็น ด้วยคำมัธยฐาน ค่าฐานนิยม และค่าการกระจายควอไทล์ ซึ่งผู้วิจัยใช้คำมัธยฐานมากกว่า 3.50 ค่าฐานนิยมที่ระดับมากถึงมากที่สุด (4.00-5.00) และค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 1.50 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับข้อความของแนวปฏิบัติ ผลการวิจัยได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ (1) คำนิยาม และโครงสร้างของแนวปฏิบัติ (2) การประเมินปัญหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรก ระยะกลาง และระยะก่อนกลับบ้าน (3) กิจกรรมการพยาบาลระยะเริ่มแรก ระยะกลาง และระยะก่อนกลับบ้าน และ (4) ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมระยะเริ่มแรก ระยะกลาง และระยะก่อนกลับบ้าน

แนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมฉบับนี้ ควรนำไปทดลองใช้ในหน่วยงานของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อการปรับปรุงแก้ไขให้แนวปฏิบัติมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม (schizophrenia with substance dependence) ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 ถึง 2551 คิดเป็นร้อยละ 40 ร้อยละ 44.62 และร้อยละ 47.48 ตามลำดับ และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง ดังจะเห็นได้จากสถิติการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในปีงบประมาณ 2551 และ 2552 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 14.89 และ 10.89 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าดัชนีชี้วัดที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ได้จัดทำไว้กับกรมสุขภาพจิต เมื่อปีงบประมาณ 2551 คือ น้อยกว่าร้อยละ 5 (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2552) สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดร่วมที่พบบ่อย คือ ใช้เพื่อเฝ้าระวังอาการตนเอง ส่วนสาเหตุที่พบรองลงมา คือ การใช้สารเสพติดจากการตัดสินใจที่บกพร่องของผู้ป่วย หรือทำตามกระแสสังคม ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะอารมณ์เศร้า ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความยับยั้งชั่งใจ และมองตนเองไร้ค่า หรือผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการเข้าสังคมมีการจัดการปัญหาแบบไม่ยืดหยุ่น ขาดที่พึ่งและขาดอาชีพ ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความเสี่ยงต่อการไปใช้สารเสพติดได้มาก (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2552; มธุรดา สุวรรณโพธิ์, ม.ป.ป.) และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้สารเสพติดร่วม ทำให้สมองมีการเปลี่ยนแปลงการทำงาน โดยเฉพาะเรื่องของกระบวนการด้านความคิด ความเข้าใจ ทำให้มีกระบวนการคิดที่สับสน ก่อให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่รุนแรง มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงรวมถึงการฆ่าตัวตาย (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2552; มธุรดา สุวรรณโพธิ์, ม.ป.ป.)

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

ร่วมมักมีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากต้องให้การดูแลทั้งอาการทางจิตเวชและอาการจากสารเสพติดควบคู่กันไป บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการตั้งแต่การประเมิน ซึ่งถ้าการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังไม่ชัดเจน อาจมีผลต่อการวินิจฉัยแยกโรค วิธีการบำบัดรักษารวมถึงการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้น การดูแลด้านจิตสังคม และการดูแลครอบครัวหรือผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักให้ความร่วมมือต่อการรักษาน้อย การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี ผลการรักษาแย่ลง ทำให้ระยะวันนอนในโรงพยาบาลนาน (Richard et al., 2000) ผู้ป่วยอาจมีการป่วยซ้ำบ่อย และการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (Christine et al, 2001; Richard et al, 2000) บางครั้งอาจมีการทำร้ายตนเองและผู้อื่นด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมสมรรถภาพทั้งในด้านการดูแลตนเอง การตัดสินใจ การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกลบเลว ความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว จนบางครั้งมีการทอดทิ้งผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล หรือส่งผู้ป่วยไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ บางคนมีการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) บางคนเป็นโรคตับอักเสบชนิดซีร่วมกับมีปัญหาซับซ้อนทางด้านจิตสังคม อาจถูกจำคุก ไม่มีบ้านอยู่ อีกทั้งยังส่งผลให้มีการใช้บริการทางสุขภาพ รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น (พิชัยแสงชาญชัย, 2549; มธุรดา สุวรรณโพธิ์, ม.ป.ป.) ด้วยลักษณะปัญหาซับซ้อนของอาการทางจิตและอาการจากการใช้สารเสพติด ทำให้ทีมสุขภาพเกิดความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับการบำบัดรักษาทางจิตสังคมที่มีความเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่ชัดเจน เนื่องจากการบำบัดปัจจุบันใช้โปรแกรมการบำบัดรักษาเฉพาะผู้ป่วย

ที่ติดสารเสพติด (matrix program) เพียงอย่างเดียว แต่ผู้ป่วยยังคงใช้สารเสพติดซ้ำแล้วซ้ำอีก และทำให้เกิดการป่วยซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้นอกจากการให้การรักษายาอาการทางจิตที่เกิดขึ้นแล้ว การบำบัดรักษาทางจิตสังคมก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้น หากหน่วยงานมีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และวางแผนตัดสินใจให้การพยาบาลที่เหมาะสมก็จะส่งผลให้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นลดลง ลดผลกระทบที่อาจตามมา อีกทั้งช่วยลดความเสี่ยงและการป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม มีแนวทางเดียวกันในการปฏิบัติการพยาบาล และเพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมเฉพาะเจาะจงกับโรคเพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากอาการของผู้ป่วย และเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าประกอบด้วย 2 แนวคิด คือ แนวคิดการพัฒนาแนวทางการ

ปฏิบัติการพยาบาลและแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม โดยแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมได้จากการทบทวนวรรณกรรม (กรมสุขภาพจิต, 2550; เกษม ตันติพลาชิวะ, 2542; มาโนชหล่อตระกูล, 2539; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; สุนีย์เกียวกิ่งแก้ว, 2545; อรพรรณ ลีอนุชรัชชัย, 2549; Christine et al., 2001; Richard et al., 2000; Robert et al., 2006) ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินลักษณะอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมเป็นขั้นตอนของการประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตและอาการอื่นๆ ที่เกิดจากการใช้หรือหยุดสารเสพติด เพื่อกันหาปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการจำแนกปัญหา

2. การวางแผนและตัดสินใจเลือกใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมเป็นขั้นตอนการกำหนดกลยุทธ์ในการป้องกัน บรรเทาหรือแก้ไขปัญหามีวินิจฉัยไว้ ประกอบด้วย การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งพิจารณาจากอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือปัญหาที่เป็นความต้องการของผู้ป่วย การตั้งเป้าหมายทั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว และการเลือกวิธีการบำบัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

3. การประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่มีความจำเป็นเพื่อช่วยในการตัดสินใจประสิทธิภาพการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ ด้วยวิธีการที่เหมาะสม

ส่วนแนวคิดการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้วิจัยใช้กระบวนการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline : CNPG) ของ อรพรรณ โตสิงห์ (2547) โดยมีกระบวนการ 4 ขั้นตอนคือ

1. การกำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาในหน่วยงานและเลือกหัวข้อสำหรับศึกษาหรือหัวข้อสำหรับการทบทวน/สืบค้นงานวิจัย ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาจาก จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี และ ไม่มีการปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยกลุ่มนี้

2. สืบค้นและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยการสืบค้นและรวบรวมหลักฐานจาก การทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่กำหนดไว้

3. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการคัดเลือกและพิจารณาข้อมูลที่ทบทวนที่ได้จากการสืบค้น

4. เขียนแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัด ผลลัพธ์ที่ควรเกิดขึ้นหลังให้การพยาบาล สำหรับโครงสร้างของแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

- 4.1 ระยะการประเมินและการจัดการในระยะเริ่มแรก (initial assessment & management phase) หมายถึง การประเมินและกำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง

- 4.2 ระยะการประเมินและการจัดการในระยะกลาง (interim assessment & management phase) หมายถึง การประเมินและกำหนดวิธีการ

ปฏิบัติการพยาบาลในระยะที่มีอาการ

4.3 ระยะการประเมินและการจัดการในระยะก่อนกลับบ้าน (pre-discharge assessment & management phase) หมายถึง การประเมินและกำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาลในระยะพักฟื้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลผู้ได้รับวุฒิบัตรปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และ/หรือพยาบาลปฏิบัติการที่มีความชำนาญทางคลินิก และมีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลทางจิตเวช และดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ไม่น้อยกว่า 5 ปี หรือเป็นอาจารย์ที่มีประสบการณ์ด้านการสอนทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ไม่น้อยกว่า 5 ปี รวมจำนวน 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ทรงคุณวุฒิ และแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม รวมถึงข้อเสนอแนะและความเป็นไปได้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมตามโครงสร้างของแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการประเมินและการจัดการในระยะเริ่มแรก ระยะกลาง และระยะก่อนกลับบ้าน ซึ่งในแต่ละระยะจะใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ที่ได้จาก

การทบทวนวรรณกรรมโดยกำหนดขอบเขตการพยาบาลใน 3 ประเด็นคือ (1) การประเมินลักษณะอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมและการประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตและอาการอื่นๆ ที่เกิดจากการใช้หรือหยุดสารเสพติด (2) การวางแผนและตัดสินใจเลือกใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม (3) การประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติตามกระบวนการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลของอรพรม โตสิงห์ (2547) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาในหน่วยงาน โดยการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. การสืบค้นและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น โดยพิจารณาจากโครงสร้างของแนวปฏิบัติการพยาบาล (อรพรม โตสิงห์, 2547) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม 3 ขั้นตอน และในแต่ละขั้นตอนกำหนดขอบเขตการทบทวนใน 3 ประเด็น

3. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์จากวรรณกรรมและงานวิจัยที่สืบค้นและนำมาสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

4. ผู้วิจัยร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมตามโครงสร้างของแนวปฏิบัติการพยาบาล

5. ผู้วิจัยมีการตรวจสอบแนวปฏิบัติการ

พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สาร
เสพติดร่วม จากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยการใช้เทคนิค
เคลฟาย จำนวน 3 รอบ

วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปและคำตอบจาก

แบบสอบถามรอบที่ 1 โดยการแจกแจงความถี่
คำนวณค่าร้อยละ สำหรับคำตอบของผู้ทรงคุณวุฒิ
ในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 นำมาหาค่ามัธยฐาน
ค่าฐานนิยม และค่าการกระจายควอไทล์เป็นรายชื่อ

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาเอก	3	21.43
ปริญญาโท	11	78.57
ตำแหน่งการทำงาน		
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีความชำนาญทางคลินิก	4	28.58
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้ได้รับวุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง	5	35.71
อาจารย์พยาบาล	5	35.71
สถานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต	7	50.00
สถาบันราชกุมารภักดิ์ สังกัดกรมการแพทย์	2	14.27
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี	1	7.15
คณะพยาบาลศาสตร์	4	28.58
ประสบการณ์ในการสอนหรือดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด (ปี)		
5-10	5	35.71
11-15	1	7.15
16-20	2	14.27
21-25	5	35.71
26-30	1	7.15

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่
มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท รองลงมาคือจบ
การศึกษาระดับปริญญาเอก มีตำแหน่งการทำงาน
เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้ได้รับวุฒิบัตรผู้

ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และอาจารย์พยาบาล
จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 35.71 รองลงมาเป็น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีความชำนาญทาง
คลินิก ร้อยละ 28.58 ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดปฏิบัติ

งานในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต รองลงมาปฏิบัติงานที่สถาบันธัญญารักษ์ สังกัด กรมการแพทย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี และคณะพยาบาลศาสตร์ มีประสบการณ์ในการ สอนหรือดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ส่วนใหญ่ 5-10 ปี และ 21-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.71

2. ผลความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ด้านค่านิยม และโครงสร้างของแนว ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ ใช้สารเสพติดร่วม ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมมาก สอดคล้องกัน และเห็นด้วย/ยอมรับในระดับมากถึงมากที่สุด (ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4.00-5.00, ค่าการกระจาย ควอไทล์เท่ากับ 0.25-1.00 และฐานนิยม เท่ากับ 4.00-5.00) ทั้งนี้ การสร้างแนวปฏิบัติทางการ พยาบาลโดยแบ่งตามโครงสร้างของแนวปฏิบัติ เป็น 3 ระยะ และมีการกำหนดเวลาในการปฏิบัติ กิจกรรมในแต่ละระยะ จะทำให้ง่ายและสะดวกใน การนำไปใช้ รวมถึงสามารถที่จะประเมินผลลัพธ์ ทางพยาบาลที่จะเกิดขึ้นในแต่ละระยะได้และ เมื่อพิจารณาขั้นตอนของแนวปฏิบัติในแต่ละระยะ พบว่าขั้นตอนของแนวปฏิบัติจะครอบคลุมการ ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการบริการพยาบาลสุขภาพ จิตและจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2542) ซึ่งมีการ ดูแลตามประเภทผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน วิกฤต แกร็บ เร่งรัดบำบัดและบำบัดระยะยาว นอกจากนี้ ยังมีขั้นตอนเดียวกับการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการ พยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541) โดยเริ่มจาก การประเมินอาการ การวางแผนและปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลเป็น ระยะๆ ตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล

2. ด้านการประเมินลักษณะอาการและ อาการแสดงของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ร่วม ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมี ความเหมาะสมมาก สอดคล้องกันและเห็นด้วย/ ยอมรับในระดับมากถึงมากที่สุด (ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4.00-5.00, ค่าการกระจายควอไทล์เท่ากับ 0.00-1.00 และฐานนิยม เท่ากับ 4.00-5.00) ว่าการ ประเมินลักษณะอาการและอาการแสดง ควร ประเมินทั้งปัญหาและความต้องการทางด้าน ร่างกายที่เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากอาการได้ รับสารเสพติดเกินขนาดและจากอาการถอนพิษ สารเสพติดเกินขนาด รวมถึงการประเมินปัญหา และความต้องการด้านจิตอาารมณ์ ด้านสังคมและ การดำรงชีวิตประจำวัน เมื่อพิจารณาการประเมิน เป็นรายด้าน พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า สอดคล้องกับแนวคิดของกระบวนการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541) และแนวคิดของกริฟฟิซ และคริสเต็นสัน (Griffith & Christensen, 1982) ที่ ได้มองบุคคลตามแบบแผนของผู้เจ็บป่วย ทั้งใน ส่วนของกายภาพจิตสังคมอารมณ์และจิตวิญญาณ เช่นเดียวกับแนวคิดของ พิซซัย แสงชาญชัย (2549) ที่กล่าวว่าในการประเมินผู้ป่วยติดสารเสพติด ต้องประเมินและตรวจร่างกายเกี่ยวกับอาการของ ภาวะเมายาหรืออาการภาวะถอนพิษสารเสพติด นั้นๆ รวมถึงการประเมินอาการทางจิตเวชครบถ้วน และสังคมด้วยรวมถึงแนวคิดของ สมควร จุลอักษร (2547) และดรณี ภูขาว (2552) ที่กล่าวว่า การดูแล ระยะเริ่มแรก เป็นระยะที่ให้การดูแลผู้ป่วยใน ระยะที่มีอาการรุนแรง สิ่งที่ต้องทำอันดับแรก คือ การประเมินอาการ การจัดการช่วงการออกฤทธิ์ ของสารเสพติด (intoxication) และช่วงถอนฤทธิ์ ของสารเสพติด (withdrawal) รวมถึงการจัดการ อาการทางจิตที่เกิดขึ้นในระยะเฉียบพลันซึ่งในการ

ประเมินเป็นรายด้านนี้จะช่วยให้พยาบาล สามารถ ประเมินอาการผู้ป่วยได้ง่าย และครอบคลุมมากขึ้น ดังเช่น แนวคิดของจิตร สิริธรรม และคณะ (2543), ฟองคำ คิลกสกุลชัย (2549) และพิกุล นันทชัยพันธ์ (2550) กล่าวว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก จะต้องเป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถตัดสินใจ ในการปฏิบัติได้ง่าย สะดวก มีความยืดหยุ่น และสามารถเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงได้

3. ด้านกิจกรรมการพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมมาก สอดคล้องกันและเห็นด้วย/ยอมรับในระดับ มากถึงมากที่สุด (ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4.00-5.00, ค่าการกระจายควอไทล์ เท่ากับ 0.00-1.00 และ ฐานนิยม เท่ากับ 4.00-5.00) โดยจัดกิจกรรมการ พยาบาลตามโครงสร้างของแนวปฏิบัติ 3 ระยะ ดังนี้

3.1 ระยะการประเมินและการจัดการ ในระยะเริ่มแรก เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต รุนแรง และ/หรืออาการที่เกิดจากการได้รับสาร เสพติดเกินขนาดหรือจากภาวะถอนพิษหรือหยุด สารเสพติดที่รุนแรง ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเอง ได้เหมาะสม กิจกรรมการช่วยเหลือควรเริ่มต้นด้วย การประเมินความรุนแรง ความเสี่ยง ของอาการ ทางกายที่อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้ รับสารเสพติดเกินขนาดหรืออาการถอนพิษสาร เสพติด และของอาการทางจิต ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของรัชชัย ลีพานาจ (2549) ที่กล่าวว่า การเสพสารเสพติดทำให้โรคทางจิตเวชรุนแรงขึ้น และโรคทางจิตเวชก็ทำให้อาการจากการเสพสาร เสพติดรุนแรงขึ้น ดังนั้นในการดูแลช่วยเหลือ จะ ต้องครอบคลุมตามแบบ bio-psycho-social ทั้งใน ส่วนของโรคทางจิตเวชและการใช้สารเสพติด จึง

ต้องมีการดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิด จากการได้รับสารเสพติดเกินขนาดหรืออาการ ถอนพิษสารเสพติดในแต่ละประเภท (พิชัย แสงชาญชัย, 2549) และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น จากอาการทางจิต เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย การ ทำร้ายผู้อื่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยปลอดภัย และการจำกัดพฤติกรรมหากผู้ป่วยไม่สามารถ ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ เพื่อป้องกัน อันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น นอกจากนั้นจะต้องมี การประเมิน ตรวจดูการไหลเวียนของโลหิต การ เปลี่ยนท่าผูกยึดทุก 2 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2537) ที่ กล่าวว่า ภายหลังการผูกยึดผู้ป่วย ควรมีการตรวจ เยี่ยมผู้ป่วยและมีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนอยู่นิ่งๆ และป้องกันอันตรายจากการผูกยึดแน่นเกินไป และควรมีการคลายการผูกยึดหรือเปลี่ยนท่าผู้ป่วย ทุก 2 ชั่วโมง (รัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ, 2543) นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า ควร ประเมินภาวะอารมณ์ ความคาดหวัง ทักษะคิดของ ญาติและให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา เพื่อให้การช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยน ความคาดหวังตามสภาพความเป็นจริงโดยการให้ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการและการรักษา พร้อมทั้งให้ข้อมูลที่จำเป็นในส่วนที่ญาติยังเข้าใจ ไม่ถูกต้อง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ที่ใช้สารเสพติดร่วม มักจะมีผลกระทบต่อญาติ และครอบครัวในการที่ต้องเผชิญปัญหาในลักษณะ เดิมซ้ำแล้วซ้ำอีก ดังเช่น อัมพร เบญจพลพิทักษ์ (2549) ที่กล่าวไว้ว่า ครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ใน ภาวะเสพสารเสพติดร่วม มักจะไม่ยอมรับความ เป็นจริงต่อสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และอาจทำให้ เกิดภาวะอารมณ์อื่นตามมา เช่น โกรธ สูญเสีย

ความเชื่อมั่นและความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกผิด กลัวโทษกันและกัน และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นจึงควรนำญาติและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยด้วย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การบำบัด เพื่อนำไปสู่การปรับทัศนคติ และการเกิดทักษะเบื้องต้นในการแก้ไขปัญหา

3.2 ระยะการประเมินและการจัดการ ในระยะกลางเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ และ/หรืออาการที่เกิดจากการได้รับสารเสพติดเกินขนาดหรือจากภาวะถอนพิษหรือหยุดสารเสพติดลดลง สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้ ซึ่งต้องเฝ้าระวังไม่ให้อาการรุนแรงกลับเป็นซ้ำ กิจกรรมในระยะนี้เป็นการช่วยเหลือที่ต่อเนื่องจากระยะเริ่มแรก กิจกรรมการพยาบาลจึงมุ่งเน้นเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับความเครียด อารมณ์ การแสดงออกและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถปรับตัวต่อการไม่ได้เสพสารเสพติดและดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ รวมถึงการจัดการกับความเครียดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา (กรมสุขภาพจิต. 2552ก; สมควร จุลอักษร, 2547) โดยในระยะนี้จะมีการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย ความสามารถในการควบคุมตนเอง การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเอง การนอนหลับ เป็นต้น รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ และติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับอาการหลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแว้ง การทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทั้งนี้เนื่องจากหลังหยุดใช้สารเสพติด อาจมีอาการของอารมณ์ซึมเศร้าได้นานมากกว่า 2-4 สัปดาห์ และการถอนพิษสารเสพติดอาจจะแสดงออกมาในลักษณะอาการทางจิตได้เช่น หวาดระแว้ง

ประสาทหลอน (พิชัย แสงชาญชัย, 2549) รวมถึงการสำรวจความเชื่อ ทัศนคติ การประเมินแรงจูงใจต่อการเลิกใช้สารเสพติด และการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงผลกระทบของสารเสพติดและความจำเป็นในการรักษาด้วยการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advise) และการให้การช่วยเหลือแบบสั้น (Brief Intervention) เช่นเดียวกับการศึกษาของคริสตินและคณะ (Cristine et al., 2001) พบว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ให้ผลลัพธ์ที่คุ้มค่าในการบำบัดรักษานั้นคือสามารถลดอาการด้านบวก พฤติกรรมก้าวร้าว และเพิ่มจำนวนวันของการไม่ใช้สารเสพติด และดื่มสุรา เฉลี่ยนานกว่า 12 เดือน เช่นเดียวกับบุญศิริ จันศิริมงคล (2552) และอลันและคาร์โล (Alan & Carlo, 1999) ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจและการเสริมสร้างทักษะทางสังคมสามารถลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมได้ รวมทั้งการประเมินปัญหาศักยภาพครอบครัว และเตรียมความพร้อมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยการให้ความรู้และให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ อัมพร เบญจพลพิทักษ์ (2549) และเกษม ดันติผลาชีวะ (2542) ว่าการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยการให้คำแนะนำสนับสนุน การให้คำปรึกษา หรือการบำบัดครอบครัว จะมีส่วนช่วยลดการกำเริบใหม่ของโรค การคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาสูงขึ้น และผลการบำบัดสารเสพติดดีขึ้น

3.3 ระยะการประเมินและการจัดการ ในระยะก่อนกลับบ้าน เป็นระยะฟื้นฟูผู้ป่วยและสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้สารเสพติด เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน เพื่อ

ป้องกันการป่วยซ้ำ กิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือต่อจากระยะกลางประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและการประเมินภาวะซึมเศร้า การให้ผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมายชีวิต การสอนและฝึกทักษะการปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นและวิธีการจัดการกับอารมณ์ ความเครียด สัญญาณเตือนของอาการทางจิตกำเริบและการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การประเมินวัฏจักรการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือในระดับนั้นๆ และการให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน และดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำและป้องกันอาการทางจิตกำเริบ ร่วมกับการส่งต่อการรักษาเพื่อติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยอาจมีปัญหาเกี่ยวกับความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการกลับไปป่วยซ้ำ เช่น ความรู้สึกล้มเหลวในตนเอง ปัญหาด้านจิตสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของวิโรจน์ วีระชัย และวิมลวรรณ ตันติวงศ์ (2544) ที่กล่าวว่า การป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ที่สำคัญคือ การช่วยให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันโอกาสการกลับไปเสพซ้ำ จึงต้องให้ความรู้และฝึกในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่อาจทำให้ความอยากเสพเกิดขึ้น ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม เช่นเดียวกับแนวคิดของกรมสุขภาพจิต (2552ข) ที่กล่าวว่าการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เน้นที่การเปลี่ยนแปลงความคิด การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลับไปเสพซ้ำ และทักษะการแก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจง เช่น การจัดการกับความเครียด การคลายเครียด การจัดการกับความโกรธ การสร้างสัมพันธภาพ การปฏิเสธ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ และปรีศ กิตติธีรศักดิ์ (2551) พบว่า การให้ความช่วยเหลือโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับ

การรู้จักและเข้าใจตนเอง การรู้เท่าทันเกี่ยวกับโทษของสารเสพติด การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การจัดการกับอารมณ์ ทักษะการปฏิเสธ การสร้างเป้าหมายในตนเอง จะสามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้และทักษะต่างๆ ในการป้องกันการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำได้ นอกจากนี้การส่งต่อการรักษาเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากจำหน่าย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและสามารถคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่มีการเสพสารเสพติดซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2552ก)

4. ด้านผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมมาก สอดคล้องกันและเห็นด้วย/ยอมรับในมากที่สุดทุกข้อความ (ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 5.00, ค่าการกระจายควอไทล์ เท่ากับ 0.00-1.00 และฐานนิยม เท่ากับ 5) ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก มีเป้าหมายเพื่อลดระดับความรุนแรงทางจิตและภาวะอันตรายต่างๆ จากการใช้ยาเสพติดเกินขนาดหรือภาวะถอนพิษสารเสพติด การไม่เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น และป้องกันปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ลดลง ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะกลาง เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมอาการทางจิตได้ ไม่มีอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเกินขนาดหรือภาวะถอนพิษสารเสพติด และสามารถดูแลตนเองได้ สำหรับผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ และมีแรงจูงใจในการ ลด ละ เลิกใช้สารเสพติดและการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำ รวมถึงญาติมีความรู้ความเข้าใจในโรคของผู้ป่วย และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อพิจารณาจะพบว่าผลลัพธ์เหล่านี้เป็นผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเกษสุดา

ฉัตรอุทัย (2541) ที่กล่าวว่า การประเมินผลลัพธ์การพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลในการพิจารณาตัดสินว่า ผลของกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติไปตามแผนการพยาบาลนั้น บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่เพียงใด และเป็นผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ ซึ่งผลลัพธ์ที่มีคุณภาพต้องครอบคลุมในทุกกลุ่มผู้ให้บริการและครอบครัว ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย ความรู้ ความเข้าใจการบรรเทาทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพึงพอใจคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ขององค์กร (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2550)

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ไปทดลองใช้ในหน่วยงานของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้แนวปฏิบัติมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพยิ่งขึ้น

2. พยาบาลควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพในการให้บริการผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป

1. วิจัยเพื่อหาระยะเวลาในการดูแลในแต่ละระยะของแนวปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและมีคุณภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

2. วิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น การบำบัดโดยการสัมผัส เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับความคิดและพฤติกรรมต่อการเลิกใช้สารเสพติดหรือการป่วยซ้ำ

3. วิจัยผลลัพธ์ในมิติต่างๆ ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ตามลักษณะของการใช้สารเสพติดแต่ละประเภท

4. วิจัยประเมินผลเกี่ยวกับระยะวันนอนในโรงพยาบาล ผลลัพธ์ด้านคลินิกในแต่ละระยะของการดูแล รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ด้านความคุ้มค่าคุ้มทุน เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพของแนวปฏิบัติและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

5. พัฒนาแบบประเมินแรงจูงใจต่อการเลิกใช้สารเสพติด และโปรแกรมหรือรูปแบบในการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเลิกใช้สารเสพติด ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

6. พัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบในการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย การให้คำปรึกษาและครอบครัวบำบัดเพื่อให้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น

7. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาแทรกซ้อนหรือซับซ้อนอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น เบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.ดร.วันดี สุทธรังษี และ รศ.ณอมศรี อินทนนท์ อาจารย์ที่ปรึกษา

สารนิพนธ์ และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางให้ความรู้ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 14 ท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ และขอขอบพระคุณอธิบดีกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนในด้านทุนการศึกษา

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2542). *มาตรฐานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2550). *ชุดความรู้และแนวทางการปฏิบัติเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท (ภาคผนวก)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2552ก). *แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2552ข). *คู่มือการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราในโรงพยาบาลจิตเวช ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กษสุตา ฉัตรอุทัย. (2541). การประเมินผลการพยาบาล. ใน ฟาริดา อิบราฮิม (บรรณาธิการ), *กระบวนการพยาบาล*, (หน้า 235-247). กรุงเทพมหานคร: บริษัทบุญศิริการพิมพ์จำกัด.
- จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, สงวนสินรัตน์เลิศ, และเกียรติศักดิ์ราชบริรักษ์. (2543). *Clinical Practice Guidelines: การจัดทำและการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2550). *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการบริหารเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาล วันที่ 30 มิถุนายน-1 กรกฎาคม พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย.
- ครุณี ภูขาว. (2552). *การทบทวนองค์ความรู้เรื่องรูปแบบการช่วยเหลือทางจิตใจสำหรับผู้ที่มีประสบปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ร่วมกับมีโรคหรืออาการทางจิตใจที่พบในประเทศไทยและในต่างประเทศ*. กรมสุขภาพจิต, นนทบุรี. (เอกสารอัดสำเนา)
- ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ, และปริญญ์ กิตติธีระศักดิ์. (2551). ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความช่วยเหลือต่อระดับความรู้และทักษะในการป้องกันการติดยาของผู้ใช้สารเสพติด. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 22(2), 69-82.
- รัชชัย กฤษณะประกรกิจ. (2543). *แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง*. เอกสารประกอบการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวและพฤติกรรมรุนแรงหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- รัชชัย ลิพหานาจ. (2549). *ระบาดวิทยาของโรคติดสารเสพติด, โรคจิตเวชที่เกิดร่วมกับโรคติดสารเสพติด และความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติด*. ในพิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชศาสตร์ การติดสารเสพติด*, (หน้า 3-115). กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ป.ป.ส.

- บุญศิริ จันศิริมงคล. (2552). *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องโรคร่วมในโรคจิตสารเสพติด วันที่ 25-26 พฤษภาคม 2552*. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2550). *Evidence-Based Health Care*. เอกสารประกอบการบรรยาย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พ.ศ. 2550. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2549). หลักการประเมินและการเข้าถึงผู้ป่วยจิตสารเสพติด และการสัมภาษณ์ และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ. ในพิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชศาสตร์ การจิตสารเสพติด*, (หน้า 77-163). กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ป.ป.ส.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักการและวิธีปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2541). *กระบวนการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (2537). การผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารการพยาบาล*, 43(4), 222-225.
- มธุรดา สุวรรณโพธิ์. (ม.ป.ป). *Dual diagnosis*. Retrieved March 30, 2009, from <http://www.thaifamilylink.net/mambo454/index.php>
- มาโนช หล่อตระกูล. (2539). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- วิโรจน์ วีระชัย, และ วิมลวรรณ ตันติวงศ์. (2544). เป้าหมายของการบำบัดรักษา. ใน วิโรจน์ วีระชัย, อังกร ภัทรากร, ลำซำ ลักษณะนิชนชัย, นวีวรรณ ปัญญาบุญ, นิภา ณีสกุล (บรรณาธิการ), *ตำรา การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*, (หน้า 136-144). ปทุมธานี: โรงพยาบาลรัฐราษฎร์. สมควร จุลอักษร. (2547). *การพัฒนาและผลแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยจิตสุรา ใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, สุราษฎร์ธานี. (เอกสารอัดสำเนา)
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2549). *การพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติทางอารมณ์: ผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวน (MOOD DISORDER)* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ โดสิงห์. (2547). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์*. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง ความ เป็นเลิศทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วันที่ 20-21 กันยายน 2547, กรุงเทพมหานคร.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์. (2549). บทบาทของครอบครัวต่อปัญหาสารเสพติด. ในพิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชศาสตร์ การจิตสารเสพติด*, (หน้า 3-115). กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ป.ป.ส.
- Alan, S.B., & Carlo, C.D. (1999). Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50(1), 75-80.

- Christine, B., Gillian, H., Nicholas, T., Shon, W. L., Jan, M., Rob O'B., et al. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorder. *American Journal Psychiatry*, 158(10), 1706-1713.
- Griffith, J.W., & Christensen, P.S. (1982). *Nursing process*. St. Louis, MO: The C.V. Mosby Company.
- Richard, K. R., Joan, R., Dane, W., Katherine, A. C., Debra, S., & et al. (2000). Shorter hospital stays and more rapid improvement among patients with schizophrenia and substance disorder. *Psychiatric Services*, 51(2), 210-215.
- Robert, E. D., Gregory, J. M., Haiyi, X., Melinda, F., Joan, P., & Barbara, H. (2004). Ten-year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 464-473.