



วารสาร

การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565

Vol.36 No.2 May – August 2022

ISSN (print) : 0857-4553

ISSN (online) : 2773-9171

บทความวิจัย

- ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมมีส่วนร่วม และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยชุมชน
- การพัฒนาและประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
- ผลของโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
- การรับรู้สมรรถนะและความต้องการแนวทางร่วมมือดูแลสุขภาพจิตนักเรียนของผู้เกี่ยวข้องในโรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดนครศรีธรรมราช
- ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของวัยรุ่นด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ
- ผลการบำบัดตามแนวจิตซาเทียร์ต่ออาการซึมเศร้า ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- การพัฒนาแบบวัดสภาวะสุขภาพจิตต่อการเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ (ฉบับภาษาไทย) : กรณีศึกษาจากการระบาดของโรคโควิด 19
- การส่งเสริมสภาวะทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนประถมศึกษา: มุมมองและความต้องการของนักเรียน ครู และผู้บริหารโรงเรียน
- การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช
- การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน



วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

จุดประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ
2. เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร
ความคิดเห็น ประสบการณ์ทางด้านสุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวช
3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดความคิดริเริ่ม
สร้างสรรค์
4. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี
ระหว่างผู้ร่วมงานวิชาชีพ

กำหนดการออก

ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม - เมษายน,
พฤษภาคม - สิงหาคม, กันยายน - ธันวาคม)

เจ้าของ

สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

สำนักงาน

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
เลขที่ 112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน
กรุงเทพฯ 10600 โทร. 0-2437-0200-8
e-mail: psychonursejournal@gmail.com

Objectives

1. To distribute knowledge
2. To serve as medium for exchanging
information, ideas, experiences in psychiatric
mental health nursing among the professional
nurse
3. To promote and increase creative thinking
4. To establish good relationship among
the professional members

Published by

Psychiatric Nurses Association of Thailand

Office

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
112 Somdet Chaopraya Rd.,
Klong-San Bangkok 10600
e-mail: psychonursejournal@gmail.com

คณะกรรมการวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ประจำปี 2563 - 2566

ที่ปรึกษา

รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
รศ.ดร.จินตนา ชูนิพันธุ์
รศ.สมสร เชื้อหิรัญ
นางวัชรภรณ์ อุทโยภาส
นางกัลยา ภักดีมงคล
นางกาญจนา เหมะรัต
รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย
ศ.ดร.มรยาท รุจิวิเศษชัย
ดร.มยุรี กลั้ววงษ์

อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
นายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

รองบรรณาธิการ

รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
นางสาวพัชริน คุณคำชู

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง
รศ.ดร.เอกอุมา อิ่มคำ
นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.คาราวรรณ ติ่งปิ่นดา
รศ.ดร.วริรัตน์ ถาน้อย
ผศ.ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์
อ.ดร.วัชรินทร์ วุฒิธฤทธิ
อ.ดร.อจันรา คำมะทิตย์
ผศ.เครือวัลย์ ศรียรัตน์
ผศ.ว่าที่ ร.ต.ธีระบุทท์ เกิดสังข์
ดร.สุนทรี ศรีโกไสย
ดร.กฤษณ์พิทักษ์เพียรทอง
นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง
นางสาวนิรมล ปะนะสุนา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ศูนย์วิทยการ กรมแพทยทหารเรือ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

ผู้จัดการวารสาร

นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

คณะกรรมการที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

ประจำปี 2563 - 2566

กรรมการที่ปรึกษาภาคีสถิต	อธิบดีกรมสุขภาพจิต
กรรมการที่ปรึกษาทางกฎหมาย	ทนายเสรี สุวรรณ
กรรมการที่ปรึกษา	นายกสภาการพยาบาล
	นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
	รองศาสตราจารย์ สมพร เชื้อหิรัญ
	รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
	รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย
	ศาสตราจารย์ ดร.มรยาท รุจิวิชญ์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาราชมนตรี
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก
	ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

ประจำปี 2563 - 2566

นางสาวมยุรี กลับวงศ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา	นายกสมาคม
นางวัชรภรณ์ อุทโยภาส	ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	อุปนายก คนที่ 1
นางพรทิพย์ คงสัดย	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนก	อุปนายก คนที่ 2
ศศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	เลขาธิการและประธานฝ่ายวารสาร
นางอำพัน จารุทศานกุล	ข้าราชการบำนาญ สถาบันกัลยาณ์ราชชนก	เหรียญ
นางอรษา ฉวาง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญ
นางวีณา วิทย์เกษจร	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญ
ศศ.ดร.ชลพร กองคำ	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายวิชาการและ
		บริการชุมชน
ดร.อุทษา นาคเจริญ	สถาบันกัลยาณ์ราชชนก	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ
		บริการชุมชน
นางพนิดา รัดนไพโรจน์	สถาบันราชานุกูล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ
		บริการชุมชน
นางสาวอนงค์นุช ศาโศรก	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ
		บริการชุมชน
รศ.ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ
	มหาวิทยาลัยมหิดล	บริการชุมชน
นางดวงตา กุลรัตนญาณ	ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายหารายได้
นางอัญชลี วัฒนทอง	ข้าราชการบำนาญ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชชนก	ประธานร่วมฝ่ายหารายได้
นางรุจิรา จงสกุล	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชชนก	ประธานร่วมฝ่ายหารายได้
นางสุภาวดี ชุ่มจิตต์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 1	ประธานร่วมฝ่ายหารายได้
นางนริศรัตน์ รุจิรพัฒน์	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์
		และปฏิคม
นางนิชนันท์ คำล้าน	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์
		และปฏิคม
อ.ดร.ภาสิษฐา อ่อนดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์
		และปฏิคม
ศศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
รศ.ดร.เอกอุมา อัมคำ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
น.ต.หญิง ชวดี วงษ์แสง	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
นางรื่นฤดี ลิ้มฉาย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	นายทะเบียน สวัสดิการ
		และผู้จัดการสำนักงาน
นางสาววิศรา ใจคำป็น	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยนายทะเบียน สวัสดิการ
		และผู้จัดการสำนักงาน

บรรณาธิการแถลง

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตได้มีบทความวิชาการและบทความวิจัยซึ่งมีเนื้อหาความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลจิตเวชและจิตเวชอย่างต่อเนื่องเสมอมา สำหรับวารสารฉบับที่ 2 ปีที่ 36 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2565) นี้มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้ ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน การพัฒนาและประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผลของโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็ก สมาชิกสันการรับรู้สมรรถนะและความต้องการแนวทางร่วมมือดูแลสุขภาพจิตนักเรียนของผู้เกี่ยวข้องในโรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดนครศรีธรรมราช ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของวัยรุ่นด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ ผลการบำบัดตามแนวจิตวิทยาเชิงรู้ตัวต่อการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การพัฒนาแบบวัดสภาวะสุขภาพจิตต่อการเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ (ฉบับภาษาไทย) : กรณีศึกษาจากการระบาดของโรคโควิด 19 การส่งเสริมสภาวะทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนประถมศึกษา: มุมมองและความต้องการของนักเรียน ครู และผู้บริหารโรงเรียน การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีราษฎรบุคคลสำหรับผู้ปวยนิติจิตเวช และการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนสนับสนุนให้วารสารเสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ และให้การสนับสนุนติดตามมาโดยตลอด พร้อมกันนี้ขอเชิญผู้สนใจทุกท่านสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ และส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานเพื่อเป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพ ทั้งนี้ในปัจจุบันการส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้น ผู้นิพนธ์สามารถส่งทางเว็บไซต์ของวารสารฯ และขอให้ผู้นิพนธ์ได้โปรดอ่านทำความเข้าใจกับขั้นตอนในการตีพิมพ์และปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งบทความต้นฉบับอย่างเคร่งครัด หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนาวิชาชีพตลอดจนพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

บรรณาธิการ

สารบัญ

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2565

	หน้า
บทความวิจัย	
ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน อุไรวรรณ เกิดสังข์, อังศิณันท์ อินทรกำแหง, นริศรา พึ่งโพธิ์สภ, ชีระยุทธ เกิดสังข์	1 - 21
การพัฒนาและประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จิราวัฒน์ พิมพ์ดีด, ณัฐฐานภรณ์ เบ้าเรือง, สุนละมัย ทาคำใจ, ประกายดาว โคมโสภา, พรดุสิต คำมีสินนท์	22 - 48
ผลของโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็ก สมาธิสั้น	49 - 61
กานต์ดริน ศรีสุวรรณ, สมจิตต์ ฤประสงค์, สงวน ชานี, เกษร สายชนู, ก้องกฤษฎาภรณ์ ชนแดง	
การรับรู้สมรรถนะและความต้องการแนวทางร่วมมือดูแลสุขภาพจิตนักเรียนของผู้เกี่ยวข้องในโรงเรียน ขยายโอกาส จังหวัดนครศรีธรรมราช	62 - 76
เกวลี วัชราทักษิณ, สายฝน เอกวรังกูร, วิสุทธศักดิ์ หวานพร้อม	
ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของวัยรุ่นคือโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ	77 - 96
นันทิยา เอกอิทธิคมกิจ, พัชรินทร์ นินทจันทร์, นฤมล สมรรคเสวี	
ผลการบำบัดตามแนวคิดซาเลียร์ต่ออาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้อง กลมกลืนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	97 - 114
นิตยา จรัสแสง, นวนันท์ ปะยะวัฒน์กุล, นรัญญ์ ชาติบัญชาชัย, ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ, ดวงแก้ว รอดอ่อง, กนกกาญจน์ กองพิธิ	
การพัฒนาแบบวัดสภาวะสุขภาพจิตต่อการเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ (ฉบับ ภาษาไทย) : กรณีศึกษาจากการระบาดของโรคโควิด 19	115 - 136
เกสร มัยจิน, กาญจน์ พันธุ์ไพโรจน์, สุทธิศักดิ์ ชุ่มวิจารณ์	
การส่งเสริมสภาวะทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนประถมศึกษา: มุมมองและความ ต้องการของนักเรียน ครู และผู้บริหาร โรงเรียน	137 - 155
วไลลักษณ์ พุ่มพวง, พวงเพชร เกษรสมุทร, สุภาภัก เกตราสุวรรณ, จินิรัตน์ ถาวร, วาริรัตน์ ถาน้อย, สาธิตา พิมพ์รุ่ง, สุภารัตน์ เพียรชอบ	
การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช	156 - 179
อุทยา นาคเจริญ, ภาวินี บุตรแสน	
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน	180 - 203
นภัสสรณ์ รังสิวโรจน์, ภัทราภรณ์ ภทรสกุล, อรัญญา แพ้ขุย, อมรัตน์ ชัยนนดี, นัชชารินทร์ ชำของกิจ	

HEALTH BELIEFS, PARTICIPATION BEHAVIOR AND COMMUNITY REHABILITATION GUIDELINES FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS*

*Uraiwan Kerdsang, M.A.**, Ungsinun Intarakamhang, Ph.D.***,
Narisara Peungposop, Ph.D.****, Theerayut Kerdsang, RN, M.N.S.******

Abstract

Objective: To describe the health beliefs in schizophrenia, participation behavior in rehabilitation, and community rehabilitation guideline for schizophrenia patients.

Methods: This study was qualitative research. Purposive sampling was used to select 12 participants as key informants including schizophrenia patients, caregivers, village health volunteers, community leaders, health professionals, and experts. Data gathering was conducted by a semi-structured in-depth interview until saturation. Data were analyzed using content analysis.

Results: 1) Health beliefs in schizophrenia: The perceived risk aspects of schizophrenia were recurrence and relapse caused by untreated in an acute phase, medication non-adherence, substance abuse, relationship problems with caregivers, stigmatization, and disability from relapse. The perceived severity of schizophrenia was medication compliance, substance abuse, and stigma from their violent behavior. The perceived barriers to rehabilitation were lack of knowledge about schizophrenia, negative attitude toward the patients, and a lack of community participation. The perceived benefits of treatment were early referral, continuous medication, focus on caregivers, community participation, self-care rehabilitation, safety, and community peace. The perceived motivation was knowledge support from professionals, positive attitude toward the patients, family and community participation, support, and perceived ability from experience and positive aspects of caregiving. 2) Rehabilitation Participation Behavior. It found that family engagement will encourage communities and network parties to participate in community rehabilitation and manage the problem with local resources. 3) Community rehabilitation guidelines for schizophrenic patients. It found 3 key approaches: (1) returning health information to the community, (2) supporting knowledge and rehabilitation skills for schizophrenic patients using activities based on the original way regularly, and (3) integrating the collaboration of all local sectors.

Conclusion: Understanding the health beliefs in schizophrenia from direct experienced people is essential to develop community-based rehabilitation skills and enhance the quality of life of schizophrenic patients further.

Keywords: health beliefs, participation behavior, community rehabilitation, schizophrenia patients

* This study was a Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for Degree of Doctor of Philosophy, it was supported by a research grant from Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

**Ph.D. Candidate, (Applied Behavioral Sc. Research), Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

***Corresponding author: Associate Professor, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University, e-mail: ungsinun@gmail.com

****Assistant Professor, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

*****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Surathani Rajabhat University

Received: 9 December 2021, Revised: 1 June 2022, Accepted: 8 June 2022

ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน*

อุไรวรรณ เกิดสังข์, ศศ.ม. **, อังศินันท์ อินทรกำแหง, ปร.ค. ***,
นริศรา พึ่งโพธิ์สภ, ปร.ค. ****, ชีระยุทธ เกิดสังข์, พย.ม. *****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อบรรยายความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภท มาเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 คน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ญาติผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา : 1) ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท : ด้านการรับรู้ความเสี่ยงของโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการกำเริบและกลับเป็นซ้ำจากความเสี่ยง ได้แก่ ไม่ได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลัน ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ใช้สารเสพติด ปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ถูกตีตรา และความเสื่อมถอยของสมรรถภาพจากการป่วยซ้ำ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคจิตเภท ได้แก่ ขาดยา ใช้สารเสพติด และการตีตราผู้ป่วยจากพฤติกรรมความรุนแรง ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการฟื้นฟูดูแลตนเองในโรคจิตเภท ได้แก่ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว การรับประทานยาต่อเนื่อง การให้ความสำคัญกับผู้อื่น และการมีส่วนร่วมของชุมชน การฟื้นฟูทักษะการดูแลตนเอง ความปลอดภัยและความสงบสุขของชุมชน ด้านสิ่งกระตุ้นจิตใจให้ปฏิบัติในโรคจิตเภท ได้แก่ การสนับสนุนความรู้จากเจ้าหน้าที่ การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท การฝึกปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน การสนับสนุนด้านกำลังใจ และด้านการรับรู้ความสามารถ ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จจากการดูแลผู้ป่วยและมุมมองด้านบวกในการดูแล 2) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวจะช่วยสนับสนุนให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และจัดการปัญหาด้วยทรัพยากรในท้องถิ่น 3) แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน พบว่า มี 3 แนวทางที่สำคัญ ได้แก่ (1) การคืนข้อมูลด้านสุขภาพแก่ชุมชน (2) การสนับสนุนความรู้และการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้วยกิจกรรมตามบริบทวิถีเดิมอย่างสม่ำเสมอ และ (3) การบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน

สรุป : การเข้าใจความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภทจากผู้มีประสบการณ์ตามบริบทที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยชุมชนมีส่วนร่วม และช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

คำสำคัญ : ความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการมีส่วนร่วม, การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน, ผู้ป่วยจิตเภท

*การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฯ วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (เน้นวิจัย) สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับสนับสนุนทุนวิจัย จากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

****นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (เน้นวิจัย) สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**

****ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, e-mail: ungsimun@gmail.com**

*****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**

******ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี**

วันที่รับ: 9 ธันวาคม 2564, วันที่แก้ไข: 1 มิถุนายน 2565, วันที่ตอบรับ: 8 มิถุนายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้สูญเสียสมรรถภาพมากที่สุด (Rossler, Joachim Salize, Van Os, & Riecher-Rossler, 2005) จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการในภาพรวมทั้งประเทศเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 คิดเป็นจำนวน 2.7, 3.1 และ 3.8 ล้านคน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2562) และเป็น 1 ใน 5 โรคทางจิตเวชที่พบอัตราการป่วยซ้ำสูงที่สุด (Shao, Chen, Chang, Lin, & Lin, 2013) เนื่องจากผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้และทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วย (Hill et al., 2010) ขาดวินัยในการรับประทานยาต่อเนื่อง (Hamann, Lipp, Christ-Zapp, Spellmann, & Kissling, 2014) ใช้สารเสพติดร่วม รวมถึงถูกละเลยจากสังคม ครอบครัว ขาดความรู้ข้อมูลที่สำคัญต่อการรักษา (Marsh & Johnson, 1997) ชุมชนขาดศักยภาพในการดูแล และอคติต่อผู้ป่วย จึงเกิดตราใบ (สุริยาดิเพชร์ และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2558) ขาดโอกาสการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต (Varcariolis, 2014) ขาดระบบสนับสนุนการเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วม ครอบครัวและชุมชนที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระและท้อแท้ (American Psychiatric Association, 2013) ผู้ป่วยที่ถูกตีตราจากสังคม รู้สึกอาย สูญเสียพลังอำนาจ และมองเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ (Lv, Wolf, & Wang, 2013)

จากประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนของผู้วิจัย มากกว่า 20 ปี พบช่องว่าง

การปฏิบัติงาน (gap of practice) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ อัตราการกลับเป็นซ้ำยังคงเพิ่มขึ้น จากรายงานสถิติของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2562) พบว่าในปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นจำนวน 150, 117 และ 263 คน ตามลำดับ และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 4.10, 2.20 และ 4.27 ตามลำดับ ทั้งนี้เกิดจากผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา ขาดวินัยและความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง (Hamann et al., 2014) ด้วยข้อจำกัดของโรคเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง และผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และขาดข้อมูลที่จำเป็นทางสุขภาพ (Marsh & Johnson, 1997) เกิดความยุ่งยากในการจัดการปัญหาเพียงลำพัง โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลันของโรค ซึ่งผู้ป่วยมักเป็นอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน จากอาการหูแว่วและประสาทหลอน (Poonnotok, Thampanichawat, Patoomwan, & Sangon, 2016) ซึ่งโรคจิตเภทเมื่อกำเริบแล้วไม่ได้ส่งผลกระทบเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังสร้างความเดือดร้อนแก่ครอบครัวและชุมชนอีกด้วย ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย แต่จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชนยังได้รับความสนใจน้อย ขาดการสนับสนุนความรู้ความเข้าใจ และบูรณาการความรู้สู่การปฏิบัติ และขาดการให้การช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (ขนิษฐา,

2551)

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief) ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model-HBM) ของโรเซนสต็อก (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) ที่อธิบายถึงสาเหตุพฤติกรรมของคนในการปฏิบัติเพื่อป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรค ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ บุคคลจะต้องรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วยอย่างไร เชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ สิ่งที่จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้เรื่องโรคและความรุนแรงของโรคจิตเภทเป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรง และผลกระทบจากการเกิดโรค เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคแล้ว ส่งผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค (อาภาพร เฝ้าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุริย์ ละกะปิ่น, และทัศนีย์ รวีวรกุล, 2561) ตลอดจนการรับรู้ความสามารถของตนเอง (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ในการปฏิบัติเพื่อการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มุ่งบรรยายลักษณะความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท และค้นหาแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางวางแผนจัดทำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่เป็นรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางจิตวิทยา ซึ่งทฤษฎีนี้พัฒนามาจากทฤษฎีการรู้คิด (cognitive theory) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจาก 2 ปัจจัย คือ 1) การรู้คิดในการรับรู้คุณค่าของผลลัพธ์ก่อนแล้วจึงกระทำพฤติกรรมนั้น และ 2) คิดคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมแล้วจะมีโอกาสทำให้ได้ผลลัพธ์นั้นเกิดขึ้น โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ได้ตั้งสมมติฐานไว้ว่า บุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รับการเตรียมความพร้อมด้านกระบวนการทางปัญญาและจิตใจ ที่ได้ตระหนักถึงพฤติกรรมดังกล่าวว่ามีผลต่อสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรค ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพที่เป็นสิ่งกระตุ้นจูงใจ และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ และการรับรู้ของบุคคลที่เป็นตัวชี้วัดพฤติกรรมได้ ซึ่งบุคคลจะต้องรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของโรค เพื่อหลีกเลี่ยง การเลือกที่จะปฏิบัติ การพิจารณาผลประโยชน์จากการปฏิบัติกับผลที่ตามมา ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ความรู้เรื่องโรค สิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถ

ของตนเอง สิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตามกรอบของโรเซนสต็อก (Rosenstock et al., 1988; อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) การทำความเข้าใจแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านการบวนการทางปัญญาและจิตใจให้เกิดตระหนักรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพที่จะมีผลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปยังผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว และชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์เชิงวิทยา (phenomenology) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้าง

ผู้ให้ข้อมูล คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภทในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่งของอำเภอกีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 12 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 6 คน ได้แก่ (1.1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบ มีคะแนนประเมิน BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน จำนวน 2 คน (1.2) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ดูแลหลักและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 2 คน (1.3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ทำงานด้านสุขภาพจิตในชุมชนมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 2 คน และ 2) ผู้ให้ข้อมูลรอง จำนวน 6 คน ได้แก่ (2.1) ผู้นำชุมชนเป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้านที่ดำรงตำแหน่งมาแล้ว

อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 2 คน (2.2) บุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 2 คน และ (2.3) ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาสังคม การสาธารณสุข ด้านส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ จำนวน 2 คน เก็บข้อมูลภาคสนามระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2564

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การดำเนินการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC/E/G-150/2564 เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2564 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ โดยผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะตอบหรือไม่ตอบคำถามเมื่อรู้สึกไม่สะดวกใจสามารถขอยุติการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอผลวิเคราะห์ จะเสนอเป็นภาพรวม และไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องถึงตัวผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structural interview) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา การศึกษา อาชีพ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นคำถาม

ปลายเปิด จำนวน 12 ข้อ ครอบคลุม 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สิ่งกระตุ้นจูงใจ ให้ทำ การรับรู้ความสามารถ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย จิตเภท เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มุมมองที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วม พฤติกรรมการแสดงออกและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภท ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทให้กลับมาใช้ชีวิตและสามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชน ความต้องการที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยจิตเภท และการมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ หัวข้อคำถามจะมีประเด็นหลักหรือประเด็นย่อยที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยแนวคำถามได้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์มหาวิทยาลัย 3 ท่าน พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของแบบสัมภาษณ์ หลังจากนั้นได้ปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบ โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ของ Overall & Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์นา (2540) ประกอบด้วย

18 ข้อคำถาม มีลักษณะคำตอบเป็นการประมาณค่า ตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงมาก โดยมีการแปลผลดังนี้ คะแนน 18 - 36 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนามด้วยตนเอง ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง มีการจดบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญและการบันทึกเสียง ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30 - 60 นาที/คน/ครั้ง ทำการสัมภาษณ์จนกว่าจะไม่พบข้อสงสัย หรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) โดยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangular) ในประเด็นต่อไปนี้ 1) ที่มาของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่มีทั้งเพศหญิงและเพศชายและมีประสบการณ์ที่ต่างกัน 2) ตรวจสอบความถูกต้องของประเด็นหลักที่ได้มาจากผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลาย 3) มีการนำข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มได้ตรวจสอบความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อหาประเด็นสำคัญ และให้รหัสข้อมูล (codes) แยกแยะและจัดกลุ่มข้อมูล ให้ความเชื่อมโยงกันของข้อมูล (sub-theme) ความสัมพันธ์ ลวดตอนข้อมูล สกัดสาระและหา

ข้อสรุปที่เป็นประเด็นหลัก (theme) และสร้างข้อสรุปโดยยึดกรอบแนวคิดในการศึกษาเป็นหลัก โดยมีขั้นตอน การลดข้อมูล (data reduction) การจัดรูปข้อมูล (data display) และการร่างข้อสรุป (conclusion drawing)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 ราย ประกอบด้วย 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ (1.1) ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 2 คน เป็นเพศชาย 1 คน เพศหญิง 1 คน มีอายุในช่วง 30 - 40 ปี สถานภาพคู่ ศาสนาพุทธ การศึกษาระดับชั้น ป.6 อาชีพรับจ้าง (1.2) ญาติผู้ดูแล จำนวน 2 คน เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 40 - 50 ปี สถานภาพคู่ นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพรับจ้าง (1.3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 50 - 60 ปี สถานภาพคู่ นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพเกษตรกร 2) ผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ (2.1) กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน เป็นเพศชาย มีอายุในช่วง 50 - 60 ปี นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาตรี (2.2) บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีอายุในช่วง 30 - 40 ปี นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาตรี (2.3) ผู้เชี่ยวชาญ เป็นจิตแพทย์ จำนวน 2 คน มีอายุในช่วง 50 - 60 ปี สถานภาพคู่ นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาตรี

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท และแนวทางการฟื้นฟู

สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน

1. ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท

1.1 การรับรู้ความเสี่ยงของโรคจิตเภท

พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการกำเริบของโรคและกลับเป็นซ้ำได้ จากความเสี่ยงเหล่านี้ 1) การไม่ได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลันและการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง “การปล่อยปละละเลยอาการที่สำคัญจะเป็นภัยแก่ตนเองและสังคมได้” (ผู้ดูแล) “การไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่ยอมรับความเจ็บป่วย” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 2) การบริหารยาที่ไม่ถูกต้อง และไม่ร่วมมือในการรับประทานยา “ทานยาไม่ตรงเวลา ไม่ได้พบหมอตามนัด” (ผู้ป่วย) “โรคจิตเภทเป็นโรคที่หายยาก ไม่หายขาด หากขาดยาหรือทานยาจิตเวชไม่ต่อเนื่อง” (อสม.) “ผู้ป่วยมักจะคิดว่าหายแล้ว ทั้งยังไม่ยอมรับการเจ็บป่วย” (ผู้นำชุมชน) 3) การใช้สารเสพติดหรือสารกระตุ้น “ผู้ป่วยใช้สารเสพติด สารกระตุ้นต่าง ๆ จะส่งผลให้การรักษายาก เรื้อรัง เกิดเป็นความบกพร่องของร่างกาย จิตใจ สมอง ไม่สามารถกลับมาเหมือนเดิมได้” (ผู้ดูแล) “การใช้สารกระตุ้น เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม” (ผู้เชี่ยวชาญ) 4) ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล การขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแล “ความเสี่ยงจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ขาดความเข้าใจ การทะเลาะเบาะแว้ง การทำร้ายกันในครอบครัว” (ผู้ดูแล) “การใช้อารมณ์มีผลต่อการกระตุ้นการเจ็บป่วยให้ป่วยซ้ำได้” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 5) การถูกตีตราจากชุมชน “พวกเขาแสดงความรังเกียจไม่เข้าใจ ไม่ยอมรับ จากทั้งคนในครอบครัว และ

ชุมชน” (ผู้ป่วย) “รู้สึกสงสารเค้า บางครั้งถูกคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ล้อเลียนเรียกว่าคนบ้า คนขาดหุ่น” (ผู้นำชุมชน) 6) ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยซ้ำ จะนำไปสู่การเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ ที่อาจเกิดความพิการตามมา ส่งผลให้เกิดการถูกตีตราจากสังคมรอบข้าง “มันก็น่าแปลกเหมือนกัน กินยาไปนาน ๆ แล้วผู้ป่วยเค้าจะเฉื่อยไม่ค่อยสดชื่นสดใสทำงานได้ช้าลง” (ผู้ดูแล)

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคจิตเภท

พบว่า ความรุนแรงของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับการรับรู้ความเสี่ยง ดังนี้ 1) ความรุนแรงของโรคจะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยขาดยา ใช้สารเสพติดซ้ำ รวมถึงการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่ช้าเกินไป “มันจำไม่ได้ว่าทำร้ายใครบ้าง มันหลุดหลุดไปหมด เพราะผมใช้ยาบ้า ผมยอมรับว่าผิดมาก” (ผู้ป่วย) “ผู้ป่วยไม่ยอมรับการกินยา มักคิดว่าหายแล้ว และมีการดื่มกาแฟ สูบบุหรี่เยอะ สุดท้ายก้าวร้าว ควบคุมไม่ได้” (ผู้ดูแล) “โรคมันคุมไม่ได้ มันกำเริบ จึงทำให้มีความรุนแรงเกิดขึ้น ถ้าโรคจะคุมได้ก็ต้องคุมด้วยยาเป็นตัวสำคัญ สังคมจะได้รับความปลอดภัย หากผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องก่อนที่จะเข้าสู่การฟื้นฟูในระดับต่อไป” (ผู้เชี่ยวชาญ) “ปัญหาการขาดยาทางจิตเวชเป็นปัญหาหลักที่ส่งผลให้ผู้ป่วยก่อความรุนแรงได้” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) “ภาพที่ผู้ป่วยก้าวร้าว อัตราร้ายคนรอบข้าง อัตรายาจะลดลง ถ้าได้นำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็วตั้งแต่เห็นอาการเริ่มแรก” (ผู้นำชุมชน) 2) ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่กระทำความรุนแรง เกิดการตีตรา

หรือประทับตราบาป “ครอบครัว ชุมชน เกิดความกลัวฝังใจ ทำให้ไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน” (อสม.) “การก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทหากเป็นข่าว จะสะท้อนภาพที่รุนแรงน่ากลัวให้กับสังคม ทั้ง ๆ ที่ความเป็นจริงจำนวนการก่อความรุนแรงมีอัตราน้อยกว่าคนปกติที่ก่อความรุนแรงและทำร้ายกัน” (ผู้เชี่ยวชาญ)

1.3 การรับรู้อุปสรรคต่อการฟื้นฟู

ดูแลตนเองในโรคจิตเภท พบว่า 1) ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ผลข้างเคียงของยา และความมั่นใจในการใช้ชีวิต “ตัวเราเองที่ไม่มี ความมั่นคงทางจิตใจ ไม่มีอะไรทำ เจอเพื่อนกลุ่มเดิมทำให้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ” (ผู้ป่วย) “ทานยาแล้วแพ้ยา บางครั้งตัวแข็งทื่อ ทำงานไม่ค่อยได้ ทำให้ไม่อยากทานยา และทิ้งไปเลย” (ผู้ป่วย) “ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูของตัวเอง ไม่มีความมั่นใจว่าสังคมจะยอมรับหรือไม่” (ผู้เชี่ยวชาญ) 2) เจตคติของครอบครัว ความรู้ความเข้าใจ และการเอาใจใส่ในการดูแล ดังคำกล่าวที่ว่า “หากคนในครอบครัวแสดงความรังเกียจ ไม่สนใจดูแล เป็นภาระกับสังคม จะไปคาดหวังให้ผู้นำชุมชน หรือแม้แต่เพื่อนบ้านเข้าช่วยเหลือ มันก็คงจะยาก” (ผู้ดูแล) “ครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก แต่ไม่สามารถทำหน้าที่ในการดูแลได้เต็มศักยภาพ ด้วยปัญหาทัศนคติ ขาดความรู้ที่ถูกต้อง เศรษฐกิจในบ้าน การมีผู้ดูแลเพียงคนเดียว ทำให้ผู้ป่วยขาดยา ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง นำไปสู่การเจ็บป่วยซ้ำได้” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 3) ชุมชนขาดการมีส่วนร่วม ขาดระบบการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ตีตราผู้ป่วย “คนในชุมชนมองว่า

เป็นเรื่องของครอบครัว ไม่ได้เป็นบทบาทโดยตรง ไม่อยากทุ่มทรัพยากรมาตรงนี้ ไปทำในเชิงโครงสร้างชุมชนดีกว่า เห็นผลชัดกว่า” (อสม.) “ความไม่มั่นใจของผู้ป่วยว่าสังคมจะยอมรับหรือไม่ การไม่ยอมรับการฟื้นฟูของผู้ป่วยเอง” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 4) อุปสรรคด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น กฎหมาย บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข “กฎหมาย ระเบียบต่าง ๆ ปัจจุบันกลับเอื้อให้กลุ่มเสี่ยงต่างๆ เข้าถึงการใช้สารเสพติด และเป็นอุปสรรคให้เจ้าหน้าที่เข้าไปดำเนินการช่วยเหลือ การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่” (ผู้นำชุมชน) “ภาระงานเป็นตัวขัดขวางในการทำหน้าที่เพราะงานหนักมาก การเป็นพยาบาลคนเดียวในชุมชนต้องให้การดูแลทุกโรค” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) “บุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนน้อยให้ความสำคัญกับการรักษามากกว่าการฟื้นฟู” (ผู้ดูแล)

1.4 การรับรู้ประโยชน์ เพื่อส่งเสริมและป้องกันการเจ็บป่วยในโรคจิตเภท พบว่า 1) การนำผู้ป่วยทางจิตเข้าสู่กระบวนการรักษาให้เร็วที่สุด 2) การรักษาบำบัดของผู้ป่วยจิตเภทคือหัวใจหลัก 3) การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 4) การให้ความสำคัญกับผู้ดูแล และการมีส่วนร่วมของชุมชน 5) การได้รับการฟื้นฟู ฝึกทักษะการดูแลตนเอง และ 6) การให้ความสำคัญกับความปลอดภัยและความสงบสุขของชุมชน “การรักษาอย่างเข้มข้นตั้งแต่แรกจะเป็นประโยชน์ ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ลดความเรื้อรังของโรค การฝึกการเข้าสังคม การรับประทานยาสม่ำเสมอ มีระบบเตือนเมื่อขาดยาและพัฒนาฐานข้อมูลให้รู้และเข้าถึง สุดท้ายสร้างกระบวนการ

ฟื้นฟู” (ผู้เชี่ยวชาญ) “การยอมรับความเจ็บป่วยได้รับการรักษาจากหมอ ได้รับยาดี คำแนะนำดีมีความรู้เพิ่มขึ้น” (ผู้ป่วย) “การได้รับการรักษาจะช่วยให้กลับมาดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อีกครั้ง สามารถควบคุมตนเองได้ทำให้ได้รับโอกาสในการทำงาน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) “ความรู้ความเข้าใจในตัวโรค จะเกิดประโยชน์ต่อการใช้ชีวิตร่วมกันอย่างปกติ” (ผู้ดูแล) “การรักษาฟื้นฟู มีประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยได้คืนชีวิตใหม่ จำเป็นต้องมีการติดตามเยี่ยม เพื่อประเมินการอยู่ร่วมกับคนอื่น” (อสม.) “ลดปัญหาอาชญากรรมในครอบครัว ลดการสูญเสีย ประหยัดค่าใช้จ่าย ที่สำคัญเกิดประโยชน์กับผู้ป่วย ได้รับการยอมรับ สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคม ลดภาระของครอบครัว” (ผู้นำชุมชน) “ชุมชนเห็นความสำคัญ เกิดความตระหนักต่อปัญหาโดยมีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนและจับมือเดินไปด้วยกันในการฟื้นฟูผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต” (อสม.)

1.5 สิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติในโรคจิตเภท พบว่า 1) การได้รับการสนับสนุนความรู้จากเจ้าหน้าที่เกิดการปฏิบัติที่ดี “การได้รับความรู้คำแนะนำที่ดี เป็นที่ปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีแรงจูงใจอยากจะหายจากโรค” (ผู้ป่วย) “การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ ถือว่าสำคัญมาก โดยเฉพาะความรู้จากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต เพราะเป็นเครื่องมือที่ทำให้มีความมั่นใจในการเข้าไปทำงานกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว” (อสม.) “การได้รับการสนับสนุนความรู้ให้กับผู้นำชุมชน ช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจระบบการรักษา เข้าใจกฎหมายสุขภาพจิต

เข้าใจถึงวิธีการจัดการช่วยเหลือและการดูแล หลังจากผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้าน” (ผู้นำชุมชน) 2) การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท “รู้สึกสงสารเห็นใจคนที่ป่วยทางจิต” (อสม) “การที่เราเห็นพัฒนาการของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้มีแรงจูงใจอยากจะทำงานต่อ เพราะเราเห็นว่าเขาก็ทำงานได้ เป็นความภาคภูมิใจ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 3) การได้ลงมือปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน “การลงมือปฏิบัติช่วยเหลือและแก้ปัญหา อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเฉพาะผู้นำและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น โดยมีจุดหมายเดียวกันคือให้ชุมชนมีความสุข ลดความรุนแรง” (ผู้นำชุมชน) 4) การได้รับการสนับสนุนด้านกำลังใจ “สิ่งแวดล้อมรอบตัวเป็นทั้งกำลังใจและแรงกระตุ้นให้สู้กับตัวโรคเพราะต้องการให้สังคมยอมรับคนที่เรารัก” (ผู้ดูแล) “ครอบครัวจะใส่ใจการดูแลทั้งร่างกาย และจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีภาพลักษณ์ที่ดี มีคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นที่ยอมรับ” (ผู้ดูแล) “ได้รับกำลังใจจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และการสร้างกำลังใจให้ตัวเอง ความเชื่อมั่นจากการดูแลตนเองเป็นอย่างดี การฝึกคิดบวก การสร้างเป้าหมายให้ตนเองต่อสู้กับโรคเพื่อครอบครัว เพื่อตัวเอง” (ผู้ป่วย)

1.6 การรับรู้ความสามารถ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านประสบการณ์ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตดีแล้วจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี “การที่ผมทำงานมีความรับผิดชอบในชีวิตประจำวัน ปรับตัว

ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นเป็นความภาคภูมิใจที่ได้กลับมาใช้ชีวิตแบบคนปกติไม่เป็นภาระคนอื่น” (ผู้ป่วย) และผู้ดูแลที่มีประสบการณ์จะเข้าใจบทบาทความสามารถของตนเอง และมีมุมมองด้านบวกจากการดูแล “รู้จักค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชน ต้องไม่ให้ตนเองรู้สึกโดดเดี่ยวในการแก้ปัญหา” (ผู้ดูแล) “ผู้ดูแลต้องรู้จักปล่อยวางความเครียด เดิมพลังสร้างความเข้มแข็งให้ตนเอง การดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาอย่างยาวนานทำให้เกิดประสบการณ์ สามารถแบ่งปันประสบการณ์ให้แก่ผู้ดูแลคนอื่น ๆ ได้” (ผู้ดูแล) “เราเป็น อสม. ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมทำ ให้รับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง สำคัญเราต้องทำงานเป็นทีม” (อสม.) “การเป็นพยาบาลชุมชน มีหน้าที่มาก ทำให้งานติดตามเยี่ยมบ้านไม่สามารถทำได้อย่างเป็นระบบ แต่สามารถทำได้เป็นรายกรณี การสนับสนุนฟื้นฟูผู้ป่วยให้มีงานทำ เรารับรู้ได้ถึงความภาคภูมิใจที่เห็นผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และรู้สึกได้ถึงควมมีคุณค่าในตนเองมาก” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) “การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยความปลอดภัย การสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเข้ามาจัดการปัญหาร่วมกัน การสื่อสารพูดคุยอย่างเข้าใจ เพื่อลดความขัดแย้ง สนับสนุนส่งเสริมการมีงานทำ เข้ามามีส่วนร่วมกับชุมชน” (ผู้นำชุมชน) “การผลักดันเชิงนโยบายและให้การสนับสนุนการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท คำนึงถึงหลัก bio-psycho-social การสนับสนุนระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน” (ผู้เชี่ยวชาญ)

2. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยชุมชนเริ่มจาก 1) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว “ครอบครัวต้องให้การดูแลผู้ป่วยมาก่อนคนอื่น มันคือความรักความอบอุ่นทางใจทำให้ผมสบายใจ” (ผู้ป่วย) “การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายจากครอบครัว ชุมชน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า เป็นประโยชน์กับครอบครัว รู้สึกมีตัวตนในบ้าน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) “การดูแลของครอบครัวเป็นอย่างดีจะช่วยส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุน เพราะชุมชนยอมรับครอบครัวที่เอาใจใส่ไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยเป็นภาระแก่สังคม” (ผู้ดูแล) 2) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน (ผู้นำ จิตอาสา ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย) พบว่า พฤติกรรมการมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นได้ (1) ชุมชนต้องตระหนักในปัญหาและเห็นความสำคัญ “การทำให้ชุมชนเห็นถึงปัญหาเกิดความตระหนักพร้อมด้วยชุดข้อมูลจากชุมชน การวิเคราะห์ ทบทวน โดยชุมชน เพื่อเห็นภาพร่วมกันของการจัดการปัญหาโดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ร่วมกับภาคีเครือข่าย และการสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง” (ผู้เชี่ยวชาญ) (2) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องในชุมชน “การติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจของ อสม.สามารถทำได้ แต่ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด” (อสม.) “ด้วยประสบการณ์ที่ไม่เท่ากันของ อสม. ทักษะในการช่วยเหลือมีความแตกต่างกัน คนที่มีประสบการณ์แล้วจะไม่กลัว คนที่มีประสบการณ์น้อย จะมีความรู้สึกเหมือนชาวบ้านทั่วไป กลัว ไม่ปลอดภัยที่จะเข้าไป โดยเฉพาะกรณี

ที่เคยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) “การเข้าถึงครอบครัวและผู้ป่วยโดยบทบาทของ อสม. จะทำได้ง่ายกว่าผู้นำชุมชน เพราะเป็นบทบาทที่ต้องเข้าไปดูแลสุขภาพของแต่ละครอบครัว เช่น การนำไปให้ที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยติดเตียง นำข้อมูลต่าง ๆ มาให้กับ รพ.สต.ในพื้นที่ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน” (ผู้นำชุมชน) “อสม.ชักชวน ให้ทำกิจกรรมฟื้นฟูตนเองและการทำเกษตรกรรม การทำงาน การเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน หรือสถานีอนามัย” (ผู้ดูแล) “อสม. จะต้องเข้ามาเกี่ยวข้องกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้านสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และรับรู้ปัญหาเพื่อให้เขาได้รับยาตามกำหนดเวลา ไม่ขาดยา” (ผู้เชี่ยวชาญ) 3) พฤติกรรมการสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรม การทำงาน และการจ้างงานในชุมชน “การได้รับโอกาสจากชุมชนให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เข้าไปทำงานทำให้ผู้ป่วยมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ ไม่รังเกียจ การฝึกใช้สมอง ฝึกใช้สมาธิ ฝึกทอนเงิน ฝึกหยิบของ เป็นการแลกเปลี่ยนสังคม แลกเปลี่ยนความรู้ เค้าจะได้รู้สึกว่ามีสังคมยอมรับ” (ผู้ดูแล) “การดึงผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน เช่น การประชุมหมู่บ้าน เป็นจิตอาสา ช่วยให้เค้าได้เป็นส่วนหนึ่ง และแสดงความรับผิดชอบ เป็นการดึงคนเหล่านี้ให้มาอยู่ในสังคม สังคมเกิดการยอมรับ และให้โอกาส” (ผู้นำชุมชน)

3. แนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน

พบว่า แนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน มีดังนี้ 1) แนวทางการคืนข้อมูลให้

ชุมชน เป็นการวางแผนขั้นต้น การดูแลต่อเนื่อง และให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน “ข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ หุ่นส่วนความร่วมมือในท้องถิ่นควรรับรู้ร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือ และวางแผนการ ฟื้นฟูดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการคืนข้อมูลแก่ ชุมชนถือว่าเป็นประโยชน์มาก” (เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข) 2) แนวทางการสร้างองค์ความรู้ด้าน สุขภาพจิตและจิตเวชให้ชุมชน “การได้รับการ เพิ่มพูนความรู้ทางด้านสุขภาพจะเป็นประโยชน์กับ คนในชุมชนมาก อสม. จะมีบทบาทในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวช และสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัว ได้เป็นอย่างดี การส่งเสริมความรู้แก่ อสม. ผู้นำ ครอบครัว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยนั้นเกิดประสิทธิภาพ และการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษางานจะช่วยทำ ให้เกิดแรงจูงใจ การพาผู้ป่วยไปเห็นกิจกรรมต่าง ๆ ในการสร้างงานอาชีพ การสร้างกลุ่มดูแลกันเองใน ชุมชน” (ผู้นำชุมชน) “การสนับสนุนความรู้ด้าน กฎหมาย ร่วมขับเคลื่อนงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน เช่น พรบ.สุขภาพจิต พรบ.ฟื้นฟู คุณภาพชีวิตผู้พิการ แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทาง สังคม” (ผู้เชี่ยวชาญ) “ต้องปรับทัศนคติที่ดี มีใจ อ่อนโยน ควรได้รับการพัฒนาทักษะการช่วยเหลือ ฟื้นฟู การสื่อสาร การเข้าหาผู้ป่วย พูดคุยด้านบวก และมีทัศนคติที่ดีเป็นสิ่งสำคัญ” (อสม.) 3) การวางแผนพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิต เภท สนับสนุนส่งเสริมการทำงานตามวิถีเดิม “ควร ประเมินผู้ป่วยว่ามีความถนัดหรือความสามารถ อะไร จะทำให้การวางแผนการฟื้นฟูได้ตรงความ ต้องการตามที่ชอบ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพได้

อย่างเหมาะสม” (ผู้ดูแล) “การฟื้นฟูเป็นการพัฒนา ปรับปรุงตัวเราให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น มีความรับผิดชอบตนเอง มีงานทำ ได้มีชีวิตที่ดีขึ้น” (ผู้ป่วย) “ผู้ป่วยทางด้านจิตมักจะมีสติของตนเองว่าการ เจ็บป่วยเป็นภาระของคนอื่น การได้รับการส่งเสริม ให้มีงานทำ มีรายได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมี คุณค่า การเพิ่มโอกาสให้ได้รับการสนับสนุนที่ตรง กับความต้องการ เกิดการปฏิบัติจริง ได้แบ่งเบ ภาระของครอบครัว สังคม” (ผู้ดูแล) “การฟื้นฟูเป็น การสร้างภาพลักษณ์ใหม่ ให้ได้รับการยอมรับจาก สังคมรอบข้าง เป็นความพยายามที่จะลดการตีตรา จากสังคม การแบ่งแยก กีดกันผู้ป่วยทางจิต” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) “ระยะแรกของการฟื้นฟู ควรเป็นการฟื้นฟูต่อเนื่องทางด้านการแพทย์ด้วย การเยี่ยมบ้านสักระยะหนึ่ง ก่อนเข้าสู่ระยะที่ 2 โดย จะไปใช้ศักยภาพของชุมชนช่วยฟื้นฟูคนไข้ การ ฟื้นฟูในวิถีเดิมที่เคยมี ให้กำลังใจเขา ให้พอที่จะ ทำงานได้ ผู้ดูแลอย่าคาดหวังความสมบูรณ์เหมือน ตอนยังไม่ป่วย ความคาดหวังนำไปสู่ความผิดหวัง ได้ แต่สิ่งที่ต้องทำคือ การให้กำลังใจ” (ผู้เชี่ยวชาญ) “การยกระดับคนไข้ จากที่เป็นคนป่วยและหายป่วย กลับมาอยู่บ้าน แต่เราจะเพิ่มคุณค่าให้มีคุณค่าชีวิตที่ ดีกว่าที่เป็นอยู่ ด้วยการมีงานทำ มีคุณภาพชีวิต ขึ้นมา นำไปสู่ความภาคภูมิใจ” (ผู้เชี่ยวชาญ) 4) บูรณาการการทำงานร่วมกับเขตสุขภาพ และภาคี เครือข่ายท้องถิ่น เพื่อประสิทธิภาพของการบริหาร งบประมาณให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่ “การประชุมวางแผนร่วมกันทั้งครอบครัว แกนนำ สุขภาพ และภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น เพื่อร่วมวางแผนการฟื้นฟูดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยมิติการฟื้นฟู

ในชุมชนการสะท้อนให้ชุมชนเห็นปัญหาและลงไปขับเคลื่อนในลักษณะ *bottom up* และมีเวทีเข้าไปคุยกับเขตสุขภาพ ควรที่จะนำงบประมาณท้องถิ่นเพื่อเข้ามาบริหารจัดการการฟื้นฟูที่ได้รับการศึกษา” (ผู้เชี่ยวชาญ) “บทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีความสำคัญในแต่ละด้าน และต้องทำงานสอดคล้องกันในการดูแลผู้ป่วย ให้สามารถมีพัฒนาการที่ดีขึ้น จนกว่าสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ” (ผู้นำชุมชน) “อยากให้หอสม. เข้ามาเยี่ยมบ้าน ติดตามการดูแลอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนและให้พลังใจในการใช้ชีวิตทุก ๆ วัน” (ผู้ป่วย)

การอภิปรายผล

1. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท จากผลการศึกษาตามองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 1) องค์ประกอบด้านการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจิตเภท พบว่า ทั้งในกลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์ตรง และกลุ่มผู้นำหุ้นส่วน เชื่อว่า การกำเริบของโรคและกลับเป็นซ้ำเป็นโอกาสเสี่ยงที่สำคัญ ทั้งนี้ เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ขาดการเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็ว การปล่อยปละละเลยอาการที่สำคัญ ขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ใช้สารเสพติดซ้ำตลอดถึงทัศนคติที่ไม่ดี ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Hamann et al., 2014) ที่พบว่า การป่วยซ้ำของโรคจิตเภท เกิดจากการขาดความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย ทัศนคติที่ไม่ดี และความต่อเนื่องในการรับประทานยา ใช้สารเสพติดซ้ำ นอกจากนี้ ยังพบว่าปัญหาด้าน

ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเห็นห่าง การทะเลาะเบาะแว้ง ไม่ยอมรับ การตีตรา ส่งผลต่อการกำเริบซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนาถนาวงษ์ศิริ, จินตนา ยูนิพันธุ์, และสุนิสา สุขตระกูล (2556) ที่พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกหรือบุคคลในครอบครัวมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนการลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยของครอบครัว เป็นการจัดการและควบคุมอารมณ์เพื่อความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้การสื่อสารที่ชัดเจน ช่วยผู้ดูแลเข้าถึงความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วย ช่วยลดความเครียดลดอาการทางจิตได้ (Norman, Malla, Mclean, McIntosh, Neufeld, Vorugenti, & Cortese, 2002) ดังนั้น ความเสี่ยงจากการกำเริบจะส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคจิตเภท หากผู้ป่วยขาดยาทางจิตเวช ใช้สารเสพติด หรือการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่ช้าเกินไป ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ คือ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วย เป็นความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (กรมสุขภาพจิต, 2563) ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.60 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด พบเพียงร้อยละ 8.50 (Fazel, Langstrom, Hjerm, Grann, & Lichtenstein, 2009) ดังนั้นการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็ว จะลดความรุนแรงที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำต่อคนอื่น ลดความกลัวฝังใจลดการปฏิเสธจากชุมชน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า

การรับรู้ตราใบปลิว เกิดจากการถูกตีตรา แสดงความรังเกียจ ไม่เข้าใจ ไม่ยอมรับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำ และเกิดความรู้สึกรุนแรงของโรค สอดคล้องกับงานวิจัยของอริ สุภาวงศ์ (2549) ที่พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายญาติและผู้ที่อยู่ใกล้เคียงของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลต่ออคติและตราใบปลิวจากสังคม นำไปสู่การเจ็บป่วยซ้ำ ขณะเดียวกัน พฤติกรรมที่รุนแรงของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเข้าสังคม เกิดความรู้สึกเป็นตราใบปลิว อับอาย (สุริสา ศิเพชร, และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2558)

2) องค์ประกอบด้านการรับรู้อุปสรรค พบว่า อุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรค เบื่อหน่ายในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และผลข้างเคียงจากยา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่องและมีการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยา และกลับมาป่วยซ้ำ (Sullivan, Wells, Morgenstern, & Leake, 1995) นอกจากนี้ เจตคติ การถูกตีตรา ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนบทบาทหน้าที่ในชุมชนจะเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังมีการศึกษาพบว่า การแบ่งแยก ปิดกั้น ไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต และขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Varcariolis, 2014) ซึ่งการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงของโรคจิตเภทและการป่วยซ้ำจะเป็นอุปสรรคขัดขวางการฟื้นคืนสู่สภาวะ (สมรักษ์

ชวานิชวงศ์, 2558) 3) องค์ประกอบด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การนำผู้ป่วยทางจิตเข้าสู่กระบวนการรักษาให้เร็วที่สุด จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ลดความเรื้อรังของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า หากผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเข้าถึงบริการมากขึ้นเท่าใด ก็จะยิ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น การรักษาบำบัดของผู้ป่วยจิตเภทคือหัวใจหลัก การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยการให้ความสำคัญกับผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน (ณัฏ อวารุลหัก, 2562) ซึ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานมากขึ้น การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม การฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็น ทำให้ผู้ป่วยได้คืนชีวิตใหม่ ลดภาระอื่น ๆ ลงได้หลายมิติ (Award & Voruganti, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ อุประสงค์, สงวน ธานี, เกสร สายธนู, และกิงกาญจน์ ชูเมือง (2560) พบว่า การฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท เป็นการเพิ่มโอกาสให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม ให้กำลังใจช่วยกันดูแล เป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีที่จะทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความหวัง ตลอดจนรู้จักรับผิดชอบตนเองเพื่อต่อสู้และอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วย นอกจากนี้ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการได้รับความรู้จากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท การได้รับความร่วมมือที่ดีจากชุมชนและการลงมือปฏิบัติด้วยกัน

ทำให้เกิดประสบการณ์และเห็นผลความสำเร็จของการฟื้นฟู แม้เพียงหนึ่งราย ทำให้มีแรงจูงใจ และเกิดกำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท มากกว่าการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว (Puspitosari, Wardaningsih, & Nanwani, 2019) และ 4) องค์ประกอบด้านสิ่งที่กระตุ้นจูงใจและการรับรู้ความสามารถ การได้รับกำลังใจจากเจ้าหน้าที่ และบุคคลในครอบครัว ชุมชนทำให้เกิดการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ด้วย ความมั่นใจ ซึ่งมีผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขององค์ประกอบด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลที่จะช่วยเหลือในชุมชนในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันญา แสงแก้ว, เรณูการ์ ทองคำรอด, และ กชพงศ์ สารการ (2558) พบว่า ครอบครัว ผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้มีความสามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ส่งเสริมด้านการรับประทานยา การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูทักษะด้านสังคม การใช้ชีวิต การทำงาน

2. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเริ่มต้นจาก 1) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้วยความรักความอบอุ่น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ หายป่วย ครอบครัวควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับผิชอบในหน้าที่การงานที่ได้รับมอบหมาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมี

คุณค่า มีตัวตน และเป็นประโยชน์กับครอบครัว การศึกษาของแก้วตา มีศรี, และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2555) พบว่า การรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันละกัน มีความใกล้ชิดผูกพัน ทำให้บุคคลรับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ การดูแลของครอบครัวเป็นอย่างดีจะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เพราะชุมชนยอมรับครอบครัวที่เอาใจใส่ ไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยเป็นภาระแก่สังคม 2) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน (ผู้นำชุมชน จิตอาสาในชุมชน อสม. และผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย) จะเกิดจาก (1) การทำให้ชุมชนเห็นถึงปัญหา เกิดความตระหนักร่วมด้วย ชุขข้อมูลจากชุมชน (2) การวิเคราะห์ ทบทวน โดยชุมชน เพื่อเห็นภาพร่วมกันของการจัดการปัญหา โดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ร่วมกับภาคีเครือข่าย และ (3) การสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง สอดคล้องกับการศึกษาของเกียรติภูมิ วงศ์รจิต, พิทักษ์พล บุญยมาลิก, สุพัตรา สุขสว่าง, และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน (2550) พบว่า การทำให้ประชาชนตระหนักในปัญหาและความสำคัญของความจำเป็นในการแก้ไข มีอิสระตัดสินใจ มีโอกาสใช้ศักยภาพของตนเองดำเนินกิจกรรมพัฒนาความสามารถ มีความรับผิดชอบ รู้สึกเป็นเจ้าของ จะเป็นส่วนสำคัญนำไปสู่จุดหมาย ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนบ่งบอกถึงความเข้มแข็งและความพร้อม สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐติกา ชูรัตน์ (2559) พบว่า การพัฒนางานจิตเวชชุมชนควรให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนร่วมค้นหาสาเหตุและมีส่วนร่วมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน ทั้งนี้การมีส่วนร่วม

ของ อสม. และแกนนำชุมชน โดยบทบาทและหน้าที่ที่สามารถเข้าถึงครอบครัวและผู้ป่วยได้ง่าย เพราะเป็นบทบาทที่ต้องเข้าไปดูแลสุขภาพของแต่ละครอบครัว การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยกับญาติ สร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วย จะเป็นประโยชน์ สามารถให้กำลังใจที่ดี และ 3) การสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และสนับสนุนการฟื้นฟูสู่การทำงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณค่า เป็นความภูมิใจที่สามารถเลี้ยงดูครอบครัว ลดภาระของครอบครัวและสังคมได้ สอดคล้องกับศึกษาของกนกวรรณ บุญเสริม (2559) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการประกอบอาชีพ มีรายได้เป็นของตนเอง และมีกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว ชุมชน ทำให้ผู้ป่วยภาคภูมิใจที่สุด เป็นการยกระดับคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อีกทั้งเป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย ลดความรุนแรงของอาการทางจิต สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และอยู่ร่วมในสังคมได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอรสา วัฒนศิริ, และเสาวภา ศรีภูสิตโต (2556) ที่พบว่า กระบวนการดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมและเครือข่าย จะช่วยลดการป่วยซ้ำและเพิ่มระดับความสามารถโดยรวมและการมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น

3. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่ามี 4 แนวทางที่สำคัญ ดังนี้ 1) แนวทางการคืนข้อมูลให้ชุมชน เป็นการวางแผนขั้นตอนการดูแลต่อเนื่องและให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่หุ้นส่วนความร่วมมือใน

ท้องถิ่นควรรับรู้ร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือ และวางแผนการฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ เกิดสังข์ (2561) พบว่า ความสำเร็จของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพจิตแบบครบวงจรและยั่งยืน กระบวนการคืนข้อมูลสู่ชุมชนและสร้างความตระหนักในปัญหาพร้อม เป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่การค้นหาคำตอบที่แท้จริงและเห็นข้อมูลที่เด่นชัด ชัดชัดตรง สามารถเจาะลึกไปสู่การมีส่วนร่วมแก้ปัญหาของชุมชนได้ 2) แนวทางการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชให้ชุมชน การได้รับการเพิ่มพูนความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท ความรู้ด้านกฎหมาย เช่น พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ร.บ.ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้พิการ แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม การสร้างเจตคติให้เกิดความเข้าใจ การฝึกปฏิบัติ พัฒนาศักยภาพการสื่อสาร การช่วยเหลือ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบต่าง ๆ จะสร้างความมั่นใจแก่ชุมชน เกิดประสิทธิภาพในการดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน การสนับสนุนความรู้ทางสุขภาพจิตและจิตเวช การพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Puspitosaria et al., 2019) การสนับสนุนความรู้แก่ชุมชนถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญ (พิชามญชุ์ ปุณโณทก, 2562) การพัฒนาทักษะ ความเชื่อมั่นของบุคคลในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน ให้เป็นที่ยอมรับและมีประโยชน์ในการแก้ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เกิดผลลัพธ์เชิงบวกต่อการทำงานผ่านการสนับสนุนของครอบครัว

ชุมชน (Asher, Hanlon, Birhane, Habtamu, Eaton, Weiss, & De Silva, 2018) 3) การวางแผนการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท สนับสนุนส่งเสริมการทำงานตามวิถีเดิม การฟื้นฟูฯ เป็นการพัฒนาความสามารถจากที่เคยบกพร่องให้ฟื้นคืนกลับมา มีการประเมินผู้ป่วยจิตเภทที่ตรงกับความต้องการและความสามารถ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างเหมาะสม สนับสนุนโอกาสทางสังคม ด้วยกิจกรรมการงาน ตามบริบทที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ลดการป่วยซ้ำได้ ด้วยความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย ที่มีความเชื่อมโยงทั้งระบบ การฟื้นฟูเป็นการสร้างภาพลักษณ์ใหม่ ให้ได้รับการยอมรับจากสังคมรอบข้าง เป็นความพยายามที่จะลดการตีตราจากสังคม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนมีความสำคัญในการจัดกระทำการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างยั่งยืน (Addington & Lecomte, 2012) การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนแสดงให้เห็นถึงผลการปรับปรุงคุณภาพชีวิต ลดความพิการซ้ำซ้อน และปรับปรุงการทำงานการเข้าสังคมของผู้ป่วยจิตเวช (Wang, Zhou, Yu, Qiu, & Wang, 2013) ซึ่งระยะแรกของการฟื้นฟูควรเป็นการฟื้นฟูต่อเนื่องทางด้านการแพทย์ด้วยการรักษา การติดตามเยี่ยมบ้าน ส่วนระยะที่ 2 เป็นการฟื้นฟูทักษะทางสังคม การงานอาชีพโดยใช้ศักยภาพของชุมชน 4) การบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยการบูรณาการร่วมกันกับเขตสุขภาพ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนส่งผลให้ผู้ป่วย

จิตเภทได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีโอกาสทางจิตดีขึ้น และยังกระตุ้นให้คณะกรรมการสุขภาพของรัฐในท้องถิ่นร่วมกับองค์กรภาคประชาชนรวมบริการสุขภาพจิตเข้าไว้ในแผนงบประมาณของท้องถิ่น เพื่อขยายการทำงานให้ครอบคลุมเขตบริการมากขึ้น การสร้างบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เกิดการบูรณาการทำงานร่วมกัน เห็นความสำคัญของกันและกัน ทำงานสอดคล้องกันในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้มีพัฒนาการที่ดีขึ้นจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ (Chatterjee, Patel, Chatterjee, & Weiss, 2003) ปัจจัยการเสริมสร้างความเข้มแข็งการทำงานในแนวราบ การสร้างบทบาทการเป็นหุ้นส่วนที่อยู่บนฐานทรัพยากรของชุมชนและมีความสัมพันธ์กับบริบททางสังคม เกิดจากการทำงานร่วมกันในชุมชน จะช่วยเสริมให้ผู้พิการทางจิตสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชนได้ (Leelakraiwan, 2007) หากได้รับความร่วมมือจากชุมชนและการมีนโยบายที่ชัดเจน ผู้นำทุกระดับเห็นความสำคัญ และการมีอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีศักยภาพเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการวิจัยพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ควรสนับสนุนให้ครอบครัว แกนนำท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ตลอดจนการบูรณาการภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมบนฐานความรู้ความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพในโรคจิตเภทที่ถูกต้อง และเกิดความเข้าใจ

มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท

3. ควรสนับสนุนความรู้ทางด้านสุขภาพจิต และจิตเวชควบคู่ไปกับการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยชุมชนมีส่วนร่วมให้เกิดความต่อเนื่อง และยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง “การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลการวิจัยทุกท่านที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2562). รายงานประจำปี 2562. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: พรอสเพอริสพลัส.
- กนกวรรณ บุญเสริม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(1), 123-138.
- เกียรติภูมิ วงศ์จิด, พัทธ์พัล บุญยมาลิก, สุพัตรา สุขสว่าง, และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2550). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชน. รายงานวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- แก้วดา มีศรี, และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(1), 35-49.

- ชนินฐา นันทบุตร. (2551). ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน แนวคิดเครื่องมือและการออกแบบ. กรุงเทพฯ: อยุธยาการพิมพ์.
- ถนัด อวารุลหัก. (2562). ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียงจังหวัดนราธิวาส. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 15(2), 42-50.
- นาถนภา วงษ์สีล, จินตนา ยูนิพันธุ์, และสุนิสา สุขตระกูล. (2556). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 27(3), 87-100.
- ณัฐิกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล่งที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 3(1), 24-36.
- พิชามญช์ ปุณโณทก. (2562). โครงการความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน เขตจังหวัดชลบุรี. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2540). ตราบาปและโรคทางจิตเวช. วารสารสวนปรง, 13(1), 17-33.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2562). รายงานสถิติผู้ป่วยโรคจิตเวช ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประจำปี 2562.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2562). สถิติการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยจิตเภท. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิตต์ อุประสงค์, สงวน ธานี, เกสร สายชนู, และกิ่งกาญจน์ ชูเมือง. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสวนปรง, 33(3), 175-188.
- สมรักษ์ ชูวานิชวงศ์. (2558). บทพรรณนาธิการ. วารสารเพื่อนรักสุขภาพจิต, 15(58), 3.

- สุจิตา ดีเพชร, และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการติดตามตนเองในผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 123-138.
- สุนันญา แสงแก้ว, เรณูการ์ ทองคำรอด, และกชพงศ์ สารการ. (2558). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมครอบครัวและอส.ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8.
- อรสา วัฒนศิริ, และเสาวภา ศรีภูสิตโต. (2556). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 67-83.
- อารี สุภาวงศ์. (2549). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 19(2), 92-103.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- อภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกะปิ่น, และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2561). การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีผู้ปฏิบัติการปฏิบัติ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: เอ็มเอ็น คอมพิวเตอร์.
- อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2561). ปัจจัยความสำเร็จของชุมชนในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตแบบครบวงจรและยั่งยืนตามแนวคิด CBR. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- Addington, J., & Lecomte, T. (2012). *Cognitive behavior therapy for schizophrenia*. *F1000 Medicine Reports*, 4: 6.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington DC: APA.
- Asher, L., Hanlon, C., Birhane, R., Habtamu, A., Eaton, J., Weiss, H. A., Patel, V., Fekadu, A., & Silva, M. D. (2018). Community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia (RISE): a 12-month mixed methods pilot study. *BMC Psychiatry*, 18: 250.
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. *Pharmacoeconomic*, 26(2), 149-162.
- Chatterjee, S., Patel, V., Chatterjee, A., & Weiss, H. A. (2003). Evaluation of a community-based rehabilitation model for chronic schizophrenia in rural India. *The British Journal of Psychiatry*, 182(1), 57-62.
- Fazel, S., Langstrom, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *Jama*, 301(19), 2016-2023.
- Hamann, J., Lipp, M. L., Christ-Zapp, S., Spellmann, I., & Kissling, W. (2014). Psychiatrist and patient responses to suspected medication nonadherence in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 65(7), 881-887.
- Hill, M., Crumlish, N., Whitty, P., Clarke, M., Browne, S., Kamali, M., Kinsella, A., Waddington, J., Lackin, C., O'Callaghan, E. (2010). Nonadherence to medication four years after the first episode of psychosis and association risk factors. *Psychiatry service*, 61, 189-192.
- LeeLakraiwan, C. (2007). *Community-Based Care for Mentally Ill Persons: A Case Study in an Urban Community, Khon kaen Province*. (Dissertation for The Degree of Doctor of Philosophy). Khon Kaen University, Khon Kaen.
- Lv, Y., Wolf, A., & Wang, X. (2013). Experience stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*, 35(1), 83-88.
- Marsh, D., & Johnson, D. (1997). The family experience of mental illness: Implication for intervention professional psychology. *Research and Practice*, 28(7), 229-237.
- Norman, R.M.G., Malla, A., Mclean, T.S., McIntosh, E.M., Neufeld, R.W., Vorugenti, L.P., & Cortese, L. (2002). An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58(2-3), 293-303.

- Overall, J.E., & Gorham D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10: 799-812.
- Poonnotok, P., Thampanichawat, W., Patoomwan, A., & Sangon, S. (2016). Struggling to Restore Normalcy: Thai Parents' Experiences in Being Caregivers of Children with Early Schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(1), 71-84.
- Puspitosari, W. A., Wardaningsih, S., & Nanwani, S. (2019). Improving the quality of life of people with schizophrenia through community-based rehabilitation in Yogyakarta Province, Indonesia: A quasi-experimental study. *Asian journal of psychiatry*, 42, 67-73.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Rosenstock, I., Strecher, V., & Becker, M. (1988). Social Learning Theory and Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Rossler, W., Joachim Salize, H., Van Os, J., & Riecher-Rossler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 399-409.
- Shao, W.C., Chen, H., Chang, Y.F., Lin, W.C., & Lin, E.C.L. (2013). The relationship between medication adherence and rehospitalization: A prospective study of schizophrenia patients discharge from psychiatric acute wards. *Hu Li Za Zhi*, 60(5), 31-40.
- Sullivan, G., Wells, K.B., Morgenstern, H., & Leake, B. (1995). Identifying modifiable risk factors for re-hospitalization: A case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1749-1756.
- Varcarolis, E. M. (2014). *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing*. NY: W. B. Saunders Company.
- Wang, L., Zhou, J., Yu, X., Qiu, J., & Wang, B., (2013). Psychosocial rehabilitation training in the treatment of schizophrenia outpatients: a randomized, psychosocial rehabilitation training and monomedication-controlled study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 29(2), 597-600.

THE DEVELOPMENT AND EFFECTIVENESS OF SOCIAL SKILL TRAINING OF CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Chidarat Pimdeed, M.N.S.*, Nuttaporn Baouraeng, M.N.S.**, Sunlamai Takumjai, B.N.S.**

Prakaidao Chomsopa, B.N.S.**, Prorndusit Khummeesrinon, M.N.S.**

Abstract

Objective: The main of this research were to develop social skill training of chronic schizophrenic patients and examine the effects of the program.

Methods: Research and development is divided into 7 steps. The sample group consisted of 24 people with chronic schizophrenia who were maintenance phase, divided into the experimental group, 12 people participating in the program and the control group did not participate in the program. Study period May 2021–November 2021. The instrument used to collect data were Living Skills Assessment (LSA-30) and Negative Syndrome Scale (NSS). Subjects were assessed at pretreatment, posttreatment and follow up in 2 months while reliability of LSA-30 and NSS are obtained from the Cronbach's alpha coefficient were 0.83, 0.86 respectively. Data were analyzed using ANCOVA, repeated measures ANOVA.

Results: 1) The developed program consisted of 6 activities: 1. Appropriate communication 2. Appropriate speaking and listening 3. Marketing 4. Revisiting content of activities 1-3, 5. Practicing social skills in 4 real situations and 6. Educate on psychiatric drug use, the IOC score was equal to 1.0. 2) The mean score on social behavior and communication and negative symptom after the experiment found that the estimated (marginal effect) of the mean social behavior score and communication and negative symptom between the two groups was statistically different at $< .05$ ($\bar{X}_{\text{diff}} = 2.83$, 95% CI of $\bar{X}_{\text{diff}} = 1.22-4.45$, $p\text{-value} = 0.001$) and ($\bar{X}_{\text{diff}} = 2.08$, 95% CI of $\bar{X}_{\text{diff}} = 0.93-3.24$, $p\text{-value} < 0.001$) respectively. Mean scores on social behavior and communication and negative symptom before and after the trial. including a follow-up period of 2 months after the trial. between the experimental group and the control group There was a statistically significant difference at the $< .05$ level at least one pair ($F_{(2,44)} = 15.42$, $p\text{-value} < 0.001$) and ($F_{(2,44)} = 27.82$, $p\text{-value} < 0.001$) respectively. 3) Results of recurrence as an inpatient in a hospital after 3 months of discharge, it was found that 100% of the experimental group did not return for readmitted. But 16.67% of the control group returned to the hospital.

Conclusion: Social skills training can reduce negative symptoms and social behavior and communication among chronic schizophrenic patients improved. This program should be an alternative to nurses in rehabilitation of patients.

Keywords: social skills training, negative symptoms, chronic schizophrenic patients

*Corresponding author: Registered Nurse, Senior Professional Level, KhonKaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, e-mail: jengy2553@hotmail.com

**Registered Nurse, Professional Level, KhonKaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Received: 28 December 2021, Revised: 3 May 2022, Accepted: 10 May 2022

การพัฒนาและประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, พย.ม.*, ญัฐฐาภรณ์ เบ้าเรือง, พย.ม.**, สุนละมัย ทาคำใจ, พย.บ.**

ประกายดาว โคมโสภา, พย.บ.**, พรศุสิต คำมีสินนท์, พย.ม.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และทดสอบผลของโปรแกรม

วิธีการศึกษา : การวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่อยู่ในระยะคงสภาพการรักษา จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน ได้เข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ระยะเวลาการศึกษาเดือนพฤษภาคม 2564 - พฤศจิกายน 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน (LSA-30) และแบบวัดอาการทางลบ (NSS) วัดก่อนและหลังการทดลองเสร็จสิ้น และในระยะติดตามผล 2 เดือน นำไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมการวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำ

ผลการศึกษา : 1) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1. การสื่อสารที่เหมาะสม 2. การพูด การฟัง ที่เหมาะสม 3. การจ่ายตลาด 4. ทบทวนเนื้อหากิจกรรมครั้งที่ 1- 3 5. การฝึกทักษะทางสังคมใน 4 สถานการณ์จริง และ 6. การให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช ประเมินค่า IOC ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 1.0 2) คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และอาการด้านลบหลังการทดลอง พบว่า ค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และอาการด้านลบระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($\bar{X}_{\text{diff}} = 2.83$, 95% CI of $\bar{X}_{\text{diff}} = 1.22-4.45$, $p\text{-value} = 0.001$) และ ($\bar{X}_{\text{diff}} = 2.08$, 95% CI of $\bar{X}_{\text{diff}} = 0.93-3.24$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ -คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และอาการด้านลบก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงระยะติดตาม 2 เดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,44)} = 15.42$, $p\text{-value} < 0.001$) และ ($F_{(2,44)} = 27.82$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ 3) ผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังจากจำหน่าย 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลอง ร้อยละ 100.00 ไม่กลับมารักษาซ้ำ แต่กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำถึงร้อยละ 16.67

สรุป : การฝึกทักษะทางสังคม สามารถทำให้อาการด้านลบลดลง และพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังดีขึ้น โปรแกรมนี้น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งของพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

คำสำคัญ : การฝึกทักษะทางสังคม, อาการด้านลบลดลง, ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, e-mail: jengy2553@hotmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วันที่รับ: 28 ธันวาคม 2564, วันที่แก้ไข: 3 พฤษภาคม 2565, วันที่ตอบรับ: 10 พฤษภาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรังและทำให้ร่างกายอ่อนแอลง แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการรักษาทางจิตสังคมสำหรับอาการบางอย่างของโรคจิตเภท แต่ผู้ป่วยจิตเภทมักจะยังคงพบอาการบางอย่างโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการด้านลบตลอดชีวิต เนื่องจากอาการด้านลบส่งผลต่อการทำงานและคุณภาพชีวิตไม่ดี การรักษาอาการด้านลบจึงมีความสำคัญสูง (Elis, Caponigro, & Kring, 2013) อาการด้านลบเป็นสาเหตุของผลการดำเนินโรคที่ไม่ดีในโรคจิตเภท (Granholm, & Harvey, 2018) เป็นอาการผิดปกติที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนทั่วไป เช่น พูดน้อยหรือไม่พูด ไม่แสดงอารมณ์ เฉยเมย ไม่มีแรงจูงใจหรือเหนื่อยชาลง ไม่เข้าสังคม ภาวะสิ้นความยินดี อาการจะค่อยเป็นค่อยไป (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558) เป็นตัวทำนายความเสี่ยงทางจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการทำงาน อาการด้านลบเฉยเมย-ภาวะสิ้นความยินดีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสื่อมในการทำหน้าที่ทักษะทางสังคม พุทธิปัญญาทางสังคม (Susan, McGurk, & Mueser, 2013) การวางแผน การสื่อสาร และการทำงานของผู้ป่วยจิตเภท (Lindenmayer, & Khan, 2012) จากหลักฐานทบทวนการศึกษาหลังสุดพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีอาการด้านลบสูงถึงร้อยละ 60.00 จำเป็นต้องได้รับการรักษา (Correll, & Schooler, 2020) จากปัญหาอาการด้านลบ และปัญหาด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ ส่งผลให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล การกลับเป็นซ้ำของโรคพบส่วนใหญ่ในโรคจิตเภท การเปลี่ยนแปลงจากอาการที่ดีเป็นการ

กำเริบของโรคอาจเกิดขึ้นทันทีและมีสัญญาณเตือนเพียงเล็กน้อยหรือแทบไม่มีเลย (Emsley, Chiliza, Asmal, & Harvey, 2013) ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาอาการทางจิตสงบแต่ยังเกิดอาการกลับเป็นซ้ำได้ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และเป็นปัญหาที่สำคัญทำให้เกิดความผิดปกติของสมองและเกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้นได้ง่าย ส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาและการฟื้นฟู โดยระยะเรื้อรังถือว่าเป็นระยะที่สำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท (สุดาพร สติยทุทธการ, 2559) สาเหตุการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเนื่องมาจากอาการกำเริบซ้ำนั้นเกี่ยวข้องกับการพยากรณ์โรค การระบุบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับมารักษาซ้ำ และการเตรียมโปรแกรมการช่วยเหลือ เพื่อให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำต่ำ ถือว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ (Chi et al., 2016) ข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2561 - 2563 เมื่อเมษายน 2564 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในถึงร้อยละ 50.08, 43.68 และ 44.68 ตามลำดับ และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบถึงร้อยละ 3.41, 3.89 และ 6.28 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2563) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นจากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า 1) ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดการตระหนักรู้ในการใช้ยาทางจิตเวช 2) การรักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาด้วยตนเอง หรือขาดคนดูแล 3)

ผู้ป่วยใช้สุรา/สารเสพติด เนื่องจากไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อีกทั้งขาดทักษะการปฏิเสธ และถูกชักจูงได้ง่าย และ 4) ยาดีไม่สามารถควบคุมดูแลผู้ป่วยได้ ยาดีบางรายที่ดูแลผู้ป่วย รู้สึกเบื่อหน่ายเป็นภาระ จึงขาดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเศรษฐกิจยาลดลง

การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skill training: SST) มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยให้สามารถมีชีวิตรอยู่ในชุมชน โดยอาศัยแนวความคิดทางพฤติกรรมบำบัด ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมอย่างค่อยเป็นค่อยไป ควบคู่กับการเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015) โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมส่วนใหญ่เน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน SST ช่วยเพิ่มทักษะทางสังคม ลดอาการด้านลบ และการทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้การดูแลตามปกติสามารถเพิ่ม SST เข้าไปกับการบำบัดต่างๆ (Granholm, & Harvey, 2018) เนื่องจากมีประสิทธิภาพกว่าการบำบัดที่มีอยู่ตามปกติในการรักษาอาการด้านลบ และอาการทางจิต (Turner et al., 2017) จากหลักฐานการวิจัย SST ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญคือ มีอัตราการกำเริบ และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำต่ำ (Almerie et al., 2015) มีอาการทางจิตลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น มีทักษะทางสังคมด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น (จิรพันธ์ เอิบกมล, 2553) และอาการด้านลบลดลง (Barzegar, Ahadi, Barzegar, & Ghahari, 2016) ดังนั้น SST จึงถูกเลือกนำมาใช้กับ

ผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยทำให้ความบกพร่องด้านสังคมดีขึ้น ซึ่งความบกพร่องด้านสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไร้ความสามารถ และไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Barzegar et al., 2016) SST มีผลต่อการทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น การดำเนินชีวิตอย่างอิสระดีขึ้น (Malone Cole, 2012) ฉะนั้นการฝึก SST จึงมีความจำเป็นและความสำคัญทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้การสื่อสาร การแสดงออกที่เหมาะสมจากต้นแบบ และยังช่วยลดอัตราการกำเริบ และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา (Simpson, & Moriarity, 2014 อ้างใน จิราภรณ์ สรรพวิวงศ์, และปดดา เหมโลหะ, 2558) จะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มของการเจ็บป่วยทางจิตแบบเรื้อรังประมาณร้อยละ 30.00 - 50.00 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ที่จะนำมาพัฒนาฝึกฝนเพิ่มพูนทักษะแก่ผู้ป่วยนั้นก็คือการฝึกทักษะทางสังคม (ปัทมา ศิริเวช, 2552)

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นภายใต้การวิเคราะห์ปัญหาและการทบทวนตำรา เอกสารงานวิจัยพบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การรักษาไม่ต่อเนื่อง การใช้สุรา สารเสพติด และผู้ป่วยมีอาการด้านลบ ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันจากการวิเคราะห์หาสาเหตุดังกล่าว ได้นำไปออกแบบพัฒนาต่อยอดโปรแกรมให้ทันสมัย ผู้วิจัยได้ปรับ โปรแกรมฯ เดิม และเพิ่มเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช เนื้อหาทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด และการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ซึ่งต่างจากโปรแกรมการ

ฝึกทักษะทางสังคมของนักวิจัยท่านอื่นๆที่ผ่านมาที่เน้นฝึกเฉพาะทักษะด้านการสื่อสาร ส่วนโปรแกรมนี้ครอบคลุมถึง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชเพื่อแก้ไขปัญหาที่พบจากหน่วยงานในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร การมีอาการด้านลบ ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ก่อน หลัง และติดตามผล 2 เดือน
3. เพื่อติดตามการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังจากจำหน่าย 3 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิจัยและพัฒนา (research and development) ตามแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมซึ่งยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และแนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน (รุจโรจน์ แก้วอุไร, 2549; ศราวุธ วัชวุฒิ, 2562) ดังต่อไปนี้

1) การสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ ในการสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ ผู้วิจัยได้ทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการวิเคราะห์

ข้อมูลจากเวชระเบียนโดยการคำนวณด้วยมือ ปีงบประมาณ 2561 - 2563 เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อีกทั้งได้ศึกษาสถิติโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2561 - 2563 ในประเด็นอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น และมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าการไม่รับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี มากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 12.5 เท่า (กนกรัตน์ ชัยนุ, กิตติยา ทองสุข, และมิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง, 2562) จากโปรแกรมเดิมที่ผู้วิจัยเคยพัฒนายังมีจุดอ่อน พบว่าขาดการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ไม่มีการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช ขาดทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน และการวิจัยที่ผ่านมาเป็นการวัดตัวแปรพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร ประกอบกับองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฝึกทักษะทางสังคมมีประโยชน์ทางคลินิกต่อผู้ป่วยจิตเภท คือลดอาการด้านลบ (Barzegar et al., 2016) อาการทางจิตลดลง และอัตราการกำเริบซ้ำ (จิรพันธ์ เอิบกมล, 2553) ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อตอบสนองปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานคือ ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการด้านลบ ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และกลับมารักษาซ้ำบ่อย การวิจัยครั้งนี้เพิ่มตัวแปรทางคลินิกที่ต้องการวัดคือ อาการด้านลบ และการกลับมารักษาซ้ำ

2) การออกแบบพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งนี้ ยึดแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) และแนวคิดของทฤษฎี และเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ B.F. Skinner (1953 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556)

แนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม มาจาก หลักการพื้นฐานของการเรียนรู้ของมนุษย์ที่ได้จากการทดลองแล้วนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน องค์ความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม ได้แก่การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข การวิเคราะห์ พฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม จิตวิทยา สังคม การรับรู้ทางสังคม (Kopelowicz et al., 2006 อ้างใน จิรพันธ์ เอิบกมล, 2553) และทฤษฎีพุทธิปัญญา (Lieberman, Kopelowicz, & Silverstein, 2005) เป็นวิธีการที่เป็นระบบในการสอนทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพต่อการทำหน้าที่ และอาการทางลบดีขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท (Brown, Mueser, & Pratt, 2020)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วย กระบวนการกลุ่ม เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาผู้เรียนทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทักษะได้ดีที่สุด (Kolb, 1984 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการปรับ พฤติกรรมของ B.F. Skinner (1953 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคล เป็นผลพวงเนื่องมาจากการ ปฏิสัมพันธ์กับ สภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะ แปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม ผลกรรมที่เป็น

ตัวเสริมแรง (Reinforcer) ที่ทำให้พฤติกรรมที่ บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับแนวคิดการจัดการเงื่อนไข ผลกรรม (Contingency Management) ของ Skinner (1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) เชื่อว่าพฤติกรรมของ บุคคลจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงเป็นผลเนื่องมาจากผล กรรมของพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมใดได้รับผล กรรมที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นก็จะ มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต การวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกการเสริมแรงทางบวกเป็นเบี่ยงรรณกร ซึ่งจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ถ้าสามารถนำไป แลกตัวเสริมแรงอื่น ๆ ได้มากกว่า 1 ตัวขึ้นไป ดังนั้น ผู้วิจัยให้แลกเบี่ยงรรณกรเป็นเงิน และขนมได้

การออกแบบโปรแกรมการฝึกทักษะทาง สังคมในช่วงแรกนี้ ประกอบด้วย การฝึกทักษะ 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที การให้ความรู้ 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมงและการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง ใช้เวลาประมาณกิจกรรมละ 45 นาที - 1 ชั่วโมง แต่ กิจกรรมการฝึกทักษะ และกิจกรรมการให้ความรู้ ยังไม่ได้รับข้อเรื่อง อีกทั้งวัตถุประสงค์ และการ ประเมินผลของกิจกรรมแต่ละครั้งไม่ได้รับเป็น เชิงพฤติกรรม กิจกรรมการให้ความรู้การใช้ยาทาง จิตเวช ในเนื้อหาผลข้างเคียงของยา และการสังเกต อาการเตือน ไม่ได้รับวิธีแก้ไข สื่อการสอนการฝึก ทักษะการจำลองตลาด เป็นแผ่นภาพสินค้าประเภท ต่าง ๆ ไม่ได้รับราคาลงในแผ่นภาพ ผู้วิจัยได้ คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงมีการฝึก พฤติกรรมโดยใช้วิธีดีโอ การสาธิตทักษะทางสังคม การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกพฤติกรรมซ้ำ ๆ การให้ข้อเสนอแนะเชิงบวกเพื่อการปรับแก้ไขให้

เกิดการเรียนรู้ทักษะ (Lieberman et al., 2005; Malone Cole, 2012; Sadock et al., 2015; Brown et al., 2020)

3) ทดสอบคุณภาพโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม โปรแกรมการฝึกทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด และการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง ผู้วิจัยได้สร้างแผนการจัดกิจกรรมด้านทักษะ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนกระทั่งไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังเช่นสื่อประกอบการสอนการแสดงตัวอย่างธนบัตรต่าง ๆ และเหรียญกษาปณ์บนแผ่นป้าย และใบงานมีการกำหนดมูลค่าของเงินที่ต้องจ่ายตลาด เพื่อใช้จ่ายเงินอย่างคุ้มค่า โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช ผู้วิจัยได้สร้างแผนการจัดกิจกรรมด้านความรู้และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนกระทั่งไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังเช่นใบความรู้ที่ 1 หัวข้อชนิดของยาจิตเวช หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำครั้งที่สอง แพทย์จะให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 - 5 ปี เปลี่ยนเป็น หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำครั้งที่สอง แพทย์จะให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 - 5 ปี ขึ้นกับอาการ หรือตลอดชีวิต

หลังจากนั้นนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมทั้งหมด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โปรแกรมทักษะทางสังคม การประเมินผลโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยในชุมชน และด้านเพศภาวะและสุขภาพจิต ตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรม ด้านความ

ครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ได้ค่า IOC = 0.0 - 1.00 และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะดังนี้ 1) วัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 1 - 6 ได้ปรับเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม 2) วิธีการประเมินผลได้ปรับให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และ 3) กิจกรรมการเรียนรู้ ได้ปรับให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เป็นต้น

4) ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 1 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาของโปรแกรมครั้งที่ 1 (ฉบับร่าง) หลังจากนั้นนำโปรแกรมที่ปรับปรุงไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรมด้านความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ได้ค่าคะแนน IOC = 1.00

ในขณะเดียวกันทดลองโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม เฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทหญิงจำนวน 5 คน ที่หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในหญิงเฟื่องฟ้า รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรมต้นแบบ และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้ได้คุณภาพ ดังเช่น กิจกรรมครั้งที่ 1 - 3 ได้เพิ่มชื่อเรื่องดังนี้ ครั้งที่ 1 เรื่อง การสื่อสารที่เหมาะสม ครั้งที่ 2 เรื่อง การพูดการฟัง ที่เหมาะสม ครั้งที่ 3 เรื่องการจ่ายตลาด เป็นต้น

5) ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทาง

สังคมครั้งที่ 2 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ (กลุ่มนาร์อง) หลังจากปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาของโปรแกรมครั้งที่ 2 (ฉบับร่าง) นำโปรแกรมที่ปรับปรุงไปทดลองโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งชายและหญิงจำนวน 8 คน รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรม และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม จนมีความมั่นใจในด้านคุณภาพของโปรแกรม ดังเช่นกิจกรรมครั้งที่ 3 ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด สื่อการฝึกทักษะเป็นแผ่นภาพสินค้าประเภทต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการรีนไหลในขณะฝึกทักษะการซื้อขายสินค้า ผู้วิจัยได้ระบุนราคลังในแผ่นภาพสินค้าประเภทนั้นๆเลย

6) การทดลองความพร้อมนำไปใช้ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง พฤศจิกายน 2564 ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 รับการรักษาทางยาในระยะคงสภาพการรักษา ยินดีเข้าร่วมการศึกษา และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต 2 ปีขึ้นไป 2) ผลการประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE) ในหัวข้อประเมินพฤติกรรมรุนแรง (V: Violence) อยู่ในระดับต่ำ - ระดับปานกลาง และประเมิน BPRS มีค่าคะแนน ≤ 36 3) ผลการประเมินคะแนนอาการทางลบ (NSS) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 3 - 13 คะแนน 4) มีคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร (LSA-30) ตั้งแต่ระดับ 2 (0.51 - 1.50) ถึงระดับ 4 (2.51 - 3.5) และ 5) ไม่มีปัญหาการได้ยินและไม่มีควมบกพร่องทาง

สติปัญญา เกณฑ์ในการคัดออกคือ มีอาการกำเริบไม่รับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ และบุคคล หรือมีโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรงจนไม่สามารถเข้ากลุ่มได้ หรือมีประวัติเป็นโรคทางสมอง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยเรื้อรังโรคเรื้อรัง หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดชายชงโคและฝ่ายคำ ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนมิถุนายน 2564 จำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 12 คน คือกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม 6 ครั้ง /สัปดาห์ มีการเสริมแรงทางบวก โดยให้เบี้ยอรรถกร เป็นเหรียญมีมูลค่าเป็นเงิน 5 บาท รวม 15 บาท มีการฝึกทักษะโดยแสดงบทบาทสมมติ กระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกได้ร่วมแสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะหลังการฝึกทักษะทุกครั้ง มีการชม และให้กำลังใจ ผู้นำกลุ่มได้ให้ข้อเสนอแนะย้อนกลับเพื่อการปรับปรุงพฤติกรรมฝึกให้ดีขึ้น พร้อมกล่าวคำชมเชย และปรบมือให้กำลังใจ ขณะกลุ่มทดลองอยู่ในหอผู้ป่วย มีทีมวิจัยกระตุ้นและทบทวนพฤติกรรมที่ได้รับการฝึกทักษะร่วมด้วย ส่วนการฝึกใน 4 สถานการณ์จริง คือ การจัดยา รับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์ และการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่ ฝึกที่ห้องกิจกรรมกลุ่ม ส่วนการจ่ายตลาด ฝึกที่ร้านค้าสวัสดิการของทางโรงพยาบาล ก่อนฝึกใน 4 สถานการณ์จริง ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสภาวะจิตใจของกลุ่มทดลอง จึงประเมินความพร้อมด้านจิตใจ ความไม่สบายใจ และการนับถือทางศาสนาที่จะส่งผลต่อการฝึกทักษะ พบว่ากลุ่มทดลองทุกคนมีความพร้อม ไม่พบปัญหาใด ๆ

มีความสนใจ กระตือรือร้นต่อการฝึกทักษะ และร่วมมือเป็นอย่างดี โดยเฉพาะการสื่อสารกับพระภิกษุกลุ่มทดลองส่วนใหญ่สามารถสื่อสาร มีสัมมาคารวะ และวางตัวได้ดี สามารถสื่อสารนอกเหนือจากใบงานที่มอบหมายให้ได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม n4Studies โดยกำหนดค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองเท่ากับ 35.47 และ 12.97 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 51.13 และ 11.04 ตามลำดับ อ้างอิงจากการศึกษาประสิทธิผลของการฝึกทักษะทางสังคมต่อการลดอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง (Barzegar et al., 2016) ส่วนการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ $\beta = 0.20$ หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดชายมีจำนวน 2 หอ ส่วนหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดหญิงมีจำนวน 1 หอ จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมดังกล่าวได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 10 คนต่อกลุ่ม หรือจำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด 20 คน เก็บข้อมูลจริงมากกว่ากำหนดอย่างน้อยร้อยละ 20 เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง(จรนิต แก้วกั้วาล, และประตาสิงหิวนนท์, 2561) รวมทั้งสิ้น 24 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยชายและหญิง จากการสุ่มอย่างง่าย จากหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดชายและหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดหญิง

ขั้นตอนการวิจัย

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง กลุ่มตัวอย่างและญาติที่เป็นกลุ่มควบคุม หลังครบระยะติดตาม 3 เดือนได้เชิญผู้ป่วยมาฝึกทักษะฯ และให้ความรู้แก่ญาติพร้อมเอกสารความรู้ เพื่อช่วยกระตุ้นและฟื้นฟู

สมรรถภาพผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน หากผู้ป่วยรายใดแพทย์ส่งกลับรับยาใกล้บ้าน ผู้วิจัยมีการติดต่อทางโทรศัพท์หรือทางไลน์ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย ผู้วิจัยจะเลือกหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในชายชงโคและฝ้ายคำ หลังจากนั้นสุ่มหอผู้ป่วยทั้งสองเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ส่วนหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในหญิงเฟื่องฟ้ามีเพียงหนึ่งหอผู้ป่วย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนหลังสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ผู้วิจัยจะแจ้งผู้ป่วยหญิงกลุ่มทดลองให้เก็บเป็นความลับในช่วงทดลอง ผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้อมูลกับอาสาสมัครตามเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และญาติลงนามด้วย หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยสัมภาษณ์อาสาสมัครกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล เพื่อสำรวจแรงจูงใจที่ต้องการ และบันทึกลงในแบบประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยและเกณฑ์การให้การเสริมแรง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการฝึกทักษะฯ และการให้รางวัลหากมีพฤติกรรมพึงประสงค์ การเตรียมการฝึกแต่ละกิจกรรม ผู้วิจัยได้คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา ของอาสาสมัคร รวมทั้งระยะเวลาที่ใช้คือ 5 วัน การให้ความรู้ และการฝึกทักษะ ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า ส่วนการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย ก่อนการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง มีการฝึกชกซ้อมเสมือนจริงตามใบประเมินผล และสร้างบรรยากาศให้เกิดการผ่อนคลายทั้งการฝึกทักษะในช่วงซักซ้อม และการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง

2. ขั้นตอนทดลอง กลุ่มทดลองจัดให้เข้าโปรแกรม

ฝึกทักษะทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมจัดให้เข้ากลุ่มบำบัดอื่น ๆ ตามปกติ ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยที่เป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมบำบัดจะทราบถึงจุดบกพร่องของกลุ่มทดลองในแต่ละคนจากผลการประเมินฯ หลังการฝึกในแต่ละกิจกรรมขณะผู้วิจัยประจำหอผู้ป่วยจะกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และติดตามประเมินผลการฝึกในแต่ละกิจกรรม เพื่อนำผลการประเมินแจ้งให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทราบก่อนเริ่มฝึกทักษะในกิจกรรมครั้งต่อไป ผู้วิจัยประกาศผู้ผ่านการประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์ครั้งก่อนหน้า และให้รางวัลเป็นเหรียญมีมูลค่าแทนเงิน 5 บาท รวมการฝึกกิจกรรมครั้งที่ 1 ถึงการฝึกกิจกรรมครั้งที่ 3 มูลค่า 15 บาท ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 4 หลังการทบทวนการฝึกทักษะฯ ให้รางวัลแรงจูงใจที่ปรารถนา และเมื่อญาติมารับอาสาสมัครกลุ่มทดลองกลับบ้าน ผู้วิจัยสอนญาติในทักษะทางสังคมและความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช เพื่อให้ญาตินำความรู้ไปกระตุ้นพฤติกรรมผู้ป่วยซ้ำ ๆ ขณะอยู่ที่บ้าน อีกทั้งเตรียมเอกสารใบความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช และทักษะทางสังคมให้แก่ญาติ

3. ขั้นตอนประเมินผล ประเมินทักษะทางสังคมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น โดยผู้เก็บข้อมูลวิจัยหอผู้ป่วยละ 1 คน จาก 3 หอผู้ป่วย (ไม่อยู่ในขณะผู้วิจัย) ได้รับการฝึกใช้แบบประเมิน LSA-30 และ NSS ผู้เก็บข้อมูลไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม และในระยะติดตามผล 2 เดือน ประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติที่ดูแลผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ ทางโทรศัพท์ หลังจำหน่ายติดตามการกลับมารักษาซ้ำทุกเดือน รวม 3 เดือน

ทางข้อมูลออนไลน์ของโรงพยาบาล หากพบว่าผู้ป่วยรายใดกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ผู้วิจัยติดต่อญาติทางไลน์หรือโทรศัพท์ เพื่อซักถามถึงสาเหตุ และปัญหาที่พบขณะอยู่บ้าน

7. การเผยแพร่โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม หลังจากปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมฯ ฉบับสมบูรณ์ เผยแพร่โปรแกรมฯ แก่ทีมการพยาบาลหอผู้ป่วยหญิงเฟื่องฟ้า วางแผนการนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมขยายผลสู่หน่วยงานอื่น ๆ ในองค์กรต่อไป และเผยแพร่ผลงานวิจัยลงในวารสาร

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต รับการรับรองเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2564 เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.CO.A 008/2564 หลังจากได้รับการรับรองผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด และได้รับคำชี้แจงอย่างละเอียดก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนการเซ็นใบยินยอมและญาติร่วมเซ็นใบยินยอมด้วย อาสาสมัครสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE) ในหัวข้อแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (V: Violence) คัดเลือกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ - ระดับปานกลาง (0 - 4 คะแนน = ระดับ

ค่า 5 - 8 คะแนน = ระดับปานกลาง 9 - 12 คะแนน = ระดับสูง) และแบบประเมิน BPRS มีจำนวน 18 ข้อ (1 = ไม่มีอาการ 2 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = อาการปานกลาง 5 = อาการค่อนข้างรุนแรง 6 = อาการรุนแรง 7 = อาการรุนแรงมาก) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนน ≤ 36

1.2 แบบวัดอาการทางลบ (NSS)

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนตั้งแต่ 3 - 13 คะแนน มีทั้งหมด 13 ข้อ มี 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสังเกต (ข้อ 1 - 6) และตอนที่ 2 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสัมภาษณ์ (ข้อ 7 - 13) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่มี (0 คะแนน) หมายถึง ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

มี (1 คะแนน) หมายถึง ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

1.3 แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน

(Living Skills Assessment: LSA-30) เฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร มี 5 ข้อ คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 20 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับ 2 (0.51 - 1.50) ถึงระดับ 4 (2.51 - 3.5)

1.4 แบบประเมินพฤติกรรม

ผู้ป่วยและเกณฑ์การให้การเสริมแรงในการฝึกทักษะทางสังคม และสำรวจแรงจูงใจที่ปรารถนา หลังจากคัดเลือกรูปแบบตัวอย่างได้แล้ว ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมของกลุ่มทดลองก่อนการฝึกทักษะกิจกรรมครั้งที่ 1 - 3 ทักษะใดที่บกพร่องบ้าง “ผ่าน”

หรือ “ไม่ผ่าน” หลังการฝึกทักษะกิจกรรมครั้งที่ 1 - 3 ประกาศให้กลุ่มทดลองทราบ

2. เครื่องมือในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมประกอบด้วย กิจกรรม 6 ครั้ง คือ กิจกรรม

ครั้งที่ 1 เรื่องการสื่อสารที่เหมาะสม มี 5 ทักษะ ประกอบด้วย การทักทาย การพูดคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม (การพูดคุยกับผู้ใหญ่และพระภิกษุสงฆ์) การสบตาขณะพูดคุย การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง และการกล่าวขอบคุณ ขอโทษ กิจกรรมครั้งที่ 2 เรื่องการพูด การฟัง ที่เหมาะสม มี 6 ทักษะ ประกอบด้วย การใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการพูดคุย การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม การใช้คำพูดสุภาพ การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การรับฟังเรื่องราวผู้อื่นพูดได้อย่างต่อเนื่อง และการถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัย กิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่องการจ่ายตลาด มี 3 ทักษะ ประกอบด้วย การรู้จักใช้ธนบัตรและเหรียญ การจ่ายเงินและรับเงินทอนได้ถูกต้อง และการต่อรองราคา กิจกรรมครั้งที่ 4 ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 - 3 รวม 14 ทักษะ กิจกรรมครั้งที่ 5 การฝึกทักษะทางสังคมใน 4 สถานการณ์จริง คือ การจัดยารับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์ การซื้อสินค้าที่ร้านค้าสวัสดิการของโรงพยาบาล และการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่ และกิจกรรมครั้งที่ 6 การให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช โดยมีอุปกรณ์ประกอบ ได้แก่ วิดีทัศน์ เรื่องการสื่อสารที่เหมาะสม บัตรคำ แถบเสียง วงล้อชีวิต เหรียญกษาปณ์และธนบัตรทั้งของจริงและแผ่นภาพ แผ่นภาพสินค้าบริโภค อุปโภค เหรียญกษาปณ์และธนบัตรคล้ายของจริง

2.2 แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน (Living Skills Assessment: LSA-30) ของเกียรติกุมิ วงศ์จิต, พัทธกมล บุญมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน (2550) มีทักษะทั้งหมด 6 ด้าน ตัวแปรหนึ่งที่ผู้วิจัยศึกษาคือ พฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร จึงเลือกเฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 20 คะแนน แบบวัดนี้ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ทำไม่ได้จนถึงทำได้เอง LSA-30 ทั้งชุดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 และได้้นำ LSA-30 นี้เฉพาะรายด้านสังคมและการสื่อสาร มาทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 ปัจจุบันเครื่องมือนี้ได้ถูกนำมาใช้ในงานประจำแล้ว LSA-30 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ทำไม่ได้ (0 คะแนน) หมายถึงขาดทักษะหรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ระบุ

ทำได้แต่ไม่ทำ (1 คะแนน) หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่ทำแม้ว่าจะกระตุ้น (ช่วยเหลือ) ก็ไม่ทำ

ทำได้แต่ต้องกระตุ้นทุกครั้ง (2 คะแนน) หมายถึง สามารถทำได้เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือช่วยเหลือทุกครั้งหรืออย่างมาก

ทำได้แต่ต้องกระตุ้นบางครั้ง (3 คะแนน) หมายถึง สามารถทำได้เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือช่วยเหลือบางครั้งหรือเล็กน้อย

ทำได้เอง (4 คะแนน) หมายถึง

สามารถทำได้เอง โดยไม่ต้องกระตุ้น

เกณฑ์ค่าคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร

ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 0 - 0.50 คะแนน หมายถึง ขาดความสามารถในการทำกิจกรรมนั้น

ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 0.51 - 1.50 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่ได้ทำ

ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ต้องช่วยเหลือทุกครั้ง

ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง

ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.00 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เอง

การแปลผลระดับทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร

ระดับต่ำ ได้แก่ มีความสามารถในการระดับ 1 และระดับ 2

ระดับปานกลาง ได้แก่ มีความสามารถในการระดับ 3 และระดับ 4

ระดับสูง ได้แก่ มีความสามารถในการระดับ 5

2.3 แบบวัดอาการทางลบ (Negative Syndrome scale: NSS) ของหงส์ บันเทิงสุข (2545) พัฒนาจากแบบประเมินอาการทางลบตามโครงสร้างเนื้อหาของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่รณานิรัช โกวิทย์, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุ๋นอองค์, และพิเชฐ อุดมรัตน์ (2550) แปลและสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay, Fiszbein, & Opler ประกอบด้วยการประเมิน

ลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ ข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 13 คะแนน แปลผลค่าคะแนนโดย ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีอาการทางลบมาก ค่าคะแนนต่ำหมายถึง มีอาการทางลบน้อย แบ่งระดับเป็น 3 ระดับคือ 10 - 13 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบมาก คะแนน 5 - 9 ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบปานกลาง และคะแนน 0 - 4 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบน้อย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และได้นำ NSS นี้ มาทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามวิจัยออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และศึกษาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้และทักษะของโปรแกรมแต่ละหัวข้อ และวัตถุประสงค์ (IOC) โดยการบรรยาย

2. การวิเคราะห์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง นำเสนอผลลัพธ์แบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่

2.1 ผลลัพธ์ที่ได้จากการเปรียบเทียบคะแนนเมื่อมีการพิจารณาปรับค่าคะแนนด้วยตัวแปรร่วม ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของแต่ละกลุ่มและค่า p -value ที่ได้จากสถิติ F-test ภายใต้การทดสอบด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

2.2 ผลลัพธ์ที่ได้จากการประมาณค่า (marginal) ของคะแนนที่ปรับค่าแล้วและการเปรียบเทียบค่าประมาณระหว่างสองกลุ่ม ประกอบด้วย ค่าประมาณของค่าเฉลี่ยหลังปรับค่าแล้ว ($\bar{X}_{adj}$) และ $\bar{X}_{adj}$ ของแต่ละกลุ่ม รวมถึงการแสดงผลการเปรียบเทียบค่าประมาณระหว่างสองกลุ่มดังกล่าวด้วยค่า p -value และค่า 95% CI of $\bar{X}_{adj}(\text{diff})$

2.3 ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินขนาดผลกระทบ (effect size) ประกอบด้วย ขนาดผลกระทบในส่วนย่อย (partial) ได้แก่ ค่า η^2_{partial} (95%CI) และค่า $\omega^2_{\text{partial}}$ (95%CI)

3. การวิเคราะห์เพื่อประเมินการคงอยู่ของผลกระทบที่เกิดขึ้น จากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง นำเสนอผลลัพธ์แบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่

3.1 ผลลัพธ์ที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยในแต่ละระดับของการวัดซ้ำในภาพรวม ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแต่ละกลุ่ม จำแนกตามระดับของการวัดซ้ำ และค่าสถิติทดสอบ (F-test), p -value และขนาดผลกระทบ (effect size) ที่เกิดขึ้นจากการเปรียบเทียบ

3.2 ผลลัพธ์ที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับการวัดซ้ำในแต่ละกลุ่ม ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยของผลต่างรายคู่ ($\bar{X}_{\text{diff}}$) 95%CI of $\bar{X}_{\text{diff}}$ และ p -value ของ

แต่ละกลุ่ม

4. การกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังจากจำหน่าย 3 เดือน วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ แสดงเป็นจำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ผู้วิจัยขอนำเสนอเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1.1 การสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ 1.2 การพัฒนาคุณภาพโปรแกรม และ 1.3 โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่พัฒนาได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ

ผลการสำรวจปัญหา วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ จากข้อมูลเวชระเบียนโดยการคำนวณด้วยมือ ปีงบประมาณ 2561 - 2563 เมื่อเดือนเมษายน 2564 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในถึงร้อยละ 50.08, 43.68 และ 44.68 ตามลำดับ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีอาการด้านลบสูงถึงร้อยละ 60.00 ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษา (Correll, & Schooler, 2020) การลดอาการด้านลบอาจส่งผลให้การมีส่วนร่วมในอาชีพ การใช้ชีวิตอิสระ กิจกรรมทางสังคม และสันติภาพที่ดีขึ้น การรักษาอาการด้านลบอย่างมีประสิทธิภาพในโรคจิตเภทจะมีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว (Granholm, & Harvey, 2018) และจากสถิติโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2561 - 2563 อัตราการ

กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบถึงร้อยละ 3.41, 3.89 และ 6.28 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นจากการวิเคราะห์หาสาเหตุพบว่า 1) ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดการตระหนักรู้ในการใช้ยาทางจิตเวช 2) การรักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาด้วยตนเอง หรือขาดคนดูแล 3) ผู้ป่วยใช้สุรา/สารเสพติด เนื่องจากไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อีกทั้งขาดทักษะการปฏิเสธ และถูกชักจูงได้ง่าย และ 4) ญาติไม่สามารถควบคุม ดูแลผู้ป่วยได้ ญาติบางรายที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง รู้สึกเบื่อหน่าย เป็นภาระจึงขาดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเศรษฐกิจงาน การกลับเป็นซ้ำเป็นปัญหาที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยระยะเรื้อรังถือว่าเป็นระยะที่สำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท (สุดาพร สถิตยยุทธการ, 2559)

1.2 การพัฒนาคุณภาพโปรแกรม

การทดสอบคุณภาพโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรมครั้งที่ 1 ด้านความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ได้ค่าคะแนน IOC = 0.0 - 1.00 ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะดังนี้ 1) วัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 1 - 6 ได้ปรับเป็นวัตถุประสงค์เชิง

พฤติกรรม 2) วิธีการประเมินผล ได้ปรับให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ 3) กิจกรรมการเรียนรู้ ได้ปรับให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ 4) ขั้นตอนการฝึกทักษะทางสังคมแต่ละขั้นตอน ได้ระบุให้เห็นความชัดเจนในการดำเนินการ 5) เนื้อหาของโปรแกรมความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช เรื่องการสังเกตอาการเตือนมี 3 ระดับ ได้เพิ่มวิธีการแก้ไขในแต่ละระดับ และเพิ่มวิธีแก้ไขผลข้างเคียงของยาจิตเวช

เมื่อได้แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะครั้งที่ 1 จึงนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมไปทดลองกับผู้ป่วยจิตเภทหญิงจำนวน 5 คน รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรมต้นแบบและปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้ได้คุณภาพ ดังเช่นกิจกรรมครั้งที่ 1 - 3 ได้เพิ่มชื่อเรื่องดังนี้ ครั้งที่ 1 เรื่อง การสื่อสารที่เหมาะสม ครั้งที่ 2 เรื่อง การพูดการฟังที่เหมาะสม ครั้งที่ 3 เรื่องการจ่ายตลาด ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 6 โปรแกรมความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช ผู้วิจัยมีการสำเนาผลข้างเคียงของยาและวิธีการแก้ไขแจกให้กลุ่มตัวอย่างอ่านให้เพื่อนสมาชิกฟัง และเพิ่มข้อความในแผนการสอนช่องเนื้อหา/สื่อว่า “ใบความรู้ที่ 1 (บางหัวข้ออาจให้สมาชิกอ่านให้เพื่อนฟัง)” นำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมฉบับร่าง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรมครั้งที่ 2 (IOC) ได้ค่าคะแนน IOC = 1.00 และทดลองโปรแกรมกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งชายและหญิงจำนวน 8 คน รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรม และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม จนมีความมั่นใจในด้านคุณภาพของโปรแกรม ดังเช่น กิจกรรมครั้งที่ 3 ทักษะเรื่องการจ่ายตลาด สื่อการสอนเป็นแผ่นภาพสินค้าประเภท

ต่าง ๆ ได้ระบุราคาลงในแผ่นภาพสินค้าประเภทนั้นๆเลย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในขณะฝึกทักษะการซื้อและขายสินค้า

1.3 โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่พัฒนาได้

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย 1) การฝึกทักษะ (กิจกรรมครั้งที่ 1 - 4) และ 2) การให้ความรู้ (กิจกรรมครั้งที่ 6 เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช) ส่วนที่ 2 การฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง (กิจกรรมครั้งที่ 5 มี 4 กิจกรรม) การฝึกทักษะ 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที การให้ความรู้ 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง และการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง ใช้เวลาประมาณครั้งละ 45 นาที - 1 ชั่วโมง ดังรายละเอียดของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 เรื่อง การสื่อสารที่เหมาะสม มี 5 ทักษะ ประกอบด้วย การทักทาย การพูดคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม (การพูดคุยกับผู้ใหญ่และพระภิกษุสงฆ์) การสบตาขณะพูดคุย การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง และการกล่าวขอบคุณ ขอโทษ

กิจกรรมครั้งที่ 2 เรื่อง การพูด การฟัง ที่เหมาะสม มี 6 ทักษะ ประกอบด้วย การใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการพูดคุย การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม การใช้คำพูดสุภาพ การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การรับฟังเรื่องราวผู้อื่นพูดได้อย่างต่อเนื่อง และการถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัย

กิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่องการจ่ายตลาด มี 3 ทักษะ ประกอบด้วย การรู้จักใช้ธนบัตรและเหรียญ การจ่ายเงินและรับเงินทอนได้ถูกต้อง และการ

ต่อรองราคา

กิจกรรมครั้งที่ 4 ทบทวนการฝึกทักษะทางสังคมในกิจกรรมครั้งที่ 1 - 3 รวม 14 ทักษะ โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคู่ หรือแต่ละกลุ่มได้แสดงบทบาทสมมติตามที่ได้รับมอบหมาย เพื่อนผู้ป่วยที่เหลือช่วยให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนผู้นำกลุ่มช่วยปรับแก้ไขในพฤติกรรมที่ถูกต้อง จนกระทั่งสมาชิกทุกคนมีความเห็นว่า “ผ่าน” พร้อมให้คำชมเชย จึงเริ่มคู่ต่อไปได้ฝึกจนครบ 14 ทักษะ และแบ่งกลุ่มมอบหมายให้ทำกิจกรรมตามใบกิจกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 5 การฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง คือ การจัดยารับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุ สงฆ์ การจ่ายตลาด และการฝึกทำความเข้าใจเพื่อนใหม่

กิจกรรมครั้งที่ 6 การให้ความรู้ เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช

2. ผลการพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร การมีอากรด้านลบ ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ก่อน หลัง และติดตามผล 2 เดือน

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.33) เป็นเพศชาย โดยพบอายุ (ร้อยละ 41.66) อยู่ในช่วง 20 - 29 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 2 - 5 ปี (ร้อยละ 58.34) อาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.66) เป็นเกษตรกรกรรม และเกือบทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 83.33)

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.33) เป็นเพศชาย โดยพบอายุ (ร้อยละ 41.66) อยู่ในช่วง 40 - 49 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 6 - 10 ปี (ร้อยละ 41.66) ส่วนใหญ่ว่างงานไม่มีอาชีพ

(ร้อยละ 41.66) และเกือบทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 91.67)

2.1 การวิเคราะห์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

- คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (14.58, 15.00 คะแนน) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($F_{(1,21)} = 11.78, p\text{-value} = 0.003$) และเมื่อนำค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารหลังการทดลอง (marginal effect) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (18.58, 15.75 คะแนน) มาเปรียบเทียบกัน พบว่าค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($\bar{X}_{\text{diff}} = 2.83, 95\% \text{CI of } \bar{X}_{\text{diff}} = 1.22 - 4.45, p\text{-value} = 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบส่วนย่อยของกลุ่ม เท่ากับ 36 % ($\eta^2_{\text{partial}} = 0.36, 95\% \text{CI} = 0.06 - 0.58$) ดังแสดงในตารางที่ 1

- คะแนนค่าเฉลี่ยอากรด้านลบ พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (4.83, 4.58 คะแนน) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($F_{(1,21)} = 13.46, p\text{-value} = 0.002$) และเมื่อนำค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยการลดอากรด้านลบหลังการทดลอง (marginal effect) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (1.33, 3.42 คะแนน) มาเปรียบเทียบกัน พบว่าค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยการลด

อาการด้านลบระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($\bar{X}_{diff} = 2.08$, 95%CI of $\bar{X}_{diff} = 0.93 - 3.24$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบส่วนย่อยของกลุ่มเท่ากับ 48% ($n^2_{partial} = 0.48$, 95%CI = 0.15 - 0.66) ดังแสดงในตารางที่ 1

2.2) การวิเคราะห์เพื่อประเมินการคงอยู่ของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

- คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร โดยคะแนนค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ รวมถึงการติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเลือกวิธีการ Greenhouse-Geisser Correction เนื่องจากไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับ Sphericity พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงระยะติดตาม 2 เดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (14.58, 18.58, 19.42 คะแนน) และกลุ่มควบคุม (15.00, 15.75, 15.33 คะแนน) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,44)} = 15.42$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วนเป็นเวลา (partial n^2) เท่ากับ 0.412 ดังแสดงในตารางที่ 2 และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารรายคู่ในการวัดซ้ำ ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni พบว่า ในกลุ่มควบคุม ค่าคะแนนเฉลี่ยทุกคู่ที่เป็นไปได้ (ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 และครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3) ไม่แตกต่างกัน ขณะที่ในกลุ่มทดลอง

ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 และครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

- คะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบ โดยคะแนนค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ รวมถึงการติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเลือกวิธีการ Greenhouse-Geisser Correction เนื่องจากไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับ Sphericity พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงระยะติดตาม 2 เดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (4.83, 1.33, 0.92 คะแนน) และกลุ่มควบคุม (4.58, 3.42, 4.08 คะแนน) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,44)} = 27.82$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วนเป็นเวลา (partial n^2) เท่ากับ 0.558 ดังแสดงในตารางที่ 4 และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยอาการด้านลบรายคู่ในการวัดซ้ำ ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni พบว่า ในกลุ่มควบคุม ค่าคะแนนเฉลี่ยทุกคู่ที่เป็นไปได้ (ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 และครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3) ไม่แตกต่างกัน ขณะที่ในกลุ่มทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 และครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 5

3. ผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังจากจำหน่าย 3 เดือน พบว่า

กลุ่มทดลองร้อยละ 100.00 ไม่กลับมารักษาซ้ำ (2 คน) ในช่วงเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3
แต่กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำถึงร้อยละ 16.67

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร
และอาการด้านลบ

ตัวแปร	กลุ่ม	$\bar{X} \pm SD$ (ก่อน)	$\bar{X} \pm SD$ (หลัง)	ผลการเปรียบเทียบ		ค่าประมาณหลังปรับตัวแปรร่วม				
				ANCOVA		$\bar{X}_{adj}$	95%CI of X_{adj}	$\bar{X}_{adj(diff)}$	95%CI of $X_{adj(diff)}$	p-value
				F	p-value					
การฝึก ทักษะทาง สังคมต่อ พฤติกรรม ด้านสังคม และการ สื่อสาร	กลุ่ม ทดลอง (n = 12)	14.58±2.07	18.58±1.56	$F_{(1,21)} =$ 11.78	0.003	18.58	17.37 - 19.79	2.83	1.22 - 4.45	0.001
	กลุ่ม ควบคุม (n = 12)	15.00±2.73	15.75±2.30			15.75	14.54 - 16.96			
ขนาดผลกระทบในส่วนของ: $\eta^2_{partial} = 0.36$ และ (95%CI = 0.06 - 0.58), $\omega^2_{partial} = 0.32$										
การฝึก ทักษะทาง สังคมต่อ อาการ ด้านลบ	กลุ่ม ทดลอง (n = 12)	4.83±2.08	1.33±1.61	$F_{(1,21)} =$ 13.46	0.002	1.27	0.54 - 2.01	2.08	0.93 - 3.24	< 0.001
	กลุ่ม ควบคุม (n = 12)	4.58±1.31	3.42±1.24			3.47	2.74 - 4.21			
ขนาดผลกระทบในส่วนของ: $\eta^2_{partial} = 0.48$ และ (95%CI = 0.15 - 0.66), $\omega^2_{partial} = 0.44$										

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารในระยะก่อน หลัง และติดตามผล 2 เดือน โดยวิธีการ Greenhouse-Geisser Correction

ตัวแปรวัดซ้ำ	กลุ่มควบคุม $\bar{X}$ (SD)	กลุ่มทดลอง $\bar{X}$ (SD)	Greenhouse-Geisser Correction		
			$F_{(df_{repeat}, df_{residual})}$	p -value	Effect size (partial η^2) (95%CI)
ครั้งที่ 1	15.00 (2.73)	14.58 (2.07)	$F_{(2,44)} = 15.42$	< 0.001	0.412 (0.17 - 0.56)
ครั้งที่ 2	15.75 (2.30)	18.58 (1.56)			
ครั้งที่ 3	15.33 (1.92)	19.42 (0.90)			

หมายเหตุ ครั้งที่ 1 = ก่อน ครั้งที่ 2 = หลัง และครั้งที่ 3 = ติดตาม 2 เดือน

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารรายคู่ในการวัดซ้ำด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni

คู่ทดสอบ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	$\bar{X}_{diff}$	95%CI of $\bar{X}_{diff}$	p -value	$\bar{X}_{diff}$	95%CI of $\bar{X}_{diff}$	p -value
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 2	0.75	-1.07 ถึง 2.57	0.931	4.00	2.18 ถึง 5.82	<0.001*
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 3	0.33	-1.48 ถึง 2.15	1.000	4.83	3.01 ถึง 6.65	<0.001*
ครั้งที่ 2 กับ ครั้งที่ 3	-0.42	-2.24 ถึง 1.40	1.000	0.83	-0.99 ถึง 2.65	0.781

ค่าติดลบ แสดงถึงขนาดความแตกต่างในทิศทางที่ลดลง, *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบอาการด้านลบแต่ละระดับการวัดซ้ำในภาพรวม

ตัวแปรวัดซ้ำ	กลุ่มควบคุม $\bar{X}$ (SD)	กลุ่มทดลอง $\bar{X}$ (SD)	Greenhouse-Geisser Correction		
			$F_{(df_{repeat}, df_{residual})}$	p -value	Effect size (partial η^2) (95%CI)
ครั้งที่ 1	4.58 (1.31)	4.83 (2.08)	$F_{(2,44)} = 27.82$	< 0.001	0.558 (0.33 - 0.67)
ครั้งที่ 2	3.42 (1.24)	1.33 (1.61)			
ครั้งที่ 3	4.08 (2.31)	0.92 (1.31)			

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบอาการด้านลบรายคู่ในการวัดซ้ำด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni

คู่ทดสอบ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	$\bar{X}_{diff}$	95%CI of $\bar{X}_{diff}$	p-value	$\bar{X}_{diff}$	95%CI of $\bar{X}_{diff}$	p-value
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 2	-1.17	-2.41 ถึง 0.07	0.071	-3.50	-4.74 ถึง -2.26	<0.001*
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 3	-0.50	-1.74 ถึง 0.74	0.962	-3.92	-5.16 ถึง -2.68	<0.001*
ครั้งที่ 2 กับ ครั้งที่ 3	0.67	-0.57 ถึง 1.91	0.562	-0.42	-1.66 ถึง 0.82	1.00

ค่าติดลบ แสดงถึงขนาดความแตกต่างในทิศทางที่ลดลง, *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นคือ 1) การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม 2) ผลการพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารการมีอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ก่อนหลัง และติดตามผล 2 เดือน และ 3) ผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังจากจำหน่าย 3 เดือน

1. การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งนี้ยึดแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) และแนวคิดของ ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ B.F. Skinner (1953 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) ดังรายละเอียดพอสังเขปดังนี้

1.1 แนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม มีเป้าหมายเฉพาะคือ ผู้ป่วยมีการสื่อสารที่ดีขึ้น การรู้จักคบเพื่อน สามารถแก้ไขความขัดแย้งได้

และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ (การคมนาคม การรู้จักใช้จ่ายเงิน) ผู้วิจัยจึงเลือกการฝึกเรื่อง 1) การสื่อสารที่เหมาะสม 2) การพูด การฟัง ที่เหมาะสม 3) การถ่ายทอด และมีการฝึกในสถานการณ์จริงเกี่ยวกับการใช้เงิน การทำความรู้จักเพื่อนใหม่ ส่วนเป้าหมายระยะยาวเพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างอย่างมีคุณภาพ สามารถทำบทบาทหน้าที่ และพึ่งพาตนเองได้ (Pinkham et al., 2012) ซึ่งพบว่าในสถานการณ์จริงการฝึกทักษะการสื่อสารกับพระภิกษุ สงฆ์ กลุ่มทดลองมีความกระตือรือร้นในการฝึกดีมาก และสำรวจขณะอยู่ต่อหน้าพระภิกษุ มีกลุ่มทดลองจำนวนหนึ่ง สามารถคิดประเด็นขึ้นเอง เพื่อถามในเรื่องที่ตนเองอยากรู้ ซึ่งไม่เลือกประเด็นตามที่ฝึกซ้อม ช่วงแรกของการเข้ากลุ่มฝึกทักษะ กลุ่มทดลองพูดน้อย หน้าตาเฉยเมย ต้องได้กระตุ้นบ่อยๆ ดังนั้นรูปแบบการฝึก SST ผู้วิจัยจึงเน้นเกี่ยวกับสื่อการสอนโดยมีวิดีโอ แถบเสียง แผ่นภาพสินค้า ฯลฯ มีการแสดงบทบาทสมมติ การให้ข้อเสนอแนะและข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้น จึงพบว่าช่วงหลังกลุ่มทดลองทุกคนพูดคุยกันมากขึ้น หน้าตาขี้น

เข้มแข็งมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน นั่นคือการลดอาการด้านลบส่งผลให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และสันติภาพที่ดี (Granholm, & Harvey, 2018)

1.2 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ประกอบด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม ดังที่ Kolb (1984 อ้างถึงในกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ได้กล่าวถึง วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (group process) ซึ่งการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ มี 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. ประสบการณ์ (experience) 2. การสะท้อน/อภิปราย (reflection/discussion) 3. การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (experimentation/application) และ 4. ความคิดรวบยอด (concept) ผู้วิจัยได้ออกแบบแผนการสอนประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ กล่าวคือ มีการถามกลุ่มทดลองถึงประสบการณ์หรือให้ชมวิดีโอกระตุ้นให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยแบ่งกลุ่มมีใบงาน และสรุปความคิดเห็นก่อนตัวแทนแต่ละกลุ่มออกนำเสนอ หรือมีการแสดงบทบาทสมมติ และมีการซักถามจะนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันอย่างไร ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มทดลองทุกคนมีส่วนร่วมสูงสุดในการฝึก และทำให้บรรลุงานสูงสุด ดังนั้นแผนการสอนที่ออกแบบในแต่ละองค์ประกอบ ผู้วิจัยคำนึงถึงการแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มใหญ่ หรือกลุ่ม 2 - 3 คน เพื่อให้กลุ่มทดลองทุกคนมีส่วนร่วมในการฝึกแต่ละกิจกรรม

1.3 แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิค

การปรับพฤติกรรม

ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำนั้น เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม (Consequences) ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น Skinner ให้ความสนใจกับผลกรรม 2 ประเภทได้แก่ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง (Reinforcer) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้นและผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง ผู้วิจัยเลือกให้การเสริมแรงเป็นเบี้ยอรรถกรมีมูลค่าเหรียญละ 5 บาท และการเสริมแรงเป็นคำชมเชย การยกย่อง และขนม ในขั้นตอนทดลองผู้วิจัยมีการประเมินพฤติกรรมที่บกพร่องก่อนการฝึกทักษะ และหลังฝึกทักษะมีทีมวิจัยกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขณะอยู่ในหอผู้ป่วย และมีการเสริมแรงประกาศให้ทราบใครมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์บ้างพร้อมให้รางวัลเป็นเบี้ยอรรถกรมีมูลค่าเหรียญละ 5 บาท รวมทั้งหมด 15 บาท เพื่อนำเงินไปฝึกจ่ายตลาดในสถานการณ์จริง จากการสังเกตกลุ่มทดลองมีความกระตือรือร้นในการฝึกทักษะ หน้าที่เข้มแข็ง

จากการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัย และจากประสบการณ์การปฏิบัติงาน พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ และการใช้เงินไม่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงพัฒนาต่อยอดโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยเพิ่มทักษะการดำรงชีวิตในชุมชนเรื่องการจ่ายตลาด การให้ความรู้

เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช ในเนื้อหาได้เพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตผลข้างเคียงจากยาและวิธีแก้ไข การสังเกตอาการเตือนและวิธีแก้ไข ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นต้น และการฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์จริง ซึ่งต่างจากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของนักวิจัยท่านอื่นๆที่ผ่านมาเน้นฝึกเฉพาะทักษะด้านการสื่อสาร โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่พัฒนานี้ครอบคลุมถึง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช รูปแบบโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ได้แบ่งออกเป็น การฝึกทักษะ และการให้ความรู้

โปรแกรมฯ ที่พัฒนา ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ การตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรมครั้งที่ 1 ได้ค่าคะแนน IOC ระหว่าง 0.0 - 1.00 ครั้งที่ 2 ได้ค่าคะแนน IOC = 1.00 ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดคือค่า IOC มีค่าตั้งแต่ 0.50 - 1.00 หมายถึงมีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ (สุรพงษ์ คงสัตย์, และ ชिरชาติ ธรรมวงศ์, 2551) รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรม และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมจนมีความมั่นใจในด้านคุณภาพของโปรแกรม จึงนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังฉบับสมบูรณ์ ไปทดสอบหาประสิทธิผลต่อไป

2. ผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

2.1 การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เมื่อนำค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบหลังการทดลอง (marginal effect) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกัน พบว่าค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($\bar{X}_{\text{diff}} = 2.83$, 95%CI of $\bar{X}_{\text{diff}} = 1.22 - 4.45$, $p\text{-value} = 0.001$) และ ($\bar{X}_{\text{diff}} = 2.08$, 95%CI of $\bar{X}_{\text{diff}} = 0.93 - 3.24$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ โดยมีขนาดผลกระทบส่วนย่อยของกลุ่ม เท่ากับ 36 % ($n^2_{\text{partial}} = 0.36$, 95%CI = 0.06 - 0.58) และ 48 % ($n^2_{\text{partial}} = 0.48$, 95%CI = 0.15 - 0.66) ตามลำดับ (ตารางที่ 1) นั่นคือโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารดีขึ้น อีกทั้งสามารถลดอาการด้านลบได้ ซึ่งเป็นตัวแปรทางคลินิกที่ผู้วิจัยเพิ่มเข้ามา รวมทั้งโปรแกรมฯ มีการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริงด้วย ขณะฝึกทักษะผู้วิจัยได้คำนึงถึงบรรยากาศความผ่อนคลายเพื่อให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้สูงสุด อีกทั้งคำนึงถึงการฝึกเป็นรายบุคคล และรายกลุ่มตามหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองให้ความสนใจต่อการฝึกทักษะ สามารถร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะแก่เพื่อน ๆ

2.2 การประเมินการคงอยู่ของผลกระทบที่เกิดขึ้น จากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบ ก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงระยะติดตาม 2 เดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,44)} = 15.42, p\text{-value} < 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วนเป็นเวลา (partial η^2) เท่ากับ 0.412 ดังแสดงในตารางที่ 2 และ ($F_{(2,44)} = 27.82, p\text{-value} < 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วนเป็นเวลา (partial η^2) เท่ากับ 0.558 ดังแสดงในตารางที่ 4 ตามลำดับ และพบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบ ในกลุ่มทดลองแตกต่างกัน อย่างละ 2 คู่ คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคม และการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบ ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผล 2 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) (ตารางที่ 3 และตารางที่ 5) ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารและคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบในทุกคู่ ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) (ตารางที่ 3 และตารางที่ 5) สอดคล้องกับหลายการศึกษาทั้งการสังเคราะห์งานวิจัยแบบมหัพภาค และการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ที่มีนักวิจัยในประเทศ และต่างประเทศหลายท่านได้ศึกษาไว้ (จิรพันธ์ เอิบกม, 2553; ศิริลักษณ์ ประม, 2561; ศิรินันท์ ลีทองคำ, และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 2561; Barzegar et al.,

2016; Koujalgi, Patil, Nayak, Chate, & Patil, 2014; Lavelle et al., 2013; Turner et al., 2017) ผลการศึกษาของบาร์ซีก้า และคณะ (Barzegar et al., 2016) นี้แสดงให้เห็นว่า SST มีผลต่อการลดอาการด้านลบ แม้การศึกษาของเคอจาลกิ และคณะ (Koujalgi et al., 2014) พบว่าไม่พบความแตกต่างคะแนนลดลงของอาการด้านลบ อย่างไรก็ตามผลการทดลองของการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมปรับปรุงที่ดีขึ้นของอาการด้านลบในด้านการไม่พูดหรือพูดน้อยลง (alogia) สิ้นหน้ำไม่แสดงอารมณ์ (apathy) และภาวะสิ้นความยินดี (anhedonia) ผลลัพธ์จาก SST พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทางสังคมด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น มีอาการทางจิตลดลง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (จิรพันธ์ เอิบกม, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ประม (2561) ได้ศึกษาผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ เป็นการศึกษาเชิงทดลอง พบว่า 1) ค่าคะแนนทดสอบทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม SST เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม 2) ค่าคะแนนทดสอบทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม SST สูงกว่าก่อนได้รับการฝึกโปรแกรม SST และอีกการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสามารถสื่อสารแสดงความรู้สึกต่อตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม (ลิษา เทียงวิริยะ และคณะ, 2557) รู้จักการแสดงออกด้วยท่าทาง คำพูด รู้จักขอบคุณขอโทษ รู้จักแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการพูดกับวัยต่าง ๆ ดังตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่กล่าวว่า “ได้เรียนได้ฝึกกับคุณพยาบาล ได้ปฏิบัติ ทำทางคำพูด

ขอบคุณ ขอบใจ ขอโทษ ได้แลกเปลี่ยนความคิดกับเพื่อน ๆ ได้ร่วมแสดงบทบาท รู้จักพูดกับผู้ใหญ่ และวัยเดียวกัน พูดให้ควาจาสุภาพกับผู้ใหญ่” ผู้วิจัยได้สอนญาติ เพื่อให้กระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ขณะอยู่บ้าน พร้อมให้เอกสารความรู้เรื่องการใช้ยาจิตเวช และการฝึกทักษะต่าง ๆ เพื่อให้ผลของโปรแกรมคงอยู่นานที่สุด

3. การกลับมารักษาค้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังจากจำหน่าย 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองร้อยละ 100.00 ไม่กลับมารักษาค้ำ แต่กลุ่มควบคุมกลับมารักษาค้ำถึงร้อยละ 16.67 (2 คน) ในช่วงเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 การกลับมารักษาค้ำของกลุ่มควบคุม 2 คนนี้ เนื่องจากไม่ยอมรับประทานยาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ญาติและผู้ป่วยไม่กลับมารับยาต่อเนื่อง เเสบยาบ้า และมีระยะเวลาเจ็บป่วยทางจิต 10 - 18 ปี มีการวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยจิตเภท คือปัจจัยด้านตัวโรค ได้แก่ การใช้สารเสพติด และการมีระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน 11 - 20 ปี ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ การขาดยา ก่อนการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ (พิชญนันท์ นามวงษ์, และวิญญู ชะนะกุล, 2561) การที่กลุ่มทดลองไม่กลับมารักษาค้ำมีเหตุผลที่สนับสนุนกล่าวคือในกระบวนการทดลอง ผู้วิจัยได้สอนญาติ เพื่อให้กระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ขณะอยู่บ้าน พร้อมให้เอกสารความรู้เรื่องการใช้ยาจิตเวช และการฝึกทักษะต่าง ๆ สรุปปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน แต่ที่สำคัญคือปัจจัยด้านผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยไม่ตระหนักรู้ในตนเอง และไม่รับรู้การ

เจ็บป่วย (กาญจนา บุญมงคล, พิมพ์ชนก หาคำ, และกมลทิพย์ สงวนรัมย์, 2562) หลังได้ฝึกทักษะทางสังคมในด้านต่าง ๆ และได้รับองค์ความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตจริงของผู้ป่วย และร่วมมือในการรักษาตามมา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งนี้ยึดแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) และแนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ B.F. Skinner (1953 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่เข้าใจหลักการเหล่านี้ สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ได้โดยง่าย

2. โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังครั้งนี้ มีการให้เอกสารใบความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช และทักษะต่าง ๆ แก่ญาติร่วมด้วย เพื่อช่วยกระตุ้นพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน ดังนั้นควรมีการให้ความรู้แก่ญาติหรือมีเอกสารให้ญาติเพื่อนำกลับไปใช้กระตุ้นผู้ป่วยที่บ้าน

3. หลังการฝึกทักษะทางสังคมแต่ละครั้ง บุคลากรทุกคนภายในหอผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการกระตุ้นพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง มีการให้คำชมเชย ปรบมือ และให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยปรับปรุงตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพื่อติดตามผลการคงอยู่

ของความสามารถด้านทักษะทางสังคม อาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี

2. โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งต่อไป ควรเชิญญาติเข้ามาเป็นตัวแปรหนึ่งของการศึกษาด้วย เพราะพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการฝึกทักษะฯ จะคงอยู่นานต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากญาติด้วย

3. การศึกษาวิจัยเพื่อวัดผลลัพธ์ทางคลินิกของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมอื่นร่วมด้วย เช่น อาการทางจิต หรือวัดอาการด้านลบเฉพาะด้านคือภาวะสิ้นความยินดี (Anhedonia) หรือขาดความสุข ซึ่งพบได้มาก 3 ใน 4 ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ ที่ให้คำแนะนำด้านสถิติ และการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณผู้ช่วยเก็บข้อมูลและอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ทำให้คู่มือการฝึกทักษะทางสังคมสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กนกรัตน์ ชัยนุ, กิตติยา ทองสุข, และมิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่ออาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1, 15-24.

กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (2558). โรคจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่น. ใน นันทวัช สิริวัชรีย์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ). *จิตเวชศิริราช DSM-5*. พิมพ์ครั้งที่ 2. (หน้า 365-372). กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *คู่มือฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วงศ์กมลโปรดักชั่น. กาญจนา บุญมงคล, พิมพ์ชนก หาคำ, และกมลทิพย์ สงวนรัมย์. (2562). *ผลการดูแลแบบการจัดการรายกรณีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทอย่างซับซ้อน*. นปป.

เกียรติภูมิ วงศ์จิตร, พิทักษ์พล บุญมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2550). *แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน*. นนทบุรี: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

จรณิด แก้วก๊วาล, และ ประดาป สิงหวิวานนท์. (2561). บทที่ 4 ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก ใน พรณี ปิธิสุทธิธรรม, ชัยนต์ พิเชียรสุนทร (บรรณาธิการ). *ตำราการวิจัยในคลินิก Textbook of clinical research*. พิมพ์ครั้งที่ 4. (หน้า 107-144). กรุงเทพฯ: คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, และปดดา เหมโลหะ. (2558). โรคจิตเภทกับการบำบัดทางการพยาบาล. ใน สายฝน เอกวงวรกู (บรรณาธิการ). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตศาสตร์และศิลปสู่การปฏิบัติ 1*. (หน้า 191-218). กรุงเทพฯ: ไทม์พรีนติ้ง. จีรพันธ์ เอิบกมล. (2553). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธนา นิลชัยโกวิทย์, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุณอนงค์, และพิเชฐ อุดมรัตน์. (2550). *Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)*. กรุงเทพฯ: เจเนชั่น-ซีแอล.

ปัทมา ศิริเวช. (2552). การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกนันท์ (บรรณาธิการ). *ตำราโรคจิตเภท*. (หน้า 305-316). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- พิชญนันท์ นามวงษ์, และวิญญู ชะนะกุล. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันในผู้ป่วยโรคจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 12(1), 1-11.
- รุจโรจน์ แก้วอุไร. (2549). *หลักการออกแบบบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนตามแนวคิดของกาย*. สืบค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564, จาก www.thai.com/cai.html.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2563*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- ลิษา เทียงวิริยะ, ผ่องพรรณ ภาโว, และวิมล นุชสาวท. (2557). การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(2), 61-73.
- ศรายุทธ วิทยุณี. (2562). *การออกแบบการวิจัย รูปแบบการวิจัย และพัฒนา (R&D) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)*. โครงการฝึกอบรม "สร้างนักวิจัยรุ่นใหม่"(ลูกไก่) รุ่นที่ ๑ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ร่วมกับมหาวิทยาลัยนครสวรรค์, ๑๔-๑๘ ม.ค. ๒๕๖๒. สืบค้นเมื่อ 11 ธ.ค. 2563, จาก http://www.research.nu.ac.th/th/signup/sigupAll/http://www.research.nu.ac.th/th/signup/sigupAll/4_3RandD.pdf.
- ศิรินันท์ ลีทองคำ, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19, 459-466.
- ศิริลักษณ์ ประมะ. (2561). *ผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เข็มสุกามิต. (2556). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดาพร สถิตยพการ. (2559). การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์และแนวทางการป้องกัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28, 1-15.
- สุรพงษ์ คงศักดิ์ และ ชีรชาติ ธรรมวงศ์ (2551). การหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC). สืบค้นเมื่อ 23 ต.ค. 2564, จาก http://mcu.ac.th/site/articlecontent_desc.php?article_id=656&articlegroup_id=146.2551.
- หงส์ บรรเทิงสุข. (2545). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Almerie, M. Q., Okba, A. I., Marhi, M., Jawoosh, M., Alsabbagh, M., & Matar, H.E. et al. (2015). Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database of Syst Rev*, 9(6).
- Barzegar, S, Ahadi, M, Barzegar, Z, & Ghahari, S.H. (2016). The Effectiveness of social skills training on reducing negative symptoms of chronic schizophrenia. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(7S), 323-327.
- Brown, J, Mueser, K. T, & Pratt, S. I. (2020). Social skills training for persons with schizophrenia. In W. Douglas, A. Nangle, Cynthia, A. Erdley, Rebecca (Eds). *Social Skill Across the life Span Theory, Assessment, and Intervention* (pp. 329-342). Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-817752-5.00017-2>.
- Chi, M. H., Chih, Y. H., Chen, K. C. H., Lee, L. T., Tsai, H. C., Lee, I.H., et al. (2016). The readmission rate and medical cost of patients with schizophrenia after first hospitalization - A 10-year follow-up population-based study. *Research*, 170, 184-190.
- Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Informa UK Limited, 21(16), 519-534.

- Elis, O., Caponigro, J. M., & Kring, A.M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 914-928.
- Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L., & Harvey, B. H. (2013). The nature of relapse in schizophrenia. *BMC*, 13(1), 1-8.
- Granholm, E., & Harvey, P. D. (2018). Social Skills Training for Negative Symptoms of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 472-474.
- Koujalgi, S. R., Patil, S. R., Nayak, R. B., Chate, S.S., & Patil, N. M. (2014). Efficacy of social skill training in patient with chronic schizophrenia: an interventional study. *Journal of the Scientific Society*, 4, 156-161.
- Lavelle, M., Healey, P. G. T., & McCabe, R. (2013). Is Nonverbal Communication Disrupted in Interactions Involving Patients with Schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 1150-1158.
- Lieberman, R. P., Kopelowicz, A., & Silverstein, S. M. (2005). Psychiatric rehabilitation. In B. S. Kaplan, V. A. Sadock, (Eds). *Comprehensive text book of psychiatry Vol 2. 8th ed.* (pp. 3884-3930). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lindenmayer, J. P., & Khan, A. (2012). Psychopathology. In J. A. Lieberman, T. S. Stroup, D. O. Perkins, (Eds). *Essential of schizophrenia*. (pp. 11-56). USA: American psychiatric publishing.
- Malone Cole, J. A. (2012). Schizophrenia and other psychotic disorders. In K.M. Fortinash, P. A. Holiday Worret, (Eds). *Psychiatric mental health nursing. 5th ed.* (pp. 259-297). ST Louis: Mosby.
- Pinkham, A. E., Mueser, K. T., Penn, D. L, Glynn, S. M, Mc Gurk, S. R., & Addington, J. (2012). Social and functional impairments. In J. A. Lieberman, T. S. Stroup, D. O. Perkins, (Eds). *Essential of schizophrenia*. (pp. 93-130). USA: American psychiatric publishing.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences / clinical psychiatry*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Susan, R., Mc Gurk, & Mueser, K. T. (2013). Cognition and work functioning. In P. D. Harvey, (Eds). *Cognitive Impairment in Schizophrenia*. (pp. 98-109). Newyork: Cambridge University.
- Turner, D.T., Mc Glanaghy, E, Cuijpers, P., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & MacBeth, A. (2017). A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 475-491.

THE EFFECT OF CAREGIVER TRAINING PROGRAM WITH REFLECTION ON THE STRESS MANAGEMENT SKILL OF CAREGIVERS OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER*

*Kantarin Srisuwan, M.S.***, *Somchit Luprasong, Ph.D.****, *Sanguan Thanee, Ph.D.*****,
*Kesorn Saithanu, M.S.*****, *Kongkrissadakorn Chondaeng, M.S.****

Abstract

Objective: To determine the effects of caregiver training program with reflection on the stress management skill of caregiver of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

Methods: The purpose of this quasi-experiment research. The sample consisted of 52 caregivers of children with attention deficit hyperactivity disorder, who were recruited using the inclusion criteria. They were randomly assigned random number generator to the control and experimental groups, with 26 subjects in each group. The experimental group participated in the caregiver training program with reflection which comprised 4 sessions. The control group received routine care. The research instruments were the following: The caregiver training program with reflection and a stress management skills scale which determined the reliability with a Cronbach's alpha coefficient of .87. The data analysis was performed through descriptive statistics and t-test.

Results: The mean score on the post-test (Mean = 61.31, SD = 3.78) of participants in the experimental group after participating in the program was significantly greater than the pre-test (Mean = 43.58, SD = 3.41) ($t = 7.98, p < .001$) and 2) The mean difference of the mean score of stress management skills between the pre-test and post-test in the experimental group (Mean difference [MD] = 17.73, SD = 5.67) was significantly greater than that of the control group. (Mean difference [MD] = -.62, SD = 1.65) ($t = 7.92, p < .001$).

Conclusion: It can be concluded that the caregiver training program with reflection can enhance the stress management skills of caregiver of children with attention deficit hyperactivity disorder.

Keywords: stress, caregiver, attention deficit hyperactivity disorder, reflection

*This research was funded by Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

**Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, e-mail: kantarin.s@ubu.ac.th

***Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

Received: 3 March 2022, Revised: 22 June 2022, Accepted: 30 June 2022

ผลของโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น*

กานต์ตริน ศรีสุวรรณ, พย.ม. **, สมจิตต์ ภูประสงค์, ศศ.ค. ***, สงวน ธานี, ปร.ค. ****

เกษร สายชนู, พย.ม. ****, ก้องกฤษฎากรณ์ ชนแดง, พย.ม. ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือก 52 คน สุ่มอย่างง่ายโดยวิธีสุ่มตัวเลข เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิด ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ วัดผลก่อนและหลังทดลองทันที เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิด และแบบวัดทักษะการจัดการกับความเครียด ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที

ผลการศึกษา : กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดหลังทดลอง (Mean = 61.31, SD = 3.78) มากกว่าก่อนทดลอง (Mean = 43.58, SD = 3.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.98, p < .001$) และ 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง (Mean difference [MD] = 17.73, SD = 5.67) มากกว่ากลุ่มควบคุม (Mean difference [MD] = -0.62, SD = 1.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.92, p < .001$)

สรุป : โปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดช่วยเพิ่มทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ ควรใช้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

คำสำคัญ : ความเครียด, ผู้ดูแล, โรคสมาธิสั้น, สะท้อนคิด

*การศึกษากครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, e-mail: kantarin.s@ubu.ac.th

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วันที่รับ: 3 มีนาคม 2565, วันที่แก้ไข: 22 มิถุนายน 2565, วันที่ตอบรับ: 30 มิถุนายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention-deficit/hyperactivity disorder [ADHD]) จัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติของพัฒนาการระบบประสาท มีอาการสำคัญ 3 ด้าน คือ ขาดสมาธิ (inattention) ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (impulsivity) (American Psychiatric Association, 2013) จากสถิติของกรมสุขภาพจิตในปี 2561 พบเด็กสมาธิสั้นจำนวน 4,064 คน และการสำรวจในระดับประเทศในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 จำนวน 7,188 คน พบความชุกของโรคสมาธิสั้นถึงร้อยละ 8.10 และพบเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 3 - 4 เท่า (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โขมิตา ภาวสุทธิไพสิฐ, พรทิพย์ วชิรดิถ, พัชรินทร์ อรุณเรือง, และ ชันวรจันท์ บวรณสุขสกุล, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าเด็กสมาธิสั้นนอกจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กเอง ยังส่งผลให้ผู้ปกครองมีความเครียด โดยพบว่าผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสูงกว่าผู้ปกครองเด็กที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น (Wiener, Biondic, Grimbos, & Herbert, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ระหว่าง พ.ศ.2554-2564 จากฐานข้อมูล Pubmed, Science direct, Springer, Thaijo, ThaiLIS โดยคัดเลือกการศึกษาที่เกี่ยวกับผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น พบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดสูงและปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดเกิดจาก 2 แหล่งคือ ปัจจัยจากผู้ดูแลและปัจจัยจากเด็ก (Theule, Wiener, Tannock, & Jenkins, 2013) ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมากกว่าครึ่งมีความเครียดในการดูแลเด็ก (Narkunam, Hashim,

Sachdev, Pillai, & Ng, 2014) โดยพบการศึกษาในต่างประเทศซึ่งผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดสูงถึงร้อยละ 89.00 (Theule et al., 2013) และมีการศึกษาพบว่าผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดในการดูแลเด็กสูงกว่าผู้ปกครองเด็กทั่วไป (Sethi, Gandhi, & Anand, 2012; Theule et al., 2013) จากการศึกษาพบว่าปัญหาสุขภาพจิตในผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ขาดความแข็งแกร่งในชีวิต ขาดทักษะการสื่อสารในครอบครัว และปัญหาพฤติกรรมในเด็กจะมีความเครียดที่สูงกว่าผู้ดูแลที่สามารถปรับตัวได้ (กมลนัฏ คล่องดี, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และ โสภณ แสงอ่อน, 2559)

โดยทั่วไปการเลี้ยงดูเด็กปกติก็เป็นเรื่องยากสำหรับครอบครัวยุคใหม่ แต่การเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น เพิ่มความท้าทายของครอบครัวสูงขึ้นเมื่อเทียบกับครอบครัวของเด็กปกติ ครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น ต้องใช้ทักษะในการดูแลที่สูงขึ้น ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งบ่อยครั้งในครอบครัว (Mazursky-Horowitz et al., 2015) ซึ่งหากผู้ปกครองมีความเครียดและไม่สามารถจัดการได้จะนำไปสู่การใช้ความรุนแรงในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น (Williamson, Johnston, Noyes, Stewart, & Weiss, 2017) ดังนั้นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นควรได้รับการส่งเสริมการจัดการความเครียดของตนเองเพื่อนำมาสู่สุขภาพจิตที่ดี ป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

การจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็ก

สมาธิสั้นมีหลายรูปแบบ แต่จากแนวคิดปัจจุบัน กำหนดพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของอะไบดิน กล่าวว่าความเครียดของผู้ดูแลเป็นภาระหน้าที่และความรับผิดชอบที่มีลักษณะหลากหลายมิติมาก ความเครียดในสถานการณ์การเลี้ยงดูบุตรเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หากผู้ดูแลไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุตรได้ และไม่สามารถทำหน้าที่ในการเป็นผู้เลี้ยงดูแลที่ดีได้ โดยความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรมาจาก 3 แหล่ง คือ ลักษณะของบิดามารดา ลักษณะของเด็ก และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน (Abidin, 1990; Abidin, 1992) ส่งผลกระทบให้ผู้ดูแลมีการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจได้ ดังนั้น ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องมีการจัดการความเครียด เพื่อลดการเกิดความเครียดนำไปสู่สุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีของผู้ดูแล (Theule et al., 2013) ดังนั้นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจึงควรได้รับการส่งเสริมศักยภาพในการจัดการความเครียดที่เหมาะสมเพื่อลดความเครียด ซึ่งแนวคิดรูปแบบการจัดการความเครียดของผู้ดูแลตามแนวคิดปัจจุบันกำหนดพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดู (Abidin, 1992) ได้แก่ การปรับตัวด้านการรู้คิด (cognitive coping) ทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (parenting skills competencies) พร้อมทั้งส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครอง (parenting alliance) การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน เช่น ครอบครัว หรือแหล่งให้คำปรึกษา (House, 1981) และแหล่งสนับสนุนด้านทรัพยากรความช่วยเหลือทางด้านข่าวสาร (material resources) ตามที่กล่าวมา

ข้างต้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะทำให้เห็นว่าการจัดการสุขภาพของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อตัวผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น แต่โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเพื่อช่วยลดความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จากการศึกษาแนวคิดของอะไบดิน (Abidin, 1992) ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดตามแนวคิดปัจจุบันกำหนดพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดู เพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียดให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นผ่อนคลายและสามารถจัดการลดความเครียดได้ด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิด
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดมีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดของกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

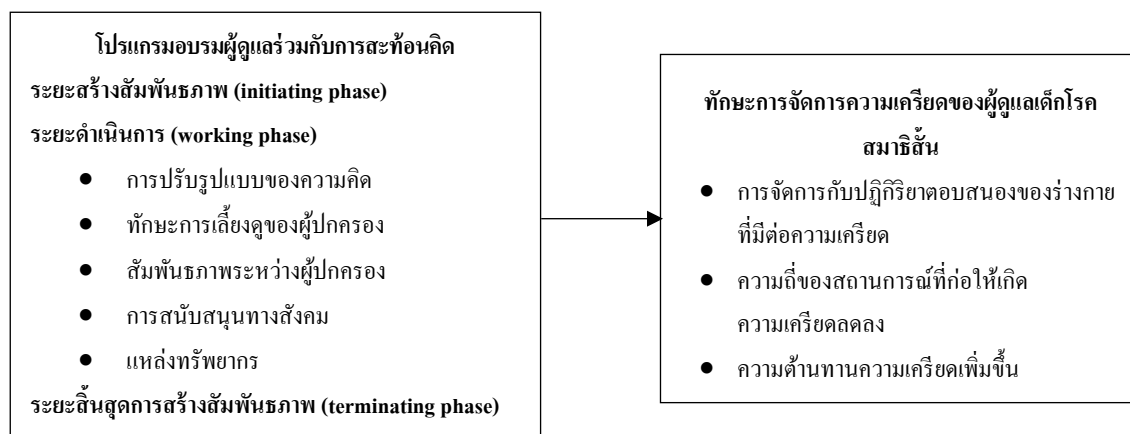
ใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดพฤติกรรมกรอบเลี้ยงดูของอะไบดิน (Abidin, 1992) มาเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิด ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ การปรับรูปแบบความคิด ทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครอง การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทรัพยากร ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ เล่าสู่กันฟัง ปรับเปลี่ยนเรียนรู้ โลกใบโปรด และคิดถึงทุกเวลา โดยผ่านกระบวนการกลุ่ม 3 ขั้นตอน คือ สร้างสัมพันธภาพ ดำเนินการ และสิ้นสุดการสร้าง

สัมพันธภาพ เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาทักษะ ส่งผลให้เกิดทักษะในการจัดการความเครียด ซึ่งครอบคลุม 3 ทักษะ คือ การจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อความเครียด การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การเพิ่มความต้านทานความเครียด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (two groups pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-5 และ ICD-10 ซึ่งระบุรหัสโรค F90.0 ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ช่วงเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2564



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเพศชายหรือหญิงที่มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือความสัมพันธ์ทางกฎหมาย สามารถสื่อสารภาษาไทยทั้งการอ่าน และการเขียน ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน หรืออย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ และมีคะแนนความเครียดตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไปโดยวัดจากแบบประเมินความเครียด (ST-5) เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยวิธีสุ่มตัวเลข

ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) และขนาดอิทธิพล (effect size) โดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 ด้วยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power) ที่ระดับ .8 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 ผู้วิจัยได้คำนวณ ค่าอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงของกานต์ตริน ศรีสุวรรณ (2562) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการปรับตัวต่อทักษะการจัดการความเครียดของมารดาเด็กโรคสมาธิสั้นซึ่งมีค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 2.57 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลกลุ่มที่มีขนาดใหญ่มาก เมื่อนำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างจะได้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็กผู้วิจัยจึงเลือกใช้ค่าขนาดอิทธิพลกลุ่ม (effect size) ที่ระดับ .8 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลกลุ่มที่อยู่ในระดับสูง (Cohen, 1992) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้อีกร้อยละ 20.00 เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บ

ข้อมูล (Grove, Burns, & Gray, 2013) จำนวน 10 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินความเครียด (ST-5) พัฒนาโดยอรรณพ ศิลปกิจ เป็นแบบวัดความเครียด 5 ข้อ มีค่าความตรงของเนื้อหา (content validity) เท่ากับ .82 และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2 - 4 สัปดาห์ เป็นการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) บ่อย ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ และแบบประเมินเป็นที่ยอมรับ ดังนั้นจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงในเนื้อหาซ้ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยพัฒนากิจกรรมจากกรอบแนวคิดของอะไบดิน (Abidin, 1992) กล่าวว่า ความเครียดของมารดาเป็นภาระหน้าที่และความรับผิดชอบที่มีลักษณะหลากหลายมิติมาก ความเครียดในสถานการณ์การเลี้ยงดูบุตรเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หากมารดาไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุตรได้ และไม่สามารถทำหน้าที่ในการเป็นผู้เลี้ยงดูแลที่ดีได้ โดยใช้กระบวนการจัดการกับความเครียดของมารดาเด็ก

โรคสมาธิสั้น ได้แก่ การเผชิญกับปัญหา (cognitive coping) พร้อมทั้งให้ความรู้การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเพื่อส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (parenting skills competencies) ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครอง (parenting alliance) การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นสิ่งที่มารดาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข่าวสาร หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน และแหล่งทรัพยากรวัสดุ (material resources) ได้รูปแบบกระบวนการกลุ่ม 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ (initiating phase) ระยะที่ 2 ดำเนินการ (working phase) และระยะที่ 3 สิ้นสุดการสร้างสัมพันธภาพ (terminating phase) ประยุกต์ใช้กิจกรรมประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม รวมทั้งหมดจำนวน 4 สัปดาห์ แต่ละกิจกรรมใช้ระยะเวลากิจกรรมละ 2 ชั่วโมง และการบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เรื่อง “เล่าสู่กันฟัง” วัตถุประสงค์ของกิจกรรมคือ เพื่อการสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ของโปรแกรม เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรม การปรับตัวด้านการรู้คิด เพื่อหาสาเหตุ ปัญหา และผลกระทบจากความเครียดได้ สามารถระบุถึงความหมายของวิธีการจัดการความเครียดทั้ง 3 ลักษณะได้ วิเคราะห์ถึงความสามารถของตนต่อวิธีการจัดการกับความเครียดด้านการจัดการกับปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกาย

กิจกรรมที่ 2 เรื่อง “ปรับเปลี่ยนเรียนรู้” วัตถุประสงค์ของกิจกรรมคือ เพื่อส่งเสริม

ทักษะการเลี้ยงดูของผู้ดูแล ให้ความรู้ความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น สร้างสัมพันธภาพระหว่างครอบครัว ให้ผู้ดูแลรับผิดชอบต่อบทบาทและหน้าที่ตนเอง และเลือกวิธีการปรับสิ่งเร้าที่เหมาะสม และสามารถจัดสิ่งแวดล้อมหรือกิจวัตรต่าง ๆ เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ โดยจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ความสามารถในการเลี้ยงดูของผู้ดูแลในเรื่องโรคสมาธิสั้น การจัดการกับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น และมอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจนให้กับบุคคลในครอบครัว

กิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่อง “โลกใบโปรด” วัตถุประสงค์ของกิจกรรมคือ เพื่อระบุแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแหล่งทรัพยากร เพื่อสนับสนุนด้านอารมณ์และประเมินด้านจิตใจจากผู้สนับสนุนด้านจิตใจ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา และส่งเสริมการมีเพื่อนและเครือข่ายในสังคม และเลือกกลยุทธ์วิธีการจัดการความเครียดด้านวิธีการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด เช่น ความพึงพอใจ ความสามารถในการตนเอง และพฤติกรรมการกล้าแสดงออก

กิจกรรมครั้งที่ 4 เรื่อง “คิดถึงทุกเวลา” วัตถุประสงค์ของกิจกรรมคือ เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้สมรรถนะในการจัดการกับความเครียดของตนเอง ปรับแต่งถึงความสามารถของตนเองในการจัดการกับความเครียดทั้ง 3 ทักษะ ที่เหมาะสมกับสถานการณ์เผชิญความเครียดได้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1. แบบสอบถามทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล ตามแนวคิดของการจัดการกับความเครียด (Pender, 2011) พัฒนา

โดยกานต์ธริน ศรีสุวรรณ (2562) ซึ่งมีความตรงของเนื้อหา โดยได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ของข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.67 - 1.0 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87 แต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ทำประจำ (4) ก่อนข้างบ่อย (3) บ่อยครั้ง (2) บางครั้ง (1) ไม่เคย (0) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ จำแนกรายด้านได้แก่ (1) การจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อความเครียด จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 7, 9, 11, 14, 21, 23 (2) การเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 6, 8, 12, 15, 18, 19, 20 (3) การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 5, 10, 13, 16, 17, 22, 24 และข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 3, 12, 13

3.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตรทั้งหมด ช่วงอายุของเด็กสมาธิสั้น และชั่วโมงในการดูแลต่อวัน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตามหนังสือรับรองโครงการ UBU-REC-37/2563 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2563 และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

หมายเลขรับรอง COA no.004/2564 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2564 การเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามความสมัครใจ

โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการวิจัยไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้จำนวน 52 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2564 ถึง 31 กรกฎาคม 2564

2. ประเมินทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลก่อนการทดลอง

3. ดำเนินการในกลุ่มทดลองโดยการใช้โปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิด ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ห่างกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

4. ประเมินคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดทันที เมื่อครบระยะเวลา 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และบันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูป

5. หลังการเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการให้โปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดต่อกลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไค-สแควร์ (chi-square) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (fisher's exact test)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมอบรมผู้ดูแล ร่วมกับการสะท้อนคิด โดยใช้สถิติที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมอบรมผู้ดูแล ร่วมกับการสะท้อนคิด โดยใช้สถิติที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 52 ราย มีอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 45.77 ปี (SD = 9.70) และกลุ่มควบคุม 47.58 ปี (SD = 10.76) ชั่วโมงในการดูแลเด็ก โดยกลุ่มทดลองเฉลี่ย 12 ชั่วโมงต่อวัน (SD = 3.89) กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 10.35 ชั่วโมงต่อวัน (SD = 4.22) พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.76 เท่ากัน ระดับการศึกษาสูงสุดพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ

30.77 เท่ากัน ด้านสถานภาพสมรสพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 73.07 และ 76.92 ตามลำดับ ด้านลักษณะครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 65.38 และ 58.84 ตามลำดับ จำนวนบุตรทั้งหมดพบว่าส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 2 คน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 84.61 และ 61.23 ตามลำดับ ด้านอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 34.61 และ 23.07 ตามลำดับ ด้านโรคประจำตัวพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 84.61 และ 69.23 ตามลำดับ ด้านรายได้ของครอบครัวกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 26.92 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 5,001 - 10,000 บาท/เดือน และ 20,001 - 30,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 23.07 เท่ากัน ด้านอายุของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มทดลองมีอายุเด็กอยู่ในช่วงอายุ 12 - 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.85 และช่วงอายุ 6 - 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.15 และกลุ่มควบคุม มีช่วงอายุ 6 - 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.85 และช่วงอายุ 12 - 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.15

จากตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลอง ($M = 61.31$, $SD = 3.78$) ทั้งในภาพรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 43.58$, $SD = 3.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.98, p < .001$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง (n = 26)

คะแนนทักษะการจัดการกับ ความเครียด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ด้านการจัดการกับปฏิกิริยา ตอบสนองต่อร่างกาย	13.58	2.32	20.62	2.45	25	7.61	.000**
ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อ ความเครียด	14.81	2.56	19.73	1.54	25	4.53	.000**
ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียด	15.19	2.40	20.96	2.69	25	4.47	.000**
รวมทักษะการจัดการกับความเครียด	43.58	3.41	61.31	3.78	25	7.98	.000**

**p < .001, M = Mean, SD = Standard Deviation

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 26)				กลุ่มควบคุม (n = 26)				df	t	p-value
	M	SD	MD	SD	M	SD	MD	SD			
ก่อนการทดลอง	43.58	3.41			44.08	4.63			50	7.92	.000**
หลังการทดลอง	61.31	3.78	17.73	5.67	43.46	3.52	-.62	1.65			

**p < .001, M = Mean, SD = Standard Deviation, MD = Mean difference

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (MD = 17.73, SD = 5.67) ซึ่งได้รับโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิด มากกว่ากลุ่มควบคุม (MD = -.62, SD = 1.65) ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.92, p < .001$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดมีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (ตารางที่ 1) และผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการ

ความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดของกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 2) ทั้งนี้ก็ปรากฏผลได้ว่า โปรแกรมมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดทักษะการจัดการกับความเครียด โดยผ่านการเรียนรู้ด้วยการสะท้อนคิดซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม โดยพัฒนามาจากแนวคิดพฤติกรรมอบรมการเลี้ยงดูของอะไบดิน (Abidin, 1992) แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) การปรับรูปแบบความคิด (cognitive coping) โดยจัดกิจกรรมที่จะฝึกการปรับตัวด้านการรู้คิดใน 3 ด้าน คือ 1) การปรับตัวทางกาย 2) การปรับตัวทางจิต 3) การปรับตัวทางสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยการสอดแทรกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกผ่อนคลายแบบเกร็งกล้ามเนื้อ การกำหนดลมหายใจเข้าออก เป็นต้น เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และแสดงความรู้สึกรับรู้ถึงปัญหาของตนเอง และสามารถระบุความหมายของความเครียด ระบุสาเหตุ อาการแสดงของความเครียด รวมถึงวิธีการจัดการความเครียดของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความเครียดแบบผสมผสานของมารดาเด็กออทิสติก (เสาวภาคย์ ทัดสิงห์, ชมชื่น สมประเสริฐ, และพนิดา สิริอำพันกุล, 2560) พบว่าการเผชิญความเครียดคือการรับรู้ถึงความเครียด และการได้ระบายความรู้สึกรวมถึงเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การฝึกผ่อนคลายแบบเกร็งกล้ามเนื้อ (2) ทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (parenting skills competencies) การให้ความรู้

ความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กโรคสมาธิสั้น โดยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในกลุ่มผู้ดูแล แนวทางการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น และส่งเสริมเทคนิคการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีการแลกเปลี่ยนพฤติกรรมที่พบในเด็กสมาธิสั้นที่ก่อให้เกิดผู้ดูแลเกิดความเครียด และสามารถอธิบายการคงอยู่ของพฤติกรรมและวิธีการจัดการกับพฤติกรรมก่อนหน้าของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (Wiener et al., 2016) โดยให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคการสื่อสาร การชมการให้รางวัล การลงโทษ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลต่อเด็กสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น และมีความเครียดลดลง (3) สัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครอง (parenting alliance) การรับรู้ต่อบทบาทและหน้าที่ของตนเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครอง โดยจัดกิจกรรม ซึ่งผู้ดูแลสามารถรับผิชอบต่อบทบาทและหน้าที่ของตน โดยการมอบหมายความรับผิดชอบที่เหมาะสมให้แก่บุคคลในครอบครัว จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารในครอบครัวกับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่าครอบครัวที่ขาดการสื่อสารกันภายในครอบครัวผู้ดูแลจะมีความเครียดที่สูงกว่าครอบครัวที่มีการสื่อสารกันเป็นประจำภายในครอบครัว (กมลนันทน์ คล่องดี และคณะ, 2559) ซึ่งครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะมีการมอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจนให้กับบุคคลที่เหมาะสม ผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการกับปัญหา โดยการวางแผนเป้าหมายชีวิต

และสามารถมองปัญหาในทางบวก ไม่หนีปัญหา เป็นวิธีการสร้างความเชื่อมั่นทางใจ เกิดการลดความเครียดทางใจได้ (4) การสนับสนุนทางสังคม (social support) สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการให้คำปรึกษา โดยจัดกิจกรรมสะท้อนคิดให้ผู้ดูแลทราบแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน และประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านจิตใจ และการสนับสนุนด้านการประเมินค่าเป็นการสะท้อนคิด การสนับสนุนให้ประเมินตนเอง การให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงผลการประเมินจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงสมรรถภาพของตนเองได้ดี การสนับสนุนทางสังคม การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นค่า มีความผูกพันซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนร่วมของสังคม มีการช่วยเหลือในด้านต่างๆ การประเมินค่าเพื่อการปรับปรุง การให้ความคิดเห็น สอดคล้องกับการศึกษาของเกรย์สัน คิม ลาวัลเลย์ และชอย (Grayson, Kim, LaValley, & Choi, 2011) ที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดในการดูแลเด็กต่ำ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเผชิญหรือการจัดการกับความเครียดของบุคคล (5) แหล่งทรัพยากร (material resources) สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการให้คำปรึกษา โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ดูแลทราบแหล่งการสนับสนุนทรัพยากรด้านข้อมูลข่าวสารด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแล้วหรือกำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต กับร่างกายจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของมารดา แหล่งสนับสนุนทรัพยากร ได้แก่ องค์กร หน่วยงาน หรือบุคคลต่าง ๆ

ในชุมชนที่อาศัยอยู่ ที่สามารถให้การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ แก่ผู้ดูแลได้ (Wiener et al., 2016)

ดังนั้นโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิด ช่วยเพิ่มทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรติดตามผลการศึกษาในระยะยาว เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน หลังจากได้รับโปรแกรมเพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดที่เกิดขึ้น และนำโปรแกรมไปเผยแพร่ให้การอบรมแก่นุคลากรทางกายภาพ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางกายภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อฝึกทักษะจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นได้

2. พยาบาลที่ได้รับการฝึกโปรแกรมสามารถนำโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิด ไปฝึกทักษะการจัดการความเครียดให้แก่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนและชุมชน เพื่อเสริมทักษะความเครียดจากการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ และขอขอบพระคุณโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กมลนัทร คล่องดี, พัชรินทร์ นันทจันทร์, และ โสภณ แสงอ่อน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมมติ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 52-68.
- กานต์รัตน์ ศรีสุวรรณ. (2562). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมการปรับตัวต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของมารดาเด็กโรคสมาธิสั้น. *วารสารกองทัพบก*, 20(3), 286-295
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โยธิดา กาวสุทธิไพสิฐ, พรทิพย์ วชิรดิถ, พัชรินทร์ อรุณเรือง, และ ชันวรัตน์ บุณสุขสกุล. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2), 66-75.
- เสาวภาลัย ทัดสิงห์, ชมชื่น สมประเสริฐ, และ พนิดา ศิริอำพันธ์กุล. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดแบบผสมผสานต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก สเปกตรัม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18 (ฉบับพิเศษ), 284-291.
- อรวรรณ ศิลปกิจ (2551). แบบวัดความเครียดฉบับศรีชัย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 16(3), 85-177.
- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 298-301.
- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407-412.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Publishing.
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology. A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-9.
- Grayson, P. C., Kim, S. Y., LaValley, M., & Choi, H. K. (2011). Hyperuricemia and incident hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis care & research*, 63(1), 102-110.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*: Elsevier Health Sciences.

- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley.
- Mazursky-Horowitz, H., Felton, J. W., MacPherson, L., Ehrlich, K. B., Cassidy, J., Lejuez, C., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Maternal emotion regulation mediates the association between adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of abnormal child psychology*, 43(1), 121-131.
- Narkunam, N., Hashim, A. H., Sachdev, M. K., Pillai, S. K., & Ng, C. G. (2014). Stress among parents of children with attention deficit hyperactivity disorder, a Malaysian experience. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6(2), 207-216.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6 ed.). The United States of America: Pearson Education.
- Sethi, S., Gandhi, R., & Anand, V. (2012). Study of Level of Stress in the Parents of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 8(2), 25-37.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17.
- Wiener, J., Biondic, D., Grimbo, T., & Herbert, M. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 44(3), 561-574.
- Williamson, D., Johnston, C., Noyes, A., Stewart, K., & Weiss, M. D. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in mothers and fathers: family level interactions in relation to parenting. *Journal of abnormal child psychology*, 45(3), 485-500.

PERCEPTION OF COMPETENCY AND NEEDS GUIDELINES FOR COLLABORATING ON MENTAL HEALTH CARE AMONG STUDENTS IN EXTENDED OPPORTUNITY SCHOOL, NAKHON SI THAMMARAT PROVINCE

*Kewalee Watcharathaksin, M.N.S. *, Saifon Aekwarangkoon, RN., Ph.D. **, Wisuttisak Vanprom, Ph.D. ****

Abstract

Objective: To investigate the perception of competency and the need for cooperation guideline approach to caring for students' mental health in extended opportunity school, Nakhon Si Thammarat province.

Methods: The informants consisted of four groups: administrators and teachers, students, parents and network partners/health personnel, totaling 62 people. Data were collected by in-depth interviews of 18 people and focus group discussions in four groups of 9 - 12 people each through a semi-structured questionnaire on perceptions of competency and need for cooperation guideline approach to mental health care among students in the extended opportunity school. Content analysis was used for data analysis.

Results: Perception of competency: Teachers and parents perceived limitations of competency in screening and assessing. Mental health issues are complex beyond the ability to cope. Students perceived that they and their peers faced mental health problems but lacked of knowledge and skills for helping. Network partners/health personnel perceived that they have limitations in competency and collaboration. Stakeholders operate in different ways and can be helped when students' mental health problems occur in severe and difficult to solve. Need for cooperative approach: the participants require a systematic approach to screening, assessing, caring for, referral and continuing to care for students with mental health problems, focuses on closing the gap in collaborative psychological care through the same goal-different approach, reduce redundancy, and increase the efficiency of the operations of those involved throughout the process according to the guidelines. These collaboratives preventing and solving mental health problems among school students in extended opportunity school.

Keywords: perception of competency, need for cooperation guideline, mental health care, students in extended opportunity school

**Lecturer, School of Nursing, Walailak University*

***Associate Professor, School of Nursing, Walailak University*

****Corresponding author: Lecturer, Faculty of Education, Nakhon Si Thammarat Rajabhat University, e-mail: wisuttisak.wisut@gmail.com*

Received: 3 February 2022, Revised: 10 July 2022, Accepted: 17 July 2022

การรับรู้สมรรถนะและความต้องการแนวทางร่วมมือดูแลสุขภาพจิตนักเรียนของ ผู้เกี่ยวข้องในโรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดนครศรีธรรมราช

เกวลี วัชรากัณณิณ, พย.ม.*, สายฝน เอกวรังกูร, Ph.D.***, วิสุทธิศักดิ์ หวานพร้อม, ป.ร.ด.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะและความต้องการแนวทางร่วมมือดูแลสุขภาพจิตนักเรียนของผู้เกี่ยวข้อง โรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการศึกษา : ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ ผู้บริหารและครู นักเรียน ผู้ปกครอง และภาคีเครือข่าย/บุคลากรสุขภาพ จำนวน 62 คน รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 18 คน และการสนทนากลุ่มจำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 9 - 12 คน ผ่านแนวคำถามถึงโครงสร้างเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะและความต้องการแนวทางร่วมมือดูแลสุขภาพจิตนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาส วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา : การรับรู้สมรรถนะ ครูและผู้ปกครองรับรู้ข้อจำกัดด้านสมรรถนะของตนเองในการคัดกรอง ประเมิน ปัญหาสุขภาพจิตมีความซับซ้อน เกินความสามารถรับมือ นักเรียนรับรู้ที่ตนเองและเพื่อนเผชิญปัญหาสุขภาพจิตแต่ขาดความรู้และทักษะการดูแลช่วยเหลือ ภาคีเครือข่าย/บุคลากรสุขภาพรับรู้ข้อจำกัดด้านสมรรถนะและการทำงานร่วมกัน การดำเนินงานมีลักษณะต่างคนต่างทำ ส่งผลให้นักเรียนได้รับความช่วยเหลือเมื่อปัญหาสุขภาพจิตเกิดความรุนแรงจนยากต่อการแก้ไข ความต้องการแนวทางร่วมมือ กลุ่มเป้าหมายต้องการพัฒนาสมรรถนะและแนวปฏิบัติการค้นหา คัดกรอง ประเมิน ดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่องนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรม มุ่งปิดช่องว่างการดูแลด้านจิตใจผ่านการดำเนินงานในลักษณะเป้าหมายเดียวกัน-หน้างานต่างกัน ลดความซ้ำซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการตามแนวปฏิบัติ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตนักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาสร่วมกัน

คำสำคัญ : การรับรู้สมรรถนะ, ความต้องการแนวทางร่วมมือ, การดูแลสุขภาพจิต, นักเรียน โรงเรียนขยายโอกาส

*อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

**รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

***ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช, e-mail: wisuttisak.wisut@gmail.com

วันที่รับ: 3 กุมภาพันธ์ 2565, วันที่แก้ไข: 10 กรกฎาคม 2565, วันที่ตอบรับ: 17 กรกฎาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกประเทศรวมทั้งประเทศไทย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559; Collishaw, 2015) ผลการสำรวจสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนทั่วโลกพบปัญหาสุขภาพจิตและอัตราการฆ่าตัวตายสูงในช่วงอายุ 10 - 24 ปี (Mathew, Nebhinani, Begum, & Banerjee, 2020) ขณะที่ข้อมูลสุขภาพจิตเด็กไทยอายุต่ำกว่า 18 ปีของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์พบเด็กเผชิญภาวะเครียดจากการเรียนสูงถึงร้อยละ 66.99 รู้สึกซึมเศร้า เบื่อหน่ายต่อเนื่องทุกวัน เป็นสัปดาห์ร้อยละ 29.10 เคยหนีเรียนร้อยละ 22.85 อยากลาออกหรือหยุดเรียนร้อยละ 8.92 เด็กระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 30.00 มีพัฒนาการไม่สมวัย ในจำนวนดังกล่าวเป็นโรคบกพร่องด้านการเรียนรู้ร้อยละ 10.00 และพัฒนาการบกพร่องร้อยละ 20.00 (สถาบันราชานุกูล, 2559) รวมทั้งพบปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การทะเลาะวิวาท พฤติกรรมกลั่นแกล้ง ใช้สารเสพติด ดัดเกม และออกกลางคัน (วินัย รอบคอบ, สมบัติ สกลุพรรณ และहरษา เศรษฐบุปผา, 2561) ยิ่งกว่านั้น ปัญหาสุขภาพจิตนำไปสู่การฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มเด็กและเยาวชนไทย (กรมสุขภาพจิต, 2559; ประภัศร จันดี, 2563) แนวโน้มสถานการณ์ดังกล่าวเกิดมากขึ้นในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีอายุน้อยลง (สถาบันราชานุกูล, 2559) โดยเฉพาะนักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาสที่ต้องเผชิญกับ

ความเล็งต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจากสาเหตุปัจจัยที่มีความซับซ้อน หลากหลาย และรุนแรง (ประภัศร จันดี, 2563)

โรงเรียนขยายโอกาสเป็นโรงเรียนประถมศึกษาที่เปิดการเรียนการสอนเพิ่มเติมในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ของเด็กที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจและอยู่ห่างไกล ความพร้อมของโรงเรียนขยายโอกาสค่อนข้างเหลื่อมล้ำเมื่อเทียบกับโรงเรียนมัธยมศึกษาทั่วไป เนื่องจากประสบปัญหาขาดแคลนครูผู้สอน ห้องเรียน อาคารสถานที่ การคมนาคมไม่สะดวก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการศึกษาของนักเรียน (ประภัศร จันดี, 2563; ศุภชัย ตู้กลาง, อรพรรณ ทองแดง, ชีรศักดิ์ สาตรา, และ สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, 2555) ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่านักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสประสบหลายปัญหา อาทิ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ ขาดเรียน มีภาวะเครียด ซึมเศร้า (ประภัศร จันดี, 2563; ศุภชัย ตู้กลาง และคณะ, 2555) และในช่วงวัยรุ่นตอนต้นที่มีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการ ต้องปรับตัวกับปัจจัยต่าง ๆ ส่วนใหญ่ฐานะยากจน บิดามารดาต้องหารายได้ มีเวลาอยู่ร่วมกันน้อย บิดามารดาหย่าร้าง ส่งผลให้ถ่ายทอดภาวะเครียดและซึมเศร้า (ศุภชัย ตู้กลาง และคณะ, 2555; Suntornvijitr, Hengudomsub, Vatanasin & Dethchaiyot, 2018) นอกจากนี้ นักเรียนต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมและสังคมที่แข่งขันสูงทั้งด้านการเรียน ฐานะทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้เกิดความคับข้องใจ คุณค่าในตนเองลดลง และหมดพลังเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต (Veerakalus &

Wongkumsin, 2012) ผลการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่านักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายควรให้ความร่วมมืออย่างจริงจังในการดูแลช่วยเหลือ

กรมสุขภาพจิตกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการจัดบริการสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีคุณภาพเพื่อให้ได้มาตรฐาน ครอบคลุม เข้าถึงทุกกลุ่มในสถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา และชุมชน แม้สถานศึกษาได้ดำเนินการคัดกรองและช่วยเหลือนักเรียนตามระบบ อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานพบว่าด้วยสถานการณ์และความรุนแรงของปัญหาส่งผลให้เด็กและเยาวชนจำนวนมากยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตตามสภาพปัญหาและความต้องการ (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2560) พบข้อจำกัดด้านทัศนคติที่ส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงความช่วยเหลือ (กรมสุขภาพจิต, 2559) ผลการศึกษาพบว่ามุมมองเชิงลบต่อปัญหาสุขภาพจิตและการรับรู้ข้อจำกัดด้านสมรรถนะส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องหลีกเลี่ยงการเข้าถึง ประเมิน และให้การดูแลเด็กที่เผชิญปัญหาสุขภาพจิต (ศิริพร จุนเจือจิน, ประไพพิศ สิงห์เสม, และสุภารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล, 2560) การรับรู้สมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้เกี่ยวข้องจึงส่งผลต่อคุณภาพการช่วยเหลือ (กฤติยา แสงทวีทรัพย์ และ เอื้อญาติ ชูชื่น, 2562) ปรากฏการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ต้องเพิ่มบริการเชิงรุกเข้าสู่สถานศึกษาสำหรับกลุ่มเสี่ยงพร้อมกับส่งเสริมปัจจัยปกป้อง มุ่งเน้นการสร้างมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชน รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องจาก

ทุกภาคส่วนในการส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนเข้าใจตนเอง รวมทั้งเพิ่มความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ปลอดภัยจากปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ อาทิ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สารเสพติด ความรุนแรง (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2560) บุคลากรในสถานศึกษาและนักเรียนต้องการพัฒนาความเข้าใจเชิงบวกและการรับรู้สมรรถนะในการประเมิน คัดกรอง ดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่องนักเรียนกลุ่มเสี่ยงและเกิดปัญหา (Moon, Williford & Mendenhall, 2017) รวมถึงการเพิ่มความเชื่อมโยงในการดำเนินงานกับบุคลากรสาธารณสุขและภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งภาคส่วนของผู้ปกครองและชุมชน ตลอดจนระบบการดูแลส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและทันทั่วถึง (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2560)

ผลการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบความรุนแรงด้านสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาส ส่งผลให้นักเรียนเผชิญภาวะกดดันและสถิติการเกิดปัญหาสุขภาพจิตขยายตัวเพิ่มขึ้น (Singthong, 2002; Suntornvijitr, Hengudomsub, Vatanasin, & Dethchaiyot, 2018) การปิดช่องว่างในกระบวนการดำเนินงานระหว่างผู้เกี่ยวข้องเพื่อตอบโจทย์การทำงานเชิงรุกร่วมกันผ่านการศึกษาทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะและความต้องการแนวทางความร่วมมือในการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของนักเรียนอย่างแท้จริง เป็นทางออกของการแก้ไขปัญหาและร่วมตอบโจทย์การทำงานเชิง

ระบบที่มีประสิทธิภาพ ไม่เพียงส่งผลให้นักเรียนได้รับการดูแลช่วยเหลือ มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี สามารถข้ามผ่านปัญหาสู่การพัฒนาเชิงบวกภายในตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ (Halladay et al., 2020) แต่ยังส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจสถานการณ์ปัญหา และความต้องการแนวทางพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตสำหรับนักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาสร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2560)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะและความต้องการแนวทางร่วมมือดูแลสุขภาพจิตนักเรียนของผู้เกี่ยวข้องในโรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เกิดจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งพบว่าปัญหาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนไทยทวีความรุนแรงมากขึ้นนำสู่พฤติกรรมเสี่ยงและฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2559) ปัญหาดังกล่าวพบมากขึ้นกับนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาซึ่งมีข้อจำกัดด้านต้นทุน ทรัพยากร และแหล่งสนับสนุนทางสังคม (แพรวนภา บุญประถมภ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และ ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2560; อนุรักษ์ศิริบุญเรือง และ ประภัสสร บุญหมั่น, 2561) สมรรถนะและความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องช่วยให้เด็กเป็น “ผู้รอด” ในวิกฤตชีวิต (ประภัสสร จันดี, 2563; ศุภชัย ศุภกลาง และคณะ, 2555) ผลการวิเคราะห์

ช่องว่างการดำเนินงานพบว่าผู้เกี่ยวข้องมองปัญหาสุขภาพจิตในลักษณะซับซ้อน กลัว ตีตรา การคัดกรองประเมิน เข้าถึง ดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อ ดูแลต่อเนื่อง ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ (ยุพาวดี เกริกกุลธร, นุสรานามเดช, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, และกาญจนา อ่อนน่วม, 2561) หลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าการรับรู้สมรรถนะสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแล (กฤติยา แสงวงทรัพย์ และ เอื้อญาติ ชูชื่น, 2562; Bandura, 1997) การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะและความต้องการดูแลปัญหาสุขภาพจิตของผู้เกี่ยวข้องสามารถปิดช่องว่างและตอบโจทย์การดำเนินงานสร้างเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และดูแลต่อเนื่องนักเรียนที่เผชิญปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนขยายโอกาสที่มีประสิทธิภาพต่อไป (วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, และ โษษิตา ภาวสุทธิไพสิฐ, 2563)

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้เกี่ยวข้องับระบบดูแลนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาส สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 1 - 4 เลือกแบบเจาะจงโรงเรียนที่มีลักษณะ คือ 1) ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิต มีนโยบายและเป้าหมายแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตนักเรียน 2) มีผู้ดำเนินการในระบบดูแลสุขภาพจิตนักเรียน และ 3) อาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย จากเขตพื้นที่ละ 2 โรงเรียน รวมจำนวน 8 โรงเรียน กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มจากโรงเรียน

เป้าหมาย ประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้บริหาร และครูจำนวน 24 คน 2) กลุ่มนักเรียนระดับชั้น ประถมศึกษาและมัธยมศึกษาจำนวน 18 คน 3) กลุ่มผู้ปกครองจำนวน 9 คน และ 4) กลุ่มภาคี เครือข่าย/บุคลากรสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล ชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช นักจิตวิทยาโรงเรียนประจำ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช และเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น จำนวน 11 คน รวมจำนวน 62 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีความสำคัญ คือ 1) ให้ ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตนักเรียน 2) เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตนักเรียน และ 3) อาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย และการตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือ ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi structure questionnaires) สำหรับการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะและ ความต้องการแนวทางการร่วมมือดูแลสุขภาพจิต นักเรียนโรงเรียนขยายโอกาส พัฒนาโดยผู้วิจัยจาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถาม ปลายเปิดจำนวน 5 ข้อ ประเด็นคำถามสำหรับผู้บริหาร ครู ผู้ปกครอง ภาคีเครือข่าย/บุคลากร สุขภาพ ประกอบด้วย ประสพการณ์และการรับรู้ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน สาเหตุ ผลกระทบ การดูแลช่วยเหลือ ผู้เกี่ยวข้อง การส่งต่อ จุดแข็ง ข้อจำกัด ปัญหา อุปสรรค ความต้องการ พัฒนา และแนวทางการร่วมมือดูแลสุขภาพจิต นักเรียนที่เผชิญปัญหาสุขภาพจิต ประเด็นคำถาม

สำหรับนักเรียน ประกอบด้วย ประสพการณ์และ การรับรู้สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน และกลุ่มเพื่อน สาเหตุ ผลกระทบ การดูแลช่วยเหลือ ที่ได้รับ ผลการดูแลช่วยเหลือ ความรู้สึกและความ คิดเห็นต่อการดูแลช่วยเหลือ ความต้องการพัฒนา ตลอดจนแนวทางการมีส่วนร่วมของนักเรียนและ ผู้เกี่ยวข้องต่อการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่เผชิญ ปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน

แนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่พัฒนาขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน พยาบาล วิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและ วัยรุ่น 1 ท่าน และนักจิตวิทยาโรงเรียน 1 ท่าน ร่วมกันพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาและภาษา ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.8 - 1 และนำ เครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับบุคคลในพื้นที่ที่ มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม ของการศึกษาครั้งนี้ จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มา ปรับปรุงแนวคำถามก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเข้า พบผู้บริหารโรงเรียนขยายโอกาสจำนวน 8 โรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา กระบวนการวิจัย ผลกระทบที่อาจเกิดกับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งขอ อนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มผู้ให้ข้อมูลของโรงเรียน

เป้าหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น พร้อมสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหารและครู กลุ่มนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา กลุ่มผู้ปกครอง และกลุ่มภาคีเครือข่าย/บุคลากรสุขภาพ รวบรวมข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มเป้าหมายจำนวน 18 คน และการสนทนากลุ่ม 4 กลุ่ม กลุ่มละ 9 - 12 คน ผ่านแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ดำเนินการโดยผู้วิจัย ใช้เวลาสัมภาษณ์คนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที และสนทนากลุ่มกลุ่มละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 - 1.30 ชั่วโมง กลุ่มนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาใช้เวลา 30 - 40 นาที ก่อนและระหว่างดำเนินการมีการเล่นเกมละลายพฤติกรรมเพื่อสร้างความคุ้นเคย ปลอดภัย ผ่อนคลาย แต่ละคำถามให้ช่วยกันเขียนคำตอบในกระดาษสี ชวนคุยตอบคำถาม ชื่นชม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มเป้าหมาย

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่องการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาวะแบบดำเนินการทั้งระบบเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักเรียน ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ WUEC-20-168-01 เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2563 ผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย (Informed consent) ทั้งด้านที่เป็นประโยชน์และความเสี่ยงที่กลุ่มเป้าหมายอาจได้รับการศึกษา กลุ่มที่สมัครใจ ผู้วิจัยให้

เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มอายุต่ำกว่า 18 ปี ได้รับการเซ็นยินยอมจากผู้ปกครอง กลุ่มเป้าหมายมีอิสระในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ เอกสารบันทึกการสนทนา ภาพถ่าย การบันทึกเทป ได้รับอนุญาตจากกลุ่มเป้าหมายก่อนทุกครั้ง หลังการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยเก็บเอกสารในที่ปลอดภัยและจะทำลายหลักฐานทั้งหมดภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยในระยะเวลา 3 ปี และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness) จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มก่อนนำมาวิเคราะห์ คือ 1) ประชุมตรวจสอบประเด็นของผู้ให้ข้อมูลทั้งความรู้สึกและข้อคิดเห็น (Conformability) 2) เลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงเพื่อใช้ในการถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) และ 3) กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ที่มียุทธวิธีช่วยกันตรวจสอบความตรงของแนวคิดทฤษฎี (Dependability) ความถูกต้องของการถอดเทป การให้รหัสข้อมูล (Credibility) ความสอดคล้องของการให้รหัสเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล (Axial coding) และการถ่ายโอนผลการวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นตัวแทนผู้เกี่ยวข้องกับระบบดูแลนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสขนาดกลางจำนวน 4 โรงเรียน ขนาดใหญ่จำนวน 4 โรงเรียน

ประกอบด้วย 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารและครู จำนวน 24 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.65 อายุระหว่าง 28 - 59 ปี ($M = 38.58$, $SD = 5.89$) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 61.84 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 78.75 กลุ่มที่ 2 นักเรียนจำนวน 18 คน ส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 50.00 เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.79 อายุระหว่าง 9 - 14 ปี ($M = 12.24$, $SD = 2.42$) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 58.78 กลุ่มที่ 3 ผู้ปกครองจำนวน 9 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.67 อายุระหว่าง 29 - 65 ปี ($M = 45.58$, $SD = 6.98$) และกลุ่มที่ 4 ภาควิชา/บุคลากรสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช นักจิตวิทยาโรงเรียนประจำสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครศรีธรรมราช และเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 11 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 95.65 อายุระหว่าง 27 - 57 ปี ($M = 35.79$, $SD = 6.87$) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 84.89 และมีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 75.87

ผลการศึกษาการรับรู้สมรรถนะพบว่า ครูและผู้ปกครองรับรู้ข้อจำกัดด้านสมรรถนะของตนเองในการคัดกรอง ประเมิน ดูแลช่วยเหลือ นักเรียน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตระดับรุนแรงทั้งภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย รับรู้ว่าปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้นสูงกับนักเรียนชาย โอกาสจากหลายสาเหตุ ทั้งจากพัฒนาการตามวัย สภาพแวดล้อม ขาดทักษะชีวิต อยู่กับปู่ย่าตายาย ฐานะยากจน ขาดอุปกรณ์การเรียน ส่งผลกระทบ

ต่อความสัมพันธ์ การเรียน การมีชีวิต จำเป็นต้องช่วยเหลือ แต่แก้ไขได้ยาก ชับซ้อน เกินความสามารถรับมือ ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ เช่นเดียวกับนักเรียนที่รับรู้ตนเองและเพื่อนเผชิญปัญหาสุขภาพจิต อยู่ในภาวะทรมาน แต่ขาดทักษะในการจัดการ ขณะที่ภาคีเครือข่าย/บุคลากรสุขภาพรับรู้ข้อจำกัดด้านสมรรถนะและการดำเนินงานร่วมกัน ขาดการส่งต่อ ดำเนินงานลักษณะต่างคนต่างทำ หน่วยงานซ้ำซ้อน ขาดความต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถค้นพบเมื่อนักเรียนเกิดปัญหาสุขภาพจิตในระดับรุนแรง ชับซ้อน ยากต่อการแก้ไข

“...นักเรียนจำนวนมากเกิดปัญหาสุขภาพจิต เครียด กังวล เศร้า บางคนทำร้ายตนเอง ปัญหานี้เป็นเรื่องใหญ่ที่แก้ไขไม่ได้ ชับซ้อน เกี่ยวกับหลายสาเหตุ ต้องอาศัยความร่วมมือทำความเข้าใจกันจริงจิง...”

ตัวแทนผู้บริหารคนที่ 1

“...บางคนมีปัญหาเรื่องเรียน คุยแล้วมิอะไรกว่านั้น เขี่ยบ้านยิ่งย่ำว่ามีปัญหา ยากจน ต้องทำงานช่วยที่บ้าน พ่อแม่หย่าร้าง อยากรวย แต่เข้าถึงยาก ไม่รู้จะคุยยังงี้ ต้องส่งต่อ แต่ยังมีลักษณะต่างคนต่างทำ ทำให้เจอปัญหาเมื่อเด็กอาการรุนแรงแล้ว...”

ตัวแทนครูคนที่ 5

“...ปัญหาสุขภาพจิตของเพื่อน ๆ มีมากขึ้น สาเหตุหลายอย่าง จากอารมณ์ พ่อแม่จน ไม่มีอุปกรณ์เรียน การบ้านมาก ทำไม่ทัน ชุมชนใช้สารเสพติด เพื่อนหนูหลายคนลอง บางคนมีปัญหาเรื่องเพศ...”

ตัวแทนนักเรียนคนที่ 5

“...พ่อแม่ ปู่ย่าตายายลำบากมาก อย่างว่าแต่ไม่มีอุปกรณ์เรียน ข้าวยังไม่มีกิน ต่อให้เรียนฟรีอาหารฟรี แต่เมื่อเด็กทำงานได้ ก็ต้องออกมาเป็นกำลังช่วยเหลือครอบครัว เด็กเครียด ทุกคนรู้แต่ไม่รู้ทำอย่างไร ลำบากจริง ๆ...”

ตัวแทนผู้ปกครองคนที่ 3

“...ที่ผ่านมามีระบบดูแลเรื่องสุขภาพจิต แต่ต่างคนต่างทำ ทำให้หน่วยงานทับซ้อนกัน ยังมีช่องว่างของการทำงานร่วม เช่นมีการประเมินสุขภาพจิตเด็กทุกปีแต่ยังขาดการสื่อสาร ส่งต่อและทำงานร่วมกัน...”

ตัวแทนบุคลากรสุขภาพคนที่ 2

การรับรู้สมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพจิตนักเรียนข้างต้นส่งผลต่อเนื่องถึงความต้องการพัฒนาแนวทางร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความต้องการพัฒนาสมรรถนะและแนวปฏิบัติการดูแลด้านจิตใจร่วมกันสำหรับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง ประเมิน ดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่องนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรมตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ สมรรถนะที่มุ่งเน้นคือ ความไวในการประเมิน การดูแลช่วยเหลือ เข้าใจการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยมีความเน้นคือการทำงานเชิงรุกร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถปิดช่องว่าง (Gaps) การดูแลด้านจิตใจผ่านกระบวนการดำเนินงานในลักษณะ “เป้าหมายเดียวกัน-หน่วยงานต่างกัน” และ “ลดความซ้ำซ้อน” ตั้งแต่การวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และประเมินผลตลอดกระบวนการตามแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการ

ของนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสอย่างแท้จริง นอกจากนี้ การบรรจุประเด็นสุขภาพจิตในหลักสูตรเพื่อให้นักเรียนได้เรียนรู้ทั้งในและนอกหลักสูตรอย่างต่อเนื่องมีความหมายต่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตนักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาสที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

“...เพื่อนหลายคนกำลังมีปัญหาแต่ไม่รู้จะช่วยเหลืออย่างไร เพื่อนคนหนึ่งเป็นเด็กดี ตอนนี้อยากหายไ้ไป ไม่มาเรียน บ้านเค้ามีปัญหา อยากให้ช่วยเหลือได้เร็ว ๆ ก่อนที่จะเกิดปัญหากว่านี้ พวกเราก็คงอยากฝึกช่วยเพื่อนด้วย...”

ตัวแทนนักเรียนคนที่ 7

“...ครูรู้ว่านักเรียนต้องการความช่วยเหลือแต่ไม่กล้าคุย กลัวยิ่งกระดุน อยากให้พัฒนาเรื่องนี้กับเด็ก ครู ผู้ปกครอง ทุกฝ่ายทำงานร่วมกันทั้งคัดกรอง ช่วยเหลือ ส่งต่อ การบรรจุนักเรียนในหลักสูตรเป็นทางออก...”

ตัวแทนครูคนที่ 2

“...เด็กต้องการความสุข แต่พ่อแม่ต้องทำมาหากิน เด็กเองเครียดมาก พ่อแม่ไม่มีจิตวิทยาในการเลี้ยงลูก สื่อสารไม่เป็น พ่อแม่เองก็อยากได้รับความช่วยเหลือเรื่องนี้ หากได้ทำงานร่วมกันก็จะช่วยได้...”

ตัวแทนผู้ปกครองคนที่ 4

“...อยากเห็นแนวทางร่วมมือของทุกฝ่าย เด็กถูกขึ้นดูแลใจตนเอง ดูแลใจเพื่อน ครูมีหลักสูตรเสริมเข้าไปในห้องเรียนให้เด็กมีความสุข สามารถประเมินพบเด็กที่มีปัญหาได้เป็นรายบุคคล การเพิ่มกิจกรรมเสริมหลักสูตรต่าง ๆ เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้สิ่งเหล่านี้ เชื่อมโยงเข้าไปสู่ครอบครัว และชุมชน...”

ตัวแทนนักจิตวิทยาโรงเรียนคนที่ 1

“...พบช่องว่างการดูแล ทุกคนทำงานเดียวกันแต่ต่างคนต่างทำ แก้ไม่ถึงรากปัญหา ทำให้งานซ้ำซ้อน การพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องและเพิ่มทักษะการประเมิน ช่วยเหลือ ส่งต่อ นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบจึงช่วยปิดช่องว่าง...”

ตัวแทนพยาบาลจิตเวชคนที่ 4

“...แนวปฏิบัติการดูแลใจสำคัญ หากโรงเรียนทำให้ครูประจำชั้นเป็นที่พึ่งให้เด็กได้ ทำให้เด็กดูแลใจกันได้ เมื่อโรงเรียนเปิดพื้นที่ที่เชื่อมโยงสู่ครอบครัวโดยให้การบ้านในหลักสูตร มีกิจกรรมเสริมหลักสูตร ชุมชน โดย รพ.สต. ทำงานดูแลใจมากขึ้น อบต. ให้พื้นที่ทำโครงการต่าง ๆ ชุมชนกับโรงเรียนประสานกันมากขึ้น ในที่สุดจะทำให้เด็กเติบโตไม่เพียงได้รับการดูแล แต่สามารถลุกขึ้นมาดูแลคนอื่นได้ เมื่อทุกส่วนมีความสามารถขับเคลื่อนไปพร้อมกัน เด็กจะเป็นจิ๊กซอว์ที่เท่าเทียมกับตัวอื่น สามารถขึ้นมาทำหน้างานนี้ได้ด้วยตัวเอง...”

ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คนที่ 2

“...ทั้งผู้บริหารและครูมองเห็นศักยภาพนักเรียน การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของนักเรียน หลายความคิดเห็น หลายมุมมอง และข้อเสนอช่วยให้ผู้ใหญ่อย่างเรามองเห็นแนวทางดูแลได้จริงที่เหมาะสมกับบริบทของเค้า แสดงให้เห็นว่านักเรียนอยากร่วมพัฒนา...”

ตัวแทนผู้บริหารโรงเรียนคนที่ 1

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนการรับรู้ข้อจำกัดสมรรถนะของผู้เกี่ยวข้องต่อการดูแลสุขภาพจิตนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสและเกิดมากขึ้นเมื่อต้องดูแลกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับรุนแรงถึงทำร้ายตนเอง การรับรู้ข้อจำกัดดังกล่าวสัมพันธ์กับทัศนคติเชิงลบต่อปัญหาสุขภาพจิต กล่าวคือ ผู้เกี่ยวข้องทุกกลุ่มรับรู้ว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องซับซ้อน เป็นนามธรรมยากต่อการเข้าถึง กล่าวว่าการช่วยเหลือที่ไม่ถูกต้องจะกระตุ้นให้นักเรียนเกิดอาการรุนแรงมากขึ้น ไม่สามารถรับมือได้ ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเท่านั้น ปรากฏการณ์ดังกล่าวส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพจิตในลักษณะของการหลีกเลี่ยง ปฏิเสธ วางเฉย นำไปสู่ความรุนแรงของปัญหาที่ยากต่อการแก้ไขมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริพร จุนเจือเงิน และคณะ (2560) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะของผู้เกี่ยวข้องมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงและตัดสินใจดูแลนักเรียน เช่นเดียวกับการศึกษาของ แพรวนภา บุญประถัมภ์ และคณะ (2560) ที่พบว่าการรับรู้ข้อจำกัดด้านสมรรถนะส่งผลให้เกิดการหลีกเลี่ยงปฏิบัติกิจกรรมนั้น นอกจากนี้ กลุ่มเป้าหมายรับรู้ข้อจำกัดของผู้เกี่ยวข้องเกิดจากการดำเนินงานในลักษณะต่างคนต่างทำ ส่งผลให้สามารถค้นพบเมื่อนักเรียนเกิดปัญหาสุขภาพจิตในระดับรุนแรงซึ่งมีความซับซ้อนและยากต่อการแก้ไข สอดคล้องกับผลการศึกษาของศุภชัย ตู๊กลาง และคณะ (2555) ที่พบว่าการไม่สามารถค้นหาปัญหาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องพบปัญหาเมื่อเด็กเกิด

ปัญหาในระดับรุนแรงจนต้องส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ และเมื่อทำอะไรไม่ได้มากส่วนใหญ่เด็กจะออกจากระบบการศึกษา

ผลจากการรับรู้ข้อจำกัดด้านสมรรถนะ นำสู่ความต้องการแนวทางร่วมมือดูแลสุขภาพจิต นักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสของผู้เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้เกี่ยวข้องมองเห็นและตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิต สาเหตุ ผลกระทบ และความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับนักเรียนทั้งด้านการเรียน เป้าหมายชีวิต และความสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ แพรวนภา บุญประถมภ์ และคณะ (2560) ที่พบว่าปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อ พัฒนาการ การเรียน พฤติกรรมเสพติด ความเสี่ยงทางเพศ คุณภาพชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประกอบกับการขาดประสบการณ์ชีวิต พัฒนาการหย่าร้างของบิดามารดา ความยากจน ผู้ปกครองไม่มีเวลา ต้องช่วยหารายได้ ภาวะกดดันและข้อจำกัดด้านการเรียน สภาพแวดล้อม ชุมชนที่มีความเสี่ยง รุมเร้าให้นักเรียนต้องยอมจำนนต่อเงื่อนไขของชีวิต เกิดความคับข้องใจ นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช และการทำร้ายตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของประภัศร จันดี (2563) ที่พบว่านักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสมากกว่าร้อยละ 50.00 มีภาวะซึมเศร้าจากหลายปัจจัย ต้องการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้า โดยสร้างความผูกพันกับครอบครัว เพื่อน รวมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

ด้านความต้องการแนวทางร่วมมือ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเป้าหมายต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกันของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มทักษะตลอด

กระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบตั้งแต่การคัดกรอง ประเมิน ดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่องนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตมีลักษณะซับซ้อน ละเอียดยาก เป็นนามธรรม กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมาจึงเต็มไปด้วยความรู้สึกท้อแท้ ไม่เข้าใจ บางส่วนเลือกที่จะไม่พูดคุยในประเด็นสุขภาพจิตเนื่องจากรับรู้ว่ายากเกินไป มองปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องน่ากลัว เข้าไม่ถึง บางส่วนมองเห็นปัญหาแต่ไม่สามารถรับมือได้ ไม่มีการพูดคุยจนกลายเป็นละเลยปัญหา การพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพจิตให้กับนักเรียนและผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนทุกส่วนได้พร้อมกันจึงเป็นความต้องการหลักของการดูแลสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ และสามารถตอบโจทยความ คับข้องใจในกระบวนการดูแลช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ยุพวดี เกริกกุลธร, นุสราน นมเดช, สุดาเดพรพิทักษ์ศิริกุล และกาญจนา อ่อนน่วม, 2561) ทั้งนี้ สมรรถนะหลักและมีความสำคัญที่ผู้เกี่ยวข้องต้องการพัฒนา คือสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อให้นักเรียนสามารถเรียนรู้เปลี่ยนแปลง และเติบโตในเชิงบวก ทักษะการเข้าถึงใจนักเรียน รวมทั้งทักษะการประเมินได้ถึงสัญญาณที่บ่งบอกว่าเด็กกำลังมีปัญหา สมรรถนะดังกล่าวคือกลไกสำคัญที่ช่วยให้นักเรียนเกิดกระบวนการพัฒนาดตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (Sales, Traver, & Garcia, 2011) นอกจากนี้ การพัฒนามุมมองเชิงบวกในตัวนักเรียนมีความสำคัญอย่างยิ่ง ความเชื่อมั่นในศักยภาพ รวมทั้งเปิดโอกาสให้นักเรียนสามารถเรียนรู้ที่จะรู้จัก เข้าใจ และศักยภาพของตนเองออกมาดูแล

สุขภาพจิตตนเอง เพื่อน ครอบครัว และชุมชน ช่วยให้นักเรียนมองเห็นคุณค่า ความหมาย และเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่เป็นเพียงผู้ที่ถูกดูแลต่อไป (Acharya, Thomas, & Cann, 2017)

สำหรับแนวทางพัฒนาความร่วมมือกลุ่มเป้าหมายมุ่งเน้นความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้องเพื่อปิดช่องว่างของการดูแลร่วมกันผ่านการดำเนินงานที่มีลักษณะเป้าหมายเดียวกัน-หน้างานต่างกัน มุ่งลดความซ้ำซ้อนแต่เพิ่มประสิทธิภาพ โดยผู้เกี่ยวข้องต้องร่วมมือกันตั้งแต่การวิเคราะห์วางแผน ดำเนินการ และประเมินผลการทำงานร่วมกันตลอดกระบวนการตามแนวปฏิบัติที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่การคัดกรอง ประเมิน ดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ตรงกับความต้องการจำเป็นอย่างแท้จริงของนักเรียน รวมทั้งพัฒนาเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องให้เกิดสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพจิตนักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาสร่วมกัน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการเริ่มต้นตั้งแต่ผู้เกี่ยวข้องทำความเข้าใจ ให้ความสำคัญกับนักเรียนตามลักษณะบริบทของสภาพปัญหาและความเป็นปัจเจกบุคคลร่วมกันตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละฝ่าย สอดคล้องกับการศึกษาของสุกษัย ตู้กลาง และคณะ (2555) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจและร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย กระบวนการทำความเข้าใจกับนักเรียนเป็นรายบุคคลเพื่อมองเห็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาร่วมกันเป็นทางออกสำคัญของการแก้ไข

ปัญหา เนื่องจากหนึ่งปัญหาของนักเรียนไม่ได้เกิดขึ้นจากสาเหตุเดียวแต่มีความสัมพันธ์ในหลายส่วน การรู้จักและเข้าใจในมิติเชิงลึกร่วมกันจึงช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถประเมินและให้การดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่เผชิญปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ครอบคลุมตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นที่ปัญหาด้านสุขภาพจิตยังไม่รุนแรง ทำให้สามารถช่วยเหลือให้นักเรียนสามารถก้าวข้ามวิกฤติของชีวิต หรือกรณีที่มีความจำเป็นก็สามารถดำเนินการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญและรับการดูแลต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ทำให้นักเรียนต้องออกจากระบบการศึกษากลางคัน สามารถเรียนรู้และเติบโตต่อไปในระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ความร่วมมือดังกล่าวจะประสบความสำเร็จได้ กลุ่มเป้าหมายรับรู้ว่าจะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของนักเรียนเป็นสำคัญ เนื่องจากเป็นผู้ที่รู้จักสถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และแนวทางการพัฒนาตนเองและกลุ่มเพื่อนอย่างแท้จริง การเปิดพื้นที่ให้นักเรียนได้ใช้ศักยภาพในการวิเคราะห์ วางแผน และดำเนินการพัฒนาด้วยตนเองภายใต้ความเชื่อมั่นของผู้ใหญ่ช่วยให้นักเรียนพิสูจน์ความสามารถของตนเองได้จริงในเชิงประสบการณ์ (อริยุดิตา ศรีบุญเรือง, ประภัสสร บุญหมั่น, 2561) ทั้งนี้ ความร่วมมืออย่างจริงจังและสม่ำเสมอของผู้เกี่ยวข้องทั้งจาก ผู้ปกครอง ผู้บริหาร ครู นักเรียน เครือข่ายสุขภาพ และชุมชนตามบทบาทหน้าที่งานของแต่ละภาคส่วน และความพยายามปิดช่องว่างในกระบวนการดำเนินการร่วมกันตอบโจทย์การทำงานเชิงระบบ ส่งผลให้นักเรียน โรงเรียนขยายโอกาสเกิดกระบวนการเรียนรู้และเจริญเติบโตอย่างมีความสุข

เต็มศักยภาพอย่างแท้จริง (Stalker, Wu, Evans, & Smokowski, 2018)

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการศึกษาควรกำหนดนโยบายด้านการดูแลสุขภาพจิตนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสผ่านความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ วางแผน พัฒนาแนวปฏิบัติและสมรรถนะของทุกฝ่ายในกระบวนการคัดกรอง ประเมิน ดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้กระบวนการแก้ไขปัญหาบรรลุผลสำเร็จ สามารถตอบโต้และคลี่คลายปัญหาสุขภาพจิตได้ทั้งระบบ

2. ผู้บริหารสถานศึกษาควรจัดกระบวนการพัฒนาสมรรถนะครูด้านการพัฒนาเยาวชนเชิงบวก รวมทั้งพัฒนาทักษะในกระบวนการเข้าถึง คัดกรอง ประเมิน ดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง นักเรียนที่เผชิญปัญหาสุขภาพจิต

3. ผู้บริหารสถานศึกษาและครูควรบรรจุเนื้อหาและพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตในหลักสูตรเพื่อให้นักเรียนสามารถเรียนรู้การดูแลสุขภาพจิตตนเองและกลุ่มเพื่อน รวมทั้งเปิดพื้นที่ให้นักเรียนได้พัฒนาศักยภาพการดูแลจิตใจตนเอง และแบ่งปันสู่ผู้อื่น เรียนรู้การเป็นผู้สร้างสังคมเกื้อกูล เพื่อสร้างคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง

4. พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรสุขภาพ และเครือข่าย ควรดำเนินงานร่วมกันเพื่อปิดช่องว่างในการดำเนินงาน ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพในงานพัฒนาระบบดูแลสุขภาพจิตนักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาส

5. นักวิจัย ควรพัฒนางานวิจัย แนวปฏิบัติ หรือถอดบทเรียนเกี่ยวกับการนำนโยบายสู่การปฏิบัติของบุคคลและหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องเพื่อค้นหาช่องว่างและแนวทางตอบโต้การพัฒนาสมรรถนะและความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพจิตของนักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาสร่วมกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนวิจัยจากมูลนิธิแพथทูเฮลท์ ภายใต้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และข้อมูลจากโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน โรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพแบบดำเนินการทั้งระบบเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักเรียน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). องค์ความรู้การดำเนินงานดูแลสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการสำหรับทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บิยอนพับลิชชิ่งจำกัด.
- กฤติยา แสงทรัพย์, และเอื้อญาติ ชูชื่น. (2562). การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 11(22), 1-12.
- ประภัศร จันดี. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

แพรวนภา บุญประดั้มภัก, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และ ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(2), 43-58.

ยุพาดี เกริกกุลธร, นุสรา นามเดช, สุธา เคชพิทักษ์ศิริกุล, และ กาญจนา อ่อนน่วม. (2561). การพัฒนาสมรรถนะครูที่ปรึกษาตามแนวคิดการมีสติ และการเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยอุทลวงกรณ์ราชวิทยาลัย*, 6(4), 1541-1555.

วินัย รอบคอบ, สมบัติ สกลพรรณ, และพรธมา เศรษฐบุปผา. (2561). ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, 45(4), 144-158.

วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, และโชษิตา ภาวสุทธิพิสิฐ. (2563). ความสุขของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(2), 136-149.

สถาบันราชานุกูล กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือการดูแลเด็กวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ฉบับทดลองใช้) (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือหลักสูตรอบรมวิทยากรการดูแลช่วยเหลือเด็กวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยง สำหรับบุคลากรสถานศึกษา และบุคลากรสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ทีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด.

ศุภชัย ตู๊กลาง, อรพรรณ ทองแดง, ธีรศักดิ์ สาตรา, และ สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 283-294.

ศิริพร จุนเจือเงิน, ประไพพิศ สิงหเสม, และสุภารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการสร้างเสริมทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของนักเรียน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(2), 268-280.

อริญดิตา ศรีบุญเรือง และประภัสสร นุชหมั่น. (2561). การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของนักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาส สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุดรธานี เขต 4. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 12(3), 248-259.

Acharya, D., Thomas, M., & Cann, R. (2017). Evaluating school-based sexual health education programme in Nepal: An outcome from a randomized controlled trial. *International Journal of Educational Research*, 82, 147-158.

Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying the try of behavioral change*. New York.

Collishaw, S. (2015). Annual research review: secular trends in child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 370.

Halladay, J., Bennett, K., Weist, M., Boyle, M., Mamion, I., Campo, M., & Georgiades, K. (2020). Teacher-student relationships and mental health help seeking behaviors among elementary and secondary students in Ontario Canada. *Journal of School Psychology*, 81, 1-10.

Mathew, A., Nebhinani, N., Begum, S., K, V., & Banerjee, M. (2020). Genetics of Adolescent Suicide: A Literature review. *Journal of Indian Association of Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 135-161.

Moon, J., Williford, A., & Mendenhall, A. (2017). Educators' perceptions of youth mental health: Implications for training and the promotion of mental health services in schools. *Children and Youth Services Review*, 73, 384-391.

Sales, A., Traver, J. A., & Garcia, R. (2011). Action research as a school-based strategy in intercultural professional development for teachers. *Teaching and Teacher Education*, 27, 911-919.

Singthong, R. (2002). *The relationships among coping behavior, life satisfaction, social support and depression of junior high school students in opportunity expansion schools, district of muang, Surat Thani Province*. Bangkok: Silpakorn University. (in Thai).

- Stalker, K. C., Wu, Q., Evans, C. B. R., & Smokowski, P. R. (2018). The impact of the positive action program on substance use, aggression, and psychological functioning: Is school climate a mechanism of change?. *Children and Youth Services Review*, 84, 143-151.
- Suntornvijitr, S., Hengudomsub, P., Vatanasin, D., & Dethchaiyot, P. (2018). Predicting factors of depression among secondary school students in extended educational opportunity schools. *Nursing Journal of the Ministry of Public*, 28(2), 53-66. (in Thai).
- Veerakalus, O., & Wongkumsin, T. (2012). Life's assets, social skill, optimism and sense of coherence of male youth probationers of probation offices in Bangkok. *Journal of Social Science & Humanity*, 38(2), 179-195. (in Thai).

FACTORS PREDICTING ANXIETY IN THAI DISADVANTAGED ADOLESCENTS IN A PROVINCE IN THE NORTH REGION*

Nantiya Ekathikhomkit, RN., Ph.D.**, Patcharin Nintachan, RN., Ph.D.***, Naruemon Samarksavee, M.A.****

Abstract

Objective: The purpose of this study was to examine factors predicting anxiety in disadvantaged Thai adolescents in a province in the Northern region.

Methods: The subjects were 337 Matthayomsuksa 1 - 6 students from a school for underprivileged adolescents located in the Northern region of Thailand. A multi-stage random sampling method was used to recruit the subjects. Instruments used for data collection included 1) the Demographic Data Questionnaire, 2) The Thai Mental Health Questionnaire (the part of anxiety items), 3) The Resilience Inventory, 4) The Negative Event Scale, and 5) The Sense of Belonging Instrument. Cronbach's Alpha Coefficients of the 2nd - 5th instruments were .73, .86, .95, and .85, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's rank correlation coefficient, and stepwise multiple regression.

Results: The results revealed that negative life events were statistically and positively related to anxiety in disadvantaged adolescents ($r = .484, p = .000$). Sense of belonging and resilience were statistically and negatively associated with anxiety in disadvantaged adolescents ($r = -.324, p = .000$; $r = -.166, p = .002$ respectively). Negative life events, sense of belonging, and resilience could jointly explain 28.1% of the variance of anxiety in disadvantaged adolescents. Negative life events was the strongest predictor ($\beta = .410, p = .000$); followed by sense of belonging ($\beta = -.182, p = .000$) and resilience ($\beta = -.130, p = .006$) respectively.

Conclusion: The results of this study may be used as information to develop programs to prevent or decrease anxiety of disadvantaged adolescents.

Keywords: disadvantaged adolescents, anxiety, resilience, sense of belonging, negative life events

*This research has received funding from Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author: Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, e-mail: nantiya.eka@mahidol.edu

***Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

****Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received: 12 October 2021, Revised: 10 August 2022, Accepted: 17 August 2022

ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของวัยรุ่นนอ้ายโอกาสไทย ในจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ*

นันทยา เอกอริคมกิจ, ปร.ค.**, พัทรินทร์ นันทจันทร์, RN., Ph.D.***, นฤมล สมรรคเสวี, ศศ.ม.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของวัยรุ่นนอ้ายโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์แห่งหนึ่งในภาคเหนือของประเทศไทยจำนวน 337 คน เลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (ด้านความวิตกกังวล) 3) แบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต 4) แบบประเมินเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และ 5) แบบประเมินความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของเครื่องมือลำดับที่ 2 - 5 มีค่าเท่ากับ .73, .86, .95, และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการศึกษา : ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลของวัยรุ่นนอ้ายโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .484, p = .000$) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและความแข็งแรงในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของวัยรุ่นนอ้ายโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.324, p = .000$; $r = -.166, p = .002$ ตามลำดับ) เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและความแข็งแรงในชีวิตร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความวิตกกังวลของวัยรุ่นนอ้ายโอกาสได้ร้อยละ 28.1 โดยที่เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายสูงที่สุด ($\beta = .410, p = .000$) รองลงมาคือความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ($\beta = -.182, p = .000$) และ ความแข็งแรงในชีวิต ($\beta = -.130, p = .006$) ตามลำดับ

สรุป : ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ น่าจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันหรือลดความวิตกกังวลในวัยรุ่นนอ้ายโอกาส

คำสำคัญ : วัยรุ่นนอ้ายโอกาส, ความวิตกกังวล, ความแข็งแรงในชีวิต, ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม, เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ

*การศึกษานี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: nantya.eka@mahidol.edu

***รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 12 ตุลาคม 2564, วันที่แก้ไข: 10 สิงหาคม 2565, วันที่ตอบรับ: 17 สิงหาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นคือโอกาสเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่มีโอกาสทางสังคม เศรษฐกิจ และการศึกษาเท่าเทียมกับวัยรุ่นอื่น ๆ ที่อยู่ในสังคมเดียวกัน การไม่มีโอกาสเนื่องมาจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น มีความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจ ไม่มีงานทำ เป็นผู้อพยพ ถูกทอดทิ้ง และมีความพิการ เป็นต้น (Auerswald, Piatt, & Mirzazadeh, 2017) จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต (2561) แสดงให้เห็นว่าเด็กวัยรุ่นคือโอกาสที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ในสังคมไทย ร้อยละ 80 เป็นเด็กยากจน และร้อยละ 6 เป็นกลุ่มเด็กหลายชาติพันธุ์ที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนสิทธิด้านสาธารณสุขทั้งหลักประกันสุขภาพและการรักษาที่ชัดเจน ซึ่งการศึกษาของ ดำรงค์ ดุ่มทอง, พชรินทร์ สิริสุนทร, รัตนะ บัวสนธ์, และทวิศักดิ์ ศิริพรไพบุณย์ (2557) พบว่าเด็กคือโอกาสกลุ่มที่ยากจนและกลุ่มที่ถูกทอดทิ้งเป็นกลุ่มเด็กที่คือโอกาสทางการศึกษามาก

ประเทศไทยได้มีการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับเด็กคือโอกาสในโรงเรียนการศึกษาสงเคราะห์ โดยเด็กและวัยรุ่นคือโอกาสที่รับเข้าศึกษาในโรงเรียนการศึกษาสงเคราะห์มี 11 ประเภท ดังนี้ 1) เด็กยากจน (มากเป็นพิเศษ) 2) เด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับสารเสพติด 3) เด็กที่ถูกทอดทิ้งหรือเด็กกำพร้า 4) เด็กที่ถูกทำร้ายอย่างทารุณ 5) เด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์หรือโรคติดต่อร้ายแรงที่สังคมรังเกียจ 6) เด็กในชนกลุ่มน้อย 7) เด็กเร่ร่อน 8) เด็กถูกบังคับให้ขายแรงงานหรือแรงงานเด็ก 9) เด็กที่อยู่ในธุรกิจบริการทางเพศหรือโสเภณีเด็ก 10) เด็กในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน และ 11) พิกการเรียนร่วม จากข้อมูลปี

2564 มีจำนวนเด็กคือโอกาสในโรงเรียนการศึกษาสงเคราะห์จำนวน 52 โรงเรียน จำนวน 33,949 คน ในจำนวนนี้มีเด็กยากจนจำนวน 27,210 คน คิดเป็นร้อยละ 80.14 รองลงมาคือ เด็กพิกการเรียนร่วมจำนวน 4,029 คน คิดเป็นร้อยละ 11.86 และเด็กชนกลุ่มน้อยจำนวน 1,274 คน คิดเป็นร้อยละ 3.75 ตามลำดับ (สำนักงานบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2564)

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงมากมาย และเป็นช่วงวัยที่เปราะบางต่อปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งความวิตกกังวลถูกพบว่าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในช่วงวัยรุ่น (Beesdo, Dipl-Psycha, & Pine, 2009; Garcia & O'Neil, 2021; Grant, 2013; Olofsdotter, Vadlin, Sonnby, Furmark, & Nilsson, 2016) จากข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นของประเทศสหรัฐอเมริกา (The 2016 National Survey of Children's Health: NSCH) พบว่ามีปัญหาวิตกกังวลร้อยละ 7.1 (Ghandour et al., 2019) และผลจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในประเทศต่าง ๆ ในยุโรปพบว่า เด็กและวัยรุ่นคือโอกาสที่เป็นผู้อพยพและลี้ภัยในยุโรปในช่วงปีค.ศ. 1990 - 2017 เป็นโรควิตกกังวลร้อยละ 8.7 - 31.6 (Kien et al., 2019) และจากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นคือโอกาส พบว่า วัยรุ่นที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าวัยรุ่นที่มี

สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง (Lemstra et al., 2008) เด็กและวัยรุ่นที่อยู่ในสังคมที่ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจมีโอกาสเกิดปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์มากเป็น 2 - 3 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยรุ่นที่มีเศรษฐฐานะที่สูงกว่า (Reiss, 2013) สำหรับประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นด้อยโอกาสพบว่า มีการศึกษาในโรงเรียนการศึกษาสงเคราะห์ ในเรื่อง ความเครียด (พัชรินทร์ นินทจันทร์, วาริรัตน์ ถาน้อย, โสภณ แสงอ่อน, มาณวิภา พัฒนมาศ, และ ช่อทิพย์ อินทรักษา, 2560) และภาวะซึมเศร้า (โสภณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และจุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, 2561) แต่ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นหลายด้าน วัยรุ่นที่มีความวิตกกังวลจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม ได้แก่ รู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ มีความคิดหวาดกลัวและหมดหนทาง กล้ามเนื้อตึงเครียด และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง เป็นต้น (Vallance, & Fernandez, 2016) จากการศึกษาของ Raknes et al. (2017) พบว่าวัยรุ่นที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางและสูง มีคุณภาพชีวิตลดลงในทุกด้าน (ด้านสุขภาวะของร่างกาย อารมณ์ การรับรู้คุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพกับครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน และการเรียน) วัยรุ่นที่มีความวิตกกังวลมีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน (Matos, Barrett, Dadds, & Shortt, 2003) ปัญหาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Khesht-Masjedi et al., 2019) และปัญหาการออกจากโรงเรียนก่อนสำเร็จ

การศึกษา (Butterworth & Leach, 2018) วัยรุ่นที่มีความวิตกกังวลในระยะยาวอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น และอาจพัฒนาไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตอื่น ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า (Anyan & Hjemdal, 2016; Starr, Stroud, & Li, 2016) พฤติกรรมทำร้ายตนเอง (Balázs et. al., 2013) ปัญหาการใช้สารเสพติด และพัฒนาเป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า (Beesdo et al., 2009; Copeland, Angold, Shanahan, & Costello, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในวัยรุ่นด้อยโอกาส และวัยรุ่นทั่วไป จากการศึกษาพบว่ามีการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ เชิงทำนาย และความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ โดยที่การศึกษาเชิงความสัมพันธ์นั้นพบว่า มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของวัยรุ่นทางลบ ทางบวก และไม่สัมพันธ์ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี รับรู้คุณค่าในตนเองสูง มีความพึงพอใจในชีวิตมาก (Dooley, Fitzgerald & Giollabhui, 2015) การรู้สีกว่าตนเองได้รับการยอมรับหรือมีความรู้สีกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมที่ตนอยู่ (sense of belonging) (Dooley et al., 2015; Moeller, Seehuus, & Peisch, 2020) และความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) (พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และจริยา วิฑะสุกร, 2556) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลในวัยรุ่น ได้แก่ รูปแบบการเลี้ยงดู ทั้งแบบควบคุมมากเกินไปและแบบปล่อยปละละเลย (Waite, Whittington, & Creswell, 2014) การเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stankovska,

Osmani, Grncarovska, & Angelkoska, 2016) และความรู้สึกว่าถูกปฏิบัติจากกลุ่ม (Moeller et al., 2020) นอกจากนี้พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย (Dooley et al., 2015; Stankovska, et al., 2016) สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลพบว่าอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางอารมณ์ซึ่งรวมถึงความวิตกกังวล (Newman, Lohman, & Newman, 2007) จากการศึกษาเชิงทำนาย ปัจจัยที่ส่งผลทางลบต่อความวิตกกังวลของวัยรุ่น ได้แก่ ลักษณะบุคลิกภาพของวัยรุ่นที่เป็นแบบเปิดเผย ชอบแสดงออก มีจิตสำนึก มีระเบียบวินัย มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Crocetti, Klimstra, Hale, Denissen, & Meeus, 2015) และความแข็งแกร่งในชีวิต (Anyan & Hjemdal, 2016; Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen, & Stiles, 2011) การได้รับการยอมรับจากเพื่อนและครอบครัว (Sentse, Lindenberg, Omvlee, Ormel, & Veenstra, 2010) ปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อความวิตกกังวลในวัยรุ่น ได้แก่ การเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน (Chen & Hong, 2010) การคิดซ้ำไปมา คิดวกไปวนมา หรือคิดในทางลบ (อุษาน่วมเพชร, รุ่งนภา ผาณิตรัตน์, ประภา ยุทธไธร, และนันทวัช สิทธิรักษ์, 2555; Young & Dietrich, 2015) การถูกปฏิบัติจากเพื่อนและครอบครัว (Sentse et al., 2010) การหนีจากที่พักบอย และการมีประสบการณ์ถูกทำร้ายร่างกายในกลุ่มวัยรุ่นด้วยโอกาสกลุ่มเร่ร่อน ไม่มีที่อยู่อาศัยแน่นอน (Tyler & Schmitz, 2020) และพบว่าความยากจนเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายความวิตกกังวลของวัยรุ่นที่เติบโตในครอบครัวที่มีฐานะยากจน (Najman et al., 2010)

สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความวิตกกังวลได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบและทักษะในการควบคุมตนเองต่อการเผชิญปัญหา (อุษาน่วมเพชร และคณะ, 2555) และการเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (Young & Dietrich, 2015)

ส่วนการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ผลการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นด้วยโอกาสที่มีฐานะยากจนมาก พบว่าการที่ต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมหลายอย่าง (cumulative risk factors) เช่น ลักษณะชุมชนที่ไม่เหมาะสม การเผชิญกับความรุนแรงต่าง ๆ และเผชิญกับสิ่งก่อเครียดในแต่ละวัน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาทางอารมณ์ซึ่งรวมถึงความวิตกกังวล (Sharma, Mustanski, Dick, Bolland, & Kertes, 2019)

จากการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นด้วยโอกาสเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลส่งผลต่อวัยรุ่นด้วยโอกาสหลายด้านและสามารถพัฒนาไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตอื่น ๆ การตระหนักถึงปัญหาความวิตกกังวลในกลุ่มวัยรุ่นด้วยโอกาสของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่มีบทบาทในการดูแลภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง แม้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลในวัยรุ่นด้วยโอกาสพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาต่างประเทศ ซึ่งลักษณะและสภาพแวดล้อมของเด็กด้วยโอกาสอาจมีความแตกต่างจากสังคมไทย นอกจากนี้ยังไม่พบรายงานการศึกษาค้นคว้าความวิตกกังวลในวัยรุ่นด้วยโอกาสไทย ที่ศึกษาในโรงเรียนการศึกษาสงเคราะห์ การศึกษา

ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในวัยรุ่นด้อยโอกาสที่ศึกษาในโรงเรียนการศึกษาสงเคราะห์มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ผลจากการศึกษาจะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนป้องกันหรือลดความวิตกกังวลในวัยรุ่นด้อยโอกาสในสังคมไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กับความวิตกกังวลของวัยรุ่นด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของวัยรุ่นด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ

สมมติฐานวิจัย

1. ความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของวัยรุ่นด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ
2. ความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม สามารถร่วมกันทำนายความวิตกกังวลของวัยรุ่นด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวล

และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาสและวัยรุ่นทั่วไป ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่หวาดหวั่นของบุคคลเมื่อรับรู้หรือคาดการณ์ว่าจะมีสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตรายเกิดขึ้น สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลอาจมาจากภายในหรือภายนอกตัวบุคคล (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015) อาการแสดงเมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล อาจแสดงอาการทางร่างกาย พฤติกรรม หรืออารมณ์ เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นเร็วผิดปกติโดยที่ไม่ได้ทำกิจกรรมอะไร กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา ตื่นเต้นประหม่าง่าย กลัวสิ่งต่าง ๆ โดยไม่มีสาเหตุ (Phattharayuttawat, Ngamthipwattana, & Sukhatungkha, 1999) อาการที่แสดงอาจมีตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง ซึ่งวัยรุ่นด้อยโอกาสเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความวิตกกังวล จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในวัยรุ่นด้อยโอกาสและวัยรุ่นทั่วไปพบว่า มีหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และการรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience): ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการที่จะเผชิญ เอาชนะ และผ่านพ้นสิ่งที่คุกคามหรืออุปสรรคในชีวิตได้ โดยมีการปรับตัวในทางบวกและมีความเข้มแข็งผ่านประสบการณ์ความยากลำบากเหล่านั้น (American Psychological Association [APA], 2014; Grotberg, 1995; Masten & Barnes 2018) ตามแนวคิดของ Grotberg (1995) ความแข็งแกร่งในชีวิต มี 3

องค์ประกอบ ได้แก่ ‘I have’, ‘I am’ และ ‘I can’ โดยที่ I have (ฉันมี.....) เป็นแหล่ง สนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้มีความแข็งแกร่งในชีวิต I am (ฉันเป็นคนที่.....) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ I can (ฉันสามารถที่จะ....) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศน ทวีคุณ, 2555; Grotberg, 1995) ความแข็งแกร่งในชีวิตถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยในการปรับตัวของเด็กด้วยโอกาส (Hains, Dion, Daigneault, & McDuff, 2014; Nourian, Shahboulaghi, Tabrizi, Rassouli, & Biglarian, 2016; Panicker & Chelliah, 2016) จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบและเป็นปัจจัยทำนายความวิตกกังวลทั้งในวัยรุ่นทั่วไป (Anyan & Hjemdal, 2016; Hjemdal et al., 2011) และในวัยรุ่นด้วยโอกาสกลุ่มที่เป็นชนกลุ่มน้อย (Hains et al., 2014) สำหรับประเทศไทย การศึกษาในวัยรุ่นทั่วไปพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2556) และมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางลบต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล (พัชรินทร์ นินทจันทร์, พิศสมัย อรทัย, และพูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, 2557) ดังนั้นเด็กด้วยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงน่าจะส่งผลให้มีความวิตกกังวลต่ำ

เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (negative life events): เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ว่าสร้างความยุ่งยากใจมากน้อยเพียงใด ซึ่ง

เหตุการณ์ดังกล่าวนี้ อาจเป็นเหตุการณ์ในทางลบที่เกี่ยวข้องกับการเงิน สัมพันธภาพกับเพื่อน สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว หรือปัญหาสุขภาพ เป็นต้น (Boonyamalik, 2005; Maybery, 2003) จากสภาวะความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อมที่ขาดแคลน วัยรุ่นด้วยโอกาสเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความยุ่งยากต่าง ๆ ในชีวิตได้มาก เช่น ปัญหาการขาดแคลนที่พัก/แหล่งที่อยู่ ปัญหาการเรียน ปัญหาด้านสุขภาพ เป็นต้น (Edidin, Ganim, Hunter, & Karnik, 2012; Najman et al., 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจและความวิตกกังวลในวัยรุ่นพบว่า เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาความวิตกกังวลทั้งในกลุ่มวัยรุ่นด้วยโอกาส (Najman et al., 2010; Tyler & Schmitz, 2020; Tyler, Schmitz, & Ray, 2018) และในวัยรุ่นทั่วไป (Chen & Hong, 2010; Espejo, Hammen, & Brennan, 2012) เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ส่วนมากเป็นปัญหาความยากจนของครอบครัว (Najman et al., 2010) และพบว่าการถูกทำร้ายร่างกาย เป็นปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในวัยรุ่นด้วยโอกาสกลุ่มที่มีฐานะยากจน และในวัยรุ่นด้วยโอกาสกลุ่มที่ไร้บ้าน ตามลำดับ (Tyler & Schmitz, 2020; Tyler et al., 2018) นอกจากนี้พบว่า วัยรุ่นที่ประเมินว่าตนได้รับผลกระทบทางลบจากเหตุการณ์ในชีวิตมากมีโอกาสมากที่จะเกิดความวิตกกังวลได้มากขึ้น 1.38 เท่า เมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ประเมินว่าตนได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ในชีวิตน้อยกว่า (Espejo et al., 2012) ซึ่งสถานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกันพบว่าส่งผลต่อการประเมิน

ผลกระทบทางลบจากเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (Muldoon, 2003; Schneiders et al., 2006) จากการศึกษาของ Schneiders et al. (2006) พบว่าวัยรุ่นที่มีสถานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะประเมินว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจซึ่งส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลของวัยรุ่น วัยรุ่นด้อยโอกาสที่ประเมินว่ามีเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจมากน่าจะส่งผลให้มีความวิตกกังวลสูง

ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (sense of belonging): บุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มจะมีความรู้สึกว่าคุณค่าเป็นสิ่งที่ต้องการของบุคคล กลุ่ม หรือสังคมสิ่งแวดล้อมที่คุณอยู่ (Hagerty, Lynch-Sauer, Patuskay, Bouwsema, & Collier, 1992) ความรู้สึกที่ได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ (Maslow, 1970) โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่กลุ่มเพื่อนมีบทบาทและมีอิทธิพลที่สำคัญต่อจิตใจ การรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญ เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตที่ดีในวัยรุ่น (Allen, Kern, & College, 2017; O'Brien & Bowles, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Pickering, Hadwin, และ Kovshoff (2020) พบว่า การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับเพื่อนเป็นปัจจัยเสี่ยงของความวิตกกังวลในวัยรุ่น การศึกษาของ Dooley et al. (2015) พบว่าวัยรุ่นที่มีปัญหาความวิตกกังวลตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงรุนแรงมีความรู้สึกเชื่อมโยงเป็นส่วนหนึ่งกับเพื่อนและโรงเรียนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับ

วัยรุ่นปกติที่ไม่มีปัญหาความวิตกกังวล การศึกษาในวัยรุ่นทั่วไปพบว่าความรู้สึกที่ได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมที่คุณอยู่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลในวัยรุ่น (Hagerty, Williams, Coyne, & Early, 1996; Moeller et al., 2020; Shochet, Dadds, Ham, & Montague, 2006) ในขณะที่การถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อน (rejection) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาความวิตกกังวล (Moeller et al., 2020) การศึกษาในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยในชุมชนเมืองที่มีปัญหา (ว่างงาน, ยากจน และอาชญากรรม) พบว่าการที่วัยรุ่นมีความรู้สึกเชื่อมโยงสัมพันธ์กับโรงเรียนและชุมชนสูง ส่งผลให้วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงนี้มีความวิตกกังวลลดลง (Foster et al., 2017) การศึกษาครั้งนี้ศึกษาความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมในเด็กด้อยโอกาส ซึ่งความรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มน่าจะส่งผลให้วัยรุ่นด้อยโอกาสมีความวิตกกังวลต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยความแข็งแกร่งในชีวิตและความรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของวัยรุ่นด้อยโอกาส ในขณะที่เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลในวัยรุ่นด้อยโอกาส และทั้ง 3 ปัจจัย คือความแข็งแกร่งในชีวิต ความรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจน่าจะสามารถร่วมกันทำนายความวิตกกังวลของวัยรุ่นด้อยโอกาส

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 ของโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์แห่งหนึ่งในภาคเหนือ ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) ดังนี้ ขั้นที่ 1 สุ่มจังหวัดในภาคเหนือที่มีโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย และขั้นที่ 2 สุ่มเลือกห้องเรียนมาชั้นปีละ 2 ห้องเรียนโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายได้ทั้งหมด 12 ห้องเรียน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการใช้วิธีการวิเคราะห์กำลังทดสอบ (power analysis) โดยกำหนด effect size จากการทบทวนวรรณกรรม (Anyan & Hjemdal, 2016; Michl, McLaughlin, Shepherd, & Nolen-Hoeksema, 2013; Sentse, et al., 2010) ได้ small effect size = .036 กำหนด power of test = .80, และ $\alpha = .05$ ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ มีตัวแปรทำนาย 3 ตัว ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 307 คน และเพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 337 คน ซึ่งเพียงพอตามข้อกำหนดข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามทั้งหมด 5 แบบสอบถาม ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ น้ำหนัก ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย รายได้

ของครอบครัว จำนวนเงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง หรือญาติ ความเพียงพอของเงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง สถานภาพสมรสของบิดามารดา และบรรยากาศในครอบครัว

2. แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (Thai Mental Health Questionnaire: TMHQ) เป็นแบบวัดที่พัฒนาโดย สุชีรา ภัทรายุววรรณ และคณะ (2542) ใช้วัดภาวะสุขภาพจิต 5 ด้าน คือ 1) ด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลจากภาวะทางจิตใจ (somatization) 10 ข้อ 2) ด้านภาวะซึมเศร้า (depression) 20 ข้อ 3) ด้านความวิตกกังวล (anxiety) 15 ข้อ 4) ด้านภาวะทางจิต (psychotic) 10 ข้อ และ 5) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (social function) 15 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 70 ข้อ ซึ่งอาการแต่ละข้อย่อยของแบบสอบถามได้มาจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในกลุ่มนั้น ๆ ของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) อันเป็นเกณฑ์ระดับสากลในการวินิจฉัยโรคทางจิต ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เฉพาะส่วนของการประเมินความวิตกกังวล (anxiety) มีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ คำตอบแต่ละข้อแสดงระดับอาการที่ปรากฏ 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มีอาการ จนถึง 5 หมายถึง มีอาการมาก การแปลผลโดยนำคะแนนผลรวมแต่ละด้านไปคำนวณหา T-Score แล้วจึงนำไปเทียบกับค่า T-Score ที่เป็นเกณฑ์มาตรฐานของเครื่องมือที่บ่งชี้ว่ามีแนวโน้มที่จะมีปัญหา (ค่า T-Score ด้านความวิตกกังวล > 1.38) จากการทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของเครื่องมือทั้งฉบับ อยู่ระหว่าง .82 - .94 (สุชีรา ภัทรายุววรรณ และคณะ 2542) ใน

การศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดด้านความวิตกกังวลเท่ากับ .73

3. แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (The Resilience Inventory) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) จากแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) ของ Grotberg (1997) ประเมินองค์ประกอบหลัก 3 ด้านของความแข็งแกร่งในชีวิต คือ 1) I have (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต จำนวน 9 ข้อ 2) I am (ฉันเป็นคนที่เป็น...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล จำนวน 10 ข้อ และ 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 9 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 28 - 140 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึง มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง แบบประเมินนี้ได้นำไปใช้ในกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาส ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค อยู่ระหว่าง .85-.90 (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ 2560; ศิริพร ณ นคร, 2561; โสภณ แสงอ่อน และคณะ 2561) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

4. แบบประเมินเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (The Negative Event Scale: NES) เป็นแบบประเมินที่แปลและดัดแปลงโดยพิทักษ์พล บุญยามาลิก (Boonyamalik, 2005) จาก The Negative Event Scale: NES ของ Maybery (2003) ประเมิน

เกี่ยวกับระดับความยุ่งยากใจของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต 11 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน 2) ปัญหาเกี่ยวกับแฟน 3) ปัญหาการเงิน 4) ปัญหาด้านวิชาเรียน 5) ปัญหาเกี่ยวกับครูอาจารย์ 6) ปัญหาเกี่ยวกับบิดามารดา 7) ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนอื่น 8) ปัญหาญาติพี่น้อง 9) ปัญหาด้านสุขภาพ 10) ปัญหาด้านข้อจำกัดในการเรียน และ 11) ความสนใจในวิชาเรียน มีข้อคำถามทั้งสิ้น 42 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 5 คะแนน 0 หมายถึง เหตุการณ์ไม่ได้เกิดขึ้น คะแนน 1 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น แต่ไม่มีความยุ่งยากใจ คะแนน 5 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 210 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึง มีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสร้างความยุ่งยากใจมาก แบบประเมินนี้ได้นำไปใช้กับกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาส (ศิริพร ณ นคร, 2561) และกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน (อุษา น่วมเพชร และคณะ, 2555) ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94 และ .95 ตามลำดับ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

5. แบบประเมินความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม (The Sense of Belonging Instrument: SOBI) เป็นแบบประเมินที่แปลและดัดแปลงโดย โสภณ แสงอ่อน (Sangon, 2001) จากแบบประเมิน The Sense of Belonging ที่พัฒนาโดย Hagerty และ Patusky (1995) การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินส่วน psychological state scale (SOBI-P) ประเมินความรู้สึกว่ามีคุณค่า เป็นที่ยอมรับความรู้สึกว่ามีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ 15 ข้อ และเป็นข้อคำถามทางบวก 1 ข้อ (ข้อ 4) คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16 - 64 คะแนน แบบประเมินนี้ได้นำไปใช้กับกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง .93 - .94 (Hargerty et al., 1996; Jones, 2003) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงเรียน ประสานงานกับอาจารย์ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งนัดวันเวลาในการพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการวิจัย รวมถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากขอความยินยอมจากผู้ปกครอง/ ผู้มีอำนาจลงนามในการอนุญาตให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในวันและเวลาที่โรงเรียนกำหนด ซึ่งเป็นช่วงวันหยุดไม่มีการเรียนการสอน โดยอาจารย์นำคณบดีนักเรียนมาพร้อมกันที่หอประชุมโรงเรียน การเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 2 ช่วง ดังนี้ ช่วงที่

หนึ่งเก็บข้อมูลในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ช่วงที่สองเก็บข้อมูลในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาที เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จให้นักเรียนนำแบบสอบถามมาใส่กล่องปิดผนึกที่มีช่องใส่แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาลงรหัสข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ก่อนที่จะทำการเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูลและสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากขอความยินยอมจากผู้ปกครอง/ ผู้มีอำนาจลงนามในการอนุญาตให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การตอบแบบสอบถามนั้นเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเว้นไม่ตอบคำถามในข้อที่รู้สึกไม่สะดวกที่จะตอบ การตอบคำถามจะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมของข้อมูล ไม่มีการระบุชื่อผู้เข้าร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติบรรยาย จากการทดสอบการกระจายของตัวแปรที่ศึกษาพบว่าตัวแปรความแข็งแรงในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ

และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมมีการกระจายแบบโค้งปกติ (normal distribution) แต่ตัวแปรความวิตกกังวลมีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ (non-normal distribution) จึงวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

2. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความวิตกกังวลของวัยรุ่นด้อยโอกาสของปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple regression) ด้วยวิธีแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise) จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การกระจายแบบปกติ (normality) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ค่าความแปรปรวนคงที่ (homoscedasticity) ความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระ (multicollinearity) และความสัมพันธ์กันเองของค่าความคลาดเคลื่อน (autocorrelation) และมีการวิเคราะห์ residual เพื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ผลการตรวจสอบพบว่าไม่มีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น (violation of assumptions) ดังกล่าว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 ของโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ จำนวน 337 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.9 เพศชาย ร้อยละ 40.1 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 15.46 ปี ผลการเรียนเฉลี่ยเท่ากับ 3.07 ส่วนใหญ่เงินที่ได้รับเพียงพอ (ร้อยละ 96.1)

บรรยากาศในครอบครัว ทะเลาะกันเป็นบางครั้ง ร้อยละ 57.9

2. ความวิตกกังวลในวัยรุ่นด้อยโอกาส

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลพบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของวัยรุ่นด้อยโอกาส = 23.04 (SD = 7.34) สำหรับค่ามาตรฐาน T-score ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดเท่ากับ .47 และ 3.07 ตามลำดับ และพบว่าวัยรุ่นด้อยโอกาสมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลจำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 58.16 ดังแสดงในตารางที่ 1

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กับความวิตกกังวลในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสในจังหวัดหนึ่งภาคเหนือ

จากการทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าตัวแปรความวิตกกังวลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ ตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มกับความวิตกกังวลในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของของสเปียร์แมน พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลในกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.166, p = .002$; $r = -.324, p = .000$ ตามลำดับ) เหตุการณ์ที่สร้างความ

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด-สูงสุดของค่ามาตรฐาน T-score ของคะแนนความวิตกกังวลในวัยรุ่นด้อยโอกาส จำนวนและร้อยละของวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีแนวโน้มจะมีปัญหาความวิตกกังวล ($n = 337$)

ตัวแปรที่ศึกษา	เกณฑ์ T-Score ที่บ่งชี้ว่ามีแนวโน้มจะมีปัญหา ความวิตกกังวล	มีความวิตกกังวล อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	มีแนวโน้มจะมีปัญหา ความวิตกกังวล จำนวน (ร้อยละ)
ความวิตกกังวล	> 1.38	141 (41.84)	196 (58.16)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กับความวิตกกังวลในวัยรุ่นด้อยโอกาสในจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ ($n = 337$)

ตัวแปร	r	p -value
1. ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.166	.002
2. เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ	.484	.000
3. ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม	-.324	.000

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์หาคัดออกเชิงเส้นพหุคูณ ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง กับความวิตกกังวลในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส ด้วยวิธีแบบเป็นขั้นตอน ($n = 337$)

Model	R	R^2	R^2 change	F change	p -value
1. เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ	.480	.231	.231	100.482	.000
2. เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม	.514	.265	.034	15.399	.000
3. เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และความแข็งแกร่งในชีวิต	.530	.281	.017	7.692	.006

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์หาคัดออกเชิงเส้นพหุคูณ ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง กับความวิตกกังวลในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส ($n = 337$)

ตัวแปรทำนาย	b	SEb	β	t	p -value
1. เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ	.088	.011	.410	8.255	.000
2. ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม	-.166	.045	-.182	-3.647	.000
3. ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.084	.030	-.130	-2.774	.006

Constant = 33.817, $R = .530$, $R^2 = .281$, $F = 43.433$, $p = .000$

ยุ่งยากใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลในกลุ่มวัยรุ่นนักร้องโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .484, p = .000$) (ตารางที่ 2)

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลในวัยรุ่นกลุ่มนักร้องโอกาส

ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณด้วยวิธีแบบเป็นขั้นตอนพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลในวัยรุ่นกลุ่มนักร้องโอกาสได้ร้อยละ 28.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 43.433, df = 3, 333, p = .000$) โดยพบว่าเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายสูงสุด ($\beta = .410, p = .000$) รองลงมาคือ ปัจจัยความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ($\beta = -.182, p = .000$) และ ความแข็งแกร่งในชีวิต ($\beta = -.130, p = .006$) ตามลำดับ (ตารางที่ 3 และ 4) จากผลการศึกษาสามารถเขียนสมการทำนายความวิตกกังวลในวัยรุ่นกลุ่มนักร้องโอกาสในรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐาน (standardized coefficient) ได้ ดังนี้

1. สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ :

ความวิตกกังวล = $33.817 + .088(\text{เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ}) - .166(\text{ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม}) - .084(\text{ความแข็งแกร่งในชีวิต})$

2. สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน :

$Z_{(\text{ความวิตกกังวล})} = +.410Z_{(\text{เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ})} - .182Z_{(\text{ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม})} - .130Z_{(\text{ความแข็งแกร่งในชีวิต})}$

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของวัยรุ่นนักร้องโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลในวัยรุ่นนักร้องโอกาส ในขณะที่ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลในวัยรุ่นนักร้องโอกาส และจากผลการวิเคราะห์อิทธิพลพบว่าเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และความแข็งแกร่งในชีวิตร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลของวัยรุ่นนักร้องโอกาสได้ร้อยละ 28.1 โดยเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจเป็นตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายสูงสุด รองลงมาคือความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและความแข็งแกร่งในชีวิตตามลำดับ ซึ่งสามารถอธิบายผลการศึกษาดังนี้

เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ: จากผลการศึกษา เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลและเป็นปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของวัยรุ่นนักร้องโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าวัยรุ่นนักร้องโอกาสที่ประเมินว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจให้กับตนเองมากจะมีความวิตกกังวลสูง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในวัยรุ่นนักร้องโอกาส (Najman et al., 2010; Tyler & Schmitz, 2020) และวัยรุ่นทั่วไป (Espejo et al., 2012; Schneiders et al.,

2006) โดยพบว่าเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ได้แก่ ปัญหาความยากจนของครอบครัว (Najman et al., 2010) การถูกทำร้ายร่างกาย (Tyler & Schmitz, 2020; Tyler et al., 2018) เป็นปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มที่ยากจนและไร้บ้าน จากการศึกษาของ Muldoon (2003) พบว่า เศรษฐฐานะที่ต่างกันมีผลทำให้วัยรุ่นประเมินผลกระทบจากเหตุการณ์ต่างกัน ซึ่งวัยรุ่นที่มีฐานะยากจนมักจะประเมินว่าตนได้รับผลกระทบทางลบจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันมากกว่าเมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่มีเศรษฐฐานะดีกว่า

วัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีเศรษฐฐานะยากจน ต้องแยกจากครอบครัวมาอยู่ ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ ซึ่งเป็นโรงเรียนประจำที่จัดการเรียนการสอนสำหรับเด็กด้อยโอกาส เหตุการณ์ความยุ่งยากใจของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างอาจมาจากปัญหาของตัววัยรุ่นเอง เช่น ปัญหาการเรียน ปัญหาการเงิน ปัญหาสุขภาพ ปัญหาของบุคคลในครอบครัว หรือปัญหาระหว่างวัยรุ่นกับบุคคลอื่น เช่น ปัญหากับเพื่อนหรือครู เป็นต้น เมื่อประสบเหตุการณ์ยุ่งยากต่าง ๆ ในชีวิต วัยรุ่นที่มีเศรษฐฐานะยากจน มักจะขาดแคลนปัจจัยที่จำเป็นหรือแหล่งช่วยเหลือ จึงมีแนวโน้มที่จะประเมินว่าตนได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ยุ่งยากใจมาก ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดความวิตกกังวลได้มาก (Espejo et al., 2012; Muldoon, 2003 Najman et al., 2010; Schneiders et al., 2006) ซึ่งการที่วัยรุ่นด้อยโอกาสเหล่านี้อยู่ห่างไกลจากคนในครอบครัว ต้องรับผิดชอบดูแลตนเองในการที่จะเผชิญและจัดการกับปัญหาความยุ่งยากต่าง ๆ ด้วย

ตนเอง อาจทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะประเมินว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตสร้างความยุ่งยากใจมาก อันจะส่งผลให้วัยรุ่นด้อยโอกาสมีความวิตกกังวลสูง

ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม: จากผลการศึกษา ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลและเป็นปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของวัยรุ่นด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าหากวัยรุ่นด้อยโอกาสมีความรู้สึกว่าได้ได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มจะมีความวิตกกังวลน้อย ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในวัยรุ่นทั่วไป (Moeller et al., 2020; Shochet et al., 2006) และในกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาส (Foster et al., 2017) และการศึกษาของ Foster et al. (2017) พบว่าการที่วัยรุ่นยากจนที่อาศัยในชุมชนเมืองที่มีความรู้สึกเชื่อมโยงกับโรงเรียนของตน (school connectedness) คือมีความรู้สึกว่าได้เป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียนและมีครูที่คอยดูแลคนที่โรงเรียนจะส่งผลให้มีความวิตกกังวลต่ำ

ในการศึกษาครั้งนี้ วัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 12 - 20 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่การได้รับการยอมรับจากเพื่อน หรือความรู้สึกว่าได้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือของสังคมที่ตนเองอยู่เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง (Allen et al., 2017; O'Brien, & Bowles, 2013) โดยเฉพาะวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในโรงเรียนประจำ ที่อาจต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับกลุ่มเพื่อนทั้งในเวลาเรียน และนอกเวลาเรียน การมีความรู้สึกว่าได้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มน่าจะทำให้วัยรุ่นเหล่านี้รู้สึกว่าได้ได้รับความรัก มีคุณค่า

เป็นที่ต้องการ และเป็นคนที่มีความสำคัญ ทำให้รู้สึกว่าคุณเองไม่ได้อยู่เพียงลำพังคนเดียว มีความรู้สึกมั่นคง และรู้สึกว่าสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์รวมทั้งปัญหาต่าง ๆ กับเพื่อนหรือครูได้ ซึ่งจากการศึกษาของ Moeller et al. (2020) ก็พบว่าวัยรุ่นที่มีความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มจะมีความวิตกกังวลน้อย ในทางตรงกันข้ามวัยรุ่นที่มีความรู้สึกที่ไม่ได้รับการยอมรับหรือถูกปฏิเสธจากกลุ่มจะมีความวิตกกังวลมาก ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้านี้ก็พบว่าวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความรู้สึกว่าคุณเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสูงจึงมีความวิตกกังวลน้อย

ความแข็งแกร่งในชีวิต: จากผลการศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลและเป็นปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของวัยรุ่นด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะมีความวิตกกังวลน้อย ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งการศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาส (Hains et al., 2014) และการศึกษาในวัยรุ่นทั่วไป (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2556; Anyan & Hjemdal, 2016) ดังที่กล่าวในข้างต้น วัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มตัวอย่างต้องรับผิดชอบดูแลตนเองระหว่างที่ใช้ชีวิตอยู่ในโรงเรียนประจำ การต้องเผชิญและตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอาจทำให้วัยรุ่นด้อยโอกาสเกิดความวิตกกังวลได้ ในขณะที่คุณลักษณะความแข็งแกร่งในชีวิตพบว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้วัยรุ่นด้อยโอกาสสามารถปรับตัวในสถานการณ์ที่ยากลำบากได้โดยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่ดี

วัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงพบว่ามีความวิตกกังวลต่ำ (Hains et al., 2014)

ในการศึกษาค้นคว้านี้ วัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มตัวอย่างที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงน่าจะรับรู้ว่าคุณเองมีแหล่งประโยชน์หรือบุคคลที่จะช่วยเหลือเมื่อคุณเองต้องการ (I have) เชื่อมั่นว่าสิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนไปในทางที่ดีแม้อยู่ในภาวะยากลำบาก (I am) และเชื่อมั่นว่าคุณสามารถที่จะจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ให้คลี่คลายไปในทางที่ดีได้ (I can) (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ 2555; Grotberg, 1995) ถึงแม้จะต้องห่างจากครอบครัวมาใช้ชีวิตอยู่ในโรงเรียนประจำและต้องรับผิดชอบในการเผชิญและจัดการกับปัญหาต่าง ๆ แต่วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะใช้ชีวิตอย่างมีความหวัง เผชิญปัญหาด้วยความเชื่อมั่นว่าคุณเองสามารถจัดการได้ ถ้าพบปัญหาหรือสถานการณ์ที่ไม่สามารถจัดการได้ ก็จะสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง เช่นเพื่อน ครู หรือจากแหล่งประโยชน์อื่น ๆ วัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงน่าจะส่งผลให้มีความวิตกกังวลน้อย

สรุป จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ากลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความรู้สึกว่าคุณได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสูง มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง จะมีความวิตกกังวลน้อย ในขณะที่วัยรุ่นด้อยโอกาสที่รับรู้ว่ามีเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจมากจะมีความวิตกกังวลสูง อย่างไรก็ตาม ตัวแปรในการศึกษาค้นคว้านี้ ได้แก่ เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และความแข็งแกร่งในชีวิตร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลของวัยรุ่นด้อยโอกาสได้ร้อยละ

28.1 น่าจะยังมีตัวแปรอื่น ๆ ที่ร่วมกันทำนายความวิตกกังวลของวัยรุ่นนักร้องโอกาสได้อีก

ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจเป็นปัจจัยในการทำนายภาวะวิตกกังวลในกลุ่มวัยรุ่นนักร้องโอกาส เช่น ความมั่นคงทางอารมณ์ ความพึงพอใจในชีวิต รูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดา

2. จากผลการศึกษานี้ควรมีการพัฒนาแนวทางในการลดเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจและเสริมสร้างความรู้สึกลึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและความแข็งแกร่งในชีวิต อันจะส่งผลให้ลดความวิตกกังวลในวัยรุ่นนักร้องโอกาสที่เรียนอยู่ในโรงเรียนสำหรับเด็กนักร้องโอกาส

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *กรมสุขภาพจิตมุ่งสร้างความเท่าเทียมให้แก่เด็กพิการและด้อยโอกาสในสังคม* หวังให้ได้รับการพัฒนาย่างยั่งยืนและอยู่กลมกลืนในสังคม. เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2562 จาก <https://www.hfocus.org/content/2018/01/15222>

ดำรงค์ คุ่มทอง, พัชรินทร์ สิริสุนทร, รัตนะ บัวสนธิ์, และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์. (2557). ปัญหาเด็กด้อยโอกาสทางการศึกษา: สถานการณ์ความไม่เสมอภาคในสังคมไทย. *วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 10(1), 123-140.

พัชรินทร์ นันทจันทร์, พิศสมัย อรทัย, และพูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์. (2557). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ บรรยากาศในครอบครัว ความแข็งแกร่งในชีวิต และสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(3), 401-414.

พัชรินทร์ นันทจันทร์, วาริรัตน์ ฉานน้อย, โสภณ แสงอ่อน, มาณวิภา พัฒนมาศ, และช่อทิพย์ อินทรักษา. (2560). ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 13-28.

พัชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และจริยา วิริยะสุกร.

(2556). ความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจและสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพจิต*, 7(2), 12-26.

พัชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาว ทวีคุณ.

(2555). โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต: A resilience-enhancing program. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.

ศิริพร ฒ นคร. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2564). *รายงานข้อมูลนักเรียนของศึกษาสงเคราะห์ - ราชประชานุเคราะห์*. เข้าถึงเมื่อ 28 กรกฎาคม 2565 จาก http://www.specialset.bopp.go.th/set_index/index.php?page=student-edu.php

สุชีรา กัทธายุวรัตน์, เขียวรัช งามพิทยวัฒนา, และกนกกรัตน์ สุขะตุงคะ. (2542). การพัฒนาแบบวัด สุขภาพจิตในคนไทย. *สารศิริราช*, 51(12), 946-952.

โสภณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นันทจันทร์, และจุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(2), 13-38.

อุษา น่วมเพชร, รุ่งนภา ภาณดิรัตน์, ประภา ยุทธไธโร, และนันท์วิมล สิทธิรักษ์ (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ การครุ่นคิด แหล่งทักษะภายในตนเองและปัญหาทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 30(1), 21-31.

- Allen, K. A., Kern, M. L., & College. (2017). *School Belonging in Adolescents, Theory, Research and Practice*. Singapore 189721: Springer.
- American Psychological Association [APA]. (2014). *The road to resilience*. Washington, DC: American Psychological Association. Retrieved from <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Anyan, F., & Hjemdal, O. (2016). Adolescent stress and symptoms of anxiety and depression: Resilience explains and differentiates the relationships. *Journal of Affective Disorders*, 203, 213-220.
- Auerswald, C. L., Piatt, A. A., & Mirzazadeh, A. (2017). Research with disadvantaged, vulnerable and/or marginalized adolescents. *Innocenti Research Briefs*, 6, 1-17.
- Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, Á., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., et al., (2013). Adolescent subthreshold - depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1-8.
- Beesdo, K., Dipl-Psycha, S. K., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524.
- Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use*. Unpublished Dissertation, Johns Hopkins University.
- Butterworth, P. & Leach, L. S. (2018). Early onset of distress disorders and high-school dropout: prospective evidence from a national cohort of Australian adolescents. *American Journal of Epidemiology*, 187(6), 1192-1198.
- Chen, C. Y. & Hong, R. Y. (2010). Intolerance of uncertainty moderates the relation between negative life events and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 49, 49-53.
- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: The great smoky mountains study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21-33.
- Crocetti, E., Klimstra, T., Hale, W. W., Denissen, J. J. A., & Meeus, W. (2015). Personality and anxiety associations in adolescents and emerging adults. *Social Inquiry into Well-Being*, 1(2), 1-11.
- Dooley, B., Fitzgerald A., & Giollabhui, N. M. (2015). The risk and protective factors associated with depression and anxiety in a national sample of Irish adolescents. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1-13.
- Edidin, J. P., Ganim, Z., Hunter, S. J., & Karnik, N. S. (2012). The mental and physical health of homeless youth: A literature review. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 354-375.
- Espejo, E. P., Hammen C., & Brennan, P. A. (2012). Elevated appraisals of the negative impact of naturally occurring life events: A risk factor for depressive and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 303-315.
- Foster, E., Horwitz, A., Thomas, A., Opperman, K., Gipson, P., Burnside, A., et al. (2017). Connectedness to family, school, peers, and community in socially vulnerable adolescents. *Children and Youth Services Review*, 81, 321-331.
- Garcia, I., & O'Neil, J. (2021). Anxiety in adolescents. *The Journal for Nurse Practitioners*. 17, 49-53.
- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, A. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., et al., (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *The Journal of Pediatrics*, 206, 256-267.
- Grant, D. M. (2013). Anxiety in adolescent. In W.T. O'Donohue et al. (eds.), *Handbook of Adolescent Health Psychology*, (pp. 507-519). New York: Springer.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. The Hague: The Bernard van leer foundation*. Retrieved from <https://bibalex.org/baifa/Attachment/Documents/115519.pdf>
- Grotberg, E. H. (1997). *The international resilience research project*. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED417861.pdf>
- Hagerty, B. M., Lynch-Sauer, J., Patusky, K., Bouwsema, M., & Collier, P. (1992). Sense of belonging: A vital mental health concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6, 172-177.

- Hagerty, B. M., & Patusky, K. (1995). Developing a measure of sense of belonging. *Nursing Research*, 44(1), 9-13.
- Hagerty, B. M., Williams, R. A., Coyne, J. C. & Early, M. R. (1996). Social and psychological functioning. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(4), 235-244.
- Hains, J., Dion, J., Daigneault, I., & McDuff, P. (2014). Relationships between stressful life events, psychological distress and resilience among Aboriginal and non-Aboriginal adolescents. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 2(1), 4-15.
- Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 314-321.
- Jones, R. C. (2003). *Sense of belonging and its relationship with quality of life and symptom distress among undergraduate college students*. Bachelor of Arts in Psychology, Oklahoma State University.
- Khesht-Masjedi, M.F., Shokrgozar, S., Abdollahi, E., Habibi, B., Asghari, T., Ofoghi, R.S., et al. (2019). The relationship between gender, age, anxiety, depression, and academic achievement among teenagers. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(3), 799-804.
- Kien, C., Sommer, I., Faustmann, A., Gibson, L., Schneider, M., Krczal, E., et al. (2019). Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European countries: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 1295-1310.
- Lemstra, M., Neudorf, C., D'Arcy, C., Kunst, A., Warren, L. M., & Bennett, N. R. (2008). A systematic review of depressed mood and anxiety by SES in youth aged 10-15 years. *Canadian Journal of Public Health*, 99(2), 125-129.
- Matos, M. G., Barrett, P., Dadds, M. & Shortt, A. (2003). Anxiety, depression, and peer relationships during adolescence: Results from the Portuguese national health behavior in school-aged children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18, 3-14.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality*. Retrieved from <https://keychests.com/item.php?v=glcwwpqgye>
- Masten, A. S., & Barnes A. J. (2018). Resilience in children: Developmental perspectives. *Children*, 5(98), 1-16.
- Maybery, D. J. (2003). Incorporating interpersonal events within hassle measurement. *Stress and Health*, 19, 97-110.
- Michl, L. C., McLaughlin, K. A., Shepherd, K., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 339-352.
- Moeller, R. W., Seehuus, M., & Peisch, V. (2020). Emotional intelligence, belongingness, and mental health in college students. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-10.
- Muldoon, O. T. (2003). Perceptions of stressful life events in Northern Irish school children: A longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(2), 193-201.
- Najman, J. M., Hayatbakhsh, M. R., Clavarino, A., Bor, W., O'Callaghan, M. J., & Williams, G. M. (2010). Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: A longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1719-1723.
- Newman, B. M., Lohman, B. J., & Newman, P. R. (2007). Peer group membership and sense of belonging: Their relationship to adolescent behavior problems. *Adolescence*, 42(166), 241-263.
- Nourian, M., Shahboulaghi, F. M., Tabrizi, K. N., Rassouli, M., & Biglarrian, A. (2016). Resilience and its contributing factors in adolescents in long-term residential care facilities affiliated to Tehran welfare organization. *International Journal Community Based Nursing and Midwifery* 4(4), 386-396.
- O'Brien, K. A., & Bowles, T. V. (2013). The importance of belonging for adolescents in secondary school settings. *The European Journal of Social & Behavioural Sciences* (eISSN: 2301-2218).

- Olofsdotter, S., Vadlin, S., Sonnby, K., Furmark, T., & Nilsson, K. W. (2016). Anxiety disorders among adolescents referred to general psychiatry for multiple causes: Clinical presentation, prevalence, and comorbidity. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 4(2), 55-64.
- Panicker, A. S., & Chelliah, A. (2016). Resilience and stress in children and adolescents with specific learning disability. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(1), 17-23.
- Phattharayuttawat, S., Ngamthipwattana, T., & Sukhatungkha, K. (1999). The norm profile for "The Thai Mental Health Questionnaire. *The Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 44(4), 285-297.
- Pickering, L., Hadwin, J. A., & Kovshoff, H. (2020). The role of peers in the development of social anxiety in adolescent girls: A systematic review. *Adolescent Research Review*, 5, 341-362.
- Raknes, S., Pallesen, S., Bjaastad, J. F., Wergeland, G. J., Hoffart, A., Dyregrov, K., et al. (2017). Negative life events, social support, and self-efficacy in anxious adolescents. *Psychological Reports*, 120(4), 609-626.
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science and Medicine*, 90, 24-31.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sangon, S. (2001). *Predictors of depression in Thai women*. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Michigan.
- Sentse, M., Lindenberg S., Omvlee A., Ormel J., & Veenstra, R. (2010). Rejection and acceptance across contexts: Parents and peers as risks and buffers for early adolescent psychopathology. The TRAILS study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 119-130.
- Schneiders, J., Nicolson, N. A., Berkhof, J., Feron, F. J., Os, J. & deVries, M. W. (2006). Mood reactivity to daily negative events in early adolescence: Relationship to risk for psychopathology. *Developmental Psychology*, 42(3), 543-554.
- Sharma, S., Mustanski, B., Dick, D., Bolland, J., & Kertes, D. A. (2019). Protective factors buffer life stress and behavioral health outcomes among high-risk youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47, 1289-1301.
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Ham, D., & Montague, R. (2006). School connectedness is an underemphasized parameter in adolescent mental health: Results of a community prediction study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 170-179.
- Stankovska, G., Osmani, F., Grncarovska, S. P., & Angelkoska, S. (2016). Relationship between stressful life events and anxiety during the period of adolescence. *European Scientific Journal*, 12(11), 332-340.
- Starr, L. R., Stroud, C. B., & Li, Y. I. (2016). Predicting the transition from anxiety to depressive symptoms in early adolescence: Negative anxiety response style as a moderator of sequential comorbidity. *Journal of Affective Disorders*, 190, 757-763.
- Tyler, K. A., & Schmitz, R. M. (2020). Childhood disadvantage, social and psychological stress, and substance use among homeless youth: A life stress framework. *Youth & Society*, 52(2), 272-287.
- Tyler, K. A., Schmitz, R. M., & Ray, C. M. (2018). Role of social environmental protective factors on anxiety and depressive symptoms among midwestern homeless youth. *Journal of Research on Adolescence*, 28(1), 199-220.
- Vallance, A. K., & Fernandez, V. (2016). Anxiety disorders in children and adolescents: Aetiology, diagnosis and treatment. *BJPsych Advances*, 22, 335-344.
- Waite, P., Whittington, L., & Creswell, C. (2014). Parent-child interactions and adolescent anxiety: A systematic review. *Psychopathology Review*, 1(1), 51-76.
- Young, C. C., & Dietrich, M. S. (2015). Stressful life events, worry, and rumination predict depressive and anxiety symptoms in young adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 28, 35-42.

THE EFFECT OF SATIR MODEL PSYCHOTHERAPY ON DEPRESSION SELF ESTEEM AND CONGRUENCE OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

*Nittaya Jarassaeng, APN., M.N.S. *, Nawanant Piyavhatkul, M.D. **, Narak Chadbunchachai, M.D. ***
Papan Vadhanavikkit, M.D. ****, Daungkaew Rod-ong, M.N.S. *****, Kanokarn Kongpatee, M.N.S. ******

Abstract

Objective: To investigated the effectiveness of Satir model psychotherapy on depressive symptoms, self-esteem and congruence in patients with major depressive disorder.

Methods: This study was one-group quasi experimental study in patients with depressive disorder who attended the outpatient psychiatric unit of Srinagarind Hospital during October, 2020 to August, 2021. The patients attended the 6 – sessions program, once a week, 60-90 minutes for each session of Satir model psychotherapy. The assessments were done before starting the therapy, at the end of the therapy and at 3 months follow up using Hamilton Rating Scale for Depression, Thai Rosenberg Self-esteem Inventory and Congruence Scale. The data were analyzed using generalized estimating equation.

Results: Twelve female patients were included in this study. The study showed that depression score was decreased from baseline, immediately after intervention and 3 months follow up, from 21.00 to 13.17 and 9.83 ($p < 0.001$), Self-esteem score was increased from 1.86 to 3.52 and 3.87 ($p < 0.001$) and congruence score was increased from 67.83 to 119.33 and 125.00, ($p < 0.001$) respectively.

Conclusion: The Satir Model psychotherapy was effective in reducing depressive symptoms, increasing self-esteem and level of congruence in depressive patients, which could be considered as an intervention for outpatient service.

Keywords: satir model, major depressive disorder, depression, self-esteem, congruence

*Corresponding author: Registered Nurse, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, e-mail: jnitta@kku.ac.th

**Associate Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

***Lecturer, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

****Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

*****Registered Nurse, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Received: 6 February 2022, Revised: 25 July 2022, Accepted: 2 August 2022

ผลการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ต่ออาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสอดคล้องกลมกลืนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

นิตยา จรัสแสง, พย.ม.*, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, พ.บ.**, นริศ ชาดิปัญญาชัย, พ.บ.***,
ภาพันท์ วัฒนวิทย์กิจ, พ.บ.****, ดวงแก้ว รอดอ่อง, พย.ม.*****, กนกกาญจน์ กองพิริ, พย.ม.*****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ต่ออาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสอดคล้องกลมกลืนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว โดยศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการผู้ป่วยนอกห้องตรวจจิตเวชโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 - สิงหาคม 2564 โดยผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดตามโปรแกรมบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง วัดผลก่อนและหลังทดลองทันทีและติดตาม 3 เดือนโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิด Rosenberg ฉบับภาษาไทย และแบบวัดความสอดคล้องกลมกลืน โดยใช้สถิติ Generalized Estimating Equation ส่วนข้อมูลทางประชากรใช้สถิติเชิงพรรณนา เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา : มีผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย 12 ราย เป็นผู้หญิงทั้งหมด พบว่าโปรแกรมบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเพิ่มความสอดคล้องกลมกลืน หลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและหลังติดตาม 3 เดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนบำบัดจาก 21.00 เป็น 13.17 และ 9.83 ($p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนบำบัดจาก 1.86 เป็น 3.52 และ 3.87 ($p < 0.001$) และคะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องกลมกลืนสูงขึ้นกว่าก่อนบำบัดจาก 67.83 เป็น 119.33 และ 125.00 ($p < 0.001$) ตามลำดับ

สรุป : การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์มีความเหมาะสมที่จะใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเพิ่มความสอดคล้องกลมกลืน จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก

คำสำคัญ : การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, อาการซึมเศร้า, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, ความสอดคล้องกลมกลืน

*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, e-mail: jnitta@kku.ac.th

**รองศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***อาจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*****พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันที่รับ: 6 กุมภาพันธ์ 2565, วันที่แก้ไข: 25 กรกฎาคม 2565, วันที่ตอบรับ: 2 สิงหาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยมีประชากรร้อยละ 3.80 หรือประมาณ 280 ล้านคนทั่วโลกมีภาวะซึมเศร้า (World Health Organization, 2021) และจากรายงานกรมสุขภาพจิตพบว่าการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 - 2562 มีจำนวน 1,430,563 ราย 1,439,710 ราย และ 1,212,684 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2560 - 2562) ทั้งนี้เนื่องจากการอนามัยโลกคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALYs) เป็นอันดับ 1 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มโรคทางจิตเวช (World Health Organization, 2018) และจากสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในปี พ.ศ. 2560 - 2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากจำนวน 643 ราย เป็น 712 ราย และ 789 ราย ตามลำดับ (หน่วยเวชสถิติ, 2562)

โรคซึมเศร้าถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) ซึ่งเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความอยากอาหาร สมาธิลดลง มีความรู้สึกเศร้า รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้สึกสิ้นหวัง และพลังชีวิตลดลง (Liu, Kleiman, Nestor, & Cheek, 2015) การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 50.00 (Chonprai, Rod-Ong, Maneeganondh, Jaruensook, Theeyoung, & Patjanasooontorn, 2019) และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 6.54 (กรมสุขภาพจิต,

2561ก) จากการสำรวจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของนิตยา จรัสแสง, สมจิตร ภูมิกันนท, วิจิตรา พิมพ์นิตย, และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2554) ที่เข้ารับการตรวจรักษาห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 53.10

การรักษาโรคซึมเศร้าที่ผ่านมาพบว่าการรักษาด้วยวิธีจิตบำบัดร่วมกับยา antidepressant ในระยะยาวดีกว่าจิตบำบัดหรือใช้ยาเพียงอย่างเดียว (Hegerl, Plattner, & Möller, 2004) ทั้งนี้การศึกษาของ American Psychiatric Association (2000) พบว่าการรักษาด้วยจิตบำบัดมีหลายวิธี เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม พฤติกรรมบำบัด จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จิตบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ กลุ่มสมรสบำบัดและครอบครัวบำบัด และกลุ่มบำบัด เป็นต้น และการศึกษาของ Markowitz (2008) พบว่าการนำจิตบำบัดมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ผลดี ที่ผ่านมามีการศึกษาถึงผลการทำจิตบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ มาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) และจิตบำบัดประคับประคอง (supportive therapy) ซึ่งพบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ (Health Quality Ontario, 2017) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ ผลของการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะ

ซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ลลิตา อันอามาตย์, 2560) ผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบครอบครัวเป็นฐานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (มลฤดี อินทร์พันธ์ และรัชนิกร อุปเสน, 2561) การบำบัดด้วยการกำหนดตัวเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (รัศมีสุนันท์ อิชฎานนท์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2560) และการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (รัชชชัย พละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และรัชนิกร อุปเสน, 2560) ทั้งนี้พบว่าหลังได้รับการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตามมีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงการนำวิธีการบำบัดตามแนวซาเทียร์ (Satir's model) มาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยตั้งเป้าหมายให้เกิดการเติบโตทางบวก เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างอารมณ์ ความรู้สึกกับพฤติกรรม ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดล่าสุดวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือผู้ที่มีความทุกข์ทางจิตใจอย่างเป็นระบบ ใช้เวลาสั้นและได้ผลดี (Banmen, 2002) ทั้งนี้ เวอร์จิเนีย ซาเทียร์ ได้อธิบายว่าโรคซึมเศร้าเป็นการสะสมอารมณ์ที่เก็บกดไว้รวมถึงการรับรู้ต่อสถานการณ์ในชีวิตที่ผิดไป ขาดทักษะในการเผชิญความเครียด ขาดความเข้าใจธรรมชาติของความเป็นคนของตนเอง มีการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้องในชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก ทำให้บุคคลยึดถือกฎเกณฑ์ ความเชื่อ ความเข้าใจผิด ๆ นั้นไว้ ซึ่งส่งผลให้บุคคลใช้วิธีการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ผิดวิธี ดังนั้นวิธีการบำบัดตาม

แนวซาเทียร์จึงเป็นกระบวนการให้การช่วยเหลือเสนอแนะ ช่วยให้มีความเลือกอื่นเพิ่มขึ้นจนกระทั่งบุคคลสามารถเลือกและตัดสินใจใหม่ จนเปลี่ยนแปลงความเป็นตัวตนภายในของบุคคลนั้น ๆ ส่งผลให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ยอมรับในตนเอง ซึ่งช่วยให้บุคคลมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น (Satir, Banmen, Gerber, & Gomori, 1991 ; Banmen, 2008) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นไปในทิศทางบวก (Erker, 2017) ที่ผ่านมามีการนำวิธีการบำบัดตามแนวจิตซาเทียร์ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในทางที่ดีขึ้น (Lau, Leung, & Chung, 2019) ช่วยให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น (Pidlocke, 2010) ตลอดจนมีความสอดคล้องกลมกลืนและเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้นส่งผลให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น (Koca, 2017)

ทั้งนี้พบว่ามีการนำวิธีการบำบัดตามแนวจิตซาเทียร์มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิตเวชหลายกลุ่ม ได้แก่ การทำกลุ่มจิตบำบัดแนวซาเทียร์ต่อความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตเยาวชนผู้ใช้สารเสพติดกัญชา (พรทิภา วีระโจง, 2561) การบำบัดกลุ่มสมรสตามแนวจิตซาเทียร์ในผู้ป่วยโรคจิตสุรา (อดิศักดิ์ ชัยศิริ, 2555; ทศนีย์ จันทร์สด, 2556) ครอบครัวบำบัดตามแนวจิตซาเทียร์ในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท (Piyavhatkul et al., 2017) ตลอดจนการพัฒนาทักษะการสื่อสารของกลุ่มสมรสที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยการให้คำปรึกษาตามแนวจิตซาเทียร์ (มณัญญา ช้อยเชิดสุข, เพ็ญญา กุลนภาดล, และระพีพันธ์ นaylor, 2555) สำหรับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการนำรูปแบบการบำบัดตามแนวจิต

ชาเทียร์มาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผ่านมา ได้แก่ การศึกษาโปรแกรมบำบัดทางจิตรายบุคคลอิงแนวคิดชาเทียร์ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (ศิริพร นนทะน้า, 2551) การศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ชาเทียร์โมเดลเป็นฐานต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงไทยโรคซึมเศร้า (อรณลิน สิงขรณ์, อัจฉราพร สิริหิรัญวงศ์, รพีพรรณ กาญจนการุณ, และ วิภากรณ์ ปัญญาดี, 2559) ประสิทธิผลของครอบครัวบำบัดตามแนวชาเทียร์ต่อความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตและระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (กัลยา อันชื่น, วัชรารักษ์ ลือโรสงค์, วิไลพร วงษ์จำปา, จิตรา จินารัตน์, และ หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2563) ทั้งนี้ผลที่ได้พบว่า การบำบัดตามแนวคิดชาเทียร์ช่วยลดอาการซึมเศร้าเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดการปรับตัวและมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่นและเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตลอดจนช่วยให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น

ทั้งนี้การศึกษาที่ผ่านถึงแม้ผลลัพธ์ที่ได้เป็นไปในทิศทางบวก แต่มีน้าการบำบัดตามแนวคิดชาเทียร์ไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าค่อนข้างน้อย และการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาที่วัดผลลัพธ์ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืน ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่ใช้ทำนายอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยพบว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการดีขึ้น มักพบว่ามีอาการซึมเศร้ามลดลง มองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ตลอดจนมีความสอดคล้องกลมกลืนภายในจิตใจ

มากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงผลของการบำบัดตามแนวคิดชาเทียร์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่ออาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการบำบัดตามแนวคิดชาเทียร์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่ออาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืน ก่อนและหลังได้รับการบำบัดตามแนวคิดชาเทียร์ทันทีและติดตามผล 3 เดือน

สมมติฐานวิจัย

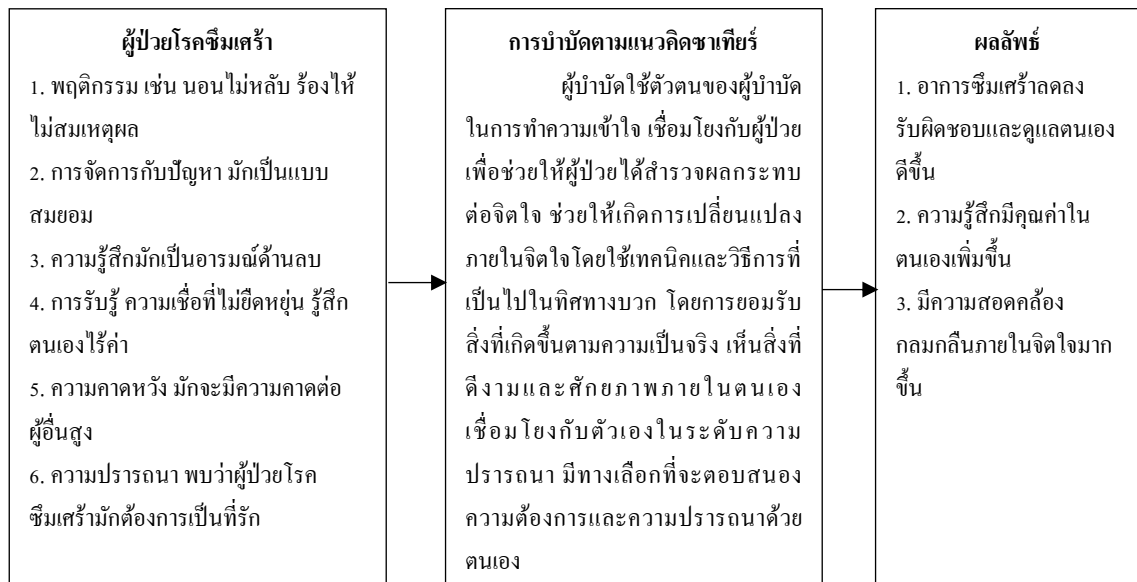
1. คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และติดตามผล 3 เดือนลดลงมากกว่าก่อนได้รับการบำบัด
2. คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และติดตามผล 3 เดือนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับการบำบัด
3. คะแนนเฉลี่ยของความสอดคล้องกลมกลืนหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และติดตามผล 3 เดือนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับการบำบัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการบำบัดโดยการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบของชาเทียร์ (Satir Transformational Systemic Therapy) (Satir, 1991; Banmen, 2008) โดยผู้บำบัดใช้ตัวตนของผู้บำบัดในการทำความเข้าใจ เชื่อมโยงกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจผลกระทบต้อจิตใจ ทั้งนี้ผู้ป่วย

โรคซึมเศร้ามักมีประสบการณ์ภายในที่พบบ่อย ได้แก่ 1. พฤติกรรม เช่น นอนไม่หลับ ร้องไห้ไม่สมเหตุผล กลุ่มอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย 2. การจัดการกับปัญหา มักเป็นแบบสมยอม ส่งมอบอำนาจของตนเองให้กับผู้อื่น ตอบรับทุกสิ่งที่คุณต้องการ ให้เกียรติผู้อื่นแต่ไม่ให้เกียรติตนเอง 3. ความรู้สึกมักเป็นอารมณ์ด้านลบ 4. การรับรู้ความเชื่อที่ไม่ยืดหยุ่น 5. ความคาดหวัง มักจะมีความคาดหวังต่อผู้อื่นสูง 6. ความปรารถนา พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักต้องการเป็นที่รัก (Banmen, 2008; ซาเทียร์, แมนแมน, เกอร์เบอร์, และ กอมอร์, 2557) ทั้งนี้การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจโดยใช้เทคนิคและวิธีการที่เป็นไปในทิศทางบวกโดยการ

ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เห็นสิ่งที่ดีงามในตนเอง เชื่อมโยงกับตัวเองในระดับตัวตนภายในที่มีพลังชีวิตและศักยภาพหลากหลาย มีทางเลือกที่จะตอบสนองความต้องการและความปรารถนาด้วยตนเอง ทั้งนี้เป้าหมายการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดของซาเทียร์ได้แก่ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกตัวเองมีคุณค่ามากขึ้น ช่วยให้ผู้บำบัดสามารถตัดสินใจเลือกได้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถรับผิดชอบต่อทุกข์และสุขของตนเองได้มากขึ้นและช่วยให้ใจผู้บำบัดมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น (นงพงา ลัมสุวรรณ และ นิดา ลัมสุวรรณ , 2555) อธิบายกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว (Quasi-Experimental Research) โดยเปรียบเทียบอาการซึมเศร้า ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมคือ

One group dependent paired t test

$$n/\text{group} = \frac{\sigma_d^2 (Z_{\alpha/2} + Z_\beta)^2}{\mu_d^2}$$

ทั้งนี้จากการศึกษา อรณลิน สิงขรณ์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดลเป็นฐานต่ออาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้า จำนวน 11 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนรับการบำบัดเท่ากับ 23.55 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดเท่ากับ 6.73 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.64

เมื่อกำหนดให้

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

σ_d = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าเท่ากับ 3.64

Z = ค่าปกติมาตรฐาน

α = ระดับนัยสำคัญมีค่าเท่ากับ 0.05;

$Z\alpha/2$ มีค่าเท่ากับ 1.96

β = Power of test เท่ากับ 80%; $Z\beta$ มีค่าเท่ากับ 0.84

μ_d = ค่าความต่างคะแนนก่อนและหลัง

บำบัดมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างน้อยร้อยละ 15.00 (ร้อยละ 15.00 ของค่าคะแนน 23.55) มีค่าเท่ากับ 3.5325

เมื่อแทนค่าในสูตร

$$n/\text{group} = \frac{(3.64)^2 (1.96 + 0.84)^2}{(3.5325)^2}$$

จะได้ $n = 9$ คน

ทั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่ม drop out 10% ดังนั้นการศึกษากครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 12 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยไทยอายุ 18 - 60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย major depressive disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคระบบ ICD-10 และ DSM-5
2. เป็นผู้ป่วยที่แพทย์เจ้าของไข้มีความเห็นว่าควรได้รับการบำบัดทางจิตร่วมด้วย
3. มีอาการคงที่ ไม่ได้ได้รับการปรับยาภายในระยะเวลา 3 เดือน
4. ไม่ได้ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมในรูปแบบอื่น

5. สามารถเข้าใจภาษาไทยและเขียนได้

6. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนาม

ด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดเลือกรายการ (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีอาการ psychosis
2. ผู้ที่มีอาการกำเริบรุนแรงขณะเข้าร่วมการบำบัด

การถอนออกจากการวิจัย (Withdrawal criteria)

1. ไม่สามารถรับการบำบัดได้ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์งานที่ตีพิมพ์ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ แหล่งในการสืบค้นและกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ โรคซึมเศร้า Major depressive disorder, depressive disorder ซาเทียร์บำบัดตามแนวซาเทียร์ Satir, Satir Model, Satir program, Transformational Systemic Therapy แนวคิดการบำบัดเชิงประสบการณ์ Process experiential therapy แหล่งในการสืบค้น ได้แก่ CINAHL, ProQuest, PubMed, Google Scholar, The Cochrane Library, Science Direct, ThaiLis, ThaiJO, Satir International Journal มากำหนดเป็นโปรแกรมการบำบัด ซึ่งโปรแกรมการบำบัดประกอบด้วย จำนวนครั้งของการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์จิตแพทย์ 3 คน นักจิตวิทยา 1 คน พยาบาล 1 คน และนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย ก่อนนำไปทดลองใช้จริง โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ยาที่ได้รับ ระยะเวลา

ของการรักษา

2.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้า

Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดยมาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) มีความแม่นยำและความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.87 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ มีคะแนน 0 - 4 แปลผลนำคะแนนที่ได้มารวมกัน โดยคะแนน 0 - 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 8 - 12 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คะแนน 13 - 17 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนน 18 - 29 มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง คะแนน ≥ 30 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผู้วิจัยได้นำมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.89

2.3 แบบประเมินความรู้สึกลึก

คุณค่าในตนเองตามแนวคิด Rosenberg (1965) แปลและเรียบเรียงโดยฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล (2545) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวกได้แก่ข้อที่ 1 2 4 6 7 8 มีคะแนน 4 - 1 ข้อคำถามเชิงลบได้แก่ข้อที่ 3 5 9 10 มีคะแนน 1 - 4 การแปลผล นำคะแนนที่ได้รวมกันแล้วหารด้วย 10 จะได้ค่าคะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนต่ำกว่า 1.50 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย คะแนน 1.50 - 2.49 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง คะแนน 2.50 - 3.49 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก และคะแนน 3.50 ขึ้นไป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากที่สุด ผู้วิจัยได้นำมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.86

2.4 แบบวัดความสอดคล้องกลมกลืน สร้างขึ้นตามแนวคิดหาโดย Lee (2002) มีจำนวน 75 ข้อ นำมาพัฒนาและทดสอบโดยสุนทรี ศรีโกไสย และศิริวรรณ ทวีวัฒนาปรีชา (2555) ได้แบบวัดที่มี 21 ข้อ โดยมีค่าร้อยละของความแปรปรวนที่สามารถอธิบายได้ 47.19 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดเท่ากับ 0.86 มีข้อคำถามทางบวก ได้แก่ข้อ 1 2 3 4 5 6 7 8 16 17 18 19 21 มีคะแนน 1 - 7 และข้อคำถามทางลบ ได้แก่ข้อ 9 10 11 12 13 14 15 20 มีคะแนน 7 - 1 การแปลผล นำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อทั้ง 21 ข้อมารวมกัน โดยคะแนน 21 - 42 มีความสอดคล้องกลมกลืนน้อยที่สุด คะแนน 43 - 64 มีความสอดคล้องกลมกลืนน้อย คะแนน 65 - 86 มีความสอดคล้องกลมกลืนค่อนข้างน้อย คะแนน 87 - 108 มีความสอดคล้องกลมกลืนค่อนข้างมาก คะแนน 109 - 130 มีความสอดคล้องกลมกลืนมาก คะแนน ≥ 131 มีความสอดคล้องกลมกลืนมากที่สุด ผู้วิจัยได้นำมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 631288 ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2563 และผ่านการอนุมัติทุนวิจัยตาม Routine to Research มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2563 ตามประกาศ

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 756/2563 ลงวันที่ 27 เมษายน 2563 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ ข้อมูลของผู้วิจัยถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผลการศึกษาที่ได้ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ สามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้โดยไม่มีผลใด ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีวิธีการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจงโครงการถึงหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ พร้อมขอความร่วมมือแพทย์เจ้าของไข้ในการคัดเลือกอาสาสมัครที่ตรงตามเกณฑ์เข้าร่วมโครงการวิจัย

2. จัดป้ายประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมโครงการวิจัยภายในห้องตรวจเพื่อให้แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาส่งผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. พยาบาลผู้ร่วมวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยแก่อาสาสมัครก่อนเพื่อลงนามในแบบฟอร์มในประเด็นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัยการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้านการรักษาพยาบาล และอาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบเช่นกัน

4. กรณีแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาส่งผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัยแต่ไม่ตรงตามเกณฑ์การเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือผู้ป่วยมีความประสงค์จะขอรับการบำบัดโดยไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ

วิจัย ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ตามปกติโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

5. ดำเนินการให้การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที จำนวน 6 ครั้ง ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 - สิงหาคม 2564 หลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และผ่านการอนุมัติทุนวิจัยโดยผู้ให้การบำบัด เป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์หลักสูตร 2 ปี และมีประสบการณ์การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์โดยมีจิตแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ 1 คน ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาโดยดำเนินการตามแนวทางการดำเนินการวิจัยในมนุษย์ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2563

6. พยาบาลผู้ร่วมวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินอาการซึมเศร้า ประเมินความรู้สึกมี

คุณค่าในตนเองและประเมินความสอดคล้องกลมกลืนของอาสาศัมกร ในระยะก่อนได้รับการบำบัด หลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. ข้อมูล คะแนนอาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้องในตนเอง ใช้สถิติ การวิเคราะห์การประมาณค่าด้วยวิธี Generalized Estimating Equation (GEE) ซึ่งเป็นสถิติที่นำมาใช้กับตัวแปรผลลัพธ์ที่ถูกวัดซ้ำโดยสามารถใช้ได้ทั้งข้อมูลที่แจกแจงปกติและแบบไม่ปกติ (พงษ์เดช สารการ และ ภูถกร จำปาหวาย, 2564) ด้วยโปรแกรม STATA เปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนบำบัดกับหลังบำบัดทันที ก่อนบำบัดกับระยะติดตามผล 3 เดือนและหลังบำบัดทันทีกับระยะติดตามผล 3 เดือน

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการบำบัด

การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการบำบัดแบบรายบุคคล โดยใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องจำนวน 6 ครั้ง ทั้งนี้ผู้ให้การบำบัดเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ 1 คน โดยมีจิตแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ 1 คน ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา

ขั้นตอนการบำบัด	
โปรแกรมการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	
ครั้งที่ 1	1.1 ผู้บำบัดเชื่อมโยงกับผู้ป่วย 1.2 ค้นหาปัญหาที่แท้จริงหรือสิ่งที่รบกวนผู้ป่วยคืออะไร 1.3 สำรวจประสบการณ์ภายใน (ภูเขาน้ำแข็ง) ในแต่ละลำดับขั้นของผู้ป่วยโดยใช้คำถามเชิงประสบการณ์ 1.4 สำรวจผลกระทบที่มีต่อจิตใจโดยช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ตรง 1.5 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยนแปลง 1.6 ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยใช้เทคนิคและวิธีการต่าง ๆ ที่เป็นไปในทิศทางบวก

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการบำบัด (ต่อ)

ขั้นตอนการบำบัด	
โปรแกรมการบำบัดตามแนวคิดซาทเธอร์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	
ครั้งที่ 2	2.1 ประเมินแผนภูมิของครอบครัวผู้ป่วย 2.2 ประเมินกฎของครอบครัวที่ถ่ายทอดมาจากพ่อแม่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย 2.3 ประเมินสิ่งที่ค้างคาใจ เหตุการณ์สำคัญหรือประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัว 2.4 ประเมินชุมพลภายใน ทรัพยากรทางบวกของผู้ป่วยและครอบครัว
ครั้งที่ 3	3.1 ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งระบบภายในใจของผู้ป่วยและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 3.2 ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในประเด็นที่ค้างคาใจโดยการให้อภัย ปลดวาง หรือยอมรับ 3.3 ช่วยให้ความปรารถนาของผู้ป่วยได้รับการเยียวยาหรือเติมเต็มที่ได้ด้วยตัวเอง 3.4 ช่วยให้เกิดการตัดสินใจเลือก ตกลงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพร้อมให้การบ้าน
ครั้งที่ 4	4.1 สำรวจประสบการณ์ภายในของผู้ป่วยรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 4.2 สำรวจว่ามีประเด็นใดที่ยังค้างคาใจในผู้ป่วยหรือไม่ 4.3 กฎหรือความเชื่อบางอย่างได้เปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง 4.4 ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในประเด็นที่ค้างคาใจโดยการให้อภัย ปลดวาง หรือยอมรับ 4.5 ตอกย้ำการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพร้อมให้การบ้าน
ครั้งที่ 5	5.1 ประเมินประสบการณ์ภายในปัจจุบันของผู้ป่วยรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 5.2 ประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในใจ รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 5.3 ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวก 5.4 ตอกย้ำการเปลี่ยนแปลงพร้อมให้การบ้าน
ครั้งที่ 6	6.1 ประเมินประสบการณ์ภายในปัจจุบันของผู้ป่วย สำรวจว่าจิตใจ ความรู้สึก มุมมอง ความคาดหวังของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 6.2 เตรียมความพร้อมเพื่อยุติการบำบัด 6.3 ประเมินภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสอดคล้องกลมกลืนภายหลังการบำบัดครั้งสุดท้าย 6.4 ยุติการบำบัด

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 12 ราย เป็นเพศหญิง และนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส โสด อาชีพรับราชการ ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ไม่มีโรคประจำตัว การรักษามา 1 - 2 ปีเป็นส่วนใหญ่ อายุมากที่สุดในช่วง 20 - 29 ปี ต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 58 ปี เฉลี่ย 28 ปี ส่วนใหญ่ได้รับยา Sertraline หรือ

ยา Fluoxetine ไม่มีการเปลี่ยนแปลงขนาดของยา ในขณะที่รับการบำบัด ไม่มีผู้ป่วยที่ออกจากกรวิจัย ในขณะที่ทำการวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 2

การศึกษาค้นพบว่า คะแนนเฉลี่ยของ อาการซึมเศร้าก่อนบำบัด (Mean = 21.00 SD = 3.44) หลังบำบัดทันที (Mean = 13.17 SD = 4.47) และระยะติดตามผล 3 เดือน (Mean = 9.83 SD = 3.16)

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 12)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	7	58.33
คู่	4	33.33
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	1	8.34
อาชีพขณะรับการรักษา		
ว่างงาน	1	8.34
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	33.33
ค้าขาย	1	8.34
รับจ้าง	2	16.68
ว่างงาน	1	8.34
นักศึกษา	3	24.97
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	6	49.99
ประกาศนียบัตร	1	8.34
ปริญญาตรี	4	33.33
สูงกว่าปริญญาตรี	1	8.34
โรคประจำตัว		
มี	4	33.33
ไม่มี	8	66.67
ระยะเวลาในการรักษา		
< 1 ปี	2	16.68
1 - 2 ปี	5	41.67
3 - 5 ปี	3	24.97
5 - 10 ปี	1	8.34
> 10 ปี	1	8.34

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 12) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
15 - 19	1	8.34
20 - 29	6	49.99
30 - 39	2	16.68
40 - 49	2	16.68
50 - 59	1	8.34
Mean = 28.00, SD = 11.55, Min = 19, Max = 54		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอาการซึมเศร้า ความรู้สึกล้มเหลวในตนเอง และความสอดคล้องกลมกลืน ก่อนบำบัด หลังบำบัดทันที และติดตาม 3 เดือน

	ก่อนบำบัด	หลังบำบัดทันที	ติดตาม 3 เดือน
อาการซึมเศร้า Mean (SD)	21.00 (3.44)	13.17 (4.47)	9.83 (3.16)
ความรู้สึกล้มเหลวในตนเอง Mean (SD)	1.86 (0.38)	3.52 (0.44)	3.87 (0.61)
ความสอดคล้องกลมกลืน Mean (SD)	67.83 (14.67)	119.33 (13.19)	125.00 (10.14)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้า ความรู้สึกล้มเหลวในตนเอง และความสอดคล้องกลมกลืน หลังบำบัดทันที กับติดตามผล 3 เดือน

	Mean difference	(95%CI)	p-value
อาการซึมเศร้า			
ก่อนบำบัดกับหลังบำบัดทันที	-7.83	(-9.48, -6.19)	< 0.001
ก่อนบำบัดกับติดตามผล 3 เดือน	-11.17	(-14.09, -8.25)	< 0.001
หลังบำบัดทันทีกับติดตามผล 3 เดือน	-3.33	(-4.90, -1.77)	< 0.001
ความรู้สึกล้มเหลวในตนเอง			
ก่อนบำบัดกับหลังบำบัดทันที	1.67	(1.29, 2.04)	< 0.001
ก่อนบำบัดกับติดตามผล 3 เดือน	2.01	(1.63, 2.38)	< 0.001
หลังบำบัดทันทีกับติดตามผล 3 เดือน	0.34	(-0.03, 0.72)	0.087
ความสอดคล้องกลมกลืน			
ก่อนบำบัดกับหลังบำบัดทันที	51.5	(43.60, 59.40)	< 0.001
ก่อนบำบัดกับติดตามผล 3 เดือน	57.17	(44.86, 69.47)	< 0.001
หลังบำบัดทันทีกับติดตามผล 3 เดือน	5.67	(-2.35, 13.69)	0.273

คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนบำบัด (Mean = 1.86 SD = 0.38) หลังบำบัดทันที (Mean = 3.52 SD = 0.44) และระยะติดตามผล 3 เดือน (Mean = 3.87 SD = 0.61) และคะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องกลมกลืน ก่อนบำบัด (Mean = 67.83 SD = 14.67) หลังบำบัดทันที (Mean = 125.00 SD = 13.19) และระยะติดตามผล 3 เดือน (Mean = 125.00 SD = 10.14) ดังแสดงในตารางที่ 3

และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน โดยใช้สถิติ GEE (generalized estimating equation) ผลการวิเคราะห์พบว่า อาการซึมเศร้า ระหว่างก่อนการบำบัดกับหลังบำบัดทันที และติดตามผล 3 เดือน คะแนนลดลงเฉลี่ย 7.83 คะแนน และ 11.17 คะแนน ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนน อาการซึมเศร้า ระหว่างหลังบำบัดทันที และติดตามผล 3 เดือน คะแนนลดลงเฉลี่ย 3.33 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างก่อนการบำบัดกับหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และติดตามผล 3 เดือน คะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.67 คะแนน และ 2.01 คะแนน ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างหลังบำบัดทันที และติดตามผล 3 เดือน คะแนนเพิ่มขึ้น เฉลี่ย 0.34 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความสอดคล้องกลมกลืน ระหว่าง ก่อนการบำบัดกับหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและติดตามผล 3 เดือน คะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 51.5 คะแนน และ 57.17 คะแนน ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสอดคล้องกลมกลืน ระหว่างหลังบำบัดทันที และติดตามผล 3

เดือน คะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.67 คะแนน ที่นัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.273$) ดังแสดงในตารางที่ 4

การอภิปรายผล

ผลของการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ พบว่าหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและหลังติดตามผล 3 เดือน ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของอรอนลิน สิงขรณ์ และคณะ (2559) กัลยา อันชื่น และคณะ (2563) และ ทยวี จันทรวัดน์, ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, และ แสงนภา บารมี (2563) ซึ่งพบว่าการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลง ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักสะสมอารมณ์เศร้าไว้ข้างใน รู้สึกตนเองไร้ค่า ตลอดจนขาดทักษะในการเผชิญและจัดการความเครียดที่เหมาะสม ขาดความเข้าใจธรรมชาติความเป็นคนของตนเอง ทั้งนี้การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์เป็นกระบวนการที่มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจของผู้รับการบำบัด โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้มีประสบการณ์ตรง ได้สำรวจถึงอารมณ์ ความรู้สึก มุมมอง ความคาดหวังที่มีต่อตนเองและผู้อื่น เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น ช่วยให้เกิดการยอมรับตนเอง รับผิดชอบ ทุกข์สุขได้ด้วยตนเอง มีทางเลือกที่จะตอบสนองความต้องการและความปรารถนาด้วยตนเอง ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นภายในจิตใจของผู้รับการบำบัด ผลลัพธ์ที่ได้ผู้รับการบำบัดมีความสุข และความพอใจในตนเองมากขึ้นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

หลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและหลังติดตามผล 3 เดือน ผู้รับการบำบัดรู้สึกมีคุณค่าใน

ตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sekera (2017) และ Li & Weiqun (2013) พบว่าการบำบัดตามแนวจิตซาเทียร์เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับคุณค่าในตนเอง เพิ่มความสามารถในการตัดสินใจเลือกได้ดีขึ้น รับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้นอธิบายได้ว่า การที่ผู้บำบัดใช้ตัวตนของผู้บำบัดในการทำความเข้าใจ เชื่อมโยงกับผู้รับการบำบัด ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจและยอมรับตนเอง เห็นถึงสิ่งที่ดีงามและศักยภาพภายใน ตลอดจนขุมพลังที่มีในตนเอง เกิดการเชื่อมโยงกับตัวเองในระดับความปรารถนา ส่งผลให้ผู้รับการบำบัดเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น

หลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและหลังติดตามผล 3 เดือน ผู้รับการบำบัดมีความสอดคล้องกลมกลืนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา อันชื่น และคณะ (2563) พบว่าหลังสิ้นสุดการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น อธิบายได้ว่า การที่ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจของตนเอง จนเป็นคนต่างไปจากเดิม ทุกส่วนของจิตใจได้เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น โดยผู้รับการบำบัดมีความเชื่อที่เปลี่ยนไป มีความคาดหวังที่เปลี่ยนไป ความต้องการหรือความปรารถนาที่แท้จริงได้รับการตอบสนอง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้รับการบำบัดมีพลังชีวิตและมีความสอดคล้องภายในจิตใจมากขึ้น

จากที่กล่าวมาเมื่อติดตามผลลัพธ์การบำบัดตามแนวจิตซาเทียร์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะยาว พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นทั้ง 3 องค์ประกอบ ทั้งในด้านของภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้อง

กลมกลืน อธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงตามแนวจิตซาเทียร์เป็นแนวคิดที่มีเป้าหมายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบภายในจิตใจของผู้รับการบำบัดและการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้รับการบำบัดกับบุคคลอื่น เกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะ transformational change โดยไม่เพียงเปลี่ยนเฉพาะพฤติกรรม อารมณ์ความรู้สึก แต่ทุกชั้นภายในจิตใจของผู้รับการบำบัดได้เปลี่ยนแปลงและเกิดการเติบโตภายใน ช่วยให้ความต้องการและความปรารถนาได้รับการเติมเต็ม ได้สัมผัสกับขุมพลัง (life energy) ซึ่งเป็นพลังงานทางบวกตลอดจนเชื่อมโยงกับตัวเองในระดับตัวตน ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถการนำผลวิจัยไปใช้ในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ด้านการพัฒนาบุคลากร

1.1 ผลการศึกษาที่ได้พบว่าการบำบัดตามแนวจิตซาเทียร์มีความเหมาะสมที่จะใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเพิ่มความสอดคล้องกลมกลืน จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1.2 ควรส่งเสริมและจัดระบบบริการให้มีการนำจิตบำบัดตามแนวจิตซาเทียร์มาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารวมทั้งผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น

1.3 ผู้บริหารควรเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของพยาบาล โดยส่งเสริมให้พยาบาลเข้าอบรมหลักสูตรการบำบัด

ตามแนวความคิดเชิงทฤษฎี

2. ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ

2 กลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หรือหรือวิจัยในรูปแบบ RCT เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของผลการวิจัย

2.2 ควรนำไปศึกษาในกลุ่มโรคทางอารมณ์กลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ โรคอารมณ์สองขั้ว และโรควิตกกังวล

2.3 ควรเพิ่มตัวแปรในการประเมินผลลัพธ์โดยใช้ประเมินความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย (Global Assessment of Functioning Scale : GAF) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของการบำบัด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัตนา สายพานิชย์ อ.พญ.อุบล จั๋งพานิช และนางบุษกร อุตสาหกิจ ตลอดจนทีมแพทย์ผู้รักษาและอาสาสมัครทุกท่านที่ให้โอกาสในการพัฒนาโครงการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2560). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี พ.ศ. 2560. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2563, จาก https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/hb-25-12-17_mix.pdf
- กรมสุขภาพจิต. (2561). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี พ.ศ. 2561. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2563, จาก https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/hb-25-12-18_mix.pdf

กรมสุขภาพจิต. (2561ก). ป่วยซึมเศร้าเหยื่อสังคม ถูกปรักปรำคดีฆาตกรรม. สืบค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2563 , จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30118>

กรมสุขภาพจิต. (2562). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี พ.ศ. 2562. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2563, จาก: https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/hb-12-19_mix_HDC.pdf

กัลยา อันชื่น, วัชรภรณ์ ลือไชยวงศ์, วิไลพร วงษ์จำปา, จิตรา จินรัตน์, และ หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี. (2563). ประสิทธิภาพของครอบครัวบำบัดตามแนวทฤษฎีต่อความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตและระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 16(1), 56-66.

ซาฟิเยร์, เวอร์จินีย, แมนแมน, จอห์น, เกอร์เบอร์, เจน, และ กอมอร์, มาริเย. (2557). *The Satir Model: family therapy and beyond*. กรุงเทพฯ: สมาคมพัฒนาศักยภาพและจิตบำบัดสาขาวิชาชีพ.

ฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล. (2545). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองและความรู้สึกสิ้นหวังในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาศึกษา, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทวยวิ จันทรวินัย, ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, และ แสงนภา บารมี. (2563). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีซาฟิเยร์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 26(1), 135-152.

ทศนีย์ จันทร์สด. (2556). *การบำบัดคู่สมรสตามแนวความคิดทฤษฎีในผู้ป่วยโรคจิตเศร้า โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธวัชชัย พละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และ รัชนิกร อุปเสน. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 60-74.

นางพาง ล้อมสุวรรณ, และ นิดา ล้อมสุวรรณ. (2555). การทำจิตบำบัดโดยใช้ Satir Model. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 251-258.

นิตยา จรัสแสง, สมจิตร มณีกันนท์, วิจิตรา พิมพ์นิตย์, และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2554). ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาห้องตรวจจิตเวชโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 129-135.

พงษ์เดช สารการ, และ ภูธร จำปาหาญ. (2564). ภาพรวมของข้อมูลระยะยาว ข้อจำกัดและทางเลือกที่เหมาะสมของวิธีการทางสถิติ: การวิเคราะห์ข้อมูลระยะยาวในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 28(1), 184-197.

พรทิภา วีระใจ. (2561). ผลของการทำกลุ่มจิตบำบัดแนวซาตียร์ต่อความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตเยาวชนผู้ใช้สารเสพติดกัญชา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิกและชุมชน, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

มณัญญา ช้อยจิตสุข, เพ็ญภา กลุณภาค, และ ระพีพันธ์ ฉายวิมล. (2555). การพัฒนาทักษะการสื่อสารของคู่สมรสที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยการให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีเซาตียร์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(1), 84-96.

มลฤดี อินทร์พันธ์, และ รัชนิกร อุปเสน. (2561). ผลของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบครอบครัวเป็นฐานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 175-183.

มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุนิษฐ์, และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 235-246.

รัศมีสุนันท์ อิชญาณนท์, และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2560). ผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(3), 113-125.

ลลิตา อันอมาคย์. (2560). ผลของการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา*, 11(1), 24-33.

ศิริพร นนทะน้า. (2551). โปรแกรมบำบัดทางจิตรายบุคคลอิงแนวคิดซาตียร์ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุนทร ศรีโกไสย, และ ศิริวรรณ ทวีวัฒนปรีชา. (2555). คุณลักษณะทางจิตของแบบวัดความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตตามแนวซาตียร์ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57, 75-88.

หน่วยเวชสถิติ. (2562). รายงานสถิติผู้ป่วยแยกตามกลุ่มโรคตามระบบ ICD 10. ขอนแก่น: งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อดิศักดิ์ ชัยศิริ. (2555). การบำบัดคู่สมรสในผู้ป่วยโรคจิตสุราที่รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ตามแนวคิดซาตียร์. รายงานการศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรณิน สิงขรณ์, อัจฉราพร สี่หรีดวงศ์, รพีพรรณ กาญจนการณ, และ วิทยากรณ์ ปัญญาดี. (2559). ผลของโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาตียร์โมเดลเป็นฐานต่ออาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(3), 21-35.

American Psychiatric Association. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *The American Journal of Psychiatry*, 157(4 Suppl), 1-45.

Banmen, J. (2002). The Satir model: Yesterday and today. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 24(1), 7-22.

Banmen, J. (2008). *Satir transformational systemic therapy*. Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books.

- Chonprai, C., Rod-Ong, D., Maneeganondh, S., Jaruensook, W., Theeyoung, A., & Patjanasontorn, N. (2019). Improving social and life skills in children with cleft lip and palate. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 102(5), 79-82.
- Erker, J. (2017). *A qualitative study of contemporary Satir family therapy: Theoretical and practical development over the past 30 years*. Master thesis of Science in Counseling, Marriage and Family Therapy, California State University Northridge.
- Health Quality Ontario. (2017). Psychotherapy for major depressive disorder and generalized anxiety disorder: a health technology assessment. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 17(15), 1-167.
- Hegerl, U., Plattner, A., & Möller, H. J. (2004). Should combined pharmaco- and psychotherapy be offered to depressed patients? A qualitative review of randomized clinical trials from the 1990s. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(2), 99-107.
- Koca, D. A. (2017). Spirituality-based analysis of Satir family therapy. *Spiritual Psychology and Counseling*, 2(2), 121-142.
- Lau, W. K.W., Leung, P. P.Y., & Chung, C. L.P. (2019). Effects of the Satir model on mental health: A randomized controlled trial. *Research on Social Work Practice*, 29(7), 775-785.
- Lee, B. K. (2002). Development of a congruence scale base on the Satir Model. *Contemporary Family Therapy*, 24(1), 217-237.
- Li, Y., & Weiqun, V.L. (2013). Applying the Satir Model of counseling in Mainland China. *Satir International Journal*, 1, 18-39.
- Liu, R. T., Kleiman, E. M., Nestor, B. A. & Cheek, S. M. (2015). The hopelessness theory of depression: A quarter-century in review. *Clinical Psychology (New York)*, 22(4), 345-365.
- Markowitz, J. C. (2008). Evidence-based psychotherapies for depression. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 437-440.
- Piddocke, S. (2010). The self: Reflections on its nature and structure according to the Satir Model. *The Satir Journal*, 4(1), 109-55.
- Piyavhatkul, N. , Arunpongpaisal, S. , Patjanasontorn, N. , Rongbutsri, S., Maneeganondh, S., & Pimpanit, W. (2017). Effectiveness of family therapy based on the Satir model in family of patients with schizophrenia. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 100(6), 670-678.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Satir, V., Banmen, J., Gerber, J., & Gomori, M. (1991). *The Satir model: family therapy and beyond*. Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books.
- Sekera, O. (2017). Outcome of psychotherapeutic training MOVISA (Model of Virginia Satir). *Satir International Journal*, 5(1), 67-75.
- World Health Organization. (2018). *Depression: let's talk*. Bangkok: Department of Mental Health. Retrieved January 20, 2018, from: <http://www.searo.who.int/thailand/news/technical-factsheetdepression-thai.pdf?ua=1> (in Thai)
- World Health Organization. (2021). *Depression*. Retrieved August 8, 2021, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

THE DEVELOPMENT OF A MENTAL HEALTH ASSESSMENT SCALE DURING EMERGING INFECTIOUS DISEASE OUTBREAKS (THAI VERSION) FOR HEALTHCARE WORKERS: A CASE STUDY OF THE COVID-19 OUTBREAK

*Kasorn Muijeen, Ph.D. *, Kanjane Phanphairoj, Ph.D. **, Sutthisan Chunwichan, Ph.D. ****

Abstract

Objective: To develop a mental health assessment scale (Thai version) for healthcare workers and to examine its psychometric properties.

Methods: The research methodology consisted of three steps: 1) generating questions according to a review and synthesis of research on mental health assessment in the aspects of stress, anxiety, depression, and fatigue during the COVID-19 pandemic in Thailand; 2) testing the psychometric properties of the developed scale using item objective congruence (IOC), confirmatory factor analysis (CFA) using the criteria for fit indices of the empirical data, known-group validity analysis using t-test analysis, and reliability using Cronbach's alpha coefficient. The participants were 659 healthcare workers that performed their duties during the COVID-19 pandemic.

Results: The IOC was between 0.60 and 1.00. The CFA results showed that the model developed from related theories was consistent with the empirical data ($\chi^2(273) = 714.78; p < .01$; RMSEA = .05; CFI = 1.00; TLI = .99; Gamma Hat = .95; NCI = 1.00). The internal consistency was good to excellent, with Cronbach's alpha values of 0.88 to 0.97.

Conclusion: The Thai version of the mental health assessment scale for healthcare workers is appropriate and can be used for screening, following up, and monitoring mental health status during future outbreaks of emerging diseases.

Keywords: mental health, assessment scale, healthcare workers, COVID-19

*Corresponding author: Assistant professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, e-mail: fon_kasorn@hotmail.com

**Manager of Center for Nursing Research and Innovation (CNRI), Faculty of Nursing, Thammasat University

***Independent Scholar

Received: 25 June 2022, Revised: 1 September 2022, Accepted: 8 September 2022

การพัฒนาแบบวัดสภาวะสุขภาพจิตต่อการเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ของบุคลากร ทางการแพทย์ (ฉบับภาษาไทย) : กรณีศึกษาจากการระบาดของโรคโควิด 19

เกสร มัยจิน, ประ.ด.*, กาญจน์ พันธุ์ไพโรจน์, ประ.ด.**, สุทธิสานต์ ชุ่มวิจารณ์, ประ.ด.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณภาพของแบบวัดสภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์

วิธีการศึกษา : รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ ประกอบด้วยขั้นตอนการศึกษา 3 ขั้นตอนได้แก่ 1) การสร้างข้อคำถามจากการทบทวนและสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับแบบวัดภาวะทางด้านสุขภาพจิตในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 2) การทดสอบคุณภาพของแบบวัด และ 3) การวิเคราะห์จุดตัด ของแบบวัดสภาวะสุขภาพจิตเพื่อนำไปใช้คัดกรอง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 659 คน ประกอบด้วย 5 วิชาชีพได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ เภสัชกร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนเพื่อกำหนดการเป็นตัวแทนของผู้เข้าร่วมการวิจัย กระจายตามภูมิภาคของประเทศไทยที่เป็นศูนย์สำหรับให้บริการโควิด 19 เครื่องมือการวิจัยที่ใช้เป็นแบบวัดสภาวะสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้า จำนวน 29 ข้อ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบคุณภาพของแบบวัด ได้แก่ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ความตรงเชิงโครงสร้างจากองค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ด้วยเกณฑ์ความสอดคล้องของข้อมูลเชิงประจักษ์ ความตรงแบบทดสอบกับกลุ่มที่ทราบแน่ชัด ด้วยการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

ผลการศึกษา : ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าอยู่ระหว่าง 0.60 - 1.00 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่าโมเดลที่สร้างจากทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2(273) = 714.78, p < .01$; RMSEA = .05 CFI = 1.00 TLI = .99 Gamma Hat = .95 NCI = 1.00) และค่าความเที่ยงของแบบวัดมีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดีมาก พบว่า Cronbach's α ของความเครียด .97 ความเหนื่อยล้า .93 ภาวะซึมเศร้า .96 และ ความวิตกกังวล .96

สรุป : แบบวัดสภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ฉบับภาษาไทย มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้คัดกรอง ติดตาม และเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพจิตในระหว่างการระบาดของโรคอุบัติใหม่ได้ต่อไป

คำสำคัญ : สภาวะสุขภาพจิต, แบบวัด, บุคลากรทางการแพทย์, โรคโควิด 19

*ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, e-mail: fon_kasorn@hotmail.com

**ผู้จัดการศูนย์วิจัยทางการแพทย์และนวัตกรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

***นักวิชาการอิสระ

วันที่รับ: 25 มิถุนายน 2565, วันที่แก้ไข: 1 กันยายน 2565, วันที่ตอบรับ: 8 กันยายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (โรคโควิด 19) เป็นการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ (emerging infectious diseases) นับว่าเป็นปัญหาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญของคนทั่วโลก (WHO, 2020) เชื้อไวรัสโคโรนาไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคโควิด 19 คือเชื้อที่อยู่ในตระกูลเดียวกับไวรัสที่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) (Ahn et al., 2020) จากการระบาดและผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างร้ายแรงและรวดเร็วของโรคนี้ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่า โรคโควิด 19 เป็นเหตุฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศในวันที่ 30 มกราคม ค.ศ. 2020 และในวันที่ 11 มีนาคม ค.ศ. 2020 ได้ประกาศว่า โรคโควิด 19 เป็นโรคที่ระบาดไปทั่วโลก (WHO, 2020)

บุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มคนทำงานด่านหน้าที่ต้องรับบทบาทดูแลรักษาใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยและได้รับการยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด 19 เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในสาธารณรัฐประชาชนจีนมีการศึกษาเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ มีความกลัวต่อโรคโควิด 19 ในระดับรุนแรง (ร้อยละ 26.70) ปานกลาง (ร้อยละ 43.90) และน้อย (ร้อยละ 29.40) อีกทั้งมีความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (ร้อยละ 2.90) ปานกลางถึงน้อย (ร้อยละ 22.60) และไม่มีความวิตกกังวล (ร้อยละ 74.50) บุคลากรทางการแพทย์ยังมีภาวะ

ซึมเศร้าในระดับรุนแรง (ร้อยละ 0.30) ปานกลางถึงน้อย (ร้อยละ 11.80) อีกทั้งยังมีความกังวลเกี่ยวกับการขาดอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อที่เพียงพอถึงร้อยละ 61.40 (Lu, Wang, Lin, & Li, 2020) นอกจากนี้ข้อมูลจากประเทศจีนที่ได้รับผลกระทบของไวรัสโควิด-19 สูงที่สุดในการระบาดระลอกแรก ผลการสำรวจจากประชาชนทั่วไปพบว่าอาชีพพยาบาลที่เผชิญกับผู้ป่วยโดยตรง (front-line nurse) มีภาวะความหวาดวิตกอันเนื่องมาจากการระบาดของโรคสูงที่สุดอย่างมีนัยสำคัญ (Li et al., 2020)

สำหรับประเทศไทยได้มีการสำรวจสุขภาพจิตของประชาชนและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในช่วง 30 มีนาคม - 5 เมษายน 2563 พบว่าผลการประเมินระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดมาก คิดเป็นร้อยละ 9.40 และประชาชนมีความเครียดมาก คิดเป็นร้อยละ 8.10 (กรมสุขภาพจิต, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของ da Silva & Neto (2021) และ Hou et al. (2020) ระบุว่า บุคลากรทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 50.00 มีภาวะความเครียดในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 รวมทั้งประสบปัญหาการจัดการความเครียดด้วยตนเอง ในขณะที่การศึกษาก่อนหน้านี้ของ Yao et al. (2020) พบว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นกลุ่มอาชีพที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มต้น ๆ ที่ต้องสัมผัสและดูแลรักษาใกล้ชิดกับผู้ป่วย ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงานจึงทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ ใน

การศึกษาด้านความสัมพันธ์ของตัวแปรทางด้านสุขภาพจิตพบผลการศึกษาของวราวุฒิ เกรียงบุรพา, รมร เข้มประทุม, และ นลินี ภัทรากรกุล (2564) ระบุว่าบุคลากรทางการแพทย์ประมาณหนึ่งในสี่พบมีปัญหาทางสุขภาพจิตระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทางจิตกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการเผชิญปัญหา และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทางจิตใจกับความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคโควิด 19

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่เป็นการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ยังคงมีการศึกษาด้านแบบวัดสุขภาพจิตที่ครอบคลุมตัวแปรด้านความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้า ค่อนข้างน้อยเนื่องจากในช่วงเริ่มต้นของการค้นพบและการแพร่กระจายของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ นักวิชาการส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาระบาดวิทยาซึ่งได้แก่ ระดับความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างไรก็ตามพบว่า การประเมินและการดูแลสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์ยังคงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ยังคงต้องปฏิบัติหน้าที่ขณะที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อไป การประเมินสภาวะสุขภาพจิตที่มีความครอบคลุมตัวแปรด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่จะทำให้สามารถรู้เท่าทันปัญหาของบุคลากรทางการแพทย์ที่ประสบอยู่ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติของแบบวัดสภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วง

ระหว่างการเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่: กรณีศึกษาจากการระบาดของโรคโควิด 19 โดยผลที่ได้จากการศึกษานี้จะทำให้มีแบบวัดด้านสุขภาพจิตที่มีความเฉพาะและตรงกับปัญหาด้านสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในกรณีที่มีการระบาดของโรคติดเชื้ออื่นๆ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับการระบาดซ้ำของไวรัสโควิด 19 หรือโรคติดเชื้อระบาดใหม่ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณภาพของแบบวัดสภาวะสุขภาพจิตต่อการเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์: กรณีศึกษาจากการระบาดของโรคโควิด 19

กรอบแนวคิดการวิจัย

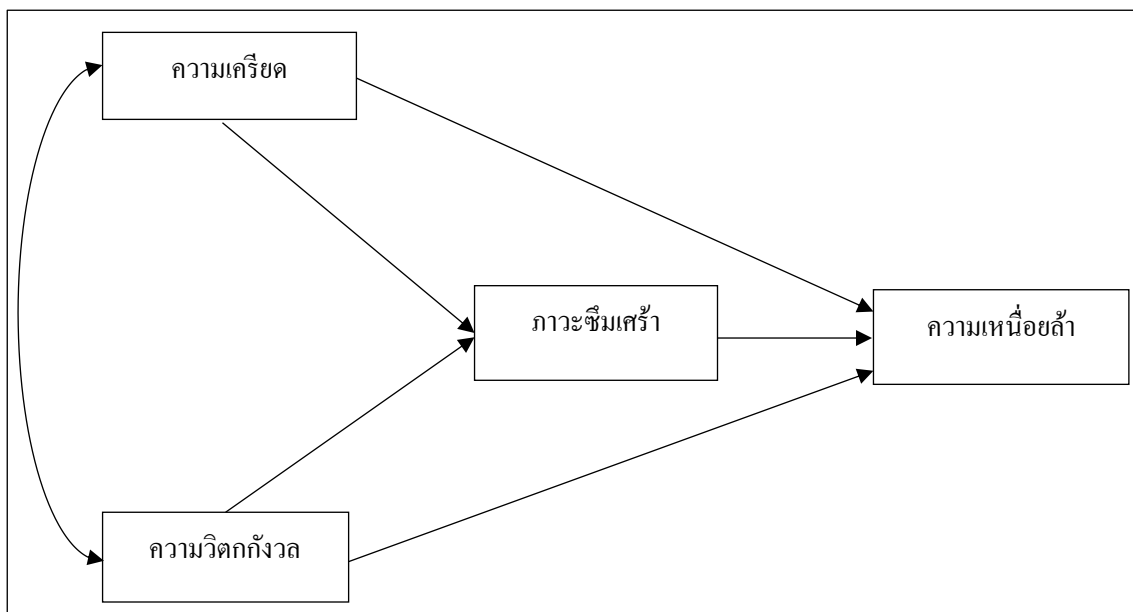
งานวิจัยที่ศึกษาในช่วงสถานการณ์โรคโควิด 19 พบว่าตัวแปรที่วัดเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพจิตส่วนใหญ่ประกอบด้วย ความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้า โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่เผชิญหน้าในการทำงานหนักยาวนานติดต่อกัน โดยพบว่าความเครียด (Stress) ได้รับผลกระทบมาจากความวิตกกังวล (Anxiety) อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และสามารถพัฒนาไปถึงขั้นภาวะซึมเศร้าได้ (Shechter et al., 2020) และมีภาวะเหนื่อยล้าในการปฏิบัติหน้าที่ร่วมด้วย (Muhammad and Hamdy, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yildirim & Solmaz (2020) ในการพัฒนาแบบวัดความเหนื่อยล้า และ

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้าจากการทำงานกับความเครียดในการเผชิญกับการระบาดของโควิด 19 ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างน้อยสำคัญ

จากผลการศึกษาของ Zhang et al. (2020) พบว่ากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มีอัตราของภาวะซึมเศร้า กังวล ความเครียด สูงกว่าบุคคลทั่วไป และมีผลการวิจัยในต่างประเทศระหว่าง พ.ศ. 2563 - 2564 ในการพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตของบุคคลในระหว่างสถานการณ์การระบาด เช่น การศึกษาของ Lee (2020) พัฒนาแบบวัดความกังวลเกี่ยวกับเชื้อโคโรนา “Coronavirus Anxiety Scale” และ Mira et al. (2020) ศึกษาพัฒนาแบบวัดความเครียดที่เกิดจากการระบาดใหญ่ของโควิด 19 และยังพบว่าบุคลากรด้านสุขภาพได้รับผลกระทบต่อภาวะ

สุขภาพจิตด้านความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ โดยแบบวัดนี้พิจารณาเฉพาะมิติด้านความเครียด นอกจากนี้ ภายใต้การระบาดของโรคมีผลกระทบต่อร์ดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง (Liu et al., 2021)

ดังนั้น ในการศึกษาและพัฒนาแบบวัดสถานะสุขภาพจิตต่อการเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ (ฉบับภาษาไทย) : กรณีสึกษาจากการระบาดของโรคโควิด 19 ครั้งนี้ได้้นำแนวคิดความสัมพันธ์ของตัวแปรทางสุขภาพจิต 4 ตัวแปรที่สัมพันธ์กัน จากการทบทวนวรรณกรรมจัดทำเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณภาพของแบบวัดสภาวะสุขภาพจิตต่อการเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์: กรณีศึกษาจากการระบาดของโรคโควิด 19

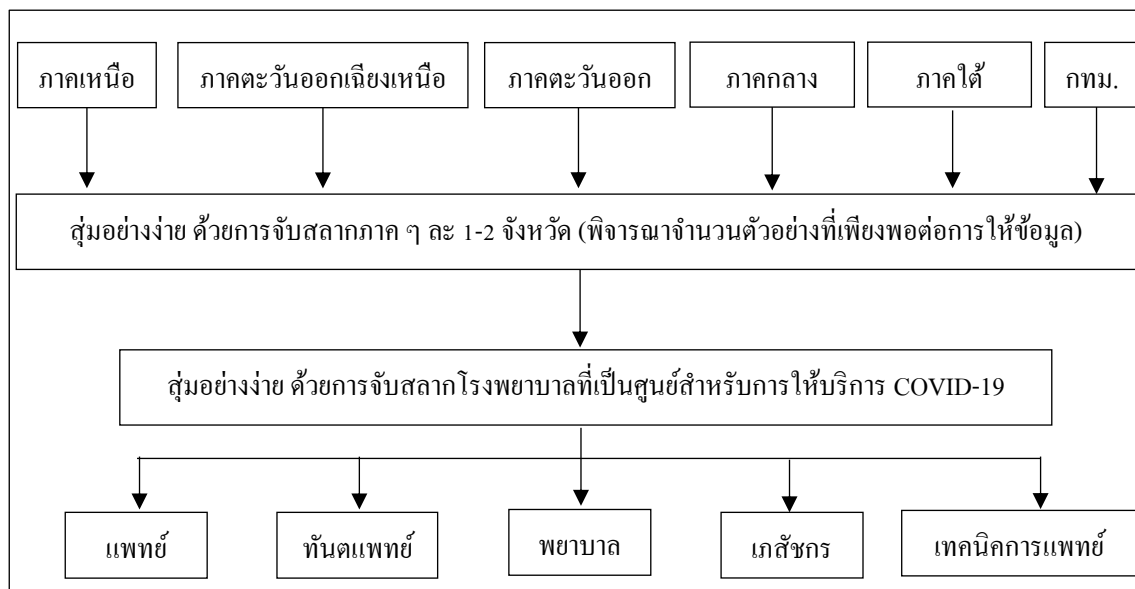
ประชากรในการวิจัย คือ บุคลากรทางการแพทย์ประกอบด้วย 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเทคนิคการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานด้านหน้าหรือมีโอกาสดูแลในการสัมผัสผู้ป่วยที่เข้ามาตรวจในโรงพยาบาลของประเทศไทย ขณะที่มีการระบาดของ COVID-19 ช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเทคนิคการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานด้านหน้าหรือมีโอกาสดูแลในการสัมผัสผู้ป่วยที่เข้ามาตรวจในโรงพยาบาลของประเทศไทย ขณะที่มีการระบาดของ COVID-19 ช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2564 ซึ่งดำเนินการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยยึดหลักดังนี้ 1) ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดที่ยอมรับได้ต้องมีค่ามากกว่า 200 (Hoelter, 1983) 2) จำนวนจากสูตรอัตราส่วน 10 - 20 เท่าของ 1 ตัวแปรสังเกตได้หรือจำนวนข้อคำถาม (Hair et al., 2010) ดังนั้นสำหรับการวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 580 คน (20 เท่าของ 29 ข้อคำถาม) ซึ่งเพิ่มเติมจำนวน 87 คน สำหรับการสูญหายที่เกิดขึ้น 15% จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 667 คน และเมื่อพิจารณาความครบถ้วนของข้อมูลได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 659 คน จากนั้นดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนเพื่อกำหนดการเป็นตัวแทนของอาสาสมัครผู้เข้าร่วม

การวิจัย ซึ่งการวิจัยนี้ กำหนดขอบเขตการศึกษากระจายตามภูมิภาคของประเทศไทย 5 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ รวมถึงกรุงเทพมหานคร รวมเป็น 6 แหล่ง แหล่งละประมาณ 100 คน รวมเป็น 600 ตัวอย่าง แบ่งเป็น 5 กลุ่มวิชาชีพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเทคนิคการแพทย์ กลุ่มละ 120 คน ดำเนินการสุ่มจังหวัดและสุ่มโรงพยาบาล และสุ่มจำนวนตัวอย่าง จากคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกตามที่ได้ระบุไว้ ดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ใช้การเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์ลักษณะ Google form กระจายโดยแสดงขั้นตอนการได้มาของตัวอย่างในการวิจัยดังภาพที่ 2

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ทีมผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกับกลุ่มตัวอย่างด้วยการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามหนังสือรับรองเลขที่ COA No. 062/2564 ทีมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะมีสิทธิตัดสินใจในการเข้าร่วมอย่างอิสระ ภายหลังการอ่านข้อมูลชี้แจงการเข้าร่วมโครงการวิจัยซึ่งสามารถตัดสินใจ กดเลือกยินยอม เข้าร่วมโครงการวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้สนใจเข้าร่วมวิจัย



ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแบบวัดสถานะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์

1. การสร้างข้อคำถามของแบบวัดเริ่มต้นจากการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์ข้อมูล

1) การทบทวนวรรณกรรม ดำเนินการคัดเลือกบทความวิจัยที่มีตัวอย่างในการวิจัยเป็นบุคลากรทางการแพทย์ และมีค่าความเที่ยง (reliability) แบบความสอดคล้องกลมกลืนภายใน (internal consistency) จากค่า Cronbach's alpha สามารถนำไปสังเคราะห์ได้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยที่ศึกษาในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด 19 ระหว่างปี 2019 - 2021 การดำเนินงานในส่วนนี้เก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยจากฐานข้อมูล

ต่าง ๆ ทั้งในประเทศไทย เช่น TCI และวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ และในต่างประเทศ เช่น Web of Sci, Scopus และ PubMed โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ (1) การระบุงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้คำสืบค้น ได้แก่ "covid" "medical worker" "medical staff" "mental health" "stress anxiety" และ "burnout" ดำเนินการสืบค้นสิ้นสุดในเดือนเมษายน 2564 พบจำนวนบทความที่เกี่ยวข้องจำนวน 14,521 เรื่อง (2) การคัดกรอง (screening) หลังจากได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว คณะผู้วิจัยพิจารณาความเกี่ยวข้องของเนื้อหาโดยการอ่านหัวข้อของงานวิจัยและคัดเลือกงานวิจัยที่สอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้ มีบทความที่ถูกคัดออกจำนวน 3,088 เรื่อง โดยบทความที่คัดออกมีคุณลักษณะ

ได้แก่ 1) เป็นบทความที่ซ้ำซ้อน จำนวน 1,537 เรื่อง 2) เนื้อหาไม่เกี่ยวข้อง จำนวน 950 เรื่อง 3) ตัวอย่างที่ศึกษาไม่เกี่ยวข้อง จำนวน 487 เรื่อง 4) ไม่ใช่บทความภาษาอังกฤษ จำนวน 73 เรื่อง และ 5) ศึกษากลุ่มเฉพาะ 41 เรื่อง เหลือบทความที่นำไปพิจารณาจำนวน 510 เรื่อง (3) การตรวจสอบคุณสมบัติ (eligibility) เป็นการนำบทความที่ผ่านขั้นตอนการคัดกรองมาอ่านอย่างละเอียดเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการนำไปสังเคราะห์งานวิจัยต่อไป มีบทความที่ถูกคัดออกเนื่องจากไม่ใช่บทความวิจัย จำนวน 146 เรื่อง ไม่มีค่าสถิติหรือเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 41 เรื่อง ค่าสถิติไม่เหมาะสมในการสังเคราะห์ จำนวน 101 เรื่อง ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิต จำนวน 32 เรื่อง เป็นงานสังเคราะห์การวิจัย จำนวน 45 เรื่อง และศึกษาผสมระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลทั่วไป จำนวน 15 เรื่อง มีบทความที่จะนำไปใช้ในการสังเคราะห์ตัวแปรงานวิจัยและเครื่องมือวิจัยจำนวน 122 เรื่อง (4) การคัดเลือก (included) งานวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติโดยเป็นเรื่องที่เหมาะสมในการนำมาสังเคราะห์คุณสมบัติทางจิตมิติเพื่อออกแบบเครื่องมือในการวิจัย จำนวน 61 เรื่อง ได้แก่ ความเครียด จำนวน 15 เรื่อง ภาวะซึมเศร้า จำนวน 19 เรื่อง ความเครียด จำนวน 21 เรื่อง และความเหนื่อยล้า จำนวน 6 เรื่อง

2) การวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัย เป็นการวิเคราะห์คุณลักษณะทางจิตมิติอภิมาน (meta psychometric property) โดยค่าสถิติที่นำมาใช้ในการสังเคราะห์คือค่าความเที่ยง (reliability)

แบบความสอดคล้องกลมกลืนภายใน (internal consistency) จากค่า Cronbach's alpha เมื่อพิจารณาเครื่องมือการวัดในงานวิจัยที่เก็บรวบรวมมาได้พบว่า ไม่มีเครื่องมือวัดที่ครอบคลุมสุขภาพจิตทั้ง 4 ด้านรวมอยู่ในเครื่องมือเดียวกันแต่ยังคงแยกการวัดออกเป็นรายด้านโดยพิจารณาพบว่า ด้านความเครียดเครื่องมือที่ถูกนำมาประเมินความเครียดมากที่สุดสามลำดับแรก ได้แก่ Depression Anxiety Stress Scale (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995) Perceived stress scale (PSS) (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) และ Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) (Bride et al. (2004) ตามลำดับ เครื่องมือที่ถูกนำมาศึกษาภาวะซึมเศร้าสามลำดับแรก ได้แก่ Patient Health Questionnaire (PHQ) (Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2010) Depression Anxiety Stress Scale (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995) และ Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) (Bride, Robinson, Yegidis, & Figley, 2004) ตามลำดับ เครื่องมือที่ถูกนำมาศึกษาความวิตกกังวลสามลำดับแรก ได้แก่ Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD) (Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006) Depression Anxiety Stress Scale (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995) และ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) ตามลำดับ และ เครื่องมือที่ถูกนำมาใช้ในการศึกษาความเหนื่อยล้าสองลำดับแรก ได้แก่ Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach, Jackson, & Leiter, 1997) และ The Professional Quality of Life (ProQOL) (Galiana, Arena, Oliver, Sansó, & Benito, 2017) ตามลำดับ

ทั้งนี้ การสังเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยพิจารณาจากงานวิจัยที่รายงานค่าความเที่ยง และศึกษาเฉพาะเครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไปเท่านั้น เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษา จำนวนงานวิจัยศึกษาและที่รายงานค่าความเที่ยงแสดงดังตารางที่ 1

3) การพัฒนาและปรับปรุงแบบวัด จากผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเงื่อนไขการเลือกใช้แบบวัดจากการสังเคราะห์ Cronbach's alpha ลำดับที่ถูกลำไว้ในงานวิจัย ความสอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ในประเทศไทย รวมทั้งบริบทของคนไทย ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าข้อคำถามในแบบวัดจึงประกอบด้วย แบบวัดความเครียดและซึมเศร้า เป็นการนำข้อคำถามของแบบวัด Depression, Anxiety and Stress Scale 21 Items; DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995) ทั้งนี้จะนำมาเฉพาะแบบวัดภาวะซึมเศร้า 7 ข้อและแบบวัดความเครียด 7 ข้อซึ่งเพิ่มจำนวนข้อคำถามมา 1 ข้อ เนื่องจากการสอบถามที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับสถานการณ์โควิด 19 แบบวัดความกังวล 7 ข้อ (Generalized Anxiety Disorder: GAD-7) (Spitzer et al., 2006) และความเหนื่อยล้า ซึ่งแบบวัดด้านนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจาก COVID-19 Burnout Scale (COVID-19-BS) ของ Yildirim & Solmaz (2020) ที่เป็นแบบวัด 7 ข้อ มีพื้นฐานการพัฒนามาจาก the Burnout Measure-Short Version (Malach-Pines, 2005) ซึ่งมีข้อคำถามรวมทั้งสิ้นเท่ากับ 29 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการแปลชุดแบบวัดความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความเหนื่อยล้า เป็น

ภาษาไทยด้วยวิธีตามมาตรฐานการแปลจากภาษาอังกฤษและเป็นภาษาไทย (forward-backward translation method) โดยได้เพิ่มข้อความเกี่ยวกับสถานการณ์การเผชิญกับการแพร่ระบาดโควิด 19 จากนั้นการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบวัดที่พัฒนาขึ้นด้วยดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือคัดกรองและเครื่องมือประเมินด้านสุขภาพจิตจำนวน 3 ท่าน โดยผลการประเมินแต่ละข้อคำถามควรมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบคุณสมบัติของแบบวัดสภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์

1) ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัด (construct validity) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis; CFA) โดยกำหนดเกณฑ์ความสอดคล้องของข้อมูลกับทฤษฎี ใช้ค่าดัชนีในการตัดสินความสอดคล้อง (fit indices) ได้แก่ 1) root mean square error of approximation (RMSEA) น้อยกว่าเท่ากับ .06 2) sample standardized root mean squared residual (SRMR) น้อยกว่าเท่ากับ .80 3) comparative fit index (CFI) มากกว่า .95 และ 4) Tucker-Lewis index (TLI) มากกว่า .95

2) ทดสอบความตรงแบบทดสอบกับกลุ่มที่ทราบแน่ชัด (known-group validity) เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือว่าสามารถจำแนกกลุ่มผู้ที่มีคุณลักษณะแตกต่างกันตามประเด็นที่วัดได้

ตารางที่ 1 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษา จำนวนงานวิจัยศึกษาและที่รายงานค่าความเที่ยง

เครื่องมือ	ผู้ออกแบบเครื่องมือ	จำนวน บทความ	จำนวน บทความที่ รายงาน ค่าความเที่ยง
ความเครียด (stress)			
Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*	Lovibond & Lovibond (1995)	13	6
Perceived stress scale (PSS)*	Cohen, Kamarck, & Mermelstein (1983)	9	4
Secondary Traumatic Stress Scale (STSS)	Bride et al. (2004)	4	3
The Impact of Event Scale – Revised (IES-R)*	Weiss & Marmar (1997)	4	2
Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)	Hansen et al. (2010)	4	1
Post-traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C)	Weathers et al. (1993) อ้างอิงใน Ruggiero, Ben, Scotti, & Rabalais (2003)	3	1
อื่น ๆ		19	-
ภาวะซึมเศร้า (depress)			
Patient Health Questionnaire (PHQ)*	Kroenke et al. (2010)	30	8
Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*	Lovibond & Lovibond (1995)	17	8
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*	Zigmond & Snaith (1983)	6	3
self-rating depression scale (SDS)	Zung (1965)	4	0
อื่น ๆ		17	-
ความวิตกกังวล (anxiety)			
Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD)*	Spitzer et al. (2006)	27	9
Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*	Lovibond & Lovibond (1995)	13	8
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*	Zigmond & Snaith (1983)	11	3
Self-rating Anxiety Scale (SAS)*	Zung et al. (1990)	8	3

ตารางที่ 1 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษา จำนวนงานวิจัยศึกษาและที่รายงานค่าความเที่ยง (ต่อ)

เครื่องมือ	ผู้ออกแบบเครื่องมือ	จำนวน บทความ	จำนวน บทความที่ รายงาน ค่าความเที่ยง
The Hamilton rating scale for anxiety (HAMA)*	Hamilton M (1959)	5	2
State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Öner and Le Compte (1998)	5	2
Patient Health Questionnaire (PHQ)	Kroenke et al. (2010)	3	0
อื่น ๆ		17	-
ความเหนื่อยล้า (burnout)			
Maslach Burnout Inventory (MBI)*	Maslach, Jackson, & Leiter (1997)	6	3
The Professional Quality of Life (ProQOL)*	Galiana et al. (2017)	3	3
อื่น ๆ		3	-

3) ทดสอบความเที่ยงของแบบวัดว่ามีความสอดคล้องด้วยการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบวัดรายองค์ประกอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแต่ละองค์ประกอบควรมีค่ามากกว่า 0.70

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์เกณฑ์จุดตัด (cut-off criteria) ของแบบวัดสภาวะสุขภาพจิตเพื่อนำไปใช้ การกำหนดเกณฑ์จุดตัดพิจารณาเปรียบเทียบจุดตัดตามข้อมูลเชิงประจักษ์ (empirical data) โดยใช้คะแนนทำนายลักษณะการตอบตามตัวเลือกในแต่ละข้อจากตัวแปรแฝงที่สร้างจากคะแนนรวม เทียบกับการกำหนดจุดตัดตามทฤษฎี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบตัวแปรสังเกตได้เพื่อนำข้อมูลสู่การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ความตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) พิจารณาจากดัชนีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ การตรวจสอบความตรงแบบทดสอบกับกลุ่มที่ทราบแน่ชัด (known-group validity) ด้วยการวิเคราะห์ความแตกต่างด้วย dependent t-test และทดสอบความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในโดยวิเคราะห์ Cronbach's alpha coefficient

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 659 คน โดยข้อมูลส่วนใหญ่มาจากกรุงเทพมหานครจำนวน 176 คน (ร้อยละ 26.71) และภาคกลาง 170 คน (ร้อยละ 25.80) และลำดับถัดมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 54 คน (ร้อยละ 8.19) ประกอบด้วย 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ 63 คน (ร้อยละ 9.55) ทันตแพทย์ 87 คน (ร้อยละ 13.20) เภสัชกร 109 คน (ร้อยละ 16.54) พยาบาล 312 คน (ร้อยละ 47.34) และเทคนิคการแพทย์ 88 คน (ร้อยละ 13.35) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 552 คน (ร้อยละ 83.76) เป็นตำแหน่งเป็นผู้ปฏิบัติงานจำนวน 563 คน (ร้อยละ 85.43) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 522 คน (ร้อยละ 79.21) สถานภาพโสดจำนวน 404 คน (ร้อยละ 61.31) พักอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว 2 - 4 คนจำนวน 428 คน (ร้อยละ 64.95) ไม่มีบุตร จำนวน 448 คน (ร้อยละ 67.98) และไม่มีเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ในครอบครัว จำนวน 522 คน (ร้อยละ 79.21)

2. ผลการทดสอบคุณสมบัติของแบบวัด

สถานะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์

การศึกษานี้ดำเนินการทดสอบคุณสมบัติในด้านต่าง ๆ ของแบบวัดสถานะสุขภาพจิตและมีผลการวิเคราะห์ดังนี้

2.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดสถานะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์จำนวนทั้งสิ้น 29 ข้อ โดยแบ่งออกเป็นรายด้านย่อย ได้แก่ ความวิตกกังวล 7 ข้อ ความเครียด 8 ข้อ ภาวะ

ซึมเศร้า 7 ข้อ ความเหนื่อยล้า 7 ข้อ เมื่อผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพบว่า ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.60 - 1.00

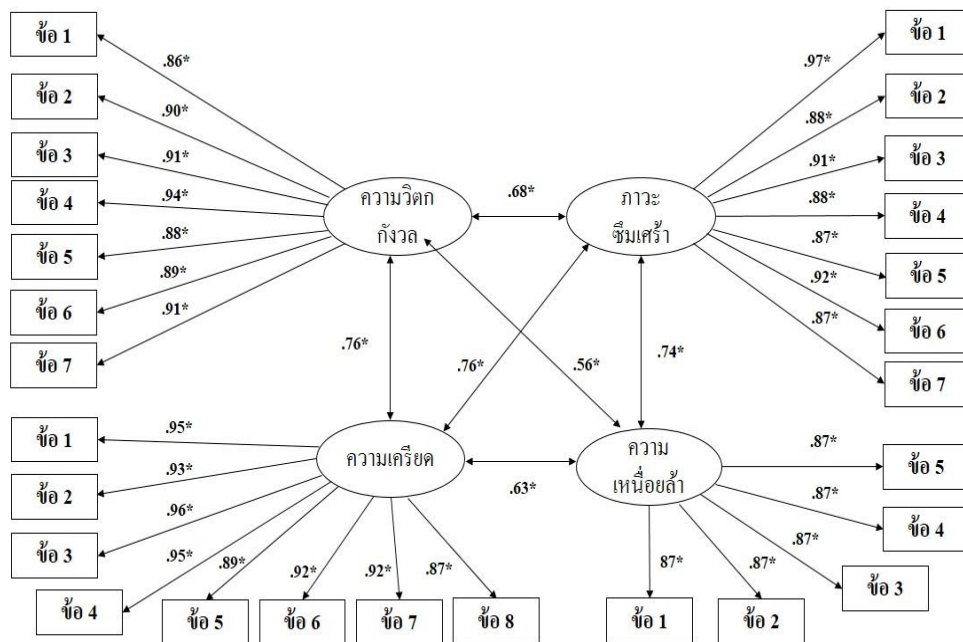
2.2 ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) จากองค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA)

2.2.1 ผลการวิเคราะห์ด้วยทฤษฎี

การตอบสนองข้อคำถาม (item-response theory) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (fit indices) ของแบบวัดที่สร้างขึ้นเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบบวัดด้านความเหนื่อยล้ามีการตัดข้อคำถามสองข้อ (ข้อ 1 และ 7) เนื่องจากมีค่าสารสนเทศน้อยและเพื่อให้มีค่าดัชนีที่ดีขึ้น ซึ่งหากพิจารณารายละเอียดพบว่าข้อคำถามข้อที่ 1 “ฉันรู้สึกเหนื่อย” และข้อที่ 7 “ฉันรู้สึกว่ามีปัญหาด้านการนอนหลับ” ทั้งสองคำถามมุ่งเน้นสอบถามอาการทางกายที่บางครั้งผู้ตอบเกิดความสับสนว่าเกิดจากอาการด้านสุขภาพจิตหรือมาจากสุขภาพกายที่แท้จริง จึงทำให้ไม่สอดคล้องกับการวัดในครั้งนี้ ค่าดัชนีความสอดคล้องที่เป็นไปตามเกณฑ์ ได้แก่ ค่า SRMR มีค่าต่ำกว่า 0.08 ค่า TLI และ CFI มีค่าสูงกว่า 0.95 ยกเว้นค่า TLI ของแบบวัดด้านความวิตกกังวลมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อยคือ 0.94 อย่างไรก็ตามค่า RMSEA ทุกด้านของแบบวัดมีค่าสูงกว่าเกณฑ์ที่ 0.08 อีกทั้งเมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่าค่าดัชนี RMSEA หลายข้อมีค่าต่ำกว่า 0.08 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์เนื่องจากค่าดัชนีส่วนใหญ่บ่งชี้ว่าโมเดลเชิงทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลจึงถือว่าแบบวัดมีความตรงเชิงโครงสร้าง ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลเชิงทฤษฎีกับข้อมูลตามทฤษฎีการตอบสนองข้อคำถามแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลเชิงทฤษฎีกับข้อมูลตามทฤษฎีการตอบสนองข้อคำถาม

ข้อคำถามรายด้าน	M2	df	p	RMSEA	SRMSR	TLI	CFI
ความวิตกกังวล	323.82	14	< .01	0.18	0.04	0.95	0.96
ความเครียด	201.15	20.00	< .01	0.12	0.04	0.98	0.98
ภาวะซึมเศร้า	275.31	14.00	< .01	0.17	0.05	0.95	0.97
ความเหนื่อยล้า							
- ก่อนตัดข้อคำถาม	334.44	14.00	< .01	0.19	0.07	0.92	0.94
- หลังตัดข้อคำถาม (1,7)	76.85	5.00	< .01	0.15	0.05	0.96	0.98



RMSEA < .05; CFI > .95; TLI > .95; Gamma hat > .95; NCI > 0.90

ภาพที่ 3 ผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลแบบวัดสภาวะสุขภาพจิต

นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) พบว่า โมเดลที่สร้างจากทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูล ดังแสดงผลลัพธ์ ($\chi^2(273) = 714.78, p < .01$, RMSEA = .05, CFI = 1.00, TLI = .99, Gamma Hat = .95, NCI = 1.00) โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (standardized factor loadings) ของข้อมูล มีค่ามากกว่าศูนย์อย่างมีนัยสำคัญ และหากวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านความวิตกกังวลมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .86 ถึง .91 ความเครียดมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .87 ถึง .96 ภาวะซึมเศร้ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .87 ถึง .97 และความเหนื่อยล้ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .80 ถึง .95 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแสดงดังภาพที่ 3

2.2.2 ความตรงแบบทดสอบกับกลุ่มที่ทราบแน่ชัด (known-group validity) ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือวัดสุขภาพจิตในระดับตัวแปรสังเกตได้ (observed variables) ด้วยวิธีการหาความตรงแบบกลุ่มที่ทราบแน่ชัด (known-group validity) ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างด้วย dependent t-test พบว่า คะแนนของแบบวัดเมื่อสถานการณ์คลั่งคลายเป็นค่าต่ำกว่าสถานการณ์วิกฤติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปร ได้แก่ 1) ด้านความวิตกกังวล คะแนนสถานการณ์วิกฤติ ($M = 1.60, SD = 1.20$) เมื่อเทียบกับสถานการณ์คลั่งคลายเป็น ($M = 0.97, SD = 0.93$) ($t(77) = 8.19, p < .01$) โดยที่มีค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ระดับมาก ($d = .93$) 2) ด้านความเครียด คะแนนสถานการณ์วิกฤติ ($M = 1.59, SD = 1.20$)

เมื่อเทียบกับสถานการณ์คลั่งคลายเป็น ($M = 0.91, SD = 0.83$) ($t(77) = 8.15, p < .01$) โดยที่มีค่าขนาดอิทธิพลระดับมาก ($d = .92$) 3) ด้านภาวะซึมเศร้า คะแนนสถานการณ์วิกฤติ ($M = 1.13, SD = 1.16$) เมื่อเทียบกับสถานการณ์คลั่งคลายเป็น ($M = 0.62, SD = 0.86$) ($t(77) = 5.91, p < .01$) โดยที่มีค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ($d = .67$) 4) ด้านความเหนื่อยล้า คะแนนสถานการณ์วิกฤติ ($M = 1.35, SD = 1.35$) เมื่อเทียบกับสถานการณ์คลั่งคลายเป็น ($M = 0.79, SD = 1.01$) ($t(77) = 6.73, p < .01$) โดยที่มีค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ($d = .76$) ดังนั้นสภาวะสุขภาพจิตเมื่อพิจารณารายด้านของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในช่วงที่เผชิญกับสถานการณ์วิกฤติและสถานการณ์คลั่งคลายเป็นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มที่ทราบแน่ชัด สรุปดังตารางที่ 3

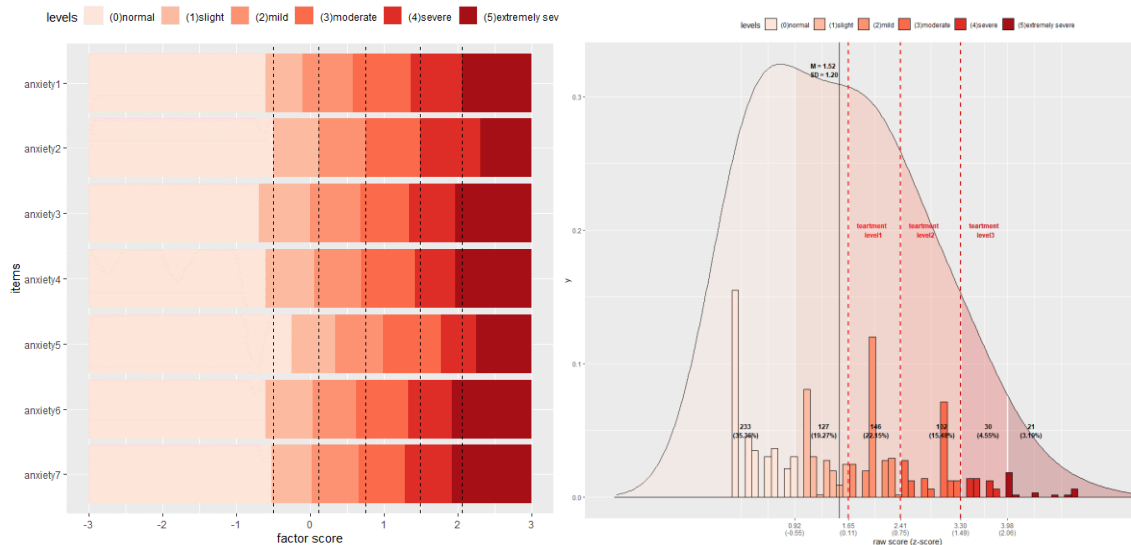
2.3 ความเที่ยงของแบบวัด ความสอดคล้องด้วยการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability)

ผลการวิเคราะห์แบบวัดด้านความวิตกกังวลพบว่าข้อมูลจากข้อคำถามมีความสอดคล้องกันโดยมีค่าความเที่ยงระดับดีมาก ($\alpha = .96$) ผลการวิเคราะห์แบบวัดด้านความเครียดพบว่าข้อมูลจากข้อคำถามมีความสอดคล้องกันโดยมีค่าความเที่ยงระดับดีมาก ($\alpha = .97$) ผลการวิเคราะห์แบบวัดด้านภาวะซึมเศร้าพบว่าข้อมูลจากข้อคำถามมีความสอดคล้องกันโดยมีค่าความเที่ยงระดับดีมาก ($\alpha = .96$) ผลการวิเคราะห์แบบวัดด้านความเหนื่อยล้าพบว่าข้อมูลจากข้อคำถามมีความสอดคล้องกันโดยมีค่าความเที่ยงระดับดีมาก ($\alpha = .93$)

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มที่ทราบแน่ชัด

	M	SD	SK	KU	t	p	d
ความวิตกกังวล							
สถานการณ์วิกฤติ	1.60	1.20	0.53	-0.7	8.19	< .01	0.93
สถานการณ์คลี่คลาย	0.97	0.93	0.86	0.04			
ความเครียด							
สถานการณ์วิกฤติ	1.59	1.20	0.61	-0.63	8.15	< .01	0.92
สถานการณ์คลี่คลาย	0.91	0.83	0.91	0.8			
ภาวะซึมเศร้า							
สถานการณ์วิกฤติ	1.13	1.16	0.86	-0.42	5.91	< .01	0.67
สถานการณ์คลี่คลาย	0.62	0.86	1.59	1.73			
ความเหนื่อยล้า							
สถานการณ์วิกฤติ	1.35	1.35	0.72	-0.72	6.73	< .01	0.76
สถานการณ์คลี่คลาย	0.79	1.01	1.40	2.08			

หมายเหตุ : n = 78, degree of freedom (df) = 76



ภาพที่ 4 ผลการวิเคราะห์เกณฑ์จุดตัด โดยคณะผู้วิจัยเทียบกับคะแนนทำนายจากตัวแปรแฝง (ซ้าย) และการแจกแจงของตัวอย่างตามจุดตัด (ขวา) ตัวแปรความวิตกกังวล

3. ผลการวิเคราะห์เกณฑ์จุดตัดของแบบวัดสถานะสุขภาพจิตเพื่อนำไปใช้

การกำหนดจุดตัดโดยคณะผู้วิจัย ซึ่งผลการวิเคราะห์แบ่งออกตามสุขภาพจิตแต่ละประเภท 1. ความวิตกกังวล 2. ความเครียด 3. ภาวะซึมเศร้า และ 4. ความเหนื่อยล้า ผลการวิเคราะห์จุดตัดตามทฤษฎีและจุดตัดโดยคณะผู้วิจัยโดยมีรายละเอียดรายด้านดังต่อไปนี้

3.1 ข้อคำถามที่วัดความวิตกกังวล 7 ข้อ

ผลการทำนายลักษณะการตอบตามการกำหนดจุดตัดโดยทีมผู้วิจัย ผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงความวิตกกังวลเท่ากับ 0.92 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 1 ถึง ข้อ 7 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อยที่สุด น้อยที่สุด น้อยที่สุด น้อย น้อยที่สุด และน้อยที่สุด ตามลำดับ ผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงความวิตกกังวลเท่ากับ 1.65 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 1 ถึง ข้อ 7 ได้แก่ น้อย น้อย น้อย น้อย น้อยที่สุด น้อย และน้อย ตามลำดับ ผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงความวิตกกังวลเท่ากับ 2.41 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 1 ถึง ข้อ 7 ได้แก่ ปานกลาง ปานกลาง ปานกลาง ปานกลาง น้อย ปานกลาง และปานกลาง ตามลำดับ ผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงความวิตกกังวลเท่ากับ 3.30 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 1 ถึง ข้อ 7 ได้แก่ มาก มาก มาก มาก ปานกลาง มาก และมาก ตามลำดับ และผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงความวิตกกังวลเท่ากับ 3.98 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 1 ถึง ข้อ 7 ได้แก่ มากที่สุด มาก มากที่สุด มากที่สุด มาก มากที่สุด และมากที่สุด ตามลำดับ เมื่อแบ่งกลุ่มจะสามารถแบ่งได้ 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) ระดับปกติ 233 คน ($M = 0.26$, $SD = 0.30$) 2) ระดับ

น้อยที่สุด 127 คน ($M = 1.20$, $SD = 0.21$) 3) ระดับน้อย 146 คน ($M = 2.10$, $SD = 0.16$) 4) ระดับปานกลาง 102 คน ($M = 2.87$, $SD = 0.27$) 5) ระดับมาก 30 คน ($M = 3.60$, $SD = 0.15$) และ 6) ระดับมากที่สุด 21 คน ($M = 4.31$, $SD = 0.42$) ดังแสดงตามภาพที่ 4

3.2 ข้อคำถามที่วัดความเครียด 8 ข้อ

ผลการทำนายลักษณะการตอบตามการกำหนดจุดตัดโดยทีมผู้วิจัย ผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงความเครียดเท่ากับ -0.56 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 1 ถึง ข้อ 8 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อยที่สุด น้อยที่สุด ไม่มีอาการ น้อยที่สุด น้อยที่สุด น้อยที่สุด และน้อยที่สุดตามลำดับ ผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงความเครียดเท่ากับ 0.16 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 1 ถึง ข้อ 8 ได้แก่ น้อย น้อย น้อย น้อย น้อย น้อย น้อย และน้อย ตามลำดับ ผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงความเครียดเท่ากับ 0.80 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 1 ถึง ข้อ 8 ได้แก่ ปานกลาง ปานกลาง น้อย ปานกลาง ปานกลาง ปานกลาง และปานกลางตามลำดับ ผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงความเครียดเท่ากับ 1.45 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 1 ถึง ข้อ 8 ได้แก่ มาก ปานกลาง มาก ปานกลาง มาก ปานกลาง มาก และมากตามลำดับ และผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงความเครียดเท่ากับ 2.20 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 1 ถึง ข้อ 8 ได้แก่ มาก มากที่สุด มากที่สุด มาก มากที่สุด มากที่สุด มากที่สุด และมากที่สุดตามลำดับ เมื่อแบ่งกลุ่มจะสามารถแบ่งได้ 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) ระดับปกติ 211 คน ($M = 0.20$, $SD = 0.24$) 2) ระดับน้อยที่สุด 172 คน ($M = 1.17$, $SD = 0.23$)

3) ระดับน้อย 127 คน ($M = 2.04$, $SD = 0.13$) 4) ระดับปานกลาง 92 คน ($M = 2.90$, $SD = 0.19$) 5) ระดับมาก 47 คน ($M = 3.52$, $SD = 0.28$) และ 6) ระดับมากที่สุด 10 คน ($M = 4.62$, $SD = 0.39$)

3.3 ข้อคำถามที่วัดภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ

ผลการทำนายลักษณะการตอบตามการกำหนดจุดตัดโดยทีมผู้วิจัย ผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.11 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 1 ถึง ข้อ 7 คือ น้อยที่สุดทุกข้อคำถาม ผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.64 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 1 ถึง ข้อ 7 คือ น้อยทุกข้อคำถาม ผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 1.26 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 1 ถึง ข้อ 7 คือ ปานกลางทุกข้อคำถาม ผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 1.76 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 1 ถึง ข้อ 7 ได้แก่ มาก ปานกลาง มาก ปานกลาง มาก มาก และมาก ตามลำดับ และผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 2.36 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 1 ถึง ข้อ 7 คือ มากที่สุดทุกข้อคำถาม เมื่อแบ่งกลุ่มจะสามารถแบ่งได้ 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) ระดับปกติ 426 คน ($M = 0.40$, $SD = 0.40$) 2) ระดับน้อยที่สุด 49 คน ($M = 1.48$, $SD = 0.14$) 3) ระดับน้อย 107 คน ($M = 2.08$, $SD = 0.16$) 4) ระดับปานกลาง 43 คน ($M = 2.86$, $SD = 0.17$) 5) ระดับมาก 20 คน ($M = 3.34$, $SD = 0.16$) และ 6) ระดับมากที่สุด 14 คน ($M = 4.30$, $SD = 0.52$)

3.4 ข้อคำถามที่วัดความเหนื่อยล้า 5 ข้อ (ตัดข้อ 1 และ 7)

ผลการทำนายลักษณะการตอบตามการ

กำหนดจุดตัดโดยคณะผู้วิจัย ผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงความเหนื่อยล้าเท่ากับ -0.17 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 2 ถึง ข้อ 6 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อยที่สุด น้อยที่สุด น้อยที่สุด และไม่มีอาการตามลำดับ ผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงความเหนื่อยล้าเท่ากับ 0.37 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 2 ถึง ข้อ 6 ได้แก่ น้อย น้อย น้อย น้อย และน้อยที่สุดตามลำดับ ผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงความเหนื่อยล้าเท่ากับ 0.95 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 2 ถึง ข้อ 6 ได้แก่ ปานกลาง ปานกลาง ปานกลาง ปานกลาง และน้อยตามลำดับ ผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงความเหนื่อยล้าเท่ากับ 1.54 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 2 ถึง ข้อ 6 ได้แก่ มาก มาก มากที่สุด มากที่สุด และมากตามลำดับ และผู้ที่มีคะแนนตัวแปรแฝงความเหนื่อยล้าเท่ากับ 2.10 จะมีรูปแบบการตอบข้อคำถามข้อ 2 ถึง ข้อ 6 ได้แก่ มากที่สุด มากที่สุด มากที่สุด มากที่สุด และมากตามลำดับ เมื่อแบ่งกลุ่มจะสามารถแบ่งได้ 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) ระดับปกติ 349 คน ($M = 0.38$, $SD = 0.39$) 2) ระดับน้อยที่สุด 79 คน ($M = 1.36$, $SD = 0.15$) 3) ระดับน้อย 126 คน ($M = 2.09$, $SD = 0.17$) 4) ระดับปานกลาง 54 คน ($M = 2.88$, $SD = 0.17$) 5) ระดับมาก 21 คน ($M = 3.41$, $SD = 0.17$) และ 6) ระดับมากที่สุด 30 คน ($M = 4.15$, $SD = 0.39$)

การอภิปรายผล

การพัฒนาแบบวัดสภาวะสุขภาพจิตต่อการเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์: กรณีศึกษาจากการระบาดของโรคโควิด 19 เป็นการศึกษาที่เริ่มต้นจากการทบทวน

วรรณกรรมและสังเคราะห์ข้อมูล ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตประกอบด้วย ความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้า และเมื่อมีสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด 19 เกิดขึ้น พบว่ามีการนำแบบวัดที่ใช้โดยเน้นความเฉพาะและเหมาะสมกับปัจจัยนั้น ๆ โดยการศึกษาครั้งนี้ นำแบบวัดภาวะสุขภาพจิตมาใช้โดยรวม 4 ด้าน ดังนี้ ด้านวิตกกังวล นำแบบวัด 7 ข้อ (GAD-7) (Spitzer et al., 2006) มาใช้ เนื่องจากแบบวัดนี้เกี่ยวข้องกับความกังวลของสถานการณ์โควิด 19 ในอันดับต้นๆที่ถูกนำมาใช้ประเมินความกังวลของบุคคลทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ต่อสถานการณ์โควิดทั่วโลก นอกจากนี้แบบวัดนี้สามารถประเมินอาการแสดงที่เกิดขึ้น แม้ว่ามีจำนวนข้อคำถามน้อยแต่ครอบคลุมอาการทางกาย ความรู้สึก อารมณ์ จิตใจ (Alenazi et al., 2020; Bäuerle et al., 2020; Kubb & Foran, 2020; Hyland et al., 2020; Mosolova, Chung, Sosin, & Mosolov, 2020) อีกทั้งแบบวัดความกังวล GAD-7 สามารถจำแนกบุคคลที่มีอาการกังวลได้มากกว่าแบบวัดความกังวลที่อยู่ใน DASS-Anxiety ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Peters et al., 2021) หากพิจารณาข้อคำถามจะพบว่า เมื่อประเมินโดยใช้ DASS-Anxiety จะใช้ภาษาที่เฉพาะเจาะจงสำหรับโรคตื่นตระหนก (panic disorder) และความวิตกกังวลที่คาดการณ์ล่วงหน้า ในลักษณะเสียขวัญซึ่งเน้นไปที่ความตื่นตระหนกมากกว่า ในขณะที่ GAD-7 ใช้คำถามที่เป็นศัพท์ที่รวมอาการความกังวล หรืออาการของโรควิตกกังวลโดยมุ่งเน้นที่ความกังวลมากขึ้น (Spitzer et al., 2006; Peters et al., 2021)

ทั้งนี้แบบวัดความวิตกกังวลมีคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยง (Cronbach's Alpha) แบ่งออกเป็นผลการสังเคราะห์ ผลการวิเคราะห์ภายหลังปรับแก้และนำทดลองใช้ (n = 659) มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.88 และ 0.96

การประเมินด้านความเครียด พิจารณานำ “ข้อคำถามประเมินความเครียดและซึมเศร้าจากแบบวัด Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21)” (Lovibond & Lovibond, 1995) มาใช้ เนื่องจากผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบวัดถูกนำมาใช้ประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่มีการระบาดของโรคอุบัติใหม่เป็นอันดับต้นๆและมีการใช้เป็นมาตรฐานสากล (AlSalman et al., 2020; Raza et al., 2020; Talace et al., 2020; Othman, 2020) โดยทีมผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์คุณภาพของแบบวัดความเครียดและภาวะซึมเศร้า โดยคุณภาพเครื่องมือที่ได้จากการสังเคราะห์มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.9 และ 0.87 สำหรับแบบวัดความเครียดได้มีการพัฒนาเพิ่มข้อคำถามจากเดิม 7 ข้อเป็น 8 ข้อ (Taylor et al., 2020) ซึ่งมีการปรับคำถามให้ตรงกับสถานการณ์ที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญ โดยภายหลังการศึกษานี้มีผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยง (Cronbach's Alpha) ผลการปรับแก้และนำทดลองใช้ (n = 659) เท่ากับ 0.97 ในขณะที่แบบวัดภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ นั้น แปรจาก Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) ที่เป็นส่วนของ Depression 7 ข้อ การเกิดสถานการณ์ระบาดของไวรัสโควิด 19 เป็นสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น ซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าจึงยังคงเป็นภาวะที่ยังไม่ได้

เรื้อรังถึงขั้นเป็นโรค ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดซึมเศร้าที่เป็นส่วนหนึ่งของ DASS-21 ไม่ใช่ PHQ-9 เนื่องจากเป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไป แต่ PHQ-9 สำหรับประเทศไทยทดสอบแล้วใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการป่วยแล้วหรือคัดกรองโรคซึมเศร้า (มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุนิษฐ์, และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2539) พบว่า ค่าคุณภาพความเที่ยง Cronbach's Alpha ของแบบวัดระยะปรับแก้และนำทดลองใช้ ($n = 659$) เท่ากับ 0.96

สำหรับแบบวัดความเหนื่อยล้า (5 ข้อ) พัฒนาจากแบบวัดความเหนื่อยล้าจาก Burnout Scale (COVID-19-BS) ของ Yildirim & Solmaz (2020) เป็นแบบวัด 10 ข้อ ปรับจาก Burnout Measure-Short Version (Malach-Pines, 2005) สอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยที่พบว่า มีการใช้ Maslach burnout inventory (MBI) วัดความเหนื่อยล้าเช่นกัน ในเริ่มต้นการพัฒนาข้อคำถามด้านความเหนื่อยล้ามีจำนวน 7 ข้อ และภายหลังการทดสอบคุณภาพจึงดำเนินการตัดคำถามข้อ 1 และข้อ 7 เนื่องจาก ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าคะแนนไม่สอดคล้องและให้สารสนเทศน้อย ดังนั้น แบบวัดความเหนื่อยล้าคงเหลือข้อคำถาม 5 ข้อ โดยมีผลการสังเคราะห์คุณภาพเครื่องมือก่อนการตัดข้อคำถาม พบค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.71 แบบวัดความเหนื่อยล้าที่เลือกข้อมาเป็นด้านหมดอารมณ์ Emotional exhaustion เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-19 เป็นเหตุการณ์ที่จะกระตุ้นการเกิดความหมดอารมณ์เด่นชัด ในขณะที่ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล (Personal Accomplishment)

และความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ (Depersonalization) เป็นสองด้านที่ต้องมีระยะเวลาในการเกิดขึ้น (Lourel, Abdellaoui, Chevaleyre, Paltrier, & Gana, 2008) ซึ่งภายหลังการทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยง (Cronbach's Alpha) มีค่าที่ยอมรับได้จากการนำไปทดลองใช้ ($n = 659$) เท่ากับ 0.93

การกำหนดเกณฑ์จุดตัดเพื่อนำแบบวัดไปใช้ การศึกษานี้กำหนดเกณฑ์จุดตัดโดยคณะผู้วิจัยมีความสอดคล้องกับข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด เนื่องจาก 1) เป็นจุดตัดมีความสอดคล้องกับค่าทำนายของลักษณะการตอบ 2) แบ่งกลุ่มได้สอดคล้องกับการแจกแจงของตัวอย่าง 3) การแปลผลระดับความรุนแรงสอดคล้องกับค่าคะแนนดิบ และ 4) มีความสอดคล้องกับทฤษฎีในส่วนของผู้ที่มีอาการรุนแรง (ระดับมากถึงมากที่สุด) แต่ในส่วนของผู้ที่มีอาการไม่รุนแรง สามารถจำแนกได้ละเอียดกว่าด้วยเหตุนี้แบบวัดด้านความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า จึงเลือกจุดตัดตามที่คณะผู้วิจัยกำหนดเพื่อใช้ในส่วนของการประเมินสุขภาพจิตในแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

แบบวัดสภาวะสุขภาพจิตต่อการติดเชื้ออุบัติใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ฉบับภาษาไทย มีความเหมาะสมด้านความตรงของเนื้อหา โครงสร้างและค่าความเที่ยง สามารถใช้คัดกรองและประเมินสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในระหว่างการระบาดของโรคอุบัติใหม่ได้ต่อไป

เพื่อให้ดูแลเบื้องต้นกับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงเป็นข้อบ่งชี้ในการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและบำบัดรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สนับสนุนทุนดำเนินการวิจัยปีงบประมาณ 2564 และหน่วยวิจัยด้านสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ และนวัตกรรมทางการแพทย์ แห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ขอขอบคุณศาสตราจารย์ ดร.มรรยารุจิวิษญู และ ดร.นายแพทย์พิทักษ์พล นุญมาลิก ให้ความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย และขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์ที่สละเวลาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2563, จาก <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/>

มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton rating scale for depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 235-45.

รารุณี เกรียงบุรพา, รมร เข้มประทุม, และ นลินี กัทรากกุล. (2564). สภาวะทางจิตใจ กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาและความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19. *บูรพาเวชสาร*, 8(1), 56-67.

Ahn, D. G., Shin, H. J., Kim, M. H., Lee, S., Kim, H. S., Myoung, J., et al. (2020). Current status of epidemiology, diagnosis, therapeutics, and vaccines for novel coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Microbiology and Biotechnology*, 30(3), 313-324.

Alenazi, T. H., BinDhim, N. F., Alenazi, M. H., Tamim, H., Almagrabi, R. S., Aljohani, S. M., et al. (2020). Prevalence and predictors of anxiety among healthcare workers in Saudi Arabia during the COVID-19 pandemic. *Journal of infection and public health*, 13(11), 1645-1651.

AlSalman, A., Mubarak, H., Aljabal, M., Abdulnabi, M., Ishaq, A., Yusuf, A., et al. (2020). The psychological impact of COVID-19 Pandemic on the population of Bahrain. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 91(4).

Bäuerle, A., Teufel, M., Musche, V., Weismüller, B., Kohler, H., Hetkamp, M., et al. (2020). Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. *Journal of Public Health*, 42(4), 672-678.

Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27-35.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24(4), 385-396.

da Silva, F. C. T., & Neto, M. L. R. (2021). Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 104, 110057.

Galiana, L., Arena, F., Oliver, A., Sansó, N., & Benito, E. (2017). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in Spain and Brazil: ProQOL validation and cross-cultural diagnosis. *Journal of pain and symptom management*, 53(3), 598-604.

- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hansen, J., Ruedy, R., Sato, M., & Lo, K. (2010). Global surface temperature change. *Reviews of Geophysics*, 48(4).
- Hair J et al (2010) Multivariate data analysis, 7th edn. Prentice-Hall.
- Hoelter, J. W. (1983). The effects of role evaluation and commitment on identity salience. *Social psychology quarterly*, 140-147.
- Hou T, Zhang R, Song X, Zhang F, Cai W, Liu Y, Dong W, & Deng G. (2020). Self-efficacy and fatigue among non-frontline health care workers during COVID-19 outbreak: A moderated mediation model of posttraumatic stress disorder symptoms and negative coping. *PLoS One*, 15(12), e0243884.
- Hyland, P., Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Karatzias, T., Bentall, R. P., et al. (2020). Anxiety and depression in the Republic of Ireland during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(3), 249-256.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *General hospital psychiatry*, 32(4), 345-359.
- Kubb, C., & Foran, H. M. (2020). Measuring COVID-19 related anxiety in parents: psychometric comparison of four different inventories. *JMIR mental health*, 7(12), e24507.
- Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death studies*, 44(7), 393-401.
- Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., et al. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 916-919.
- Liu, Y., Chen, H., Zhang, N., Wang, X., Fan, Q., Zhang, Y., et al. (2021). Anxiety and depression symptoms of medical staff under COVID-19 epidemic in China. *Journal of Affective Disorders*, 278, 144-148.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Lourel, M., Abdellaoui, S., Chevaleyre, S., Paltrier, M., & Gana, K. (2008). Relationships between psychological job demands, job control and burnout among firefighters. *North American Journal of Psychology*, 10(3), 489-496.
- Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry research*, 288, 112936.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). *Maslach burnout inventory*. Scarecrow Education. Malach-Pines, A. (2005). The burnout measure, short version. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 78.
- Mira, J. J., Carrillo, I., Guilabert, M., Mula, A., Martin-Delgado, J., Pérez-Jover, M. V., et al. (2020). Acute stress of the healthcare workforce during the COVID-19 pandemic evolution: a cross-sectional study in Spain. *BMJ open*, 10(11), e042555.
- Mosolova, E., Chung, S., Sosin, D., & Mosolov, S. (2020). Stress and anxiety among healthcare workers associated with COVID-19 pandemic in Russia. *Psychiatry Danubina*, 32(3-4), 549-556.
- Muhammad, A. H., & Hamdy, H. I. (2005). Burnout, supervisory support, and work outcomes: a study from an Arabic cultural perspective. *International Journal of Commerce and Management*, 15(3-4), 230-243.
- Öner, N., & Le Compte, A. (1985). *State and Trait Anxiety Inventory handbook*. Bogaziçi University, Istanbul, Turkey.
- Othman, N. (2020). Depression, anxiety, and stress in the time of COVID-19 pandemic in Kurdistan region, Iraq article history. *Kurdistan Journal of Applied Research*, 37-44.
- Peters, L., Peters, A., Andreopoulos, E., Pollock, N., Pande, R. L., & Mochari-Greenberger, H. (2021). Comparison of DASS-21, PHQ-8, and GAD-7 in a virtual behavioral health care setting. *Heliyon*, 7(3), e06473.

- Raza, M., Shahid, R., Umar, M., Zeb, S., Shehryar, M., Ambreen, S., et al. (2020). Assessment of depression, anxiety and stress among COVID-19 patients by using DASS 21 scales. *Journal of Medical Case Reports and Reviews*, 3(6), 678-682.
- Ruggiero, K. J., Ben, K. D., Scotti, J. R., & Rabalais, A. E. (2003). Psychometric properties of the PTSD Checklist-Civilian version. *Journal of traumatic stress*, 16(5), 495-502.
- Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., et al. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General hospital psychiatry*, 66, 1-8.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Talaee, N., Varahram, M., Jamaati, H., Salimi, A., Attarchi, M., Sadr, M., et al. (2022). Stress and burnout in health care workers during COVID-19 pandemic: validation of a questionnaire. *Journal of Public Health*, 30, 531-536.
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszec, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. (2020). COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. *Depression and anxiety*, 37(8), 706-714.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale - Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford.
- World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report- Thailand, Reteived May 4,2020, from: https://www.who.int/docs/defaultsource/searof/thailand/2020-05-02-tha-sitrep-70-covid19-th.pdf?sfvrsn=bbc041b8_2.
- Yao, Y., Tian, Y., Zhou, J., Diao, X., Cao, B., Pan, S., et al. (2020). Psychological status and influencing factors of hospital medical staff during the COVID-19 outbreak. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-6.
- Yıldırım, M., & Solmaz, F. (2020). COVID-19 burnout, COVID-19 stress and resilience: Initial psychometric properties of COVID-19 Burnout Scale. *Death Studies*, 46(3), 524-532.
- Zhang, Y., Xiao, M., Zhang, S., Xia, P., Cao, W., Jiang, W., et al. (2020). Coagulopathy and antiphospholipid antibodies in patients with Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382(17), e38.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry*, 12(1), 63-70.
- Zung, W. W., Magruder-Habib, K., Velez, R., & Alling, W. (1990). The comorbidity of anxiety and depression in general medical patients: a longitudinal study. *The Journal of clinical psychiatry*, 51(6, Suppl), 77-80.

PROMOTION PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND PREVENTING MENTAL HEALTH PROBLEMS IN PRIMARY SCHOOL: PERSPECTIVES AND NEEDS OF STUDENTS, TEACHERS, AND SCHOOL ADMINISTRATORS

*Walailak Pumpuang, RN, Ph.D. *, Phungphet Kaesornsamut, RN, Ph.D. **, Supapak Petasuwan, RN, Ph.D. ***,
Thineerat Tavorn, RN, M.Ed. ***, Wareerat Thanoi, RN, Ph.D. **, Sathaka Pimroon, RN, M.N.S. ***,
Sadarat Pinchob, RN, Ph.D. ****

Abstract

Objective: This qualitative study was to describe perspectives and needs of students, teachers, and administrators on promoting psychological well-being and preventing mental health problems in primary school.

Methods: Participants included 42 participants; 30 students, 9 teachers, and 3 administrators from an elementary school in Nakhon Pathom Province. Data were collected in March 2019 with in-depth interview and focus group using semi-structured interviews along with audio recording and field note recording. Content analysis method was used to analyze data.

Results: The results showed that perspectives and needs on promoting psychological well-being and preventing mental health problems among students, teachers, and administrators are in a consistent direction as follows 1) characteristics of people with good and poor mental health can be assessed from the expression of thought, emotion, and behavior. People with good mental health have characteristics of those who are happy. People with poor mental health have characteristics of those who are suffering. 2) Risk factors and protective factors for psychological well-being include relationships with others, studying, doing favorite activities, being punished, bullying, using technology, etc. 3) Students used both emotion-focused coping and problem-focused coping method. Teachers and administrators helped students by building trust relationship with them, using teaching, and giving examples. There is a need for both primary and secondary prevention to promote psychological well-being and prevent mental health problems in school.

Conclusion: A need of promoting psychological well-being and preventing mental health problems in primary school is important for mental health professionals to concern. Providing activities for primary school students should include activities which promoting primary and secondary prevention and changing factors affecting psychological well-being of students.

Keywords: psychological well-being, mental health prevention, primary schools, qualitative study

*Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, e-mail: walailak.pum@mahidol.ac.th

**Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

Received: 19 October 2021, Revised: 4 September 2022, Accepted: 11 September 2022

การส่งเสริมสุขภาพทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน

ประณตศึกษา: มุมมองและความต้องการของนักเรียน ครู และผู้บริหารโรงเรียน

วไลลักษณ์ พุ่มพวง, ปร.ค.*, พวงเพชร เกษรสมุทร, ปร.ค.**, สุภาภักดิ์ เกตราสุวรรณ, Ph.D.***,
จิณิรัตน์ ถาวร, กศ.ม.***, วาริรัตน์ ถาน้อย, ปร.ค.**, สาธกา พิมพ์รุณ, พย.ม.***, สุภารัตน์ เพียรชอบ, ปร.ค.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายมุมมองและความต้องการของนักเรียน ครู และผู้บริหารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนประถมศึกษา

วิธีการศึกษา : กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 42 คน เป็นนักเรียน 30 คน ครู 9 คน และผู้บริหาร 3 คน จากโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม เก็บข้อมูลเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พร้อมทั้งบันทึกเทปและบันทึกภาคสนาม ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : พบมุมมองที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพทางใจและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน ครู และผู้บริหารเป็นไปในทิศทางสอดคล้องกัน โดยมีมุมมองสำคัญ ดังนี้ 1) ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีและไม่ดี โดยผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีมีการแสดงออกทางความคิด อารมณ์จิตใจ และพฤติกรรมของผู้มีความสุข ส่วนผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ไม่ดีมีลักษณะของผู้มีความทุกข์ 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การเรียน การทำกิจกรรมที่ชอบ การถูกทำโทษ การรังแกกัน การใช้เทคโนโลยี เป็นต้น 3) วิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียน มีทั้งแบบมุ่งจัดการอารมณ์และจัดการปัญหา ซึ่งครูและผู้บริหารมีส่วนช่วยนักเรียนโดยสร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจ ใช้การสอนและยกตัวอย่าง เป็นต้น และความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน ได้แก่ การมีกิจกรรมระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

สรุป : ความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนประถมศึกษา เป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพจิตควรให้ความสำคัญ การจัดกิจกรรมสำหรับนักเรียนประถมศึกษาควรมีกิจกรรมที่สามารถป้องกันปัญหาทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิและสามารถปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจของนักเรียนได้

คำสำคัญ : สุขภาพทางใจ, ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต, ประถมศึกษา, วิจัยเชิงคุณภาพ

*ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: walailak.pum@mahidol.ac.th

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 19 ตุลาคม 2564, วันที่แก้ไข: 4 กันยายน 2565, วันที่ตอบรับ: 11 กันยายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

วิสัยทัศน์ของประเทศไทยตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) มุ่งเน้นในการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของคนด้วยคนเป็นแกนกลางในการพัฒนาประเทศทุกด้าน หากพัฒนาคนให้เป็นผู้ที่มีสุขภาวะที่ดี มีความคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะในการเรียนรู้ และทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม มีภาวะผู้นำและสามารถใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มศักยภาพ คนเหล่านี้จะสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า สามารถรังสรรค์ผลงานที่เกิดประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติได้เป็นอย่างมาก ในทางกลับกัน หากคนในประเทศมีสุขภาวะที่ไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพใจ เช่น มีการเจ็บป่วยทางจิต มีการคิดหรือการตัดสินใจที่ไม่ถูกต้อง ไม่สามารถเผชิญปัญหาหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ แม้ว่าบุคคลเหล่านั้นจะมีความสามารถหรือเป็นคนเก่งมากเพียงใด ก็จะไม่มีความสุข ไม่สามารถใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่ อาจกลายเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตที่เป็นภาระของครอบครัว สังคม และประเทศได้ (สำนักงานสภาพความมั่นคงแห่งชาติ, 2560) การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของคนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาทุกช่วงวัย และควรเริ่มพัฒนาตั้งแต่เด็กต่อเนื่องถึงวัยรุ่น เพื่อที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพสามารถเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศให้ก้าวหน้าทัดเทียมนานาประเทศต่อไป

การส่งเสริมสุขภาวะทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันในเด็กให้สามารถ

ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ลดอุบัติการณ์การเกิดโรค รวมทั้งมีความคุ้มค่าในการลงทุนด้านสุขภาพมนุษย์ ด้วยเด็กวัยเรียนเป็นช่วงวัยที่สามารถรับรู้ เข้าใจ และสื่อสารถึงความต้องการของตัวเองได้ สามารถที่จะพัฒนาศักยภาพและมีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างดี แต่หากปล่อยให้เด็กเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ความสามารถในการคิด อารมณ์ สังคม การเรียน และการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มต้นอาจทำให้อาการมีความรุนแรงมากขึ้น จนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือนำไปสู่การจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย เป็นต้น ทั้งที่ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559; Biswas et al., 2020) การส่งเสริมสุขภาวะทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนจึงเป็นงานที่ควรเร่งดำเนินการและกระจายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ของความต้องการการบริการทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะการดำเนินงานในโรงเรียนด้วยโรงเรียนเป็นสถานที่ที่สามารถเข้าถึงเด็กนักเรียนได้ง่ายและสามารถที่จะวางระบบการดูแลช่วยเหลือหรือแนวทางการจัดกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานสุขภาพจิตในโรงเรียนประถมศึกษาที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียน โดยพบอัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตระหว่างร้อยละ 10.00 - 20.00 โดยปัญหาที่พบคือ

ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล สมาธิสั้น และความบกพร่องในการเรียนรู้ เป็นต้น (Schulte-Körne, 2016; Bor, Dean, Najman, & Hayatbakhsh, 2014; กฤตพงศ์ มาสอาด และ อลิสา วัชรสินธุ, 2557; ชัยพร วิศิษฐ์พงศ์, วรณา กลกิจโกวินท์, และ พิศาสัน เตชะเกษม, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่า บรรยากาศในโรงเรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อนและครู และการประสานความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาวะทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน (Puolakka, Konu, Kiikkala, & Paavilainen, 2014) การศึกษาในบางประเทศ เช่น นอร์เวย์ ครูและผู้บริหารโรงเรียนมีมุมมองว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนสุขภาพจิตของนักเรียน มีความจำเป็นในการพัฒนาห้องเรียน และเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ปลอดภัย เพื่อลดประสบการณ์ความเครียดและส่งเสริมสุขภาวะของนักเรียน แต่อย่างไรก็ตามการสำรวจความคิดเห็นของครูพบว่า ส่วนหนึ่งของครูมองว่าโรงเรียนควรมุ่งสนใจที่การเรียนรู้ของนักเรียน ส่วนการช่วยเหลือทางสุขภาพจิตไม่ใช่งานของโรงเรียน และกลัวทำผิดพลาดเมื่อต้องพูดคุยกับนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งสะท้อนว่าครูยังขาดความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาวะทางใจ (Maelan, Tjomsland, Baklien, Samdal, & Thurston, 2018) นอกจากนี้ การศึกษามุมมองความเข้าใจของเด็กและวัยรุ่นเกี่ยวกับสุขภาวะทางใจ ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตพบว่ามีความแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ส่วนตัว และความต้องการของเด็ก ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับคุณภาพของความสัมพันธ์และกิจกรรม

ในชีวิตประจำวัน และมีข้อเสนอแนะว่าในการพัฒนาวิธีการช่วยเหลือควรตอบสนองต่อความต้องการของเด็กและวัยรุ่น (Vujcic, Brajša-Žganec, & Franc, 2019) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาไม่มากนัก พบว่า ครูและบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีจำนวนไม่เพียงพอ มีภารกิจการเรียนรู้การสอนมากทำให้ไม่อาจทำงานด้านสุขภาพจิตได้เต็มที่ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กนักเรียนในการส่งเสริม ป้องกัน และให้การดูแลเมื่อมีปัญหา และมักเน้นการทำงานช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือนักเรียนผู้มีความต้องการพิเศษมากกว่าการส่งเสริมและป้องกัน ซึ่งเป็นนักเรียนส่วนใหญ่ของโรงเรียน (รัศมิ์ สังข์ทอง, จตุพร แสงกุล, ธรรมสินธุ์ อังวิยะ, นูรุดดีน อุมุด, และ นาริสา หะยิวานี, 2563) เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมสุขภาวะทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนยังคงเป็นงานที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอุปสรรคและเพิ่มปัจจัยที่เอื้อให้ดำเนินงานได้สำเร็จ และจากข้อเสนอแนะในการออกแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียนให้มีประสิทธิผลนั้น ควรมีการประเมินความต้องการของกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง ค้นหาเป้าหมาย ความต้องการ และปัจจัยกำหนดสุขภาพจิต เช่น เพศ วัย เป็นต้น (Jané-Llopis, Barry, Hosman, & Patel, 2005; Koning, Büchner, Vermeiren, Crone, & Numans, 2019) ดังนั้น ทีมผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ทางด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จึงสนใจที่จะศึกษาถึงมุมมองและความต้องการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาวะทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจากนักเรียน ครู และผู้บริหารโรงเรียนประถมศึกษา

โดยผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการรับฟังข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักที่อยู่ในพื้นที่บริบทของโรงเรียน จะช่วยสะท้อนถึงมุมมองและความต้องการที่แท้จริงด้านสุขภาพจิตในโรงเรียน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปพัฒนาระบบหรือรูปแบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของเด็กนักเรียนและบริบทของโรงเรียนมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายมุมมองและความต้องการของนักเรียน ครู และผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาวะทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนประถมศึกษา

คำถามการวิจัย

นักเรียน ครู และผู้บริหารโรงเรียนประถมศึกษาที่มีมุมมองและความต้องการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาวะทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive qualitative study) แบบตีความมุมมองและความต้องการของนักเรียน ครู และผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาวะทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนประถมศึกษา โรงเรียนที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครปฐม เขต 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นครู ผู้บริหารโรงเรียน และนักเรียนโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐม เขต 2 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลจะถูกเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นและตอนปลายจำนวน 30 คน ครูโรงเรียนจำนวน 9 คน และผู้บริหารโรงเรียนจำนวน 3 คน รวม 42 คน ที่สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน และเป็นนักเรียน ครู หรือผู้บริหารของโรงเรียนที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนในปีการศึกษา 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มี 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับนักเรียน เกี่ยวกับระดับชั้น อายุ เพศ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับครูและผู้บริหารโรงเรียน เกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ทำงาน เป็นครูและผู้บริหาร

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ซึ่ง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้การทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องและแนวคิดประสบการณ์ของผู้วิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างคำถาม และคำถามที่ใช้ได้ตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตจำนวน 3 ท่านและปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครู

และผู้บริหารโรงเรียน ได้แก่ “ท่านทราบ/ประเมิน ได้อย่างไรว่านักเรียนมีปัญหาหรือไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต” “อะไรที่ส่งผลให้มีสุขภาพทางใจที่ดี/ไม่ดี” “ท่านมีวิธีการอย่างไรในการส่งเสริมสุขภาพทางใจและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตของนักเรียน หรือ นักเรียนทำอย่างไรที่ทำให้ตนเองกลับมาดีมีสุขภาพทางใจที่ดี” “ท่านต้องการให้มีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพทางใจและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนอย่างไร”

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์นักเรียน ได้แก่ “ผู้ที่มีสุขภาพทางใจที่ดีหรือไม่ดีมีลักษณะอย่างไร” “อะไรที่ทำให้มีสุขภาพทางใจไม่ดีหรือดี” “นักเรียนทำอย่างไรที่ทำให้ตนเองกลับมาดีมีสุขภาพทางใจที่ดีหรือมีความสุข เรียนได้ดี เข้ากับเพื่อนได้” “นักเรียนต้องการให้มีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพทางใจและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนอย่างไร”

โดยคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ที่เคยผ่านการอบรม/การเรียนรู้การวิจัยเชิงคุณภาพและมีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมาอย่างน้อย 1 เรื่อง เพื่อให้ตัวผู้วิจัยเองสามารถเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

การเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 31 มีนาคม พ.ศ. 2562 โดยดำเนินการ ดังนี้

1) การเตรียมการก่อนสัมภาษณ์ ผู้วิจัยประสานกับฝ่ายวิชาการของโรงเรียนในการนัดหมายวันเวลาที่สะดวกในการให้ข้อมูล สถานที่ที่

ใช้ในการสัมภาษณ์คือ ห้องประชุมของโรงเรียนซึ่งมีพื้นที่กว้าง มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงดังและสะดวกกับผู้ให้ข้อมูล

2) คณะผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลตามวันเวลาที่นัดหมาย ก่อนการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประมาณ 5 นาที และใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 40 - 60 นาที โดยนักเรียนและครูเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง กลุ่มละ 9 - 10 คน และผู้บริหารของโรงเรียนได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึก ในห้องพักครู จำนวน 3 คน คณะผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มด้วยตนเองโดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึกเทปเสียงและบันทึกข้อมูลที่ได้จากสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลตลอดการสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ COA no.IRB-NS2019/480.0602 เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการพบนักเรียน ครู และผู้บริหาร โรงเรียนเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัย ความเสี่ยง ประโยชน์ และแสดงเจตนายินยอมก่อนเข้าร่วมวิจัย โดยนักเรียนได้นำเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย และแสดงเจตนายินยอมไปให้ผู้ปกครองได้อ่าน และลงนามยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียนในโรงเรียน การวิจัยครั้งนี้เป็นการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยมีขั้นตอนของ Pope & Mays (2020) ดังนี้

1. จัดเตรียมข้อมูล โดยนำเทปบันทึกเสียงที่ได้จากการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม มาถอดคำสัมภาษณ์เป็นข้อความ และเก็บข้อมูลแยกไฟล์เป็นกลุ่มนักเรียน กลุ่มครู และกลุ่มผู้บริหาร

2. จัดการข้อมูล โดยสร้างการเข้ารหัสข้อมูล (coding) ด้วยการค้นหาคำหรือวลีที่คล้ายคลึงกันของผู้ให้ข้อมูล และจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามรหัส

3. กำหนดประเด็นและวิเคราะห์ข้อมูล โดยทำความเข้าใจกับแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์และที่เกี่ยวข้องกับคำถามของการวิจัยที่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยการตีความได้ (content analysis)

การสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพ

งานวิจัยนี้มีความน่าเชื่อถือในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งวัชรินทร์ อินทรหม (2562) ได้อธิบายว่าผลการวิจัยที่มีคุณภาพถูกต้องและน่าเชื่อถือต้องอาศัย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) องค์ความรู้ของผู้วิจัย เนื่องด้วยผู้วิจัยเป็นอาจารย์สังกัดภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ มีความรู้และประสบการณ์ในการทำงานทั้งทางด้านการสอน การวิจัย การบริการวิชาการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น ทำให้สามารถ

ตีความข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัยได้เป็นอย่างดี 2) ความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูลจากแหล่งข้อมูลมีความเหมาะสม เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องด้วยข้อมูลสามเส้า (triangulation) จากการรวบรวมข้อมูลจากบุคคล 3 แหล่งข้อมูล ได้แก่ นักเรียน ครู และผู้บริหารโรงเรียน ช่วยทำให้ข้อมูลมีการตรวจสอบความถูกต้องตรงกัน 3) ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการตามกระบวนการของการวิจัยเชิงคุณภาพโดยผู้วิจัยตั้งแต่การจัดเตรียมข้อมูล การกำหนดประเด็นในการวิเคราะห์ การจัดการข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 42 คน เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นจำนวน 15 คน และชั้นประถมศึกษาตอนปลายจำนวน 15 คน รวม 30 คน ครูจำนวน 9 คน และผู้บริหารจำนวน 3 คน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 26 คน ร้อยละ 61.90 เป็นเพศชายจำนวน 16 คน ร้อยละ 38.10 ดังตารางที่ 1

2. มุมมองและความต้องการของผู้ให้ข้อมูล จากการให้รหัสกลุ่ม ดังนี้ ID1 คือ นักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ID2 คือ นักเรียนประถมศึกษาตอนต้น ID3 คือ นักเรียนประถมศึกษาละกลุ่ม ID4 คือ กลุ่มครู และ ID5 คือ กลุ่มผู้บริหาร สามารถวิเคราะห์แก่นความคิด ได้ดังนี้ (แสดงดังตารางที่ 2)

2.1 การรับรู้สุขภาพทางใจ นักเรียน ครูและผู้บริหารโรงเรียน สามารถมีมุมมอง

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน ครู และผู้บริหาร (42 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	นักเรียน (n = 30)/ ร้อยละ	ครู (n = 9)/ ร้อยละ	ผู้บริหาร (n = 3)/ ร้อยละ
เพศ			
ชาย	12	3	1
หญิง	18	6	2
อายุเฉลี่ย	10.37	33.44	52.67
ต่ำกว่า 10 ปี	12	-	-
10 - 20 ปี	18	-	-
21 - 30 ปี	-	5	-
มากกว่า 30 ปี	-	4	3
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาตอนต้น (1 - 3)	15	-	-
ประถมศึกษาตอนปลาย (4 - 6)	15	-	-
มัธยมศึกษา/ปวช	-	-	1
ปริญญาตรี	-	8	2
ปริญญาโท	-	1	-
ประสบการณ์ในการเป็นครู			
ต่ำกว่า 1 ปี	-	2	-
1 - 5 ปี	-	5	1
6 - 10 ปี	-	1	-
มากกว่า 10 ปี	-	1	2

เกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีสุขภาวะทางใจที่ดีและที่ไม่ดีได้ โดยใช้การสังเกตลักษณะการแสดงออกทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม

1) ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี มักแสดงออกถึงลักษณะของผู้ที่มีความสุข ได้แก่ การคิดบวก มีสติ สมาธิ มีอารมณ์ร่าเริงแจ่มใส ยิ้มง่าย จัดการอารมณ์ได้ มาโรงเรียนทุกวัน ดังตัวอย่าง เช่น

“จิตใจร่าเริงแจ่มใส อารมณ์ดี ยิ้มง่าย” (ID2)

“ยิ้มง่าย ใจดี คิดบวกอยู่เสมอ มาโรงเรียนทุกวัน” (ID2)

“ไม่เครียดมีสติ มีสมาธิกับสิ่งที่อยากทำ แสดงอารมณ์ในด้านบวก” (ID4)

“ต้องมีสติปัญญาดี อารมณ์ร่าเริงแจ่มใส มองโลกในแง่ดี จัดการอารมณ์ได้ทั้งทางบวกและทางลบ” (ID5)

2) ผู้ที่มีสุขภาวะทางใจที่ไม่ดี มักแสดงออก

ถึงลักษณะของผู้ที่มีความทุกข์ เช่น คิดลบ หวาดระแวง มีอารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ขาดเรียน ไม่เข้าสังคม หน้าบึ้งตึง รังแกคนอื่น ดังตัวอย่าง เช่น

“ซึมเศร้า หวาดระแวง เห็นภาพหลอน พุดคนเดียว เดินวนไปวนมา” (ID1)

“อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อยู่ดี ๆ ร้องไห้ คิดแต่เรื่องลบ คิดแต่สิ่งไม่ดี ร้าย ๆ” (ID1)

“หัวร้อน อารมณ์ไม่ดี หน้าบึ้งตลอด ขาดเรียนทุกวัน” (ID2)

“เข้าสังคมไม่ได้ เก็บตัวอยู่คนเดียว คิดลบเสมอ” (ID2)

“คิดลบ จิตใจหยาบกระด้าง ชอบรังแกคนอื่น ไม่แบ่งปัน” (ID2)

2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของนักเรียน ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองว่าสุขภาวะทางใจของนักเรียนได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านจิตใจและสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความสัมพันธ์และการเลี้ยงดูเอาใจใส่ของคนในครอบครัว ความสัมพันธ์และการเข้ากับเพื่อน บรรยากาศการเรียนรู้ที่ไม่มีกรด่าหนี มีเกมกิจกรรมสนุกกระหว่างเรียนและมีกิจกรรมที่ชอบให้ทำหลังทำงานเสร็จจะช่วยให้ นักเรียนมีสุขภาวะทางใจที่ดี แต่การใช้เทคโนโลยีที่มากเกินไป การกลั่นแกล้งรังแกกัน การถูกทำโทษและการทะเลาะกันของคนในครอบครัว จะส่งผลให้นักเรียนมีสุขภาวะทางใจที่ไม่ดีได้

2.2.1 ปัจจัยปกป้อง มาจากตัวนักเรียน ครอบครัว ได้แก่ การมีเวลาทำกิจกรรมที่ชอบ/สนใจ การช่วยเหลือพ่อแม่และผู้อื่น ดังนี้

1) การมีเวลาทำกิจกรรมที่ชอบ

ตัวอย่างเช่น

“เล่นเกม ROVเตะฟุตบอล เล่นช่อนแอบ เล่นกับพ่อ” (ID2)

“ใช้โทรศัพท์หาความรู้ ดูข้อมูลในคอม” (ID1)

2) การช่วยเหลือพ่อแม่และผู้อื่น

ตัวอย่างเช่น

“ดูแลพ่อแม่ ช่วยพ่อแม่ทำงานบ้าน ชอบกินเยอะมาก” (ID2)

“...เลี่ยนน้อง ไปดูแลคนที่ป่วยข้างบ้าน” (ID2)

2.2.2 ปัจจัยเสี่ยง มาจากครอบครัว เพื่อน โรงเรียน/การเรียนรู้ การใช้เทคโนโลยี ได้แก่ การใช้วิธีลงโทษ ตี/ด่าหนี/ด่าว่า จากครอบครัว ความสัมพันธ์ การเลี้ยงดูเอาใจใส่ และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การขัดแย้ง เข้ากับเพื่อนไม่ได้ การกลั่นแกล้งรังแกกัน บรรยากาศการเรียนรู้และการใช้เทคโนโลยีที่มากเกินไป ใช้ไม่เป็น

1) การใช้วิธีการลงโทษ เช่น การตี การด่าหนี ด่าว่า จากครอบครัว เช่น

“พ่อแม่ตี... พ่อแม่ด่า พี่ ๆ ชอบว่า” (ID3)

2) ความสัมพันธ์ การเลี้ยงดูเอาใจใส่ และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

“...มีอาชีพหาเช้ากินค่ำ ความใส่ใจในลูกก็จะมีน้อย ส่งผลต่อเด็ก แต่ถ้าพ่อแม่มีฐานะ ความพร้อมดี พ่อแม่ก็จะเอาใจใส่มากกว่า” (ID4)

3) ความขัดแย้ง เข้ากับเพื่อนไม่ได้ การกลั่นแกล้งรังแกกัน

“เพื่อนแกล้ง มาขโมยของ แย่ง

ของคนอื่น” (ID2)

“ทะเลาะกับเพื่อนบ่อย” (ID1)

4) บรรยายภาพการเรียนรู้ที่มีการบ้าน การส่งงาน ครูผู้สอนดู กดดัน พ่อแม่คาดหวังสูง

“การเรียนเวลาการบ้านเยอะ” (ID1)

“เวลาเรียนแล้วส่งงานไม่ทัน” (ID3)

“ครูเขาจะเคร่ง ๆ หน่อย... ทำอะไรไม่ดีก็ตำหนิ ๆ ไม่รักษาน้ำใจ” (ID1)

5) การใช้เทคโนโลยีที่มากเกินไป ใช้ไม่เป็น

“เล่นเกมมาก แล้วเอามาใช้ใน ชีวิตจริงแยกไม่ออก เล่นแล้วอิน บางทีก้าวร้าว... แต่บางคนเล่นเกมเขารู้จักวางแผน แต่บางคนใช้ไม่เป็น” (ID4)

2.3 การเผชิญปัญหาของนักเรียน ที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางใจและป้องกันปัญหา สุขภาพจิต ในสถานการณ์ปัญหาที่พบในชีวิตประจำวัน เช่น เพื่อนแกล้ง ทะเลาะกับเพื่อน พ่อแม่ทะเลาะกัน เป็นต้น นักเรียนมีการใช้วิธีเผชิญ ปัญหาแบบมุ่งเน้นที่ปัญหา (problem-focused coping) และแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ (emotion-focused coping) ส่วนครูและผู้บริหาร โรงเรียนมีบทบาทเป็นผู้ให้ คำแนะนำ ผู้ให้การปรึกษากับนักเรียนที่กำลัง ประสบปัญหาสุขภาพจิต

1) เผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่ปัญหา (problem-focused coping) ได้แก่ การพยายามเข้าใจ สาเหตุและแก้ไขปัญหา การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น และการใช้วิธีผ่อนคลาย ความเครียดต่าง ๆ

“ทะเลาะกับเพื่อน แล้วปรึกษาคณที่ไว้ใจ

หรือพ่อแม่” (ID1)

“พ่อแม่ทะเลาะกันรุนแรง พ่อเมั่นนอนคนละฝั่ง...ผมพูดให้พ่อแม่เข้าใจกัน” (ID1)

“เวลาโดนเพื่อนแกล้งก็จะขอให้เพื่อนช่วย พี่เขาก็ไปถามเพื่อนว่าทำไมถึงแกล้งแล้วก็ไปบอกครูให้” (ID3)

2) เผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ (emotion-focused coping) โดยใช้การหลีกเลี่ยง หนีห่าง การเลือกสนใจรับรู้

“ให้เวลาผ่านไป ไม่ต้องยุ่งกับเขา...เวลาเพื่อนแกล้งบ่อย ๆ ก็เลยไม่ค่อยคุยกับเขา” (ID3)

3) สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับนักเรียน ครู และผู้บริหาร โรงเรียนมีบทบาทในการช่วยเหลือ นักเรียนในการเผชิญปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้การ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้นักเรียนไว้วางใจ มีความเป็นเพื่อน รับฟังอย่างเข้าใจ มีเหตุผล เป็นที่พึ่งได้ และพูดคุยให้เหมาะกับเด็กแต่ละช่วงวัย

“สร้างปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ทำให้เราเป็นเพื่อนให้ได้มากที่สุด ให้ได้ใจเขาเราจะได้ทุกอย่างเลย แต่ถ้ามีอะไรมาถกกันนิดหนึ่ง เราจะคิดว่าครูไม่รัก เขาจะเก็บไปคิด” (ID4)

“ยิ่งๆ ยิ่งไม่ได้อะไรเลย ก็เลยลองพูดคุยกับเขา เขาก็บอกว่าเขาชอบพูดคุยๆ รู้เรื่องเขาก็จะไม่ต่อต้าน... ใจเย็นกับเขาก่อน ให้เขากล้าบอกเราในหลายๆเรื่อง ต้องอธิบายให้เขาเข้าใจเหตุผล ซึ่งคุยแต่ละขั้นก็ต้องคุยไม่เหมือนกันตามช่วงวัย เพื่อให้เราเข้าถึงเขาให้มากที่สุด ไม่ปิดกั้น” (ID4)

4) ใช้การสอน ให้ตัวอย่างกับนักเรียน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาที่เด็กกำลังเผชิญอยู่

“เราก็ต้องยกตัวอย่างหรือพูดไปในทาง

เดียวกับเขา เช่น การมีแฟนเราก็ต้องยกตัวอย่างว่า
วัยเราเป็นเพื่อนกันดีกว่า... ใช้อย่างที่พ่อแม่
จะสอนไม่เป็น บอกตรง ๆ ไม่ได้เหมือนเราไปตอก
ย้ำ ไม่ให้กำลังใจ ไม่เข้าใจเขา” (ID5)

2.4 ความต้องการในการส่งเสริม
สุขภาพทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
นักเรียน ครูและผู้บริหารโรงเรียนมีความต้องการ
กิจกรรมที่มีลักษณะที่ช่วยสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง
ลดปัจจัยเสี่ยง และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับ
ปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ

1) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทาง
ใจ โดยนักเรียนมีความต้องการกิจกรรมนันทนาการ
หลากหลายที่ส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพใจ
เพื่อสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง ลดปัจจัยเสี่ยง

1.1) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย
เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้มีร่างกายที่แข็งแรง และ
ปรับตัวกับผู้อื่นได้

“จัดกลุ่ม ออกกำลังกายทุกเช้า
เล่นเกม กีฬา” (ID2)

1.2) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพใจ
เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้สามารถสร้างประโยชน์กับ
คนอื่น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น เสริมสร้าง
สมาธิ คุณค่าในตนเอง ควบคุมตนเองได้ รู้สึกผ่อนคลาย

“อยากให้มีงานโรงเรียน เช่น
งานเลี้ยง อยากให้พี่มัธยมมาอ่านนิทานให้ฟัง”
(ID3)

“นั่งสมาธิทุกเช้า” (ID2)

2) กิจกรรมเพื่อป้องกันปัญหา
สุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ ครูและผู้บริหารมีความ

ต้องการกิจกรรมที่ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดผู้มีปัญหา
สุขภาพจิตรายใหม่ ลดปัจจัยในการเกิดโรค ลด
ปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยป้องกันโรค ได้แก่ สร้าง
ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว มีการควบคุมตนเอง
และจัดการอารมณ์ได้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการ
อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ เช่น

“คาดหวังว่าให้แกที่ตัวเด็ก
ส่งเสริมให้เขามีภูมิคุ้มกันตัวเองมากขึ้น มีวิธีการ
ตัดสินใจในเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ และคาดหวังว่าเด็ก
สามารถจัดการตัวเองได้ดีไม่เป็นปัญหาสังคม รู้จัก
ตนเองมากขึ้น” (ID5)

3) กิจกรรมเพื่อป้องกันปัญหา
สุขภาพจิตระดับทุติยภูมิ ผู้บริหารต้องการให้มี
กิจกรรมที่ช่วยค้นหาผู้ที่เริ่มเจ็บป่วยให้ได้รับการ
รักษาโดยเร็วจากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตได้แก่
การคัดกรองเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตและมีการ
ช่วยเหลือต่อเนื่อง

“มีแบบสำรวจให้เขาตอบ หา
โปรแกรมไปสำรวจความจริงลึกๆ เพราะบางทีเด็ก
ตอบแบบโกหก ให้เป็นนักจิตวิทยา เขาจะรู้สึก
ที่สุด” (ID5)

4) ลักษณะการจัดกิจกรรม ครู
และผู้บริหารเสนอแนะว่าในการจัดกิจกรรมควรมี
ความต่อเนื่อง มีบุคลากรที่มีความรู้ทางจิตวิทยา
ปรับกิจกรรมให้เหมาะกับเด็กในแต่ละช่วงวัย เช่น
เป็นนิทาน หนังสือ เกมสร้างสรรค์ มีคิส์สอนใจ
หรือคำถามสั้น ๆ มีรางวัลเป็นแรงจูงใจ มีสื่อที่ช่วย
ให้เด็กเข้าใจ เรียนแบบ และครูสามารถนำไปเปิด
ให้เด็กดูได้ และเป็นกิจกรรมที่ครอบครัว ชุมชนมา
มีส่วนร่วม ตัวอย่าง

“ก็เป็นเกมสร้างสรรค์ เขาจะได้แก้ปัญหาในชีวิตเขาได้จากเกม หรือการยกเคสอะไรที่เป็นสื่อปัจจุบัน เช่น ทองเนื้อเก้า หนูสามารถ

เป็นวันเฉลิมได้นะ เป็นการยกเคสที่สื่อได้ดี ให้เขาเข้าใจและทำตาม แต่ควรเป็นนิทาน หนังสือสั้น ๆ เพื่อสอนเขา” (ID5)

ตารางที่ 2 มุมมองและความต้องการของนักเรียน ครู และผู้บริหาร โรงเรียน

มุมมอง	กลุ่มนักเรียน	กลุ่มครู	กลุ่มผู้บริหาร
1. ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตที่ดีหรือไม่ดี	มีสุขภาพจิตดี มีลักษณะ เช่น มีจิตใจร่าเริงแจ่มใส อารมณ์ดี ยิ้มแย้ม สุขภาพแข็งแรง กินง่าย คิดบวก -มีสุขภาพจิตไม่ดีแสดงออก เช่น ด้านอารมณ์: ตกใจง่าย กังวลตลอดเวลา อารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อย อารมณ์ร้อน ซึมเศร้า ด้าน ความคิด : รู้สึกว่า บ้า หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย เห็นภาพหลอน คิดแง่ลบ ด้านพฤติกรรม เช่น พุดคนเดียว เดินวนไปมา นั่งเหม่อ ร้องไห้ง่าย เกร หนีบั้งตลอด ขาดเรียนทุกวัน รังแกเพื่อน ไม่แบ่งปัน เข้าสังคมไม่ได้ เก็บตัว ทำร้ายเพื่อน ข้าวของ	-มีสุขภาพจิตดี มีลักษณะ เช่น มีความสุข ไม่เครียด มีสติ มีสมาธิ มีทักษะชีวิต -มีสุขภาพจิตที่ไม่ดี มีลักษณะ เช่น เศร้า เสียใจ ร้องไห้ ความคิดลบ	-มีสุขภาพจิตดี มีลักษณะ เช่น ยิ้มแย้มแจ่มใส ร่าเริง มองโลกในแง่ดี จัดการอารมณ์ตนเองได้ -มีสุขภาพจิตไม่ดี มีลักษณะ เช่น ไม่ได้ตอบ นิ่งหลบ ไม่พูดคุยพฤติกรรมที่เรียกร้องความสนใจ มีอารมณ์ซึมเศร้า
2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจ	ปัจจัยที่พบ เช่น -การกลั่นแกล้ง เข้ากับเพื่อนไม่ได้ เพื่อนนิทา เพื่อนไม่มีน้ำใจ -ทำอะไรไม่สำเร็จ ส่งงานไม่ทัน -ถูกตี โดนตำหนิ ไม่เคยถูชม -มีเวลาอยู่กับพ่อแม่ ได้รับการใส่ใจ	ปัจจัยที่พบ เช่น -สภาพแวดล้อมทางบ้าน เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพการงานและความใส่ใจของพ่อแม่ ความคาดหวังของพ่อแม่	ปัจจัยที่พบ เช่น -สภาพแวดล้อมทางบ้าน เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ การเลี้ยงดูและการเอาใจใส่ของพ่อแม่

ตารางที่ 2 มุมมองและความต้องการของนักเรียน ครู และผู้บริหาร โรงเรียน

มุมมอง	กลุ่มนักเรียน	กลุ่มครู	กลุ่มผู้บริหาร
	-ได้ทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ทำอาหาร เลี้ยงสัตว์ ช่วยเหลือผู้อื่น	-มีเวลาอยู่กับพ่อแม่ มีทักษะการสื่อสาร -บรรยากาศการเรียน -การกลั่นแกล้ง -ติคเกม การเจ็บป่วยของนักเรียน	-บรรยากาศการเรียน เช่น การบ้าน ความเข้มงวดของคุณครู
3. วิธีการส่งเสริมและป้องกันปัญหา	วิธีการส่งเสริมและป้องกันปัญหา เช่น - ทำสิ่งที่ชอบ เช่น อ่านหนังสือ เล่นกับเพื่อน -ให้กำลังใจ -หลีกเลี่ยง ทำให้ไม่สนใจ -ปรับตัว เข้าใจเหตุผล -ทำตามเป้าหมายที่วางไว้ -ขอความช่วยเหลือ เมื่อมีปัญหา	วิธีการส่งเสริมและป้องกันปัญหา -ให้แรงเสริม ชื่นชม กอด -สอนการปฏิบัติตัว -สร้างปฏิสัมพันธ์กับเด็ก -การพูดกับเด็ก ไม่ดู คั่นหาสาเหตุ -ไปเยี่ยมบ้าน -ให้คำปรึกษา	วิธีการส่งเสริมและป้องกันปัญหา -ค้นหาสาเหตุ ด้วยการพูดคุย -สนับสนุนร่วมมือกับผู้ปกครอง -ไปเยี่ยมบ้าน
ความต้องการกิจกรรม	กิจกรรมที่ต้องการ เช่น -ได้เล่นกับเพื่อน เล่นเกมเสริมทักษะ -ทำกิจกรรมเป็นกลุ่มต่าง ๆ เช่น ทำงานประดิษฐ์ กีฬา มินิงานโรงเรียน มินิงานวันเด็ก มีกิจกรรมจิตอาสา มีทัศนศึกษา -ทำสมาธิทุกเช้า -ได้ออกกำลังกาย -ได้เล่นเกม ดูหนัง ฟังเพลง	กิจกรรมที่ต้องการ เช่น -เป็นกิจกรรมที่ร่วมมือกันทั้งโรงเรียน บ้าน ชุมชน -เป็นกิจกรรมนันทนาการ -การช่วยเหลือต่อเนื่อง	กิจกรรมที่ต้องการ เช่น -ทำสื่อ/กิจกรรมที่让孩子มีภูมิคุ้มกันตนเอง -สนับสนุนเด็กตามความถนัด/ความสามารถ -การคัดกรองและประเมินพฤติกรรมเด็กโดยผู้เชี่ยวชาญ -การช่วยเหลือต่อเนื่อง

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ มีข้อค้นพบที่น่าสนใจในการนำมาอภิปราย ดังนี้

มุมมองการรับรู้ในลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีและไม่ดี นักเรียน ครู และผู้บริหารโรงเรียนสามารถอธิบายความแตกต่างของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีและไม่ดีได้จากการแสดงออกทางความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการให้นิยามขององค์การอนามัยโลก ที่กล่าวว่า สุขภาพจิตที่ดี จะเป็นสภาวะที่บุคคลมีความสมดุลภายใน ที่สามารถแสดงความสามารถในการทำหน้าที่ของตน มีความยืดหยุ่น เผชิญปัญหาด้วยความเครียดในชีวิตได้ เป็นผู้ที่มีความสุข ตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง เข้าใจผู้อื่น และสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold, & Sarorius, 2015) ซึ่งการแยกแยะหรือบอกถึงความแตกต่างในลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีหรือไม่ดีได้นั้น แสดงถึงความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่สามารถใช้ในการประเมินอาการแสดงของผู้ที่เสี่ยง/มีปัญหาทางสุขภาพจิต จากองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ในการเป็นโรงเรียนสุขภาวะ องค์ประกอบด้านหนึ่งคือ ผู้เรียนเป็นสุข หมายถึง ผู้ที่มีลักษณะที่ดี ในด้านร่างกาย จิตใจ ทักษะชีวิต ความเป็นพลเมืองดี และมีความรักในการเรียน โดยมีตัวบ่งชี้ที่สำคัญ ได้แก่ ผู้เรียนมีความสุขแข็งแรง ผู้เรียนร่าเริงแจ่มใส ผู้เรียนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ผู้เรียนมีทักษะการปฏิเสธให้พ้นจากอันตราย ผู้เรียนมีวินัย รู้หน้าที่ ความรับผิดชอบ ผู้เรียนกระตือรือร้นสนใจในการเรียน และผู้เรียนมีจิตสาธารณะ (มูลนิธิสถาบันวิจัยระบบ

การศึกษา, 2560) ซึ่งจากตัวบ่งชี้ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับมุมมองความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี คือ ผู้ที่ร่าเริง แจ่มใส ผู้ที่มีความคิดบวก ผู้ที่มาโรงเรียนทุกวันเป็นต้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการเป็นผู้เรียนที่มีความสุข รวมทั้งยังเป็นการต้องการของครูและผู้บริหารโรงเรียนในการจัดการกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของนักเรียน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน การกลั่นแกล้งรังแกกัน การถูกทำโทษ ดี/ดำหนิ บรรยายภาศในการเรียน เป็นต้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของนักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยสำรวจในประเทศสกอตแลนด์ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องสุขภาพจิตของนักเรียนประถมศึกษามาจากครอบครัว เพื่อน โรงเรียน และสุขภาพ โดยพบว่า ปัจจัยทำนายที่ดีสุดของความพึงพอใจในชีวิตคือ มีเวลาสนุกกับครอบครัว รองลงมา ได้แก่ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว และไม่มี ความขัดแย้งในครอบครัว และปัจจัยทำนายที่ดีสุดของอารมณ์จิตใจทางลบ คือ ประสบการณ์ทางลบกับครอบครัว (เช่น ครอบครัวมีความขัดแย้ง ไม่มีเวลาสนุกกับครอบครัว) รองลงมา ได้แก่ โรงเรียน (เช่น ความกังวลเกี่ยวกับงานโรงเรียน) เพื่อน (เช่น ประสบการณ์การกลั่นแกล้งรังแกกัน) และสุขภาพไม่ดี (Scottish Government, 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมในเด็กและวัยรุ่นอายุ 4 - 20 ปีในกลุ่ม

ประเทศที่มีรายได้สูง (สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และฮาวาย) พบว่า ความสัมพันธ์ที่ดีกับ ครอบครัวและเพื่อน การรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง การมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์สูงกับการมีสุขภาพจิตดี ในขณะที่ พฤติกรรมการเลี้ยงดูทางลบของพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี ซึ่งสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องสากลที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต การช่วยเหลือให้ครอบครัวมีการเลี้ยงดูเชิงบวกและสม่ำเสมอ จะเป็นแนวทางที่ช่วยให้สิ่งแวดล้อมในครอบครัวเป็นพื้นที่ปลอดภัยและสนับสนุนช่วยเหลือเด็กได้ (Young, Hanson, Craig, Clapham, & Williamson, 2017) และการศึกษาแบบระยะยาวของ Fatori, Bordin, Curto, & Paula (2013) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นคือ สุขภาพของแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือภาวะวิตกกังวล และการถูกทำโทษทางร่างกาย โดยเฉพาะการถูกทำโทษทางร่างกายเป็นเวลานาน จะเป็นเหมือนความรุนแรงแบบเรื้อรัง ที่เด็กไม่สามารถได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

วิธีเผชิญกับปัญหาของนักเรียน เมื่อ นักเรียนประสบกับปัญหาเกี่ยวกับโรงเรียน เพื่อน และครอบครัว เช่น การกลั่นแกล้งรังแกในโรงเรียน การส่งงานโรงเรียน ความขัดแย้งกับเพื่อน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งพบว่านักเรียนบางส่วนใช้วิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่ปัญหา (problem-focused coping) และนักเรียนบางส่วนใช้วิธีเผชิญแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ (emotion-focused

coping) เมื่อบุคคลเผชิญปัญหาหรือมีความเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะนำแหล่งทรัพยากรที่มีภายใน เช่น การมีสติ ความแข็งแกร่งทางจิตใจ การรับรู้ความสามารถในตนเอง และแหล่งทรัพยากรที่มีภายนอก เช่น การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจากเพื่อนหรือจากครูมาใช้ในการจัดการกับปัญหา/ความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี (Harding, Lopez, & Klainin-Yobas, 2019) ในการศึกษาครั้งนี้ นักเรียนบางส่วนใช้วิธีการขอปรึกษาผู้ที่ไว้ใจ ได้แก่ พ่อแม่ หรือ เพื่อน ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของเด็กวัยประถมศึกษาใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งนักเรียนบางส่วนใช้วิธีการคิดเหตุผล คิดทบทวนเหตุการณ์ หากทำผิดจะไปขอโทษและให้อภัยกัน นอกจากนี้นักเรียนบางส่วนยังใช้วิธีการที่ช่วยเพิ่มแหล่งทรัพยากรที่มีภายในให้เข้มแข็งขึ้น เช่น การนั่งสมาธิ การผ่อนคลายตนเองด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การดูหนัง การ์ตูน ฟังเพลง เล่นเกม เล่นกีฬา เล่นกับครอบครัว เป็นต้น สำหรับในกรณีที่เจอปัญหาการถูกกลั่นแกล้งรังแกกัน นักเรียนบางส่วนใช้วิธีการหลีกเลี่ยง หนีห่าง ไม่สนใจ หรือบางครั้งขอความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือพี่ ซึ่งรูปแบบการเผชิญในเด็กประถมศึกษาเหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ดังเช่น การศึกษาของ พระครูโพธิธรรมนิวิฐ (2562) ได้เสนอแนะว่าปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นกับนักเรียน ประถมศึกษาจะเกี่ยวข้องกับการเรียน เช่น เรียนไม่ทัน ทำงานไม่ทัน ไม่มีความมั่นใจ แก้ไขโดยหาแหล่งเรียนรู้เพิ่มเติม สอบถามครู ครอบครัวและเพื่อน ปัญหาทางอารมณ์ ทะเลาะกับเพื่อน แก้ไขโดยมีความเข้าใจ ให้อภัย

และให้โอกาส ปัญหาทางครอบครัว เช่น พ่อแม่ทะเลาะกัน ควรพูดคุยกันด้วยความเข้าใจ มีความยืดหยุ่น ใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์ การศึกษาของพนิดา บุตรจันทร์ และทัศนาว ทวีคุณ (2562) พบว่านักเรียนที่เป็นกลุ่มผู้ถูกรังแกมักใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงเช่น หลีกหนีปัญหา เก็บกดไว้ในภายใน เป็นวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งในระยะยาวอาจส่งผลให้รับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย อาจอยากได้ตอบหรือแก้แค้นด้วยวิธีรุนแรง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนได้ และนักเรียนมีใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดหรือหยุดปัญหาการกลั่นแกล้งรังแกกันได้

ความต้องการในการส่งเสริมสุขภาวะทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน ที่เล็งเห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นกระบวนการเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน โดยการเพิ่มปัจจัยสนับสนุน และลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้สุขภาพจิตดีขึ้น และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่ โดยลดปัจจัยของการเกิดโรค ลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยป้องกันโรค เพื่อลดอุบัติการณ์ของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช การป้องกันระดับทุติยภูมิเป็น

การป้องกันโรคที่เริ่มเกิดขึ้นไม่ให้เป็นยาวนาน เป็นการลดความชุกของโรค โดยการค้นหาผู้ที่เป็นโรคและให้การรักษาโดยเร็ว และการป้องกันระดับตติยภูมิ เน้นการป้องกันการสูญเสียหน้าที่ หรือลดความบกพร่องในการทำกิจกรรมประจำวัน (อรรธณ ดวงจันทร์, 2559) จากการศึกษาของ Cavioni, Grazzani, & Omaghi (2020) เสนอแนะรูปแบบของสุขภาพจิตในโรงเรียน ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยในการส่งเสริมสุขภาพจิตควรส่งเสริมการเรียนรู้ทางอารมณ์สังคม และส่งเสริมความแข็งแกร่งทางจิตใจ และการป้องกันปัญหาสุขภาพ ควรเป็นการป้องกันด้านพฤติกรรม อารมณ์ และสังคม โดยอาจอยู่ในรูปแบบการป้องกันทั่วไป (universal level) สำหรับนักเรียนทุกคน หรือการป้องกันกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ (selective prevention) สำหรับกลุ่มเจาะจงที่มีความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิต และควรให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีขอบเขตและตัวแปรที่ได้จากมุมมองและความต้องการของนักเรียน ครู และผู้บริหารอย่างเฉพาะเจาะจง จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงในวงกว้าง

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติงาน ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้านี้ ช่วยให้เห็นองค์ประกอบที่ควรคำนึงถึงในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะทางใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่

องค์ประกอบด้านนักเรียน เช่น การเพิ่มคุณค่าในตนเอง การเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ด้านครอบครัว เช่น การเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีและการมีเวลาความสุข สนุกกับคนในครอบครัว วิธีการเลี้ยงดูที่ไม่ใช้การลงโทษ ด้านเพื่อน เช่น การไม่กลั่นแกล้งรังแกกัน การเข้ากับเพื่อนได้ และด้านโรงเรียน เช่น การจัดบรรยากาศการเรียนให้สนุก กระตุ้นการเรียนรู้ ไม่ใช้การลงโทษ และการเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีกับครู เป็นต้น ซึ่งหากการพัฒนา รูปแบบการช่วยเหลือที่มีองค์ประกอบในด้านต่างๆ ที่กล่าวมา จะช่วยนำไปสู่การเป็นผู้เรียนที่มีความสุข มีสุขภาพจิตที่ดีได้ รวมทั้งในการจัดกิจกรรมให้กับเด็กนักเรียนควรให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ ตลอดจนพัฒนาบทบาทของครู/ผู้บริหาร ให้เป็นผู้ช่วยเหลือ สนับสนุนทางจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้เด็กนักเรียนมีแหล่งพึ่งพาและช่วยเหลือนักเรียนเมื่ออยู่ในโรงเรียน

2. ด้านการวิจัย ควรเพิ่มเครื่องมือ/วิธีการในการเก็บข้อมูลมากขึ้น เช่น การสังเกต การบันทึกภาพ เอกสารบันทึกต่าง ๆ ของโรงเรียน เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือได้ยิ่งขึ้น การวิจัยครั้งต่อไปน่าจะเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อให้สามารถนำไปใช้อ้างอิงในกลุ่มประชากรที่มากขึ้นได้ ตลอดจนควรมีการศึกษาเชิงทดลองโดยการพัฒนาโปรแกรมที่จัดกระทำกับปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาวะทางจิตใจของนักเรียน เช่น การจัดการพฤติกรรมเด็ก การใช้เวลาของครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน การกลั่นแกล้ง

การใช้เทคโนโลยี การเผชิญปัญหาแบบใช้การหลีกเลี่ยง เป็นต้น เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

3. ด้านการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เน้นเป็นข้อมูลพื้นฐานทางวิชาการที่ช่วยขยายองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสภาวะทางใจและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนประถมศึกษา ซึ่งจะ เป็นข้อมูลที่ช่วยให้ครูและผู้บริหารโรงเรียนเห็นความสำคัญและนำไปสู่การเพิ่มเติมความรู้ที่เกี่ยวข้องให้เกิดขึ้นในโรงเรียน เช่น อาจมีการจัดหลักสูตรอบรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก มหาวิทยาลัยมหิดล และขอขอบคุณนักเรียน ครู และผู้บริหาร โรงเรียนทุกท่านที่ได้เข้าร่วมการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กฤตพงศ์ มาสอาด และ อลิสา วัชรสินธุ. (2557). ความทุกข์ของภาวะวิตกกังวลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในเขตกรุงเทพมหานคร. *เวชศาสตร์รวมสมัย*, 58(3), 297-308.
- ชัยพร วิศิษฐ์พงศ์, วรณา กลกิจโกวินท์, และ พิสาสน์ เดชะเกษม. (2557). ภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตดุสิตกรุงเทพมหานคร. *วชิรเวชสาร*, 58(3), 43-53.
- นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. *วารสาร มจร. วิชาการ*, 19(38), 105-118.
- พนิดา บุตรจันทร์ และ ทศนา ทวีคุณ. (2562). พฤติกรรมรังแกกันและรูปแบบการเผชิญปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(3), 86-102.

- พระครูโพธิธรรมนิวิฐ. (2562). โปรแกรมพุทธจิตวิทยาลดความเครียดของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 6(6), 3044-3056.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยระบบการศึกษา. (2560). *เครื่องมือพัฒนาสู่ความเป็นโรงเรียนสุภาพฯ*. มหาสารคาม: สถาบันวิจัยระบบการศึกษา.
- รัศมี สังข์ทอง, จตุพร แสงกุล, ชรรณสินธ์ อังวิยะ, นูรศันนิม อุมุด, และ นริสา หะชีวานี. (2563). โปรแกรมนำร่องเพื่อการคัดกรองและพัฒนากลไกเด็กเชิงบวกสำหรับครูและผู้บริหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและความสำเร็จทางการเรียนในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (สวรส.)
- วัชรินทร์ อินทพรหม. (2562). การวิเคราะห์และการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร*, 10(2), 314-333.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *ร่างยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579)*. สืบค้นเมื่อ 14 พฤษภาคม 2564, จาก <https://spm.thaigov.go.th> > GENERAL > DATA0000
- อรรณพ ดวงจันทร์. (2559). *มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน (ฉบับปรับปรุง)*. นนทบุรี: บริษัท บียอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Renzaho, A. M. N., Rawal, L. B., Baxter, J., & Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of suicidal ideation, anxiety and their correlates among adolescents: A population based study of 82 countries. *E Clinical Medicine*, 24. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100395
- Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 606-616.
- Cavioni, C., Grazzani, I., & Ornaghi, V. (2020). Mental health promotion in schools: a comprehensive theoretical framework. *International Journal of Emotional Education*, 12(1), 65-82.
- Fatori, D., Bordin, I. A., Curto, B. M., & Paula, C. S. (2013). Influence of psychosocial risk factors on the trajectory of mental health problems from childhood to adolescence: a longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 13, 1-6.
- Galderisi, S., Heinz A., Kastrup, M., Beezhold J., & Sarorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233.
- Harding, T., Lopez, V., & Klainin-Yobas, P. (2019). Predictors of Psychological Well-Being among Higher Education Students. *Psychology*, 10(4), 578-594.
- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C., & Patel, V. (2005). Mental health promotion works: a review. *12(2)*, 9-25.
- Koning, N. R., Büchner, F. L., Vermeiren, R. R. J. M., Crone, M. R., & Numans, M. E. (2019). Identification of children at risk for mental health problems in primary care-Development of a prediction model with routine health care data. *EClinicalMedicine*, 15, 89-97.
- Maelan, E., Tjomsland, H., Baklien, B., Samdal, O., & Thurston, M. (2018). Supporting pupils' mental health through everyday practices: a qualitative study of teachers and head teachers. *Pastoral Care in Education*, 36(1), 1-13.
- Pope, C. & Mays, N. (2020). *Qualitative research in health care* (4th ed.). Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Puolakka, K., Konu, A., Kiikkala, I., & Paavilainen, E. (2014). Mental Health Promotion in School: Schoolchildren's and Families' Viewpoint. *Nursing Research and Practice*, 2014, 1-10.
- Schulte-Körne, G. (2016). Mental health problems in a school setting in children and adolescents: in reply. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(33-34), 561-561.

- Scottish Government. (2020). *Factors affecting children's mental health and wellbeing: findings from the Realigning Children's Services Wellbeing Surveys (2015-2017)*. Retrieved May 14, 2021, from <https://www.gov.scot/publications/factors-affecting-childrens-mental-health-wellbeing-findings-realigning-childrens-services-wellbeing-surveys-2015-2017>
- Vujčić, M. T., Brajša-Žganec, A., & Franc, R. (2019). Children and Young Peoples' Views on Well-Being: A Qualitative Study. *Child Indicators Research*, 12(3), 791-819.
- Young, C., Hanson, C., Craig, J. C., Clapham, K., & Williamson, A. (2017). Psychosocial factors associated with the mental health of indigenous children living in high income countries: A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 16, 1-17.

DEVELOPMENT OF THE GALYA INDIVIDUALIZED COMPETENCY RESTORATION PROGRAM FOR FORENSIC PSYCHIATRIC PATIENTS

Utaya Nakcharoen, RN, Ph.D. *, Phawinee Butsaen, RN, M.N.S. **

Abstract

Objective: 1) to develop the Galya Individualized Competency Restoration Program (Galya-ICR) for forensic psychiatric patients, and 2) to examine the outcomes of the Galya-ICR.

Methods: This research and development project was divided into two phases, each of which included seven procedures. The program outcomes were evaluated twice. The participants were forensic psychiatric patients who were incompetent to stand trial and were sent to undergo mental examination under Section 14 of the Criminal Procedure Code. The first evaluation was carried out with 20 participants (pretest-posttest control group design), and the second included 10 participants (pretest-posttest one group design). Purposive sampling was used to recruit participants according to the specified criteria. Each participant was required to use the program four times in the same program. The research instruments were the Galya-ICR and the Galya Competency to Stand Trial (Galya-CST). The data were analyzed using independent t-test and paired t-test.

Results: The first evaluation results revealed that after the experiment, the experimental group had a statistically significantly higher mean score (Mean = 31.10, SD = 2.56) on the competency to stand trial ($p < .05$), and their mean score was significantly higher than that of the control group (Mean = 18.30, SD = 5.81) ($p < .05$). The second evaluation results also showed that the experimental group's mean score (Mean = 92.90, SD = 9.15) on the competency to stand trial was significantly higher than before the experiment (Mean = 31.20, SD = 14.44) ($p < .05$), and all of them were able to stand trial after being discharged from the hospital.

Conclusion: The Galya Individualized Competency Restoration Program could assist forensic psychiatric patients in regaining their competency to stand trial and should be included in a forensic psychiatric patient service system so that professional nurses can use it to restore forensic psychiatric patients' competency to stand trial in a more effective and timely manner.

Keywords: competency restoration, competency to stand trial, forensic psychiatric patient

*Corresponding author: Registered Nurse, Senior Professional Level, Galya Rajanagarindra Institute, e-mail: utayaa@yahoo.com

**Registered Nurse, Senior Professional Level, Galya Rajanagarindra Institute

Received: 17 August 2022, Revised: 15 October 2022, Accepted: 21 October 2022

การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคล สำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช

อุทยา นาคเจริญ, พย.ค. *, ภาวินี บุตรแสน, พย.ม. **

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคล (โปรแกรม Galya-ICR) สำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช และ 2) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม Galya-ICR

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 2 ระยะ ตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา 7 ขั้นตอน ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม Galya-ICR โดยการวิจัยทั้งทดลอง จำนวน 2 ครั้ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ไม่สามารถต่อสู้คดีได้ โดยศาลหรือตำรวจส่งมารับการตรวจวินิจฉัยตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ครั้งที่ 1 แบบ 2 กลุ่ม จำนวน 20 คน และ ครั้งที่ 2 แบบ 1 กลุ่ม จำนวน 10 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยใช้โปรแกรมเดียวกันและดำเนินกิจกรรมทั้งหมด จำนวน 4 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรม Galya-ICR และแบบประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี (Galya-CST) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test และสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา : การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 1 พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดี (Mean = 31.10, SD = 2.56) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 18.40, SD = 3.74) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 18.30, SD = 5.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 2 พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีสูง (Mean = 92.90, SD = 9.15) กว่าก่อนทดลอง (Mean = 31.20, SD = 14.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถกลับไปต่อสู้คดีได้ คิดเป็นร้อยละ 100

สรุป : โปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคล สามารถช่วยให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชกลับไปต่อสู้คดีได้ และสามารถนำไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยนิติจิตเวชให้พยาบาลวิชาชีพใช้บำบัดผู้ป่วยนิติจิตเวชให้มีความสามารถไปต่อสู้คดีได้เร็วยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี, ความสามารถในการต่อสู้คดี, ผู้ป่วยนิติจิตเวช

*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, e-mail: utayaa@yahoo.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วันที่รับ: 17 สิงหาคม 2565, วันที่แก้ไข: 15 ตุลาคม 2565, วันที่ตอบรับ: 21 ตุลาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

ในประเทศไทย การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ที่กระทำผิดกฎหมายที่สงสัยว่ามีความผิดปกติทางจิตหรือผู้ป่วยนิติจิตเวชจนทำให้ไม่สามารถต่อสู้คดีได้นั้น ต้องอาศัยประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ซึ่งระบุไว้ว่า

“ในระหว่างทำการสอบสวน ได้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา ถ้ามีเหตุอันควรเชื่อว่า ผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้พนักงานสอบสวนหรือศาลแล้วแต่กรณี สั่งให้พนักงานแพทย์ตรวจผู้นั้น เสร็จแล้วให้เรียกพนักงานแพทย์ผู้นั้นมาให้ถ้อยคำหรือให้การว่าตรวจได้ผลประการใด”

ในกรณีที่พนักงานสอบสวนหรือศาลเห็นว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้ส่งการสอบสวน ได้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาไว้ จนกว่าผู้นั้นหายวิกลจริตหรือสามารถต่อสู้คดีได้และให้มีอำนาจส่งตัวผู้นั้นไปยังโรงพยาบาลโรคจิตหรือมอบให้แก่ผู้อนุบาลข้าหลวงประจำจังหวัดหรือผู้อื่นที่เต็มใจรับไปดูแลรักษาก็ได้ตามแต่จะเห็นสมควร

กรณีที่ศาลลงการได้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา ดังบัญญัติไว้ในวรรคก่อน ศาลจะสั่งจำหน่ายคดีเสียชั่วคราวก็ได้” (บุญรวม เทียมจันทร์ และ ศรีัญญา วิชาวรรณ, 2558) โดยศาลหรือตำรวจจะมีหนังสือส่งตัวผู้ป่วยนิติจิตเวชดังกล่าวไปประเมินความสามารถในการต่อสู้คดียังโรงพยาบาลจิตเวช เนื่องจากไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ซึ่งผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ถูกศาลหรือตำรวจระบุว่าไม่มีความสามารถในการต่อสู้คดีนั้น กระบวนการพิจารณาคดีก็จะ

ชะลอไว้ก่อน จนกว่าผู้กระทำผิดจะสามารถต่อสู้คดีได้ ดังนั้น เป้าหมายหลักของระบบยุติธรรมคือการฟื้นฟูข้อจำกัดของผู้ป่วยนิติจิตเวชด้านความสามารถและกระทำด้วยวิธีการที่รวดเร็ว ซึ่งพบว่าความตั้งใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยนิติจิตเวสดังกล่าวก็คือการฟื้นฟูความสามารถให้กลับคืนมาโดยเร็ว เพื่อป้องกันการอยู่ในโรงพยาบาลนาน และสามารถกลับไปต่อสู้คดีได้โดยเร็ว (Bertman et al, 2003)

ความสามารถในการต่อสู้คดีตามแนวคิดความสามารถในการต่อสู้คดีตามเกณฑ์ของดัสกี (Dusky cited in Gutheil, 1995) นั้น ผู้ป่วยนิติจิตเวชจะต่อสู้คดีได้ ต้องมีความสามารถในการต่อสู้คดี 3 ด้าน ดังนี้ 1) ความสามารถในการเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริงในการดำเนินคดีตามกฎหมาย 2) ความสามารถในการเข้าใจเหตุผลของการดำเนินการตามกฎหมาย และ 3) ความสามารถในการปรึกษากับทนาย (Bonnie, 1992; Gutheil, 1995; Grisso, 1996) ดังนั้นผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ไม่มีความสามารถตามเกณฑ์ของดัสกี ดังกล่าวข้างต้น จึงถูกพิจารณาว่าไม่สามารถในการต่อสู้คดี

สำหรับประเทศไทยการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีตามที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ระบุว่าผู้ป่วยนิติจิตเวชที่สามารถต่อสู้คดีได้จะต้องมีความสามารถใน 4 ด้าน คือ 1) มีความสามารถในการรับรู้กาล เวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งต่าง ๆ รอบตัว 2) มีความเข้าใจตระหนักรู้เรื่องราวของข้อกล่าวหา ความสามารถในการเล่าเหตุการณ์ตามข้อเท็จจริงที่ถูกกล่าวหา

และความสามารถในการพูดคุยและตอบคำถามได้ตรงคำถาม 3) มีความสามารถในการรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นจากคดี และ 4) มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง (สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2557) ดังนั้น หากผู้ป่วยนิติจิตเวชไม่มีความสามารถดังกล่าว จะถือว่ายังไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ศาลหรือตำรวจจึงมีคำสั่งให้ส่งตัวผู้ป่วยนิติจิตเวสดังกล่าวไปรับการประเมินและฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดียังโรงพยาบาลจิตเวช

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีที่ใช้ในการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีน้อยมาก ในขณะเดียวกันการเผยแพร่งานวิจัยเกี่ยวกับการทดสอบผลของโปรแกรมห้างก่อกำลัก็มีน้อยเช่นกัน (Scott, 2003) ดังนี้ 1) Atascadero State Hospital Program (Pendleton, 1980) 2) Forensic Unit Central Ohio Psychiatric Hospital Program (Davis, 1985) 3) Alton Mental Health and Developmental Center Program (Brown, 1992) 4) North Coast Behavioral System Program (Noffsinger, 2001) 5) FFF Standard Hospital Treatment Program (Bertman et al., 2003) 6) Standard Hospital Treatment (SHT) group (Scott, 2003) 7) Fitness Game (FG) (Mueller & Wylie, 2007) และ 8) โปรแกรมกลุ่มเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดี (อุทยา นาคเจริญ, เบญจวรรณ สามสาตี, สุติ ดังกู, พรรณยุพา เจริญไพจิตร, และ เกศรียา ฅณาธรรม, 2548) ซึ่งแต่ละโปรแกรมก็มีแนวคิดพื้นฐานที่ใช้ในการพัฒนา เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน รูปแบบการดำเนินกิจกรรม และความยากง่ายในการจัดกิจกรรม

แตกต่างกันไป จึงมีข้อจำกัดในการนำมาใช้

สำหรับประเทศไทย ได้มีการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ส่งมารับการประเมินทางนิติจิตเวชและฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรุงเทพมหานคร โดย อุทยา นาคเจริญ และคณะ (2548) ปัจจุบันการจัดโปรแกรมกลุ่มเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีดังกล่าวมีข้อจำกัด เนื่องจากมีผู้ป่วยนิติจิตเวชบางรายไม่ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มดังกล่าว เช่น ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ได้รับข้อกล่าวหาในคดีทำร้ายร่างกาย พยายามฆ่า หรือฆ่าบุคคลในครอบครัว รวมทั้งคดีข่มขืน และวางเพลิง โดยให้เหตุผลว่าไม่อยากเปิดเผยข้อมูลตามข้อกล่าวหาที่ได้รับให้ผู้ป่วยคนอื่นรับรู้ จึงส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยนิติจิตเวชที่จะจัดโปรแกรมกลุ่มได้มีจำนวนลดลง ประกอบกับในช่วง 2 - 3 ปีที่ผ่านมาทางกรมสุขภาพจิตมีนโยบายให้หน่วยงานต่างๆในสังกัดกรมสุขภาพจิตรับผิดชอบให้บริการผู้ป่วยนิติจิตเวชในเขตบริการสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยนิติจิตเวชของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์มีจำนวนลดลง จึงไม่สามารถเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีในแบบโปรแกรมกลุ่มได้ พยาบาลวิชาชีพจึงต้องประยุกต์โปรแกรมเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีจากแบบกลุ่มมาเป็นแบบรายบุคคล ซึ่งพบว่าข้อจำกัดในเรื่องของรูปแบบและวิธีการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากกิจกรรมที่กำหนดไว้นั้น ส่วนใหญ่เป็นการจัดกิจกรรมแบบกลุ่ม ต้องมีจำนวนสมาชิกอย่างน้อย 6

คนขึ้นไป จึงจะดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามที่กำหนดไว้ได้ ดังนั้น หากมีโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลก็จะสามารถช่วยลดข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้นได้ อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี 2548 จนถึงปี 2561 ถึงแม้จะมีข้อจำกัดของการเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีแบบกลุ่ม แต่ทางสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ก็ยังไม่ได้มีการพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีแบบรายบุคคลแต่อย่างใด รวมทั้งโปรแกรมการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลของต่างประเทศยังมีน้อย (Carbonell, Heilbrun, & Friedman, 1992; Ladds, Convit, Zito, & Vitrai, 1993) ส่วนในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีโปรแกรมการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคล

จากข้อจำกัดของโปรแกรมกลุ่มเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีสำหรับผู้ป่วนนิติจิตเวช ดังกล่าวข้างต้น โปรแกรมการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคล [Galya Individualized Competency Restoration Program (Galya-ICR)] สำหรับผู้ป่วนนิติจิตเวชที่ส่งมารับการประเมินทางนิติจิตเวชและฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ขึ้น โดยอาศัยแนวคิดความสามารถในการต่อสู้คดีของ (Dusky cited in Gutheil, 1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี เพื่อใช้ในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ดังกล่าว โปรแกรม Galya-

ICR จึงเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชใช้ฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีให้ผู้ป่วนนิติจิตเวชมีความสามารถไปต่อสู้คดีได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรม Galya-ICR สำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม Galya-ICR ต่อความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วนนิติจิตเวช

สมมติฐานการวิจัย

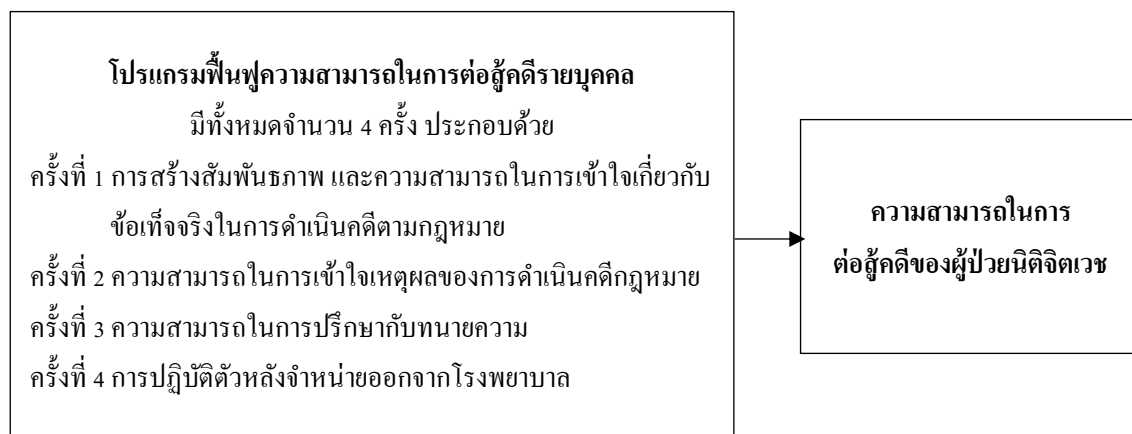
1. ผู้ป่วนนิติจิตเวชภายหลังได้รับโปรแกรม Galya-ICR มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม Galya-ICR
2. ผู้ป่วนนิติจิตเวชกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม Galya-ICR มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม Galya-ICR
3. ผู้ป่วนนิติจิตเวชภายหลังได้รับโปรแกรม Galya-ICR สามารถต่อสู้คดีได้จริงภายหลังกลับไปเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดความสามารถในการต่อสู้คดีของดัสกี (Dusky cited in Gutheil, 1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วนนิติจิตเวช เป็นการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการฝึกทักษะให้ผู้ป่วนนิติจิตเวช มีความสามารถในการ

ต่อสู้คดี ประกอบด้วย ความสามารถในการต่อสู้คดี 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถในการเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริงในการดำเนินคดีตามกฎหมาย (Factual understanding of the proceedings) 2) ความสามารถในการเข้าใจเหตุผลของการดำเนินการตามกฎหมาย (Rational understanding of the proceedings) และ 3) ความสามารถในการปรึกษากับทนาย (Ability to

consult with counsel) ซึ่งการฟื้นฟูผู้ป่วยนิติจิตเวชให้มีความสามารถในการต่อสู้คดีทั้ง 3 ด้าน โดยใช้กระบวนการบำบัดแบบรายบุคคลเป็นขั้นตอนในการเตรียม จะนำไปสู่การเพิ่มระดับความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชได้ในที่สุด ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรม Galya-ICR สำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชในครั้งนี้ เป็นการพัฒนาโดยอาศัยกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการวิจัยและพัฒนาเป็น 2 ระยะ ตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา 7 ขั้นตอน โดยประยุกต์มาจากกระบวนการวิจัยและพัฒนา 10 ขั้นตอน ของบอร์กและกอลล์ (Borg & Gall 1983 อ้างใน Gustiani, 2019) รายละเอียดดังนี้

กระบวนการวิจัยและพัฒนา ระยะที่ 1

(ขั้นตอนที่ 1 ถึง ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561)

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ (Research and information collection)

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ (Need analysis) คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช พบว่า สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้มีการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มเตรียมความพร้อมในการต่อสู้

คดีสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ส่งมารับการประเมินทางนิติจิตเวชและฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรุงเทพมหานคร โดย อุทยา นาคเจริญ และคณะ (2548) และเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2560 คณะผู้วิจัยได้ทำการประชุมพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชเพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมกลุ่มเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีดังกล่าว พบข้อจำกัดในการดำเนินโปรแกรม เนื่องจากมีผู้ป่วยนิติจิตเวชบางรายปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มดังกล่าว โดยให้เหตุผลว่าไม่อยากเปิดเผยข้อมูลตามข้อกล่าวหาที่ได้รับให้ผู้ป่วยคนอื่นรับรู้ ทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีให้กับผู้ป่วยนิติจิตเวชเป็นรายบุคคลได้ เนื่องจากไม่มีโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีที่เหมาะสม และมีประสิทธิผลตรงกับความต้องการของผู้ป่วยนิติจิตเวช ดังนั้น การฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช จึงมีความจำเป็นและสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

2. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Literature review) พบว่า โปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีแบบรายบุคคลยังมีน้อย ซึ่งแต่ละโปรแกรมก็มีแนวคิดพื้นฐานที่ใช้ในการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน รูปแบบการดำเนินกิจกรรม และความยากง่ายในการจัดกิจกรรมแตกต่างกันไป จึงมีข้อจำกัดในการนำมาใช้

3. การกำหนดกรอบแนวคิด (Framework preparation) คณะผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรม Galya-

ICR และแบบประเมิน Galya-CST โดยอาศัยแนวคิดความสามารถในการต่อสู้คดีของดัสกี (Dusky cited in Gutheil, 1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนดำเนินการวิจัย (Planning)

คณะผู้วิจัยออกแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดังนี้

1. กระบวนการวิจัยและพัฒนาระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 - 4 (เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561) โดยมีการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 1

2. กระบวนการวิจัยและพัฒนาระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 5 - 7 (เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565) โดยมีการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 2

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำต้นร่างโปรแกรม (Developing preliminary form of product)

1. จัดทำต้นร่างโปรแกรม Galya-ICR มีทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง

2. จัดทำต้นร่างแบบประเมิน Galya-CST

3. นำโปรแกรม Galya-ICR และแบบประเมิน Galya-CST ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 11 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านนิติจิตเวช พิจารณาตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความสอดคล้องของจุดมุ่งหมายกับเนื้อหา และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

4. ได้โปรแกรม Galya-ICR และแบบประเมิน Galya-CST ต้นฉบับสำหรับนำไปทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมครั้งที่ 1

ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม

ครั้งที่ 1 และปรับแก้ครั้งที่ 1 (Preliminary field testing and revising main product)

1. การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม Galya-ICR ต่อความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ออกแบบการวิจัยเป็น Pretest-posttest control group design เพื่อประเมินผลโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 1 แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ราย โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เลขที่ 2-2561 วันที่ 19 มกราคม 2561

2. นำแบบประเมิน Galya-CST ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .91

3. ภายหลังเสร็จสิ้นการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม Galya-ICR ต่อความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช คณะผู้วิจัยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในช่วงของการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการปรับแก้เนื้อหาในคู่มือโปรแกรม Galya-ICR สำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชเพื่อให้เข้าใจง่าย

4. ได้โปรแกรม Galya-ICR และแบบประเมิน Galya-CST สำหรับนำไปอบรมให้กับพยาบาลวิชาชีพในสังกัดกรมสุขภาพจิตนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยนิติจิตเวช

กระบวนการวิจัยและพัฒนาระยะที่ 2 (ขั้นตอนที่ 5 ถึงขั้นตอนที่ 7 ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565)

ขั้นตอนที่ 5 นำโปรแกรมไปทดลองใช้ ประเมินผล และปรับแก้ครั้งที่ 2 (Main field testing and revising operational product)

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการประเมินและฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช จำนวน 2 ครั้ง ในกลุ่มเป้าหมายพยาบาลวิชาชีพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และบุคลากรสหวิชาชีพที่รับผิดชอบงานนิติจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 1 จำนวน 30 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 24 คน และวิชาชีพอื่น ๆ จำนวน 6 คน ครั้งที่ 2 จำนวน 20 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน และวิชาชีพอื่น ๆ จำนวน 8 คน

การจัดอบรมทั้ง 2 ครั้ง ได้ให้ผู้เข้ารับการอบรมทดลองใช้โปรแกรม Galya-ICR และแบบประเมิน Galya-CST โดยจับคู่และสลับบทบาทเป็นทั้งผู้บำบัดและผู้ป่วยนิติจิตเวช หลังจากนั้นให้แบ่งกลุ่ม จำนวน 3 กลุ่ม เพื่อทำการประเมินผล โดยผู้เข้าร่วมอบรมให้เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันการป่วยซ้ำ เพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบในผู้ป่วยนิติจิตเวช รวมทั้งให้เปลี่ยนชื่อกิจกรรมครั้งที่ 4 จาก “สรุปผลและปิดโปรแกรม” เป็น “การปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล” และให้จัดเรียงลำดับข้อคำถามในแบบประเมิน Galya-CST ใหม่ตามลำดับกระบวนการทางยุติธรรม

2. ปรับปรุงเนื้อหาในคู่มือโปรแกรม Galya-ICR ตามข้อเสนอแนะของผู้อบรมในข้อที่ 1 โดยการปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่าย กระชับ และเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันการ

ป่วยเข้าร่วมด้วย เพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบในผู้ป่วยนิจิตจิตเวช

3. จัดเรียงลำดับข้อคำถามในแบบประเมิน Galya-CST ตามข้อเสนอแนะของผู้อบรมในข้อที่ 1 โดยไม่มีการปรับแก้ข้อคำถามแต่อย่างใด

4. ศึกษาความตรงและความเที่ยงของแบบประเมิน Galya-CST ของผู้ป่วยนิจิตจิตเวช โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เลขที่ 16/2562 วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2562

5. หลังจากนั้นนำโปรแกรม Galya-ICR ลงสู่การปฏิบัติ เพื่อประเมินผลการนำไปใช้ โดยให้พยาบาลวิชาชีพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่ผ่านการอบรมในข้อ 1 นำโปรแกรม Galya-ICR และแบบประเมิน Galya-CST ที่ปรับปรุงเนื้อหาแล้วตามข้อ 2 และ 3 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยนิจิตจิตเวช

6. ประเมินผลการนำโปรแกรม Galya-ICR และแบบประเมิน Galya-CST ไปใช้ โดยคณะผู้วิจัยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับพยาบาลวิชาชีพภายหลังของการนำโปรแกรมไปใช้ และดำเนินการปรับแก้เนื้อหาในคู่มือโปรแกรม Galya-ICR สำหรับผู้ป่วยนิจิตจิตเวชเพื่อให้เข้าใจง่าย

7. ได้โปรแกรม Galya-ICR และแบบประเมิน Galya-CST ภายหลังปรับแก้แล้วสำหรับนำไปทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม ครั้งที่ 2 ต่อไป

ขั้นตอนที่ 6 การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม ครั้งที่ 2 และปรับแก้ ครั้งที่ 3 (Operational field testing and revising final product)

1. อบรมการใช้โปรแกรม Galya-ICR และ

แบบประเมิน Galya-CST ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนิจิตจิตเวช จำนวน 5 คน เป็นครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2564 ซึ่งพยาบาลวิชาชีพทั้ง 5 คนนี้ ได้ผ่านการอบรมครั้งที่ 1 มาแล้วในขั้นตอนที่ 5 เพื่อเตรียมเป็นพยาบาลผู้บำบัด

2. ประเมินผลการนำโปรแกรม Galya-ICR และแบบประเมิน Galya-CST ไปใช้ โดยพยาบาลผู้บำบัด ในข้อ 1 เสนอให้เปลี่ยนกิจกรรมครั้งที่ 2 - 4 ประเด็นฝึกการควบคุมอารมณ์อย่างง่าย ในหัวข้อการฝึกพูดให้ช้าลง เป็นกิจกรรมอื่น เนื่องจากไม่สามารถฝึกให้ผู้ป่วยได้ และเสนอให้กำหนดค่าคะแนนถ่วงน้ำหนักในแต่ละคำตอบของแต่ละข้อคำถามของแบบประเมิน Galya-CST ใหม่ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเชี่ยวชาญด้านนิจิตจิตเวชให้คะแนนถ่วงน้ำหนักแต่ละคำตอบที่แสดงถึงการมีความสามารถในการต่อสู้คดีอย่างแท้จริง ระหว่าง 0 - 10 คะแนน

3. ปรับปรุงเนื้อหาในโปรแกรม Galya-ICR กิจกรรมฝึกการควบคุมอารมณ์อย่างง่าย ในหัวข้อการฝึกพูดให้ช้าลง ตามข้อเสนอแนะในข้อที่ 2

4. นำเครื่องมือแบบประเมิน Galya-CST ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 9 ท่าน ให้คะแนนถ่วงน้ำหนักในแต่ละคำตอบของแต่ละข้อคำถาม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนแต่ละคำตอบระหว่าง 0 - 10 คะแนน ตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับการมีความสามารถในการต่อสู้คดีอย่างแท้จริง

5. การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 2 โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ออกแบบการวิจัย

เป็น Pretest-posttest one group design เพื่อประเมินผลโปรแกรม Galya-ICR ต่อความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช ครั้งที่ 2 และติดตามผลว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถกลับไปต่อสู้คดีได้จริงหรือไม่ จำนวน 10 ราย โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.COA 017/2565 วันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2565

6. ได้โปรแกรม Galya-ICR และแบบประเมิน Galya-CST ฉบับสมบูรณ์สำหรับนำไปเผยแพร่ให้พยาบาลวิชาชีพในสังกัดกรมสุขภาพจิตนำไปใช้ในการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชต่อไป

ขั้นตอนที่ 7 เผยแพร่ ขยายผล และนำโปรแกรมลงสู่การปฏิบัติจริง (Disseminating and implementing)

1. จัดทำคู่มือโปรแกรม Galya-ICR เพื่อเผยแพร่ให้หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตนำไปใช้เป็นแนวทางในการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช จำนวน 50 เล่ม และสามารถดาวน์โหลดไฟล์ PDF คู่มือโปรแกรม Galya-ICR ได้จากเว็บไซต์ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์หรือสแกน QR Code ได้จากทางด้านหลังของปกคู่มือโปรแกรม Galya-ICR

2. นำโปรแกรม Galya-ICR และแบบประเมิน Galya-CST ไปใช้ในการปฏิบัติงานระบบปกติของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

3. ทำแผนปฏิบัติการจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้โปรแกรม Galya-ICR และแบบประเมิน Galya-CST ให้กับพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานนิติจิตเวชในหน่วยงานต่าง ๆ

สังกัดกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2566

วิธีดำเนินการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม

ประชากร คือ ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดกฎหมาย อยู่ระหว่างทำการสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาคดี และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ โดยศาลหรือตำรวจส่งมารับการตรวจวินิจฉัย ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 14 ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

1. การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 1

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดกฎหมาย อยู่ระหว่างทำการสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาคดี และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ โดยศาลหรือตำรวจส่งมารับการตรวจวินิจฉัย ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 14 ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ใช้โปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) โดยใช้ขนาดอิทธิพล [กลุ่ม 1 (mean = 77.40, SD = 7.79) และ กลุ่ม 2 (mean = 49.80, SD = 15.28)] จากผลการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมกลุ่มเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีต่อความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชของอุทยา นาคเจริญ และคณะ (2548) กำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha = .01$ และอำนาจการทดสอบ (1- β) 80.00% โดยกำหนด $\beta = .20$

จากผลการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบพบว่า เพื่อให้มีอำนาจการทดสอบ 82.86% ต้องใช้

กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 7 คน รวม 14 คน ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 20 คน เพื่อป้องกันการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 20 คน แล้วสุ่มตัวอย่าง (Random assignment) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน โดยจับคู่ด้านคะแนนความสามารถในการต่อสู้คดี อายุ เพศ และการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ถูกนำส่งมารับการตรวจประเมินทางนิติจิตเวชและฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. อาการทางจิตทุเลา โดยมีคะแนนจากแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ในแต่ละข้อน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ซึ่งคะแนนแต่ละข้ออยู่ในช่วง 0 - 7 คะแนน และมีคะแนนรวมอยู่ในระดับอาการทางจิตทุเลา (คะแนนน้อยกว่า 37 คะแนน)
4. คะแนนความสามารถในการต่อสู้คดีอยู่ในช่วง 0 - 24 คะแนน
5. สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารได้
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก

1. ได้รับการวินิจฉัยโรคมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หรือสมองเสื่อม

2. มีอาการทางกายรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้

2. การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 2

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดกฎหมาย อยู่ระหว่างทำการสอบสวน ได้ส่วนมูลฟ้องหรือพิจารณาคดี และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ โดยศาลหรือตำรวจส่งมารับการตรวจวินิจฉัย ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ใช้โปรแกรม G*Power โดยใช้ขนาดอิทธิพล [กลุ่ม 1 (mean = 31.10, SD = 2.55) และ กลุ่ม 2 (mean = 18.30, SD = 5.81)] จากผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 1 กำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha = .01$ และอำนาจการทดสอบ (1- β) 80.00% โดยกำหนด Effect size $d_z = 2.017$

จากผลการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบพบว่า เพื่อให้มีอำนาจการทดสอบ 88.87% ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 7 คน ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 10 คน เพื่อป้องกันการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ถูกนำส่งมารับการตรวจประเมินทางนิติจิตเวชและฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี ตามประมวลกฎหมายวิธี

พิจารณาความอาญามาตรา 14

2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

3. อาการทางจิตทุเลา โดยมีคะแนนจากแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ในแต่ละข้อน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนลงมา ซึ่งคะแนนแต่ละข้ออยู่ในช่วง 0 - 7 คะแนน และมีคะแนนรวมอยู่ในระดับอาการทางจิตทุเลา (คะแนนน้อยกว่า 37 คะแนน)

4. คะแนนความสามารถในการต่อสู้คดีอยู่ในช่วง 0 - 76 คะแนน

5. สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้

6. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก

1. ได้รับการวินิจฉัยโรคมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หรือสมองเสื่อม

2. มีอาการทางกายรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้

เครื่องมือ

1. การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 1 ใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต และข้อมูลเกี่ยวกับการก่อคดี

1.2 แบบประเมิน Galya-CST (Galya-Competency to Stand Trial) พัฒนาโดยผู้วิจัยและคณะ โดยอาศัยแนวคิดความสามารถในการต่อสู้คดีของดัสกี (Dusky cited in Gutheil, 1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 18 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามที่ใช้สัมภาษณ์เป็นแบบให้เลือกตอบ 0-2 คะแนน คะแนนเต็ม 36 คะแนน

จำแนกกลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ ผู้ถูกสัมภาษณ์กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ไม่มีความสามารถในการต่อสู้คดี มีผลรวมคะแนนความสามารถในการต่อสู้คดีตั้งแต่ 0 - 24 คะแนน (คะแนนน้อยกว่า 70.00%) และผู้ถูกสัมภาษณ์กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ถูกสัมภาษณ์ที่มีความสามารถในการต่อสู้คดี มีผลรวมคะแนนความสามารถในการต่อสู้คดีตั้งแต่ 25 - 36 คะแนน (คะแนนตั้งแต่ 70.00% ขึ้นไป)

ผู้วิจัยนำแบบประเมิน Galya-CST ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 11 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านนิติจิตเวช พิจารณาตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความสอดคล้องของจุดมุ่งหมายกับเนื้อหา ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .91

1.3 แบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ (The Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) ของโอเวอร์ฮอลล์ และกอร์แฮม (Overall & Gorham 1962) แปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุรัต กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2544) จำนวน 18 ข้อ แต่ละข้อมีให้เลือกตอบ ตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน ดังนี้ 1 = ไม่มีอาการ 2 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = อาการปานกลาง 5 = อาการค่อนข้างรุนแรง 6 = อาการรุนแรง 7 = อาการรุนแรงมาก

การแปลผลคะแนนแบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ

คะแนน 18 - 36 ระดับอาการทางจิตเล็กน้อย
คะแนน 37 - 89 ระดับอาการทางจิตปานกลาง
คะแนน 90 - 126 ระดับอาการทางจิตรุนแรงมาก

1.4 โปรแกรม Galya-ICR มีทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และความสามารถในการเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินคดีตามกฎหมาย

ครั้งที่ 2 ความสามารถในการเข้าใจเหตุผลของการดำเนินคดีและผลที่จะได้รับภายหลังสิ้นสุดกระบวนการทางกฎหมาย

ครั้งที่ 3 ความสามารถในการปรึกษาหารือร่วมมือกับทนายความในการปกป้องตนเอง

ครั้งที่ 4 สรุปผลและปิดโปรแกรม

ผู้วิจัยนำโปรแกรม Galya-ICR ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 11 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านนิติจิตเวช พิจารณาตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความสอดคล้องของจุดมุ่งหมายกับเนื้อหาและวิธีการจัดกิจกรรมในโปรแกรม Galya-ICR แต่ละครั้ง หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของเนื้อหา กระบวนการในการจัดกิจกรรม อุปกรณ์ และระยะเวลา จากนั้นจึงนำมาแก้ไขปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

2. การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 2 ใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้

2.1 แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต และข้อมูลเกี่ยวกับการก่อคดี

2.2 แบบประเมิน Galya-CST ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยในข้อ 1.2 และในขั้นตอนนี้คณะผู้วิจัยได้ศึกษาความตรงและความ

เที่ยงของแบบประเมิน Galya-CST ของผู้ป่วยนิติจิตเวช ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ไม่สามารถต่อสู้คดีได้ จำนวน 32 ราย และผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มีความสามารถในการต่อสู้คดีได้ จำนวน 40 ราย รวมทั้งสิ้น 72 ราย สัมภาษณ์โดยผู้วิจัยทั้ง 2 ท่าน

ผลการวิจัย ได้แบบประเมิน Galya-CST จำนวน 14 ข้อ (จากเดิมมีจำนวน 18 ข้อ) คะแนนเต็ม 28 คะแนน ค่า Area under curve (AUC) 0.94 จุดตัดที่คะแนนรวม ≥ 20 คะแนน ให้ค่าความไวร้อยละ 82.5 และค่าความจำเพาะ ร้อยละ 90.6 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินเท่ากับ 0.80 - 0.90 และกลุ่มผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มีความสามารถในการต่อสู้คดีมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ไม่มีความสามารถในการต่อสู้คดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากการประเมินผลภายหลังจากนำแบบประเมิน Galya-CST ไปใช้ พยาบาลวิชาชีพได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การให้คะแนนแต่ละคำตอบที่มีระดับคะแนน 0 1 และ 2 คะแนน นั้น ส่งผลให้ระดับความสามารถในการต่อสู้คดีไม่มีความแตกต่างกัน คณะผู้วิจัยจึงพิจารณาทำการถ่วงน้ำหนักแต่ละคำตอบของแต่ละข้อคำถามใหม่โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 ท่าน ผลที่ได้คือแต่ละคำตอบมีคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 10 คะแนน คะแนนเต็ม 110 คะแนน การจำแนกผู้ถูกสัมภาษณ์เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ถูกสัมภาษณ์ยังไม่สามารถต่อสู้คดี มีผลรวมคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 76 คะแนน และกลุ่มที่ 2 คือ ผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถต่อสู้คดีได้

มีผลรวมคะแนนอยู่ในช่วง 77 - 110 คะแนน (70.00% ขึ้นไป)

2.3 แบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ (The Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) ของโอเวอร์อลล์และกอร์แฮม (Overall & Gorham 1962) แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2544) จำนวน 18 ข้อ แต่ละข้อมีให้เลือกตอบ ตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน ดังนี้ 1 = ไม่มีอาการ 2 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = อาการปานกลาง 5 = อาการค่อนข้างรุนแรง 6 = อาการรุนแรง 7 = อาการรุนแรงมาก

การแปลผลคะแนนแบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ

คะแนน 18 - 36 ระดับอาการทางจิตเล็กน้อย

คะแนน 37 - 89 ระดับอาการทางจิตปานกลาง

คะแนน 90 - 126 ระดับอาการทางจิตรุนแรงมาก

2.4 โปรแกรม Galya-ICR ที่คณะผู้วิจัยปรับแก้มาจากข้อ 1.4 มีทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง และในครั้งนี้มีมีการปรับแก้รายละเอียดของครั้งที่ 4 และเปลี่ยนชื่อเป็น “การปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล”

สถานที่ทำการวิจัย

แผนกผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชชนกนคร กรุงเทพมหานคร

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.1 การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 1 ได้รับการรับรอง

จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันกัลยาณ์ราชชนกนคร ครั้งที่ 2-2561 วันที่ 19 มกราคม 2561

1.2 การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 2 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 017/2565 วันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2565

2. ใช้รหัสแทนการระบุชื่อสกุลผู้ป่วย และเอกสารที่เกี่ยวข้องจะเก็บไว้ในตู้ที่มีกุญแจเปิด เพื่อปกปิดข้อมูลผู้ป่วยไว้เป็นความลับและไม่สามารถสืบค้นไปยังชื่อผู้ป่วยได้

3. กลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม Galya-ICR โดยไม่มีข้อบังคับใด ๆ และสามารถยุติการร่วมโปรแกรมได้ตลอดเวลาเมื่อต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย

4. ไฟล์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะบันทึกลงในคอมพิวเตอร์ของหัวหน้าโครงการวิจัย และต้องใช้ Password ในการเปิดเครื่อง ซึ่งมีเพียงหัวหน้าโครงการวิจัยและผู้ร่วมวิจัยเท่านั้นที่ทราบ

5. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

6. ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งในรูปแบบเอกสารและไฟล์ข้อมูลที่บันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ เมื่อดำเนินการวิจัยแล้วเสร็จภายใน 2 ปี

7. ขณะดำเนินการทดลองโปรแกรม Galya-ICR หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบ ผู้วิจัยจะประสานการดูแลไปยังพยาบาลประจำตึกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา เพื่อรายงานแพทย์

ต่อไป หรือในกรณีที่ผู้วิจัยพิจารณาแล้วเห็นว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ต้องการความช่วยเหลือด้านจิตใจไม่ว่าจะเกิดจากการดำเนินการวิจัยหรือไม่ก็ตาม ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น และจะประสานการดูแลไปยังพยาบาลประจำดึกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเพื่อรายงานแพทย์ต่อไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 1

1.1 ผู้วิจัยประเมินอาการทางจิต (คะแนน BPRS น้อยกว่า 37 คะแนน) และประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช ก่อนการทดลอง เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

1.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามคุณลักษณะข้างต้น โดยจับคู่ด้านคะแนนความสามารถในการต่อสู้คดี อายุ เพศ การศึกษา และการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด จำนวน 10 คู่ แล้วใช้วิธีสุ่มโดยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน

1.3 ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และดำเนินการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีตามโปรแกรม Galya-ICR จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลา 2 สัปดาห์

1.4 ประเมินผลการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีจากข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรม Galya-ICR ของกลุ่มตัวอย่าง

1.5 กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองตอบแบบประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี (Post-test) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม Galya-ICR สิ้นสุด

1.6 ในกลุ่มควบคุมผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดหมายการพบกับกลุ่มควบคุมอีกครั้ง เพื่อตอบแบบประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีอีกครั้ง โดยในระหว่างดำเนินการรวบรวมข้อมูล กลุ่มควบคุมได้รับการปฏิบัติกิจกรรมตามปกติของหอผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่

1.7 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมเมื่อดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองเสร็จ และประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีอีกครั้ง (post-test) พร้อมกับกลุ่มทดลอง

1.8 ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้น กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรม Galya-ICR เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

2. การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 2

2.1 ผู้วิจัยอบรมการใช้โปรแกรม Galya-ICR และแบบประเมิน Galya-CST ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนิติจิตเวช จำนวน 5 คน เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2564 เพื่อเตรียมพยาบาลวิชาชีพทั้ง 5 คน ให้เป็นพยาบาลผู้บำบัด ซึ่งพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดนี้ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการเตรียมผู้ป่วยนิติจิตเวชให้มีความสามารถไปต่อสู้คดีมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี และได้ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการการประเมิน

และฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชในขั้นตอนที่ 5 ในช่วงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2562 มาแล้ว

2.2 ผู้วิจัยประเมินอาการทางจิต (คะแนน BPRS น้อยกว่า 37 คะแนน) และประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชก่อนการทดลอง เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

2.3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมทดลองตามคุณลักษณะข้างต้น จำนวน 10 คน

2.4 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีตามโปรแกรม Galya-ICR

2.5 พยาบาลผู้บำบัดดำเนินการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้ให้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลา 2 สัปดาห์

2.6 ประเมินผลการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีจากข้อมูลที่ได้จากการสังเกตของพยาบาลผู้บำบัดและการประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรม Galya-ICR ของกลุ่มตัวอย่าง

2.7 ประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยทั้ง 2 คน (หัวหน้าและผู้ร่วมโครงการวิจัย) เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของการประเมินผล ทั้งก่อนและหลังการทดลอง (Pre-post test) เนื่องจากผ่านการหาความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) จากการหาค่า Intraclass correlation coefficient (ICC) โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้ง 72 ราย ในเวลาเดียวกัน พบว่า มีความสอดคล้องภายในอยู่ในช่วง

.80 - .90

2.8 โทรศัพท์ถึงหน่วยงานที่มารับตัวผู้ป่วยนิติจิตเวชกลับไปต่อสู้คดี เพื่อติดตามหลังจำหน่ายว่าสามารถต่อสู้คดีได้จริงหรือไม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 1

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

1.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test

1.3 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

2. การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 2

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

2.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีของกลุ่มตัวอย่าง (One group) ในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

2.3 กลุ่มตัวอย่างสามารถต่อสู้คดีได้จริงภายหลังกลับไปเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรม Galya-ICR

ได้โปรแกรม Galya-ICR สำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช จำนวน 4 ครั้ง ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45 - 60 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และความสามารถในการเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริงในการดำเนินคดีตามกฎหมาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชและผู้บำบัดได้ทำความรู้จักกัน 2) ให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชเข้าใจกติกาและจุดมุ่งหมายในการเข้าร่วมโปรแกรม Galya-ICR 3) ให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชมีความสามารถในการเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินคดีตามกฎหมาย 4) ให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชสามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งต่างๆ รอบตัว และ 5) ให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชสามารถเข้าใจถึงบทบาทของบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินคดี

ครั้งที่ 2 ความสามารถในการเข้าใจเหตุผลของการดำเนินการตามกฎหมาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชมีความสามารถตระหนักรู้เรื่องราวของข้อกล่าวหา และสามารถเล่าเหตุการณ์ตามข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในวันที่ถูกกล่าวหาได้ 2) ให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชมีความสามารถในการเข้าใจถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากคดีภายหลังสิ้นสุดกระบวนการทางกฎหมาย พร้อมทั้งสามารถแก้ต่างต่อข้อกล่าวหาให้กับตนเองได้ในกรณีที่เป็นผู้เสียหาย และ 3) ให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสมขณะอยู่ในห้องสอบสวนหรือพิจารณาคดี

ครั้งที่ 3 ความสามารถในการปรึกษากับ

ทนายความ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชมีความสามารถในการปรึกษาหารือร่วมมือกับทนายความในการปกป้องตนเอง และ 2) ให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสมขณะอยู่ในห้องสอบสวนหรือพิจารณาคดี

ครั้งที่ 4 การปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชได้ทบทวนสาระสำคัญของการเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดี 2) เพื่อให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ อาการเตือน และการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3) เพื่อให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชสามารถดูแลตัวเองได้จนกระทั่งเข้าสู่การดำเนินคดีสิ้นสุดและตลอดไป และ 4) ยุติการเข้าร่วมโปรแกรม Galya-ICR

2. การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 1 (อุทยา นาคเจริญ และ ภาวิณี บุตรแสน, 2562)

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ($n = 20$) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 90 มีอายุในช่วง 30 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.00 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40 ปี ($\text{mean} = 40.45$, $\text{SD} = 13.61$) มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 55 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30.00 เท่ากับมัธยมศึกษาตอนปลาย และมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 45.00

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยทางจิตเวชโดยเฉลี่ยประมาณ 8 ปี ($\text{mean} = 8.65$, $\text{SD} = 9.77$, mode

= 3.00, median = 4.50) และได้รับการรักษาทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 95 แต่กลับพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 89.47 รวมทั้งมีประวัติขาดยาาก่อนก่อคดี คิดเป็นร้อยละ 94.74 โดยส่วนใหญ่ขาดยาาก่อนก่อคดีเป็นระยะเวลา 1 เดือน และตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 44.44 เท่ากัน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 80.00 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 70.00 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้แอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาเป็นยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 35.00 และมีการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนก่อคดี คิดเป็นร้อยละ 10.00 โดยใช้แอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 5.00 เท่ากับยาบ้า

ในส่วน of ข้อมูลเกี่ยวกับคดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีประวัติการก่อคดีมาแล้ว คิดเป็นร้อยละ 50.00 โดยส่วนใหญ่เคยก่อคดีมาแล้ว จำนวน 1 ครั้ง (mean = 0.70, SD = 0.864, mode = 0.00, median = 0.50) ส่วนใหญ่ข้อกล่าวหาที่ได้รับในครั้งนี้ คือ คดีพยายามฆ่า คิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมา คือ คดีความผิดต่อชีวิต คิดเป็นร้อยละ 15 เท่ากับคดีทำร้ายร่างกาย ผู้นำส่งมารับการประเมินทางนิติจิตเวชเป็นศาล คิดเป็นร้อยละ 75.00 และตำรวจ คิดเป็นร้อยละ 15.00 ดังนั้นขั้นตอนการดำเนินคดีตามข้อกล่าวหาที่ได้รับส่วนใหญ่จึงอยู่ในชั้นศาล คิดเป็นร้อยละ 75.00 และตำรวจ คิดเป็นร้อยละ 15.00

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนและหลังได้รับโปรแกรม Galya-ICR

2.2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนและหลังได้รับโปรแกรม Galya-ICR ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนและหลังการทดลองของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

2.2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนและหลังได้รับโปรแกรม Galya-ICR ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 6.373$, $df = 18$) ดังแสดงในตารางที่ 2

3. การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 2

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ($n = 10$) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีอายุในช่วง 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37 ปี (mean = 36.90, SD = 13.51) มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 60.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 40.00 เท่ากับมัธยมศึกษาตอนปลาย และมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมา เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 30.00

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนและหลังได้รับโปรแกรม Galya-ICR (การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 1) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

คะแนนความสามารถ ในการต่อสู้คดี	n	Mean	SD	Mean Difference	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	10	18.40	3.740	-12.70	-11.697	9	.000
หลังการทดลอง	10	31.10	2.558				
กลุ่มควบคุม							
ก่อนการทดลอง	10	15.10	4.040	-3.20	-3.932	9	.003
หลังการทดลอง	10	18.30	5.812				

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนและหลังได้รับโปรแกรม Galya-ICR ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

คะแนนความสามารถ ในการต่อสู้คดี	n	Mean	SD	Mean Difference	f	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง								
กลุ่มทดลอง	10	18.40	3.740	3.30	.057	1.959	18	0.066
กลุ่มควบคุม	10	15.10	4.040					
หลังการทดลอง								
กลุ่มทดลอง	10	31.10	2.558	12.80	2.619	6.373	18	0.000
กลุ่มควบคุม	10	18.30	5.812					

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนและหลังได้รับโปรแกรม Galya-ICR (การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม Galya-ICR ครั้งที่ 2) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 10)

คะแนนความสามารถ ในการต่อสู้คดี	n	Mean	SD	Mean Difference	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	10	31.20	14.443	-61.70	-10.817	9	.001
หลังการทดลอง	10	92.90	9.146				

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยทางจิตเวชโดยเฉลี่ยประมาณ 6 ปี (mean = 6.50, SD = 7.633, mode = 1.00, median = 3.00) โดยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 60.00 แต่กลับพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รวมทั้งมีประวัติขาดยาาก่อนก่อคดี คิดเป็นร้อยละ 50.00 และส่วนใหญ่ขาดยาาก่อนก่อคดีเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 40.00 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 70.00 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 60.00 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ยาบ้าคิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 40.00 และมีการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนก่อคดี คิดเป็นร้อยละ 50.00

ในส่วน of ข้อมูลเกี่ยวกับคดีพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการก่อคดีมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ข้อกล่าวหาที่ได้รับในครั้งนี้คือ คดีความผิดต่อชีวิต คิดเป็นร้อยละ 30.00 รองลงมาคือ คดีพยายามฆ่า คิดเป็นร้อยละ 20.00 เท่ากับคดีบุกรุกเคหาสถานในเวลากลางคืน ผู้นำส่งมารับการประเมินทางนิติจิตเวชเป็นตำรวจ คิดเป็นร้อยละ 60.00 และศาล คิดเป็นร้อยละ 40.00 ดังนั้นขั้นตอนการดำเนินคดีตามข้อกล่าวหาที่ได้รับส่วนใหญ่จึงอยู่ในชั้นตำรวจ คิดเป็นร้อยละ 60.00 และชั้นศาล คิดเป็นร้อยละ 40

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนและหลังได้รับโปรแกรม Galya-ICR

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนและหลังได้รับโปรแกรม Galya-ICR ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

3.3 ความสามารถในการต่อสู้คดี

เมื่อโทรศัพท์ถึงหน่วยงานที่มารับตัวผู้ป่วยนิติจิตเวชกลับไปต่อสู้คดี เพื่อติดตามผลการไปต่อสู้คดีของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 คน ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถต่อสู้คดีได้ คิดเป็นร้อยละ 100 จำนวนวันนอนอยู่ในช่วง 50 - 122 วัน เฉลี่ย 71 วัน (mean = 71.30) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

การอภิปรายผล

จากการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม Galya-ICR ทั้ง 2 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยนิติจิตเวชภายหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม และมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ครั้งที่ 1) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ได้รับ โปรแกรม Galya-ICR มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับข้อเท็จจริงในการดำเนินคดีตามกฎหมาย เข้าใจเหตุผลของการดำเนินการตามกฎหมาย และการปรึกษากับทนาย ส่งผลให้คะแนนความสามารถในการต่อสู้คดีเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุมประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการไปสู้คดีตามแนวคิด

ตารางที่ 4 การติดตามความสามารถในการไปต่อสู้คดีของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรม Galya-ICR ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (n = 10)

รายที่	ผู้นำส่ง	คดี	จำนวนวันนอน (วัน)	ผลการต่อสู้คดี
1	ตำรวจ	พยายามฆ่า	122	ต่อสู้คดีได้
2	ตำรวจ	บุกรุกเคหสถานในเวลากลางคืน	56	ต่อสู้คดีได้
3	ตำรวจ	ความผิดต่อชีวิต	60	ต่อสู้คดีได้
4	ตำรวจ	ทำร้ายร่างกาย	104	ต่อสู้คดีได้
5	ศาล	ความผิดต่อชีวิต	64	ต่อสู้คดีได้
6	ศาล	ความผิดต่อชีวิต	59	ต่อสู้คดีได้
7	ศาล	พยายามฆ่า	58	ต่อสู้คดีได้
8	ตำรวจ	ผิด พ.ร.บ ยาเสพติด	68	ต่อสู้คดีได้
9	ศาล	วางเพลิง	72	ต่อสู้คดีได้
10	ตำรวจ	บุกรุกเคหสถานในเวลากลางคืน	50	ต่อสู้คดีได้

แนวคิดความสามารถในการต่อสู้คดีของดัสกี (Dusky cited in Gutheil, 1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) สามารถรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งต่าง ๆ รอบตัว 2) สามารถเข้าใจถึงบทบาทของบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินคดี 3) สามารถตระหนักรู้เรื่องราวของข้อกล่าวหา 4) สามารถเล่าเหตุการณ์ตามข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในวันที่ถูกกล่าวหาได้ 5) สามารถรับรู้ถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากคดี 6) สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง 7) สามารถปรึกษาหรือร่วมมือกับทนายความในการปกป้องสิทธิและประโยชน์ของตน สอดคล้องกับการศึกษาของบราวน์ (Brown, 1992) ที่ได้ทำการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการสอนเตรียมต่อสู้คดีสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตทุเลา กระบวนการกลุ่มประกอบด้วย การอภิปราย

การแสดงบทบาทสมมติ การดูวิดีโอเกี่ยวกับกระบวนการพิจารณาคดี การตั้งข้อกล่าวหา บทบาทของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาคดี ขั้นตอนในการพิจารณาคดี และผลที่จะได้รับจากการปฏิเสธ การยอมรับข้อกล่าวหา และการตัดสินใจเพื่อให้ผู้ป่วยที่เป็นจำเลยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับคดีได้ หลังจากนั้นทำการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี พบว่ามีระดับคะแนนความสามารถในการต่อสู้คดีเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของจอห์นสันและแคนดิลิส (Johnson & Candilis 2015) ที่ศึกษาโปรแกรมการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีที่แผนกผู้ป่วยนอกผ่านการสอนให้ความรู้ การแสดงบทบาทสมมติ และการเน้นคำศัพท์เกี่ยวกับกระบวนการต่อสู้คดี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่มารับบริการ

จำนวน 170 คน มีจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 32 สามารถต่อสู้คดีได้ และในจำนวนนี้มีจำนวน 42 คน ที่สามารถต่อสู้คดีได้ภายใน 45 วัน

นอกจากนี้ ผลจากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยนิติจิตเวชภายหลังได้รับ โปรแกรม Galya-ICR สามารถต่อสู้คดีได้จริงภายหลังจำหน่ายและกลับไปเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม แสดงให้เห็นว่านอกจากผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ได้รับ โปรแกรม Galya-ICR จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริงในการดำเนินคดีตามกฎหมาย เข้าใจเหตุผลของการดำเนินการตามกฎหมาย และการปรึกษากับทนายแล้วยังพบว่ามีความพร้อมในการเตรียมความพร้อมไปต่อสู้คดีที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม Galya-ICR จึงส่งผลให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชมีความสามารถไปต่อสู้คดีได้เร็วขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยนิติจิตเวชทั้ง 10 คน มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเพียง 71 วัน ใกล้เคียงกับการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ไม่สามารถต่อสู้คดีได้จะมีวันนอนเฉลี่ยอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 80 วัน จึงจะมีความสามารถไปต่อสู้คดีได้ (Noffsinger, 2001) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมที่กำหนดไว้ในโปรแกรม Galya-ICR มุ่งเน้นการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีผ่านกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการฝึกทักษะ สอดคล้องกับการศึกษาของเบิร์ทแมน และคณะ (Bertman et al., 2003) ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยในนิติจิตเวชก่อนไปต่อสู้คดี ($n=26$) ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนและหลังการทดลองของทั้ง 3 กลุ่ม

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของเพนเดิลตัน (Pendleton, 1980 cited in Pinals, 2005) ทำการศึกษาโปรแกรมการสอนเกี่ยวกับความสามารถในการต่อสู้คดีแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล Atascadero State รัฐแคลิฟอร์เนีย ซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้กระทำความผิดถูกส่งมารับการรักษาอาการทางจิตที่ไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ประมาณ 200 คนต่อปี ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดตามแผนร่วมกันกำหนดไว้ทั้งการบำบัดแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินคดีและการขอความช่วยเหลือจากนักกฎหมาย โดยการนำผู้ป่วยเข้าชั้นเรียนและใช้รูปแบบการเขียนข้อมูล การดูวิดีโอประกอบคำบรรยาย การทำแบบทดสอบและการแสดงบทบาทสมมติ รวมทั้งการจำลองสถานการณ์การต่อสู้คดี เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการต่อสู้คดี หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการทดสอบอีกครั้ง หากคะแนนความสามารถในการต่อสู้คดีผ่านก็จะถูกส่งกลับไปขึ้นศาลเพื่อต่อสู้คดีต่อไป เช่นเดียวกับการศึกษาของอมาเดโอ (Amadeo, 2005) ที่ทำการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการฝึกเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการต่อสู้คดีสำหรับใช้ในการเตรียมผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการต่อสู้คดีและถูกส่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยในพร้อมทั้งจัดทำเป็นคู่มือสำหรับการนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้

ดังนั้น โปรแกรม Galya-ICR สำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชจึงเป็นทางเลือกสำหรับการบำบัดรักษาที่สำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยนิติจิตเวช ที่สามารถบำบัดได้โดยพยาบาลจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยนิติจิตเวช

มีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการต่อสู้คดีซึ่งเป็นการบำบัดที่ใช้เวลานาน เห็นผลชัดเจน ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และกลับไปต่อสู้คดีได้จริง

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการสนับสนุนให้นำโปรแกรม Galya-ICR ไปใช้ในการฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วยนิติจิตเวช โดยขยายผลการใช้โปรแกรม Galya-ICR ไปยังหน่วยงานที่ให้บริการนิติจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต พร้อมทั้งอบรมบุคลากรที่จะใช้โปรแกรมห่วงการให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม เนื้อหากิจกรรม และติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ที่สนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัย และผู้ป่วยนิติจิตเวชทุกท่านที่ช่วยเหลือและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

บุญร่วม เข็มจันทร์, และ ศรีัญญา วิษยธรรม. (2558). *ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาและประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง พร้อมหัวข้อเรื่องทุกมาตรา ฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ THE LAW GROUP.

พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2544). *แนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS*. เอกสารประกอบการบรรยาย ในโครงการอบรมการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2557). *รวมกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551*. กรุงเทพฯ: บริษัทละม่อม จำกัด.

อุทยา นาคเจริญ, เบญจวรรณ สามสาดี, สุลี ดังกู, พรรณยุพา เจริญไพจิตร, และ เกศรียา คณาธรรม. (2548). *โปรแกรมกลุ่มเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช*. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

อุทยา นาคเจริญ, และ ภาวินี บุตรแสน. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีรายบุคคลต่อความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 27(2), 121-132.

Amadeo, A.M. (2005). *The development of a restoration to competence" program for patients found incompetent to stand trial* [On-line]. Retrieved March 14, 2017, from <https://search.proquest.com/docview/305378221?accountid=15637>.

Bertman, L.J., Thompson, J.W., Water, W.F., Estupinan-Kane, L., Martin, J.A., & Russel, L. (2003). Effect of an individualized treatment protocol on restoration of competency in pretrial forensic inpatients. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 31(1), 27-35.

Bonnie R.J. (1992). The competence of criminal defendants: a theoretical reformulation. *Behavioral Sciences & the Law*, 10(3), 291-316.

Brown, D. (1992). A didactic program for persons found unfit to stand trial. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(7), 732-733.

Carbonell, J.L., Heilbrun, K., Friedman, F.L. (1992). Predicting who will regain trial competency: initial promise unfulfilled. Special issue: psychopathology and crime. *Forensic Reports*, 5(1), 67-76.

Davis, D. (1985). Treatment planning for the patient who is incompetent to stand trial. *Hospital and Community Psychiatry*, 36(3), 268-271.

Grisso, T. (1996). Pretrial clinical evaluations in criminal cases: past trends and future directions. *Criminal Justice and Behavior*, 23(1), 90-106.

- Gustiani, S. (2019). Research and development (R&D) method as a model design in educational research and its alternatives. *Holistics Journal*, 11(2), 12-22.
- Gutheil, T.G. (1995). Forensic psychiatry. In Kaplan, H.I., & Sadock, B.J (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry/VI* (6th ed). Maryland: Williams & Wilkins.
- Johnson, N., & Candilis, P. (2015). Outpatient competence restoration: A model and outcomes. *World Journal of Psychiatry*, 5(2), 228-233.
- Ladds, B., Convit, A., Zito, J. & Vitrai, J. (1993). Involuntary medication of patients who are incompetent to stand trial: a descriptive study of the New York experience with judicial review. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 21(4), 529-545.
- Morris, D.R., & DeYoung, N. J. (2014). Long-term competence restoration. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(1), 522-534.
- Morris, D.R., & Parker, G.F. (2008). Jackson's Indiana: State hospital competence restoration in Indiana. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 36 (4), 522-534.
- Mueller, C., & Wylie, A.M. (2007). Examining the effectiveness of an intervention designed for restoration of competency to stand trial. *Behavioral science & the Law*, 25(6), 891-900.
- Noffsinger, S.G. (2001). Restoration to Competency Practice Guidelines. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(3), 356-362.
- Pendleton, L. (1980). Treatment of persons found incompetent to stand trial. *American Journal of Psychiatry*, 137(9), 1098-1100.
- Pinals, D.A. (2005). *Where two roads meet: Restoration of competence to stand trial from a clinical perspective*. [Online]. Retrieved March 14, 2017, from <https://E:/My%20literature%20review/Where%20Two%20Roads%20Meet%20Restoration%20of%20Competence%20to%20Stand%20Trial%20from%20a%20Clinical%20Perspective.pdf>
- Scott, C.L. (2003). Commentary: A road map or research in restoration of competency to stand trial. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 31(1), 36-43.
- Zapf, P.A., & Roesch, R. (2011). Future directions in the restoration of competency to stand trial. *Current Directions in Psychological Science*, 20(1), 43-47.

DEVELOPMENT OF EVIDENCE-BASED NURSING PRACTICE GUIDELINES FOR CARING OF PATIENTS WITH AMPHETAMINE- INDUCED PSYCHOTIC DISORDERS*

*Napatsorn Rungsiwaroj, M.N.S.***, *Patraporn Bhatarasakoon, Ph.D., FAAN****,

*Aranya Phajuy, M.N.S.*****, *Amonrat Chainonthi, M.N.S.******, *Nutcharin Chamchongkit, M.N.S.******

Abstract

Objective: This study aims to develop and evaluate the effectiveness of the clinical nursing practice guidelines (CNPgs) of caring for patients with amphetamine-induced psychotic disorders.

Methods: The CNPgs were developed using the GRADE approach of GIN-McMaster as a conceptual framework. Purposive sampling was used to select participants, who were divided into three groups. Group 1 consisted of twenty healthcare professionals who developed the CNPgs, group 2 consisted of twelve healthcare professionals who implemented the CNPgs and group 3 consisted of thirty patients who were treated as part of the CNPgs implementation and admitted to amphetamine ward of Thanyarak Chiangmai Hospital from July to September 2021. The Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPgs) for treating patients with amphetamine-induced psychotic disorders were one of the study tools. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) served as the clinical outcome measures, and the patient satisfaction survey form, healthcare professional satisfaction survey form, and potential for CNPgs survey form served as the process outcome measures. The descriptive statistic, Paired sample t Test, and Wilcoxon Signed Ranks Test were used to analyze the data.

Results: The CNPgs composed of 1) health assessment 2) nursing planning 3) implementation of nursing planning and 4) evaluation of nursing care. The developed CNPgs were approved by experts based on the AGREE-II criteria. The results found that the mean ASSIST scores before and after the implementation of the CNPgs differed statistical significantly at three months ($MD = 18.48, p < .01$). Also, there were statistically significant differences between the mean BPRS scores before and after implementation of the CNPgs at two weeks ($MD = 3.03, p < .01$), one month ($MD = 3.76, p < .01$), and three months ($MD = 0.90, p < .05$). Additionally, the professional nurses who implemented the guidelines and the patients who were treated as part of the CNPgs implementation were satisfied with the CNPgs.

Conclusion: The developed clinical nursing practice guidelines for patients with amphetamine-induced psychotic disorders were standardized and feasible to implement in clinical settings. Both professional nurses and the target patients were satisfied with the guidelines. Moreover, the clinical outcomes, including psychotic symptoms and amphetamine use among target patients were decreased.

Keywords: amphetamine, evidence, guideline, nursing, psychotic

*This study was supported by Department of Medical Services, Ministry of Public Health

**Corresponding author: Senior Professional Level, Thanyarak Chiang Mai Hospital, e-mail: nur.thanyarak@gmail.com

***Associated Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

****Registered Nurse, Senior Professional Level, Thanyarak Chiang Mai Hospital

*****Registered Nurse, Professional Level, Thanyarak Chiang Mai Hospital

Received: 21 August 2022, Revised: 15 October 2022, Accepted: 21 October 2022

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน*

นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์, พย.ม. **, ภัทราภรณ์ ภทรสกุล, ประ.ค. ***, อริยญา แพทย์, พย.ม. ****,
อมรรัตน์ ชัยนนธิ, พย.ม. *****, นัชชารินทร์ ชำของกิจ, พย.ม. *****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยและพัฒนา ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามแนวทางของเกรด ของเครือข่ายแนวปฏิบัติทางคลินิกนานาชาติแมคมาสเตอร์ โดยคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มประชากรผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ จำนวน 20 คน 2) กลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ จำนวน 12 คน และ 3) กลุ่มตัวอย่างผู้ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยแอมเฟตามีน โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน 2564 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน 2) แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด ฉบับภาษาไทย และ แบบประเมินอาการทางจิต 3) แบบประเมินผลลัพธ์ทางกระบวนการ ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน แบบประเมินความคิดเห็นของทีมบุคลากร และแบบสำรวจความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired sample t Test และสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการศึกษา : แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวางแผนการพยาบาล 3) การปฏิบัติการพยาบาล และ 4) การประเมินผลการพยาบาล โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น ได้ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิตามเกณฑ์ของ AGREE-II และเมื่อใช้ในผู้ป่วย 30 ราย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการใช้สารเสพติด ระหว่างก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะ 3 เดือน ($MD = 18.48, p < .01$) และค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ระหว่างก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะ 2 สัปดาห์ ($MD = 3.03, p < .01$) 1 เดือน ($MD = 3.76, p < .01$) และ 3 เดือน ($MD = 0.90, p < .05$) และพบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และผู้ป่วยที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

สรุป : แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นมาตรฐานและสามารถใช้ได้จริงในหน่วยงานโดยทั้งผู้ใช้และผู้ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีความพึงพอใจ และผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าสามารถลดอาการทางจิต และลดการใช้แอมเฟตามีนของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ : แอมเฟตามีน,หลักฐานเชิงประจักษ์, แนวปฏิบัติ, การพยาบาล, โรคจิต

*โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

**ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่, e-mail: nur.thanyarak@gmail.com

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

*****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

วันที่รับ: 21 สิงหาคม 2565, วันที่แก้ไข: 15 ตุลาคม 2565, วันที่ตอบรับ: 21 ตุลาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

การใช้แอมเฟตามีนหรือยาบ้า เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข จากรายงานของ United Nations Office on Drugs and Crime ปี 2020 พบว่ามีผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกมากถึง 275 ล้านคน โดยในจำนวนนี้มีผู้ใช้แอมเฟตามีนถึง 27 ล้านคน (United Nations Office on Drugs and Crime, 2020) ในประเทศไทย จากสถิติปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีผู้เข้ารับการรักษาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดสูงถึง 155,500 ราย โดยเป็นผู้ที่เสพยาแอมเฟตามีนมากที่สุดถึงร้อยละ 79.20 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564) สอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลรัฐญารักษ์เชียงใหม่ ในปีงบประมาณ 2562 - 2564 พบว่า มีผู้เสพยาแอมเฟตามีนเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 54.36, 56.29 และ 58.08 ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน ร้อยละ 8.60, 8.70 และ 9.15 ตามลำดับ (โรงพยาบาลรัฐญารักษ์เชียงใหม่, 2564)

ผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีนในปริมาณสูงอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดโรคจิตจากการใช้สารเสพติดที่รุนแรงต่อผู้เสพ โดยเฉพาะเมื่อขาดยาขาดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต, 2563) ผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีนในปริมาณสูงและปริมาณมากต่อเนื่องติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะทำให้เซลล์ประสาทถูกทำลาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม และความคิด การใช้สารเสพติดเรื้อรังจะทำให้เกิดโรคจิตจากการใช้แอมเฟตามีนที่รุนแรงต่อผู้เสพ

(McKetin et al., 2019) ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้คือเมื่อรักษาหายแล้วมีการกลับไปเสพซ้ำและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยเห็นได้จากสถิติการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนของโรงพยาบาลรัฐญารักษ์เชียงใหม่ ในปี 2562-2564 ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 32.00, 38.30 และ 38.60 ตามลำดับ (โรงพยาบาลรัฐญารักษ์เชียงใหม่, 2564) เมื่อวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยพบว่า ปัจจัยหลักคือ ด้านตัวบุคคล เกิดจากผู้ป่วยใช้แอมเฟตามีนแล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิด ทำให้กระบวนการคิดเสีย เกิดอาการทางจิตและแสดงพฤติกรรมที่รุนแรง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการกลับมาเสพซ้ำและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยกระบวนการรักษาพยาบาลควรครอบคลุมในการจัดการปัจจัยดังกล่าว ซึ่งการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นรูปแบบหนึ่ง ที่ทำให้เกิดการพยาบาลที่ครอบคลุมทุกมิติของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่กลับไปเสพซ้ำ ดังนั้นการมีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน จะช่วยให้ทีมสุขภาพให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่งผลให้ผู้ป่วยหายและไม่กลับไปเสพซ้ำหรือสามารถลดละ เลิกได้นานที่สุด ซึ่งเป็นผลลัพธ์และเป้าหมายสูงสุดของการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน ที่ผ่านมาใช้วิธีการหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การดูแลแบบผสมผสาน (Carrico, Gómez, Siever, Discepolo, Dilworth, & Moskowitz, 2015) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Lee & Rawson, 2008) การบำบัด

เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Smedslund et al., 2011) การบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ (Joo & Huber, 2015) และการฝึกทักษะทางสังคม (Hunt, Siegfried, Morley, Brooke-Sumner, & Cleary, 2019) (Knapp, Soares, Farrell, & Lima, 2015) (Roberts, Roberts, Jones, & Bisson, 2016) โดยในส่วนของโรงพยาบาล ราชภัฏรำไพพรรณีเชียงใหม่ใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจาก แอมเฟตามีน ได้แก่ กลุ่มการให้การปรึกษา กลุ่ม การให้ความรู้ การบำบัดแบบกลุ่มระดับประคอง ทางจิตใจ การให้คำแนะนำและการบำบัดแบบสั้น การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม และการให้การ ปรึกษารอบครัว อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะมีการ บำบัดรักษาในหลากหลายรูปแบบ แต่จากสถิติของ โรงพยาบาลราชภัฏรำไพพรรณีเชียงใหม่ข้างต้นจะเห็นว่า อัตราการกลับเป็นซ้ำและการเข้ารับการรักษาซ้ำยัง สูง ตลอดจนการปฏิบัติที่ผ่านมายัง ไม่มีแนวปฏิบัติ ในการดูแลที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการให้การดูแล ตามอาการและเลือกใช้การดูแลตามที่แต่ละทีม เห็นสมควร และจากการประชุมระหว่างทีมสห วิชาชีพพบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วย กลุ่มนี้ได้แก่ การลดอาการทางจิต และการลดการ ใช้สารเสพติดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และการกลับมา รักษาซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ ได้รับการพิสูจน์ผลลัพธ์แล้ว จะทำให้การดูแลเป็น มาตรฐานและได้ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมาย

แนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิง ประจักษ์ เป็นข้อเสนอแนะที่มีการพัฒนาขึ้นจาก

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวน วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยให้บุคลากร ทางแพทย์สามารถตัดสินใจเลือกการปฏิบัติการ พยาบาลอย่างเหมาะสมตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548) โดยที่ผ่านมามีการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ติดสารเสพติด หรือสุรา ตัวอย่างแนวปฏิบัติ ทางคลินิกเพื่อใช้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายในผู้ติด สารเสพติด ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม (เสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น, ถนอมศรี อินทนนท์, และ วันดี สุทธิรังสี, 2554) แนวปฏิบัติการพยาบาลทาง คลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด (จลิ เจริญสรรพ และ เสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น, 2557) แนวทางการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอน ฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, อัมพร สีลากุล, และ วิมาลา เจริญชัย, 2564) แนวทางการบำบัดรักษาผู้มี ปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในสถานการณ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรงพยาบาล สวนปรุง กรมสุขภาพจิต, 2562) เป็นต้น โดยพบว่าการ ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นสำหรับ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิง กระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิกตามที่ตั้งเป้าไว้ โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจะช่วยให้มี แนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุม และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดช่องว่าง ของการปฏิบัติงานที่อาจทำให้เกิดความขัดแย้ง ทุกคนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของในแนวปฏิบัติการ พยาบาล อีกทั้งช่วยเสริมสร้างความเป็นอิสระแห่ง

วิชาชีพ ผู้ใช้บริการเกิดความมั่นใจในบริการที่มีคุณภาพจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบตามกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติของเครือข่ายแนวปฏิบัตินานาชาติแมคมาสเตอร์ (GIN-McMaster Guideline Development Checklist: GDC) ตามแนวทางของ “เกรด” (GRADE) (Schünemann et al., 2008, Tungpunkom et al., 2020) ซึ่งเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยในการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนได้ และเป็นแนวทางในการตัดสินใจในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ต่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีกระบวนการที่ชัดเจนเป็นมาตรฐาน จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหา นำไปสู่คุณภาพบริการที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย และคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามแนวทางของเกรด (Schünemann et al., 2008, Tungpunkom et al., 2020) ตามกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติของเครือข่ายแนวปฏิบัตินานาชาติแมคมาสเตอร์ (GIN-McMaster Guideline Development Checklist: GDC) โดยผู้วิจัย

นำมาจัดหมวดหมู่เป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ สังเคราะห์ สำนวณสภาพปัญหาปัจจุบันหรือความต้องการ 2) การออกแบบ พัฒนาและจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล 3) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ 4) การประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยเชื่อว่าการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน จะทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการแก้ไขปัญหาในหน่วยงาน และช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ตามแนวทางของเกรด (Schünemann et al., 2008, Tungpunkom et al., 2020) ตามกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติของเครือข่ายแนวปฏิบัตินานาชาติแมคมาสเตอร์ โดยผู้วิจัยนำมาจัดหมวดหมู่เป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) การวิเคราะห์ สังเคราะห์ สำนวณสภาพปัญหาปัจจุบัน หรือความต้องการ

จัดประชุมทีมบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อร่วมกันกำหนดประเด็นปัญหาที่สำคัญ ผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group interview) ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน จิตแพทย์ 1 คน พยาบาล 14 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน เภสัชกร 1 คน รวมทั้งหมด 20 คน โดยคัดเลือกมาจากตัวแทน

สหวิชาชีพ พบปัญหาทางคลินิกที่สำคัญ คือ ผู้ป่วย เสพติดแอมเฟตามีนส่วนใหญ่จะมีการทางจิต ส่งผลให้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล และมีการกลับไปเสพซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำ นอกจากนี้การปฏิบัติ การดูแลที่ผ่านมา พบว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นการดูแลผู้ป่วยตามอาการ ทางทีมสหวิชาชีพจึง ให้ความสำคัญของการมีแนวปฏิบัติการ พยาบาลฯ และสนับสนุนให้มีการตัดสินใจพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ขึ้น

2) การออกแบบ พัฒนาและจัดทำแนวปฏิบัติการ พยาบาล

2.1 แต่งตั้งคณะกรรมการในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน จิตแพทย์ 1 คน พยาบาล 14 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน เภสัชกร 1 คน รวมทั้งหมด 20 คน โดยแจ้งบทบาท และงานที่ต้องรับผิดชอบในแต่ละขั้นตอน

2.2 พัฒนางานประจำให้เป็นงานวิจัยใน รูปแบบการวิจัยและพัฒนาภายใต้โครงการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน และ ขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี ภายหลังได้รับการอนุมัติ จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาโครงการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนโดยการ จัดอบรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดย ผู้เชี่ยวชาญการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตาม

แนวทางของเกรด ที่ประกอบด้วย 2 กระบวนการหลัก (Balslem et al., 2011) คือ Systematic review และ Recommendation เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับกระบวนการ และวิธีการของการพัฒนาแนวปฏิบัติที่คณะทำงาน ต้องดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด โดยใช้กระบวนการ แนวปฏิบัติของเครือข่ายแนวปฏิตินานาชาติแมค มาสเตอร์

2.3 การระบุผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ จากการทำกระบวนการกลุ่ม (Focus group) ได้ ผลลัพธ์ทั้งหมด 11 ผลลัพธ์ นำมาจัดระดับ ความสำคัญโดยร่วมกันพิจารณาและใช้เสียงข้าง มากตัดสิน ได้ผลลัพธ์ที่สำคัญจำนวน 2 ผลลัพธ์ ได้แก่ การลดอาการทางจิต และการลดการใช้ แอมเฟตามีน เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและ เข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2.4 กำหนดการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น ระบบและประเมินคุณภาพของหลักฐาน วิชาการในแต่ละผลลัพธ์และสรุปผลที่ได้ โดยการ ทบทวนหลักฐานวิชาการตามกรอบโครงสร้างของ PICO คือ

1) ประชากรที่ศึกษา (P) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน 2) วิธีการบำบัด (I) ได้แก่ การบำบัดทางจิตสังคม การให้ยาพยาบาล 3) การบำบัดที่ต้องการเปรียบเทียบ (C) ได้แก่ การ ดูแลปกติ และ 4) การวัดผลลัพธ์ของการวิจัย (O) ได้แก่ การลดการใช้แอมเฟตามีน และการลดอาการ ทางจิต

2.5 ทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือบริการสืบค้นข้อมูลออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2014 - 2019 โดยฐานข้อมูลที่สืบค้น

ได้แก่ CINAHL, PubMed, Scopus, ScienceDirect, psyNET ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในประเทศไทย และเว็บไซต์ Google scholar, www.cochranelibrary.com, www.guideline.gov, www.mrw.interscience.wiley.com, www.joannabriggs.edu.au และ www.ncbi.nlm.nih.gov โดยกำหนดคำสำคัญ (Key word) ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตามกรอบ PICO

2.6 ร่วมกันพิจารณาเนื้อหาของงานวิจัย พบว่าผลงานหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 7 เรื่อง ได้แก่ การทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จำนวน 1 เรื่อง การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) จำนวน 3 เรื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical guidelines) จำนวน 3 เรื่อง (จากหลักฐานทั้งหมด จำนวน 5,496 ฉบับ)

2.7 จัดระดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Rating the quality of evidence) ตามแนวทางของเกรดโดยแบ่งการจัดระดับคุณภาพออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คือ ระดับสูง (high) ระดับปานกลาง (moderate) ระดับต่ำ (low) และระดับต่ำมาก (very low) (Balsheem et al., 2011)

2.8 พิจารณาความเข้มแข็งของข้อเสนอแนะจากแบบฟอร์ม Summary of judgment ตามแนวคิดของเกรด เพื่อตัดสินความเข้มแข็งของข้อเสนอแนะ โดยแบ่งเป็น Strong recommendation คือ ข้อเสนอแนะที่มีความเชื่อมั่นว่าผลที่พึงประสงค์จากการปฏิบัติตามคำแนะนำมีมากกว่าผลที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งผู้ป่วยเกือบทั้งหมดจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำ

รวมถึงคำแนะนำนี้สามารถนำไปเป็นนโยบายได้เกือบทั้งหมด และ Weak recommendation คือ ข้อเสนอแนะที่มีความเชื่อมั่นว่าผลที่พึงประสงค์จากการปฏิบัติตามคำแนะนำ อาจจะมีมากกว่าผลที่ไม่พึงประสงค์แต่ไม่มั่นใจ ซึ่งคนส่วนใหญ่จำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำนี้ แต่หลายคนไม่จำเป็น โดยต้องมีการเตรียมการมากขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจ รวมถึงการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ให้การบำบัด นอกจากนี้ในเชิงนโยบาย มีความจำเป็นที่ต้องมีการถกเถียง อภิปรายกันอย่างมากในประเด็นนี้ และต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการตัดสินใจ

2.9 สรุปและกำหนดสาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลจาก Recommendation ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาจัดหมวดหมู่ตามกระบวนการพยาบาล (อรนันท์ หาญยุทธ, 2557) ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติของเครือข่ายแนวปฏิบัตินานาชาติแมสเตอร์ (GIN-McMaster) ซึ่งพัฒนาตามแนวทางของเกรด ประกอบด้วย 4 ด้าน ตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เพื่อที่จะเป็นแนวทางให้ผู้ที่นำไปใช้สามารถปฏิบัติตามได้ โดยจัดประชุมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล ร่วมพิจารณาความเป็นไปได้ สร้างแรงจูงใจ นำหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มาบูรณาการร่วมกับความชำนาญทางคลินิก ความคิดเห็น และประสบการณ์

ของผู้เกี่ยวข้อง เน้นการมีส่วนร่วมและเน้นข้อพิจารณาที่สำคัญก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ โดยฟังไหลของแนวปฏิบัติที่ได้จะนำเสนอในส่วนของผลการวิจัย

2.10 ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้เครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิก [AGREE II] (The AGREE collaboration, 2013, สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2560) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ 2 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APNs) 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ติดยาเสพติด 1 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน โดยผลการประเมินคุณภาพจะได้นำเสนอในส่วนของผลการวิจัย

3) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้

3.1 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-V criteria ว่าเป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน (Amphetamine Dependence with Induced Psychosis) และรับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์เชียงใหม่ จำนวน 30 ราย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน 2564

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรัฐญารักษ์เชียงใหม่ และ 2) กลุ่มผู้ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์เชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแอมเฟตามีน โรงพยาบาลรัฐญารักษ์เชียงใหม่ โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้บริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนอย่างน้อย 1 ปี ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินการ ขั้นตอนของการศึกษา และแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน ยินดีและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา และเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน 2564 จำนวนทั้งหมด 12 คน

2) กลุ่มผู้ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์เชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2564 (กลุ่มตัวอย่างประมาณจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน 2563) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-V criteria ว่าเป็น Amphetamine dependence with Induced Psychosis อายุมากกว่า 18 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ อาการทางจิตอยู่ในระยะที่สงบ และยินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ จำนวนทั้งหมด 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ 1) แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ พัฒนาโดยทีม

ผู้วิจัย และ 2) แบบสอบถามสำหรับทีมบุคลากรผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ พัฒนาโดยทีมผู้วิจัย

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน

3. แบบประเมินตามผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome) ได้แก่

3.1 แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด (ASSIST) แปลเป็นภาษาไทยโดย สาวิตรี อัยฉัตรกรชัย และคณะ (2554) ใช้เฉพาะหัวข้อ D (ยาบ้า/ยาไอซ์/ยาอี) มีคำถามทั้งหมด 8 คำถาม โดยแต่ละข้อคำถามจะมีคะแนนระบุ ตามคำตอบแต่ละข้อ โดยคะแนนรวมจะประเมินระดับความเสี่ยง และรูปแบบในการรักษา ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

3.2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2544) ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม ลักษณะการถามตอบเป็นการประมาณค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรง โดยคะแนนรวมจะแปลผล ดังนี้ คะแนน 18 - 36 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

4. แบบประเมินผลลัพธ์ทางกระบวนการ (Process outcome) ได้แก่

4.1 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยปรับใช้จากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่ได้รับโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจของहरषा เศรษฐบุปผา และคณะ (2556) ลักษณะคำตอบเป็นการเลือกตอบตามความคิดเห็น มี 2 แบบ คือ เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย โดยผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

4.2 แบบประเมินความคิดเห็นของทีมบุคลากรผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยใช้แบบประเมินตามกรอบแนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ (Rogers, 1983) มี 5 ด้าน ได้แก่ 1) ข้อได้เปรียบจากนวัตกรรม 2) การเข้ากันได้กับสิ่งที่มีอยู่เดิม 3) ความซับซ้อน 4) การทดลองได้ และ 5) การสังเกตได้ ลักษณะคำตอบเป็นการเลือกตอบตามความคิดเห็น มี 2 แบบ คือ เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ซึ่งพัฒนาฉบับภาษาไทยโดยชมัยพร จันทรศิริ และ ภัทธราภรณ์ ทุ่งปันคำ (ชมัยพร จันทรศิริ, 2553)

4.3 แบบสำรวจความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ลักษณะเป็นการสำรวจเพื่อประเมินผลลัพธ์ ในเรื่องของความสะดวก ความง่ายในการนำมาใช้งาน ผู้ปฏิบัติสามารถนำมาใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย ประหยัดค่าใช้จ่าย ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจ และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติโดยอาศัยแบบสำรวจความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (ฉวีวรรณ ชงชัยและ พิกุล นันทชัยพันธ์ อ่างใน

ศิริรัตน์ นิตยวัน, 2553) โดยผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (เลขที่ 034/2562, 016/2563, 006/2564) เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงให้ลงนามยินยอมและดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่อไป ขณะเข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย สามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาตามความต้องการโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลต่อการได้รับการบำบัดรักษา

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ประชุมชี้แจงความสำคัญของปัญหาผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน

1.2 ทบทวนปัญหาและความสำคัญของปัญหาได้แก่ การกลับมาเสพติด และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

1.3 คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เพื่อชี้แจงและนำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ฉบับปรับปรุง

1.4 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มาประเมิน

คุณภาพโดยใช้เครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิก The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II [AGREE II] (The AGREE Collaboration, 2013, สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์, 2560) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ให้คะแนนคุณภาพของแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในแต่ละหมวดสูงกว่าร้อยละ 60 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นคะแนนที่ยอมรับได้

1.5 ผู้วิจัยเตรียมสื่อ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1.5.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน

1.5.2 เอกสาร คำชี้แจงแก่อาสาสมัคร/ผู้เข้าร่วมการวิจัย

1.5.3 แบบประเมินต่าง ๆ ได้แก่ แบบคัดกรองประสิทธิภาพการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด ฉบับภาษาไทย (ASSIST) แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน แบบประเมินความคิดเห็นของทีมบุคลากรผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และแบบสำรวจความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ

1.6 ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการวิจัย กระบวนการบำบัดรักษา ประสิทธิภาพในการทำวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนการใช้นโยบายการพยาบาลฯ

2.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาต
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุญรักษ์เชียงใหม่ใน
การเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำ
หอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บ
รวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย

2.3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่
พัฒนาขึ้น ไปใช้ มีขั้นตอนดังนี้

2.3.1 ในกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการ
พยาบาลฯ ผู้วิจัยให้ความรู้แก่พยาบาลที่เกี่ยวข้องใน
การดูแลผู้ป่วย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และความ
จำเป็นที่ต้องนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มาใช้
นำเสนอแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ที่ได้
ปรับปรุงขึ้นแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบและ
เข้าใจ เชิญให้เข้าร่วมการวิจัยเนื่องจากเป็นผู้ที่
เกี่ยวข้องและมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจาก
แอมเฟตามีน

2.3.2 ในกลุ่มผู้ได้รับแนวปฏิบัติ
การพยาบาลฯ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
จากประชากรแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)
โดยพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา
พบกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์และเชิญให้เข้าร่วม
โครงการวิจัย โดยผู้เชิญเชิญไม่ใช่พยาบาลที่ปฏิบัติ
หน้าที่ในหอผู้ป่วย มีการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์
และให้ข้อมูลในการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่าง
ยินยอมจะให้ลงชื่อในใบยินยอมการให้ข้อมูล
รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการ
รักษาและจะยังได้รับประโยชน์จากการรักษาโดย
วิธีการรักษาตามปกติ และสามารถยุติการเข้าร่วม
ได้ตามความต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

2.3.3 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ
ที่พัฒนา ไปใช้

2.3.4 ผู้วิจัยติดตามการใช้แนว
ปฏิบัติการพยาบาลฯ และกำกับทีมปฏิบัติงานโดยมี
การเข้าเดือนในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เป็น
ประจำ สอบถามถึงความเป็นไปได้ และในขณะที่มี
การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้เมื่อมีปัญหา
อุปสรรคเกิดขึ้น มีการให้ข้อเสนอแนะและแนว
ทางการแก้ไขปัญหา

2.3.5 จัดทำแฟ้มสำหรับบันทึก
การแสดงความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรค รวมไปถึง
วิธีการในการแก้ไขปัญหาจากผลการประชุมใน
แต่ละครั้ง

3. ขั้นตอนประเมินผลลัพธ์

การประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการ
พยาบาลฯ ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้รวบรวม
ข้อมูลโดยประเมิน 2 ด้าน คือ ผลลัพธ์ทางคลินิก
ได้แก่ คะแนนการใช้สารเสพติด (ASSIST) วัด
ระหว่างก่อนและหลัง 3 เดือน และคะแนนอาการ
ทางจิต (BPRS) วัดระหว่างก่อนและหลัง 2 สัปดาห์
1 เดือน และ 3 เดือน และผลลัพธ์ทางกระบวนการ
ได้แก่ ความคิดเห็นของผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการ
พยาบาลฯ ความพึงพอใจของผู้ได้รับแนวปฏิบัติ
ทางการพยาบาลฯ และแบบสำรวจความเป็นไปได้
ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ

4) การประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ การพยาบาลฯ

ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่
ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงตาม
ข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มี

ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 5 ราย หลังจากนั้นมีการประชุมเพื่อประเมินเชิงโครงสร้างเชิงกระบวนการ และนำผลการประเมินมาปรับปรุง โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับ และนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ โดยขั้นตอนการประเมินผลและการปรับปรุงแก้ไข ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้มีการตกลงเลือกแบบประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ อย่างครอบคลุม ถูกต้องและเหมาะสมในเรื่องของความสะดวก ความง่ายในการนำมาใช้งาน ทีมผู้ปฏิบัติสามารถนำมาใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจ และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติโดยอาศัยแบบสำรวจความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (ฉวีวรรณ ธงชัย และพิกุล นันทชัยพันธ์ อังโนศิริรัตน์ นิตยวัน, 2553)

5) การเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัย องค์การพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชิงใหม่ จะประกาศเป็นนโยบายในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ในระบบบริการพยาบาลของโรงพยาบาล และวางแผนที่จะขยายผลไปยังโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค สถาบันบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เพื่อร่วมผลักดันในเชิงนโยบายให้เป็นรูปแบบการพยาบาลอีกรูปแบบหนึ่ง และขยายผลให้กับโรงพยาบาลเครือข่ายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ 13 เขตทั่วประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยตามบริบทของแต่ละหน่วยงานต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการประเมินผลลัพธ์ทางกระบวนการ ใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนระดับของการใช้แอมเฟตามีน โดยใช้สถิติ Paired Sample T-Test และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตจากการใช้แอมเฟตามีน โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ, กลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และกลุ่มตัวอย่างผู้ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

กลุ่มผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงทั้งหมด 19 คน (คิดเป็นร้อยละ 95.00) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล 14 คน แพทย์ 1 คน จิตแพทย์ 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน และเภสัชกร 1 คน มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ตั้งแต่ 5 - 37 ปี ประสบการณ์โดยเฉลี่ย คือ 21.30 ปี

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

กลุ่มประชากรผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการทางการพยาบาลฯ ทั้งหมดเป็นเพศหญิงจำนวน 12 คน มีประสบการณ์การทำงานด้านการบำบัดผู้ป่วย

ยาเสพติดตั้งแต่ 2 - 18 ปี ประสบการณ์โดยเฉลี่ย คือ 18.92 ปี

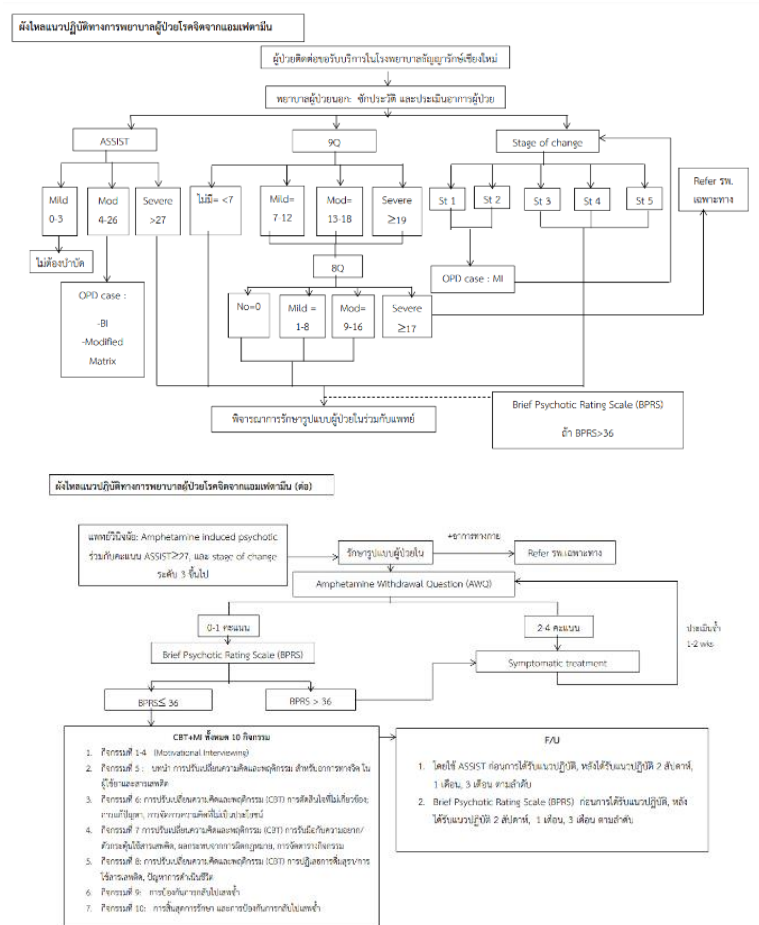
**ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ได้รับ
แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ**

กลุ่มตัวอย่างผู้ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 80.00 มีอายุระหว่าง 20 - 47 ปี อายุเฉลี่ย 31.80 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 63.33 ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้างร้อยละ 46.67 รายได้เฉลี่ย 6,033 บาท ระยะเวลาในการเสพอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี เฉลี่ย 10.33 ปี เคยเข้า

รับการบำบัดรักษาพยาบาลในช่วง 0 - 5 ครั้ง เฉลี่ย 2.5 ครั้ง

ส่วนที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

ประกอบด้วย 4 ด้าน ตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และ การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ตามภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 ผังไหลแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป๋วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน

โดยผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติตาม AGREE II มีรายละเอียด ดังนี้ หมวดที่ 1 ความชัดเจนของขอบเขตและวัตถุประสงค์ คะแนนร้อยละ 100.00 หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก คะแนนร้อยละ 96.67 หมวดที่ 3 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติมีความชัดเจน คะแนนร้อยละ 67.97 หมวดที่ 4 ความชัดเจนและการนำเสนอคะแนนร้อยละ 96.67 หมวดที่ 5 การประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ร้อยละ 96.67 และหมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติคะแนนร้อยละ 61.66 ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ส่วนที่ 3 การประเมินผลลัพธ์

1. การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

ประกอบด้วยการใช้สารเสพติดและอาการทางจิต ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

2. การประเมินผลลัพธ์ทางกระบวนการ

ดังแสดงในตารางที่ 3 - 5

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการใช้สารเสพติด (ASSIST) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในระยะ 3 เดือน (n = 30)

หัวข้อ	mean	MD	SD	t	p-value	95% CI	
						Lower	Upper
ก่อนได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ	32.97		3.917				
3 เดือนหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ	14.48	18.48	6.631	13.97 ^a	>.001***	15.773	21.193

หมายเหตุ ^a = Paired sample t Test, *** = p-value < .01, ** = p-value < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในระยะ 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน (n = 30)

หัวข้อ	mean	MD	SD	z	p-value
ก่อนได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ	26.20		4.817		
2 สัปดาห์หลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ	23.17	3.03	2.214	-3.063 ^a	.002***
1 เดือนหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ	22.34	3.76	2.729	-3.609 ^a	>.001***
3 เดือนหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ	25.30	0.90	12.061	-1.992 ^a	.046**

หมายเหตุ ^a = Wilcoxon Signed Ranks Test, *** = p-value < .01, ** = p-value < .05

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นของผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (n = 12)

หัวข้อที่ประเมิน	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ใช้งานง่ายไม่ยุ่งยาก	8 (66.70)	4 (33.30)	-
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีความสะดวกในการใช้	8 (66.70)	4 (33.30)	-
3. ทีมสหวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้	12 (100.00)	-	-
4. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ใช้ได้ดีในการดูแลผู้ป่วย	12 (100.00)	-	-
5. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย	12 (100.00)	-	-
6. ท่านมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ	12 (100.00)	-	-
7. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ	12 (100.00)	-	-

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นของผู้ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (n = 30)

หัวข้อที่ประเมิน	จำนวน (ร้อยละ)
แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่เข้าร่วมนี้มีประโยชน์ต่อตัวเอง	30 (100.00)
แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่เข้าร่วมนี้มีประโยชน์ต่อญาติหรือผู้ดูแล	30 (100.00)
ผู้ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ รู้สึกสะดวกสบายในการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ	30 (100.00)
ในภาพรวมผู้ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ รู้สึกพึงพอใจที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ	30 (100.00)

ตารางที่ 5 ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน (n = 12)

แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน	จำนวนผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นไปได้ (คน)
1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)	
1.1 ประเมินการใช้สารเสพติด ด้วยแบบประเมินคัดกรองการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้ยาเสพติด (Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test: ASSIST) (ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์: High, ระดับของข้อเสนอแนะ: Strong)	12
1.2 ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) และ 8 คำถาม (8Q) โดยแบ่งระดับความรุนแรงและแนวปฏิบัติ ดังนี้ (ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์: High, ระดับของข้อเสนอแนะ: Strong)	12
1.3 ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วย (Stage of change) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน (ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์: High, ระดับของข้อเสนอแนะ: Strong)	12
1.4 ประเมินอาการทางจิตในผู้ป่วยที่ใช้แอมเฟตามีนทุกรายด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) หากผู้ป่วยมีคะแนน BPRS > 36 คะแนน ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช และต้องประเมินอาการทางจิตซ้ำใน 1-2 สัปดาห์ หากยังมีคะแนน BPRS > 36 คะแนน ผู้ป่วยต้องได้รับการรายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ในระหว่างการได้รับยาจิตเวช พยาบาลต้องประเมิน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากยาจิตเวช (ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์: High, ระดับของข้อเสนอแนะ: Strong)	12
2. การวางแผนการพยาบาล (Planning)	
2.1 แผนการบำบัดการพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก	12
2.2 แผนการบำบัดการพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยใน	12
3. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)	
3.1 ระยะตอนพิชยา: ให้การดูแลแบบประคับประคองตามอาการ ร่วมกับการรักษาโรคร่วมทางจิตเวช	12
3.2 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ: ให้การบำบัดทางจิตสังคมแบบผสมผสานระหว่างการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์: High, ระดับของข้อเสนอแนะ: Strong)	

ตารางที่ 5 ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน (n = 12) (ต่อ)

แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน	จำนวนผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นไปได้ (คน)
4. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)	
ผลลัพธ์ทางคลินิก	
4.1 ระดับการติดสารเสพติด ประเมินโดยแบบประเมินการคัดกรองการดื่มสุราสูบบุหรี่ และใช้ยาเสพติด (Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test: ASSIST) (ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์: High, ระดับของข้อเสนอแนะ: Strong)	12
4.2 ระดับอาการทางจิต ประเมินโดยแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) (ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์: High, ระดับของข้อเสนอแนะ: Strong)	12
หมายเหตุ: ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์: High หมายถึง เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCTs)	
ระดับของข้อเสนอแนะ: Strong หมายถึง ผลที่พึงประสงค์จากการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีมากกว่าผลที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งผู้ป่วยเกือบทั้งหมดจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำ รวมถึงคำแนะนำนี้สามารถนำไปเป็นนโยบายได้เกือบทั้งหมด	

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษามาทบทวนตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน ผู้วิจัยได้อภิปรายแยกตามหัวข้อดังต่อไปนี้

- 1.1 ระดับของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ
- สาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาล

ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน ได้พัฒนาขึ้นจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ โดยทำการประเมินคุณค่าหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ โดยการพิจารณาถึง 1) คุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Quality of evidence) 2) ความสมดุลระหว่างผลพึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ (Balance between desirable and undesirable) 3) คุณค่าและความชอบ (Values and preferences) 4) ต้นทุนค่าใช้จ่าย การจัดสรรทรัพยากร (Resource use) เปรียบเทียบผลลัพธ์ในแต่ละกิจกรรม และมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นที่ต้องการพัฒนา ซึ่งมีการหาความเห็นร่วมกันกับ

ทีมพัฒนาในเรื่องเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ตามการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ โดยใช้การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานตามการจัดระดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Rating the quality of evidence) ตามแนวทางของเกรด (Balslem et al., 2011) โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์และประเด็นเหล่านี้ในแต่ละกิจกรรม จนได้ความเห็นพ้องในแต่ละกิจกรรมและผลลัพธ์ที่สำคัญในระหว่างทีม โดยเน้นย้ำความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และการไม่ก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

1.2 ผลการสืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน เพื่อให้ได้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่มีประสิทธิภาพน่าเชื่อถือ เป็นที่ยอมรับ และสามารถนำมาแก้ไขปัญหที่พบได้ จึงได้มีการวางแผนในการสืบค้นเพื่อหาหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ โดยมีการกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ตาม PICO (Patient-Intervention-Comparator-Outcome) รวมถึงได้มีการกำหนดแหล่งสืบค้นทั้งจากฐานข้อมูล เว็บไซต์วารสาร และจากเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้หลักฐานที่มีคุณภาพจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จำนวน 1 เรื่อง การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) จำนวน 3 เรื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical guidelines) จำนวน 3 เรื่อง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากต่างประเทศ และใน

ประเทศไทย สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับสูงและมีความทันสมัยพอสมควรคือ การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ผสมผสานกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) จากประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยเสพยาแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตของทีมพัฒนา ซึ่งเคยทำ CBT และ MI ในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าให้ผลดี การนำรูปแบบผสมผสานมาใช้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์สูง และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอาการ ความคิด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถนำไปใช้ได้จริงและเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยมากกว่า นำมาบรรจุในแนวปฏิบัติทางพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนฉบับนี้

1.3 ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้

จากผลการสำรวจความคิดเห็นของการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน พบว่า ความคิดเห็นของบุคลากรที่ได้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก กล่าวได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ นี้เป็นการพัฒนามาบนพื้นฐานของงานประจำตรงกับความเป็นจริงและความต้องการของหน่วยงาน มีแนวทางที่ชัดเจนในการนำไปปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ ทำให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เกิดความมั่นใจ และทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้นอกจากนี้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ นี้ถูกพัฒนาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดง

ความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะต่อการนำไปปฏิบัติ ในภาพรวมของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่สร้างขึ้นนี้ ในหลายกิจกรรมเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติกันเป็นประจำมานานแล้ว แต่จากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ ที่สืบค้นมาช่วยยืนยันประสิทธิภาพของแต่ละกิจกรรมการพยาบาลได้ดี เจ้าหน้าที่เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานเมื่อนำมาทดลองใช้พบว่าส่งผลที่ดีต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในการใช้มาก เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนถือเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการดูแล ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องอาศัยประสบการณ์ที่มากเพียงพอ สำหรับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่ได้จัดทำขึ้นนี้สามารถใช้ได้กับบุคลากรได้ทุกคน เพียงแต่ในบางกิจกรรมสามารถทำได้ภายใต้การแนะนำของบุคลากรที่มีประสบการณ์การทำงานผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลที่ดีต่อผู้ป่วย

2. การประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน

จากการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ กับผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนจำนวน 30 ราย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการใช้สารเสพติด (ASSIST) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน ASSIST ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในระยะ 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย

คะแนนอาการทางจิต (BPRS) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน BPRS ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในระยะ 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน สามารถลดการใช้แอมเฟตามีนและลดอาการทางจิตได้ ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้มีการผสมผสานรูปแบบการบำบัดเข้าด้วยกัน จากหลักฐานทางวิชาการพบว่าแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม และการเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพในการลดอาการทางจิต และป้องกันการกลับมาเสพยา เนื่องจากผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และนำไปปรับใช้ จัดการกับความคิด พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฉบับนี้ได้ใช้ความเชี่ยวชาญของพยาบาล โดยมีทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนา ผลลัพธ์ที่ได้จึงเห็นผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแดรก มูเซอ บรูเนตต์ และแมคฮิวโก (Drake, Mueser, Brunette, & McHugo, 2004) ที่ศึกษาในเรื่องของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตขั้นรุนแรงและใช้สารเสพติดร่วมด้วย (A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorder) และการศึกษาของแดรก โอนีล และวอลลาซ (Drake, O'Neal, & Wallach, 2008) ที่ศึกษาเรื่องของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ที่มีอาการทางจิตขั้นรุนแรงและใช้สารเสพติดร่วมด้วย (A

systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorder) พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการรักษาแบบผสมผสาน ในรูปแบบของ CBT และ MI ที่ช่วยให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้รู้จักกับความคิดอัตโนมัติที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมการใช้แอมเฟตามีน โดยผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสม สู้การลดละเลิกการใช้แอมเฟตามีน ซึ่งจะได้ผลในการป้องกันการกลับมาเสพซ้ำ และลดอัตราการเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล นอกจากนี้การบำบัดควบคู่การเสริมสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้เกิดความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย สร้างความเชื่อมั่นและความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดแบบผสมผสานยังมีจำนวนน้อย โดยเฉพาะการติดตามระยะยาว ซึ่งพบว่าผลการรักษาไม่ได้ช่วยในการลดการเสพยาเสพติด จากข้อจำกัดของแต่ละรูปแบบ และสอดคล้องกับการศึกษาของกิตต์กี โพรโน, วรท ลำไย, ปราณี ฉันทพจน์, และสุพัตรา สุขาวห (2561) ที่ศึกษาเรื่องของประสิทธิผลของโปรแกรม Co-occurring disorder (COD) Intervention ในการหยุดการเสพยาแอมเฟตามีนและการไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วันของผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน พบว่า กลุ่มทดลองมีการหยุดเสพยาแอมเฟตามีนและไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วัน ร้อยละ 95.45 แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่มีการหยุดเสพยาและไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วัน ร้อยละ

72.73 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($\chi^2 = 4.25$, $p = .039$)

อย่างไรก็ตามการใช้รูปแบบการดูแลดังกล่าว ยังมีการศึกษาจำนวนน้อย โดยเฉพาะการติดตามผลในระยะยาว ซึ่งจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการผสมผสาน สามารถลดการใช้สารเสพติด อาการทางจิตสงบ และไม่มีการกลับมารักษาซ้ำใน 90 วัน หลังการจำหน่าย แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดดังกล่าว

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน ในครั้งนี้พบว่ามีข้อจำกัด ดังนี้

1. การเข้าถึงแหล่งหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนทั้งจากแหล่งที่เป็นฐานข้อมูล เว็บไซต์ และการสืบค้นจากห้องสมุด ซึ่งการเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้ค่อนข้างยาก บางแหล่งข้อมูลที่มีข้อจำกัดสำหรับสมาชิกเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถเข้าไปสืบค้นได้ หรือบางแหล่งข้อมูลต้องมีการจ่ายค่าเอกสาร ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นงานศึกษาวิจัยใหม่ๆ ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขโดยประสานกับผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการสืบค้นข้อมูล และสามารถเข้าถึงฐานข้อมูลมาช่วยในการสืบค้นข้อมูลในงานวิจัยนี้

2. การประเมินคุณค่าหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจาก

แอมเฟตามีน ซึ่งต้องมีการปรึกษาหารือกับทีมพัฒนา แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 จึงทำให้ไม่สามารถเข้าประชุมพร้อมกันได้จึงได้ใช้วิธีพบทีมพัฒนาผ่านระบบ Zoom Meeting เพื่อปรึกษาหารือเกี่ยวกับการประเมินคุณค่าหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ การจัดระดับความน่าเชื่อถือ และการตกลงเลือกข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความเห็นของทีมพัฒนาทุกคน ให้ทีมพัฒนาทุกคนพิจารณาและแก้ไขอีกครั้งก่อนดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เสนอต่อคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team: PCT) ของโรงพยาบาล เพื่อบรรจุเป็นรูปแบบการดูแลในผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนของโรงพยาบาลรัฐญารักษ์เชียงใหม่ และประกาศเป็นนโยบายขององค์กรพยาบาล รวมถึงวางแผนในการเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปยังโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ในส่วนภูมิภาคอื่น ๆ และโรงพยาบาลที่มีบริบทคล้ายคลึงกันต่อไป

2. ควรมีการติดตามประเมินผลลัพธ์ในระยะยาว เพื่อติดตามการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อประเมินความคงอยู่ของการดูแลตามแนวปฏิบัติที่ให้ไป และมีการประเมินผลเพื่อการปรับปรุงต่อไป

3. ผู้บริหารในองค์กรพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงาน มีการสืบค้นบทความทางวิชาการใหม่ ๆ โดยใช้กระบวนการสืบค้นอย่างเป็นระบบ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์

เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับกลุ่มผู้ป่วยอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, อัมพร สีลากุล, และวิมาลา เจริญชัย. (2564). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, 15*(1), 29-48.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). *ความรู้เรื่องยาบ้า*. <https://www.dmh.go.th/main.asp>
- กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, ปราณี ฉันทพจน์, และ สุพัตรา สุขาวท. (2561). ประสิทธิผลการบำบัด Co-occurring disorder (COD) Intervention ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 63*(2), 127-140.
- จลิ เจริญสรรพ, และ เสาวลักษณ์ ยิ้มย่อน. (2557). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมต่อความสามารถและการการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล อัตราการป่วยซ้ำและการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28*(2), 46-60.
- ฉวีวรรณ ธงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก Clinical Practice Guidelines Development. *วารสารสภาการพยาบาล, 20*(2), 63-76.
- ชมัยพร จันทร์ศิริ. (2553). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่* [การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:113902>.
- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2544). *แนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS*. ใน เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

- โรงพยาบาลชัยภูมิ. (2564). สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ โรงพยาบาลชัยภูมิ ประจำปีงบประมาณ 2560-2564. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลชัยภูมิ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต. (2562). แนวทางการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. <http://www.dms.moph.go.th>
- ศิริรัตน์ นิตยวัน. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. [การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:112823>.
- สาวิตรี อัยฉะกรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2554). แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: คุณาไทย จำกัด.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. (2560). เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2564). รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. <https://www.oncb.go.th/EBookLibrary/annual%20report%202564.pdf>.
- เสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น, ธนอมศรี อินทนนท์, และ วันดี สุทธิรงค์. (2554). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(1), 28-41.
- หรรษา เศรษฐบุปผา, จารุณี รัชมิสุวิวัฒน์, นพวรรณ อุปคำ และ ภรภัทร สิมะวงศ์. (2556). รายงานการวิจัยเรื่องผลลัพธ์ทางคลินิกและกระบวนการต้นทุนคุณภาพประสิทธิผลของการดำเนินงานการโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ: โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา : กรณี 4 ภาค. (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: พิมพ์เดือนดี.
- อรนนท์ หาญยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 137-143.
- Balslem, H., Helfand, M., Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., & Guyatt, G. H. (2011). GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 401-406.
- Carrico, A. W., Gómez, W., Siever, M. D., Discepolo, M. V., Dilworth, S.E., & Moskowitz, J.T. (2015). Pilot randomized controlled trial of an integrative intervention with methamphetamine-using men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 44(7), 1861-1867.
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 360-374.
- Drake, R. E., O'Neal, E. L., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 123-138.
- Schünemann, H. J., Oxman A. D., Brozek J., Glasziou P., Jaeschke R., Vist G. E., Williams J. W., Kunz R., Craig J., Montori V. M., Bossuyt P., & Guyatt G. H. (2008). Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *Clinical Chemistry*, 55(5), 853-855.
- Joo, J. Y., & Huber, D. L. (2015). Community-based case management effectiveness in populations that abuse substances. *International Nursing Review*, 62(4), 536-546.
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Sitharthan, T., & Cleary, M. (2013). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD001088.
- Knapp, W. P., Soares, B. G. O., Farrell, M. F., & Lima, M. S. (2015). Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD003023.

- Lee, N. K., & Rawson, R. A. (2008). A systematic review of cognitive and behavioral therapies for methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Review*, 27(3), 309-317.
- Tungpunkom, P., Lertwatthanawilat, W., Chaloumsuk, N., Xuto, P., Chotibang, J., & Pungchompoo, W. (2020). Guidelines 2.0: comprehensive checklist for a successful guideline enterprise. *Journal of Mental Health of Thailand*, 28(3), 266-279.
- McKetin, R., Leung, J., Stockings, E., Huo, Y., Foulds, J., Lappin, J. M., et al. (2019). Mental health outcomes associated with of the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 16, 81-97.
- Kittirattanapaiboon, P., Kongsuk, T., Pengjuntr, W., Leejongpermpoon, J., Chutha, W. & Kenbubpha, K. (2013). Epidemiology of psychiatric comorbidity in Thailand: a national study 2008. *Journal of Mental Health of Thailand*, 21(1), 1-14.
- Roberts, N., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. (2016). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD010204.
- Rogers, E. M. (1983). *Diffusion of innovations*. (3rd ed). New York, The Free Press.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., & Dahl, H. M. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(5), CD008063.
- The AGREE collaboration. (2013). *Appraisal of guidelines for research & evaluation II*. https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *World Drug Report 2020 Drug market trends: Cocaine, Amphetamine-type stimulants*. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2020_booklet-4.html