



วารสาร

การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565

Vol.36 No.3 September – December 2022

ISSN (print) : 0857-4553

ISSN (online) : 2773-9171

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
- การเปรียบเทียบผลของวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
- การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ที่เป็็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน
- ความซุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน
- ความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นคนดีกับความสุขของนักศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
- การพัฒนาและผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม
- ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังจิตใจตนเองและการปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้



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
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.คาราวรรณ ติ่งปิ่นดา
รศ.ดร.วารินทร์ ถาน้อย
ผศ.ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ
อ.ดร.วัชรินทร์ วุฒิธฤทธิ
อ.ดร.อจธรา คำมะทิตย์
ผศ.เครือวัลย์ ศรียารัตน์
ผศ.ว่าที่ ร.ด.ธีระบุทท์ เกิดสังข์
ดร.สุนทรี ศรีโกไสย
ดร.กฤษณ์พิชญ์ เพียรทอง
นางสาวตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง
นางสาวนิรมล ปะนะสุนา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธนา
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ศูนย์วิทยการ กรมแพทยทหารเรือ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

ผู้จัดการวารสาร

นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

คณะกรรมการที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

ประจำปี 2563 - 2566

กรรมการที่ปรึกษาจิตตัมศักดิ์

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

กรรมการที่ปรึกษาทางกฎหมาย

ทนายเสรี สุวรรณ

กรรมการที่ปรึกษา

นายกสภาการพยาบาล

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

รองศาสตราจารย์ สมสร เชื้อหิรัญ

รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ถิ์บุญวัชรชัย

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 กลับวงษ์	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 จารุทัศนาวงศ์	ข้าราชการบำนาญ สถาบันกัลยาณ์ราชชนก	เหรียญ
นางอรษา ฉวาง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญ
นางวีณา วิทย์เกษม	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญ
ศศ.ดร.ชลพร กองคำ	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายวิชาการและ
		บริการชุมชน
ดร.อุทษา นาคเจริญ	สถาบันกัลยาณ์ราชชนก	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ
		บริการชุมชน
นางพนิดา รัดนไพโรจน์	สถาบันราชานุกูล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ
		บริการชุมชน
นางสาวอนงค์นุช ศาโสรก	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ
		บริการชุมชน
รศ.ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ
	มหาวิทยาลัยมหิดล	บริการชุมชน
นางดวงตา ภูรัตนญาณ	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.ภาศิญา อ่อนดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์
		และปฏิคม
ศศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
รศ.ดร.เอกอุมา อิ่มคำ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
น.ต.หญิง ชวดี วงษ์แสง	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
นางรณิณี ลิ้มฉาย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	นายทะเบียน สวัสดิการ
		และผู้จัดการสำนักงาน
นางสาววิศรา ใจคำป็น	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยนายทะเบียน สวัสดิการ
		และผู้จัดการสำนักงาน

บรรณาธิการแถลง

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตได้มีบทความวิชาการและบทความวิจัยซึ่งมีเนื้อหาความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่องเสมอมา สำหรับวารสารฉบับที่ 3 ปีที่ 36 (กันยายน - ธันวาคม 2565) นี้มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี การเปรียบเทียบผลของวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ที่เป็โรคจิตจากแอมเฟตามีน ความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน ความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นคนดีกับความสุขของนักศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ การพัฒนาและผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม และประสบการณ์การเยียวยาจิตใจตนเองและการปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนสนับสนุนให้วารสารเสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ และให้การสนับสนุนติดตามมาโดยตลอด พร้อมกันนี้ขอเชิญผู้สนใจทุกท่านสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ และส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานเพื่อเป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพ ทั้งนี้ในปัจจุบันการส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้น ผู้นิพนธ์สามารถส่งทางเว็บไซต์ของวารสารฯ และขอให้ผู้นิพนธ์ได้โปรดอ่านทำความเข้าใจกับขั้นตอนในการตีพิมพ์และปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งบทความต้นฉบับอย่างเคร่งครัด หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนาวิชาชีพตลอดจนพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

บรรณาธิการ

สารบัญ

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565

	หน้า
บทความวิจัย	
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	1 - 13
ไพจิตร พุทธรอด, มยุรี ลัคนาสีโรรัตน์	
ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี	14 - 28
ลลอส สิงห์โชติสุขแพทย, ธัญชนก ลิขิตระ	
การเปรียบเทียบผลของวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	29 - 45
สุปราณี พิมพ์ตรา, พีร วงศ์อุปราช, กนก พานทอง	
การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน	46 - 70
ก้องเกียรติ อุเต็น, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, วิชชุดา ยะสินธุ์, วิมลวรรณ คำลือ, พุทธชาด ศรีสุวรรณ	
ความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง	71 - 80
พรทิพย์ ชุ่นอ้อ, ประภาศรี ประภากรสกุล, ไพรัช พิมล, ไพจิตร พุทธรอด	
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน	81 - 97
วุฒิชัย ขวนชนก, ภัทราภรณ์ ภัทรสกุล, สมบัติ สกุลพรรณ	
ความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นคนดีกับความสุขของนักศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	98 - 116
อุษา น่วมเพชร, นานิลา ลีกิจโกศล, สายฝน เอกวางกูร, ณัฐชนนย์ สมเหมาะ	
การพัฒนาและผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	117 - 140
ไพรัตน์ ชมภูบุตร, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวห, จินดนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์	
การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม	141 - 156
ภาวดี เหมทานนท์, นพรัตน์ ไชยธานี, สมสุข สมมะลวน, ก สันศักดิ์ สุวรรณโชติ,	
วิภาวรรณ ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์	
ประสบการณ์การเฝ้าระวังจิตใจตนเองและการปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	157 - 174
สุจิรา วิชัยดิษฐ, ฐปรัตน์ รักภักดานุสิทธิ์, อุบล วรรณกิจ	

THE EFFECTIVENESS OF RESILIENCE ENHANCING PROGRAM ON RESILIENCE QUOTIENTS AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN A SCHIZOPHRENIA PATIENTS CAREGIVER

*Paijit Phuttharod, Ph.D. *, Mayuree Lakkanasirorat, M.N.S. ***

Abstract

Objective: To determine the effectiveness of resilience enhancing program resilience quotients and depressive symptoms in a schizophrenia patients caregiver.

Methods: The purpose of this quasi-experiment research. The sample consisted of 40 caregivers, who were recruited using the inclusion criteria. Generator to the control and experimental groups, with 20 subjects in each group. The experimental group participated in the resilience enhancing program. The control group received routine care. The research instruments were the following: personal data questionnaire Beck Depression Inventory (RQ) and resilience enhancing program. The data analysis was performed through descriptive statistics and dependent t-test, independent t-test.

Results: 1) The mean score on the post-test participants in the experimental group after participating in the program was higher than the pre-test and mean score depressive symptoms after participating in the program was significantly lower than the pre-test. 2) The mean difference of the mean score resilience quotients after resilience enhancing program in the experimental group was higher than the control group and the mean score depressive symptoms of the experimental group was significantly lower than the control group.

Conclusion: The resilience enhancing program can increase resilience level and reduce depression among caregivers of schizophrenia patients in Huai Yot District, Trang Province.

Keywords: resilience enhancing program, resilience quotients, depressive symptoms, schizophrenia patients caregiver

**Corresponding author: Lecture, Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Trang, e-mail: paijit@bent.ac.th*

***Registered Nurse, Professional Level, Huai Yot Hospital*

Received: 16 August 2022, Revised: 6 October 2022, Accepted: 13 October 2022

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ไพจิตร พุทธรอด, ประ.ด. *, มยุรี ลัคนาศิริโรจน์, พย.ม. **

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา : การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือก 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) ของกรมสุขภาพจิต และโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่

ผลการศึกษา : 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถเพิ่มพลังสุขภาพจิตและช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรังได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ, พลังสุขภาพจิต, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ศรีรัง, e-mail: pajit@bcent.ac.th

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยยอด

วันที่รับ: 16 สิงหาคม 2565, วันที่แก้ไข: 6 ตุลาคม 2565, วันที่ตอบรับ: 13 ตุลาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

โรคทางจิตเวชที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1 คือ โรคจิตเภท โดยพบร้อยละ 40 - 50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทคิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคจิตเวชจำนวน 1,152,044 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 587,300 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2558) โรคจิตเภททำให้เกิดความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และพฤติกรรม เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ย่างยากต่อการดูแลรักษาและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ ร้อยละ 53 - 72 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพถาวรจนถึงขั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงต้องมีผู้สนับสนุนดูแลช่วยเหลือจึงจะสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิดและต้องดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาที่ยาวนานโดยหาที่สิ้นสุดไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลมีความท้อใจ ดึงเครียดอยู่ตลอดเวลา หดห่อกำลังใจ คิดว่าเป็นตราบาป และรู้สึกเป็นภาระ (โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นินทจันทร์, และทัศนาว ทวีคุณ, 2558)

ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนใหญ่มีความผิดปกติในการรับรู้ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม จึงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ (WHO, 2014) มักพบปัญหาเกี่ยวกับการนอนไม่หลับเรื้อรัง เฉื่อยชา ไม่ค่อยมีความกระตือรือร้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ผู้ป่วยบางคนเกิดอาการ

กำเริบซ้ำบ่อย ๆ มักมีโอกาสดังพยาธิสภาพอย่างถาวร ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง บางคนรุนแรงจนถึงขั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้ จนเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า (พัชรราว ไคควรเนตร, เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, และ รัชนิกร อุปเสน, 2561) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความบกพร่องจึงจำเป็นต้องมีผู้สนับสนุนดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลมักเป็นบุคคลในครอบครัว จึงจำเป็นต้องมีภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มจากบทบาทเดิมที่มีอยู่ มีบางส่วนต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2554) อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 55 และพลังสุขภาพจิตต่ำลง (Hengudomsab, 2007)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่นำไปสู่ปัญหาค่าเนนชีวิตประจำวัน เนื่องจากภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลง จิตใจหดหู่ ห่อเหี่ยว เซ็ง เศร้า โศกเสียใจง่าย มักน้อยใจ ร้องไห้บ่อย มีความทุกข์ทรมานอย่างมาก และมักทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ใจ (Touhy, Jett, & Ebersole, 2014) รวมถึงพฤติกรรมการนอนเปลี่ยนไป รู้สึกแย่กับตัวเอง รู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า หรือคิดว่าตนเป็นภาระของผู้อื่น หากมีอาการมาก ๆ อาจมีความคิดไม่อาจมีชีวิตอยู่ พุดถึงความตายบ่อยๆ และอาจวางแผนทำร้ายตนเอง การเผชิญกับปัญหาต่างๆ ไม่เหมาะสม ทำให้พลังสุขภาพจิตต่ำ พลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ เป็นบุคลิกลักษณะใน

ทางบวก หากได้รับการเสริมสร้างที่เหมาะสม จะช่วยให้บุคคลปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เทียนทอง หาระบุตร, 2555)

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ เป็นการเสริมสร้างให้บุคคลมีความเข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาให้ผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ และเป็นการบำบัดทางสังคมจิตใจที่มีความสำคัญในการช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของกรอตเบิร์ก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) I am เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ จากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ พบว่า I am มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เช่น ความน่ารัก ความมีเสน่ห์ในตัวเอง การมีความภาคภูมิใจในตนเอง การเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระและมีความรับผิดชอบ และการมีความหวัง ความศรัทธา เชื่อมั่น และการมีความเข้าใจผู้อื่น เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลส่งผลต่อการมีความเข้มแข็งทางใจ 2) I have เป็นการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น รับรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ ซึ่งการศึกษาวิจัย I have พบว่า มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เช่น การมีความไว้วางใจในสัมพันธภาพ การมีบทบาท หรือตัวแบบจากพ่อแม่/ญาติ ผู้ใหญ่ภายในบ้าน การมีกฎเกณฑ์และหลักปฏิบัติต่าง ๆ ในครอบครัว การส่งเสริมให้มีอิสระในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง การได้รับการศึกษา การส่งเสริมให้มีสุขภาพกายที่ดี มีความสุขและปลอดภัย ซึ่งตัวแปรดังกล่าวเป็นปัจจัยภายนอกของบุคคล 3) I can เป็นความสามารถแก้ปัญหาได้ ซึ่งการศึกษาวิจัย I can พบว่า

มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เช่น การมีทักษะสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์และสิ่งที่มากระตุ้น การประเมินอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นได้ และความสามารถในการแสวงหาความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจได้ หรือการมีใครแบ่งปันความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งตัวแปรดังกล่าวเป็นความสามารถภายในของบุคคล (Grotberg, 1995; Grotberg, 1999)

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดและองค์ประกอบหลักของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ จึงพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ประกอบด้วย 1) ด้าน I am เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ โดยการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบวกเสริมสร้างกำลังใจและความมั่นใจ ซึ่งเป็นการปลูกพลังภายในใจของผู้ดูแล 2) ด้าน I have เป็นการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล รับรู้ว่ามีคนคอยสนับสนุนช่วยเหลือ โดยการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารให้ผู้ดูแลสื่อสารอย่างเข้าใจและให้มีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง และ 3) ด้าน I can เป็น ความสามารถในการแก้ปัญหา โดยการให้ผู้ดูแลแก้ปัญหาที่ถูกวิธี สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมจะทำให้ชีวิตมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และ ทศนา ทวีคุณ, 2555) และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า บุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงจะมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ (โสภณ แสงอ่อน, พัทธรินทร์ นินทจันทร์, และ ทศนา ทวีคุณ, 2558; Friborg et al., 2006)

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จึงได้จัดทำวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อระดับพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเสริมความเข้มแข็งทางใจ เพิ่มพลังสุขภาพจิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งขึ้น สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าและทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

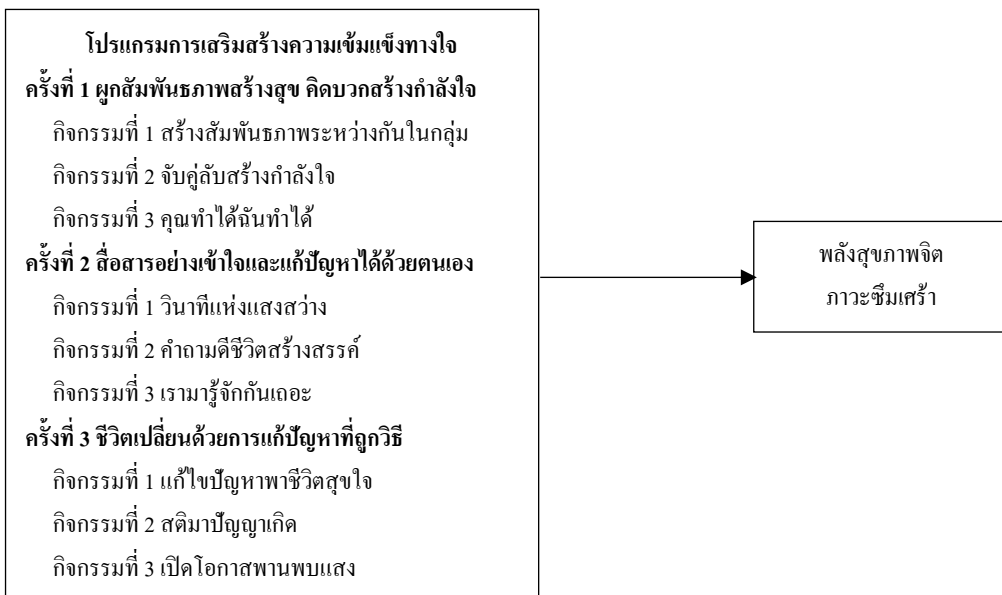
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็ง

ทางใจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1999) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถในการเผชิญปัญหา และผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ จนทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง องค์ประกอบการสร้างความเข้มแข็งทางใจ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) I am เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ คือความมั่นใจ ความรับผิดชอบ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2) I have การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล รับรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ 3) I can ช่วยให้ได้ แก้ปัญหาได้ โดยใช้หลักในการแก้ปัญหา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. พลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง
3. พลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ
4. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีภาวะซึมเศร้ามลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม มีการวัดผลก่อนและหลัง (two Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ใน

อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2564 การคำนวณขนาด

กลุ่มตัวอย่าง (sample size) และขนาดอิทธิพล (effect size) โดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 ด้วยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power) ที่ระดับ .8 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 ผู้วิจัยคำนวณค่าอิทธิพล (effect size) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 คน แต่เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล (Grove, Burns, & Gray, 2012) เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นทั้งหมด 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมานานมากกว่า 5 ปี
2. ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้ามีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
3. ผู้ดูแลสามารถพูดและฟังภาษาไทย เข้าใจ
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาหรืออุปสรรคจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

แล้วใช้วิธีการจับคู่รายบุคคล (Matched Subjects) ตามระดับช่วงอายุ และระดับภาวะซึมเศร้า จากนั้นจะทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากเพื่อแยกเข้าสู่กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม

คุณสมบัติตรงตามหลักเกณฑ์ ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูล การเข้าร่วมทดลองและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยงานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เลขที่ 8/2564 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาขั้นตอนของการวิจัยและประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งการขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย ก่อนที่จะสิ้นสุดกิจกรรมได้โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และหากขณะดำเนินการวิจัยแล้วกลุ่มตัวอย่างมีความข้องใจหรือไม่สบายใจ หรือมีปัญหาทางอารมณ์อันเกิดมาจากกระบวนการวิจัยขณะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือหรือส่งต่อในกรณีจำเป็น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) แปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึง ข้อที่ 21 โดยคะแนนสูงที่สุดคือ 63 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำที่สุดคือ 0 คะแนน ระดับของภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 0 - 9 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ 10 - 15 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 16 - 19 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 20 - 29 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก 30 - 63 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผู้วิจัยได้นำมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น(reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ เท่ากับ 0.89

1.3 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) ของกรมสุขภาพจิต (2550) เป็นการประเมินพลังสุขภาพจิต 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ (พลังฮึด) ด้านกำลังใจ (พลังฮึด) และด้านการจัดการกับปัญหา (พลังสู้) จำนวน 20 ข้อ ใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (ฮึด) จำนวน 10 ข้อ ด้านกำลังใจ (ฮึด) จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหาหรือต่อสู้เอาชนะอุปสรรค (สู้) จำนวน 5 ข้อ เป็นการสอบถามถึงความคิด ความรู้สึกและ

พฤติกรรมของผู้ทำแบบประเมินในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้นำมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.86

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1999) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์แนวคิดหลัก 3 องค์ประกอบซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) จิตเวช 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ และความเหมาะสมของขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมโดยการปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่าย และกำหนดเวลาให้เหมาะสม ได้ค่า Content Validity Index: CVI เท่ากับ 0.83 โดยทำโปรแกรมฯ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ 45 - 60 นาที/ครั้ง มีทั้งหมด 9 กิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผูกสัมพันธ์ภาพสร้างสุข คิดบวก สร้างกำลังใจ

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างกันในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 จับคู่กลับสร้างกำลังใจ

กิจกรรมที่ 3 คุณทำได้ฉันทำได้

สัปดาห์ที่ 2 สื่อสารอย่างเข้าใจและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 1 วินาทีแห่งแสงสว่าง

กิจกรรมที่ 2 คำถามดีชีวิตสร้างสรรค์

กิจกรรมที่ 3 เรามารู้จักกันเถอะ

สัปดาห์ที่ 3 ชีวิตเปลี่ยนด้วยการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 1 แก้ไขปัญหาพาชีวิตสุขใจ

กิจกรรมที่ 2 สติมาปัญญาเกิด

กิจกรรมที่ 3 เปิดโอกาสพบแสง

เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หลังจากนั้นนำโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 9 กิจกรรม ผู้วิจัยนำปัญหาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะทดลองโปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งเพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ต่อการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างให้มากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2564

2. ประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินพลังสุขภาพจิต ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้าง

ความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. ดำเนินการในกลุ่มทดลองโดยจัดโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลชุมชนห้วยยอด จังหวัดตรัง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ 45 - 60 นาที/ครั้ง มีทั้งหมด 9 กิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

4. ประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าและพลังสุขภาพจิตทันที เมื่อครบระยะเวลา 3 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และบันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน Independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง ส่วนมากเป็นเพศหญิง 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุอยู่ระหว่าง 30 - 45 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 75 ระดับการศึกษาส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนมากมีอาชีพทำสวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 80 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือ คู่ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนมาก มากกว่า 1 ปี 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90

กลุ่มควบคุม พบว่าเป็นผู้สูงอายุครึ่งหนึ่ง เป็นเพศหญิง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75 มีอายุอยู่ระหว่าง 35 - 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมาคือระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น 4 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนมากมีอาชีพทำสวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 70 สถานภาพส่วนใหญ่ คู่ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65 และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนมาก มากกว่า 1 ปี 17 คน คิดเป็นร้อยละ 85

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระดับพลังสุขภาพจิตและระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น และภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ คะแนนเฉลี่ยระดับพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง (n = 20)

ตัวแปรในกลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		p-value
	M	SD	M	SD	
พลังสุขภาพจิต	54.70	5.76	60.23	4.34	.001*
ภาวะซึมเศร้า	24.17	5.15	17.65	5.97	.003*

*p < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (n = 40)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		p-value
	M	SD	M	SD	
พลังสุขภาพจิต	54.80	5.77	60.23	4.34	.001*
ภาวะซึมเศร้า	26.84	5.11	17.65	5.97	.000*

*p < .05

และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

1) พลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ 3 หมายความว่า พลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเป็นการเสริมสร้างให้บุคคลมีความเข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาให้ผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีมุมมองที่ดีมองเห็นคุณค่าของคนอื่น รับรู้ถึงความสามารถของตน ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นแรงเกื้อหนุนต่อการพัฒนาพลังสุขภาพจิต (Hengudomsab, 2007) เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ โดยการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคิดบวก เสริมสร้างกำลังใจและ

ความมั่นใจ ซึ่งเป็นการปลูกฝังภายในใจของผู้ดูแล และเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล รับรู้ว่ามีคนคอยสนับสนุนช่วยเหลือ โดยการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารให้รู้จักการสื่อสารอย่างเข้าใจ และให้มีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยการให้ผู้ดูแลแก้ปัญหาที่ถุกวิธี สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม จะทำให้ชีวิตมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (Grotberg, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งที่พบว่า คนที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงจะมีพลังสุขภาพจิตสูง เกิดความเข้มแข็งภายในใจ มีทักษะการแก้ปัญหาดี เข้ากับผู้อื่นได้ดี เห็นคุณค่าของตนเอง (เทียนทอง หาระบุตร, 2555; Friberg et al., 2006)

2) ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และ 4 หมายความว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งพบว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเป็นการโน้มน้าวให้บุคคลมองอุปสรรคในแง่สร้างสรรค์ โดยใช้การพูดคุยแบบเปิด โอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าได้มีโอกาสพูดคุยระบายความคิดความรู้สึกที่มีข้างใน และยังพูดคุยสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ทำให้รู้สึกว่ามีคนรับฟังไม่ได้อยู่คนเดียว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความมั่นคงทางอารมณ์ และจิตใจ ทำให้รู้สึกมีคุณค่า ไม่ท้อ ทำให้มีความพร้อมในการที่ดำเนินชีวิตต่อไปได้ (พัชรราว ไล วรรณตรง, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ และรัชนิกร อุปเสน, 2561; Friberg et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจทำให้คนกล้าคิดกล้าทำในสิ่งที่ตนคิดว่าดีที่สุด และทำให้คนที่เหนื่อย ท้อแท้ หรือเจอกับเหตุการณ์ที่ไม่ดีจะกลับฟื้นสภาพจิตใจได้ดีมากยิ่งขึ้น คนที่มีความเคารพตนเอง มีพลังสุขภาพจิตที่ดี รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความสุขส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองจะส่งผลต่อการซึมเศร่าลดลงได้ (เทียนทอง หาระบุตร, 2555) และมีการศึกษาที่พบว่าคนที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงจะมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร่าน้อยกว่าคนมีความเข้มแข็งทางใจต่ำ (Jeste et al., 2013; MacLeod et al., 2016)

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดอบรมให้บุคลากรมีความรู้และทักษะในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่น ๆ โดยสามารถปรับรูปแบบ ระยะเวลาในการดำเนินแต่ละกิจกรรม ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย ศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค

ด้านการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 เดือน จึงทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกของการศึกษาเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตามประเมินผล ในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง สถาบันพระบรมราชชนก ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ และขอขอบพระคุณโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). แบบประเมินพลังสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- เทียนทอง หาระบุตร. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรราวไล ควรนคร, เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, และ รัชนิกร อุปเสน. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32(2), 39-51.

- พัชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และ ทศนา ทวีคุณ. (2555). โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต (A resilience-enhancing program). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาโนช หล่อตระกูล, และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (บรรณาธิการ). (2558). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มุกดา ศรีรงค์. (2522). แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory IA [BDIIA]). กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- โสภณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นันทจันทร์, และ ทศนา ทวีคุณ. (2558). ภาวะซึมเศร้าและความแข็งแกร่งในชีวิตของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่ง. รายงานการวิจัยโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ลือนุญวัชรชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พี. จำกัด.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., Aslaksen, P. M., & Flaten, M. A. (2006). Resilience as moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 213-219.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague, Netherlands: Bernard Van Lee Foundation.
- Grotberg, E. H. (1999). *Tapping your inner strength: How to find the resilience to deal with anything*. Oakland: New Harbinger.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.
- Hengudomsab, P. (2007). Resilience in later life. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 2(1), 115-123.
- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. A., Glorioso, D. K., Martin, A. S., et al., (2013). Older Age is Associated with More Successful Aging: Role of Resilience and Depression. *American Journal of Psychiatry*, 170, 188-196.

- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K. & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37, 266-272.
- Touhy, T. A., Jett, K. F., & Ebersole, P. (2014). *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging* (4th ed.). St. Louis: Elsevier.
- WHO. (2014, 10 January). *Schizophrenia*. <http://www.who.int/mental-health/management/schizophrenia/en/>

THE EFFECT OF A SOCIAL SUPPORT GROUP PROGRAM ON THE MENTAL HEALTH OF THE ELDERLY IN THE ELDERLY CLUB IN MUENGE DISTRICT, PHETCHABURI PROVINCE

Laoo Sinhachotsukapat, M.S.N.; Thunchanok Leetheera, M.S.N.***

Abstract

Objective: To compare 1) The mental health of the elderly in the elderly club, Muang District, Phetchaburi Province before receiving the social support program 2) The mental health of the elderly in the elderly club, Muang District, Phetchaburi Province between experimental group and control group.

Methods: This study was quasi-experimental research conducted with the aim of studying the effects of a social support program on the mental health of the elderly. The sample was 60 elderly people, who met the criteria in the Elderly Club, Muang District, Phetchaburi Province. The sample were matched pair and simple randomly assigned to an experimental group and a control group with 30 subjects each. The experimental group received the social support program developed by the researcher according to the concept of House (House, 1981) consisting of eight activities. One activity was carried out/week for 90 minutes per session for a total of 8 weeks. The control group received routine care. The results were assessed using the Thai Geriatric Mental Health Assessment (T-GMHA-56) 2 times, once at pretest and one immediately after the experiment. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics.

Results: 1) the mean score for mental health of the experimental group after the social support program was higher than at pretest with statistical significance at .001; 2) the mean difference scores for mental health between before and after the social support program in the experimental group were different from the control group with statistical significance at .001.

Conclusion: Social support group program can promote mental health in the elderly. This can be another option to prevent mental health problems among the elderly in the community.

Keywords: social support group program, mental health, elderly

*Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Phetchaburi Rajabhat University, e-mail: laoo53@hotmail.com

**Lecturer, Faculty of Nursing, Phetchaburi Rajabhat University

Received: 19 July 2022, Revised: 14 November 2022, Accepted: 21 November 2022

ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

ล่อ สิงห์โชติสุขแพทย์, พย.ม.*, ธัญชนก ลิขิตระ, พย.ม.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบ 1) ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม 2) ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษา : การวิจัยกึ่งทดลองในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ จำนวน 60 คน จับคู่สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบไปด้วยทั้งหมด 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ วัดผล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองทันที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา : 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนทางสังคม มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 2) ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิต ระหว่างก่อนและหลังการได้รับสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุป : โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีในผู้สูงอายุได้ โดยสามารถเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้

คำสำคัญ : โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม, ภาวะสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี, e-mail: laoo53@hotmail.com

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

วันที่รับ: 19 กรกฎาคม 2565, วันที่แก้ไข: 14 พฤศจิกายน 2565, วันที่ตอบรับ: 21 พฤศจิกายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน โลกมีวิวัฒนาการความก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะด้านการแพทย์ ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น และส่งผลให้โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น องค์การสหประชาชาติ (United Nations) คาดการณ์ว่าอัตราประชากรผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 จะสูงกว่าศตวรรษก่อน (United Nations, 2018) สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานสัดส่วนผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.40 ร้อยละ 10.70 ร้อยละ 12.2 ในปี 2545 2550 2554 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) โดยในจังหวัดเพชรบุรีมีผู้สูงอายุจำนวน 93,943 คน คิดเป็นร้อยละ 19.48 ของประชากรรวมในจังหวัด เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนร้อยละของประชากรรวมในแต่ละจังหวัดทั่วประเทศ จังหวัดเพชรบุรีมีจำนวนผู้สูงอายุมากอยู่ในลำดับที่ 9 ของภาคกลาง และมีจำนวนอยู่ในลำดับที่ 21 ของประเทศไทย (ส่วนบริหารและพัฒนาเทคโนโลยีการทะเบียน กรมการปกครอง, 2565) ซึ่งจากรายงานการส่งเสริมป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุรายอำเภอของงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีพบว่า สถิติภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรีมีความเครียดสูง ร้อยละ 10.38 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 54.75 โดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลางถึงสูง ร้อยละ 5.01 ทั้งนี้เมื่อแยกเป็นรายอำเภอพบว่า ปัญหาภาวะสุขภาพจิตของ

ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองสูงเป็นลำดับที่สองจากทุกอำเภอในจังหวัดเพชรบุรี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2565)

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมในด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ อายุ เศรษฐฐานะ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เพศชายมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าเพศหญิง แต่ในผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นจะมีสุขภาพจิตดีขึ้น ด้านเศรษฐฐานะพบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ส่วนด้านสถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีสุขภาพจิตดี กว่าผู้ที่เป็ น โสด หม้าย หย่าและแยกทาง (สุนิสา คำชื่น, หฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, และ ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, 2563) ทั้งนี้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายทุกระบบ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติที่ไม่อาจจะยับยั้งไว้หรือหลีกเลี่ยงได้ ทำให้ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ บอบบาททางสังคมที่เปลี่ยนไป อำนาจหน้าที่ในตำแหน่งงาน สถานะทางการเงิน รายได้ที่ลดลง การสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนในวัยเดียวกัน รวมทั้งการที่สภาพสังคมในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาด้านภาวะสุขภาพจิต (พรพิมล เพ็ชรบุรี, ชมชื่น สมประเสริฐ, และ ประนอม โอทกานนท์, 2560) ดังรายงานขององค์การอนามัยโลก พบผู้สูงอายุทั่วโลกประสบปัญหาด้านภาวะสุขภาพจิตมากกว่าร้อยละ 20.00

(WHO, 2021) และในประเทศไทยมีการรายงานปัญหาทางภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยที่สถิติการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 2 สาเหตุการฆ่าตัวตาย 3 อันดับแรก คือ สูญเสียความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด โรคเรื้อรังทางกาย และโรคซึมเศร้าตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564) นอกจากนี้ยังพบสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ และสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ต้องใช้ชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยวมากขึ้น (กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบุญย์ ชาวสวนศรีเจริญ, และ เสาวลักษณ์ คงสนิท, 2562) ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดภาวะเครียดวิตกกังวล ไม่มีความสุขในการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตลดลง (อรุโณทัย ปาทาน และ สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, 2563) การจะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในสังคม จึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องการการดูแลและสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความเสื่อมถอยร่างกายและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ (ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ, และ สิริลักษณ์ โสมานสุรณ, 2559; มะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ, 2564; McClain, Gullatt & Lee, 2018; Well, 2010) แต่ทว่าความเป็นจริงของสังคมกลับพบว่าจากวิถีชีวิต เศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้การสนับสนุนทางสังคมจากคน

รอบข้างคนในครอบครัวลดน้อยลง (ฤติมาศ พุทธิมาตย์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และ ลินจง ไปธิบาล, 2563)

อย่างไรก็ตามการสนับสนุนทางสังคมที่มาจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ บุคลากร จึงมีความจำเป็นและมีบทบาทมากขึ้น (กัลยารัตน์ ชีระธนชัยกุล, 2563) อีกทั้งผลจากการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) ซึ่งให้เห็นว่าประชากรผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลเพื่อเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตอย่างครอบคลุมทุกองค์ประกอบของภาวะสุขภาพจิต ทั้งนี้ในการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรียังมีเป็นจำนวนน้อยและมีอย่างจำกัด และมักเป็นการแก้ปัญหากับผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางจิตใจขึ้นแล้ว การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตของผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมที่ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่าด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร มาเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรีอย่างครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ได้แก่ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน (พรพิมล เพ็ชรบุรี, ชมชื่น สมประเสริฐ, และ ประนอม โอทกานนท์, 2560; ยุกา ทองสุข, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2562)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุน

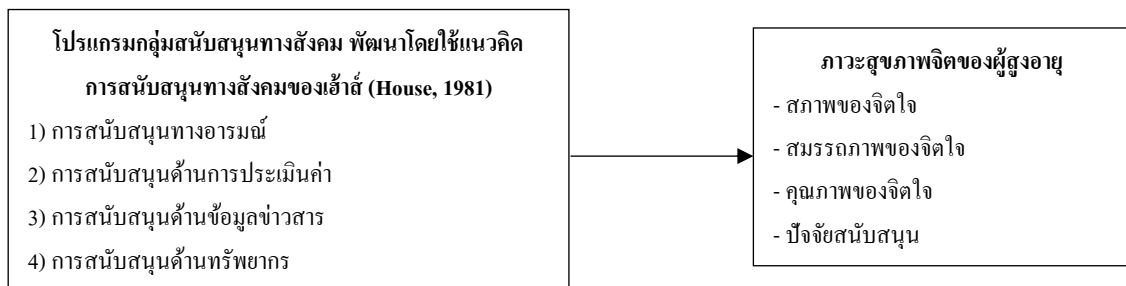
ทางสังคม

2 เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด สนับสนุนทางสังคม (social support group) ของเฮาส์ (House, 1981) เป็นแนวคิดทางด้านจิตสังคม ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม มีการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือกันในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ โดยอาศัยอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (House, 1981; Norbeck, 1985; Thoits, 2011) ภายใต้โครงสร้างการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotion support) เป็นการแสดงออกถึงการดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ตระหนักในคุณค่าของตนเอง เกิดการพัฒนาสุขภาพจิต มีสัมพันธภาพอันดีกับผู้อื่น 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) เป็นการให้ข้อมูล

ย้อนกลับ โดยการให้การยอมรับเพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจในตนเอง มีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป และสามารถเผชิญกับปัญหาหรือภาวะวิกฤตของชีวิตได้ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อนำไปใช้เป็นทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมหรือแก้ไขปัญหา 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการช่วยเหลือทางด้านวัตถุแรงงาน เวลาการจัดสิ่งแวดล้อมหรือบริการต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวก ในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนด้านทรัพยากรในชุมชน รวมทั้งเครือข่ายในสังคม ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมสภาพจิตใจ เกิดจิตใจที่เป็นสุข มีคุณภาพของจิตใจที่ดี ทำให้บุคคลเผชิญปัญหาและความเครียดได้ สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม มีความสามารถในการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น เกิดทักษะและมีสมรรถภาพของจิตใจ จัดการกับปัญหาในชีวิตของตนเองได้ดี มองเห็นปัจจัยสนับสนุน จากคนในครอบครัวและชุมชน เกิดความรู้สึที่มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพจิตที่ดีตามมา ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่เขต อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ให้อยู่ระดับคะแนนที่แสดงถึงการไม่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารหรือการได้ยิน และไม่มีโรคทางจิตเวช ซึ่งเกณฑ์การคัดออกคือไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้น้อยกว่าร้อยละ 80.00

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.4 โดย กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) ที่ระดับร้อยละ 80.00 กำหนดขนาดอิทธิพลของการทดสอบจากการศึกษาของจริญญา โคตรชนะ และเสาวคนธ์ วีระศิริ (2553) ซึ่งมีการศึกษาตัวแปรและประชากรที่ใกล้เคียงกัน ได้ค่าอำนาจอิทธิพลเท่ากับ (Effect size) 0.75 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Attrition rate) ร้อยละ 30.00 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของคณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี (NPBRU07-2561) ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ระยะเวลาขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย รวมไปถึงการขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะสิ้นสุดกิจกรรม โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล ไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการการรักษาพยาบาล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดสนับสนุนทางสังคม

ของเฮาส์ (House, 1981) ด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ ประกอบไปด้วย กิจกรรมที่ 1 “สุขสร้างได้ใจเบิกบาน” เป็นการพบกันครั้งแรกของกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม ดำเนินกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพด้วยกิจกรรม นันทนาการ และกิจกรรมจับคู่บัดดี้ และกิจกรรมที่ 4 “สุขสำราญประสานครอบครัว” เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงกิจกรรมที่ตนเองปฏิบัติเป็นประจำ หรือสามารถปฏิบัติได้แล้วเป็นประโยชน์ ต่อตนเอง ต่อครอบครัว กิจกรรมที่ 2 “สุขสดใสกายเปลี่ยนแปลง” เป็นกิจกรรมการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและการดูแลสุขภาพร่างกายในวัยผู้สูงอายุ ส่วนด้านที่ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ประกอบไปด้วยกิจกรรมที่ 2 “สุขสดใสกายเปลี่ยนแปลง” เป็นกิจกรรมการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและการดูแลสุขภาพร่างกายในวัยผู้สูงอายุ และกิจกรรมที่ 3 “สุขภาพจิตดีชีวิมีความสุข” เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้ประเมินภาวะสุขภาพจิตและสามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาภาวะสุขภาพจิตของตนเองได้ ด้านที่ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบไปด้วย กิจกรรมที่ 5 “สุขสร้างได้ด้วยเกษียณ” เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา พร้อมทั้งวางแผนชีวิตและแนวทางการปฏิบัติเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย และกิจกรรมที่ 6 “สุขสง่าเห็นคุณค่าของสังคม” เป็นการให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือและสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุ และด้านที่ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ประกอบไปด้วย

กิจกรรมที่ 7 “สุขได้ทุกที่มีแรงสนับสนุน” เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุ เรียนรู้เครือข่ายทางสังคมที่สามารถช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่าง ๆ รวมไปถึงการสนับสนุนทางด้านทางอารมณ์ และจิตใจ และกิจกรรมที่ 8 “สุขสร้างสรรค์วันอาลา” เป็นกิจกรรมสุดท้ายที่ให้ผู้สูงอายุทุกคนเขียนหรือบอกเล่าถึงความดีความประทับใจของตนเองที่มีต่อเพื่อนสมาชิกทุกคนในกลุ่มและกล่าวคำสัญญาที่จะเป็นเพื่อนกันตลอดไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ ความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ สมาชิกในครอบครัว จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน

2.2 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต

ของผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ (Thai Geriatric Mental Health Assessment: T-GMHA-56) พัฒนาโดย ปรภาส อุครานันท์ และคณะ (2558) ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 มิติ คือ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ ปัจจัยสนับสนุน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และ มากที่สุด เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้ว คะแนน 182 - 224 หมายถึง มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป คะแนน 160 - 181 หมายถึง มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และคะแนน 159 หรือน้อยกว่า หมายถึง มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

3. เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai - 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) เป็นเครื่องมือสำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยประกอบด้วย 5 ส่วน 11 ข้อคำถาม ทดสอบทั้ง 6 ด้าน คือ การรับรู้วัน/เวลา/สถานที่/บุคคล ความสามารถในการรับข้อมูล สมาธิ/ความสนใจ การคำนวณ ความสามารถในการจำ และการใช้ภาษา มีคะแนน 0 - 30 คะแนน จุดตัดคะแนนที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือจุดตัดคะแนน ≤ 14 สำหรับผู้สูงอายุที่เรียนจบชั้นประถมจุดตัดคะแนน ≥ 17 และสำหรับผู้สูงอายุที่เรียนจบสูงกว่าชั้นประถมจุดตัดคะแนน ≤ 22 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้จุดตัดคะแนนที่ไม่มีการสงสัยภาวะสมองเสื่อม และนำเครื่องมือฉบับเดิมทั้งหมดมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ โดยค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .93 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ) เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ

ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน พบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ มีความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาสำหรับผู้สูงอายุไทย และมีการใช้เวลาตามกำหนด

2. การตรวจสอบความเที่ยง มีการนำเครื่องมือแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ในการวิจัยครั้งนี้ และนำมาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ ขอบจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

2. ระยะดำเนินการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี แล้วจับคู่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ รวมทั้งลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และวัดภาวะสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (T-GMHA-56) ก่อนดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแล และการบริการตามปกติ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น บริการตรวจสุขภาพ การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ เป็นต้น

2.2 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม กลุ่มสนับสนุนทางสังคม ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564 ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 10 ราย ทั้งหมด 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่วงเวลาเช้าของการดำเนินกิจกรรม

3. ระยะสรุปผลการดำเนินกิจกรรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (T-GMHA-56) ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มอีกครั้ง โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมประเมินผล และให้โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม ตามความสนใจ ในกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ในระหว่างการทำกิจกรรมทั้งโครงการไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์ (fisher's exact test)

2. ทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงและเพศชาย ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 69.07 ปี และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 68.83 ปี ด้านสถานภาพสมรส ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน รองลงมาคือ เป็นหม้าย แยกกัน/หย่า และ โสด คิดเป็นร้อยละ 66.67, 23.33, 6.67 และ 3.33 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่จบการศึกษาที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 และ 76.67 ตามลำดับ ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีอาชีพด้านการเกษตรกรรม กลุ่มทดลองร้อยละ 56.67 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 46.67 ด้านความพอเพียงของรายได้ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ที่ไม่พอเพียง รองลงมาคือพอเพียง และเพียงพอและเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 50.00 , 43.33 และ 6.67 ตามลำดับ กลุ่มทดลองไม่มีและมีโรคประจำตัวเท่ากัน กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีโรค

ประจำตัว ร้อยละ 66.67 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 33.33 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์ (fisher's exact test) พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เมื่อพิจารณา

ตามเกณฑ์การประเมินคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระยะก่อนจะมีระดับ ภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และหลังทดลองเพิ่มขึ้นเป็นระดับ ภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากผลคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตทุกด้าน ได้แก่ ด้านสภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจและปัจจัยสนับสนุน หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง

คะแนนภาวะสุขภาพจิต	ก่อนทดลอง (n = 30)		หลังทดลอง (n = 30)		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
สภาพของจิตใจ	46.6	5.0	50.5	3.7	3.9	29	.001*
สมรรถภาพของจิตใจ	40.6	5.1	44.6	4.3	3.7	29	.001*
คุณภาพของจิตใจ	39.3	4.3	45.1	4.7	8.0	29	.001*
ปัจจัยสนับสนุน	40.9	3.3	46.5	4.1	7.2	29	.001*
ภาวะสุขภาพจิตโดยรวม	167.4	14.1	186.7	13.1	7.6	29	.001*

* $p < .05$

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			t	df	p-value
	M	$\bar{D}_1$	SD	M	$\bar{D}_2$	SD			
ก่อนการทดลอง	167.40			166.23					
หลังการทดลอง	186.70	19.3	13.8	168.23	1.8	4.9	6.5	58	.001*

* $p < .05$

3. เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวม พบว่า ผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิต ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 1) แสดงว่าโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม สามารถเพิ่มภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอรพิน พรระโยภณ (2563) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมพบว่าภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของปรีดานันท์ และ ประสิทธิ์เวช (2562) พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับ

โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้โครงสร้างเนื้อหาโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 8 ครั้ง โดยกิจกรรมเป็นการผสมผสานจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ทั้ง 4 ด้าน อันนำไปสู่การพัฒนาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ด้านที่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สุขสร้างได้ใจเบิกบาน เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพด้วยกิจกรรมนันทนาการ และการจับคู่บัดดี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีอารมณ์สนุกสนาน มีมิตรไมตรีที่ดีซึ่งกันและกัน ส่งผลต่อการพัฒนาสภาพจิตใจและการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น สอดคล้องกับ แนวคิดของคอเรย์ (2004) ที่กล่าวว่า จิตวิทยานุคคลมีความเชื่อว่าความสุขและความสำเร็จของมนุษย์เกี่ยวข้องกับการเชื่อมสัมพันธ์ทางสังคมในฐานะที่เป็นมนุษย์สังคม รวมทั้งการรู้จักการให้และการรับ รู้จักเคารพสิทธิของผู้อื่น เป็นทักษะทางสังคมที่จะทำให้บุคคลอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขในสังคม (Corey, 2004 อ้างถึงใน ถักขนิมา สกุลทอง, ภมรพรรณ ยุระยาตร์, และ สุทธิพงศ์ หกสุวรรณ, 2561) ร่วมด้วยกับกิจกรรมที่ 4 กิจกรรมสุขสำราญประสานครอบครัว เป็นกิจกรรมที่ทำให้มีการแลกเปลี่ยนกันระหว่างกลุ่มของผู้สูงอายุถึงกิจกรรมที่ตนเองปฏิบัติเป็นประจำ หรือสามารถปฏิบัติได้แล้วเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ต่อครอบครัว ค้นหาคุณค่าของตนเอง และกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์เพื่อเพิ่มความรู้สึกลึกค่านวของสภาพจิตใจ ถัลยารัตน์ ธีระชนชัยกุล (2563) พบว่า การสนับสนุนด้าน

อารมณ์ด้านการรวมกลุ่มทางสังคมเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีในการทำนายความสุขของผู้สูงอายุ

ด้านที่ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 2 สุขสลายกายเปลี่ยนแปลง เป็นกิจกรรมการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุเรื่องการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย รวมทั้งให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง เกิดความรู้สึกว่าชีวิตของตนเองมีจุดมุ่งหมาย มีคุณค่า มีการยอมรับในตนเอง ส่งผลให้มีสภาพจิตใจและภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมารูรี อุไรรัตน์ และ มาลี สบายยิ่ง (2560) พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจะประกอบด้วยการมองตนเองในปัจจุบัน และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และกิจกรรมที่ 3 กิจกรรมสุขภาพจิตดีชีวิมีความสุข เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้ฝึกการจัดการกับปัญหาภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของตนเอง รวมทั้งมีการฝึกการผ่อนคลาย การหายใจและการทำสมาธิ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสติ มีการดำเนินชีวิตแบบความสุข มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาสุพัตรา จันทร์สุวรรณ, สุนทรี ชะชาดัย, ปวีดา โพธิ์ทอง, และ เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์ (2564) พบว่า ผู้สูงอายุให้ความหมายของสุขภาพจิตที่ดีว่าประกอบไปด้วย การมองโลกในแง่ดี การปล่อยวาง การผ่อนคลาย และการมีความภาคภูมิใจในตนเอง

ด้านที่ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 5 สุขสร้างได้ด้วยเกษียณ เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่

ผ่านมาที่ประสบความสำเร็จตามที่วางแผนชีวิตไว้ รวมทั้งประสบการณ์ที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย พร้อมทั้งแนวทางการปฏิบัติเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกล้นหลาม มีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (พิกุล ทับวิธร, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และ ทิพย์ชมพร เกษโกมล, 2563) และกิจกรรมที่ 6 สุขสง่าเห็นคุณค่าของสังคม เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงแหล่งข้อมูลและทรัพยากรในชุมชนที่เป็นเครือข่าย สามารถให้การช่วยเหลือและสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุได้ ทำให้สามารถปฏิบัติและพัฒนาสุขภาพให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดี อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา แก่นงูเหลือม (2563) พบว่า การได้รับการความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และวัสดุสิ่งของ ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่า มีแหล่งสนับสนุนหรือบุคคลคอยช่วยเหลือ และมีความรู้สึกมั่นคงในการดำเนินชีวิต

ด้านที่ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 7 สุขได้ทุกที่มีแรงสนับสนุน เป็นกิจกรรมการพบปะเครือข่ายทางสังคมโดยเชิญผู้นำและเครือข่ายทางสังคมที่สามารถช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่าง ๆ มาเพื่อพบปะพูดคุย ให้ข้อมูลในการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ทั้งข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านทางอารมณ์และจิตใจ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ

และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, และ เสาวลักษณ์ คงสนิท (2562) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้ และกิจกรรมที่ 8 สุขสร้างสรรค์วันอาลา เป็นกิจกรรมสุดท้ายที่ให้ผู้สูงอายุทุกคนได้แสดงความรู้สึก ความประทับใจของตนเองที่มีต่อเพื่อนสมาชิกทุกคน รวมถึงการกล่าวคำมั่นสัญญาที่จะเป็นเพื่อนกัน ซึ่งเป็นการพัฒนาปัจจัยสนับสนุนของภาวะสุขภาพจิตทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และ นิพพาภัทร สันททรัพย์, 2564)

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม พบว่า สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นผลสรุปได้ว่า จากผลการวิจัยดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ในการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ด้าน จากการได้รับแรงสนับสนุนจากด้านทั้ง 4 ด้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น ประเมินและส่งเสริมสมรรถนะจิตใจได้ด้วยตนเอง รับรู้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ยอมรับการเปลี่ยนแปลง และคงไว้ในพฤติกรรมสุขภาพอย่าง

ยั่งยืน เกิดผลกระทบในเชิงบวกต่อความภาวะสุขภาพจิต และมีความพึงพอใจในชีวิตตามมา (จามจุรี แซ่หลู่, ชมลวรรณ แก้วกระจก, และ ดาไลมา ลำแดงสาร, 2564)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะยาว เพื่อประเมินผลการคงอยู่ของภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2. โปรแกรมกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมสามารถนำไปใช้เป็นแนวทาง สำหรับการสร้างเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในแหล่งชุมชนอื่น ๆ ในการศึกษาครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถิติผู้สูงอายุฆ่าตัวตาย. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม พ.ศ.2565, จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=276232>.
- กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, และ เสาวลักษณ์ คงสนิท. (2562). ปัจจัยทำนายความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 27(2), 65-79.
- กัลยารัตน์ ชีระชนชัยกุล. (2563). อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และสมุทรปราการ. *ชลบุรี: คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา*.
- กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, และ นิพพาภัทร สันททรัพย์. (2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสังคมไทยอีสาน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 18 (1), 26-40.

จามจุรี แห่หลู่, ทมลวรรณ แก้วกระจก, และ คาลิมา สำแดงสาร. (2564). อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมืองสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(2), 39-52.

จริญญา โคตรชนะ, และ เสาวลนต์ วีระศิริ. (2553). ผลของการให้กลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่อศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนและความเครียดของย่า ยาย ในอำเภอกูกระดัง จังหวัดเลย. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 33(2), 42-52.

ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วาริ กังใจ, และ สิริลักษณ์ โสมมานุสรณ์. (2559). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(2), 97-106.

ประภาส อุครานันท์, อภิษฐ์ มงคล, วัชนี หัตถพนม, ศิระ กิตติวัฒนโชติ, สุวดี ศรีวิเศษ, ไพรวลัย รมชัย, และคณะ. (2558). การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(1), 35-48.

ปริदानันต์ ประสิทธิ์เวช และรัชนิกร อุปเสน. (2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลสาร*, 46(1), 60-82.

พรพิมล เพ็ชรบุรี, ชมชื่น สมประเสริฐ, และ ประนอม โอทกานนท์. (2560). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 188-196.

พิกุล ทับวิธร, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และ ทิพย์ฉมพร เกษโกมล. (2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*, 13(2), 590-602.

มะลิ โพธิพิมพ์, สุชาติ บุญยภากร, จิรภา บุญยภากร, วลัยรัชชา เขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว, วารรัตน์ สังวะลี, และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล*, 34 (2), 30-43.

มาสุรี อุไรรัตน์, และ มาลี สบายยิ่ง. (2560). การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษามูลนิธิสงเคราะห์คนชราอนาถา แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. *วารสารกึ่งวิชาการ*, 38(1), 29-44.

ยุพา ทองสุข, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(1), 95-110.

ลักษณะ สกฤตทอง, ภูมิพรพรณ์ ยุทธยาตร์, และ สุทธิพงศ์ หกสุวรรณ. (2561). การพัฒนาโมเดลการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความผาสุกทางจิตใจของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย. *วารสารราชพฤกษ์*, 16(1), 75-87.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.

สุกัญญา แก่นงูเหลือม. (2563). อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุนิสา คำขึ้น, หฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, และ ประทีปพิทยาเสนาะ เอลเทอร์. (2563). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 150-163.

สุพัตรา จันทรสุวรรณ, สุนทรี ชะชาตย์, ปวีดา โพธิ์ทอง, และ เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์. (2564). สุขภาพจิต: มุมมองผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลโพธิ์พระยา จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(2), 149-162.

ส่วนบริหารและพัฒนาเทคโนโลยีการทะเบียน กรมการปกครอง. (2565). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม พ.ศ. 2565, จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *สถิติประชากรศาสตร์ประชากรและเคหะ*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม พ.ศ. 2565, จาก <http://nkrat.nso.go.th/index>.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2565). *รายงานการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ. การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประจำปี 2565 จังหวัดเพชรบุรี, เพชรบุรี*.

- ฤดีมาศ พุทธิมาศย์, ไรจัน จินตนาวัฒน์, และ ลินจง โพธิบาล. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(1), 61-74.
- อรพิน พรระโยภณ. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2565, จาก <http://www.oic.go.th>
- อรุโณทัย ปาทาน, และ สิริมา มงคลสัมฤทธิ์. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองปทุมธานี. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 12(2), 215-232.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley.
- McClain, J., Gullatt, K., & Lee, C. (2018). *Resilience and Protective Factors in Older Adult*. (Graduate Master's Theses, Capstones, and Culminating Projects). Dominican university.
- Norbeck, J. S. (1985). Types and sources of social support for managing job stress in critical care nursing. *Nursing Research*, 34(4), 225-230.
- Thoits, A. P. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(1), 145-161.
- United Nations. (2018). *Population Division*. Retrieved January 25, 2022, from <https://www.un.org/development/desa/pd/>
- Wells, M. (2010). Resilience in older adults living in rural, Suburban and urban areas. *Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(2), 45-54.
- WHO. (2021). *Mental health of older adults*. Retrieved January 25, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

EFFECTS OF USING MULTISENSORY POSITIVE MEMORY STIMULATION METHOD ON DEPRESSION IN PEOPLE WITH MILD DEPRESSION

Supranee Phimtra, Ph.D. candidate*, Peera Wongupparaj, Ph.D. **, Kanok Pantong, Ph.D. ***

Abstract

Objective: To compare multiple positive memory stimulation therapy (M-PMS) and psychoeducation in people with mild depression.

Methods: This study was a quasi-experiment and a pretest-posttest control group design. The participants were sixty people with mild depression, which were assessed by the 9Q questionnaire (i.e., scores of 7-12). This research was conducted in Ubon Ratchathani province. Participants were recruited by using a random sampling and divided into two groups, each group consisted of 30 people. The intervention group received the M-PMS and the control group received a psychoeducation. Three people were terminated from this study, one person from the M-PMS group and two people from the control group because they were infected with COVID-19 and admitted to the hospital. The measuring instruments were the Beck Depression Inventory-II and activities of Depression Task (DT). Data were analyzed using chi-square and t-test.

Results: The M-PMS is individual therapy at home and follow were conducted and delivered by an internet-based platform. It's been practiced with papers and computers. The results showed that after trial, the depression scores in the M-PMS group was significantly lower than the control group ($t = -2.76, p < .01$). The Comparison before and after trials found that both groups a significant reduction in depression scores (M-PMS: $t = 8.09, p < .01$; Psychoeducation: $t = -2.05, p < .01$). The M-PMS group had significantly higher of DT response accuracy score than the control group ($t = 3.38, p < .10$). The comparison before and after trials found that the M-PMS group significantly gained a higher score for response accuracy after trial in relative to before trial ($t = -5.43, p < .01$). The control group showed no different scores between before and after the intervention ($t = -2.05, p > .01$).

Conclusion: The M-PMS therapy can be regarded as another promising way to treat people with mild depression. It's also able to increase positive WM processing and reduce negative WM processing.

Keywords: multisensory positive memory stimulation, depression, mild depressive symptoms

*Student, Doctor of Philosophy, College of Research methodology and Cognitive Science, Burapha University

**Corresponding author: Lecturer, College of Research methodology and Cognitive Science, Burapha University, e-mail: peera.wo@go.buu.ac.th

***Assistant Professor, College of Research methodology and Cognitive Science, Burapha University

Received: 2 October 2022, Revised: 14 December 2022, Accepted: 21 December 2022

การเปรียบเทียบผลของวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุกับ การให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

สุปราณี พิมพ์ตรา, Ph.D. candidate*, พีร วงศ์อุปราช, ปร.ด. **, กนก พานทอง, ปร.ด. ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบผลของการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุ (M-PMS) กับการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลก่อนกับหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยจากการประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (7 - 12 คะแนน) ดำเนินการวิจัยในจังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยการสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับ M-PMS และกลุ่มควบคุมได้รับสุขภาพจิตศึกษา มี 3 คน ที่ต้องยุติการทดลอง จากกลุ่ม M-PMS 1 คน และกลุ่มควบคุม 2 คน เนื่องจากคิดโรคจิตต้องรักษาในโรงพยาบาล เครื่องมือวัดผลคือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck depression inventory II; BDI-II) และกิจกรรมทดสอบภาวะซึมเศร้า (Depression Task ; DT) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา : การบำบัด M-PMS เป็นการบำบัดรายบุคคลที่บ้าน และติดตามโดยใช้แพลตฟอร์มทางอินเทอร์เน็ต โดยการศึกษาปฏิบัติทางกระดาษและคอมพิวเตอร์ช่วยฝึก ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม M-PMS น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.76, p < .01$) การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าทั้งสองกลุ่มในระยะก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าทั้งสองกลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (M-PMS: $t = 8.09, p < .01$; Psychoeducation: $t = -2.05, p < .01$) กลุ่ม M-PMS มีคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองด้วย DT สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.38, p < .01$) เมื่อเปรียบเทียบระยะก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่ม M-PMS มีคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.43, p < .01$) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนความถูกต้องหลังการทดลองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง ($t = -2.05, p > .01$)

สรุป : การบำบัดด้วย M-PMS เป็นอีกวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และกระตุ้นการทำงานของ Working Memory (WM) นอกจากนี้ยังสามารถเพิ่มการประมวลผลของ WM ในทางบวกและลดการประมวลผลในทางลบ

คำสำคัญ : วิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุ, ภาวะซึมเศร้า, อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

*นักศึกษาลัทธิศรัทธาคุณวุฒิบัณฑิต วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา, e-mail: peera.wo@go.buu.ac.th

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่รับ: 2 ตุลาคม 2565, วันที่แก้ไข: 14 ธันวาคม 2565, วันที่ตอบรับ: 21 ธันวาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้กับทุกคน ลักษณะอาการที่พบส่วนใหญ่คือ อารมณ์เศร้ามากเกินไปและนานเกินควร ซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และมักจะมีความรู้สึกที่ยากลำบากในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หากอารมณ์ซึมเศร้าคงมีอยู่ต่อเนื่องติดต่อกันนานถึง 2 สัปดาห์ โดยไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม มีแนวโน้มจะนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า (Barry, 2002) ปี พ.ศ. 2564 พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึง 1.20 ล้านคน (ระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) อาการซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ครอบครัว และสังคม นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายค่อนข้างสูง ทำให้ผู้ที่อาการซึมเศร้าในระดับมากมีโอกาที่จะทำร้ายตัวเองได้สูง (Symonds & Anderson, 2016) สาเหตุเกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น พันธุกรรม สารเคมีในสมอง เป็นต้น ปัจจัยทางครอบครัว สังคมและวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น โดยเฉพาะปัจจัยทางชีวภาพที่เกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ มีแนวโน้มที่จะถูกกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางลบได้ง่าย ทำให้เกิดความเอนเอียงทางปัญญา (Cognitive bias) นั่นคือสมองมีการทำงานบิดเบือนไปจากความจริงหรือไม่สมเหตุผล ที่พบได้บ่อย คือ ความเอนเอียงทางการใส่ใจ (Attention bias) และความเอนเอียงทางความจำ (Memory bias) โดยเฉพาะความจำขณะปฏิบัติการ (Working memory) มักจะใช้ข้อมูล

ทางลบมาตีความ (Mennen, Norman, & Turk-browne, 2019)

ความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ได้รับอิทธิพลจากการทำงานของสมอง โดยเฉพาะการประมวลผลข้อมูลความจำที่ดึงเอาข้อมูลทางลบมาใช้อ้างอิง ทำให้ตีความต่อสถานการณ์ไปทางลบ นำไปสู่อาการซึมเศร้า (Weeland, Nijhof, Otten, Vermaes, & Buitelaar, 2017) ความเอนเอียงทางความจำคือการบิดเบือนเนื้อหาความจำไปทางลบขณะเรียกคืนข้อมูลความจำ ทำให้การประมวลผลและตีความทางลบไว จนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (LeMoult & Gotlib, 2018) สะท้อนถึงความบกพร่องทางปัญญา เช่น การใส่ใจ ความจำ การประมวลผลข้อมูล เป็นต้น และเป็นการทำงานของจิตใต้สำนึกก่อนจะแสดงออกทางพฤติกรรม การศึกษาของ Dillon & Pizzagalli (2018) พบว่า ความจำขณะปฏิบัติการตั้งแต่การรับสัมผัส (Sensory memory) การเข้ารหัสข้อมูล (Encoding) และการเรียกคืนข้อมูล (Retrieval) ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร่าคล้อยตามข้อมูลทางลบก่อให้เกิดความคิดลบ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงระยะเริ่มต้นของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ Baddeley, Banse, Huang, & Page (2012) ในการตรวจจับความชอบ (Hedonic detection) ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเอนเอียงไปทางลบ จากหลักฐานคลื่นไฟฟ้าสมองขณะทำการทดสอบยับยั้งข้อมูลทางลบชี้ว่าตำแหน่ง Central-parietal และ Lateral มีการทำงานมากกว่าคนปกติ และผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Iacoviello & Charney (2015)

ในผู้ที่มีการซึมเศร้า พบว่า คะแนนความถูกต้อง และเวลาในการตอบสนองประเมินด้วย n-back task มีคะแนนความถูกต้องน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และเวลาตอบสนองนานกว่ากลุ่มควบคุม แสดงถึงความจำขณะปฏิบัติการมีความไวต่อการนำข้อมูลทางลบมาประมวลผล ศูนย์กลางของการบริหารจัดการข้อมูลเกิดความเอนเอียงไปทางลบ และเวลาในการตอบสนองที่นาน สะท้อนถึงมีการคิดและตัดสินใจช้า (Nikolin et al., 2021)

ความเอนเอียงทางความจำทำให้เกิดความคิดลบ เป็นปัจจัยเสี่ยงระยะเริ่มแรกของภาวะซึมเศร้าที่รักษาให้หายด้วยยาได้ยาก การบำบัดทางจิตวิทยาช่วยลดความคิดทางลบลงได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยที่ยังไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ในประเทศไทยพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 42.17 (ระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และได้รับการดูแลเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษา ตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้ากรมสุขภาพจิต แต่ยังไม่พบข้อมูลว่าลดภาวะซึมเศร้าได้มากน้อยเพียงใด วิธีบำบัดส่วนใหญ่เน้นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า เช่น การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห (Problem Solving Therapy; PST) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT) เป็นต้น วิธีดังกล่าวยังมีข้อจำกัดคือต้องบำบัดที่โรงพยาบาล ห่วงเวลาบำบัดไม่เอื้อต่อผู้รับการบำบัดและมีปัญหามาดำเนินการไม่ครบตามโปรแกรม

ผู้วิจัยได้พัฒนาวิธีการบำบัดด้วยการ

กระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุขึ้นมา ช่วยกระตุ้นความจำขณะปฏิบัติการด้วยสิ่งเร้าทางบวกผ่านการมองเห็นและได้ยิน เพื่อให้ประมวลผลข้อมูลทางบวกมีความไวขึ้น และเพิ่มการตีความทางบวก ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Barutchu, Sahu, Humphreys, & Spence, 2019) ตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก และผสมผสานการเรียนรู้แบบบูรณาการพหุประสาทสัมผัส สำหรับประเทศไทยมีงานวิจัยที่นำแนวคิดจิตวิทยาทางบวกมาพัฒนาโปรแกรมฝึกพูดทางบวกกับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง พบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ในระยะหลังการทดลองและติดตาม 1 เดือน (ปวิมล หายสนันท์, ดารารรรณ ต๊ะปินตา, และ วรณช กิตสัมบันท์, 2563) วิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยเนื่องจากสิ่งเร้าที่นำมาใช้ได้พัฒนามาจากกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น เพราะเป็นวัยที่ควรส่งเสริมลดความขัดแย้งในใจกับบทบาทต่าง ๆ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI-II และคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression task (DT) ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยหลังได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุ (M-PMS) กับการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI-II และคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression

task (DT) ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ก่อนและหลังได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วย สิ่งเร้าพหุ(M-PMS)

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า จากแบบประเมิน BDI-II และคะแนนความถูกต้อง ในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression task (DT) ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่อารมณ์ความรู้สึกไม่คงที่ ส่งผลต่อความคิดและพฤติกรรม เนื่องจากศูนย์กลางของการบริหารจัดการข้อมูลในความจำขณะปฏิบัติการ มีความเอนเอียงในการใช้ข้อมูลเชิงลบมาประมวลผลและตีความ ทำให้เกิดความคิดและความรู้สึกทางลบ สัมพันธ์กับการตรวจจับความชอบทางลบ ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และการคงอยู่ของอาการซึมเศร้า (Baddeley, 2013)

วิธีกระตุ้นการประมวลผลข้อมูลทางบวกช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ตามแนวคิดทางบวกของ Seligman เชื่อว่าการกระตุ้นทางบวกช่วยเปลี่ยนอารมณ์ทางลบได้ (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) ผ่านการบูรณาการระบบประสาทสัมผัสโดยการฝึกซ้ำ ๆ (Antoine, Dauvier, Andreotti, & Congard, 2018) กรอบแนวคิดการวิจัยได้ใช้ 3 แนวคิด ดังนี้ 1) ความจำขณะปฏิบัติการ ส่วนศูนย์กลางของการบริหารจัดการข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ข้อมูลความจำมาประมวลผล ตั้งแต่การเข้ารหัสและการเรียกคืน 2) จิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman โดยใช้หลักการทางบวกมาเป็นตัวกระตุ้น 3) Multisensory integration เป็นวิธีการเรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสการมองเห็นและการได้ยินพร้อมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการประมวลผลข้อมูลทางบวกได้เร็ว เป็นรูปแบบบำบัดที่บ้านและติดตามบนแพลตฟอร์มทางอินเทอร์เน็ต ดังแสดงตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยที่ได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู มีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI-II น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ภายหลังการทดลอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยที่ได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู มีคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression task (DT) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ภายหลังการทดลอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยที่ได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู มีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI-II น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ภายหลังการทดลอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยที่ได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู มีคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression task (DT) มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ภายหลังการทดลอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา มีคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI-II มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ภายหลังการทดลอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา มีคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression task (DT) น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาผลของวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหูต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย โดยใช้แผนการวิจัยแบบ Between-subject approach ศึกษา กลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุมและวัดผลก่อนกับหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรจัดกระทำคือ วิธีการลดอาการซึมเศร้า มี 2 วิธี คือ วิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู (วิธีที่พัฒนา) และการให้สุขภาพจิตศึกษา (วิธีปกติ) ตัวแปรตามคือ ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการประเมิน BDI-II และระดับคะแนนความถูกต้องจากการทำ DT เก็บข้อมูลวิจัยตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม 2565 โดยเปิดรับคนทั่วไปในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นคนไทย อายุระหว่าง 20 - 35 ปี คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยที่มีคะแนนจากแบบประเมิน 9Q เท่ากับ 7 - 12 คะแนน 2) สัญชาติไทย 3) อายุระหว่าง 20-35 ปี 4) อ่านออก เขียนได้ สื่อสารภาษาไทยได้ 5) ถนัดมือขวา 6) ไม่มีความผิดปกติทางการได้ยินและการมองเห็น 7) ไม่มีประวัติป่วยด้วยโรคทางจิตเวชรุนแรง 8) ไม่มีประวัติได้รับการผ่าตัดหรือบาดเจ็บที่ศีรษะ 9) มีคอมพิวเตอร์หรือแล็ปท็อปเพื่อใช้ในการฝึกปฏิบัติ และเรียนรู้ผ่านทางออนไลน์ 10) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ 1) ไม่สามารถเข้า

ร่วมการวิจัยได้ต่อเนื่องครบทุกขั้นตอน 2) เจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ด้วยขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 โดยใช้สถิติ t-test ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน เนื่องจากมีการระบาดของโควิด-19 และเป็นพื้นที่ที่ต้องเฝ้าระวังอย่างเข้มงวด จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 60 คน นำรหัสรายชื่อกลุ่มตัวอย่างมาสุ่มเข้ากลุ่ม ได้กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย สัญชาติ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ที่พัฒนาโดย ธรินทร์ กองสุข และคณะ (2561) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 ค่าความไวเท่ากับ 75.68 ค่าความจำเพาะเท่ากับ 93.37 ค่า LR+ เท่ากับ 11.41 เท่า ประสิทธิภาพจำตัวหรือการขาดเจ็บทางศีรษะรุนแรงหรือผ่าตัดที่ศีรษะ ประสิทธิภาพได้ รับยากันชัก

1.2 แบบประเมินการได้ยินด้วย ส้อมเสียง (Tuning fork) ประเมินโดยวางส้อมเสียงที่เคาะแล้วซึ่งมีความถี่ประมาณ 256 เฮิร์ต (Hz) ไว้แนวกลางศีรษะ ปกติจะได้ยินเสียงจากส้อมเสียงดังพอ ๆ กันทั้งสองข้าง เมื่อนำไปทดสอบกับผู้ที่มิลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.78

1.3 แบบประเมินสายตาระยะใกล้

ใช้วัดทีละข้าง โดยอ่านได้ตั้งแต่แถวบนสุดถึงแถวล่าง เมื่อนำไปทดสอบกับผู้ที่มิลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.84

1.4 แบบวัดความถนัดการใช้มือพัฒนาโดย Oldfield (1971) เกณฑ์การพิจารณาว่าถนัดมือขวา มีคะแนนระหว่าง 80 - 100 เมื่อนำไปทดสอบกับผู้ที่มิลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.86

เนื่องจากวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู มีส่วนที่ต้องใช้คอมพิวเตอร์ช่วยฝึกทั้งการมองเห็นและการได้ยิน จึงจำเป็นต้องใช้เครื่องมือคัดกรองตามข้อ 1.2 - 1.4

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มี 2 วิธี คือ

2.1. วิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหูสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นการบำบัดรายบุคคลที่บ้านและติดตามทางออนไลน์ ก่อนบำบัดได้รับการฝึกซ้อมกับผู้วิจัยเพื่อซักซ้อมความเข้าใจในการฝึก ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การฝึกปฏิบัติทางกระดาษ มี 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) สิ่งดี ๆ ในชีวิต 2) การแสดงความขอบคุณ 3) การให้อภัย 4) ความเข้มแข็งในตัวเอง 5) การเสริมสร้างสติ และการฝึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยฝึก ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การจดจำและเรียกคืนความจำเชิงบวก 2) การจับคู่สิ่งเร้าพหูเชิงบวก 3) การฝึกตีความในเชิงบวกให้ทำกิจกรรมตามตารางเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 2 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน นักจิตวิทยาคลินิก 1 คน และ

อาจารย์คอมพิวเตอร์ 1 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.94 อยู่ในระดับที่มีคุณภาพ และได้นำไปทดลองบ้ำบัดกับผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่าคะแนนซึมเศร้าหลังการบำบัดน้อยกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($z = -4.81, p < .01$; Negative mean rank = 15.50)

2.2 วิธีการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยเนื้อหาใน 5 ประเด็น ดังนี้ 1) ความเข้าใจโรคซึมเศร้า 2) การสังเกตอาการเตือนและการปฏิบัติตัว 3) เสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา 4) เสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด และ 5) แหล่งการสนับสนุนให้การช่วยเหลือ ผู้บำบัดเป็นพยาบาลจิตเวชประจำศูนย์ร่วมโพธิ์ใจ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และได้ผ่านการอบรมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต เป็นการบำบัดรายบุคคลเน้นการสอนให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง ใช้การสื่อสารและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นักบำบัดที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

3.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (BDI-II) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย ศราวุธ ราชภณ, สุชาดา กรเพชรปานิ, และ พีร วงศ์อุปราข (2561) มีคำถาม 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 63 คะแนน โดยแบ่งระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าเป็น 4 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อยที่สุด (0 -

13 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (14 - 19 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (20 - 28 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (29 - 63 คะแนน) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

3.2 กิจกรรมทดสอบภาวะซึมเศร้า (Depression task; DT) แบบบูรณาการประสาทสัมผัส ผู้วิจัยได้ พัฒนาขึ้นมาในปี 2564 เป็นกิจกรรมทดสอบทางคอมพิวเตอร์สร้างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางปัญญา เพื่อประเมินความเอนเอียงทางความจำในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่กระตุ้น วัดคะแนนความถูกต้องในการตอบ สมองจากการทำ DT มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 100 คะแนน ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 และมีความสัมพันธ์กับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-II ระดับปานกลาง ($r = -.51, -.49$)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัยกับอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย ให้ทราบรายละเอียดของการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ถึงความสมัครใจ การปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับผู้เข้าร่วมการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่ระบุตัวตน แต่ใช้รหัสแทน ระหว่างที่ฝึกทำกิจกรรมที่บ้านแล้วเกิดความคับข้องใจ สามารถทักแชตหรือโทรศัพท์มาขอคำปรึกษากับผู้วิจัย เพื่อให้การช่วยเหลือ การวิจัยนี้มีค่าชดเชยเวลาให้กับอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย นำเสนอข้อมูลผลการวิจัยในภาพรวม เพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ IRB3-

003/2564 เนื่องจากการระบาดของโควิด-19 ทำให้การเก็บข้อมูลไม่เป็นตามแผน จึงได้ยื่นขอแก้ไขและขยายระยะเวลาการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตามหนังสือเลขที่ อว 8100/11783

การดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มที่ได้รับวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู เป็นการบำบัดรายบุคคล แบ่งการฝึกออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นฝึกปฏิบัติทางกระดาน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม และส่วนที่ 2 การฝึกใช้คอมพิวเตอร์ช่วยฝึก ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 1 เป็นการฝึกปฏิบัติที่บ้าน และติดตามทางออนไลน์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยนักกลุ่มตัวอย่างมาพบกับผู้วิจัยทาง Onsite เพื่อวัดผลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบประเมิน BDI-II และกิจกรรมทดสอบ DT นับมาครั้งละ 5 - 6 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกิจกรรมทดสอบ DT

และพยาบาลจิตเวชที่เป็นผู้ช่วยนักวิจัยเก็บข้อมูลแบบประเมิน BDI-II โดยปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการระบาดของโควิด-19 ของโรงพยาบาล ได้แก่ การสแกนอุณหภูมิก่อนเข้าอาคาร การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง การใช้ระบบการนัดเป็นช่วงเวลาที่ห้องบำบัดโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้วิจัยดำเนินการฝึกซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการฝึกกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู ภายหลังสิ้นเสร็จจากการวัดผลก่อนการทดลอง

2. กลุ่มที่ได้รับวิธีการให้สุขภาพจิตศึกษาบำบัดแบบรายบุคคล โดยพยาบาลจิตเวชประจำศูนย์ร่มโพธิ์ใจ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่ผ่านการอบรมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 5 เรื่อง ดังนี้ 1) ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า 2) สังเกตอาการเตือนและวิธีปฏิบัติตัว 3) เสริมสร้างทักษะ

ตารางที่ 1 ตารางการฝึกวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู

กิจกรรม	ระยะเวลาการฝึก
ส่วนที่ 1 ฝึกปฏิบัติทางกระดาน	
1.1 สิ่งดี ๆ ในชีวิต	- ฝึกและบันทึกความรู้สึก เป็นเวลา 2 สัปดาห์
1.2 การแสดงความขอบคุณ	- ฝึกและบันทึกความรู้สึก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์
1.3 การให้อภัย	- ฝึกและบันทึกความรู้สึก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์
1.4 ความเข้มแข็งในตนเอง	- ฝึกและบันทึกความรู้สึก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์
1.5 การเสริมสร้างสติ	- ฝึกและบันทึกความรู้สึกทุกวัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์
ส่วนที่ 2 การใช้คอมพิวเตอร์ช่วยฝึก	
2.1 การจดจำและเรียกคืนความจำเชิงบวก	- ฝึกสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ทุกวันอังคารและพฤหัสบดี
2.2 การจับคู่สิ่งเร้าพหูเชิงบวก	เป็นเวลา 4 สัปดาห์
2.3 การฝึกตีความในเชิงบวก	

การแก้ปัญหา 4) เสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด และ 5) แหล่งการสนับสนุนให้การช่วยเหลือเน้นการสอนให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องโดยใช้เทคนิคย่อยของกระบวนการให้การปรึกษาและฝึกทักษะการแก้ปัญหาและการผ่อนคลาย โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ใช้ระบบการนัดพบผู้บำบัดที่ห้องบำบัดศูนย์ร่มโพธิ์ใจ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 40 - 50 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ก่อนและหลังการบำบัดได้นัดมาพบผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อวัดผลด้วยแบบประเมิน BDI-II และกิจกรรมทดสอบ DT ครั้งละ 5 - 6 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square เพื่อทดสอบความเท่ากันของกลุ่มตัวอย่าง การเปรียบเทียบผลการบำบัดภายในกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Dependent-sample t-test และระหว่างกลุ่มวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent-sample t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยจับสลากแบบไม่แทนที่ได้กลุ่มละ 30 คน ระหว่างการทดลองมีผู้ที่ต้องออกจากกรวิจัย จำนวน 3 คน เนื่องจากติดโควิด-19 ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล อยู่ในกลุ่มทดลอง 1 คน กลุ่มควบคุม 2 คน กลุ่มตัวอย่างที่อยู่จนครบการทดลองจำนวน 57 คน อายุเฉลี่ย 24 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.44 ระดับ

การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 71.93 รองลงมาคือ ปริญญาตรี ร้อยละ 15.79 และปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 10.53 อาชีพนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 73.68 รองลงมาคือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 12.28 และอื่น ๆ คือ ทำงานออนไลน์ ร้อยละ 7.02 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.49 ไม่มีโรคประจำตัว ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีประวัติรับประทานยาเกินขนาด เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

2. เปรียบเทียบผลการบำบัดต่อภาวะซึมเศร้า

2.1 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI-II ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยหลังได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู (M-PMS) กับการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)

ผลการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov ได้ค่า p เท่ากับ 0.16 ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ ($p > .05$) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติทดสอบที่

จากตารางที่ 3 พบว่าหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู มีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.76, p = .01$) มีค่าความแตกต่างกันเท่ากับ -5.16 (95%CI : -8.90 ถึง -1.41)

2.2 เปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression task (DT) ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 57)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 29)		กลุ่มควบคุม (n = 28)		χ^2	p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เพศ					.01	.94
ชาย	7	24.14	7	25.00		
หญิง	22	75.86	21	75.00		
เพศ					5.85	.12
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	3.45	0	0.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	58.62	24	85.71		
ปวส./อนุปริญญา	5	17.24	1	3.57		
ปริญญาตรี	6	20.69	3	10.72		
ประกอบอาชีพ					14.99	.50
เกษตรกร	0	0.00	0	0.00		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	6	20.69	1	3.57		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	3.45	0	0.00		
รับจ้าง	2	6.90	0	0.00		
นักเรียน/นักศึกษา	15	51.72	27	96.43		
ว่างงาน	1	3.45	0	0.00		
อื่น ๆ ทำงานออนไลน์	4	13.79	0	0.00		
โรคประจำตัว					1	2.00
ไม่มี	27	93.10	28	100.00		.16
มี (อื่น ๆ ภูมิแพ้)	2	6.90	0	0.00		
มีประวัติรับประทานยาเกินขนาด					.00	1.00
มี	0	0.00	0	0.00		
ไม่มี	29	100.00	28	100.00		
อายุเฉลี่ย (ปี)	M = 24.03, SD = 4.17		M = 24.03, SD = 4.17			

* $p < .05$

หลังได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู
(M-PMS) กับการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)
จากตารางที่ 4 กลุ่มที่ได้รับวิธีการกระตุ้น

ความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู มีคะแนนความ
ถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย DT
มากกว่ากลุ่มที่ให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI-II ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะซึมเศร้า	n	M	SD	t	p	Mean	95% CI	
						Difference	Lower	Upper
กลุ่มทดลอง	29	11.34	7.72	-2.76	.01*	-5.16	-8.90	-1.41
กลุ่มควบคุม	28	16.50	6.30					

* $p < .05$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression task (DT) ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะซึมเศร้า	n	M	SD	t	p	Mean	95% CI	
						Difference	Lower	Upper
กลุ่มทดลอง	29	67.69	13.77	3.38	.01*	10.62	4.32	16.93
กลุ่มควบคุม	28	57.06	9.51					

* $p < .05$

ทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.38, p = .01$) มีค่าความแตกต่างกันเท่ากับ 10.62 (95%CI: 4.32 ถึง 16.93)

2.3 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย จากแบบประเมิน BDI-II ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู (M-PMS) และกลุ่มที่ให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มที่ได้รับวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู มีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 8.09, p = .00$) และกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา มีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองน้อยกว่า

ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -2.05, p = .00$) แสดงว่าทั้ง 2 วิธีช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ แต่วิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา

2.4 เปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย Depression task (DT) ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหู (M-PMS) และกลุ่มที่ให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)

จากตารางที่ 6 กลุ่มที่ได้รับวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุมีคะแนนความถูกต้อง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า (BDI-II) ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะซึมเศร้า	n	M	SD	t	p	Mean	95% CI	
						Difference	Lower	Upper
กลุ่มทดลอง	29			8.09	.00*	13.03	9.73	16.34
ก่อนการทดลอง		24.38	10.10					
หลังการทดลอง		11.34	7.72					
กลุ่มควบคุม	28			-2.05	.00*	3.04	1.93	4.14
ก่อนการทดลอง		19.54	5.91					
หลังการทดลอง		16.50	6.30					

* $p < .01$

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองจากการประเมินด้วย DT ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะซึมเศร้า	n	M	SD	t	p	Mean	95% CI	
						Difference	Lower	Upper
กลุ่มทดลอง	29			-5.43	.00*	14.40	-19.83	-8.97
ก่อนการทดลอง		53.29	7.57					
หลังการทดลอง		67.69	13.77					
กลุ่มควบคุม	28			-2.05	.05	-2.85	-5.70	.00
ก่อนการทดลอง		54.21	9.66					
หลังการทดลอง		57.06	9.51					

* $p < .01$

ในการตอบสนอง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -5.43, p = .00$) และกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษามีคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองหลังการทดลองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง ($t = -2.05, p = .05$) แสดงว่าวิธีการกระตุ้นความจำเชิง

บวกด้วยสิ่งเร้าพหู ช่วยเพิ่มความถูกต้องในการตอบสนองข้อมูลทางบวกมากกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีภาวะ

ซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดโดยวิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุที่พัฒนาขึ้น ทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้า และคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองแตกต่างกัน สามารถอธิบายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าด้วย BDI-II ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภายหลังได้รับ M-PMS กับการให้สุขภาพจิตศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับ M-PMS มีคะแนนภาวะซึมเศร้า น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 อาจเพราะวิธีการ M-PMS มุ่งเน้นไปปรับการทำงานของ WM ในการประมวลผลข้อมูล จากที่ใช้ข้อมูลความจำทางลบ บ่อย ฝึกให้สมองใช้ข้อมูลทางบวกมากขึ้น จึงทำให้ลดภาวะซึมเศร้ามากกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการสอน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Steel et al. (2020) แบบ RCT เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการฝึกความจำเชิงบวกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ พบว่าอาการซึมเศร้าน้อยกว่าการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อติดตาม 3 เดือน คะแนนภาพรวมการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย BDI-II ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 4.33, SE = 2.00, 95% CI 0.38 ถึง 8.23; $p = 0.03$)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองด้วย DT ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภายหลังได้รับ M-PMS กับการให้สุขภาพจิตศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับ M-PMS มีคะแนนความถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 ซึ่งวิธีการ M-PMS เป็นการฝึกใช้ข้อมูล

ทางบวกมาประมวลผลมากขึ้น ไม่คล้อยตามข้อมูลทางลบ ทำให้การตอบสนองต่อคำสั่งทางบวกมีความไวและแม่นยำมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Takano, Van Grieken, & Raes (2019) ที่พบว่าในผู้ที่ได้รับการฝึกเรียกคืนข้อมูล ภายใต้งานไขให้สนใจเฉพาะข้อมูลทางบวก ภายหลังการฝึกช่วยให้ภาวะซึมเศร้าและความครุ่นคิดลดลง นอกจากนี้ยังช่วยให้การตอบสนองต่อคำสั่งทางบวกเร็วขึ้น

3. ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าด้วย BDI-II ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ก่อนและหลังได้รับ M-PMS พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ใช้โปรแกรมการฝึกพูดทางบวกมาช่วยลดภาวะซึมเศร้ากับวัยรุ่นที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย พบว่าทำให้ลดภาวะซึมเศร้าได้ในระยะหลังการทดลองและติดตาม 1 เดือน (ปวิมล หายสนันท์, ดารารรรณ ต๊ะปินดา, และ วรณช กิตสัมบันท์, 2563)

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองด้วย DT ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ก่อนและหลังได้รับ M-PMS พบว่าภายหลังการทดลองมีคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองด้วย DT มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 4 ซึ่งพบหลักฐานที่ชี้ว่า ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าจะจดจำเรื่องทางลบได้ดี แต่ความจำทางบวกแย่งตามระดับความรุนแรงของอาการ และการตอบสนองต่อข้อมูลทางบวกน้อยลงทำให้ความคิดเกิดการชะงัก แต่การบำบัดเรียกคืนความจำเชิงบวกทำให้

การตอบสนองต่อข้อมูลทางบวกเพิ่มขึ้น ช่วยลดภาวะซึมเศร้า (Dillon & Pizzagalli, 2018)

5. ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าด้วย BDI-II ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ก่อนและหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา พบว่า หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 5 แสดงว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ อาจเป็นเพราะการให้สุขภาพจิตศึกษาช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในโรคซึมเศร้าที่นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tursi, Baes, Camacho, Tofoli, & Juruena (2013) ที่พบว่าการมีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการรักษาเพิ่มขึ้นช่วยให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นได้

6. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องในการตอบสนองด้วย DT ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ก่อนและหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา พบว่าหลังการทดลองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง เป็นตามสมมุติฐานข้อที่ 6 แสดงว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา ไม่ได้เปลี่ยนแปลงกับการตอบสนองข้อมูลทางบวก อาจเพราะการให้สุขภาพจิตศึกษาเน้นการสอนไม่ได้เน้นการฝึกเอาข้อมูลทางบวกมาใช้ประมวลผลก่อนการตีความ สอดคล้องกับงานวิจัย Meta analysis ในการฝึกตีความทางบวกกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าผ่านข้อมูลความจำเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ จำนวน 17 เรื่อง พบว่ามีการตีความทางบวกมีความถูกต้องเพิ่มขึ้น ร้อยละ 67.00 ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Menne-Lothmann et al., 2014)

ข้อจำกัดในการวิจัย คือ การเข้าถึงประชากร

หรือกลุ่มตัวอย่าง มีความยุ่งยากและล่าช้า เนื่องจากการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้พื้นที่ที่เก็บข้อมูลจำเป็นต้องใช้มาตรการควบคุมประชาชนอย่างเข้มงวด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

วิธีการกระตุ้นความจำเชิงบวกด้วยสิ่งเร้าพหุ เป็นทางเลือกหนึ่งที่ได้ผลลัพธ์ที่ดี ควรนำไปใช้บำบัดกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลบ่อย ช่วยลดปัญหาการบำบัดไม่ครบตามโปรแกรมและค่าใช้จ่าย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการติดตามผลในระยะยาวขึ้นเป็น 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อพิสูจน์ความทนของการบำบัดว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการพัฒนาส่วนของการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยฝึกให้เป็นแพลตฟอร์ม Web Application ที่สามารถรองรับการใช้งานกับสมาร์ตโฟนทั้ง Android และ iOS ได้ ไม่เฉพาะใช้กับคอมพิวเตอร์หรือแล็ปท็อปแบบเดิวนั้น เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงการฝึกได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี 2564

เอกสารอ้างอิง

ธนิษฐ กอณสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พฤกษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวห, และ จินตนา ลีจงเพิ่มพูน. (2561). ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาคกลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(4), 321-334.

ปวิมล หายสนันท์, ดรรารณ ต๊ะปินดา, และ วรณช กิตสัมบันท์. (2563). ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรัง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 27(1), 34-45.

ระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต. สืบค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2565, จ 1 ก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89.

ศราวุธ ราชหมณี, สุชาดา กรเพชรปานิ, และ พีร วงศ์อุปราษ. (2561). การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ประเมินภาวะซึมเศร้าแบบกิจกรรมสิ่งเร้าควบคู่ร่วมกับการวัดคลื่นไฟฟ้าสมองสำหรับวัยรุ่นไทย. *วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา*, 16(1), 122-137.

Antoine, P., Dauvier, B., Andreotti, E., & Congard, A. (2018). Individual differences in the effects of a positive psychology intervention: Applied psychology. *Personality and Individual Differences*, 122, 140-147.

Baddeley, A. (2013). Working memory and emotion: Ruminations on a theory of depression. *Review of General Psychology*, 17(1), 20-27.

Baddeley, A., Banse, R., Huang, Y. M., & Page, M. (2012). Working memory and emotion: Detecting the hedonic detector. *Journal of Cognitive Psychology*, 24(1), 6-16.

Barry, P. D. (2002). *Mental health & mental illness*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Barutchu, A., Sahu, A., Humphreys, G. W., & Spence, C. (2019). Multisensory processing in event-based prospective memory. Ayla Barutchu, PhD. *Acta Psychologica*, 192, 23-30.

Dillon, D. G., & Pizzagalli, D. A. (2018). Mechanisms of Memory Disruption in Depression. *Trends in Neurosciences*, 41(3), 137-149.

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.

Iacoviello, B. M., & Charney, D. S. (2015). Developing cognitive-emotional training exercises as interventions for mood and anxiety disorders. *European Psychiatry*, 30(1), 75-81.

LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2018). Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, 1-16.

Menne-Lothmann, C., Viechtbauer, W., Höhn, P., Kasonova, Z., Haller, S. P., Drukker, M., ... Lau, J. Y. F. (2014). How to boost positive interpretations? A meta-analysis of the effectiveness of cognitive bias modification for interpretation. *PLoS ONE*, 9(6), 1-26.

Mennen, A. C., Norman, K. A., & Turk-browne, N. B. (2019). Attentional bias in depression : understanding mechanisms to improve training and treatment. *Current Opinion in Psychology*, 29(1), 266-273.

Nikolin, S., Tan, Y. Y., Schwaab, A., Moffa, A., Loo, C. K., & Martin, D. (2021). An investigation of working memory deficits in depression using the n-back task: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 284, 1-8.

Oldfield, R. C. (1971). The assessment and analysis of handedness: The Edinburgh inventory. *Neuropsychologia*, 9(1), 97-113.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

Steel, C., Korrelboom, K., Fazil Baksh, M., Kingdon, D., Simon, J., Wykes, T., ... van der Gaag, M. (2020). Positive memory training for the treatment of depression in schizophrenia: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 135, 103734.

Symonds, C., & Anderson, I. M. (2016). Unipolar depressive disorders. *Medicine*, 44(11), 654-660.

- Takano, K., Van Grieken, J., & Raes, F. (2019). Difficulty in updating positive beliefs about negative cognition is associated with increased depressed mood. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 64, 22-30.
- Tursi, M. F. D. S., Baes, C. V. W., Camacho, F. R. D. B., Tofoli, S. M. D. C., & Juruena, M. F. (2013). Effectiveness of psychoeducation for depression: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(11), 1019-1031.
- Weeland, M. M., Nijhof, K. S., Otten, R., Vermaes, I. P. R., & Buitelaar, J. K. (2017). Beck's cognitive theory and the response style theory of depression in adolescents with and without mild to borderline intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 69, 39-48.

THE DEVELOPMENT OF INTEGRATIVE PROGRAM ON RELAPSE PREVENTION AMONG PERSONS WITH AMPHETAMINE INDUCED PSYCHOTIC DISORDER

Kongkiat Uten, M.N.S. , Jarunee Ratsamesuwiat, Ph.D.** , Witchuda Yasin, M.Sc.***,*

*Wimonwan Kumlue, M.N.S.** , Puttachad Srisuwan, M.N.S.***

Abstract

Objective: To develop and examine the effects of the integrative program on relapse prevention among persons with amphetamine induced psychotic disorder.

Methods: This developmental research study was divided into two phases: the program development phase and the program experimental testing phase. The eighty purposive samples were recruited from admitted amphetamine induced psychotic disorder patients. They were randomly assigned to either the experimental or control group (n = 40 in each group). The instruments included 1) the integrative program, 2) the relapse prevention intention scale, 3) the behavior drug prevention test, and 4) the questionnaire about the opinion on the program. The data were analyzed using descriptive statistics, Chi-Square, t-test, and repeated measure ANOVA.

Results: 1) The Index of item-Objective Congruence of program was 1.00. The participants' opinions on the program were at a high level. 2) The scores of relapse prevention intention and behavior drug prevention of the experimental group at posttest, four weeks, and 12 weeks period had a significantly higher than before receiving the program ($p \leq .01$). The experimental group had scores of relapse prevention intention and behavior drug prevention statistically significantly higher than control groups at posttest, four weeks, and 12 weeks period ($p \leq .01$). The relapse rate of the experimental group at 12 weeks was statistically significantly lower than those in the control group at the level of .05.

Conclusion: The integrative program could improve the relapse prevention intention and behavior drug prevention among persons with amphetamine induced psychotic disorder. This program should be an alternative to preventing relapse among persons with amphetamine induced psychotic disorder.

Keywords: integrative program, continuity of treatment, relapse prevention, inpatient group therapy, amphetamine induced psychotic disorder

**Corresponding author: Registered Nurse, Senior Professional Level, Suanprung Psychiatric Hospital, e-mail: uten.forza4361@gmail.com*

***Registered Nurse, Professional Level, Suanprung Psychiatric Hospital*

****Psychologist, Professional Level, Suanprung Psychiatric Hospital*

Received: 29 October 2022, Revised: 19 December 2022, Accepted: 26 December 2022

การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน

ก้องเกียรติ อุเต็น, พย.ม.*, อรุณี รัศมีสุวิวัฒน์, ประ.ค.*, วิชชุดา ยะสินธุ์, วท.ม.***,

วิมลวรรณ คำลือ, พย.ม.**, พุทธิชาต ศรีสุวรรณ, พย.ม.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน

วิธีการศึกษา : การวิจัยและพัฒนาแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพัฒนาโปรแกรมและระยะทดสอบประสิทธิผลโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ 2) แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดยา 3) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด และ 4) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติที และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษา : 1) โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ มีค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากิจกรรมและวัตถุประสงค์เท่ากับ 1.00 และผลการประเมินความคิดเห็นของผู้บำบัดต่อการใช้โปรแกรม อยู่ในระดับดีมาก และ 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยาและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดในระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์สูงกว่าก่อนทดลองและแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการกลับไปเสพซ้ำในระยะ 12 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป : โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนมีความตั้งใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันยาเสพติดได้ดีขึ้น จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน

คำสำคัญ : การบำบัดแบบบูรณาการ, การบำบัดติดตามหลังจำหน่าย, การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ, กลุ่มบำบัดในโรงพยาบาล, โรคจิตจากแอมเฟตามีน

*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง, e-mail: uten.forza4361@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง

***นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง

วันที่รับ: 29 ตุลาคม 2565, วันที่แก้ไข: 19 ธันวาคม 2565, วันที่ตอบรับ: 26 ธันวาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาหาเสพติดโดยเฉพาะแอมเฟตามีน (Amphetamine) เป็นภัยคุกคามต่อการดำรงชีวิตปกติของประชาชนในประเทศไทย และส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญตามมา (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564) โดย พ.ศ. 2561 - 2563 พบผู้เสพติดแอมเฟตามีนเข้าบำบัดรักษาในระบบมากถึงร้อยละ 80.63, 78.04 และ 77.06 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมากที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 49.09 เป็นร้อยละ 60.07 และ 66.22 ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2564) ซึ่งผู้เสพติดแอมเฟตามีนจะเพิ่มขนาดหรือปริมาณในการเสพขึ้นเมื่อเสพต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ จะป่วยเป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน (สมภพ เรืองตระกูล, 2557) ซึ่งลักษณะอาการและอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ หูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง และเมื่อมีอาการมากขึ้นจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว จนอาจทำร้ายผู้อื่นให้ได้รับอันตรายหรือคิดฆ่าตัวตายได้ (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2556; สมภพ เรืองตระกูล, 2557) ถือว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยปัจจุบันผู้ที่เป็โรคจิตจากแอมเฟตามีนเข้ารับการรักษานานมากที่สุด เมื่อเทียบกับสารเสพติดชนิดอื่น โดยเฉพาะโรงพยาบาลสวนปรุง (2564) พบว่า พ.ศ. 2561 - 2563 มีผู้เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.30, 65.38 และ 62.08 ตามลำดับ ด้วยปัญหาและความรุนแรงดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงให้

หน่วยงานในสังกัดกำกับ ดูแล และบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดให้พื้นหาย สามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขดังเดิม

ปัจจุบันแม้จะมีแนวทางการบำบัดผู้ที่เป็โรคจิตจากแอมเฟตามีนอย่างเป็นรูปธรรม แต่ยังไม่สามารถรักษาอาการอยากเสพยาของผู้ป่วยได้ (กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, ปราณี จันทพจน์ และสุพัศตรา สุขาวห, 2561) มีเพียงการฟื้นฟูทางจิตสังคมที่พอจะช่วยผู้ป่วยลดจากอาการอยากเสพยาและไม่กลับไปเสพยาซ้ำ (De Crescenzo, et al., 2018) โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ของการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem solving therapy: PST) ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) และจิตสังคมบำบัดแบบแมทริกซ์ (Matrix Program) (Lenz, Rosenbaum, & Sheperis, 2016) แต่ก็ยังไม่พบว่า การบำบัดรูปแบบใดให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีที่สุด (เอกอุมา อัมคำ, 2556) นอกจากนี้ ยังพบว่า การให้การบำบัดดังกล่าวข้างต้นในแต่ละหน่วยงานมีปัญหาด้านกระบวนการ ได้แก่ อัตรากำลังของผู้บำบัดมีจำนวนไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น บุคลากรมีภาระงานมาก และต้องทำงานหลายหน้าที่ รวมทั้งการบำบัดต้องใช้ทักษะประสบการณ์ เวลา และสถานที่ที่มีความเฉพาะ

เจาะจง บุคลากรที่ปฏิบัติงานใหม่ไม่มีประสบการณ์ทางเลือกการรักษาแยกส่วน รวมถึงการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง หลังการจำหน่าย มีผลทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำและกลับมารักษาซ้ำ ส่งผลให้เกิดการสูญเสียศักยภาพของบุคคล และค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาที่มากขึ้นตามมา (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7, 2558; สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8, 2562; โรงพยาบาลสวนปรุง, 2564)

จากรายงานการทบทวนอย่างเป็นระบบที่ปรากฏในปัจจุบัน พบว่า การบำบัดแบบจิตสังคมบำบัด (Psychosocial Interventions) รูปแบบต่าง ๆ ในผู้ป่วยติดสารเสพติดให้ประสิทธิผลการบำบัดดีกว่าการบำบัดรักษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังพบอีกว่า การบำบัดรักษาทางจิตสังคมบำบัดแบบผสมผสานหรือการใช้จิตสังคมบำบัดหลายรูปแบบร่วมกัน จะให้ผลลัพธ์การบำบัดที่ดีกว่าการใช้จิตสังคมบำบัดเพียงรูปแบบเดียว สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาภายใต้ข้อจำกัดดังกล่าว (De Crescenzo, et al., 2018; Li, Zhu, Tse, Tse & Wong, 2015) เมื่อศึกษารายงานการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้หลายรูปแบบร่วมกัน ในผู้เสพติดแอมเฟตามีนของประเทศไทย พบว่า มี 2 การศึกษา ได้แก่ การศึกษาของอมวสี กลั่นสุวรรณ, นิตยาดาภิวิระนันท์, และตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ (2561) ที่ใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีน พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองหลังได้รับ

โปรแกรมสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณาจุดเด่นของโปรแกรมพบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับการจัดการปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพซ้ำ ได้แก่ การขาดแรงจูงใจในการเลิกเสพยา และความคิดที่บิดเบือนที่คิดว่าการเสพยาช่วยแก้ปัญหาชีวิต ในขณะเดียวกันก็พบจุดที่ควรพัฒนา คือ ขาดขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และการติดตามต่อเนื่องที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการเลิกเสพยา/กลับไปเสพซ้ำ และการศึกษาของกิตต์กวี โพธิ์โน และคณะ (2561) ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลการบำบัด Co-occurring disorder (COD) Intervention ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างแนวความคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) แนวคิดการทำกิจกรรมกลุ่ม (Group Therapy) แนวคิดครอบครัวบำบัด (Family Therapy) และแนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) วัดผลตัวแปรการหยุดเสพยาและไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันหลังจำหน่าย พบว่า กลุ่มทดลองมีการหยุดเสพยาและไม่กลับมารักษาซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณาถึงจุดเด่นพบว่า เป็นการบำบัดแบบทีมสหสาขาวิชาชีพที่ใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องในแต่ละสาขาเข้ามาช่วยปิดช่องว่างของความรู้หรือแก้ไขปัญหา แต่ก็พบจุดอ่อน คือ แต่ละสหสาขาวิชาชีพมีหน้าที่หลายอย่าง และมีอัตราค่าจ้างคนที่ไม่เพียงพอ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2564; สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7, 2558; สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8, 2562)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว แสดงถึงการบูรณาการการบำบัดอย่างลงตัว สามารถช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนป้องกันตนเองไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำได้ และเพื่อให้เกิดภาพสะท้อนการบำบัดดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน ด้วยแนวคิดหลัก 4 ประการ คือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของเบค (Beck, 1995) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ของมิลเลอร์และ โรนิก (Miller & Rollnick, 1996) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ของ เดอ ซูริลล่า (D'zurilla, 2010) และการเจริญสติ (Mindfulness) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในการสร้างเสริมศักยภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนในการป้องกันตนเองไม่ให้หวนกลับไปเสพยาซ้ำอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการก่อนทดลอง

หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

2.3 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้กลับไปเสพยาซ้ำระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในระหว่างการติดตามหลังการทดลอง 4 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ของกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. ร้อยละผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนกลับไปเสพยาซ้ำในระหว่างการติดตามหลังการทดลอง 4 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ ของกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับ

การดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1.1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาโปรแกรมต้นแบบ (R1) ได้แก่ วิเคราะห์ปัญหา สถานการณ์ ประเมินความต้องการจำเป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด การกลับไปเสพยา แนวคิด รูปแบบ เทคนิค และวิธีการที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากการเสพยาเสพติด ย้อนหลัง 5 ปี ศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มกับผู้บริหารพยาบาล ทีมสหวิชาชีพผู้ให้การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยสารเสพติด ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนและญาติ ถึงแนวทางการบำบัดรักษา รูปแบบการบำบัด ผลการบำบัด และข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัด และทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับองค์ความรู้ในการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนในการเลิกเสพยาหรือการป้องกันการกลับไปเสพยา

1.2 การพัฒนาโปรแกรมบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนต้นแบบ (D1) ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 โดยประชุมเชิงปฏิบัติการ

ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัด และทีมผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสารเสพติดโรงพยาบาลสวนปรุงเพื่อพัฒนาโปรแกรมต้นแบบที่อ้างอิงกรอบแนวคิดการบูรณาการการบำบัดด้านจิตสังคม ด้วยแนวคิดหลัก 4 ประการ ได้แก่ 1) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy (CBT)) 2) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy (MET)) 3) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem solving therapy (PST)) และ 4) การเจริญสติ (Mindfulness) สรุปผลและประเมินร่างต้นแบบโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการและการประเมินผล ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00

1.3 การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมต้นแบบที่พัฒนาขึ้น (R2) เพื่อประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องขององค์ประกอบต่าง ๆ ของรูปแบบโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน ในเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2565 โดยประชุมทีมผู้วิจัยผู้บำบัดซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพที่สมัครใจและผ่านการอบรมและฝึกทักษะการบำบัดตามโปรแกรม จำนวน 5 คน หลังจากนั้นให้ผู้บำบัดดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนจำนวน 10 คน และญาติ 6 คน เพื่อวิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ตลอดจน ข้อจำกัด ปัญหาและ

อุปสรรคในการดำเนินการ

1.4 การปรับปรุงโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต้นแบบให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย (D2) โดยประชุมสรุปผลและจัดทำคู่มือโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็ นโรคจิตจากแอมเฟตามีน ซึ่งโปรแกรมเป็นการบำบัดรายกลุ่ม มี 5 ขั้นตอน 8 กิจกรรม โดยขั้นตอนที่ 1 - 3 กิจกรรมที่ 1 - 6 จะบำบัดในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาล ใช้เวลาในการบำบัด 45 - 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมที่ 7 จะบำบัดในวันที่ญาติมารับผู้ป่วยกลับ ใช้เวลา 45 - 90 นาที ส่วนขั้นตอนที่ 5 กิจกรรมที่ 8 จะเป็นการติดตามต่อเนื่อง 2 ครั้ง โดยการโทรศัพท์ติดตาม ใช้เวลา 10 - 30 นาที

2. ระยะประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

2.1 การทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น (R3) เพื่อการตรวจสอบความเหมาะสมและประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัด ในช่วงเดือน เมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2565 โดยกำหนดรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ (two group pretest-posttest design) ประกอบด้วย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรกลุ่มเปรียบเทียบ 2 กลุ่มที่เป็น

อิสระต่อกัน (two independent means) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน และเพื่อป้องกันตัวอย่างสูญหายระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20.00 เป็นกลุ่มละ 40 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ใช้เกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน 2) มีอายุระหว่าง 20 - 40 ปี 3) มีการรับรู้ปกติ โดยมีคะแนนพุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย (Montreal Cognitive Assessment-Thai: MoCA-Thai) ≥ 25 คะแนน และใช้เกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่างกรณีที่มีอาการทางจิต หรือมีความผิดปกติทางจิต โดยมีคะแนน HoNOS ทุกหมวดอยู่ในระดับ ≤ 1 คะแนน หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ต้องส่งต่อ หรือออกจากกรบำบัดก่อนครบเวลา หรือไม่ตอบแบบประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ แบบประเมิน MoCA-Thai ของ Nasreddine ที่พัฒนาเป็นภาษาไทย โดยโสฬพัทธ์ เหมรัฐโรจน์ ใช้ประเมินการรับรู้ปกติที่มีคะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป (Hemrungronj, 2021) และแบบประเมิน HoNOS ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต โดยทุกหมวดอยู่ในระดับ ≤ 1 คะแนน (กรมสุขภาพจิต, 2563)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็ นโรคจิต

จากแอมเฟตามีนที่พัฒนาขึ้นจากการผสมผสานแนวคิดจิตสังคมบำบัด 4 แบบ ได้แก่ การบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (กิจกรรมที่ 1, 4 และ 6) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (กิจกรรมที่ 2 - 3) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (กิจกรรมที่ 5) และการเจริญสติ (บูรณาการในทุกกิจกรรม) เป็นลักษณะการบำบัดรายกลุ่ม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ 5 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 45 - 90 นาที โดยระยะที่ 1 - 2 เป็นการบำบัดขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล (ระยะที่ 2 กิจกรรมที่ 7) และระยะที่ 3 เป็นการบำบัดทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย (กิจกรรมที่ 8) ดังตาราง 1

3) เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1) แบบประเมินความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อที่สร้างขึ้นโดยกุสุมา แสงเดือนฉาย (2553) จำนวน 28 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 6 ระดับ คือ เป็นจริงในเรื่องนั้นมากที่สุด (6 คะแนน) ถึงไม่เป็นจริงเลย (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ คะแนนมากกว่า 121.34 มีความตั้งใจมาก คะแนนระหว่าง 74.68 - 121.34 มีความตั้งใจปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า 74.68 มีความตั้งใจน้อย ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88

3.2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดที่สร้างขึ้นโดย สุกร ชินะเกตุ (2553) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติในเรื่องนั้นเป็นประจำ/บ่อย/นาน ๆ ครั้ง/น้อยครั้งหรือไม่

ปฏิบัติเลย (5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ) กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ คะแนนมากกว่า 36.68 มีพฤติกรรมป้องกันมาก คะแนนระหว่าง 23.34 - 36.68 มีพฤติกรรมป้องกันปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า 23.34 มีพฤติกรรมป้องกันน้อย ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84

3.3) แบบสอบถามแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ เป็นจริงในเรื่องนั้นมากที่สุด (5 คะแนน) ถึงน้อยที่สุดหรือไม่เป็นจริงเลย (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ คะแนนมากกว่า 4.51 โปรแกรมมีความเหมาะสมมากที่สุด คะแนน 3.51 - 4.50 มีความเหมาะสมมาก คะแนน 2.51 - 3.50 มีความเหมาะสมปานกลาง คะแนน 1.51 - 2.50 มีความเหมาะสมน้อย คะแนนน้อยกว่า 1.51 มีความเหมาะสมน้อยที่สุด แบบประเมินนี้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.74

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง เลขที่หนังสือรับรอง 10/2564 วันที่ให้การรับรอง 15 ธันวาคม 2564 การเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามความสมัครใจ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการปฏิบัติตามจริยธรรมการวิจัยและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) แจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบทั้งแบบการบอกกล่าวและเป็นลายลักษณ์อักษร โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถที่จะขอแจ้งยกเลิกการเข้าร่วมกิจกรรมได้ โดยไม่มีผลกระทบและไม่มีผลในการเปลี่ยนแปลงการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน 2) ผู้วิจัยแจ้งแนวทางการปกปิดชื่อ สกุล และภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกนำมาจัดทำลาย และ 3) การนำเสนอผลการศึกษาระยะทำในลักษณะการสรุปผลโดยภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1) ขั้นตอนเตรียมการทดลอง โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นประเมินการรับรู้ที่ปกติด้วยแบบประเมินพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-Thai) และประเมินระดับอาการรุนแรงทางจิตด้วยแบบประเมิน HoNOS ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกันในระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้สารแอมเฟตามีน และทำการสุ่มอย่างง่ายเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2) ขั้นตอนการทดลอง โดยผู้บำบัดหลักเป็นพยาบาลจิตเวช 6 คน นักจิตวิทยา 1 คนและนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน รวม 8 คน มีพื้นฐานการให้คำปรึกษารายบุคคล ผ่านการอบรมทักษะการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) การบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive

Behavior Therapy) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนอย่างน้อย 1 ปี และผ่านการอบรมโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนจากทีมผู้พัฒนาโปรแกรม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากทีมสหสาขาวิชาชีพแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง ได้แก่ การประเมินการคัดกรอง การรักษาด้วยยา การบำบัดจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยใน (Matrix program จำนวน 10 ครั้งของกรมสุขภาพจิต) ทั้งแบบรายบุคคล/รายกลุ่ม ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติจากทีมสหสาขาวิชาชีพแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงและได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ 45 - 90 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย 2 ครั้ง โดยการโทรศัพท์ติดตาม ใช้เวลา 10 - 30 นาที และ 3) ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือต่างๆ ในการประเมินผลลัพธ์การบำบัด และไม่มีส่วนร่วมในการบำบัด เก็บข้อมูลความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และพฤติกรรม การป้องกันยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 4 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ มีการประเมินปริมาณการใช้แอมเฟตามีนด้วย (Time line follows back (TLFB)) 2 ครั้งในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์หลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบ Chi-Square, independent-t และ Mann-Whitney U เปรียบเทียบข้อมูลความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน แบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) และความแตกต่าง รายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni และเปรียบเทียบข้อมูลผู้ที่กลับไปเสพซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบ Chi-Square

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็โรคจิตจากแอมเฟตามีน สามารถสรุปได้ดังนี้

จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาโปรแกรม พบว่า รูปแบบจิตสังคมบำบัดผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ใช้ในโรงพยาบาลสวนปรุงมีความหลากหลายและนิยมใช้ คือ จิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ (Matrix Program) การบำบัดแบบ CBT, MI, MET, PST และการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) โดยมีโปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มที่ประยุกต์จาก Matrix Program เป็นพื้นฐานหลักในการบำบัดแบบผู้ป่วยใน และมีโปรแกรม MET, CBT และ PST เฉพาะ ซึ่งจะคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดตามค่าคะแนน MoCA-Thai สำหรับการบำบัดรายบุคคลการเลือกรูปแบบ

จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้รับการบำบัดแต่ละรายยังไม่เฉพาะเจาะจงชัดเจน จะขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญของผู้บำบัด ผู้รับการบำบัดอาจได้รับการบำบัดมากกว่า 1 รูปแบบในลักษณะของการบำบัดแบบแยกส่วนตามรูปแบบนั้น ๆ ทั้ง ๆ ที่บางกิจกรรมย่อยในแต่ละรูปแบบมีเนื้อหาการบำบัดที่ซ้ำซ้อนกัน จึงอาจทำให้ใช้เวลาในการบำบัดมากขึ้น ประกอบกับจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในมากขึ้น ไม่สอดคล้องกับจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ และจากการสนทนากลุ่มกับผู้บริหารโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพผู้ให้การบำบัดมีความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ควรพัฒนาโปรแกรมการบำบัดที่มีเนื้อหาครอบคลุมและบูรณาการวิธีการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ตลอดจนการเสริมสร้างทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์เป็นระบบ ภายใต้การมีสติรู้ทุกขณะจิต

จากการทบทวนองค์ความรู้ปัจจุบัน พบว่าการใช้จิตสังคมบำบัดหลายรูปแบบร่วมกัน จะช่วยให้ผลลัพธ์การบำบัดดีกว่าการใช้จิตสังคมบำบัดเพียงรูปแบบเดียว (De Crescenzo, et al., 2018) โดยงานวิจัยเกี่ยวกับจิตสังคมบำบัดหลายรูปแบบร่วมกันในการบำบัดผู้ใช้แอมเฟตามีนในปัจจุบันมี 5 เรื่อง ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดด้วยรูปแบบ MET ร่วมกับ CBT และรูปแบบอื่น ๆ 2 เรื่อง (อมาวลี กลั่นสุวรรณ และคณะ, 2561; Barrowclough et al., 2010) การบำบัดผสมผสานระหว่างรูปแบบ CBT การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing (MI)) การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด (Group therapy) ครอบคลุม

บำบัด (Family therapy) และการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า จิตสังคมบำบัดหลายรูปแบบร่วมกันดังกล่าวสามารถเสริมสร้างแรงจูงใจ เปลี่ยนแปลงความคิด และพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ใช้สารเสพติดในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำได้ (กิตติ์กวี โพธิ์โน และคณะ, 2561) การบำบัดแบบผสมผสานระหว่าง MI กับ PST (MI-PST) 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดแบบ MI-PST สามารถลดการใช้สารเสพติดลงได้ (Sorsdahl et.al., 2015) และการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการฝึกสติ (Mindfulness) ต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดดังกล่าวสามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจและความตั้งใจในการป้องกันการเสพยาซ้ำได้ (รุจิรา อาภาบุษยพันธุ์, สำเนา นิลบรรพ์, นันธนา อินทรพรหม, สมบัติ มากัน และอมวาสี กลั่นสุวรรณ, 2562)

จากองค์ความรู้เชิงประจักษ์ในปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงนำมาบูรณาการและกำหนดขอบเขตเนื้อหารายละเอียดในกิจกรรมของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ที่เป็โรคจิตจากแอมเฟตามีน (ฉบับร่าง) 3 ระยะ 5 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ใช้เวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง 45 - 90 นาที จำนวน 9 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมด้วยการประเมินความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา กิจกรรม และวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 1.00 มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงความเหมาะสมของภาษา จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะและจัดทำเป็นโปรแกรม

(ฉบับปรับปรุง) ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนผลการประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับโปรแกรม พบว่า ผู้นำบัตที่นำโปรแกรมไปทดลองใช้จำนวน 3 คน โดยทุกคนยอมรับโปรแกรมฯ ทั้งด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ กลุ่มมือโปรแกรม รูปแบบ เนื้อหา และลำดับการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านกระบวนการ ได้แก่ การดำเนินการบำบัดและระยะเวลาดำเนินการตามโปรแกรม และด้านผลลัพธ์การดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด

2. ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ พบว่า

2.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มควบคุม 40 คน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเป็นเพศชาย ร้อยละ 80.00 เท่ากัน อายุเฉลี่ย เท่ากับ 30.70 ปี และ 30.30 ปี และส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ระหว่าง 26 - 30 ปี ร้อยละ 42.50 และ 37.50 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 45.00 เท่ากัน และส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.00 และ 45.00 ตามลำดับ มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 70.00 และ 72.50 ตามลำดับ รายได้/เดือน อยู่ที่ 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 55.00 และ 60.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติดตั้งแต่ 1 - 10 ปี ร้อยละ 60.00 และ 62.50 ตามลำดับ เฉลี่ย อยู่ที่ 9.63 ปี เท่ากัน โดยมีสาเหตุหลักของการใช้สารเสพติด คือ อยากทดลอง ร้อยละ 70.00 และ 67.50 ตามลำดับ และส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก ร้อยละ 65.00 และ 70.00 ตามลำดับ โดยทั้งสองกลุ่มมีผู้ดูแลหลัก คือ บิดา/มารดา ร้อยละ 30.00

ตารางที่ 1 เป้าหมายการบำบัดของแต่ละกิจกรรม

ครั้งที่/ชื่อกิจกรรม	เป้าหมาย
ครั้งที่ 1/กิจกรรมที่ 1 สร้างเสริมการรับรู้ (รู้คน-รู้เหตุ-รู้ผล-รู้ปรับ)	ผู้รับการบำบัดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองติดยาและโรคจิตจากแอมเฟตามีนและผลกระทบที่เกิดขึ้น
ครั้งที่ 2/กิจกรรมที่ 2 ตระหนักรู้ความคิดที่บิดเบือน	ผู้รับการบำบัดรู้จักความคิดอัตโนมัติที่ส่งผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมการเสพติดของตนเอง
ครั้งที่ 3/กิจกรรมที่ 3 ปรับความคิดที่บิดเบือน	ผู้รับการบำบัดปรับความคิดที่บิดเบือนและจัดการอารมณ์ทางลบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพติดแอมเฟตามีนของตนเอง
ครั้งที่ 4/กิจกรรมที่ 4 เสริมแรงจูงใจสู่เป้าหมายการเปลี่ยนแปลง	ผู้รับการบำบัดมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพติดแอมเฟตามีน
ครั้งที่ 5/กิจกรรมที่ 5 ปรับมุมมองและแก้ปัญหอย่างสร้างสรรค์	ผู้รับการบำบัดมีมุมมองและแนวทางการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์
ครั้งที่ 6/กิจกรรมที่ 6 ให้คำมั่นสัญญาการเลิกเสพยา ด้วยกฎเหล็ก “สัญญาใจไม่ตอบรับ ขยับหนี”	ผู้รับการบำบัดบอกคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการเลิกเสพติดแอมเฟตามีนด้วยตนเองอย่างชัดเจนและมีความเป็นไปได้
ครั้งที่ 7/กิจกรรมที่ 7 ญาติร่วมด้วยช่วยขับเคลื่อน	ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดมีแนวทางในการดูแลและเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกเสพติดแอมเฟตามีนแก่ผู้รับบริการ
ครั้งที่ 8/กิจกรรมที่ 8 การติดตามกระตุ้นเดิม เสริมแรงบวก	ติดตามประเมินผลการนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการบำบัดตามโปรแกรมไปใช้ได้ ในสถานการณ์จริง
ครั้งที่ 9/กิจกรรมที่ 8 การติดตามกระตุ้นเดิม เสริมแรงบวก	ติดตามประเมินผลการนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการบำบัดตามโปรแกรมไปใช้ได้ ในสถานการณ์จริง

เท่ากัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้ Chi-Square test, Independent t-test และ Mann-Whitney U test ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จ

สิ้นสุดที่ ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) ดังตารางที่ 3 และ 4 มีดังนี้

2.2.1 ผลการวิเคราะห์คะแนน

เฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยาของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นสุดที่ ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มควบคุม (n = 40)		χ^2 หรือ t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	32	80.00	32	80.00	0.000 ^a	1.000
หญิง	8	20.00	8	20.00		
สถานภาพสมรส						
โสด	12	30.00	17	42.50	1.660 ^a	0.436
คู่	20	50.00	18	45.00		
หย่า/แยกกันอยู่	8	20.00	5	12.50		
อายุ (ปี)						
20-25	5	12.50	8	20.00	0.579 ^b	0.564
26-30	17	42.50	15	37.50		
31-35	10	25.00	11	27.50		
36-40	8	20.00	6	15.00		
Mean $\pm$ SD	30.70 $\pm$ 5.12		30.03 $\pm$ 5.30			
Min, Max	21, 40		21, 40			
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	8	20.00	8	20.00	1.037 ^a	0.792
มัธยมศึกษาตอนต้น	18	45.00	18	45.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	32.50	14	35.00		
อนุปริญญา	1	2.50	0	0.00		
อาชีพ						
เกษตรกร	7	17.50	2	5.00	4.488 ^a	0.213
พนักงานบริษัท	0	0.00	1	2.50		
รับจ้าง	28	70.00	29	72.50		
ว่างงาน	5	12.50	8	20.00		
รายได้ต่อเดือน						
ไม่มีรายได้	5	12.50	8	20.00	1.970 ^a	0.373
1,000-5,000 บาท	13	32.50	8	20.00		
5,001-10,000 บาท	22	55.00	24	60.00		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มควบคุม (n = 40)		χ^2 หรือ t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาในการใช้สารเสพติด						
1-10 ปี	24	60.00	25	62.50	-0.135 ^c	0.892
11-20 ปี	16	40.00	15	37.50		
Mean ± SD	9.63 ± 3.93		9.63 ± 4.29			
Min, Max	4, 20		4, 20			
สาเหตุที่เข้ายา						
อยากทดลอง	28	70.00	27	67.50	0.058 ^a	0.809
เพื่อนชักชวน	12	30.00	13	32.50		
จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดรักษา						
บำบัดรักษา						
1 ครั้ง	26	65.00	28	70.00	-0.446 ^c	0.655
2 ครั้ง	12	30.00	10	25.00		
3 ครั้ง	2	5.00	2	5.00		
Mean ± SD	1.40 ± 0.59		1.35 ± 0.58			
Min, Max	1, 3		1, 3			
ผู้ดูแลหลัก						
บิดา/มารดา	12	30.00	12	30.00	0.998 ^a	0.802
คู่สมรส	3	7.50	2	5.00		
ญาติ	5	12.50	8	20.00		
อื่น ๆ	20	50.00	18	45.00		

a = chi-square test, b = independent t-test, c = Mann-Whitney U test

.01 (F=1,071.60) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่า ระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2.2 ผลการวิเคราะห์คะแนน

เฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (F = 952.18) และเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

แหล่งความ*	ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ					พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด				
	SS	df	MS	F	<i>p</i>	SS	df	MS	F	<i>p</i>
ภายในกลุ่ม	20,090.57	1.96	10,241.10	1,071.60	0.000	4,750.67	2.16	2,201.74	952.18	0.000
ความคลาดเคลื่อน	731.18	76.51	9.56			194.58	84.15	2.31		
เหลือ										

* = Greenhouse-Geisser, SS = Sum of Square, df = degree of freedom, MS = Mean Square

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ โดยการวิเคราะห์ Pairwise comparisons แบบ Bonferroni correction

ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ					พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด				
ระยะเวลาการทดลอง		Mean	Std.	p-	ระยะเวลาการทดลอง		Mean	Std.	p-
		Difference	Error	value			Difference	Error	value
T0	T1	-21.58	0.62	0.000	T0	T1	-9.83	0.33	0.000
	T2	-29.25	0.70	0.000		T2	-13.03	0.33	0.000
	T3	-24.45	0.71	0.000		T3	-13.58	0.33	0.000
T1	T2	-7.68	0.37	0.000	T1	T2	-3.20	0.24	0.000
	T3	-2.88	0.49	0.000		T3	-3.75	0.30	0.000
T2	T3	4.80	0.36	0.000	T2	T3	-0.55	0.14	0.003

ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่า ระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) ดังตารางที่ 5 มีดังนี้

2.3.1 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย

ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 366.53$) และมีความแตกต่างกันระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 611.35$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน ระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลอง พบว่า มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 141.57$)

2.3.2 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 120.05$) และมีความแตกต่างกันระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 423.24$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน ระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลอง พบว่า มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 49.61$)

2.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจใน

การป้องกันการติดยา และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ โดยทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni correction ดังตารางที่ 6 รูปภาพที่ 1 และ 2 ดังนี้

2.4.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยา พบว่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยา ระยะการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจ ในการป้องกันการติดยา ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่าระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

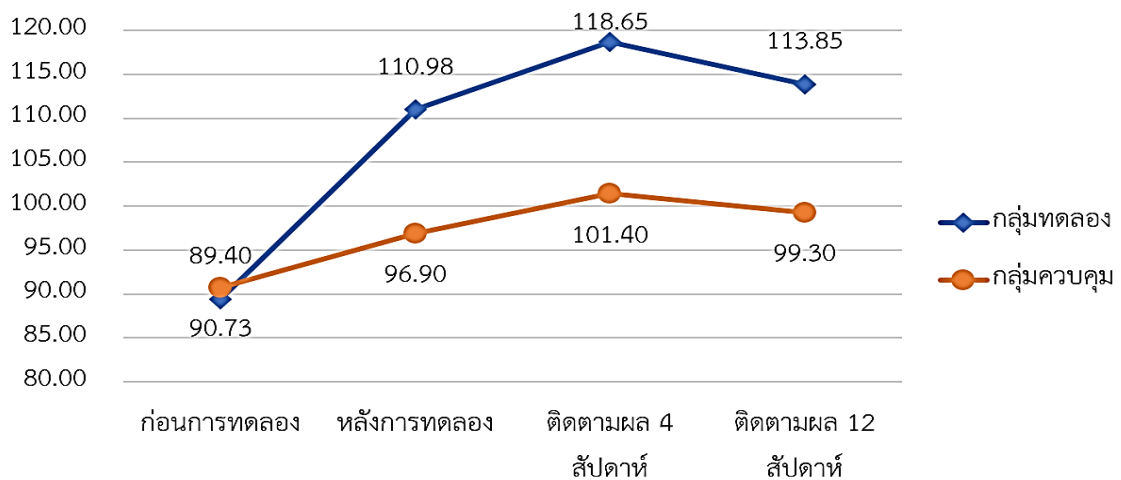
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

แหล่งความแปรปรวน	ความตั้งใจในการป้องกันการติดยา					พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด				
	SS	df	MS	F	p	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม										
กลุ่ม	9,923.51	1	9,923.51	366.53	0.000	1,348.90	1	1,348.90	120.05	0.000
ความคลาดเคลื่อน	2,111.79	78	27.07			876.44	78	11.24		
ภายในกลุ่ม										
ระยะเวลา	18,931.93	3	6,130.64	611.35	0.000	5,354.41	3	1,784.80	423.24	0.000
กลุ่ม*เวลา	4,259.01	3	1,419.67	141.57	0.000	627.56	3	209.19	49.61	0.000
ความคลาดเคลื่อน	2,346.56	234	10.03			986.78	234	4.22		

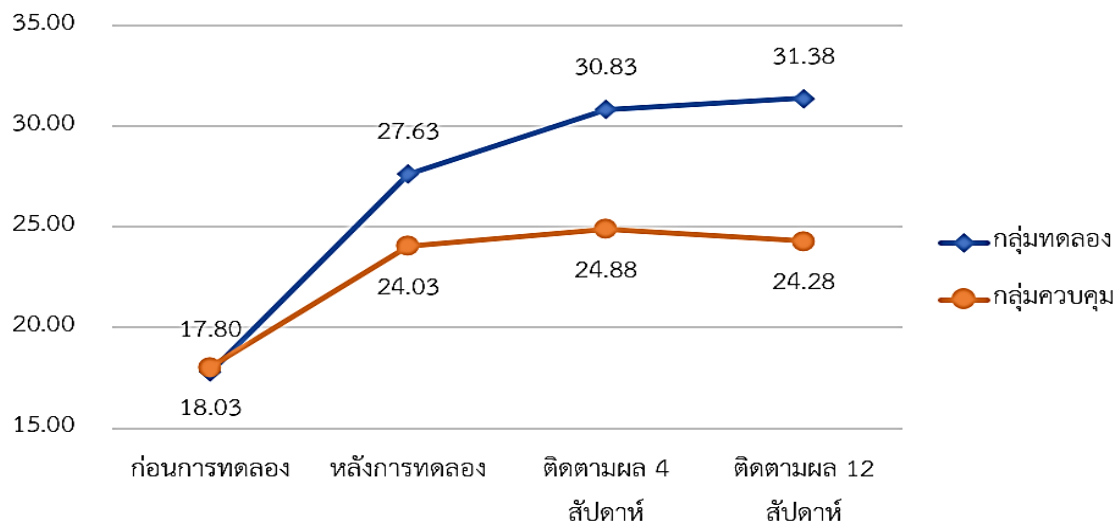
SS = Sum of Square, df = degree of freedom, MS = Mean Square

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ โดยการวิเคราะห์ Pairwise comparisons แบบ Bonferroni correction

ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ					พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด				
ระยะเวลา		Mean	Std. Error	p-value	ระยะเวลา		Mean	Std. Error	p-value
การทดลอง		Difference			การทดลอง		Difference		
T0	T1	-13.88	0.38	0.000	T0	T1	-7.91	0.44	0.000
	T2	-19.96	0.44	0.000		T2	-9.94	0.23	0.000
	T3	-16.51	0.61	0.000		T3	-9.91	0.22	0.000
T1	T2	-6.09	0.26	0.000	T1	T2	-2.03	0.39	0.000
	T3	-2.64	0.59	0.000		T3	-2.00	0.41	0.000
T2	T3	3.45	0.61	0.000	T2	T3	0.25	0.09	1.000



ภาพที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระยะก่อน หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อน หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่กลับไปเสพซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

ระยะติดตามผล		กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มควบคุม (n = 40)		χ^2 หรือ Fisher's Exact Test	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Fisher's Exact Test	p-value
4 สัปดาห์	ไม่กลับไปเสพซ้ำ	38	95.00	35	87.50	1.45 ^b	0.432*
	กลับไปเสพซ้ำ	2	5.00	5	12.50		
12 สัปดาห์	ไม่กลับไปเสพซ้ำ	36	90.00	19	72.50	4.02 ^a	0.045*
	กลับไปเสพซ้ำ	4	10.00	11	27.50		

a = Chi-Square Test, b = Fisher's Exact Test, * $p < 0.05$

ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ ระยะติดตาม 12 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะติดตาม 4 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.4.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ระยะการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่าระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน

2.5 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่กลับไปเสพซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะติดตามหลังทดลอง 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ดังตารางที่ 7

ผลการวิเคราะห์ พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนกลับไปเสพซ้ำ ในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (Fisher's exact test = 1.45) และ 12 สัปดาห์ ($X^2 = 4.02$) ของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

1. โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิต

จากแอมเฟตามีนพัฒนามาจากการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติการบำบัดทางคลินิก การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า สาเหตุสำคัญที่ชักนำให้ผู้ที่ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนกลับไปเสพซ้ำ คือ การกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม ๆ ภายใต้อาการจิตใจที่ไม่พร้อม เมื่อเผชิญปัญหาไม่สามารถแก้ปัญหาได้ รู้สึกด้อยค่าในตนเอง ก่อเกิดความเครียด และหวนกลับไปเสพซ้ำในที่สุด ประกอบกับการบำบัดแบบจิตสังคมในปัจจุบันเป็นการดำเนินกิจกรรมแบบแยกส่วน ใช้ระยะเวลานาน ทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งเป็นการบูรณาการการบำบัดที่ผสมผสานจากแนวคิดจิตสังคมบำบัด 4 แบบเข้าด้วยกันอย่างกลมกลืน โดยเริ่มจากสร้างเสริมแรงงภายในตนเองตามแนวคิดของ มิลเลอร์และโรนิก (Miller & Rollnick, 1996) แล้วชักนำให้ปรับความคิดและพฤติกรรมทางลบสู่ความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมตามแนวคิดของ เบค (Beck, 1995) พร้อมทั้งเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบตามแนวคิดของ เดอ ซูริลล่า (D'zurilla, 2010) ภายใต้อาการรับรู้ที่มีสติ (Mindfulness) ทุกขณะ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 พร้อมทั้งปรับปรุงเนื้อหาของโปรแกรมตามข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นจึงให้ผู้บำบัดใช้เป็นแนวทางในจัดกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น กลุ่มละ 6 - 8 คน ทำกิจกรรม

สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 45 - 90 นาที ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับ จากนั้นจะเป็นการติดตามต่อเนื่อง 2 ครั้ง หลังจำหน่าย โดยการโทรศัพท์ติดตาม ใช้เวลา 10 - 30 นาที

เมื่อวิเคราะห์รูปแบบของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้น พบว่า โปรแกรมดังกล่าวมีความเหมือนเชิงรูปแบบของโปรแกรมที่ใช้ในปัจจุบัน คือ มีการใช้จิตสังคมบำบัดหลายรูปแบบร่วมกัน ได้แก่ 1) ใช้รูปแบบ MET ร่วมกับ CBT 2) ใช้รูปแบบ CBT ร่วมกับ Mindfulness และ 3) ใช้รูปแบบ MI ร่วมกับ PST (รุจิรา อาภาบุษยพันธุ์ และคณะ, 2562; อมาวสี กลั่นสุวรรณ และคณะ, 2561; Barrowclough et al., 2010; Sorsdahl et al., 2015) แต่มีความแตกต่างตรงที่โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีการบูรณาการรูปแบบจิตสังคมบำบัดที่หลากหลายถึง 4 แนวคิดเข้าด้วยกันอย่างกลมกลืน ภายใต้กลยุทธ์เสริมจุดเด่น พัฒนาจุดด้อยของแต่ละรูปแบบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบำบัดที่ดีขึ้น คล้ายกับรูปแบบจิตสังคมบำบัดของกิตต์กวี โพธิ์โน และคณะ (2561) ที่ใช้รูปแบบที่หลากหลายเช่นกัน คือ การบำบัด Co-occurring disorder (COD) Intervention ในผู้ป่วยโรคจิตจาก เมทแอมเฟตามีนซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างแนวคิด MI ร่วมกับ CBT กิจกรรมกลุ่มบำบัด ครอบครัวบำบัด และการให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งเป็นการบำบัดแบบสหสาขาวิชาชีพ ใช้เวลาในการบำบัด 2 สัปดาห์ ๆ ละ 45 - 90 นาที แต่การบำบัดแบบ COD นี้ มีข้อจำกัด คือ แต่ละกิจกรรมถูกกำหนดไว้ว่าวิชาชีพใดเป็นผู้บำบัด อาจทำให้ขาดความยืดหยุ่นสำหรับ

ผู้บำบัด ในกรณีที่มีผู้บำบัดวิชาชีพนั้น ๆ ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรอการบำบัดให้ครบตามแผน จึงอาจทำให้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้น

เมื่อนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ในการปฏิบัติจริง โดยผู้บำบัดทั้งหมด 8 คน ได้แก่ พยาบาล 6 คน นักจิตวิทยา 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน พบว่า โปรแกรมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 100.00 จึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง โดยความเห็นส่วนใหญ่ของผู้บำบัดต่อการใช้โปรแกรมเห็นว่าแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสม ง่ายต่อการปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาสั้น เพราะผสมผสานแนวคิดจิตสังคมบำบัดหลายแนวคิดไว้ในโปรแกรมเดียว

2. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ แตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากผลการศึกษาดังกล่าว อาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการที่ผสมผสานระหว่างแนวคิดจิตสังคมบำบัด 4 แบบ ประกอบด้วย 1) การบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจ 2) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม 3) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา และ 4) การเจริญสติเพื่อให้ตื่นรู้และมีสติอยู่กับความคิด และการกระทำนั้นได้ช่วยให้ผู้เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น ภายใต้การปิดช่องว่าง

ของความรู้และปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนหวนกลับไปเสพยาซ้ำ คือ ขาดแรงจูงใจในการเลิกยา มีความตั้งใจในการเลิกเสพน้อย มีความคิดที่บิดเบือนว่าการเสพยาช่วยแก้ปัญหาชีวิตได้ และขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยา (สุทธิชัย ศิริวัน, 2559; มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 2558) โดยกิจกรรมการบำบัดตามโปรแกรมจะเริ่มต้นด้วยกิจกรรมที่ 1 สร้างเสริมการรับรู้ 4 (รู้คน-รู้เหตุ-รู้ผล-รู้ปรับ) เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เข้าใจตนเอง รับรู้ถึงปัญหา สาเหตุ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเสพยาว่าเป็นสิ่งคุกคามและขัดขวางต่อการดำเนินชีวิต ภายใต้การมีสติรู้ทุกขณะ เพื่อเหนี่ยวนำสู่กิจกรรมที่ 2 ตระหนักรู้ความคิดที่บิดเบือน และกิจกรรมที่ 3 ปรับความคิดที่บิดเบือนและจัดการอารมณ์ทางลบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน จากนั้นจึงเสริมภูมิคุ้มกันชีวิตก่อนกลับสู่สังคมด้วยการเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบในกิจกรรมที่ 5 ปรับมุมมองและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และกิจกรรมที่ 6 ให้คำมั่นสัญญาการเลิกเสพยา ด้วยกฎเหล็ก “สัญญาใจ ไม่ตอบรับ ขยับหนี” เพื่อเป็นสัญลักษณ์ในการกระตุ้นเตือนและเสริมแรงจูงใจภายในตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยเป้าหมายหมายของกิจกรรมที่ 1 - 6 ตามโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการนี้ ล้วนเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดตามโปรแกรมบรรลุต่อความต้องการขั้นพื้นฐานภายในจิตใจตามทฤษฎีแรงจูงใจภายใน 3 ประการ คือ ความต้องการอิสระในการควบคุมชีวิตเพื่อชีวิต

ที่ดีขึ้น ความต้องการเป็นคนที่มีความสามารถและประสบความสำเร็จในชีวิต และความต้องการมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น จนก่อเกิดแรงจูงใจภายใน อันนำไปสู่ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแสดงพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น (กณณิกา สิทธิพงษ์, 2560; ก้องเกียรติ อุเต็น, จิรภัทร ประเสริฐศักดิ์ และ วุฒิกร จันทรัมย์, 2562; Deci & Ryan, 2000) ส่วนกิจกรรมที่ 7 ญาติร่วมด้วย ช่วยขับเคลื่อน และกิจกรรมที่ 8 การติดตามกระตุ้น เต็ม เสริมแรงบวก เป็นกิจกรรมที่กำหนดขึ้นเพื่อช่วยกระตุ้นและติดตามให้ผู้รับการบำบัดมีการนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการบำบัดตามโปรแกรมไปใช้ในสถานการณ์จริงเป็นระยะ ๆ โดยติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์หลังจำหน่าย ภายใต้แรงสนับสนุนจากญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด กิจกรรมดังกล่าวจึงเป็นสร้างเสริมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมป้องกันการยาเสพติดให้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการยาเสพติด ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่า ระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงเติมเต็มช่องว่างของความรู้จากผลการศึกษาของ นววรรณ ปัญญาสุข และกุสุมา แสงเดือนฉาย (2556) ที่ติดตามผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยติดแอมเฟตามีน หลังการบำบัด 2 สัปดาห์ ที่พบว่า ความคงอยู่ของพฤติกรรมป้องกันการติดซ้ำลดลง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากโปรแกรม

การบำบัดยังขาดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องให้ผู้ป่วยนำทักษะที่ได้รับจากโปรแกรมไปใช้ในชีวิตประจำวันเป็นระยะ ๆ นั้นเอง

3. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการคิดซ้ำและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากผลศึกษาดังกล่าว อาจอธิบายได้ว่าโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการนั้นได้ช่วยให้ผู้เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น โดยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมจะเริ่มจากผู้บำบัดสร้างเสริมแรงจูงใจโดยการกระตุ้นการรับรู้ปัญหา และผลกระทบจากการเสพยาด้วยกิจกรรม ที่ 1 สร้างเสริมการเรียนรู้ 4 : รู้คน รู้เหตุ รู้ผล รู้ปรับ จากนั้นจึงเริ่มปรับการคิด พร้อมทั้งเสริมแรงจูงใจให้เปลี่ยนแปลงด้วยกิจกรรมที่ 2 ตระหนักรู้ความคิดที่บิดเบือน โดยชวนให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดถึงเหตุการณ์ประจำวันที่กระตุ้นหรือนำพาให้เกิดความคิดทางลบ ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แล้วต่อเนื่องด้วยกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับความคิดที่เหมาะสมในกิจกรรมที่ 3 ปรับความคิดที่บิดเบือน จากนั้น จึงเข้าสู่กิจกรรมที่ 4 เสริมแรงจูงใจสู่เป้าหมายการเปลี่ยนแปลง คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่ข้องเกี่ยวกับยาเสพติด โดยทั้ง 4 กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่บูรณาการแนวคิด MET กับ CBT อย่างกลมกลืน

ภายใต้การสอดแทรกกิจกรรมการเจริญสติเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในการกระทำ สิ่งที่เรียนรู้ และอยู่กับปัจจุบัน ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจเข้าใจปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเสพยาและปรับเปลี่ยนความคิดเป็นบวก จนกลายเป็นความตั้งใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันตนเองจากยาเสพติด ดังนั้น จึงทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดมีการความตั้งใจและพฤติกรรมป้องกันตนเองจากยาเสพติดเพิ่มขึ้น คล้ายกับการศึกษาของอมวสี กลั่นสุวรรณ และคณะ (2561) พบว่า ผู้ป่วยเสพยาเสพติดสารแอมเฟตามีนที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจระยะสั้นลงเป็นระยะแรงจูงใจสูง และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนในกิจกรรมที่ 5 ปรับมุมมองและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และกิจกรรมที่ 6 ให้คำมั่นสัญญาการเลิกเสพยา ด้วยกฎเหล็ก “สัญญาใจไม่ตอบรับ ขยับหนี” เป็นขั้นตอนการสร้างเสริมความมั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยการเสริมทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบร่วมกับการเสริมแรงจูงใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและเชื่อมโยงปัญหาที่เกิดขึ้น ปรับการมองปัญหาทางลบเป็นทางบวก ตลอดจนค้นหาวิธีการแก้ปัญหาในมุมใหม่ๆ ที่หลากหลาย มีเหตุผล จนมีภูมิรู้สู่การจัดการกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ จากนั้น

จึงเสริมแรงจิตใจจากภายนอกด้วยแรงสนับสนุนใกล้ชิดเพื่อคงการเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมที่ 7 ญาติร่วมด้วยช่วยขับเคลื่อน ซึ่งกิจกรรมนี้ จะให้ญาติช่วยเหลือ ประคับประคอง และย้ำเตือนผู้ป่วยให้อยู่ในเส้นทางที่ไม่ข้องเกี่ยวกับยาเสพติด ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล จากนั้นผู้บำบัดจะติดตามต่อเนื่องด้วยกิจกรรมที่ 8 การติดตามกระตุ้นเสริมแรงบวก โดยเน้นการตรวจสอบแรงใจ เป้าหมายการเปลี่ยนแปลงการแก้ไขปัญหา การย้ำคำมั่นสัญญา และการให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ หรือการร่วมแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น จากกิจกรรมที่ 5 - 8 จะมีจุดเน้นที่สำคัญ คือ เสริมทักษะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และเป็นระบบ (PST) พร้อมทั้งกระตุ้นความคิดบวกต่อการปรับพฤติกรรมอย่างเหมาะสม และเติมเต็มแรงใจเป็นระยะ ๆ จึงทำให้ผู้ที่เป็โรคจิตจากแอมเฟตามีนมีความคิดและหวนกลับไปเสพยาซ้ำลดลง ดังผลการศึกษาที่พบว่า ร้อยละผู้ที่เป็โรคจิตจากแอมเฟตามีนกลับไปเสพยาซ้ำของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ในระยะติดตามหลังการทดลอง 4 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ซอร์ดาห์ล และคณะ (Sorsdahl et al., 2015) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติจากการใช้สารเสพติดที่ได้รับโปรแกรมผสมผสานระหว่างการรักษาเพื่อเสริมแรงใจกับการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบมีการใช้สารเสพติดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ได้รับการบำบัดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจเพียงอย่างเดียว

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการที่มีการผสมผสานแนวคิดจิตสังคมบำบัด 4 แนวคิดอย่างกลมกลืน กำหนดเป็นแนวทางการบำบัดที่ชัดเจนเพื่อสร้างเสริมแรงใจให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุและผลกระทบจากการเสพยาเสพติด ตลอดจนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม เสริมทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ภายใ้การมีสติรับรู้ขณะจิตและการกระทำ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวสามารถควบคุม ปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมตนเองอย่างเหมาะสม รวมถึงมีทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบเพิ่มขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม จึงทำให้จำนวนผู้ที่กลับไปเสพยาซ้ำน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาเกี่ยวกับจิตสังคมบำบัดในผู้ป่วยเสพยาแอมเฟตามีนที่ผ่านมาว่า การบำบัดรักษาทางจิตสังคมบำบัดแบบผสมผสานหรือการใช้จิตสังคมบำบัดหลายรูปแบบร่วมกันจะให้ผลลัพธ์การบำบัดที่ดีกว่าการใช้เพียงรูปแบบเดียว (กิตต์กวี โพธิ์โน และคณะ, 2561; นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2556; อมาวสี กลั่นกลิ่น, 2559; De Crescenzo, et al., 2018)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่องในระยะ 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อติดตามความยั่งยืนของประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในระยะยาวต่อความตั้งใจในการป้องกันติดยา พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด และการกลับไปเสพยาซ้ำ
2. ควรขยายผลการใช้โปรแกรมฯ ในหน่วยงานอื่นที่มีผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน

โดยอบรมนุเคราะห์ที่จะใช้โปรแกรมฯ ให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการบำบัดตามโปรแกรมฯ เนื้อหากิจกรรม และติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมฯ อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริตีพลัส.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานผลการบำบัดประจำปี 2563. สืบค้นเมื่อ 7 มกราคม 2564, จาก <https://antidrugnew.moph.go.th>
- ก้องเกียรติ อุเต็น, จิรภัทร ประเสริฐศักดิ์ และวุฒิกร จันทรงมี. (2562). ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจภายในตนเองและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- กณณิกา สิทธิพงษ์. (2560). แรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐอนุรักษ์ขอนแก่น. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 5(2), 217-239.
- กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, ปราณ ฉันทพจน์ และสุพัทธา สุขาวห. (2561). ประสิทธิผลของโปรแกรม Co-occurring disorder (COD) Intervention ในการหยุดการเสพยาแอมเฟตามีน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 63(2), 127-140.
- กุสุมา แสงเดือนฉาย. (2553). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดยาและพฤติกรรมที่ไม่ดีซ้ำของผู้ป่วยสุรา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ฉวีวรรณ ปัญญาบุษย์ และกุสุมา แสงเดือนฉาย. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยติดยาแอมเฟตามีน. วารสารกองการพยาบาล, 40(1), 24-38.
- นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2556). การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: ทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด. ธรรมชาติเวชสาร, 13(1), 98-108.
- พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ดันดิรังสี, วรพรรณ จูหา, อธิบ ดันอริย์, ปธานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัยณรงค์รัช และคณะ (2556). ความสุขของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับจิตวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: บิยอนด์พับลิชชิง.
- รุจิรา อาภาบุญพันธ์ุ, สำเนา นิลบรรพ์, นันทนา อินทรพรหม, สมบัติ มากัน และอมวาสี กลั่นสุวรรณ. (2562). ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสติต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(ฉบับพิเศษ), 125-136.
- โรงพยาบาลสวนปรุง. (2564). ผลการปฏิบัติงานประจำปี 2563. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่.
- ศุกร ชินะเกตุ. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพสังกัดอาชีวศึกษา จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์. (2564). ข้อมูลสถิติ จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมดปีงบประมาณ 2560-2563. สืบค้นเมื่อ 7 มกราคม 2565, จาก <http://www.thanyarak.go.th>
- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). ตำราจิตเวชศาสตร์ ฉบับปรับปรุงตาม DSM-V (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7. (2558). สรุปผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2558. ขอนแก่น: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. (2562). แผนงาน Service Plan สาขายาเสพติด เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2562. อุตรธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2564). ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ ประจำปี 2564. กรุงเทพฯ : สำนักปราบปรามยาเสพติด.

อมาวาสี กลั่นสุวรรณ. (2559). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อมาวาสี กลั่นสุวรรณ, นิตยา ตากวิริยะนันท์, และตะวันชัย ภิระมุขพิทักษ์. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่งจังหวัดปทุมธานี. *วารสารกรมการแพทย์* 43(1), 90-95.

เอกอุมา อ้อมคำ. (2556). การบำบัดด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติด: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7), 697-710.

Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Contod, P., Caring, T., et al. (2010). Integrated motivational interviewing and Cognitive Behavior Therapy for people with psychosis and comorbid Substance misuse: Randomized controlled trial. *BMJ*, 1-12.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: basics and beyond* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

D’Zurilla, T. J. (2010). Problem-solving therapy. In K. S. Dobson (Eds). *Handbook of Cognitive-behavioral therapies* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.

De Crescenzo, F., Ciabattini, M., D’Alò, G.L., De Giorgi, R., Del Giovane, C., Cassar, C., & et al. (2018). Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: A systematic review and network meta-analysis. *PLOS Medicine*, 15(12), 1-24.

Hemrungronj, S. (2021). *MoCA-thai* 8.3. Retrieved December 19, 2022, from <http://www.mocatest.org> (In Thai).

Lenz, A. S., Rosenbaum, L., & Sheperis, D. (2016). *Meta-Analysis of Randomized Controlled Trails of Motivational Enhancement Therapy for Reducing Substance Use. Journal of Addictions & Offender Counselling*, 37, 66-86.

Li, L., Zhu, S., Tse, N., Tse, S., & Wong, P. (2015). Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Society for the Study of Addiction*, 2-10.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (1996). Motivational Interviewing: What do people change addictive behavior. Retrieved February 11, 2021, from <http://www.motivationalinterview.org2clinical/whatismi.peoplechange.addict.html>

Ryan, R. M, & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.

Sorsdahl, K., Stein, D.J., Corrigall, J., Cuijpers, P., Smits, N., Naledi, T., et al. (2015). The efficacy of a blended motivational interviewing and problem-solving therapy intervention to reduce substance use among patients presenting for emergency services in South Africa: A randomized controlled trial. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(46), 1-10.

PREVALENCE OF SUBSTANCE USED IN PSYCHIATRIC OUTPATIENT DEPARTMENT, TRANG HOSPITAL

*Porntip Soonue, M.S.N. *, Prapasri Prapakornsakul, M.S.N. *,*

*Pairat Pimon, M.S.N. *, Paijit Phuttharod, Ph.D. ***

Abstract

Objective: To explore the prevalence of substance use in Psychiatric Outpatient Department Trang Hospital.

Methods: This research is a cross-sectional descriptive study. In the sample, all types of substance abusers, except for both new and old that have been diagnosed by psychiatrists as substance abusers. Who came to receive the outpatient psychiatric services Trang Hospital, 233 people. Tools available to ASSIST V2 screening form, Thai language version. Data analysis used demographic statistic such as mean, standard deviation and percentage.

Results: From total subjects of 233 cases, the lifetime and 3-month prevalence of any substances use were 74.70 and 25.20%, respectively. There were classified to low, moderate, and high risky use of any substances as 50.47% 37.26% and 12.26%, respectively. The top of 4 common substances that patients had ever used were amphetamines 40.34%, cigarettes 30.04%, alcohol 21.88%, and marijuana 6.86% respectively. The prevalence of high risky use for methamphetamine, alcohol, cigarettes among psychiatric outpatients were 50%, 14.28% and 39.21% respectively. Prevalence of high risky use for any substances among schizophrenia, bipolar disorder, depressive disorder and adjustment disorder were 100.00%, 100.00%, 62.50% and 35.29%, respectively. Patients with bipolar disorder a demonstrated high-risk use of smoking 42.30%, followed by 25.00% of high-risk depression patients, while 50.00% of patients with depression had high-risk alcohol use. People with adjustment problems were found 29.41%. Most common reasons of substance use were for were for social recreation 53.82% followed for relief from dysphoric mood and loneliness 42.50%.

Conclusion: The lifetime and 3-month prevalence of substance use among psychiatric outpatients were. 74.70 and 25.20% respectively. Prevalence of moderate and high risky use were 63.90 and 35.30% respectively. The most common type of substance that high-risk use pattern was amphetamine (53.52%) and tobacco (42.03%). Therefore, all psychiatric patients should be screened for substance use and results of this study can be used as information in the care plan for patients affected by substance use. And the study of guidelines for Create a specific treatment program to prevent re-use.

Keywords: prevalence, substance used, psychiatric outpatients

*Registered Nurse, Trang Hospital

**Corresponding author: Lecture, Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Trang, e-mail: paijit@bcnt.ac.th

Received: 19 June 2022, Revised: 24 December 2022, Accepted: 31 December 2022

ความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง

พรทิพย์ ชุ่นอื้อ, พย.ม. *, ประภาศรี ประภากรสกุล, พย.ม. *,

ไพรัช พิมล, พย.ม. *, ไพจิตร พุทธรอด, ปร.ค. **

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ใช้สารเสพติดทุกประเภท ยกเว้นสุรา บุหรี่ ทั้งรายใหม่และรายเก่าที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ใช้สารเสพติด ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง จำนวน 233 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรอง ASSIST V2 ฉบับภาษาไทย การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 233 ราย พบความชุกของการใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในช่วงชีวิต และช่วง 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 74.70 และ 25.20 ตามลำดับ และแบ่งระดับความเสี่ยงของการใช้สารเสพติด เป็น เสี่ยงน้อย เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 50.47, 37.26 และ 12.26 ตามลำดับ เมื่อจำแนกชนิดสารเสพติดที่ใช้บ่อย 4 อันดับแรก คือ ยาบ้า สุรา กัญชา คิดเป็นร้อยละ 40.34, 30.04, 21.88 และ 6.86 ตามลำดับ เมื่อจำแนกชนิดสารเสพติดที่ใช้แบบเสี่ยงสูงเรียงลำดับจากมากที่สุด ได้แก่ ยาบ้า สุรา บุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 50.00, 14.28 และ 39.21 เมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรคกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูงพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า และผู้ป่วยที่มีปัญหาการปรับตัว มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูง ร้อยละ 100.00, 92.30, 62.50 และ 35.29 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์มีการสูบบุหรี่แบบเสี่ยงสูงร้อยละ 42.30 รองลงมาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบเสี่ยงสูง ร้อยละ 25.00 ขณะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการใช้สุราแบบเสี่ยงสูงร้อยละ 50.00 รองมาคือผู้ที่มีปัญหาการปรับตัวพบร้อยละ 29.41 เหตุผลการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่คือ เพื่อความสนุกสนานและการเข้าสังคม ร้อยละ 53.82 รองลงมาอยากแก้อาการเบื่อ เซ็ง เหนง ร้อยละ 42.50

สรุป : ความชุกช่วงชีวิตและช่วง 3 เดือนของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เป็นการใช้แบบเสี่ยงปานกลาง และสูง สารเสพติดที่ใช้มากที่สุดแบบเสี่ยงสูงคือ ยาบ้า รองลงมาคือบุหรี่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูง ดังนั้นผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับการคัดกรองการใช้สารเสพติด ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลในวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเสพติด และการศึกษาแนวทางในการสร้างโปรแกรมการบำบัดเฉพาะเพื่อป้องกันการกลับเสพยา

คำสำคัญ : ความชุก, การใช้ยาเสพติด, ผู้ป่วยนอกจิตเวช

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตรัง

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง, e-mail: pajit@bent.ac.th

วันที่รับ: 19 มิถุนายน 2565, วันที่แก้ไข: 24 ธันวาคม 2565, วันที่ตอบรับ: 31 ธันวาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตจากสารเสพติดนับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยประมาณ 29.5 ล้านคน หรือร้อยละ 0.6 ของประชากรผู้ใหญ่ ทั่วโลกกำลังประสบปัญหาจากโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017) และเมื่อพิจารณาสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างปีงบประมาณ 2559 - 2561 พบว่า ผู้ป่วยติดสารเสพติดมารับบริการสูงสุดเป็นอันดับหนึ่ง มีจำนวน 56,887 คน, 359,257 คน และ 606,014 คนตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี (กรมสุขภาพจิต, 2563) ซึ่งรัฐบาลได้กำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ ในการแก้ไขปัญหาสารเสพติด ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยใช้กลไกประชารัฐ ผู้เสพผู้ติดยาเสพติดคือผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดรักษา และอยู่ร่วมกับคนในสังคมโดยไม่ก่อผลกระทบ สถานการณ์ในประเทศไทยยังพบการแพร่ระบาดของยาเสพติดเป็นปัญหาที่สร้างความเดือดร้อน และส่งผลกระทบต่อสังคมชุมชนอย่างมาก ยาเสพติดที่เป็นปัญหาแพร่ระบาดหลัก คือ ยาบ้า รองลงมาคือ กัญชา พิษกระท่อม ไอซ์ และเฮโรอีน ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยประชากรที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดทั้งในมิติของการเสพและกระทำความผิดที่มีอายุไม่เกิน 24 ปี มีสัดส่วนสูง ส่วนใหญ่อายุ 40.00 ยังอยู่ในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ร้อยละ 70.00 ของผู้เข้าไปเกี่ยวข้องกับอาชีพรับจ้าง แรงงาน และเกษตรกร (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ, 2561)

สำหรับสถานการณ์ปัญหาสารเสพติดในพื้นที่จังหวัดตรัง ในระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึง มีนาคม 2562 จากข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดตรัง พบปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดมีทุกอำเภอ โดยเฉพาะอำเภอเมือง อำเภอกันตัง และอำเภอปะเหลียน ซึ่งยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากเป็นอันดับแรกคือ ยาบ้า รองลงมาคือ พิษกระท่อม กัญชาแห้ง และไอซ์ ตามลำดับ และมีการรายงานข้อมูลด้านการบำบัดรักษาจากเวชระเบียน โรงพยาบาลตรัง พบว่าผู้เข้าบำบัดจำนวนมากที่เข้ารับการบำบัดด้วยการใช้สารเสพติดและมีอาการทางจิตร่วมด้วย โดยมีจำนวนผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิต ในปีงบประมาณ 2560 - 2562 จำนวน 145, 147 และ 165 คน ซึ่งจะเห็นว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันพบว่าผู้ใช้ยาเสพติดโดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่มักจะได้รับการวินิจฉัยโรคร่วม (co-occurring substance use disorders: COD disorder) โดยผู้ที่มีการใช้ยาเสพติดในชีวิต (life time substance) ถึงร้อยละ 50.00 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทและโรคทางจิตเวชอื่น ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่ม COD มักมีอัตราการกลับซ้ำสูง และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, และ ปราณี ฉันทพจน์, 2561) ภาวะโรคจิตเวชร่วมกับโรคความผิดปกติของการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กันอย่างมาก เพราะโรคทั้งสองมีผลกระทบซึ่งกันและกันในทางลบโดยเฉพาะด้านการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค ทำให้อาการของโรคทั้งสองแย่ง มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองสูง

การติดสารเสพติดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับแรก ๆ ในผู้ป่วยจิตเวช (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2558)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว การเข้าใจถึงสภาพปัญหาของผู้ใช้สารเสพติดในบริบทพื้นที่จังหวัดจริง จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการบำบัดรักษา ประกอบกับผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ไม่กล้าเปิดเผยตนเอง เพราะสังคมไม่ยอมรับ ทำให้ไม่ได้รับการบำบัดรักษา อีกทั้งสารเสพติดหลายชนิดทำให้เกิดอาการทางจิตได้บ่อย ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสังคมและกฎหมายเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลจิตเวชและรับผิดชอบงานยาเสพติดเห็นความสำคัญในการศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยและพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ใช้สารเสพติดทุกประเภท ยกเว้นสุรา บุหรี่ ทั้งรายใหม่และรายเก่า และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ใช้

สารเสพติด (F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases and related health problems: ICD 10)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ ผู้ใช้สารเสพติดทุกประเภท ยกเว้นสุรา บุหรี่ ทั้งรายใหม่และรายเก่า และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าใช้สารเสพติด (F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases and related health problems: ICD 10) ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2563 จำนวน 233 คน

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยใช้สารเสพติดทั้งรายเก่าและรายใหม่ ที่มารับบริการห้องตรวจจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2563 ไม่จำกัดเพศ อายุ และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) หากกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดเลือกเข้าโครงการ มีปัญหาทางอารมณ์ขณะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือในการระคับระคองทางจิตใจหรือส่งต่อเพื่อการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่จำเป็น และสามารถถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของ

ผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่ ปัจจุบัน เหตุผลของการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองการใช้สารเสพติด แบบเสียงอันตราย ASSIST V2 ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยคณะผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติดของ องค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 - 2550 ประกอบไปด้วย 8 ข้อคำถาม เกี่ยวกับประสบการณ์ การใช้สารเสพติดในช่วงชีวิตของผู้ถูกสัมภาษณ์ และในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา โดยถามความถี่ของการใช้ ความต้องการหรือแรงผลักดันอย่างรุนแรงที่จะใช้สาร ผลกระทบต่อสุขภาพ ความถี่ของการไม่สามารถทำกิจกรรมที่ควรทำได้ตามปกติ เนื่องจาก การใช้สารเสพติด ความเป็นห่วงของคนอื่นต่อการ ใช้สารเสพติด ความพยายามลดหรือหยุดการใช้ สารเสพติดแต่ไม่ประสบความสำเร็จ รวมถึงการใช้ สารเสพติดชนิดฉีด การแปลผลคะแนน แต่ละ คำถามจะมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 0 - 6 คะแนน จุดตัด เพื่อแยกระดับความเสี่ยง แบ่งตามชนิดสารเสพติด คือสุรา ค่าคะแนนระหว่าง 0- 10 หมายถึงเสี่ยง เล็กน้อย คะแนน 11 - 22 หมายถึงเสี่ยงปานกลาง คะแนน 23 ขึ้นไป หมายถึงเสี่ยงสูง ส่วนสารเสพติด ชนิดอื่น ค่าคะแนนระหว่าง 0 - 3 หมายถึงเสี่ยง เล็กน้อย คะแนน 4 - 26 หมายถึงเสี่ยงปานกลาง คะแนน 27 ขึ้นไป หมายถึงเสี่ยงสูง ได้นำแบบคัด กรองนี้ไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดย ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 คน พบว่าได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตาม ขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตรัง เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวม ข้อมูลกับผู้ที่ใช้สารเสพติด แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช
2. หลังได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่ม ตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ กำหนด
3. ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผู้ที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วย นอกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง ประเภทสมัครใจ ประเภทบังคับบำบัดและประเภทต้องโทษ ขอ ความอนุเคราะห์ผู้เข้าร่วมวิจัย ในการเก็บข้อมูล และชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการวิจัย รวมทั้งรายละเอียดของแบบสอบถาม ชี้แจงให้กลุ่ม ตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย การเก็บ รวบรวมข้อมูล การรักษาความลับ และแจ้งให้กลุ่ม ตัวอย่างทราบถึงการมีอิสระที่จะยินยอมหรือ ปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตนเองและจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย
4. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและมี ผู้ช่วยวิจัยอีก 2 ท่านที่ผ่านการฝึกทักษะการใช้ เครื่องมือด้วยการฝึกปฏิบัติจริงช่วยในการเก็บ รวบรวมข้อมูล
5. เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจสอบแบบสอบถาม ทุกฉบับ โดยตรวจสอบความสมบูรณ์ของ แบบสอบถามที่ได้รับ

6. นำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลตรัง เลขที่ ID 046/11-2563 ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2563 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการเขียนอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ลงนามเข้าร่วมวิจัย และแนวทางปฏิบัติในการตอบแบบสอบถามว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถให้ข้อมูลตามความเป็นจริง และไม่มีการระบุชื่อลงในแบบสอบถาม ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนี้ผู้วิจัยจะนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น และนำเสนอผลในภาพรวม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมและยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารเสพติด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.80 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 21 - 30 ปี ร้อยละ 43.70 รองลงมาคือช่วงอายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 29.40 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 72.30 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 77.30 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 47.10 ส่วนใหญ่มี

อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 38.70 และว่างงานไม่มีงานทำ ร้อยละ 37.80 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 76.50 ป่วยเป็นโรคจิตเภทมากที่สุด ร้อยละ 60.90 รองลงมาคือ โรควิตกกังวล ร้อยละ 11.15 สาเหตุของการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่คือเพื่อความสนุกสนานและการเข้าสังคม คิดเป็นร้อยละ 53.82 รองลงมาอยากแก้อาการเบื่อ เซื่องเหงา ร้อยละ 42.50 ตามลำดับ

2. ความชุกและสภาพปัญหาของผู้ใช้สารเสพติด

จากตารางที่ 1 พบว่า ความชุกช่วงชีวิตและช่วง 3 เดือนของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชเป็นแบบอย่างใดอย่างหนึ่งมากที่สุด ร้อยละ 90.98 และ 45.06 ตามลำดับ และระดับความเสี่ยงของการใช้สารเสพติดพบว่า มีระดับความเสี่ยงต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 50.47) และระดับความเสี่ยงสูงน้อยที่สุด (ร้อยละ 12.26) เมื่อจำแนกตามชนิดสารเสพติดที่ใช้บ่อย 5 อันดับแรก คือ ยาบ้า บุหรี่ สุรา กัญชา และสารกลุ่มฝิ่น คิดเป็นความชุกของการใช้ช่วงชีวิตร้อยละ 40.34, 30.04, 21.88, 6.86, และ 0.42 ตามลำดับ ส่วนความชุกช่วง 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 25.75, 6.43, 6.43, และ 0.85 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาชนิดสารเสพติดที่ใช้แบบเสี่ยงปานกลางเรียงลำดับจากมากที่สุด ได้แก่ กัญชา สารกลุ่มฝิ่น โคเคน สุรา ยาบ้า และบุหรี่ คิดเป็นความชุกร้อยละ 100.00, 100.00, 43.13, 13.82 และ 7.14 ตามลำดับ ความชุกของการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูงเรียงลำดับชนิดสารเสพติดจากมากที่สุด ได้แก่ ยาบ้า สุรา และ บุหรี่ คิดเป็นความชุกร้อยละ 50.00, 39.21 และ 14.28 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ความชุกและระดับความเสี่ยงของการใช้สารเสพติดแต่ละชนิดในกลุ่มตัวอย่าง (n = 119)

ชนิด	ช่วงชีวิต		ช่วง 3 เดือน		ระดับความเสี่ยงของการใช้สารเสพติด					
					เสี่ยงต่ำ		เสี่ยงปานกลาง		เสี่ยงสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อย่างใดอย่างหนึ่ง	212	90.98	105	45.06	107	50.47	79	37.26	26	12.26
ยาบ้า	94	40.34	60	25.75	34	36.17	13	13.82	47	50
บุหรี่	70	30.04	15	6.43	55	78.57	5	7.14	10	14.28
สุรา	51	21.88	15	6.43	9	17.64	22	43.13	20	39.21
กัญชา	16	6.86	2	0.85	-	-	16	100	-	-
สารกลุ่มฝิ่น	1	0.42	-	-	-	-	1	100	-	-
โคเคน	1	0.42	-	-	-	-	1	100	-	-

ตารางที่ 2 ความชุกของการใช้สารเสพติดระดับเสี่ยงปานกลางและสูงจำแนกตามการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

โรคจิตเวช	สารอย่างใด อย่างหนึ่ง		ยาบ้า		บุหรี่		สุรา		กัญชา		สารกลุ่มฝิ่น		โคเคน	
	เสี่ยง ปาน กลาง	เสี่ยง สูง	เสี่ยง ปาน กลาง	เสี่ยง สูง	เสี่ยง ปาน กลาง	เสี่ยง สูง	เสี่ยง ปาน กลาง	เสี่ยง สูง	เสี่ยง ปาน กลาง	เสี่ยง สูง	เสี่ยง ปาน กลาง	เสี่ยง สูง	เสี่ยง ปาน กลาง	เสี่ยง สูง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
Schizophrenia (142)	30 (21.12)	112 (78.87)	-	76 (53.52)	20 (14.08)	13 (2.11)	10 (7.04)	8 (5.63)	-	14 (9.80)	-	-	-	1 (0.70)
Bipolar disorder (26)	-	24 (92.30)	-	9 (34.61)	-	11 (42.3)	-	4 (15.38)	-	2 (7.69)	-	-	-	-
Severe depressive (16)	-	10 (62.50)	-	4 (25.00)	-	4 (25.00)	-	8 (50.00)	-	-	-	-	-	-
Adjustment disorder (17)	6 (35.29)	6 (35.29)	-	5 (29.41)	6 (35.29)	-	-	5 (29.41)	-	-	-	1 (5.88)	-	-
Alcohol dependence (32)	6 (18.75)	16 (50.00)	-	10 (31.25)	16 (50.00)	-	-	16 (50.00)	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 2 เมื่อจำแนกพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงปานกลางและสูงกับการวินิจฉัยโรคพบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูงเพียงอย่างเดียวจากการใช้สารเสพติดประเภทยาบ้า กัญชา

สารกลุ่มฝิ่นและโคเคน เมื่อพิจารณาโรคทางจิตเวช พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบใดแบบหนึ่งมากที่สุด โดยพบเป็นแบบเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 78.87 และแบบเสี่ยงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 21.12 พฤติกรรมการใช้

สารเสพติดแบบเสี่ยงสูงเพียงอย่างเดียว พบในผู้ใช้สารเสพติดจากยาบ้า กัญชา และโคเคน คิดเป็นร้อยละ 58.52, 9.80 และ 0.70 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบใดแบบหนึ่งมากที่สุด โดยพบเป็นความเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 92.30 พฤติกรรมการใช้สารเสพติดทุกชนิดพบมีระดับความเสี่ยงสูงเพียงอย่างเดียวในผู้ใช้สารเสพติดจากบุหรี่ ยาบ้า สุรา และกัญชา คิดเป็นร้อยละ 42.30, 34.61, 15.38 และ 7.69 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบใดแบบหนึ่งมากที่สุด โดยพบเป็นความเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 62.50 พฤติกรรมการใช้สารเสพติดทุกชนิดมีระดับความเสี่ยงสูงเพียงอย่างเดียวในผู้ใช้สารเสพติดจากยาบ้า ยาสูบ และกัญชา คิดเป็นร้อยละ 50.00, 25.00 และ 25.00 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการปรับตัว มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบใดแบบหนึ่งมากที่สุด โดยพบเป็นความเสี่ยงสูงและความเสี่ยงปานกลางเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 35.29 พฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบในผู้ใช้สารเสพติดจากยาบ้า สุรา และสารกลุ่มฝิ่น คิดเป็นร้อยละ 29.41, 29.41 และ 5.88 ตามลำดับ และผู้ป่วยติดสุรา มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบใดแบบหนึ่งมากที่สุด โดยพบเป็นความเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 50.00 และความเสี่ยงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 18.75 พฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบความเสี่ยงสูง พบในผู้ใช้สารเสพติดจากสุรา คิดเป็นร้อยละ 50.00 และยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 31.25

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีการ

ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในช่วงชีวิตถึงร้อยละ 90.98 และยังคงใช้ถึงปัจจุบันช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาและยังคงใช้ถึงปัจจุบันช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาพบถึงร้อยละ 45.06 จัดเป็นการใช้แบบเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 37.26 และใช้แบบเสี่ยงสูง ร้อยละ 12.26 สารเสพติดที่นิยมใช้มากที่สุดคือยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 53.52 รองลงมาคือยาสูบ คิดเป็นร้อยละ 42.03 เมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรคกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงปานกลางและสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุด ร้อยละ 78.87 และ 21.12 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ แคนเตอร์และนอร์สตรอม (Cantor-Graae, Nordstrom & McNeil, 2001) ที่พบว่าโรคจิตเภทร้อยละ 31.00 มีประวัติการใช้สารเสพติด และอัตราการใช้สารเสพติดที่มีความรุนแรงมากขึ้นประมาณร้อยละ 50.00 ของผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท รวมทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดมากกว่าผู้ที่ไม่มีการเจ็บป่วยถึง 5.3 เท่า และในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดสามารถกระตุ้นให้อาการทางจิตเพิ่มมากขึ้นได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงปานกลางและสูงมากที่สุด (สมจิตร มณีกันนท์ และ วิจิตรา พิมพะนิคย์, 2557) จากการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่และการเจ็บป่วยทางจิตเวช พบว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่จะสูบบุหรี่สูงและมักสูบบุหรี่ในปริมาณมาก มีการเสพติดนิโคตินในระดับสูงมาก และการสูบบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตโดยตรงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและมีอัตราการ

ฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่มาก เมื่อจำแนกผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีการสูบบุหรี่แบบเสี่ยงสูง ร้อยละ 42.30 รองลงมาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสี่ยงสูง ร้อยละ 25.00 สอดคล้องกับ Genetic Science Learning Center ของมหาวิทยาลัย Utha Health Sciences ว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วชนิดที่ 1 มีความชุกของการติดสารเสพติดมากที่สุดโดยเฉพาะ บุหรี่ถึงร้อยละ 61.00 รองลงมาคือ โรคอารมณ์สองขั้วชนิดที่ 2 พบร้อยละ 48.00 โรคจิตเภทร้อยละ 46.00 โรคซึมเศร้าชนิด Major depressive disorder พบร้อยละ 27.00 เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปพบเพียงร้อยละ 10.00 โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความเครียด ความวิตกกังวลอยู่เดิมนอกจากนี้ระดับนิโคตินที่จะกระตุ้น Low-Affinity Alpha-7 Nicotine Receptors ส่งผลให้อาการทางจิตลดลง ผู้ป่วยจึงมักใช้บุหรี่ในการควบคุมหรือจัดการอาการเจ็บป่วยบางอย่าง (Self-medication) และเพื่อลดผลข้างเคียงจากยาที่รับประทาน (พันธุภากิตติรัตน์ไพบุลย์, วชิระ เฟื่องจันทร์, และ วรวรรณ จูหา, 2556)

จะเห็นได้ว่าเมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรคกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูง พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุด (ร้อยละ 78.87) และชนิดสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ ยาบ้า (ร้อยละ 53.52) สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต (2563) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังรักษามีอาการกำเริบต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกอยู่ที่ร้อยละ 31.00 โดยมีต้นเหตุสำคัญมาจากการใช้สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า สาเหตุที่ผู้ป่วยหันไปเสพยาบ้า ได้แก่ เพื่อให้เกิดมีเมามา ลดความไม่สบายใจ

ความวิตกกังวล ลดความประหม่าในการเข้าสังคม บางรายใช้ลดความไม่สุขสบายจากฤทธิ์ยาและลดอาการประสาทหลอนของตัวเองเมื่อขาดยา ดังนั้นผู้ที่ใช้สารเสพติดมานานและใช้เป็นประจำ จะเกิดผลกระทบด้านสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ ตามมา และยังส่งผลให้มีอาการทางจิต (พันธุภากิตติรัตน์ไพบุลย์, 2552) เมื่อพิจารณาการใช้กัญชาแบบเสี่ยงสูงพบในผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด ร้อยละ 9.80 รองลงมาคือ โรคอารมณ์สองขั้ว พบร้อยละ 7.69 จากการศึกษางานวิจัยพบว่า การใช้กัญชาอาจก่อให้เกิดผลกระทบอันตรายต่อสุขภาพบางประการได้ เช่น การใช้กัญชาอย่างหนักและการเสพติดกัญชาสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเวช (Ksir & Hart, 2016) นอกจากนี้ การใช้กัญชายังเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งในการเกิดโรคจิตเภท โดยพบโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวในกลุ่มผู้ที่มีความเปราะบางที่ใช้กัญชา (Ortiz-Medina, et al, 2018) การเน้นย้ำถึงการใช้สารเสพติดในปริมาณมาก ติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ จะไปทำลายเซลล์ประสาท โดยเซลล์ประสาทที่ถูกทำลายไปแล้วจะเป็นการทำลายแบบถาวร ถ้าไม่รักษาแล้วใช้สารเสพติดเรื่อย ๆ จนเซลล์ประสาทถูกทำลายมาก ๆ กลายเป็นโรคจิตถาวร (กรมการแพทย์, 2563)

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

นำผลจากที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานและใช้การวางแผนดูแลผู้ป่วยและพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาสภาพปัญหาของผู้ใช้สารเสพติดทุกประเภท ไม่ได้เฉพาะเจาะจงสารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง ดังนั้น ควรมีการขยายพื้นที่ในการศึกษาถึงความชุกและสภาพปัญหาของผู้ใช้สารเสพติด

2. ควรมีการศึกษาผลกระทบจากการใช้สารเสพติดเฉพาะเจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่ง และศึกษาเพิ่มเติมถึงการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเสพติด และแนวทางการบำบัดเฉพาะผู้ใช้สารเสพติดเพื่อป้องกันการเสพยา

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2563). สมอคิดยา. สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2563. จาก <http://www.pmindat.go.th>
- กรมสุขภาพจิต. (2563). สถิติการเข้าถึงบริการโรคสำคัญด้านจิตเวช. สืบค้นเมื่อ 19 มกราคม 2563, จาก <https://dmh.go.th/report/datacenter/map/>
- กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, และ ปราณี ฉันทพจน์. (2561). ประสิทธิผลการบำบัด Co-occurring Disorder (COD) Intervention ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(2), 127-140.
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ. (2561). *แผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเร่งด่วนปี 2561*. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2565. จาก [www.nccd.go.th/upload/news/2\(29\)](http://www.nccd.go.th/upload/news/2(29))
- บุญศิริ จันศิริมงคล. (2558). *โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริส จำกัด.
- พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, วชิระ เฟื่องจันทร์, และ วรพรรณ จุฑา. (2556). ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การศึกษาระดับชาติ 2551. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(1), 14-23.
- พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). บทความฟื้นฟูวิชาการเรื่องโรคจิตจากแอมเฟตามีน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 17, 129-48.
- สมจิตร มณีกันนัท และ วิจิตรา พิมพ์นิษฐ์. (2557). ความชุกของการใช้สารเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(4), 371-380.
- Cantor-Graae E, Nordström LG, McNeil TF. (2001). Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophrenia Research*, 48(1), 69-82.
- Genetic Science Learning Center. *Mental Illness: The Challenge of Dual Diagnosis*. Retrieved November 23, 2022. from <http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/mentalillness>
- Ksir, C., & Hart, C. L. (2016). Cannabis and psychosis: a critical overview of the relationship. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 12.
- Ortiz-Medina, M. B., Perea, M., Torales, J., Ventriglio, A., Vitrani, G., Aguilar, L., et al. (2018). Cannabis consumption and psychosis or schizophrenia development. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(7), 690-704.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). *29.5 million people globally suffer from drug use disorders, opioids the most harmful*. Retrieved January 19, 2020. From <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.htm>

FACTORS RELATED TO AGGRESSIVE BEHAVIOR OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AT EMERGENCY PSYCHIATRIC DEPARTMENTS*

Wutthichai Chuanchanok, B.N.S. **, Patraporn Bhatarasakoon, Ph.D. ***, Sombat Skulphan, Ph.D. ****

Abstract

Objective: To study aggressive behavior and the variables that may be associated with aggressive behavior at emergency psychiatric department.

Methods: This research was a descriptive correlation research to study factors related to aggressive behavior of patients with schizophrenia at Emergency Psychiatric Department. The sample consisted of 189 patients with schizophrenia who came to treat at Emergency Psychiatric Department and Distribution by random sampling method of the samples in all 4 regions. Including the northern region 16 people, central region 86 people, northeastern region 55 people and southern region 35 people. The research instruments were: 1) personal information questionnaire, 2) Overt Aggression Scale (OAS) 3) Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) 4) National Emergency Department Overcrowding Study (NEDOCS) and the parity is verified by Cohen's Kappa method's Inter-rater reliability determination of 1. Basic data analysis was done by using descriptive statistic, spearman's rank correlation and logistic regression analysis.

Results: The research findings revealed that 70.4% of males have an average age of 37.3 ± 10.8 years. 62.4% were single, 37.0% and 29.6% in secondary school and primary school, and 83.6% had no history of physical illness. the factors related to aggressive behavior of patients with schizophrenia in the emergency psychiatric department were history of alcohol and drug use. level of mental symptoms service congestion and the type of person who takes the patient to the hospital were statistically significantly correlated to aggressive behaviors among patients with schizophrenia who received service at emergency psychiatric departments.

Conclusion: The research results indicate that The Factors in this study was related to aggressive behavior of patients with schizophrenia in the emergency psychiatric department. Therefore, the research results of this study should be used as a basis for assessing patients with schizophrenic attending the emergency psychiatric department in order to monitor aggressive behavior and provide appropriate care.

Keywords: aggressive behavior, schizophrenia, factors related to aggressive behavior, emergency psychiatric departments

*Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

***Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

****Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received: 2 December 2022, Revised: 3 January 2023, Accepted: 9 January 2023

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน*

วุฒิชัย ขวนชนก, พย.บ.**, ภัทราภรณ์ ภัทรสกุล, Ph.D.***, สมบัติ สกุลพรรณ, Ph.D.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน

วิธีการศึกษา : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการที่แผนกจิตเวชฉุกเฉิน จำนวน 189 คน โดยแบ่งด้วยวิธีการสุ่มหาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ 16 คน ภาคกลาง 86 คน ภาคอีสาน 55 คน และภาคใต้ 32 คน ประเมินโดยใช้เครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว 3) แบบประเมินสภาพจิต และ 4) แบบวัดความแออัดในแผนกฉุกเฉิน ผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงกันด้วยการหาค่า Inter-rater reliability ของเครื่องมือวิธี Cohen's Kappa ได้ค่าเท่ากับ 1 วิเคราะห์ใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.4 อายุเฉลี่ย 37.3 ± 10.8 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 62.4 ระดับชั้นมัธยมศึกษาและประถมศึกษา ร้อยละ 37.0 และ 29.6 ตามลำดับ และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ร้อยละ 83.6 ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน พบว่าประวัติการใช้สุราและสารเสพติด ระดับอาการทางจิต ความแออัดของสถานบริการและประเภทผู้นำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป : ผลที่ได้จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน ดังนั้นควรมีการนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการในแผนกจิตเวชฉุกเฉินเพื่อเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมก้าวร้าว, โรคจิตเภท, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว, แผนกจิตเวชฉุกเฉิน

*วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบค้น สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับ: 2 ธันวาคม 2565, วันที่แก้ไข: 3 มกราคม 2566, วันที่ตอบรับ: 9 มกราคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม ได้แก่ หลงผิด หูแว่ว อารมณ์แปรปรวน โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทประมาณ 20 ล้านคน (WHO, 2019) จากการศึกษาวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า ลักษณะของโรคจิตเภทจะมีความอดทนต่อความกดดันทางจิตใจน้อย และบกพร่องในการควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองจึงแสดงออกมาในลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว (Chan, Lu, Tseng, & Chous, 20003) ร่วมกับพยาธิสภาพของสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่สมองส่วน Limbic system มีความผิดปกติ ทำให้การควบคุมอารมณ์บกพร่อง (Hamid & Daulima, 2018) ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างเฉียบพลันเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความก้าวร้าว และส่วนใหญ่จะมีทั้งก้าวร้าวทางคำพูด การกระทำต่อร่างกายตนเองและผู้อื่น รวมไปถึงวัตถุสิ่งของ (Yudofsky, Silver, & Jackson, 1986) และมีความชุกของอุบัติการณ์เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของโรคจิตเภทสูงถึงร้อยละ 33.3 (Li et al., 2020) เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยถูกนำส่งมายังแผนกจิตเวชฉุกเฉินเพื่อทำการรักษาภาวะวิกฤติฉุกเฉินดังกล่าวในสถาบันฯ/โรงพยาบาลจิตเวช

การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้การช่วยเหลือตนเองในด้านต่าง ๆ มีความบกพร่อง และยังเป็นอันตรายต่อตัวเองเมื่อควบคุมตนเองไม่ได้ และผลกระทบด้าน

ครอบครัวในเรื่องความหวาดกลัวของบุคคลในครอบครัวที่ต้องใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท รวมไปถึงผลกระทบต่อด้านสังคมย่อมเกิดการไม่ยอมรับเนื่องจากความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชุมชน ความเสียหายจากพฤติกรรมของผู้ป่วย และที่สำคัญคือผลกระทบต่อผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ มีทั้งผลกระทบด้านจิตใจที่ทำให้เกิดความหวาดกลัวในการให้บริการผู้ป่วยดังกล่าว จนถึงขั้นผลกระทบต่อร่างกายที่เกิดการได้รับบาดเจ็บ ความพิการ และที่ร้ายแรงที่สุดคืออาจได้รับอันตรายถึงชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษาในแผนกจิตเวชฉุกเฉินมีหลายปัจจัย ได้แก่ ประวัติการใช้สุราและสารเสพติด มีผลกระตุ้นจิตและประสาท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาได้ถึง 2.33 เท่า (Rund, 2018) ระดับอาการทางจิตของโรคจิตเภท พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเนื่องจากระดับของอาการทางจิตเป็นผลมาจากความคิดและการรับรู้ที่ผิดปกติ ทำให้การปรับตัวบกพร่อง (สุกโชติ สิงห์กันต์, 2558) และมีการศึกษาพบว่า ความแออัดในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน มีผลต่อการกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความไม่พอใจ หงุดหงิดใจ และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาได้ (Angland, Dowling, & Casey, 2014) และปัจจัยที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องด้านการนำส่งผู้ป่วยมาแผนกจิตเวชฉุกเฉินของโรงพยาบาล หรือวิธีการมารับบริการประเภทต่าง ๆ ได้แก่ การมารับบริการด้วยตัวเอง

หรือการนำส่งด้วยบุคคลหรือหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ตำรวจ มูลนิธิ เป็นต้น โดยมีการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วง 1 ปี หน่วยงาน ประเทชนักปฏิบัติการณ์ฉุกเฉินการแพทย์ และ เจ้าหน้าที่ตำรวจ มีอุบัติการณ์เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกจิตเวชฉุกเฉินสูงที่สุดถึง ร้อยละ 44.1 เมื่อเทียบกับการมารับบริการประเภทอื่น (Hyland, Watts, & Fry, 2016)

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการ ศึกษาในต่างประเทศพบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เท่านั้นและในประเทศไทยยังพบการศึกษาเรื่องนี้ น้อย การศึกษาในครั้งนี้จะทำให้เข้าใจถึงลักษณะ ของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชและปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในแผนก จิตเวชฉุกเฉิน โดยจะศึกษาในตัวแปรที่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบในแผนก จิตเวชฉุกเฉินที่ได้ทำการศึกษาในต่างประเทศ ดังกล่าวข้างต้น และพบว่าเป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้อง และสามารถจัดการได้ในบริบทของประเทศไทย เช่นกัน เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้นและ สามารถนำข้อมูลมาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาการ ช่วยเหลือผู้ป่วยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อไป โดย ตัวแปรที่จะนำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ 1) ประวัติ การใช้สุราและสารเสพติด 2) ความแออัดของสถาน บริการ และ 3) ระดับอาการทางจิตของโรคจิตเภท 4) ประเภทผู้นำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยคาดว่า ข้อมูลจากผลการวิจัยครั้งนี้จะสามารถอธิบาย ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชขณะรับ บริการที่แผนกจิตเวชฉุกเฉินได้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแล ผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

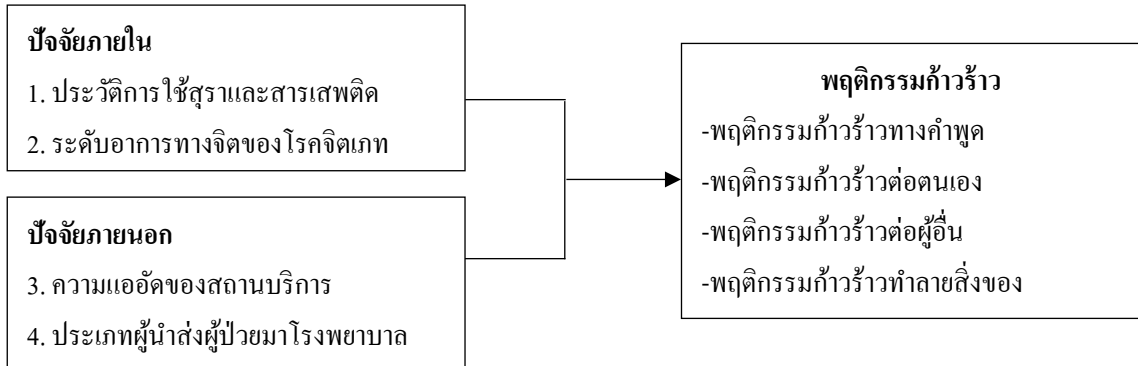
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย โรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประวัติการใช้สุราและสารเสพติด ระดับอาการทางจิตของโรคจิตเภท ความแออัดของ สถานบริการ และประเภทผู้นำส่งผู้ป่วยมารับบริการ กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภททั้งก่อนและ ขณะรับบริการในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน

คำถามการวิจัย

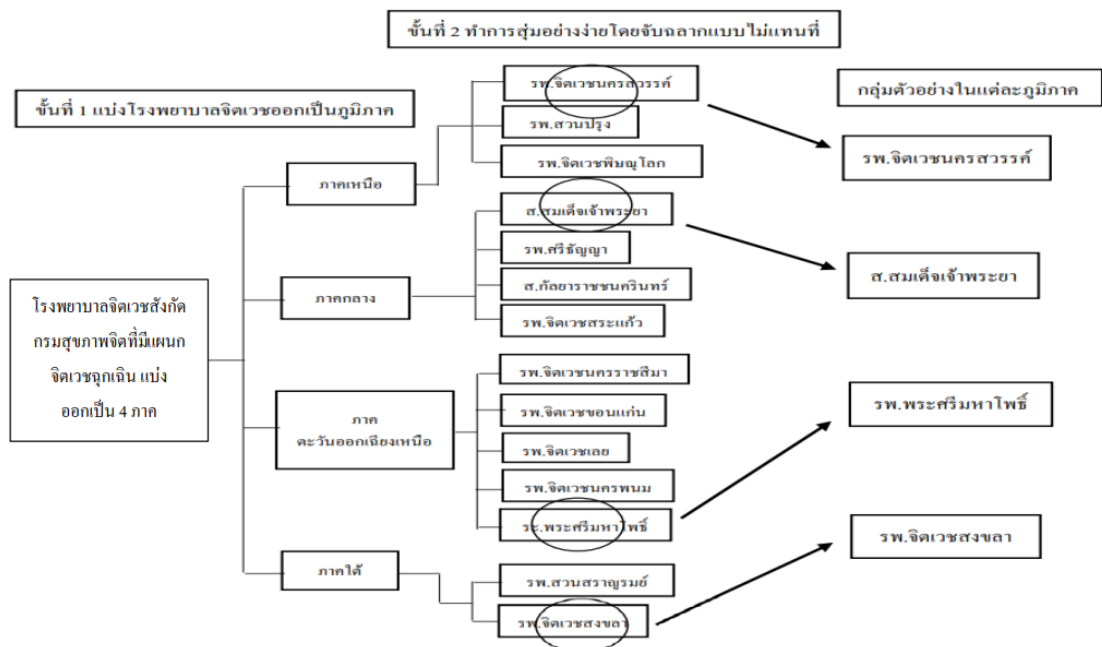
1. พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทใน แผนกจิตเวชฉุกเฉินเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประวัติการใช้ สุราและสารเสพติด ระดับอาการทางจิตของโรคจิตเภท ความแออัดของสถานบริการ และประเภทผู้นำส่ง ผู้ป่วยมารับบริการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภททั้งก่อนและขณะรับบริการ ในแผนกจิตเวชฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหา ความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกจิตเวช



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ประชากร ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder-5: DSM-5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision: ICD-10) หมวด F 20 ที่มารับบริการแผนกจิตเวชฉุกเฉิน ของสถาบันฯ/โรงพยาบาลจิตเวชผู้ใหญ่ สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกจิตเวชฉุกเฉินของโรงพยาบาลจิตเวชผู้ใหญ่อายุ 18-59 ปี มีญาติหรือผู้ดูแลสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีญาติหรือผู้ดูแลให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแทนผู้ป่วยได้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder-5: DSM-5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision: ICD-10) หมวด F20
2. มีอายุ 18 - 59 ปี
3. มีญาติหรือผู้ดูแลสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. มีญาติหรือผู้ดูแลให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแทนผู้ป่วยได้

ร่วมการวิจัยแทนผู้ป่วยได้

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. สุ่มเลือกโรงพยาบาลจิตเวชผู้ใหญ่อายุ 18-59 ปี สังกัดกรมสุขภาพจิต ที่มีแผนกจิตเวชฉุกเฉินและมีผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมารับบริการ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ภาค โดยผู้วิจัยได้ทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) ได้จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนินทร์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลานครินทร์ ดังภาพที่ 2

2. นำกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาหาสัดส่วนด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน (proportional random sampling) จากประชากรทั้ง 4 แห่ง ดังนี้

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่มารับบริการในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน ใช้การประมาณค่าความชุก โดยใช้สูตร Finite population proportion (Wayne & Chad, 2018) ได้ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 189 คิดเป็นค่าสัดส่วนร้อยละ 2.82 จากนั้นนำมาหาสัดส่วนแต่ละพื้นที่ พบว่าต้องเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเลขที่รับรอง 020/2565 จากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับการอนุมัติการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่รับรอง 026/2565 จากกรมสุขภาพจิต

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลจิตเวช

โรงพยาบาลจิตเวช 4 ภาค	จำนวนผู้ป่วยจิตเภท ที่รับบริการในปี 2563	สูตรการหาสัดส่วน	จำนวนตัวอย่าง (ราย)
โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนินทร์	544 ราย	$(554 \times 2.82)/100$	16 ราย
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	3,037 ราย	$(3,037 \times 2.82)/100$	86 ราย
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	1,963 ราย	$(1,963 \times 2.82)/100$	55 ราย
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลานครินทร์	1,135 ราย	$(1,135 \times 2.82)/100$	32 ราย
รวม	6,679 ราย		189 ราย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองมีการ
แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน
วิจัย การเก็บความลับของข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัย
ประโยชน์ของการวิจัย พร้อมอธิบายให้ทราบถึง
สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยสามารถยินยอมหรือ
ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาของการวิจัย และ
ผู้วิจัยคำนึงถึงความปลอดภัยในสถานการณ์การ
แพร่ระบาด โดยศึกษาและปฏิบัติตามแนวทาง
ปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่ระบาด
ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็น
แบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ
เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติ
การเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ประวัติการใช้สุราและ
สารเสพติดและประเภทผู้นำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

2. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief
Psychotic Rating Scale: BPRS) พัฒนาขึ้น โดย
โอเวอร์วอลล์และกอร์แฮม (Overall & Gorham,
1962) แปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์ธนา กิตติรัตน

ไพบุลย์ (2545) เป็นแบบประเมินอาการทางจิตของ
ผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด
18 ข้อ ในแต่ละอาการจะมีลักษณะตัวเลือกเป็น
แบบเลือกตอบได้ 7 ตัวเลือก ซึ่งคิดเป็นคะแนน
ตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง
18 - 126 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมากกว่า 36 คะแนน
แสดงว่ามีอาการของโรคระดับมาก เป็นเครื่องมือ
มาตรฐานเพื่อใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย
โรคจิตเภท ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content
validity index: CVI) จากการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ .82

3. แบบรวบรวมข้อมูลความแออัดที่ห้อง

ฉุกเฉิน (National Emergency Department overcrowding
Study [NEDOCS]) (Weiss et al., 2004) แปลโดย
พงษ์ลัดดา ปาระลี และชัชฌาญ์ แพรวขาว (2563)
โดยการคำนวณในแต่ละเวรที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น
ประเมินโดยผู้วิจัยและนำข้อมูลตัวเลขมาคำนวณ
ตามสูตรของเครื่องมือ โดยผลคะแนนรวมตั้งแต่
101 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความแออัด จากนั้นนำ
ผลที่ได้มาคิดคะแนนโดยคะแนนตั้งแต่ 101
คะแนนขึ้นไป ถือว่า มีความแออัดของสถานบริการ

ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) จากการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ .86

4. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggression Scale: OAS) พัฒนาโดยโยคอฟสกี และคณะ (Yudofsky et al., 1986) แปลเป็นภาษาไทย โดยกษพงศ์ สารการ (2542) เป็นแบบประเมินโดยใช้ผู้สังเกตการณ์ที่มีประสบการณ์และผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและลงคะแนนในแบบประเมิน ในแบบประเมินได้แบ่งพฤติกรรมก้าวร้าวออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด โดยให้คะแนน 1 - 4 คะแนน 2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง โดยให้คะแนน 2 - 5 คะแนน 3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น โดยให้คะแนน 3 - 6 คะแนน และ 4) พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ โดยให้คะแนน 1 - 6 คะแนน และในแต่ละด้านจะนำข้อที่มีน้ำหนักคะแนนมากที่สุดมาคิดคะแนน และนำคะแนนแต่ละด้านมารวมกันเป็นคะแนนรวมของพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 21 คะแนน โดย 0 คะแนนหมายความว่า ไม่มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว 1 - 7 คะแนน หมายความว่า มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อย 8 - 14 คะแนน หมายความว่า มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง 15 - 21 คะแนน หมายความว่า มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) จากการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ .89

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) 2) และแบบประเมินพฤติกรรม

ก้าวร้าว (Overt Aggression Scale: OAS) นำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติการคัดเข้าของงานวิจัย ที่แผนกจิตเวชฉุกเฉิน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 5 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างคนละกลุ่มกับที่ผู้วิจัยทำการศึกษา เนื่องจากผู้วิจัยได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 4 โรงพยาบาล จึงได้มีการตรวจสอบค่าความเท่าเทียมกันด้วยการหาค่า Inter-rater reliability ของเครื่องมือทั้ง 3 ด้วยวิธี Cohen's Kappa โดยการประเมินระหว่างจิตแพทย์และผู้วิจัย ได้เท่ากับ 1 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (ประสพชัย พูนนท์, 2558)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. จัดทำหนังสือเรียนผู้อำนวยการของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล หลังได้รับการอนุมัติให้เข้าเก็บข้อมูล มีการแนะนำตัวผู้วิจัย และชี้แจงรายละเอียดกับหัวหน้าแผนกจิตเวชฉุกเฉินของแต่ละโรงพยาบาล

2. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ 2) ผ่านหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต หลักสูตร 4 เดือนขึ้นไป ตามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต และ 3) มีประสบการณ์และปฏิบัติงานอยู่ที่แผนกจิตเวชฉุกเฉินเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี โดยช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวกให้ผู้วิจัยในการลงพื้นที่แต่ละโรงพยาบาลเพื่อทำการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยมีการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย

ในครั้งนี้ และการเก็บข้อมูลกับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย การขอความร่วมมือในการทำวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจ กรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลไม่ยินยอม ผู้วิจัยแสดงความเคารพสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ถามเหตุผลของการไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

4. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภททุกรายที่มารับบริการในแผนกจิตเวชฉุกเฉินในช่วงเวลาเช้า เวลา 8:00 น. ถึง 16:00 น. และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมินสภาพจิต แบบประเมินความแออัด และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว และรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและสมุดบันทึกทางการแพทย์

5. เมื่อรวบรวมข้อมูลแล้ว ตรวจสอบความถูกต้องอย่างถี่ถ้วน ก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน ได้แก่ ปัจจัยด้านประวัติการใช้สุราและสารเสพติด และปัจจัยด้านประเภทผู้นำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติ chi-square test สำหรับปัจจัยด้านระดับอาการทางจิตของโรคจิตเภท และปัจจัยด้านระดับความแออัดของสถานบริการ นำไปทดสอบการแจกแจง พบว่ามีการแจกแจงของ

ข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงเลือกใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) จากนั้นวิเคราะห์เพื่อหาระดับความสัมพันธ์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในแผนกจิตเวชฉุกเฉินจำนวน 189 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 133 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.4 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 18 - 40 ปี จำนวน 118 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.4 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 41 - 59 ปี จำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.6 มีสถานภาพโสดมากที่สุดจำนวน 118 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.4 รองลงมาเป็นสถานภาพสมรส จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.0 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.0 รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา จำนวน 56 ราย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย จำนวน 158 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.6

2. พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 162 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.7 โดยระดับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 97 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง จำนวน

61 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.6

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด จำนวน 161 ราย คิดเป็น ร้อยละ 99.4 และน้อยที่สุดเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มี พฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.1 นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยจิตเภทที่ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่า 2 ด้าน จำนวน 102 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.0

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนก จิตเวชฉุกเฉิน

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยด้านประวัติการ

ใช้สุราและสารเสพติด มีความสัมพันธ์กับการเกิด พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนก จิตเวชฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์และใช้ สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรม ก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวช ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value = 0.003) และปัจจัยด้านประเภทผู้นำส่งผู้ป่วย มาโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรม ก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวช ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < 0.001)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท (n = 189)

พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว	27	14.3
มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว	162	85.7
มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับน้อย	97	60.0
มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง	61	37.6
มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง	4	2.4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว (n = 162)

พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด	161	99.4
พฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ	18	11.1
พฤติกรรมก้าวร้าวร่างกายตนเอง	37	22.8
พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น	94	58.0
พฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่า 2 ด้าน	102	63.0

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประวัติการใช้สุราและสารเสพติดและประเภทผู้นำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน (n = 189)

ปัจจัย	พฤติกรรมก้าวร้าว		p-value
	มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน (ร้อยละ)	
ประวัติการใช้สุราและสารเสพติด			
ไม่มีประวัติ	58 (35.8)	18 (66.7)	.003*
มีประวัติ	104 (64.2)	9 (33.3)	
ประเภทผู้นำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล			
บิดา หรือมารดา	30 (18.5)	6 (22.2)	< .001*
ญาติ	42 (25.9)	17 (63.0)	
เจ้าหน้าที่ตำรวจ	41 (25.3)	0 (0)	
หน่วยกู้ภัย หรือมูลนิธิ	37 (22.8)	2 (7.4)	
นักปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน	10 (6.2)	0 (0)	
อื่น ๆ	2 (1.2)	2 (7.4)	

*p < 0.05

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน (n = 189)

ปัจจัย	พฤติกรรมก้าวร้าว		ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R)	p-value
	มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีพฤติกรรม จำนวน (ร้อยละ)		
อาการทางจิตของโรคจิตเภท				
ระดับอาการเล็กน้อย	21 (13.0)	25 (92.6)	0.478	< .001*
ระดับอาการมาก	141 (87.0)	2 (7.4)		
ความแออัดของสถานบริการ				
ไม่แออัด	50 (30.9)	18 (66.7)	0.391	< .001*
แออัด	112 (69.1)	9 (33.3)		

*p < 0.05

ตารางที่ 6 ระดับความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน (n = 189)

ปัจจัย	พฤติกรรมก้าวร้าว		Crude OR (95% CI)	p-value
	มีพฤติกรรมก้าวร้าว	ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว		
	(n = 162)	(n = 27)		
อาการทางจิตของโรคจิตเภท				
ระดับอาการเล็กน้อย	21 (13.0)	25 (92.6)	1.00	
ระดับอาการมาก	141 (87.0)	2 (7.4)	83.92 (18.51,380.49)*	< .001*
ความแออัดของสถานบริการ				
ไม่แออัด	50 (30.9)	18 (66.7)	1.00	< .001*
แออัด	112 (69.1)	9 (33.3)	4.48 (1.88,10.65)*	
ประวัติการใช้สุราและสารเสพติด				
ไม่มีประวัติ	58 (35.8)	18 (66.7)	1.00	< .001*
มีประวัติ	104 (64.2)	9 (33.3)	3.59 (1.51, 8.49)*	
ประเภทผู้นำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล				
บิดา หรือมารดา	30 (18.5)	6 (22.2)	1.00	.112
ญาติ	42 (25.9)	17 (63.0)	0.494 (0.174,1.4)	.185
เจ้าหน้าที่ตำรวจ	41 (25.3)	0 (0)	-	.998
หน่วยกู้ภัย หรือมูลนิธิ	37 (22.8)	2 (7.4)	3.7 (0.696,19.68)	.125
นักปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน	10 (6.2)	0 (0)	-	.999
อื่น ๆ	2 (1.2)	2 (7.4)	0.2 (0.023, 1.71)	.142

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 5 ปัจจัยด้านอาการทางจิตของโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < 0.001) และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน ที่ระดับ .05 ($r = 0.478$) และ

ปัจจัยด้านความแออัดของสถานบริการ มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < 0.001) และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน ที่ระดับ .05 ($r = 0.391$)

จากตารางที่ 6 พบว่า ปัจจัยด้านอาการทางจิตของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับอาการทางจิตสูงจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ 83.92 เท่าของผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับอาการทางจิตน้อย (95% CI = 18.51, 380.49) ปัจจัยด้านความแออัดของสถานบริการมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการในสถานบริการที่มีระดับความแออัดสูงจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ 4.48 เท่าของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในสถานบริการที่ไม่แออัด (95% CI = 1.88, 10.65) และปัจจัยด้านประวัติการใช้สุราและสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการใช้สุราและสารเสพติดจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ 3.59 เท่าของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีประวัติการใช้สุราและสารเสพติด (95% CI = 1.51, 8.49)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามคำถามการวิจัยที่ตั้งไว้ดังนี้

1. กลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.3 แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับน้อย จำนวน 97 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.8 แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง จำนวน 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.6 และการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.4 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเอธิโอเปีย ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวสูงถึงร้อยละ 26.6 (Araya, Ebememek, & Getachew, 2020) และการศึกษาของลี และคณะ (Li et al., 2020) ที่ศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความชุกของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศจีน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในหลายลักษณะสูงถึงร้อยละ 33.3 ทั้งพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ก้าวร้าวต่อบุคคลและทรัพย์สิน จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทั้ง 162 ราย จากการศึกษาครั้งนี้สามารถจำแนกพฤติกรรมก้าวร้าวออกเป็น 4 ลักษณะตามนิยามของยูโดฟสกี (Yudofsky et al., 1986) และผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางด้านคำพูด เช่น ตะโกนเสียงดัง ด่าหยาบคาย พุดจาบหมิ่น หรือสาปแช่ง จำนวน 161 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.4 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ เช่น การปิดหรือถีบประตู ขว้างปาข้าวของ ฉีกเสื้อผ้า หรือวางเพลิงเผาวัตถุต่างๆ จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง เช่น หยิก ข่วนตนเอง เอาศีรษะโขกกับวัตถุ กำปั้นทุบสิ่งของ ใช้อาวุธกรีดตนเอง หรือทำร้าย

ตนเองด้วยวิธีรุนแรงอื่น ๆ จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.8 และผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น เช่น มีท่าทางคุกคามคนอื่น ผลัก ดึงแขน หรือการทำร้ายด้วยวิธีต่าง ๆ ให้ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บ จำนวน 94 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.0 นอกจากนั้นยังมีผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่า 2 ลักษณะ เช่น มีคำหยาบคายร่วมกับคุกคามผู้อื่นหรือตนเอง และการทำลายสิ่งของ จำนวน 102 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.0 จะเห็นได้ว่าลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวแต่ละด้านมีความสอดคล้องกับการศึกษาความชุกในประเทศไทยที่ศึกษาถึงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ร้อยละ 42.5 ของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และยังแบ่งออกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวตามลักษณะ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางด้านคำพูด ร้อยละ 28.8 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ ร้อยละ 18.3 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง ร้อยละ 26.9 และผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น ร้อยละ 26 และยังทำการศึกษาค้นคว้าความชุกพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้าย ร้อยละ 17.2 (มณฑาทิพย์ ชัยเปรม, 2554) และยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของประเทศไทยที่ทำการศึกษอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการรวบรวมการรายงานผลการวิจัยถึง 10 รายงานที่พบว่าผลรวมของความชุกของการเกิดพฤติกรรม

ก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท สูงถึง ร้อยละ 33.3 โดยแบ่งออกตามลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ร้อยละ 42.6 พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน ร้อยละ 23.8 พฤติกรรมก้าวร้าวแบบอัตโนมัติหรือต่อตนเอง ร้อยละ 23.5 และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น ร้อยละ 23.7 (Li et al., 2020)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประวัติการใช้สุราและสารเสพติด ระดับอาการทางจิตของโรคจิตเภท ความแออัดของสถานบริการ และประเภทผู้นำส่งผู้ป่วยมารับบริการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉินอธิบายได้ว่า

2.1 ปัจจัยด้านประวัติการใช้สุราและสารเสพติด ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สุราและสารเสพติดสูงถึง ร้อยละ 64.2 และพบว่ามีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกจิตเวชฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = .003$) และจากผลการศึกษารังนี้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการใช้สุราและสารเสพติดจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้มากถึง 3.59 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีประวัติการใช้สุราและสารเสพติด ($OR = 3.59, 95\%CI = 1.88, 8.49$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัน (Rund, 2018) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตช่วงแรกพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ($OR = 2.33$) ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์ในปัจจุบันมีการเข้าถึงการใช้สุราและสารเสพติดได้ง่าย ส่งผลให้

ผู้ป่วยจิตเภทมีตัวกระตุ้นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทชนิดต่าง ๆ เป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท

2.2 ปัจจัยด้านระดับอาการทางจิตของโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวส่วนใหญ่มีระดับอาการทางจิตในระดับมากสูงถึงร้อยละ 87.0 รองลงมาเป็นอาการทางจิตระดับเล็กน้อย และพบว่ามีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกจิตเวชฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value = .003) และยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับอาการทางจิตระดับคะแนนสูงมีโอกาสดแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับอาการทางจิตเล็กน้อย ($OR = 83.92$, 95%CI = 18.51, 380.49) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชของประเทศจีนพบว่า ปัจจัยที่สำคัญส่วนใหญ่ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาเป็นผลมาจากระดับของอาการทางจิตที่รุนแรงและส่วนใหญ่เป็นอาการทางบวก (Krakowski & Czobor, 2012) ทั้งนี้ด้วยลักษณะของโรคจิตเภทจะมีความอดทนต่อความกดดันทางจิตใจน้อย และบกพร่องในการควบคุมอารมณ์โกรธของตนเอง จึงแสดงออกมาในลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว ประกอบกับพยาธิสภาพของสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่สมองส่วน Limbic system มีความผิดปกติ ทำให้การควบคุมอารมณ์บกพร่อง

2.3 ปัจจัยด้านความแออัดของสถานบริการ พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในสถานบริการที่แออัดสูงถึงร้อยละ 69.1 และมีความสัมพันธ์กับการเกิด

พฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกจิตเวชฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < 0.001) โดยสถานบริการที่มีความแออัดพบพฤติกรรมก้าวร้าว 4.48 เท่าของสถานบริการที่ไม่มีมีความแออัด สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ของสถานที่แออัดกับพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกวิกฤตทางจิตเวชของโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศสวีเดนพบว่า หลังจากติดตามใน 25 สัปดาห์ ในแผนกวิกฤตจิตเวช ความแออัดที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (Palmstierna, Huitfeldt, & Wistedt, 1991)

2.4 ปัจจัยด้านประเภทผู้นำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่ถูกนำส่งโดยญาติ เจ้าหน้าที่ตำรวจ และการนำส่งโดยหน่วยกู้ภัยหรือมูลนิธิ รองลงมาเป็นการนำส่งจากบิดาหรือมารดา และการนำส่งประเภทอื่น ๆ ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านประเภทผู้นำส่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < 0.001) มีการศึกษาพบว่าประเภทการนำส่งผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกจิตเวชฉุกเฉินได้ จากการศึกษาของคอเซ่และกวานี่ (Dhossche & Ghani, 1998) ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 311 รายในแผนกจิตเวชฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสโตนี บรู๊ค ลอง ไอแลนด์ เมืองนิวยอร์ก (The University Hospital at Stony Brook, Long Island, New York) พบว่า เจ้าหน้าที่ตำรวจที่จับกุมผู้ป่วยนำส่งมายังแผนกจิตเวชฉุกเฉิน

โดยผู้ป่วยมักจะถูกจำกัดพฤติกรรมมา มีความเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวขณะรับบริการอยู่ที่แผนกจิตเวชฉุกเฉินสูงถึงร้อยละ 40.0 เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นหลังของอุบัติการณ์เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเซนต์วินเซนต์ เมืองเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย ตั้งแต่ปี ค.ศ 2013 ถึง ค.ศ 2014 พบว่า การนำส่งผู้ป่วยมาที่แผนกฉุกเฉินโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยอย่างมาก ($OR = 2.95$, $p < 0.05$) (Ewing, Phillipou, & Castle, 2018)

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาลในแผนกจิตเวชฉุกเฉินเพื่อรับรู้และเข้าใจถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทและสามารถเลือกวิธีการให้การพยาบาลหรือออกแบบบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ก้าวร้าวในแผนกจิตเวชฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

ด้านการบริหาร เป็นข้อมูลพื้นฐานเสนอต่อผู้บริหารในการปรับปรุงโครงสร้างแผนกจิตเวชฉุกเฉิน เพื่อขยายหน่วยงาน บริหารระบบบริการและอัตรากำลังในการรองรับการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว

ด้านการวิจัย ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน และปัจจัยทำนายความรุนแรงของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ที่มีความเฉพาะเจาะจงในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน

เอกสารอ้างอิง

- กษพงศ์ สารการ. (2542). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากร โรงพยาบาลพระศรี มหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประสพชัย พสุนนท์. (2558). การประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินโดยใช้สถิติแคปปา. *วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์*, 8(1), 2-20.
- พงษ์ลัดดา ประที และ ชักเคณห์ แพรขาว. (2563). ปัจจัยทำนายการเกิดความแค้นที่ห้องฉุกเฉินใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 40(2), 52-65.
- พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2545). *โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PASS*. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง. มณฑาทิพย์ ชัยเปรม. (2554). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 4(1-3), 58-66.
- ศุภโชค สิงห์กันต์. (2558). พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง. ใน นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ (บรรณาธิการ). *จิตเวชศิริราช DSM-5*. กรุงเทพฯ: ประชุมสาส์นไทยการพิมพ์.
- Angland, S., Dowling, M., & Casey, D. (2014). Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. *International Emergency Nursing*, 22(3), 134-139.
- Araya, T., Ebememek, E., Getachew, R. (2020). Prevalence and Associated Factors of Aggressive Behavior among Patients with Schizophrenia at Ayder Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia. *Biomed Research International*. doi: 10.1155/2020/7571939.

- Chan, H. Y., Lu, R. B., Tseng, C. L., & Chou, K. R. (2003). Effectiveness of the anger-control program in reducing anger expression in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(2), 88-95.
- Dhossche, D. M., & Ghani, S. O. (1998). Who brings patients to the psychiatric emergency room? Psychosocial and psychiatric correlates. *General Hospital Psychiatry*, 20(4), 235-240.
- Ewing, C., Phillipou, A., & Castle, D. (2018). An audit of patient aggression in an adult psychiatric unit: 2013-2014. *Australasian Psychiatry*, 26(1), 34-37.
- Hamid, A. Y. S., & Daulima, N. H. C. (2018). The experience of restraint-use among patients with violent behaviors in mental health hospital. *Enfermeria Clinica*, 28 (Suppl 1), 295-299.
- Hyland, S., Watts, J., & Fry, M. (2016). Rates of workplace aggression in the emergency department and nurses' perceptions of this challenging behavior: A multimethod study. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19(3), 143-148.
- Krakowski, M. I., & Czobor, P. (2012). Executive function predicts response to antiaggression treatment in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(1), 74-80.
- Li, W., Yang, Y., Hong, L., An, F. R., Ungvari, G. S., Ng, C. H., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of aggression in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Asian Journal of Psychiatry*, 47, 101846.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799-812.
- Palmstierna, T., Huitfeldt, B., & Wistedt, B. (1991). The relationship of crowding and aggressive behavior on a psychiatric intensive care unit. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(12), 1237-1240.
- Rund, B. R. (2018). A review of factors associated with severe violence in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(8), 561-571.
- Wayne, W. D., & Chad, L.C. (2018). *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences* (11th ed.). New York: Wiley & Sons.
- Weiss, S. J., Derlet, R., Arndahl, J., Ernst, A. A., Richards, J., Fernández-Frackelton, et al. (2004). Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medical centers: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Academic Emergency Medicine*, 11(1), 38-50.
- World Health Organization. (2019). *Schizophrenia*. Retrieved 25 Oct 2021, from <https://www.who.int/news/room/factsheets/detail/schizophrenia>
- Yudofsky, S., Silver, J. M., & Jackson, W. (1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143, 35-39.

RELATIONSHIP BETWEEN GOOD PERSON AND HAPPINESS AMONG UNDERGRADUATE STUDENTS, WALAILAK UNIVERSITY

*Usa Nuampet, M.N.S. *, Nabila Leekitkoson, M.N.S. **,*

*Saifon Aekwarangkoon, Ph.D. ***, Nathjanan Sobmoh, M.B.A. *****

Abstract

Objective: This research was cross-sectional study to study the level and the relationship between good person and happiness among undergraduate students, Walailak University.

Methods: Research participants were recruited by a specific sampling method. A total of 1,539 of undergraduate students. The research instruments 1) demographic data, 2) good person and 3) happiness measurement form. The data were analyzed using frequency, percentage, average, standard deviation, and Fisher's Exact Test.

Results: Overall students recognize being a good person at the high level, with the highest level in Health Science disciplines, followed by Social Sciences and Humanities disciplines, and Science and Technology disciplines, respectively. Students have the most recognize being a good person in the part of team working and relationships, followed by responsibility, and honesty, respectively. The mean score of students' happiness levels were at the high level, with the highest level in Health Science disciplines, followed by Social Sciences and Humanities disciplines, and Science and Technology disciplines, respectively. Students have the most happiness in the part of peer relationships followed by a warm family, and security and student's behaviors, respectively. Being a good person of the three groups were significantly associated with happiness ($p = 0.000$).

Conclusion: Developing the traits of being a good person enhances students' happiness.

Keywords: good person, happiness, student, desired characteristics of graduate, caring system

**Lecturer, School of Nursing, Walailak University*

***Corresponding author: Lecturer, School of Nursing, Walailak University, e-mail: nbla.yy@gmail.com*

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

*****Officer, School of Laws, Walailak University*

Received: 2 September 2022, Revised: 3 January 2023, Accepted: 9 January 2023

ความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นคนดีกับความสุ ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

อุษา น่วมเพชร, พย.ม.*, นานีลา ลีกิจโกศล, พย.ม.**,
สายฝน เอกวางกูร, ปร.ค.***, ณัฐชนนย์ สบเหมาะ, บธ.ม.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเป็นคนดี ความสุข และความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นคนดีกับความสุของนักศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

วิธีการศึกษา : ประชากรเป็นนักศึกษาปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จำนวน 1,539 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเป็นคนดี และแบบสอบถามความสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติฟิชเชอร์

ผลการศึกษา : นักศึกษารับรู้ความเป็นคนดีในระดับมาก กลุ่มสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพรับรู้ความเป็นคนดีสูงสุด รองลงมา กลุ่มสำนักวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ และกลุ่มสำนักวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ตามลำดับ นักศึกษารับรู้ความเป็นคนดีด้านความสามารถในการทำงานเป็นทีมและการอยู่ร่วมกันมากที่สุด รองลงมา ด้านความรับผิดชอบ และด้านความซื่อสัตย์ ตามลำดับ ด้านความสุขพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสุขของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก กลุ่มสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีคะแนนความสุขมากที่สุด รองลงมา กลุ่มสำนักวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ และกลุ่มสำนักวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ตามลำดับ นักศึกษามีความสุขด้านการอยู่ร่วมกันของนักศึกษามากที่สุด รองลงมาด้านครอบครัวที่อบอุ่น และด้านความปลอดภัยและพฤติกรรมของนักศึกษา ตามลำดับ ความเป็นคนดีและความสุของนักศึกษาทั้ง 3 กลุ่มมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$)

สรุป : การพัฒนาคุณลักษณะของการเป็นคนดีจะเสริมสร้างให้นักศึกษามีความสุข

คำสำคัญ : ความเป็นคนดี, ความสุข, นักศึกษา, คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์, ระบบดูแล

*อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, e-mail: nbla.yy@gmail.com

***รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

****เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป สำนักวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

วันที่รับ: 2 กันยายน 2565, วันที่แก้ไข: 3 มกราคม 2566, วันที่ตอบรับ: 9 มกราคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

การผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพเป็นภารกิจหลักของมหาวิทยาลัยตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) มีหลักการ “ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา มุ่งสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับคนไทย พัฒนาคนให้มีความเป็นคนที่สมบูรณ์” (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) ขณะที่แผนพัฒนาการศึกษากระทรวงศึกษาธิการฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) มีวิสัยทัศน์ “มุ่งพัฒนาผู้เรียนให้มีความรู้คู่คุณธรรม มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขในสังคม” (สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, 2559) และแผนอุดมศึกษาระยะยาว 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพมนุษย์มุ่ง “ปฏิรูปการเรียนรู้ พัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต คนไทยที่มีคุณธรรม มีวินัย เคารพกฎหมาย มีทักษะในศตวรรษที่ 21 สร้างสุขภาวะที่ดี และความอยู่ดีมีสุข” (สำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา, 2561) ภารกิจเป้าหมายทั้ง 3 ส่วนสอดคล้องกับเป้าประสงค์ของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ซึ่งตระหนักถึงความสำคัญต่อการเสริมสร้างพัฒนาคุณภาพชีวิตนักศึกษาให้เป็นทั้งคนดีและคนเก่ง ตลอดจนพัฒนาคุณภาพด้านความสุขให้แก่นักศึกษา การเริ่มต้นให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่แรกเข้าด้วยการทำความเข้าใจคุณลักษณะของนักศึกษาเป็นกลยุทธ์สำคัญของการพัฒนานักศึกษาให้เก่ง ดี มีความสุข ของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (ส่วนส่งเสริมและพัฒนานักศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, 2559)

ผลการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือ

ของส่วนส่งเสริมและพัฒนานักศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2559 พบว่านักศึกษาเผชิญปัญหาด้านการเรียน การขาดความสุข การปรับตัว ความสัมพันธ์ และปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 15 ของกลุ่มที่เผชิญปัญหาได้รับการดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ และรับการดูแลต่อเนื่อง ปัญหาดังกล่าวพบมากในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบการเรียนและการใช้ชีวิต (ส่วนส่งเสริมและพัฒนานักศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, 2559) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 ต้องเผชิญภาวะเครียด วิตกกังวล ผักผ่อนไม่เพียงพอ จากการต้องปรับตัวกับระบบการเรียนที่แตกต่างจากระดับมัธยมศึกษา เกิดความสุขน้อยกว่าชั้นปีอื่น ๆ และความสุขส่งผลโดยตรงกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมใจ วิจิตรกุล, 2557) นอกจากนี้ความสามารถในการปรับตัวของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การตกออกกลางคัน ขาดความสุข ปัญหาสุขภาพจิต ส่งผลกระทบต่อทั้งบุคคล ครอบครัว และสถาบันการศึกษา (ชูใจ ช่วชู และคณะ, 2564)

ตัวชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนานักศึกษาคือคุณลักษณะที่พึงประสงค์นอกจากการสนับสนุนให้นักศึกษาจบหลักสูตรได้อย่างมีคุณภาพตามระยะเวลาที่กำหนด เป้าหมายสำคัญที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายตระหนัก คือความสามารถพัฒนานักศึกษาให้เป็นคนดีและมีความสุขควบคู่กับการเป็นคนเก่ง ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความสุขคือปัจจัย

สำคัญต่อการใช้ชีวิตของนักศึกษา การศึกษาของ จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และคณะ (2559) พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสุขต่อการเรียนรู้และการใช้ชีวิต และนักศึกษาแต่ละกลุ่มสำนักวิชามีความสุขแตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่พบว่าความสุขของนักศึกษาสัมพันธ์กับความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ส่งผลให้สามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ วิภาพร วรหาญ และวิพร เสนารักษ์, 2554) นอกจากนี้ ความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษายังเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านตัวตนของนักศึกษา ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านเพื่อน ด้านการปรับตัวทางสังคม ด้านอาจารย์ผู้สอน กระบวนการจัดการเรียนการสอน ด้านครอบครัว ด้านการอบรมเลี้ยงดู ด้านมหาวิทยาลัย และด้านการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมเสริมของมหาวิทยาลัย (พัชรินทร์ ชมภูวิเศษ และ กฤตญ์ ชมภูวิเศษ, 2564) วิศรดา อัสวศิริโรจน์ (อ้างใน จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และคณะ, 2559) แบ่งองค์ประกอบความสุขออกเป็น 8 ด้าน คือ การมีความมั่นคงในชีวิต มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี มีครอบครัวอบอุ่น มีการศึกษาและกิจกรรมที่ดี มีที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมธรรมชาติที่ดี ความปลอดภัยและพฤติกรรมของนักศึกษา ความภาคภูมิใจในตนเอง และการอยู่ร่วมกันของนักศึกษา การศึกษาแนวคิดความสุขจึงมีมุมมองที่หลากหลายทั้งด้านความคิด อารมณ์ จิตใจ บริบทด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม เพื่อให้สามารถวัดความสุขของนักศึกษาได้อย่างครอบคลุม

ปัจจัยสำคัญอีกประการที่มีอิทธิพลต่อ

ภาวะสุขภาพจิตและการดำเนินชีวิตของบุคคล คือ การเป็นคนดี แนวคิดด้านจิตวิทยากล่าวถึงพื้นฐานของมนุษย์กับการมีภาวะความดีงามภายในจิตใจ ความสามารถสัมผัสพลังชีวิตด้านบวกภายในตนเองอย่างเข้าใจช่วยให้บุคคลรู้สึกสุขสงบ มั่นคง ไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิต (Wang, Tian, Guo, & Huebner, 2020) ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเป็นคนดี ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ ความมีวินัย ความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบ ความสามารถในการจัดการตนเอง ความมีจิตอาสา ความมีจิตสำนึกสาธารณะ ความประหยัดและพอเพียง และสามารถในการทำงานเป็นทีมและอยู่ร่วมกัน ปัจจัยภายในด้านสภาวะจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความเป็นคนดีดังกล่าวเป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาเชิงบวกที่อธิบายถึงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมด้านบวกที่เกี่ยวข้องกับตนเองและผู้อื่น รวมทั้งยังมีความเชื่อมโยงกับความสุข คุณภาพชีวิต ศักยภาพในการเรียนรู้ การเติบโต และการใช้ชีวิตอย่างมั่นคง (จิราภรณ์ คำทา และสมบัติ วรันทนวัตร, 2559; ส่วนส่งเสริมและพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, 2559; สุวิทย์ จันทร์เพชร ณรงค์ฤทธิ์ ปริสุทธีกุล และเทพยุดา เผื่อคง, 2564)

การรับรู้ความเป็นคนดีมีความเชื่อมโยงกับความสุข และการพัฒนาคุณลักษณะทั้ง 2 ประการสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนานักศึกษาตามปณิธานของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ที่มุ่งเน้นพัฒนานักศึกษาทั้งด้านเก่ง ดี มีความสุขไปพร้อมกัน การพัฒนาความเป็น “คนดี” ของบัณฑิตมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ คือ ความเป็นคนทันสมัยในฐานะพลเมืองและพลโลกที่มีอุดมการณ์ประชาธิปไตย รู้รอบ มี

ทัศนคติกว้างไกล มีมโนธรรมคุณธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ มีความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและสังคมส่วนรวม มีภาวะผู้นำ มีจิตอาสา และมีสำนึกสาธารณะ ส่วนการพัฒนาบัณฑิตให้มี “ความสุข” คือ การมีความสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเข้าใจ เท่าทัน และมีความสุข พัฒนาสุขภาวะของตนเอง เข้าถึงทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ด้านการศึกษาและการดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข ผลการศึกษาพบว่าความสุขช่วยให้นักศึกษาลดความตึงเครียด มีทัศนคติที่ดี สามารถแสดงออกทางอารมณ์และทัศนคติเชิงบวก รวมทั้งช่วยทำให้เกิดสุขภาวะและการปรับตัวให้เข้ากับชีวิตในมหาวิทยาลัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Joodat, & Zarbakhsh, 2015; Seligman, & Csikszentmihalyi, 2014)

การศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสนใจกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและในกลุ่มนักศึกษาที่ผ่านการเรียนมาแล้วในระยะเวลาหนึ่ง มีการศึกษาจำนวนจำกัดที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความดีและความสุข มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ตระหนักถึงความสำคัญในการเสริมสร้าง พัฒนาคุณภาพชีวิตนักศึกษาให้เป็นทั้งคนดีและคนเก่ง ตลอดจนพัฒนาคุณภาพทางด้านความสุขให้แก่นักศึกษา ผู้วิจัยในฐานะเป็นทีมงานระบบดูแลและเสริมสร้างศักยภาพนักศึกษาให้เก่ง ดี มีความสุข ของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์มองเห็นความสำคัญของการศึกษาการเป็นคนดี ความสุข และความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะดังกล่าวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและออกแบบระบบการจัดการให้เกิดผลดีต่อทั้งการเรียนการสอนและระบบสนับสนุนเพื่อให้เกิด

ความสุข ลดปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับนักศึกษา ให้เป็นมหาวิทยาลัยแห่งการบ่มเพาะและผลิตบัณฑิตที่พึงประสงค์ให้กับสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความเป็นคนดีและความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นคนดีกับความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทำความเข้าใจลักษณะของนักศึกษาที่สัมพันธ์กับการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 คือพื้นฐานที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนานักศึกษาให้สามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสบความสำเร็จตามแผน และเกิดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตอบ โจทย์สังคมอย่างแท้จริง ผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ลักษณะบุคคลที่มีความสำคัญต่อกระบวนการพัฒนานักศึกษา ระดับอุดมศึกษา ประกอบด้วย ความเป็นคนดี มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตผ่านความคิด ความรู้สึก และความคาดหวัง บุคคลที่สามารถสัมผัสความดีงามซึ่งเป็นทรัพยากรด้านบวกภายในจิตใจอย่างเข้าใจช่วยทำให้เกิดความรู้สึกสุขสงบและมั่นคง ความสุข และส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้สำหรับนักศึกษา (จิรภา คำทา และสมบัติ วรินทร์นุวัตร, 2559; ส่วนส่งเสริมและพัฒนานักศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์,

2559; สุวิทย์ จันทร์เพชร และคณะ, 2564)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ปีการศึกษา 2561 จาก 13 สำนักวิชาที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 1,539 คน รวบรวมข้อมูลด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและรับคืนโดยผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด และแบบเลือกตอบจำนวน 6 ข้อ คือ เพศ อายุ สำนักวิชา ศาสนา เกรดเฉลี่ย และความพึงพอใจของค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเป็นคนดี พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งการประเมินเป็น 8 ด้าน ประกอบด้วย ความมีวินัย ความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบ ความสามารถในการจัดการตนเอง ความมีจิตอาสา ความมีจิตสำนึกสาธารณะ ความประหยัดและพอเพียง และความสามารถในการทำงานเป็นทีมและอยู่ร่วมกัน ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ค่าคะแนนระหว่าง 0 - 10 คะแนน 0 คือ ไม่มีลักษณะตามข้อความนั้นเลย คะแนน 10 คือ มีลักษณะตามข้อความมากที่สุด คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 120 คะแนน แปลความหมายเป็น 3 ระดับ คือ รับรู้ความเป็นคนดีระดับน้อย (0 -

40 คะแนน) ระดับปานกลาง (41 - 80 คะแนน) และระดับมาก (81 - 120 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสุข ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความสุขของวิศรา อัสวศิริโรจน์ (อ้างในจิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และคณะ, 2559) แบ่งการประเมินเป็น 8 ด้าน คือ ความมั่นคงในชีวิต สุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ครอบครัวอบอุ่น การศึกษาและกิจกรรมที่ดี ที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมธรรมชาติที่ดี ความปลอดภัยและพฤติกรรมของนักศึกษา ความภาคภูมิใจในตนเอง และการอยู่ร่วมกันของนักศึกษา ข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ ค่าคะแนนระหว่าง 0 - 10 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 270 คะแนน แปลความหมายเป็น 3 ระดับ คือ ความสุขระดับน้อย (0 - 90 คะแนน) ระดับปานกลาง (91 - 180 คะแนน) และระดับมาก (181 - 270 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความถูกต้องของโครงสร้าง เนื้อหา และภาษาของแบบสอบถามส่วนที่ 1 - 3 โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กและวัยรุ่นจำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบดูแลนักศึกษา ระดับอุดมศึกษาจำนวน 3 ท่าน จากนั้นปรับแก้เนื้อหาตามข้อเสนอแนะ นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มนักศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายของการศึกษากครั้งนี้ จำนวน 30 ราย และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ส่วนที่ 2 - 3 เท่ากับ 0.86 และ 0.82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ WUEC-18-060-01 รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ.2561 ผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาและผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ แนวทางความร่วมมือ ประโยชน์ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การมีอิสระในการเข้าร่วม และปฏิเสธการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ พร้อมสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย กรณีสมัครใจ ผู้เข้าร่วมมีการเซ็นยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร การนำเสนอผลการวิจัยเป็นไปในภาพรวม ข้อมูลวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ เอกสารทั้งหมดจะถูกทำลายหลังงานวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ความเป็นคนดี และความสุข ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความเป็นคนดีกับความสุข ใช้การทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 1,539 คน จาก 13 สำนักวิชา คิดเป็นร้อยละ 70.47 ของจำนวนนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.20 อายุระหว่าง 18 - 22 ปี (Mean = 18.81, SD = 0.62) ปี ร้อยละ

49.40 ศึกษาในกลุ่มสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ กลุ่มสำนักวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ และกลุ่มสำนักวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ร้อยละ 49.97, 35.54 และ 14.49 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 76.80 ร้อยละ 53.54 มีเกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 2.50 - 3.49 ร้อยละ 74.92 มีค่าใช้จ่ายเพียงพอ

2. การรับรู้ความเป็นคนดีและความสุขของนักศึกษา

นักศึกษามีการรับรู้ความเป็นคนดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.40 (Mean = 102.43, SD = 20.81) กลุ่มสำนักวิชาที่มีคะแนนการรับรู้ความเป็นคนดีรวมทุกองค์ประกอบสูงสุดคือ กลุ่มสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ รองลงมาคือ กลุ่มสำนักวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ และ กลุ่มสำนักวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คิดเป็นร้อยละ 93.20, 90.10 และ 88.30 ตามลำดับ

องค์ประกอบความเป็นคนดีสูงสุดที่ได้แก่ด้านความสามารถในการทำงานเป็นทีมและการอยู่ร่วมกัน และด้านความรับผิดชอบ ร้อยละ 91.40 เท่ากัน รองลงมาคือ ด้านความซื่อสัตย์ ร้อยละ 91.10 เมื่อพิจารณาในการรับรู้ความเป็นคนดีในแต่ละกลุ่มสำนักวิชา พบว่า กลุ่มสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีการรับรู้ความเป็นคนดีในระดับมากสูงสุดคือ ด้านความซื่อสัตย์ ร้อยละ 93.60 รองลงมาคือ ด้านความสามารถในการจัดการตนเอง ร้อยละ 93.50 และด้านความสามารถในการทำงานเป็นทีม และการอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 93.40 กลุ่มสำนักวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีการรับรู้ความเป็นคนดีในระดับมาก สูงสุดคือ ด้านความรับผิดชอบ

คิดเป็นร้อยละ 90.10 ด้านความสามารถในการทำงานเป็นทีมและการอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 88.30 และด้านความซื่อสัตย์ ร้อยละ 87.40 สำหรับกลุ่มสำนักวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มีการรับรู้ความเป็น

คนดีในระดับมากที่สุดคือ ด้านความสามารถในการทำงานเป็นทีมและการอยู่ร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 89.90 ด้านความรับผิดชอบ ร้อยละ 89.20 และด้านความซื่อสัตย์ ร้อยละ 89.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้ระดับความเป็นคนดี จำแนกตามองค์ประกอบความเป็นคนดี และกลุ่มสำนักวิชา (n = 1,539)

องค์ประกอบ ความเป็นคนดี	ระดับการเป็น คนดี	กลุ่มสำนักวิชา จำนวน (ร้อยละ)			รวม (n = 1,539)
		วิทยาศาสตร์	วิทยาศาสตร์	สังคมศาสตร์และ	
		สุขภาพ (n = 769)	และเทคโนโลยี (n = 223)	มนุษยศาสตร์ (n = 547)	
ด้านที่ 1 ความมีวินัย					
	น้อย	28 (3.60)	12 (5.40)	35 (6.40)	75 (4.90)
	ปานกลาง	29 (3.80)	17 (7.60)	38 (6.90)	84 (5.50)
	มาก	712 (92.60)	194 (87.00)	474 (86.70)	1,380 (89.70)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)
ด้านที่ 2 ความซื่อสัตย์					
	น้อย	24 (31.00)	11 4.90)	33 (6.00)	68 (4.40)
	ปานกลาง	25 (3.30)	17 (7.60)	27 (4.90)	69 (4.50)
	มาก	720 (93.60)	195 (87.40)	487 (89.00)	1,402 (91.10)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)
ด้านที่ 3 ความรับผิดชอบ					
	น้อย	26 (3.40)	11 (4.90)	31 (2.00)	68 (4.40)
	ปานกลาง	26 (3.40)	11 (4.90)	28 (5.10)	65 (4.20)
	มาก	717 (93.20)	201 (90.10)	488 (89.20)	1,460 (91.40)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)
ด้านที่ 4 ความมีจิตอาสา					
	น้อย	26 (3.40)	12 (5.40)	32 (5.90)	70 (4.50)
	ปานกลาง	39 (5.10)	31 (13.90)	40 (7.30)	110 (7.10)
	มาก	704 (91.50)	180 (80.70)	475 (86.80)	1,359 (88.30)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้ระดับความเป็นคนดี จำแนกตามองค์ประกอบความเป็นคนดี และกลุ่มสำนักวิชา (n = 1,539) (ต่อ)

องค์ประกอบ ความเป็นคนดี	ระดับการเป็น คนดี	กลุ่มสำนักวิชา จำนวน (ร้อยละ)			รวม (n = 1,539)
		วิทยาศาสตร์ สุขภาพ (n = 769)	วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี (n = 223)	สังคมศาสตร์และ มนุษยศาสตร์ (n = 547)	
ด้านที่ 5 ความสามารถในการทำงานเป็นทีมและอยู่ร่วมกัน					
	น้อย	24 (3.10)	10 (4.50)	29 (5.30)	63 (4.10)
	ปานกลาง	27 (3.50)	16 (7.20)	26 (4.80)	69 (4.50)
	มาก	718 (93.40)	197 (88.30)	492 (89.90)	1,407 (91.40)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)
ด้านที่ 6 ความสามารถในการจัดการตนเอง					
	น้อย	24 (3.10)	11 (4.90)	29 (4.20)	64 (4.20)
	ปานกลาง	26 (3.40)	16 (7.20)	37 (6.80)	79 (5.10)
	มาก	719 (93.50)	196 (78.90)	481 (87.90)	1,369 (90.70)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)
ด้านที่ 7 ความมีจิตสำนึกสาธารณะ					
	น้อย	24 (3.10)	12 (5.40)	31 (5.70)	67 (4.40)
	ปานกลาง	39 (5.10)	17 (7.60)	40 (7.30)	96 (6.20)
	มาก	706 (91.80)	194 (87.00)	476 (87.00)	1,376 (89.40)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)
ด้านที่ 8 ความประหยัดและพอเพียง					
	น้อย	24 (3.10)	10 (4.50)	31 (5.70)	65 (4.20)
	ปานกลาง	41 (5.30)	27 (12.10)	38 (6.90)	106 (6.90)
	มาก	704 (91.50)	186 (83.40)	478 (87.40)	1,368 (88.90)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)
รวมทุกองค์ประกอบ (Mean = 102.43 คะแนน SD = 20.81)					
	น้อย	24 (3.10)	10 (4.50)	30 (5.50)	64 (4.20)
	ปานกลาง	28 (3.60)	16 (7.20)	24 (4.40)	68 (4.40)
	มาก	717 (93.20)	197 (88.30)	493 (90.10)	1,407 (91.40)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)

ด้านความสุข พบว่า นักศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 83.50 (Mean = 210.19, SD = 50.08) กลุ่มสำนักวิชาที่มีความสุขทุกองค์ประกอบในระดับมาก สูงที่สุดคือ กลุ่มสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 87.00 รองลงมาคือ กลุ่มสำนักวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ร้อยละ 80.80 และกลุ่มสำนักวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ร้อยละ 78.00

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของความสุขที่อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านการอยู่ร่วมกันของนักศึกษา ร้อยละ 86.40 รองลงมาคือ ด้านครอบครัวที่อบอุ่น ร้อยละ 84.90 และด้านความปลอดภัยและพฤติกรรมของนักศึกษา ร้อยละ 84.50 เมื่อพิจารณาความสุขแต่ละกลุ่มสำนักวิชา พบว่า กลุ่มสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีความสุขระดับมากที่สุด คือ ด้านการอยู่ร่วมกันของนักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 90.00 รองลงมาคือ ด้านครอบครัวที่อบอุ่น ร้อยละ 88.90 และด้านความปลอดภัยและพฤติกรรมของ

นักศึกษา ร้อยละ 87.80 กลุ่มสำนักวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีความสุขระดับมากที่สุด คือ ด้านการอยู่ร่วมกันของนักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 81.20 รองลงมาคือด้านครอบครัวที่อบอุ่น และด้านการศึกษาและกิจกรรมที่ดี คิดเป็นร้อยละ 80.30 เท่ากัน สำหรับกลุ่มสำนักวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มีความสุขระดับมากที่สุดคือ ด้านการอยู่ร่วมกันของนักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 83.50 รองลงมาคือ ด้านความปลอดภัยและพฤติกรรมของนักศึกษา ร้อยละ 81.70 และด้านการศึกษาและกิจกรรมที่ดี ร้อยละ 81.40 ดังตารางที่ 2

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นคนดีกับความสุขของนักศึกษา

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นคนดีทั้งในภาพรวม และแยกแต่ละองค์ประกอบ 8 ด้านกับความสุขของนักศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของระดับความสุข จำแนกตามองค์ประกอบความสุขและกลุ่มสำนักวิชา (n = 1,539)

องค์ประกอบ ความสุข	ระดับของ ความสุข	กลุ่มสำนักวิชา จำนวน (ร้อยละ)			รวม (n = 1,539)
		วิทยาศาสตร์	วิทยาศาสตร์	สังคมศาสตร์และ	
		สุขภาพ	และเทคโนโลยี	มนุษยศาสตร์	
		(n = 769)	(n = 223)	(n = 547)	
ด้านที่ 1 ความมั่นคงในชีวิต					
	น้อย	59 (7.70)	23 (10.30)	61 (9.30)	143 (9.30)
	ปานกลาง	171 (22.20)	61 (27.40)	146 (26.70)	378 (24.60)
	มาก	539 (70.10)	139 (62.30)	340 (62.20)	1,018 (66.10)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของระดับความสุข จำแนกตามองค์ประกอบความสุขและกลุ่มสำนักวิชา (n = 1,539) (ต่อ)

องค์ประกอบ ความสุข	ระดับของ ความสุข	กลุ่มสำนักวิชา จำนวน (ร้อยละ)			รวม (n = 1,539)
		วิทยาศาสตร์ สุขภาพ (n = 769)	วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี (n = 223)	สังคมศาสตร์และ มนุษยศาสตร์ (n = 547)	
ด้านที่ 2 สุขภาพกายและจิตที่ดี					
	น้อย	49 (6.40)	24 (10.80)	59 (10.80)	132 (8.60)
	ปานกลาง	247 (32.10)	79 (35.40)	169 (30.90)	495 (32.20)
	มาก	473 (61.50)	120 (53.80)	319 (58.30)	912 (59.30)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)
ด้านที่ 3 ครอบครัวที่อบอุ่น					
	น้อย	40 (5.20)	16 (7.20)	45 (8.20)	101 (6.60)
	ปานกลาง	45 (5.90)	28 (12.60)	59 (10.80)	132 (8.60)
	มาก	684 (88.90)	179 (80.30)	443 (81.00)	1,306 (84.90)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)
ด้านที่ 4 การศึกษาและกิจกรรมที่ดี					
	น้อย	34 (4.40)	16 (7.20)	43 (7.90)	93 (6.00)
	ปานกลาง	75 (9.80)	28 (12.60)	59 (10.80)	162 (10.50)
	มาก	660 (85.80)	179 (80.30)	445 (81.40)	1,284 (83.40)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)
ด้านที่ 5 ที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมธรรมชาติที่ดี					
	น้อย	37 (4.80)	18 (8.10)	50 (9.10)	105 (6.80)
	ปานกลาง	95 (12.40)	33 (14.80)	68 (12.40)	196 (12.70)
	มาก	637 (82.80)	172 (77.10)	429 (78.40)	1,238 (80.40)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)
ด้านที่ 6 ความปลอดภัยและพฤติกรรมของนักศึกษา					
	น้อย	33 (4.30)	15 (6.70)	50 (9.10)	98 (6.40)
	ปานกลาง	61 (7.90)	30 (13.50)	50 (9.10)	141 (9.20)
	มาก	675 (87.80)	178 (79.80)	447 (81.70)	1,300 (84.50)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของระดับความสุข จำแนกตามองค์ประกอบความสุขและกลุ่มสำนักวิชา (n = 1,539) (ต่อ)

องค์ประกอบ	ระดับของ	กลุ่มสำนักวิชา จำนวน (ร้อยละ)			รวม
		วิทยาศาสตร์	วิทยาศาสตร์	สังคมศาสตร์และ	
		สุขภาพ	และเทคโนโลยี	มนุษยศาสตร์	
ความสุข	ความสุข	(n = 769)	(n = 223)	(n = 547)	(n = 1,539)

ด้านที่ 7 ความภาคภูมิใจในตนเอง					
	น้อย	37 (4.80)	18 (8.10)	44 (8.00)	99 (6.40)
	ปานกลาง	93 (12.10)	45 (20.20)	100 (18.30)	238 (15.50)
	มาก	639 (83.10)	160 (71.70)	430 (73.70)	1,202 (78.10)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)
ด้านที่ 8 การอยู่ร่วมกันของนักศึกษา					
	น้อย	32 (4.20)	12 (5.40)	39 (7.10)	83 (5.40)
	ปานกลาง	45 (5.90)	30 (13.50)	51 (9.30)	126 (8.20)
	มาก	692 (90.00)	181 (81.20)	457 (83.50)	1,330 (86.40)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)
รวมทุกองค์ประกอบ (Mean = 210.19, SD = 50.08)					
	น้อย	31 (4.00)	13 (5.80)	43 (7.90)	87 (5.70)
	ปานกลาง	69 (9.00)	36 (16.10)	62 (11.30)	167 (10.90)
	มาก	669 (87.00)	174 (78.00)	442 (80.80)	1,285 (83.50)
	รวม	769 (50.00)	223 (14.50)	547 (35.50)	1,539 (100.00)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษครั้งนี้พบว่านักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ รับรู้ความเป็นคนดีโดยภาพรวมทุกองค์ประกอบในระดับมากร้อยละ 91.40 สะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาส่วนใหญ่รับรู้และให้คุณค่าต่อตนเองในด้านบวก อาจเนื่องจากนักศึกษาอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย และก้าวสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นกลุ่มวัยที่มีอุดมการณ์ มุ่งมั่นในจริยธรรม ต้องการการยอมรับและเป็น

ส่วนหนึ่งจากกลุ่มเพื่อน อาจารย์ สังคม ส่งผลให้เกิดการพัฒนาลักษณะการเป็นคนดีของสังคม (จิรภา คำทา และสมบัติ วรินทร์นุวัตร, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิทย์ จันทรเพ็ชร และคณะ (2564) ที่พบว่านักศึกษาระดับปริญญาตรีมีพฤติกรรมเชิงจริยธรรมโดยภาพรวมในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสำนักวิชาพบว่า กลุ่มสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีคะแนนการรับรู้ความเป็นคนดีสูงสุด รองลงมา คือ กลุ่มสำนักวิชาสังคมศาสตร์และ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของความเป็นคนดี กับความสุขของนักศึกษา จำนวนตามกลุ่มด้านศึกษา

องค์ประกอบ ของความเป็นคนดี	วิทยาลัยสุภาพ (n = 769)					วิทยาลัยพยาบาลโพธิ์ไทร (n = 223)					สภามหาวิทยาลัยพะเยา (n = 547)				
	ระดับความสุข จำนวน (ร้อยละ)					ระดับความสุข จำนวน (ร้อยละ)					ระดับความสุข จำนวน (ร้อยละ)				
	น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม	Fisher's Exact Test	p	น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม	น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม	Fisher's Exact Test
ด้านที่ 1 ความมีวินัย															
น้อย	17(54.80)	4(5.80)	7(1.00)	28(3.60)			10(76.90)	0	2(1.10)	12(5.40)	27(62.80)	5(8.10)	3(0.70)	35(6.40)	
ปานกลาง	6(19.40)	11(15.90)	12(1.80)	29(3.80)	130.10	0.000	2(15.40)	12(33.30)	3(1.70)	17(7.60)	5(11.60)	15(24.20)	18(4.10)	38(6.90)	167.91
มาก	8(25.80)	54(78.30)	65(97.20)	712(92.60)			1(7.70)	24(66.70)	169(97.10)	194(87.00)	11(25.60)	42(67.70)	421(95.20)	474(86.70)	0.000
รวม	31(100.00)	69(100.00)	669(100.00)	769(100.00)			13(100.00)	36(100.00)	174(100.00)	223(100.00)	43(100.00)	62(100.00)	442(100.00)	547(100.00)	
ด้านที่ 2 ความซื่อสัตย์															
น้อย	15(48.40)	3(4.30)	6(0.90)	24(3.10)			10(76.90)	0	1(0.60)	11(4.90)	27(62.80)	3(4.80)	3(0.70)	33(6.00)	
ปานกลาง	6(19.40)	13(18.80)	6(0.90)	25(3.30)	144.35	0.000	2(15.40)	11(30.60)	4(2.30)	17(7.60)	4(9.30)	14(22.60)	9(2.00)	27(4.90)	173.91
มาก	10(32.30)	53(76.80)	657(98.20)	720(93.60)			1(7.70)	25(69.40)	169(97.10)	195(87.40)	12(27.90)	43(72.60)	430(97.30)	487(89.00)	0.000
รวม	31(100.00)	69(100.00)	669(100.00)	769(100.00)			13(100.00)	36(100.00)	174(100.00)	223(100.00)	43(100.00)	62(100.00)	442(100.00)	547(100.00)	
ด้านที่ 3 ความรับผิดชอบ															
น้อย	16(51.60)	3(4.30)	7(1.00)	26(3.40)			9(69.20)	0	2(1.10)	11(4.90)	25(58.10)	3(4.80)	3(0.70)	31(5.70)	
ปานกลาง	6(19.40)	12(17.40)	8(1.20)	26(3.40)	140.93	0.000	3(23.10)	7(19.40)	1(0.60)	11(4.90)	7(16.30)	12(19.40)	9(2.00)	28(5.10)	166.41
มาก	9(29.00)	54(78.30)	654(97.80)	717(93.20)			1(7.70)	29(80.60)	171(98.30)	201(90.10)	11(25.60)	47(75.80)	430(97.30)	488(89.20)	0.000
รวม	31(100.00)	69(100.00)	669(100.00)	769(100.00)			13(100.00)	36(100.00)	174(100.00)	223(100.00)	43(100.00)	62(100.00)	442(100.00)	547(100.00)	
ด้านที่ 4 ความมีจิตอาสา															
น้อย	16(51.60)	3(4.30)	7(1.00)	26(3.40)			9(69.20)	1(2.80)	2(1.10)	12(5.40)	25(58.10)	5(8.10)	2(0.50)	33(5.90)	
ปานกลาง	7(22.60)	17(24.60)	15(2.20)	39(5.10)	151.10	0.000	3(23.10)	17(47.20)	11(6.30)	31(13.90)	6(14.00)	18(29.00)	16(3.60)	40(7.30)	174.91
มาก	8(25.80)	49(71.00)	647(96.70)	704(91.50)			1(7.70)	18(50.00)	161(92.50)	180(80.70)	12(27.90)	39(62.90)	424(95.90)	475(86.80)	0.000
รวม	31(100.00)	69(100.00)	669(100.00)	769(100.00)			13(100.00)	36(100.00)	174(100.00)	223(100.00)	43(100.00)	62(100.00)	442(100.00)	547(100.00)	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของความเป็นคนดี กับความสุขของนักศึกษา จำนวนตามกลุ่มสำนักวิชา (ต่อ)

องค์ประกอบ		วิทยาลัยสาธิตสุขภาพ (n = 769)				วิทยาลัยสาธิตและเทคโนโลยี (n = 223)				วิทยาลัยสาธิตและมนุษยศาสตร์ (n = 547)									
ขงความ	เป็นปกติ	ระดับความสุข จำนวน (ร้อยละ)				Fisher's Exact	p	ระดับความสุข จำนวน (ร้อยละ)				Fisher's Exact	p	ระดับความสุข จำนวน (ร้อยละ)				Fisher's Exact	p
		น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม			น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม			น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม		
ด้านที่ 5 ความสามารถในการทำงานเป็นทีมและอยู่ร่วมกัน																			
	น้อย	15(48.40)	3(4.30)	6(3.10)	24(3.10)			9(69.20)	0	1(0.60)	10(4.50)			25(58.10)	2(3.20)	2(0.50)	29(5.30)		
	ปานกลาง	6(19.40)	15(21.70)	27(3.50)	27(3.50)		0.000	3(23.10)	11(30.60)	2(1.10)	16(7.20)		93.28	5(11.60)	10(16.10)	11(2.50)	26(4.80)		153.12
	มาก	10(32.30)	51(73.90)	657(98.20)	718(93.40)			1(7.70)	25(69.40)	171(98.30)	197(88.30)			13(30.20)	50(80.60)	429(97.10)	492(89.90)		0.000
	รวม	31(100.00)	69(100.00)	669(100.00)	769(100.00)			13(100.00)	36(100.00)	174(100.00)	223(100.00)			43(100.00)	62(100.00)	442(100.00)	547(100.00)		
ด้านที่ 6 ความสามารถในการจัดการตนเอง																			
	น้อย	15(48.40)	3(4.30)	6(0.90)	24(3.10)			9(69.20)	0	2(1.10)	11(4.90)			25(58.10)	2(3.20)	2(0.50)	29(5.30)		
	ปานกลาง	6(19.40)	15(21.70)	5(0.70)	26(3.40)		0.000	3(23.10)	10(27.80)	3(1.70)	16(7.20)		83.62	6(16.20)	15(24.20)	16(3.60)	37(6.80)		163.57
	มาก	10(32.30)	51(73.90)	658(98.40)	719(93.50)			1(7.70)	26(72.20)	169(97.10)	196(87.90)			12(27.90)	45(72.60)	424(95.90)	481(87.90)		0.000
	รวม	31(100.00)	69(100.00)	669(100.00)	769(100.00)			13(100.00)	36(100.00)	174(100.00)	223(100.00)			43(100.00)	62(100.00)	442(100.00)	547(100.00)		
ด้านที่ 7 ความมีจิตสำนึกสาธารณะ																			
	น้อย	15(48.40)	3(4.30)	6(0.90)	24(3.10)			9(69.20)	1(2.80)	2(1.10)	12(5.40)			26(60.50)	3(4.80)	2(0.50)	31(5.70)		
	ปานกลาง	6(19.40)	18(26.10)	15(2.20)	39(5.10)		0.000	3(23.10)	12(33.30)	2(1.10)	17(7.60)		92.34	5(11.60)	15(24.20)	20(4.50)	40(7.30)		161.84
	มาก	10(32.30)	48(69.60)	648(96.90)	706(91.80)			1(7.70)	23(63.90)	170(97.70)	194(87.00)			12(27.90)	44(71.00)	420(95.00)	476(87.00)		0.000
	รวม	31(100.00)	69(100.00)	669(100.00)	769(100.00)			13(100.00)	36(100.00)	174(100.00)	223(100.00)			43(100.00)	62(100.00)	442(100.00)	547(100.00)		
ด้านที่ 8 ความประพฤติและพลศึกษา																			
	น้อย	15(48.40)	3(4.30)	6(0.90)	24(3.10)			9(69.20)	0	1(0.60)	10(4.50)			25(58.10)	3(4.80)	3(0.70)	31(5.70)		
	ปานกลาง	7(22.60)	16(23.20)	18(2.70)	41(5.30)		0.000	3(23.10)	17(47.20)	7(4.00)	27(12.10)		99.29	6(14.00)	16(25.80)	16(3.60)	38(6.90)		162.15
	มาก	9(29.00)	50(72.50)	645(96.40)	704(91.50)			1(7.70)	19(52.80)	166(95.40)	186(83.40)			12(27.90)	43(69.40)	423(95.60)	478(87.40)		0.000
	รวม	31(100.00)	69(100.00)	669(100.00)	769(100.00)			13(100.00)	36(100.00)	174(100.00)	223(100.00)			43(100.00)	62(100.00)	442(100.00)	547(100.00)		

มนุษยศาสตร์ และกลุ่มสำนักวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี อาจเนื่องจากแบบแผนการเรียนรู้และคุณลักษณะทางวิชาชีพของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพต้องรับผิดชอบชีวิต ลักษณะความเป็นคนดีจึงถูกคาดหวังควบคู่กับการเป็นคนเก่ง (จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และคณะ, 2559)

ผลการวิเคราะห์ความเป็นคนดีรายด้านพบว่า นักศึกษาภาพรวมรับรู้ด้านความสามารถในการทำงานเป็นทีมและการอยู่ร่วมกันมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านความรับผิดชอบ และด้านความซื่อสัตย์ คุณลักษณะดังกล่าวอาจเกิดจากการต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรอบด้านเพื่อไปสู่เป้าหมายความสำเร็จ โดยเฉพาะนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ต้องพยายามปรับตัวกับสภาพแวดล้อมใหม่อย่างรอบด้าน ต้องอาศัยความรับผิดชอบต่อความพยายามจัดการตนเองเพื่อปรับสู่ภาวะสมดุล (Wahed, & Hassan, 2017) อีกทั้งการปรับตัวต่อระบบการเรียนในมหาวิทยาลัยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นักศึกษาต้องแสวงหาความรู้ก่อนเข้าเรียนมากกว่าระดับมัธยมศึกษา ประกอบกับการเรียนระบบไตรภาค ทำให้ต้องกระตือรือร้นและรับผิดชอบต่อ สอดคล้องกับขวัญ พงศาพิชณ์ (2562) ที่พบว่านักศึกษาระดับอุดมศึกษามีความรับผิดชอบต่อตนเองมากที่สุด นอกจากนี้ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ยังได้รับการพัฒนาทักษะชีวิตด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้ได้พัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมร่วมกับความรับผิดชอบต่อตนเองต่อเนื่อง ด้านความซื่อสัตย์ นักศึกษารับรู้ถึงความซื่อสัตย์ต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคมระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะว่านักศึกษาก้าวสู่

วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ต้องเรียนรู้และแสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุวิทย์ จันทร์เพชร และคณะ (2564) ที่พบว่านักศึกษามีความรับผิดชอบต่อเสียสละ และซื่อสัตย์ในระดับมาก

ด้านความสุขพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขโดยรวมของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่านักศึกษาระดับอุดมศึกษารับรู้ความสุขในระดับมาก (จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และคณะ, 2559) กลุ่มสำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพมีคะแนนความสุขมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มสำนักวิทยาศาสตร์และมนุษยศาสตร์ และกลุ่มสำนักวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่านักศึกษาทั้ง 3 กลุ่มสำนักวิชามีความสุขด้านการอยู่ร่วมกันของนักศึกษามากที่สุด รองลงมา คือ ด้านครอบครัวที่อบอุ่น ด้านความปลอดภัยและพฤติกรรมของนักศึกษา และด้านการศึกษาและกิจกรรมที่ดี อาจเนื่องจากการพัฒนาการของนักศึกษาตามแนวคิดอิริคสัน ที่อธิบายว่าวัยนี้เริ่มเป็นสมาชิกที่รับผิดชอบต่อสังคมเต็มที่ มุ่งหมายความผูกพันใกล้ชิดกับกลุ่มเพื่อน มีการสร้างสัมพันธภาพที่มั่นคงและแสดงออกถึงวุฒิภาวะของการเป็นผู้ใหญ่ และสัมพันธภาพที่ดีมีพื้นฐานจากการมีครอบครัวที่อบอุ่น ส่งผลให้เกิดความสุข ผลการศึกษาของเทียนทอง หาระบุตร และคณะ (2562) พบว่านักศึกษาร้อยละ 82.30 มีความสุข และความสุขเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับสมาชิกครอบครัวและเพื่อน ปัจจัยอีกประการที่ส่งผลต่อความสุขของนักศึกษาคือการได้รับการตอบสนองด้านความปลอดภัยและพฤติกรรมของนักศึกษา การได้อาศัยในที่ที่มีความปลอดภัย มี

สาธารณูปโภคเพียงพอ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปราศจากมลพิษ เป็นเป้าหมายของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ซึ่งวางรากฐานสร้างเมืองมหาวิทยาลัยให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อย่างครบถ้วนเหมือนชุมชนเมือง เพื่อให้นักศึกษาสามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแหล่งความสุขของนักศึกษาคือการที่มหาวิทยาลัยจัดให้มีสถานที่พักผ่อน มีสิ่งแวดล้อมธรรมชาติที่สวยงาม (จิราภรณ์ สรรพวิวงศ์ และคณะ, 2559) นอกจากนี้ การมีหน่วยงานให้คำปรึกษาทั้งด้านการเรียนและการใช้ชีวิตช่วยสร้างความมั่นใจเมื่อเผชิญปัญหา (Jang, 2020; Lee, Lee, & Jung, 2020)

ผลการศึกษาพบว่าความเป็นคนดีกับความสุขของนักศึกษาทั้ง 3 กลุ่มสำนักวิชามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่านักศึกษาที่มีความเป็นคนดีในระดับมากจะมีระดับความสุขมากเช่นกัน อธิบายได้ว่าความเป็นคนดีเป็นการให้คุณค่าความเป็นมนุษย์เชิงจริยธรรมเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความคิด ความรู้สึก ความคาดหวัง ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตและการพัฒนาจิตวิทยาเชิงบวกของบุคคล (Meyzari Ali & Dasht Bozorgi, 2016) ผลการศึกษาเชิงจิตวิทยาพบว่ามนุษย์ที่สามารถสัมผัสสภาวะความดีงามภายในจิตใจหรือพลังชีวิตด้านบวกภายในตนเองอย่างเข้าใจช่วยให้เกิดความรู้สึกสงบสุข มั่นคง ไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิต (Iri, Fakhri, & Hassanzadeh, 2019) ความเป็นคนดียังมุ่งเน้นการดึงคุณงามความดีที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลออกมาโดยมองข้ามความสมบูรณ์แบบภายนอก มุ่งพัฒนาความสุขภายในตนเองด้วยจิตวิทยาเชิงบวกทั้งด้าน

อารมณ์ ความผูกพัน สัมพันธภาพ ความหมาย และความสำเร็จ นำไปสู่ความภาคภูมิใจ เกิดพลังชีวิตบวกจนกลายเป็นความสุขใจ (จุฑาวรรณ หันทะยุง และกนก พานทอง, 2562) ดังนั้น การสนับสนุนทัศนคติเชิงบวกภายในตนเองด้านความดีและความสุขควบคู่กับการมีแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอช่วยให้นักศึกษากงภาวะสมดุลชีวิต ประสบความสำเร็จทั้งการเรียนและการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข (Iri et al., 2019)

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารระดับมหาวิทยาลัย สำนักวิชา ส่วนส่งเสริมและพัฒนา นักศึกษา ควรร่วมมือกันพัฒนานักศึกษาที่เฉพาะเจาะจง ด้านความเป็นคนดี มุ่งพัฒนาคุณลักษณะด้านความมีจิตอาสา ความประหยัดและพอเพียง และความมีจิตสำนึกสาธารณะ ด้านความสุข มุ่งเน้นการมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี ความมั่นคงในชีวิต และความภาคภูมิใจในตนเอง ในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เพื่อให้สามารถปรับตัว เรียนรู้ และบรรลุคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรทำการวิจัยเชิงทดลองหรือวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนานักศึกษาชั้นปีที่ 1 ให้เกิดคุณลักษณะความเป็นคนดีและความสุขควบคู่กับความเก่ง เพื่อให้สามารถปรับตัว ข้ามผ่านวิกฤตในช่วงเปลี่ยนผ่าน สามารถเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากส่วนส่งเสริมและพัฒนา นักศึกษา มหาวิทยาลัย

วลัยลักษณ์ ขอขอบคุณนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- จิราภ คำทา และ สมบัติ วรินทร์นุวัตร. (2559). การศึกษาคุณธรรมและจริยธรรมของนักศึกษาคณะบริหารธุรกิจ สถาบันเทคโนโลยีไทย-ญี่ปุ่น. *Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ*, 9(2), 1962-1978.
- จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, ภัทรกันย์ ดิเอ็ดยอ, จันทน์ ปลุกไม้ดี, ศรีัญญา ทั้งสุข, สุพรรณยา สุดสวาท, และกนกพร สงปราบ. (2559). ความสุขของนักศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 34(5), 269-279.
- จุฑาวรรณ หันทะยุง และกนก พานทอง. (2562). การเปรียบเทียบความตรงร่วมสมัยและความตรงเชิงลู่ออกของมาตรวัดความสุขของคนไทยตามทฤษฎี PERMA. *วารสารวิชาการเทคโนโลยีภาคใต้*, 12(1), 63-71.
- ชวนีย์ พงศาพิณณ์. (2562). ความรับผิดชอบต่อสังคมของนักศึกษาคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐบาลกรุงเทพมหานคร: ปัญหาและแนวทางการส่งเสริม. *วารสารมหาวิทยาลัยวิชาการ*, 6(1), 33-49.
- ชูใจ ช่วยชู, ปวรัตน์ พวงศรี, นพพร ธรรมรงค์รัตน์, ชัชพล ยิ่งคำนุ่น, จิราพร เจริญพูล, ณัฐชนันท์ สบเหมาะ, และคณะ. (2564). การพัฒนาระบบดูแลนักศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ให้ “เก่ง ดี มีความสุข”. *วารสารแพทยธานี*, 48(2), 315-330.
- เทียนทอง หาระบุตร, ชุติมา ปัญญาพินิจนุจร, สุระพรรณ พนมฤทธิ์, พัชรา สมชื่อ, นิรมัย คุ่มรักษา, และคารุณี งามขำ. (2562). ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต*. *วารสารเกษมบัณฑิต*, 20(2), 68-80.
- พัชรินทร์ ชุมภูวิเศษ และ กฤตภูมิ ชุมภูวิเศษ. (2564). การพัฒนาตัวบ่งชี้การส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. *วารสารครูศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี*, 3(2), 33-50.

- สมใจ วินิจกุล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในสถาบันการศึกษา ความสุขในการเรียนรู้กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. *วารสารการศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*, 21(SUPP), 7-24.
- ส่วนส่งเสริมและพัฒนาการศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. (2559). รายงานสถานการณ์นักศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2562, จาก www.wu.ac.th/th/news/15193.
- สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงศึกษาธิการ. (2559). แผนพัฒนาการศึกษากระทรวงศึกษาธิการ ฉบับที่ 12. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2562, จาก www.mua.go.th/users/bpp/main/download/plan/EducationPlan12.pdf.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรื. (2559). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2562, จาก www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422.
- สำนักงานนโยบายและแผนการอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2561). แผนอุดมศึกษาระยะยาว 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580). สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2562, จาก https://qa.chandra.ac.th/files/pdf/Law/hedu_plan20yrs.pdf
- สุวิทย์ จันทร์เพชร, ณรงค์ฤทธิ์ ปรีสุทธิกุล, และเทพยุดา เผือกง. (2564). พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตสงขลานครินทร์ วิทยาเขตตรัง. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์(มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 11(3), 18-32.
- อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโย๊ะ, วิภาพร วรหาญ, และวิพร เสนารักษ์. (2554). ความสุขของนักศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(2), 70-79.
- Iri, Y., Fakhri, M. K., & Hassanzadeh, R. (2019). Modeling the structural relationship of happiness based on psychological well-being with self-efficacy intermediation and academic self-regulation in university students. *International Clinical Neuroscience Journal*, 6(3), 104.

- Jang, I. (2020). Factors influencing the effect of subjective happiness on the perceived stress and faith maturity of Christian university freshman. *Journal of the Korean Applied Science and Technology*, 37(2), 328-339.
- Joodat, A.S., & Zarbakhsh, M. (2015). Adaptation to College and Interpersonal Forgiveness and the Happiness among the University Students. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 3(4), 243-250.
- Lee, S., Lee, S.Y., & Jung, J. (2020). South Korean college freshmen students' perceptions of happiness during the COVID-19 pandemic in 2020. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 49(10), 1-13.
- Meyzari Ali, R., & Dasht Bozorgi, Z. (2016). The relationship of altruistic behavior, empathetic sense, and social responsibility with happiness among university students. *Practice in Clinical Psychology*, 4(1), 51-56.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2014). Positive Psychology: An Introduction. In M. Csikszentmihalyi (Ed.), *Flow and the Foundations of Positive Psychology* (pp. 279-298). Dordrecht: Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8_18
- Wahed, W. Y. A., & Hassan, S.K. (2017). Prevalence and Associated Factors of Stress, Anxiety and Depression among Medical Fayoum University Students. *Alexandria Journal of Medicine*, 53(1), 77-84.
- Wang, Y., Tian, L., Guo, L., & Huebner, E. S. (2020). Family dysfunction and Adolescents' anxiety and depression: A multiple mediation model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 66, 1-12.

DEVELOPMENT AND THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT WITH MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM FOR PREVENTING RELAPSE AMONG PEOPLE WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Pairat Choombubut, RN, B.N.S., Kedsaraporn Kenbubpha, RN, Ph.D.** , Supatra Sukhawaha, RN, Ph.D.****

Jintana Leejongpermpoon, RN, M.P.A. , Hathairat Saima-in, RN, M.S.*****

Abstract

Objective: The aims of this study were to develop and examine the effect of self-management with a mindfulness-based cognitive therapy program for preventing relapse of major depressive disorder, reducing depressive symptoms and ruminative thought, and increasing mindfulness level. It was also to follow up and evaluate the overall results after the service system implementation in the health service of Prasimahabhodi Psychiatric Hospital.

Methods: This study was a research and development design during the fiscal year 2020-2022. The 9 phases were: 1) the situation analysis of nursing services in preventing relapse of major depressive disorder, 2) developing an initial prototype of the program, 3) testing the content validity index, 4) testing preliminary in the initial program in five depressed patients, 5) revising the draft program, 6) testing efficacy of the program using a quasi-experimental control group design in 40 depressed patients. They were divided into experimental and control groups. Instruments were the program, depressive symptoms assessment(9Q), Ruminative Response Scale, and Mindfulness Assessment Scale. The outcomes were evaluated at baseline, post-intervention, and follow-up three months after the intervention. Data were analyzed using frequency, percent, Chi-square, and Mann-Whitney U test. Then, the following phases were: 7) revising the final program, 8) developing of curriculum for training and implementation into the health service system of the hospital, and 9) evaluating the effectiveness of this program and continuous development respectively.

Results: The new program consists of 6 sessions. It takes 60-90 minutes per session and continuously runs 2-3 times per week. The findings of phase six reported that the experimental group significantly reduced the depression score after post-intervention and follow-up three months after the intervention from the control group ($p < .05$). The experimental group also significantly decreased ruminative thought scores after post-intervention and follow-up three months after the intervention from the control group ($p < .05$). There were no differences in mindfulness scores between the experimental and control groups. Depressed patients in the experimental group did not have readmission in 3 and 6 months. Still, the control group reported readmission into the hospital accounted for four patients (20%), which was found different significantly ($p < .001$). One hundred thirty-four depressed patients received the program after implementation into the health service system of the hospital in the fiscal year 2022. However, only two patients, or only 1.49%, reported readmission into the hospital after six months because they had family and economic issues and medication noncompliance.

Conclusion: The program in self-management with mindfulness-based cognitive therapy could prevent readmission into the hospital in 6 months. It could also help reduce depressive symptoms and ruminative thoughts in depressed patients.

Keywords: major depressive disorder, relapse prevention, self-management, mindfulness-based cognitive therapy

**Registered Nurse, Senior Professional Level, Prasimahabhodi Psychiatric Hospital*

***Corresponding author: Registered Nurse, Professional Level, Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, e-mail: kkenbubpha@outlook.co.th*

****Registered Nurse, Professional Level, Prasimahabhodi Psychiatric Hospital*

*****Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University*

Received: 18 December 2022, Revised: 1 February 2023, Accepted: 5 February 2023

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติ ตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ไพรัตน์ ชมภูบุตร, พย.บ.*, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, ปร.ค.**, สุพัตรา สุขาวห, ปร.ค.***,

จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, พย.ม., รพ.ศ.*, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์, พย.ม.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ลดอาการซึมเศร้า ลดความหมกหมุ่นครุ่นคิดเพิ่มระดับสติและเพื่อติดตามประเมินผลการนำไปใช้ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

วิธีการศึกษา : ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา มี 9 ขั้นตอน ดำเนินการวิจัยในปีงบประมาณ 2563-2565 ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ 2) จัดสร้างต้นแบบโปรแกรมเบื้องต้น 3) วิเคราะห์ความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 4) ทดสอบต้นแบบเบื้องต้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 5 คน 5) ปรับปรุงโปรแกรมเบื้องต้น 6) ทดสอบผลของโปรแกรมโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ของโปรแกรม คือ แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า แบบวัดความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ และแบบวัดระดับความมีสติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและติดตามผลภายใน 3 เดือน มีการติดตามการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำระยะ 3 เดือนและ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ การทดสอบไคว์สแควร์ และ Mann Whitney U 7) ปรับปรุงโปรแกรมขั้นสุดท้าย 8) พัฒนาวิธีถ่ายทอดและอบรมพยาบาลวิชาชีพเพื่อนำไปใช้ในระบบบริการ 9) ติดตามประเมินผลในภาพรวมหลังการนำไปใช้ในระบบบริการของโรงพยาบาลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ตามลำดับ

ผลการศึกษา : โปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ผลของโปรแกรมขั้นตอนที่ 6 พบว่า หลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับของสติไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 3 เดือน และ 6 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมมีการกลับรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำใน 3 เดือน 1 คน และ 6 เดือน 3 คน (ร้อยละ 20.00) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ประสิทธิภาพของโปรแกรมหลังนำไปทดลองใช้ในระบบบริการของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ปีงบประมาณ 2565 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมจำนวน 134 คน ผลการติดตามใน 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2 คน (ร้อยละ 1.49) กลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำในโรงพยาบาลเนื่องจากมีปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเศรษฐกิจ และไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

สรุป : โปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสามารถช่วยป้องกันการกลับมา
รักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำได้ และโปรแกรมมีผลทำให้อาการ โรคซึมเศร้าและความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ของผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้ามลดลง

คำสำคัญ : โรคซึมเศร้า, การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ, การจัดการตนเอง, โปรแกรมการเจริญสติตระหนักรู้
ความคิด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, e-mail: kkenbubpha@outlook.co.th

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

วันที่รับ: 18 ธันวาคม 2565, วันที่แก้ไข: 1 กุมภาพันธ์ 2566, วันที่ตอบรับ: 5 กุมภาพันธ์ 2566

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกมากกว่า 300 ล้านคน และกำลังจะเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพและเกิดการะโรคในปี 2030 (World Health Organization, 2019) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาและจิตบำบัดจะตอบสนองต่อการรักษาและการหายทุเลาของโรคซึมเศร้าได้ดี (Hollon, 2016) อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับเป็นซ้ำ (relapse) และกลับเป็นครั้งใหม่ (recurrence) ถึงร้อยละ 50.00 - 90.00 (Piet & Hougaard, 2011) ถ้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีโอกาสกลับเป็นซ้ำหลังจากหายทุเลาภายใน 6 เดือนร้อยละ 38.00 และส่งผลให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน ถึงร้อยละ 20.40 (Citrome et al., 2019) สำหรับรายงานการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในคนไทยพบประมาณ ร้อยละ 33.67 (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต, 2564) และจากรายงานของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ 2561 - 2563 พบว่า มีอัตราการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำ ร้อยละ 13.43 ร้อยละ 18.36 และร้อยละ 22.45 ตามลำดับ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2563) จากการวิเคราะห์และสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำพบว่า การเจอสิ่งกระตุ้นที่นำมาสู่ความเครียดและเศร้า เช่น มีความขัดแย้งในครอบครัว ความเสียใจ ผิดหวัง ความคิด

หมกมุ่น ขาดสติ เป็นต้น เมื่อไม่สามารถจัดการให้ตนเองหลุดพ้นจากความคิดและความรู้สึกดังกล่าวได้ ส่งผลให้มีความคิดอยากตาย ทำร้ายตนเอง และในขณะเดียวกันก็มีความต้องการคนเข้าใจ การสร้างจิตใจที่เข้มแข็งไม่ต้องพึ่งพาใคร ต้องการแนวทางหรือวิธีการในการจัดการดูแลตนเอง เพื่อให้หายขาดจากโรคซึมเศร้า และไม่กลับเป็นซ้ำจนต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอีกครั้ง (ไพรัตน์ ชมบุญตร, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวห, จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน, และ หทัยรัตน์ สายมาอินทร์, 2563)

กลุ่มภารกิจทางโรงพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จึงมีการทบทวนระบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์ความต้องการความจำเป็นในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำ พบว่า โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) เป็นการบูรณาการมาจากโปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction Program: MBSR) ร่วมกับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในอารมณ์และความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะ เพื่อเปลี่ยนวิธีการที่จิตเคยตอบสนองต่อสิ่งเร้าจาก

เดิมที่ตอบสนองแบบอัตโนมัติ ตามความเคยชิน เป็นการระลึกถึงสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น และการตอบสนองที่ร่างกายและจิตใจมีต่อสิ่งเร้านั้นอย่างมีสติ โดยไม่เน้นการเปลี่ยนความเชื่อที่มีต่อความคิดนั้นเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า (Segal, Williams, & Teasdale, 2003) มีรูปแบบการบำบัดแบบกลุ่มประมาณ 6 - 10 คน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) การตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น 2) การตระหนักรู้โลกของความคิด 3) การจัดการจิตใจที่ฟุ้งซ่าน 4) การตระหนักรู้ถึงความไม่ได้ตั้งใจ 5) การยอมรับอย่างที่เป็น 6) การเห็นว่าความคิดไม่ใช่ความจริง 7) การดูแลตนเองให้ดีที่สุด และ 8) การคงไว้ซึ่งสติและการเรียนรู้ใหม่ ทำการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 - 120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ และมีการบ้านให้ฝึกกิจกรรมระหว่างสัปดาห์ (Segal, Williams, & Teasdale, 2013) โดยโปรแกรมการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสติ ความครุ่นคิด ความวิตกกังวล ความเห็นอกเห็นใจ ระดับความตระหนักรู้ซึ่งมีผลต่อการบำบัดรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้า (van der Velden et al., 2015) สามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ โดยลดความเสี่ยงของอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 34.00 และสามารถลดการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 43.00 เมื่อติดตามครบ 1 ปี พบว่า โปรแกรมการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการเจริญสติ

ตระหนักรู้ความคิดควบคู่กับการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Guo et al., 2022) นอกจากนี้ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถจัดการตนเองสามารถลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าและส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการฟื้นฟูตนเอง และการเสริมสร้างคุณค่าแก่ตนเอง เป็นการจัดการตนเองด้วยความคิดเชิงบวก (Houle, Gascon-Depatie, Belanger-Dumontier, Cardinal, 2013) ผลของโปรแกรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ และคงอยู่ได้นานกว่า 12 เดือน และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2018) นอกจากนี้ผลของโปรแกรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวเป็นเวลา 2 ปี พบว่า สามารถป้องกันการกำเริบของโรคซึมเศร้า ทำให้ความคิดที่ผิดปกติดลดลง ช่วยทำให้ทักษะการรับรู้การควบคุมอารมณ์และความคิดได้ดีขึ้น (Farb et al., 2018)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาของประเทศไทย พบว่า มีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้

ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Kenbubpha et al., 2021) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิด MBCT ของ Segal et al. (2002); Segal et al. (2003) ทั้งนี้โปรแกรมดังกล่าวพัฒนาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่หายทุเลาและใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนเท่านั้น ยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่าสามารถนำมาบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำ ส่วนใหญ่มาจากการเจอสิ่งกระตุ้นในครอบครัวที่นำมาสู่ความเครียดและอาการซึมเศร้า ดังนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงต้องการคนเข้าใจ จำเป็นต้องสร้างความเข้มแข็งจิตใจ มีแนวทางหรือวิธีการในการจัดการดูแลตนเองเพื่อให้หายขาดจากโรคซึมเศร้า ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลขึ้น โดยนำโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Kenbubpha et al., 2021; Segal et al., 2002; Segal et al., 2003) มาประยุกต์กับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโปรแกรมเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับผิดชอบในการฟื้นฟูตนเองและจัดการเสริมสร้างคุณค่าแก่ตนเอง โดยมีกิจกรรมการจัดการตนเองด้วยความคิดเชิงบวก (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2018) เป็นโปรแกรมที่

สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นการบำบัดที่ใช้เวลาไม่นานและลดขั้นตอน ไม่ยุ่งยาก ตรงกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถจัดการตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมทั้งเป็นโปรแกรมการบำบัดรักษาทางการแพทย์ทางจิตเวชที่เป็นทั้งการบำบัดเพื่อการเตรียมความพร้อมขณะอยู่ในโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อลดอาการซึมเศร้า ลดความหมกหมุ่นครุ่นคิด เพิ่มระดับสติและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อลดอาการซึมเศร้า ลดความหมกหมุ่นครุ่นคิด เพิ่มระดับสติและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. เพื่อติดตามประเมินผลการนำโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อลดอาการซึมเศร้า ลดความหมกหมุ่นครุ่นคิด เพิ่มระดับสติและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด

เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี ร้อยละการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในช้าน้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการของโรคซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับสติเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้คิดต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดของ Segal et al. (2002) มาประยุกต์กับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2018) โดยเชื่อว่าเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตระหนักรู้ในอารมณ์และความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะ เพื่อเปลี่ยนวิธีการที่จิตเคยตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากเดิมที่ตอบสนองแบบ

อัตโนมัติ ตามความเคยชินเป็นการระลึกถึงสิ่งที่เกิดขึ้น และการตอบสนองที่ร่างกายและจิตใจมีต่อสิ่งเร้านั้นอย่างมีสติ โดยไม่เน้นการเปลี่ยนความเชื่อที่มีต่อความคิดนั้น ตลอดจนเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ลดอาการซึมเศร้า ความรู้คิดต่อสถานการณ์ลดลง ระดับการมีสติเพิ่มขึ้น แสดงตามภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 มีขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา 9 ขั้นตอน แสดงตามตารางที่ 1

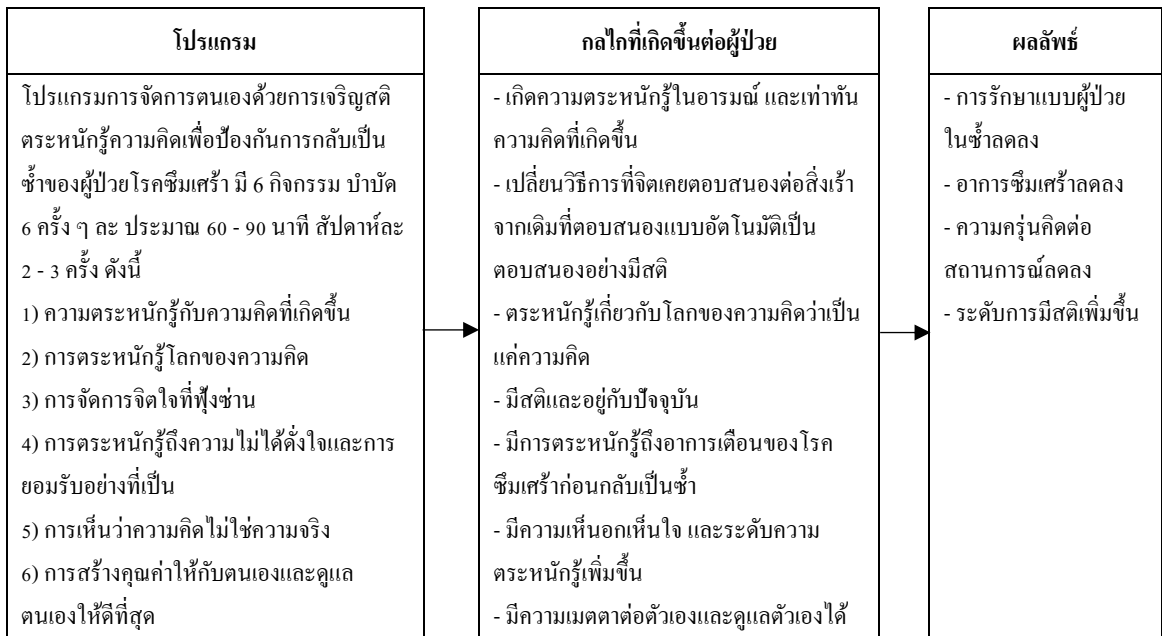
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยจำแนกโรคทางจิตเวช (DSM-5) และรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในระหว่างปีงบประมาณ 2564 - 2565

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. กลุ่มที่ใช้ทดสอบต้นแบบโปรแกรมครั้งที่ 1 ในขั้นตอนที่ 4 จำนวน 5 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบโปรแกรมครั้งที่ 2 ในขั้นตอนที่ 6 จำนวน 40 คน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)

1. มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยจำแนกโรคทางจิตเวช (DSM-5)
2. เป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในที่เข้าสู่ระยะหายทุเลาและระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน
3. มีผลการประเมินด้วย 9Q ในระดับเล็กน้อย (9Q = 7 - 12 คะแนน) ที่ระยะเตรียมจำหน่าย
4. สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
5. ได้รับยาต้านเศร้า

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (exclusion criteria)

1. มีโรคร่วมที่อาจส่งผลต่ออาการซึมเศร้า เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคจิต ใช้สารเสพติด มีความคิดอยากตายระดับรุนแรง เป็นต้น
2. มีประวัติป่วยเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดสองขั้ว ปัจจุบันอยู่ในช่วงเมเนีย ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของจิตแพทย์
3. มีปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัด เช่น บุคลิกภาพผิดปกติ เป็นต้น
4. มีปัญหาในการตอบแบบสอบถาม เช่น ภาวะพุทธิปัญญบกพร่องเล็กน้อยจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย เป็นต้น

ตารางที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ขั้นตอนที่	เดือน/ปี	กิจกรรมการพัฒนา
1. วิเคราะห์ความต้องการและปัญหาการจัดการโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (Need analysis)	ธันวาคม 2563 - มกราคม 2564	- วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า - ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
2. จัดสร้างต้นแบบโปรแกรมเบื้องต้น (Prototype developing)	กุมภาพันธ์ 2564	จัดสร้างต้นแบบโปรแกรมเบื้องต้น (prototype) ตามกรอบแนวคิดของ Segal et al. (2002) และปรับปรุงมาจากโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่หายทุเลาและอาศัยอยู่ในชุมชน (Kenbubpha et al., 2021) รวมทั้งประยุกต์มาจากโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2018) โดยคณะผู้วิจัยได้ปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลจำนวน 6 ครั้งๆละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง รวมทั้งหมดใช้เวลา 7 ชั่วโมง 30 นาทีในหอผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาของร่างโปรแกรม (content validity testing)	กุมภาพันธ์ 2564	การวิเคราะห์ความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด จำนวน 3 คน และปรับปรุงต้นแบบโปรแกรมให้เป็นฉบับทดสอบเบื้องต้น
4. ทดสอบและปรับปรุงของโปรแกรม (pilot study and revision)	กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2564	ทดสอบต้นแบบเบื้องต้น (preliminary test) เพื่อประเมินความเป็นไปได้แล้วปรับปรุงเบื้องต้น โดยทดสอบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 5 คน
5. ปรับปรุงเบื้องต้นของต้นแบบโปรแกรม (initial the program revision)	เมษายน 2564	ปรับปรุงโปรแกรมเบื้องต้น (initial product revision) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อวิเคราะห์ข้อจำกัด ข้อควรปรับปรุงและวางแผนการทดสอบผลของโปรแกรม

ตารางที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

ขั้นตอนที่	เดือน/ปี	กิจกรรมการพัฒนา
6. ทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม (efficacy testing)	พฤษภาคม - กรกฎาคม 2564	ทดสอบผลของโปรแกรมด้วยรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (a quasi-experimental control group design) เพื่อประเมินอาการของโรคซึมเศร้า ความรู้ความคิดต่อสถานการณ์ระดับสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน
7. พัฒนาโปรแกรมขั้นสุดท้าย (final the program revision)	กรกฎาคม 2564	ปรับปรุงโปรแกรมขั้นสุดท้าย เพื่อให้เนื้อหา กิจกรรม เกิดความชัดเจน เข้าใจง่ายและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากขึ้น
8. การพัฒนาวิธีถ่ายทอด และขยายผลโปรแกรม	สิงหาคม - กันยายน 2564	นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารองค์การพยาบาล และพัฒนาวิธีถ่ายทอด โดยการจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมและอบรมพยาบาลจิตเวชที่ให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปรับระบบบริการทางการพยาบาลของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
9. ติดตามประเมินผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	ตุลาคม 2564 - ตุลาคม 2565	ติดตามประเมินผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในระหว่างเดือนตุลาคม 2564 - ตุลาคม 2565 ประเมินผลในระบบบริการของโรงพยาบาล และวางแผนขยายผลกับบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวช 13 แห่ง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และวางแผนปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2566

5. ไม่อยู่ในระหว่างการบำบัดด้วยโปรแกรมอื่น เช่น โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

เกณฑ์ให้ยุติจากการวิจัย (termination criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในการทดสอบ

ได้ครบทุกกิจกรรม

2. ระหว่างดำเนินกิจกรรมที่ 1 - 6 ของโปรแกรمدังกล่าว กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้ารุนแรงและมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

3. ขอลอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยความสมัครใจ

4. แพทย์ปรับเพิ่มยาเพราะมีอาการรุนแรง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง การทดสอบผลของโปรแกรมในขั้นตอนที่ 6 ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยใช้ผลการวิจัยจากการศึกษาของเกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ (Kenbubpha et al., 2021) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติความน่าเชื่อถือที่ร้อยละ 95.00 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 80.00 ($\text{Power of Test} = \beta = 0.02$ (1.28) แทนค่าในโปรแกรม G* Power ได้ประมาณการตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 36 คน แบ่งตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 18 คน แต่เพื่อป้องกันการออกจากการศึกษา (drop out) ก่อนกำหนดงานวิจัยนี้จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10.00 ได้ประมาณการตัวอย่างทั้งหมด 40 คน ประกอบด้วยตัวอย่างกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตามเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยหมายเลข COA. 009/2563 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2563 อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอธิบายให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ รายละเอียดขั้นตอน ระยะเวลา และกิจกรรมที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัย วิธีการป้องกันแก้ไข ที่คณะผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น การขอยินยอมจากอาสาสมัครเป็นลายลักษณ์อักษร โดยอาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการ

วิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลเสียใด ๆ เกิดขึ้น รวมทั้งการรักษาความลับของข้อมูลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการรักษาโรคซึมเศร้า เป็นต้น

1.2 แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ใช้เป็นเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข, จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวห, และ รุ่งมณี ยิ่งยืน (2553) ประกอบด้วย 9 คำถาม แบ่งระดับคะแนน เป็น 0 - 3 คะแนน ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0- 27 คะแนน แปลผลคะแนนดังนี้ คะแนน < 7 คือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า, 7 - 12 คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย, 13 - 18 คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และ ≥ 19 คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) รายชื่ออยู่ระหว่าง 0.78 - 0.82 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.82 มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood Ratio เท่ากับร้อยละ 85, 72 และ 3.04 (95%CI = 2.16 - 4.26) ตามลำดับ ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 30 คน พบว่า รายชื่ออยู่ระหว่าง 0.79 - 0.84 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.82

1.3 แบบวัดความคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) ฉบับภาษาไทย

ใช้เป็นเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม ซึ่งแปลจากแบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ สร้างขึ้นโดย Nolen-Hoeksema & Morrow (1991) นำมาแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ โดย วาริรัตน์ ถาน้อย, รุ่งนภา ภาณิครัตน์, และ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2554) มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 0.95) และความเชื่อมั่นระดับดี ($\alpha = 0.90$) ความครุ่นคิดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตึงเครียดทางอารมณ์ ($r = .736, p < .01$) และพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ($r = .46, p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แบบประเมินเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ ที่มีตัวเลือกตั้งแต่ 1 คือ แทบจะไม่เคยเลย จนถึง 4 คือ เกือบจะเป็นตลอดเวลา ค่าคะแนนความเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 22 ถึง 88 ค่าคะแนนสูงหมายความว่า มีความครุ่นคิดมาก ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 30 คน พบว่า รายชื่ออยู่ระหว่าง 0.76 - 0.83 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.80

1.4 แบบประเมินสติ (Mindfulness Assessment Scale : MAS) ใช้เป็นเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม พัฒนาโดย อรรพรรณ ศิลปกิจ (2558) มีข้อคำถาม 15 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับและรายด้านระหว่าง 0.67 - 0.82 มีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดีมากและมีความตรงร่วมสมัยกับแบบประเมินสติ Philadelphia Mindfulness Scale ทั้งฉบับคือ 0.73 เป็นการประเมินสติจากประสบการณ์ของแต่ละวัน

ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เกณฑ์การให้คะแนน คือ คำว่า “รู้” ในทีนี้ก็คือ รู้สึกตัว รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นในร่างกายหรือจิตใจของตนเอง โดยที่ 1 คือ แทบไม่เคยเลย = ร้อยละ 0.00 - 10.00, 2 คือ นาน ๆ ครั้ง = ร้อยละ 11.00 - 25.00, 3 คือ บางครั้ง = ร้อยละ 26.00 - 50.00, 4 คือ ก่อนข้างบ่อย = ร้อยละ 51.00 - 80.00, 5 คือ บ่อยมาก = มากกว่าร้อยละ 80.00 คะแนนมากหมายถึง การมีสติอยู่กับตนเองมาก และคะแนนน้อย หมายถึง การมีสติอยู่กับตนเองน้อย ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 30 คน พบว่า รายชื่ออยู่ระหว่าง 0.66 - 0.83 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.81

1.5 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2551) ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุโดย แบ่งได้ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) มีคะแนนรวมน้อยกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนนถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม 2) ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม และ 3) ผู้สูงอายุที่จบระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาแล้ว จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ คณะผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดย

นำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไปทดสอบให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้เท่ากับ .84

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการบำบัดรายบุคคล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การดูแลตนเองและสามารถสังเกตอาการเตือนก่อนกลับมาเป็นซ้ำหรือเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้า มีทักษะในการจัดการความคิดวอกแวกและหมกมุ่น มีทักษะในการเพิ่มสติในการดำรงชีวิตประจำวัน และมีทักษะในการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 6 กิจกรรม บำบัด 6 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ได้แก่ 1) ความตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น 2) การตระหนักรู้โลกของความคิด 3) การจัดการจิตใจที่ฟุ้งซ่าน 4) การตระหนักรู้ถึงความไม่ตั้งใจและการยอมรับอย่างที่เป็น 5) การเห็นว่าการคิดไม่ใช่ความจริง 6) การสร้างคุณค่าให้กับตนเองและดูแลตนเองให้ดีที่สุด

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลปกติ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้ความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการบริการตามมาตรฐานแนวทางของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทั้งในงานบริการผู้ป่วยนอกและงานบริการผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นการ

บำบัดรักษาด้วยยา บำบัดรักษาทางสังคมจิตใจตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการนำเสนอต่อตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างและผู้เชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า และทำการวิเคราะห์ด้วยขั้นตอนการจัดแฟ้ม การลงรหัส การแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล การสร้างและพัฒนา และการแก้ไของค์ประกอบของข้อมูล

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.1 ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คำนวณหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลักษณะของข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Chi-square test

2.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้า ระดับความมีสติ ความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Mann-Whitney U test

2.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยจำนวนและอัตราส่วนร้อยละ รวมทั้งทดสอบความแตกต่างด้วย Chi-square test

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การพัฒนาครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 6 กิจกรรมบำบัด 6 ครั้ง ๆ ละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ดังนี้ 1) ความตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น 2) การตระหนักรู้โลกของความคิด 3) การจัดการจิตใจที่ฟุ้งซ่าน 4) การตระหนักรู้ถึงความไม่ได้ตั้งใจและการยอมรับอย่างที่เป็น 5) การเห็นว่าความคิดไม่ใช่ความจริง 6) การสร้างคุณค่าให้กับตนเองและดูแลตนเองให้ดีที่สุด

ในการกระบวนการพัฒนามีการนำโปรแกรมดังกล่าว ไปอบรมพยาบาลวิชาชีพและทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย (9Q = 9.4) เข้าสู่ระยะหายทุเลาและอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน จำนวน 5 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 3 คน เพศชาย 2 คน อายุต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 48 ปี อายุเฉลี่ย 36.2 ปี ดำเนินการทดสอบโปรแกรม ครั้งที่ 1 ถึง 6 วันเว้นวันจนครบและประเมินผล 1 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจในการใช้ภาษาที่อยู่ในคู่มือผู้รับการบำบัด แต่มีบางส่วนของเนื้อหาที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังไม่ค่อยเข้าใจ นักวิจัยที่เป็นผู้บำบัดต้องอธิบายเพิ่มเติมทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจมากขึ้น

ผลการทดสอบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะเวลา 1 เดือน ในกลุ่มทดลองนำร่องเบื้องต้น พบว่า ก่อนบำบัดกลุ่ม

ตัวอย่างทั้ง 5 คน มีคะแนน 9Q เฉลี่ย 9.4 เมื่อติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือนพบว่าคะแนน 9Q เฉลี่ย 6.3 โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนยังคงรับประทานยาต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าการรับประทานยาต่อเนื่องควบคู่กับการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีประสิทธิภาพ ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะเวลา 1 เดือนได้

การพัฒนาครั้งที่ 2 เป็นการปรับปรุงหลังจากแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้บำบัดตามโปรแกรมดังกล่าวและนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ ได้มีการปรับเทคนิคและเนื้อหาบางส่วนให้สั้นกระชับเพื่อให้การบำบัดมีความชัดเจนง่ายต่อการทำความเข้าใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากขึ้น ภายใต้กรอบแนวคิด ขั้นตอนและจำนวนครั้งแบบเดิม

2. ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการวิจัยในขั้นตอนที่ 6

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) หมายถึง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลพื้นฐานใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 2)

3. ผลลัพธ์ของโปรแกรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)						
ค่าเฉลี่ย	35.25 (9.88)		35.15 (10.36)			0.935 ^a
(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)						
เพศ					0.800	0.371
ชาย	8	40.00	7	35.00		
หญิง	12	60.00	13	65.00		
สถานภาพสมรส					6.600	0.086
โสด	8	40.00	7	40.00		
สมรส	6	30.00	6	30.00		
หม้าย	4	20.00	5	25.00		
หย่าร้าง/แยกทาง	2	10.00	2	5.00		
การศึกษา					18.200	0.674
ประถมศึกษา	7	35.00	7	35.00		
มัธยมศึกษา	9	45.00	10	50.00		
ปวช./ปวส.	2	10.00	2	10.00		
ปริญญาตรี	2	10.00	1	5.00		
อาชีพ					7.750	0.101
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	20.00	4	20.00		
รับราชการ	2	10.00	2	10.00		
นักศึกษา	2	10.00	3	15.00		
เกษตรกรรม	7	35.00	7	35.00		
ว่างงาน	5	25.00	4	20.00		
รายได้ต่อเดือน						
ไม่มีรายได้	2	20.00	1	5.00	12.200	0.658
น้อยกว่า 5,000 บาท	12	45.00	13	65.00		
5,001 – 10,000 บาท	3	15.00	2	10.00		
10,001 – 15,000 บาท	1	5.00	1	5.00		
มากกว่า 15,000 บาท	2	15.00	3	15.00		

*p-value < 0.05, ^aMann-Whitney U test

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน ด้วย Mann-Whitney U test

ตัวแปร	Mean Rank	n	Mann-Whitney U	p-value
ภาวะซึมเศร้า				
หลังสิ้นสุดการทดลองทันที				
กลุ่มทดลอง	16.48	20	119.500	0.028*
กลุ่มควบคุม	24.53	20		
ภาวะซึมเศร้า				
ระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน				
กลุ่มทดลอง	13.03	20	50.500	0.000*
กลุ่มควบคุม	27.98	20		
ความรู้unkคิดต่อเหตุการณ์				
หลังสิ้นสุดการทดลองทันที				
กลุ่มทดลอง	16.85	20	127.0000	0.049*
กลุ่มควบคุม	24.15	20		
ความรู้unkคิดต่อเหตุการณ์				
ระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน				
กลุ่มทดลอง	14.40	20	78.000	0.001*
กลุ่มควบคุม	26.60	20		
ระดับของสติ				
หลังสิ้นสุดการทดลองทันที				
กลุ่มทดลอง	17.85	20	147.000	0.157
กลุ่มควบคุม	23.15	20		
ระดับของสติ				
ระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน				
กลุ่มทดลอง	16.95	20	129.000	0.056
กลุ่มควบคุม	24.05	20		

*p-value < 0.05

สถิติ ($p < .05$) ในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลอง 3 เดือน

กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้unkคิดต่อเหตุการณ์ลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญสถิติ ($p < .05$) ในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลอง 3 เดือน แต่คะแนนเฉลี่ยระดับสติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันทั้งหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลอง 3 เดือน (ตารางที่ 3)

ผลการติดตามร้อยละการรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำของกลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยจากจิตแพทย์และการรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า กลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำ ส่วนกลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำจำนวน 4 คน (ร้อยละ 20.0) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 4)

4. ผลการติดตามการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในระบบบริการ

ในส่วนการบริการทางการพยาบาลผู้ป่วย

โรคซึมเศร้า พบว่า หลังการทดลองนำโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าไปทดลองใช้ในระบบบริการของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำและได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมดังกล่าว จำนวน 134 คน จากการติดตามพบว่า ไม่มีการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 3 เดือน แต่พบการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 6 เดือน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.49) โดยยังมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 38 คน กำลังติดตามการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 6 เดือน อย่างไรก็ตามถือว่าร้อยละการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำหลังการบำบัดตามโปรแกรมหากล่าว น้อยกว่าภาพรวมร้อยละการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำของโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีรายงานร้อยละ 14.30 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ผลติดตามการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 3 เดือน และ 6 เดือน

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 3 เดือน	0	0	1	5	36.100*	<0.001
การกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 6 เดือน	0	0	3	15	25.600*	<0.001
รวม	0	0	4	20		

*p-value < 0.05, Chi-square test

ตารางที่ 5 ร้อยละการกลับมารักษารูปแบบผู้ป่วยในซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วย โรคซึมเศร้า รักษาแบบ ผู้ป่วยใน	ร้อยละการกลับมา รักษารูปแบบผู้ป่วย ในซ้ำภายใน 6 เดือน	ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าที่ ได้รับการ บำบัดตาม โปรแกรม	จำนวนผู้ป่วย กลับมารักษารูปแบบ ผู้ป่วยในซ้ำ ภายใน 6 เดือน	ร้อยละการกลับ มารักษารูปแบบ ผู้ป่วยในซ้ำภายใน 6 เดือน
2561	136	13.43	-		
2562	241	18.36	-		
2563	268	22.45	-		
2564	345	17.39	20	0	0
2565	353	14.30	134	2	1.49

การอภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง ด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครั้งนี้ พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Segal et al. (2002) และปรับปรุงมาจากโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้า ด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่หายทุเลาและอาศัยอยู่ในชุมชน (Kenbubpha et al., 2021) ที่มีรูปแบบการบำบัดแบบกลุ่มประมาณ 6 - 10 คน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) การตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น 2) การตระหนักรู้โลกของความคิด 3) การจัดการจิตใจที่ฟุ้งซ่าน 4) การตระหนักรู้ถึงความไม่ได้ตั้งใจ 5) การยอมรับอย่างที่เป็น 6) การเห็นว่าความคิดไม่ใช่ความจริง 7) การสร้างคุณค่าให้กับตัวเองและการดูแลตนเองให้ดีที่สุด และ 8) การคงไว้ซึ่งสติและการเรียนรู้ใหม่ มีกิจกรรมบำบัด 8

ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 - 120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์และมีการบ้านให้ฝึกกิจกรรมระหว่างสัปดาห์ (Segal et al., 2013) รวมทั้งประยุกต์มาจากโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการหายทุเลา และป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2018) แต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีการปรับรูปแบบเป็นการบำบัดแบบรายบุคคลเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยมีกิจกรรมบำบัด 6 ครั้ง ๆ ละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ได้แก่ 1) ความตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น 2) การตระหนักรู้โลกของความคิด 3) การจัดการจิตใจที่ฟุ้งซ่าน 4) การตระหนักรู้ถึงความไม่ได้ตั้งใจและการยอมรับอย่างที่เป็น 5) การเห็นว่าความคิดไม่ใช่ความจริง 6) การสร้างคุณค่าให้กับตนเองและดูแลตนเองให้ดีที่สุด โดยยึดหลักการของแนวคิดเดิม

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความตระหนักรู้ในอารมณ์ และเท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น เปลี่ยนวิธีการที่จดเคยตอบสนองต่อสิ่งเร้า จากเดิมที่ตอบสนองแบบอัตโนมัติเป็นตอบสนองอย่างมีสติ ตระหนักรู้เกี่ยวกับโลกของความคิดว่าเป็นแค่ความคิด มีสติและอยู่กับปัจจุบัน มีการตระหนักรู้ถึงอาการเตือนของโรคซึมเศร้าก่อนกลับเป็นซ้ำ มีความเห็นอกเห็นใจ มีการเสริมคุณค่าตัวเองและสามารถดูแลตัวเองได้อย่างดี (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2018; Segal et al., 2002) นอกจากนี้ในกระบวนการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าว มีการทดสอบนำร่องโดยการฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพให้มีทักษะตามโปรแกรมและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารักษาแบบผู้ป่วยในที่เข้าสู่ระยะหายทุเลามีอาการซึมเศร้าระดับน้อยและเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจในการใช้ภาษาที่อยู่ในคู่มือผู้รับการบำบัด แต่มีบางส่วนของเนื้อหาที่ยังอาจไม่เข้าใจ นักวิจัยที่เป็นผู้นำบัดต้องอธิบายเพิ่มเติม ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจมากขึ้น “เช่น เนื้อหาในเรื่อง การตระหนักรู้โลกของความคิด ที่ให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำความเข้าใจกับโมเดล ABC ซึ่งประกอบด้วย เหตุการณ์ ความคิด และความรู้สึก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจที่ไม่ชัดเจนแยกระหว่างความคิดและความรู้สึกต่อสถานการณ์นั้นค่อนข้างยาก ไม่แน่ใจว่าอันไหนคือความคิดอันไหน คือความรู้สึก” จึงมีการปรับปรุงโปรแกรมหลังจากแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้บำบัดตามโปรแกรมดังกล่าวและนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ ได้มีการปรับเทคนิคและเนื้อหาบางส่วนให้สั้นกระชับ เพื่อให้การบำบัดมีความชัดเจนง่ายต่อการทำความเข้าใจ

เข้าใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากขึ้น ภายใต้กรอบแนวคิด ขั้นตอนและจำนวนครั้งแบบเดิม

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า โปรแกรมมีผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้าและการลดลงของความรุนแรงต่อเหตุการณ์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยและสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้าและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (Batink, Peeters, Geschwind, van Os, & Wichers, 2013) และจากการศึกษาเพื่อทดสอบผลของโปรแกรمدังกล่าวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 20 คน สามารถป้องกันการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยและสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด มีผลต่อการบำบัดรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้า (van der Velden et al., 2015) แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดควบคู่กับการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Guo et al., 2022) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า สามารถลดอาการซึมเศร้าได้และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับ

การดูแลแบบปกติ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2018) และผลของโปรแกรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงสามารถป้องกันการกำเริบของโรคซึมเศร้าทำให้ความคิดที่ผิดปกติลดลงช่วยให้ทักษะการรับรู้ การควบคุมอารมณ์ และความคิดได้ดีขึ้น (Farb et al., 2018)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของระดับสติที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาหายทุเลาและใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน พบว่า ไม่มีความแตกต่างของระดับสติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเช่นกัน (Kenbubpha, Pianthong, Saganrum, & Sukhawaha, 2022) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเพิ่มระดับของการมีสติและการตระหนักรู้จำเป็นต้องใช้เวลาในการฝึกทักษะสติอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องฝึกสติอย่างสม่ำเสมอและนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเพิ่มเติมจากการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดรายบุคคลกับผู้บำบัดแค่ 6 ครั้งเท่านั้น

ส่วนประสิทธิผลของโปรแกรมหลังมีการนำไปใช้ในระบบบริการของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ปีงบประมาณ 2565 พบว่า ส่งผลทำให้ร้อยละการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำของโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลลดลง ซึ่งโปรแกรมหาดังกล่าว

ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความตระหนักรู้ในอารมณ์ และเท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น เปลี่ยนวิธีการที่จิตเคยตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากเดิมที่ตอบสนองแบบอัตโนมัติเป็นตอบสนองอย่างมีสติ ตระหนักรู้เกี่ยวกับโลกของความคิดว่าเป็นแค่ความคิด มีสติและอยู่กับปัจจุบัน มีการตระหนักรู้ถึงอาการเตือนของโรคซึมเศร้าก่อนกลับเป็นซ้ำ มีความเห็นอกเห็นใจ และระดับความตระหนักรู้เพิ่มขึ้น และมีความเมตตาต่อตัวเองและดูแลตัวเองได้ จึงสามารถลดอาการซึมเศร้าและลดความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อสถานการณ์ รวมทั้งป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการฝึกสติเป็นพื้นฐานมีประสิทธิผลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมหาดังกล่าวภายใน 6 - 12 เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีสุขภาวะที่ดีเพิ่มขึ้น (van Aalderen et al., 2012) และสอดคล้องกับผลของโปรแกรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า สามารถป้องกันการกำเริบของโรคซึมเศร้าทำให้ความคิดที่ผิดปกติลดลง ช่วยให้ทักษะการรับรู้การควบคุมอารมณ์และความคิดได้ดีขึ้น (Farb et al., 2018) อย่างไรก็ตามจากการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดตามโปรแกรมนี้ จำนวน 134 คน กลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 6 เดือน เพียง 2 คน ซึ่งจากการสัมภาษณ์และซักประวัติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งสองคน พบว่า “มีความรุนแรงในครอบครัวและมีปัญหาทางเศรษฐกิจ รวมทั้งไม่ได้

รับประทานยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่อง” ดังนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน ควรมีการเตรียมความพร้อมและประเมินศักยภาพของครอบครัวสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การทดสอบผลของโปรแกรมในครั้งนี้ ใช้การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง จึงไม่ได้สุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรม
2. การศึกษาวิจัยนี้ไม่ได้ควบคุมตัวแปรที่แทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้าและการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของโรคซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยยังได้รับยาต้านอาการซึมเศร้า เป็นต้น
3. ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับต่ำเท่านั้น จึงอาจได้ผลที่แตกต่างถ้านำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำเป็นต้องฝึกอบรมพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หรือผู้บำบัดให้มีความรู้ความเข้าใจและสมรรถนะตามหลักของโปรแกรมก่อนเสมอ

2. ด้านการวิจัย

2.1 การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้าและการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของ

โรคซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยยังได้รับยาต้านอาการซึมเศร้า เป็นต้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเก็บข้อมูลการใช้ยาต้านอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อพิจารณาผลร่วมด้วย และควรมีการศึกษาแบบสุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยเพื่อลดความคลาดเคลื่อนการวิจัย

2.2 การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการบำบัดโปรแกรมแบบรายบุคคลเนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน มีวันที่รับไว้รักษาและจำหน่ายไม่พร้อมกัน ทำให้ไม่สามารถดำเนินการบำบัดแบบกลุ่มได้สะดวก ดังนั้นการศึกษารายต่อไปจึงควรนำโปรแกรมไปทดสอบผลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและใช้การบำบัดแบบรายกลุ่ม

2.3 การศึกษาครั้งนี้พัฒนาโปรแกรมภายใต้บริบทของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดังนั้นการศึกษารายต่อไป ควรมีการปรับปรุงและนำไปทดลองใช้ในบริบทอื่น ๆ ของโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีแผนกจิตเวช

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ประสาท อุครนันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่สนับสนุนให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ทุกท่าน สำหรับความช่วยเหลือและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

ธนินทร์ กองสุข, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนนูปผา, สุพัตรา สุขาวห, และ รุ่งมณี อึ้งยี่น. (2553, 18-20 สิงหาคม). ความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามเมื่อเทียบกับแบบประเมิน hamilton rating scale for depression (hrsd-17). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 9 เรื่อง "ความสุขครอบครัว ความสุขชุมชน : Happy Family Happy Community" ครอบครัวเข้มแข็ง ชุมชนเข้มแข็ง สังคมอยู่เย็นเป็นสุข, กรุงเทพมหานคร

ไพรัตน์ ชมภูบุตร, เกษราภรณ์ เคนนูปผา, สุพัตรา สุขาวห, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, และ หทัยรัตน์ สายมาอินทร์. (2563). ผลการวิเคราะห์ความต้องการและปัญหาการจัดการโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. กลุ่มภารกิจทางการแพทย์, โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2563). รายงานผลปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2563. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. (2564). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

วาริรัตน์ ถาน้อย, รุ่งภาภาณศิริรัตน์, และ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2554). แบบวัดความรู้คิดต่อสถานการณ์ภัยพิบัติสำหรับวัยรุ่น: คุณภาพของเครื่องมือ. *Journal of Nursing Science*, 29(2), 29-38.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ เรื่องการเปรียบเทียบความสัมพันธแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย(MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีจีพูล จำกัด.

อรรณพ ศิลปกิจ. (2558). การสร้างแบบประเมินสติ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(2), 72-90.

Batink, T., Peeters, F., Geschwind, N., van Os, J., & Wichers, M. (2013). How does mbet for depression work? Studying cognitive and affective mediation pathways. *PLOS ONE*, 8(8), e72778.

Biesheuvel-Leliefeld, K. E. M., Bosmans, J. E., Dijkstra-Kersten, S. M. A., Smit, F., Bockting, C. L. H., van Schaik, D. J. F., et al. (2018). A supported self-help for recurrent depression in primary care; an economic evaluation alongside a multi-center randomised controlled trial. *PLOS ONE*, 13(12), e0208570-e0208570.

Citrome, L., Jain, R., Tung, A., Landsman-Blumberg, P. B., Kramer, K., & Ali, S. (2019). Prevalence, treatment patterns, and stay characteristics associated with hospitalizations for major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 249, 378-384.

Farb, N., Anderson, A., Ravindran, A., Hawley, L., Irving, J., Mancuso, E., et al. (2018). Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 200-204.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.

Guo, H. R., Wang, J. R., Wang, Y. L., Huang, B. L., Yang, X. H., & Ren, Y. M. (2022). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy combined with medication therapy in preventing recurrence of major depressive disorder in convalescent patients. *Frontiers in Psychology*, 13.

Hollon, S. D. (2016). The efficacy and acceptability of psychological interventions for depression: Where we are now and where we are going. *Epidemiology Psychiatric Science*, 25(4), 295-300.

Houle J, Gascon-Depatie M, Bélanger-Dumontier G, Cardinal C. (2013). Depression self-management support: A systematic review. *Patient Education and Counselling*, 91(3), 271-9.

- Kenbubpha K, Pianthong K, Saguanrum K, Sukhawaha S, Thongbenjamas S, & Hasook P. (2021, March). *Development and testing the content validity of the program of mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorders*. Paper presented at the 20th WPA World Congress of Psychiatry. Retrieved March 22, 2021, from <https://www.eposters.net/event/20th-wpa-virtual-congress-of-psychiatry>
- Kenbubpha K, Pianthong K, Saguanrum K, & Sukhawaha S. (2022, August). *Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorder in Thailand*. Paper presented at the 20th WPA World Congress of Psychiatry. Retrieved November 9, 2022, from <https://2022.wcp-congress.com/abstract-topics/>
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 loma prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121.
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032-1040.
- Segal Z.V., Williams J.M., & Teasdale J. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2003). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J., et al. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 37, 26-39.
- World Health Organization. *Depression*. World Health Organization. Retrieved October 9, 2019, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

EXPLORATORY FACTORS ANALYSIS OF QUALITY OF LIFE IN ELDERLY WITH DEMENTIA

*Pawadee Hamtanon, Ph.D. *, Nopparat Chaichumni, Ph.D. **, Somsook Sommaluan, M.N.S***,
K sinsak Suwanachot, Ph.D. ***, Wipawan Chaum Pensooksan, Ph.D. *****

Abstract

Objective: To study the exploratory components quality of life in elderly with dementia.

Methods: The study design was quantitative research. The samples were 270 elderly people diagnosed with dementia according to the ICD-10 criteria (F00 -04) attended the outpatient department of the psychiatric hospital under the Department of Mental Health and its network hospitals. The research instruments were a quality of life which developed by the researcher based on the concept of quality of life of the World Health Organization. Cronbach's alpha coefficient was 0.91. Data were analyzed by elemental analysis with the main component, extraction method Orthogonal component axis rotation by Varimax method.

Results: Quality of Life in Elderly with Dementia: QOL- ED consisted of 6 main components and 25 sub-components. The main components were 1) life satisfaction, 2) psychological well-being, 3) activities of daily living 4) environment of residence 5) social support network, and 6) socioeconomic status. Each component explained the variance of 32.865, 10.885, 5.404, 4.685, 4.222 and 4.117 percent, respectively. The total variance was 62.178 percent. Component 1 (Life satisfaction) had the greatest percentage variance showed that the most affected the quality of life in elderly with dementia.

Conclusion: Quality of life in elderly with dementia associated with cognitive impairment ability to carry out daily activities, including emotions, feelings, and social experiences. It should be used with a specific evasion. It will be a guideline for caregivers and health personnel to provide supportive care. Encourage the elderly with dementia to have a better quality of life.

Keywords: exploratory factors analysis, quality of life, elders with dementia

*Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Thaksin University, e-mail: pawadee.h@tsu.ac.th

**Lecturer, Faculty of Nursing, Walailak University

***Registered Nurse, Professional Level, Suansaranrom Hospital

****Associate Professor, Faculty of Nursing, Surattani Rajabhat University

Received: 11 December 2022, Revised: 5 February 2023, Accepted: 11 February 2023

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ภาวดี เหมทานนท์, ป.ร.ค.*, นพรัตน์ ไชยขำนิ, ป.ร.ค.**, สมสุข สมมะลวน, พย.ม.***

ก สิ้นศักดิ์ สุวรรณ โชติ, ป.ร.ค.***, วิภาวรรณ ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์, ป.ร.ค.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาองค์ประกอบเชิงสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

วิธีการศึกษา : รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อม ตามเกณฑ์ ICD-10 (F00-04) เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต และโรงพยาบาลเครือข่าย จำนวน 270 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา จากแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก มีความเชื่อมั่นตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ ด้วยวิธีการสกัดองค์ประกอบหลัก หมุนแกนองค์ประกอบแบบหมุนจากด้วยวิธีแวนแมกซ์

ผลการศึกษา : คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน และ 25 องค์ประกอบย่อย โดยองค์ประกอบหลัก คือ 1) ความพึงพอใจในชีวิต 2) สุขภาวะทางจิตใจ 3) กิจกรรมในชีวิตประจำวัน 4) สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย 5) เครื่องมือการสนับสนุนทางสังคม และ 6) สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยแต่ละองค์ประกอบอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 32.865, 10.885, 5.404, 4.685, 4.222 และ 4.117 ตามลำดับ ค่าความแปรปรวนรวมคิดเป็นร้อยละ 62.178 ซึ่งองค์ประกอบที่ 1 ความพึงพอใจในชีวิต มีร้อยละความแปรปรวนมากที่สุด แสดงว่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากที่สุด

สรุป : คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางด้านการรู้คิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงอารมณ์ ความรู้สึก และประสบการณ์ทางสังคม จึงควรใช้แบบประเมินที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ดูแลและบุคลากรทางสุขภาพให้การดูแลสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุสมองเสื่อม

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ, e-mail: pawadee.h@tsu.ac.th

**อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

วันที่รับ: 11 ธันวาคม 2565, วันที่แก้ไข: 5 กุมภาพันธ์ 2566, วันที่ตอบรับ: 11 กุมภาพันธ์ 2566

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เป็นหนึ่งในความท้าทายด้านสุขภาพมากที่สุดที่ทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน ภาวะนี้จัดอยู่ในกลุ่มโรคทางสมองที่เรื้อรังและพบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งความชุกของภาวะสมองเสื่อมเป็นไปตามช่วงอายุ พบความชุกร้อยละ 5.00 - 7.00 ในช่วงอายุ 60 ปี (Prince et al., 2013) และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 11.00 ในช่วงอายุ 65 ปี (Hebert, Weuve, Scherr, & Evans, 2013) ทั้งนี้ในปี ค.ศ. 2015 มีบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม 47 ล้านคนทั่วโลก คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 75 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และเพิ่มเป็น 131 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 (Alzheimer's Disease International, 2016) สำหรับประเทศไทยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรที่อายุมากกว่า 55 ปี ร้อยละ 1.80 - 2.00 (พาวุฒิ เมฆวิชัย และ สุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) ส่วนในประชากรที่สูงอายุนั้นจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบอัตราความชุกของผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 8.10 (ชาย ร้อยละ 6.80 หญิงร้อยละ 9.20) (วิชัย เอกพลากร, 2559)

ภาวะสมองเสื่อมในแต่ละคนมีอาการแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยและระยะการดำเนินโรค ได้แก่อาการด้านความบกพร่องของความสามารถในด้านการรู้คิด (cognitive abilities) ความยากลำบากในเรื่องความจำ (difficulties in memory) การเปลี่ยนแปลงในเรื่องภาษา (disturbances in language) การเปลี่ยนแปลงของสภาวะจิตใจและอาการทางจิตเวช (psychological and psychiatric changes) และความบกพร่องใน

กิจกรรมประจำวัน (activities of daily living) สูญเสียความเป็นตัวคน ทั้งนี้การดำเนินโรคจะรุนแรงมากขึ้น จนกระทั่งผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่สามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ผู้ดูแล และครอบครัว และเป็นโรคที่มีความท้าทายอย่างมากต่อบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยจนวาระสุดท้ายของชีวิต (Igarashi et al., 2020)

คุณภาพชีวิต (Quality of life: QOL) มีการให้ความหมายไว้ก่อนหน้านี้ว่า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลในจุดยืนของชีวิตตามบริบทของวัฒนธรรมและระบบค่านิยมในการดำเนินชีวิต และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และการให้ความสำคัญ (Klapwijk, Caljouw, Pieper, van der Steen, & Achterberg, 2016) ซึ่งความหมายนี้ยังมีความคลุมเครือต่อการนำไปใช้ โดยพบว่า ผู้ใช้แบบประเมินมีการใช้ความคิดเห็นส่วนตัว และมีความกำกวมเมื่อมีการนำมาใช้ในระบบการดูแลสุขภาพ (Arons, Krabbe, Schölzel-Dorenbos, van der Wilt, & Rikkert, 2013) ทั้งนี้คุณภาพชีวิตสามารถพิจารณาได้ทั้งในจิตพิสัย (subjective measurement) ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และค่านิยมของบุคคล เช่นเดียวกับการวัดเชิงวัตถุพิสัย (objective measurement) ที่เปลี่ยนแปลงไปตามการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย กล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการดูแลสุขภาพ แต่กลับพบว่ายังไม่มีมาตรฐานในการประเมินว่า อะไรคือความหมายของคุณภาพชีวิตของบุคคล และยังไม่มีข้อสรุปว่าปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

(Telenius, Engedal, & Bergland, 2013) โดยหนึ่งในแง่มุมที่ยุ่งยากในการประเมินคุณภาพชีวิตคือลักษณะของคำถามที่เป็นจิตพิสัย และยิ่งยุ่งยากมากขึ้นเมื่อนำมาใช้กับบุคคลที่มีความผิดปกติทางารรู้คิด อาทิ ผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ในปัจจุบันภาวะสมองเสื่อมยังไม่มีการรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็มียาบางตัวที่อาจจะทำให้อาการดีขึ้นได้ชั่วคราว หรือช่วยให้การดำเนินโรคช้าลง ส่วนการบำบัดที่ไม่ใช่ยาสามารถบรรเทาอาการของโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ (Prince et al, 2013) ซึ่งความสำเร็จของการรักษาส่วนใหญ่จะวัดที่คุณภาพชีวิตของบุคคลที่ดีขึ้น (Telenius, et al., 2013) การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผ่านมามีจะประเมินได้จากผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ให้บริการทางสุขภาพ ด้วยเหตุผลที่ภาวะสมองเสื่อมทำให้การทำหน้าที่ทางการรู้คิดของผู้สูงอายุลดลง แม้ว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรงยังมีความสามารถในการระบุถึงคุณภาพชีวิตของตนเองได้ (Moyle, Fetherstonhaugh, Greben, & Beattie, 2015) นอกจากนี้มีปัญหามากมายประการสำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตในลักษณะของการประเมินทางสุขภาพของผู้สูงอายุสมองเสื่อม อาทิ การให้นิยามคุณภาพชีวิตที่ไม่ชัดเจนสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ และยังไม่ได้คำตอบว่าการวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้ผู้ที่เกี่ยวข้องนั้นมีความถูกต้องหรือไม่สำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Arons, et al., 2013)

แม้ว่าจะมีงานวิจัยที่พัฒนาและตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตในบุคคล

ที่มีสมองเสื่อม แต่พบว่าไม่มีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ด้วยลักษณะโครงสร้างที่เป็นจิตพิสัย และด้วยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในปัจจุบันส่วนใหญ่พัฒนาขึ้นสำหรับประชากรในวัยผู้ใหญ่ที่ไม่ได้มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยมีความเห็นว่าหากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ให้ความสำคัญกับข้อคำถามซึ่งสอดคล้องกับค่านิยมส่วนบุคคลจะมีความเหมาะสมมากขึ้นสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจเพื่อคู่กับวิจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การประเมินคุณภาพชีวิตในครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินตามกรอบความพึงพอใจในชีวิตหรือสภาวะของชีวิต ซึ่งเป็นการประเมินที่ครอบคลุมมิติต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลมากที่สุด โดยเป็นการประเมินคุณลักษณะ (quantitative measurement) และเป็นการวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ ที่ผู้สนใจศึกษากำหนดไว้ล่วงหน้าและเลือกการวัดด้วยการใช้แบบประเมินที่สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก

เป็นการพัฒนาแบบประเมินเพื่อใช้ในการศึกษาผลกระทบของคุณภาพชีวิตจากปัจจัยหรือสถานการณ์หนึ่ง ๆ ซึ่งก็คือการมีภาวะสมองเสื่อมแบบประเมินมีการวัดทั้งด้านวัตถุพิสัย (objective measurement) คือประเมินผลกระทบของความบกพร่องของการทำหน้าที่ต่าง ๆ และด้านจิตพิสัย (subjective measurement) คือประเมินผลกระทบของความบกพร่องที่เกิดขึ้นต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม (Liddle, & McKenna, 2000)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย 4 ภาค ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2565 - กันยายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มารับบริการที่ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงราย ราชบุรี นครปฐม และยโสธร ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2565 - เดือนกันยายน 2565 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ

1) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ตามเกณฑ์ ICD-10) ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับการใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทล เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (ระดับ 5 คะแนน

ขึ้นไป) และสามารถสื่อสารผ่านการพูด และมีความสามารถในการได้ยินและการมองเห็น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Quality of Life in Elderly with Dementia: QOL- ED) ผู้วิจัยมีขั้นตอนการพัฒนาในข้อ 2.1 - 2.3 ตามงานวิจัยของนพรัตน์ ไชยขำนิ และคณะ (2563) ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยศึกษาแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด ฉบับภาษาไทยที่ สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล ปิรทรรศ ศิลปกิจ และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย (2541) พัฒนาให้เหมาะสมกับคนไทย แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ เช่นเดียวกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด โดยผู้วิจัยมีการปรับการให้นิยามในแต่ละองค์ประกอบ ข้อคำถาม ตามข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม

2.2 ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 2 คน แพทย์ด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง

ด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านสมองเสื่อมในชุมชน 1 คน และอาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม 2 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item – Objective Congruence Index: IOC) ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) อยู่ระหว่าง 0.57 – 1.00

2.3 ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .90 ได้ข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ มากที่สุด ให้ค่า 4 คะแนน มาก ให้ค่า 3 คะแนน น้อย ให้ค่า 2 คะแนน และ น้อยที่สุด ให้ค่า 1 คะแนน และคิดคะแนนรวมเทียบกับคะแนนของแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด ฉบับภาษาไทย

2.4 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 64 ราย ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และนำมาหาค่าอำนาจจำแนก เลือกข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป ได้ข้อคำถาม (ตัวแปร) ทั้งหมด 25 ตัวแปร โดยมีอำนาจจำแนกระหว่าง 0.336 - 0.704

2.5 นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อมในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ 0.91 ประกอบด้วยตัวแปรทั้งหมด 25 ตัวแปร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับโรงพยาบาลเป้าหมายเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อบรมการใช้เครื่องมือให้กับผู้ช่วยวิจัยเพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกัน และในการตอบแบบสอบถามนั้น สามารถทำได้ 3 รูปแบบ คือ 1) ผู้สูงอายุสมองเสื่อมอ่านแบบประเมินและตอบคำถามด้วยตัวเอง 2) ผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบประเมินให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมตอบ และ 3) ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ดูแลหลักที่ติดตามผู้สูงอายุสมองเสื่อมมาโรงพยาบาลตอบแบบประเมินในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกับกลุ่มตัวอย่างด้วยการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ก่อนการดำเนินการวิจัย ซึ่งงานวิจัยเรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย ตามหนังสือรับรองเลขที่ DMH.IRB.COA 028/2564 วันที่รับรอง 12 พฤศจิกายน 2564 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย รวมถึงผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมอย่างอิสระ และในระหว่าง

การเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรับบริการทางสุขภาพและผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น ภายหลังการชี้แจงผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา
2. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) ด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อการสร้างเมตริกสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การสกัดองค์ประกอบ (Factor extraction) การหมุนแกนองค์ประกอบที่ทำให้ปัจจัยนั้นหมุนแบบตั้งฉากกันแบบแวนแมกซ์ (Varimax) โดยทำให้ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มหรือมีความสัมพันธ์น้อยจะถูกสกัดออกและให้เหลือน้อยที่สุด การเลือกค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) และตั้งชื่อองค์ประกอบหลัก

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม จากกลุ่มตัวอย่าง 270 คน ซึ่งมีมากกว่าจำนวนตัวแปรประมาณ 10 เท่า แสดงว่ามีจำนวนข้อมูลมากพอที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

(ยูทซ์ ไกรวรรณ, 2557)

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 270 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 195 คน (ร้อยละ 72.22) อายุอยู่ระหว่าง 71 - 80 ปี มากที่สุด จำนวน 96 คน (ร้อยละ 35.56) อายุน้อยที่สุด 60 ปี มากที่สุด 95 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 75.40 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา จำนวน 149 คน (ร้อยละ 55.19) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 125 คน (ร้อยละ 46.30)

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis)

2.1 ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรทั้ง 25 ตัวแปร พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 2.64 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .47

2.2 ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของเมตริกสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 25 ตัวแปร มีค่า KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) เท่ากับ 0.898 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 25 ตัวแปรเหมาะสมกับการวิเคราะห์องค์ประกอบ และการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity เพื่อทดสอบความเป็นเอกภาพของเมตริกสหสัมพันธ์ (Identity matrix) มีค่า Chi-Square เท่ากับ 2843.788 และค่า Sig = .000 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 25 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน จึงมีความเหมาะสมสำหรับนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ดังตารางที่ 1

2.3 การหาค่าร่วมกัน (Communalities) พบว่า จากการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก พบว่า ค่าความร่วมกัน (Communalities) ของตัวแปรที่เป็นลักษณะของ

ตารางที่ 1 ค่า KMO and Bartlett's Test

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0.898
Bartlett's Test of Sphericity	Chi-Square	2843.788
	Sig	.000

ตารางที่ 2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อม

Components	Number of items	Factor loading	Communalities	Eigen values	Percentage of variance
1. ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction)	8	.488 - .707	.496 - .635	8.211	32.867
2. สุขภาวะทางจิตใจ (psychological well-being)	6	.501 - .710	.448 - .667	2.720	10.885
3. กิจกรรมในชีวิตประจำวัน (activities of daily living)	5	.454 - .780	.454 - .648	1.350	5.404
4. สภาพแวดล้อมแหล่งที่อยู่อาศัย (environment of residence)	2	.791 - .816	.742 - .744	1.172	4.685
5. เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (social support network)	2	.793 - .850	.749 - .788	1.058	4.222
6. สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic status)	2	.677 - .839	.645 - .796	1.030	4.117
ร้อยละความแปรปรวนสะสม (Cumulative percentage of variance) = 62.178					

คุณภาพชีวิตทั้ง 25 ตัวแปร มีค่าอยู่ระหว่าง 0.448 - 0.796 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง มีแนวโน้มที่อาจจะสามารถเข้าในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งได้ ดังตารางที่ 2

2.4 การหาค่าความแปรปรวน (Total Variance Explained)

จากการหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมฉาก (Orthogonal rotation) ด้วยวิธี varimax พบว่าองค์ประกอบ

ที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 มี 6 องค์ประกอบ คือ 8.211, 2.720, 1.350, 1.172, 1.058, 1.030 ตามลำดับ โดยองค์ประกอบที่ 1 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 32.867 องค์ประกอบที่ 2 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 10.885 องค์ประกอบที่ 3 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 5.404 องค์ประกอบที่ 4 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.685 องค์ประกอบที่ 5 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.222 และองค์ประกอบที่ 6 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.117 รวมแล้วมีร้อยละของความแปรปรวนสะสมเท่ากับ 62.178 ดังตารางที่ 2 และเมื่อใช้วิธีการหมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal rotation) ด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (Varimax) พบว่าค่า Factor loading เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเทียบกับค่า Factor loading ก่อนการหมุนแกน ดังตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 สรุปผลการวิจัยที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม หลังจากหมุนแกนแบบมุมฉากด้วยวิธีแวนริแมกซ์ ได้ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบทั้งหมด 6 ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ประกอบด้วย 8 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .488 - .707 เมื่อพิจารณาข้อคำถาม ส่วนใหญ่เป็นความรู้สึกพึงพอใจต่อตนเองที่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบ พึงพอใจที่ได้มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคม ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)

องค์ประกอบที่ 2 ประกอบด้วย 6 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .501 - .710 เมื่อพิจารณาข้อคำถาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความ

ภาคภูมิใจและความมีคุณค่าในตนเอง สมรรถนะของจิตใจในการจัดการกับปัญหา ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า สุขภาวะทางจิตใจ (psychological well-being)

องค์ประกอบที่ 3 ประกอบด้วย 5 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .454 - .780 เมื่อพิจารณาข้อคำถาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นสมรรถนะทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า กิจกรรมในชีวิตประจำวัน (activities of daily living)

องค์ประกอบที่ 4 ประกอบด้วย 2 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ คือ .791 และ .816 เมื่อพิจารณาข้อคำถาม พบว่า เป็นความเหมาะสมของสถานที่พักอาศัยที่ปลอดภัยต่อร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย (environment of residence)

องค์ประกอบที่ 5 ประกอบด้วย 2 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ คือ .793 และ .850 เมื่อพิจารณาข้อคำถาม พบว่า เป็นการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับเพื่อนบ้าน ชุมชนและสังคมที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (social support network)

องค์ประกอบที่ 6 ประกอบด้วย 2 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ คือ .677 และ .839 เมื่อพิจารณาข้อคำถาม พบว่า เป็นความพอเพียงของค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic status)

จากทั้ง 6 องค์ประกอบ ผู้วิจัยให้นิยาม

ตารางที่ 3 ค่า Rotational Component Matrix

ตัวแปร	Components	Factor loading					
		1	2	3	4	5	6
V17 ท่านรู้สึกพอใจต่อการทำกิจกรรมกับลูกหลาน เช่น การพูดคุย การกอด การสัมผัส		.707					
V18 ท่านพอใจกับการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม		.684					
V19 ท่านรู้สึกมีคุณค่าที่ได้ทำตามบทบาทหน้าที่ เช่น พ่อ แม่		.680					
V16 ท่านรู้สึกว่าเป็นเพื่อนหรือสังคมพร้อมให้การช่วยเหลือท่าน		.605					
V15 ท่านรู้สึกพอใจกับความสัมพันธ์/การสื่อสารที่ดีระหว่างท่านกับคนในครอบครัว		.602					
V13 ท่านพอใจที่ได้เข้าวัด สวดมนต์ หรือ ได้ทำตามความเชื่อของตนเอง		.538					
V12 ท่านพอใจในการได้ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ เช่น ร้องเพลง ดูทีวี เล่นสัคว์ ปลูกต้นไม้ ทำงานฝีมือ		.509					
V9 ท่านรู้สึกสบายใจ มีความสุข ไม่เครียด		.488					
V11 ท่านยอมรับถึงความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่			.710				
V7 ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง			.645				
V10 ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าและมีความหมายต่อบุตรหลานญาติ และคนอื่น ๆ			.620				
V8 ท่านสามารถจัดการความเครียด ความเศร้าเมื่อเกิดความกังวลได้			.571				
V14 ท่านรู้สึกปลอดภัยไม่กังวลกับการเจ็บป่วยของท่าน			.535				
V4 ท่านมีความมั่นใจในตนเอง			.501				
V2 ท่านสามารถออกกำลังกายที่ชอบได้				.780			
V3 ท่านสามารถทำกิจกรรมอื่นที่ไม่ใช่กิจวัตรประจำวัน เช่น การทำอาหาร การไปจ่ายตลาด				.746			
V1 ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น กินข้าว อาบน้ำ แปรงฟัน				.714			
V6 ท่านมีสมาธิในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้				.604			
V5 ท่านสามารถจำสิ่งต่าง ๆ รอบตัวในชีวิตประจำวันได้				.454			

ตารางที่ 3 ค่า Rotational Component Matrix (ต่อ)

ตัวแปร	Components	Factor loading					
		1	2	3	4	5	6
V20 สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของท่านเหมาะสมกับสุขภาพของท่าน					.816		
V21 สถานที่ท่านอาศัยมีความสะดวกสบาย ผ่อนคลาย น่านั่ง					.791		
V25 เพื่อนบ้านมักช่วยเหลือ/เผื่อระวังความปลอดภัยเมื่อท่านเดินออกนอกบ้าน						.850	
V24 บ้านของท่านอยู่ในชุมชนที่มีเพื่อนบ้านที่มีความเมตตาให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน						.793	
V22 ท่านมีเงินใช้จ่ายเพียงพอเมื่อยามจำเป็น							.839
V23 ท่านสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการได้รับการบริการที่ได้อย่างทันทั่วทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน							.677

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม (quality of life in elderly with dementia) หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อการดำเนินชีวิตที่พึงพอใจ มีความภาคภูมิใจ รู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง มีศักยภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการตอบสนองความต้องการของตนเอง ภายใต้อสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัย มีครอบครัวและสังคมที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน รวมทั้งมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้

การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ห้อยค์ประกอบเชิงสำรวจที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมพบว่า มี 6 ประการหลัก 25 องค์ประกอบย่อย ซึ่งองค์ประกอบหลักที่อธิบายร้อยละของความ

แปรปรวนจากมากไปน้อยตามลำดับ คือ 1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต 2) ด้านสุขภาวะทางจิตใจ 3) ด้านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 4) ด้านสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย 5) ด้านเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และ 6) ด้านสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

ผลการวิจัย พบว่า องค์ประกอบที่ 1 ด้านความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) เป็นด้านที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 32.867 และมี 8 ตัวแปร กล่าวได้ว่า การที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะมีคุณภาพชีวิตที่นั่นขึ้นอยู่กับความรู้สึกพึงพอใจทั้งต่อตนเองที่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบ พึงพอใจที่ได้มีสัมพันธ์ภาพที่ดีทั้งกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต ดังที่ คอฟแมน และคณะ (Kaufman,

Kosberg, Leeper, & Tang, 2010) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) เป็นสภาวะเชิงจิตพิสัยของบุคคลที่อธิบายถึงคุณภาพชีวิต การมีความพึงพอใจในชีวิตสะท้อนถึงการมีเงื่อนไขต่าง ๆ ที่ทำให้มีชีวิตที่ดี (Kaliterna, Prizmic, & Zganec, 2004) เป็นความรู้สึกมีความสุขที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ การรู้คิด และภูมิหลังของบุคคล ส่วนความรู้สึกเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ บ่งชี้ถึงความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุต้องจัดการ (Hervé, Bailly, Joulain, & Alaphilippe, 2012) เช่น ที่อยู่อาศัย การเข้ารับการรักษา เป็นต้น นอกจากนี้ความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัวบ่งชี้ในการวัดความสำเร็จของผู้สูงอายุ (successful aging) (García, Zamarrón et al., 2011) ด้านสุขภาพกาย (physical health) และการทำหน้าที่ทางจิตใจ (mental functioning)

การอธิบายคุณภาพชีวิตจะเด่นชัดมากขึ้นเมื่อเพิ่มตัวแปรจากองค์ประกอบที่ 2 คือ ด้านสภาวะทางจิตใจ (psychological well-being) เป็นด้านที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 10.885 ประกอบด้วย 6 ตัวแปร อธิบายได้ถึง ความภาคภูมิใจและความมีคุณค่าในตนเอง สมรรถนะของจิตใจในการจัดการกับปัญหา ซึ่งผู้วิจัยพบว่า การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุสมองเลื่อมอย่างมีความสุขทำให้เกิดประสบการณ์ของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี กล่าวได้ว่า องค์ประกอบทั้ง 2 ด้านนี้คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต และด้านสภาวะทางจิตใจเป็นโครงสร้างหลักของคุณภาพชีวิต โดย แคลร์ และคณะ (Clare et al., 2014a) กล่าวว่าทั้ง 2 ประเด็นที่กล่าวมาข้างต้นมีความสัมพันธ์กัน แต่ก็

เป็นองค์ประกอบควรแยกออกจากกัน ดังที่เซนต์จอห์นและมอนต์โกเมอรี (St. John & Montgomery, 2010) กล่าวว่า สุขภาวะคือการรับรู้เชิงบวกของบุคคลต่อเหตุการณ์ในปัจจุบัน และเป็นประสบการณ์ของการคงสมดุลได้อย่างเหมาะสมระหว่างอารมณ์ทางบวกและทางลบ ส่วนการรับรู้ถึงความพึงพอใจในชีวิตสะท้อนถึงประสบการณ์ที่มีความหมายและเป้าหมาย เป็นความสามารถที่จะมีประสบการณ์การเจริญงอกงามได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงเป็นความรู้สึกถึงการมีความสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ และการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างมีชีวิตชีวาและมีความสุข นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาที่ใช้คำว่าสภาวะและคุณภาพชีวิตในความหมายเดียวกัน (Bowling et al., 2015) แม้ว่าจุดเริ่มต้นของคำว่า “สุขภาวะ” และ “คุณภาพชีวิต” มาจากต่างสาขาการวิจัย พบว่ามีการให้ความหมายเดียวกัน แต่จากการที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวถึงภาวะสมองเลื่อมโดยเฉพาะ พบว่ามีการนำเสนอสุขภาวะในบุคคลที่มีสมองเลื่อมในระยะแรก และงานวิจัยเสนอแนะว่าอาจจะไม่เหมาะสมกับบุคคลที่มีภาวะสมองเลื่อมในระยะที่รุนแรงขึ้นตามโรค เพราะลักษณะของโรคที่มีความบกพร่องของการรู้คิด จะส่งผลต่อการประเมินสภาวะของตนเอง ดังนั้นในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงแยกออกเป็น 2 องค์ประกอบชัดเจน

การที่ผู้สูงอายุสมองเลื่อมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นจะต้องมีการดำเนินชีวิตที่ดี มีประสบการณ์ที่ดีต่อชีวิตที่เป็นอยู่และเคยเป็นอยู่ ซึ่งหมายรวมถึงการได้มีกิจกรรมทางสังคม (social active) (Eshkooor,

Hamid, Nudin, & Mun, 2014) ดัชนีประกอบที่ 3 ด้านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (activities of daily living) ประกอบด้วย 5 ตัวแปร ที่รวมอธิบายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 5.404 ซึ่งองค์ประกอบนี้ประกอบด้วย สมรรถนะทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เห็นได้ว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวม การสนับสนุนบุคคลในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน โดยการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ง่ายขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรมจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ (Woodbridge et al., 2018) กล่าวได้ว่าการจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ผู้สูงอายุสมองเสื่อมควรได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีด้วย ดัชนีประกอบที่ 4 ด้านสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย (environment of residence) สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 4.685 ซึ่งอธิบายถึงความเหมาะสมของสถานที่พักอาศัยที่ปลอดภัยต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งสำคัญกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ต้องจัดการชีวิตของตนเองภายใต้เงื่อนไขของความบกพร่องทางการรู้คิด ความจำ และความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัย

นอกจากนี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม องค์ประกอบที่ 5 ด้านเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (social support network) ซึ่งอธิบายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 4.222 กล่าวถึงการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับเพื่อนบ้าน ชุมชนและสังคมที่ช่วยเหลือกันเกื้อกูลกัน ซึ่งสอดคล้องกับ มาร์ติร์และคณะ (Martyr et al., 2018) ที่กล่าวว่า คุณภาพของสัมพันธภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพ

ชีวิตของบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลจากบุคคลที่เคยมีสัมพันธภาพกันมาก่อน โดยเฉพาะคู่สมรส บุตรที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (Schulz & Martire, 2004) แม้ว่าภาวะสมองเสื่อมอาจจะทำให้สัมพันธภาพของผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อนหน้านี้เปลี่ยนไป แต่คุณภาพของสัมพันธภาพมีความสำคัญในการกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Clare et al., 2014; Woods et al., 2014) อีกทั้งการได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในส่วนองค์ประกอบที่ 6 ด้านสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic status) ซึ่งอธิบายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 4.117 กล่าวถึงความพอเพียงของค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพนั้น มีความสำคัญในการช่วยเสริมให้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความเฉพาะมากขึ้น กล่าวคือ ภาวะสมองเสื่อมมีกระบวนการดำเนินโรคเรื้อรัง ความบกพร่องที่เกิดจากสมองเสื่อมต้องได้รับการดูแลทั้งเป็นทางการ เช่น ค่ายา ค่าตรวจเพื่อการวินิจฉัย และไม่เป็นทางการ เช่น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และเป็นดูแลระยะยาวที่เกิดจากความเสื่อมที่เกิดจากการดำเนินของโรค ดังนั้นการได้รับสนับสนุนทางการเงินและการมีสิทธิตามสถานะของบุคคลในสังคม โดยเฉพาะสิทธิในการเข้ารับบริการทางสุขภาพมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเหมาะสำหรับการใช้ประเมินผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะน้อยถึงปานกลาง และผู้สูงอายุสมองเสื่อมควรจะต้องด้วยตนเอง เพราะข้อคำถามส่วนใหญ่เป็นลักษณะของจิตพิสัย ที่เป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเอง หากให้ผู้ดูแลหลักหรือบุคลากรทางสุขภาพตอบควรจะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุและมีสัมพันธภาพที่ดีและต่อเนื่อง หรือผู้เก็บข้อมูลควรมีการสังเกตผู้สูงอายุสมองเสื่อมร่วมด้วยขณะที่ผู้เกี่ยวข้องตอบแบบประเมิน

2. การนำไปใช้ในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมนี้ ไปทดลองใช้เพื่อนำคะแนนมาเปรียบเทียบระหว่างผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้ดูแลหรือบุคลากรทางสุขภาพ หรือมีการใช้แบบประเมินร่วมกับการสังเกต พฤติกรรมที่แสดงออก ท่าทางของร่างกาย การแสดงออกทางคำพูดและท่าทาง และการแสดงออกทางสีหน้า โดยผู้เก็บข้อมูลที่มีความเชี่ยวชาญทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

2.2 ควรนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมฉบับนี้ไปทดสอบกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตมาตรฐานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อการหาจุดตัดของการคิดค่าคะแนนในการแบ่งระดับของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อม หรือการเปรียบเทียบกับระยะการดำเนินโรคสมองเสื่อมตามการวินิจฉัยทางการแพทย์

2.3 ควรมีการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระดับรุนแรง ที่ยังคงมีความสามารถที่ยังเหลืออยู่ในลักษณะของการสังเกตการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กองทุนส่งเสริม ด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ที่สนับสนุนงบประมาณ และขอบคุณสำนักวิชาการสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงราย ราชบุรี นครปฐม และ ยโสธร และขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนาม และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- นพรัตน์ ไชยธานี, สมสุข สมมะลาน, วันดี สุทธรังสี, ก สันศักดิ์ สุวรรณโชติ, วิภาวรรณ ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์ และภาวดี เหมทานนท์. (2563). การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ. รายงานวิจัย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วิชัย เอกพลากร. (2559). สุขภาพผู้สูงอายุ. ใน วิชัย เอกพลากร. (บก.). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

พาวดี เมฆวิชัย และ สุรินทร์ แซ่ตั้ง. (2556). ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 101-110.

ยุทธ ไกรวรรณ. (2557). *วิเคราะห์สถิติหลายตัวแปร*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวัฒน์ มหัตถ์วันศรีกุล, ปรีทรรศ ศิลปกิจ และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2541). *คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ*.ทุนสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.

Alzheimer's Disease International. (2016). *World Alzheimer's report 2016*. London: Alzheimer's disease International (ADI). Retrieved October 5, 2020, from: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2016/>

Arons, A.M., Krabbe, P.F., Schölzel-Dorenbos, C.J., van der Wilt, G.J., & Rikkert, M.G. (2013). Quality of life in dementia: a study on proxy bias. *BMC Medical Research Methodology*, 13, 110.

Bowling, A., Rowe, G., Adams, S., Sands, P., Samsi, K., Crane, M., et al. (2015). Quality of life in dementia: a systematically conducted narrative review of dementia-specific measurement scales. *Aging & Mental Health*, 19(1), 13-31.

Clare, L., Nelis, S.M., Quinn, C., Martyr, A., Henderson, C., Hindle, J.V., et al. (2014a). Improving the experience of dementia and enhancing active life – living well with dementia: study protocol for the IDEAL study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 164.

Clare, L., Woods, R. T., Nelis, S. M., Martyr, A., Markova, I. S., Roth, I., et al., (2014). Trajectories of quality of life in early-stage dementia: individual variations and predictors of change. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(6), 616-623.

Eshkoor, S. A., Hamid, T. A., Nudin, S. S. a. H., & Mun, C. Y. (2014). The effects of social support, substance abuse and health care supports on life satisfaction in dementia. *Social Indicators Research*, 116, 535-544.

García, R. F.-B., Zamarrón, M. D., Bravo, M. D. L., Martínez, M. Á. M., del Moral, R. S., López, P. M., et al. (2011). Successful ageing: criteria and predictors. *Psychology in Spain*, 15(1), 94-101.

Hebert, L.E, Weuve, J., Scherr, P.A., & Evans, D.A. (2013). Alzheimer disease in the United States (2010/2050) estimated using the 2010 census. *Neurology*, 80, 1778-1789.

Hervé, C., Bailly, N., Joulain, M., & Alaphilippe, D. (2012). Comparative study of the quality of adaptation and satisfaction with life of retirees according to retiring age. *Psychology*, in *Scientific Research*, 3(4), 322-327.

Igarashi, A., Fukuda, A., Teng, L., Ma, F-F., Dorey, J., & Onishi, Y. (2020). Family caregiving in dementia and its impact on quality of life and economic burden in Japan-web based survey. *Journal of Market Access & Health Policy*, 8(1), 1720068.

Kaliterna, L. L., Prizmic, L. Z., & Zganec, N. (2004). Quality of life, life satisfaction and happiness in shift-and non-shiftworkers. *Revista de Saúde Pública*. 38(Supl), 3-10.

Kaufman, A. V., Kosberg, J. I., Leeper, J. D., & Tang, M. (2010). Social support, caregiver burden, and life satisfaction in a sample of rural African American and White caregivers of older persons with dementia. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(3), 251-269.

Klapwijk, M.S., Caljouw, M.A., Pieper, M.J., van der Steen, J.T., & Achterberg, W.P. (2016). Characteristics associated with quality of life in long-term care residents with dementia: a cross-sectional study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder*, 42(3-4), 186-197.

Liddle, J. & McKenna K. (2000). Quality of life: an overview of issues for use in occupational therapy outcome measurement. *Australian Occupational Therapy Journal*, 47, 77-85.

- Martyr, A., Nelis, S. M., Quinn, C., Wu, Y.-T., Lamont, R. A., Henderson, C., et al. (2018). Living well with dementia: A systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. *Psychological Medicine*, 48(13), 2130-2139.
- Moyle, W., Fetherstonhaugh, D., Greben, M., & Beattie, E. (2015). Influencers on quality of life as reported by people living with dementia in long-term care: a descriptive exploratory approach. *BMC Geriatric*, 15, 50.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63-75.
- Schulz, R., & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 240-249.
- St. John, P. D. & Montgomery, P. R. (2010). Cognitive impairment and life satisfaction in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 814-821.
- Telenius, E.W., Engedal, K., & Bergland, A. (2013). Physical performance and quality of life of nursing-home residents with mild and moderate dementia. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 10(12), 6672-6686.
- Woods, R. T., Nelis, S. M., Martyr, A., Roberts, J., Whitaker, C. J., Markova, I., et al. (2014). What contributes to a good quality of life in early dementia? awareness and the QoL-AD: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 94.
- Woodbridge, R., Sullivan, M. P., Harding, E., Crutch, S., Gilhooly, K. J., Gilhooly, M. L. M., et al. (2018). Use of the physical environment to support everyday activities for people with dementia: a systematic review. *Dementia*, 17(5), 533-572.

SELF-HEALING EXPERIENCES AMONG PSYCHIATRIC NURSES WORKING DURING THE TERRORIST ATTACKS SITUATIONS IN THE SOUTHERNMOST PROVINCES OF THAILAND

Sujira Wichaidit, R.N., Ph.D. , Thaparat Rakpanusit, R.N., Ph.D.** , Ubon Wannakit, R.N., Ph.D.****

Abstract

Objective: This study aims to explore the working experiences among psychiatric nurses during violent situations, and the psychiatric nurses' trajectory to overcome difficult situations in the three southernmost provinces of Thailand.

Methods: A qualitative study was used to explore psychiatric nurses' experiences. Purposive sampling was employed for participant selection in the study. The informants who participated in the study were twenty psychiatric nurses from the three southernmost provinces. Focus groups and in-depth interviews were used as interviewing tools to collect data, and content analysis was employed for data analysis.

Results: The information revealed three categories of the effect of violence on the psychiatric nurses working; 1) the situation related to death and life; 2) this made them feel disconsolate and insecure, 3) as well as confused about their role during a crisis. Five strategies were used to lessen the psychiatric nurses' stress, fear, and insecurity; 1) talking over a situation with friends at work and receiving support from friends, 2) relaxing by traveling to different places during leisure time, 3) exercising as they have a time; 4) praying or meditation training depending on the individual nurse's beliefs; and 5) using the special psychiatric intervention experiences to heal themselves. The continued support provided at the work consists of five aspects; 1) support from friends at work, 2) the government and hospital director's supportive, 3) the role of clearly defined working systems, 4) working in their hometown, and 5) their feeling of pride to be a psychiatric nurse to help heal others relief from grief and loss.

Conclusion: The new knowledge from this study will be advantageous for the organization to support the psychiatric nurses and other healthcare providers to continue and appreciate their work and lessen the stress.

Keywords: self-healing experiences, psychiatric nurses, terrorist attack, three southernmost provinces

*Corresponding author: Lecturer, School of Nursing, Walailak University, e-mail: sujira_wichaidit@yahoo.com

**Assistant professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus

***Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus

Received: 29 December 2022, Revised: 25 February 2023, Accepted: 1 March 2023

ประสบการณ์การเยียวยาจิตใจตนเองและการปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

สุจิรา วิชัยดิษฐ, Ph.D.*, รุปรัตน์ รักภานุสิทธิ์, Ph.D.**, อุบล วรรณกิจ, Ph.D.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลจิตใจตนเองของพยาบาลจิตเวชใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในการเผชิญปัญหาและก้าวผ่านสถานการณ์ยากลำบากในการทำงาน

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลจิตเวช จำนวน 20 คน โดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการเยียวยาจิตใจในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคใต้ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์และให้ความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ความไม่สงบหรือความรุนแรงส่งผลกระทบต่อการทำงานใน 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความตาย 2) เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกหดหู่ ไม่ปลอดภัย และ 3) ความไม่ชัดเจนของระบบงานและบทบาททำให้สับสน และอธิบายแนวทางในการดูแลจิตใจตนเองใน 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) การระบายและการสนับสนุนให้กำลังใจระหว่างเพื่อนร่วมงาน 2) การออกนอกพื้นที่เพื่อพักผ่อนถ้ารู้สึกเครียดมาก 3) การออกกำลังกาย 4) การสวดมนต์ ทำสมาธิ ปฏิบัติตามแนวทางของศาสนาที่ตนเองนับถือ และ 5) การนำวิธีการทางจิตวิทยาไปใช้ในการเยียวยาจิตใจตนเอง ส่วนปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้มีกำลังใจและยังทำงานต่อในพื้นที่ความไม่สงบจนถึงปัจจุบัน ได้แก่ 1) การช่วยเหลือและสนับสนุนระหว่างเพื่อนร่วมงาน 2) ความเข้าใจและการสนับสนุนของผู้บริหารองค์กร 3) การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนมากขึ้นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) มีภูมิคุ้มกันอยู่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 5) รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและวิชาชีพที่ได้ทำงานช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์

สรุป : องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยนี้เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานสำหรับกำหนดแนวทางในการดูแลสนับสนุนพยาบาลจิตเวชหรือบุคลากรสุขภาพที่ต้องปฏิบัติงานในภาวะเสี่ยงภัย ในการการดูแลเยียวยาจิตใจตนเองให้ทำงานต่อไป ลดความเครียดจากการทำงาน พึงพอใจและมีความสุขในการทำงาน

คำสำคัญ : ประสบการณ์การเยียวยาจิตใจตนเอง, พยาบาลจิตเวช, สถานการณ์ความรุนแรง, 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, e-mail: sujira_wichaidit@yahoo.com

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

วันที่รับ: 29 ธันวาคม 2565, วันที่แก้ไข: 25 กุมภาพันธ์ 2566, วันที่ตอบรับ: 1 มีนาคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

เหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทยดำเนินมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2547 ถึงปัจจุบัน เป็นเวลาถึง 18 ปี ส่งผลกระทบอย่างมากมายต่อสุขภาพจิต ชีวิตและทรัพย์สิน รวมถึงวิถีชีวิตของประชาชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ (Deep South Watch) สรุปสถานการณ์ความรุนแรงในรอบ 13 ปี นับตั้งแต่ 4 มกราคม 2547 จนถึง 31 ตุลาคม 2559 พบว่า มีเหตุการณ์ทั้งสิ้น 15,938 เหตุการณ์ มีจำนวนผู้บาดเจ็บเสียชีวิตทั้งสิ้น 19,182 ราย เป็นผู้เสียชีวิต 6,770 ราย ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทั้งสิ้น 12,412 ราย (ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้, 2559) และอีก 5 ปีต่อมา ศรีสมภพ จิตรภิมย์ศรี (2565) สรุปรายงานรอบ 18 ปีของสถานการณ์ความรุนแรง พบว่า มีเหตุการณ์และจำนวนผู้ได้รับผลกระทบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ มีเหตุการณ์เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งประมาณ 21,328 เหตุการณ์ มีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 7,314 ราย บาดเจ็บจำนวน 13,584 ราย รวมผู้บาดเจ็บล้มตาย 20,898 ราย จำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงและผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์นี้แม้ว่าดูเหมือนจะมีการชะลอตัวลงบ้างช่วง แต่ยังคงมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยังมีการกระทำความรุนแรงและการลอบทำร้ายเจ้าหน้าที่ตำรวจ ทหารชาวบ้าน ทำให้มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บอยู่ตลอดเวลา (ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้, 2559) จากสถิติเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องนี้ทำให้พยาบาลจิตเวชรวมถึงบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ต้องทำงานอย่างหนักท่ามกลาง

เหตุการณ์ความรุนแรงตลอดเวลาที่ผ่านมา ดังนั้นบุคลากรเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลสนับสนุนด้านจิตใจอย่างเหมาะสมเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในการเยียวยาผู้ได้รับบาดเจ็บทางใจได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง บุคคลรอบข้าง และให้มีความสุขในการทำงานต่อไป

การเผชิญสถานการณ์สะท้อนขวัญเป็นผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพจิต (Wesemann, Applewhite, & Himmerich, 2022) ยิ่งไปกว่านั้นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากเหตุการณ์ความรุนแรงเป็นบาดแผลทางใจที่เจ็บปวดอย่างมากสำหรับผู้สูญเสียและบุคคลใกล้ชิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูญเสียคนในครอบครัว เช่น สามิ ภรรยา พ่อแม่ ลูก (Kübler-Ross, 2009; Schaal, Jacob, Disingizemungu, & Elbert, 2010; Wichaidit, Songwatthana, Balhithip, & Wood, 2019; Young & Koopsen, 2011) พยาบาลจิตเวชและบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพจิตมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือให้บุคคลเหล่านี้สามารถกลับมาเผชิญปัญหาและก้าวผ่านความทุกข์ทรมานใจจากการสูญเสียไปได้อย่างมีคุณภาพ งานวิจัยที่ผ่านมา (Wichaidit, 2018) พบว่าผู้ที่ทุกข์ทรมานใจจากการสูญเสียที่ไม่ได้รับการเยียวยานั้นมีโอกาสกลับไปมีอาการของภาวะซึมเศร้าได้ง่ายเมื่อพบเจอเหตุการณ์รุนแรงหรือสูญเสียซ้ำ ในทางตรงกันข้ามผู้สูญเสียที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดและได้รับการเยียวยาจากทีมสุขภาพจิตส่วนใหญ่มีการเจริญเติบโตทางจิตใจที่เข้มแข็ง (Psychological growth) และยังสามารถพัฒนาตนเองเป็นแกนนำและเป็นที่พึ่งทางใจให้กับ

ผู้สูญเสียรายใหม่ได้อย่างดีอีกด้วย ดังนั้น พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นผู้มีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจบุคคลที่ทุกข์ทรมานใจจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จำเป็นต้องได้รับการดูแลสนับสนุนให้มีสุขภาพจิตที่ดีเพื่อจะได้ช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจได้อย่างมีคุณภาพ แต่จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบงานวิจัยในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เกี่ยวกับประสิทธิภาพการเยียวยาตนเองของพยาบาลจิตเวชที่มีประสิทธิภาพความสำเร็จในการเยียวยาจิตใจตนเองและผ่านสถานการณ์มาได้อย่างภาคภูมิใจ

เหตุการณ์ความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และผลกระทบต่อบุคลากรสาธารณสุข

สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ส่งผลกระทบให้การปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขเป็นไปด้วยความยากลำบากและเสี่ยงต่อชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยของ ประณีต สังวัฒนะและหทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2558) แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าสถานการณ์ความรุนแรงมีผลต่อสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมาก โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 95.70 รู้สึกไม่ปลอดภัย ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของบุคลากรถึงร้อยละ 93.90 และ 69.80 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของนงนุช บุญยัง และคณะ (2549) ได้ศึกษาผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ พบว่า สถานการณ์ความไม่สงบมีผลต่อสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน

ในพื้นที่ในระดับปานกลางถึงระดับสูงร้อยละ 72.80 และ 2.80 ตามลำดับ และงานวิจัยของ นิสุไลดา นิโซะ, สุคนธา ศิริ, คุสิต สุจิรารัตน์, สุรินทร์ กลัมพากร, และ นพพร ดันติรังสี (มมป.) แสดงให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 5.50 มีภาวะ PTSD (Posttraumatic Stress Disorder Symptoms) และมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองถึง ร้อยละ 13.04 ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข

อย่างไรก็ตามพบว่าที่ผ่านมาการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลเยียวยาตนเองของพยาบาลจิตเวชที่ทำงานในพื้นที่และสามารถเยียวยาดูแลจิตใจตนเองให้ทำงานต่อไปอย่างมีความสุข และภาคภูมิใจ ยังก่อนข้างน้อย โดยงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักเป็นการสำรวจระดับความเครียดของพยาบาลที่ทำงานในพื้นที่ความไม่สงบ เช่น การสำรวจผลกระทบต่อการทำงานของพยาบาลงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ของ สินี นวนเปี้ย, ปราโมทย์ ทองสุข, และจิรพรรณ พิรุณ (2556) พบว่า มีผลกระทบต่อการทำงานของพยาบาลในระดับปานกลางแต่มีผลทางด้านจิตใจมากกว่าทุก ๆ ด้าน แม้จะมีการช่วยเหลือจากหัวหน้าบ้างแล้วก็ตาม และงานวิจัยของ จูติรัตน์ คิลกฤษณานันท์, วิภา แซ่เซี้ย, และประณีต สังวัฒนะ (2561) พบว่า สถานการณ์ความไม่สงบส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในลักษณะคล้ายๆ คือ พยาบาลมีความเครียดจากการทำงานและพลังสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตอีกด้วย

งานวิจัยที่ผ่านมาจึงแสดงให้เห็นว่า

บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านหน้าในสถานการณืสะท้อนขวัญมีโอกาสเกิดโรคเครียดจากการเผชิญเหตุการณ์สะท้อนขวัญมากกว่าประชากรทั่วไป (จินตจุฑา จำทอง และสิรินันท์ สุวรรณภรณ์, 2564) และมีความเสี่ยงอย่างมากในการเกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ อีกมากมายมายทั้งปัญหาสุขภาพจิตและสุขภาพกาย เช่น โรคซึมเศร้า โรคปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด และมีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้น (จินตจุฑา จำทอง และสิรินันท์ สุวรรณภรณ์, 2564) และผลการศึกษาประสบการณ์การทำงานของพยาบาลใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในช่วงเหตุการณ์ความไม่สงบ ของ สุนิย์ เกรานวล (2551) พบว่า พยาบาลสะท้อนการปฏิบัติงานใน 4 ลักษณะ ได้แก่ เป็นชีวิตที่มิดแต่อันตรายเสมือนปฏิบัติงานในสนามรบ เป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องยืนหยัดให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นความภูมิใจที่ได้ทำงานที่ท้าทาย และยังเป็น การปฏิบัติงานด้วยความหวาดระแวงในสถานการณ์ขัดแย้งและความไม่แน่นอน และยังสะท้อนความรู้สึกต่อการปฏิบัติงานในสถานการณ์เสี่ยงภัย 3 ประเด็น ได้แก่ เครียด รู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวการพิการและเสียชีวิต และรู้สึกเสียใจ สลดหดหู่ นอกจากนี้ยังพบว่าความคับข้องใจจากการทำงานและการปฏิบัติงานในภาวะเร่งรีบ ซ้ำซ้อน และเสี่ยงอันตรายทั้งแก่ตัวบุคลากรเองและอันตรายต่อชีวิตรวมถึงการสื่อสารที่เคร่งเครียดส่งผลต่อภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะ PTSD และปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ตามมาอีกด้วย (นุริยะ มามะ, 2551) ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความเบื่อหน่ายในงาน (Burnout) และ

ลาออกจากงานไปในที่สุด โดยเฉพาะพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในแผนกที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เคร่งเครียด และการให้การพยาบาลหรือดูแลรักษาผู้ป่วยที่ซับซ้อน และเสี่ยงอันตราย เช่น พยาบาลหรือแพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนก ไอซียู แผนกฉุกเฉิน หรือสถานการณ์เสี่ยงภัยต่อชีวิต และแผนกจิตเวชฉุกเฉิน (Currid, 2009; Babapour, et.al, 2022; Papazian, et.al., 2018)

นอกจากนี้ งานวิจัยที่ผ่านมายังแสดงให้เห็นว่าพยาบาลจิตเวชที่ต้องทำงานรับฟังความทุกข์ทรมานใจของผู้ใช้บริการอยู่ตลอดเวลามีโอกาสเกิดภาวะบาดแผลทางใจจากการฟังเรื่องราวทุกข์ใจอย่างต่อเนื่องยาวนาน (Vicarious trauma) อีกด้วย (Lopez, Bindler, & Lee, 2022; Missouridou, 2017; Mento, et.al 2020) ด้วยเหตุนี้ พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องเรียนรู้เพื่อการปรับตัวในการทำงานได้อย่างไม่เป็นทุกข์ และสามารถช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจได้อย่างมีคุณภาพ เนื่องจากหน้าที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชโดยเฉพาะใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ การให้บริการรับฟังและแก้ไขปัญหาแก่ผู้ที่ทุกข์ทรมานใจจากการสูญเสียบุคคลที่รักจากสถานการณ์ไม่สงบดังที่แสดงในงานวิจัยที่ผ่านมา

นอกจากนี้ จากการสำรวจอัตราการลาออกหรือขอย้ายออกนอกพื้นที่ความไม่สงบ (พงษ์เทพ สุธีรวิติ, และคณะ, 2550; สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2560) พบว่า สถานการณ์ความไม่สงบมีผลให้บุคลากรสาธารณสุขจำนวนหนึ่งทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ รวมถึงพยาบาลวิชาชีพมีการขอย้ายออกนอกพื้นที่จำนวนมากทั้งช่วงเกิดเหตุการณ์ไม่สงบใหม่ ๆ และในระยะต่อมา ส่งผลให้ขาดแคลนบุคลากร

สุขภาพที่ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แม้ว่าได้มีการพัฒนากระบวนการทำงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและลดความเสี่ยงให้กับบุคลากร สาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาไปบ้างแล้ว เช่น การให้สวัสดิการเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ รวมถึงการอำนวยความสะดวกในการเดินทางไปปฏิบัติงาน และมีนโยบายภาครัฐเพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากร สาธารณสุขโดยให้ทุนการศึกษาแก่ประชาชนในพื้นที่ 3 จังหวัดไปศึกษาต่อด้านสุขภาพ เพื่อให้ทำงานในพื้นที่หลังสำเร็จการศึกษา (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2564)

อย่างไรก็ตาม การมีจำนวนบุคลากรที่มากขึ้นอาจจะยังไม่เพียงพอถ้าเรายังขาดความตระหนัก ในการช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคลากรเหล่านี้ สามารถเผชิญกับความกดดันและความเครียดในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลาง สถานการณ์ที่มีความรุนแรง อันตราย และไม่แน่นอน ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชมีทักษะการปรับตัวและมีความมั่นคงเข้มแข็งทางใจเพื่อปฏิบัติงานในพื้นที่ อย่างเป็นสุขยังคงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ อย่างต่อเนื่องต่อไป ทั้งนี้รวมถึงบุคลากรสาธารณสุข ที่ทำงานด้านอื่นที่เสี่ยงต่อความเครียดอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทย ยังไม่พบรายงานการวิจัยเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์และอธิบายวิธีการดูแล เยียวยาจิตใจตนเองของพยาบาลจิตเวช หรือ บุคลากรสุขภาพที่ต้องปฏิบัติงานในสถานการณ์ อันตรายหรือความเสี่ยงต่อชีวิต และยังสามารถ ปฏิบัติงานได้อย่างเป็นสุขและพึงพอใจในการ

ทำงาน โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชจำนวนหนึ่งยังคง ปฏิบัติงานเยียวยาจิตใจผู้สูญเสียซึ่งเป็นผู้ได้รับ ผลกระทบจากเหตุการณ์ความรุนแรงและเกิด บาดแผลทางใจอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี แม้ว่า พยาบาลจิตเวชเหล่านี้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าที่ เกิดจากการรับฟังรับรู้ความทุกข์ทรมานใจของผู้อื่น (Vicarious trauma) แต่พยาบาลจิตเวชกลุ่มนี้ยังสามารถปฏิบัติงานในพื้นที่อันตรายได้อย่างมีความสุขและภาคภูมิใจในการทำหน้าที่ของตนเอง ดังนั้น การศึกษาวิธีการดูแลเยียวยาจิตใจตนเองของ พยาบาลจิตเวชกลุ่มนี้จึงน่าสนใจศึกษาเพื่อเป็น ประโยชน์กับบุคคลอื่นต่อไป

ผลการศึกษานี้จะช่วยให้พยาบาลจิตเวชที่ ทำงานในพื้นที่สถานการณ์รุนแรงใน 3 จังหวัด ชายแดนภาคใต้มีแนวทางในการดูแลช่วยเหลือ เยียวยาจิตใจตนเอง และเป็นแนวทางสำหรับ หน่วยงานสาธารณสุขในการสนับสนุนเยียวยาจิต ใจแก่บุคลากรสาธารณสุขที่สอดคล้องกับบริบท และความต้องการของบุคลากรในพื้นที่อย่างเป็น รูปธรรมมากขึ้น เนื่องจากในบริบทของ 3 จังหวัด ชายแดนภาคใต้เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะหลากหลายทั้ง ด้านศาสนาและวัฒนธรรม เนื่องจากประชากรส่วน ใหญ่ประมาณ ร้อยละ 80.00 เป็นชาวมุสลิม (Na Sakolnakorn, & Chandaeng, 2014) วิธีการดูแล จิตใจอาจจะมีลักษณะพิเศษแตกต่างออกไปด้วย อย่างที่ทราบกันดีว่า ความเชื่อ ศาสนา และ วัฒนธรรมล้วนส่งผลต่อการเยียวยาจิตของบุคคล (Calhoun, & Tedeschi, 2004) การเข้าใจประสบการณ์ การเยียวยาดูแลจิตใจตนเองของพยาบาลจิตเวชที่ ทำ การเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากการสูญเสีย

อย่างเป็นรูปธรรมสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางที่มีความเฉพาะเจาะจงในการเยียวยาแก่พยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การทำงานของพยาบาลจิตเวชในสถานการณ์เสี่ยงภัย ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย และการเยียวยาจิตใจตนเองเพื่อให้ก้าวผ่านผลกระทบจากการปฏิบัติงานจากสถานการณ์เสี่ยงภัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของบุคคล โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) แบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology approach) เป็นกระบวนการวิจัยที่ใช้สำหรับการศึกษาประสบการณ์ของบุคคล (Giorgi, Giorgi, & Morley, 2017) เก็บข้อมูลจากพยาบาลจิตเวชที่ทำงานในสถานการณ์ไม่สงบใน จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส รวบรวมข้อมูลการวิจัยโดยการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (Focus Group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interviewed guideline)

ผู้ให้ข้อมูลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลการวิจัย คือ พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานเยียวยาจิตใจผู้ที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจจากการสูญเสียบุคคลที่รักและสมาชิกในครอบครัวในเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย โดยการคัดเลือก

แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) มีประสบการณ์การทำงานเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากการสูญเสีย 5 ปี ขึ้นไป 2) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต 3) เป็นพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบงานเยียวยา จำนวน 20 คน ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวชจากจังหวัดปัตตานี จำนวน 7 คน นราธิวาส จำนวน 11 คน และยะลา จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์ข้อมูลวิจัย โดยใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interviewed guideline) ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย และผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช และด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองและอนุญาตให้ทำวิจัยโดยผ่านการรับรองมาตรฐานคุณธรรมและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี เลขที่ใบอนุญาตที่ NUR.PN008/2020 ลงวันที่ 23 เมษายน 2563 และก่อนการสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงและให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยแก่ผู้ร่วมให้ข้อมูลวิจัยรับทราบ และผู้ให้ข้อมูลได้ลงชื่อเข้าร่วมวิจัยก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ และการเก็บรักษาความลับข้อมูล การ

รายงานผลการวิจัยจะแสดงในภาพรวมโดยไม่มีชื่อของผู้ให้ข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 รูปแบบ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (Focus Group) โดยเป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) มีแนวทางการสัมภาษณ์ (interview guideline) ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเพื่อตอบเป้าหมายการวิจัย และผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน โดยประเด็นการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ระยะเริ่มต้นสัมภาษณ์

1) ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เป้าหมายของการวิจัย และขอความยินยอมร่วมมือให้ข้อมูลวิจัย

2) เชิญชวนผู้ให้ข้อมูลแนะนำตัวและร่วมให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับประสบการณ์การทำงาน และระยะเวลาการทำหน้าที่เชี่ยวชาญดูแลจิตใจเหตุการณ์ประทับใจจากการทำงานเชี่ยวชาญผู้สูญเสียและได้รับผลกระทบทางจิตใจที่ผ่านมา

ระยะสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูลวิจัยตามแนวคำถามการวิจัย โดยใช้คำถามต่อไปนี้

1) ให้ผู้ให้ข้อมูลวาดภาพเกี่ยวกับเส้นทางการทำงานที่ผ่านมาว่าเกิดอะไรขึ้น ตั้งแต่เริ่มต้นการทำงานจนถึงปัจจุบัน ณ วันสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูล

2) ให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้สึกจาก

รูปภาพในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่

- ประสบการณ์และความรู้สึกต่อการทำงานเชี่ยวชาญจิตใจผู้สูญเสียเป็นอย่างไร

- การทำงานเชี่ยวชาญส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ให้บริการอย่างไร

- ที่ผ่านมามีวิธีการแก้ปัญหาอย่างไร และเมื่อรู้สึกเครียดหรือกังวลมีวิธีการดูแลตนเองอย่างไร

3) ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการทำงานและการบริการ ได้แก่

- การเริ่มต้นให้การช่วยเหลือเชี่ยวชาญจิตใจควรเริ่มเมื่อไหร่หลังเหตุการณ์สูญเสียจึงเหมาะสมที่สุด ใช้เครื่องมืออะไรในการประเมินผลกระทบด้านจิตใจ และมีปัญหาในการใช้เครื่องมือหรือไม่ อย่างไร

- ประสบการณ์ในการเชี่ยวชาญที่ผ่านมาได้นำวิธีการเชี่ยวชาญหรือความรู้ด้านการพยาบาลจิตเวชไปใช้อย่างไร และได้ผลเป็นอย่างไร

- ปัญหาและอุปสรรคที่เคยประสบจากการทำงานที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน และสิ่งที่ช่วยให้ก้าวผ่านและแก้ปัญหาเหล่านั้นได้สำเร็จ

- สิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงานที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

- ความรู้สึกเกี่ยวกับความมั่นคงปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นอย่างไร

- การเรียนรู้ หรือประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติงานช่วยเหลือเชี่ยวชาญจิตใจผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและผู้ได้รับผลกระทบเหตุการณ์ความไม่สงบที่ผ่านมาได้เรียนรู้อะไร

- เหตุผลที่ทำให้ยินดีที่จะทำงาน

เชี่ยวชาญจิตผู้สูญเสียในสถานการณ์เสี่ยงภัยต่อมาจนปัจจุบัน

ทั้งนี้ การสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูลการวิจัยเริ่มครั้งแรกตั้งแต่ เดือน พฤศจิกายน 2563 ถึง เดือน ธันวาคม 2564 เป็นระยะเวลา 12 เดือน เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 และการจัดสรรเวลาเพื่อการสัมภาษณ์ของพยาบาลจิตเวชไม่สะดวกต่อการมาให้สัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูล การรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยนักสัมภาษณ์แบบกลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง โดยพยาบาลจิตเวชจากจังหวัดปัตตานีและยะลาร่วมกิจกรรมสัมภาษณ์แบบกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ส่วนพยาบาลจิตเวชจากจังหวัดนราธิวาสนัดเพื่อสัมภาษณ์ข้อมูล ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ผู้ให้ข้อมูลที่มีรายละเอียดซับซ้อนและต้องการความเป็นส่วนตัวจำเป็นต้องสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมได้นัดเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติมภายหลัง โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์รวบรวมข้อมูลแบบกลุ่ม ครั้งละ 3 ชั่วโมง และสัมภาษณ์เชิงลึก ครั้งละ 2 ชั่วโมง ในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและตอบประเด็นการศึกษาได้อย่างครอบคลุม โดยยุติการรวบรวมข้อมูลเมื่อมีความอิ่มตัวของข้อมูล โดยพิจารณาจากการไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจากพยาบาลจิตเวชที่มาให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อโดยหาคำความถี่ และร้อยละ 2) การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ของข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการถอดข้อความจากการบันทึกเสียง การจัดระเบียบข้อมูลทั้งหมด และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยใช้วิธีการตรวจสอบความถูกต้องด้วยทีมผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลวิจัยอีกครั้ง หลังจากนั้นเริ่มวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดหมวดหมู่และตอบคำถามการวิจัยในครั้งนี้

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เพื่อให้งานวิจัยนี้มีความน่าเชื่อถือและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้วิจัยและทีมได้ตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือโดย 1) การตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเข้าใจให้ตรงกันขณะสัมภาษณ์และหลังจากถอดเสียงบันทึกการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้พิมพ์และส่งให้ผู้ให้ข้อมูลร่วมตรวจสอบความถูกต้องในประเด็นสำคัญ ๆ อีกครั้ง (Confirmability) 2) เลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของกลุ่มเป้าหมายตามวัตถุประสงค์การวิจัย (Transferability) และใช้เวลาในการสัมภาษณ์จนมีความสมบูรณ์ของข้อมูล (Data saturation) 3) การรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบและเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลหลากหลาย ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต จดบันทึก และการสะท้อนคิด (Methodological Triangulation) 4) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เพียงพอเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลไว้วางใจและได้ข้อมูลครบถ้วนตามความเป็นจริง และตอบวัตถุประสงค์การวิจัย 5) ทีมวิจัยร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

รายงานข้อมูลจากการวิเคราะห์ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังแสดงต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลวิจัย จำแนกได้ดังแสดงในตารางที่ 1

ผู้ให้ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศ

หญิง ร้อยละ 80.00 มีอายุระหว่าง 31 - 40 มากที่สุด ร้อยละ 40 และร้อยละ 80.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ระหว่าง 11 - 15 ปี ร้อยละ 65.00 ทุกคนเป็นข้าราชการประจำ มาจากโรงพยาบาลใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมาจากจังหวัดนราธิวาส มากที่สุด ร้อยละ 55.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
- หญิง	18	90.00
- ชาย	2	10.00
2. อายุ		
- 25-30 ปี	2	10.00
- 31-40 ปี	8	40.00
- 41-50 ปี	6	30.00
- 51 ปีขึ้นไป	4	20.00
3. ศาสนา		
- พุทธ	5	25.00
- อิสลาม	15	75.00
3. สถานภาพสมรส		
- โสด	4	20.00
- คู่	16	80.00
4. ประสบการณ์การทำงานเชี่ยวชาญจิตใจผู้สูญเสียใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้		
- 5-10 ปี	3	15.00
- 11-15 ปี	13	65.00
- 16 ปี ขึ้นไป	4	20.00
5. สถานภาพการปฏิบัติงาน		
- ข้าราชการ	20	100.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลวิจัย (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. สถานที่ปฏิบัติงาน		
- จังหวัดปัตตานี (อ.หนองจิก = 3 คน อ.ทุ่งยางแดง = 1 คน อ.กะพ้อ = 1 คน อ. ปะนาเร = 1 คน อ. แม่ลาน = 1 คน)	7	35.00
- จังหวัดยะลา (อ.ธารโต = 1 คน, อ.รามัน = 1 คน)	2	10.00
- จังหวัดนราธิวาส (อ. เมือง = 2 คน อ.ตากใบ = 2 คน อ.จะแนะ = 1 คน อ.ระแงะ = 1 คน อ.สุไหงปาดี = 1 คน อ.แว้ง = 1 คน อ.ยี่งอ = 1 คน อ.สุไหงโกลก = 1 คน อ.ศรีสาคร = 1 คน)	11	55.00

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาจากการสัมภาษณ์แบบกลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (Content analysis) พยาบาลจิตเวชได้อธิบายเกี่ยวกับการรับรู้ต่อสถานการณ์ความรุนแรง แนวทางการดูแลจิตใจ และการเผชิญความทุกข์ใจของตนเองและบุคคลรอบข้างตลอดจนเพื่อนร่วมงาน และปัจจัยสนับสนุนให้สามารถก้าวผ่านสถานการณ์ความทุกข์ใจหรือรู้สึกไม่ปลอดภัยในการทำงานจนสามารถปฏิบัติงานต่อได้อย่างภาคภูมิใจ ใน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การให้ความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรง 2) แนวทางในการดูแลเยียวยาตนเอง ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และคนรอบข้าง เมื่อรู้สึกเครียดและมีความทุกข์ใจ และ 3) ปัจจัยสนับสนุนให้มีกำลังใจทำงานในพื้นที่ต่อไปอย่างภาคภูมิใจ

1) การให้ความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงให้เห็น

เห็นถึงการรับรู้และให้ความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ความไม่สงบหรือความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีผลกระทบต่อการทำให้อธิบายได้ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความตาย 2) เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกหวั่น ไม่ปลอดภัย และ 3) ความไม่ชัดเจนของระบบงานและบทบาททำให้สับสน

1.1) เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความตาย เมื่อผู้วิจัยให้อธิบายการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มักพูดถึงความรุนแรงต่อชีวิตและความตาย เช่น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งพูดว่า “ต้องเผชิญกับความตายของคนรอบข้าง และภาวะใกล้ตายเกือบทุกวัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3) และผู้ให้ข้อมูลอีกคนเล่าว่า “เป็นการทำงานในสถานการณ์ที่อันตราย มีการลอบยิงบ่อยๆ รู้สึกว่าชีวิตไม่แน่นอน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

1.2) เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกหวั่น

ไม่ปลอดภัย ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า การทำงานในพื้นที่ 3 จังหวัดทำให้ต้องเจอเรื่องที่ทำให้รู้สึกสลด หดหู่ใจ รู้สึกไม่ปลอดภัย ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า “ในบางครั้งเจอสถานการณ์บ่อยๆ ฟัง เห็น เกือบทุกวันทำให้รู้สึกเหมือนอยู่ในสถานการณ์ และเป็นผู้ได้รับผลกระทบด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4) และผู้ให้ข้อมูลอีกคนหนึ่งเล่าว่า “บางครั้งรู้สึกหดหู่ใจ รู้สึกไม่ปลอดภัยในการเดินทางไปทำงาน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6) พยาบาลคนหนึ่งเป็นผู้สูญเสียคนในครอบครัวจากสถานการณ์เล่าว่า “ตอนนั้นรู้สึก โกรธ รู้สึกกรีนทคใจ...เสียลง...น้ำ ถูกยิงจาก สถานการณ์...เค้าคิดว่าทำงานให้ภาครัฐ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

1.3) ความไม่ชัดเจนของระบบงานและบทบาททำให้สับสน จากข้อมูลการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่าระบบงานที่ไม่ชัดเจนทั้งในบทบาทและความรับผิดชอบ ความไม่เข้าใจงานทำให้รู้สึกลำบากใจในการทำงาน เช่น ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า “ตอนมีเหตุการณ์ใหม่ ๆ ระบบไม่ชัดเจน รู้สึกเวิ้งว้างไม่รู้จะไปทางไหนดี ปัจจุบันเริ่มดีขึ้นบ้าง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) และผู้ให้ข้อมูลอีกคนเล่าว่า “เพื่อนบางคนบอกว่าไปทำงานสุขภาพจิตระวังจะถูกลอยแพนะไม่เห็นมีอะไร ตอนนั้นรู้สึกกังวลอยู่เหมือนกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6) อีกคนอธิบายว่า “การทำงานด้านจิตเวชคนไม่เข้าใจแม้แต่ผู้บริหาร ทำให้ไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารเคยท้อใจเหมือนกัน ต้องพยายามอย่างมากในการทำให้เค้าเห็นความสำคัญ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

2) แนวทางการดูแลเยียวยาตนเอง ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และคนรอบข้าง เมื่อรู้สึก

เครียดและทุกข์ใจ

นอกจากนั้นข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชได้อธิบายถึงแนวทางในการดูแลจิตใจตนเอง ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และคนรอบข้าง ประกอบด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่

2.1) การระบายและการสนับสนุนให้กำลังใจระหว่างเพื่อนร่วมงาน พยาบาลจิตเวชที่ให้ข้อมูลอธิบายว่าการระบายความรู้สึกกับคนใกล้ชิดเมื่อรู้สึกเครียดมาก ๆ การรับรู้ว่าคุณค่ารับฟังและเข้าใจทำให้รู้สึกดีขึ้น เช่น ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า “เวลาารู้สึกไม่สบายใจ เครียด หรือรู้สึกแย่ในช่วงที่มีสถานการณ์บ่อย ๆ ก็จะพูดคุยให้กำลังใจกันระหว่างเพื่อนร่วมงาน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9) อีกคนอธิบายว่า “บางครั้งเจ้าหน้าที่คนอื่นในโรงพยาบาลก็เครียดเราก็เข้าไปช่วยดูแลสนับสนุนกันเองด้วยเวลาเราเครียดมากๆ ก็ระบายสู่กันฟังได้ทำให้ผ่อนคลายขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11) ส่วนอีกคนสนับสนุนว่า “การได้ระบายกับคนรอบข้างช่วยได้จริง ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

2.2) การออกนอกพื้นที่เพื่อพักผ่อนถ้ารู้สึกเครียดมาก การลาพักร้อนเพื่อไปพักผ่อนนอกพื้นที่ 3 จังหวัดเป็นช่วงสั้น ๆ เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าช่วยให้ได้พักผ่อน และหลบออกไปจากสถานการณ์ไม่ปลอดภัยที่ต้องพบทุกวันชั่วคราวทำให้รู้สึกดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า “ถ้ามีวันหยุดติดต่อกันหรือไม่มีงานมากก็ลาพักผ่อนพาครอบครัวไปเที่ยวไกลๆ ทำให้รู้สึกสดชื่นขึ้น เป็นการออกไปจากสถานการณ์ชั่วคราว ทำให้ลืม ๆ ไปบ้าง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

2.3) การออกกำลังกาย นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางคนเล่าว่าบางครั้งถ้าเครียดมากๆ ช่วงที่เหตุการณ์ไม่รุนแรงก็ไปออกกำลังกายบ้าง การไปออกกำลังกายนอกจากทำให้รู้สึกสบายหายเครียดแล้ว ยังได้เจอคนอื่น ๆ และแลกเปลี่ยนความรู้สึกกัน ทำให้ไม่หมกมุ่นกับตนเองมากเกินไป เช่น “การไปออกกำลังกายทำให้เจอคนอื่น ๆ และปรับทุกข์กัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) และผู้ให้ข้อมูลอีกคนอธิบายว่า “เวลาที่ไปออกกำลังกายมันทำให้เราไม่ต้องคิดเรื่องวุ่นวายและทำให้หลับสบายด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

2.4) การสวดมนต์ ทำสมาธิ ปฏิบัติตามแนวทางของศาสนาที่ตนเองนับถือ ผู้ให้ข้อมูลทั้งผู้ที่เป็นไทยพุทธและมุสลิมให้ข้อมูลตรงกันเรื่องการปฏิบัติตามหลักศาสนาของตนช่วยให้ผ่อนคลายและคลายเครียดได้ดี เช่น ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นไทยพุทธอธิบายว่า “การไปวัดคุยกับพระ ทำบุญขอพรจากพระก็ทำให้ใจเราสบายขึ้นได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4) และผู้ให้ข้อมูลไทยพุทธอีกคนอธิบายว่า “การฝึกให้ตนเองมีสติ ทำสมาธิบ่อยๆ ช่วยให้เราผ่อนคลายได้เหมือนกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6) ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลที่นับถืออิสลามอธิบายว่า “อัลละหฺเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจที่ดี พอเราเครียดหรือไม่สบายใจก็จะอ่านกุรอานเพื่อให้เข้าถึงพระเจ้า พระเจ้าเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวที่ดี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

2.5) การนำวิธีการทางจิตวิทยา มาใช้ในการเยียวยาจิตใจตนเอง ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าในบางครั้งวิธีการบำบัดทางจิตวิทยาที่เรียนมาเพื่อใช้บำบัดผู้ที่มีปัญหาทุกขัทรมาณใจจากการ

สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือมีปัญหาด้านสุขภาพจิตนั้น พยาบาลจิตเวชเหล่านี้ยังนำวิธีการบำบัดทางจิตวิทยามาใช้ในการดูแลจิตใจตนเองและคนรอบข้างอีกด้วย โดยผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “การบำบัดทางจิตวิทยา เช่น Satir ก็นำมาใช้กับตัวเองได้ ทำให้เราเอาตัวเองออกมาจากเรื่องหนักๆ ของเค้าได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9) และอีกคนอธิบายว่า “บางครั้งทักษะการผ่อนคลายต่างๆ ที่เรียนมาก็ได้นำมาใช้ดูแลตัวเองด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

3) ปัจจัยสนับสนุนให้มีกำลังใจทำงานในพื้นที่ต่อไปอย่างภาคภูมิใจ

ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้พยาบาลจิตเวชกลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจในการทำงาน และยังทำงานต่อในพื้นที่ความไม่สงบจนถึงปัจจุบัน ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่

3.1) การช่วยเหลือและสนับสนุนระหว่างเพื่อนร่วมงาน การช่วยเหลือเกื้อกูลและมีน้ำใจระหว่างเพื่อนร่วมงานเป็นสิ่งแรกที่ผู้ให้ข้อมูลพูดถึง เช่น “ที่โรงพยาบาลจะมีทีมดูแลคอยช่วยเหลือสนับสนุนจิตใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8) พยาบาลอีกคนเล่าว่า “ช่วงแรกที่มีเหตุการณ์บ่อยๆ บางครั้งไปพักที่โรงพยาบาลสลับกันทำงานและหยุดเป็นช่วงๆ เพื่อลดความเสี่ยงระหว่างเดินทาง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9) และผู้ให้ข้อมูลอีกคนอธิบายว่า “การอยู่ด้วยกันและมีกิจกรรมร่วมกับเพื่อนๆ ที่ทำงานทำให้รู้สึกอุ่นใจ และยังเป็นกำลังใจให้กันด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

3.2) ความเข้าใจและการสนับสนุนของผู้บริหารองค์กร ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความเห็นที่ตรงกันในเรื่องนี้ คือ การได้รับการ

สนับสนุนเรื่องงาน สวัสดิการ ความใส่ใจ และการให้กำลังใจจากผู้บริหารมีผลอย่างมากช่วยให้มีกำลังใจทำงานมากขึ้น เช่น ผู้ให้ข้อมูลชี้แจงว่า “ถ้าผู้บริหารเข้าใจและจัดสรรงานให้อย่างเหมาะสมทำให้เรามีกำลังใจทำงาน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) และผู้ให้ข้อมูลอีกคนอธิบายว่า “ตอนแรกหลายคนไม่เข้าใจงานจิตเวช ผู้บริหารก็ไม่สนับสนุน ไม่จัดคนให้ แต่พอผู้บริหารเข้าใจและสนับสนุนเราก็มีกำลังใจทำงานมากขึ้นเพราะได้ช่วยคนอื่น ๆ ด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

3.3) การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า การมีขอบเขตงานที่รับผิดชอบไม่ชัดเจน การไม่มีแนวปฏิบัติทำให้ไม่มั่นใจในการทำงานเนื่องจากเป็นเรื่องใหม่ในช่วงแรก ๆ ของการเกิดสถานการณ์ความรุนแรง กลัวว่าจะเกิดความผิดพลาดทำให้ไม่กล้าตัดสินใจ และขาดองค์ความรู้ในการทำงาน แต่เมื่อมีแนวปฏิบัติละขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจนจากหน่วยงานสนับสนุนต่าง ๆ ทำให้ทำงานได้สะดวกและมั่นใจมากขึ้นดังที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “หลังจากได้ไปเรียนหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลจิตเวชทำให้มั่นใจในการทำงานมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6) และผู้ให้ข้อมูลอีกคนอธิบายว่า “หลังจากกรมสุขภาพจิตมีแนวปฏิบัติและเครื่องมือประเมินต่าง ๆ มาให้ใช้รู้สึกทำงานสะดวกและมั่นใจมากขึ้นทำงานมีทิศทางและเป้าหมายชัดเจนขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

3.4) มีภูมิคำเนาอยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การได้ทำงานในพื้นที่ใกล้ครอบครัว พ่อแม่ ญาติ ๆ เป็นเรื่องอบอุ่น ทำให้

ตัดสินใจปฏิบัติงานในพื้นที่ต่อไป และไม่ต้องเดินทางไปเริ่มต้นชีวิตใหม่ คิดว่าเหตุการณ์จะดีขึ้นในอนาคต ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า “ส่วนหนึ่งก็เรามีญาติ ๆ ครอบครัวยุ่งที่นี่ และเรายู่จนกลายเป็นความเคยชินและเข้าใจเหตุการณ์เลยไม่ค่อยกลัวแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8) อีกคนเล่าว่า “ถ้าเราไปอยู่ที่อื่นก็ต้องปรับตัวใหม่ บ้านเรายุ่งที่นี่ และคิดว่าเราอยู่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11) และอีกคนอธิบายว่า “เรารู้จักคนในชุมชนเค้าช่วยดูแลความปลอดภัยให้เราก็อสบายใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

3.5) รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและวิชาชีพที่ได้ทำงานช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ พยาบาลจิตเวชได้สะท้อนความรู้สึกที่ทำให้ตนเองไม่ได้ตัดสินใจออกจากงานทั้งที่สามารถทำได้ เช่น “รู้สึกดีที่เป็นส่วนหนึ่งให้เค้าผ่านภาวะวิกฤติไปได้และสามารถดูแลตัวเองได้ มีชีวิตที่ดีขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16) ผู้ให้ข้อมูลอีกคนอธิบายว่า “เมื่อก่อนเค้าไม่เข้าใจทั้งผู้บริหารและเพื่อนร่วมงานแต่ตอนนี้งานสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลรู้สึกภูมิใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7) และอีกคนอธิบายว่า “การที่เราไปช่วยเหลือเค้าแล้วทำให้เค้าและครอบครัวดูแลตัวเองได้ จากคนที่ป่วยซึมเศร้าจนสามารถดูแลคนอื่นและครอบครัวได้ ทำให้เรารู้สึกมีกำลังใจทำงานต่อไป” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

การอภิปรายผล

การปฏิบัติงานในสถานการณ์เสี่ยงภัยส่งผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพจิตของพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงาน ตามที่ปรากฏในผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จากพยาบาลจิตเวชที่

ปฏิบัติงานโดยตรงกับผู้ที่ต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในครั้งนี้ เพื่ออธิบายการรับรู้ต่อการปฏิบัติเยียวจิตใจในสถานการณ์ความรุนแรงว่าเป็นการทำงานในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความตาย เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกหดหู่ ไม่ปลอดภัย และเกิดความไม่ชัดเจนของระบบงานและบทบาททำให้สับสน ขาดแนวทางและเป้าหมายของการทำงาน โดยเฉพาะผลกระทบด้านจิตใจซึ่งมีลักษณะสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (จินต์จุฑา ขำทอง และสิรินันท์ สุวรรณภรณ์, 2564; สุนีย์ เกรานวล, 2551; Currid, 2009; Babapour, et. Al, 2022) นอกจากนี้การรับฟังเรื่องการสูญเสียและความทุกข์ทรมานใจซ้ำ ๆ ทุกวันเป็นระยะเวลาอันยาวนานของพยาบาลจิตเวชที่ทำงานในสถานการณ์เสี่ยงภัยทำให้รู้สึกเหมือนตัวเองเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ทำให้รู้สึกเศร้าไปด้วย (Vicarious trauma) (Wesemann, et. al, 2022) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าการไม่สามารถทำหน้าที่ช่วยแก้ปัญหาให้ผู้สูญเสียที่มาใช้บริการก็เป็นสาเหตุของความเครียดในพยาบาลจิตเวชได้เช่นกัน และผู้ให้ข้อมูลยังได้อธิบายเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติงานเพิ่มเติมนอกเหนือจากงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งมีปรากฏคล้าย ๆ กับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การปฏิบัติงานในสถานการณ์ฉุกเฉิน รุนแรง หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวกับชีวิตและความตายส่งผลอย่างมากต่อสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์นั้น ๆ (Michal, et.al., 2018) จากการรับรู้ดังกล่าวสามารถใช้เพื่อการเตรียมความพร้อมให้กับพยาบาลจิตเวชที่เข้ามาทำงานใหม่เพื่อป้องกันภาวะเหนื่อยห่อ (Burnout)

และซึมเศร้าหรือทุกข์ทรมานใจจากการรับฟังเรื่องความทุกข์ของผู้สูญเสีย (Vicarious trauma) ซึ่งสามารถประยุกต์วิธีการต่าง ๆ ที่พยาบาลจิตเวชผู้ให้ข้อมูลนำมาใช้และช่วยให้สามารถก้าวผ่านช่วงวิกฤตสุขภาพจิตจากการปฏิบัติงานจากการทำงานในสถานการณ์เสี่ยงอันตรายมาได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เพิ่มขึ้นจากการทำงาน

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังได้อธิบายถึงวิธีการดูแลตนเอง รวมถึงเพื่อนร่วมงานและบุคคลในครอบครัวด้วย ทำให้ทราบว่าการปฏิบัติงานในสถานการณ์เสี่ยงภัย และต้องรับฟังปัญหาสุขภาพจิตหรือความทุกข์ทรมานใจนั้น มีผลทำให้พยาบาลจิตเวชรู้สึกหดหู่ เศร้า และไม่ปลอดภัย มีวิธีการที่พยาบาลจิตเวชเหล่านี้พยายามใช้ในการเยียวจิตใจตนเองและบุคคลรอบข้าง ได้แก่ การพูดให้กำลังใจตนเอง การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย หรือบางทีใช้หลักการของศาสนาที่ตนเองนับถือมาช่วยในการเยียวตนเอง เช่น การอ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์ ขอคูหาจากอัลเลาะห์ ของพยาบาลจิตเวชที่นับถือศาสนาอิสลาม และความเชื่อเรื่องการทดสอบของอัลเลาะห์ทำให้พยาบาลเหล่านั้นยอมรับและยินดีทำงานต่อไป นอกนี้การไปวัดทำบุญ พุทธศุภกับพระสงฆ์ของพยาบาลชาวพุทธก็ทำให้พยาบาลจิตเวชเหล่านั้นมีกำลังใจและก้าวผ่านภาวะวิกฤตมาได้เช่นกัน

การอธิบายที่น่าสนใจคือสิ่งสำคัญทำให้พยาบาลจิตเวชกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือผู้สูญเสียคนเป็นที่รักจากสถานการณ์ความรุนแรงมีกำลังใจพร้อมที่จะปฏิบัติงานและเสียสละในการ

ทำงานอย่างภาคภูมิใจจนปัจจุบันนี้ ได้แก่ การช่วยเหลือและสนับสนุนระหว่างเพื่อนร่วมงาน ความเข้าใจและการสนับสนุนของผู้บริหารองค์กร การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนมากขึ้นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและวิชาชีพที่ได้ทำงานช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคลากรมีกำลังใจในการทำงาน คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และการยอมรับจากหัวหน้างานมีความเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานและลดภาวะท้อแท้เบื่อหน่ายในงาน (Feng, Su, Wang, and Liu, 2018) นอกจากนี้การตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจจากหัวหน้าพยาบาลและผู้บริหาร โรงพยาบาลก็เป็นส่วนสำคัญช่วยให้พยาบาลจิตเวชเหล่านี้มีความมุ่งมั่นและมีกำลังใจที่ดีในการทำงาน โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าการสนับสนุนให้กำลังใจจากหัวหน้างานเป็นกำลังใจที่ดีและมุ่งมั่นในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ บีเก้ และ ซีวรินสัน (2006) พบว่า หัวหน้าพยาบาลมีส่วนอย่างมากในการส่งเสริมให้พยาบาลมีกำลังใจในการทำงาน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ มอร์ และคณะ (2021) พบว่า กำลังใจจากหัวหน้ามีผลต่อประสิทธิภาพที่ดีของการบริการและการทำงานของแพทย์และพยาบาล และลดภาวะเหนื่อยท้อจากการทำงาน (Burnout)

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยทำให้มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้ความหมายและการรับรู้ประสบการณ์การ

ปฏิบัติในสถานการณ์เสี่ยงอันตรายหรือสถานการณ์รุนแรงที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและการปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชที่ทำงานเชี่ยวชาญจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากการสูญเสียบุคคลที่รักจากสถานการณ์ความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้โดยตรง และทำให้ทราบวิธีการที่พยาบาลจิตเวชใช้ในการดูแลจิตใจตนเอง เพื่อนร่วมงาน บุคคลรอบข้างให้ผ่านพ้นอุปสรรคและความทุกข์ใจมาได้ อีกทั้งช่วยให้ปฏิบัติงานต่อไปในพื้นที่ย่างภาคภูมิใจ

การนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อการวิจัยในระยะยาวเป็นการสร้างและทดสอบโมเดล เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนานวัตกรรมหรือรูปแบบกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคลากรสุขภาพที่ต้องปฏิบัติงานในสถานการณ์เสี่ยงภัยหรือสถานการณ์ที่ต้องเผชิญความเครียด เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างมีความสุขและมีสุขภาพจิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากกองทุนวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาเขตปัตตานี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารอ้างอิง

จินตจุฑา ขำทอง และสิรินันท์ สุวรรณภรณ์ (2564). โรคเครียดจากการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการทำงาน. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 2(1), 1-12.

จิตรัตน์ คิลกภูณานันท์, วิภา แซ่แซ่, และประณีต ส่งวัฒนา. (2561). ความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิต ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในพื้นที่เสี่ยงภัยจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2) 70-82.

นิสูลดา นิโซะ, สุนธรา ศิริ, คุสิต สุจิรารัตน์, สุรินทร กลัมพากร, และนพพร ดันดิรังสี. (ม.ป.). อาการเครียดเฉียบพลัน ภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2564, จาก <https://peaceresourcecollaborative.org/deep-south/society-identity-and-culture/ptsd>

นุริยะ มามะ (2551). ภาวะเครียดและวิตกกังวลของพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติหน้าที่ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้. *รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 7 ประจำปี 2551*. หน้า 180. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.

ประณีต ส่งวัฒนา และหทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2558). การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้: ทบทวนวรรณกรรม. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 7(8), 74-87.

พงศ์เทพ สุธีรวิทย์, อมร รอดคล้าย, สุวัฒน์ วิริยพงศ์สุกิจ, และสุภัทรา ฮาสุวรรณกิจ (2550). วิกฤติของระบบสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 1(2), 145-155.

ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ศรี (2565). ชายแดนใต้/ปาตานี 2547-2564: ก้าวเข้าปีที่สิบเก้า สันติภาพจะเดินหน้าไปถึงไหนในปี 2565. สถานวิจัยความขัดแย้งและความหลากหลายทางวัฒนธรรมภาคใต้ สถาบันสันติศึกษา. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2565 จาก <http://csed.psu.ac.th/th/node/357>

ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้. (2559). สรุปสถิติการก่อเหตุความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประจำเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559. สืบค้นเมื่อ วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559, จาก <https://deepsouthwatch.org/th/node/7942>

สินี นวนเปียน, ปราโมทย์ ทองสุข, และจิรพรรณ พิรุณ (2556).

ผลกระทบจากการปฏิบัติงานของพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในโรงพยาบาลชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย และการรับรู้การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้างาน. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(1), 81-90.

สุนีย์ เกรานวล, อุไร หัตถกิจ, และ อุมภาพร ปุญญโสพรรณ. (2552). ผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบต่อพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 15(2), 284-298.

สุภัทรา ฮาสุวรรณกิจ. (2560). สาธารณสุขหว่างเขาควาย: กรณีศึกษาจากสถานการณ์ไฟใต้. *วารสารสิทธิและสันติศึกษา*, 3(1), 141-172.

Babapour, A-R., Gahassab-Mozafari, N., & Fathnezhad-Kazemi, A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21(75).

Bégat, I., & Severinsson, E. (2006). Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses' experiences of well-being related to their psychosocial work environment. *Journal of nursing management*, 14(8), 610-616.

Berthelsen, M., Hansen, M.B., Nissen, A. et al. (2020). Effects of exposure to workplace terrorism on subsequent doctor certified sickness absence, and the modifying role of psychological and social work factors: a combined survey and register study. *BMC Public Health* 20, 367.

Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2004). The foundation of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, 15(1), 93-102.

Currid T. J. (2009). Experiences of stress among nurses in acute mental health settings. *Nursing Standard*. 23(44), 40-46.

Feng, D., Su, S., Wang, L., Liu, F. (2018). The protective role of self-esteem, perceived social support and job satisfaction against psychological distress among Chinese nurses. *Journal of nursing management*, 26(4), 366-372.

Funk, A., (2016). Compassion fatigue in mental health nurses: Understanding cause, effect, Prevention, and intervention. *Nursing Capstones*. 245.

- Giorgi, A., Giorgi, B., & Morley, J. (2017). The descriptive phenomenological psychological method. In Willig, C. & Stainton Rogers, W. (Eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology* (2nd ed.), 176-192. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kübler-Ross, E. (2009). *On death and dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy, and their own families*. New York: Routledge.
- Lopez, J., Bindler, R. J., & Lee, J. (2022). Cross-sectional analysis of burnout, secondary traumatic stress, and compassion satisfaction among emergency nurses in Southern California through the Covid-19 pandemic. *Journal of emergency nursing*, 48(4), 366-375.
- Mento, C., Sulvestri, M. C., Merlino, P., Nocito, V. Bruno, A., Muscatello, M. R. A., Zoccali, R. A., and Kawa, T. (2020). Secondary traumatization in healthcare professional: A continuum on compassion fatigue, vicarious trauma, and burnout. *Psychologia*, 62(2), 181-195.
- Michal, I., Irit, B., Bortz A. P., Kostistky, H., Noy, D. B., Filshtinsky V., and Miriam, T. (2018). Mental Health Nurse's exposure to workplace violence leads to job stress, which leads to reduced professional quality of life. *Frontiers in Psychiatry*, 9(59).
- Missouridou, E. (2017). Secondary posttraumatic stress and nurses' emotional responses to patient's trauma. *Journal of trauma nursing*, 24(2), 110-115.
- Mohr, D.C., Swamy, L., Wong, E.S., Mealer, M., Moss, M., and Rinne, S.T. (2021). Critical Care Nurse Burnout in Veterans Health Administration: Relation to Clinician and Patient Outcomes. *American Journal of Critical Care*, 30(6):435-442.
- Papazian, L., Sylvestre, A., & Herridge, M. (2018). Should all ICU clinicians regularly be tested for burnout? Yes *Intensive Care Med* 44, 681-683.
- Promsaka Na Sakolnakorn, T. & Chandaeng, A. (2014). The characteristics of Buddhist communities in violent situations in the lower south of Thailand: A short case study. *Asian Social Science*, 10(13), 184-190.
- Schaal, S., Jacob, N., Disingizemungu, J-P., & Elbert. T., (2010). Rate and risk for prolonged grief disorder in a sample of orphaned and widows genocide survivors. *BioMed Central*. doi:10.1186/1471-244X-10-55
- Wesemann, U., Applewhite, B., & Himmerich, H. (2022). Investigating the impact of terrorist attacks on the mental health of emergency responders: systematic review. *BioMedical Journal Psych. open*, 8(e107), 1-13.
- Wichaidit, S. (2018). *Self-Healing process and nurses' enhancement perceived by Thai Buddhist Widows from unrest situations, the southernmost region of Thailand*. Unpublished doctor thesis of philosophy in nursing (international program). Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.
- Wichaidit, S., Songwathana, P., Balthip, K., & Woods, M. (2019). Healing Strategies among Thai Buddhist Widows after Sudden Loss of Spouse in Terrorist Attacks. *Walailak Journal Science and Technology*, 16(4), 243-254.
- Young, C. & Koopsen, C. (2011). *Spirituality, health, and healing: An integrative approach*. 2nd.Ed. Canada: Jones and Bartlett Publisher.