



วารสาร

การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

Vol.38 No.1 January – April 2024

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการสัมผัสภาพเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมารถสัน
สิรินาถ บุญทวี, ھرรยา เศรษฐบุปผา, ขวัญพนมพร ธรรมไทย
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล
เกสร สายธนู, กานต์ตรีน ศรีสุวรรณ
- การพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก
ดวงเดือน นรสิงห์, จารุณี รัศมิ์สุวรรณ
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา
สมศรี บุญเมตตา, ھرรยา เศรษฐบุปผา, ภัทราภรณ์ ภัทรสกุล
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
วัชรินทร์ วุฒิรณฤทธิ์, วันเพ็ญ ใจปทุม
- การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท
อัมมา ھر่ายลอย, เทียนทอง หาระบุตร, กษพร สายสุทธิ,
วรรณ ขวัญเมือง, นฤมล ศรีอักษร, ปัทมา กิติศรีวรพันธุ์



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.สมพร เชื้อหิรัญ
นางวัชรภรณ์ อุทโยภาส
นางกัลยา ภักดีมงคล
นางกาญจนา เหมะรัต
รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย
ศ.ดร.มรรยาท 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 ต๊ะปันตา
รศ.ดร.วรรัตน์ ถาน้อย
อ.นิรันดรา นฤพันธ์
ผศ.ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์
อ.ดร.วัชรินทร์ วุฒิธณฤทธิ์
อ.ดร.อจธรา คำมะทิตย์
ผศ.เครือวัลย์ ศรียารัตน์
ผศ.ว่าที่ ร.ด.ธีระยุทธ เกิดสังข์
ดร.สุนทร ศรีโกสย
ดร.กฤษณ์พิทักษ์ เพียรทอง
นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง
นางสาวนิรมล ปะนะสุนา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธนานิ
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
สถาบันพัฒนาการเคีกราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ศูนย์วิทยการ กรมแพทยทหารเรือ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

ผู้จัดการวารสาร

นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

คณะกรรมการที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

ประจำปี 2563 - 2566

กรรมการที่ปรึกษา
กรรมการที่ปรึกษาทางกฎหมาย
กรรมการที่ปรึกษา

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

คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

ประจำปี 2563 - 2566

นางสาวมยุรี กลั้ววงษ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา	นายกสมาคม
นางพรทิพย์ คงสัคย์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์	อุปนายกสมาคม คนที่ 1
นางอัญชลี วัคทอง	ข้าราชการบำนาญ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	อุปนายกสมาคม คนที่ 2
ศศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	เลขาธิการและประธานฝ่ายวารสาร
นางสาวโสธรา ศุกโรจน์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเลขาธิการ
นางดวงตา กุลรัตนญาณ	ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	เหรียญกษาปณ์
นางพรเพ็ญ นิลกิจ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญกษาปณ์
นางสาวพิมพ์พนา ศรีหมอนันต์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญกษาปณ์
ศศ.ดร.ชลพร กองคำ	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
ดร.อุทยา นาคเจริญ	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางพนิดา รัตนไพโรจน์	สถาบันราชานุกูล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางสาวอนงค์นุช ศาโรกร	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางเพลิน เสี่ยงไขคอกอยู่	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
รศ.ดร.พัชรินทร์ นันทจันทร์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางพรทิพย์ ธรรมวงศ์	สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกรินทร์	ประธานฝ่ายจัดหาทุน
นางวิภา วิทยเจียรนัย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน
นายอัมมา หรั่งลอย	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์	ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน
นางนริศรัตน์ รุจิรพัฒน์	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
นางสาวธัญชนก จิงา	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
อ.ดร.ภาศิษฎา อ่อนดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
ศศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
อ.นิรันดรา นฤพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
น.ต.หญิง ชวดี วงษ์แสง	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
นางรื่นฤดี ลิ้มฉาย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	นายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน
นางสาววิศรา ใจคำป็น	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยนายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน

บรรณาธิการแถลง

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1/2567 ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัยจำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมาธิสั้น 2) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล 3) การพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก 4) ผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของคู่สมรสต่อพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา 5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 6) การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท บทความทุกเรื่องนอกจากมีความน่าสนใจในเนื้อหาให้ได้เรียนรู้และต่อยอดต่อไปแล้ว ยังเห็นได้ว่าการพยาบาลจิตเวชนั้นมีการพัฒนาศาสตร์ของตนเองให้ก้าวหน้า ครอบคลุมบุคคลตลอดช่วงวัย พร้อมกันนี้ขอเชิญผู้สนใจทุกท่านสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ และส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน เพื่อเป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพทั้งนี้ ในปัจจุบันการส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้น ผู้นิพนธ์สามารถส่งทางเว็บไซต์ของวารสารฯ และขอให้ผู้นิพนธ์ได้โปรดอ่านทำความเข้าใจกับขั้นตอนในการตีพิมพ์และปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งบทความต้นฉบับอย่างเคร่งครัด

ทั้งนี้ บรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในและภายนอกกองบรรณาธิการ ที่กรุณาให้ความเอื้อเฟื้อ ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ส่งบทความวิจัยมาเผยแพร่ทำให้เห็นว่าการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้นมีการพัฒนาก้าวหน้าในยุคแห่งการเปลี่ยนผ่าน และช่วยให้วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนาวิชาชีพ ตลอดจนพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป ขอให้ทุกท่านสุขภาพแข็งแรง ปลอดภัย โรคภัยคลอเคลีย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

บรรณาธิการ

สารบัญ

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567

	หน้า
บทความวิจัย	
ผลของโปรแกรมการสัมผัสภาพเพื่อเสริมสร้างแรงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสามีสัน	1 - 14
สิรินดา บุญทวี, ھرรษา เศรษฐบุปผา, ขวัญพนมพร ธรรมไทย	
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล	15 - 30
เกษร สายธนู, กานต์ดริน ศรีสุวรรณ	
การพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก	31 - 59
ดวงเดือน นรสิงห์, จารุณี รัชมิสุวิวัฒน์	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของคู่สมรสต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา	60 - 74
สมศรี บุญเมตตา, ھرรษา เศรษฐบุปผา, ภัทราภรณ์ ภัทรสกุล	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ	75 - 93
วัชรินทร์ วุฒิธฤตย์, วันเพ็ญ ใจปทุม	
การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท	94 - 114
อัชฌา Һร่ายลอย, เทียนทอง หาระบุตร, กชพร สายสุทธิ,	
วรรณดา ขวัญเมือง, นฤมล ศรีอักษร, ปัทมา กิตติศรีวรพันธุ์	

EFFECT OF THE MOTIVATIONAL INTERVIEWING PROGRAM WITH PARENTAL PARTICIPATION ON GAME ADDICTION BEHAVIORS OF ADOLESCENTS WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDERS*

*Sirinat Boontawee, B.N.S. **, Hunsu Sethabouppha, Ph.D. ***, Kwaunpanomporn Thummathai, Ph.D. *****

Abstract

Objective: This quasi-experimental research aimed to study the effects of the Motivational Interviewing program with parental participation on game behaviors of adolescents with attention deficit hyperactivity disorders (ADHD).

Methods: The samples consisted of 28 adolescents with ADHD. The instruments consisted of 1) the Personal Information Questionnaires 2) the Gaming Addiction Test (GAST), and 3) the Motivational Interviewing program with parental participation developed by the researchers based on the Motivational Interviewing (MI) concept of Miller and Rollnick (2002). This program consisted of five sessions, 30 - 45 minutes per session, once a week. Data were analyzed by descriptive statistics: dependent t-test and independent t-test.

Results: 1) The mean score of game addiction behaviors among the experimental group after the treatment was lower than before the treatment with statistical significance ($p < .01$). 2) The mean score of game addiction behavior among the experimental group after treatment was lower than that of the control group with statistical significance ($p < .01$).

Conclusion: The results of this study demonstrated that the MI program with parental participation on game addiction behaviors of adolescents with ADHD can reduce these behaviors in this group. Therefore, this program can be therapy and an alternative treatment for game addiction behaviors of adolescents with ADHD.

Keywords: motivation interviewing, game addiction behaviors, adolescents, attention-deficit hyperactivity disorder

*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: Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: hunsu.s@cmu.ac.th

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

Received: 15 July 2023, Revised: 13 October 2023, Accepted: 20 October 2023

ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม ต่อพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมาธิสั้น*

สิรินาถ บุญทวี, พยบ. **, หรรษา เศรษฐบุปผา, Ph.D. ***, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมาธิสั้น

วิธีการศึกษา : การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นสมาธิสั้น 28 คน ที่มีพฤติกรรมติดเกม สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง (14 คน) และกลุ่มควบคุม (14 คน) โดยวิธีจับสลาก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 30 - 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ รวบรวมข้อมูลด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบทดสอบการติดเกม (GAST) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่า ที ชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน และสถิติค่า ที ชนิด 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษา : คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดเกมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุป : โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม ช่วยลดพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมาธิสั้นได้ จึงควรนำไปใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดวัยรุ่นสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมติดเกม

คำสำคัญ : การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ, พฤติกรรมติดเกม, วัยรุ่น, สมาธิสั้น

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: hunsa.s@cmu.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับ: 15 กรกฎาคม 2566, วันที่แก้ไข: 13 ตุลาคม 2566, วันที่ตอบรับ: 20 ตุลาคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นสมาธิสั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเกมสูงกว่าเด็กปกติทั่วไป (Carli et al., 2013) เนื่องจากมีความบกพร่องของสมาธิ (attention deficit) ขาดการจดจ่อ (inattentiveness) และขาดการควบคุมตนเอง (poor self-regulation) (คุยเดือน ตั้งอารีอรุณ และคณะ, 2564) มีปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์และการเข้าสังคม ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง (ปวีร์ ม่วงชื่น, 2559) พฤติกรรมติดเกมเป็นอาการเสพติดอย่างหนึ่งเช่นเดียวกับการติดยาเสพติดหรือพนัน (Koepp et al., 1999) สมองจะทำหน้าที่หลั่งสารโดปามีน (Dopamine) ทำให้มีความสุขและเสพติด ส่งผลให้เกิดความอยากหรือต้องการเล่นเกมมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถหยุดความอยากหรือมีความต้องการที่จะเล่นเกมมากขึ้น (ชญานิกา ศรีวิชัย, 2558) การศึกษาพฤติกรรมติดเกมในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นพบว่าระยะเวลาในการเล่นเกมนั้นของวัยรุ่นสมาธิสั้นมีมากกว่าวัยรุ่นปกติ (Verma et al., 2021) และความชุกของการติดเกมในวัยรุ่นสมาธิสั้นพบมีรายงานในหลายประเทศ ได้แก่ เด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศอิหร่านร้อยละ 11 (n = 10) ดิควีดีโอเกม ในขณะที่เด็กปกติดิควีดีโอเกมร้อยละ 4 (n = 3) เด็กและวัยรุ่นในประเทศไนจีเรียมีพฤติกรรมติดเกมออนไลน์ร้อยละ 51 ในจำนวนนี้เป็นโรคสมาธิสั้นร้อยละ 9 (Ariyo et al., 2020) ส่วนความชุกของพฤติกรรมติดเกมในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นไทยพบมีร้อยละ 8.3 (คุยเดือน ตั้งอารีอรุณ และคณะ, 2564) สมาธิสั้นและพฤติกรรมติดเกมมีความสัมพันธ์ต่อกัน (Ariyo et al., 2020; Mathews et al.,

2018 โดยอาการสมาธิสั้นเป็นปัจจัยทำนายการติดเกมออนไลน์และส่งผลให้อาการติดเกมรุนแรงมากขึ้น (Bumozah et al., 2022)

ผลกระทบที่พบได้บ่อยของการติดเกมในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านการเรียน ด้านครอบครัวและการเข้าสังคม (คุยเดือน ตั้งอารีอรุณ และคณะ, 2564; Verma, et al., 2021) ด้านร่างกาย ทำให้เกิดอาการปวดหลัง ปวดศีรษะ (ปวีร์ ม่วงชื่น, 2559) มีผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและมีความสัมพันธ์กับสาเหตุของการเกิดโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่น จากการนั่งเล่นเกมเป็นเวลานานโดยไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย (สุภาวดี เจริญวานิช, 2557) 2) ด้านการเรียน พบว่ามีผลการเรียนแย่ง เนื่องจากขาดความรับผิดชอบต่อนหน้าที่การเรียน ไม่มีสมาธิและไม่สนใจการเรียน (ปวีร์ ม่วงชื่น, 2559) 3) ด้านครอบครัวและการเข้าสังคม ทำให้ขาดสัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัว ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับคนในครอบครัว (สุภาวดี เจริญวานิช, 2557) ทำให้เกิดช่องว่างขึ้นภายในครอบครัว ขาดที่พึ่งทางใจ แยกตัวออกจากสังคมแล้วเข้าไปอยู่ในสังคมออนไลน์ ทำให้ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ อาจส่งผลต่อสภาพจิตใจในทางลบได้ง่ายขึ้น (ปวีร์ ม่วงชื่น, 2559)

การบำบัดรักษาเพื่อลดพฤติกรรมติดเกมในเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ การทำกลุ่มบำบัด การบำบัดด้วยยา การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ครอบครัวบำบัด 1) กลุ่มบำบัด เป็นการบำบัดที่สมาชิกภายในกลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ได้รับกำลังใจจากคนที่ประสบปัญหาเดียวกัน มีการ

ปรึกษาหาแนวทางปฏิบัติตัวร่วมกัน ช่วยให้กลุ่มเกิดพลังมากขึ้นและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ลลิตภัทร ช่วยคุ้ม, 2561) 2) การบำบัดด้วยยา ได้แก่ ยาบูโพรพ็อน (Bupropion) ซึ่งจะช่วยลดพฤติกรรมติดเกมและอินเทอร์เน็ตได้และมีการควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้น (ไพรัช ฐาปนาเคโซพล, 2555) 3) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) เป็นการบำบัดจิตบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อช่วยลดหรือปรับแก้ปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม (Beck, 1995) ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ CBT เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงติดเกมได้ ($p < .05$) (อริษฐ์ ทวีธนาตรี และคณะ, 2564) สำหรับเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมชาเทียร์โมเดลหรือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 8 ครั้งโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมจำนวน 3 ครั้ง ช่วยลดพฤติกรรมติดเกมได้ นอกจากนี้การให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้หลักการแก้ไขปัญห จำนวน 4 ครั้งโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมสามารถลดพฤติกรรมติดเกมได้เช่นกัน (สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2566) การรักษาที่ครอบครัวมีส่วนร่วม จะเป็นโอกาสให้ผู้ปกครองหรือพ่อแม่ เข้าใจสภาวะอารมณ์ของเด็กและวัยรุ่น ฝึกวิธีการแก้ไขปัญห การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม เรียนรู้วิธีการสื่อสารที่ดีกับเด็กและวัยรุ่น เพื่อลดความขัดแย้งระหว่างกัน (ลลิตภัทร ช่วยคุ้ม, 2561) อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของโปรแกรมการบำบัดเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมที่มีในปัจจุบัน ได้แก่ ใช้กับ

กลุ่มเป้าหมายที่ติดเกม ไม่ได้มีการบ่งชี้เฉพาะว่ามีอาการหรือโรคสมาธิสั้นร่วมด้วย และเป็นโปรแกรมแบบออนไลน์ซึ่งผู้ศึกษาได้แสดงข้อจำกัดของการบำบัดแบบออนไลน์ ได้แก่ การมีความไม่เสถียรของสัญญาณอินเทอร์เน็ต เด็กและวัยรุ่นมีสมาธิจดจ่อค่อนข้างสั้น และควรปรับลดจำนวนครั้งให้เป็น 5 - 6 ครั้ง เพื่อเพิ่มความร่วมมือและการคงอยู่ในโปรแกรม (สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2566) นอกจากนี้หลักฐานทางวิชาการพบว่าการบำบัดรักษาผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดต่างๆ โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) ให้ผลต่อการลดการเสพติดประเภทต่าง ๆ ได้ เช่น เสพติดสารเสพติด เสพติดการพนัน และผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้อินเทอร์เน็ตหรือกิจกรรมทางออนไลน์ เนื่องจากพยาธิสภาพของผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดมักจะขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสพติดพฤติกรรมของตนเองหรือมีความลังเลใจที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นแม้จะได้รับผลกระทบของพฤติกรรมเสพติดก็ตาม (Hirche et al., 2020)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการกระตุ้นให้พูดข้อความในการจูงใจตนเอง (Self-Motivational Statement : SMS) การสื่อสารโดยใช้หลักการ OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรองหรือความคิดที่ถูกต้อง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) และการสรุปความ (Summarization)

และผู้บำบัดจะยึดหลักการของการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดตระหนักในความขัดแย้งระหว่างสิ่งที่ต้องการจะเป็นกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบัน การให้คำแนะนำและความรู้ที่เกี่ยวข้อง การหลีกเลี่ยงแรงต้าน การแสดงความเข้าใจเห็นใจ และการส่งเสริมการรับรู้ในความสามารถของตนเอง “DARES” ประกอบด้วย การค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบัน กับสิ่งที่อยากเป็นในอนาคต (development discrepancy: DD) หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (avoid argumentation: AA) การยอมรับหมุนไปกับแรงต้านที่เกิดขึ้น (roll with resistant: RR) การแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติ (express empathy: EE) และการสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (support self-efficacy: SS) โดยขั้นตอนการบำบัดประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักคือ 1) การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (building motivation for change) 2) การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (strengthening commitment) 3) ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจและจัดการกับความรู้สึกลังเล (ambivalence) เป็นแนวทางในการช่วยเหลือบุคคลให้ตระหนักถึงปัญหาหรือสิ่งที่อาจจะเป็นปัญหาในอนาคต อ้างอิงตามทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change theory) ของโปรชาสกาและไดคลีเมนต์ (Prochaska & Diclemente) (Miller, 2009) พฤติกรรมติดเกมเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสพติดทางสมองที่คล้ายกับการติดสารเสพติด ใช้เวลาในการเล่นเกมนานมาก ขาดการควบคุมตนเองและส่งผลกระทบต่อหน้าที่ของตนเอง การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

ช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ เช่น พฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุรา พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและพนัน เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในวัยรุ่นสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมติดเกม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมาธิสั้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing : MI) ของมิลเลอร์และโรลนิก (1995) โดยมีแนวคิดและหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สำรวจและแก้ไขความลังเลใจของผู้รับบริการ และสร้างความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model

of behavior change : TTM หรือ Stage of change) ในการประเมินแรงจูงใจของผู้รับบริการและให้การบำบัดตามระดับของแรงจูงใจ ร่วมกับใช้หลักการ DARES (Develop discrepancy, Avoid argumentation, Roll with resistance, Express empathy, Support self-efficacy) การกระตุ้นให้พูดข้อความจูงใจในตนเอง SMS (Self motivational statement) ใช้ทักษะการสื่อสารแบบ OARS (opened question, affirmation, Reflective listening, summarization) และมีขั้นตอนการบำบัดตามหลัก FRAMES (feedback, responsibility, advice, menu of choice, empathy, self-efficacy) โดยแบ่งระยะของการบำบัดเป็น 3 ระยะ คือ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (building motivation for change) 2) การนำผู้การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (strengthening commitments to change) และ 3) การติดตามต่อเนื่อง (follow through strategies) การนำแนวคิด MI มาประยุกต์ใช้ในการบำบัดวัยรุ่นสมาธิสั้นที่ติดเกม โดยครอบครัวมีส่วนร่วม จึงมีเป้าหมายเพื่อจัดการความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดเกม การส่งเสริมให้สามารถพูดข้อความจูงใจในตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดเกม โดยนำครอบครัวที่เป็นผู้ปกครองหลักให้มีส่วนร่วมในโปรแกรมทั้ง 5 ครั้ง ประกอบด้วยระยะที่ 1 มี 3 กิจกรรมคือ (1.1) สร้างสัมพันธภาพและสร้างความตระหนักในพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมาธิสั้น (1.2) ร่วมกันวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของการเล่นเกม และการลดละเลิกเล่นเกม และ (1.3) ตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมติดเกม ระยะที่ 2 มี 1

กิจกรรม คือ การทำพันธะสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดเกม และระยะที่ 3 มี 1 กิจกรรม คือ การติดตามต่อเนื่อง ซึ่งแนวคิดและกิจกรรมที่สอดคล้องกับหลักการของ MI ดังกล่าว อาจมีผลให้วัยรุ่นสมาธิสั้นลดพฤติกรรมติดเกมได้

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง (pretest-posttest control group design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วยอาการและปัญหาสมาธิสั้น ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2566

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

ได้แก่ 1) อายุระหว่าง 10 - 13 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น 3) มีคะแนนจากแบบวัดพฤติกรรมติดเกมเข้าเกณฑ์คลังโค้ดหรือน่าจะติดเกม 4) ผู้ปกครองหรือครอบครัวสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดได้ทั้ง 5 ครั้ง อย่างน้อย 1 คน 5)

มีผลการตรวจวัดเซาว์ปัญญา ไม่ต่ำกว่า 80 คะแนน

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

ได้แก่ 1) อยู่ระหว่างได้รับการบำบัดสังคม จิตใจชนิดใดชนิดหนึ่งโดยผู้เชี่ยวชาญ 2) มีโรคร่วมทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตต่อต้าน โรคพฤติกรรมเกรี้ยว โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของลินเดนเบิร์ก (2022) ศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานของการส่งเสริมป้องกันปัญหาความผิดปกติของการเล่นเกมและการใช้อินเทอร์เน็ตในวัยรุ่น ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยที่ศึกษามากที่สุด ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.56 ($d = 0.56$) ประมาณค่าอิทธิพลขนาดกลาง จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพล = 0.5 นำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบสมมติฐานทางเดียวของโคเฮน (Cohen, 1988) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจทดสอบ (Power analysis) 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง (อรุณ จิรวัฒนกุล, 2558) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 14 คนต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 28 คน จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลาก จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันตามเกณฑ์การคัดเข้า

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 091/2565 และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาล

สวนปรุง เลขที่ 3/2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบโดยละเอียด หลังจากได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย และสิทธิที่จะขอถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการที่พึงจะได้รับตามสิทธิ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะรายงานในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของมิลเลอร์และโรลนิก (2002) โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทางยึดหลักการพูดคุยแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง กระตุ้นให้ค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาและความรู้สึกถึงเล เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยอาศัยแนวคิด การให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม (Miller, 2004) ผู้ปกครองจะมีส่วนร่วมในการวางแผน ให้ความช่วยเหลือช่วยกระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 ระยะ 5 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 30 - 45 นาที รวมระยะเวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์ ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมด้านความตรงของเนื้อหา ความเข้าใจในภาษาและความยากง่าย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 3 ท่าน หลังปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้นำไปทดลองใช้กับวัยรุ่นสมาริสน์ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 3 คน ก่อนนำไปใช้จริง รายละเอียดของโปรแกรมมีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างความตระหนักในพฤติกรรมติดเกม

กิจกรรมที่ 2 สร้างแรงจูงใจร่วมกัน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ถึงข้อดี-ข้อเสียของการเล่นเกม และเล่นเกม กระตุ้นให้วัยรุ่นสมาริสน์พูดข้อความจูงใจ (SMS) เลือกตัดสินใจด้วยตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นเกม

กิจกรรมที่ 3 กำหนดเป้าหมายและเปลี่ยนแปลงอย่างมั่นใจ เพื่อให้วัยรุ่นสมาริสน์และผู้ปกครองร่วมกัน ตั้งเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นเกม วิเคราะห์ขั้นตอนที่จะนำไปสู่เป้าหมาย รวมไปถึงปัญหา อุปสรรคที่จะทำให้ไม่สามารถไปสู่เป้าหมายและบริหารจัดการกับปัญหาอุปสรรค

กิจกรรมที่ 4 มั่นคงในพันธะสัญญา เพื่อให้วัยรุ่นสมาริสน์ทำพันธะสัญญาในการลดพฤติกรรมการเล่นเกม บอกถึงวิธีที่จะนำไปปฏิบัติจริง

กิจกรรมที่ 5 ฉันมีแรงจูงใจและมั่นใจที่จะแก้ปัญหาได้โดยไม่ลังเล เพื่อให้วัยรุ่นสมาริสน์เล่าถึงประสบการณ์ในการนำเอาวิธีการปฏิบัติตัวไปใช้ในการลดพฤติกรรม บอกเล่าความรู้สึก ที่ประสบความสำเร็จในการลดพฤติกรรมการเล่นเกม ผู้ปกครองชื่นชมและเสริมสร้างแรงจูงใจ

เพื่อให้วัยรุ่นสมาริสน์มีความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพครอบครัว ระยะเวลาการเล่นเกม การมีเพื่อนหรือคนในครอบครัวที่มีพฤติกรรมติดเกม และยาที่ได้รับ

2.2 แบบทดสอบการติดเกมฉบับเด็กและวัยรุ่น (Game Addiction Screening Test : GAST) ของชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ (2557) มีจำนวน 16 ข้อคำถาม มีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ ใช่เลย (3) น่าจะใช่ (2) ไม่น่าใช่ (1) ไม่ใช่เลย (0) แปลผลคะแนนโดยเพศชาย < 24 คะแนน หมายถึงไม่มีปัญหาในการเล่นเกมน 24 - 32 คะแนน หมายถึง คลังไคล้ ≥ 33 คะแนน หมายถึง ติดเกม ส่วนเพศหญิง < 16 คะแนน หมายถึงไม่มีปัญหาในการเล่นเกมน 16 - 22 คะแนน หมายถึง คลังไคล้ ≥ 23 คะแนน หมายถึง ติดเกม ผู้วิจัยนำไปทดสอบคุณภาพในวัยรุ่นตอนต้นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 10 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1) นำเสนอหนังสือถึงผู้อำนวยการสถาบัน พัฒนาการเด็กราชชนกรินทร์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2) เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย สอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ได้รับการเซ็นยินยอมจากผู้ปกครองก่อนการเข้าร่วมวิจัยทุกคน

3) ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

4) เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้วยแบบทดสอบ GAST และข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีจับฉลาก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างครั้งละ 2 คน จำนวน 28 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 14 คนและกลุ่มควบคุม 14 คน

5) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การประเมิน การซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ กรณีพบมีปัญหาดิเกมจะได้รับการคำแนะนำหรือการปรึกษาแบบสั้น ร่วมกับให้สุขภาพจิตและแก้ปัญหา ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับโปรแกรมการสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมจำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 30 - 45 นาที ในช่วงเวลา 13.00 - 16.00 น. หลังพบแพทย์และหลังฝึกกับสหวิชาชีพ ช่วงเวลา 16.00 - 18.00 น. ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ และเวลา 09.00 - 16.00 น. ในวันเสาร์และวันอาทิตย์ ณ หอผู้ป่วยใน

6) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบทดสอบ GAST หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ณ สัปดาห์ที่ 5 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดิเกมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดิเกมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ independence t-test

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นสมารถสันที่เข้าร่วมโปรแกรมการสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดิเกมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 1) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดิเกมของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าวัยรุ่นสมารถสันที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดิเกมต่ำกว่าในระยะก่อนการบำบัด โดยวิธีการสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในรูปแบบการให้คำปรึกษาโดยให้วัยรุ่นสมารถสันเป็นศูนย์กลางกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ ดังเป้าหมายในที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (Rollnick, & Miller, 1995) อธิบายได้ว่าเป็นเพราะการบำบัดด้วย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (n = 14)

คะแนนพฤติกรรมติดเกม	mean	ระดับการติดเกม	SD	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	34.00	คลังไคล้ - น่าจะติดเกม	1.18	14.87	.008*
หลังได้รับโปรแกรม	22.93	ปกติ - คลังไคล้	2.53		

*p < .01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดเกมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (n = 28)

คะแนน พฤติกรรม ติดเกม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	mean	ระดับติดเกม	SD	mean	ระดับติดเกม	SD		
ก่อนได้รับโปรแกรม	34.00	คลังไคล้ - น่าจะติดเกม	1.18	35.07	คลังไคล้ - น่าจะติดเกม	3.36	-1.126	0.017
หลังได้รับโปรแกรม	22.93	ปกติ - คลังไคล้	2.53	33.57	คลังไคล้ - น่าจะติดเกม	4.27	-8.022	.000*

*p < .01

โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีส่วนช่วยให้วัยรุ่นสมาธิสั้นได้มีความตระหนักถึงพฤติกรรมในการเล่นเกมนของตนเอง จากการประเมินคะแนนของแบบทดสอบ GAST แปลผลว่า น่าจะติดเกม แบ่งตามระดับความรุนแรงของปัญหา จัดอยู่ในกลุ่มมีปัญหาในการเล่นเกมนมาก วัยรุ่นสมาธิสั้นได้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเองทั้งด้านร่างกายที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ รับรู้ว่าพฤติกรรมการเล่นเกมนของตนเองเป็นปัญหาจึงคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องของโรคติดเกม ผลกระทบของพฤติกรรมติดเกม

และให้วัยรุ่นสมาธิสั้นได้พิจารณาถึงผลดีและผลเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นเกมนในปัจจุบันและอนาคต จะทำให้วัยรุ่นสมาธิสั้นได้เรียนรู้ว่าเมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว จะมีผลอย่างไร สอดคล้องกับการศึกษาของพิชัยแสงชาญชัย และคณะ (2553) ที่พบว่า การให้ข้อมูลคำแนะนำและสะท้อนกลับ เสนอทางเลือกให้วัยรุ่นสมาธิสั้นได้เลือกเองอย่างอิสระ ไม่ตัดสินใจแทน จะทำให้วัยรุ่นสมาธิสั้นตระหนักถึงปัญหารับรู้ถึงข้อดีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งผลให้เกิดแรงจูงใจจากภายในตัวบุคคลที่อยากเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง (Rollnick, & Miller, 1995) นอกจากนี้การนำผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมจะช่วยให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังแนวคิดของมิลเลอร์ (Miller, 2004) ที่กล่าวไว้ว่าการบำบัดแบบให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centered) โดยให้วัยรุ่นสมมติขึ้นเป็นผู้ตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเกิดพฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง การที่ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในชั่วโมงการบำบัดพร้อมกับวัยรุ่นสมมติขึ้นในระยะเริ่มต้นจะทำให้การบำบัดประสบความสำเร็จ โดยผู้ปกครองจะช่วยให้ข้อมูลและสะท้อนถึงผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมการเล่นเกมของกลุ่มทดลองทั้งด้านบวกและด้านลบ ร่วมกับสนับสนุนให้กำลังใจและเสริมแรงทางบวก ให้กำลังใจจะทำให้เห็นถึงความตั้งใจของวัยรุ่นสมมติขึ้นและผู้ปกครองที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ส่งผลให้วัยรุ่นสมมติขึ้นมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง มีความมั่นใจและมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง นอกจากนี้มีการเสริมแรงใจและเน้นกระบวนการของการสร้างข้อตกลงและทำพันธะสัญญา เมื่อวัยรุ่นสมมติขึ้นได้นำเอาวิธีการลดพฤติกรรมการเล่นเกมของตนเองไปปฏิบัติจริง ในเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเมื่ออยู่ที่บ้าน จะทำให้วัยรุ่นสมมติขึ้นได้ต่อยอดความมั่นใจว่าสามารถลด เลิกพฤติกรรมการเล่นเกมได้ การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการสัมภาษณ์แบบเสริมสร้างแรงใจโดยย่อเพื่อลดการใช้แอลกอฮอล์และกัญชาสำหรับวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงในสถานบริการปฐมภูมิ ในวัยรุ่นอายุ 12

- 16 ปี ด้วยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจแบบสั้นพบว่าวัยรุ่นสามารถลดพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์และกัญชาในระหว่างการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (D'Amico et al., 2019) และผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงใจต่อความตั้งใจในการหยุดดื่มและพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มชายแบบเสี่ยง พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงใจมีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการหยุดดื่มสูงขึ้นและมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงในระยะทันทีที่สิ้นสุดโปรแกรม และยังพบว่าในกลุ่มทดลองในระยะ 1 เดือนที่ติดตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีพฤติกรรมและแรงใจที่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (ธัญพร บัวเหลือง และคณะ, 2561) นอกจากนี้การนำเอาครอบครัวผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดในระยะเริ่มต้น จะช่วยสนับสนุนให้การบำบัดประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษา ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น พบว่าหลังการบำบัดค่าคะแนนเฉลี่ยการเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นภายหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อรรถพล ยิ้มขรรค์, 2562) และการศึกษาพฤติกรรมการเล่นเกมของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมซาเทียร์ โมเดลและโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

จำนวน 8 ครั้งโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม 3 ครั้ง (สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2566) นอกจากนี้การใช้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการแก้ปัญหา โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมจำนวน 4 ครั้ง สามารถลดพฤติกรรมติดเกมได้เช่นกัน (สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ, 2566) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นเกมของตนเอง เกิดความตระหนักถึงปัญหาของพฤติกรรมการเล่นเกมของตนเอง (Rollnick, & Miller, 1995)

หลังการทดลอง เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดเกมระหว่างกลุ่มวัยรุ่นสมารถสันที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม พบว่าวัยรุ่นสมารถสันที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมติดเกมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม แสดงให้เห็นว่า การที่สนับสนุนให้กลุ่มทดลองได้ออกแบบการคิดด้วยตนเอง ตัดสินใจลงมือปฏิบัติเอง มีอิสระที่จะกำหนดเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ของตนเอง ทำให้เห็นถึงศักยภาพที่มีในตนเอง ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจ ตั้งใจอยากจะทำเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของนุชนิ เอี่ยมสะอาด และคณะ (2558) ที่สนับสนุนให้กลุ่มทดลองมีอิสระในการกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง กระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้ใช้ความสามารถของตนเอง เมื่อรับรู้ถึงผลกระทบที่มีต่อตนเอง จึงตัดสินใจตั้งเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ถ้าหากกลุ่มทดลองยังไม่รับรู้หรือรับทราบถึงผลกระทบจะทำให้พฤติกรรมของการเล่นเกมคงอยู่ต่อไป (ธนินฐา พิพิชวิทยา, รัชนิกร อุปเสน, 2562) ร่วมกับการนำเอาครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะผู้ที่มีการเสพติด การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการนำเอาผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัด เนื่องจากผู้ปกครองจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน ให้การยอมรับ ช่วยเหลือ ให้กำลังใจและชื่นชม ร่วมรับรู้และตั้งเป้าหมายรับรู้ถึงปัญหาอุปสรรคและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ร่วมกับกลุ่มทดลอง (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller, 1995) ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และสามารถลดพฤติกรรมติดเกมได้อย่างต่อเนื่อง (ธนินฐา พิพิชวิทยา, รัชนิกร อุปเสน, 2562)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรนำโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยวัยรุ่นสมารถสันที่มีพฤติกรรมติดเกม

2. ด้านการบริหาร

ผู้บริหาร องค์กร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาค้นคว้าไปสร้างความรู้และความตระหนัก โดยการจัดอบรมให้พยาบาลวิชาชีพหรือสหวิชาชีพที่มีหน้าที่ในการดูแลเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้มีทักษะในการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนำไปใช้ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง

หรือคิดเกม อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาล้างต่อไป

ควรทำการศึกษาซ้ำในอนาคตโดยมีการติดตามต่อเนื่อง หลังจากโปรแกรมเสร็จสิ้น เพื่อเป็นการติดตามอย่างต่อเนื่องและลดพฤติกรรมการกลับไปเล่นเกมซ้ำได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- ชญาณิกา ศรีวิชัย. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(3), 114-121.
- ชาญวิทย์ พรนภดล, บัณฑิต ศรีไพศาล, กุสุมาวดี คำเกลี้ยง, และ เสาวนีย์ พัฒนอมร. (2557). การพัฒนาแบบทดสอบการคิดเกม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(1), 3-14.
- ดุษฎีเดือน ตั้งอรืออรุณ, ชาญวิทย์ พรนภดล, และ จิรฉัตร หอสิริ. (2564). ความชุก ปัจจัยเกี่ยวข้องและการสูญเสียหน้าที่ของภาวะติดเกมในเด็กวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(2), 93-104.
- นุชนิ เอี่ยมสอาด, ชมชื่น สมประเสริฐ, และ สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(2), 120-135.
- ปวีร์ ม่วงชื่น. (2559). ผลของการใช้โปรแกรมกิจกรรมทางกายตามทฤษฎีการกำกับตนเองที่มีต่อการลดพฤติกรรมติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].
- ธนัญญา พิพิชิตวิทยา และรัชนิกร อุปเสน. (2562). ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *พยาบาลสาร*, ฉบับพิเศษ, 60-69.
- ธัญพร บัวเหลือง, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และ จินห์จุฑา ชัยเสนา คาลาส. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อความตั้งใจในการหยุดดื่มและพฤติกรรมการดื่มของผู้ชายแบบเสี่ยง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19, 119-128.

พิชัย แสงชาญชัย, ครุณี ภูขาว, สังวร สมบัติใหม่, ณัฐนาถ สระอุบล, สายรัตน์ นกน้อย, และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). คู่มือสำหรับผู้อบรมการให้คำปรึกษาและบำบัดเพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วนิกาการพิมพ์.

ไพรัช ฐาปนาเคโษพล. (2555). โรคความคิดปกคิของการเสพติดอินเตอร์เน็ต. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 12(3), 599-608.

ลลิตภัทร ช่วยคุ้ม. (2561). มาตรการทางอาญาในการบำบัดฟื้นฟูและป้องกันการติดเกมในเด็ก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].

สุนทรี ศรีโกไสย, อรพรรณ แอบไธสง, ชฎาพร คำฟู, และ อนงค์พร ต๊ะคำ. (2566). เปรียบเทียบผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโปรแกรมการบำบัดแนวชาวเพียร์โมเดล และโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแก้ปัญหาในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 37(1), 17-48.

สุภาวดี เจริญวานิช. (2557). พฤติกรรมการติดเกม : ผลกระทบและการป้องกัน Game Addiction Behaviors: Impacts and Preventions. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 22(6), 871-879.

อริษฐ์ ทวีธนาศิริ, พิษญาณี พูนพล, และ อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2564). ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษากลุ่มด้วยวิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 28(2), 1-18.

อรธพล ยิ้มธรรยง และ เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ. (2564). ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพติดตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 13(1), 71-83.

อรุณ จิรวัดน์กุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. วิทยพัฒน์.

Ariyo, J., O., Akinnawo, E., O., & Akpunne. B., C. (2020). Predictive Influence of Internet Gaming Addiction on Severities of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Nigerian Adolescents. *International Journal of Progressive Sciences and Technologies*, 22(2), 44-59.

- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Bumozah, H. et al. (2022). Association Between Internet Gaming Disorder And Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Narrative Review, *Journal of community medicine and health solutions*, 3, 69-75.
- Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., Kramarz, E., et al. (2012). The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: A systematic review. *Psychopathology*, 46(1), 1-13.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- D'Amico, E., Parast, L., Shadel, W., Meredith, L., Seelam, R., & Stein, B., (2019). Brief motivational interviewing intervention to reduce alcohol and marijuana use for at-risk adolescents in primary care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(9), 775-786.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W., (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Psychology*, 1, 91-111.
- Dieris-Hirche, J., Pape, M., Theodor te Wildt, B., Kehyayan, A., Esch, M., Aicha, S., et al. (2020). Problematic gaming behavior and the personality traits of video gamers: A cross-sectional survey. *Computer in Human Behavior*, 106, 1-11.
- Lindenberg, K., (2022). Effectiveness of cognitive Behavioral Therapy-Based Intervention in Preventing Gaming Disorder and Unspecified Internet Use Disorder in Adolescents. *JAMA Network Open*, 5(2), 1-14.
- Koepp, D. M., Harper, J. W., & Elledge, S. J. (1991). How the cyclin became a cyclin: regulated proteolysis in the cell cycle. *Cell*, 97(4), 431-434.
- Mathews, C. L., Morrell, H. E. R., & Molle, J.E. (2018). Video game addiction, ADHD symptomatology, and video game reinforcement. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20(1), 1-10.
- Miller, W. R. (2004). Motivational interviewing in the service of health promotion. *Art of Health Promotion in American Journal of Health Promotion*, 18, 1-10.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American psychologist*, 64(6), 527.
- Prochaska, J. & Di Clemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change, *Psychotherapy: theory, research, and practice*, 19, 276-288.
- Rollnick, S., & Miller, W. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325-334.
- Verma, et al. (2021). Gaming Addiction in Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Disruptive Behavior Disorder, 2022. *Wolters Kluwer-Medknow*, 6(2), 149-154.

THE EFFECTS OF RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAMME ON RESILIENCE QUOTIENT AND MENTAL HEALTH AMONG NURSING STUDENTS*

*Kesorn Saithanu, M.N.S.**, Kantarin Srisuwan, M.N.S.****

Abstract

Objective: To study the effects of the Resilience Enhancement Program on resilience quotient and mental health among nursing students.

Methods: This research is a quasi-experimental research (two groups pretest-posttest design). The sample were 60 first year nursing students, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University for the academic year 2020, divided into the experimental group and control group for 30 each. The instruments consisted of the Resilience Quotient questionnaire; and (3) General Health Questionnaire - 28. Data were collected at before the experiment, after the trial immediately, at 1 month follow-up and at 3 months follow-up from September 2020 to January 2021 and analyzed by using descriptive statistics, One Way ANOVA, repeated measure One Way ANOVA, Kruskal-Wallis Test and Freidman test.

Results: 1) The resilience score of the experimental group differed significantly across three time points, ($F_{3,116} = 24.71, p < 0.001$) and the mental health scores differed significantly across these time points ($X^2 = 13.07, p = 0.004$). 2) The resilience scores between the experimental and control groups differed significantly at the different time points ($F_{1,58} = 10.32, p = 0.002$) and the mental health scores differed significantly between the two groups across three time points ($X^2 = 12.81, p < 0.001$).

Conclusion: The resilience empowerment program could be used to increase resilience and promote mental health vitality among nursing students.

Keywords: resilience quotient, mental health, nursing students

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

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

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

Received: 17 August 2023, Revised: 1 December 2023, Accepted: 5 December 2023

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล*

เกษร สายธนู, พย.ม. **, กานต์ตรีน ศรีสุวรรณ, พย.ม. ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล

วิธีการศึกษา : การวิจัยกึ่งทดลอง (แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน หลังการทดลอง) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2563 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient: RQ) และแบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire-28: GHQ-28) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง หลังทดลองทันที ติดตาม 1 เดือน และ ติดตาม 3 เดือน ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, One Way ANOVA, repeated measure One Way ANOVA, Kruskal-Wallis Test และ Friedman test

ผลการศึกษา : 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ระยะเวลาก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{3,116} = 24.71, p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 13.07, p = 0.004$) และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ติดตาม 1 เดือน และติดตาม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 10.32, p = 0.002$) และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 12.81, p < 0.001$)

สรุป : โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตนี้สามารถนำไปใช้ในการเพิ่มพลังสุขภาพจิต และส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีแก่นักศึกษาพยาบาลได้

คำสำคัญ : พลังสุขภาพจิต, ภาวะสุขภาพจิต, นักศึกษาพยาบาล

*การศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

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

วันที่รับ: 17 สิงหาคม 2566, วันที่แก้ไข: 1 ธันวาคม 2566, วันที่ตอบรับ: 5 ธันวาคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

นักศึกษาพยาบาลถือเป็นกลุ่มบุคคลที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายที่กำลังเข้าสู่ช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ซึ่งเป็นชั้นปีที่มีการปรับตัวค่อนข้างมาก ทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสู่การเป็นนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการใช้ชีวิต การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม สถานที่ หรือที่พักอาศัย หรือการพบปะผู้คนกลุ่มใหม่ ๆ อาจทำให้รู้สึกกังวล ไม่สบายใจ ยุ่งยากใจ หรือเกิดความกดดันต่าง ๆ ปัญหาต่าง ๆ ที่พบได้บ่อย เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน คนรัก หรืออาจารย์ ปัญหาการเรียน ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว บิดามารดา หรือญาติพี่น้อง ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาด้านสุขภาพ เป็นต้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2558; ศรีัญญา จริงมาก, 2561; จริญญา แก้วสกุลทอง, 2562; อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ, 2562) หรือเมื่อเรียนอยู่ในชั้นปีที่สูงขึ้นอาจมีประสบปัญหาจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับความทุกข์จากความเจ็บป่วยและความตายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุของความรู้สึกหดหู่และรันทด ต้องเผชิญกับความคาดหวังของสังคม ที่ต้องการให้นักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย หรือหายจากความทุกข์ทรมาน ก่อให้เกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือความวิตกกังวล รวมทั้งปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความผิดปกติ

ของการนอนหลับ การดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติด นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางวิชาการและการสำเร็จการศึกษาอีกด้วย (ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ, 2562) ดังนั้น สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลจึงแสวงหากลยุทธ์หรือแนวทางในการช่วยเหลือดูแลนักศึกษาด้วยวิธีต่าง ๆ ซึ่งการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตเป็นอีกแนวทางที่นิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลาย และแสดงถึงผลลัพธ์ที่ดีส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี

พลังสุขภาพจิต (Resilience) หรือเรียกว่าความยืดหยุ่น ความเข้มแข็งทางใจ ภูมิคุ้มกันทางใจ หรือความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นความสามารถในการเอาชนะความทุกข์ยากและรวมถึงวิธีการเรียนรู้ที่จะเติบโตแข็งแกร่งขึ้นจากประสบการณ์ที่กดดัน (Thomas & Asselin, 2018) ในประเทศไทย โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้นำแนวคิดพลังสุขภาพจิตของกรอทเบอร์เกอร์ (Grotberg, 1995) มาพัฒนาและนำไปใช้จนถึงปัจจุบัน โดยกำหนดองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ 1) พลัง อึด คือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ เป็นพลังแห่งความทนต่อแรงกดดันที่ผ่านเข้ามาในชีวิต บุคคลมีวิธีการที่จะดูแลจิตใจให้ทนอยู่ในภavnะนั้นได้ สามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกทุกกระทมของตนเองได้ภายใต้สิ่งที่มากดดันในขณะนั้น 2) พลัง ฮึด คือ ด้านกำลังใจ เป็นพลังแห่งกำลังใจในตนเอง ซึ่งก็คือการมีแรงใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ที่บีบบังคับหรือกดดัน ถ้าไม่มีพลังนี้ อาจจะรู้สึกท้อถอย สิ้นหวังและมีแนวโน้มที่จะจบชีวิตของตนได้ง่าย พลังนี้อาจจะมาจากตนเอง คือการเป็นคน

มุ่งมั่น ไม่ยอมแพ้ มีพลังใจที่จะต่อสู้ มองเห็นคุณค่าของตนเองและของครอบครัว มีความเชื่อว่าเหตุการณ์นี้ต้องผ่านพ้นเหตุการณ์วิกฤตนั้นได้ หรือมาจากปัจจัยภายนอก เช่น มีคนรัก มีครอบครัว มีเพื่อน หรือมีหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือ จะช่วยให้มีกำลังใจ มีแรงใจที่จะต่อสู้กับปัญหาได้เป็นอย่างดี 3) พลังผู้ คือ ด้านการจัดการกับปัญหา เป็นความสามารถในการคิดและลงมือแก้ปัญหาเพื่อเอาชนะปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากสถานการณ์ที่ยากลำบาก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (เครือวัลย์ ศรียารัตน์ และ วิณา เจียบนา, 2558) เกรตเจเลียสสะสม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคม (สมจิตร นครพานิช และ รัตนา พึ่งเสมอ, 2564) นอกจากนี้พลังสุขภาพจิตยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล (เครือวัลย์ ศรียารัตน์ และ วิณา เจียบนา, 2558) สามารถทำนายการประสบความสำเร็จด้านการเรียน รวมถึงการลาออกจากการเรียนของนักศึกษาพยาบาล (Van Hoek, et al, 2019) จากการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ผ่านมา มีการนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้อย่างหลากหลาย และแสดงถึงผลลัพธ์ที่ดี (Thomas & Revell, 2016; Cleary, et al, 2018; Amsrud, et al., 2019; กษกร ฉายากุล, 2561) บุคคลจำเป็นต้องมีพลังสุขภาพจิต เพราะจะช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพจิตที่ดี บุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตที่ดีจะตระหนักถึงศักยภาพของ

ตนเอง สามารถจัดการกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552) นักศึกษาพยาบาลที่มีพลังสุขภาพจิตในชีวิตสูงจึงมีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีกว่านักศึกษาที่มีพลังสุขภาพจิตต่ำ (Hartley, 2011 อ้างถึงใน พชรินทร์ นันทจันทร์ และคณะ, 2558) มีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ (Hwang & Shin, 2018) จะเห็นว่า พลังสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตมีเกี่ยวข้องความเชื่อมโยงกันอย่างมาก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เริ่มเปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตั้งแต่ปีการศึกษา 2553 เป็นต้นมา โดยมุ่งผลิตบัณฑิตพยาบาลให้ได้คุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพ รูปแบบการจัดการเรียนการสอนมีทั้งการเรียนการสอนในรายวิชาทฤษฎีที่จัดการเรียนการสอนภายในคณะพยาบาลศาสตร์ และอาจารย์จากคณะต่าง ๆ ในมหาวิทยาลัย และฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่แรกเข้าจนสำเร็จการศึกษา ได้แก่ กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ และเสริมสร้างแรงจูงใจในการเรียนพยาบาล กิจกรรมพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียน กิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาล กิจกรรมพัฒนานักศึกษา กิจกรรมนันทนาการ รวมทั้งกิจกรรมอื่น ๆ ที่ส่งเสริมเรื่องสวัสดิการ สวัสดิภาพแก่นักศึกษา การจัดให้มีอาจารย์ที่ปรึกษา ประจำชั้นและรายบุคคลที่คอยให้คำปรึกษา และมี

คณะกรรมการสุขภาพทางจิตที่มีหน้าที่ประสานงานกับอาจารย์ที่ปรึกษาในการช่วยเหลือดูแลนักศึกษากรณีที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนหรือรุนแรง อย่างไรก็ตาม พบว่ามึนนักศึกษาบางส่วนที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลต่อการเรียน ทำให้ไม่สามารถสำเร็จการศึกษาตามระยะเวลาที่หลักสูตรกำหนด และเกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของนักศึกษา จากการสำรวจระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับสูง (ร้อยละ 51.70) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านการเรียน ด้านการทำกิจกรรม ด้านสัมพันธภาพ ด้านความคาดหวัง และด้านเศรษฐกิจ (สิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และคณะ, 2561) อีกทั้ง จากการประเมินภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาปีที่ 1 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2562 พบว่า นักศึกษาพยาบาล มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24.27 (สำนักงานพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2562) แสดงถึงความจำเป็นในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและให้การช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาลที่มีประสิทธิผล โดยเฉพาะการหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่เริ่มต้นเข้าศึกษา ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่า การพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมนักศึกษามีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน สามารถใช้สติ และศักยภาพของตนเองในการแก้ปัญหาหรือ

ผ่านพ้นสถานการณ์นั้น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีความสุขมากขึ้น (ชนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2560) เป็นการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตแก่นักศึกษาชั้นปีที่สูงขึ้นได้

ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตแก่นักศึกษาพยาบาล โดยคาดหวังให้นักศึกษาพยาบาล มีพลังสุขภาพจิตที่ดีขึ้น มีแนวทางการดูแลสุขภาพจิตที่ดี เรียนรู้เข้าใจตนเอง สามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม มีทักษะการแก้ไขปัญหา สามารถเผชิญสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ระยะเวลาทดลอง หลังการทดลองทันที ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิต ระยะเวลาทดลอง หลังการทดลองทันที ระยะเวลาติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต และนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรมตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ พลังฮึด พลังแห่งความทนต่อแรงกดดันที่ผ่านเข้ามาในชีวิต พลังฮึดเป็นพลังแห่งกำลังใจในตนเอง และพลังฮู้ เป็นพลังที่คิดและลงมือแก้ปัญหาเพื่อเอาชนะปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากสถานการณ์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี ได้แก่ การเป็นผู้ที่รู้จักและเข้าใจตนเอง ได้คืออยู่เสมอ การเป็นผู้ที่รู้จักตนเองและสามารถเข้าใจผู้อื่นได้ดี และเป็นผู้ที่สามารถเผชิญกับปัญหาและความเป็นจริงแห่งชีวิตได้ รวมทั้งปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต โดยนำมาใช้ในการออกแบบกิจกรรม เพื่อให้ให้นักศึกษาพยาบาลมีพลังสุขภาพจิตที่ดี สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และฟื้นตัวเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ย่างยากลำบากใจ ทุกข์ใจในชีวิต มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต นักศึกษาพยาบาลจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้าง

พลังสุขภาพจิต นักศึกษาพยาบาลจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตและคะแนนภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกับนักศึกษาพยาบาลเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม มีการวัดผลหลังการทดลองทันที และติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน (Two groups pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1 กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .85 และคำนวณขนาดของอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยของ สยาภรณ์ เชยดี และคณะ (2561) เท่ากับ .40 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน การวิจัยนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 60 คน ได้แก่ เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2563 และมีค่าคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติและระดับปกติ (ไม่เกิน 69 คะแนน) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยใช้วิธีจับคู่แบ่งกลุ่มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติที่

คล้ายคลึงกันมากที่สุด กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ส่วนกลุ่มควบคุมจะเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ตามปกติของคณะพยาบาลศาสตร์และมหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง โปรแกรม ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 90 - 120 นาที ดังนี้ 1) กิจกรรมรู้จักเขารู้จักเรา 2) กิจกรรมเท่าทันอารมณ์บ่มเพาะสุขภาพจิต 3) กิจกรรมรู้จักแก้ปัญหา 4) กิจกรรมเห็นคุณค่าแห่งตน 5) กิจกรรมฝึกฝนสร้างพลังใจ เพื่อให้สมาชิกฝึกทักษะการสร้างความหวังและให้กำลังใจแก่ตนเอง

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ความรู้สึกร่องวิชาชีพยาบาล และแรงจูงใจในการเรียนพยาบาล

2) แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient: RQ) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) มีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ การให้คะแนน 4 ระดับ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20 แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้ ไม่จริงให้ 1 คะแนน จริงบางครั้ง 2 คะแนน ก่อนข้างจริง 3 คะแนน จริงมาก

4 คะแนน และกลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ 1, 5, 14, 15, 16 แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้ ไม่จริงให้ 4 คะแนน จริงบางครั้ง 3 คะแนน ก่อนข้างจริง 2 คะแนน จริงมาก 1 คะแนน แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.749 ใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงทางด้านอารมณ์ 10 ข้อ (ข้อ 1 - 10 คะแนนเต็ม 40 คะแนน) ด้านกำลังใจ 5 ข้อ (ข้อ 11 - 15 คะแนนเต็ม 20 คะแนน) และด้านการจัดการกับปัญหา 5 ข้อ (ข้อ 16 - 20 คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ผลรวม ข้อ 1 - 20 คะแนนเต็ม 80 คะแนน การแปลผล ค่าคะแนนรวมน้อยกว่า 55 ถือว่ามีพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ค่าคะแนนรวม 56 - 69 ถือว่ามีพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ และค่าคะแนนรวมมากกว่า 69 ถือว่ามีพลังสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ และสามารถแปลผลจากคะแนนรวมแต่ละองค์ประกอบ

3) แบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire - 28: GHQ-28) เป็นแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต โดยเป็นแบบประเมินด้วยตนเองพัฒนาโดย เดวิด พี โกลด์เบิร์ก (David P. Goldberg) ที่พัฒนาขึ้นในปี 1970 แปลเป็นภาษาไทยและทำการศึกษาในคนไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 จำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่ม 1 ข้อ 1 - 7 เป็นอาการทางกาย (Somatic Symptoms) กลุ่ม 2 ข้อ 8 - 14 เป็นอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) กลุ่ม 3 ข้อ 15 - 21 เป็นความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) กลุ่ม 4 ข้อ 22 - 28 เป็นอาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) ส่วน

การให้คะแนนนั้น คำตอบในแต่ละคำถาม แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ดีกว่าเดิม เหมือนเดิม แย่กว่าเดิม แย่กว่าเดิมมาก ซึ่งโกดส์เบิร์ก แนะนำให้ใช้การคิดแบบ GHQ score (0-0-1-1) นั่นคือ หากตอบ ดีกว่าเดิมหรือเหมือนเดิม จะได้ค่าคะแนน เท่ากับ 0 หากตอบ แย่กว่าเดิมปกติ หรือแย่กว่าเดิมมาก จะได้ค่าคะแนน เท่ากับ 1 สำหรับการแปลผล ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 5/6 โดยคะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไปถือว่ากลุ่มผิดปกติหรือมีปัญหาสุขภาพจิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน พยาบาลจิตเวชที่เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือการวิจัยทางการแพทย์ 1 คน และอาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน ได้ค่า CVI (Content Validity Index) รวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.91 แล้วปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป นำทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำไปหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .81 และ เท่ากับ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองการทำการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขรับรอง

UBU-REC-49/2562 วันที่ 27 สิงหาคม 2563 ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยจะต้องได้รับคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อนจึงจะเก็บข้อมูล กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัย อายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้วิจัยจะมีการขออนุญาตผู้ปกครองในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนของการวิจัยและประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งการขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะสิ้นสุดกิจกรรมได้โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล และไม่มีผลต่อการเรียนการสอน หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564 โดยทำหนังสือต่อคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นพบนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2563 เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย กระบวนการวิจัย ทำการประเมินพลังสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิต และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเวลาที่ไม่กระทบต่อการเรียน ผู้ที่ประเมินผลและเก็บข้อมูลเป็นอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน ผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมเป็นอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน และพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 คน ดังนี้

กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต จำนวน 5 ครั้ง โดยจัดสัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 90 - 120 นาที (วันเสาร์หรืออาทิตย์) หลังจากนั้น มีการติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน หลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินพลังสุขภาพจิตด้วยแบบประเมินพลังสุขภาพจิต และประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วยแบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีขั้นตอนดังนี้

1) กิจกรรมรู้จักเขารู้จักเรา วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างสมาชิกสร้างความคุ้นเคยกันผ่านกิจกรรมนันทนาการ

2) กิจกรรมเท่าทันอารมณ์ บ่มเพาะสุขภาพจิต วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย ได้แก่ เครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ให้ความรู้เกี่ยวกับอารมณ์และฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม และมอบหมายให้สมาชิกบันทึกอารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบในแต่ละวันและฝึกจัดการอารมณ์ด้วยตนเองที่บ้าน 1 สัปดาห์ และให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

3) กิจกรรมรู้คิดแก้ปัญหา วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาของตนเอง การวิเคราะห์สาเหตุปัญหา การปรับมุมมองต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหที่เหมาะสม และให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

4) กิจกรรมเห็นคุณค่าแห่งตน

วัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง รับรู้สิ่งที่ตนเองมีและสิ่งที่ตนเองเป็น ค้นหาความภาคภูมิใจ ความสำเร็จหรือสิ่งที่ทำได้ด้วยความสามารถของตนเอง ผ่านการทำกิจกรรมกลุ่มย่อยและนำเสนอ

5) กิจกรรมฝึกฝนสร้างพลังใจ เพื่อให้สมาชิกฝึกทักษะการสร้างความหวังและให้กำลังใจแก่ตนเอง ผ่านการทำกิจกรรมกลุ่มย่อยและนำเสนอ

กลุ่มควบคุม จะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของคณะพยาบาลศาสตร์และมหาวิทยาลัย ได้แก่ กิจกรรมพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของงานพัฒนานักศึกษาและกิจกรรมต่าง ๆ ของสโมสรนักศึกษา

ทั้งนี้ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ผู้วิจัยได้แจ้งกลุ่มทดลอง ไม่ให้มีการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตแก่กลุ่มควบคุม และผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่มควบคุมได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต เมื่อการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การทดสอบสมมุติฐานเบื้องต้น การวิจัยนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนภาวะสุขภาพจิตโดยใช้สถิติอนพารามตริก ด้วย Kruskal-Wallis Test และ Freidman test เนื่องจากผู้วิจัยนำข้อมูลคะแนนภาวะสุขภาพจิตมาตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ ด้วย Shapiro-Wilk Test พบว่า ค่าระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่ .05 จึงยอมรับสมมุติฐานที่ว่าข้อมูลไม่ได้มีการแจกแจงแบบโค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญ .05 และ

ทดสอบความแปรปรวน โดยวิธี Levene Statistic พบว่า ค่าระดับนัยสำคัญเท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่ .05 นั่นคือ ความแปรปรวนทุกกลุ่มไม่เท่ากัน ดังนั้น จึงไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติพารามตริก

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนพลังสุขภาพจิต และคะแนนภาวะสุขภาพจิตด้วยสถิติพรรณนา

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ติดตาม 1 เดือน และติดตาม 3 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (One Way ANOVA) และ Kruskal-Wallis Test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ติดตาม 1 เดือน และติดตาม 3 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (repeated measure One Way ANOVA) และ Freidman test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ($n = 30$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.3) อายุ 18 - 19 ปี เหตุผลที่เลือกเรียนพยาบาล ส่วนใหญ่อยากเป็นพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 76.7 รองลงมาคือเรียนตามความต้องการของผู้ปกครอง/ญาติ (ร้อยละ 10.0) และเรียนเพราะคิดว่ามีงานทำแน่นอน (ร้อยละ 13.3) ค่าเฉลี่ย

คะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังทดลองทันที ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน เท่ากับ 52.53, 60.07, 57.83, 57.43 (S.D. = 4.20, 3.55, 3.07, 3.03 ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิต เท่ากับ 3.86, 0.87, 0.90, 1.33 (S.D. = 4.70, 1.78, 1.69, 1.83 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุม ($n = 30$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.0) อายุ 18 - 19 ปี เหตุผลที่เลือกเรียนพยาบาล ส่วนใหญ่อยากเป็นพยาบาล (ร้อยละ 76.7) รองลงมาคือเรียนตามความต้องการของผู้ปกครอง/ญาติ (ร้อยละ 6.7) และเรียนเพราะคิดว่ามีงานทำแน่นอน (ร้อยละ 3.3) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังทดลองทันที ระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน เท่ากับ 53.83, 53.97, 53.37, 54.67 (S.D.= 4.28, 4.26, 4.51, 4.09 ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิต เท่ากับ 3.70, 3.63, 3.57, 3.83 (S.D.= 4.70, 3.78, 3.76, 3.80 ตามลำดับ)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า มีค่าเฉลี่ยอย่างน้อย 1 คู่ ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{3,116} = 24.71, p = .000$) ดังตารางที่ 1 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตรายคู่โดยวิธีการทดสอบ Bonferroni พบว่า ก่อนทดลอง หลังการทดลอง

ทันที ติดตาม 1 เดือน และติดตาม 3 เดือน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองทันที มีคะแนนพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นกว่า ก่อนทดลอง ติดตาม 1 เดือน และติดตาม 3 เดือน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 =$

13.07, $p = .004$) ดังตารางที่ 2 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตรายคู่ โดยใช้วิธี Mann-Whitney U test ระหว่างก่อนทดลอง กับหลังทดลองทันที ติดตาม 1 เดือนและติดตาม 3 เดือน พบว่า หลังทดลองกับก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ติดตาม 1 เดือน และติดตาม 3 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	907.00	3	302.33	24.71*	.000
ภายในกลุ่ม	1418.86	116	12.23		
รวม	2325.86	119			

* $p < .001$, SS = Sum of Square, MS = Mean Square

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ด้วยสถิติ Kruskal-Wallis Test

คะแนนภาวะสุขภาพจิต	N	Mean	S.D.	X^2	df	p-value
ก่อนทดลอง	30	3.86	4.70	13.07	3	.004
หลังทดลอง	30	0.87	1.78			
ติดตาม 1 เดือน	30	0.90	1.69			
ติดตาม 3 เดือน	30	1.33	1.83			

* $p < .001$

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ติดตาม 1 เดือน และติดตาม 3 เดือน

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ติดตามผล 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 10.32, p = .002$)

และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับระยะเวลาวัดต่อคะแนนพลังสุขภาพจิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{3,174} = 52.70, p = .000$) ดังตารางที่ 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ติดตามผล 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 12.81, p = .000$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิต ก่อนทดลอง หลังทดลอง ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (repeated measure One Way ANOVA)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม (group)	543	1	543	10.32**	.002
ความคลาดเคลื่อน1 (error1)	3049.40	58	52.57		
ภายในกลุ่ม (time)	721.25	3	240.41	83.62*	.000
ระหว่างกลุ่ม*ภายในกลุ่ม (group*time)	454.57	3	151.52	52.70*	.000
ความคลาดเคลื่อน2 (error2)	500.22	174	2.87		

* $p < .001$, ** $p < .05$, SS = Sum of Square, MS = Mean Square

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิต ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Friedman test

คะแนนภาวะสุขภาพจิต	N	Mean	S.D.	X^2	df	P-value
กลุ่มทดลอง	30	1.67	2.98	12.81	1	.000
กลุ่มควบคุม	30	3.68	4.84			

* $p < .001$

การอภิปรายผล

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ระยะเวลาก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที คิดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน จะเห็นว่า หลังการทดลองทันที คิดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิต ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และคิดตาม 1 และ 3 เดือน พบว่า ผลการวัดค่าคะแนนพลังสุขภาพจิต 4 ครั้ง มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58}=10.32, p=.002$) แสดงว่า ค่าคะแนนพลังสุขภาพจิตที่ได้จากการผลการวัดในแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า คะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการทดลอง (กษกร ฉายากุล, 2561; Liang et al, 2019)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ระยะเวลาก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที คิดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2=13.07, p=.004$) โดยพบว่า หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า มีความแตกต่างกันของระยะก่อนทดลองกับหลังทดลอง และก่อนทดลองกับคิดตาม 1 เดือน แต่ไม่มีความแตกต่างกันกับระยะคิดตาม 3 เดือน อาจเป็นไปได้ว่า ในระยะคิดตามผล 3 เดือน เป็นช่วงเวลาที่เริ่มมีการระบาดของโควิด 19 ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการจัด

การศึกษาโดยเริ่มมีการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์แทนการเรียน ณ ที่ตั้ง การปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตอย่างฉับพลัน ลดการพบปะผู้คนในสังคมจากมาตรฐานการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็นการเปลี่ยนวิถีชีวิตของนักศึกษาที่ยังเป็นวัยที่ต้องการพบปะกลุ่มเพื่อน ต้องการมีปฏิสัมพันธ์หรือการทำกิจกรรมกับผู้อื่น (เพ็ญญา กุลนาคดล, 2562) การสื่อสารในรูปแบบอื่นมากขึ้น การพบปะกับกลุ่มเพื่อนน้อยลง นอกจากนี้ นักศึกษาอาจเกิดความเครียดและกังวลใจต่อสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อของโควิด-19 (Pramukti, et al., 2020) โดยพบว่า ช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 นักศึกษามีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง เพิ่มขึ้นเกือบ 3 - 4 เท่า (Kim et al., 2021)

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิต ระยะเวลาก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที ระยะคิดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะเห็นว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองทันที เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับการศึกษาของพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2558) และวิจิตรา จิตรัญ และคณะ (2558) อาจเนื่องจากกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตช่วยให้นักศึกษาได้วิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับจุดแข็งและจุดที่ต้องพัฒนาเรียนรู้วิธีคิดที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ชื่นชมตนเอง ตระหนักในคุณค่าของตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของ สุหทัย ไตสังวาลย์ (2564) พบว่า การ

เห็นคุณค่าในตนเองและความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากข้อคิดเห็นของนักศึกษาในการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น “ได้เรียนรู้สาเหตุของปัญหาและฝึกแก้ไขปัญหาช่วยให้อึดใจที่เข้มแข็งที่จะลุกขึ้นมาใหม่ ได้สร้างศรัทธาในชีวิต ชีวิตนี้ยังมีความหวัง” แสดงให้เห็นถึงการปรับมุมมองต่อการจัดการปัญหาที่เปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้นของนักศึกษา ซึ่งการจัดการปัญหาถือว่าเป็นองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคลที่สำคัญยิ่งที่จำเป็นต้องฝึกฝนให้เกิดทักษะการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง ติดตามผล 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 12.81, p = .000$) เช่นเดียวกับการศึกษาของธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ (2560) อาจเนื่องมาจากโปรแกรมนี้ออกแบบมาเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต สาเหตุ อาการ รวมถึงการบำบัดรักษา รวมถึงการส่งเสริมป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ส่งผลให้ความกังวลใจหรือความเครียดที่มีอยู่ลดลง นอกจากนี้การฝึกคิดและมองปัญหาอย่างมีสติและอยู่กับปัจจุบันมากขึ้น การเรียนรู้การจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี (Shives, 2012) รวมทั้ง การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นได้สอดคล้องกับผลการศึกษาของลำเจียก การ และ

คณะ (2561) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่ได้จากการศึกษารั้วนี้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลได้ แต่เนื่องจากพลังสุขภาพจิตสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา บางช่วงก็จะมีมากบางช่วงก็จะมีน้อยขึ้นอยู่กับการเรียนรู้จากประสบการณ์ในสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน การเรียนการสอน การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ธรรมชาติ ภัยพิบัติ โรคระบาด เป็นต้น เหล่านี้จะส่งผลการใช้ชีวิตของนักศึกษา ดังนั้น การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตจึงควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและติดตามผลเป็นระยะ

ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลควรกำหนดนโยบายให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตแก่นักศึกษาและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกเข้าจนสำเร็จการศึกษา

2. ควรพัฒนากิจกรรมที่ผสมผสานแบบออนไลน์เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทางสังคม และการเกิดโรคระบาด ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการจัดกิจกรรม ณ ที่ตั้ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่สนับสนุนงบประมาณ

ในการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

- กชกร ฉายากุล. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 24(2), 96-107.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต RQ: Resilience Quotient*. นนทบุรี: บริษัท ดินาอุ จำกัด.
- เครือวัลย์ ศรียารัตน์ และวิมา เจียวนา. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 76-90.
- จริญญา แก้วสกุลทอง. (2562). ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 1-11.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูปาน, และ ภาคินี เดชชัยยศ. (2562). การแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(1), 87-99.
- ชนพล บรรดาศักดิ์, ชนัดดา แบนเกสร, และ ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่มีต่อความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(3), 195-208.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และ ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และความแม่นยำตรงของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 2-17.
- พัชรินทร์ นันทจันทร์, โสภิต แสงอ่อน, และ จิรายุ วิทยะสุกร. (2558). ความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจและสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 7(2), 12-25.

- เพ็ญภา ถนุกาตล. (2562). *การให้การปรึกษาวัยรุ่น*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). ชลบุรี: บริษัท เก็ดกัศรีเอช จำกัด.
- ลำเจียก กางกร, โสภิต สุวรรณเวลา, และ ชชาติ ไทยเจริญ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 15(2), 144-153.
- วิจิตรา จิตรักษ์, พัชรินทร์ นันทจันทร์ และ ทศนา ทวีคุณ. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่มีต่อภาวะซึมเศร้าและความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(3), 42-60.
- ศรีัญญา จรุงมาก. (2561). ความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(1), 43-58.
- สมจิตร นครพานิช และรัตนา พึ่งเสมอ. (2564). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(1), 128-145.
- สยามกรณ์ เดชดี, วัฒนะ พรหมเพชร, และ นพพร ดันดิ้งสี. (2561). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่มีต่อระดับพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26(2), 103-116.
- สำนักงานพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. (2562). *ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*. รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, ณิกานต์ ผู่ดี, ณัฐธิดา ยานะรมย์, ณัฐนีน้อยนาง, ณัฐมล อาไนย์, คุณากรณ์ บุญเจริญ, ทริกา จอดนอก, ทัดติยา สุริสาร, และ ธัญญาเรศ พ่อยันต์. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. *วารสาร มลก.วิชาการ*, 21(42), 93-106.

- สุหทัย โตสังวาลย์. (2564). การเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 21(1), 58-74.
- อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, ชมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์, ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง, และ เทพไทย โชติชัย. (2562). ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. *วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์*, 6(4), 257-269.
- Amsrud, K. E., Lyberg, A., & Severinsson, E. (2019). Development of resilience in nursing students: A systematic qualitative review and thematic synthesis. *Nurse education in practice*, 41, 102621.
- Cleary, M., Visentin, D., West, S., Lopez, V., & Kornhaber, R. (2018). Promoting emotional intelligence and resilience in undergraduate nursing students: An integrative review. *Nurse education today*, 68, 112-120.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Bernard van Leer Foundation.
- Hwang, E. & Shin, S. (2018). Characteristics of nursing students with high levels of academic resilience: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 71, 54-59.
- Kim, S. C., Sloan, C., Montejano, A., & Quiban, C. (2021). Impacts of coping mechanisms on nursing students' mental health during COVID-19 lockdown: A cross-sectional survey. *Nursing Reports*, 11(1), 36-44.
- Liang, H., Wu, K., Hung, C., Wang, Y. & Peng, N. (2019). Resilience enhancement among student nurses during clinical practices: A participatory action research study. *Nurse Education Today*, 75, 22-27.
- Pramukti, I., Strong, C., Sitthimongkol, Y., Setiawan, A., Glorino, M., Pandin, R., & Ko, N. Y. (2020). Anxiety and Suicidal Thoughts During the COVID-19 Pandemic: Cross-Country Comparative Study Among Indonesian, Taiwanese, and Thai University Students. *Journal of Medical Internet Research*, 22(12), 1-12.
- Shives, L. R. (2012). *Basic Concept of Psychiatric-Mental Health Nursing*. (8th ed.). Lippincott William & Wilkins.
- Thomas, L. J., & Asselin, M. (2018). Promoting resilience among nursing students in clinical education. *Nurse Education Today*, 28, 231-234.
- Thomas, L. J., & Revell, S. H. (2016). Resilience in nursing students: An integrative review. *Nurse education today*, 36, 457-462.
- Van Hoek, G., Portzky, M., & Franck, E. (2019). The influence of socio-demographic factors, resilience and stress reducing activities on academic outcomes of undergraduate nursing students: A cross-sectional research study. *Nurse Education Today*, 72, 90-96.

DEVELOPMENT OF TRANSITIONAL CARE PROGRAM FOR PERSONS WITH FIRST-EPISODE SCHIZOPHRENIA

Duangduean Norrasing, M.N.S., Jarunee Ratsamesuviwat, D.N.S.***

Abstract

Objective: To develop and test effectiveness of the transitional care program (TCP) for Persons with first-episode schizophrenia and to examine the effects of this program on medication adherence, quality of life, psychotic symptoms, and readmission rate among people with first-episode schizophrenia.

Methods: This study's methodology was based on the seven phases of research and development utilized by Phalitnonkiat et al. in 2011. In the step of testing program, this study was used quasi- experimental research design. Forty purposeful samples were collected from psychiatric hospital in-patients diagnosed with schizophrenia in the first episode, 20 were in experimental group and 20 were in control group, collected data from January to August 2023. Research instruments included: 1) medication adherence scales; 2) The Chiang Mai Quality of Life Index for Schizophrenia 3) the clinical global severity of psychosis; and 4) the readmission record. Descriptive statistics, repeated one-way analysis of variance, and the t-test were utilized for data analysis.

Results: 1) The TCP included five sessions of face-to-face counseling. Each session lasted 45 - 60 minutes. The contents of these sessions consisted of improving understanding of schizophrenia, medication adherence, warning signs and management, and how to enhance quality of life. Four sessions of telephone visits have implemented for patients in 1, 2, 3, and 4 weeks after discharge. Each session lasted 45 - 60 minutes. The contents of these sessions consisted of psychotic assessment, medication adherence, warning signs and management, follow-up, and social support. Two sessions of psychoeducation have launched for the caregiver. Conformity to the Item Objective Criteria (IOC) was 0.93. 2) The mean score of medication adherence and quality of life in the experimental group at the end of the program and at the one-month follow-up were statistically significantly higher than before the program at the 0.05 level. 3) The mean score of psychiatric symptoms in experimental group at the end of the program and at the one-month follow-up were statistically significantly lower than before the program at the 0.05 level. 4) The mean score of medication adherence and quality of life in experimental group at the end of the program and at the one-month follow-up were statistically significantly higher than those of the control group at the 0.05 level. 5) The mean score of psychiatric symptoms in experimental group at the end of the program did not statistically differ from the scores of the control group. The mean score of psychiatric symptoms at the one-month follow-up statistically significantly lower than those of the control group at the 0.05 level. 6) The re-mission rate of the experimental group at 28 days lower than the control group.

Conclusion: The TCP can enhance medication adherence and quality of life in first-episode schizophrenia patients, as well as reduce psychotic symptoms and readmission rates. Therefore, professional nurses should utilize the TCP to enhance the health of first-episode schizophrenia patients and prevent relapse.

Keywords: transitional care, persons with first-episode schizophrenia

**Corresponding author: Registered Nurse, Senior Professional Level, Suanprung Psychiatric Hospital, e-mail: ddnor.nor@gmail.com*

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

Received: 23 October 2023, Revised: 7 February 2024, Accepted: 13 February 2024

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก

ดวงเดือน นรสิงห์, พย.ม.*, อารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, พย.ค.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต ระดับความรุนแรงอาการทางจิต และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา 7 ขั้นตอนของเขาวานาฏ ผลิตนนท์เกียรติ, และคณะ. (2554) และทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมโดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ช่วงเวลาที่ศึกษาตั้งแต่กรกฎาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเชิงใหม่ แบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต และบันทึกการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา : 1) โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย การบำบัดแบบเผชิญหน้าผู้ป่วย 5 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที ได้แก่ การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา การสังเกตและจัดการปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้มีอาการกำเริบ การปฏิบัติตัวเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 4 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 ประกอบด้วย การสำรวจอาการทางจิตตนเอง การรับประทานยาต่อเนื่อง การสังเกตและจัดการอาการเตือน การตรวจตามนัด และแหล่งสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมสำหรับญาติหรือผู้ดูแล 2 ครั้ง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท บทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และการส่งเสริมทักษะคลายเครียดของผู้ดูแล มีค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากิจกรรมและวัตถุประสงค์เท่ากับ 0.93 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองและติดตาม 1 เดือน มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองและติดตาม 1 เดือน น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองและติดตาม 1 เดือนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 5) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตในระยะติดตาม 1 เดือนของกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 6) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สรุป : โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านช่วยเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความรุนแรงอาการทางจิต และลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกได้ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพควรนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดีและป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค

คำสำคัญ : การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน, ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทครั้งแรก

*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง, e-mail: ddnnor.nor@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง

วันที่รับ: 23 ตุลาคม 2566, วันที่แก้ไข: 7 กุมภาพันธ์ 2567, วันที่ตอบรับ: 13 กุมภาพันธ์ 2567

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม แสดงออกโดยมีความคิดหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว พร่องในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น อาการเหล่านี้เกิดขึ้นติดต่อกันนาน 6 เดือน และอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (มาโนช หล่อตระกูล, 2558) ความชุกของโรคจิตเภทในประชากรทั่วโลกเท่ากับร้อยละ 0.28 (CI 95%: 0.24-0.31) ไม่พบความแตกต่างด้านเพศ อายุ ประเทศหรือภูมิภาคทั่วโลก (Charlson et al., 2018) ขณะที่ความชุกชั่วชีวิต (หรือระยะเรื้อรังหรือหลงเหลือ) ของโรคจิตเภทในประชากรไทยเท่ากับร้อยละ 0.7 ความชุกปัจจุบัน (1 เดือน หรือระยะเฉียบพลัน) เท่ากับร้อยละ 0.6 (ปทานนท์ ขวัญสนธิ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2561) ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) พบว่าความชุกผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่เท่ากับร้อยละ 0.65 และคิดอัตราผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ 37.11 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ข้อมูลจาก HDC ปี 2563 - 2566 พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเข้าถึงบริการเทียบกับคาดประมาณการในพื้นที่คิดเป็น ร้อยละ 96.24, 102.3, 107.9 และ 105.9 ตามลำดับ และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 60,916 คน 58,586 คน และ 54,418 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 5,763 คน 5,546 คน และ 5,252 คน ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ, 2566) ซึ่งมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสูงกว่าเขต

สุขภาพอื่น ๆ ของประเทศ และจากสถิติผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงในปีงบประมาณ 2564 - 2566 พบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1,085, 1,490 และ 1,928 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2566)

ลักษณะการเจ็บป่วยของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก (first-episode schizophrenia) เป็นผู้ที่เริ่มรักษาโรคจิตเภทครั้งแรกในช่วงระยะเวลา 6 สัปดาห์ - 6 เดือนหลังจากมีอาการแสดงของโรคจิตเภท และอยู่ในช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคจิตเภทในระยะ 2 ปีแรกและผู้ที่เป็ น ร ะ ค จิต เภ ท ค ร ึ่ง ร ะ อ ง (multiple-episode schizophrenia) จะเป็นผู้ที่มีการกำเริบซ้ำของโรค และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ โดยเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก คือ การดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค ซึ่งจะช่วยลดแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทครั้ง ร ะ อ ง เนื่องจากการกำเริบซ้ำของโรคบ่งชี้ส่งผลให้ ความรุนแรงของอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น เกิดอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น การพยากรณ์โรคแย่ลง เกิดความเสื่อมของกระบวนการคิด มีความพร่องในการทำหน้าที่ และส่งผลให้ผู้ที่เป็น โรค จิต เภ ท มี คุณ ภาพ ชีวิต แย่ลง (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2561) และเมื่อเจ็บป่วยซ้ำบ่อย ๆ ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น ทำให้สูญเสียทรัพยากรทางสุขภาพในการดูแลสูงขึ้น ดังข้อมูลที่รายงานค่าใช้จ่ายต่อหัวพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งร ะ อ ง มีค่าใช้จ่ายต่อหัวสูงกว่า

ผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทครั้งแรก เนื่องจากผู้ป่วยครั้งแรก ใช้เวลา นอนโรงพยาบาลนานกว่า ใ ช้ยาในขนาดที่ เพิ่มขึ้น และในผู้ป่วยบางรายมีการรักษาด้วยไฟฟ้า ร่วมด้วย (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2557) ดังนั้นการ ดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำในผู้ที่เป็ นโรคจิตเภท ครั้งแรกจึงมีความสำคัญอย่างมาก

ปัญหาสำคัญในการดูแลเพื่อป้องกันการ กำเริบซ้ำในผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทครั้งแรก คือ ผู้ป่วย ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดัง รายงานการศึกษาติดตามผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทครั้งแรกที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาภายใน 1 ปี พบกลับป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 41 - 79 (Chen et al., 2010) และพบถึงร้อยละ 40 ในช่วงปีที่ 3 (Chen et al., 2005) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ไม่ร่วมมือในการรักษา รับประทานยาไม่ ต่อเนื่อง และใช้สารเสพติด (สินเงิน สุขสมpong และคณะ, 2559) สอดคล้องกับข้อมูลการดูแลผู้ที่ เป็ นโรคจิตเภทครั้งแรกของโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้มีการ กำเริบซ้ำของโรค และกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน โรงพยาบาล (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2566) ระบบ การ ดูแลผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทครั้งแรกของ โรงพยาบาลสวนปรุง ประกอบด้วย 1) การประเมิน อาการ ปัญหาทางจิตสังคมเพื่อนำข้อมูลมาวางแผน จำหน่ายตั้งแต่แรกรับ 2) การบำบัดรักษาด้วยยาเพื่อ ควบคุมอาการให้สงบโดยเร็ว ป้องกันอันตรายทั้ง ต่อตนเอง ผู้อื่น และป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค 3) การบำบัดทางจิตสังคม และ 4) การให้ความรู้ ญาติก่อนจำหน่าย จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เป็ นโรค จิตเภท 15 คน และญาติหลังจำหน่าย 15 คน พบว่า

ผู้ป่วยร้อยละ 87.67 และญาติร้อยละ 100 ไม่ทราบ ว่าผู้ป่วยเป็ นโรคจิตเภท คิดว่าเป็นโรคประสาท หรือโรคซึมเศร้า แต่สามารถบอกอาการหูแว่ว หรือ หวาดระแวงของผู้ป่วยได้ แสดงถึงผู้ป่วยและญาติ ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่ง อาจเกิดจากการได้รับสุขภาพจิตศึกษาไม่เพียงพอ ด้วยข้อจำกัดเรื่องเวลาและรูปแบบไม่ชัดเจน รวมถึงขาดการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคและการดูแลผู้ป่วยของญาติ กระบวนการดูแล ยังขาดการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ อย่างเป็ นระบบ ขาดการเน้นย้ำความสำคัญของการ ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา การติดตาม ต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วย และญาติต้องการความช่วยเหลือประคับประคอง จากทีมสุขภาพเพื่อก้าวข้ามปัญหา อุปสรรคในการ ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคจิตเภทซึ่ง เป็ นโรคจิตเวชเรื้อรังที่ส่งผลกระทบสูงทั้งต่อตัว ผู้ป่วย ครอบครัว การทำงาน และการอยู่ร่วมกับ ผู้อื่นในชุมชน จะเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อม สำหรับผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทครั้งแรกจากโรงพยาบาล ชุมชนยังไม่เพียงพอ จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบว่ามีโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน สำหรับผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทครั้งแรก พบมีการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยน ผ่านสำหรับผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทครั้งแรก (Sarakan, 2010) และการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริม สุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วย ยาของผู้เป็ นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาซ้ำแบบ ผู้ป่วยในครั้งที่ 2 และมีประวัติรักษาด้วยยาไม่ ต่อเนื่อง และพบว่าผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทที่ได้รับ

โปรแกรมฯ มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น อาการทางจิตลดลง และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ณัฐพัชร สุนทโรวิทย์ และคณะ, 2563) จากช่องว่างการดูแลผู้ที่เป็โรจิตเภทครั้งแรกข้างต้น ทำให้ดั่งนั้นผู้ศึกษาสนใจศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ที่เป็โรจิตเภทครั้งแรกที่เข้ารับการรักษารในโรงพยาบาลสวนปรุง โดยใช้การวิจัยและพัฒนาที่มีกระบวนการตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การพัฒนาโปรแกรมต้นแบบ และการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม เพื่อให้ได้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรจิตเภทครั้งแรกที่เหมาะสมกับปัญหาและบริบทของผู้ป่วย และเป็นกิจกรรมการดูแลตั้งแต่เข้ารับการรักษารในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน โดยนำแนวคิดการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Schumacher and Maleis (1994) ที่ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การประเมินความพร้อม 2) การเตรียมสำหรับการเปลี่ยนผ่าน และ 3) การใช้บทบาททดแทน และแนวคิดการบำบัดทางการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Parry et al. (2003) ที่ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการและยา 2) การบันทึกข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล 3) การตรวจตามนัด และ 4) สัญญาณเตือนการกำเริบซ้ำ ซึ่งใช้แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (personal health record) และการโค้ช (transition coach) ของพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการบำบัด มีระบบการโทรศัพท์ติดตามหลังจำหน่ายเพื่อให้การปรึกษาใกล้ชิด และส่งต่อ

ข้อมูลให้สถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้การรักษาต่อเนื่องต่อไป ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรจิตเภทครั้งแรกนี้จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความรุนแรงอาการทางจิต และลดการรักษารซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรจิตเภทครั้งแรก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรจิตเภทครั้งแรก

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรจิตเภทครั้งแรก

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน

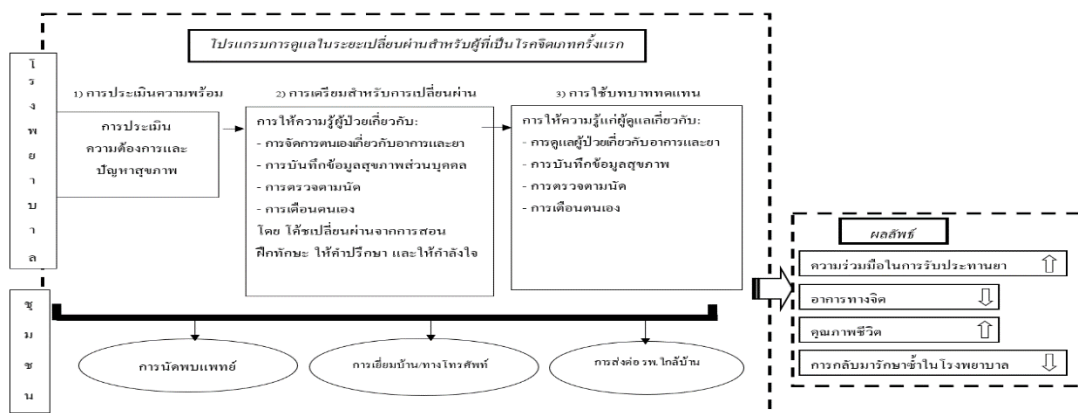
2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิต ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน

2.3 เปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษารซ้ำภายใน 28 วันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกนี้ใช้กรอบแนวคิดการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Shumacher and Meleis (1994) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การประเมินความพร้อม (assessment of readiness) การเตรียมสำหรับการเปลี่ยนผ่าน (preparation for transition) และการใช้บทบาททดแทน (role supplementation) และการบำบัดทางการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Parry et al. (2003) ที่มีองค์ประกอบหลัก 4

องค์ประกอบ คือ 1) การจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการและยา 2) การบันทึกข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล 3) การตรวจตามนัด และ 4) สัญญาณเตือนการกำเริบซ้ำ โดยจะทำให้การบำบัดตั้งแต่วันแรกของการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ขณะอยู่ในโรงพยาบาล (Hospitalization period) ระยะที่ 2 หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปบ้าน (Post hospital discharge or at home period) และระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation period)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

และค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตลดลงในระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิตในระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตในระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านมีอัตราการกลับมารักษากว่าภายใน 28 วันน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนของเขาวานาญ ผลิดินนท์เกียรติ และคณะ (2554) ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนา 2) การออกแบบนวัตกรรม 3) การจัดสร้างนวัตกรรมต้นแบบ 4) การทดสอบประสิทธิภาพ 5) การปรับปรุงเบื้องต้น 6) การทดสอบประสิทธิผลในพื้นที่นำร่อง และ 7) การปรับปรุงขั้นสุดท้าย โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก และระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ซึ่งมีรายละเอียดแต่ละระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก และ

กลุ่มบุคลากรพยาบาล จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มจะขึ้นอยู่กับเครื่องมือของข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก

ประชากร ได้แก่ ผู้ที่เป็นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก มีคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุ 18 - 59 ปี 2) อาการทางจิตทุเลา คะแนน CGI-S ≤ 4 คะแนน (วรวิวัฒน์ ไชยชาญ และคณะ, 2561) 3) ไม่มีภาวะพร่องการรู้คิด คะแนน MoCA ≥ 25 คะแนน (Hemrungronj, 2011) 4) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารเป็นภาษาไทยได้

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มญาติหรือผู้ดูแล

ประชากร ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแล คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง เป็นต้น หรือผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนในเรื่องการรับประทานยา และการทำหน้าที่ประจำวัน

กลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติดังนี้ 1) มีอายุ 18 - 65 ปี 2) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารเป็นภาษาไทยได้

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มบุคลากรพยาบาล

ประชากร ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติดังนี้ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกอย่างน้อย 5 ปี

เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคลและแนวคำถามในการสนทนารายกลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก จำนวน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการรับประทายามีข้อคำถามย่อย 8 ข้อ 2) การมาตรวจตามนัดมีข้อคำถามย่อย 4 ข้อ 3) การสังเกตอาการเตือนและการจัดการมีข้อคำถามย่อย 2 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคล และแนวคำถามในการสนทนารายกลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ได้ผ่านการพิจารณาและแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก 2 คน ญาติหรือผู้ดูแล 2 คน และบุคลากรพยาบาล 2 คน เพื่อปรับแก้ไขเรื่องการใช้ภาษาและความชัดเจนของข้อคำถาม หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล (ขั้นตอนที่ 1 - 5 ของการวิจัยและพัฒนา)

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนา ดำเนินการในเดือนมกราคม 2566 ดังนี้

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการ

สัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคลโดยใช้แนวคำถามในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก 15 คน ญาติหรือผู้ดูแล 15 คน และสนทนารายกลุ่มตามแนวคำถามในพยาบาล 11 คน ประกอบด้วยผู้บริหารทางการพยาบาล 2 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน

2) ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคลและสนทนารายกลุ่มมาถอดเทปคำต่อคำและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล ได้แก่ การรับรู้ ความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การรับรู้และทักษะด้านการรับประทาย การนัดพบแพทย์/การเยี่ยมบ้าน ประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเตือนของการป่วยซ้ำ และการจัดการกับอาการรบกวน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ดังนี้

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Shumacher and Meleis (1994) และแนวคิดการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Parry et al. (2003) มาออกแบบจัดทำร่างโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก โดยโปรแกรม ฯ จะประกอบด้วยการบำบัดผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก 9 ครั้ง และการให้ความรู้ญาติหรือผู้ดูแล 2 ครั้ง ดังนี้

1.1) การบำบัดผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ให้การบำบัดทั้งหมด 5 ครั้งแบ่งเป็นการ

บำบัดขณะผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาล 5 ครั้งแต่ละครั้งใช้เวลา 45 - 60 นาที ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “เตรียมพร้อมรับมือ โรคนี้สำคัญอย่างไร” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ร่วมมือในการบำบัด สามารถใช้คู่มือการบันทึกสุขภาพส่วนบุคคลได้ มีทักษะในการหายใจที่มีประสิทธิภาพ และมีความพร้อมในการรับรู้เรื่องโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 2 “รู้จักตัวเอง และยาสำคัญอย่างไร” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท ความสำคัญของการรับประทานยา รวมทั้งอาการข้างเคียงของยา และวิธีการจัดการบริหารจัดการยาด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 3 “อาการเตือนและการจัดการ” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวัง สังเกต และการจัดการอาการเตือนก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ การนัดหมายมาพบแพทย์ รวมทั้งการส่งต่อเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 4 “การจัดการปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้มีอาการกำเริบ” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม และวิธีหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้นประสาทหรือการใช้สารเสพติด และ กิจกรรมที่ 5 “ปฏิบัติตนอย่างไรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี” มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจร่วมกันของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจากจำหน่าย 4 ครั้ง ใช้เวลาแต่ละครั้ง 45 - 60 นาที โดยประเด็นในการติดตาม ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 “อาการของโรคเปลี่ยนแปลงอย่างไร”

เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวน สังเกต และบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองในงานที่ 2.1 การสำรวจอาการทางจิตได้ สัปดาห์ที่ 2 “การรับประทานยาต่อเนื่อง” เพื่อให้การปรึกษาเรื่องการรับประทานยา และให้ผู้ป่วยทบทวนการบันทึกคู่มือการบันทึกสุขภาพ ในใบงานที่ 2.3 ตรวจสอบอาการข้างเคียงของยา สัปดาห์ที่ 3 “อาการเตือนและการจัดการ” เพื่อให้การปรึกษาเรื่องอาการเตือน การจัดการ และให้ผู้ป่วยบันทึกคู่มือการบันทึกสุขภาพ ใบงานที่ 3.1. อาการเตือนที่พบบ่อย และ สัปดาห์ที่ 4 “การตรวจตามนัดและแหล่งสนับสนุนทางสังคม” เพื่อให้คำปรึกษาผู้ป่วยร่วมกับญาติเรื่อง การตรวจตามนัดและแหล่งสนับสนุนทางสังคม สรุปผลการติดตามหลังจำหน่าย และเตือนเรื่องการตรวจตามนัดเมื่อครบ 1 เดือน

1.2) การให้สุขภาพจิตศึกษา สำหรับญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก 2 ครั้ง ในระหว่างผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แต่ละครั้งใช้เวลา 45 - 60 นาที ได้แก่ ครั้งที่ 1 “เข้าใจโรค เข้าใจตน” เพื่อให้ญาติ/ผู้ดูแลเข้าใจกระบวนการบำบัด มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และบทบาทผู้ดูแลเมื่อกลับบ้าน เข้าใจและมีทักษะในการคลายความเครียดของตนเอง และครั้งที่ 2 “ปฏิบัติอย่างไรเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี” เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจร่วมกันของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เกี่ยวกับการจัดการปัญหาที่พบ ความต้องการความช่วยเหลือ ร่วมกันคิดหาแนวทางการแก้ปัญหา ประเมินการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน เมื่อมีปัญหา หรือต้องการความช่วยเหลือ รวมทั้ง

ประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนให้ผู้ที่
เป็นผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 3 การจัดสร้างนวัตกรรมต้นแบบ
ดำเนินการในเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 ดังนี้

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำโครงร่าง
โปรแกรมฯ ที่ถูกออกแบบไว้มาพัฒนาโปรแกรม
เนื้อหาของโปรแกรม และนำโปรแกรมฉบับร่าง
สมุดบันทึกสุขภาพ และบันทึกคู่มือการดูแล
สำหรับผู้ดูแล เสนอผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความ
เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน 6
ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล
3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และเภสัชกร 1 ท่าน
โดยได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาและ
วัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index:
IOC) เท่ากับ 0.93 รายละเอียดที่ได้ปรับปรุงตาม
ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญได้แก่ เพิ่มประเด็น
ADR จะเกิดในช่วงแรกของการรักษา และปรับเปลี่ยน
ขนาดยาได้ และ ADR แบบรุนแรง เมื่อให้การรักษา
จะหายทันที อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจว่า หาก
รักษา ADR แล้วจะต้องหายโดยไม่หลงเหลืออาการ
แต่ ADR บางชนิดจะคงอยู่หรือตลอดการรักษา เช่น
ปากแห้งคอแห้ง แต่เมื่อเทียบกับผลการรักษา ยังมี
ความจำเป็นต้องกินยาอยู่ และเพิ่มประเด็นที่ผู้ป่วย
จะกังวลหากต้องกินยาเป็นระยะเวลานาน คือ กลัว
ทำให้เป็นโรคซ้ำ/ไต เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบประสิทธิภาพ
และ**ขั้นตอนที่ 5** การปรับปรุงเบื้องต้น ดำเนินการ
ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ดังนี้

1) ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ฉบับแก้ไขจาก
ผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ครั้งแรกจำนวน 3 คน และญาติ/ผู้ดูแลจำนวน 3 คน
เพื่อดูความชัดเจนของภาษาและความเป็นไปได้ใน
การนำไปใช้งานจริง หลังจากนั้นนำโปรแกรมฯ มา
ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
ครั้งแรกและญาติ/ผู้ดูแลเพื่อให้สามารถใช้งานได้
จริงในขั้นตอนที่ 6 โดยเพิ่มเนื้อหาเรื่องสัมพันธภาพ
ในครอบครัว トラบาปจากการเจ็บป่วย และแหล่ง
สนับสนุนทางสังคม

ระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลของ
โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับของ
ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก (ขั้นตอนที่ 6 - 7 ของ
การวิจัยและพัฒนา) ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม
- สิงหาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก
จิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การ
วินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน
(DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association,
2005) และเริ่มรักษาโรคจิตเภทครั้งแรกในช่วง
ระยะเวลา 6 สัปดาห์ - 6 เดือนหลังจากมีอาการ
แสดงของโรคจิตเภท และอยู่ในช่วงระยะเวลาของ
การเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคจิตเภทในระยะ 2 ปี
แรกของการรักษา

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม
คุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ 1) อายุ 18 - 59 ปี 2)
อาการทางจิตทุเลา มีคะแนน CGI-S 4 คะแนน
หมายถึง อาการอยู่ในระดับปานกลางจนถึงปกติ
(วรวัฒน์ ไชยชาญ และคณะ, 2561) 3) ไม่มีภาวะ
พร่องการรู้คิด มีคะแนน MoCA $\geq$ 25 คะแนน
(Hemrungronj, 2011) 4) สามารถอ่าน เขียน และ

สื่อสารเป็นภาษาไทยได้ 5) มีสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยอย่างน้อย 1 คน 6) มีโทรศัพท์สามารถติดต่อคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (Power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ใช้อำนาจการทดสอบ (power of test) 0.80 (Cohen, 1988) และคำนวณอิทธิพลของขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาของ Sarakan (2010) ได้คำนวณของอิทธิพลเท่ากับ 0.59 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 18 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีอาการทางกายหรือทางจิตรุนแรง และเกณฑ์ขู่ว่าจากการศึกษา ได้แก่ 1) ไม่สามารถติดตามได้ 2) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามเกณฑ์

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกที่ผ่านการพัฒนาในขั้นตอนที่ 2 - 5 ประกอบด้วยกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยจำนวน 9 ครั้ง เป็นการบำบัดขณะผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาล 5 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “เตรียมพร้อมรับมือ โรคนี้สำคัญอย่างไร” กิจกรรมที่ 2 “รู้จักตัวเอง และยาสำคัญอย่างไร” กิจกรรมที่ 3 “อาการเตือนและการจัดการ” กิจกรรมที่ 4 “การจัดการปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ” และ กิจกรรมที่ 5 “ปฏิบัติตนอย่างไรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี” และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจากจำหน่าย 4 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที โดยประเด็นในการติดตามได้แก่ สัปดาห์ที่ 1

“อาการของโรคเปลี่ยนแปลงอย่างไร” สัปดาห์ที่ 2 “การรับประทานยาต่อเนื่อง” สัปดาห์ที่ 3 “อาการเตือนและการจัดการ” และ สัปดาห์ที่ 4 “การตรวจตามนัดและแหล่งสนับสนุนทางสังคม” และมีการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับญาติ/ผู้ดูแลจำนวน 2 ครั้ง ในระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ใช้เวลา 45 - 60 นาที ได้แก่ ครั้งที่ 1 “เข้าใจโรค เข้าใจตน” และครั้งที่ 2 “ปฏิบัติอย่างไรเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี” และในช่วงของการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ญาติ/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมรับการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจร่วมกันของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเปรียบเทียบการทดลอง ได้แก่ การดูแลตามปกติที่พัฒนาโดยคณะกรรมการการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แบ่งการดูแล 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะอาการทางจิตกำเริบ โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตฉุกเฉิน เพื่าระวังความเสี่ยงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ก้าวร้าว อุบัติเหตุ และการหลบหนี ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต จำแนกประเภทผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลตามปัญหาที่พบ และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม 2) ระยะอาการทางจิตทุเลา โดยให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม วางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และส่งต่อข้อมูล เพื่อให้ไปรับการรักษาต่อโรงพยาบาลต้นสังกัดหรือโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วน

บุคคลสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลหลัก และระยะเวลาการเจ็บป่วย

3.2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่พัฒนาโดยสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) มีคำถาม 18 ข้อ ข้อที่ 1 - 9 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาและข้อที่ 10 - 18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการฤทธิ์ข้างเคียงของยา แบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนเต็ม 90 คะแนน แปลผลคะแนน 3 ระดับ คือ < 24 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับต่ำ 24 - 48 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับปานกลาง และ > 48 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับสูง

3.3 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเชียงใหม่ (The Chiang Mai Schizophrenia Quality of Life Scale: CM-SQOLS) ที่พัฒนาโดยขวัญพนมพร ธรรมไทย และคณะ (2551) มีคำถาม 58 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เป็นคำถามที่มีความหมายทางลบ 35 ข้อ (คะแนน 5 - 1) ความหมายทางบวก 23 ข้อ (คะแนน 1 - 5) แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดำรงชีวิตประจำวัน 15 ข้อ 2) ด้านอาการทางจิตและอาการหลงเหลือ 11 ข้อ 3) ด้านอาการข้างเคียงของยาและทัศนคติต่อการรักษา 8 ข้อ 4) ด้านบทบาทและหน้าที่ 5 ข้อ 5) ด้านครอบครัว 4 ข้อ 6) ด้านสังคมและชุมชน 8 ข้อ และ 7) ด้านสิทธิมนุษยชน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 290 คะแนน การแปลผลคะแนน

แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ < 116 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ 116 - 156 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับปกติ และ > 156 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง

3.4 แบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Clinical Global Impression-Severity: CGI-S) ที่พัฒนาโดย National Institute of Mental Health (Psychopharmacology Research Branch) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย วรวัฒน์ ไชยชาญ และคณะ (2561) เป็นเครื่องมือการประเมินจากมุมมองของผู้รักษาต่ออาการทางจิตเวชโดยรวมของผู้ป่วย โดยอาศัยลักษณะหลักที่เป็นข้อพิจารณาประกอบการให้คะแนนได้แก่ 1) ความถี่ของอาการทางจิต 2) ความรุนแรงของอาการทางจิต 3) ความรู้สึกไม่สบายใจ/ทุกข์ใจ และ 4) ผลกระทบของอาการทางจิตต่อ 4 เรื่องคือ การทำงาน/การประกอบอาชีพ การทำงานบ้าน การเรียน และสัมพันธภาพ สรุปการแปลผลให้คะแนน 1 - 7 คะแนน ดังต่อไปนี้ 1 คะแนนหมายถึง ปกติ 2 คะแนนหมายถึง กำลังจะป่วยทางจิต 3 คะแนนหมายถึง ป่วยเล็กน้อย 4 คะแนนหมายถึง ป่วยปานกลาง 5 คะแนนหมายถึง ป่วยมาก 6 คะแนนหมายถึง ป่วยรุนแรง และ 7 คะแนนหมายถึง ป่วยรุนแรงที่สุดขีด

3.5 แบบประเมินภาวะพร่องการรู้คิด (Montreal Cognitive Assessment-Thai Version: MoCA - Thai) สร้างโดย Ziad Nasreddine แปลเป็นภาษาไทยโดย โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ (Hemrungronj, 2011) เป็นเครื่องมือคัดกรองสำหรับภาวะสมองเสื่อมระยะแรกเริ่ม ประกอบด้วยงาน

สั้น ๆ จำนวน 11 ข้อ ประเมินความสามารถหน้าที่ต่าง ๆ ดังนี้ ความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ ความคิดรวบยอด การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว ใช้เวลาประเมินประมาณ 10 นาที มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน มีจุดตัดในการตรวจคัดกรองโรคที่ค่าคะแนน < 25 คะแนน มีค่าความไวร้อยละ 90 และค่าจำเพาะร้อยละ 87 มีค่าคะแนนระหว่าง 0-30 คะแนน และหากผู้ถูกประเมินได้รับการศึกษาดำรงตำแหน่งศึกษาปีที่ 6 ให้บวกเพิ่มอีก 1 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับดังต่อไปนี้ 25 - 30 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะพร่องการรู้คิด 17 - 24 คะแนน หมายถึง มีภาวะพร่องการรู้คิดเล็กน้อย 9 - 16 คะแนน หมายถึง มีภาวะพร่องการรู้คิดปานกลาง 0 - 8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพร่องการรู้คิดระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเชียงใหม่ และแบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิตมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ ส่วนโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และเภสัชกร 1 ท่าน โดยได้ค่าความสอดคล้อง (Item-Objective

Congruence Index: IOC) เท่ากับ 0.93

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดคุณภาพชีวิต และแบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต ไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษา ณ บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 10 คน และนำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.76, 0.83 และ 0.88 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล (ขั้นตอนที่ 6 - 7 ของการวิจัยและพัฒนา)

ขั้นตอนที่ 6 การทดสอบประสิทธิภาพในพื้นที่นำร่อง ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดอบรมการใช้เครื่องมือการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 5 คน

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายให้เข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก 20 คน และการดูแลตามปกติ 20 คน โดยก่อนเข้ารับการบำบัดกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาคุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิต

3. ผู้วิจัยให้การบำบัดกลุ่มทดลอง 20 คน ด้วยโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน

สำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก 5 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที โทรศัพท์ติดตามหลังจำหน่ายสัปดาห์ละ 1 ครั้งจำนวน 4 ครั้ง และให้ความรู้ญาติ/ผู้ดูแล 2 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที ส่วนกลุ่มควบคุม 20 คนได้รับการดูแลตามปกติ โดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่ได้อยู่หอผู้ป่วยผู้ป่วยเดียวกัน

4. เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านฯ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติเสร็จสิ้น จะทำการประเมินผลทันทีและประเมินผลระยะติดตาม 1 เดือน ซึ่งจะได้รับผลการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต ความรุนแรงอาการทางจิต และบันทึกการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสวนปรุง หนังสือรับรองเลขที่ 2/2566 ลงวันที่ 10 มกราคม 2566 ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัย ชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง และการบำบัดตามโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกหรือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานปัจจุบัน โดยการเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมข้างต้นอาจทำ

ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความลำบากใจ ไม่สบายใจ คณะผู้วิจัยได้วางแผนป้องกันและจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นโดยในการนัดหมายการบำบัดแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะให้อิสระกลุ่มตัวอย่างในการนัดหมายวันเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก และกรณีที่มีความจำเป็นไม่สามารถรับการบำบัดตามวันเวลาที่ตกลงกัน กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งให้ผู้วิจัยทราบโดยไม่มีผลกระทบใดต่อสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับจากแผนการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อจริง และนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวม และเก็บเอกสารข้อมูลไว้ในตู้เอกสารใส่กุญแจไว้ และจะทำลายเอกสารข้อมูลหลังเสร็จการเผยแพร่แล้ว 1 ปี

ขั้นตอนการลงนามยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยนักวิจัยจะมีการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีดำเนินการ และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะเก็บเป็นความลับ และนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จึงให้ลงนามยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลต่อผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล และอัตราการกลับมา

รักษาซ้ำของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตของกลุ่มทดลองในแต่ละระยะการทดลองวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one way repeated ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกผู้วิจัยใช้การวิจัยและพัฒนาของกรมสุขภาพจิต (2563) ในขั้นตอนที่ 1 - 5 เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนา การออกแบบนวัตกรรม การจัดสร้างนวัตกรรมต้นแบบ การทดสอบประสิทธิภาพ และการปรับปรุงเบื้องต้น ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ 2) ผลการพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ดังนี้

1.1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนามีทั้งหมด 41 คน แบ่งเป็นผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก 15 คน ญาติ/ผู้ดูแล 15

คนและพยาบาลวิชาชีพ 11 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 12 คน (ร้อยละ 80.00) อายุเฉลี่ย 29 ปี (range 22 - 42 ปี) ญาติ/ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 73.33) อายุเฉลี่ย 46 ปี (range 26 - 58 ปี) พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 9 คน (ร้อยละ 81.82) อายุเฉลี่ย 48 ปี (range 34 - 59 ปี)

1.2) ผลการพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลและการสนทนากลุ่มในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก 15 คน ญาติ/ผู้ดูแล 15 คนและพยาบาลวิชาชีพ 11 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกและญาติ/ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท (ผู้ป่วยร้อยละ 87.67 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคจิตเภท คิดว่ามารักษาการใช้สุรา/ยาเสพติด คิดว่าไม่ได้เป็นอะไร, ญาติ/ผู้ดูแลร้อยละ 100 ไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท คิดว่าเป็นโรคประสาท โรคซึมเศร้า) รู้สึกเสียใจ น้อยใจต่อการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้น (ผู้ป่วยร้อยละ 33.33, ญาติ/ผู้ดูแลร้อยละ 100) ไม่อยากกินยากลัวติดยาและคิดว่ากินยาจะมีผลต่อตับและไต (ผู้ป่วยร้อยละ 100, ญาติ/ผู้ดูแลร้อยละ 75) ไม่สุขสบายจากการกินยา (ผู้ป่วยร้อยละ 53.33) ไม่คิดว่ายาจะช่วยรักษาอาการเจ็บป่วยได้ (ผู้ป่วยร้อยละ 86.67) กังวลใจเครียดที่ผู้ป่วยไม่กินยา (ญาติ/ผู้ดูแลร้อยละ 86.67, พยาบาล ร้อยละ 81.82) ไม่สะดวกในการรับยาต่อเนื่อง (ผู้ป่วยร้อยละ 86.67 เดินทางไกล มีค่าใช้จ่ายในการ

เดินทาง ต้องรบกวนญาติที่มีรถ ใช้รถโดยสารประจำทางลำบาก) ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมหลังการจำหน่าย (ผู้ป่วยร้อยละ 100) ไม่ทราบอาการเตือนและการจัดการอาการเตือน (ผู้ป่วยร้อยละ 73.33, ญาติ/ผู้ดูแลร้อยละ 100) ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทครั้งแรกนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Sapra และคณะ (2014) ที่พบว่าผู้ที่เป็โรคจิตเภทครั้งแรกไม่ร่วมมือในการรับประทานยาเนื่องจากไม่สบายจากอาการข้างเคียง ปฏิเสธอาการเจ็บป่วยของตนเอง คิดว่าไม่มีความจำเป็นในการกินยา และการศึกษาของสินเงิน สุขสมปอง, คุษฎี อุดมอิทธิพงศ์ และพลภัทร์ โล่เสถียรกิจ (2559) ที่กล่าวว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกไม่ร่วมมือในการรักษา กินยาไม่ครบ ไม่กินยา กินยาไม่สม่ำเสมอ กลัวการติดยา ได้รับผลข้างเคียงจากยา ไม่มาตามนัด ปัญหาการสื่อสารให้เข้าใจถึงการกินยาหรือการปฏิบัติตัวระหว่างบุคลากรทางการแพทยกับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงมีปัญหาคาเดินทางมาโรงพยาบาลลำบาก ไม่มีคนพามา คารักษาแพง จากข้อมูลระยะวิเคราะห์สถานการณ์นี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาใช้ในการออกแบบโปรแกรมตามกรอบแนวคิดการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Shumacher and Meleis (1994) และแนวคิดการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Parry et al. (2003) จนได้โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ประกอบด้วย การบำบัดแบบเผชิญหน้าผู้ป่วย 5 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที ได้แก่ การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา การสังเกตและ

จัดการปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ การปฏิบัติตัวเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 4 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 ประกอบด้วย การสำรวจอาการทางจิตตนเอง การรับประทานยาต่อเนื่อง การสังเกตและจัดการอาการเตือน การตรวจตามนัด และแหล่งสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมสำหรับญาติหรือผู้ดูแล 2 ครั้ง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท บทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และการส่งเสริมทักษะคลายเครียดของผู้ดูแล โดยนำโปรแกรมมาหาค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา กิจกรรมและวัตถุประสงค์ได้เท่ากับ 0.93

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกแบ่งออกเป็น 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 2) ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกในระยะก่อน หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ในระยะก่อน หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 4) เปรียบเทียบความแตกต่างการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลหลัก และระยะเวลาการเจ็บป่วย (n = 40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ	
เพศ					1.000*
ชาย	14	70.00	14	70.00	
หญิง	6	30.00	6	30.00	
ช่วงอายุ (ปี)	Mean = 32.90 ปี (SD = 7.42)		Mean = 33.45 ปี (SD = 8.73)		1.000*
20 - 30 ปี	9	45.00	9	45.00	
31 - 40 ปี	10	50.00	10	50.00	
41 - 50 ปี	0	0.00	0	0.00	
51 - 60 ปี	1	5.00	1	5.00	
	Min = 21 ปี Max = 51 ปี		Min = 21 ปี Max = 54 ปี		
สถานภาพสมรส					0.197*
คู่	3	15.00	3	15.00	
โสด	15	75.00	16	80.00	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	2	10.00	1	5.00	
ระดับการศึกษา					0.995*
ประถมศึกษา	4	20.00	5	25.00	
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	60.00	11	55.00	
อนุปริญญา/ปวช/ปวส	2	10.00	2	10.00	
ปริญญาตรี	2	10.00	2	10.00	
อาชีพ					0.747*
เกษตรกร	4	20.00	4	20.00	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	20.00	4	20.00	
รับจ้าง	6	30.00	7	35.00	
ว่างงาน	6	30.00	5	25.00	
รายได้					0.592*
เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	9	45.00	9	45.00	
ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	11	55.00	10	50.00	
เหลือเก็บ	0	0.00	1	5.00	

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลหลัก และระยะเวลาการเจ็บป่วย (n = 40) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ	
ผู้ดูแลหลัก					0.468*
คู่สมรส	3	15.00	3	15.00	
ญาติ (น้องชาย/พี่สาว)	6	25.00	2	10.00	
บิดา มารดา	11	55.00	15	75.00	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เดือน)					0.157*
1 - 6 เดือน	4	20.00	0	0.00	
7 - 12 เดือน	6	30.00	7	35.00	
13 - 18 เดือน	3	15.00	7	35.00	
19 - 24 เดือน	7	35.00	6	30.00	
	Mean = 16.20 เดือน (SD = 4.56)		Mean = 14.95 เดือน (SD = 7.58)		
	Min = 10 เดือน Max = 24 เดือน		Min = 2 เดือน Max = 24 เดือน		

* $p < .05$, Chi-Square test

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ส่วนใหญ่ ทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชายร้อยละ 70 เท่ากัน และมี อายุระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 50 เท่ากัน (กลุ่ม ทดลอง Mean = 32.90 SD = 7.42 Min = 21 Max = 51 กลุ่มควบคุม Mean = 33.45 SD = 8.73 Min = 21 Max = 54) สถานภาพ โสดร้อยละ 75 และ 80 จบ การศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 60 และ 55 อาชีพ รับจ้างและว่างงาน ร้อยละ 30, 30 และ 35, 25 ตามลำดับ มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายร้อยละ

55 และ 50 ผู้ดูแลหลักเป็นบิดา/มารดาร้อยละ 50 และ 75 ระยะเวลาการเจ็บป่วยในกลุ่มทดลองอยู่ ระหว่าง 19 - 24 เดือนร้อยละ 35 และกลุ่มควบคุม อยู่ระหว่าง 7 - 12 เดือน และ 13 - 18 เดือน ร้อยละ 35 เท่ากัน (กลุ่มทดลอง Mean = 16.20 SD = 4.56 Min = 10 Max = 24 กลุ่มควบคุม Mean = 14.95 SD = 7.58 Min = 2 Max = 24) และข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความ แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ/ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานะของผู้ดูแลหลัก (n = 40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ	
เพศ					0.605*
ชาย	1	5.00	3	15.00	
หญิง	19	95.00	17	85.00	
ช่วงอายุ (ปี)	Mean = 52.35 ปี (SD = 8.99)		Mean = 49.20 ปี (SD = 10.46)		0.793*
30 - 40 ปี	5	25.00	3	15.00	
41 - 50 ปี	5	25.00	4	20.00	
51 - 65 ปี	10	50.00	13	65.00	
	Min = 32 ปี Max = 61 ปี		Min = 31 ปี Max = 61 ปี		
สถานภาพสมรส					0.198*
คู่	17	85.00	20	100.00	
หม้าย	3	15.00	0	0.00	
ระดับการศึกษา					0.796*
ประถมศึกษา	4	20.00	6	30.00	
มัธยมศึกษา	15	75.00	13	65.00	
อนุปริญญา/ปวช/ปวส	1	5.00	1	5.00	
อาชีพ					0.913*
เกษตรกร	4	20.00	4	20.00	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	20.00	3	15.00	
รับจ้าง	12	60.00	13	65.00	
รายได้					1.000*
เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	9	45.00	10	50.00	
ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	11	55.00	10	50.00	
สถานะของผู้ดูแลหลัก					0.098*
สามี/ภรรยา	3	15.00	3	15.00	
ญาติ (น้องชาย/พี่สาว)	6	30.00	2	10.00	
มารดา/บิดา	11	55.00	15	75.00	

*p < .05, Chi-Square test

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิงร้อยละ 95 และ 85 มีอายุอยู่ในช่วง 51 - 65 ปี ร้อยละ 50 และ 65 (กลุ่มทดลอง Mean = 52.35 SD = 8.99 Min = 32 Max = 61 กลุ่มควบคุม Mean = 49.20 SD = 10.46 Min = 31 Max = 61) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 85 และ 100 จบการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 75 และ 65 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 60 และ 65 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 55 และ 50 ตามลำดับสถานะของผู้ดูแลหลักเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 55 และ 75 โดยข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน (ดังตารางที่ 2)

2.1) ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ในระยะก่อน หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน

เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ในระยะก่อน หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน ภายในกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตในระยะก่อน หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 (ตารางที่ 3) และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนด้วยวิธีการทดสอบแบบ Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระยะหลังทดลอง

และติดตาม 1 เดือน มีค่ามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในระยะติดตาม 1 เดือนมีค่ามากกว่าหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในระยะหลังทดลองและติดตาม 1 เดือน มีค่ามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในระยะติดตาม 1 เดือนมีค่ามากกว่าหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงอาการทางจิตในระยะหลังทดลอง และติดตาม 1 เดือนมีค่าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในระยะติดตาม 1 เดือนมีค่าน้อยกว่าหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2.2) เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ในระยะก่อน หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต และความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ในระยะก่อน หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนการทดลองน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ระยะหลังทดลอง และติดตาม 1 เดือนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ระยะหลังทดลองและ

ติดตาม 1 เดือนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตก่อนการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ในระยะติดตาม 1 เดือนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 (ตารางที่ 4)

2.3) เปรียบเทียบความแตกต่างการกลับมา

รักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบความแตกต่างการกลับมา รักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีการกลับมา รักษาซ้ำจำนวน 2 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 10 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต ความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ในระยะก่อน หลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน ภายในกลุ่มทดลอง (n = 20)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง $\bar{X}$ (SD)	หลัง ทดลอง $\bar{X}$ (SD)	ติดตาม 1 เดือน $\bar{X}$ (SD)	SS	df	MS	F	P- value
พฤติกรรมการใช้ ยาตามเกณฑ์การ รักษา	44.00 (4.47)	70.45 (4.79)	81.90 (3.55)	15114.10	1.38	10994.54	287.77	0.000**
คุณภาพชีวิต	154.90 (17.46)	218.35 (16.87)	245.70 (16.37)	86790.43	1.16	742809.15	258.51	0.000**
ความรุนแรง อาการทางจิต	6.40 (0.50)	4.00 (0.00)	3.60 (0.50)	91.73	2.00	45.87	311.24	0.000**

** $p < .01$

การอภิปรายผล

1. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกนี้พัฒนาขึ้นโดยใช้การวิจัยและพัฒนา 7 ขั้นตอนของ

กรมสุขภาพจิต (2563) โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนาโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคล และสนทนารายกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คุณภาพชีวิต ความรุนแรงอาการทางจิต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 40)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา						
ก่อนทดลอง	44.00	4.472	49.35	4.84	3.63	0.001**
หลังทดลอง	70.45	7.80	64.75	7.80	2.29	0.028*
ติดตาม 1 เดือน	81.90	3.55	68.05	7.63	7.36	0.000**
คุณภาพชีวิต						
ก่อนทดลอง	154.90	17.46	165.45	26.70	1.48	0.147
หลังทดลอง	218.35	16.87	190.25	27.09	3.94	0.000**
ติดตาม 1 เดือน	245.70	16.37	206.05	27.43	5.55	0.000**
ความรุนแรงอาการทางจิต						
ก่อนทดลอง	6.40	0.50	6.00	0.00	3.56	0.001**
หลังทดลอง	4.00	0.00	4.00	0.00	-	1.000
ติดตาม 1 เดือน	3.60	0.50	4.00	0.32	-2.99	0.005**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

กลุ่มตัวอย่าง	การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย 1 เดือน			
	กลับมารักษาซ้ำ		ไม่กลับมารักษาซ้ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง (n = 20 คน)	0	0.00	20	100.00
กลุ่มควบคุม (n = 20 คน)	2	10.00	18	90.00

ญาติและผู้ดูแล รวมถึงพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และสอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ที่เป็นของโรงพยาบาลสวนปรุง และนำข้อมูลดังกล่าวผสมผสานกับกรอบแนวคิด

การบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Shumacher and Meleis (1994) ประกอบด้วย 1) การประเมินความพร้อม (assessment of readiness) 2) การเตรียมสำหรับการเปลี่ยนผ่าน (preparation for transition) และ 3) การใช้บทบาททดแทน (role

supplementation) และแนวทางการบำบัดทางการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Parry et al. (2003) ที่ประกอบด้วย 1) การจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการและยา 2) การบันทึกข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล 3) การตรวจตามนัด และ 4) สัญญาณเตือนการกำเริบซ้ำ โดยจะให้การบำบัดตั้งแต่วันแรกของการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มาออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก โดยการบำบัดตามโปรแกรมมีทั้งหมด 9 ครั้งแบ่งเป็นการบำบัดขณะ ผู้ที่เป็นพักรักษาในโรงพยาบาล 5 ครั้งแต่ละครั้งใช้เวลา 45 - 60 นาที เนื้อหาสำคัญของการบำบัด คือ การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา การสังเกตและจัดการปัจจัย กระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ การปฏิบัติตัวเพื่อให้มี คุณภาพชีวิตที่ดี การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ หลังจากจำหน่าย 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานยา ต่อเนื่อง การสังเกตและการจัดการอาการเตือน การตรวจตามนัด และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ส่วน การให้ความรู้ญาติหรือผู้ดูแล 2 ครั้งในระยะที่ผู้ป่วย รักษาตัวในโรงพยาบาล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค จิตเภท และบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่เป็นให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อกลับบ้าน และส่งเสริมทักษะ การคลายความเครียด ซึ่งเมื่อนำโปรแกรมไป ทดสอบในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกพบว่า ผู้ป่วย เข้าใจและเห็นว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมด้าน เนื้อหา เข้าใจง่าย ญาติบอกว่าโปรแกรมช่วยให้ สามารถดูแลผู้ที่เป็นได้ และภาษาที่ใช้ชัดเจน เข้าใจ

ง่าย ส่วนมุมมองพยาบาลที่ใช้โปรแกรมเห็นว่า โปรแกรมมีขั้นตอนที่ชัดเจนและสะดวกต่อการ นำไปใช้ มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ที่เป็นโรค จิตเภทครั้งแรกต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาล และเมื่อ กลับไปสู่ชุมชน

2. จากการทดสอบประสิทธิผลของ โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกพบว่า ภายหลังเข้ารับการ บำบัดตามโปรแกรมฯ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกมี พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และ คุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งในระยะหลังทดลอง และ ติดตาม 1 เดือน และมีความรุนแรงอาการทางจิต ลดลงในระยะหลังทดลอง และติดตาม 1 เดือน ตามลำดับ (ตารางที่ 3) อธิบายได้ว่า โปรแกรมฯ นี้ ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อาจเนื่องด้วย โปรแกรมฯ พัฒนาขึ้นตามประเด็นปัญหาที่พบใน ระยะวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิต เภทครั้งแรกที่พบว่า ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองป่วย เป็นโรคจิตเภท โรคจิตเภทคืออะไร รักษาอย่างไร อาการผิดปกติหรืออาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบ ของโรคมีอะไรบ้าง และทุกรายไม่ทราบความ สำคัญของการรับประทานยา มีพฤติกรรม รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง คิดว่าอาการหายแล้ว บางรายหยุดยาเองเพราะไม่สบายจากอาการ ข้างเคียงของยา ไม่ทราบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรค จิตเภทครั้งแรกหากเข้าใจ และปฏิบัติตามแผนการ รักษาอย่างถูกวิธีจะช่วยป้องกันการกำเริบซ้ำของ โรคได้ ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการเจ็บป่วยด้วยโรค จิตเภทเรื้อรังต่อไป โดยในกระบวนการบำบัด

สำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกจะได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ในขณะอยู่โรงพยาบาล โดยพยาบาลผู้ทำหน้าที่ Coach จะให้คำแนะนำและปรึกษาเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษาเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ และการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา ผู้ป่วยจะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรคต่อการดูแลตนเอง รวมถึงผู้ดูแลจะได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน และเมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยจะได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 4 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยและญาติยังคงได้รับการช่วยเหลือ แนะนำ จากพยาบาลอย่างใกล้ชิด สามารถปรึกษาปัญหา และปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้นทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการสอน ชี้นำ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการรักษา ผลที่เกิดจากรักษา อาการข้างเคียงจากยา และวิธีการแก้ไขปัญหาที่พบจะส่งผลให้มีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงขึ้น (สุมิสา กุมลา และคณะ, 2563; ฉัญฐพัชร สุนทโรวิทย์ และ คณะ, 2563; อินทกานต์ สุวรรณ และ สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2563) และเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง ทำให้อาการทางจิตสงบ ซึ่งจะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงอาการทางจิตที่ลดลงทั้งในระยะหลังทดลองและติดตาม 1 เดือน (ตารางที่ 3) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกมีคุณภาพชีวิตในระยะหลังทดลอง

และติดตาม 1 เดือน ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ในด้านการดำรงชีวิตประจำวัน ด้านอาการทางจิต ด้านอาการข้างเคียงของยา และทัศนคติต่อการรักษา ด้านบทบาทและหน้าที่ ด้านครอบครัว ด้านสังคมและชุมชน และด้านสิทธิมนุษยชน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarakan (2010) ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งรอง (multiple episode) แล้วพบว่าผู้ที่ได้รับโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าผู้ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของดวงกมล สระบุรี (2558) ที่ศึกษาผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาซ้ำจำนวน 2 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 10 (ตารางที่ 5) อธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกนี้ มีการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายสัปดาห์ละ 1 ครั้งจำนวน 4 สัปดาห์ โดยให้ความรู้ แนะนำ ให้คำปรึกษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในเรื่องการดูแลตนเองด้านยา การมาตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพ

ตนเองผ่านการบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพ การสังเกตและจัดการอาการเตือนก่อนการกำเริบซ้ำของโรค ส่งผลให้ผู้ที่เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้รับการส่งต่อสถานพยาบาลใกล้เคียงบ้านไม่มีพยาบาลที่ให้คำปรึกษาในช่วงหลังการจำหน่ายสัปดาห์ที่ 1 - 4 ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกต้องเผชิญกับการปรับตัวหลายอย่างในชีวิต มีความเครียดและหากจัดการไม่ได้ หรือดูแลตัวเองไม่ถูกต้องอาจส่งผลให้เกิดการกำเริบซ้ำของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อาริยา ต้มโนกุล และ สุรศักดิ์ ไชยสงค์ (2564) ที่พบว่า การติดตามเยี่ยมผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลังการจำหน่ายจะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักในการมาพบแพทย์ตามนัด และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแพทย์เพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 7 การปรับปรุงขั้นสุดท้าย

หลังการทดสอบประสิทธิภาพในพื้นที่นำร่อง ประเมินผลจากพยาบาลที่นำคู่มือโปรแกรมฯ ไปใช้พบว่า สามารถใช้เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกได้เป็นขั้นตอนชัดเจน แต่มีข้อเสนอแนะเรื่องการใช้ระยะเวลาในกิจกรรมครั้งที่ 2 นี้อาจมากเกินไป เสนอแนะให้ย้ายเรื่องโรคจิตเภทมารวมในกิจกรรมที่ 1 เพื่อกิจกรรมครั้งที่ 2 จะได้ให้เวลาที่เน้นความสำคัญของยาได้มากขึ้น และความคิดเห็นของผู้ป่วยก็สอดคล้องกัน สำหรับญาติไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงขั้นสุดท้ายดังนี้ กิจกรรมที่ 1 “เตรียมพร้อมรับมือ โรคนี้สำคัญอย่างไร และรู้จักโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 2 “ความสำคัญของการรักษาด้วยยาและ

การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา” กิจกรรมที่ 3 “อาการเตือนและการจัดการ” กิจกรรมที่ 4 “การจัดการปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้มีอาการกำเริบ” และกิจกรรมที่ 5 “ปฏิบัติตนอย่างไรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี”

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการนำโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกไปใช้ในโรงพยาบาลจิตเวช โดยบุคลากรพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะก่อนใช้โปรแกรมดังกล่าว เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในโปรแกรมอย่างแท้จริง

2. ด้านการวิจัย ควรมีการติดตามในระยะยาวเพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลนำทักษะความรู้ที่ได้รับไปใช้อย่างต่อเนื่อง ให้มีความหลากหลาย เพื่อให้เหมาะสมกับปัญหาและสิ่งแวดล้อม และติดตามผลลัพธ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น หรือทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในบริบทของภาคอื่น ๆ เพื่อพิสูจน์ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญพนมพร ธรรมไทย, ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ, ชาลินี สุวรรณยศ, สุวิทย์ อินทอง, ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, และ สรัญญา วรรณชัยกุล. (2551). การสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐพัชร สุนทโรวิทย์, อัญชลี วิจิตรปัญญา, และ ปาณิสรา อินทร์กันทุม. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 34(2), 153-168.

- ดวงกมล สระบุรี. (2558). ผลของรูปแบบการจำหน่ายแบบเปลี่ยนผ่านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับจิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาทนท ขวัญสนิท และ มานิต ศรีสุรณานนท์. (2561). ตัววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคจิตเภทในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26(1), 50-62.
- พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, อธิป ต้นอารีย์, และ นพพร ดันติรังสี. (2561). การศึกษาตัววัดทางระบาดวิทยาในการคำนวณภาระโรคจิตเวชในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26(1), 26-33.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2558). โรคจิตเภทและโรคจิตเวชอื่น ๆ. ใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รวมฉบับที่ 4*, 29-34. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เขาวานฏ ผลิตนันทเกียรติ, พชริน คุณคำซุ, สตรีรัตน์ รุจิระชาคร, และศจี แซ่ตั้ง (บรรณาธิการ.). (2554). คู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต. นนทบุรี: บริษัทเบสท์สเค็บแอ็คเคอร์ไทซิง.
- ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center). (2566). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช. <https://hdcservice.moph.go.th/>
- โรงพยาบาลสวนปรุง (2566). รายงานผลการทบทวนเวชระเบียนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- โรงพยาบาลสวนปรุง. (2557). ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- โรงพยาบาลสวนปรุง. (2566). สถิติผู้มารับบริการ โรงพยาบาลสวนปรุงประจำปี 2563-2565. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- วรวัฒน์ ไชยชาญ, มันทนา กิตติพิรัช, เสาวลักษณ์ สุวรรณโมตรี, ชิดชนก โอภาสวัฒนา, อุษา ลิ่มชีวะ, ธนเศรษฐ์ พันทลักษ์วงศ์, และคณะ. (2561). แนวทางการใช้ *Clinical Global Impression (CGI)*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอวัน ปริ้นติ้ง.
- สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับจิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สินเงิน สุขสมปอง, ฤทธิ อุดมอิทธิพงศ์, และ พลภัทร์ โลเสถียรกิจ. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(4), 331-340.
- สุมิศา กุมลา, โสภณ แสงอ่อน, และ พชรินทร์ นินทจันทร์. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(2), 132-152.
- อารียา ตั้งมโนกุล และ สุรศักดิ์ ไชยสงค์. (2564). ผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.คอนมดแดง จ.อุบลราชธานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 15(4), 436-455.
- อินทกานต์ สุวรรณ และ สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2563). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(1), 152-162.
- American Psychiatric Association. (2005) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision)*. (4th ed). American Psychiatric Publishing.
- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., et al. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings from the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1195-1203.
- Chen, E. Y.H., Hui, C. L.M., Dunn, E. L. W, Miao, M. Y. K., Yeung, W. S., Wong, C. K., Chan, W. F., & Tang, W.N. (2005). A prospective 3 - year longitudinal study of cognitive predictors of relapse in first-episode schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 77, 99-104.
- Chen, E. Y. H., Hui, C. L. M., Lam, M. M. L., Chiu, C. P. Y., Law, C. W., Chung, D. W. S., et al. (2010). Maintenance treatment with quetiapine versus discontinuation after one year of treatment in patients with remitted first episode psychosis: randomized controlled trial. *BMJ*, 341, c4024.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Hemrungronj, S. (2011). *Montreal cognitive assessment (MoCA) thai version 01 Update August 31, 2011*. [Internet]. 2011 [cited Jan 19, 2023] Available from: http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCATest-Thai.pdf.

- Parry, C., Coleman, E., Smith, J., Frank, J., and Kramer, A. (2003). The care transition: A patient-centered approach to ensuring effective transfers between sites of geriatric care. *Home Health Services Quarterly*, 22(3), 1-17.
- Sarakan, K. (2010). *Effectiveness of a Transitional Care Program for Persons with Schizophrenia*. [Doctor of Philosophy], Chiang Mai University.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept nursing. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Sapra, M., Weiden, J.P., Schooler, R, N., Sunakawa-McMillan, A., Uzenoff, S., & Burkholder, P. (2014). Reasons for Adherence and Nonadherence: A Pilot Study Comparing First and Multi Episode Schizophrenia Patients. *Clinical Schizophrenia & related psychoses*, 7(4), 199-206.

EFFECT OF THE EFFECTIVE COUPLE'S COMMUNICATION SKILLS ENHANCEMENT PROGRAM ON ALCOHOL DRINKING BEHAVIORS OF PATIENTS WITH ALCOHOL USE DISORDERS*

Somsri Boonmetta, B.N.S.** , Hunsu Sethabouppha, Ph.D.***, Patraporn Bhatarasakoon, Ph.D.****

Abstract

Objective: This quasi-experimental research, two groups were measured before and after an experiment. The objective of this study was to study the effects of the Effective Couple's Communication Skills Enhancement (ECCE: Effect of the Effective Couple's Communication Skills Enhancement) Program on the alcohol drinking behaviors of patients with AUD receiving inpatient treatment, in reducing alcohol drinking behaviors.

Methods: The sample included 24 pairs of patients with AUD and their spouses. By using simple random sampling and drawing lots, they were split into 12 pairs in either an experimental group or a control group. The instruments consisted of 1) the personal information questionnaire, 2) the Alcohol Screening Test (reliability is 0.80), and 3) the Effective Couple's Communication Skills Enhancement (ECCE) program. Personal data were analyzed using descriptive statistics, independent t-tests, and dependent t-tests from alcohol drinking behavior scores.

Results: 1) One month after receiving the ECCE program, the experimental group's average score on drinking behaviors of patients with AUD was statistically significantly lower than before receiving the program ($p < .01$) 2) One month after receiving the ECCE program, the average score on drinking behaviors of patients with AUD in the experimental group was statistically significantly lower than that of the control group ($p < .01$)

Conclusion: According to the results of this study, it appeared that the ECCE program is capable of changing drinking behaviors, and is, therefore, a useful therapy and an alternative treatment for patients with AUD receiving inpatient treatment, in reducing alcohol drinking behaviors.

Keywords: communication skills, couple's communication skills, alcohol drinking behaviors of patients with alcohol use disorders

*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: Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: hunsu.s@cmu.ac.th

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

Received: 6 July 2023, Revised: 7 February 2024, Accepted: 13 February 2024

ผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรสต่อ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา*

สมศรี บุญเมตตา, พย.บ. **, หรรษา เสริมบุญผา, Ph.D. ***, ภัทธภรณ์ ภทรสกุล, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา และคู่สมรส จำนวน 24 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คู่ กลุ่มควบคุม 12 คู่ โดยการสุ่มแบบง่าย ด้วยวิธีจับสลาก ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.80 และ 3) โปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของเดวีโต (DeVito, 2003) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติทดสอบค่าที จากคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา

ผลการศึกษา : 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลอง ในระยะ 1 เดือน หลังได้รับการบำบัด ต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลอง ในระยะ 1 เดือน หลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป : ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การบำบัดด้วยโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส สามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ดังนั้นจึงควรนำการบำบัดด้วยโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส ไปใช้บำบัดผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ให้สามารถลดพฤติกรรมดื่มสุราได้

คำสำคัญ : ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส, พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: hunsa.s@cmu.ac.th

****ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับ: 6 กรกฎาคม 2566, วันที่แก้ไข: 7 กุมภาพันธ์ 2567, วันที่ตอบรับ: 13 กุมภาพันธ์ 2567

ความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่ สถานการณ์การดื่มสุร่าทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2561 โดยมีรายงานว่าประชากรทั่วโลก ร้อยละ 43 หรือประมาณ 3 พันล้านคน มีการดื่มสุร่าและทำให้มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุร่าประมาณ 3 ล้านคน ต่อปี คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75 (World Health Organization, 2019) และจากสถิติในปี 2560 - 2562 พบว่าผู้ดื่มสุร่าในประเทศไทยมีจำนวนรวมทั้งหมด 15.89 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28.4 ของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจำนวนนี้มีคนที่ดื่มสุร่าอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์มากถึง 6.98 ล้านคนหรือร้อยละ 12.5 ของประชากร นอกจากนี้ยังพบว่าภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ดื่มสุร่าสูงสุด คือภาคเหนือมีผู้ดื่มสุร่าร้อยละ 35.4 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 32.8 ของประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (พลเทพ วิจิตรคุณากร และคณะ, 2562) และยังพบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยติดสุร่าเกือบ 3 ล้านคนและมี 3.5 แสนคนคิดเป็นร้อยละ 13.6 ที่มีปัญหาทั้งจากการดื่มสุร่าและปัญหาสุขภาพจิต (วีรวัต อูรณานันท์, 2562) และจากสถิติการให้บริการกลุ่มงานจิตเวชและสารเสพติด โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต พบว่ามีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุร่าเข้ารับบริการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2560 มีจำนวน 201 ราย, ปี พ.ศ. 2561 มีจำนวน 279 ราย, และ ปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนเพิ่มขึ้น 315 ราย (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2563) จากสถิติผู้เข้ารับบริการ

บำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุร่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังพบว่า การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมติดสุร่า เกิดจากขาดแรงจูงใจในการลด การดื่มสุร่า (พัชรินทร์ อติสรณกุล, 2563)

ปัญหาการดื่มสุร่าส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดื่ม คนใกล้ชิดในครอบครัว และผลกระทบต่อสังคม กล่าวคือ ผลกระทบต่อตัวผู้ดื่ม ทำให้เกิดโรคที่เกิดจากการดื่มสุร่า เช่น โรคติดสุร่าเรื้อรัง โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคตับแข็ง และโรคจิตจากการใช้สุร่า (อังกูร ภัทรากกร และคณะ, 2558) และการดื่มสุร่ามากเกินไปทำให้เกิดความสูญเสีย และความเสียหายในชีวิตได้อย่างมาก เช่น ทำงานหรือเรียนได้ไม่ดี ถูกไล่ออก หรือไปก่อความรุนแรงจนต้องติดคุก หลายคนเกิดความรู้สึกแย่กับตนเอง เพราะขาดความภาคภูมิใจรู้สึกที่ตนเองเป็นคนล้มเหลว รวมถึงอาจทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง (กนกวรรณ จันทน์อิง และ สมเดช พินิจสุนทร, 2560) ผลกระทบของการใช้สุร่าซ้ำ ๆ เป็นระยะเวลานาน มีผลทำให้เกิด อาการหูแว่ว หลงผิดหวาดระแวงเกิดภาพหลอน บางรายมีผลทำให้เกิดโรคจิตเภท และโรคซึมเศร้า (สุภา อัครจันทร์ และคณะ, 2560) จะเห็นว่าการดื่มสุร่า มีผลกระทบต่อตัวผู้ดื่มคนรอบข้าง รวมถึงปัญหาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้น การทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการวางแผนกิจกรรมในการช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาลดพฤติกรรมติดสุร่าในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติการใช้สุร่าจึงมี

ความสำคัญ และจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปออกเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยจากภายนอกตัวบุคคล และปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยจากภายนอกตัวบุคคลสามารถแบ่งออกเป็น ด้านครอบครัว และด้านความขัดแย้งในเรื่องการสื่อสารในคู่สมรส โดยปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าครอบครัวที่แตกแยกหรือครอบครัวที่บิดามารดาทะเลาะเบาะแว้งจะมีความสัมพันธ์สูงในการใช้สุราและสารเสพติดในเด็กหรือวัยรุ่น (นันทวิช สิทธีรภัฏ, 2559) และการได้รับความกดดันทางด้านอารมณ์จากบุคคลอื่น การได้รับสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมส่งผลให้มีการใช้สุรา (เพ็ญพักตร์ ดารากรณ์ ณ อยุธยา, 2556) นอกจากนี้ ครอบครัวที่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีการทะเลาะเบาะแว้งจากการสื่อสารในครอบครัวไม่ดี ทำให้เกิดการกระตุ้นพฤติกรรมการดื่มสุรา (เทพไทย โชติชัย, 2562) และมีการศึกษาพบว่า การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพในครอบครัว เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการดื่มสุรา เช่น ครอบครัวไม่ให้กำลังใจ การพูดถากถางโดยเฉพาะจากคู่สมรส (เพ็ญพักตร์ ดารากรณ์ ณ อยุธยา, 2556) และจากการศึกษาของ อัจฉรา รพีจำปา (2550) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคติดสุราพบว่า การสื่อสารในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันในเชิงลบกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ($R = -.21$, ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ด้านพันธุกรรม ด้านเพศ ด้านวัย ด้านบุคลิกภาพ เช่น ด้านพันธุกรรม จากการศึกษาในฝาแฝดและบุตรบุญธรรมพบว่าพันธุกรรมมีส่วนอย่างมากต่อการติดสุรา (นันทวิช สิทธีรภัฏ,

2559) ถ้าคนในครอบครัว บิดามารดา เป็นโรคติดสุราลูกก็มีโอกาสติดไปด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ด้านเพศ พบว่าเพศชายมีอัตราส่วนของพฤติกรรมการดื่มสุรามากกว่าเพศหญิง (สุรเมศวร์ ฮาซิม และคณะ, 2560) ด้านวัย พบว่า วัยรุ่นกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี มีการดื่มสุราร้อยละ 33.45 (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2560) จะเห็นว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การสื่อสารในครอบครัว โดยเฉพาะการสื่อสารระหว่างคู่สมรส และจากการศึกษาของธัชณามา โพธิ์งาม (2560) พบว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส ลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ซึ่งปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา ประกอบด้วย การบำบัดทางร่างกาย และการบำบัดทางจิตสังคม การบำบัดทางร่างกาย เป็นการบำบัดเพื่อแก้ไขหรือลดภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา ผู้ป่วยจะมีอาการเกิดขึ้นภายหลังหยุดดื่มสุรา อาจมีอาการถอนพิษสุรา สามารถป้องกันได้ โดยการให้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepine) ควบคุมการใช้โดยจิตแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา (นันทวิช สิทธีรภัฏ, 2559) ส่วนการบำบัดทางจิตสังคม มีหลากหลาย ยกตัวอย่าง เช่น การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) ซึ่งพบว่าสามารถลดพฤติกรรมการดื่มของผู้ที่มีปัญหาการใช้สุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Nehlin et al., 2012) การช่วยเหลือแบบผสมผสานการช่วยเหลือแบบสั้น (Brief Intervention) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิด (Cognitive Behavioral Therapy) และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างทักษะการ

สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในครอบครัวผู้ดื่มสุรา (ธิษณามา โพธิ์งาม, 2560) เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างคู่สมรส และทักษะการสื่อสารในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในคู่สามีภรรยาที่พูดคุยกันอย่างน่าฟัง ความสัมพันธ์ในครอบครัวก็จะราบรื่นมีความสุข (สุรันภา รอดมณี, 2561) และลดภาวะกดดันที่นำไปสู่การดื่มสุรา คู่สมรสจึงมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเมื่อยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน การส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและคู่สมรส เกิดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และจากการศึกษาของ ธิษณามา โพธิ์งาม (2560) ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตสุรา พบว่าสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่าง คู่สมรสสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) ดังนั้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญที่จะทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว รวมถึงคู่สมรสของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา สามารถทำให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จากแนวคิดของเดวิตโต (DeVito, 2003) หมายถึง การถ่ายทอดการสื่อสารระหว่างบุคคล 2 คน ขึ้นไป ที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทั้งการรับและส่งข้อมูลในคราวเดียวกัน มีการใช้ทั้งอวัจนภาษา การแสดงลักษณะท่าทาง เพื่อที่จะสื่อให้บุคคลอื่นรับรู้และเข้าใจเนื้อหาหรือ

ข้อมูลที่สื่อสาร โดยการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้บุคคลสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น กระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคลไม่จำกัดเฉพาะการพูดเท่านั้นแต่รวมไปถึงการแสดงลักษณะท่าทาง กิริยาอาการที่บุคคลแสดงออกด้วย (Devito, 2003)

ดังนั้นการส่งเสริมให้มีทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นสำหรับสมาชิกในครอบครัว รวมถึงคู่สมรสของผู้ที่ติดสุราที่จะได้นำไปใช้ในการส่งเสริมสนับสนุน หรือให้กำลังใจให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราให้สามารถลดละเลิกสุราได้ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าได้มีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแบบสั้นต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตสุรา (ธิษณามา โพธิ์งาม, 2560) แต่โปรแกรมหังกล่าวยังไม่ครอบคลุมปัจจัยด้านการสื่อสารที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการดื่มสุรา และยังขาดการบำบัดที่มุ่งส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างคู่สมรส และเนื่องจากการสื่อสารระหว่างคู่สมรสจะมีทั้งการสื่อสารด้วยวาจา (verbal communication) และการสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา (non-verbal communication) ผู้วิจัยได้เน้นทักษะการสื่อสารด้วยวาจา เนื่องจากการสื่อสารด้วยวาจา ตามแนวคิดทฤษฎีของเดวิตโต (Devito, 2003) สามารถปรับพฤติกรรมการสื่อสาร และสามารถวัดและประเมินผลได้ชัดเจน โดยใช้แบบประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างคู่สมรส ของจัสมิน สุวรรณชีพ (2544) ซึ่งสามารถวัดและประเมินผลได้ชัดเจนกว่าการสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรสนิยะ 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรสและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะเวลา 1 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทักษะการสื่อสารของ เดวิตโต (DeVito, 2003) ที่กล่าวว่า ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพ เป็นการถ่ายทอดการสื่อสารระหว่าง บุคคล 2 คน ขึ้นไป มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทั้งการรับและส่งข้อมูลในคราวเดียวกัน มีการใช้ทั้งอวัจนภาษา การแสดงลักษณะท่าทาง เพื่อที่จะช่วยให้บุคคลสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น แสดงออกด้วยองค์ประกอบ 7 องค์ประกอบ คือ 1) การเปิดเผยตนเอง (openness) 2) การเข้าใจความคิดและความรู้สึกตามที่ผู้อื่นรับรู้ (empathy) 3) การติดต่อสื่อสารในทางบวก (positiveness) เป็นการสร้างทัศนคติที่ดีระหว่างกัน มีการแสดงความชื่นชม ยกย่องชมเชย เป็นการเสริมแรงทางบวก

ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญ มีคุณค่าต่อบุคคลอื่น มีผลต่อสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล 4) การสร้างความรู้สึกร่วมกัน (immediacy) 5) การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (interaction management) เป็นการสร้างบรรยากาศแห่งความเสมอภาคในการสื่อสารระหว่างบุคคล ทั้งการใช้คำพูดและกิริยาท่าทางที่ไม่แสดงความเหนือหรือด้อยกว่าอีกฝ่าย แต่เป็นการให้ความเท่าเทียมกันในการสนทนา เป็นการหลีกเลี่ยงการตัดสินหรือประเมินพฤติกรรม มีการเรียนรู้ความต้องการ และอารมณ์ของกลุ่มสนทนา เป็นการยอมรับและเข้าใจความคิดเห็นที่ขัดแย้งกับตน ยอมรับฟังข้อแนะนำหรือวิพากษ์วิจารณ์ 6) การแสดงออก (expressiveness) เป็นการพูดตรงตามความเป็นจริงในเรื่องของตนเองอย่างเต็มที่ กล้าแสดงความคิดเห็นในเรื่องที่ตนกำลังสื่อสารอยู่ 7) การให้ความสำคัญกับบุคคลอื่น (other orientation) (Devito, 2003) นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรม 7 กิจกรรม โดยการดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ ครั้งละ 60-90 นาที

ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราและกลุ่มสมรสได้มีการเปิดเผยตัวตนโดยการเปิดเผยตัวตนของตนเองด้วยความเต็มใจ พยายามทำความเข้าใจความคิดและความรู้สึกตามที่ตนเองและกลุ่มสมรสรับรู้ มีการประเมินระหว่างผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราและกลุ่มสมรส ในการเข้าใจความคิดและความรู้สึกตามที่กลุ่มสมรสรับรู้ และมีความรู้สึกร่วมในประสบการณ์ที่กลุ่มสมรสได้รับ ร่วมกับการฝึกการสื่อสารทางบวกระหว่างผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราและกลุ่มสมรสเพื่อส่งเสริมการมีทัศนคติที่ดีต่อกัน เรียนรู้การรู้จักเอา

ใจเข้ามาใส่ใจเรา โดยสร้างความรู้สึกร่วมกัน สร้างความรู้สึกที่ดีและมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ฝึกการแสดงออกอย่างเปิดเผย และยอมรับผลการกระทำของตนเอง รวมถึงการเรียนรู้ที่จะให้ความสนใจและรับฟังในสิ่งที่คู่สมรสพูด มีความชื่นชมยินดีระหว่างกันอย่างจริงใจ รวมถึงการสร้างบรรยากาศแห่งความเสมอภาคในการสื่อสารระหว่างกัน ทั้งการใช้คำพูดและกริยาท่าทางที่ไม่แสดงความเหนือหรือด้อยกว่าอีกฝ่าย เป็นการลดความขัดแย้งระหว่างกัน ขณะเดียวกันการสามารถประเมินเรียนรู้ ยอมรับฟังข้อแนะนำหรือวิพากษ์วิจารณ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา และคู่สมรส มีการสื่อสารที่ดีกับคู่สมรส และลดความขัดแย้งระหว่างกัน เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกัน เป็นการทำให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราไม่หันกลับไปดื่มสุรา และช่วยลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ การศึกษานี้ จะช่วยให้ได้โปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของคู่สมรสต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา สำหรับนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของคู่สมรสในระยะ 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา หลังได้รับ

โปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของคู่สมรส ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะ 1 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง (pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ 1) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา เพศชายและเพศหญิง อายุ 20-59 ปี 2) คู่สมรสของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา (F10.2) ที่มีความสัมพันธ์เป็นสามีภรรยา อยู่ร่วมกันเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป อายุ 20 - 59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเพศชายหรือหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา (F10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD - 10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้า จำนวน 24 คน การวิจัยครั้งนี้ใช้ค่าอิทธิพล (Effect Size) ของงานวิจัยเชิงทดลอง มากำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป (Power Table) = 1.40 สำหรับการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล ผู้วิจัยได้ศึกษาจากวิทยานิพนธ์ของ จิตกัญท์ กมลรัตน์ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมตนเอง ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ติดสุรา ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.97 อย่างไรก็ตาม เนื่องจากขนาดของอิทธิพลที่ได้มีขนาดเกิน 1.4 จึงเลือกใช้ค่า effect size เท่ากับ

1.40 เมื่อนำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมุติฐานทางเดียวของโคเฮน (Cohen, 1988) และเพื่อป้องกันการสูญหาย หรืออาจมีผู้ยุติการเข้าร่วมวิจัย (drop out) ผู้วิจัยจึงทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (อรุณ จิรวัดนกุล, 2558) จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 12 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1)

มีอายุ 20 - 59 ปี มีคะแนนพฤติกรรมการดื่ม ASSIST version 2.1 มากกว่าหรือเท่ากับ 27 คะแนน คือ มีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบเสี่ยงสูง มีอาการถอนพิษสุราอยู่ในระดับเล็กน้อย โดยใช้แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) ของอังกูร ภัทรการ (2558) ใช้ประเมินอาการถอนพิษสุรา มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 2) มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับน้อย โดยใช้แบบประเมินทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างคู่สมรส ของ จัสมิน สุวรรณชีพ (2544) โดยมีคะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.5 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยอ่านออกเขียนได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

การมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจที่รุนแรง เกิดขึ้นในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม และเป็นอุปสรรคในการร่วมกิจกรรม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 109/2565 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับทราบถึง

สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอด ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวหรือยกเลิกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา รวมถึงผลประโยชน์ที่พึงได้ การนำเสนอผลการวิจัยสรุปเป็นภาพรวม ข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับโดยเก็บในแฟ้มข้อมูลที่มีการเข้ารหัสผ่าน ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ รายได้ครอบครัว ความเพียงพอในการใช้จ่ายของรายได้ ระยะเวลาและปริมาณของการใช้สุรา การมีเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวใช้สุรา

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (ASSIST version 2.1) ของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2009) แปลเป็นภาษาไทยโดย สาวิตรี อัยฉัตรกรชัย และคณะ (2554) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินพฤติกรรมการดื่ม มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.80 ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้จำนวน 10 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ขึ้นไป ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเกต (Likert scale) มีค่าของคะแนน 0-39 คะแนนโดยการแปลความหมาย จะพิจารณาตามเกณฑ์โดย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับคะแนน 0-10 หมายถึง การดื่มแบบความเสี่ยงต่ำ (Low risk) ระดับคะแนน 11 - 26 หมายถึง การดื่มแบบเสี่ยง (Moderate risk) ระดับคะแนน ≥ 27 หมายถึง การดื่มแบบเสี่ยงสูง (High risk)

1.3 แบบประเมินทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราของจัสมิน สุวรรณชีพ (2544) ซึ่งพัฒนาโดยใช้แนวคิดของ Stinnett และคณะ (Stinnett et al., 1983) เป็นแบบประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างคู่สมรส โดยวัดจากมาตรวัดความคิดเห็น 5 ระดับ ซึ่งเป็นการคิดเห็นเชิงบวก (Positive) ประกอบไปด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.82 และจากการวิจัยครั้งนี้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 การแปลระดับคะแนนทักษะการสื่อสารแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1.00 - 1.50 = ระดับน้อยที่สุด, 1.51 - 2.50 = ระดับน้อย, 2.51 - 3.50 = ระดับปานกลาง, 3.51 - 4.50 = ระดับมาก, 4.51 - 5.00 = ระดับมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของคู่สมรส ได้แก่ แผนกิจกรรมการบำบัดระหว่างผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราและคู่สมรส และเป็นรูปแบบการดำเนินกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทักษะการสื่อสาร

ที่มีประสิทธิภาพของเดวิต (DeVito, 2003) และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 6 ท่าน เนื่องจากการพัฒนาเครื่องมือใหม่ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิประกอบไปด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลที่มีความชำนาญด้านการส่งเสริมป้องกันปัญหาดื่มสุรา 1 ท่าน ให้เกิดความรู้รอบคลุมของเนื้อหากิจกรรม และทดสอบความเป็นไปได้โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน โปรแกรมประกอบด้วย 7 กิจกรรม จากกรอบแนวคิดทักษะการสื่อสารของ เดวิต (DeVito, 2003) ซึ่งมี 7 องค์ประกอบ นำมาพัฒนาเป็นกิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 เปิดเผยตัวตน กิจกรรมที่ 2 การเข้าใจความคิดและความรู้สึกตามที่ผู้อื่นรับรู้ กิจกรรมที่ 3 ฝึกการสื่อสารทางบวก กิจกรรมที่ 4 รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา กิจกรรมที่ 5 สร้างความรู้สึกที่ดีและมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน กิจกรรมที่ 6 สิ่งที่ดีนั้นเป็นกิจกรรมที่ 7 เธอคือคนสำคัญ แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 60 -90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1) เลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนเลือกกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หลังกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และได้รับการ

เซ็นยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (ASSIST version 2.1) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2009) และแบบประเมินทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการจับสุ่มแบบง่ายด้วยการจับฉลาก และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 12 คู่ รวมทั้งหมด 24 คู่ โดยทำเป็นคู่สมรส

2) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และติดตามผล 1 เดือนหลังจากจำหน่าย โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา หากผลการวิจัยได้ผลตามวัตถุประสงค์ จะดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส ตามความสมัครใจ

3) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส โดยโปรแกรมประกอบด้วยแผนกิจกรรมกลุ่ม 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เวลา 14.00 น. ถึง 15.30 น. รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดำเนินการโดยผู้วิจัย

4) การกำกับการวิจัยภายหลังการบำบัดครบ 7 กิจกรรม ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา และแบบประเมินทักษะการสื่อสารระยะเวลาในการประเมินผลหลังการบำบัด 1 เดือน เนื่องจากการศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงได้ภายใน 1 เดือน และ

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยเป็นการถามย้อนหลัง 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ใช้สถิติทดสอบค่าที (independence t-test และ dependence t-test)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรสต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ในระยะ 1 เดือน หลังได้รับการบำบัดต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 1) และพบว่าหลังการทดลองในระยะ 1 เดือน และผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรสมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ในระยะ 1 เดือน หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 2) และพบว่าในกลุ่มทดลองก่อนได้รับการบำบัดมีคะแนนทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับน้อย แต่ภายหลังการบำบัดด้วยโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส ในระยะ 1 เดือน พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีคะแนนทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ก่อนและหลังการได้รับการบำบัดโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง

คะแนนพฤติกรรม การดื่มสุรา	ก่อนทดลอง (n = 12)		หลังทดลอง (n = 12)		df	t	p-value
	mean	SD	mean	SD			
กลุ่มทดลอง	31.50	2.81	20.42	3.48	11	9.976	.000*

* $p < .01$

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ก่อนและหลังการได้รับการบำบัดโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 24)

คะแนนพฤติกรรม การดื่มสุรา	กลุ่มทดลอง (n = 12)		กลุ่มควบคุม (n = 12)		df	t	p-value
	mean	SD	mean	SD			
ก่อนทดลอง	31.50	2.81	30.25	3.19	22	-1.017	.320
หลังทดลอง	20.42	3.48	30.25	3.28	22	7.129	.000*

* $p < .01$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรสต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา ผลของการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ในระยะ 1 เดือน หลังได้รับการบำบัดต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรสมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ในระยะ 1 เดือน หลังได้รับ

การบำบัดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด และพบว่าในกลุ่มทดลองก่อนได้รับการบำบัดมีคะแนนทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับน้อย แต่ภายหลังการบำบัดด้วยโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส ในระยะ 1 เดือน มีคะแนนทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส มีทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริม

ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรสนี้ในระยะ 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ทั้งนี้เป็นเพราะการส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างกลุ่มสมรส จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราและกลุ่มสมรส ได้มีการเปิดเผยตัวตนโดยการเปิดเผยตัวตนของตนเองด้วยความเต็มใจ เกิดความเข้าใจความคิดและความรู้สึกตามที่กลุ่มสมรสรับรู้ และมีความรู้สึกร่วมกันในประสบการณ์ที่กลุ่มสมรสได้รับ ร่วมกับการฝึกการสื่อสารทางบวกระหว่างผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราและกลุ่มสมรส ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อกัน เกิดเรียนรู้ การรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา โดยสร้างความรู้สึกร่วมกัน สร้างความรู้สึกที่ดีและมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ฝึกการแสดงออกอย่างเปิดเผย รวมถึงการเรียนรู้ที่จะให้ความสนใจและรับฟังในสิ่งที่กลุ่มสมรสพูด มีความชื่นชมยินดีระหว่างกันอย่างจริงใจ และสร้างบรรยากาศแห่งความเสมอภาคในการสื่อสารระหว่างกัน ทั้งการใช้คำพูดและกิริยาท่าทางที่ไม่แสดงความเหนือหรือด้อยกว่าอีกฝ่าย เป็นการลดความขัดแย้งระหว่างกัน ยอมรับฟังข้อแนะนำหรือวิพากษ์วิจารณ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราและกลุ่มสมรส มีการสื่อสารที่ดี และลดความขัดแย้งระหว่างกัน เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน เป็นการทำให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราไม่หันกลับไปดื่มสุรา และช่วยลดพฤติกรรมดื่มน้ำสุราได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทักษะการสื่อสารของ เดวิตโต (DeVito, 2003) ดำเนินกิจกรรม ทั้งหมด 7 กิจกรรม พบว่าในกลุ่มทดลองก่อนได้รับการบำบัดมีคะแนนทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับน้อย แต่ภายหลังการบำบัด

มีทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้น เนื่องจากสัมพันธภาพทางบวกระหว่างกลุ่มสมรส เกิดจากกิจกรรมทางบวกที่ปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งเกิดจากขั้นตอนการฝึกทักษะการพูดสื่อสาร การฝึกปฏิบัติต่อกัน การสร้างสถานการณ์ และบทบาทสมมติร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยและกลุ่มสมรสลดความขัดแย้ง เกิดสัมพันธภาพที่ดี ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราลำเียงจะแสดงความคิดความรู้สึกของตนเองกับกลุ่มสมรส และกลุ่มสมรสมีความเข้าใจผู้ป่วย จึงนำไปสู่การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างกลุ่มสมรส และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกลุ่มสมรส ทำให้สามารถลดพฤติกรรมดื่มน้ำสุราได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) และจากการศึกษาที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดื่มน้ำสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราของกลุ่มทดลองในระยะ 1 เดือน หลังได้รับการบำบัดต่ำกว่าในระยะก่อนบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มสมรสแบบสั้นต่อพฤติกรรมดื่มน้ำสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกลุ่มสมรส สามารถลดพฤติกรรมดื่มน้ำสุราได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) (ธิษณามา โพธิ์งาม, 2560)

หลังทดลอง คะแนนพฤติกรรมดื่มน้ำสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะ 1 เดือน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดื่มน้ำสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมทักษะการ

สื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรสในระยะ 1 เดือน และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบำบัด พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา หลังจากได้รับ การบำบัดด้วยโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส และยังพบว่าผู้ป่วยและคู่สมรสมีการสื่อสารที่ดีต่อกัน พุดจากันด้วยถ้อยคำที่ไพเราะ และให้เกียรติกันมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลิษา เทียงวิริยะ และคณะ, (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่ได้รับการบำบัดเกิดทักษะการสื่อสารที่ดีขึ้น เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) ส่งผลได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา กับคู่สมรส รวมถึงการได้รับคำชมเชยจากคู่สมรส ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเลิกดื่มสุรา และสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ซึ่งส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา เกิดจาก 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยจากภายนอกตัวบุคคล และปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยจากภายนอกตัวบุคคลนั้นแบ่งออกเป็น ด้านครอบครัว และด้านความขัดแย้งในเรื่องการสื่อสารในคู่สมรส โดยปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าครอบครัว

ที่แตกแยกหรือครอบครัวที่บิดามารดาทะเลาะเบาะแว้งจะมีความสัมพันธ์สูงในการใช้สุราและสารเสพติดในเด็กหรือวัยรุ่น (นันทวัช สัทธีรักษ์, 2559) ส่วนปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ด้านพันธุกรรม ด้านเพศ ด้านวัย ด้านบุคลิกภาพ เช่น ด้านพันธุกรรม จากการศึกษาในฝาแฝดและบุตรบุญธรรมพบว่าพันธุกรรมมีส่วนอย่างมากต่อการติดสุรา (นันทวัช สัทธีรักษ์, 2559) จากวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยที่สามารถปรับและเปลี่ยนได้ เช่น การสื่อสารในครอบครัว ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยจะพบได้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นในกลุ่มทดลองเมื่อได้รับการ โปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส จึงทำให้เกิดทำให้เกิดเกิดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส ทำให้สามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชณา มา โพธิ์งาม (2560) พบว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) ดังนั้นจากการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการ โปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรส มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบำบัด โดยได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรสต่อพฤติกรรม

การดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา ไปใช้ในระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

2. สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรสต่อพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา จัดอบรมพยาบาลในการบำบัดผู้ป่วยสุรา และ ให้นโยบายการใช้เพิ่ม ในการส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรสต่อพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลวิจัย และประเมินผลลัพธ์ต่อเนื่องของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรสต่อพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา

2. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มสมรสต่อพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา ในรูปแบบการบำบัดเป็นแบบออนไลน์

เอกสารอ้างอิง

จัสมิน สุวรรณชีพ. (2544). การศึกษาพฤติกรรมสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้งของกลุ่มสมรส [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิตกนก กมลรัตน์. (2562). ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเอง ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ติดสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(2), 47-60.

เทพไทย โชติชัย. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนต้น จังหวัดขอนแก่น. *วารสารทันตภิบาล*, 30(2), 1-12.

ธิษณามา โพธิ์งาม. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัด สัมพันธภาพระหว่างกลุ่มสมรสแบบสั้นต่อพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 450-458.

นันทวัช ลิทธิรักษ์. (2559). *จิตเวชศิริราช DSM5*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ประจวบคีรีขันธ์: ไทยการพิมพ์.

พลเทพ วิจิตรคุณากร, สาวิตรี อัยฉางกรณชัย, และอลัน ทีเตอร์. (2562). *คู่มือและแบบสอบถามประเมินพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์*. ลิโอ ดีไซน์ แอนด์ พรินท์.

พัชรินทร์ อติสรณกุล. (2563). การศึกษารายกรณีผู้ป่วยโรคติดสุราหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(1), หน้า 268-278.

เพ็ญพักตร์ คารากรณ์ ณ อุซยา. (2556). ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช: *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 27(1), 1-15.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาริบัติ*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ รามาริบัติ.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2563). *รายงานสถิติประจำปี*. อุบลราชธานี: งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

ลิษา เทียงวิริยะ, ผ่องพรรณ ภาโว, และวิมล นุชสาท. (2557). การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(2), 61-73.

วีรวัฒน์ อูกรานันท์. (2562). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด delirium จากการขาดสุราในผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน. *วารสารกรมการแพทย์*, 44(6), 39-45.

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2560). *ยุทธศาสตร์ นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ*. บริษัท เดอะกราฟิกโกซิสเต็มส์จำกัด.

สาวิตรี อัยฉางกรณชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์. (2554). *แบบคัดกรองประสบการณ์ดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาล* ปทุมภูมิ. บริษัท คุณาไทย จำกัด

- สุภา อักจันทร์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2560) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 33 (1), 17-28.
- สุรเมศวร์ สาขิม, รัตนา เลิศสุวรรณศรี, และ รมีดา ศรีเพรา. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมปลายจังหวัดปทุมธานี. *Thai Journal of Science and Technology*, 6(1), 1-10.
- สุรัมภา รอดมณี. (2561). สื่อสารดี ชีวิตครอบครัวมีความสุข. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(2), 461-469.
- อรุณ จิรวัฒนกุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4). บริษัท ส. เอเซียเพรส จำกัด.
- อังกูร ภัทรากร, ธนุรช ทิพย์วงษ์, อภิชาติ เรณูพัฒนานนท์, พัชรรัตน์ แสง, และวิมล ลักษณะเกษินชัย (2558). แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉรา รพีจำปา. (2550). พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุราโรงพยาบาลหางดงจังหวัดเชียงใหม่ [การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทบัณฑิต] มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2 nd Ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- DeVito, J.A. (2003). *Human communication: The Basic Course*. (9th ed.). Pearson.
- Nehlin, C., Gronbladh, L., Fredriksson, A., & Jansson, L. (2012). Brief alcohol intervention in a psychiatric outpatient setting: a randomized controlled study. *Addiction Science & Clinical Practice*, 7(1), 1-8.
- Stinnet, N., Knaub, P. K., O'Neal, S., & Walters, J. (1983). Perceptions of Panamanian women concerning the roles of women. *Journal of Comparative Family Studies*, 14(2), 273-282.
- World Health Organization (2009). *Global health Risks*. Geneva, WHO.
- World Health Organization. (27 September 2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN CLIENTS RECEIVING ADDICTIVE TREATMENT IN REHABILITATION STAGE

Vatcharin Wuthironarith, Ph.D. , Wanpen Jaipatum, M.Ed.***

Abstract

Objective: To examine depression and factors related to depression in clients receiving addictive treatment in rehabilitation stage.

Methods: This study was a descriptive correlational design. Data were collected from 132 clients receiving addictive treatment in rehabilitation stage in Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman Rank Correlation, and Chi-square test.

Results: The results showed that the prevalence of depression was 19.70 % (when using a CES-D cut off score of 22). The finding about factors associated with depression: Stressful life events and dysfunctional attitude had positive associated with depression ($r_s = .376, p < .01$ and $r_s = .416, p < .01$). Whereas, therapeutic alliance had negative associated with depression ($r_s = -.343, p < .01$). Gender, marital status, and substance used were not associated with depression (Chi-Square = .833, $p = .361$; Chi-Square = 2.564, $p = .277$; Chi-Square = 4.085, $p = .252$, respectively).

Conclusion: To prevent depression in clients receiving addictive treatment in rehabilitation stage, nurses and health care providers should focus on finding ways to decrease stressful life events and dysfunctional attitude in clients receiving addictive treatment in rehabilitation stage. On the other hand, good therapeutic alliance should be promoted in caring.

Keywords: depression, stressful life events, dysfunctional attitude, therapeutic alliance, clients receiving addictive treatment, rehabilitation stage

*Corresponding author: Lecturer, School of Nursing, Rangsit University, e-mail: vatcharin@rsu.ac.th

**Registered Nurse, Senior Professional Level, Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

Received: 30 June 2023, Revised: 7 February 2024, Accepted: 13 February 2024

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ, พย.ค.*, วันเพ็ญ ใจปทุม, กศ.บ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่มารับบริการจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ภาคตัดขวาง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เลือกแบบสุ่มจากผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วม โครงการ จำนวน 132 ราย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนา, Spearman Rank Correlation และ Chi-square

ผลการศึกษา : ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาคะแนนรวมที่จุดตัดเท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 19.70 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r_s = .376, p < .01$ และ $r_s = .416, p < .01$) ในขณะที่สัมพันธ์ทางลบกับผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ($r_s = -.343, p < .01$) เพศ สถานภาพสมรส และปริมาณการใช้สารเสพติดของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Chi-Square = .833, $p = .361$; Chi-Square = 2.564, $p = .277$; Chi-Square = 4.085, $p = .252$, ตามลำดับ)

สรุป : การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพจิต ควรมุ่งเน้นการค้นหาวิธีการจัดการเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและการปรับทัศนคติที่ไม่เหมาะสมของผู้รับบริการและควรส่งเสริมด้านสัมพันธ์ทางลบกับผู้ป่วยในการดูแลผู้รับบริการ

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต, ทัศนคติที่ไม่เหมาะสม, สัมพันธ์ทางลบกับผู้ป่วย, ผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด, ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, e-mail: vatcharin@rsu.ac.th

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

วันที่รับ: 30 มิถุนายน 2566, วันที่แก้ไข: 7 กุมภาพันธ์ 2567, วันที่ตอบรับ: 13 กุมภาพันธ์ 2567

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของภาวะสูญเสียความสามารถของประชากรโลกและประชากรในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ลำดับต้น มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 300 ล้านคนในโลก คิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก โดยจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากเดิมในทุกปีที่ผ่านมา (World Health Organization, 2017; World Health Organization, 2023) ในประเทศไทย คุณณิชา ขาญปรีชา และคณะ (2560) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน พบว่า ผู้รับบริการที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบัน ร้อยละ 80.1 มีภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระดับน้อยถึงรุนแรง โดยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก ร้อยละ 27.0 กลไกของการติดสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนและการเลิกเสพติดนี้มีผลต่อระดับ Dopamine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมองที่อาจจะเกี่ยวเนื่องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Sadock & Sadock, 2010)

ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมีผลให้บุคคลนั้นเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองสูง (Morrison-Valfre, 2023) รวมทั้งเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำสูง นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาร่วมที่พบได้บ่อยในผู้รับการบำบัดยาเสพติด และมีผลต่อผลลัพธ์การบำบัดรักษาปัญหาเสพติด (Charney et al., 2005; Kay-Lambkin et al., 2017) จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบว่า ภาวะซึมเศร้าสูงมีความสัมพันธ์กับความยากลำบากในการเลิกสารเสพติด (Hobden et al., 2020) การดูแลบำบัดรักษาปัญหาร่วมพบว่ามีผลสำคัญและมีประสิทธิภาพมากกว่าการมุ่งดูแลปัญหาเสพติดอย่างเดียว

(Charney et al., 2001; Kelly & Daley, 2013)

รายงานผู้รับบริการบำบัดรักษาเสพติดทั้งประเทศ ปีงบประมาณ 2565 รวมทั้งหมด 130,560 คน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2565) สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีเป็นสถาบันของรัฐที่มีหน้าที่หลักให้บริการและต้องพัฒนาองค์ความรู้ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้กระบวนการบำบัดรักษามีประสิทธิภาพและทันต่อสถานการณ์ปัญหาเสพติดที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การบำบัดรักษาในสถาบันฯ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ การเตรียมการก่อนรักษา การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามการรักษา สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดใช้รูปแบบ FAST Model ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัว กิจกรรมทางเลือก กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง และชุมชนบำบัด (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2564) สำหรับผู้รับบริการระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นระยะที่กำลังสร้างทักษะที่จำเป็นต่อการจะมีชีวิตทางสายใหม่ที่ไม่ใช้สารเสพติด เป็นช่วงที่บางคนรู้สึกว่าได้มีความกดดันและถูกคาดหวังจากทั้งผู้บำบัดและครอบครัว การอยู่ร่วมกันและต้องทำกิจกรรมที่มีหน้าที่รับผิดชอบ อาจก่อให้เกิดความรู้สึกถึงเครียด บังคับทั้งภายในตนเองและภายนอกบุคคลจึงมีผลต่อความรู้สึกของผู้รับบริการในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพนี้ สำหรับผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ถือเป็นกลุ่ม

ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อน ยังต้องการพัฒนาแนวทางการดูแลที่ชัดเจน และเพื่อช่วยผู้รับบริการให้ปลอดภัยจากโอกาสที่จะทำร้ายตนเองจากภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบงานของสุทธนันท์ ชุนแจ่ม และคณะ (2554) ได้สำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย จำนวน 58 เรื่อง พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยฝ่ายกายซึ่งรวมผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ อยู่ระหว่างร้อยละ 2.8 ถึงร้อยละ 78.05 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ปริมาณการใช้สารเสพติด และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (สุทธนันท์ ชุนแจ่ม และคณะ, 2554) ผลการสำรวจนี้ไม่พบการวิจัยที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลงานวิจัยที่ศึกษาในผู้รับบริการกลุ่มอื่น (ศุภิสรา เจริญไพฑูรย์ และคณะ, 2555; สุทธนันท์ ชุนแจ่ม และคณะ, 2554; อรอนก สัจจพระกร และสุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2562; Liu & Alloy, 2010) พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พบเพียงงานวิจัยที่สำรวจเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตขณะรับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (อนุพงศ์ จันทรจุฬา และ ชัยพฤติน ชำนาญ, 2559) นอกจากนี้ พบว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ ทศนคติที่ไม่เหมาะสม (Dysfunctional attitude) และสัมพันธภาพกับผู้บำบัด (therapeutic alliance) (Kay-Lambkin et al., 2017)

จากการทบทวนงานวิจัย ในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้ามียังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน เป็นการดูแลเป็นรายกรณีไป (อริญญา แพทย์และคณะ, 2558) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็น เพื่อค้นหาปัจจัยที่สำคัญเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เป็นข้อมูลสำหรับศึกษาวิจัยต่อยอดเพื่อหาแนวทางการพยาบาลผู้รับบริการกลุ่มดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อนำความรู้ที่ได้มาปรับปรุงการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและดูแลบรรเทาภาวะซึมเศร้าในรายที่มี ทั้งเพื่อเป็นพื้นฐานความรู้ทางด้านการพยาบาลผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

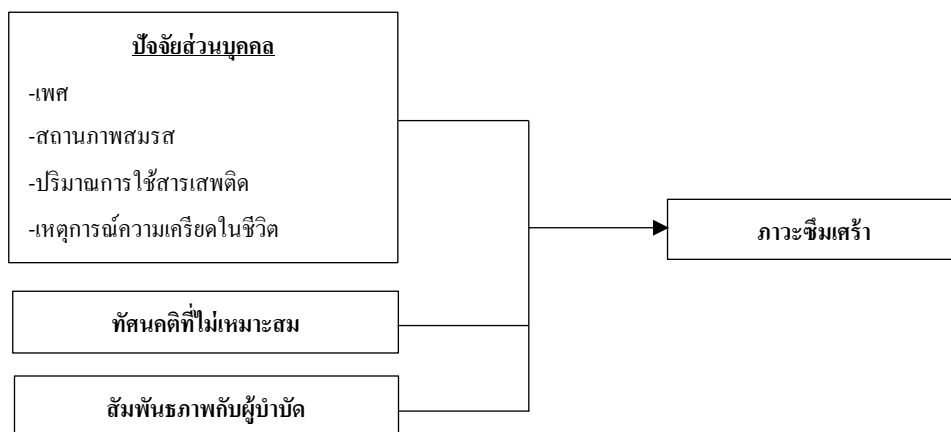
1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะ

ฟื้นฟูสมรรถภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยส่วนบุคคลที่เลือกสรร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ปริมาณการใช้สารเสพติด และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (สุทธนันท์ ชุนแจ่ม และคณะ, 2554) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าจากผลงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหลายกลุ่ม (สุกิสรา เจริญไพฑูรย์และคณะ, 2555; สุทธนันท์ ชุนแจ่ม และคณะ, 2554; อรณก สังกัษระกร และ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 2562; Liu & Alloy, 2010) ทั้งที่ผู้รับบริการกลุ่มนี้มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตขณะรับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (อนุพงศ์ จันทร์จุฬา และ ชัยพฤติน ชำนาญ, 2559) การรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูง และไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอาจจะทำให้ผู้รับบริการมีปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธ์กับ

ภาวะซึมเศร้าได้ (Liu & Alloy, 2010) สัมพันธภาพกับผู้บำบัด (Therapeutic alliance) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด ($r = -.18, p < .01$ ถึง $r = -.49, p < .01$) (Kushner et al., 2016; Webb et al., 2014) เนื่องจากผู้บำบัดเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่สำคัญของผู้รับบริการ ความสัมพันธ์ที่มีจึงอาจจะมีส่วนทำให้ผู้รับบริการมีความหดหู่ไม่สบายใจได้ (Kay-Lambkin et al., 2017) สำหรับทัศนคติที่ไม่เหมาะสม (Dysfunctional attitude) เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางปัญญาความคิดของผู้รับบริการที่มีโอกาสทำให้เกิดความรู้สึกไม่ดี หากความคิดยึดติดความสมบูรณ์แบบและต้องการการยอมรับจากผู้อื่นมาก แล้วคิดว่าตนไม่ได้รับอาจจะมีความรู้สึกหดหู่เสียใจนำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าตามมา (Kay-Lambkin et al., 2017) โดยกรอบแนวคิดการวิจัยของการศึกษานี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ภาคตัดขวาง ศึกษาในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี เลือกแบบสุ่มจากผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากจำนวนประชากร 175 รายและใช้ตารางการกำหนดขนาดตัวอย่างของ Krejcie and Morgan (1970) ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือความไม่สมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 132 ราย

เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ คือผู้รับบริการที่แพทย์ระบุให้เข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ซึ่งเข้ารับการรักษาแล้วเป็นระยะเวลา อย่างน้อย 3 สัปดาห์

2) มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี

3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Exclusion criteria) คือ มีอาการทางจิตเวชที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเองในการตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด พฤติกรรมรุนแรง

เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการ

(Discontinuation criteria) คือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาเข้ารับการบำบัด (วัน) ประเภทของยาเสพติดและปริมาณการใช้ก่อนเข้ารับการรักษาและระยะเวลาที่ใช้ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ผู้วิจัยปรับมาจากข้อคำถามสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จากงานวิจัยของ อนุพงศ์ จันทร์จุฬา และ ชัยพฤติน ชำนาญ (2559) ใช้สอบถามเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกเครียดขณะเข้ารับบริการบำบัดยาเสพติด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ตัวเลือกตอบมี 5 ตัวเลือก คือ 1 หมายถึง มีความรู้สึกเครียดเล็กน้อยหรือแทบจะไม่มีความรู้สึกเครียด, 2 หมายถึง มีความรู้สึกเครียดน้อย, 3 หมายถึง มีความรู้สึกเครียดปานกลาง, 4 หมายถึง มีความรู้สึกเครียดมาก, 5 หมายถึง มีความรู้สึกเครียดมากที่สุด คะแนนรวมมีได้ตั้งแต่ 9 ถึง 45 คะแนน การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้สึกเครียดสูงจากเหตุการณ์ในชีวิตขณะเข้ารับบริการบำบัดรักษา ยาเสพติด ในงานวิจัยนี้มีการทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้เท่ากับ .79

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D, Radloff, 1977) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดยอุมาพร ตรังคสมบัติและคณะ (Trangkasombat et al., 1997)

ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตัวเลือกตอบมี 4 ตัวเลือกเกี่ยวกับความรุนแรงหรือความถี่ของอาการซึมเศร้า คือ 0 = ไม่เลย, 1 = นาน ๆ ครั้ง, 2 = บ่อย ๆ, 3 = ตลอดเวลา คะแนนรวมมีได้ตั้งแต่ 0 ถึง 60 คะแนน คะแนนรวมที่จุดตัดเท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554) มีภาวะซึมเศร้า การได้คะแนนรวมยิ่งสูงขึ้นแสดงว่ามีความรุนแรงหรือความถี่ของอาการซึมเศร้าสูง มีค่าความเที่ยง (Reliability) 0.76 ถึง 0.88 (Charoensuk, 2007; Trangkasombat et al., 1997; Wuthironarith et al., 2014) โดยในงานวิจัยนี้มีการทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้เท่ากับ .86

3) แบบประเมินทัศนคติที่ไม่เหมาะสม (Dysfunctional Attitude Scale) ฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยแปลจาก Dysfunctional Attitude Scale (Beavers et al., 2007; Kay-Lambkin et al., 2017; Weissman & Beck, 1978) มีจำนวน 18 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 4 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การคำนวณคะแนน นำ 5-คะแนนที่ได้ ยกเว้นข้อ 12 คะแนนได้ตามที่ตอบ จากนั้นรวมคะแนนทุกข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 ถึง 72 คะแนน ผลรวมคะแนนสูง หมายถึงมีทัศนคติไม่เหมาะสมสูง มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ตรงรสนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) ได้เท่ากับ 0.93 และ

ทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้เท่ากับ .92

4) แบบประเมินสัมพันธภาพกับผู้บำบัด (Therapeutic alliance) ฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยแปลจาก Agnew Relationship Measure (ARM) (Agnew-Devis et al., 1998) ในส่วนที่เป็นข้อคำถามสำหรับให้ผู้รับบริการตอบ มีทั้งหมด 28 ข้อ ตัวเลือกคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ทั้งนี้การคำนวณคะแนนสัมพันธภาพกับผู้บำบัด ต้องกลับการให้คะแนนใน 9 ข้อต่อไปนี้ก่อน คือข้อ 3, 5, 9, 14, 15, 17, 20, 22, 27 จากนั้นจึงรวมคะแนนที่ได้ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 28 ถึง 196 คะแนน การแปลผล คะแนนที่สูงกว่า หมายถึง มีการรับรู้สัมพันธภาพกับผู้บำบัดทางบวกสูงกว่า มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ตรงรสนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) ได้เท่ากับ 1.00 และทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต (เอกสารรับรองเลขที่ COA. No. RSUERB2021-034) วันที่ 26 เมษายน 2564 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและ

ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (เอกสาร ใบรับรองที่ 008/2565) วันที่ 16 พฤศจิกายน 2564 ผู้วิจัยมีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึง วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่ได้รับประโยชน์จากงานวิจัยนี้โดยตรง ผลการศึกษา จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้ ผลการศึกษาที่ได้จะช่วยให้พยาบาลและบุคลากร ทางสุขภาพมีความเข้าใจสภาพปัญหาภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน ผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ นำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการวางแผนและ พัฒนากิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลและป้องกันการ มีปัญหาภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้รับบริการบำบัด ยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้วิจัยบอก ระยะเวลาที่ใช้ประมาณ 30 - 50 นาที เป็นการตอบ แบบสอบถามแบบครั้งเดียว ในระหว่างการตอบ แบบสอบถาม หากรู้สึกเหนื่อยหรือรู้สึกไม่สบายใจ สามารถหยุดพักการตอบสักครู่ได้ทุกเวลา โดย ผู้วิจัยจะคอยให้การดูแลอำนวยความสะดวกให้พัก และ/หรือดูแลให้ได้รับบายความรู้สึกและผ่อนคลาย สามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อบริการการ รักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็น ความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นไปในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่ม ตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2) วิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่ เลือกสรรในกลุ่มตัวอย่าง โดยค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ เลือกสรรกับภาวะซึมเศร้า โดยวิเคราะห์ความ สัมพันธ์ระหว่างทัศนคติที่ไม่เหมาะสม สัมพันธ์ภาพกับผู้นำบัด เหตุการณ์ความเครียดใน ชีวิตกับภาวะซึมเศร้า ด้วย Spearman Rank Correlation เนื่องจากการกระจายของคะแนนไม่เป็นโค้งปกติ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพ สมรส ปริมาณการใช้สารเสพติด กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) โดยผู้วิจัยทำการ ทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ และกำหนดระดับ นัยสำคัญที่ .05 (ลัดดาวัลย์ เพชรโรจน์ และคณะ, 2555; Grove & Ciper, 2019)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 132 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย จำนวน 82 คน (ร้อยละ 62.1) ส่วนใหญ่ มีอายุในระหว่าง 20 - 29 ปี จำนวน 61 คน (ร้อยละ 46.2) รองลงมาอายุในช่วง 30 - 39 ปี จำนวน 48 คน (ร้อยละ 36.4) อายุเฉลี่ย เท่ากับ 31.9 ปี (SD. = 8.1) สถานภาพสมรสโสด จำนวน 97 คน (ร้อยละ 73.5) นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 124 คน (ร้อยละ 93.9) กว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 71 คน (ร้อยละ 53.8) รองลงมาสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 21 คน (ร้อยละ 15.9) ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่ ใช้สารเสพติด น้อยกว่า 1 - 10 ปี จำนวน 87 คน (ร้อยละ 65.9) ระยะเวลาการบำบัด น้อยกว่าหรือ

เท่ากับ 90 วัน จำนวน 97 คน (ร้อยละ 73.5) ดังแสดงในตารางที่ 1

ชนิดของสารเสพติดที่เคยใช้ก่อนเข้ารับการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเสพ

ยาบ้า จำนวน 53 คน (ร้อยละ 40.2) รองลงมาคือ เสพยาบ้าและยาไอซ์ จำนวน 19 คน (ร้อยละ 14.4) และดื่มสุรา จำนวน 14 คน (ร้อยละ 10.6) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา และอายุ ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด ระยะเวลาการบำบัด (n = 132)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			การศึกษา		
ชาย	82	62.1	ประถมศึกษา	21	15.9
หญิง	50	37.9	มัธยมศึกษา	71	53.8
สถานภาพสมรส			ปวช., ปวศ.	17	12.9
โสด	97	73.5	อนุปริญญา	4	3.0
คู่	17	12.9	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	19	14.4
หย่า/ร้าง แยก	18	13.6	สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.0
			อายุเฉลี่ย 31.9 (SD. 8.1) ปี		
ศาสนา			อายุ		
พุทธ	124	93.9	20 - 29 ปี	61	46.2
คริสต์	2	1.5	30 - 39 ปี	48	36.4
อิสลาม	4	3.0	40 - 49 ปี	19	14.4
ไม่ตอบ	2	1.5	50 - 59 ปี	4	3.0
ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด			ระยะเวลาการบำบัด		
น้อยกว่า 1 - 10 ปี	87	65.9	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน	97	73.5
11 - 20 ปี	39	29.5	91 - 180 วัน	29	21.9
21 - 30 ปี	5	3.8	181 - 270 วัน	1	0.8
ไม่ตอบ	1	0.8	มากกว่า 270 วัน	5	3.8

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดของสารเสพติดที่เคยใช้ก่อนเข้ารับการรักษา (n = 132)

สารเสพติดที่เคยใช้	จำนวน	ร้อยละ
ยาบ้า	53	40.2
ยาไอซ์	9	6.8
กัญชา	8	6.1
เฮโรอีน	3	2.2
สุรา	14	10.6
ยาบ้าและยาไอซ์	19	14.4
ยาบ้าและกัญชา	1	0.8
ยาบ้าและสุรา	2	1.5
กัญชาและเฮโรอีน	3	2.2
ยาบ้าและยาไอซ์และกัญชา	1	0.8
ยาไอซ์และกัญชาและสุรา	1	0.8
ยาบ้าและยาไอซ์และกัญชาและสุรา	2	1.5
อื่น ๆ เช่น เคตามีน, เบียร์	16	12.1

เมื่อวิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปริมาณที่ใช้สารเสพติดต่อวัน ก่อนเข้ารับการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งเคยใช้สารเสพติดปริมาณมากกว่า 1.00 หน่วยต่อวัน -

ไม่เกิน 5 หน่วยต่อวัน จำนวน 67 คน (ร้อยละ 50.8) รองลงมาเคยใช้สารเสพติดปริมาณมากกว่า 5.00 หน่วยต่อวัน - ไม่เกิน 10 หน่วยต่อวัน จำนวน 25 คน (ร้อยละ 18.9) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปริมาณที่ใช้สารเสพติดต่อวัน ก่อนเข้ารับการรักษา (n = 132)

ปริมาณการใช้สารเสพติด (หน่วยต่อวัน)	จำนวน	ร้อยละ
ใช้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00 หน่วย	23	17.4
> 1.00 หน่วย - ไม่เกิน 5 หน่วย	67	50.8
> 5.00 หน่วย - ไม่เกิน 10 หน่วย	25	18.9
> 10.00 หน่วย	17	12.9

เมื่อวิเคราะห์เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตขณะเข้ารับการรักษาในระหว่างฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุการณ์ พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การที่ครอบครัวไม่ให้ความสนใจความเป็นอยู่ขณะบำบัดรักษา (mean 2.31, SD. 1.38) รองลงมา คือ การได้รับแจ้งข้อบกพร่องคำตัดสินจากเพื่อน ๆ และเจ้าหน้าที่ (mean 2.17, SD. 1.14) การมีอุปสรรคในการทำกิจกรรมที่ไม่เพียงพอ (mean 2.15, SD. 1.08) สถานที่ออกกำลังกายและสถานที่พักผ่อนที่ไม่เพียงพอ (mean 2.11, SD. 1.12) การที่เพื่อน ๆ ไม่ช่วยเหลือร่วมมือในการทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย (mean 2.10, SD. 1.18) การได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบบทบาทหน้าที่ขณะบำบัดรักษา (mean 2.08, SD. 1.03) การมีปัญหาขัดแย้งหรือการปรับตัวเข้ากับเพื่อน ๆ (mean 1.93, SD. 1.17) การไม่ได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากเพื่อน เจ้าหน้าที่ ขณะทำกิจกรรม (mean 1.85, SD. 1.08) ส่วนเหตุการณ์ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสม (mean 1.77, SD. 0.99)

2. ภาวะซึมเศร้า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ทักษะที่ไม่เหมาะสม และสัมพันธภาพกับผู้นำบัดของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.1 ภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อพิจารณาคะแนนรวมที่

จุดตัดเท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน มีภาวะซึมเศร้า (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554) ในกลุ่มตัวอย่าง 132 รายนี้ ผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไปจำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.70 ผลรวมคะแนนของภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 1 ถึง 40 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 14.56 (SD. 8.18) ดังตารางที่ 4

2.2 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผลรวมของคะแนนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ระหว่าง 9 - 45 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยโดยรวมของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เท่ากับ 18.48 (SD. 6.88) ดังตารางที่ 4

2.3 ทักษะที่ไม่เหมาะสมของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผลรวมคะแนนของทักษะที่ไม่เหมาะสม อยู่ระหว่าง 21 ถึง 68 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะที่ไม่เหมาะสม เท่ากับ 41.80 (SD. 10.09) ดังตารางที่ 4

2.4 สัมพันธภาพกับผู้นำบัดของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผลรวมคะแนนของสัมพันธภาพกับผู้นำบัด อยู่ระหว่าง 73 ถึง 190 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพกับผู้นำบัด เท่ากับ 144.80 (SD. 26.65) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่ได้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ความโด่ง ของภาวะซึมเศร้า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ทักษะคิดที่ไม่เหมาะสม สัมพันธภาพกับผู้ป่วย (n = 132)

ตัวแปร	Possible range	Actual range	Mean	SD	Skewness	Z value	Kurtosis	Z value
ภาวะซึมเศร้า	0-60	1-40	14.56	8.18	.962	.211	.824	.419
เหตุการณ์ ความเครียดใน ชีวิต	9-45	9-45	18.48	6.88	.899	.211	1.069	.419
ทักษะคิด ที่ไม่เหมาะสม	18-72	21-68	41.80	10.09	.278	.211	-.097	.419
สัมพันธภาพ กับผู้ป่วย	28-196	73-190	144.80	26.65	-.093	.211	-.954	.419

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเลือกสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ทักษะคิดที่ไม่เหมาะสม และสัมพันธภาพกับผู้ป่วยบำบัดกับภาวะ

ซึมเศร้า พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและทักษะคิดที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r_s = .376, p < .01$ และ $r_s = .416, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนสัมพันธภาพกับผู้ป่วยบำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r_s = -.343, p < .01$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Spearman Rank Correlation ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ทักษะคิดที่ไม่เหมาะสม สัมพันธภาพกับผู้ป่วยบำบัดกับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (n = 132)

ภาวะซึมเศร้า	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	.376**	.000
ทักษะคิดที่ไม่เหมาะสม	.416**	.000
สัมพันธภาพกับผู้ป่วย	-.343**	.000

** $p < 0.01$

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส ปริมาณการใช้สารเสพติด ด้วย สถิติไคสแคว์ (chi-square) พบว่า เพศ สถานภาพสมรส และปริมาณการใช้สารเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Chi-Square = .833, $p = .361$; Chi-Square = 2.564, $p = .277$; Chi-Square = 4.085, $p = .252$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลการศึกษาจะแยกอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

ภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อพิจารณาคะแนนรวมที่จุดตัดเท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน มีภาวะซึมเศร้า (Trangkasombat et al., 1997; ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554) ในกลุ่มตัวอย่าง 132 รายนี้ ผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนน มีจำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.70 ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบความชุกภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด เช่น ดุษณีย์ ชาญปริษา และคณะ (2560) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน พบว่า ผู้รับบริการ

ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันร้อยละ 80.1 มีภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระดับน้อยถึงรุนแรง โดยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก ร้อยละ 27.0 มอริสและคณะ (Morris et al., 2021) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด จำนวน 5,750 ราย พบว่า มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 4,842 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.2 สำหรับกลไกของการติดสารเสพติด เช่น เมทแอมเฟตามีนและการเลิกเสพติดนี้มีผลกระทบต่อระดับ Dopamine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมองที่อาจจะเกี่ยวเนื่องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Sadock & Sadock, 2010; Gentile et al., 2021) ผลการศึกษาของเจนไทล์และคณะ (Gentile et al., 2021) ซึ่งพบว่าผู้ที่เคยใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าในเวลาต่อมาได้ ซึ่งในผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีประวัติใช้สารเสพติดมาก่อน นอกจากอาจเกิดจากด้านการเปลี่ยนแปลงในสมอง การมีภาวะซึมเศร้าอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการที่ต้องอยู่ในสถานบำบัดที่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพต่างจากบ้านและมีกฎระเบียบที่อาจจะเข้มงวด รวมถึงสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีผู้รับบริการหลากหลายปัญหาที่เคยใช้ยาเสพติดมารวมอยู่ในสถานบำบัด (อนุพงศ์ จันทรจุฬาและชัยพฤตินันท์ ชำนาญ, 2559)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการศึกษา พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r_s = .376, p < .01$ และ r_s

= .416, $p < .01$) ในขณะที่สัมพันธ์ภาพกับผู้บำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ($r_s = -.343$, $p < .01$) เพศ สถานภาพสมรส และปริมาณการใช้สารเสพติดของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Chi-Square = .833, $p = .361$; Chi-Square = 2.564, $p = .277$; Chi-Square = 4.085, $p = .252$, ตามลำดับ)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ($r_s = .376$, $p < .01$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ($r = 0.346$, $p < .01$) (Zhong et al., 2023) ในผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้า การรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูง และไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอาจจะทำให้ผู้รับบริการมีปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้ (Liu & Alloy, 2010) อีกเหตุผลที่อาจเป็นไปได้คือ เหตุการณ์เหล่านี้เป็นภาวะแวดล้อมใกล้ตัว จึงส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตขณะรับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกตามเหตุการณ์ ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การที่ครอบครัวไม่ให้ความสนใจความเป็นอยู่ขณะบำบัดรักษา (mean 2.31, SD. 1.38) รองลงไปคือการได้รับแจ้งข้อบกพร่องคำผิดเตือนจากเพื่อนๆ และเจ้าหน้าที่ (mean 2.17, SD. 1.14) และการมีอุปสรรคในการทำกิจกรรมที่ไม่เพียงพอ (mean

2.15, SD. 1.08) สถานที่ออกกำลังกายและสถานที่พักผ่อนที่ไม่เพียงพอ (mean 2.11, SD. 1.12) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาการประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตขณะรับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของ อนุพงศ์ จันทร์จุฬา และชัยพฤติน ชำนาญ (2559) ซึ่งเหตุการณ์ที่ได้รับการประเมินเป็นมากที่สุด คือ สถานที่ออกกำลังกายและสถานที่พักผ่อนที่ไม่เพียงพอ และการมีอุปสรรคในการทำกิจกรรมที่ไม่เพียงพอซึ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ทัศนคติที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ($r_s = .416$, $p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของจูและคณะ (Ju et al., 2020) ซึ่งพบว่าทัศนคติที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ทัศนคติที่ไม่เหมาะสมคือความคิดของบุคคลที่มีต่อตนเอง โดยคิดว่าตนเองจะมีความสุขและมีคุณค่า ต่อเมื่อสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ถูกต้อง ดีงาม สมบูรณ์แบบและได้รับการยอมรับชื่นชมจากบุคคลอื่น เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางปัญญาความคิดของผู้รับบริการที่มีโอกาสทำให้เกิดความรู้สึกไม่ดีต่อตัวผู้รับบริการ หากความคิดยึดติดความสมบูรณ์แบบและต้องการการยอมรับจากผู้อื่นมากเกินไปคิดว่าตนไม่ได้รับอาจจะมีความรู้สึกหงุดหงิดนำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าตามมา (Kay-Lambkin et al., 2017)

สัมพันธ์ภาพกับผู้บำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด

คิดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ($r_s = -.343, p < .01$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของริชาร์ดสันและคณะ (Richardson et al., 2018) สัมพันธภาพกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติด ($r_s = -.237, p < .01$) สัมพันธภาพกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดเนื่องจากผู้ป่วยเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่สำคัญของผู้รับบริการ ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับผู้ป่วยสามารถส่งผลทำให้ผู้รับบริการมีความหดหู่ไม่สบายใจและมีภาวะซึมเศร้าได้ (Kay-Lambkin et al., 2017) ซึ่งในทางกลับกัน หากผู้ป่วยและผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความไว้วางใจ ย่อมส่งผลหรือสามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Chi-Square = .833, $p = .361$) ผลการศึกษาที่พบแตกต่างจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการกลุ่มอื่นที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (สุทธนันท์ ขุนแจ่ม และคณะ, 2554; ศิริเมืองไทย, 2556) โดยเฉพาะเพศหญิงที่พบว่ามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Kim et al., 2019; Mulugeta et al., 2023) และอาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.1) และอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 31.9 ปี (SD. = 8.1) มีสถานภาพเป็นโสด (ร้อยละ 73.5) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงอาจมีสถานการณ์ในชีวิต การะในชีวิต และประสบการณ์ปัญหาในชีวิตระหว่างกลุ่ม

ตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงและเพศชายไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการดูแลด้วยกระบวนการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพภายในบริบทที่ใกล้เคียงกัน สถานการณ์ที่เผชิญในชีวิตประจำวันขณะรับการบำบัดและความรับผิดชอบต่างๆ ภายในระบบเดียวกัน ส่งผลให้เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Chi-Square = 2.564, $p = .277$) อาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 73.5) ไม่มีการรับผิดชอบครอบครัวที่ต้องเป็นห่วงมากเท่ากับผู้ที่สมรส

ส่วนปริมาณการใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Chi-Square = 4.085, $p = .252$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งเคยใช้สารเสพติดก่อนเข้ารับการบำบัด โดยกว่าครึ่งหนึ่งใช้สารเสพติดปริมาณมากกว่า 1.00 หน่วยต่อวัน - ไม่เกิน 5 หน่วยต่อวัน (ร้อยละ 50.8) รองลงไปเคยใช้สารเสพติดปริมาณมากกว่า 5.00 หน่วยต่อวัน - ไม่เกิน 10 หน่วยต่อวัน (ร้อยละ 18.9) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดด้วยระบบสมัครใจ (ร้อยละ 92.4) จึงอาจมีความพร้อมทางด้านจิตใจที่จะยอมรับการบำบัดและพยายามปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ระหว่างรับการบำบัด นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ผ่านขั้นตอนการบำบัดระยะการถอนพิษยา (detoxification) ต้องงดใช้สารเสพติด ได้รับการ

รักษาตามอาการถอนพิษยาของร่างกาย และไม่มีอาการถอนพิษยา (อนุพงศ์ จันทร์จุฬา และชัยพฤติน ชำนาญ, 2559) ทำให้สมองและระบบสารสื่อประสาทในสมองดีขึ้น เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในช่วงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ปริมาณการใช้สารเสพติดที่เคยใช้ก่อนมารับการบำบัดจึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการในระยะนี้

สรุป

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญซึ่งพบได้ในผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตขณะเข้ารับบริการบำบัดในระยะดังกล่าวมีส่วนสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการกลุ่มนี้ การที่ครอบครัวไม่ให้ความสนใจความเป็นอยู่ขณะบำบัดรักษาเป็นเหตุการณ์ความเครียดหนึ่งที่สำคัญ นอกจากนี้การที่ผู้รับบริการมีทัศนคติที่ไม่เหมาะสมต่อตนเองเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้มีภาวะซึมเศร้าได้ รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่สำคัญคือสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้การบำบัด มีส่วนในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้รับบริการระหว่างการเข้ารับการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพได้ การดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้จึงควรให้ความสำคัญกับการปรับทัศนคติที่ไม่เหมาะสมที่ผู้รับบริการมีการจัดการสภาพแวดล้อมในสถานบำบัดลดเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และเน้นการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้รับบริการ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผลการดูแลและการบำบัดรักษามีประสิทธิภาพ

และมีผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้รับบริการต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพจิต ควรมีการประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้รับบริการขณะรับการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อหาแนวทางช่วยลดความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตของผู้รับบริการระหว่างที่บำบัดอยู่ในระยะนี้ ส่งเสริมการให้ครอบครัวมีโอกาสติดต่อสื่อสารและให้กำลังใจผู้รับบริการสม่ำเสมอ มีการกำหนดแนวทางและส่งเสริมวิธีการปฏิบัติอย่างสร้างสรรค์เมื่อจะแจ้งข้อบกพร่องคำตักเตือนจากเพื่อน ๆ และเจ้าหน้าที่

2. พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพจิต ควรจัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยลดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตขณะรับการบำบัด สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทำให้ผู้รับบริการเชื่อมั่นในตนเองและผู้นำบัดส่งเสริมโปรแกรมพัฒนาแก้ไขทัศนคติที่ไม่เหมาะสมของผู้รับบริการ

ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า/ลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้รับบริการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น ออกแบบให้มีการปรับทัศนคติที่ไม่เหมาะสมให้มีทัศนคติที่เหมาะสมมากขึ้น วิธีการลดความเครียดในชีวิต การจัดสถานที่/สิ่งแวดล้อม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้รับบริการทุกท่าน เจ้าหน้าที่ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ขอบพระคุณ Professor Dr. Christopher G. Beevers และศาสตราจารย์ พญ. อุมพร ตรังคสมบัติ และขอบพระคุณทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสถาบันวิจัยมหาวิทยาลัยรังสิต (รหัสทุนที่ได้รับ 74/2563

เอกสารอ้างอิง

คุณิษฐ์ ชาญปรีชา, นันทา ชัยพิชิตพันธ์, สุกมา แสงเดือนฉาย และ สำเนา นิลบรรพ์. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน. *วารสารกรมการแพทย์*. 42(2), 090 -101.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2554). *แบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)* ฉบับภาษาไทย <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909308>

ลัดดาวัลย์ เพชรโรจน์, สุกมาส อังสุโชติ และอัจฉรา ชานี ประศาสน์. (2555). สถิติสำหรับการวิจัยและเทคนิคการใช้ SPSS (Statistics for research and SPSS application techniques) (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). บริษัทเจริญติ่มถ่งการพิมพ์.

ศิริะ เมืองไทย. (2556). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*. 28(2), 109-120.

ศุภิสรา เจริญไพฑูรย์, โสภณ แสงอ่อน, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, ปารณนา สถิตวิภาวี และสุรินทร์ กลัมพากร. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในแรงงานสตรีภาคอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 95(6), S141- S146.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2564). *FAST Model สำหรับผู้ป่วยใน*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3486&Itemid=143

สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, โสภณ แสงอ่อน และ ทศนา ทวีคูณ. (2554). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *Ramathibodi Nursing Journal*. 17(3), 412-429.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2565). *ข้อมูลเปิดภาครัฐ สำนักงาน ป.ป.ส. จำนวนผู้รับการบำบัดรักษา ยาเสพติด ปีงบประมาณ 2565*. <https://data.oncb.go.th/treat>

อรกนก สังข์พระกร และ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. (2562). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานเกษียณอายุการไฟฟ้านครหลวง ที่คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง. *Chulalongkorn Medical Bulletin*, 1(4), 394-402.

อรัญญา แพทย์, พิทักษ์ สุริยะใจ, นกัสนธรณ์ รังสิเวโรจน์, และ เสาวลักษณ์ ใจฟอง. (2558). รายงานวิจัยสถานการณ์การดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชัยภูมิ เชียงใหม่. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

อนุพงศ์ จันทร์จุฬา และ ชัยพฤติน ชำนาญ. (2559). รายงานการวิจัยเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยชายที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโรงพยาบาลชัยภูมิสงขลา. กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลชัยภูมิสงขลา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

Agnew- Davies, R., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1998). Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM). *British Journal of Clinical Psychology*. 37, 155-172.

Beevers, C. G., Strong, D. R., Meyer, B., Pilkonis, P. A., & Miller, I. W. (2007). Efficiently assessing negative cognition in depression: An item response theory analysis of the Dysfunctional Attitude Scale. *Psychological Assessment*, 19(2), 199-209.

- Charney, D. A., Paraherakis, A. M., & Gill, K. J. (2001). Integrated treatment of comorbid depression and substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 672-677.
- Charney, D. A., Palacios-Boix, J., Negrete, J. C., Dobkin, P. L., & Gill, K. J. (2005). Association between concurrent depression and anxiety and six-month outcome of addiction treatment. *Psychiatric Services*, 56(8), 927-933.
- Charoensuk, S. (2007). Negative thinking: a key factor in depressive symptoms in Thai adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 55-74.
- Gentile, A., Bianco, A., Nordstrom, A., & Nordstrom, P. (2021). Use of alcohol, drugs, inhalants, and smoking tobacco and the long-term risk of depression in men: A nationwide Swedish cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 108553, 1-8.
- Grove, SK, & CIPHER, DJ. (2019). Statistics for nursing research: A workbook for evidence-based practice (3rd ed.). ELSEVIER.
- Hobden, B., Carey, M., Bryant, J., Sanson-Fisher, R., & Oldmeadow, C. (2020). Prevalence and predictors of symptoms of depression among individuals seeking treatment from Australian Drug and Alcohol Outpatient Clinics. *Community Mental Health Journal*, 56, 107-115.
- Ju, Y., Wang, M., Lu, X., Sun, J., Dong, Q., Zhang, L., et al. (2020). The effects of childhood trauma on the onset, severity and improvement of depression: The role of dysfunctional attitudes and cortisol levels. *Journal of Affective Disorders*, 276, 402-410.
- Kay-Lambkin, F., Baker, A. L., Palazzi, K., Lewin, T. J., & Kelly, B. J. (2017). Therapeutic alliance, client need for approval, and perfectionism as differential moderators of response to eHealth and traditionally delivered treatments for comorbid depression and substance use problems. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24, 728-739.
- Kelly, T. M., & Daley, D. C. (2013). Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Social Work in Public Health*, 28(0), 388-406.
- Kim, B. K. E., Gilman, A. B., Kosterman, R., & Hill, K. G. (2019). Longitudinal associations among depression, substance abuse, and crime: A test of competing hypotheses for driving mechanisms. *Journal of Criminal Justice*, 62, 50-57.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W., (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*.
- Kushner, S., Quilty, L. C., Uliaszek, A. A., McBride, C., & Bagby, R. M. (2016). Therapeutic alliance mediates the association between personality and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 201, 137-144.
- Liu, R. T., & Alloy, L.B. (2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 582-593.
- Morris, N. M., Fulton, J. A., Youngren, W. A., Schumacher, J. R., & Ingram, P. B. (2021). Depression and substance use: The CES-D's utility in predicting treatment outcomes in a longitudinal multi-site study of residential treatment centers. *Addictive Behaviors*, 114, 106729, 1-8.
- Morrison-Valfre, M. (2023). *Foundations of mental health care* (8th ed.). ELSEVIER.
- Mulugeta, A., Azale, T., Mirkena, Y., Koye, S., Nakie, G., Kassaye, A., et al. (2023). Prevalence of depressive symptoms and their associated factors among older adults in Yirgalem town, Southern Ethiopia: A community-based cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1148881.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Richardson, D., Adamson, S., & Deering, D. (2018). Therapeutic alliance predicts mood but not alcohol outcome in a comorbid treatment setting. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 91, 28-36.

- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2010). *Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Trangkasombat, U., Larpoonsarp, V., & Havanond, P. (1997). CES-D as a screen for depression in adolescents. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 42(1), 1- 8.
- Webb, C.A., Beard, C., Auerbach, R.P., Menninger, E., & Bjorgvinsson, T. (2014). The therapeutic alliance in a naturalistic psychiatric setting: Temporal relations with depressive symptom change. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 70-77.
- Weissman, A.N. & Beck, A.T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary Investigation*. ERIC. <https://eric.ed.gov/?id=ED167619>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- World Health Organization. (2023). *Mental health conditions in the WHO South-East Asia region*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789290210788>
- Wuthironarith, V., Yunibhand, J., & Chaiyawat, W. (2014). The co-occurrence of disruptive behavior and depression among disruptive adolescents. *Journal of Health Research*, 29(2), 101-107.
- Zhong, J., Huang, X.J., Wang, X.M., & Xu, M.X. (2023). The mediating effect of distress tolerance on the relationship between stressful life events and suicide risk in patients with major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 23, 118.

DEVELOPMENT OF A PSYCHOSOCIAL PROGRAM TO REDUCE AGGRESSIVE BEHAVIOR IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS

*Atcha Railoy, M.Sc. *, Tieanthong Harabutra, M.N.S. **, Kotchaphon Saisut, M.N.S. ***,
Wanna Kwanmuang, B.N.S. ***, Narumon Sriugsorn, B.N.S. ***, Patama Kitisorivorapan, M.N.S. ****

Abstract

Objective: To develop and access a psychosocial program to reduce aggressive behavior in schizophrenia patients.

Methods: This research is R&D consisting of studying the current conditions, problems, needs for psychosocial to reduce aggressive behavior in schizophrenia patients, developing the program and testing the effectiveness of the program developed. The participants were 28 schizophrenia patients who admitted to the inpatient department at Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The sample size was calculated using the G*Power program, with 28 people assigned to an experimental group and a control group, each consisting of 14 people. The research instrument was a psychosocial program, and data were collected using an overt aggression scale. Data were analyzed using repeated measure ANOVA.

Results: 1) The problem situation reveals that schizophrenia is a chronic condition with a high likelihood of recurrence or relapse. Treatment and care for patients require collaboration from a multidisciplinary team. Relying solely on medication may not be sufficient, so psychosocial program is necessary. Additionally, there should be exploration of innovative treatment modalities, along with ongoing research and study in this field. 2) The psychosocial program to reduce aggressive behavior in schizophrenia patients consists of 6 activity sets. 3) The comparison of mean scores of aggressive behavior before the experiment between the experimental group ($M=1.93$, $S.D. = 0.83$) and the control group ($M=2.07$, $S.D. = 0.92$) did not show significant differences. However, the experimental group had a lower mean score of aggressive behavior after the experiment ($M = 0.64$, $S.D. = 0.74$) compared to the control group ($M = 1.57$, $S.D. = 1.22$), and the mean score of aggressive behavior during the 4 week follow-up ($M = 0.64$, $S.D. = 0.74$) was significantly lower than the control group ($M=2.00$, $S.D.= 1.47$) at a statistically significant level of .01 ($p < .01$), and 4) the program assessment was found that those involved were very satisfied with the program.

Conclusion: This program reduced aggressive behavior in schizophrenia patients. Therefore, it is another program of Therapy that can be used.

Keywords: schizophrenia patients, aggressive behavior, psychosocial therapy

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital

**Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, e-mail: tieanthong.har@kbu.ac.th

***Registered Nurse Senior Professional Level, Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Received: 1 December 2023, Revised: 16 February 2024, Accepted: 22 February 2024

การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยโรคจิตเภท

อัทธมา หรั่งลอย, วท.ม. *, เทียนทอง หาระบุตร, พย.ม. **, กชพร สายสุทธิ, พย.ม. ***,
วรรณมา ขวัญเมือง, พย.บ. ***, นฤมล ศรีอักษร, พย.บ. ***, ปัทมา กิตติศรีวรพันธุ์, พย.ม. ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

วิธีการศึกษา : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ประกอบด้วย 1) ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการบำบัดทางจิตสังคม 2) พัฒนาโปรแกรม 3) ทดสอบโปรแกรม และ 4) ประเมินผลโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์ จำนวน 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 14 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบการวัดซ้ำ และการวิเคราะห์เนื้อหาโดยใช้เทคนิคการสรุปสาระ

ผลการศึกษา : 1) สถานการณ์ปัญหา พบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำหรือมีอาการกำเริบได้ง่าย การดูแลรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้ผลเพียงพอ จึงต้องใช้การบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย รวมถึงควรต้องมีการศึกษาค้นคว้ารูปแบบการบำบัดรักษาในรูปแบบใหม่ ๆ 2) โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 ชุดกิจกรรม 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนการทดลอง ($M = 1.93, S.D. = 0.83$) หลังการทดลอง ($M = 0.64, S.D. = 0.74$) และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ($M = 0.64, S.D. = 0.74$) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมทั้งก่อนการทดลอง ($M = 2.07, S.D. = 0.92$) หลังการทดลอง ($M = 1.57, S.D. = 1.22$) และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ($M = 2.00, S.D. = 1.47$) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 4) ผลประเมินโปรแกรมพบว่า พยาบาลจิตเวชและญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจในโปรแกรมที่พัฒนา

สรุป : โปรแกรมที่พัฒนานี้ทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลง จึงเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ได้

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคจิตเภท, พฤติกรรมก้าวร้าว, การบำบัดทางจิตสังคม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต, e-mail: tieanthong.har@kbu.ac.th

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์

วันที่รับ: 1 ธันวาคม 2566, วันที่แก้ไข: 16 กุมภาพันธ์ 2567, วันที่ตอบรับ: 22 กุมภาพันธ์ 2567

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย มีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาวมีลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง มีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย โดยปัจจัยที่สำคัญคือขาดการรับการรักษาต่อเนื่อง การป่วยด้วยโรคจิตเภทนี้ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม มีปัญหาการใช้ความรุนแรง มีอาการหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Prominent Hallucination) มีพฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (Disorganized Behavior) ไม่สามารถจัดการ การตัดสินใจและการวางแผน (Executive Function) (กรมสุขภาพจิต, 2560) โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าวที่ผู้ป่วยจะแสดงออกอย่างเฉียบพลันทั้งคำพูด การกระทำต่อร่างกายตนเอง ผู้อื่น และวัตถุสิ่งของ (Yudofsky et al., 1986) โดยมีอัตราการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าคนปกติทั่วไปถึงร้อยละ 50 (Chan et al., 2003) และร้อยละ 81.97 ที่ญาตินำผู้ป่วยกลับมารักษาพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำในโรงพยาบาล (Han et al., 2004) เนื่องจากมีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ (Yudofsky et al., 1986; Martha, 2000) ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด มีความทุกข์ ปัญหาทางอารมณ์ และยากลำบากในการดำเนินชีวิต (สุจรรยา โลหาชีวะ, 2561)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2562 - 2564 จำนวน 433 ราย, 347 ราย และ 297 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.41, 45.06 และ 44.13 และมีผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน จำนวน 55 ราย, 43 ราย และ 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.70, 12.39 และ 11.45 รวมถึงผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมารับบริการที่แผนกจิตเวชฉุกเฉิน จำนวน 498 ราย, 389 ราย และ 332 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์, 2564) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน

แนวทางการป้องกันและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ยังเป็นแบบเชิงรับในระยะหลังวิกฤต (นุคอรี มะมิง และ วินิกาญจน์ คงสุวรรณ, 2566) ส่วนรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวมีหลายวิธี เช่น การใช้กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) หรือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ซึ่งสามารถลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยได้ (เพชร คันธสายบัว และคณะ, 2563) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวเช่น Dunbar (2004) และ Glancy and Saini (2005) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สามารถจัดการความโกรธแบบองค์รวม ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้วิธีการคิด ความรู้สึก และควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวได้ สอดคล้องกับ Beck and Fernndes (1998) พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

สามารถจัดการความโกรธและการแสดงความก้าวร้าวของผู้ป่วยได้ ถึงร้อยละ 76 เช่นเดียวกับ Hakvoort et al., (2015) ที่ใช้วิธีการจิตบำบัด ซึ่งสามารถลดอาการก้าวร้าวของผู้ป่วย และพังก์คี้ ผางแก้ว และ เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ (2562) พบว่าการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้เช่นกัน

การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention) เป็นวิธีการบำบัดที่เน้นองค์รวมมากกว่าการจัดการกับอาการเพียงอย่างเดียว ด้วยการใช้กลุ่มการบำบัดโดยไม่ต้องใช้ยา (Walker, 2014) สอดคล้องกับ Delaney (2011) และวัชรภรณ์ ศรีเรือน และคณะ (2563) กล่าวว่า การบำบัดทางจิตสังคมเป็นการบำบัดที่มีแนวโน้มที่จะให้ผลลัพธ์ที่ดีและมีความเสี่ยงน้อย และยังป้องกันหรือชะลอการเกิดอาการทางจิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน ลดความบกพร่องของกระบวนการคิด ส่งเสริมทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและควบคุมอารมณ์โกรธของตนเอง และไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีกรนำรูปแบบการปรับความคิดร่วมกับการจัดการความโกรธมาใช้บำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท (พังก์คี้ ผางแก้ว และ เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2562) ดังนั้น การบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าวจึงจำเป็นต้องปรับความคิด เพราะความคิดมีผลต่อพฤติกรรม ซึ่งความคิดสามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ ผสานกับแนวคิดการบำบัดทาง

จิตสังคมในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเสริมสร้างแรงจูงใจ การจัดการความเครียด และการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับตติยภูมิ พบว่าสภาพปัญหาปัจจุบันผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความยุ่งยากและซับซ้อนในการให้บริการพยาบาลมากยิ่งขึ้น ในขณะการทำงานของทีมผู้ดูแลยังขาดการพัฒนาทั้งในด้านอัตรากำลังบุคลากร การพัฒนาทักษะและแนวปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ของปัญหา การให้บริการและการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดขึ้นที่ผ่านมาผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่พยาบาลจิตเวชหอผู้ป่วยในนำไปใช้ในการบำบัด โดยเน้นเรื่องการรับประทานยาเป็นหลัก พบว่าผลลัพธ์ของโปรแกรมสามารถบำบัดให้ผู้ป่วยรับยาอย่างต่อเนื่องเท่านั้น แต่ยังไม่มีการบำบัดผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลฯ ที่มีแนวปฏิบัติการบำบัดที่สร้างผลลัพธ์อันจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายในตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิผลต่อเนื่อง

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงสนใจที่จะนำแนวคิดการบำบัดทางจิตสังคมของกรมสุขภาพจิต (2560) ที่กล่าวถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อีกทั้งยังสามารถ

นำมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นอิสระและอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชนตามศักยภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท ร่วมกับแนวความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) ผสานกับแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมของ Stanley and Schwetha (2006) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อบำบัดให้ผู้ป่วยสามารถปรับความคิดและจัดการความโกรธของตนเองตามแนวคิดของ Novaco (1975) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริง และเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ควบคู่กับกิจกรรมกลุ่มบำบัด (Group Therapy) ในรูปแบบของกลุ่มจิตบำบัด (Group Psychotherapy) ผ่านกระบวนการพลวัตกลุ่ม (Group Dynamic) (Stanley & Schwetha, 2006) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสร้างปฏิสัมพันธ์ร่วมกันเพื่อเกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ จากการนำเอาประสบการณ์ของแต่ละคนในกลุ่มมาร่วมสร้างแนวทางและร่วมกันแก้ปัญหา ตลอดจนการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต และกำหนดข้อตกลงร่วมกันในการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาพฤติกรรมให้ดีขึ้นผ่านการให้การเสริมแรงทางบวก โดยประยุกต์แนวทางการบำบัดทางจิตสังคมและสังเคราะห์องค์ความรู้ตามหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวคิดของกรมสุขภาพจิต (2560) และดัดแปลงกิจกรรมบำบัดจากผลการศึกษาของกัลยา ดาสา (2561) อรพิน สติธมน (2562) สุกุม่า แสงเดือนฉาย และคณะ, (2563) และผลการทบทวนอย่างเป็นระบบของบุญคอรี่ มะมิง

และ วินิกาญจน์ คงสุวรรณ (2566) มากำหนดเป็นโครงสร้างโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วยกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาบำบัด กิจกรรมปัญหาบำบัด กิจกรรมอารมณ์บำบัด กิจกรรมการฝึกทักษะบำบัด กิจกรรมพฤติกรรมบำบัด และกิจกรรมการป้องกันการเกิดอาการกำเริบ ทั้งหมด 6 กิจกรรม ร่วมกับการใช้ยา พร้อมกับประเมินผลโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง อีกทั้งยังให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ตลอดจนเพิ่มความสามารถในการบำบัดรักษาและดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการที่หลากหลาย และเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินการตามพันธกิจของโรงพยาบาลอันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรค

จิตเภท โดยพิจารณาจาก

3.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

3.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทั้งก่อนการทดลอง หลังการ

ทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

3.3 การประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทั้งนี้ สามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยการวิจัย

เชิงเอกสาร (Documentary Research) และสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่มในรูปแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) แบบปลายเปิด (Open-End Question) กับผู้ที่เกี่ยวข้อง 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวช และญาติผู้ป่วย กลุ่มละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน ด้วยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยใช้เทคนิคการสรุปสะสม

(Cumulative Summarization Technique)

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้วิจัยนำผลการวิจัยที่ได้ในระยะที่ 1 มากำหนดรูปแบบและออกแบบโปรแกรม โดยเนื้อหาโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ชุดกิจกรรม ได้แก่ 1) “ทักทายเมื่อแรกพบ...ส่งกระจกเมื่อแรกเห็น” เป็นกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาบำบัด 2) “สะท้อนความคิด...พิชิตความก้าวร้าว” เป็นกิจกรรมปัญหาบำบัด 3) “ซิด ซิด...ผ่อนคลายอารมณ์” เป็นกิจกรรมอารมณ์บำบัด 4) “ใจเกินร้อย...เราทำได้” เป็นกิจกรรมการฝึกทักษะบำบัด 5) “สติรู้...สังเกตตัวเรา” เป็นกิจกรรมพฤติกรรมบำบัด และ 6) “สรุปรวม...ประมวลความสำเร็จ” เป็น

กิจกรรมการป้องกันการเกิดอาการทางจิตกำเริบพร้อมจัดทำคู่มือโปรแกรม

ระยะที่ 3 การทดสอบโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การทดสอบโปรแกรมใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการวัดซ้ำ (Repeated-Measures Approach) ด้วยการเก็บข้อมูลวัดผลก่อนและหลังการทดลองสองครั้ง (Two Group Pretest and Double-Posttest Design) (Edmonds & Kennedy, 2017) โดยการวัดหลังการทดลองครั้งที่ 2 กำหนดให้วัดหลังจากที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 4 สัปดาห์ (ภาพที่ 2)

กลุ่ม	วัดผลก่อน การทดลอง	การทดลอง	วัดผลหลัง การทดลอง	ติดตาม 4 สัปดาห์
กลุ่มทดลอง (E)	O _{E1}	X ₁	O _{E2}	O _{E3}
กลุ่มควบคุม (C)	O _{C1}	X ₂	O _{C2}	O _{C3}
ระยะเวลา (t)	วันที่ 1	----->	วันที่ 11 ----->	วันที่ 39

ภาพที่ 2 แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดซ้ำด้วยการเก็บข้อมูลวัดผลก่อนและหลังการทดลองสองครั้ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชนครินทร์ระหว่างวันที่ 24 กันยายน

2566 - 4 ตุลาคม 2566 ส่วนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ที่ผ่านตามเกณฑ์คัดเข้า โดยกำหนดขนาดตัวอย่างอ้างอิง

จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันในอดีตของพัชรินทร์ อรุณเรือง (2563) กำหนดให้ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) (1-B err prob) เท่ากับ .99 ได้ค่า α err prob เท่ากับ .01 แล้วคำนวณหาค่าอิทธิพล (Mean Effect Size) (d) ตามสูตรการคำนวณของ Cohen (1988) ได้ค่าเท่ากับ 2.00 รวมถึงค่า Allocation Ratio $N2/N1$ เท่ากับ 1 แล้วนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด เท่ากับ 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 14 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 14 คน ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) โดยการจับฉลาก แบบไม่ใส่คืน

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การพิจารณากลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

กำหนดให้ 1.1) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วย ใน โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ 1.2) ไม่มีความผิดปกติของภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วยแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2563) ก่อนเข้ากลุ่มการทดลองและมีคะแนนมากกว่า 14 คะแนน 1.3) ไม่มีอาการทางจิตที่รุนแรงจากการประเมินด้วยแบบประเมินอาการทางจิต BPRS (กรมสุขภาพจิต, 2563) ก่อนเข้ากลุ่มและมีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน 1.4) ไม่มีความบกพร่องในการใช้ภาษาไทยเพื่อการสื่อสาร 1.5) ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 1.6) ผู้ป่วยไม่เคยเข้าร่วมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการบำบัดโรคจิตเภทมาก่อน และ 1.7)

ได้รับอนุญาตจากแพทย์

2. เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

กำหนดให้ 2.1) ผู้ป่วยเป็นโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาหรือการตอบสนองต่อการรักษา 2.2) ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะแทรกซ้อนทางกายจำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลฝ่ายกาย

3. เกณฑ์ยุติการศึกษา (Termination Criteria)

โดยที่ผู้ป่วยหรือญาติสามารถแจ้งขอยุติ ถอนตัว และปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งและ/หรือทุกขั้นตอนของการวิจัยได้ตลอดเวลาในช่วงของการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัย

การวิจัยนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมและคู่มือการใช้โปรแกรมที่ผ่านการประเมินความเหมาะสมในการใช้โปรแกรมแล้ว (ตารางที่ 1)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) มีจำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาอาการเจ็บป่วยทางจิต ประวัติเคยเข้ารับการรักษ ประวัติการใช้กำลังหรือใช้อาวุธ ประวัติการหยุดรับประทานยา ประวัติการใช้สารเสพติดในอดีต ประวัติการใช้สารเสพติดก่อนเข้ารับการรักษ และประวัติกรรมพันธุ์เจ็บป่วยทางจิต

ตารางที่ 1 โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

กิจกรรม	รูปแบบกิจกรรม	วันที่
กิจกรรมที่ 1 “ทักทายเมื่อแรกพบ... ส่องกระจกเมื่อแรกเห็น”	รูปแบบกิจกรรม แนวคิดกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาบำบัด ใช้เวลา 90 นาที ผลที่คาดว่าจะได้รับ 1) ระบุปัจจัยด้านการรู้คิดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวได้ 2) วิเคราะห์ความคิดอัตโนมัติทางลบที่บิดเบือนไปจากความจริงที่จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้และ 3) ยกตัวอย่างผลกระทบที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้	วันที่ 1
กิจกรรมที่ 2 “สะท้อนความคิด... พิชิตความก้าวร้าว”	รูปแบบกิจกรรม แนวคิดกิจกรรมปัญญบำบัด อ้างอิงตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ใช้เวลา 90 นาที ผลที่คาดว่าจะได้รับ 1) อธิบายอิทธิพลของความคิดอัตโนมัติทางลบที่บิดเบือนไปจากความจริงที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ 2) เชื่อมโยงปัจจัยด้านสิ่งเร้าและด้านการรู้คิดที่มากระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ 3) เลือกวิธีการจัดการกับปฏิกิริยาทางความคิดอัตโนมัติทางลบที่บิดเบือนไปจากความจริงต่อสิ่งเร้า/เหตุการณ์ที่มากระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างเหมาะสม และ 4) สะท้อนทางเลือกการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบที่บิดเบือนไปจากความจริงที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าว	วันที่ 3
กิจกรรมที่ 3 “ซิด ซิด...ผ่อนคลายอารมณ์”	รูปแบบกิจกรรม แนวคิดกิจกรรมอารมณ์บำบัด ใช้เวลา 90 นาที ผลที่คาดว่าจะได้รับ 1) อธิบายอิทธิพลของอารมณ์โกรธที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นเหตุส่งผลให้เกิดอันตรายหรือความเสียหายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น สังคม และประเทศชาติทั้งทางตรงและหรือทางอ้อม 2) วิเคราะห์ผลกระทบของ	วันที่ 5

กิจกรรม	รูปแบบกิจกรรม	วันที่
	การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นเหตุ ส่งผลให้เกิดอันตรายหรือความเสียหายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น สังคม และประเทศชาติทั้งทางตรงและหรือทางอ้อม และ 3) สะท้อนวิธีในการควบคุมความคิดทางลบและควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองด้วยวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม	
กิจกรรมที่ 4 “ใจเกินร้อย...เราทำได้”	รูปแบบกิจกรรม แนวคิดกิจกรรมการฝึกทักษะบำบัด ใช้เวลา 90 นาที ผลที่คาดว่าจะได้รับ 1) ให้เข้าใจถึงความสำคัญในการดำเนินชีวิตในชีวิตประจำวัน และ 2) ประยุกต์และสามารถนำทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตไปใช้เพื่อพัฒนาตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม	วันที่ 7
กิจกรรมที่ 5 “สตรีรู้...สังเกตตัวเรา”	รูปแบบกิจกรรม แนวคิดกิจกรรมพฤติกรรมบำบัด ด้วยวิธีการรายงานและตรวจสอบตนเอง หรือ Self-Report/Self-Monitoring ใช้เวลา 90 นาที ผลที่คาดว่าจะได้รับ 1) รู้เท่าทันตนเองว่าพฤติกรรมที่ตนเองแสดงออกหรือไม่แสดงออกนั้นเป็นพฤติกรรมเป้าหมาย หรือถูกต้องหรือไม่ และ 2) สะท้อนผลการควบคุมและพัฒนากระบวนการทางปัญญา การรู้คิด อารมณ์ และการแสดงออกของตนเองได้อย่างเหมาะสม	วันที่ 9
กิจกรรมที่ 6 “สรุปรวม...ประมวลความสำเร็จ”	รูปแบบกิจกรรม แนวคิดกิจกรรมการป้องกันการแสดงพฤติกรรมซ้ำหรือเกิดอาการกำเริบ ทบทวนการเรียนรู้ การฝึกทักษะต่าง ๆ ในทุกกิจกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว ป้องกันการเกิดซ้ำและนำไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 90 นาที	วันที่ 11

กิจกรรม	รูปแบบกิจกรรม	วันที่
	ผลที่คาดว่าจะผู้ป่วยจะได้รับ 1) ออกแบบวิธีการแก้ไขปัญหาวุฒิกรรมก้าวร้าวได้ และ 2) ระบุสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัด และความสามารถในการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมีสัญญาและข้อตกลงร่วมกันของพลวัตกลุ่ม	

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ตามแนวคิดของ Yudofsky et al., (1986) ที่กษพงศ์ สารการ (2542) ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทย ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ มีจำนวน 35 ข้อใน 4 กลุ่มพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง คือ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น และ พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ

กำหนดการแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ OAS = 1 คะแนน หมายถึง ระดับกึ่งรุนแรง OAS = 2 คะแนน หมายถึง ระดับรุนแรง และ OAS = 3 คะแนน หมายถึง ระดับฉุกเฉิน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใน 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัย ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการฯ และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ เพื่อขออนุญาตและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บ

รวบรวมข้อมูลในการวิจัย หลังจากที่ได้รับการประเมินและรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว

1.2 เตรียมความพร้อมของเครื่องมือการวิจัยและโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมที่พัฒนาขึ้น

1.3 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลจิตเวชในหอผู้ป่วยจำนวน 4 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือการวิจัย และจัดอบรมโปรแกรมการบำบัดที่ได้พัฒนาขึ้นจำนวน 4 ชั่วโมง ก่อนที่จะดำเนินการวิจัย

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกแล้วติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยร่วมกับพยาบาลจิตเวชให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจและเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันก่อนจะดำเนินการการวิจัย รวมถึงลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยนี้

2.2 ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาและสถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมในกลุ่มทดลอง และการพยาบาล

ตามปกติในกลุ่มควบคุม

2.3 เก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนการทดลองและหลังจากที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการทดลองที่กำหนดครบถ้วนแล้ว โดยกำหนดให้เก็บข้อมูลหลังจากการทดลอง 2 ครั้ง คือ หลังการทดลองขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 4 สัปดาห์

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง

3.1 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามที่กำหนดไว้

3.2 ประเมินผลโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated Measure ANOVA) และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way Repeated Measure ANOVA) ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือรับรองเลขที่

DMH.IRB.CO.A. 018/2566 ลงวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2566 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการและเก็บข้อมูลการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและการคุ้มครองสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร รวมถึงได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับในการยินดียินยอมรับปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และได้รับการลงนามยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 4 การประเมินโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้วิจัยประเมินผล โปรแกรมจากการสอบถามความคิดเห็นด้วยแบบประเมินโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบคำถามปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ จากพยาบาลจิตเวช จำนวน 4 คนและญาติผู้ป่วย จำนวน 14 คน ด้วยการเลือกแบบเจาะจง หลังจากเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมทันที ณ โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชชนกรินทร์ และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ในการวิจัยระยะที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและเทคนิคการสรุปสาระ

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ

71.43) มีอายุระหว่าง 28 - 35 ปี (ร้อยละ 35.71) สถานภาพโสด (ร้อยละ 57.14) สำเร็จการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 50.00) ประกอบอาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 50.00) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 3,000 - 5,000 บาท (ร้อยละ 57.14) โดยพบว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่อายุระหว่าง 23 - 30 ปี (ร้อยละ 64.29) ไม่ได้เกิดจากกรรมพันธุ์ (ร้อยละ 57.14) ระยะเวลาเจ็บป่วยมาแล้ว 1 - 5 ปี (ร้อยละ 57.14) ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมาแล้ว 2 ครั้ง (ร้อยละ 35.71) โดยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ครั้งแรกอายุระหว่าง 36 - 43 ปี (ร้อยละ 35.71) ซึ่งที่ผ่านมาเคยใช้ความรุนแรงมาแล้ว 3 ครั้ง (ร้อยละ 50.00) และหยุดยารักษาอาการทางจิตมาแล้ว 3 เดือน (ร้อยละ 28.57) มากที่สุด โดยไม่เคยยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดมาก่อนมากที่สุด (ร้อยละ 57.14) และต่อเนื่องจนถึงช่วงก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้นับมากที่สุด (ร้อยละ 92.86)

ในขณะที่ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.43) มีอายุระหว่าง 28 - 35 ปี (ร้อยละ 42.86) สถานภาพโสด (ร้อยละ 57.14) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 42.86) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 64.29) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 3,000-5,000 บาท (ร้อยละ 71.43) โดยพบว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่อายุระหว่าง 23 - 30 ปี (ร้อยละ 64.29) ไม่ได้เกิดจากกรรมพันธุ์ (ร้อยละ 57.14) ระยะเวลาเจ็บป่วยมาแล้ว 1 - 5 ปี (ร้อยละ 50.00) ได้รับการรักษามาแล้ว 3 ครั้ง (ร้อยละ 28.57) โดยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรกอายุระหว่าง 28 - 35 ปี (ร้อยละ 57.14) ซึ่งที่ผ่านมาเคยใช้ความ

รุนแรงมาแล้ว 4 ครั้ง (ร้อยละ 42.86) และหยุดยารักษาอาการทางจิตมาแล้ว 3 เดือน (ร้อยละ 35.71) มากที่สุด โดยไม่เคยยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดมาก่อนมากที่สุด (ร้อยละ 85.71) แต่พบวก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ ได้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดประเภทยาบ้า (ร้อยละ 35.71) มากที่สุด

2. ผลการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท

สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวให้ความเห็นว่าการเป็นโรคแล้วจะหายยาก ซึ่งจำเป็นต้องกินยาอย่างต่อเนื่องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ในขณะที่ผู้บริหารทางการแพทย์ให้ความเห็นว่าโรคจิตเภทโรคเรื้อรังและมีอัตราการกำเริบซ้ำสูง เกิดจากปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการบำบัดรักษาจะต้องใช้หลายวิธีควบคู่กันกับการใช้การบำบัดทางจิตสังคม และเห็นควรให้ความสำคัญเป็นลำดับต้น ๆ ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคม จะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการบำบัดและรักษาผู้ป่วยได้

ในขณะที่ พยาบาลจิตเวชและญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ความเห็นสอดคล้องกับผู้บริหารทางการแพทย์ว่าการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้ผลเพียงพอ จะต้องใช้การรักษารูปแบบอื่นร่วมด้วย ซึ่งการบำบัดด้วยแนวทางจิตสังคมบำบัดเป็น การบำบัดแบบองค์รวมทั้งด้านกายจิต สังคม ที่มี

ความเชื่อมโยงกันในทุกมิติ ช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำได้

ดังนั้น สามารถสรุปได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำหรือมีอาการกำเริบได้ง่าย การดูแลรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้ผลเพียงพอ จึงต้องใช้นโยบายทางจิตสังคมร่วมด้วย รวมถึงควรต้องมีการศึกษาค้นคว้ารูปแบบการบำบัดรักษาในแบบใหม่ ๆ

3. ผลการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พัฒนาขึ้น

ประกอบด้วย 6 ชุมกิจกรรม (ตารางที่ 1) โดยผ่านการสอบถามความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ด้วยการเลือกแบบเจาะจง ปรากฏว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีเยี่ยม (S-CVI/Ave = 1.00) และนำโปรแกรมไปทดลองใช้ (Try-out) โดยมีพยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นผู้ช่วยผู้วิจัย (Co-Leader) 1 คน และผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 คน ด้วยการเลือกแบบเจาะจง เข้าร่วมการทดลองและประเมินผลการทดลอง โดยใช้

แบบสอบถามความคิดเห็น ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและเทคนิคการสรุปสาระสำคัญ ปรากฏว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้บำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

ปรากฏว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้ง 3 ระยะแตกต่างกัน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ตามแบบ Bonferroni พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการทดลองและติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Mean differences = 1.286 และ 1.286 ตามลำดับ, $p < .01$) แต่หลังการทดลองและติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์พบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2 และตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

คะแนน	ก่อนการ	หลังการ	ติดตาม					
พฤติกรรม	ทดลอง	ทดลอง	4 สัปดาห์	SS	df	MS	F	p-value
ก้าวร้าว	M (S.D.)	M (S.D.)	M (S.D.)					
กลุ่มทดลอง	1.93 (0.83)	0.64 (0.74)	0.64 (0.74)	15.429	1.398	11.039	30.522**	.000

** $p < .01$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ตามแบบ Bonferroni ของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Diff.	Std. Error	p-value
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	-1.286**	.163	.000
	ติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์	-1.286**	.244	.000
หลังการทดลอง	ติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์	0.000	.148	1.000

** $p < .01$

5. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

พิจารณาจากค่า Sphericity Assumed ปรากฏว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ตามแบบ Bonferroni พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการทดลองและติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์น้อยกว่าก่อนการทดลอง (Mean differences = 0.893 และ 0.679 ตามลำดับ, $p < .05$) ในขณะที่กลุ่มทดลองมี

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการทดลองกับติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ พบว่า ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 5 ตารางที่ 6 และภาพที่ 3)

6. ผลการประเมินตามการวิเคราะห์เนื้อหาโปรแกรมจากพยาบาลจิตเวชและญาติผู้ป่วย

มีความพึงพอใจในโปรแกรมที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะในการควบคุมอารมณ์ การลดพฤติกรรมก้าวร้าว การปรับตัวกับสังคม การดูแลตนเอง และเรียนรู้ในการใช้ทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวันในทางที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วย ญาติ ชุมชนและสังคมในระยะยาวได้

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

คะแนน	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตาม 4 สัปดาห์	SS	df	MS	F	p-value
พฤติกรรมก้าวร้าว	M (S.D.)	M (S.D.)	M (S.D.)					
กลุ่มควบคุม	2.07 (0.92)	1.57 (1.22)	2.00 (1.47)	2.048	2	1.024	1.291	.292

** $p < .01$

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

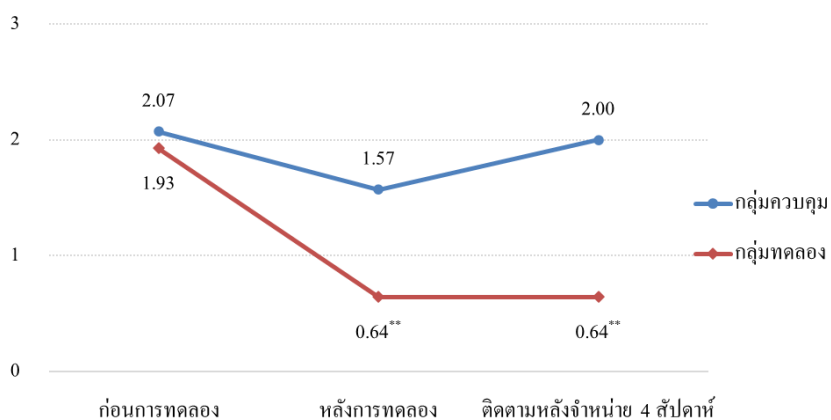
คะแนน พฤติกรรม ก้าวร้าว	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ติดตาม 4 สัปดาห์	SS	df	MS	F	p-value
	M (S.D.)	M (S.D.)	M (S.D.)					
กลุ่มทดลอง	1.93 (0.83)	0.64 (0.74)	0.64 (0.74)	12.167	2	6.083	11.634**	.000
กลุ่มควบคุม	2.07 (0.92)	1.57 (1.22)	2.00 (1.47)					

** $p < .01$

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ตามแบบ Bonferroni ของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Diff.	Std. Error	p-value
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	0.893**	.167	.000
	ติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์	0.679*	.228	.019
หลังการทดลอง	ติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์	-0.214	.179	.729

* $p < .05$, ** $p < .01$



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

การอภิปรายผล

1. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทจากการวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท จากเอกสารที่เกี่ยวข้องและข้อมูลเชิงประจักษ์ ร่วมกับการสนทนากลุ่ม ปรากฏว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ให้ความเห็นว่าการไม่กินยาจะทำให้จิตหลอน ไม่เป็นตัวของตัวเอง ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ส่งผลกระทบต่อคนรอบข้าง ซึ่งตนเองอยากเป็นคนปกติ ไม่ต้องหาหมอ ไม่อยากกินยา และดูแลตัวเองได้ตามปกติ เช่นเดียวกับญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญกับประเด็นการดูแลผู้ป่วย ความยากลำบากในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลกระทบต่อครอบครัว และการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ ในขณะที่ ทีมบริหารกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ กล่าวว่า การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทจะต้องให้ความสำคัญกับครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดอาการทางจิตกำเริบบ่อย ๆ รวมทั้งรูปแบบการบำบัดรักษาต้องมีการศึกษาค้นคว้าในรูปแบบใหม่ ๆ ซึ่งสอดคล้องกับพยาบาลจิตเวชที่ให้ความเห็นว่าวิธีการบำบัดรักษาต้องมีความทันสมัย และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ซึ่งควรมีรูปแบบการบำบัดระยะยาวเพื่อสร้างอาชีพและทักษะให้กับผู้ป่วย โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการกลับมารักษาซ้ำ เช่นเดียวกับหลักฐานเชิงประจักษ์ของอัญชลี วิจิตรปัญญา และมยุรี กลั้วบงษ์ (2565)

พบว่าคนที่ผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรมรุนแรง ขณะที่รู้สึกโกรธหรือโมโห หรือไม่พอใจด้วยการทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น และทำร้ายตนเองนั้น มีสาเหตุเชิงลึกมาจากกระบวนการความคิดต่อการแสดงออกไม่เหมาะสมและไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จึงได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2. ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Beck, 1995) แนวคิดการบำบัดทางจิตสังคม (Stanley & Schwetha, 2006; กรมสุขภาพจิต, 2560) แนวคิดการจัดความโกรธ (Novaco, 1975) และแนวคิดกลุ่มจิตบำบัด ผ่านกระบวนการพลวัตกลุ่ม (Stanley & Schwetha, 2006) ประกอบด้วย 6 ชุติกิจกรรม กำหนดรูปแบบการจัดกิจกรรมครั้งละ 90 นาที แบบสลับวันเว้นวัน ภายในกรอบเวลา 2 สัปดาห์ และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีเยี่ยมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และนำไปทดลองใช้ปฏิบัติจริง ซึ่งผลประเมินการทดลองใช้จากพยาบาลจิตเวช 1 คนให้ความเห็นว่า เมื่อได้ทำกิจกรรมครบตามกระบวนการกับผู้ป่วยแล้ว สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์สงบเร็วขึ้น ควบคุมตนเองได้มากขึ้น ไม่แสดงอาการก้าวร้าวออกมาให้เห็นเด่นชัด และยินดีจะนำสิ่งที่เรียนรู้ในกลุ่มไปใช้และปฏิบัติต่อไปเพื่อให้ตนเองสามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ สอดคล้องกับญาติผู้ป่วย จำนวน 6 คน ที่ให้ความเห็นว่าทำให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต การรักษา การกินยาต่อเนื่อง และการขาดยาซึ่งเป็น

สาเหตุทำให้ที่มีอาการก้าวร้าว โดยเฉพาะการทำกลุ่มบำบัดนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้พฤติกรรมและอารมณ์ของตนเอง และคาดว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองไม่ให้แสดงอาการก้าวร้าวออกมา หรือผู้ป่วยสามารถบอกกับญาติเมื่อเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงก่อนที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าว อีกทั้งผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปได้ ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นจุดแข็งของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้พัฒนาขึ้น และมีความเหมาะสมและการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ เช่นเดียวกับอัญชลี วิจิตรปัญญา และ มยุรี กลั้ววงษ์ (2565) ที่นำแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการควบคุมตนเองมาพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ปรากฏว่าโปรแกรมมีประโยชน์ในระดับมาก มีความเป็นไปได้และแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสมและการนำไปใช้จริง อีกทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดก็สามารถเข้าใจกิจกรรมได้ง่ายด้วยเช่นกัน รวมถึงวรรณวิภา ชำนาญ และคณะ (2560) ที่นำแนวทางการจัดการกับความโกรธมาพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับความโกรธสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ปรากฏว่าโปรแกรมการจัดการกับความโกรธมีประโยชน์ สามารถแก้ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวและผู้ป่วยยังสามารถควบคุมตนเองไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

3. ผลการทดสอบโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการทดลองและติดตามหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากได้นำแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Beck, 1995) มาร่วมพัฒนาซึ่งได้ผลการศึกษานองเดียวกับที่อัญชลี วิจิตรปัญญา และ มยุรี กลั้ววงษ์ (2565) ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง พบว่าในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีคะแนนพฤติกรรมรุนแรงต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงนำแนวทางการจัดการความโกรธ (Novaco, 1975) มาร่วมด้วย

อีกทั้งยังสอดคล้องกับวรรณวิภา ชำนาญ และคณะ (2560) ได้แสดงทัศนะไว้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ตามความเป็นจริง สามารถสงบจิตใจตนเองด้วยการควบคุมตัวเองและควบคุมความโกรธได้ จึงช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับของสังคม

เช่นเดียวกับ Glancy and Saini (2005) ได้ทบทวนการบำบัดความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม พบว่าการบำบัดสามารถลดความโกรธในผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากความโกรธได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดการบำบัดทางจิตสังคมตามที่กรมสุขภาพจิต (2560) กล่าวว่าจะสามารถนำมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการทำจิตบำบัดเพื่อให้เข้าใจปัญหา สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจการยอมรับและสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวของผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและประโยชน์ของการรับประทานยา ตลอดจนฟื้นฟูทักษะการใช้ชีวิตและการรู้จักคิด เป็นต้น

4. ผลการประเมินการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ถือว่าเป็นนวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) (Smith, 2006) ทางด้านการบริการสุขภาพ (Health Service Innovation) ที่สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้เมื่อเทียบกับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งพบว่าบางครั้งนวัตกรรมที่สร้างขึ้นอาจเกิดความล้มเหลวและไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ใช้งาน ดังนั้น จึงควรได้รับการประเมินผลการใช้และยอมรับในคุณภาพผลงานนวัตกรรมจากผู้ใช้งานในเบื้องต้นก่อน (Vashishth, 2014; สุริยา ฟองเกิด และคณะ, 2563) ซึ่งโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมนี้ถือว่าได้ผ่านการยอมรับและทดลองใช้ โดยผลบ่งชี้ว่ามีความเหมาะสมและการนำไปใช้ในการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว

ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบกับได้ประเมินผลโปรแกรมหลังการทดลองจากผู้ป่วย พยาบาลจิตเวช และญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจในโปรแกรมที่สามารถพัฒนากระบวนการคิด การดูแลตนเอง การควบคุมอารมณ์ การปรับตัวกับสังคม เรียนรู้และพัฒนาตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน และลดพฤติกรรมก้าวร้าวในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามผลกับผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อเนื่องอย่างน้อยอีก 3 เดือน 6 เดือนหรือ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงทนในการลดพฤติกรรมก้าวร้าว และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำทักษะต่าง ๆ ไปปฏิบัติในระยะยาวได้อย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมโดยร่วมกับปัจจัยอื่นเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ เช่น ปัจจัยการใช้ยา/ไม่ใช้ยา ร่วมในการรักษา ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมในเชิงระบบด้วยการนำไปใช้ทุกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ หรือนำไปปรับใช้กับโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ หรือกับบริบทอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์). กรมสุขภาพจิต.

- กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต*. กรมสุขภาพจิต.
- กัลยา ดาสา. (2561). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นที่กระทำความผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). การกำหนดขนาดตัวอย่างในการทดสอบสมมติฐานวิจัย (เอกสารประกอบการบรรยาย). ศูนย์การเรียนรู้ทางการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- บุญศรี มะมิง และวินิกาญจน์ คงสุวรรณ. (2566) รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 15(1), 62-97.
- พยุ้งศักดิ์ ผางแก้ว และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ. (2562). ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(1), 53-69.
- พัชรินทร์ อรุณเรือง. (2563). การพัฒนาต้นแบบและผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออกต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 14(1), 39-54.
- เพชร คันธยาบัว, วัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์, กฤตนิษฐ์ แก้วยศ, และวีระ เนธิกุล. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 14(2), 16-28.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์. (2564). *สรุปรายงานประจำปีงบประมาณ 2564*. โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2563). *คู่มือแบบประเมินคัดกรองโรคจิตและปัญหาสุขภาพจิต*. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- วัชรภรณ์ ศรีเรือน, ภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ, และวราวุธ กิตติสัมพันธ์. (2563). ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะอาการนำของโรคจิตเภท: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *พยาบาลสาร*, 47(4), 76-87.
- วรรณวิภา ชำนาญ, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, และสมบัติ สกฤตพรณ์. (2560). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธสำหรับผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษาโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. *พยาบาลสาร*, 44(3), 125-133.
- สุกมา แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, และวัชร มีศิลป์. (2563). *คู่มือ: การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาและสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
- สุจรรยา โลหาชีวะ. (2561). ความเครียดและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 11(1), 60-67.
- สุริยา ฟองเกิด, สุนันท์ ลินเชื้อศักดิ์กุล, และสืบตระกูล ตันตลานุกุล. (2563). นวัตกรรมบริการสุขภาพ: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0. *วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข*, 20(2), 10-22.
- อรพิน สติธมน. (2562). *พฤติกรรมบำบัด*. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อัญชลี วิจิตรปัญญา และมยุรี กลับวงษ์. (2565). การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(1), 120-147.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basic and Beyond*. Guilford Press.
- Beck, R., & Fernndes, E. (1998). Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Anger: A Meta-Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22(1), 63-74.
- Chan, H. Y., Lu, R. B., Tseng, C. L., & Chou, K. R. (2003). Effectiveness of the anger control program inducing anger expression in patient with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(2), 88-95.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Delaney, M. (2011). Perceptions of cause and control of impulse control behaviours in people with Parkinson's disease. *British Journal of Health Psychology*, 17(3), 522-535.

- Dunbar, B. (2004). Anger Management: A Holistic Approach. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10(1), 16-23.
- Edmonds, W. A., & Kennedy, T. D. (2017). *An Applied Reference Guide to Research Designs: Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods* (2nd ed.). SAGE.
- Glancy, G., & Saini, M. A. (2005). An evidence-based review of psychological treatments of anger and aggression. *Brief Treatment and crisis Intervention*, 5(2), 229-248.
- Hakvoort, L., Bogaerts, S., Thaut, M. H., & Spreen, M. (2015). Influence of music therapy on coping skills and anger management in forensic psychiatric patients: an exploratory study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(8), 810-836.
- Han, D. H., Pack, D. B., Na, C., Bail, S. K., & Yung, S. L. (2004). Association of aggressive behavior in Korean male schizophrenic patients with polymorphisms in the serotonin transporter promoter and catecholamine-O-methyltransferase genes. *Psychiatry Research*, 129(1), 29-37.
- Martha, L. C. (2000). *Understanding and treating violence psychiatric patients*. American Psychiatric Association.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington.
- Smith, D. (2006). *Exploring Innovation*. McGraw-Hill Education.
- Stanley, S., & Schwetha, S. (2006). Integrated Psychosocial Intervention in Schizophrenia: Implications for Patients and Caregivers. *Intonational Luomala of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 13-128.
- Vashishth, M. (2014). Role of IT in HRM: Opportunities and Challenges. *Indian Journal of Research*, 3(4), 159-160.
- Walker, S. (2014). *Psychosocial interventions in mental health nursing*. Learning Matters.
- Yudofsky, S., Silver, J. M., & Jackson, W. (1986). The overt aggressive scale for the objective rating scale of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35-39.