วารสาร
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567 Vol.38 No.3 September – December 2024

ISSN 3027-8031 (online)

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน

  บุษกล ศุภอักษร
- ผลของการเสนอตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน

  ปาลิดา พละศักดิ์, ชาลินี สุวรรณยศ, หรรษา เศรษฐบุปผา
- การพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนครราชสีมาด้วยเทคโนโลยีเคลื่อนที่และการประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ

  รณชัย ชื่นธวัช, ศิริพร เลิศยิ่งยศ, ภัทรีญา ชุมชิต
- ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน

  สาวิตรี ศตคุณากร, ชาลินี สุวรรณยศ, หรรษา เศรษฐบุปผา
- การพัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา

  อรัญญา แพจุ้ย, นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์, ลษิตา ศรีธรรมชาติ, อมรรัตน์ ชัยนนถี, รุ่งทิวา ใจจา
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถานศึกษาแห่งหนึ่ง

  สุภารัตน์ อภิติกุลวงษ์, ประกาศิต พูลวงษ์, จารุวรรณ ก้านศรี, ภัทรวดี ศรีนวล

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

จุดประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ

2. เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็น ประสบการณ์ทางด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

4. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงานวิชาชีพ

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

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

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	อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์	อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
รศ.สมศร เชื้อหิรัญ	อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
นางวัชราภรณ์ อุทโยภาส	อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
นางกัลยา ภักดีมงคล	อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
นางกาญจนา เหมะรัต	อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย	อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
ศ.ดร.มรรยาท รุจิวิชชญ์	อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
ดร.มยุรี กลับวงษ์	นายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

รองบรรณาธิการ

รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นางสาวพัชริน คุณค้ำชู	กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.เอกอุมา อิ้มคำ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.วารีรัตน์ ถาน้อย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อ.นิรันญา นฤพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ.ดร.วัชรินทร์ วุฒิรณฤทธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
อ.ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี
ผศ.เครือวัลย์ ศรียารัตน์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ผศ.ว่าที่ ร.ต.ธีระยุทธ เกิดสังข์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ดร.สุนทรี ศรีโกไศย	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
ดร.กุณฑ์ชลี เพียรทอง	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทย์ทหารเรือ
นางสาวนิรมล ปะนะสุนา	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

ผู้จัดการวารสาร

นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

คณะกรรมการที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย ประจำปี 2563 - 2566

กรรมการที่ปรึกษากิตติมศักดิ์	อธิบดีกรมสุขภาพจิต
กรรมการที่ปรึกษาทางกฎหมาย	ทนายเสรี สุวรรณ์
กรรมการที่ปรึกษา	นายกสภาการพยาบาล
	นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
	รองศาสตราจารย์ สมศร เชื้อหิรัญ
	รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
	รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย
	ศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิชชญ์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก
	ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

ประจำปี 2563 - 2566

นางสาวมยุรี กลับวงษ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา	นายกสมาคม
นางพรทิพย์ คงสัตย์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	อุปนายกสมาคม คนที่ 1
นางอัญชลี วัดทอง	ข้าราชการบำนาญ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	อุปนายกสมาคม คนที่ 2
ผศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	เลขาธิการและประธานฝ่ายวารสาร
นางสาวโสรยา ศุภโรจนี	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเลขาธิการ
นางดวงตา กุลรัตนญาณ	ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	เหรัญญิก
นางพรเพ็ญ นิลกิจ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรัญญิก
นางสาวพิมพ์ขนา ศิริเหมอนันต์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรัญญิก
ผศ.ดร.ชลพร กองคำ	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายวิชาการและบริการชุมชน
ดร.อุทยา นาคเจริญ	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและบริการชุมชน
นางพนิดา รัตนไพโรจน์	สถาบันราชานุกูล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและบริการชุมชน
นางสาวอนงค์นุช ศาโสรก	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและบริการชุมชน
นางเพลิน เสี่ยงโชคอยู่	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและบริการชุมชน
รศ.ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและบริการชุมชน
นางพรทิพย์ ธรรมวงศ์	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	ประธานฝ่ายจัดหาทุน
นางวีณา วิทยเจียกขจร	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน
นายอัชฌา หร่ายลอย	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน
นางนารีรัตน์ รุจิรพิพัฒน์	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์และปฏิคม
นางสาวธัญชนก จิงา	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์และปฏิคม
อ.ดร.ภาศิษฎา อ่อนดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์และปฏิคม
ผศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
อ.นิรันญา นฤพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
น.ต.หญิง ยุวดี วงษ์แสง	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
นางรื่นฤดี ลิ้มฉาย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	นายทะเบียน สวัสดิการและผู้จัดการสำนักงาน
นางสาววริศรา ใจคำปัน	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยนายทะเบียน สวัสดิการและผู้จัดการสำนักงาน

บรรณาธิการแถลง

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3/2567 ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัย จำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน 2) ผลของการเสนอตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน 3) การพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนครราชสีมาด้วยเทคโนโลยีเคลื่อนที่และการประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ 4) ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน 5) การพัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา และ 6) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถานศึกษาแห่งหนึ่ง บทความทุกเรื่องนอกจากมีความน่าสนใจในเนื้อหาให้ได้เรียนรู้และต่อยอดต่อไปแล้ว ยังเห็นได้ว่าพยาบาลจิตเวชนั้นมีการพัฒนาศาสตร์ของตนเองให้ก้าวหน้า ครอบคลุมบุคคลตลอดช่วงวัย พร้อมกันนี้ขอเชิญผู้สนใจทุกท่านสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ และส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน เพื่อเป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพทั้งนี้ ในปัจจุบันการส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้น ผู้นิพนธ์สามารถส่งทางเว็บไซต์ของวารสารฯและขอให้ผู้นิพนธ์ได้โปรดอ่านทำความเข้าใจกับขั้นตอนในการตีพิมพ์และปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งบทความต้นฉบับอย่างเคร่งครัด

ทั้งนี้ บรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในและภายนอกกองบรรณาธิการ ที่กรุณาให้ความเอื้อเฟื้อ ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ส่งบทความวิจัยมาเผยแพร่ทำให้เห็นว่าการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้นมีการพัฒนาก้าวทันในยุคแห่งการเปลี่ยนผ่าน และช่วยให้วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนาวิชาชีพ ตลอดจนพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป ขอให้ทุกท่านสุขภาพแข็งแรง ปลอดโรค ปลอดภัยนะคะ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม
บรรณาธิการ

สารบัญ

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567

	หน้า
บทความวิจัย	
ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน บุษกล ศุภอักษร	1 - 14
ผลของการเสนอตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วย ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน ปาลิดา พละศักดิ์, ชาลินี สุวรรณยศ, หรรษา เศรษฐบุปผา	15 - 31
การพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนครราชสีมา ด้วยเทคโนโลยีเคลื่อนที่และการประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ รณชัย ชื่นธวัช, ศิริพร เลิศยิ่งยศ, ภัทรีญา ชุมชิต	32 - 48
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน สาวิตรี ศตคุณากร, ชาลินี สุวรรณยศ, หรรษา เศรษฐบุปผา	49 - 63
การพัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา อรัญญา แพจุ้ย, นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์, ลษิตา ศรีธรรมชาติ, อมรรัตน์ ชัยนนถี, รุ่งทิวา ใจจา	64 - 86
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถานศึกษาแห่งหนึ่ง สุภารัตน์ อภิติกุลวงษ์, ประกาศิต พูลวงษ์, จารุวรรณ ก้านศรี, ภัทรวดี ศรีนวล	87 - 101

THE EFFECT OF NURSING CARE AT HOME WITH FAMILY AND COMMUNITY PARTICIPATION PROGRAM ON BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMTOMS OF DEMENTIA (BPSD) OF THE ELDERLY WITH DEMENTIA IN COMMUNITY

*Bussakhon Suphaaksorn, M.N.S.**

Abstract

Objective: The purpose of this research was to compare the behavioral and psychological problems of elderly the with dementia in the community before and after nursing care at home with family and community participation program.

Methods: One group pretest-posttest design. The concept of person- centered care was applied in the care of elderly people with the behavioral and psychological problems of elderly people with dementia in the community. It consisted of 6 steps: 1) providing information about dementia to care givers and public health volunteers; 2) relationship building/Assessment of patient and family conditions 3) nursing planning according to needs and problem conditions 4) knowledge/skill training for rehabilitation 5) environmental management 6) monitoring and evaluation. Data were collected using the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire Thai version (NPI-Q Thai). reliability .95. Data were collected with 30 patients aged over 60 years between March - July 2023. Statistics used in data analysis were percentage, mean, standard deviation and Paired t-test.

Results: The study found that behavioral and psychological problems among elderly people with dementia in the community after receiving the program were less than before. The study result was statistically significant (p-value < .01).

Conclusion: The results of this study show that home nursing programs with family and community involvement. It helps to reduce behavioral and mental problems of the elderly with dementia in the community.

Keywords: behavioral and psychological problems, dementia, elderly, nursing care at home, family and community participation

**Corresponding author: Registered Nures, Ratchaburi Hospital, e-mail: moobamboom@hotmail.com*
Received: 27 August 2023, Revised: 20 January 2024, Accepted: 27 January 2024

ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน

*บุษกล ศุภอักษร, พย.ม.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

วิธีการศึกษา : การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว โดยใช้แนวคิดการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในชุมชน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) ให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) สร้างสัมพันธภาพ/การประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัว 3) การวางแผนการพยาบาลตามความต้องการและสภาพปัญหา 4) การให้ความรู้/ฝึกทักษะ เพื่อฟื้นฟูสภาพ 5) การจัดสิ่งแวดล้อม 6) การติดตามประเมินผล เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล Neuropsychiatric Inventory Questionnaire Thai version (NPI-Q Thai) ค่าความเชื่อมั่น .95 เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน ระหว่างเดือนมีนาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2566 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา : ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมพบน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value < .01)

สรุป : ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สามารถลดปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน, ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ, ผู้สูงอายุ, พยาบาลที่บ้าน, สมองเสื่อม

**ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชบุรี, e-mail: moobamboom@hotmail.com*

วันที่รับ: 27 สิงหาคม 2566, วันที่แก้ไข: 20 มกราคม 2567, วันที่ตอบรับ: 27 มกราคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ระบุว่าในปัจจุบันพบทั่วโลกมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 55 ล้านคน และคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่า 139 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 (World Health Organization, 2021) โดยคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นราว 9.9 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2017) ส่งผลให้ภาวะสมองเสื่อมกลายเป็นปัญหาหลักด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล สำหรับภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยนั้น จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุรวมจำนวนทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด และพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ยร้อยละ 2 ถึง10 จึงคาดการณ์ได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยอาจมีจำนวนสูงถึงกว่าล้านคน (ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์, 2564)

โรงพยาบาลราชบุรีมีผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองราชบุรี เข้ามารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกจำนวน 293 ราย ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและจิตใจส่งไปรับการตรวจที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรีจำนวนทั้งสิ้น 241 ราย (งานสารสนเทศ โรงพยาบาลราชบุรี, 2565) คิดเป็นร้อยละ 82.25 ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการดำเนินโรคแบบเสื่อมลงเรื่อย ๆ ส่งผลต่อการรู้คิดและความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันที่ลดลง โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) เช่น อาการกระสับกระส่าย (agitation) ก้าวร้าว (aggression), การตะโกนร้องซ้ำ ๆ (calling out repeatedly) การนอนหลับแปรปรวน (sleep disturbance) อาการเดินไปเดินมาแบบไร้จุดหมาย (wandering) และ เฉยเมย (apathy) พบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมตลอดการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดในผู้ดูแล (Sopina et al., 2017; Pijl-Zieber, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่าความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยทำนายการเข้ารับการรักษาในสถานบำบัด (Chapman et al., 2020) รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Feast et al., 2016)

การบำบัดปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อมมักใช้กลุ่มยาทางจิตเวช แต่มักพบอาการข้างเคียงจากยาค่อนข้างมาก เช่น ง่วงนอนในเวลากลางวัน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ยาบางชนิดมีผลต่อระบบการไหลเวียนและหลอดเลือดสมอง อาจทำให้เสียชีวิตได้หากใช้ในปริมาณหรือชนิดที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาของ Hsu et al. (2017) ให้ข้อเสนอแนะว่าควรศึกษาเพิ่มเติมในการบำบัดผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบไม่ใช้ยา เนื่องจากพบว่ามีผลดีในการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะยาว และลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช ซึ่งจะต้องมีการศึกษาพัฒนารูปแบบโปรแกรมที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้น

การพัฒนารูปแบบการบำบัดโดยไม่ใช้ยาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ หากมีการพัฒนาและบูรณาการให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจะช่วยลดความรุนแรงของ BPSD และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น รวมทั้งลดภาระการดูแลได้ โดยควรใช้เป็นทางเลือกแรกก่อนการเลือกใช้ยา (Baharudin et al., 2019) ปัจจุบันพบว่ามีความหลากหลาย เช่น ใช้หลักการจัดบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และมีการติดตามการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ (พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, 2563) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูและ การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเหมาะสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน (สาคร อินโท่โล, 2563) กิจกรรมด้านจิตสังคม ประกอบด้วย 1) การออกกำลังกาย 2) การปลูกต้นไม้ดอกไม้ 3) การบริหารสมอง 4) การกระตุ้นการรับรู้ความจริงและ 5) การกระตุ้นประสาทสัมผัส (สนธยา มณีรัตน์ และคณะ, 2561) โปรแกรมการดูแลแบบ ฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม (ธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561) โปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัว (ปณวัตร สันประโคน และคณะ, 2563) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพ (ธวัชชัย เขื่อนสมบัติ และคณะ, 2562) โปรแกรมการส่งเสริมการรู้คิดโดยใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการกระตุ้นประสาทการรับรู้หลายด้าน (อาทิตยา สุวรรณ์ และ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2564) การออกกำลังกาย (exercise therapy) ดนตรีบำบัด (music therapy) สุคนธบำบัด (aromatherapy) การบำบัดด้วยสัตว์ (pet therapy) การบำบัดด้วยแสงสว่าง (bright light therapy) การบำบัดโดยการกระตุ้นประสาทความรู้สึก (multisensory therapy) การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความจริง (reality orientation) การระลึกความทรงจำดี ๆ ในอดีต (reminiscence therapy) เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ถึงแม้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีหลากหลายวิธี แต่ยังไม่มีการให้การพยาบาลที่บ้าน ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถใช้ชีวิตได้ตามสภาพความเป็นอยู่ สภาพบ้าน สภาพสิ่งแวดล้อม และชุมชนที่อาศัยอยู่จริง ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจโดยการใช้โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลสามารถ เรียนรู้ เข้าใจสภาพปัญหาและมีแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมฯ และผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

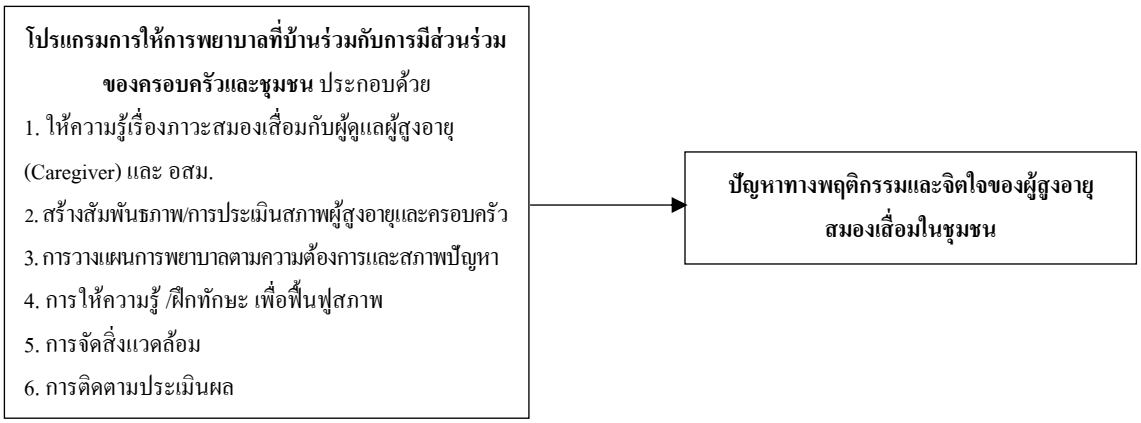
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

โดยนำแนวคิดการดูแลโดยยึดบุคคลเป็น

ศูนย์กลาง นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในชุมชน ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียว (one group pretest-posttest design) วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในชุมชน ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี และอาศัยอยู่ในชุมชนเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม - เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตัวแปรตาม คือ ปัญหาทางจิตและพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ซึ่งออกแบบการทดลองดังนี้

O_1 X O_2

โดย X = โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

O_1 = คะแนนปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนก่อน

ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

O_2 = คะแนนปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรค ของ ICD-10 และมีกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญาที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม อาศัยอยู่ในชุมชนเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรค ของ ICD-10 และมีกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญา ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี และอาศัยอยู่ในชุมชนเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน โดยได้จากการสุ่มแบบเจาะจง จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการ

1. ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรคของ ICD-10

2. ผู้สูงอายุและผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ

3. มีคะแนนประเมิน Neuropsychiatric Inventory Questionnaire Thai version (NPI-Q Thai) พบปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอย่างน้อย 1 ด้าน

เกณฑ์การคัดออกร่วมโครงการ

1. ผู้ร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย

2. ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพทางกายจนเป็นอุปสรรคขณะเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

การวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อำนาจการทดสอบ (power analysis) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการพิจารณาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.5 และกำหนด α = .05 Power = .80 ซึ่งทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 28 คน เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือให้ดีขึ้นจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เป็นการให้บริการพยาบาล ณ ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่อย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการ โดยประยุกต์ทฤษฎีแนวคิดการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง (พัชรี คมจักรพันธุ์, 2562) และนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ มีขั้นตอนดังนี้ กิจกรรม

ที่ 1 ให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ อสม. วัตถุประสงค์เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ เห็นความสำคัญ มีทัศนคติที่ดี และสร้างทีมในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในพื้นที่ ใช้ระยะเวลา 1 วัน กิจกรรมที่ 2 ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคลและครอบครัวร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือ อสม. ที่ได้รับการอบรม เพื่อให้การพยาบาลที่บ้านตามโปรแกรมฯ วัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพและประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง มีการนัดหมายเพื่อเยี่ยมติดตามในครั้งต่อไป และโทรเตือนก่อนถึงวันนัดเยี่ยมบ้านทุกครั้ง กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการพยาบาลตามความต้องการและสภาพปัญหา วัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหาทางการพยาบาลระหว่างผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน เช่น เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง/ถูกทำร้ายร่างกาย หรือทำร้ายผู้อื่นและสัมพันธภาพบกพร่อง เนื่องจากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ /ฝึกทักษะ ตามแผนการพยาบาลที่ร่วมกันคิดไว้ วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ได้ฝึกทักษะ เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 5 การจัดสิ่งแวดล้อม โดยสำรวจและประเมินสภาพบ้าน/ สิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน ประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน วัตถุประสงค์เพื่อให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วยยังคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้มากที่สุด และลดอาการปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง และกิจกรรมที่ 6 การติดตามประเมินผลตามแผนการพยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เงินออม ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลักและความสัมพันธ์/เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

2.2) แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire Thai version (NPI-Q Thai) มีค่าความเชื่อมั่น .95 เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการพัฒนาของแพทย์หญิงโสพพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ และคณะ และนำมาประยุกต์ใช้ ได้จากการซักประวัติญาติหรือผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ 12 ด้าน ได้แก่ ความคิดหลงผิด ประสาทหลอน กระสับกระส่าย/ ก้าวร้าว ซึมเศร้า/ ละเหี่ยใจ ความวิตกกังวล อาการรื่นเริงเกินเหตุ ความเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ ไร้อารมณ์ ความไม่ยับยั้งชั่งใจ อารมณ์หงุดหงิด/ เปลี่ยนแปลงง่าย พฤติกรรมแปลก การนอนหลับ/ ปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางคืน และความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ โดยแต่ละด้าน ให้ตอบ “มี” เมื่ออาการที่ปรากฏต่อเนื่องใน

เดือนที่ผ่านมา ตอบ “ไม่มี” เมื่อไม่ปรากฏอาการชัดเจน

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ อยู่ระหว่าง 0 - 3 คะแนนในแต่ละด้าน คะแนน 0 คะแนน แสดงว่า ไม่มีอาการแสดงในด้านนั้น คะแนน 1 คะแนน แสดงว่า ความรุนแรงของอาการในด้านนั้นอยู่ในระดับน้อย คะแนน 2 คะแนน แสดงว่า ความรุนแรงของอาการในด้านนั้นอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 3 คะแนน แสดงว่า ความรุนแรงของอาการในด้านนั้นอยู่ในระดับรุนแรง แล้วนำคะแนนความรุนแรงของอาการในแต่ละข้อมาหาคะแนนรวม แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971)

ระดับน้อย (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60) คะแนนอยู่ระหว่าง 0.00 - 21.00 ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 - 79) คะแนนอยู่ระหว่าง 22.00 - 28.00 ระดับรุนแรง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) คะแนนอยู่ระหว่าง 29.00 - 36.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบและให้คำแนะนำก่อนนำไปใช้ มีค่าความเที่ยงตรง .95

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ อสม. เพื่อสร้างทีมในการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยจัดอบรมชี้แจงแนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุและ อสม. ในเขตอำเภอเมืองราชบุรี นัดหมายกำหนดการแผนการดำเนินงานลงพื้นที่ ให้เบอร์ติดต่อ และสร้างกลุ่มไลน์เพื่อใช้ประสานงานร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 - 6 ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคลและครอบครัวร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุและ อสม. ที่ได้รับการอบรม เพื่อให้การพยาบาลที่บ้านตามโปรแกรมฯ 7 กิจกรรม ๆ ละ 1 - 2 ชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 5 สัปดาห์ มีการนัดหมายเพื่อเยี่ยมติดตามในครั้งต่อไป และโทรเตือนก่อนถึงวันนัดเยี่ยมบ้านทุกครั้ง โดยให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัย และขอเบอร์ของผู้ป่วย เพื่อติดตามประเมินผลทางโทรศัพท์หรือ Line application

ขั้นตอนที่ 2 ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคลและครอบครัวร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ สร้างสัมพันธภาพ และการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมกับให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยทำแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ใช้เวลาประมาณ 15 - 30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาลตามความต้องการและสภาพปัญหา และลงเยี่ยมบ้านตามแผนการพยาบาลที่วางไว้

ขั้นตอนที่ 4 การให้ความรู้ /ฝึกทักษะ เพื่อฟื้นฟูสภาพ แก่ผู้สูงอายุและญาติ ตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล

ขั้นตอนที่ 5 การจัดสิ่งแวดล้อม ตามหลักการ

จัดบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยสำรวจและประเมินสภาพบ้าน/ สิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับแต่ละครอบครัว

ขั้นตอนที่ 6 การติดตามประเมินผล ให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยทำแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ใช้เวลาประมาณ 15 - 30 นาที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรี ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากการสุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใด ๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง เน้นย้ำกลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมทั้งสิ้น 30 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 36.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 43.3 ผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์/เกี่ยวข้องเป็นบุตร ร้อยละ 46.7 และมีรายได้ต่อปี 10,000 - 30,000 บาท ร้อยละ 56.7 มีเงินออม ร้อยละ 53.3 ระยะเวลาเจ็บป่วย 4 - 6 ปี ร้อยละ 63.3 และจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 3 คน ร้อยละ 53.3

การเปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

จากการวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้ารับโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอยู่ในระดับรุนแรงน้อย (mean = 20.33, SD = 7.03) หลังจากเข้ารับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ อยู่ในระดับน้อยเช่นกัน (mean = 6.43, SD = 5.64) เมื่อเปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value < .01)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 30)

ความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	16	53.3	29	96.7
ปานกลาง	8	26.7	1	3.3
รุนแรง	6	20.0	0	0.0
	mean = 20.33, SD = 7.03		mean = 6.43, SD = 5.64	
	min = 6.00, max = 32.00		min = 2.00, max = 28.00	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (n = 30)

ความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ	mean	SD	df	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	20.33	7.03			
หลังได้รับโปรแกรม	6.43	5.64	29	12.92	.00*

*p < .01

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value < .01) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานสามารถอธิบายได้ว่าความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมนั้น เนื่องจากโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของสมาชิก ในครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุแบบพึ่งพาตนเอง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และสนับสนุนบุคลากรในชุมชน คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความสามารถด้านการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นและอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข ประกอบกับนำแนวคิดการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านที่มีคุณภาพ (McCormack , 2016) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบมีดังนี้ V: Value people with dementia คือการให้คุณค่าและเห็นความสำคัญของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม I: Treat people as individual คือการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล P: The perspective of the person with dementia คือ การเข้าใจโลกจากมุมมองของบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม S: A positive social environment คือการจัดสิ่งแวดล้อมด้านสังคมที่ตอบสนองต่อความต้องการ ด้านจิตใจ/ จิตวิญญาณ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) ให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) สร้างสัมพันธภาพ/การประเมินสภาพผู้สูงอายุและครอบครัว 3) การวางแผนการพยาบาลตามความต้องการและสภาพปัญหา 4) การให้ความรู้ /ฝึกทักษะ เพื่อฟื้นฟูสภาพ 5) การจัดสิ่งแวดล้อม 6) การติดตามประเมินผล ซึ่งจะส่งผลให้ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองกาย จิต สังคมได้อย่างเป็นองค์รวม สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่กำลังเผชิญ และมีวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ อันจะช่วยส่งผลต่อการลดปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนได้ดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้อย่างมีความสุข ช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว รวมทั้งทำให้จำนวนผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่จะต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณภัทร จารุจุฑารัตน์ (2560) ที่ศึกษาเรื่องกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมือง พระพุทธบาท

อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี พบว่าสมาชิกในครอบครัวสะท้อนปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม และได้ร่วมกันเสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไว้ 4 กิจกรรม และได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า การแสดงบทบาทของครอบครัวและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มขึ้นก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุแบบพึ่งพาตนเอง หากส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวทำให้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นและอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกิจกรรมของโปรแกรมเป็นการเยี่ยมประเมินสภาพผู้สูงอายุและครอบครัวที่เห็นสภาพจริงที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งพบปัญหาที่แตกต่างกันในแต่ละรายบุคคล โดยกิจกรรมของโปรแกรมมีการวางแผนการพยาบาลตามความต้องการและสภาพปัญหาที่พบ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลระยะยาวโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาและสนับสนุนบุคลากรให้มีความสามารถด้านการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยสนับสนุนการดูแลภาวะสมองเสื่อมที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเช่นกัน รวมถึงมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ได้แก่ เภสัชกรสอนแนะนำเรื่องการรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด เพื่อสอนการทำกายภาพ หรือการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยที่บ้าน และนัดทำกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือเรื่องสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสิทธิคนพิการ เบี้ยยังชีพคนพิการ การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การพลัดตกหกล้มที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ ซึ่งเห็นได้ว่าโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนนั้นทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็ส่งผลให้ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจลดลงได้เช่นกัน (Feast et al., 2016)

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ไปใช้พื้นที่เขตอำเภออื่น ๆ

1.2 โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อกระตุ้นและ

สนับสนุนให้ผู้สูงอายุ และครอบครัวได้นำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเกิดเป็นทักษะที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม และครอบครัวสามารถปฏิบัติได้เองโดยอัตโนมัติระหว่างการดำเนินชีวิตในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ทำให้เกิดการคงอยู่ของความรู้ทักษะ และความสามารถในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ส่งผลให้ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนลดลง โดยการติดตามไปประเมินผลที่บ้านในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชนเช่นเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ว่ามีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจแตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุในแต่ละโรค

2.3 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะกลับไปสู่ชุมชน และสามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 ควรมีการศึกษาวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นด้วย เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยว่ามีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจแตกต่างกันหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

งานสารสนเทศ โรงพยาบาลราชบุรี. (2565). *ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี*. โรงพยาบาลราชบุรี.

ณภัทร จารุจุฑารัตน์. (2560). กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมืองพระพุทธบาท อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร.*,4(2), 160-174.

ธวัชชัย เชื่อนสมบัติ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, และอารีย์ วรรณอ่วมตานี. (2562). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 233-241.

ธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2561). ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบ ฮิวแมน นิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมอง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 241-249.

นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). สถิติชวนใช้. ไอคอนพริ้นติ้ง. ปณวัตร สันประโคน, อรนุช ชูศรี, และศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล, (2563). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 45-56

พัชรี คมจักรพันธุ์. (2562). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใน : แนวคิดการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(4).

พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. (2563). สิ่งแวดล้อมในบ้านที่เป็นมิตรสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 3(3), 11-20.

ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์. (2564). ภาวะสมองเสื่อม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(37), 392-398.

สาคร อินโท่โล. (2563). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูและ การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(1).

สนธยา มณีรัตน์, สัมพันธ์ มณีรัตน์, และทิวาวัน คำบรรลือ. (2561). การพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์ และจิตใจ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 12(2), 1-9.

อาทิตยา สุวรรณ์ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรู้คิดโดยใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการกระตุ้นประสาทการรับรู้หลายด้านต่อความสามารถด้านการรู้คิด ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 14(2), 221-234.

Baharudin, A. D., Din, N. C., Subramaniam, P., & Razali, R. (2019). The associations between behavioral- psychological symptoms of dementia (BPSD) and coping strategy, burden of care and personality style among low-income caregivers of patients with dementia. *BMC public health*, 19(4), 1-12.

Bloom, B. S. (1971). Mastery learning. In J. H. Block (Ed.), *Mastery learning, theory and practice* (pp. 47-63). Holt, Rinehart, and Winston.

Chapman, K. R., Tremont, G., Malloy, P., & Spitznagel, M. B. (2020). The role of sexual disinhibition to predict caregiver burden and desire to institutionalize among family dementia caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(1), 42-51.

Feast, A., Orrell, M., Charlesworth, G., Melunsky, N., Poland, F., & Moniz-Cook, E. (2016). Behavioural and psychological symptoms in dementia and the challenges for family carers: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 208(5), 429-434.

Hsu, T. J., Tsai, H. T., Hwang, A. C., Chen, L. Y., & Chen, L. K. (2017). Predictors of non‐pharmacological intervention effect on cognitive function and behavioral and psychological symptoms of older people with dementia. *Geriatrics & gerontology international*, 17, 28-35.

McCance, T., & McCormack, B. (2017). The person-centred practice framework. *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice*, 36-64.

Pijl-Zieber, E. M., Awosoga, O., Spenceley, S., Hagen, B., Hall, B., & Lapins, J. (2018). Caring in the wake of the rising tide: Moral distress in residential nursing care of people living with dementia. *Dementia*, 17(3), 315-336.

Sopina, E., Sørensen, J., Beyer, N., Hasselbalch, S. G., & Waldemar, G. (2017). Cost-effectiveness of a randomised trial of physical activity in Alzheimer's disease: a secondary analysis exploring patient and proxy-reported health-related quality of life measures in Denmark. *BMJ open*, 7(6), e015217.

World Health Organization. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. [cite 2023 Feb 4]. Available from: https://scholar.google.co.th/scholar

World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. [cite 2023 Feb 14]. Available from: https://scholar.google.co.th/scholar

EFFECT OF LIVE MODELING ON AMPHETAMINE USE BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH AMPHETAMINE USE DISORDERS*

*Palida Phalasak, B.N.S.**, Chalinee Suvanayos, Ph.D.***, Hunsa Sethabouppha, Ph.D.*****

Abstract

Objective: To study the effect of live modeling on amphetamine use behaviors among patients with amphetamine use disorders.

Methods: The purpose of this quasi-experiment research. The sample included 40 participants with Amphetamine Use Disorder who received treatment at the In-patient department of Psychiatric Hospital in Ubon Ratchathani Province. They were split equally into either an experimental group or a control group using basic random sampling and drawing lots. The experimental group participated in the live modeling. The control group received routine care. The research instruments utilized were as follows: 1) a personal information questionnaire; 2) the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test-Amphetamine-type Stimulants (The ASSIST-ATS), reliability is 0.82; and 3) live modeling, which was developed by the researcher based on Bandura's concept (1986). The study consisted of six sessions, with each session lasting 45-60 minutes, conducted twice a week. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics.

Results: 1) The mean scores of amphetamine use behaviors among the experimental group at one month after treatment were significantly lower than before treatment ($p < .05$). 2) The mean scores of amphetamine use behaviors among the experimental group one month after treatment were significantly lower than those of the control group ($p < .05$).

Conclusion: Live modeling could effectively reduce amphetamine use behaviors. Therefore, it is recommended that live modeling be implemented as an intervention for patients with amphetamine use disorder to mitigate amphetamine use behaviors.

Keywords: live modeling, amphetamine use behaviors, patients with amphetamine 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: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: chalinee.s@cmu.ac.th*

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

Received: 27 July 2023, Revised: 23 May 2024, Accepted: 31 May 2024

ผลของการเสนอตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน*

*ปาลิดา พละศักดิ์, พยบ.**, ชาลินี สุวรรณยศ, Ph.D.***, หรรษา เศรษฐบุปผา, Ph.D.*****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการเสนอตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีจับฉลาก กลุ่มทดลองได้รับการเสนอตัวแบบจริง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบคัดกรองประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST-ATS) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.82 และ 3) การเสนอตัวแบบจริง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 45 - 60 นาที 2 ครั้งต่อสัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา : 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลอง ในระยะ 1 เดือน หลังได้รับการบำบัดต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในระยะ 1 เดือน หลังได้รับการบำบัดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป : การบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริงสามารถลดพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนได้ จึงควรมีการนำการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริงไปใช้ในการลดพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนต่อไป

คำสำคัญ : การเสนอตัวแบบจริง, พฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน, ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน

**วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

***นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

****ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: chalinee.s@cmu.ac.th*

*****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

วันที่รับ: 27 กรกฎาคม 2566, วันที่แก้ไข: 23 พฤษภาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 31 พฤษภาคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีนเป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลก และนับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยประมาณการว่าประชากรทั่วโลกกว่า 27 ล้านคน หรือร้อยละ 0.5 ของประชากรที่มีอายุระหว่าง 15 - 64 ปี เสพสารแอมเฟตามีน ซึ่งพบมากที่สุดในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC, 2021) สำหรับประเทศไทย พบว่า สารแอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดที่เป็นปัญหามายาวนานและกำลังแพร่ระบาดอย่างหนัก ในปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารแอมเฟตามีนเข้ารับการบำบัดรักษา จำนวน 219,275 ราย 221,969 ราย และ 212,646 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.66 พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 25 - 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.24 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 20 - 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.01 ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 63.61 รองลงมาคือ ผู้ติด ร้อยละ 31.99 และผู้ใช้ ร้อยละ 4.40 (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งการแพร่ระบาดของสารแอมเฟตามีนยังคงระบาดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัจจุบันสารแอมเฟตามีนหาซื้อได้ง่าย และราคาถูกลงมาก

การเสพสารแอมเฟตามีนส่งผลกระทบในทุกมิติของการดำเนินชีวิต ทั้งต่อตัวบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ แนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดความรุนแรงของปัญหา คือ การนำผู้ที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีนเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด แม้ว่าปัจจุบันจะมีแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนอยู่หลากหลาย แต่ภายหลังการบำบัด เมื่อผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับไปใช้ชีวิตในชุมชน มีการกลับไปใช้สารแอมเฟตามีนซ้ำเป็นจำนวนมาก (สุทธิชัย ศิรินวล และคณะ, 2559) จากการทบทวนถึงสาเหตุสำคัญที่ชักนำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารแอมเฟตามีนซ้ำคือ การกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม ๆ ภายใต้สภาพจิตใจที่ไม่พร้อม เมื่อเห็นบุคคลรอบตัวใช้สารแอมเฟตามีน ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคคลในสังคม หรือสื่อสังคมออนไลน์ ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน ทำให้นึกถึงเหตุการณ์เดิม ๆ ความสุขที่เคยได้รับจากการเสพสาร ส่งผลให้ผู้ป่วยหวนกลับไปใช้สารแอมเฟตามีนซ้ำในที่สุด โดยพบว่า หลังได้รับการบำบัดรักษาในระยะเวลา 3 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน มีอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูงถึงร้อยละ 40 - 75 (Kabisa et al., 2021) แสดงให้เห็นว่าหลังเข้ารับการบำบัดรักษาในระยะหนึ่ง ปัญหาสำคัญที่พบมากในผู้เสพติดสารแอมเฟตามีน คือ การกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งการกลับไปเสพซ้ำอยู่เรื่อย ๆ จะส่งผลต่อตัวผู้เสพกลายเป็นผู้ป่วยเสพติดเรื้อรัง มีอาการแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา

ปัญหาการเสพสารแอมเฟตามีนถือเป็นภาวะวิกฤตที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวสารและฤทธิ์ของสาร เมื่อเสพสารแอมเฟตามีนเข้าสู่ร่างกายจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายและจิตใจ เกิดการตื่นตัวของสมอง สามารถทำงาน

ได้นานขึ้น รู้สึกกระปรี้กระเปร่า ไม่ง่วง ไม่หิว มีอารมณ์เคลิ้มสุข จึงมีการใช้สารอย่างผิด ๆ และเกิดการเสพติดสารตามมา (อมาวสี กลั่นสุวรรณ และคณะ, 2561) 2) ปัจจัยภายในตัวบุคคล การที่บุคคลมีความอยากรู้ อยากเห็น อยากลอง มีความต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนและสังคมรอบข้าง การขาดความรู้ และการประสบความล้มเหลวในชีวิต (ศิริรัตน์ นิตยวัน, 2561) และ 3) ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล การอยู่ใกล้แหล่งที่มีการใช้สารแอมเฟตามีนอย่างแพร่หลาย ทำให้สามารถเข้าถึงการเสพสารแอมเฟตามีนได้ง่าย (นัฐพงษ์ นาอุดม และสุภวัฒนากรวงศ์ธนวสุ, 2563) และยังพบว่า สื่อสังคมเป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการใช้สารแอมเฟตามีน เนื่องจากปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้บุคคลเข้าถึงสื่อสังคมได้อย่างอิสระ และเกิดพฤติกรรมเลียนแบบจากสื่อสังคมประเภทต่าง ๆ (อรรถพล ยิ้มยรรยง และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2564) นอกจากนี้ ครอบครัว และบุคคลที่ได้รับการยึดถือให้เป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการสังเกต และเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมโดยอัตโนมัติ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน (ศูนย์บำบัดยาเสพติดเอกชน, 2565) จากปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล หรือสิ่งแวดล้อม ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการสังเกตและเลียนแบบพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน และน่าจะเป็นปัจจัยที่อาจสามารถนำมาพัฒนาแนวทางในการช่วยเหลือโดยการเสนอตัวแบบ (modeling) ได้

จากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้จากการสังเกต หรือการเลียนแบบผ่านตัวแบบ โดยมีกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบที่สำคัญอยู่ 4 ขั้น ได้แก่ 1) ขั้นให้ความสนใจ (attention) 2) ขั้นการจดจำ (retention) 3) ขั้นการกระทำ (production) และ 4) ขั้นแรงจูงใจ (motivation) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2562) ตัวแบบ หมายถึง บุคคลที่แสดงพฤติกรรมในการถ่ายทอดความรู้ ทักษะต่าง ๆ ผ่านทางการรับรู้โดยการมองเห็น (Bandura, 1986) แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ตัวแบบจริง (live model) และตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) โดยตัวแบบจริงจะเป็นตัวแบบที่มีชีวิตจริงที่บุคคลสามารถสังเกต และมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง ไม่ต้องผ่านสื่อหรือสัญลักษณ์อื่น มีข้อดีคือ ตัวแบบสามารถเพิ่มเติมหรือปรับปรุงพฤติกรรม เพื่อให้การแสดงพฤติกรรมชัดเจน หรือเหมาะกับสถานการณ์มากขึ้น รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความคิดและการแสดงออกได้พร้อม ๆ กัน ช่วยให้เกิดความน่าสนใจในตัวแบบได้ดีกว่าการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2562) สำหรับตัวแบบสัญลักษณ์ จะเป็นตัวแบบที่สังเกตผ่านสื่อ หรือสัญลักษณ์ มีข้อดีคือ สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้ล่วงหน้าได้ (Bandura, 1986) นอกจากนี้ยังสามารถควบคุมพฤติกรรมและผลกระทบของตัวแบบได้ และยังสามารถนำกลับมาใช้ในการเสนอตัวแบบได้หลายครั้ง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2562) แต่มีข้อจำกัดคือ ตัวแบบสัญลักษณ์เป็นการสื่อสารทางเดียว ซึ่งอาจจะไม่น่าสนใจสำหรับผู้เรียนบางคน

การเสนอตัวแบบเป็นเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ได้รับการยอมรับว่า เป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพสูง เนื่องจากมีลักษณะใกล้เคียงกับวิถีชีวิตตามธรรมชาติของคนเรา และคนเรานั้นมีแนวโน้มที่จะลอกเลียนแบบซึ่งกันและกันอยู่แล้ว จึงทำให้ผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรมไม่รู้สึกขัดเขิน หรือต่อต้าน จึงสามารถนำมาใช้ในการลด เพิ่ม เสริมสร้างพฤติกรรมใหม่ และปรับปรุงพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้นได้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2562) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศถึงแนวคิดการเกิดพฤติกรรมจากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ได้มีผู้นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังเช่นการศึกษาของ นิศากร โพธิมาศ และคณะ (2551) ที่ศึกษาผลของตัวแบบสัญลักษณ์และตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดเพชรบูรณ์ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ดูตัวแบบสัญลักษณ์ กลุ่มที่อภิปรายตัวแบบจริง และกลุ่มที่ดูตัวแบบสัญลักษณ์ร่วมกับการอภิปรายตัวแบบจริงในระยะหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าในระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ทรูจิลโล และคณะ (Trujillo et al., 2015) ได้ศึกษาถึงวิธีที่วัยรุ่นเรียนรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์ในแง่ของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม การศึกษาเชิงคุณภาพในโบโกตา ประเทศโคลอมเบีย โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน 3 รูปแบบ ได้แก่ การใช้ตัวแบบจริงแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ การใช้ตัวแบบจริงสอนด้วยวาจาเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่ต้องการ และการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงโดยวิธีการใช้ตัวแบบจริงสอนด้วยวาจาเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่ต้องการได้ผลดีที่สุด จากผลการวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การเรียนรู้จากตัวแบบสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ โดยเฉพาะตัวแบบจริงนั้นจะสามารถเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการได้ นอกจากนี้ยังสามารถถ่ายทอดความคิด และการแสดงออกได้พร้อม ๆ กัน ส่งผลให้ผู้เรียนมีความสนใจที่อยากจะเรียนรู้มากขึ้น เช่นเดียวกับตัวแบบสัญลักษณ์ที่มีความน่าสนใจเช่นกัน แต่มีข้อจำกัดอยู่ว่า ตัวแบบสัญลักษณ์นั้นเป็นการสื่อสารทางเดียว อาจสามารถสร้างความสนใจได้ในระยะแรก เมื่อการแสดงของตัวแบบผ่านไประยะหนึ่งอาจจะทำให้เกิดความไม่น่าสนใจสำหรับผู้เรียนบางคน

จากแนวคิดเกี่ยวกับการเสนอตัวแบบ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการเสนอตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน เนื่องจากตัวแบบจริงสามารถสังเกต และมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง ช่วยในการดึงดูดความสนใจ ทำให้ผู้สังเกตเกิดการจดจำ สามารถเน้นจุดสำคัญและพฤติกรรมให้เด่นชัด สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการแสดงออกได้ตามสถานการณ์ ซึ่งทำให้การเรียนรู้จากการเลียนแบบนั้นได้ผลดียิ่งขึ้น โดยคาดหวังว่าผลการวิจัยจะทำให้ได้แนวทางในการช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนสามารถลดหรือเลิกพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนได้

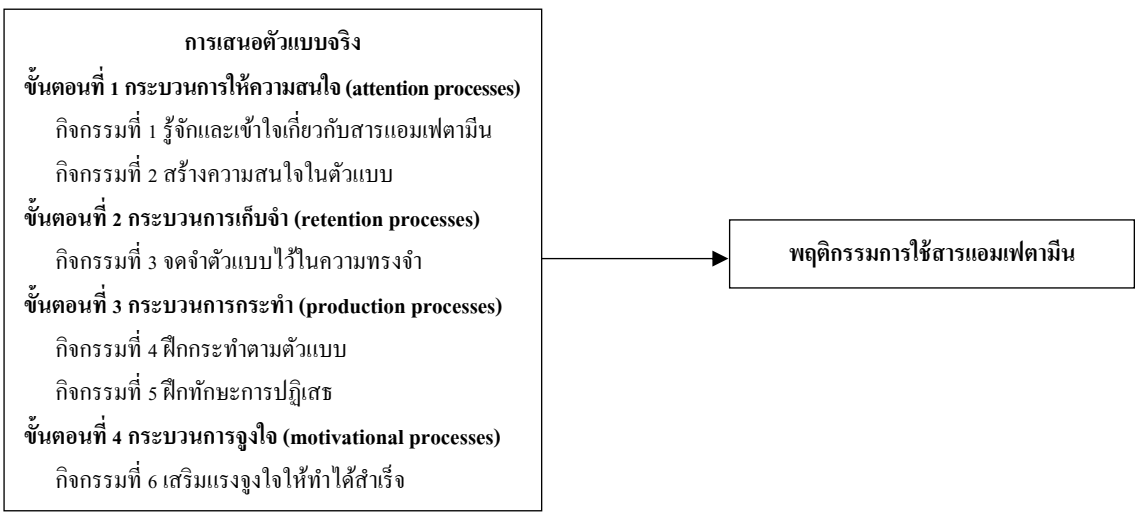
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่ได้รับการเสนอตัวแบบจริง ในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง 1 เดือน หลังได้รับการเสนอตัวแบบจริง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสนอตัวแบบจริง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะ 1 เดือน หลังได้รับการเสนอตัวแบบจริง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้จากการสังเกตผ่านตัวแบบโดยเฉพาะตัวแบบจริง ผ่านกระบวนการ 4 ขั้น ได้แก่ 1) ขั้นให้ความสนใจ (attention) โดยบุคคลจะไม่สามารถเรียนรู้ได้เลยถ้าขาดความสนใจ 2) ขั้นการจดจำ (retention) เป็นการรวบรวมรูปแบบพฤติกรรมของตัวแบบที่ได้สังเกตเห็นทุกครั้ง แล้วนำมาวางรูปแบบให้เด่นชัดขึ้น การจดจำจะเป็นในรูปแบบของสัญลักษณ์ซึ่งเป็นมโนภาพหรือภาษา 3) ขั้นการกระทำ (production) เป็นขั้นตอนที่ผู้สังเกตดัดแปลงสัญลักษณ์จากการจำมาเป็นการกระทำที่เหมาะสม และ 4) ขั้นแรงจูงใจ (motivation) เป็นการจูงใจให้ผู้เลียนแบบแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบที่ตนสังเกต เนื่องจากความคาดหวังว่าการเลียนแบบจะนำประโยชน์มาให้ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดหรือเลิกสารแอมเฟตามีนได้ ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่ได้รับการเสนอตัวแบบจริงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน ในระยะ 1 เดือน หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง

2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่ได้รับการเสนอตัวแบบจริงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน ในระยะ 1 เดือน หลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการเสนอตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน (F15.1, F15.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นผู้มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน (F15.1, F15.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้า การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (sample size) ใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ของงานวิจัยเชิงทดลองมากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.4 อำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ระดับ 0.80 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (α) เท่ากับ 0.05 ผู้วิจัยได้ศึกษาจากวิทยานิพนธ์ของ นิศากร โพธิมาศ และคณะ (2551) ที่ศึกษาผลของตัวแบบสัญลักษณ์และตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดเพชรบูรณ์ ใช้ขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง (effect size) ที่ระดับ 0.68 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ระยะเวลาในการดำเนินการ เดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2566

เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเพศชายหรือเพศหญิง มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี

2. ไม่มีภาวะพร่องทางสมอง จากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (Montreal Cognitive Assessment-Thai [MoCA-Thai]) โดยต้องมีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน

3. มีคะแนนพฤติกรรมความเสี่ยงในการ

ใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน ประเมินโดยแบบคัดกรองประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST-ATS) โดยคะแนนอยู่ในระดับเสี่ยงสูงมากขึ้นไป (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 27)

4. สามารถอ่าน เขียน พูดคุยสื่อสารได้ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน และการมองเห็น

5. ได้รับความยินยอมจากผู้ดูแล

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)

1. มีโรคทางจิต หรือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคทางสมอง โรคลมชัก และโรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย

2. เคยได้รับการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริง หรือกำลังเข้าร่วมการวิจัยอื่น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 108/2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี หนังสือรับรองเลขที่ 2/2566 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับทราบถึงสิทธิ ประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอด ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวหรือยกเลิกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา รวมถึงผลประโยชน์ที่พึงได้รับ การนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาถูกเก็บเป็นความลับ การบันทึกข้อมูลใช้รหัสแทน ชื่อ - สกุล เอกสารทั้งหมดถูกเก็บไว้ในตู้ที่มีกุญแจล็อค ผู้วิจัยถือกุญแจเพียงผู้เดียว ส่วนข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ มีการเข้ารหัสผ่านทุกครั้ง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ การมีคนในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดใช้สารเสพติด การใช้สารแอมเฟตามีนครั้งแรก ระยะเวลาและปริมาณของการใช้สารแอมเฟตามีน จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดรักษา และระยะเวลาที่เคยหยุดใช้สารแอมเฟตามีน

1.2 แบบคัดกรองประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST - ATS) เป็นแบบคัดกรองที่พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล (2555) ปรับปรุงมาจากแบบคัดกรอง The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Test (ASSIST) version 3.1 ฉบับภาษาไทย แปลโดย สาวิตรี อัยณางค์กรชัย และคณะ (2554) ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง และความแม่นยำในการคัดกรองแล้ว โดยมีค่า internal

consistency (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.80 มีค่าความไวร้อยละ 80 ค่าความจำเพาะร้อยละ 71 ประกอบด้วย 8 คำถาม แต่ละคำถามจะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 6 คะแนน มีค่าคะแนนรวมของแบบคัดกรองอยู่ระหว่าง 0 - 39 คะแนน ซึ่งจัดเป็นระดับกลุ่มเสี่ยงได้ 3 ระดับ คือ เสี่ยง มีค่าคะแนน 0 - 3, เสี่ยงมาก มีค่าคะแนน 4 - 26 และเสี่ยงสูงมาก มีค่าคะแนนตั้งแต่ 27 ขึ้นไป ผู้วิจัยได้นำมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย (Montreal Cognitive Assessment-Thai [MoCA-Thai]) แปลเป็นภาษาไทยโดยโสพพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ (2550) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ เพื่อประเมินความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ภาษา ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบความคิดรวบยอด การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = 0.74 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน = 0.91 ค่าความไว 70% ค่าความจำเพาะ 95% มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 30 คะแนน หากผู้ตอบแบบสอบถามมีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี จะมีการเพิ่มคะแนนรวมให้ 1 คะแนน หากคะแนนรวมน้อยกว่า 25 ถือว่ามีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

2.2 แบบคัดกรองประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST - ATS) เป็นแบบคัดกรองที่พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล (2555) ปรับปรุงมาจากแบบคัดกรอง The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Test (ASSIST) version 3.1 ฉบับภาษาไทย แปลโดย สาวิตรี อัยณางค์กรชัย และคณะ (2554) ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง และความแม่นยำในการคัดกรองแล้ว โดยมีค่า internal consistency (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.80 มีค่าความไวร้อยละ 80 ค่าความจำเพาะร้อยละ 71 ประกอบด้วย 8 คำถาม แต่ละคำถามจะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 6 คะแนน มีค่าคะแนนรวมของแบบคัดกรองอยู่ระหว่าง 0 - 39 คะแนน ซึ่งจัดเป็นระดับกลุ่มเสี่ยงได้ 3 ระดับ คือ เสี่ยง มีค่าคะแนน 0 - 3 เสี่ยงมาก มีค่าคะแนน 4 - 26 และเสี่ยงสูงมาก มีค่าคะแนนตั้งแต่ 27 ขึ้นไป ผู้วิจัยได้นำมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ การเสนอตัวแบบจริง เป็นกิจกรรมสำหรับให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนได้เรียนรู้พฤติกรรมของตัวแบบจริง โดยกำหนดลักษณะตัวแบบจริง ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมระยะเวลา 3 สัปดาห์

ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 45 - 60 นาที ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญสารเสพติด 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน ก่อนนำไปใช้จริง มีค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 ซึ่งผ่านเกณฑ์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้ รายละเอียดของกิจกรรมมีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 รู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับสารแอมเฟตามีน เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษา โดยเน้นให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนเห็นถึงผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ และพฤติกรรมเสี่ยงในการกลับไปใช้สารแอมเฟตามีนซ้ำ ได้รับรู้ตนเอง ยอมรับตนเอง สามารถสังเกต และบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองได้ จากการทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับการใช้สารแอมเฟตามีน และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เห็นจุดด้อยของตนเอง และเกิดการพัฒนาตนเองไปในแนวทางที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน

กิจกรรมที่ 2 สร้างความสนใจในตัวแบบ เป็นการนำเสนอตัวแบบจริง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนมีความสนใจที่จะสังเกตตัวแบบจริง ในกิจกรรมนี้เป็นการแนะนำให้สมาชิกรู้จักคำว่า “ตัวแบบจริง” โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ของแต่ละคนเกี่ยวกับบุคคลที่ตนเองรู้จักซึ่งประสบความสำเร็จในการเลิกสารแอมเฟตามีน เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้เกิดสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบจริงที่จะนำมาร่วมในกิจกรรมที่ 3

กิจกรรมที่ 3 จดจำตัวแบบไว้ในความทรงจำ เป็นการให้ตัวแบบจริงได้บอกเล่าประสบการณ์การเลิกใช้สารแอมเฟตามีน พร้อมทั้งวิธีการจัดการกับปัญหาที่นำไปสู่การใช้สารแอมเฟตามีน ตลอดจนวิธีการปฏิบัติที่ทำให้ตัวแบบจริงประสบความสำเร็จในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีน ต่อจากนั้นให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันกับตัวแบบจริงในการวิเคราะห์ปัจจัยและวิธีการจัดการกับปัญหาที่นำไปสู่การใช้สารแอมเฟตามีน และวิธีการปฏิบัติที่ทำให้ตัวแบบจริงประสบความสำเร็จในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีน และจำลองสถานการณ์เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จตามตัวแบบจริง เป็นการซักซ้อมด้วยการกระทำที่นำไปสู่การเลิกใช้สารแอมเฟตามีน ทำให้เกิดการเก็บจำวิธีการจัดการกับปัญหาในรูปแบบสัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปของความจำ

กิจกรรมที่ 4 ฝึกกระทำตามตัวแบบ เป็นการจำลองสถานการณ์สมมติเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่นำไปสู่การใช้สารแอมเฟตามีนของตัวแบบจริง และให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติ โดยนำสิ่งที่ได้จดจำจากกิจกรรมที่ 3 มาลงมือปฏิบัติในสถานการณ์สมมติ เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปของความจำออกมาเป็นการกระทำ และให้ผู้ป่วยสะท้อนความรู้สึก ความคิด การแสดงออก

ของตนเองในสิ่งที่ตนเองได้ลงมือปฏิบัติในการจัดการกับปัญหาที่นำไปสู่การใช้สารแอมเฟตามีน และให้ผู้ป่วยเขียนแบบแผน วิธีการ ขั้นตอน การปฏิบัติในการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพตามที่ได้เรียนรู้จากตัวแบบจริง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยระลึกภาพแบบแผนพฤติกรรมที่เก็บจำไว้ และสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามตัวแบบจริงในการจัดการกับปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีนได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการปฏิเสธ เป็นกิจกรรมที่พัฒนาให้ผู้ป่วยมีวิธีหรือแนวทางในการปฏิเสธจากสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง การเอาชนะแรงกดดันต่างๆ จากกลุ่มเพื่อนที่เชิญชวนให้เสพสารแอมเฟตามีน โดยมีเทคนิคการปฏิเสธอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ เป็นการจำลองสถานการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่นำไปสู่การใช้สารแอมเฟตามีน และให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการปฏิเสธโดยนำสิ่งที่ได้จดจำจากกิจกรรมที่ 3 มาลงมือปฏิบัติในสถานการณ์สมมติ เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปของความจำออกมาเป็นการกระทำ จากการได้เรียนรู้จากตัวแบบจริง และเลียนแบบในการปฏิบัติจากสถานการณ์สมมติ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยระลึกภาพแบบแผนพฤติกรรมที่เก็บจำไว้ และสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามตัวแบบจริงในการปฏิเสธสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงในการใช้สารแอมเฟตามีนได้สำเร็จ

กิจกรรมที่ 6 เสริมแรงจูงใจให้ทำได้สำเร็จ เป็นการให้ตัวแบบจริงได้มาบอกเล่าการเสริมแรงและแรงจูงใจที่เกิดขึ้น เมื่อตัวแบบจริงประสบความสำเร็จในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีน และให้ผู้ป่วยวิเคราะห์การเสริมแรงและแรงจูงใจที่เกิดขึ้นกับตัวแบบจริง และความคาดหวังที่ตนเองจะได้รับการเสริมแรงและแรงจูงใจเช่นเดียวกับตัวแบบจริง เป็นการเสริมแรงและสร้างจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนเพื่อเลิกใช้สารแอมเฟตามีนตามตัวแบบจริง และให้ตัวแบบจริงให้กำลังใจและเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีนเหมือนตัวแบบจริงได้ในที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนดไว้จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีจับฉลาก

2. ประเมินคะแนนพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน โดยใช้แบบคัดกรองประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST-ATS) ก่อนเข้าร่วมการวิจัย

3. ดำเนินการในกลุ่มทดลองโดยการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 45 - 60 นาที มีทั้งหมด 6 กิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. ประเมินคะแนนพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน เมื่อครบระยะเวลา 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบคัดกรองประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST-ATS) และบันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูป และหากผลการวิจัยได้ผลตามวัตถุประสงค์ จะดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วย

การเสนอตัวแบบจริงตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired samples t-test) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent samples t-test) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 เพศหญิงร้อยละ 30 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 29.25 ปี และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 29.10 ปี ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 80 และ 70 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 45 และ 50 ตามลำดับ และประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 45 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 55 ในด้านรายได้ของครอบครัว พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 75 และ 85 ตามลำดับ พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 70 และ 80 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งที่ 1 - 3 คิดเป็นร้อยละ 90 และ 80 ตามลำดับ โดยอายุเฉลี่ยของการใช้สารแอมเฟตามีนครั้งแรกในกลุ่มทดลองเท่ากับ 20.45 และในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 21.95 สำหรับระยะเวลาของการใช้สารแอมเฟตามีน กลุ่มทดลองเท่ากับ 8.31 ปี และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.05 ปี ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่สามารถหยุดใช้สารแอมเฟตามีนได้นานที่สุดในกลุ่มทดลองเท่ากับ 11.15 เดือน และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 10.10 เดือน โดยปริมาณเฉลี่ยการใช้สารแอมเฟตามีนเท่ากับ 6.65 เม็ด/สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง และ 9.60 เม็ด/สัปดาห์ ในกลุ่มควบคุม และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคนในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 60 และ 70 ตามลำดับ

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

จากตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองในระยะก่อนบำบัด และระยะ 1 เดือน หลังได้รับการบำบัด พบว่า หลังการบำบัดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองในระยะก่อนบำบัด และระยะ 1 เดือน หลังได้รับการบำบัด (n = 20)

คะแนนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด	mean	SD	t	df	*p*-value
ก่อนการบำบัด	29.90	2.25	7.59	19	.000*
ติดตามผล 1 เดือน หลังได้รับการบำบัด	19.15	6.57			

*$p < .001$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนบำบัด และระยะ 1 เดือน หลังได้รับการบำบัด (n = 40)

คะแนนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	*p*-value
	mean	SD	mean	SD			
ก่อนการบำบัด	29.90	2.25	30.15	2.35	0.34	38	.733
ติดตามผล 1 เดือน หลังได้รับการบำบัด	19.15	6.57	27.20	4.46	-4.53	33.42	.000*

*$p < .05$

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่ได้รับการเสนอตัวแบบจริงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนในระยะ 1 เดือน หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง

จากผลการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริงช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจาก

การใช้สารแอมเฟตามีนเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจริง และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนให้เหมาะสมขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ แบนดูรา (Bandura, 1986) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้จากการสังเกตผ่านตัวแบบ โดยเฉพาะตัวแบบจริง ซึ่งมีกระบวนการที่สำคัญอยู่ 4 ขั้น ได้แก่ 1) กระบวนการให้ความสนใจ (attention process) เป็นกระบวนการที่บุคคลสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบจริง กระบวนการนี้เป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะบุคคลจะไม่สามารถเรียนรู้ได้เลยถ้าขาดความสนใจ 2) กระบวนการเก็บจำ (retention process) เป็นการรวบรวมรูปแบบพฤติกรรมของตัวแบบที่ได้สังเกตเห็นทุกครั้ง แล้วนำมาวางรูปแบบให้เด่นชัดขึ้น การจดจำจะเป็นในรูปแบบของสัญลักษณ์ซึ่งเป็นมโนภาพหรือภาษา ซึ่งจะช่วยทำให้บุคคลสามารถเก็บจำพฤติกรรมของตัวแบบได้ดียิ่งขึ้น 3) กระบวนการกระทำ (production processes) เป็นขั้นตอนที่ผู้สังเกตดัดแปลงสัญลักษณ์จากการจำมาเป็นการกระทำที่เหมาะสม ถ้าบุคคลระลึกภาพจากปัญญาได้อย่างแม่นยำ จะทำให้กระทำพฤติกรรมตามตัวแบบได้อย่างถูกต้อง และ 4) กระบวนการจูงใจ (motivation process) เป็นการจูงใจให้ผู้เลียนแบบแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบที่ตนสังเกต เนื่องจากความคาดหวังว่าการเลียนแบบจะนำประโยชน์มาให้ (Bandura, 1986) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริง และได้กำหนดกิจกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม พบว่า แต่ละกิจกรรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนมีความรู้ และทักษะในการจัดการกับปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน ดังตัวอย่างคำพูดเช่น “*ถ้าเพื่อนชวนไปไหนจะไม่ไปเด็ดขาด*” “*เวลาเพื่อนชวนจะบอกปฏิเสธ แล้วรีบเดินหนีออกมา*” และมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนได้ ดังตัวอย่างคำพูดเช่น “*จะเลิกยาบ้าตลอดชีวิตค่ะ*” “*ผมจะเลิกเด็ดขาดครับ*” จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนได้เข้าร่วมการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริงจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนได้เหมาะสมมากขึ้น ส่งผลทำให้ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสนอด้วยตัวแบบจริงต่ำกว่าก่อนทดลอง

ผลการวิจัยนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ นิศากร โพธิมาศ และคณะ (2551) ที่ศึกษาผลของตัวแบบสัญลักษณ์และตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ดูตัวแบบสัญลักษณ์ กลุ่มที่อภิปรายตัวแบบจริง และกลุ่มที่ดูตัวแบบสัญลักษณ์ร่วมกับการอภิปรายตัวแบบจริง ในระยะหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าในระยะก่อนทดลอง และจากการศึกษาของ ทรูจิลโล และคณะ (Trujillo et al., 2015) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพในโบโกตา ประเทศโคลอมเบีย ถึงวิธีที่วัยรุ่นเรียนรู้เกี่ยวกับการรับรู้

ความเสี่ยงและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์ในแง่ของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน 3 รูปแบบ ได้แก่ การใช้ตัวแบบจริงแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ การใช้ตัวแบบจริงสอนด้วยวาจาเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่ต้องการ และการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงโดยวิธีการใช้ตัวแบบจริงสอนด้วยวาจาเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่ต้องการได้ผลดีที่สุด

2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่ได้รับการเสนอตัวแบบจริงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนในระยะ 1 เดือน หลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่า การที่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อาจเป็นผลมาจากการได้รับการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริงส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง จึงส่งผลให้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริง ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ แบนดูรา (Bandura, 1986) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่ของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้ใน 2 ลักษณะ คือ 1) บุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านการกระทำ เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง ซึ่งมีข้อจำกัดอยู่มาก เพราะสิ่งที่จะเรียนรู้มีมากเกินกว่าเวลาและโอกาสของผู้เรียนแต่ละคนจะอำนวย และผลของการกระทำบางอย่างก็เป็นอันตรายหากจะต้องเรียนรู้ด้วยตนเอง 2) บุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านตัวแบบ ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วได้รับการเสริมแรง แนวโน้มที่บุคคลจะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบจะสูงขึ้น หากผลที่เกิดขึ้นเป็นที่พึงพอใจ บุคคลก็จะเก็บจำการกระทำนั้นไว้ เพื่อจะได้กระทำในโอกาสต่อไป และในกรณีที่ผลที่เกิดขึ้นไม่เป็นที่พึงพอใจ บุคคลก็จะเก็บจำการกระทำนั้นไว้ และพยายามหลีกเลี่ยงที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นอีก หรืออาจเก็บจำพฤติกรรมนั้นไว้ใช้เป็นข้อมูลในการดัดแปลงพฤติกรรมนั้นให้เกิดผลดีในอนาคต การที่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนได้เห็นพฤติกรรมของบุคคลในชีวิตจริง ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อน รวมถึงสื่อและโฆษณาโดยทั่ว ๆ ไปที่นำเสนอให้เห็นถึงมุมมองด้านบวก หรือมุมมองด้านลบของการใช้สารแอมเฟตามีน ซึ่งการนำเสนอในมุมมองด้านบวกอาจจะส่งผลต่อความคาดหวังในการใช้สารแอมเฟตามีน และส่งผลถึงการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนมากกว่าที่จะตัดสินใจเลิกใช้สารแอมเฟตามีน ซึ่งพบได้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หากไม่มีทักษะในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเพียงพอ ดังนั้น ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสนอด้วยตัวแบบจริง เมื่อได้เรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจริงทำให้ส่งผลต่อ

กระบวนการเรียนรู้ 4 ขั้น ได้แก่ 1) กระบวนการให้ความสนใจ (attention process) 2) กระบวนการเก็บจำ (retention process) 3) กระบวนการกระทำ (production processes) และ 4) กระบวน การจูงใจ (motivation process) (Bandura, 1986) ซึ่งตัวแบบจริงนั้นต้องมีองค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการเรียนรู้ โดยลักษณะของตัวแบบจริงจะต้องมีลักษณะที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สังเกตเกิดการเรียนรู้ คือ มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกต ทั้งในด้านเพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ นอกจากนี้ ตัวแบบต้องมีระดับความสามารถที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกต เพราะจะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจว่า ตนเองก็น่าจะกระทำพฤติกรรมได้ตามตัวแบบเช่นกัน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2562) ซึ่งในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาตัวแบบจริงตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ กำหนดให้มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 ถึง 59 ปี มีประสบการณ์ในสถานการณ์ที่เหมือนกัน ประสบความสำเร็จในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีนมากกว่า 1 ปี และยินดีที่จะถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน การเตรียมตัวแบบจริง ผู้วิจัยได้อธิบายให้ตัวแบบจริงทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกำหนดขอบเขตที่ต้องการให้ตัวแบบจริงได้ถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้สารแอมเฟตามีน วิธีการจัดการกับปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน และมีการซักซ้อมกันก่อน ดังนั้น จึงส่งผลทำให้ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสนอด้วยตัวแบบจริงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงสรุปได้ว่า การบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริงสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนเกิดกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกต ส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการนำการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริงไปใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดในโรงพยาบาลจิตเวช โดยบุคลากรพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะก่อนนำไปใช้ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการบำบัด

2. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการติดตามในระยะยาวเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนนำความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับไปใช้อย่างต่อเนื่อง หรือทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างในบริบทอื่นๆ เช่น หน่วยบริการที่มีบริการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด เพื่อพิสูจน์ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

นัฐพงษ์ นาอุดม, และศุภวัฒนากร วงศ์ธนวสุ. (2563). สาเหตุของการติดยาเสพติด. *Journal of Modern Learning Development, 5*(6), 102-115.

นิศากร โพธิมาศ, หรรษา เศรษฐบุปผา, และชาลินี สุวรรณยศ. (2551). ผลของตัวแบบสัญลักษณ์และตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดเพชรบูรณ์. *พยาบาลสาร, 35*(2), 71-80.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, และบุญศิริ จันศิริมงคล. (2555). *คู่มือผู้อบรม หลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน สำหรับบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพสารเสพติดในชุมชน.

ศิริรัตน์ นิตยวัน. (2561). แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ, 24*(1), 15-27.

ศูนย์บำบัดยาเสพติดเอกชน. (2565). *ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด*. http://www.phufaresthome.com/2020/05/24/4-reasons-for-using-drugs/

ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566*. https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/rptk5fmp8q8sk0soko.pdf

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2562). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 9). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2554). *แบบคัดกรองประสบการณ์ดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด (ASSIST): คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ*. แผนงานพัฒนาวิชาการการดูแลผู้เสพสารเสพติดในชุมชน.

สุทธิชัย ศิรินวล, ปัทมา สุพรรณกุล, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด. *Journal of Health Science Research, 10*(1), 39-45.

โสพพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์. (2550). *Montreal cognitive assessment (MOCA) Thai version*. http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-Test-Thai.pdf

อมาวสี กลั่นสุวรรณ, นิตยา ตากวิริยะนันท์ และตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารกรมการแพทย์, 43*(1), 90-95.

อรรถพล ยิ้มยรรยง, และ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธิ์. (2564). ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟู. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 13*(1), 71-83.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.

Gena, A., Couloura, S., & Kymissis, E. (2005). Modifying the affective behavior of preschoolers with autism using in-vivo or video modeling and reinforcement contingencies. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 35*(5), 545-546.

Kabisa, E., Biracyaza, E., Habagusenga, J. A. & Umubyeyi, A. (2021). Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorder: case of Icyizere Psychotherapeutic Centre. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, 16*(13), 1-12.

Trujillo, E. M., Suarez, D. E., Lema, M., & Londono, A. (2015). How adolescents learn about risk perception and behavior in regards to alcohol use in light of social learning theory: a qualitative study in Bogota, Colombia. *Int J Adolesc Med Health, 27*(1), 3-9.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *World drug report 2021*. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html

SYSTEM DEVELOPMENT TO SEARCH AND SCREEN FOR DEPRESSION OF ELDER GROUP IN MUANG NAKHON RATCHASIMA COMMUNITY BY MOBILE TECHNOLOGY AND CLOUD COMPUTING

Ronnachai Chuentawat, Ph.D., Siriporn Loetyingyot, Ph.D.**, Patareeya Choomchit, B.N.S.****

Abstract

Objective: 1) To study the context related to depression and the process of searching and screening for depression in the elderly population in the Nakhon Ratchasima community, 2) to develop a system for searching and screening depression in the elderly population in Nakhon Ratchasima, and 3) to evaluate the effectiveness of a system for searching and screening depression in the elderly population in Nakhon Ratchasima.

Methods: The development of a depression searching and screening system for the elderly population in the urban community of Nakhon Ratchasima City was conducted using a development research approach with a waterfall model as the system development method. The study surveyed and examined the contextual factors of depression among the elderly population in the designated area of responsibility for public health by the community health center (Wat Bun). Subsequently, a search and screening system for depression was developed in the form of a mobile application and evaluated using a 5-level satisfaction assessment with a sample group consisting of village health volunteer aged 60 and above affiliated with the Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital, totaling 20 participants.

Results: A study of depression screening methods found that the screening process involves using depression assessment questionnaires, which convert respondents' answers into scores and levels of depression. The development of the depression detection and screening system was employed the waterfall model approach to create the "NRRU Depression Assessment" mobile application, which operates on mobile devices. The evaluation of the system development revealed that the satisfaction level was rated as "very good" for all items. The average satisfaction level ranged between 4.40 and 4.80.

Conclusion: The depression searching and screening system of this research has been developed into the "NRRU Depression Screening" application, which village health volunteer can use to search for and screen for the elderly depression in the community.

Keywords: elderly, depression, mobile technology, cloud computing

**Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Science and Technology, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, e-mail: ronnachai.c@nrru.ac.th*

***Assistant Professor, Faculty of Management Science, Nakhon Ratchasima Rajabhat University*

****Registered Nurse, Professional Level, Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital*

Received: 4 October 2023, Revised: 23 May 2024, Accepted: 31 May 2024

การพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สุงอายุในชุมชนเมืองนครราชสีมาด้วยเทคโนโลยีเคลื่อนที่และการประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ

รณชัย ชื่นธวัช, วศ.ด., ศิริพร เลิศยิ่งยศ, ปร.ด.**, ภัทรีญา ชุมชิต, พย.บ.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและขั้นตอนวิธีการค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนครราชสีมา 2) เพื่อพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนครราชสีมา และ 3) เพื่อประเมินผลระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนครราชสีมา

วิธีการศึกษา : การพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สุงอายุในชุมชนเมืองนครราชสีมา ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพัฒนาด้วยรูปแบบการพัฒนาระบบแบบน้ำตก โดยสำรวจและศึกษาบริบทภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขของศูนย์แพทย์ชุมชนวัดบูรพ์ จากนั้นพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ในรูปแบบของแอปพลิเคชันที่ทำงานบนโทรศัพท์เคลื่อนที่ และประเมินผลการพัฒนาระบบด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ 5 ระดับ กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในสังกัดโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา จำนวน 20 ราย

ผลการศึกษา : การศึกษาวิธีคัดกรองภาวะซึมเศร้า พบว่า การคัดกรองภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่นำคำตอบของผู้รับการประเมินมาเปลี่ยนเป็นระดับคะแนนและระดับภาวะซึมเศร้า ส่วนการพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้า ได้ใช้รูปแบบการพัฒนาระบบแบบน้ำตก ในการพัฒนาเป็นแอปพลิเคชัน “ประเมินซึมเศร้า NRRU” ที่ทำงานบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ และการประเมินผลการพัฒนาระบบฯ พบว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ “ดีมาก” ทุกรายการ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ อยู่ระหว่าง 4.40 - 4.80

สรุป : ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของงานวิจัยนี้ ได้พัฒนาเป็นแอปพลิเคชัน “ประเมินซึมเศร้า NRRU” โดยอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถใช้แอปพลิเคชัน “ประเมินซึมเศร้า NRRU” เพื่อค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนได้

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ภาวะซึมเศร้า, เทคโนโลยีเคลื่อนที่, การประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ

**ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, e-mail: ronnachai.c@nrru.ac.th*

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา*

วันที่รับ: 4 ตุลาคม 2566, วันที่แก้ไข: 23 พฤษภาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 31 พฤษภาคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

ในช่วงต้นปี 2563 ประเทศไทยได้เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งได้ส่งผลกระทบอย่างมากต่อภาคเศรษฐกิจของประเทศไทย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจและเทคโนโลยีที่มีการพัฒนาและขยายตัวอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ที่ต้องดิ้นรนต่อสู้ท่ามกลางแรงกดดันทุกทิศทาง สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นแรงกดดันที่นำไปสู่ความเครียด ความวิตกกังวล และความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่อาจก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่จิตใจหดหู่เศร้าสร้อย หม่นหมอง รวมถึงความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองตนเองในแง่ลบ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและพฤติกรรม เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย เบื่ออาหาร ไม่มีสมาธิ เฉยชา แยกตัว ความสนใจในสิ่งแวดล้อมลดลง (ปัญญา ยืนยงตระกูล และคณะ, 2566) โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา เช่น พันธุกรรม ความผิดปกติของสารสื่อประสาท และความผิดปกติของฮอร์โมน (ภัคจิรา ภูสมศรี, 2563) และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหากไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มต้น อาจส่งผลให้ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากภาวะซึมเศร้าธรรมดากลายเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Major Depression) ที่ทำให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ซึ่งพบว่าจากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกระบุว่าในระยะเวลาอีก 2 ทศวรรษข้างหน้านับจากปี พ.ศ. 2560 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือดในทุกประเทศทั่วโลก (สุชาดา แซ่ลิ่ม, 2562)

เมื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้าส่งผลให้เกิดความเสียหายทางจิตใจ ร่างกาย ตลอดจนทรัพย์สินของตนเอง ครอบครัว และสังคม ซึ่งผู้สูงอายุจัดเป็นกลุ่มเปราะบางที่อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น โดยงานวิจัยของปิติคุณ เสตะปุระ และณัฐธกูล ไชยสงคราม (2565) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีความชุกในการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สุขภาพร่างกาย คุณภาพการนอนหลับ และความเครียด (วิทมา ธรรมเจริญ และคณะ, 2564) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของวัยทำงาน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และบทบาทในครอบครัว (ศริญญา ชาญสุข และ สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี, 2566) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ได้แก่ เพศ ความผูกพันในครอบครัว การติดอินเตอร์เน็ต และความแข็งแกร่งในชีวิต (ธีรภัทร์ ลักษณียนาวิน และ เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์, 2565) นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบ ควรเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตแก่ผู้สูงอายุ เพื่อลดหรือป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน (เกษร สายธนู และคณะ, 2562)

และการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว จะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ (สุชาดา แซ่ลิ่ม, 2562)

จากปัญหาและการทบทวนงานวิจัยในอดีตที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบให้เกิดความเสียหายทางร่างกาย จิตใจ และทรัพย์สินของตนเอง ครอบครัว และสังคม ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีความชุกในการเกิดโรคซึมเศร้ามากที่สุด อีกทั้งจำนวนผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขมีการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขลงพื้นที่ไปเก็บข้อมูลภาวะซึมเศร้าในชุมชนด้วยแบบสำรวจภาวะซึมเศร้า แล้วส่งแบบสำรวจภาวะซึมเศร้าให้ศูนย์แพทย์ชุมชนทำการคัดกรองและติดตามภาวะซึมเศร้าในชุมชน ซึ่งกระบวนการเก็บข้อมูลภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขใช้เอกสารในการบันทึกข้อมูล อาจทำให้เกิดปัญหาการจดบันทึกข้อมูลผิดพลาด สิ้นเปลืองวัสดุและเอกสารที่ใช้ในการจดบันทึกภาวะซึมเศร้า เกิดความล่าช้าในการคัดกรองและติดตามผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการเกิดโรคซึมเศร้าเข้ามารักษาภาวะซึมเศร้า ดังนั้น การนำเทคโนโลยีเคลื่อนที่และการประมวลผลแบบกลุ่มเมฆมาพัฒนาเป็นแอปพลิเคชันที่ทำงานบนโทรศัพท์เคลื่อนที่ เพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จะช่วยแก้ปัญหาการเก็บข้อมูลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนดังกล่าวข้างต้นได้ จึงเป็นที่มาของการดำเนินงานวิจัยในการพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีเคลื่อนที่และการประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและขั้นตอนวิธีการค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองนครราชสีมา

2. เพื่อพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนครราชสีมาด้วยเทคโนโลยีเคลื่อนที่

3. เพื่อประเมินผลระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดของการวิจัยในการพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีเคลื่อนที่และการประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ ได้นำวิธีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 3 ชนิด หรือเรียกว่า แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q-9Q-8Q ที่มีการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พัฒนาโดยสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ (2550) โดยใช้คำถาม 2 ข้อ เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในกรณีที่ผู้รับการประเมินมีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า จะได้รับการประเมินในขั้นตอนต่อไป

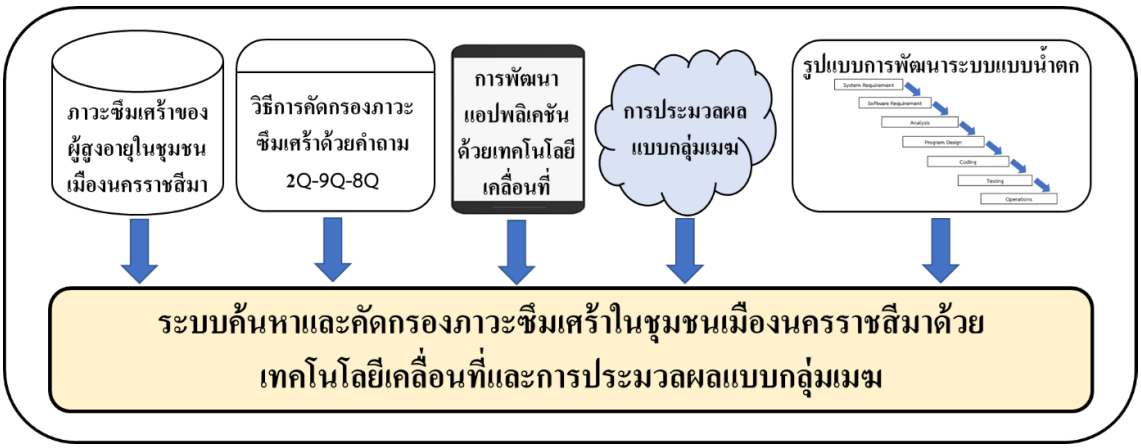
ด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดยธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2561) ที่ประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 9 ข้อ แล้วนำคำตอบมาแปลผลเป็นคะแนนรวมระหว่าง 0 - 27 คะแนน ในกรณีที่ได้คะแนนรวมมากกว่า 7 คะแนน จะได้รับการประเมินในขั้นตอนต่อไปด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ที่เป็นคำถามจำนวน 8 ข้อ โดยนำคำตอบมาแปลผลเป็นคะแนนรวมระหว่าง 0 - 52 เพื่อประเมินระดับความรุนแรงในการฆ่าตัวตายของผู้ตอบแบบประเมิน

การประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ (Cloud Computing) เป็นบริการบนเครือข่ายอินเตอร์เน็ต ที่ให้ผู้ใช้บริการสามารถใช้เป็นพื้นที่เก็บข้อมูล หรือประมวลผลซอฟต์แวร์และข้อมูลบนเครือข่ายอินเตอร์เน็ต โดยอาจเป็นการให้บริการซอฟต์แวร์ (Software as a Service: SaaS) ซึ่งเป็นการประมวลผลซอฟต์แวร์บนเครื่องแม่ข่ายของผู้ให้บริการ ทำให้ผู้ใช้บริการไม่ต้องติดตั้งซอฟต์แวร์บนเครื่องคอมพิวเตอร์ของตนเอง หรืออาจเป็นการให้บริการโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure as a Service: IaaS) ที่ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงและควบคุมส่วนของโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศได้ เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย พื้นที่จัดเก็บข้อมูล และเครือข่ายคอมพิวเตอร์ หรือการให้บริการแพลตฟอร์ม (Platform as a Service: PaaS) ที่ช่วยให้นักพัฒนาสามารถสร้างและดูแลรักษาโปรแกรมประยุกต์ได้ง่ายขึ้น (Armbrust, et al., 2010) เมื่อนำวิธีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยคำถาม 2Q-9Q-8Q มาพัฒนาเป็นระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ที่มีลักษณะเป็นแอปพลิเคชันที่ทำงานบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ และนำรูปแบบการพัฒนาระบบแบบน้ำตก (Waterfall Model) มากำหนดเป็นขั้นตอนการพัฒนาแอปพลิเคชัน โดยรูปแบบการพัฒนาระบบแบบน้ำตกจะมีการทำงานจากขั้นตอนหนึ่งไปสู่อีกขั้นตอนหนึ่งแบบลำดับขั้นคล้ายการไหลของน้ำตก ซึ่งขั้นตอนการทำงานประกอบด้วยการกำหนดความต้องการระบบ การกำหนดความต้องการซอฟต์แวร์ การวิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้ การออกแบบโปรแกรม การเขียนรหัสคำสั่ง การทดสอบ และการดำเนินการ (Royce, 1970)

จากที่กล่าวมา จึงนำไปสู่กรอบแนวคิดการวิจัยที่มีตัวแปรอิสระประกอบด้วยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ขั้นตอนวิธีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยคำถาม 2Q-9Q-8Q การพัฒนาแอปพลิเคชันด้วยเทคโนโลยีเคลื่อนที่ การประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ และรูปแบบการพัฒนาระบบแบบน้ำตก นำไปสู่ตัวแปรตามที่เป็นผลการวิจัย นั่นคือ ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีเคลื่อนที่และการประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนครราชสีมาด้วยเทคโนโลยีเคลื่อนที่และการประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ เป็นการวิจัยที่มีการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพัฒนาด้วยรูปแบบการพัฒนาระบบแบบน้ำตก โดยคณะวิจัยดำเนินการร่วมกับศูนย์แพทย์ชุมชนวัดบูรพ์ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา เพื่อให้ระบบค้นหา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

และคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ เป็นไปตามความต้องการของศูนย์แพทย์ชุมชน และสามารถนำระบบไปใช้ควบคุมเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในชุมชนตลอดจนได้ฐานข้อมูลภาวะซึมเศร้าแบบกลุ่มเมฆที่สามารถนำไปใช้ในงานเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. การสำรวจและศึกษาบริบทภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองนครราชสีมา โดยการลงพื้นที่สำรวจภาคสนามและการศึกษาเอกสารเพื่อศึกษาข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้อง (documentary research) เพื่อนำไปวิเคราะห์ความต้องการของระบบและออกแบบขั้นตอนวิธี (algorithm) การประเมินภาวะซึมเศร้าของระบบที่จะพัฒนาเป็นแอปพลิเคชันที่ทำงานบนอุปกรณ์เคลื่อนที่

2. การพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองนครราชสีมาด้วยรูปแบบการพัฒนาระบบแบบน้ำตกที่ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ 1) การศึกษาและวิเคราะห์ความต้องการของระบบ 2) การออกแบบระบบ 3) การพัฒนาระบบด้วยการลงรหัสคำสั่ง 4) การทดสอบระบบ 5) การนำระบบไปใช้งานและการบำรุงรักษาระบบ

3. การถ่ายทอดเทคโนโลยีของระบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ให้หน่วยงานที่เป็นผู้ใช้ระบบฯ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมครสาธารณสุขและมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ในสังกัดของโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา จำนวน 20 คน เพื่อเป็นตัวแทนผู้สูงอายุในการประเมินผลระบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ

4. การติดตามผลการใช้ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนครราชสีมา และ

บันทึกผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าผ่านการประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ

5. การเผยแพร่ระบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ในรูปแบบของแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ใน Google Play Store เพื่อให้เกิดการนำระบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ไปใช้ประโยชน์ในระยะยาว และสามารถขยายผลการวิจัยในภายหลัง เพื่อให้ประชาชนสามารถประเมินภาวะซึมเศร้าของตนเอง เกิดกระบวนการเสริมสร้าง ความรู้ความเข้าใจต่อภาวะซึมเศร้าและปัญหาที่เกิดจากโรคซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ในสังกัดของโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา จำนวน 25 คน

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ในสังกัดของโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา จำนวน 20 คน โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) ด้วยวิธีการของ Taro Yamane (1973) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อจำนวนประชากร (N) = 25 ค่าความคลาดเคลื่อน (e) = 0.1 ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) = 20 ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากหน่วยจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา โดยได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2565 ตามเอกสารเลขที่หนังสือรับรอง HE-028-2565 หลังจากได้รับการรับรอง เมื่อลงพื้นที่ดำเนินโครงการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างตามเอกสารชี้แจงอาสาสมัครว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการและไม่รบกวนต่อการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินโครงการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการวิจัย และสิทธิ์การขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนที่จะสิ้นสุดโครงการวิจัย โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรงตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ให้ไว้ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างจะถูกทำลายและลบทิ้งอย่างถาวรทันที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใด และการบอกเลิก การเข้าร่วมวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบและเข้าใจตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันประเมินภาวะซึมเศร้า ที่มีจำนวนข้อคำถาม10 ข้อ และวัดความพึงพอใจ 5 ระดับ (Likert, 1961) เมื่อค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21 - 5.00 หมายถึง “ดีมาก” ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41 - 4.20 หมายถึง “ดี” ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61 - 3.40 หมายถึง “ปานกลาง”

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81 - 2.60 หมายถึง “พอใช้” และค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.80 หมายถึง “ควรปรับปรุง” โดยแบบสอบถามได้ผ่านการวัดค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC : Index of Item Objective Congruence) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.0 และวัดค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Cronbach’s alpha เท่ากับ 0.8

2. ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในรูปแบบของแอปพลิเคชันที่มีการประมวลผลภาวะซึมเศร้าตามวิธีการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q-9Q-8Q และบันทึกผลการประเมินภาวะซึมเศร้าผ่านแอปพลิเคชันลงในฐานข้อมูลด้วยเทคโนโลยีเคลื่อนและการประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ

3. เครื่องมือประเมิน 2Q-9Q-8Q ที่ประกอบด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

4. แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในชุมชน ซึ่งคำถามในแบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิดที่มีประเด็นคำถามเกี่ยวกับเครื่องมือและวิธีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน เพื่อสำรวจและศึกษาบริบทภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองนครราชสีมา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ได้ใช้รูปแบบ PDCA โดยวางแผน (Plan) ลงพื้นที่เก็บข้อมูลที่คาดว่าจะนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาระบบด้วยวิธีการสำรวจภาคสนาม ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และดำเนินการ (Do) ลงพื้นที่เก็บข้อมูลเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความต้องการระบบฯ และออกแบบขั้นตอนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของระบบฯ แล้วให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของศูนย์แพทย์ชุมชนวัดบูรพ์ ประเมินความถูกต้อง (Check) ของขั้นตอนการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และปรับปรุง (Action) ขั้นตอนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าให้สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการลงพื้นที่สำรวจภาคสนามเกี่ยวกับบริบทภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนครราชสีมา และขั้นตอนการพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนครราชสีมา จะใช้การวิเคราะห์เนื้อหาแบบพรรณนา (content analysis) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจ จะใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยที่ดำเนินงานวิจัยด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงพัฒนาด้วยรูปแบบการพัฒนาระบบแบบน้ำตก และดำเนินงานวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยที่ตั้งไว้ โดยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ในสังกัดโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา จำนวน 20 ราย ได้ผลการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาบริบทภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองนครราชสีมา พบว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าของคนในชุมชนที่อยู่ในพื้นที่

รับผิดชอบด้านสาธารณสุขของศูนย์แพทย์ชุมชนวัดบูรพ์ โดยส่วนใหญ่ผู้ที่เข้าข่ายการมีภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ในส่วนของงานเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของศูนย์แพทย์ชุมชนวัดบูรพ์จะมีแนวทางการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขลงพื้นที่คัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ปีละ 1 ครั้ง

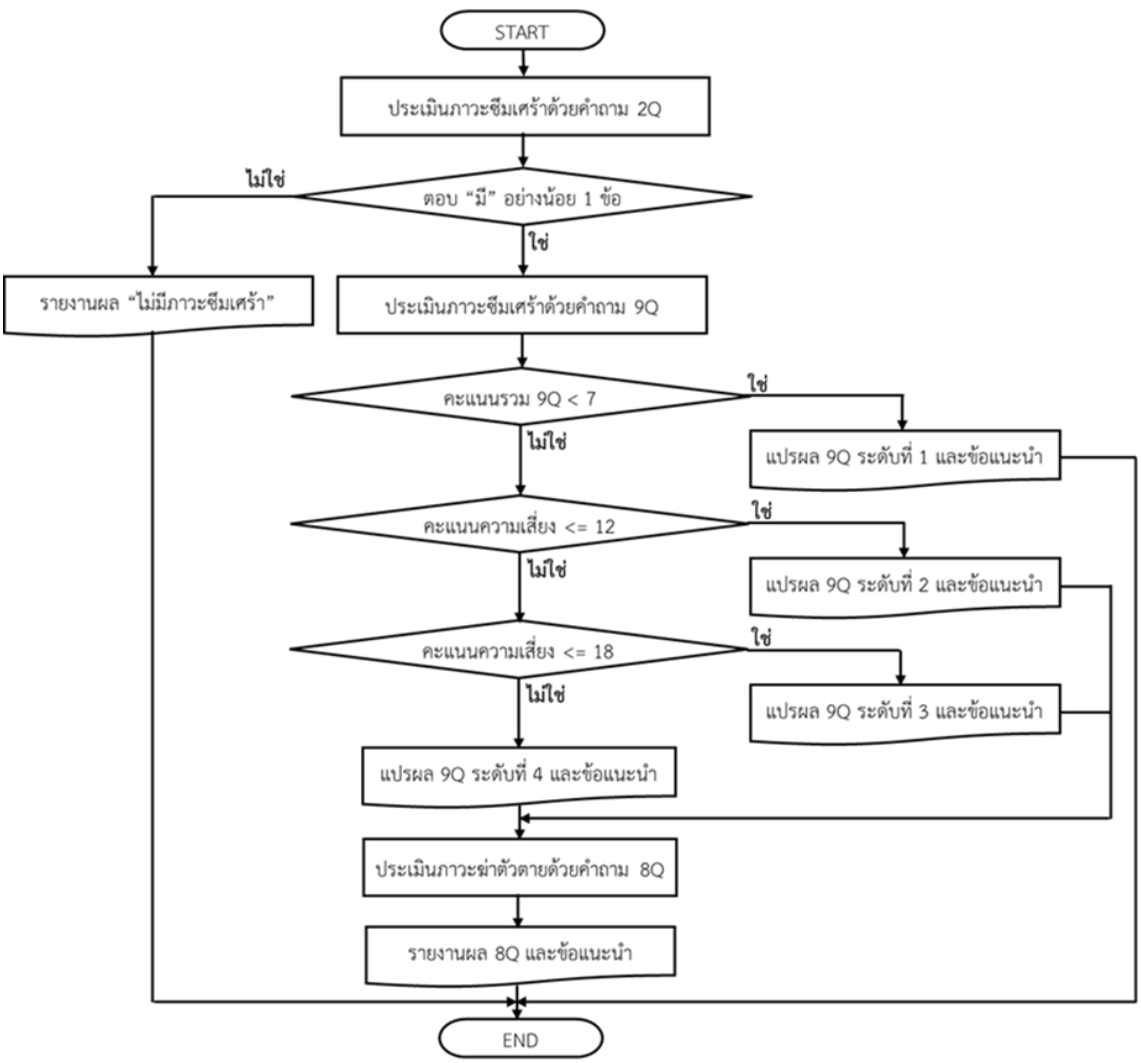
1.2 ผู้ที่มีอาการภาวะซึมเศร้าขอเข้ารับการคัดกรองภาวะซึมเศร้ากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดบูรพ์โดยตรง (walk in)

1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขตรวจพบว่าคนในชุมชนเป็นผู้ที่เข้าข่ายซึมเศร้า จะแจ้งศูนย์แพทย์ชุมชนให้ติดต่อผู้ที่เข้าข่ายซึมเศร้า เพื่อเข้ามารับยาและดำเนินการตามระบบงานโรคซึมเศร้า

สำหรับขั้นตอนเดิม ในการลงพื้นที่คัดกรองภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนที่จะมีการพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนครราชสีมาด้วยเทคโนโลยีเคลื่อนที่และการประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ อาสาสมัครสาธารณสุขจะใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ, 2550) ในการสอบถามภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุ ในกรณีที่ผู้สูงอายุตอบ “มี” 1 ข้อขึ้นไป อาสาสมัครสาธารณสุขจะส่งต่อให้ศูนย์แพทย์ชุมชนทำการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) (ธรณินทร์ กองสุขและคณะ, 2561) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

2. ผลการพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนครราชสีมาด้วยเทคโนโลยีเคลื่อนที่และการประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ ได้พัฒนาระบบเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินและบันทึกผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน โดยพัฒนาระบบในรูปแบบของแอปพลิเคชันที่สามารถทำงานได้บนอุปกรณ์เคลื่อนที่ โดยได้ศึกษาและวิเคราะห์วิธีประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่า ปัจจุบันศูนย์แพทย์ชุมชนประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน 2Q-9Q-8Q ซึ่งเริ่มต้นการประเมินด้วยคำถาม 2 ข้อ (2Q) ถ้าผู้ประเมินตอบว่า “มี” ในข้อใดข้อหนึ่ง ให้ประเมินด้วยคำถาม 9 ข้อ (9Q) แล้วแปลผลเป็นระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 4 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 เมื่อค่าคะแนนรวมน้อยกว่า 7 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า ระดับที่ 2 เมื่อค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7 ถึง 12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ระดับที่ 3 เมื่อค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13 ถึง 18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และระดับที่ 4 เมื่อค่าคะแนนรวมมากกว่า 18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง เมื่อผลการประเมินด้วยคำถาม 9Q อยู่ในระดับที่ 2 เป็นต้นไป ให้ประเมินภาวะฆ่าตัวตายด้วยคำถาม 8 ข้อ (8Q) แล้วแปลผลการประเมินเป็นคำแนะนำให้ผู้รับการประเมินทราบ จากวิธีการประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 2Q-9Q-8Q จึงนำมาใช้ออกแบบการทำงานของโปรแกรม โดยใช้ผังงาน (flow chart) เป็นเครื่องมือในการออกแบบการทำงาน และนำผังงานไปลงรหัสคำสั่งให้เป็น

โปรแกรมประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งผังงานในส่วนของโปรแกรมประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นดังภาพที่ 2 จากนั้น ดำเนินการออกแบบส่วนต่อประสานผู้ใช้ด้วยโมเดลการออกแบบโดยยึดมนุษย์เป็นศูนย์กลาง (human-centered design) ตามมาตรฐาน ISO (International Organization for Standardization) ที่ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) การออกแบบอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจที่ชัดเจนของผู้ใช้กับสภาพแวดล้อมและงาน 2) การออกแบบถูกกำหนดด้วยรูปแบบการประเมินผลโดยให้ผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง 3) การออกแบบมีกระบวนการทำซ้ำ 4) การออกแบบแสดงถึงประสบการณ์ของผู้ใช้โดยทั่วไป (Samrgandi, 2021)



ภาพที่ 2 ผังงานในส่วนของโปรแกรมประเมินภาวะซึมเศร้า

เมื่อออกแบบการทำงานของโปรแกรมด้วยผังงาน ดังภาพที่ 2 จึงนำมาพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ในรูปแบบของแอปพลิเคชัน “ประเมินซึมเศร้าNRRU” โดยมีหน้าหลักของแอปพลิเคชันที่ประกอบด้วย 1) ฟังก์ชัน “ประเมินโรคซึมเศร้า” ใช้ประเมินโรคซึมเศร้าตามขั้นตอนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยคำถาม 2Q-9Q-8Q โดยคำนวณเป็นคะแนนที่แปลผลเป็นระดับภาวะซึมเศร้า และคำแนะนำในการปฏิบัติตนเอง 2) ฟังก์ชัน “อสม.คัดกรองโรคซึมเศร้า” เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขของศูนย์แพทย์ชุมชนคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนและบันทึกผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าส่งให้ศูนย์แพทย์ชุมชนแบบอัตโนมัติด้วยเทคโนโลยีเคลื่อนที่และการประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ 3) ฟังก์ชัน “ความรู้ของโรคซึมเศร้า” เพื่อให้ความรู้เบื้องต้นของโรคซึมเศร้าในรูปแบบของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) 4) ฟังก์ชัน “รับคำปรึกษาสุขภาพจิต” เชื่อมต่อช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ในการรับคำปรึกษาสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต 5) ฟังก์ชัน “แผนที่และข้อมูล รพ.สต.” เชื่อมต่อแผนที่และระบบนำทางไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา 6) ฟังก์ชัน “เว็บไซต์ รพ.เทพรัตน์นครราชสีมา” เชื่อมต่อกับเว็บไซต์ของโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา โดยผลการพัฒนาแอปพลิเคชัน “ประเมินซึมเศร้าNRRU” เป็นดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 ผลการพัฒนาแอปพลิเคชัน “ประเมินซึมเศร้า NRRU”

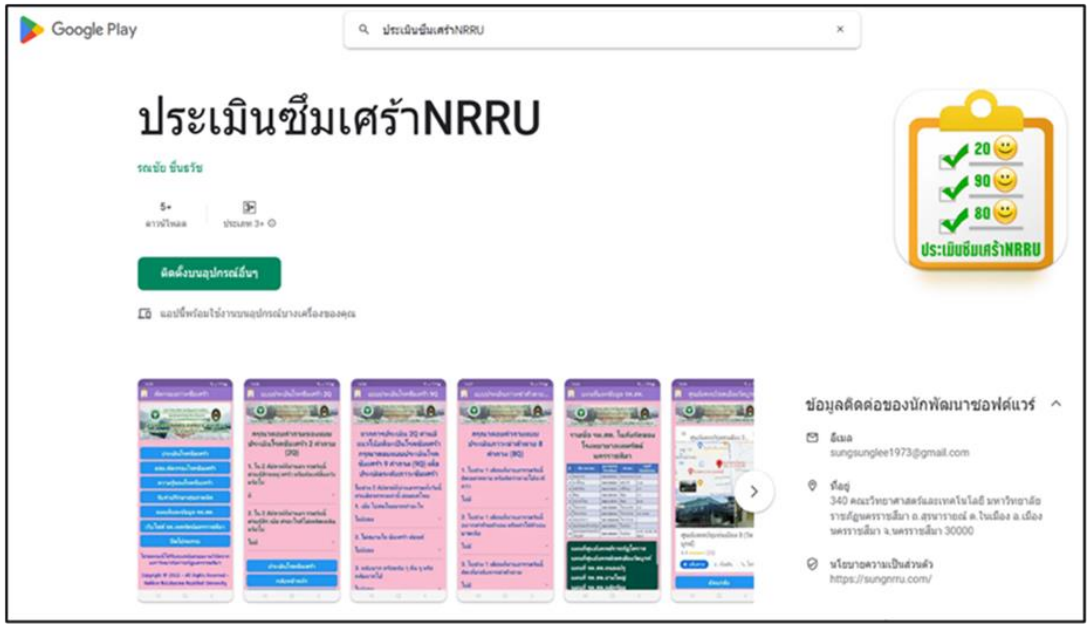
3. ประเมินผลระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในสังกัดโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา จำนวน 20 ราย ผลการประเมินความพึงพอใจเป็นดังตารางที่ 1 โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ระหว่าง 4.40 - 4.80 แปลผลได้ว่ารายการประเมินความพึงพอใจทุกข้อมีระดับความพึงพอใจ “ระดับดีมาก”

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความพึงพอใจของระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ

ลำดับ	รายการคำถาม	mean	S.D.	ผลการประเมิน
1	ความสวยงามในการแสดงผลของระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ	4.70	0.47	ระดับดีมาก
2	การจัดวางองค์ประกอบของระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ทำให้ท่านรู้สึกว่าใช้งานได้ง่าย	4.50	0.53	ระดับดีมาก
3	ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ มีขนาดตัวอักษรและรูปแบบตัวอักษรที่ทำให้อ่านได้ง่ายและสวยงาม	4.40	0.52	ระดับดีมาก
4	ความง่าย (User Friendly) ในการตอบคำถามผ่านระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ	4.65	0.49	ระดับดีมาก
5	ความรวดเร็วในการตอบสนองของระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ	4.80	0.42	ระดับดีมาก
6	ความรวดเร็วในการแสดงภาพ ตัวอักษร และองค์ประกอบอื่น ๆ ของระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ	4.50	0.53	ระดับดีมาก
7	ความรวดเร็วในการประเมินภาวะซึมเศร้าของระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ	4.80	0.42	ระดับดีมาก
8	ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือต่อการนำไปประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สุงอายุ	4.55	0.51	ระดับดีมาก
9	ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ มีความเหมาะสมที่จะนำไปประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ	4.50	0.53	ระดับดีมาก
10	ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ มีการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ	4.80	0.42	ระดับดีมาก

4. การติดตามผลการนำระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ โดยนำระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ไปใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชน ก่อนที่จะขยายผลด้วยการเผยแพร่ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ เพื่อให้เกิดการใช้งานในระยะยาว โดยผู้ใช้ระบบมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ได้แก่ 1) การใช้ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ สะดวกกว่าการใช้เอกสารคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2) ทราบผลการประเมินภาวะซึมเศร้าได้ทันที รวมถึงการให้คำแนะนำในการป้องกันและบรรเทาภาวะซึมเศร้าตามผลการประเมิน 3) ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ เป็นแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์เคลื่อนที่ทำให้ใช้งานง่ายและใช้ได้ทันที และ 4) การใช้ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ จำเป็นต้องใช้สัญญาณอินเตอร์เน็ต มิฉะนั้นจะส่งข้อมูลไม่ได้

5. การเผยแพร่ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ในรูปแบบของแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ ภายใต้ชื่อแอปพลิเคชัน “ประเมินซึมเศร้าNRRU” ในระบบ Google Play เพื่อให้ประชาชนสามารถติดตั้งแอปพลิเคชัน “ประเมินซึมเศร้าNRRU” ลงในอุปกรณ์เคลื่อนที่ของตนเอง ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 การเผยแพร่ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ในระบบ Google Play

การอภิปรายผล

การดำเนินงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนครราชสีมาด้วยเทคโนโลยีเคลื่อนที่และการประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ” ได้ผลการดำเนินงานที่สามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นที่น่าสนใจและสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต ดังนี้

1. การศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และขั้นตอนวิธีการค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุที่อาจเข้าข่ายว่ามีภาวะซึมเศร้าประมาณ 8 - 10% โดยสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า คือ การสูญเสียตัวตนจากการขาดรายได้ในการยังชีพอาสาสมัคร และมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขจะลงพื้นที่คัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ปีละ 1 ครั้ง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า จากนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขจะส่งผลการคัดกรองจากแบบประเมิน 2Q ให้ศูนย์แพทย์ชุมชนทำการคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) เป็นลำดับต่อไป ขั้นตอนเหล่านี้สอดคล้องกับแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ที่มีคำถาม 9 ข้อ ให้ผู้รับการประเมินตอบคำถาม และแปลผลคำตอบเป็นระดับคะแนน เพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า (ธรณินทร์ กองสุขและคณะ, 2561)

2. การพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ได้พัฒนาระบบในรูปแบบของแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์เคลื่อนที่ เพื่อแก้ปัญหากระบวนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในรูปแบบเดิมซึ่งบันทึกผลด้วยการจดบันทึกลงในเอกสาร ทำให้สิ้นเปลืองเอกสารและวัสดุสำนักงาน เกิดความล่าช้าในกระบวนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ และอาจเกิดความผิดพลาดในการจดบันทึกผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ เป็นแอปพลิเคชันที่สามารถประมวลผลและบันทึกผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าผ่านเทคโนโลยีเคลื่อนที่และการประมวลผลแบบกลุ่มเมฆได้ทันที เปรียบเทียบกับกระบวนการเดิมที่ศูนย์แพทย์ชุมชนจะต้องนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้ามาบันทึกผลภายหลังจากการลงพื้นที่คัดกรองภาวะซึมเศร้า ดังนั้น การใช้ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ทำให้กระบวนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของประกายเพชร วินัยประเสริฐ และจิณพิชญ์ชา มะมม (2561) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแอปพลิเคชันช่วยคำนวณอาหารที่จำเป็นต่อวัน เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า แอปพลิเคชันมีความสามารถในการช่วยอำนวยความสะดวกในการคำนวนพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับจากการบริโภคอาหาร

3. การประเมินความพึงพอใจของระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ด้วยแบบสอบถามวัดระดับความพึงพอใจจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ในสังกัดโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา จำนวน 20 ราย หลังจากทดสอบการใช้ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ สรุปได้ว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ อยู่ในเกณฑ์ “ดีมาก” ทุกรายการ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจอยู่ระหว่าง 4.40 - 4.80 ซึ่งรายการคำถามที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงที่สุดเท่ากับ 4.80 มี 3 รายการ ได้แก่ ความรวดเร็วในการตอบสนองของระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ความรวดเร็วในการประเมินภาวะซึมเศร้าของระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ และระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ มีการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนรายการคำถามที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำที่สุดเท่ากับ 4.40 มี 1 รายการ ได้แก่ ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ มีขนาดตัวอักษรและรูปแบบตัวอักษรที่ทำให้อ่านได้ง่ายและสวยงาม ซึ่งรายการคำถามที่ได้คะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุด อาจอภิปรายผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมสภาพด้านการมองเห็นตามวัย ประกอบกับพื้นที่แสดงผลในหน้าจอโทรศัพท์มีพื้นที่จำกัด อาจเป็นสาเหตุที่ส่งผลต่อการมองเห็น โดยภาพรวมจากการประเมินความพึงพอใจที่มีต่อระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯสอดคล้องกับงานวิจัยของจันทร์ทิรา เจียรณัย (2559) ที่มีการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับ “ดีมาก”

สรุปผลการดำเนินงานวิจัย ได้พัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในลักษณะของแอปพลิเคชันที่ทำงานบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ โดยถ่ายทอดเทคโนโลยีของระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ให้กับบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา และประเมินผลด้วยแบบประเมินความพึงพอใจจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย เมื่อติดตามผลการใช้ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นผู้ใช้ระบบฯ สามารถใช้ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและบันทึกผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าผ่านการประมวลผลแบบกลุ่มเมฆได้อย่างถูกต้อง แต่ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ อาจมีข้อจำกัดบางประการที่ต้องนำมาพิจารณาในอนาคต เช่น ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ จำเป็นต้องใช้สัญญาณอินเตอร์เน็ตในการประมวลผลและบันทึกผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยเทคโนโลยีประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ ส่วนการนำระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ไปใช้ในกระบวนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลในระยะยาว ควรให้ศูนย์แพทย์ชุมชนที่นำร่องการใช้ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีของระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ให้กับศูนย์แพทย์ชุมชนอื่น นอกจากนี้ ได้เผยแพร่ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ภายใต้ชื่อแอปพลิเคชัน “ประเมินซึมเศร้าNRRU” ในระบบ Google Play Store เพื่อให้โรงพยาบาลและประชาชนสามารถติดตั้งแอปพลิเคชัน “ประเมินซึมเศร้าNRRU” สำหรับกระบวนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยนี้ หลังจากนำระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชน ก่อนที่จะเผยแพร่ระบบฯ ให้เกิดการใช้งานในระยะยาว พบว่า ระบบฯ มีข้อดีในด้านการประมวลผลที่รวดเร็ว ไม่สิ้นเปลืองเอกสารและวัสดุสำนักงาน ลดข้อผิดพลาดจากการบันทึกผลการคัดกรองลงในเอกสาร แต่มีข้อจำกัดที่ต้องใช้สัญญาณอินเตอร์เน็ตในการประมวลผลและบันทึกผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ ควรให้ศูนย์แพทย์ชุมชนที่นำร่องการใช้ระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีของระบบค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ ให้กับศูนย์แพทย์ชุมชนอื่น ได้ใช้ในกระบวนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชน เพื่อให้มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่สามารถใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลนี้ ในการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั่วถึง และมีกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนใช้แอปพลิเคชัน “ประเมินซึมเศร้า NRRU” เพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก “งบประมาณมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา” ประจำปี 2565 ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ผู้ทรงคุณวุฒิและบุคคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา บุคลากรในสังกัดของโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ตลอดจนผู้มิได้เอ่ยนามที่ให้ข้อมูลไว้ ซึ่งได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมวิจัยต่าง ๆ ส่งผลให้การดำเนินการวิจัยนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)*. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

เกษร สายธนู, อมรรัตน์ นธะสนธิ์, และ เกษราภรณ์ เคนบุปผา. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *33*(3), 42-55.

จันทร์ทิรา เจียรณัย. (2559). การพัฒนาโปรแกรมบันทึกทางการพยาบาล : การวิจัยนำร่อง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, *22*(2), 93-110.

ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พฤกษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวห, และ จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน. (2561). ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *63*(4), 321-334.

ธีรภัทร์ ลักษณียนาวิน, และ เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อ ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, *15*(3), 59-73.

ประกายเพชร วินัยประเสริฐ, และ จิณพิชญ์ชา มะมม. (2561). การพัฒนาแอปพลิเคชันช่วยคำนวณอาหารที่จำเป็นต่อวัน (NuTu-App) เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, *27*(3), 485-498.

ปัญญา ยืนยงตระกูล, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน, นันทิยา เอกอธิคมกิจ, และ ฐิติมา สงวนวิชัยกุล. (2566). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *37*(2), 1-21.

ปิติคุณ เสตะปุระ, และ ณัฐธกูล ไชยสงคราม (2565). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, *16*(3), 1070-1084.

ภัคจิรา ภูสมศรี. (2563). โรคซึมเศร้าปัญหาสุขภาพใกล้ตัว. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, *14*(2), 51-58.

วิทมา ธรรมเจริญ, นิทัศนีย์ เจริญงาม, ญาดาภา โชติดิลก, และ นิตยา ทองหนูนุ้ย. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, *15*(3), 52-62.

ศริญญา ชาญสุข, และ สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าของวัยทำงานในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *37*(3), 76-91.

สุชาดา แซ่ลิ่ม. (2562). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัดระนอง. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, *33*(1), 193-202.

สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข, ณรงค์ มณีทอน, เบญจลักษณ์ มณีทอน, กมลเนตร วรรณเสวก, จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, และ สิรีธร บุตรวงศ์. (2550). การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม ในชุมชนไทยอิสาน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *52*(2), 138-148.

Armbrust, M., Fox, A., Griffith, R., Joseph, A.D., Katz, R., Konwinski, A., Lee, G., Patterson, D., Rabkin, A., Stoica, M., & Zaharia, M. (2010). A view of cloud computing. *Communications of the ACM*. *53*(4), 50-58.

Likert, R. (1961). *New Patterns of Management*. McGraw-Hill.

Royce, W.W. (1970). Managing the Development of Large Software Systems. *Proceedings of IEEE WESCON*, *26*, 328-388.

Samrgandi, N. (2021). User Interface Design & Evaluation of Mobile Applications. *International Journal of Computer Science and Network Security*. *21*(1), 55-63.

Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis* (3rd ed.). Harper and Row.

EFFECT OF THE EMPOWERMENT ENHANCEMENT PROGRAM ON AMPHETAMINE USE BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH AMPHETAMINE USE DISORDERS*

*Sawitree Satakunakorn, B.N.S.**, Chalinee Suvanayos, Ph.D.***, Hunsa Sethabouppha, Ph.D.*****

Abstract

Objective: To study the effect of the empowerment enhancement program on amphetamine use behaviors among patients with amphetamine use disorders (PAUD).

Methods: This quasi-experimental the samples consisted of 24 PAUD in the inpatient department at Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province. The instruments consisted of 1) personal information questionnaires; 2) the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test - Amphetamine-type Stimulants (The ASSIST-ATS); 3) power awareness questionnaire and 4) the Empowerment Enhancement Program on Amphetamine Use Behaviors Among PAUD developed by the researcher based on 4 steps of Gibson's empowerment concept (Gibson, 1995). The program had 6 activities 1 step per week, 60 minutes per activity, and a total duration of 4 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics mean, dependent t-test, and independent t-test.

Results: 1) The mean score of amphetamine use behavior of the experimental group in the one-month period after receiving the program was lower than the empowerment enhancement program on amphetamine use behaviors among patients with amphetamine use disorders with statistical significance ($p < .01$). 2) The mean score of amphetamine use behavior of the experimental group in the one-month period after receiving the empowerment enhancement program was lower than that of the control group with statistical significance ($p < .05$).

Conclusion: The results of this study demonstrated that the empowerment enhancement program on amphetamine use behaviors can reduce amphetamine use behaviors. Therefore, this program should be used to empower PAUD and help them reduce amphetamine use behaviors.

Keywords: empowerment, amphetamine use behaviors, patients with amphetamine 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: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: chalinee.s@cmu.ac.th*

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

Received: 27 July 2023, Revised: 23 May 2024, Accepted: 31 May 2024

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน*

*สาวิตรี ศตคุณากร, พย.บ.**, ชาลินี สุวรรณยศ, Ph.D.***, หรรษา เศรษฐบุปผา, Ph.D.*****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 24 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบคัดกรองประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST-ATS) 3) แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ และ 4) โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน 4 ขั้นตอน (Gibson, 1995) โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ขั้นตอน ใช้เวลากิจกรรมละ 60 นาที รวมทั้งหมด 6 กิจกรรม รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าที ชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน และสถิติทดสอบค่าที ชนิด 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษา : คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองในระยะ 1 เดือน หลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป : ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน สามารถเพิ่มพลังอำนาจ และลดพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนได้ จึงควรมีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการลดพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนต่อไป

คำสำคัญ : เสริมสร้างพลังอำนาจ, พฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน, ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน

**วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

***นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

****ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: chalinee.s@cmu.ac.th*

*****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

วันที่รับ: 27 กรกฎาคม 2566, วันที่แก้ไข: 23 พฤษภาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 31 พฤษภาคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์รายงานของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พบว่าข้อมูลปัญหายาเสพติดรวมถึงการเสพสารแอมเฟตามีนยังคงทวีความรุนแรง โดยเฉพาะในประเทศไทยยาเสพติดเป็นปัญหาระดับชาติที่ร้ายแรงเรื้อรังโดยตลอดก่อให้เกิดความเสียหายแพร่กระจาย (สายสุดา โภชนากรณ์, 2563) จากการประเมินสถานะชุมชนของกระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ. 2562 พบชุมชนที่มีปัญหายาเสพติดส่วนใหญ่มี อายุ 15 - 24 ปี ร้อยละ 36 อยู่ในกลุ่มผู้มีงานทำ ซึ่งมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ยาเสพติดที่มีการใช้มากที่สุด คือ สารแอมเฟตามีน ร้อยละ 74.4 รองลงมาคือ กัญชา ร้อยละ 5.9 และไอซ์ ร้อยละ 5.7 และพบว่าผู้ป่วยใช้สารแอมเฟตามีนที่มารับการบำบัดสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562 - 2563 มีจำนวน 13,959 และ 14,478 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.67 และ 5.45 ของผู้มารับบริการทั้งหมดในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2563) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเสพสารแอมเฟตามีนส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้เสพ คนในครอบครัว สังคมและด้านเศรษฐกิจ โดย 1) ผลต่อตัวผู้เสพทำให้นอนไม่หลับ กระวนกระวาย รับประทานอาหารน้อยลงหรือไม่ได้ ส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรม ความคิดช้า หงุดหงิด เบลอ พบปัญหาด้านอารมณ์ เช่น โมโหง่ายและรุนแรงขึ้น เมื่อต้องการเสพยา ก่อให้เกิดอาการหวาดระแวง และมีหูแว่ว ภาพหลอนตามมา (วีรพล ชูสันเทียะ และสมเดช พินิจสุนทร, 2560) 2) ผลกระทบต่อครอบครัว ผู้เสพและครอบครัวเสียชื่อเสียง มีปัญหาสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว การเงินและปัญหาลักขโมยภายในครอบครัว (กชพร เผือกผ่อง, 2560) 3) ผลกระทบต่อสังคม พบปัญหาการก่ออาชญากรรมในชุมชนร้อยละ 35.9 และยังพบว่าร้อยละ 18 ที่ไปก่ออาชญากรรมต่าง ๆ อาจส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อทรัพย์สินในชุมชน และเมื่อฤทธิ์ยาส่งผลทำให้เกิดอาการทางจิตและประสาทก็ส่งผลต่อความไม่ปลอดภัย ในร่างกายและชีวิตของคนในชุมชนได้ (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) 4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่าผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานที่ใช้ยาเสพติด ร้อยละ 36 คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ 625 ล้านบาทต่อวัน (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการติดยาเสพติดมี 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านตัวสารและฤทธิ์ของสาร ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านตัวผู้เสพ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านตัวสารและฤทธิ์ของสาร สารที่ก่อให้เกิดการเสพติด เช่น แอมเฟตามีน เฮโรอีน เป็นต้น เมื่อเริ่มทดลองเสพและได้รับฤทธิ์ของยาเสพติดมีความพึงพอใจก็จะเสพซ้ำจนเกิดการติดยา (ศิริรัตน์ นิตยวัน, 2561) 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีส่วนทำให้บุคคลไปเสพยาเสพติด เช่น ในเด็กวัยรุ่นอยากรู้อยากลองหรือความคึกคะนอง โดยเฉพาะเมื่อคนใกล้ชิดหรือเพื่อนเสพยาเสพติดแล้วชักชวนให้เสพก็มักจะ

เสพตาม นอกจากนี้ส่วนใหญ่ผู้ที่เสพยาเสพติดมักพบว่า อยู่ในครอบครัวที่แตกแยก หรือการอาศัยอยู่แหล่งแพร่ระบาดของยาเสพติด สามารถซื้อหายาเสพติดง่าย จึงทำให้มีโอกาสติดยาเสพติดมากกว่าคนทั่วไป (ศิริรัตน์ นิตยวัน, 2561) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า การอาศัยอยู่ในแหล่งยาถูกอิทธิพลของเพื่อนหรือคนรอบข้างชักชวนใช้สารเสพติด ทำให้มีผลต่อการเสพยาได้ (อัญชลี โตเอี่ยม และคณะ, พบว่าเกิดจากผู้ที่มีความเจ็บป่วยซึ่งต้องอาศัยยาเสพติดในการบำบัดรักษา จนนำไปสู่การติดยาเสพติด (ศิริรัตน์ นิตยวัน, 2561) ปัจจุบันการฟื้นฟูสมรรถภาพการใช้สารแอมเฟตามีนมีหลากหลาย ได้แก่ โปรแกรมปรับความคิดและพฤติกรรม ที่ส่งผลให้ตั้งใจเลิกสารเสพติดและการรับรู้ความสามารถของตน การเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดรูปแบบจิตสังคมบำบัด และการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2558) สามารถช่วยลดการเสพแอมเฟตามีนอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีการพัฒนาโปรแกรมที่จะจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 ปัจจัย จากการศึกษาพบว่าโปรแกรมเหล่านี้สามารถช่วยลดพฤติกรรมการกลับไปเสพแอมเฟตามีนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็พบว่าผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนยังคงมีจำนวนมากและพบว่าปัจจัยด้านตัวผู้เสพแอมเฟตามีน มีการรับรู้และการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดพลังอำนาจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง (ปานรดา บุญเรือง และคณะ, 2559) ซึ่งพบว่ามีผู้ที่เข้ารับการรักษาบำบัดซ้ำร้อยละ 35.35 (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2565) และการเลิกเสพจะพบในผู้ที่มีความตั้งใจ และแรงจูงใจ ผลวิจัยของสุทธิชัย ศิรินวล และคณะ (2559) ศึกษาผู้ติดแอมเฟตามีนที่บำบัดแล้วกลับบ้าน พบว่า มีปัจจัยหลายอย่าง แต่พบว่าปัจจัยที่สำคัญ คือ เกิดจากการขาดแรงจูงใจ การรับรู้พลังอำนาจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนในตนเองลดลง

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995) เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพ ในการตอบสนองความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง มีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ บุคคลจะมีการตอบสนอง คือ ด้านอารมณ์ ด้านการรู้คิดและด้านพฤติกรรม ทั้งหมด 4 ขั้นตอน บุคคลจะตระหนักได้ถึงปัญหาและเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวก มองว่าแก้ไขได้ มีผลให้บุคคลพัฒนาตนเองได้ นำไปสู่การแก้ปัญหาเกิดการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการควบคุมตนเอง มีพลังเพิ่มขึ้น โดยตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสม นำไปสู่การควบคุม ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เกิดการยอมรับตนเองมากขึ้น เกิดความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการเลิกเสพแอมเฟตามีน (Gibson, 1995) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยเพิ่มการรับรู้การควบคุมตนเอง เช่น กชพร เผือกผ่อง (2560) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการควบคุมตนเองของผู้เสพติดแอมเฟตามีน จะเห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิผลในการช่วยเพิ่มการรับรู้การควบคุมตนเองที่รับการบำบัดในขั้นฟื้นฟู ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การศึกษาของนิภาพร รัฐมั่น (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมี ส่วนร่วมมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้สายสุดา โภชนากรณ์ (2563) ได้พัฒนาการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพติดและครอบครัว ป้องกันการกลับไปเสพ พบว่าการสร้างหรือปรับทัศนคติเป็นสิ่งที่ควรทำเป็นสิ่งแรกเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงจะเห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิผลในการเพิ่มการรับรู้ในการควบคุมตนเองช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์เช่น การดื่มสุรา และสารเสพติดได้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งเป็นแนวทางหรือกลยุทธ์ในการสร้างพลังอำนาจเพื่อไม่ให้เกิดพฤติกรรมเสพสารแอมเฟตามีน มาพัฒนาเป็นโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการช่วยลดพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน การศึกษานี้จะทำให้เกิดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบำบัดพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในระยะก่อนได้รับโปรแกรมและระยะ 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะ 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การเสพแอมเฟตามีนส่งผลต่อสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอาจเกี่ยวข้องกับการที่มีพลังอำนาจในตนเองลดลง รู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยง่าย ไม่สู้ชีวิต การสร้างพลังอำนาจอาจช่วยทำให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนสามารถลดพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและช่วยเหลือให้สามารถควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง ค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้และสถานการณ์เสี่ยงที่จะทำให้ตนเองกลับไปเสพสารแอมเฟตามีน 2) การสะท้อนความคิดแบบมีวิจารณญาณ เป็นการทบทวนเหตุการณ์ ในการตัดสินใจและจัดการปัญหาการ

เสพแอมเฟตามีนได้ 3) การตัดสินใจในการเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ การที่บุคคลคิดและตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยมีการค้นพบการรับรู้และเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์และสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองตามที่เป็นจริง บุคคลนั้นสามารถตระหนักถึงปัญหาและเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวก ต่อจากนั้นจึงมีการสะท้อนความคิดคิดทวนเหตุการณ์ สถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยความรอบคอบในการตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การแก้ปัญหา เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางไปที่ดีขึ้น พัฒนาศักยภาพและความสามารถทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้น จึงมีการตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติเพื่อควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจนเกิดการยอมรับตนเองและมีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จ ทำให้รู้สึกมั่นใจ รับรู้ถึงศักยภาพและความสามารถเกี่ยวกับการควบคุมตนเองในการเสพสารแอมเฟตามีน

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนในระยะ 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนในระยะ 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน (F15.1, F15.2) ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน (F15.1, F15.2) และเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์

เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 18 - 59 ปี 2) มีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพสารแอมเฟตามีนในระดับเสี่ยงมากขึ้นไป (มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน) 3) อ่านและเขียนภาษาไทยได้และสื่อสารได้เข้าใจ 4) ไม่มีภาวะพร่องทางสมอง จากการประเมินด้วยแบบประเมินพุทธปัญญาฉบับภาษาไทย โดยต้องมีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน 5) มีระดับคะแนนการรับรู้พลังอำนาจในระดับต่ำถึงปานกลาง (มีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจ 0 - 66 คะแนน) 6) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท หรือมีภาวะทางจิตอื่น ๆ โดยได้รับการประเมินและวินิจฉัยจากแพทย์

ขนาดตัวอย่าง (sample size) คำนวณการวิเคราะห์ขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power 3.1.9.4 อำนาจการทดสอบที่ระดับ 0.8 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า เท่ากับ .05 โดยค่าอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับ 1.18 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายหรืออาจมีผู้ยุติการเข้าร่วมวิจัย จึงทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2558) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 12 ราย รวมทั้งหมดจำนวน 24 ราย จับสลากแบ่งกลุ่ม โดยการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 090/2565 และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง เลขที่ 1/2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบโดยละเอียด กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย และสิทธิ์ที่จะขอถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการที่พึงจะได้รับตามสิทธิ์ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะรายงานในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการใช้สารแอมเฟตามีน การมีเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวใช้ยาเสพติด จำนวนครั้งการบำบัด การใช้สุราสารเสพติดอื่น ๆ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่

2.1 แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตดัดแปลงเครื่องมือจากแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ของอุลิศ สมบัติแก้ว และปลดา เหมโลหะ (2559) ซึ่งพัฒนาโดยใช้แนวคิดของ Gibson ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.92 และนำแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจที่ดัดแปลงไปปรึกษาอาจารย์ รวมทั้งหมด 33 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากค่าคะแนน 0 - 3 คือ มาก (3) ปานกลาง (2) เล็กน้อย (1) ไม่มีเลย (0) การแปลผลแบ่งระดับดังนี้ 0 - 33 คะแนน คือ ระดับต่ำ 34 - 66 คะแนน คือ ระดับปานกลาง 67 - 99 คะแนน คือ ระดับสูง ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.87

2.2 แบบคัดกรองประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST-ATS) ATS ของพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล (2555) โดยมีค่า internal consistency (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.80 มี 8 คำถาม คำถามแต่ละข้อในแบบคัดกรอง ASSIST จะมีชุดคำตอบให้เลือกและคำตอบแต่ละข้อจากข้อที่ 2 ถึง 7 จะมีคะแนนเป็นตัวเลข ข้อคำถามมีค่าคะแนน 0 - 6 คะแนน ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 39 คะแนน

แบ่งเป็นระดับกลุ่มเสี่ยงได้ 3 ระดับ ได้แก่ เสี่ยง 0 - 3 คะแนน เสี่ยงมาก 4 - 26 คะแนน เสี่ยงสูงมาก 27 คะแนนขึ้นไป นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.86

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยได้สร้างตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน โดยทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ขั้นตอน ใช้เวลากิจกรรมละ 60 นาที รวมทั้งหมด 6 กิจกรรม รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยนำโปรแกรมไปปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนทั้งหมด 6 ท่าน หลังปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 3 คน โดยผู้วิจัยดำเนินการทดสอบทดสอบคุณภาพของโปรแกรมด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง

กิจกรรมที่ 1 ค้นหาสถานการณ์จริงในการใช้สารแอมเฟตามีน ให้ค้นหาสถานการณ์จริงที่เกิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและสถานการณ์เสี่ยงทำให้ตนเองกลับไปเสพ พร้อมกับค้นหาความคิดอารมณ์และพฤติกรรม ทั้งก่อนเสพ ขณะที่เสพและหลังการเสพ รวมถึงผลที่เกิดจากการเสพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ

กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนคิดสถานการณ์การใช้สารแอมเฟตามีน ให้พยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์ ที่ทำให้ใช้สารแอมเฟตามีนของตนเองอย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการใช้สารแอมเฟตามีนอย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา

กิจกรรมที่ 3 การแสวงหาทางเลือก มองปัญหา ประเมินและคิดพินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น รู้สึกมีพลังในการควบคุมตนเอง มีความมั่นใจ ช่วยให้มีพลังมากขึ้น รับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 4 แนวทางการแก้ปัญหา ให้ความรู้แนวทางการแก้ปัญหา เช่น จัดการตัวกระตุ้น การพัฒนาทักษะในการปฏิเสธ การจัดการกับอารมณ์เวลาอยากใช้ รูปแบบแนวทางในแก้ปัญหาบทบาทสมมติ (role play)

กิจกรรมที่ 5 ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ให้เลือกกิจกรรมที่คิดว่าจะนำไปเลือกใช้ ซึ่งแต่ละคนจะมีทางเลือกหลายวิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวทางแก้ปัญหาและเลือกวิธีการที่จะนำมาใช้กับตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

กิจกรรมที่ 6 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยได้มาแลกเปลี่ยนการปฏิบัติกิจกรรม สถานการณ์ที่ได้ผลและบอกเล่าความรู้สึกทางบวก ได้แก่ ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกมั่นคง ทำให้สามารถแก้ปัญหาครั้งต่อไป ที่คาดว่าจะเกิดหลังออกจากโรงพยาบาล เป็นพันธสัญญาและรักษาการปฏิบัติที่ดีและ

เหมาะสมไว้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ณ หอผู้ป่วยบำบัดยาเสพติด

2) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบคัดกรองประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (post-test) และแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีจับฉลาก แบ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน (จากสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนาไม่สามารถให้ผู้ป่วยมาทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างหอผู้ป่วยได้ จึงแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม ชาย 8 คน หญิง 4 คน)

3) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ขั้นตอน ใช้เวลากิจกรรมละ 60 นาที รวมทั้งหมด 6 กิจกรรม รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1 และ 4 บำบัด 1 กิจกรรมต่อสัปดาห์และ สัปดาห์ที่ 2 และ 3 บำบัด 2 กิจกรรมต่อสัปดาห์) ในช่วงเวลา 17.00 - 18.00 น. ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี ดำเนินการโดยผู้วิจัย

4) ผู้วิจัยนำแบบคัดกรองประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (post-test) และแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ ประเมินภายหลังจากออกโรงพยาบาลแล้ว 1 เดือน ด้วยการโทรศัพท์ติดตาม สอบถามชื่อ สกุลเพื่อยืนยันตัวตนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนของผู้ป่วยภายในกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง 1 เดือน ใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง 1 เดือน ใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.70 และ 58.30 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 33.30 และ 41.70 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.30 เท่ากัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 58.30 และ 66.70 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสดคิดเป็นร้อยละ 83.30 และกลุ่มควบคุมสถานภาพสมรสโสดและสมรสเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.00 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 75.00 และ 58.30 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 75.00 และ 83.30 กลุ่มตัวอย่างใช้สารแอมเฟตามีน 1 - 5 ปี

ร้อยละ 58.30 เท่ากัน และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวใช้ยาเสพติด ร้อยละ 83.30 และ 58.30 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเข้ารับการบำบัด 1 - 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 91.70 และ 100.00 การใช้สุราและสารเสพติดอื่น ๆ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีการใช้ ร้อยละ 58.30 และ 66.70 ตามลำดับ จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนหลังทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.92 เมื่อเปรียบเทียบด้วย Paired t-test คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนในระยะก่อนเข้าและหลังได้รับโปรแกรม (n = 12) ของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน	mean	SD	t	df	*p*-value
ก่อนเข้าโปรแกรม	28.50	6.21	6.036	11	.000*
ติดตามผล 1 เดือน หลังได้รับโปรแกรม	19.92	6.74			

*$p < .01$

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองในระยะ 1 เดือน หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน (mean = 19.92, SD = 6.748) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 27.08, SD = 4.542) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของกลุ่มทดลองในระยะ 1 เดือน หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (mean = 54.08, SD = 5.69; (mean = 53.25, SD = 5.51)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลัง 1 เดือน หลังได้รับโปรแกรม (n = 24)

คะแนนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	*p*-value
	mean	SD	mean	SD			
ก่อนได้รับโปรแกรม	28.50	6.21	27.16	6.78	5.022	22	.621
ติดตามผล 1 เดือน หลังได้รับโปรแกรม	19.92	6.74	27.08	4.54	-3.052	22	.006*

*$p < .05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจในระยะ 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมหลังไม่ได้รับโปรแกรม (n = 24)

คะแนนพลังอำนาจ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	*p*-value
	mean	SD	mean	SD			
ติดตามผล 1 เดือน	54.08	5.69	53.25	5.51	.364	22	.719

*$p < .05$

การอภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนในระยะ 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลองในระยะ 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน (mean = 19.92, SD = 6.74) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (mean = 28.50, SD = 6.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) โดยกิจกรรมที่ 1 ค้นหาสถานการณ์จริงในการใช้สารแอมเฟตามีน โดยอภิปรายถึงสาเหตุ อาการ การรักษาและผลที่เกิดจากการใช้สาร มีผลการวิจัยสนับสนุนว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เข้าใจถึงผลที่เกิดจาก

ภาวะสุขภาพ ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2557) ให้ผู้ป่วยค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนของตนเองลงในใบงานที่ 1 “การสำรวจตนเอง” ยกตัวอย่างสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นและสถานการณ์เสี่ยงที่จะทำให้ตนเองกลับไปเสพ รวมถึงผลที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยค้นพบสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการใช้สารแอมเฟตามีนและพูดคุยในสิ่งที่ได้เรียนรู้ ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) กิจกรรมที่ 2 ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้และทบทวนสถานการณ์อย่างไร หรือเหตุการณ์เช่นไร ที่เป็นสาเหตุทำให้ต้องใช้สารแอมเฟตามีน กิจกรรมที่ 3 การแสวงหาทางเลือกในการแก้ปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน อภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันให้และทบทวนตามใบงานที่ 3 “ผลดี-ผลเสียของการใช้สารแอมเฟตามีน” และใบงานที่ 3.1 “ผลดี-ผลเสียของการเลิกใช้สารแอมเฟตามีน” รวมถึงทบทวนเป้าหมายว่า “ในปัจจุบัน เป็นอย่างไรบ้าง” “เป้าหมายในอนาคตจะต้องเป็นเช่นไร” โดยบันทึกลงในใบงานที่ 3.2 “เป้าหมายของชีวิต” ประเมินและคิดพินิจพิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ เป็นการช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังในการควบคุมตนเองและช่วยให้มีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson (1995) พบว่าสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม ขั้นตอนที่ 3 ในกิจกรรมที่ 4 แนวทางการแก้ปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการแก้ปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน แลกเปลี่ยนเรียนรู้และทบทวนตัวกระตุ้น รวมถึงวิธีการจัดการกับตัวกระตุ้น การพัฒนาทักษะในการปฏิเสธการจัดการกับอารมณ์ที่นำไปสู่การใช้สารแอมเฟตามีนลงในใบงานที่ 4 “การทบทวนสิ่งกระตุ้น” และใบงานที่ 4.1 “แบบบันทึกความเครียด” กิจกรรมที่ 5 ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ที่ได้จากการทำกิจกรรมตามใบงานที่ 4.2 “เพื่อนชวนลอง” และใบงานที่ 5 “เปรียบเทียบผลดี-ผลเสีย ของการปฏิเสธ” มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยได้ลองปฏิบัติแล้วนำมาเล่าให้เพื่อนในกลุ่มได้ฟัง พร้อมทั้งบันทึกลงในใบงานที่ 5.1 “การตัดสินใจเลือกปฏิบัติของฉัน” ในกิจกรรมนี้นำมาสู่การตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดความเสี่ยงและอันตรายต่าง ๆ จากการใช้ยาเสพติดที่ยังไม่สามารถหยุดเสพได้ ให้ได้รับอันตรายน้อยที่สุดจากการเสพ ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) โดยกิจกรรมที่ 6 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนการปฏิบัติกิจกรรมที่แก้ปัญหาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่ทำสำเร็จ และให้บอกเล่าความรู้สึกทางบวก ได้แก่ ความเชื่อมั่นในตัวเอง รู้สึกมั่นคง เสริมสร้างพลังอำนาจและยกตัวอย่างที่เคยมีผู้รับการบำบัดทำสำเร็จและชื่นชมให้กำลังใจสำหรับผู้ที่สามารถหยุดเสพได้ตลอดระยะเวลาที่อยู่บำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองมากยิ่งขึ้นและตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ของแต่ละคน

เพราะฉะนั้นการตั้งเป้าหมายช่วยสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้การกลับไปเสพลดลง (สุทธิชัย ศิรินวล และคณะ, 2559) และร่วมกันสรุปข้อคิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารในใบงานที่ 6 “คำมั่นสัญญา” และอ่านให้เพื่อนฟัง ถือเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยมีพลัง สามารถแก้ปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน สำหรับใช้ในการแก้ปัญหาครั้งต่อไป เพื่อลดพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน การวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมในระยะหลังบำบัด 1 เดือน

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการศึกษาพบว่า เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของกลุ่มทดลองในระยะ 1 เดือน หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (mean = 53.00, SD = 6.26; mean = 54.08, SD = 5.69)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนในระยะ 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลองในระยะ 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ (mean = 19.92, SD = 6.748) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 27.08, SD = 4.542) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3) สนับสนุนสมมติฐานที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอธิบายได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีการศึกษาพบว่า อิทธิพลของเพื่อนหรือคนรอบข้างชักชวนมีการใช้สารเสพติด กล่าวคือเพื่อนเป็นสิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่การเสพยาได้ (อัญชลี โตเอี่ยม และคณะ, 2559) และปัจจัยด้านตัวผู้เสพ พฤติกรรมการใช้สารเสพติดเกิดจากปัจจัยด้านตัวผู้เสพ อายุ การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยการกลับไปเสพสารแอมเฟตามีน (ศิริลักษณ์ ปัญญา และคณะ, 2564) สภาพจิตใจได้แก่ ผู้ที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง โดยพบว่าผู้ที่มีสุขภาพจิต ไม่มั่นคง บุคคลเหล่านี้มักจะถูกชักจูงให้เสพยาเสพติดได้ง่าย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดยาเสพติดที่มีภาวะเสพติดเรื้อรัง จะมีลักษณะของความอ่อนแอทางจิตที่เด่นชัดอยู่ ได้แก่ ติดกับประสบการณ์ที่เจ็บปวดในวัยเด็กส่งผลให้มีอัตตาอ่อนแอ มีการรับรู้และมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดพลังอำนาจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง (ปานรดา บุญเรือง และคณะ, 2559) โดยเฉพาะปัจจัยด้านตัวผู้เสพจึงจำเป็นต้องมีกระบวนการบำบัดและฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลด ละ เลิกเสพได้ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดรักษามีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำมากขึ้น ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มพลังอำนาจและสามารถลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนได้

สอดคล้องกับกชพร เผือกผ่อง (2560) พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิผลในการช่วย เพิ่มการควบคุมตนเองในผู้เสพแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้การศึกษาของนิภาพร รัฐมั่น (2560) พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม จากการศึกษาพบว่า เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของกลุ่มทดลองในระยะ 1 เดือน หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (mean = 54.08, SD = 5.69; mean = 53.25, SD = 5.51)

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ส่งเสริมให้โรงพยาบาลที่มีการให้บริการทางด้านยาเสพติด หรือเป็นทางเลือกในการให้บริการผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในบุคคลที่มีการใช้สารแอมเฟตามีนจนก่อให้เกิดความผิดปกติ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มอื่น เช่น ผู้ติดสุรา หรือสารเสพติดอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจมากขึ้น จะสามารถช่วยลดพฤติกรรมการใช้สุราหรือสารเสพติดอื่น ๆ ได้

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลการบำบัดด้วยโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในระยะยาว เช่น ติดตามต่อเนื่อง 3 เดือน 6 เดือน หรือ 12 เดือน ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนเพื่อติดตามความคงทนการลด ละ เลิก สารแอมเฟตามีน

เอกสารอ้างอิง

กชพร เผือกผ่อง. (2560). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการควบคุมตนเองของผู้เสพติดแอมเฟตามีน* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กรมสุขภาพจิต. (2557). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557*. บียอนด์พับลิสชิ่ง.

กรมสุขภาพจิต. (2563). *ข้อมูลสถิติรายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ปีงบประมาณ 2562-2563* . https://www.dmh.go.th/report/datacenter/dmh/

นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2558). *การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม* [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นิภาพร รัฐมั่น. (2560). ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 31*(3), 99-112.

ปานรดา บุญเรือง, นริสา วงศ์พนารักษ์, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ยอดชาย บุญประกอบ, บัวสี สาธรพันธ์ และ ดาริน ดวงเศษวงษ์ (2559). *การพัฒนาโปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ สำหรับผู้ติดยาบ้า* (พิมพ์ครั้งที่1). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, และบุญศรี จันศิริมงคล. (2555). *คู่มืออบรม: หลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนสำหรับบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ* (พิมพ์ครั้งที่2). แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพสารเสพติดในชุมชน.

วีรพล ชูสันเทียะ, และสมเดช พินิจสุนทร. (2560). ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี: กรณีศึกษา. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 5*(3), 523-533.

ศิริรัตน์ นิตยวัน. (2561). แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ, 24*(1), 15-27.

ศิริลักษณ์ ปัญญา, เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, นภาจันทร์ ชาปลิก, สุกัญญา กาญจนบัตร และจริยา มงคล สวัสดิ์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจิตสังคม และปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการกลับมาเสพยาซ้ำของผู้กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำในโรงพยาบาลธัญญารักษ์. *พยาบาลสาร, 43*(2), 273-281.

ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566.* https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/rptk5fmp8q8sk0soko.pdf

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2565). *สถิติผู้ป่วยทั้งหมดที่เสพยาบ้าเป็นยาเสพติดหลักและเสพร่วมกับยาอื่น ๆ ประจำปีงบประมาณ 2561-2564.* http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3469&Itemid=53

สายสุดา โกชนากรณ์. (2563). รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาชิงพุทธ, 5*(12), 305-323.

สุทธิชัย ศิรินวล, ปัทมา สุพรรณกุล, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด. *Journal of Health Science Research, 10*(1), 39-45.

อัญชลี โตเอี่ยม, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร, และกนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. (2559). ปัจจัยทำนายการเสพแอมเฟตามีนของเยาวชนในชุมชนแออัด. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 9(2), 88-103

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2558). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ส. เอเชียเพรส จำกัด.

อุลิศ สมบัติแก้ว, และปลดา เหมโลหะ. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, *36*(1), 93-103.

Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advance Nursing*, *21*(6), 1201-1210.

THE DEVELOPMENT OF PROBLEM SOLVING PROGRAM FOR REDUCING DEPRESSION AND DRINKING BEHAVIOR AMONG PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE*

*Aranya Phajuy, M.N.S.**, Napatsorn Rungsiwaroj, M.N.S.***, Lasita Srithammachart, M.Sc.***, Amonrat Chainonthi, M.N.S.***, Rungtiwa Jaija, Ph.D.****

Abstract

Objective: The aims of this study were to develop and evaluate the effects of problem solving therapy (PST) program on reducing depressive symptoms and drinking behavior among patients with alcohol dependence.

Methods: The research and development process is divided into two phases: program development phase and program effectiveness testing phase in a sample group of patients with alcohol dependence. A total of 56 participants were selected based on predetermined criteria, divided into an experimental group of 29 and a control group of 27. Measurements were taken before and after the experiment, with follow-ups at 1 and 3 months. The tools used included: 1) problem solving program, 2) Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) and 3) Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Data analysis was conducted using Descriptive Statistics, Chi-square test, Independent Sample t-test, Fisher's exact test, Wilcoxon Signed Ranks test and Mann-Whitney U test.

Results: 1) The problem solving program developed consists of six steps as follows: (1) Training in understanding the problem (2) Training in problem identification (3) Training in generating or exploring options for problem solving (4) Training in decision making for problem solving methods (5) Training in implementing problem solving and evaluating the results and (6) Sustaining problem solving skills and expanding outcomes. 2) The results of the program showed statistically significant differences ($p < .05$) in the average depression scores between the experimental group before and after receiving the program, and at the 1 and 3 month follow-up assessments. Similarly, statistically significant differences ($p < .05$) in the average alcohol drinking behavior scores between the experimental group before receiving the program and at 3 month follow-up assessments. Comparing the average depression scores between the control and experimental groups before and after receiving the program, and at the 1 and 3 month follow-up assessments also showed statistically significant differences ($p < .05$). Moreover, the average alcohol drinking behavior scores between the control and experimental groups before receiving the program and at 3 month follow-up assessments significantly differed ($p < .05$).

Conclusion: The problem solving program was effective in reducing depression and alcohol drinking behavior among patients with alcohol dependence. Follow-up assessments at 1 and 3 month post treatment revealed a decrease in average depression scores and average alcohol drinking behavior scores. However, long-term follow up for at least 6 months post-program completion is recommended to evaluate the program's continued effectiveness.

Keywords: PST program, depression, drinking behavior, alcohol dependence

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

***Corresponding author: Registered Nurse, Thanyarak Chiang Mai Hospital, e-mail: nur.thanyarak@gmail.com*

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

Received: 20 November 2023, Revised: 17 July 2024, Accepted: 24 July 2024

การพัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา*

*อรัญญา แพจุ้ย, พย.ม.**, นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์, พย.ม.***, ลษิตา ศรีธรรมชาติ, วท.ม.***,*
*อมรรัตน์ ชัยนนถี, พย.ม.***, รุ่งทิวา ใจจา, ปร.ด.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคติดสุรา

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพัฒนาโปรแกรม และระยะทดสอบประสิทธิผลโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่ตรงตามเกณฑ์จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 27 คน วัดผลก่อน หลังทดลอง และติดตามผล 1 และ 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการแก้ปัญหา 2) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ 9) 3) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติที การทดสอบด้วยฟิชเชอร์เอ็กแซคการทดสอบของวิลคอกซัน และการทดสอบแมนน์-วิทนีย์ ยู

ผลการศึกษา : 1) โปรแกรมการแก้ปัญหาที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การบำบัดทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การฝึกการทำความเข้าใจปัญหา (2) การฝึกค้นหาปัญหา (3) การฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา (4) การฝึกตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา (5) การฝึกลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา และ (6) การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล และ 2) ผลของโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนการได้รับโปรแกรมกับหลังได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมกับระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการได้รับโปรแกรมกับหลังได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อนการได้รับโปรแกรมกับระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป : โปรแกรมการแก้ปัญหาสามารถลดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้ และหลังการบำบัดเมื่อติดตามผลในระยะ 1 และ 3 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 6 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการแก้ปัญหา, ภาวะซึมเศร้า, พฤติกรรมการดื่มสุรา, ผู้ป่วยโรคติดสุรา

**โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*

***ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่, e-mail: nur.thanyarak@gmail.com*

****พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่*

วันที่รับ: 20 พฤศจิกายน 2566, วันที่แก้ไข: 17 กรกฎาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 24 กรกฎาคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์การบริโภคสุราทั่วโลกมีแนวโน้มที่สูงขึ้น (WHO, 2023) ประชากรทั่วโลกบริโภคสุรามากถึง 2,000 ล้านคน ในประเทศไทยมีประชากรบริโภคสุราเป็นประจำเกือบ 17 ล้านคน (กรมสุขภาพจิต, 2563) จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรไทย ปี 2564 พบว่า เพศชายมีอัตราการดื่มมากกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า โดยมีจำนวนผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำมากถึง 10.6 ล้านคน ซึ่งการดื่มสุราเป็นประจำจะส่งผลให้เกิดการติดสุรา พบโรคร่วมทางกาย และโรคร่วมทางจิตโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย (Bonea et al., 2018) จากการทบทวนวรรณกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ที่ดื่มสุราเป็นเวลานาน ระดับ serotonin และ norepinephrine ในสมองจะลดลงซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า จากสถิติพบว่าร้อยละ 40 ของคนที่ดื่มหนักจะมีอาการซึมเศร้า และยังพบว่าร้อยละ 5 - 10 ของผู้ป่วยซึมเศร้ามาจากการดื่มสุรา (พิชัย แสงชาญชัย, ม.ป.ป.) นอกจากนี้ ผู้ติดสุรามีความชุกของภาวะซึมเศร้าก่อนการรักษาภาวะถอนพิษสุรามากถึงร้อยละ 63.8 และในระยะติดตามผลการรักษา 6 เดือน ยังพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 30.2 (Kuria et al., 2012) ที่สำคัญพบว่ามีการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 15 ของประชากรโลก (Sindhu et al., 2011) และสูงถึงร้อยละ 43.0 ของผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าประเทศไทย (Pettinati and Dundon, 2011) โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2562 พบว่า คนไทยที่ดื่มสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 5.2 เท่าของคนที่ไม่ดื่ม (Arunpongpaisal et al., 2021) และสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .301$, $p < .01$) (วินัย รอบคอบ และคณะ, 2561)

โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด ในระดับตติยภูมิ ในปีงบประมาณ 2562 - 2564 พบสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 1,856 คน 1,721 คน และ 1,514 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบภาวะโรคร่วมในกลุ่มของอารมณ์ (mood disorder) จำนวน 271 คน 183 คน และ 257 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่, 2565) จากการทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคติดสุรา ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 150 แฟ้ม พบว่า แฟ้มที่มีการประเมิน 2Q 9Q และ 8Q มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยถึงจำนวน 86 แฟ้ม และมี 34 แฟ้ม เคยมีพฤติกรรมพยายามทำร้ายตนเอง นอกจากนี้จากการรวบรวมความเสี่ยงเกี่ยวกับอุบัติการณ์ระดับรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ในปี 2562 มีอุบัติการณ์ระดับ E โดยผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง จำนวน 1 ราย และในปี 2564 มีอุบัติการณ์ระดับ E โดยผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง จำนวน 1 ราย ถึงแม้จำนวนไม่มาก

แต่ก็ถือว่าเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงของหน่วยงานที่ต้องได้รับการแก้ไข ที่ผ่านมาโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ มีกระบวนการในการบำบัดรักษาผู้ป่วยในกลุ่มที่ติดสุรา โดยแบ่งเป็นระยะถอนพิษสุราและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพใช้โปรแกรม FAST Model ร่วมกับการได้รับการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งในการทำกิจกรรมค่อนข้างใช้เวลานาน บางกิจกรรมของโปรแกรม FAST Model อาจยังไม่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ บางรายรู้สึกเบื่อหน่ายกับการเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้อยู่รักษาไม่ครบกำหนด นอกจากนี้จากการสนทนากลุ่มในทีมสหวิชาชีพ ยังพบว่าผู้ป่วยโรคติดสุรามีสถิติการกลับมาดื่มซ้ำสูง และอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น โดยสาเหตุที่สำคัญคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดทักษะในการแก้ปัญหา มีอารมณ์อ่อนไหว ไม่มั่นคง การควบคุมอารมณ์ตนเองทำได้ไม่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจและวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่ถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องความจำเพาะของผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้านั้น พบว่าหากระดับของภาวะซึมเศร้าลดลงจะเพิ่มโอกาสการหายจากการเสพติดสุราและลดการกลับไปใช้สุราซ้ำได้ (Sooksompong, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ พบว่า หากระดับของภาวะซึมเศร้าลดลงจะเพิ่มโอกาสการหายจากการเสพติดสุราและลดการกลับไปใช้สุราซ้ำได้ (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2559) จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและลดการกลับมาดื่มสุราซ้ำ พบว่าโปรแกรมการแก้ปัญหาเป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดในชีวิต ให้สามารถรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มองปัญหาให้เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ มองเป็นสิ่งที่ท้าทาย พยายามแก้ปัญหาด้วยเหตุผล คิดทางบวกต่อปัญหา พยายามทำความเข้าใจ ค้นหาปัญหา คิดหาทางแก้ปัญหาหลายทาง ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาตามที่วางแผน ดูผลดีผลเสียของวิธีการแก้ปัญหา และลดความคิดทางลบที่ไม่เป็นประโยชน์บนพื้นฐานความเป็นจริง (D' Zurilla, 1988) ผู้ศึกษาจึงเลือกนำโปรแกรมการแก้ปัญหาซึ่งสร้างจากแนวคิดของ เดอซูริลลาและเนซู (D'Zurilla & Nezu, 2010) โดยนำโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ของสมบัติ สกุลพรรณ์ และคณะ (2559) มาพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างและใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า และเผยแพร่ให้มีการใช้งานในหน่วยงานที่มีบริบทคล้ายกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคติดสุรา

2. เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคติดสุรา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างการบำบัดด้วยโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคติดสุรา ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของเดอซูริลลาและเนซู (D'Zurilla & Nezu, 2010) ประกอบด้วย การปรับมุมมองการรับรู้ปัญหาโดยรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มีความคิดทางบวกต่อปัญหา และการแก้ไขปัญหาโดยใช้ทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล และดำเนินการศึกษาตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วยการดำเนินงาน 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการพัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคติดสุรา และ2) ระยะทดสอบผลโปรแกรมการแก้ปัญหา

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหาหลังการทดลองระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหาระยะติดตาม 1 เดือน และติดตาม 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

3. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหาแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research & development) แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคติดสุรา มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) วิเคราะห์สถานการณ์การบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ ในประเด็นสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา ผลกระทบ ความแตกต่างระหว่างผู้ติดสุราและผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ปัญหาอุปสรรคของการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและวิธีการแก้ไข และการสนทนากลุ่มญาติและผู้ป่วยในประเด็นความต้องการเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

2) ทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดการติดสุราย้อนหลัง 3 ปี

3) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งในประเทศและต่างประเทศ

4) ประชุมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสุรา ทีมนักวิจัยและ

คณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสุรา เพื่อพิจารณาและร่วมออกแบบโปรแกรมการแก้ปัญหา 5) จัดทำร่างต้นแบบเบื้องต้น โดยกำหนดรูปแบบของโปรแกรมการแก้ปัญหา เพื่อนำมาทดสอบเบื้องต้นกับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า โดยพัฒนาจากโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงและดื่มแบบอันตราย ของสมบัติ สกุลพรรณ์ และคณะ (2559) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเดอซูริลลาและเนซู (D'Zurilla & Nezu, 2010) จากนั้นฝึกอบรมทักษะการบำบัดตามโปรแกรมการแก้ปัญหาให้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติตามกำหนด จำนวน 7 คน สรุปผลและประเมินร่างต้นแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการและการประเมินผล

6) การทดสอบต้นแบบเบื้องต้น เพื่อประเมินความเป็นไปได้ โดยทดสอบกับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 กลุ่ม (8 คน) หลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

7) การปรับปรุงโปรแกรมการแก้ปัญหาให้สมบูรณ์เหมาะสมกับบริบท ตรงตามประเด็นของกลุ่มเป้าหมาย โดยประชุมสรุปผลต้นแบบโปรแกรมการแก้ปัญหา และจัดทำคู่มือโปรแกรมการแก้ปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรกให้การบำบัด 3 ครั้งแบบวันเว้นวัน และในสัปดาห์ที่ 2 - 3 เป็นการบำบัดครั้งที่ 4 - 6 ให้เว้นระยะห่างของการบำบัดแต่ละครั้งมากกว่า 1 วัน โดยกิจกรรมมีดังต่อไปนี้ 1) การฝึกการทำความเข้าใจปัญหา 2) การฝึกค้นหาปัญหา 3) การฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา 4) การฝึกตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา 5) การฝึกลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา และ6) การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล

ระยะที่ 2 การทดสอบผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อประเมินผลของการบำบัดโดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental) แบบเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองวัดผลก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม ติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์วิเคราะห์อำนาจการทดสอบของโพลิท (Polit & Beck, 2008) สำหรับการทดลองที่เป็น 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (two sample independent groups test) กำหนดระดับนัยสำคัญ (significant level) ที่ .05 ระดับอำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .80 และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่คล้ายคลึงเรื่องผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดสุราของปุณยาภา คำบุญเรือง (2552) เนื่องจากรูปแบบของการวิจัยเป็นการทดลอง 2 กลุ่ม วัดผลก่อน หลังเหมือนกัน ได้นำผลการวิจัยมาคำนวณโดยใช้สูตรของโคเฮน (Cohen, 1988) พบว่าได้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .8 จากนั้นนำมาคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 20 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของ

กลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างกลุ่ม 5 - 10 คน โดยการศึกษานี้ป้องกันการสูญหายโดยคำนวนจากอัตราการอยู่ครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยร้อยละ 80 เบื้องต้นผู้วิจัยวางแผนเก็บกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน แต่มีผู้ป่วยที่มีภาวะโรคทางกาย 2 คน ขอจำหน่ายกลับบ้าน 2 คน การศึกษานี้จึงคงเหลือ กลุ่มตัวอย่าง 56 คน ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 29 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 27 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่ทีมผู้วิจัยกำหนด **เกณฑ์การคัดเข้า** คือ 1) อายุ 18 - 59 ปี 2) เข้ารับการบำบัดการติดสุราแบบผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (F10.2) 3) ไม่อยู่ในภาวะถอนพิษสุรารุนแรง โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุรา (CIWA-Ar) ฉบับภาษาไทย (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2554) ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 4)ได้รับการประเมินคะแนนจากแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ฉบับภาษาไทย (Lortrakul et al., 2008) ได้ค่าคะแนนระหว่าง 9-19 คะแนน 5) ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับรุนแรง โดยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2550) ได้ค่าคะแนนต่ำกว่า 17 คะแนน 6) มีสมรรถภาพทางสมองปกติ ประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MSET10 ของสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (ประเสริฐ บุญเกิด, 2561) โดยต้องมีคะแนนไม่น้อยกว่าคะแนน ณ จุดตัดตามเกณฑ์ ตามระดับการศึกษาของผู้ป่วย 7) สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย 8) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย **เกณฑ์การคัดออก** คือ 1) มีโรคทางกายอื่นที่ไม่สามารถควบคุมได้ 2) มีอาการทางจิตที่รุนแรง 3) มีการติดสารเสพติดอื่นที่ไม่ใช่ alcohol dependence โดยในกลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมตามปกติของโรงพยาบาล ร่วมกับโปรแกรมการแก้ปัญหา ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับเฉพาะโปรแกรมตามปกติของโรงพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี หมายเลข 002/2565 หมายเลข 019/2566 และหมายเลข 014/2567 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ จะได้รับการอธิบายให้เข้าใจวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนกิจกรรม ระยะเวลา ประโยชน์ที่จะได้รับ ความไม่สุขสบายหรือความเสี่ยงที่อาจได้รับและวิธีป้องกันที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยความสมัครใจ และลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะดำเนินการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยและไม่มีการถอนตัวออกจากการวิจัย การบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น เฉพาะทีมผู้วิจัยเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่าง

ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย จึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1)โปรแกรมการแก้ปัญหา ที่พัฒนาขึ้นเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคติดสุรา ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 6 - 8 คน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรกให้การบำบัด 3 ครั้งแบบวันเว้นวัน และในสัปดาห์ที่ 2 - 3 เป็นการบำบัดครั้งที่ 4 - 6 ให้เว้นระยะห่างของการบำบัดแต่ละครั้งมากกว่า 1 วัน โดยกิจกรรมมีดังต่อไปนี้ 1) การฝึกการทำความเข้าใจปัญหา 2) การฝึกค้นหาปัญหา 3) การฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา 4) การฝึกตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา 5) การฝึกลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา และ 6) การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ตาม อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา อายุที่เริ่มดื่มครั้งแรก อายุที่เริ่มดื่มแบบมีปัญหา อายุที่เริ่มเข้ารับการบำบัดครั้งแรก และจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลเนื่องจากการใช้สุรา

2) แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม เป็นแบบคัดกรองอาการโรคซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (Lortrakul et al., 2008) ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ค่าคะแนนการประเมินมี 4 ตัวเลือก คือ 0 1 2 และ 3 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 27 คะแนน เป็นการประเมินในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับตามค่าคะแนนดังนี้ 0 - 4 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ 5 - 8 คะแนน มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยไม่ถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้า 9 - 14 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย หรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง 15 - 19 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 20 คะแนนขึ้นไป เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ผู้วิจัยนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นด้านความสอดคล้องภายใน กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาก (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.81

3) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราขององค์การอนามัยโลก (Alcohol Use Disorder Identification Test : AUDIT) ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) เป็นแบบประเมินที่ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบมีข้อคำถามและมีการให้คะแนนเป็นระดับตัวเลข (rating scale) การประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ระดับการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามเป็น 0 - 4 คะแนน และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยเลย 0 คะแนน, น้อยกว่าเดือนละครั้ง 1 คะแนน 2 - 4 ครั้งต่อเดือน 2 คะแนน 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 3 คะแนน 4 ครั้งขึ้นไป 4 คะแนน และมีการแปลผลของค่าคะแนนที่ได้ดังต่อไปนี้ 0 - 7 คะแนน ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ 8 - 15 คะแนน ผู้ดื่มแบบเสี่ยง 16 - 19 คะแนน ผู้ดื่มแบบอันตราย มากกว่า 20 คะแนน ผู้ดื่มแบบติด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ (chi-square test) สถิติที (independent sample t-test) การทดสอบด้วยฟิชเชอร์เอ็กแซค (fisher's exact test) การทดสอบของวิลคอกซัน (wilcoxon signed ranks test) และการทดสอบแมนน์-วิทนีย์ (independent samples Mann-Whitney U test)

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคติดสุรา สามารถสรุปได้ดังนี้

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ พบว่า เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะถอนพิษสุราเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางด้านจิตสังคม ได้แก่ กลุ่มการให้การปรึกษาปัญหาการดื่มสุรา (alcohol group counseling) กลุ่มการให้ความรู้สำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (alcohol education) การบำบัดแบบกลุ่มประคับประคองทางจิตใจ (supportive group therapy) การให้คำแนะนำและการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (Brief Advice and Brief Intervention: BABI) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) การให้การปรึกษาครอบครัว (family counseling) เป็นต้น โดยจากการรวบรวมและค้นหาปัญหาจากการสนทนากลุ่ม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ ในประเด็นสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา ผลกระทบ ความแตกต่างระหว่างผู้ติดสุราและผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ปัญหาอุปสรรคของการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและวิธีการแก้ไข และการสนทนากลุ่มญาติและผู้ป่วย ในประเด็นความต้องการเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยโรคติดสุรามีจำนวนมากขึ้นและมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นด้วย ซึ่งผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้านี้มีภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และมีความซับซ้อน ซึ่งในปัจจุบันการทำกิจกรรมกลุ่มเป็นการทำกิจกรรมโดยรวม ยังไม่มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลเฉพาะ มีการประเมินผู้ป่วยและแยกผู้ป่วยอย่างชัดเจน มีการจัดกิจกรรมการบำบัดรักษาในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะ นำรูปแบบกิจกรรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามาใช้ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเพิ่มศักยภาพของบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีความรู้และสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมซึ่งจากการสนทนากลุ่มนี้ มีความเห็นไปในทางเดียวกันว่าควรมีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีเนื้อหาครอบคลุมเหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยได้

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการ

บำบัดและการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า โปรแกรมการบำบัดรักษาทางจิตสังคมนั้น มีการนำรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคติดสุรา เช่น สมบัติ สกุลพรรณ์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กับหลังได้รับโปรแกรมฯทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 การศึกษาของปุณยาภา คำบุญเรือง (2552) ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา หลังสิ้นสุดการบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และภายหลังการทดลองผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา หลังสิ้นสุดการบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และการศึกษาของรัชดา อังธนานุกูล และคณะ (2563) ที่ศึกษาเรื่องของ ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ ภัทรสุดา สิงห์เห (2556) ที่ศึกษาเรื่องของ ประสิทธิผลของการใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมทุกรายมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงจากเล็กน้อย และปานกลาง ลดลงเป็นระดับปกติทุกราย

จากการทบทวนองค์ความรู้ปัจจุบัน ผู้วิจัยได้นำองค์ความรู้ ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์มากำหนดขอบเขตเนื้อหารายละเอียดในกิจกรรมของโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคติดสุรา (ฉบับร่าง) 6 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ครั้งละ 60 - 90 นาที ใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรกให้การบำบัด 3 ครั้งแบบวันเว้นวัน และในสัปดาห์ที่ 2 - 3 เป็นการบำบัดครั้งที่ 4 - 6 ให้เว้นระยะห่างของการบำบัดแต่ละครั้งมากกว่า 1 วัน และผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมด้วยการประเมินความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากิจกรรมและวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 1.00

ตรวจสอบประสิทธิผลต้นแบบโปรแกรมเพื่อประเมินความเป็นไปได้และประสิทธิผลของโปรแกรม นำมาทดสอบต้นแบบเบื้องต้นโดยทดสอบกับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 กลุ่ม (8 คน) เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผล ข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคจากการบำบัดตาม

โปรแกรมก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง มีข้อเสนอแนะให้แก้ไขเนื้อหาของกิจกรรมบางส่วนเพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหา ทฤษฎี และปรับปรุงความเหมาะสมของภาษา จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะและจัดทำเป็นโปรแกรม (ฉบับปรับปรุง) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เป้าหมายการบำบัดของแต่ละกิจกรรม

การบำบัดครั้งที่/ชื่อกิจกรรม	เป้าหมาย
1. รู้จักฉัน รู้จักเธอ รู้จักโปรแกรมการแก้ปัญหา	ผู้ป่วยมีความคุ้นเคย ไว้วางใจและยอมรับในกลุ่มผู้ป่วยและผู้บำบัด เข้าใจวัตถุประสงค์ของโปรแกรม เข้าใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องปัญหาและผลกระทบจากการดื่มสุรา ความรู้เรื่องสุรากับภาวะซึมเศร้า และมีความพร้อมในการเลิกสุรา
2. เรื่องของปัญหา	ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของตนเอง เข้าใจความหมายของปัญหา มุมมองต่อปัญหาทางบวกและมุมมองต่อปัญหาทางลบ รวมทั้งเข้าใจรูปแบบหรือวิธีการแก้ปัญหาแบบต่าง ๆ
3. ค้นหาและระบุปัญหา	ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหา สามารถระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของตนเองได้ ฝึกการประเมินอารมณ์ด้านลบของตนเองหรือความทุกข์ที่เกิดจากปัญหาของตนเองและมีวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับอารมณ์ด้านลบหรือปัญหาดังกล่าว
4. การตั้งเป้าหมายและทางเลือกในการแก้ปัญหา	ผู้ป่วยเลือกปัญหา กำหนดเป้าหมายการแก้ปัญหาที่ชัดเจน หาทางเลือกในการแก้ปัญหา และฝึกการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาดังกล่าวแล้วนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง
5. การลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา	ผู้ป่วยประเมินและอภิปรายผลของการนำทางเลือกของการแก้ปัญหาตามแผนที่วางไว้หลังจากนำไปใช้ในสถานการณ์จริง
6. การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล	ผู้ป่วยได้ทบทวนและคงไว้ซึ่งความรู้ความเข้าใจและทักษะการแก้ปัญหาที่ได้เรียนรู้และได้ฝึกนำไปใช้จริง รวมทั้งสามารถนำความรู้และทักษะการแก้ปัญหาไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง

ผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยโรคติดสุรา

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน กลุ่มควบคุม 27 คน อายุเฉลี่ย 44.17 ปี และ 42.93 ปี ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 41.38 และร้อยละ 51.85 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 31.03 และร้อยละ 48.16 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ย 10,703.57 และ 11,678.07 บาท ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช ร้อยละ 24.14 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช ร้อยละ 33.33 อายุที่เริ่มดื่มครั้งแรกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 17.07 และ 17.52 ปี ตามลำดับ อายุที่เริ่มดื่มแบบมีปัญหาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 34.41 และ 31.37 ปี ตามลำดับ อายุที่เข้ารับการบำบัดครั้งแรกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 38.21 และ 37.07 ปี ตามลำดับ จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลเนื่องจากใช้สุราก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้ กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 5 ครั้ง ร้อยละ 51.72 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 48.16 ยังไม่เคยเข้ารับการบำบัด เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้ independent samples t-test, fisher's exact test และ chi-squared test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 29)		กลุ่มควบคุม (n = 27)		Statistic	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Value	
อายุ						
18 - 29 ปี	3	10.34	2	7.42	2.879 [A]	0.652
30 - 39 ปี	6	20.70	10	37.04		
40 - 49 ปี	11	37.93	6	22.22		
50 - 59 ปี	9	31.03	9	33.33		
	Range = 27-59 ปี		Range = 28-59 ปี			
	mean = 44.17 SD = 9.69		mean = 42.93 SD = 10.79			
สถานภาพสมรส						
โสด	10	34.48	14	51.85	3.115 [C]	0.386
คู่	12	41.38	8	29.63		
หม้าย/หย่า/แยก	7	24.14	5	18.52		

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 29)		กลุ่มควบคุม (n = 27)		Statistic	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Value	
อาชีพ						
ว่างงาน	6	20.69	3	11.11	5.138 [B]	0.418
ค้าขาย	1	3.45	2	7.41		
รับจ้างทั่วไป	9	31.03	13	48.16		
พนักงานบริษัทเอกชน	4	13.79	1	3.70		
รับราชการ	2	6.90	4	14.81		
อื่น ๆ	7	24.14	4	14.81		
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)						
ไม่มีรายได้	6	20.69	4	14.82	3.620 [A]	0.811
1 - 5,000	2	6.90	1	3.70		
5,000 - 10,000	10	34.48	11	40.74		
10,001 -15,000	6	20.69	7	25.93		
15,001 - 20,000	3	10.34	1	3.70		
> 20,000	2	6.90	3	11.11		
	Range = 0 - 34,000 บาท		Range = 0 - 37,130บาท			
	mean = 10703.57		mean = 11,678.07			
	SD = 8507.57		SD = 9112.78			
ระดับการศึกษา						
ไม่เคยเรียน	0	0.0	1	3.70	3.224 [B]	0.729
ประถมศึกษา	6	20.69	7	25.93		
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	24.14	6	22.22		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	7	24.14	9	33.33		
ปวส./ ปวท./ อนุปริญญา	5	17.34	2	7.41		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	4	13.79	2	7.41		

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 29)		กลุ่มควบคุม (n = 27)		Statistic	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Value	
อายุที่เริ่มดื่มครั้งแรก						
10 - 19 ปี	23	79.31	22	81.48	0.941 [A]	1.000
20 - 29 ปี	5	17.24	5	18.52		
30 - 39 ปี	1	3.45	0	0.00		
	Range = 12-39 ปี		Range = 12-25 ปี			
	mean =17.07 SD = 5.25		mean =17.52 SD = 2.96			
อายุที่เริ่มดื่มแบบมีปัญหา						
18 - 29 ปี	11	37.93	11	40.74	1.165 [A]	0.806
30 - 39 ปี	7	24.14	9	33.33		
40 - 49 ปี	8	27.59	5	18.52		
50 - 59 ปี	3	10.34	2	7.51		
	Range = 18-54 ปี		Range = 18-52 ปี			
	mean = 34.41 SD = 10.52		mean = 31.37 SD = 11.15			
อายุที่เริ่มเข้ารับการบำบัดครั้งแรก						
18 - 29 ปี	7	24.14	6	22.22	2.162 [A]	0.706
30 - 39 ปี	9	31.03	9	33.34		
40 - 49 ปี	8	27.59	6	22.22		
50 - 59 ปี	5	17.34	6	22.22		
	Range = 20 - 55 ปี		Range = 19 - 60 ปี			
	mean = 38.21 SD = 12.30		mean = 37.07 SD = 12.39			
จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลเนื่องจากการใช้สุราก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้						
ยังไม่เคยรับการบำบัด	12	41.38	13	48.16	5.576 [C]	0.112
1 - 5 ครั้ง	15	51.72	9	33.33		
5 - 10 ครั้ง	0	0.0	4	14.81		
มากกว่า 10 ครั้ง	2	6.90	1	3.70		

*$p < .05$, A = Independent samples t-test, B = Fisher's exact test, C = chi-squared test

<u>เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อน-หลังการบำบัด และระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน</u>

ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะก่อน-หลังการบำบัด และระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือนโดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อวัดซ้ำโดยใช้การทดสอบของวิลคอกซัน (wilcoxon signed ranks test) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 65.04) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการบำบัด ระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน น้อยกว่าก่อนระยะการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3) และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อน-หลังการบำบัด และระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือนโดยใช้การทดสอบของแมนน์-วิทนีย์ ยู (independent samples Mann-Whitney U test) ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการบำบัดทันทีพบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหา และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ตามลำดับ (n = 29)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	mean	SD	X^2
ก่อนการบำบัด	15.00[a]	1.83	65.04*
หลังการบำบัด	12.55[b]	1.74	
ติดตามผล 1 เดือน	10.76[c]	2.44	
ติดตามผล 3 เดือน	9.59[d]	3.47	

*p < .05, ตัวอักษรที่ต่างกันแสดงถึง ค่าเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อน-หลังการบำบัด และระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน

คะแนนภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n = 29)		กลุ่มควบคุม (n = 27)		*p*-value
	mean	SD	mean	SD	
ก่อนการบำบัด	15.00	1.83	14.30	2.63	.325
หลังการบำบัด	12.55	1.74	13.56	2.98	.320
ติดตามผล 1 เดือน	10.76	2.44	14.41	2.63	< .001*
ติดตามผล 3 เดือน	9.59	3.47	13.11	4.76	< .001*

*p < .05

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนได้รับโปรแกรม ระยะติดตาม 1 และ 3 เดือน

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลอง ก่อนการได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อวัดซ้ำโดยใช้การทดสอบของวิลคอกซัน (wilcoxon signed ranks test) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 57.05) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน น้อยกว่า ก่อนระยะการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการบำบัด ระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือนโดยใช้การทดสอบของแมนน์-วิทนีย์ (independent samples Mann-Whitney U test) ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลอง ก่อนการได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ตามลำดับ (n = 29)

คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา	mean	SD	X^2
ก่อนการบำบัด	33.72[a]	3.49	
ติดตามผล 1 เดือน	24.10[b]	6.63	57.05*
ติดตามผล 3 เดือน	15.41[c]	7.72	

*p < .01, ตัวอักษรที่ต่างกันแสดงถึง ค่าเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราหลัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน

คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา	กลุ่มทดลอง (n = 29)		กลุ่มควบคุม(n = 27)		*p*-value
	mean	SD	mean	SD	
ก่อนการบำบัด	33.72	3.49	36.30	4.66	.054
ติดตามผล 1 เดือน	24.10	6.63	34.15	6.30	< .030*
ติดตามผล 3 เดือน	15.41	7.72	26.74	14.12	< .008*

*p < .05

การอภิปรายผล

โปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ได้พัฒนามาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรคในการบำบัดรักษา โดยการสนทนากลุ่มและการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้านั้น มีโอกาสกลับไปดื่มสุราซ้ำและมีภาวะซึมเศร้าได้ จากการกลับไปสู่สภาพแวดล้อมเดิม เมื่อเกิดปัญหาในชีวิตประจำวันไม่สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการมองปัญหาในทางลบ เลือกวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้วิธีที่ไม่เหมาะสม เช่น เมื่อเกิดปัญหา ผู้ป่วยมักมองปัญหาว่าเป็นอุปสรรคและไม่สามารถแก้ไขได้ ผู้ป่วยจึงเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยการกลับไปดื่มสุราเพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น โดยที่ไม่มีการพิจารณาทางเลือกอื่น ๆ ในการแก้ปัญหาอย่างสมเหตุสมผล ส่งผลให้เกิดการดื่มสุราซ้ำและเกิดความรู้สึกเศร้าด้อยค่า เนื่องจากตนเองไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นกระบวนการในการปรับเปลี่ยนมุมมองจากมุมมองปัญหาทางลบเป็นทางบวก และฝึกให้ผู้ป่วยมีการหาทางเลือกในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมตามแนวคิดของเดอซูริลลาและเนซู (D'Zurilla & Nezu, 2010) ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้วทีมผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำโปรแกรมที่ได้ ใช้เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ดำเนินการทำกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 6 - 8 คน ครั้งละ 60 - 90 นาที ใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรกให้การบำบัด 3 ครั้งแบบวันเว้นวัน และในสัปดาห์ที่ 2 - 3 เป็นการบำบัดครั้งที่ 4 - 6 ให้เว้นระยะห่างของการบำบัดแต่ละครั้งมากกว่า 1 วันเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง และมีการติดตามผลต่อเนื่อง 2 ครั้งหลังจำหน่าย โดยการติดตามทางโทรศัพท์หรือนัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาล

โปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความคล้ายกับโปรแกรมการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคติดสุราในด้านกระบวนการการแก้ปัญหา 6 ขั้นตอน (สมบัติ สกุลพรรณ์ และคณะ, 2559; ปุณยาภา คำบุญเรือง, 2552; รัชดา อังธนานุกุล และคณะ, 2563; ภัทรสุดา สิงห์เห, 2556) แต่มีความแตกต่างตรงที่โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนามีการปรับเนื้อหาให้มีความเชื่อมโยงระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราโดยการยกตัวอย่างและฝึกปฏิบัติในการแก้ปัญหามีการเชื่อมโยงในเรื่องภาวะซึมเศร้าและการกลับไปดื่มสุราในทุกๆกิจกรรมการบำบัดตั้งแต่ครั้งที่ 1 - 6 และมีการวัดผลภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุาระยะก่อนได้รับโปรแกรม ระยะหลังได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน อีกทั้งมีการปรับจำนวนครั้งในการทำกิจกรรมเป็น 6 ครั้ง ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 2 - 3 สัปดาห์ เพื่อให้สอดคล้องกับ

ระยะเวลาในการเข้ารับการบำบัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ (4 สัปดาห์) ผู้ป่วยสามารถเข้ารับกิจกรรมการบำบัดรักษาได้ครบถ้วน และสามารถเริ่มต้นการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด การดำเนินกิจกรรมเป็นแบบการบำบัดรายกลุ่ม ซึ่งกระบวนการกลุ่มเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในกลุ่ม มีโอกาสได้ให้กำลังใจเพื่อน ได้เรียนรู้ข้อดีหรือข้อปฏิบัติที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ และเนื่องจากรูปแบบเป็นลักษณะการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด จึงเป็นการลดปริมาณงานของพยาบาลที่ปฏิบัติการในหอผู้ป่วย โดยใน 1 กลุ่ม สามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยได้มากกว่า 1 คน (6 - 12 คน) การบำบัดโปรแกรมการแก้ปัญหานี้ เป็นรูปแบบที่มุ่งแก้ไขปัญหาซึมเศร้าและการดื่มสุราในกลุ่มผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความอ่อนไหวและเป็นผู้ป่วยที่มีผลกระทบมากหากเกิดเหตุการณ์รุนแรง เช่น ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะจึงเป็นการลดความเสี่ยง และเฝ้าระวังเหตุที่อาจเกิดขึ้นอย่างรุนแรงได้ จากการนำโปรแกรมไปปฏิบัติจริง โดยผู้บำบัดหลักจำนวน 7 คน พบว่าผู้บำบัดมีความเห็นของต่อการใช้โปรแกรมว่าโปรแกรมมีความเหมาะสม กิจกรรมในแต่ละครั้งมีเนื้อหาและกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ คู่มืออ่านแล้วชัดเจน เข้าใจง่าย ง่ายต่อการนำไปใช้และผู้ป่วยกลุ่มสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครั้งละมากกว่า 1 คน สอดคล้องกับอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย

จากผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคติดสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในระยะก่อนการบำบัดมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ามากกว่าระยะหลังสิ้นสุดการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลเผชิญปัญหา หรือมีความเครียดจากสถานการณ์ในชีวิตจนไม่สามารถควบคุมและแก้ไขได้ และเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต (Beck, 1967) ซึ่งผู้ป่วยโรคติดสุราเมื่อประสบกับภาวะวิกฤติในชีวิต มักใช้วิธีการดื่มสุราในการแก้ปัญหา ทำให้ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ รวมถึงครอบครัว สังคม โดยผลกระทบที่เกิดทำให้เกิดความรู้สึกผิด รู้สึกไร้อำนาจ โทษตัวเอง รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความภาคภูมิใจในตัวเอง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคติดสุรามีภาวะซึมเศร้า โดยหลังจากผู้ป่วยได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาจะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ช่วยทำให้บุคคลมีการมองปัญหาทางบวก มีเหตุผล และสามารถเลือกวิธีการในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริงและไม่คิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ที่วิกฤติในชีวิต ปัญหาทุกอย่างต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ไขปัญหา สามารถคิดอย่างเป็นขั้นตอน เปลี่ยนความคิดด้านลบให้เป็นด้านบวก โดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (D'Zurilla, 1988) เมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ศักยภาพของตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้

จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลังได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้ อภิปรายได้ว่า การเข้าร่วมกลุ่มตามโปรแกรมการแก้ปัญหา กลุ่มตัวอย่างได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่ได้ผลลัพธ์ที่ดีของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยมีการมองปัญหาแบบใหม่ และมีวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวคิดที่ผู้วิจัยใช้ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ สามารถอธิบายสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากการมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ มองปัญหาเป็นสิ่งที่คุกคาม คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาได้ จึงส่งผลถึงวิธีการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม บุคคลอาจเลือกวิธีการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น ขาดความระมัดระวัง หรือหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข หรือแก้ปัญหาได้แต่ไม่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่ความคิดในการทำร้ายตนเองได้ ในการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองจากการมองปัญหาในทางลบ เป็นมุมมองต่อปัญหาในทางบวก สามารถรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มองปัญหาเป็นเรื่องปกติธรรมดา ซึ่งปัญหาสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ในการแก้ปัญหาอาจต้องใช้เวลาและความพยายามในการเริ่มต้นค้นหาสาเหตุของปัญหา พยายามที่จะเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา ปรับเปลี่ยนทัศนคติในการแก้ปัญหา และแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผลและมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ลดการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและการแก้ปัญหาแบบหลีกหนี (Bell & D'Zurilla, 2009) โดยเมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ทำให้ความทุกข์ ความกดดันลดลง มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชัย พละศักดิ์ และคณะ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับของภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง เมื่อได้รับโปรแกรมแล้วนั้น สามารถนำความรู้ทักษะและประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ร่วมกันจากการบำบัด ทำให้สามารถมีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างสมเหตุสมผล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลงได้ นอกจากนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากระยะเวลาในการประเมินผลมีความใกล้เคียงกัน และเป็นช่วงที่ผู้ป่วยยังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งยังไม่ได้นำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงอาจทำให้คะแนนไม่มีความแตกต่างกันได้

ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหา มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะก่อน และติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือนลดลง และเมื่อ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา ของผู้ป่วยโรคติดสุราระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม พบว่า ภายหลังเสร็จสิ้นการได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหามีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล 1 และ3 เดือน อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคติดสุราได้รับการบำบัดทั้งโปรแกรมการแก้ปัญหาและโปรแกรมตามปกติอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงอาจทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง ในขณะที่เมื่อติดตามพฤติกรรมการดื่มสุรา เมื่อเปรียบเทียบในระยะก่อนการบำบัด 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหามีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคติดสุรามีการเรียนรู้ การจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง เรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา มีการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ซึ่งเป็นวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถวางแผนเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมด้วยตัวของผู้ป่วยเอง และผู้ป่วยโรคติดสุราได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำด้วย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้และปัญหาได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดื่มสุราและภาวะซึมเศร้านั้นมีความสัมพันธ์กัน (Rehm et al., 2017) โดยหลังจากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหานั้น ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนการได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหากับหลังได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทำให้เห็นว่าโปรแกรมการแก้ปัญหาสามารถลดภาวะซึมเศร้า และลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา แพจุ้ย และ นรัญชญา ศรีบูรพา (2552) ได้ศึกษาเรื่องภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ พบว่า หากระดับของภาวะซึมเศร้าลดลงจะเพิ่มโอกาสการหายจากการเสพติดสุราและลดการกลับไปใช้สุราได้ ซึ่งหากสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก็จะลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวินัย รอบคอบ และคณะ (2561) ศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .462, p < .01$) พฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .301, p < .01$) ดังนั้น การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องมาจากการพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา สามารถช่วยให้บุคคลสามารถ

แก้ไขหรือเผชิญกับปัญหาได้ และช่วยให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อปัญหา ทำให้ความทุกข์ ความกดดันลดลง (Pierce, 2012) ส่งผลกับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

นอกจากนี้โปรแกรมการแก้ปัญหา ยังมีความคงทนในประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราในระยะติดตามผลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ (2563) ที่รายงานว่าโปรแกรมการแก้ปัญหาได้แสดงให้เห็นว่าความคิดฆ่าตัวตายได้ลดลงในระยะติดตามผล ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าจากการบำบัดด้วยโปรแกรมการแก้ปัญหาจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการคิดแบบมีเหตุมีผลและให้มีการฝึกทักษะแก้ไขปัญหาซ้ำ ๆ ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความรู้สึกมีศักยภาพ มีคุณค่าและการพึ่งพาตนเองส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นำโปรแกรมการแก้ปัญหาที่พัฒนาขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (PCT) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ เพื่อผลักดันเป็นรูปแบบการดูแลในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาล และเผยแพร่โปรแกรมการแก้ปัญหาที่พัฒนาขึ้น ไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

2. ด้านการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะก่อนได้รับโปรแกรม ระยะหลังได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน จึงเสนอแนะให้มีการประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะก่อนได้รับโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำทักษะที่ได้จากโปรแกรมการแก้ปัญหาไปปฏิบัติก่อนและประเมินผลหลังจากการปฏิบัติ

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2563, 1 ธันวาคม). *ระบบรายงานโรคซึมเศร้า*. https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/

ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2556). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้ การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม*. วนิดา การพิมพ์.

ธวัชชัย พละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และรัชนีกร อุปเสน. (2561). ผลของโปรแกรมการบำาบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* , *31*(1), 60-74.

ประเสริฐ บุญเกิด. (2561). แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mental State Examination T10 (MSET10). *สารจากนายก* ฉบับที่ 10. สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย.

ปริทรรศ ศิลปกิจ, และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). *AUDIT: แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานบริการปฐมภูมิ*. ทานตะวันเปเปอร์.

ปุณยาภา คำบุญเรือง. (2552). *ผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, และสุทธา สุปัญญา. (2559). *ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556*. บียอนด์พับลิสชิ่ง.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2554). *คู่มือสำหรับผู้อบรม : การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2554 : Mudule A: โปรแกรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

พิชัย แสงชาญชัย. (ม.ป.ป). *สายด่วน 1413 ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา (Alcohol Help Line)* [เอกสารอัดสำเนา]. ม.ป.ท.

ภัทรสุดา สิงห์เห. (2556). *ประสิทธิผลของการใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัชดา อังธนานุกูล, ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, และสมบัติ สกุลพรรณ์. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, *34*(1), 213-224.

โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่. (2565). *รายงานสถิติผู้ติดสุราที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2562-2564*. กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่.

วินัย รอบคอบ, สมบัติ สกุลพรรณ์, และหรรษา เศรษฐบุปผา. (2561). ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, *45*(4), 144-58.

สมบัติ สกุลพรรณ์, สุพิศ กุลชัย, และดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2559). ผลของโปรแกรมการบำ บัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *30*(3), 109-120.

อรัญญา แพจุ้ย, และนรัญชญา ศรีบูรพา. (2552). ภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *54*(1), 63-74.

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, อรพิน ยอดกลาง, วิภาดา คณะไชย, จารุนันท์ คำชมพู, และสาคร บุปผาเฮ้า. (2563). การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. *Journal of Mental Health of Thailand 2020, 28*(1), 88-98.

Arunpongpaisal, S., Assanagkornchai, S., Chongsuvivatwong, V., & Jampathong, N. (2021). Time-series analysis of trends in the incidence rates of successful and attempted suicides in Thailand in 2013-2019 and their predictors. *BMC psychiatry*, *22*(1), 579.

Beck, A.T. (1967). *Depression*. Harper and Row.

Bell A.C., & D'Zurilla T.J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*(4), 348-353.

Bonea, M., Neacsu, C.M., & Miclutia V.L. (2018). Comorbidities of alcohol use disorder. *Romanian Journal of Psychiatry*, *2*, 63-67.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

D'Zurilla, T.J. & Nezu, A.M. (2010). Problem-solving therapies. *Handbook of cognition- behavioral therapies* (3rd ed.). Guilford Press.

D'Zurilla, T.J. (1988). *Problem-solving therapies. Handbook of cognitive-behavioral therapies*. Guilford Press.

Kuria, M.W., Ndetei, D.M., Obot, I.S., Khasakhala, L.I., Bagaka, B.M., Mbugua, M.N., & Kamau, J. (2012). The Association between Alcohol Dependence and Depression before and after Treatment for Alcohol Dependence. *ISRN Psychiatry*, *2012*, 482802.

Lotrakul M., Sumrithe S., & Saipanish R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8, 46.

Pettinati H.M., & Dundon W.D. (2011). Comorbid depression and alcohol dependence: new approaches to dual therapy challenges and progress. *Psychiatric Times*, *28*(6), 49.

Pierce, D. (2012). Problem solving therapy - use and effectiveness in general practice. *Australian Family Physician*, *41*(9), 676-679.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th Ed.), Lippincott Williams & Wilkins.

Rehm J., Gmel G.E. Sr., Gmel G., Hasan O.S.M., Imtiaz S., Popova S., Probst C., Roerecke M., Room R., Samokhvalov A.V., Shield K.D., & Shuper P.A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*, *112*(6), 968-1001.

Sindhu B., Gupta R., Sindhu S., Kumar K., & Kumar D. (2011). Depression and alcohol dependence: One syndrome or two? A comparison of disability, suicidal risk and coping styles. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, *62*(9).

Sooksompong, S., Kwansanit, P., Supanya, S., Chutha, W., Kittirattanapaiboon, P., Udomittipong, D., Piboonarluk, W., & Saengsawang, S. (2016). The Thai National Mental Health Survey 2013: Prevalence of Mental Disorders in Megacities: Bangkok. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, *61*(1), 75–88.

World Health Organization. (2023). *World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva. https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323.

THE EFFECT OF A RESILIENCE QUOTIENT PROGRAM ON STRESS AND DEPRESSION AMONG NURSING COLLEGE STUDENTS

Suparat Apitikulwong, M.N.S., Prakasit Poonwong, M.N.S.**,*
*Jaruwan Khansri, Ph.D.***, Phatrarawadee Srinuan, M.P.A.**

Abstract

Objective: To determine the effect of a resilience quotient program on stress and depression among nursing college students.

Methods: In this quasi-experimental research with two-group pretest–posttest design, forty samples were nursing students recruited by inclusion criteria, randomly assigned to a control or experimental group of twenty. The experimental group participated in the resilience quotient program, while the control group received routine care. Data was gathered by personal stress and depression questionnaire and the resilience quotient program and analyzed by descriptive statistics, dependent t-test, and independent t-test.

Results: 1) Mean score stress and depressive symptoms after participation in the resilience quotient program was significantly lower than the pre-test. 2) The experimental group mean score stress and depressive symptoms was significantly lower than the control group ($p < .01$).

Conclusion: A resilience quotient program may reduce stress and depression among nursing students.

Keywords: resilience quotient program, stress, depressive symptoms

**Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute*

***Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, e-mail: prakasit@bcnchainat.ac.th*

****Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute*

Received: 31 May 2023, Revised: 28 August 2024, Accepted: 4 September 2024

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถานศึกษาแห่งหนึ่ง

สุภารัตน์ อภิติกุลวงษ์, พย.ม., ประกาศิต พูลวงษ์, พย.ม.**,*
*จารุวรรณ ก้านศรี, ปร.ด.***, ภัทรวดี ศรีนวล, รป.ม.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ ต่อ ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

วิธีการศึกษา : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง รูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่ม วัดสองครั้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินความเครียด แบบวัดภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต และโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที

ผลการศึกษา : 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) 2) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุป : โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจสามารถลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ, ความเครียด, ภาวะซึมเศร้า

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชชนก*

***ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชชนก, e-mail: prakasit@bcnchainat.ac.th*

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชชนก*

วันที่รับ: 31 พฤษภาคม 2566, วันที่แก้ไข: 28 สิงหาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 4 กันยายน 2567

ความสำคัญของปัญหา

ความเครียดและภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้หากบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น (กรมสุขภาพจิต, 2557) ซึ่งระยะเปลี่ยนผ่านจากการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามาศึกษาในระดับอุดมศึกษา พบว่านักศึกษาในระดับอุดมศึกษา ชั้นปีที่ 1 ต้องย้ายภูมิลำเนาจากที่เคยอยู่ร่วมกับครอบครัว มาพักอาศัยอยู่ในหอพักนักศึกษา ซึ่งมีทั้งแบบอยู่หอพักเอกชนภายนอกสถานศึกษาและแบบอยู่ประจำของสถาบันการศึกษา สำหรับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขนั้น ในการเปิดภาคการศึกษาแรกสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ในสัปดาห์แรกของการเปิดภาคการศึกษา เป็นวันที่ผู้ปกครองพานักศึกษาเดินทางจากภูมิลำเนาพร้อมสัมภาระ เพื่อเข้าหอพักในวิทยาลัย โดยนักศึกษาจะต้องเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เป็นระยะเวลา 4 ปี ซึ่งในช่วงดังกล่าว เป็นช่วงที่นักศึกษามีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตหลายประการ อาทิ เปลี่ยนจากการอยู่กับผู้ปกครองมาใช้ชีวิตในหอพัก การพรากจากสิ่งแวดล้อมเดิม ห่างไกลครอบครัว ประกอบกับการต้องเผชิญสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบข้างใหม่ การเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อน รุ่นพี่ ครูอาจารย์ รวมถึงการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งผู้เรียนต้องใช้ความรู้ความสามารถ การเปลี่ยนแปลงที่นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ต้องเผชิญนี้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้า (โสภิณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2558) ซึ่งภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) จากการสำรวจความเครียด และภาวะซึมเศร้านักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาล สถาบันพระบรมราชชนก ในปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 112 , 109 และ 110 คน พบว่านักศึกษามีความเครียด 10, 11 และ 14 คน ซึ่งพบภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 52, 55 และ 59 คน ตามลำดับ แม้จะยังไม่พบความเครียดและภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง แต่เพื่อเป็นการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง จึงต้องมีการประเมินเพื่อค้นหาผู้มีความเสี่ยง และจัดโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจให้กับนักศึกษาเพื่อให้มีความพร้อมรับกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดกับชีวิตตนเอง อีกทั้งเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้น เป็นภูมิคุ้มกันทางใจให้กับนักศึกษาต่อไป สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดและวิธีจัดการความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (วิสุทธิ์ โนจิตต์ และคณะ, 2563) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าควรมีการจัดการเรียนการสอน และกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ช่วยพัฒนาบุคลิกภาพทั้งภายในและภายนอกให้แก่นักศึกษา และการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล (นฤมล สมรรคเสวี และโสภิณ แสงอ่อน, 2558) ที่ให้ข้อเสนอแนะในผลงานวิจัยว่า ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตเพื่อให้

นักศึกษาสามารถปรับตัว เผชิญปัญหาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ความเข้มแข็งทางใจเป็นบุคลิกลักษณะในทางบวก หากได้รับการสร้างเสริมที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นความสามารถของบุคคลในการยืนหยัด ผ่านพ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ ความเครียดในชีวิต และสามารถที่จะฟื้นตัวได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโตขึ้นและเข้าใจชีวิตมากขึ้น ความแข็งแกร่งในชีวิตตามแนวคิดของกร็อทเบอร์ก (Grotberg, 1995) มี 3 องค์ประกอบหลักที่แต่ละคนจะดึงมาใช้เพื่อเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ ความเครียดในชีวิต คือ “I have”, “I am” และ “I can” โดยที่ I have (ฉันมี.....) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกำที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต I am (ฉันเป็นคนที่.....) เป็นความเข็มแข็งภายใจของแต่ละบุคคล และ I can (ฉันสามารถที่จะ.....) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหวางบุคคล เมื่อบุคคลเผชิญกับสภาวการณ์อันก่อนให้เกิดความเครียด ก็จะดึงองค์ประกอบเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับสภาวการณ์นั้นได้อย่างเหมะสมและเกิดการเรียนรู้ (Grotberg, 1997, 1999)

ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจของกรมสุขภาพจิต (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2551) โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ มีเนื้อหาเน้นสร้างเสริมความรู้สึกดีต่อตัวเอง ค้นหาข้อดีของตัวเองที่มีอยู่แล้ว นำมาเป็นพลังใจเพื่อให้ตนเองรู้สึกเข้มแข็งขึ้น ตลอดจนการวิเคราะห์ปัญหา และพิจารณาหาทางแก้ไข โดยปกติบุคคลเมื่อเผชิญปัญหา อุปสรรค หรือเผชิญเหตุการณ์ที่กดดัน คับข้องใจ ร่างกาย ความคิด จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในเชิงลบโดยอัติโนมัติ ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจมีวัตถุประสงค์ให้พิจารณาปฏิกิริยาตอบสนองนั้นว่าเป็นการตอบสนองด้วยอารมณ์ หรือด้วยการพิจารณาเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างถี่ถ้วนแล้ว โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ นำผู้เรียนไปสู่การคิดเพื่อวางเป้าหมายของชีวิตและลงมือทำมุ่งหวังให้นักศึกษาสามารถสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต มีทักษะในการแก้ปัญหาความวิตกกังวลอันเป็นความเครียดของตนเอง ยืนหยัด ผ่านพ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ ความเครียดในชีวิต และสามารถที่จะฟื้นตัวได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโตขึ้น และเข้าใจชีวิตมากขึ้น

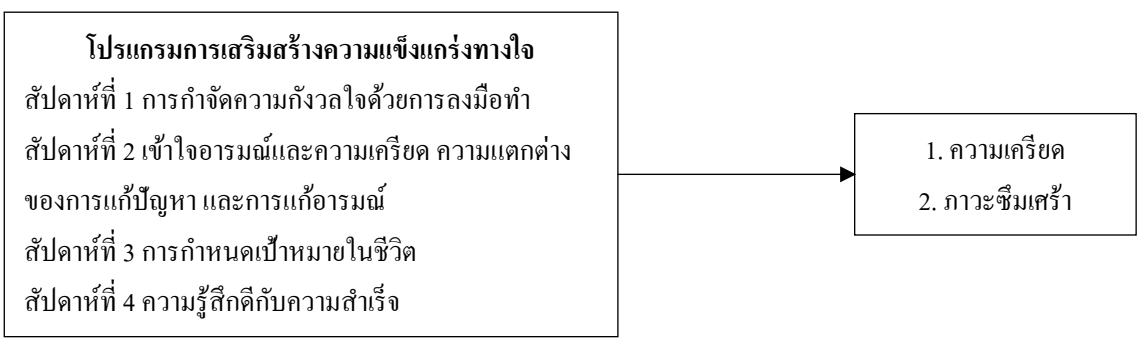
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ ต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมการสร้างความแข็งแกร่งทางใจของกรมสุขภาพจิต (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2551) ซึ่งใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (Grotberg, 1999) โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน

คือ I am, I have และ I can ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถในการเผชิญปัญหา พัฒนาความเข้มแข็งด้านความมั่นใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนเพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และสามารถผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคที่ตนเองเผชิญนั้นได้ โดยกำหนดกิจกรรมให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ดังนี้ ครั้งที่ 1 การกำจัดความกังวลใจด้วยการลงมือทำ กิจกรรมครั้งที่ 2 เข้าใจอารมณ์และความเครียด ความแตกต่างของการแก้ปัญหา และการแก้อารมณ์ กิจกรรมครั้งที่ 3 การกำหนดเป้าหมายในชีวิต กิจกรรมครั้งที่ 4 ความรู้สึกดีกับความสำเร็จ ดำเนินการครั้งแรกในช่วงสัปดาห์แรกของการเข้าหอพักนักศึกษา เพื่อช่วยสร้างเสริมให้นักศึกษาสามารถปรับตัวได้ในระยะเกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และอีก 3 ครั้งในระยะห่างกันทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กิจกรรมในแต่ละครั้งใช้เวลา 45 - 60 นาที มีการประเมินผลหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมภายใน 1 สัปดาห์ โดยวัดจากแบบประเมินความเครียดและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินการ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) รูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (two-groups pretest - posttest design) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามระบบของวิทยาลัย เปรียบเทียบผลการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมจากคะแนนเฉลี่ยตามแบบประเมินความเครียด และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ ด้วยสถิติเปรียบเทียบ Pair t-test

กลุ่มตัวอย่าง

คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ที่ศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาล ที่มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีจับฉลาก (sample random sampling) กำหนดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จำนวนทั้งสิ้น 40 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาล เลขที่ BCNC-IRB 013/2566 วันที่ 3 พฤษภาคม 2566 ซึ่งเป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาของการดำเนินการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการร่วมโครงการวิจัย และอธิบายถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้เก็บเป็นความลับไม่มีการเผยแพร่ชื่อ นามสกุล การนำเสนอผลงานวิจัยเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูล หรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมระหว่างการดำเนินการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาในสถาบัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ เกรดเฉลี่ยสะสม

1.2 แบบประเมินความเครียด (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2541) เป็นแบบประเมิน self-report ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ใช้มาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต สเกล (Likert scale) จำนวน 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย เป็นครั้งคราว เป็นบ่อย เป็นประจำ คะแนนรวมแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ช่วงคะแนน 0 - 17 คะแนนแสดงว่า ความเครียดอยู่ในระดับปกติไม่เครียด ช่วงคะแนน 18 - 25 คะแนน แสดงว่า เครียดเล็กน้อย ช่วงคะแนน 26 - 29 คะแนน แสดงว่า มีความเครียดระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 30 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า มีความเครียดในระดับมาก โดยได้นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .83

1.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (วิมลวรรณ ปัญญาว่อง และคณะ, 2561) เป็นแบบประเมินแบบ self-report ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงของอาการภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบางวัน มีมากกว่า 7 วันใน 2 สัปดาห์ และมีแทบทุกวัน คะแนนรวมแบ่งเป็น 5 ระดับคือ ช่วงคะแนน 0 - 4 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า ช่วงคะแนน 5 - 9 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ช่วงคะแนน 10 - 14 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ช่วงคะแนน 15 - 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ามาก ช่วงคะแนน 20 - 27 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง โดยนำไปทดลองใช้กับ

นักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .88

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจาก โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ของกรมสุขภาพจิต (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2551) โดยดำเนินกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที ห่างกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยกำหนดการจัดกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 การกำจัดความกังวลใจด้วยการลงมือทำ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนฝึกจัดการความกังวลใจในปัญหาต่าง ๆ ด้วยการเปลี่ยนให้เป็นแผนการกระทำที่ชัดเจน ประเด็นการเรียนรู้

- วิธีกำจัดความกังวลใจ ความกังวลใจเป็นอารมณ์ความรู้สึกที่เป็นผลจากการคิดวนเวียนอยู่กับปัญหาค้างคาใจ หรือปัญหาที่ยังไม่เกิดขึ้น การแก้ไขความกังวลใจที่ดี วิธีหนึ่ง คือ การเลือกที่จะลงมือทำอย่างมีจุดหมาย

- การลงมือทำอย่างมีจุดหมาย คือ การคิดทบทวนว่าเรื่องที่เป็นปัญหาอยู่นั้น มีประเด็นใดบ้างที่ทำให้เรากังวลหรือกลัว ถามตัวเองว่าเราสามารถทำอะไรได้บ้าง จากนั้นให้ลงมือทำในสิ่งที่ทำได้ แทนที่จะจมอยู่กับความกังวลของตนเอง แนวคิดสำคัญในเรื่องนี้ คือความสามารถในการแยกแยะว่า เราสามารถทำอะไรได้บ้าง และอะไรบ้างที่เราทำไม่ได้ และรู้จักทำใจยอมรับในสิ่งที่ทำไม่ได้ มุ่งใช้พลังงานไปกับการลงมือทำในสิ่งที่ทำได้ จนกระทั่งเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี เห็นผลที่ต้องการ

ครั้งที่ 2 เข้าใจอารมณ์ ความเครียด ความแตกต่างของการแก้ปัญหากับการแก้อารมณ์ กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจอาการของความเครียด สามารถแยกแยะได้ว่าสิ่งที่ทำเวลาเครียดเป็นการ แก้ปัญหาหรือแก้อารมณ์ สามารถประเมินผลของสิ่งที่ทำได้ว่ามีผลดี ผลเสีย หรือไม่ดีไม่เสียอย่างไร อีกทั้งเป็นการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ประเด็นการเรียนรู้

- ความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ทุกคนล้วนเคยเครียด เราจึงควรทำความรู้จักและเรียนรู้วิธีจัดการความเครียดให้ดียิ่งขึ้น

- อาการของความเครียด อาจจะแสดงออกได้หลายทาง แต่ละคนอาจมีอาการที่แตกต่างกัน ควรฝึกสังเกตอาการความเครียดของตนเอง เพื่อจะได้ใช้อาการเหล่านี้เป็นสัญญาณเตือนในเวลาที่เริ่มรู้สึกเครียด

- สิ่งที่คนเราทำเมื่อเครียด อาจแบ่งเป็นส่วนของการแก้ปัญหาอันเป็นสาเหตุของความเครียด และส่วนของการจัดการอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเครียด การรู้จักแยกแยะจะช่วยให้เราเลือกใช้วิธีการทั้งสองอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

- การแก้อารมณ์ บางวิธีก็มีผลดี แต่บางวิธีก็มีผลเสีย จึงควรตระหนักและเลือกวิธีการที่ให้ผลดี และไม่ส่งผลเสีย

- สิ่งสำคัญในการจัดการความเครียด คือ เราต้องรู้จักแก้ปัญหาที่เป็นต้นเหตุของความเครียด หากไม่รู้ว่าจะจัดการเช่นใด ก็จำเป็นต้องหาความรู้เพิ่มเติมหรือปรึกษาผู้อื่นที่รู้ในเรื่องนั้น ๆ

และหากเป็นปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ ก็ต้องรู้จักทำใจยอมรับ รู้จักปล่อยวาง คือจัดการกับอารมณ์ของเราเอง เพื่อให้อยู่กับสิ่งนั้นได้

- สรุป วิธีจัดการอารมณ์และความเครียดคือ รู้ทันอาการ รู้จักผ่อนพัก คลายอารมณ์ และแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ

ครั้งที่ 3 การกำหนดเป้าหมายในชีวิตมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนได้ทบทวนและกำหนดเป้าหมายในชีวิต โดยการตอบคำถามสำคัญว่าเกิดมาทำไม ประเด็นการเรียนรู้

- ชีวิตคือความไม่แน่นอน หลายคนใช้ชีวิตราวกับไม่มีวันตาย โดยลืมไปว่าชีวิตเต็มไปด้วยความไม่แน่นอนอาจเสียชีวิตลงในวันใดวันหนึ่งก็ได้ หลายสิ่งหลายอย่างที่ควรทำ แต่กลับไม่ทำได้แต่ผัดผ่อน ว่าเดี๋ยวค่อยทำ เราควรได้ถามตัวเองว่า ถ้าสิ่งนั้นเป็นเรื่องสำคัญ ทำไมไม่ทำเสียตั้งแต่วันนี้ สิ่งใดไม่ดีก็ควรปรับปรุง โดยไม่ต้องรอ เพราะเราไม่สามารถรู้ได้เลยว่าจะมีชีวิตยืนยาวไปอีกนานแค่ไหน

- เป้าหมายของชีวิต แต่ละคนมีจุดหมายในการมีชีวิตที่แตกต่างกัน ขึ้นกับว่าเราให้ความสำคัญกับเรื่องอะไร และในแต่ละช่วงวัยจุดหมายในชีวิตก็ไม่เหมือนกัน ถึงที่สุดแล้ว หากคนเราได้คิดทบทวนเกี่ยวกับชีวิตของตนเองให้ดีก็จะพบว่ามีสิ่งหนึ่งที่ทุกคนต้องการ คือ การมีชีวิตที่เกื้อหนุนต่อกัน มีมิตรภาพความรัก ความผูกพัน และการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

- สุดท้ายที่ปลายทาง การคิดถึงภาพปลายทางว่าเมื่อชีวิตของเราจบลงไปแล้วนั้น เราอยากทิ้งสิ่งใดไว้ให้ผู้อื่นระลึกถึง จะช่วยให้เรารู้ตัวดีขึ้นว่าเราควรวางตัวอย่างไรในชีวิตนับตั้งแต่วันนี้

- บริหารเวลา บริหารชีวิต หากเราต้องการปรับปรุงการใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเพิ่มเวลาในการทำสิ่งที่คิดว่ามีความสำคัญมากกว่า และลดเวลาในการทำสิ่งที่พิจารณาแล้วว่ามีความสำคัญน้อยกว่า วิธีการหนึ่งที่อาจนำมาใช้ได้ คือ การฝึกจัดตารางเวลาล่วงหน้า กำหนดให้ชัดเจนว่าแต่ละช่วงเวลา เราจะทำอะไรบ้าง โดยวางแผนล่วงหน้า ว่าจะทำสิ่งที่มีความสำคัญอะไรบ้าง ไม่ปล่อยให้สิ่งอื่นมาดึงเราออกจากเป้าหมายสำคัญที่ตั้งไว้

ครั้งที่ 4 ความรู้สึกดีกับความสำเร็จกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนสามารถสร้างความรู้สึกดีต่อตัวเองสามารถพัฒนาไปสู่ความสำเร็จของชีวิตได้ ประเด็นการเรียนรู้ คือ คนที่รู้สึกดีต่อตัวเองมักมองอะไรในด้านดี ส่วนคนที่รู้สึกไม่ดีกับตัวเองมักมองโลกในแง่ร้าย มองเห็นแต่ด้านลบ ความรู้สึกดียิ่งขึ้นกับวิธีที่เราพูดกับตัวเอง เวลาที่ประสบความสำเร็จ และเวลาที่ประสบความล้มเหลวเพราะแต่ละคนมีวิธีอธิบายความสำเร็จหรือความล้มเหลวของตัวเองแตกต่างกันไป คำอธิบายที่คนเราบอกกับตัวเองจะมีผลต่อความภาคภูมิใจและความรู้สึกดีต่อตัวเอง

คนที่รู้สึกดีต่อตัวเอง มีความภูมิใจในตัวเอง จะมองความสำเร็จที่เกิดขึ้นว่าเป็นผลของความพยายามและความสามารถ ขณะที่คนซึ่งรู้สึกไม่ดีกับตัวเอง มีความภูมิใจในตนเองต่ำ จะมองความสำเร็จที่เกิดขึ้นว่าไม่ใช่ผลจากความสามารถของตน หากเป็นเรื่องของโชค ดวง ความ

ฟลุค หรือความบังเอิญ ที่อยู่นอกเหนือการควบคุม

คนที่รู้สึกดีต่อตัวเอง จะอธิบายความล้มเหลวของตนเองว่าเกิดจากปัจจัยบางอย่างที่เขาสามารถจะเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้ในครั้งต่อไป เช่น มองว่ายังพยายามไม่มากพอ หรือใช้เทคนิควิธีการที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเปลี่ยนใหม่ให้ดีขึ้นได้ และมีโอกาสประสบความสำเร็จในครั้งต่อไป

นอกจากนี้ ยังมองความผิดพลาดล้มเหลวว่าเป็นประสบการณ์และบทเรียนของชีวิต ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจและรับมือกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตได้ดีขึ้น ตรงกันข้ามกับคนที่รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง มักอธิบายความล้มเหลวว่าเป็นเพราะตัวเองไม่มีความสามารถเพียงพอ มองว่าความล้มเหลวเกิดจากสิ่งที่เขาไม่สามารถเปลี่ยนแปลงอะไรได้ และเขาจะประสบกับความล้มเหลวอีกในครั้งหน้า ซึ่งจะเป็นการตอกย้ำให้รู้สึกแย่ ล้มเหลว สิ้นหวัง และรู้สึกไม่ดีต่อตัวเองมากยิ่งขึ้น การรู้จักพูดกับตัวเองในทางสร้างสรรค์ทั้งในยามประสบความสำเร็จและพบเจอความล้มเหลว จึงเป็นอีกหนึ่งแนวทางที่ช่วยสร้างกำลังใจ และความรู้สึกที่ดีให้ตัวเอง ซึ่งเป็นทักษะที่สามารถฝึกฝนและพัฒนาได้ โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมเสร้างความแข็งแกร่งทางใจที่ได้พัฒนาไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจำนวน 3 คนแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการภายหลังได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาของการดำเนินการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากการร่วมโครงการวิจัย และอธิบายถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้เก็บเป็นความลับไม่มีการเผยแพร่ชื่อ นามสกุล การนำเสนอผลงานวิจัยเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูล หรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมระหว่างการดำเนินการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาในสถาบัน เมื่อรับนักศึกษาเข้าสู่หอพัก ในสัปดาห์แรกได้ประเมินความเครียดประเมินภาวะซึมเศร้า จากทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามระบบของวิทยาลัย หลังดำเนินการทดลองเสร็จสิ้นภายในหนึ่งสัปดาห์ ประเมินผลโดยการประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้า เพื่อเปรียบเทียบผลคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้า

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความเครียดและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 18 คน เพศชายจำนวน 2 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คนเป็นเพศหญิงจำนวน 18 คนและเพศชาย 2 คน คิดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 เพศชายร้อยละ 10 ส่วนใหญ่มีอายุ 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.6

ในกลุ่มทดลอง และ ร้อยละ 56.2 ในกลุ่มควบคุม เกรดเฉลี่ยสะสมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อยู่ระหว่าง 2.5-3.0 คิดเป็นร้อยละ 55.8 และร้อยละ 54.9 ตามลำดับ

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ มีคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 23.55, S.D. = 3.39 เป็น 17.45 , S.D. = 1.05 สามารถลดระดับความเครียดจากเครียดเล็กน้อย สู่ระดับความเครียดปกติ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Pair t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาลลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 20)

ความเครียด	mean	S.D.	ระดับ	t	*p*-value
ก่อนการทดลอง	23.55	3.39	เล็กน้อย	7.05**	.00
หลังการทดลอง	17.45	1.05	ปกติ		

**$p < .01$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 20)

ภาวะซึมเศร้า	mean	S.D.	ระดับ	t	*p*-value
ก่อนการทดลอง	9.50	1.98	เล็กน้อย	8.82**	.00
หลังการทดลอง	4.95	.007	ปกติ		

**$p < .01$

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ มีคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 9.50, S.D. = 1.98 เป็น 4.95, S.D. = .007 สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย สู่ระดับภาวะซึมเศร้าปกติ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Pair t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 20)

ความเครียด	mean	S.D.	ระดับ	t	*p*-value
ก่อนการทดลอง	23.45	3.87	เล็กน้อย	.203**	.841
หลังทดลอง	22.50	3.91	เล็กน้อย		

**$p < .01$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 20)

ภาวะซึมเศร้า	mean	S.D.	ระดับ	t	*p*-value
ก่อนการทดลอง	8.90	1.86	เล็กน้อย	1.101**	.258
หลังการทดลอง	8.20	1.79	เล็กน้อย		

**$p < .01$

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n = 20)

ความเครียด	mean	S.D.	ระดับ	t	*p*-value
ก่อนการทดลอง				0.87**	.227
กลุ่มทดลอง	23.55	3.39	เล็กน้อย		
กลุ่มควบคุม	23.45	3.87	เล็กน้อย		
หลังการทดลอง				6.677**	.00
กลุ่มทดลอง	17.45	1.05	ปกติ		
กลุ่มควบคุม	22.50	3.91	เล็กน้อย		

**$p < .01$

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพบว่า ผลคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด 23.45, S.D. = 3.87 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด 23.50 , S.D. = 3.91 ระดับของความเครียดไม่เปลี่ยนแปลง

จากข้อมูลตารางที่ 4 อธิบายได้ว่า ผลคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า 8.90, S.D. = 1.86 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า 8.20 ,S.D. = 1.79 ระดับของภาวะซึมเศร้าไม่เปลี่ยนแปลง

จากตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจและการดูแลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน มีระดับความเครียดเล็กน้อย ซึ่งหลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติแล้วนั้น พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักศึกษาพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 6.677, $p < .01$)

จากตารางที่ 6 จากผลการเปรียบเทียบพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจและการดูแลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ซึ่งหลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติแล้วนั้น พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 9.49, $p < .01$)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n = 20)

ภาวะซึมเศร้า	mean	S.D.	ระดับ	t	*p*-value
ก่อนการทดลอง				.986**	.382
กลุ่มทดลอง	9.50	1.98	เล็กน้อย		
กลุ่มควบคุม	8.90	1.86	เล็กน้อย		
หลังการทดลอง				9.49**	.005
กลุ่มทดลอง	4.95	.88	ปกติ		
กลุ่มควบคุม	8.20	1.79	เล็กน้อย		

**$p < .01$

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถานศึกษาแห่งหนึ่ง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของ

นักศึกษาพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ ประกอบด้วย กิจกรรมแรกที่จัดคือ การกำจัดความกังวลใจด้วยการลงมือทำ โดยให้นักศึกษาเลือกเรื่องที่ไม่สบายใจ หรือปัญหาที่ทำให้เครียดมาหนึ่งเรื่อง เขียนสรุปว่าปัญหาคืออะไร ท่านกังวลใจหรือกลัวว่าจะเกิดอะไรขึ้นจากปัญหานี้ เขียนประเด็นต่าง ๆ ให้มากที่สุด และพิจารณาแต่ละประเด็นที่กังวลหรือกลัวในข้อนั้น ๆ ว่าสามารถจะทำอะไรได้บ้าง เมื่อได้สิ่งที่สามารถทำได้แล้ว ให้จัดลำดับก่อนหลังของสิ่งที่จะทำ จากกิจกรรมนี้พบว่า นักศึกษา รู้สึกกังวลกลัวเรียนไม่ไหว กลัวว่าการเรียนพยาบาลจะยากเกินไปสำหรับตนเอง ข้อสรุปจากการจัดลำดับสิ่งที่จะทำ คือ จะพยายามตั้งใจเรียนในชั้นเรียน จดบันทึก และค้นคว้าเพิ่มเติม หากไม่เข้าใจ จะถามอาจารย์ผู้สอนกิจกรรมนี้เป็นการฝึกให้นักศึกษาตระหนักรู้ในตนเอง “ ฉันเป็น (I am) ” และมีความสามารถพิจารณาเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเอง “ ฉันสามารถ (I can) ” สอดคล้องตามแนวคิดของกร็อทเบอร์ก (Grotberg, 1995) ที่กล่าวว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมี 3 องค์ประกอบหลักที่แต่ละคนจะดึงมาใช้เพื่อเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ ส่วนองค์ประกอบ “I have” อธิบายได้โดยนักศึกษาพยาบาลเมื่อแรกเข้ามายังสถานศึกษาจะได้รับการดูแลจากอาจารย์ที่ปรึกษามีกลุ่มสายรหัสที่ตนเองสังกัด มีนักศึกษาทุกชั้นปีอยู่ในกลุ่มสายรหัสเดียวกันเพื่อดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งนักศึกษาพยาบาลศาสตบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 เมื่อแรกเข้าศึกษา จะได้จับฉลากเพื่อเข้าสายรหัส ทำให้นักศึกษารู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวสายรหัส

กิจกรรมในสัปดาห์ที่สอง คือ เข้าใจอารมณ์และความเครียด ความแตกต่างของการแก้ปัญหาและการแก้อารมณ์ ให้นักศึกษาสำรวจอาการของตนเองเมื่อเกิดความเครียด จะมีอาการอย่างไรบ้าง สิ่งที่ทำไปในขณะเครียดมีอะไรบ้าง ผู้วิจัยให้ตัวอย่างของอาการ พฤติกรรมต่าง ๆ เมื่อเกิดความเครียด แล้วให้นักศึกษาจัดกลุ่ม ว่าตัวอย่างที่ให้นั้นเป็นอาการ หรือพฤติกรรมเพื่อแก้ปัญหา หรือเพื่อแก้อารมณ์ โดยปกติบุคคลเมื่อเผชิญปัญหาจะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ กิจกรรมนี้จะฝึกให้ผู้เรียนมีช่วงเวลาสำหรับการไตร่ตรองเมื่อเผชิญปัญหา และพิจารณาหาทางแก้ไข

กิจกรรมในสัปดาห์ต่อมา คือ การกำหนดเป้าหมายในชีวิต เพื่อให้ผู้เรียนได้ทบทวนและกำหนดเป้าหมายในชีวิต โดยการตอบคำถามสำคัญว่าเกิดมาทำไม ทุกวันนี้มีชีวิตอยู่เพื่ออะไร เพื่อทบทวนตนเอง เมื่อเราตระหนักว่าตนเองมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร ก็จะสามารถจัดลำดับความสำคัญของเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตได้ดีขึ้น อีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเราจัดสำดับความสำคัญของสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตได้ คือ การสมมติว่าตนเองจะอยู่ได้อีกไม่นานและเมื่อจากโลกนี้ไป เราต้องการให้ พ่อ แม่ พี่ น้อง เพื่อนร่วมงาน บุคคลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับตัวเรา ระลึกถึงและพูดถึงเราว่าอย่างไร สิ่งที่เราอยากให้คนอื่นระลึกถึง แสดงถึงความต้องการที่แท้จริงในฐานะที่เราเป็นบุคคลคนหนึ่ง จากคำตอบที่ได้ นักศึกษาส่วนใหญ่ตอบว่า ต้องการประสบความสำเร็จในชีวิต มีงานทำ มีรายได้ สามารถเลี้ยงดูตนเอง และครอบครัวได้ การที่นักศึกษาสามารถกำหนดเป้าหมาย

ในชีวิตได้ จะเป็นแรงจูงใจ ให้เกิดความมุ่งมั่น ความพยายาม ที่จะก้าวเดินไปให้ถึงเป้าหมายนั้น

ในสัปดาห์สุดท้ายของโปรแกรม คือ กิจกรรมความรู้สึกดีกับความสำเร็จ ให้นักศึกษาค้นหาข้อดี ของตนเอง เพื่อเป็นพลังบวก สำรวจแรงจูงใจของตนเอง มีความพยายาม เพื่อมุ่งไปสู่ความสำเร็จ ความรู้สึกดีกับตัวเอง เป็นการทำความรู้จักกับตนเอง และพัฒนาความถนัดที่มีอยู่จนกลายเป็นความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2551) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจจนครบทุกกิจกรรม และได้สำรวจความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม ผลการสำรวจความเครียดและภาวะซึมเศร้า เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าผลคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้าลดลง ทั้งเปรียบเทียบภายในกลุ่ม และเปรียบเทียบจากกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ (นฤมล สมรรคเสวี และ โสภิณ แสงอ่อน, 2558)

โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ โดยการจัดกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรมดังกล่าวนี้ ส่งผลให้นักศึกษาสามารถ รับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง เมื่อเผชิญปัญหา สามารถไตร่ตรองพิจารณาเพื่อแก้ไขปัญหา โดยไม่ใช้อารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าภายในตน มองเห็นข้อดีภายในตนเอง มีแรงจูงใจเพื่อนำพาตนเองให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งใจไว้ ผลการศึกษาเป็นที่ประจักษ์แล้วว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจสามารถลดความเครียดและภาวะซึมเศร้า ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังกล่าวข้างต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษาวิจัย ควรติดตามผลในระยะยาว เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมที่เกิดขึ้นว่าทำให้นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ที่มีความเครียดและมีภาวะซึมเศร้าสามารถดูแลสุขภาพจิตตนเอง รวมถึงมีสุขภาพจิตดีขึ้นหรือไม่

2. สนับสนุนให้อาจารย์พยาบาล นำโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้า ไปดูแลนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถไตร่ตรองปัญหาและค้นพบทางแก้ไขปัญหา มีแรงจูงใจเพื่อดำเนินชีวิตก้าวไปให้ถึงเป้าหมายของตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยและทีมวิจัย ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล ผู้ซึ่งเป็นอาจารย์ของผู้วิจัย ที่ท่านได้ถ่ายทอดวิชาความรู้และฝึกปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพเพื่อเป็นผู้บำบัดให้กับผู้มีความเครียดและมีภาวะซึมเศร้า จนสามารถใช้โปรแกรมได้สำเร็จโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังผลงานวิจัยดังกล่าว ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วุฒิพันธุ์ สิทธิการิยะ จิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลสิงห์บุรี ที่ได้ให้คำแนะนำ และสร้างเสริมประสบการณ์ในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2557). *แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 2557). [อินเตอร์เน็ต] . 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2566 กุมภาพันธ์ 7]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf

วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, และรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล. (2561). การพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *30*(1), 38-48.

นฤมล สมรรคเสวี, และ โสภิณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, *29*(3), 11-27.

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2551). *คู่มือการจัดกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย.

มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (บรรณาธิการ). (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิสุทธิ์ โนจิตต์, นภัสสร ยอดทองดี, วงเดือน เล็กสง่า, และปารวีร์ มั่นฟัก. (2563). ปัจจัยทำนายความเครียด และวิธีการจัดการความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี*, *1*(1), 118-128.

สุวัฒน์ มหัตนิรันตร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2541). แบบประเมินความเครียดด้วยตนเองสวนปรุง. เข้าถึงได้จาก http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909295เข้าถึงวันที่ 20 มีนาคม 2566

โสภิณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และ ทัศนา ทวีคูณ. (2558). ภาวะซึมเศร้าและความแข็งแกร่งในชีวิตของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, *32*(2), 84-99.

Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children; Strengthening the human spirit*. The Hague, Bernard Van Lee Foundation.

Grotberg, E. H. (1997). *The International resilience project: Findings from the research and the effectiveness of interventions*. Retrieved July 01, 1997, from https://files.eric.ed.gov/fulltex/ED419584.pdf

Grotberg, E. H. (1999). *Tapping your inner strength: How to Find the Resilience to Deal with Anything*. Retrieved October 01, 1999, from https://www.amazon.com/ Tapping-Your-Inner-Strength-Resilience/dp/1572241683.