

ผลของระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ อาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสารแอมเฟตามีน

สุกฤติยา กุลศรี¹ พย.ม.

จินตนา ยูนิพันธุ์² Ph.D.,อพย. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

วิภาวี เผ่ากันทรกร³ Ph.D.,อพย. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

นรวิรุฬ พุ่มจันทร์⁴ พ.บ.

บทคัดย่อ : การวิจัยทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง วัดอุปสงค์เพื่อเปรียบเทียบการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับต่อในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจำนวน 38 คน ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านเพศ ก่อนสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนเท่ากันกลุ่มละ 19 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ คู่มือระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีน ประกอบด้วยการดูแล 3 ระยะ 16 กิจกรรม สัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม การให้การปรึกษารายครอบครัว และการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยใน 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้วัดผลการทดลองคือ แบบประเมินปริมาณการใช้ยาบ้า และ แบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงของแบบประเมินเท่ากับ .90 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและอาการทางจิตลดลงก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อนี้ช่วยลดการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนได้

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 69-85

คำสำคัญ : ระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อ ผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน การเสพแอมเฟตามีนซ้ำ อาการทางจิต

¹ผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตรฝึกพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปดฺร สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; Corresponding author, Email: yuni_jintana@hotmail.com

³อาจารย์พยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

⁴อาจารย์จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วันที่รับบทความ 28 ธันวาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 16 พฤษภาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 17 พฤษภาคม 2566

Effects of a Seamless Nursing Care System on Amphetamine Relapse and Psychotic Symptoms in Schizophrenic Patients with Amphetamine Use Disorder

Sukrittiya Kulsri¹ MNS.

Jintana Yunibbhand² Ph.D.(Nursing) Dip.PMHN

Wipavee Pouwkantarakorn³ Ph.D.(Nursing) Dip.PMHN

Norawee Pumchun⁴ M.D.

Abstract: This experimental research with two group, pretest–posttest design, aimed to compare amphetamine relapse and psychotic symptoms in schizophrenic patients with amphetamine use disorder between experimental group receiving of a seamless nursing care system and control group receiving the routine care. The samples comprised 38 Schizophrenic patients with amphetamine use disorder, recruited from the inpatient department of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. After matching characteristics of gender, sample were randomly assigned equally (n=19) to either experimental group or control group. Research instruments included the seamless nursing care system in schizophrenic patients with amphetamine use disorder comprises of 3 phases of care, 16 activities, a program of individualized relationship therapy, group supportive psychotherapy, family counseling and telephone counseling to patients for a total of 6 weeks. The amphetamine relapse and psychotic symptoms were measured by assessing the amount of use and severity of psychotic symptoms and tested for content validity reliability of the scale yielding values of .90 and .97 respectively. Data were analyzed by independent t–test. Findings revealed that the amphetamine relapse and psychotic symptoms of the experimental group after receiving the seamless nursing care system in schizophrenic patients with amphetamine use disorder were lower than before, and lower than the symptoms in the control group, at the .05 level. Therefore, it can be concluded that the seamless nursing care system in schizophrenic patients with amphetamine use disorder should be used to improve schizophrenic patients with amphetamine use disorder.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 69–85

Keywords: seamless nursing care system, schizophrenic patients with amphetamine use, amphetamine relapse, psychotic symptoms

¹Diploma Candidate, Thai Board of Advance Practice in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing Chulalongkorn University.

²Associate Professor, Faculty of Nursing Chulalongkorn University; Corresponding author, Email: yuni_jintana@hotmail.com

³Advanced Practice Nurse preceptor, Somdetchaopaya Institute of Psychiatry.

⁴Psychiatrist preceptor, Somdetchaopaya Institute of Psychiatry.

Received December 28, 2022; Revised May 16, 2023; Accepted May 17, 2023

ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้ป่วยในกลุ่มโรคจิตเภทและโรคติดสารเสพติด (Schizophrenia and Substance use disorder) เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา โดยเฉพาะการดำเนินโรค และผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาที่เกิดการต่อการรักษา ส่งผลให้มีความรุนแรงเรื้อรังของโรคมามากขึ้น¹ และยังมีอัตราการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเสพยาเสพติดเข้า พบมากถึงร้อยละ 11-31 และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ มากกว่าคนทั่วไป 5 เท่า² ในปี 2562 - 2564 ผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตมากถึง 13,958 ราย 14,478 ราย และ 14,919 รายตามลำดับ และพบอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 75.0 กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำใน 1 ปี ร้อยละ 77.0³ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดยังมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดที่มารักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปี 2561-2563 ผู้ป่วยจิตเภทติดสารเสพติด อาการทางจิตกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 87 คน 148 คน และ 223 คน คิดเป็นร้อยละ 30.96, 51.97 และ 78.24 ตามลำดับ⁴ ในขณะที่อาการทางจิตส่งผลความสามารถในการควบคุมตนเองของผู้ป่วยในการหยุดเสพยาเสพติด ตลอดจนปัญหาอื่น ๆ เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดสับสน อาการก้าวร้าวรุนแรงขึ้น รวมถึงพฤติกรรมรุนแรงที่พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ อีกทั้งส่งผลต่อสมรรถนะที่ลดลงของผู้ป่วยทั้งการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ การทำงาน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และยังพบการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำมากขึ้น เกิดปัญหาการก่ออาชญากรรม กระทำผิด

กฎหมายจากพฤติกรรมรุนแรงได้มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด เกิดเป็นภาพความรุนแรงในสังคม^{5,6}

ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดมีความยุ่งยากซับซ้อนจากภาวะอาการโรคจิตเภทและภาวะอาการติดสารเสพติด⁶ ดังนั้นจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ครอบคลุมทั้งโรคจิตเภทและโรคติดสารเสพติด อย่างไรก็ตามในการดูแลเราต้องทำให้เกิดผลลัพธ์ทั้งสองอย่างคือผู้ป่วยไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำและไม่เกิดอาการทางจิตด้วย และจากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การใช้การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated care) เป็นกลยุทธ์และรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดยังมีจำนวนน้อย^{7,8} การบำบัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติด ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาและให้การดูแลตามระยะของโรค ได้แก่ ระยะถอนพิษยา ระยะอาการทางจิตรุนแรง ระยะอาการทางจิตสงบ และได้พัฒนาโปรแกรมบูรณาการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (Integrated Program on drinking behaviors and psychotic symptoms in alcohol use disorder with co-occurring disorder patients: ICOD-R) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพดำเนินการบำบัดรักษาระยะเวลา 14 วัน มุ่งเน้นการหยุด/ลดการเสพยา เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล จะได้รับการส่งต่อผู้ป่วยนอกที่คลินิกกำลังใจ และนับระยะเวลาบำบัดทั้งหมด 120 วัน⁵ ตามโปรแกรม ICOD-R พบอุปสรรคและข้อจำกัดหลายเรื่อง ได้แก่ จำนวนวันนอนระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก 14 วัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมจนครบก่อนจำหน่าย ซึ่งไม่สอดคล้องกับนโยบายการเร่ง

จำหน่าย ที่ต้องการลดจำนวนวันนอนและอัตราการครองเตียง เพื่อหมุนเวียนเตียงสำหรับการรองรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงในแต่ละวัน และภาระงานของทีมสหสาขาวิชาชีพส่งผลให้บางกิจกรรมในโปรแกรมไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วน เกิดเป็นภาระของพยาบาลต้องดำเนินกิจกรรมที่ขาดหายแทนวิชาชีพอื่น โปรแกรมนี้ยังไม่ครอบคลุมปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านครอบครัว สิ่งแวดล้อมและระบบการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามาจนจำหน่ายสู่ชุมชน ต่อมาปีพ.ศ. 2563 ได้เปลี่ยนรูปแบบการบำบัด เป็นกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองโดยพยาบาลจิตเวช เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหา และมีทัศนคติในการลดการใช้สารเสพติด ในหอผู้ป่วยสามัญชายนำร่อง 1 หอผู้ป่วย แต่ยังไม่สามารถขยายผลการดำเนินกิจกรรมกลุ่มไปยังหอผู้ป่วยอื่น ๆ ได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านสมรรถนะของผู้ดำเนินกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

ปัญหาช่องว่างของระบบการดูแลเนื่องจากขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญในการบำบัด ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ลดช่องว่างการดูแลผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนโดยการจักระบบการดูแลอย่างเหมาะสม (Managed care) แบบผสมผสานร่วมกับการพยาบาลโดยตรงต่อปัญหาเพื่อจัดกระทำกับปัจจัยการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และอาการทางจิต (Direct care)⁸ นำแนวคิดระบบบริการแบบไร้รอยต่อของมาร์ช¹² ซึ่งเป็นแนวคิดให้ความสำคัญกับความต่อเนื่องของระบบการดูแลรักษา การเชื่อมประสาน (coordinate) มืองค์ประกอบตามแนวคิด The 3Cs of Seamless Patient Care ประกอบด้วย ความสอดคล้องสม่ำเสมอของการดูแล (Consistency) ความต่อเนื่องการดูแล (Continuity) และการประสานการดูแล (coordination of care) ร่วมกับประยุกต์แนวคิด The Vulnerability-

stress Model¹³ ที่นำมาอธิบายถึงปัจจัยสาเหตุของการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนโดยมีพยาบาลผู้ประสานงานทางคลินิก (Nurse coordinator) APN เป็นผู้ให้การพยาบาลโดยตรง และทำหน้าที่ประสานการดูแล (coordination of care) กำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะโรค (care management) เพื่อลดกระบวนการขั้นตอนการบำบัดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และเชื่อมโยงการดูแลร่วมกับชุมชน เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชน¹⁴ เมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด สิ่งแวดล้อม สังคม และการแสดงออกในครอบครัวที่มีการวิพากษ์วิจารณ์ซึ่งกันและกัน การไม่เป็นมิตร จู้ยู่เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือให้ความใส่ใจสนใจปกป้องมากเกินไป นับเป็นปัจจัยสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนด้วย โดยจัดกิจกรรมการพยาบาล 3 ระยะ ระยะที่ 1-2 เป็นกิจกรรมในโรงพยาบาลและระยะที่ 3 เป็นกิจกรรมภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยระยะที่ 1-2 การส่งเสริมการรู้จักดูแลตนเอง ด้วยสัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล โดยมีเป้าหมายการพยาบาลผู้บำบัดต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับจิตพลวัตของผู้ป่วย (psychodynamic) ความขัดแย้งในจิตใจ เพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วย นำไปสู่การพยาบาลในระยะที่ 2 ระยะเร่งรัดพัฒนาสมรรถนะการดูแลตนเอง ไม่เสพซ้ำและไม่กำเริบซ้ำของอาการทางจิต ด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ที่เน้นให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ การแก้ปัญหา ผ่านปัจจัยบำบัดจากกระบวนการกลุ่ม รวมทั้งการให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการบำบัดในรูปแบบการให้การปรึกษารายครอบครัว ระยะที่ 3 สนับสนุนการดูแลตนเองอย่าง

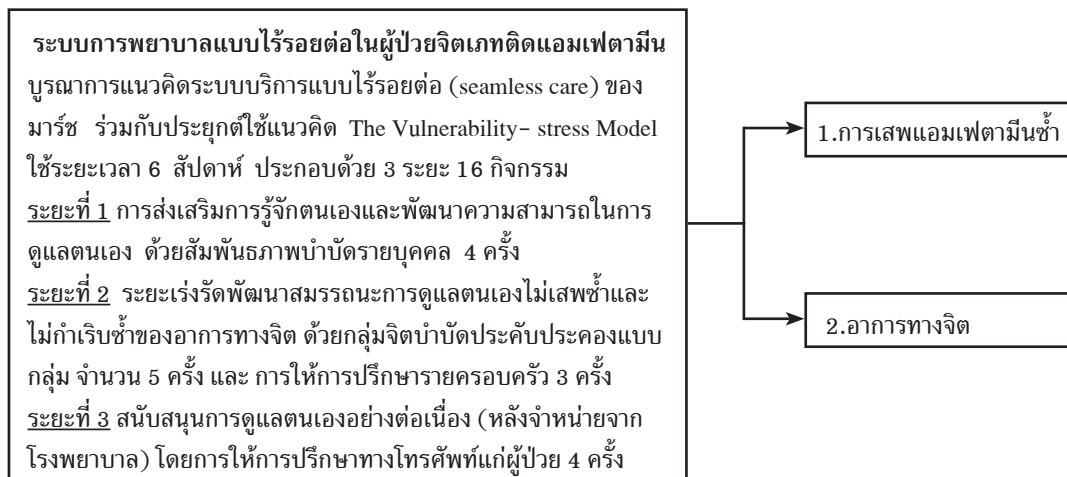
ต่อเนื่อง (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล) ด้วยการให้การศึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วย 4 ครั้ง เป็นการดูแลต่อเนื่องเพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวชุมชน ด้วยการให้รูปแบบการให้การศึกษาทางโทรศัพท์ มุ่งเน้นลดการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และอาการทางจิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์มากที่สุด

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

1. เพื่อเปรียบเทียบการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อก่อนและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน รูปแบบกรรมการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยบูรณาการแนวคิดระบบบริการแบบไร้รอยต่อของมาร์ช¹² ที่มีองค์ประกอบ The 3 Cs Seamless Patient Care ร่วมกับประยุกต์ แนวคิด The Vulnerability Stress Model¹³ เพื่อจัดการกับปัจจัยสาเหตุของการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและอาการทางจิต ในผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน โดยดำเนินการบำบัดออกเป็น 3 ระยะ 16 กิจกรรมทั้งหมด 6 สัปดาห์ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบบวัดผลก่อนและหลัง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง เสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ (The Pretest-Posttest Control Group Design) (12)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับโรคติดสารแอมเฟตามีน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ทั้งเพศชายและหญิง เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี 2) ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดในหอผู้ป่วยในเกิน 14 วัน (ปลอดภัยจากระยะฟักตัวของ COVID 19) 3) เข้ารับการรักษาครั้งที่ 2 ขึ้นไป มีประวัติเจ็บป่วยตั้งแต่ 2-10 ปี 4) ได้รับการประเมินคะแนนความรุนแรงอาการทางจิต (BPRS) คะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน 5) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 6) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างต่อเนื่อง 7) มีครอบครัวรับผิดชอบดูแลอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน และเกณฑ์การคัดเลือกครอบครัว ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสารแอมเฟตามีนเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยให้การดูแลเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองของผู้ป่วย การรับประทานยา รวมถึงการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ โดยทำหน้าที่เหล่านี้เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป 2) สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง หรือเครือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 3) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด

การได้ยินและการมองเห็น 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยและความเป็นไปได้ในการวิจัย โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของ Cohen 1988¹⁶ คือ อย่างน้อยควรมีกกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คนและหากเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลเกิดการกระจายตัวเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลต่ออำนาจทดสอบ ทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อความแปรปรวนทำให้ความแปรปรวนลดลง¹⁷ โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบที่ power= 0.80 และ d= 0.5 ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างทั้งหมด 34 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียในระหว่างการทำวิจัย (drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 จึงได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (matched paired) ด้านเพศทั้งนี้ ในระหว่างการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 1 คนถูกคัดออกจากกลุ่มทดลองเนื่องจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนกำหนด ญาติรับผู้ป่วยไปงานศพ ญาติต่างจังหวัดไม่สามารถอยู่ร่วมกิจกรรมจนครบได้ ผู้วิจัยจึงคัดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมตามคู่การทดลองออกไป ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 19 คน กลุ่มควบคุม 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ ระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อในผู้ป่วยจิตเภท

ติดสารแอมเฟตามีน ตามแนวคิดของ มาร์ช ที่มีองค์ประกอบ The 3 Cs of Seamless Patient Care¹² ตามกรอบแนวคิด The Vulnerability Stress Model¹³ เพื่อจัดการกับปัจจัยสาเหตุของการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทเสพยาติดสารแอมเฟตามีน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (personal vulnerability factor) ด้านความอ่อนแอส่วนบุคคลเกี่ยวข้องกับสารเคมีในสมอง ความอยากเสพยาเสพติด (craving) 2) ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล (personal protectors) การตอบสนองต่อสภาวะอารมณ์เชิงลบ 3) ปัจจัยปกป้องสิ่งแวดล้อม (environment protectors) 4) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและความเครียด (environment protectors & stressors) การควบคุมตนเองและการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมอันเกิดจากสภาพแวดล้อมของครอบครัว ความเครียดโดยมีคู่มือระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีนประกอบด้วย สัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดรักษา จนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการบำบัดรายกลุ่มได้แก่ กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง และการให้การปรึกษารายครอบครัว และการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของคู่มือระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน จำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 คน พยาบาลจิตเวชผู้มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 3 คน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) ได้เท่ากับ .85

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ (Time line follows back: TLFB) และแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำ

แบบประเมินการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ (Time line follows back : TLFB) ของ Sobell and Sobell¹⁸ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ¹⁹ โดยมีคำถามทั้งหมด 4 ข้อคำถามคิดคะแนนการเสพยาแอมเฟตามีนจากผลรวมจำนวนเม็ดที่คำนวณได้ในแต่ละวันที่มีการใช้แอมเฟตามีน (ได้จากผลคูณของจำนวนครั้งที่ใช้ในแต่ละวันกับปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้ในแต่ละครั้ง) ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีหน่วยเป็นเม็ด สำหรับการแปลผลค่าคะแนนนั้น จำนวนเม็ดที่สูงกว่า หมายถึงการเสพยาแอมเฟตามีนที่มากกว่า ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ .80

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือมาตรฐานใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต พัฒนาโดย Overall and Gorham²⁰ แปลเป็นภาษาไทยโดย พญ.พนัสนิภา กิตติรัตนไพบูลย์ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ครอบคลุมอาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทและอาการที่แสดงถึงอารมณ์ต่าง ๆ ในผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ คือ 7= มากที่สุด 6= มาก 5= ค่อนข้างมาก 4= ปานกลาง 3= น้อย 2= น้อยมาก 1= ไม่มีอาการคะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน คะแนนรวมของ BPRS < 36 คะแนน หมายถึงอาการทางจิตสงบ การวิจัยครั้งนี้ ประเมินอาการทางจิต ด้วยเครื่องมือ BPRS อีกทั้งเป็นเครื่องมือที่

ถูกนำมาใช้ทั่วไปในภาพจิต การประเมินอาการทางจิต ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช สังเกตกรรมสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความสะดวกรู้สึกสบายใจในทีมวิชาชีพ และเพื่อการสื่อสารที่เป็นแนวทางเดียวกันกับข้อตกลงในการทำงานของสถาบันฯ การวิจัยนี้จึงใช้เครื่องมือ BPRS ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

จริยธรรมการวิจัย

ขออนุมัติการดำเนินการวิจัยโดยเสนอโครงร่างการวิจัยฉบับสมบูรณ์ต่อกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่หนังสือรับรอง SD.IRB.APPROVAL 016/2565

เมื่อดำเนินการทดลองได้ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างประโยชน์ที่ได้รับ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นระหว่างทดลอง สามารถออกจากการศึกษาได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม และลงนามยินยอมร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับการดูแลระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีนตั้งแต่รับเข้ารักษาจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ตามแนวทางระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อ (ตารางที่ 1) ดังนี้

ตารางที่ 1 แนวทางระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน

แนวทางระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน	ผู้บำบัด	วัน/เวลา
ระยะที่ 1 การส่งเสริมการรู้จักตนเอง และ พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ด้วยสัมพันธ์ภาพบำบัดรายบุคคล 4 ครั้ง (2,3) ครั้งที่ 1 (N1): เพื่อสร้างความไว้วางใจ ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวลต่อการรับการดูแล ครั้งที่ 2 (N2): เพื่อพัฒนาความเข้าใจตนเอง และรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยาก การควบคุมความอยากเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ครั้งที่ 3 (N3): เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองที่ชัดเจนต่อเหตุการณ์ปัญหา และเพิ่มความสามารถในการจัดการความคาดหวังเชิงลบ ความอยากเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง แก้ปัญหาที่เหมาะสม ครั้งที่ 4 (N4): เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่เหมาะสม ไม่เสพแอมเฟตามีนซ้ำ	ผู้วิจัย/ รายบุคคล	จันทร์- ศุกร์ 09.30- 11.00 น.

ตารางที่ 1 แนวทางระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน (ต่อ)

แนวทางระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน	ผู้บำบัด	วัน/เวลา
ระยะที่ 2 ระยะเร่งรัดพัฒนาสมรรถนะการดูแลตนเอง ไม่กำเริบซ้ำของอาการทางจิต และไม่เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ ด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง 5 ครั้ง (4) ครั้งที่ 1 (S1): พัฒนาสมรรถนะด้านสัมพันธภาพ ความไว้วางใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ครั้งที่ 2 (S2): พัฒนาสมรรถนะการเผชิญปัญหา ความเครียดและการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยาก ครั้งที่ 3 (S3): พัฒนาสมรรถนะการดูแลตนเอง ในการรับประทานยาอย่างเหมาะสม ครั้งที่ 4 (S4): พัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสาร และการแสดงออกทางอารมณ์เชิงบวก ครั้งที่ 5 (S5): พัฒนาสมรรถนะการเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ไม่เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ การให้การปรึกษารายครอบครัว 3 ครั้ง (5) ครั้งที่ 1 (F1): เพื่อพัฒนาสมรรถนะสมาชิกครอบครัว ให้มีความสามารถรับรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทติดแอมเฟตามีน และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ครั้งที่ 2 (F2): เพื่อพัฒนาสมรรถนะสมาชิกครอบครัว ให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ มีทักษะการจัดการทางอารมณ์ของตนเอง อย่างเหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีน ครั้งที่ 3 (F3): เพื่อพัฒนาสมรรถนะสมาชิกครอบครัว มีความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ และการสนับสนุนผู้ป่วย ในการรับประทานยาอย่างเหมาะสม	ผู้วิจัย/ รายบุคคล	จันทร์- ศุกร์ 09.30- 11.00 น.
ระยะที่ 3 สนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล) โดยการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วย 4 ครั้ง (6) โดยประเมินปัญหา และตกลงบริการการดูแลทางโทรศัพท์ เน้นการดูแลตนเองไม่เสพยา (พบผู้ป่วย Face to face ที่หอผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปก่อนผู้ป่วยจำหน่าย ในสัปดาห์ที่ 3-4 เวลา 09.00-10.00 น. ประมาณ 45-50 นาที) ครั้งที่ 1 (T1): ประเมินและติดตามสมรรถนะการดูแลตนเอง ในการจัดการกับความอยากเสพยาแอมเฟตามีน ครั้งที่ 2 (T2): ประเมินและติดตามสมรรถนะการดูแลตนเอง ในการรับประทานยาอย่างเหมาะสม ครั้งที่ 3 (T3): ประเมินและติดตามสมรรถนะ การแสดงออกทางอารมณ์ และการสื่อสารทางบวกในครอบครัว ครั้งที่ 4 (T4): ประเมินและติดตามสมรรถนะ ในการทำบทบาทหน้าที่ การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง	ผู้วิจัย/ รายบุคคล	จันทร์- ศุกร์ 09.30- 11.00 น.

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วยระบบบริการแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน ตั้งแต่รับเข้ารักษาจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล และมีการนัดหมายผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อติดตามอาการใน 2 สัปดาห์ภายหลังจบโปรแกรมหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ (Amphetamine relapse) และอาการทางจิต (psychotic symptom)

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล โดยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล บันทึกตั้งแต่รับเข้ารักษาจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล และมีการนัดหมายผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อติดตามอาการใน 2 สัปดาห์ภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ (Amphetamine relapse) และอาการทางจิต (psychotic symptom)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบของค่าคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและคะแนนอาการทางจิต ด้วยสถิติทดสอบที่ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและคะแนนอาการทางจิต ระหว่างควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง intervention ด้วยสถิติทดสอบที่ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (N=38)

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n=19)	กลุ่มควบคุม (n=19)
อายุ	20-25 ปี	2 (5.3%)	0 (0.00%)
	26-30 ปี	3 (7.9%)	8 (21.1%)
	31-35 ปี	7 (18.4%)	10 (26.3%)
	36-40 ปี	4 (10.5%)	1 (2.6%)
	41-45 ปี	2 (5.3%)	0 (0.00%)
	46-55 ปี	1 (2.6%)	0 (0.00%)
เพศ	ชาย	13 (34.2%)	13 (34.2%)
	หญิง	6 (15.8%)	6 (15.8%)

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (N=38) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n=19)	กลุ่มควบคุม (n=19)
สถานภาพสมรส	โสด	13(34.2%)	12 (31.6%)
	คู่	2(5.3%)	3 (7.9%)
	หย่าร้าง	4(10.5%)	4 (10.5%)
	หม้าย	0 (0.00%)	0 (0.00%)
อาชีพ	ว่างงาน	1(2.6%)	1 (2.6%)
	รับจ้าง	17(44.7%)	16(42.1%)
	ค้าขาย/ ธุรกิจ	1(2.6%)	2(5.3%)
	ปริญญาโทขึ้นไป	0 (0.00%)	0 (0.00%)
การศึกษา	ปริญญาตรี	1 (2.6%)	0 (0.00%)
	ปวช. / ปวส.	9 (23.7%)	9 (23.7%)
	มัธยมศึกษา	8 (21.1%)	10 (26.3%)
	ประถมศึกษา	1 (2.6%)	0 (0.00%)

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย จำนวน 26 คน เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 13 คน สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.4 สถานภาพสมรสเป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 34.2 อาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 44.7 มีการศึกษาอยู่ในระดับ ปวช./ ปวส. คิดเป็นร้อยละ 23.7

และส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 28.9 ส่วนข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.3 สถานภาพสมรส เป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 31.6 อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 42.1 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 26

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีน ก่อนและหลังการทดลองทั้งใน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	X	SD	X	SD		
การเสพแอมเฟตามีนซ้ำ						
กลุ่มควบคุม	9.16	1.167	9.32	1.376	-.900	.380
กลุ่มทดลอง	9.16	1.015	.58	.769	26.959	.000
อาการทางจิต (BPRS)						
กลุ่มควบคุม	31.37	2.733	33.21	2.955	-2.579	.019
กลุ่มทดลอง	33.32	3.400	19.11	1.286	18.085	.000

*p-value < .05

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีนซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ผลการทดสอบด้วยสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการ

ทดลอง สำหรับในกลุ่มควบคุมค่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติ และเนื่องจากค่าคะแนนอาการทางจิตก่อนการทดลองมีค่าคะแนนไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากเป็นไปตามเกณฑ์การวิจัยที่ต้องได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต (BPRS) ที่กำหนดคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนนถือว่าอาการทางจิตสงบจึงเข้าร่วมการวิจัยได้

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีน หลังการทดลองระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	X	SD	X	SD		
ก่อนการทดลอง	9.16	1.167	9.32	1.376	.000	1.000
หลังการทดลอง	9.16	1.015	.58	.769	24.157	.000

*p-value < .05

จากตารางที่ 4 การทดสอบเบื้องต้นของค่าเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีนซ้ำก่อนการทดลองของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการเสพแอมเฟตามีน

ซ้ำระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนหลังการทดลองระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=38)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	X	SD	X	SD		
ก่อนการทดลอง	31.37	2.733	33.21	2.955	-1.946	.926
หลังการทดลอง	33.32	3.400	19.11	1.286	19.078	.001

จากตารางที่ 5 การทดสอบเบื้องต้นของค่าเฉลี่ยอาการทางจิต ก่อนการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการทดลอง

ภายหลังการบำบัดด้วยระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสารแอมเฟตามีน ที่มีการใช้สัมพันธภาพบำบัดตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้สามารถค้นหาความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ และกระบวนการกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสะท้อนมุมมองของเพื่อนที่มีปัญหาเหมือนกันเกิดความเข้าใจตระหนักรู้ร่วมกันและให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการทำตามเป้าหมายการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และการทำกิจกรรมการให้การรักษารายครอบครัวทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสบอกความรู้สึกคับข้องใจต่อคนในครอบครัว และครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเป็นผู้สนับสนุนในการบำบัดรักษาและการให้การรักษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจทางใจ รู้สึกได้รับการดูแลไม่ถูกทอดทิ้งจากผู้ดูแลและสังคม สามารถกลับไปอยู่บ้านได้ระยะเวลาที่นานขึ้น ลดการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ และลดการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สรุปได้ว่าการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีนที่ได้รับการ

ดูแลด้วยระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อ มีคะแนนการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติคะแนนการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2) ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติคะแนนการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4) และอาการทางจิตในกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีนมีอาการลดลง แต่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีอาการทางจิตสูงขึ้น (ตารางที่ 3) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำและอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลด้วยระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน โดยประยุกต์แนวคิดระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของมาร์ช¹² ร่วมกับแนวคิด Stress vulnerability model¹³ ซึ่งจัดกระทำต่อปัจจัยสาเหตุการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำและการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน มีสาเหตุมาจากความอยาก (craving) การเผชิญความเครียดและเหตุการณ์ความรุนแรงในชีวิต ปัจจัยจากครอบครัวสิ่งแวดล้อม และการขาดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาอย่างเหมาะสม ทำให้ขาดการตระหนักถึงผลกระทบจากการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำและหวังผลเชิงลบจากสารแอมเฟตามีนในการบรรเทาความทุกข์ใจ ความเครียด ความกดดันจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อม เมื่อให้การดูแลด้วยระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสาร

แอมเฟตามีน ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยการจัดการระบบการพยาบาล (manage care) ที่ดูแลตั้งแต่แรกเริ่มไว้รักษา ระหว่างการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลับสู่ครอบครัว ชุมชน นำมาอธิบายถึงวิธีการ ประสานงานให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ มีการดูแลอย่างต่อเนื่องราบรื่น ด้วยองค์ประกอบ The 3Cs of Seamless Patient Care¹² ดังนี้ 1) Consistency คือความ สอดคล้องสม่ำเสมอของข้อมูลและการดูแล ด้วย แผนการดูแลผู้ป่วยโดยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีน (clinical nursing practice guideline) 2) continuity คือความต่อเนื่อง ของการจัดการและสัมพันธ์ภาพด้วยการปฏิบัติตาม แผนการดูแลผู้ป่วย 3) coordination คือการประสาน การดูแล (coordination of care) มีพยาบาลผู้ประสาน งานทางคลินิก (Clinical nurse coordinator) ทำหน้าที่ ประสานความร่วมมือของทีมพยาบาลและทีมสหสาขา วิชาชีพ (collaborative practice) โดยมุ่งเน้นการดูแล ตนเองของผู้ป่วย (Self-care) การเยี่ยมยา/ดูแลที่ บ้าน (Home Care) ในชุมชน (Community Care) และการดูแลรักษาในสถานพยาบาล (Institutional Care) ทุกระบบเชื่อมโยงสนับสนุนซึ่งกันและกัน

โดยการดูแลโดยตรง (direct care) ที่จัดกระทำ ต่อปัจจัยการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และอาการทางจิต พบว่า สัมพันธภาพบำบัด (therapeutic relationship) จะพัฒนาความเข้าใจในตนเอง ให้เกิดการตระหนักรู้ ด้วยตนเอง พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง การแก้ปัญหา (coping) การจัดการความคาดหวัง เชิงลบ และอารมณ์เชิงลบ (negative expectation) มีความเข้มแข็งทางใจ ความเชื่อ/ความตั้งใจ ในการ เลิกเสพแอมเฟตามีนของตนเองได้ และมีความ สามารถวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นเฉพาะเจาะจงที่เป็นสาเหตุ ความอยาก และเลือกตัดสินใจวางแผนการจัดการกับ

สิ่งกระตุ้นความอยาก ลดการกลับไปเสพซ้ำ ทั้งนี้ ผู้บำบัดต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับจิตพลวัต ของผู้ป่วย (psychodynamic) ระหว่างบุคคลกับความ ชัดแย้งในจิตใจของผู้ป่วย ผ่านการถ่ายโอนความรู้สึก (transference) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและแก้ไข ความขัดแย้งในจิตใจ ซึ่งเป็นสมรรถนะของผู้ปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูง¹⁴

ปัจจัยการคาดหวังผลเชิงลบจากสารแอมเฟตามีน และร่วมมือกับทีมพยาบาลจิตเวชในการให้กลุ่ม จิตบำบัดแบบประคับประคอง ตามแนวคิดของ Yalom and Leszcz²¹ เพื่อจัดการกับปัจจัยสาเหตุการ รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาอย่างเหมาะสม ปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และการให้การปรึกษารายครอบครัว ตามแนวคิด Humanistic-Existential-Experiential²² เพื่อจัดการ กับปัจจัยสาเหตุสภาพแวดล้อมของครอบครัว/ เหตุการณ์รุนแรงในชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการ จัดการกับปัจจัยสาเหตุ และประยุกต์ใช้การดูแล ต่อเนื่องทางโทรศัพท์²³ เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมี การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ด้วยสัมพันธ์ภาพบำบัด ระหว่างบุคคล ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องผ่าน ทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นการช่วยเหลือและประคับ ประคองผู้ป่วยในการตอบคำถามและแก้ไขปัญหา ที่ อาจเกิดขึ้นได้ในสัปดาห์แรกภายหลังการจำหน่าย และติดตาม กระตุ้น ชี้แนะและให้การเสริมแรงพฤติกรรม ที่เหมาะสม คงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง ไม่เสพแอมเฟตามีน ซ้ำ²⁴ และด้วยบริบทในปัจจุบันโทรศัพท์เป็นเครื่องมือ สื่อสารหนึ่งที่สะดวก ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายใน การเดินทางของผู้ป่วย สอดคล้องกับนโยบายที่เน้น ระบบจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มโรค (Diagnosis-Related Group) พยายามให้ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล ในระยะสั้นที่สุดและผู้ป่วยเองมักจะเลือกรับการดูแล ที่บ้าน

การจัดกระทำต่อปัจจัยสภาพแวดล้อมของครอบครัว/ ความเครียดและเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต ผู้วิจัยประยุกต์การให้การปรึกษาคครอบครัว ด้วยครอบครัวมีส่วนร่วม ช่วยให้ครอบครัวได้สำรวจตนเอง เกิดการตระหนักรู้ ความต้องการ ผลกระทบจากเหตุการณ์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อผลกระทบและความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ส่งเสริมการตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีขึ้น และตั้งเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือ พัฒนาทักษะและความสามารถในการแสดงออกทางอารมณ์เชิงบวก สนับสนุนสัมพันธ์ภายในครอบครัว พัฒนาการทำบทบาทหน้าที่ในครอบครัว เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน ลดความขัดแย้งและมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อกัน เนื่องจากการแสดงออกอารมณ์เชิงบวก เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน และครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล การฟื้นฟูหายจากโรคและช่วยลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต²⁵

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรนำรูปแบบระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีนที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถนำไปพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการที่ดีได้
2. ควรมีการศึกษาแบบติดตามผลในระยะยาว เพื่อติดตามดูประสิทธิภาพของรูปแบบระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีนในด้านความยั่งยืนและความต่อเนื่องในระบบ

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้อยู่ในห้วงเวลาและการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้กลุ่มตัวอย่าง

มีข้อจำกัดการเฝ้าระวังสถานการณ์ระบาดและต้องใช้ระยะเวลานานในการดำเนินการเก็บข้อมูล การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ต้องปฏิบัติตามนโยบายการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างอาจมีผลต่อการตอบคำถามกลุ่มตัวอย่างในรายงานที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Campbell EC, Caroff SN, Mann SC. Co-occurring schizophrenia and substance use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment and diagnosis. UpToDate®; 2016.
2. Triruangworawat B. Methamphetamine increases the psychiatric patients. [serial online] 2022 [cited 2022 June 26]. Available from: URL: <https://www.mgonline.com> . (In Thai)
3. Department of Mental Health, Thailand. Mental Health and Psychiatric Services report for Schizophrenia and Substance use disorder. [serial online] 2022 [cited 2022 February 8] Available from: URL <https://www.dmh.go.th/Report/Datacenter/Dmh/Reds.Asp/> (In Thai)
4. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Report for Schizophrenia and Substance use disorder; 2564. (In Thai)
5. Wittayathawornwong L, Junsirimongko B, Suriyachai A, Darakorn PA, Kornkamchairit K, Khunarak U. The Effect of The Integrated Program on Drinking Behavior and Psychotic Symptoms in Alcohol Use Disorders with Co-occurring Disorders Patients. The journal of psychiatric nursing and mental health. 2016; 30 (2) 143-154. (In Thai)

6. Fraser S, Hides L, Philips L, Proctor D, Lubman DI. Differentiating first episode substance induced and primary psychotic disorders with concurrent substance use in young people. *Schizophr Res.* 2012;136 (1–3).
7. Ye J, Chen TF, Paul D, McCahon R, Shankar S, Rosen A, et al. Stigma and discrimination experienced by people living with severe and persistent mental illness in assertive community treatment settings. *International Journal of Social Psychiatry.* 2016;62(6).
8. Green AI, Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL. Treatment in Psychiatry Schizophrenia and Co Occurring Substance Use Disorder. *Am J Psychiatry.* 2007; 164.
9. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Brooke–Sumner C, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic.* 2019.
10. Crowley RA, Kirschner N. The integration of care for mental health, substance abuse, and other behavioral health conditions into primary care: Executive summary of an American college of physicians position paper. *Ann Intern Med.* 2015;163(4).
11. Chuengsatiansup K. Spirituality and health: An initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. *Environ Impact Assess Rev.* 2003;23(1).
12. March A. Consistency, continuity, and coordination – The 3Cs of seamless patient care. *Commonwealth Fund.* 2006.
13. Nuechterlein KH, Dawson ME, Ventura J, Gitlin M, Subotnik KL, Snyder KS, et al. The vulnerability/ stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatric Scand.* 1994;89.
14. Hsueh M, Shannon Dorcy KK, Mitsuyama WC. Advance practice nurse led care coordination model in oncology patient care transitions. *Cancer Nurs.* 2015;38(4).
15. Shadish; Cook; Campbell. Quasi-Experimental Designs That Either Lack a Control Group or Lack Pretest Observations on the Outcome. *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference.* 2002.
16. Champley S. pwr: Basic Functions for Power Analysis. R package. 2020.
17. Gray JR, Grove SK, Sutherland S. Burns N, Grove SK: *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence.* Philadelphia, PA, Saunders, 2017. Elsevier. 2017;11(3).
18. Sobell LC, Sobell MB. Timeline follow back. A technique for Assessing self-reported Alcohol Consumption. *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and Biological Methods.* 1992.
19. Sinsak Suvanchot K, Somrongsong R, Phukhao D. Efficacy of Group Motivational Interviewing plus Brief Cognitive Behavior Therapy for relapse in amphetamine users with Co-occurring psychological problems at southern psychiatric hospital in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand.* 2012;95(8):1075–80.
20. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep.* 1962;10(3).
21. Overholser JC. Group psychotherapy and existential concerns: An interview with Irvin Yalom. *Journal of Contemporary Psychotherapy.* 2005; 35.
22. Gottlieb JD, Mueser KT, Glynn SM. Family Therapy for Schizophrenia: Co-Occurring Psychotic and Substance Use Disorders. *J Clin Psychol.* 2012;68 (5).

23. Uslu E, Buldukoglu K, Beebe LH. A telenursing practice for care of people with schizophrenia: Telephone intervention problem solving. J Psychiatr Nurs. 2019;10(2):131–6.
24. Trangkot U. Psychotherapy and Family Counseling. Santa Publishing. 5th ed. Bangkok: 2001. (In Thai)
25. Imkome EU, Yunibhand J, Chaiyawat W. A path analysis of psychotic symptoms among persons with schizophrenia using methamphetamines. Walailak J Sci Technol. 2019;16(4).