

THE DEVELOPMENT AND EFFECTS OF EMPOWERMENT PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH SUBSTANCE-INDUCED PSYCHOTIC DISORDER

Sayaporn Detdee, M.N.S., RN, Orawan Nukaew, Ph.D., RN***

Abstract

Objective: To develop the empowerment program and to test effects of empowerment program on self-care behaviors of patients with substance-induced psychotic disorder.

Methods: This study was the research and development with the procedure: 1) to develop an empowerment program by analyzing situations and drafting the program; 2) to experiment the prototype program and to test the quality of tools; and 3) to test the effect of program. The sample group was 40 patients with substance-induced psychotic disorder randomly selected by Match pair method and divided into experimental and control group of 20 participants for each group. Research tools include the empowerment program, the demographic data questionnaire, and the self-care behavior assessment tool. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

Results: The results of this study were as follows: 1) The content of the program was valid and appropriate. The IOC (Item Objective Congruence) coefficients ranged between 0.6 - 1.0. The program consisted of six activities conducting as group activities in the hospital for 3 weeks. 2) After the experiment, the mean score of self-care behaviors of substance-induced psychotic disorder patients that participated in the empowerment program was significantly higher than patients that were cared normally with the statistical significance ($p < .001$).

Conclusion: The results of this study could be applied to develop on self-care behavior's of persons with substance-induced psychotic disorder. Therefore, the program could be implemented for those persons in hospitals.

Keywords: empowerment, self-care behaviors, patients with substance-induced psychosis disorder

*Corresponding author: Register Nurse, Senior Professional Level, Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital, e-mail: ssayaa4@gmail.com

**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University (Hatyai)

Received: 4 January 2021, Revised: 20 April 2021, Accepted: 28 April 2021

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

สยามกรณ์ เคชคี, พย.ม.*, อรวรรณ หนูแก้ว, ปร.ค.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและทดสอบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

วิธีการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา โดยมีกระบวนการคือ 1) พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการวิเคราะห์สถานการณ์ และร่างโปรแกรม 2) การทดลองใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและทดสอบคุณภาพเครื่องมือ และ 3) การทดสอบผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด จำนวน 40 คน โดยใช้วิธีการจับคู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติที

ผลการศึกษา : 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าความสอดคล้อง ระหว่างเนื้อหากับวัตถุประสงค์ อยู่ระหว่าง 0.6 - 1.0 ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มในโรงพยาบาล ระยะเวลา 3 สัปดาห์ และ 2) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุป : ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ดังนั้นจึงสามารถนำโปรแกรมไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

*ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, e-mail: ssayaa4@gmail.com

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับ: 4 มกราคม 2564, วันที่แก้ไข: 20 เมษายน 2564, วันที่ตอบรับ: 28 เมษายน 2564

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคจิตจากสารเสพติดนับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยประมาณ 29.5 ล้านคน หรือร้อยละ 0.6 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลกกำลังประสบปัญหาจากโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017) และเมื่อพิจารณาสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างปีงบประมาณ 2559 - 2561 พบว่า ผู้ป่วยติดสารเสพติดมารับบริการสูงสุดเป็นอันดับ 1 มีจำนวน 56,887 คน, 359,257 คน และ 606,014 คนตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี (กรมสุขภาพจิต, 2563) ขณะที่สถิติการมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ณ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ระหว่างปีงบประมาณ 2561 - 2563 มีจำนวน 2,572 คน, 3,526 คน และ 2,246 คน ตามลำดับ และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในจำนวน 1,159 คน, 1,322 คน และ 880 คน ตามลำดับในแต่ละปี (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2563) ซึ่งข้อมูลการมารับบริการดังกล่าวบ่งบอกถึงแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

อย่างไรก็ตามสารเสพติดเป็นสารเคมีซึ่งเมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าโดยวิธีใด จะทำให้เกิดการเสพติดได้หากใช้สารนั้นเป็นประจำ มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา ต้องการขนาดการเสพที่เพิ่มมากขึ้น มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา (สาธิตี ภู่อึ้งเรืองผล, 2562) ทั้งนี้สารเสพติดจะออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใน

ลักษณะของการกดประสาท ได้แก่ ผื่น มอร์ฟิน เฮโรอีน สารระเหย และยาแก้ปวดประสาท เป็นต้น บางชนิดออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ได้แก่ แอมเฟตามีน กระเทียม และโคคาอีน เป็นต้น หรือออกฤทธิ์หลอนประสาท ได้แก่ แอลเอสดี ดีเอ็มดี และเห็ดจิ๋วควาย เป็นต้น และกลุ่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้นหรือหลอนประสาทได้พร้อม ๆ กัน เช่น กัญชา ฯลฯ เมื่อผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดอาการทางจิตได้บ่อย เช่น หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย หูแว่ว ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ขาดสติ ฯลฯ มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อตัวเองและผู้อื่นได้ และทำให้เกิดโรคจิตจากสารเสพติด (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2558) ซึ่งวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ใช้การผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และการรักษาจิตสังคม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) อย่างไรก็ตาม ผลจากการที่มีผู้ป่วยโรคจิตติดสารเสพติด จะพบมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน มีอาการนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย (วีรพล ชูสันเทียะ และสมเดช พินิจสุนทร, 2560) ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมได้น้อย ขาดความยับยั้งชั่งใจ (ชาติรี ชัยนาคิน, ชาติรี ประชาพิพัฒน์, และอารี พุ่มประไพวัทย์, 2559; วีรพล ชูสันเทียะ และสมเดช พินิจสุนทร, 2560) การจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม ขาดทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการปฏิเสธ รวมถึงขาดความสามารถในการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม มองตัวเองในด้านลบ คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่มีความสามารถในการคิดหรือทำ รู้สึกไม่มีคุณค่า (โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี, 2559) รู้สึกเบื่อหน่าย

หมดพลัง (นิภาวัลย์ บุญทับถม, 2550) ประกอบกับ ผู้ป่วยขาดกำลังใจจากญาติและครอบครัว อยู่ใน สิ่งแวดล้อมที่เป็นแหล่งระบาดของยาเสพติด จึงส่งผล ให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (ชาติรี ชัยนาคิน และคณะ, 2559) และมีอาการทางจิตกำเริบ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และประภา ยุทธไตร, 2556)

จากสภาพปัญหาตามที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัย ได้ทำการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคจิตจาก สารเสพติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 30 แฟ้ม พบว่า สาเหตุของการเข้ารับ การรักษาแบบผู้ป่วยในเกิดจากการไม่รับประทานยา ไม่สนใจตัวเอง นอนไม่หลับ หงุดหงิด ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมไม่ได้ แสดงถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมมากที่สุด ร้อยละ 92.0 ในจำนวนนี้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ร้อยละ 85.0 อีกทั้งพบข้อมูลที่บอกว่าคุณเองไม่ดี ขาดรายได้ ทำอะไรก็ไม่สำเร็จเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งบ่งบอกถึงการขาดความภาคภูมิใจและความ เชื่อมั่นในตนเอง ร้อยละ 75.0 อยากเลิกแต่เลิกไม่ได้ เพื่อนมาชวนก็ไป เมื่อเกิดปัญหาแก้ปัญหาไม่ได้ เครียด แสดงให้เห็นถึงการขาดทักษะในการเผชิญ ปัญหา ร้อยละ 70.0 และยังพบว่าผู้ดูแลและครอบครัว ไม่เข้าใจ ขาดที่ปรึกษา กลับไปบ้านก็พบกับเพื่อน กลุ่มเดิม สิ่งแวดล้อมเดิม แสดงถึงการขาดกำลังใจ จากคนในครอบครัวรวมถึงพักอาศัยอยู่ในแหล่งที่มี ยาเสพติด ร้อยละ 50.0 (งานเวชระเบียน โรงพยาบาล จิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2563)

นอกจากนี้ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิต จากสารเสพติดที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

จำนวน 10 คน ผู้ป่วยเล่าว่า “รู้สึกเบื่อหน่าย ขาดพลัง ขาดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงตัวเอง” หรือ “เครียดบ่อย ถูกกดดันจากคนรอบข้าง พุดอะไร ทำอะไร ก็ทำไม่เชื่อ” และทำการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด จำนวน 30 คน ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแล ตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยมีระดับคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 40.0 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ระดับคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำมากที่สุดด้านการ จัดการกับปัญหา ร้อยละ 63.3 รองลงมาคือด้านการ แสวงหาแหล่งสนับสนุน ร้อยละ 56.7 ด้านการรู้จัก ตนเองและพัฒนาตนเอง ร้อยละ 43.3 ด้านอารมณ์ และจิตใจ ร้อยละ 36.7 และด้านร่างกาย ร้อยละ 16.7 ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล จำนวน 10 คน ผู้ดูแลบอกว่า “ออกจากโรงพยาบาลบอกว่าจะเลิก แต่ก็ทำไม่ได้ จนเขาหมดแรงจะสู้แล้ว” “เขาบอกว่า ไม่มีกำลังใจ ไม่รู้จะทำไปเพื่อใคร อยากมีคนคอย ช่วย คอยแนะนำ” จากข้อมูลที่กล่าวข้างต้นแสดง ให้เห็นถึงปรากฏการณ์ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ไม่ เหมาะสม ซึ่งมีผลจากพลังอำนาจในตนเองลดลง รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยหน่าย ไม่สู้ชีวิต สอดคล้องกับ ผลการประเมินผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง จึงนับว่าเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยสามารถควบคุม พฤติกรรมและมั่นใจในการปฏิบัติตัว เพื่อให้เกิด พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถ

ดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้ตามอัตภาพ

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้ตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ โดยแนวคิดนี้เชื่อว่ากระบวนการดำเนินงานโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้และตระหนักในปัญหาข้อบกพร่องของตนเอง ตอบสนองความต้องการการแก้ไขปัญหา และการแสวงหาการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเองได้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4) การลงมือซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Gibson, 1995) ที่ผ่านมามีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งช่วยทำให้สามารถเพิ่มพูนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วย และสร้างศักยภาพของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน (กชพร เผือกผ่อง, นุชนาถ บรรทมพร, และชมชื่น สมประเสริฐ, 2561; สังวาล พิพิธพร, 2563; Finfgeld, 2004) นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ที่ดื่มสุราและผู้ที่ใช้ยาบ้าโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ทำให้ผู้ป่วยค้นพบปัญหาที่เกิดขึ้นเน้นให้เข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ แสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหา และตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ลดพฤติกรรม การดื่มและการใช้ยาบ้าได้อย่างต่อเนื่อง (กชพร เผือกผ่อง และคณะ, 2561; นิภาพร รัฐมั่น และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ, 2560; พรทิพย์ คงศักดิ์, ศิริภรณ์ ชัยศรี, และสวัสดิ์ เทียงธรรม, 2556) ข้อมูลทางวิชาการจากการทบทวนข้างต้น แสดงให้เห็นว่ากระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (1995) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถตัดสินใจควบคุมพฤติกรรม และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อการแก้ปัญหา ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้เช่นกัน

ในทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จากการทบทวนแนวทางการให้การบำบัดทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ไม่มีโรคร่วม ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ว่าเป็นโรคจิตจากสารเสพติด (F11.5-F16.5, F18.5-19.5) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน พบว่า พยาบาลจะดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางด้านชีวภาพตามแผนการบำบัดรักษา ทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และดูแลด้านจิตสังคม โดยใช้รูปแบบของการบำบัดตามแนวปฏิบัติด้วยการบำบัดเป็นรายกลุ่มแบบกลุ่มเปิด ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ มุ่งเน้นการให้ความรู้เรื่องสารเสพติด

ผลกระทบที่เกิดขึ้น การพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การดูแลตนเอง และแนวทางการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรือควบคุมอารมณ์ ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองบกพร่อง กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ โดยมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำร้อยละ 12.0 (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์, 2563) ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลตามแนวทางที่มีอยู่เดิมยังไม่สามารถตอบสนองให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์กับผู้ป่วยได้ เนื่องจากไม่พบว่ามีกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในตัวผู้ป่วย และยังมีข้อจำกัดเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุน ให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและมองเห็นคุณค่าเพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลจิตเวชในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง (กุนนที พุ่มสงวน, 2557) แต่จากการสัมภาษณ์พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด พบว่าที่ผ่านมายาพยาบาลจิตเวชยังไม่เคยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดอย่างเต็มรูปแบบ เพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวก และเพิ่มคุณค่าในตนเอง จึงควรมีการปรับรูปแบบการบำบัดด้วยวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ผู้วิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าวจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วย

โรคจิตจากสารเสพติดที่ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชตามแนวคิดของกิบสัน (1995) ที่กล่าวข้างต้น รวมถึงเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมกับผู้ป่วย โดยเฉพาะขั้นตอนของการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้พยาบาลจิตเวชนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และดำเนินการทดสอบคุณภาพทางวิชาการด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ร่วมกับการทดสอบผลของโปรแกรมฯ ในด้านการช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีพลังใจในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด
2. เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด
 - 2.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
 - 2.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดระหว่างกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ที่เชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการพัฒนาคนและกลุ่มบุคคล โดยใช้กระบวนการที่เน้นให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ร่วมกันระบุปัญหาของตนเอง วิเคราะห์หาสาเหตุความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจรรณญาณในการมองภาพที่ต้องการจะเป็นและร่วมกันพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจรรณญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) (Gibson, 1995) ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดดังกล่าวไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองด้านร่างกาย ในเรื่องพื้นฐานกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม ด้านการรู้จักตนเองและพัฒนาตนเอง รวมถึงการแสวงหาแหล่งสนับสนุนได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้

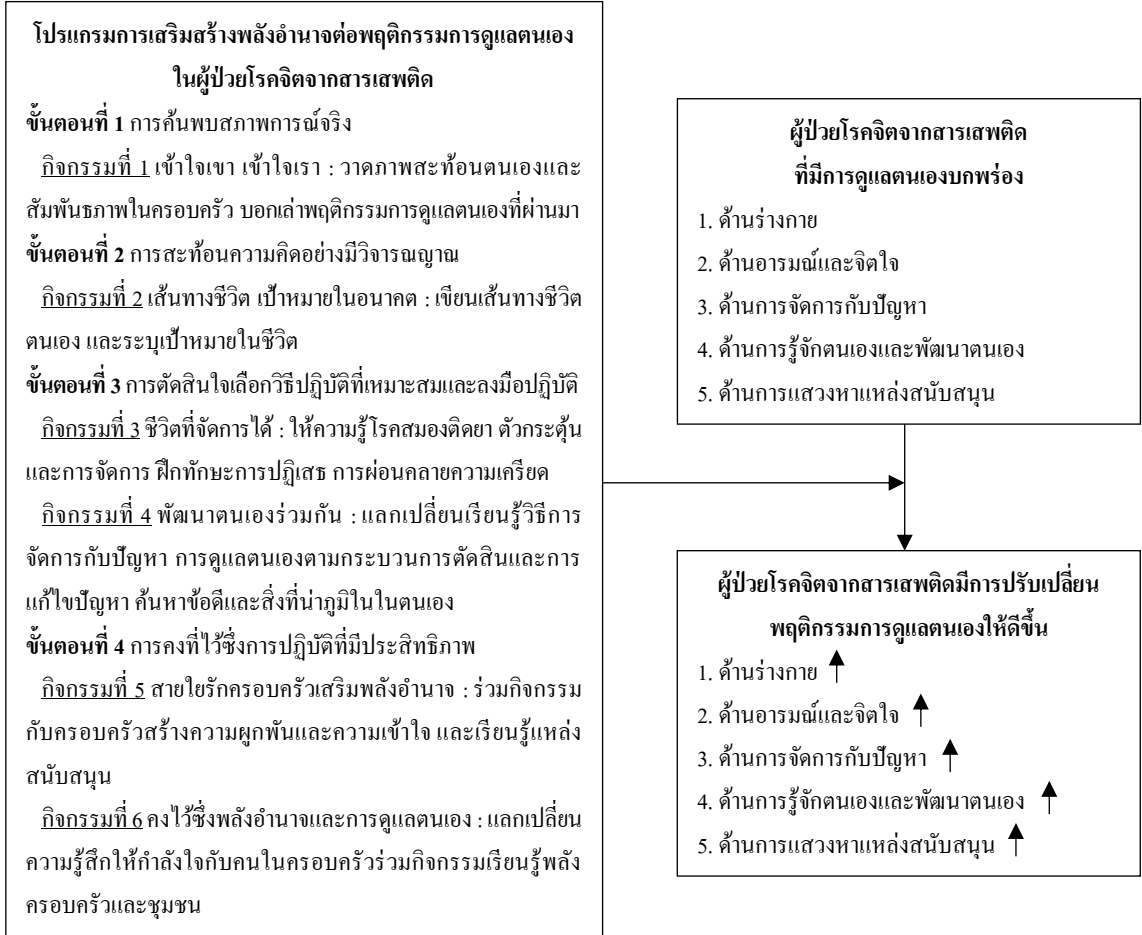
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การทบทวนตนเอง และการฝึกทักษะ จนกระทั่งสามารถแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในการเสริมสร้างความมั่นใจ ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีพลังจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ด้วยการใช้สื่อ ทัศน ใบบงาน ใบกิจกรรม แบบบันทึก และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้และจะส่งผลดีต่อผู้ป่วย ร่วมกับการเสริมแรงทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจ ให้คำแนะนำปรึกษา ในขณะที่เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น จากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะส่งผลต่อการเสริมพลังใจ ในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ดังภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดต้นแบบ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลและการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โดยการทบทวนสถิติการเข้ารับการรักษา ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 30 แพ้ม การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 10 ครอบครัว การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดด้วยแบบประเมินพฤติกรรมดูแล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตนเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จำนวน 30 คน การสนทนากลุ่มพยาบาลจิตเวชที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 8 คน และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด เพื่อศึกษาองค์ความรู้ที่มีอยู่ โดยการสืบค้นตามกรอบแนวคิด PICO ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จากฐานข้อมูลทั้ง

ในประเทศคือ ฐานข้อมูล ThaiJo, THaiLIS และ google scholar โดยใช้คำสืบค้น คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ พฤติกรรมดูแลตนเอง และผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และจากฐานข้อมูลต่างประเทศ คือ PubMed, The Cochrane Library และ CINAHL ใช้คำค้น empowerment, self-care behaviors, persons with substance induced psychosis disorder ผลจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

และประเมินคุณภาพงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แบบประเมินของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute, 2008) พบว่า มีจำนวน 18 เรื่อง อยู่ในระดับ 2 และสรุปผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าสถิติของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ด้วยปัญหาอาการทางจิตกำเริบจากพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ส่วนด้านการดูแลข้อมูล จากการสนทนากลุ่มพยาบาลจิตเวชพบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่เน้นการให้ความรู้เรื่องโรค ผลกระทบ การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยยังกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากการมีพฤติกรรม การดูแลตัวเองไม่เหมาะสม ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดและครอบครัว/ผู้ดูแล จำนวน 10 ครอบครัว โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ เช่น ข้อคำถาม “พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นอย่างไรบ้าง” “ความต้องการรูปแบบในการเสริมสร้างพลังอำนาจ/แรงจูงใจ/กำลังใจ/แหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นอย่างไรบ้าง” การจดบันทึกและการบันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมทีมเพื่อกำหนดต้นแบบของโปรแกรมฯ โดยทีมวิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ดำเนินการประชุม 3 ครั้ง และประชุมทีมผู้วิจัยนำผลจากการประชุมมาพิจารณา ร่วมกับผลจากการทบทวนวรรณกรรม

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำร่างต้นแบบเบื้องต้น (prototype) ออกแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินการ 3 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 120 นาที

ระยะที่ 2 การพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือและการทดลองใช้โปรแกรมต้นแบบ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบต้นแบบเบื้องต้น (preliminary test) ประกอบด้วย

4.1 การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฯ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด จำนวน 3 ท่าน และคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม (IOC) และปรับปรุงโปรแกรมฯตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นให้พยาบาลนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ด้านความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้

4.2 การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.84 หลังจากนั้นนำแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.92

ขั้นตอนที่ 5 ประชุมปรับปรุงเบื้องต้น (initial product revision) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อวิเคราะห์ข้อจำกัด ข้อควรปรับปรุง โดยพิจารณาปรับเวลาในการดำเนินกิจกรรม จำนวนกิจกรรม ภาษา และวิธีดำเนินการ โดยปรับให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดยิ่งขึ้น โดยกำหนดกิจกรรม จำนวน 6 กิจกรรม ดำเนินการ 3 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 120 นาที และดำเนินการวางแผนทดสอบในขั้นตอนต่อไป

ระยะที่ 3 การทดสอบผลของโปรแกรมฯ

ขั้นตอนที่ 6 ทำการทดสอบผลของโปรแกรมในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตจากสารเสพติด (F11.5-F16.5, F18.5-F19.5) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

ดังนี้ 1) ผู้ป่วยชาย อายุ 20 - 59 ปี และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน ที่อาการทางจิตสงบ โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) ระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 2) มีระดับคะแนนแบบประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดโดยใช้แบบคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยที่ไชยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข: บคก. กศธ.: 2 (V2) มีระดับ

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 27 คะแนน 3) มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลางและต่ำ และ 4) สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

ดังนี้ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ครบทุกกิจกรรม หรือมีอาการทางจิตที่กำเริบรุนแรง ในระหว่างการเข้าร่วมโครงการ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.10.10 (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สตรีเพ็ชร, และณาดา นภาอารักษ์, 2562) กำหนดขนาดอิทธิพล จากงานวิจัยที่ผ่านมา (นิภาพร รัฐมัน และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2560) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.4 (Cohen, 1988) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 และอำนาจการทดสอบ (1-β) ร้อยละ .80 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้เท่ากับ 18 คน คือกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน เพื่อป้องกันกลุ่มอาจจะสูญหาย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 คน ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 40 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน จัดกลุ่มตัวอย่างที่ได้ match pair ด้วยอายุ ความรุนแรงของโรค และระดับความรุนแรงของการใช้สารเสพติด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม

การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด พัฒนามาจากแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมดำเนินการ 3 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 120 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส สารเสพติดที่เคยใช้ จำนวน ครั้ง ที่กลับมาเข้ารับการรักษา เป็นต้น และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจาก สารเสพติด จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม ประเมินการดูแลตนเองด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ จิตใจ การจัดการกับปัญหา การรู้จักตนเองและ พัฒนาตนเอง และการแสวงหาแหล่งสนับสนุน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ทำประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยทำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองด้าน จริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ วิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 035/2563 ขณะดำเนินการ วิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบข้อมูล เกี่ยวกับโปรแกรมฯ ประโยชน์และความเสี่ยงที่ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถ ปฏิเสธหรือถอนตัวได้ เมื่อไม่สบายใจหรือไม่ พร้อมที่จะเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อ การบำบัดรักษาใด ๆ ในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเริ่มดำเนินการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังภาพที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์และ สนทนากลุ่ม ด้วยการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดย วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนน พฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างทดลอง ใช้โปรแกรมฯ (try out) ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test

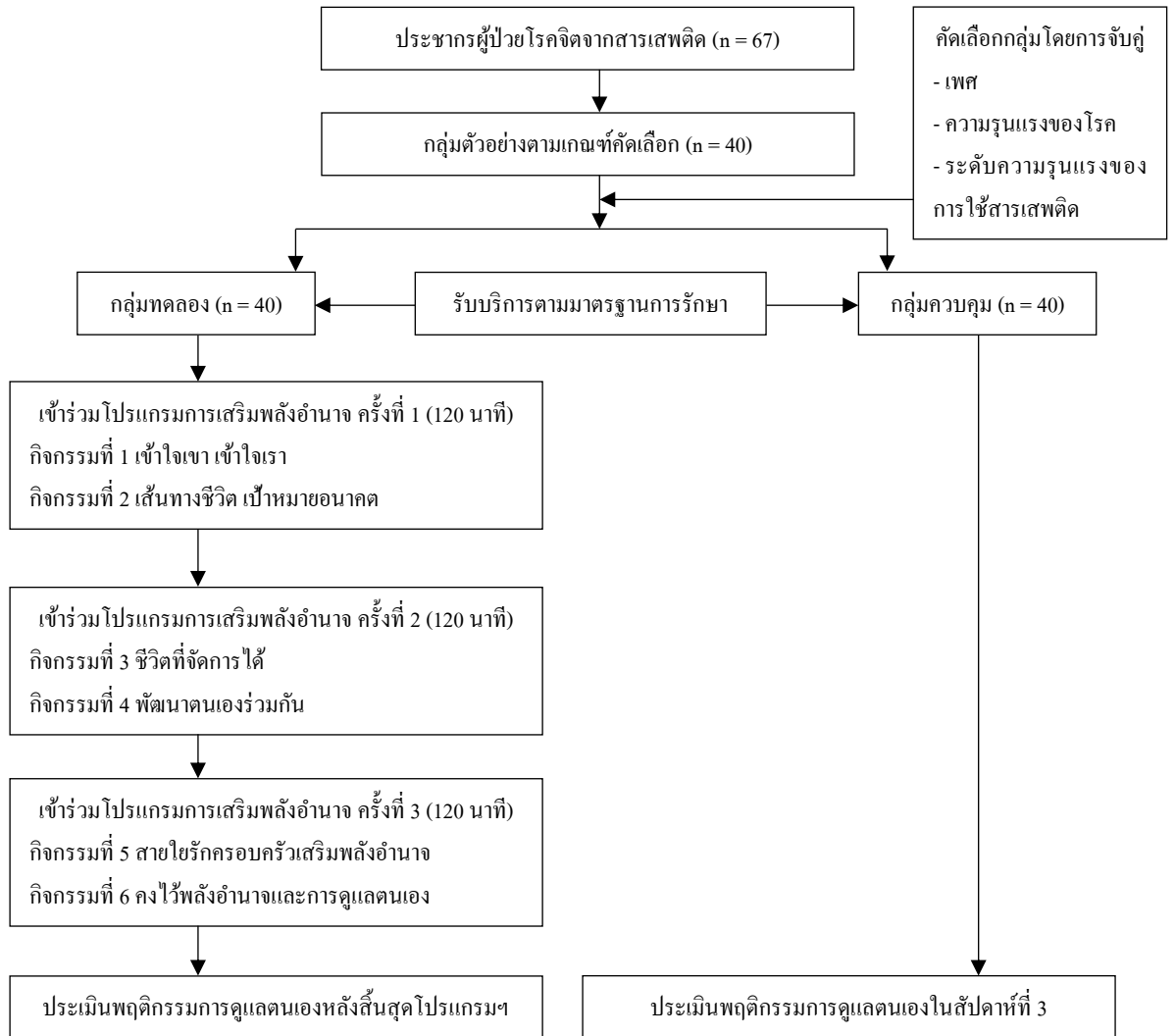
3. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ไคว้สแควร์

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ของพฤติกรรมดูแลตนเองก่อนและหลังในกลุ่ม ทดลองด้วยสถิติ pair t-test และค่าคะแนนเฉลี่ยของ พฤติกรรมดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม โดยสถิติ independent t-test หลังจาก การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น การกระจายข้อมูล แบบ โค้งปกติ และ Levene's test

ผลการศึกษา

ผลการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้าง พลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วย โรคจิตจากสารเสพติด

จากการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยโรคจิต จากสารเสพติด พบว่า ร้อยละ 92.0 ของผู้ป่วยที่ กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน มีพฤติกรรมดูแล ตนเองไม่เหมาะสม เช่น ไม่รับประทานยา ไม่สนใจ ตัวเอง นอนไม่หลับ หงุดหงิด ก้าวร้าว ควบคุม



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการดำเนินการ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

อารมณ์และพฤติกรรมไม่ได้ ฯลฯ ร้อยละ 85.0 กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ร้อยละ 75.0 รู้สึกว่าตนเองไม่ดี ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ เป็นภาระของครอบครัว ร้อยละ 70.0 อยากเลิกสารเสพติดแต่เลิกไม่ได้ เครียด แก้ปัญหาไม่ได้ และร้อยละ 50.0 ผู้ดูแลและครอบครัวไม่เข้าใจ ขาดที่ปรึกษา กลับไปบ้านก็พบ

กับเพื่อนกลุ่มเดิม ถึงเวดล้อมเดิมและพักอาศัยอยู่ในแหล่งที่มียาเสพติด (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2563) นอกจากนี้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดและผู้ดูแล พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยบกพร่อง “ไม่ค่อยดูแลตัวเองเลย มันจี้เกียจ... ไม่

อยากทำอะไร” (ผู้ป่วยรายที่ 2) และต้องการการเสริมสร้างพลังอำนาจและแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ดังเช่น “...กำลังใจจากลูกเมีย คนในครอบครัว หรือกิจกรรมที่ทำให้จิตใจเข้มแข็งขึ้น ไม่อ่อนไหวไปกับสิ่งต่างๆ ทั้งจากรอบข้าง และจากในตัวเราเองอะครับ” (ผู้ป่วยรายที่ 7) ข้อมูลที่กล่าวข้างต้นบ่งบอกถึงการขาดความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดกำลังใจจากคนในครอบครัว รวมถึงขาดทักษะในการเผชิญปัญหาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม มีอาการทางจิตกำเริบ และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลจิตเวชที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดพบประเด็นสำคัญ คือ ความต้องการของพยาบาลจิตเวชที่ช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ดังเช่น “คงจะดีถ้ามีรูปแบบการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพลังใจที่เข้มแข็ง สามารถดูแลตัวเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้านจะได้ไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำ” และข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพ (Finfgeld, 2004; Gibson, 1995) โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 3 - 12 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องตั้งแต่ 2 - 12 สัปดาห์ ๆ ละ 1 - 7 วัน ระยะเวลาทำกิจกรรมครั้งละ 60 - 120 นาที และในระยะติดตามส่วนใหญ่ใช้วิธีการติดตามทางโทรศัพท์ หลังจากสิ้นสุดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน (กชพร เผือกผ่อง และคณะ,

2561; นาถอนงค์ บำรุงชน, พนิดา รัตนไพโรจน์, และจากรุวรรณ ประดา, 2557; ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, และฉวีวรรณ โพธิ์ศรี, 2557; พรทิพย์ คงสัตย์ และคณะ, 2556; สังวาล พิพิชพร, 2563; เอกภพ จันทร์สุคนธ์ และอนงค์นาฏ คงประชา, 2560) ดังนั้น ผู้วิจัยตัดสินใจเลือกใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาประยุกต์ในการพัฒนาโปรแกรมฯ ร่วมกับข้อมูลที่พบจากการวิเคราะห์สภาพปัญหา และจัดทำโครงสร้างเนื้อหาโปรแกรมฯ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 เข้าใจเขา เข้าใจเรา ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 2 เส้นทางชีวิตเป้าหมายในอนาคต ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 3 ชีวิตที่จัดการได้ และกิจกรรมที่ 4 พัฒนาตนเองร่วมกัน และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 5 สายใยรักครอบครัวเสริมพลังอำนาจ และกิจกรรมที่ 6 คงไว้ซึ่งพลังอำนาจและการดูแลตนเอง ดำเนินกิจกรรมโดยใช้โครงสร้างกลุ่ม ๆ ละ 3 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 - 120 นาที ซึ่งโปรแกรมฯ มีค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม (IOC) อยู่ระหว่าง 0.6 - 1.0

ผลการทดลองใช้โปรแกรมฯ กับผู้ป่วยกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และนำผลที่ได้จากการดำเนินกลุ่มกิจกรรมมาวิเคราะห์และปรับปรุงโปรแกรมฯ เพื่อความ

ครอบคลุมในเนื้อหาสาระสำคัญและความชัดเจนของภาษา (ปรับปรุงครั้งที่ 2) กล่าวคือ 1) ปรับภาษาของกิจกรรมที่ 1 ใบงานตารางการดูแลตนเองจาก “การจัดการตัวกระตุ้นภายใน ภายนอก” เป็น “การจัดการกับตัวกระตุ้น” 2) ปรับภาษาของกิจกรรมที่ 2 ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นจาก “หลังใช้สารเสพติดท่านมีอาการอย่างไร” เป็น “อาการของท่านเมื่อคิดยาเสพติด” โดยผู้ป่วยบอกว่ากิจกรรมนี้ดี ทำให้ได้สะท้อนและมองเห็นภาพของตัวเองในช่วงชีวิตต่าง ๆ ได้ชัด 3) ปรับกิจกรรมที่ 3 โดยปรับใบงานตัวกระตุ้นและวิธีการหลีกเลี่ยงให้ภาพตัวกระตุ้นที่ทำให้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำมีความชัดเจน 4) ปรับลำดับของ

การดำเนินกิจกรรมที่ 4 จากเดิมให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการแก้ปัญหา ก่อนการให้ความรู้เรื่องกระบวนการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา เป็นให้ความรู้เรื่องกระบวนการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ก่อนเพื่อให้มีความกระชับและเข้าใจได้ง่ายขึ้น ส่วนกิจกรรมที่ 5 และ 6 ผู้ป่วยและญาติบอกว่าดี เนื่องจากญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรม ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและมีความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อจำกัด ข้อควรปรับปรุง และได้นำข้อมูลที่นำมาจัดทำ โปรแกรมฯ (ฉบับปรับปรุง) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์ และลักษณะกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ลักษณะกิจกรรม
ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง	- เพื่อค้นพบสภาพจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด	- เขียนภาพตนเองและอธิบายลักษณะของตนเอง
กิจกรรมที่ 1 เข้าใจเขา เข้าใจเรา เวลา 60 นาที	- เพื่อเข้าใจการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ	- เขียนภาพตนเองอยู่ในบ้านและอธิบายภาพที่วาด - อธิบายลักษณะการดูแลตนเองด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ และการจัดการกับปัญหา
ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ	- เพื่อการสะท้อนคิด ทบทวนตนเองและสถานการณ์ทุกแง่มุม	- เขียนเส้นทางชีวิตตั้งแต่เริ่มใช้สารเสพติดจนถึงปัจจุบัน และวางแผนอนาคต
กิจกรรมที่ 2 เส้นทางชีวิต เป้าหมายในอนาคต เวลา 60 นาที	- เพื่อรับรู้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ - เพื่อสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง	- สะท้อนมุมมอง และศักยภาพของตนเอง

ตารางที่ 1 ชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์ และลักษณะกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ลักษณะกิจกรรม
<p>ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ</p> <p>กิจกรรมที่ 3 ชีวิตที่จัดการได้</p> <p>เวลา 60 นาที</p>	<p>- เพื่อการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง</p> <p>- เพื่อวางแผนพัฒนาตนเอง โดยกำหนดแนวทางแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>	<p>- ให้ข้อมูลเรื่องโรคสมองติดยาและอาการทางจิต แนวทางการดูแลตนเอง</p> <p>- เพื่อประกอบการแก้ปัญหาที่เหมาะสม</p> <p>- ฝึกทักษะการจัดการ/หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นความอยากยาเสพติด ทักษะการปฏิเสธ การผ่อนคลายความเครียด</p>
<p>กิจกรรมที่ 4 พัฒนาตนเองร่วมกัน</p> <p>เวลา 60 นาที</p>	<p>- แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการที่เลือกเหมาะสมกับตนเอง</p> <p>- เพื่อสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง</p>	<p>- ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการวิเคราะห์ประเด็นปัญหา</p> <p>- ทำกิจกรรม “ชื่อนั้นสำคัญไฉน” เพื่อเสริมสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง</p>
<p>ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>กิจกรรมที่ 5 สายใยรักครอบครัว</p> <p>เสริมพลังอำนาจ</p> <p>เวลา 60 นาที</p>	<p>- เพื่อเสริมสร้างพลังโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว</p>	<p>- ทำกิจกรรม “สายใยรัก” ร่วมกับญาติ/ผู้ดูแล สะท้อนให้เห็นพลังที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง</p> <p>- ทำกิจกรรม “สื่อรักแทนใจ” ร่วมกับญาติ/ผู้ดูแล ให้เกิดการแสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีต่อกันของคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล เกิดการสร้างกำลังใจแก่กันและกัน ผลักดันให้ไปสู่เป้าหมาย</p>
<p>กิจกรรมที่ 6 คงไว้ซึ่งพลังอำนาจและการดูแลตนเอง</p> <p>เวลา 60 นาที</p>	<p>- เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง</p>	<p>- ทำกิจกรรม “จีทเซอร์” ร่วมกับญาติ/ผู้ดูแล เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและแหล่งสนับสนุนทางสังคม</p> <p>- ทำกิจกรรม “เสื่อกินข้าว เรียนรู้พลังชุมชน” ร่วมกับญาติ/ผู้ดูแล เพื่อเรียนรู้ความจำเป็นและความสำคัญของแหล่งสนับสนุนทางสังคม การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ</p>

ผลการทดสอบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการทดสอบโปรแกรมฯ จำนวน 40 คน พบว่าทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุระหว่าง 20 - 47 ปี อายุเฉลี่ย 31.20 ± 8.10 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 72.5 ใช้สารเสพติดยาบ้า ร้อยละ 95.0 เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในเป็นครั้งแรก ร้อยละ 65.0 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติไคว์สแควร์ ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในด้านช่วงอายุ ระดับความรุนแรงของโรค และระดับความรุนแรงของการใช้สารเสพติด พบว่า มีความเหมือนกัน (homogeneity) ($X^2 = 0, p = 1$)

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดหลังการเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		Change from baseline	SD	T	p
	(n = 20)		(n = 20)					
	M	SD	M	SD				
ด้านร่างกาย	2.80	0.41	4.18	0.57	1.38	0.85	7.30	.000*
ด้านอารมณ์และจิตใจ	2.48	0.46	3.83	0.61	1.35	1.35	8.64	.000*
ด้านการจัดการกับปัญหา	2.03	0.32	4.05	0.57	2.02	2.02	14.77	.000*
ด้านการรู้จักตนเองและพัฒนาตนเอง	2.30	0.51	4.26	0.51	1.96	1.96	10.63	.000*
ด้านการแสวงหาแหล่งสนับสนุน	2.13	0.43	3.82	0.55	1.69	1.69	10.12	.000*
รวมทุกด้าน	2.35	0.17	4.03	0.43	1.67	0.53	14.13	.000*

* $p > .05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		T	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนทดลอง	2.35	0.17	2.49	0.42	1.36	.181
หลังทดลอง	4.03	0.43	3.02	0.37	7.92	.000*

* $p > .05$

การอภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีเนื้อหาของโปรแกรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองปานกลางและต่ำ โดยเนื้อหาของโปรแกรมทั้ง 6 กิจกรรม มีการพัฒนาและปรับปรุงจนได้ค่าความสอดคล้องเป็นค่าที่ยอมรับได้ โดยค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6 - 1.0 แสดงให้เห็นถึงหัวข้อกิจกรรมและเนื้อหาสาระกิจกรรมที่พัฒนามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในแต่ละหัวข้อ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) อีกทั้งมีการปรับปรุงโปรแกรมจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเสนอว่า ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นกลุ่มที่มีอาการทางจิตและใช้สารเสพติดจึงต้องมีการบำบัดทั้งอาการทางจิตและการคิดสารเสพติด ผู้วิจัยจึงได้ปรับเพิ่มเนื้อหาการให้ความรู้เรื่องโรคสมองติดยาและอาการทางจิต ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการ/หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นความอยากยาเสพติด ทักษะการปฏิเสธ

และการผ่อนคลายความเครียดในกิจกรรมที่ 3 และผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้รูปแบบกิจกรรมต้องเข้าใจได้ง่าย อาจมีการให้การบ้านและมีการติดตามผลก่อนเริ่มกิจกรรมใหม่ ผู้วิจัยจึงปรับใบงานในกิจกรรมที่ 1 จากให้ผู้ป่วยเขียนอธิบายพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผ่านมา เป็นการใส่เครื่องหมายถูกในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมของตนเองของผู้ป่วย และออกแบบใบงานให้เข้าใจง่าย สีสันน่าสนใจ และปรับรูปแบบของกิจกรรมที่ 2 โดยการให้ใบงานเขียนไปให้ถึงเป้าหมายในอนาคต และใบงานตัวกระตุ้นและวิธีการหลีกเลี่ยงไปทำเป็นการบ้าน มีการประเมินติดตามเกี่ยวกับกิจกรรมในสัปดาห์ที่ผ่านมาก่อนเริ่มกิจกรรมใหม่ในทุกสัปดาห์ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง จึงทำให้นโยบายโปรแกรมฯ มีความครอบคลุม ตรงประเด็นตามบริบทของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมากขึ้น จึงส่งผลให้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดจึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้งานได้

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ที่พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มมากขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.13, p < .001$) อภิปรายได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดได้ เนื่องจากเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมฯ มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนถึงผลกระทบที่เกิดจากการเสพสารเสพติดที่มีทั้งต่อตนเอง ครอบครัว รวมถึงสังคม ได้รับความรู้เรื่องโรคสมองคิดยา และให้ค้นหาตัวกระตุ้นและจัดการกับตัวกระตุ้นได้ ผู้ป่วยได้เรียนรู้กระบวนการแก้ปัญหาและฝึกทักษะการปฏิเสธ ทักษะการผ่อนคลายความเครียด การสื่อสารทางบวกและการให้กำลังใจภายในครอบครัว และการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้มาปรับพฤติกรรมดูแลตนเองให้มีความเหมาะสมอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการปฏิบัติที่แตกต่างกันไป นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของกษพร เผือกพ่อง และคณะ (2561) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนมีการควบคุมตนเองได้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และงานวิจัยของพรทิพย์ คงสัจย์ และคณะ (2556) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคจิตสุราระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษทำให้การจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี

ความใกล้เคียงกันของปัจจัยด้านอายุ ระดับความรุนแรงของโรค และระดับความรุนแรงของการใช้สารเสพติด และลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยร่วมไม่แตกต่างกัน รวมถึงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($F = 1.75, p = .181$) แสดงให้เห็นว่าการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ไม่มีอคติของปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (Polit & beck, 2004)

นอกจากนี้ผลการวิจัยที่พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.92, p < .001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้มากขึ้น เนื่องจาก การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ เกิดการเรียนรู้และตระหนักในปัญหา ข้อบกพร่องของตนเอง ตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา และการแสวงหาการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพร รัฐมั้น และเพ็ญภาแดง ค้อมยุทธ (2560) ที่พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันให้ผู้ป่วยค้นพบปัญหาที่เกิดขึ้น เน้นให้เข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ แสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหา และตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติได้

อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้

ทั้งนี้ข้อมูลจากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยให้ความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมจนครบตามโปรแกรม กระทั่งหรือร่นในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมแสดงความคิดเห็นในแต่ละกิจกรรม มีความตั้งใจในการฝึกทักษะการปฏิเสธ การผ่อนคลายความเครียดผ่านกิจกรรมหัวเราะบำบัด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตรงกับปัญหาของผู้ป่วย เช่น กิจกรรมชื่อนั้นสำคัญไฉน ที่ช่วยเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง กิจกรรมสายใยรักครอบครัวที่ตอบสนองประเด็นปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ร่วมกับการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนเสริมจากคนในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (Friedman, 2003) ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยที่ว่า “...จิตใจที่เค้านอกว่ารักและห่วงเรา ก่อนหน้านี้เค้าไม่เคยบอก เราคิดแต่ว่าเค้าจับผิดเราตลอด...กลับไปครั้งนี้จะทำตัวใหม่ สัญญา” “สงสารที่เค้าต้องเป็นแบบนี้ จะดูแลให้กำลังใจตลอดไป” ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเรียนรู้และตระหนักในปัญหาข้อบกพร่องของตนเอง และส่งผลให้มีความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลนำโปรแกรม

การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด บูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดและติดตามประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นระยะอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงโปรแกรมต่อไป

2. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี โดยสังเกตผลของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจพบหลังจากการใช้โปรแกรมในระยะยาว และนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ขยายผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และติดตามผลการใช้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กชพร เผือกผ่อง, นุชนาถ บรรทมพร, และ ชมชื่น สมประเสริฐ. (2561). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการควบคุมตนเองของผู้เสพติดแอมเฟตามีน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19, 118-128.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). สถิติการเข้าถึงบริการ โรคสำคัญด้านจิตเวช. สืบค้นเมื่อ 19 มกราคม 2563, จาก <https://dmh.go.th/report/datacenter/map/>.
- กุนนที พุ่มสงวน. (2557). การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 86-90.

- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. (2563). รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. สงขลา: โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์.
- ชาติรี ชัยนาคิน, ชาติรี ประชาพิพัฒน์, และ อารี พุ่มประไพไทย์. (2559). การเลิกเสพยาบ้าซ้ำ: กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยวิธีชุมชนบำบัด. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23(2), 248-262.
- นาลอนงค์ บำรุงชน, พนิดา รัตนไพโรจน์, และ จารุวรรณ ประดา. (2557). การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(2), 125-140.
- นิติฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพชร, และ ฉญาณานาถอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. *วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 5(1), 496-507.
- นิภาพร รัฐมัน, และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(3), 99-112.
- นิภาวัลย์ บุญทับถม. (2550). *ผลของโปรแกรมการจัดการชีวิตต่อความรู้ เจตคติและทักษะการป้องกันการติดเชื้อของผู้ใช้สารเสพติดหลังจำหน่ายออกจากสถานบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนดีไออินเตอร์ มีเดีย.
- บุญศิริ จันศิริมงคล. (2558). *โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริส จำกัด.
- ปรางทิพย์ อุจะรัตน์, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, และ ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารการพยาบาลทหารบก*, 15(2), 216-224.
- พรทิพย์ คงศักดิ์, ศิริภรณ์ ชัยศรี, และ สวัสดิ์ เทียงธรรม. (2556). การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมลดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตสุราระยะหลังฟื้นภาวะพิษสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(1), 45-61.
- โรงพยาบาลชัยภูมิอุตรธานี. (2559). *รายงานสรุปยอดการบำบัดรักษาโรงพยาบาลชัยภูมิอุตรธานี ประจำปี 2559*. อุตรธานี: งานเวชระเบียน โรงพยาบาลชัยภูมิอุตรธานี.
- วีรพล ชูสันเทียะ, และ สมเดช พิณจสุนทร. (2560). ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิอุตรธานี: กรณีศึกษา. *วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(3), 523-533.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สังวาล พิพิธพร. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมลดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุตรธานี 2 อำเภอเมืองอุตรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุตรธานี*, 28(1), 30-42.
- สาธิตี กุ้งเรืองผล. (2562). พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 สืบค้นเมื่อ 8 มกราคม 2564, จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/190816156591830384.pdf.
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, และ ประภา ยุทธไทร. (2556). ปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในทางที่ผิดและติดสารของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ในระบบบังคับบำบัด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(4), 371-384.
- เอกภพ จันทร์สุคนธ์, และ อนงค์นาฏ คงประชา. (2560). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมลดการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน. *PSRU Journal of Science and Technology*, 2(1), 24-34.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fingfeld, D. L. (2004). Empowerment of Individuals with enduring mental health problems result from concept analyses and qualitative investigations. *Advances in Nursing Science*, 27(1), 44-52.
- Friedman, M. (2003). *Family Nursing: Theory and Practice*. (4th ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advance Nursing*, 21, 1201-1210.

Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery. (2008). *Reviewers' s manual*. Retrieved January 25, 2020, from <http://www.joannabriggs.edu.au>.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. (7th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). *World Drug Report 2017: 29.5 million people globally suffer from drug use disorders, opioids the most harmful*. Retrieved January 19, 2020, from <http://https://www.unodc.org>.