

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางธนภรณ์ โฉสูงเนิน

ตำแหน่งที่ขอรับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ

ด้าน การพยาบาล

ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 2571

กลุ่มงาน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

ตำแหน่งเลขที่ 2618

กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยหนัก

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลของโปรแกรมการบูรณาการบำบัดทางจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ มีนาคม 2566 - มีนาคม 2567 (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

3) ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน (ยาบ้า) มีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากการดูแลในระยะ 1-5 วันแรกของการเข้ารับการรักษา นอกจากผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตผิดปกติที่รุนแรงแล้วนั้นอาจเกิดภาวะถอนพิษจากยาเสพติดร่วมด้วย จึงต้องมีการเฝ้าระวังอาการทางกายที่อาจเกิดจากการถอนพิษสารเสพติดที่เสี่ยงต่อชีวิต ต้องดูแลไม่ให้เกิดอาการแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง ลดการเกิดความทุกข์ทรมานจากการขาดยาเสพติด เฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้น และดูแลให้อาการทางจิตสงบลงโดยเร็ว เมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือบำบัดด้านจิตสังคม เพื่อให้มีความรู้เรื่องโรค มีแนวทางในการดูแลตนเอง มีความตระหนักรับรู้ถึงสภาพปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเสพยาต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม และที่สำคัญคือการจัดการกับความอยากยาเสพติดที่อาจเกิดขึ้นได้ รู้จักวิธีการจัดการกับตัวกระตุ้น จัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกที่จะส่งผลให้กลับไปเสพซ้ำ สามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้โดยไม่ใช้สารเสพติดซ้ำ การให้การบำบัดทางจิตสังคมผู้ป่วยกลุ่มนี้ผู้บำบัดต้องมีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ ประสบการณ์ และเชี่ยวชาญในการบำบัด ต้องมีเทคนิคและวิธีการในการเสริมแรงใจ (MI) ต้องนำแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการบำบัดเช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจ (MET) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การบำบัดแบบกลุ่ม (group Therapy) ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) และจิตบำบัดแบบประคับประคอง (ST) ประยุกต์ใช้ Metrix โปรแกรม รวมทั้งต้องมีการศึกษา ทบทวน นวัตกรรมใหม่ๆมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน รวมทั้งเป็นที่ปรึกษา แนะนำ สอนความรู้/สาธิต การทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนแก่ทีมพยาบาลเพื่อให้สามารถดูแลบำบัดผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน (ยาบ้า) มีอัตราการกลับมารักษาค้ำในโรงพยาบาลสูง และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเป็นอย่างมาก มีความยุ่งยากและรู้สึกเบื่อหน่ายในการดูแล เนื่องจากควบคุมพฤติกรรมการเสพยาไม่ได้ กลับไปเสพซ้ำ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบเมื่อทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาค้ำมีหลายปัจจัย คือ 1) ด้านผู้ป่วย ผู้ที่ใช้สารเสพติดมักเป็นบุคคลที่มี

ปัญหาด้านจิตใจ พลังจิตอ่อนแอ (Tayser Ibrahim Heimy, Maaly Ibrahim EL Malk, and Gihan Mohamed Salem, 2016) ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง และรู้สึกว่าเป็นคนไร้ค่าไม่เป็นที่ต้องการของครอบครัว สังคม บางคนจะทำตามบุคคลอื่นที่ตนมีความชื่นชม อาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนหรือตัวแบบอื่น เช่น ดารา หรือบุคคลอื่น ๆ เป็นต้น เมื่อใช้ยาเป็นระยะเวลานานเกิดภาวะพึ่งพิงหยุดสารเสพติดไม่ได้ทำให้ผู้ใช้สารเสพติด ส่วนใหญ่จะถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติจากครอบครัวและบุคคลแวดล้อม ถูกรังเกียจ ถูกมองว่าไม่มีคุณค่า ซึ่งส่งผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ใช้สารเสพติด ทำให้รู้สึกน้อยใจ บั่นทอนความรู้สึก หมด กำลังใจ ภาวะอารมณ์แปรปรวน รับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ ส่งผลให้ เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ทำให้ขาดโอกาสและทักษะในการดำเนินชีวิต 2) ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าความขัดแย้งของบุคคลในครอบครัว และปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ 3) ปัจจัยด้านสังคม พบว่าการคบเพื่อนกลุ่มเดิม ไม่กล้าปฏิเสธเพื่อนเมื่อถูกเพื่อนชวนรวมถึงไม่มีทักษะการปฏิเสธที่เหมาะสม และอยู่ในสภาพแวดล้อมสังคมเดิมๆ ที่เป็นแหล่งจำหน่ายยาเสพติด และในชุมชนมีแหล่งอบายมุข แหล่งสถานบันเทิงล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ป่วย ส่วนแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน ขณะบำบัดรักษาในโรงพยาบาลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การได้รับโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็น เชื่อว่าการมีโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนได้รับการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้อาการทางจิตสงบเร็วขึ้น ลดระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล สามารถป้องกันการใช้สารเสพติดซ้ำ ลดอัตราการกลับเสพยาซ้ำ ป่วยซ้ำได้ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น รวมทั้งญาติมีความพึงพอใจในการบำบัดมากขึ้น แต่ในปัจจุบันการบำบัดทางจิตสังคมในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงเป็นมีการบำบัดทางจิตสังคมที่เน้นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพียงอย่างเดียวโดยเฉพาะ พบรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ผสมผสานน้อย แต่จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม พบว่าการบำบัดทางจิตสังคมต้องใช้รูปแบบผสมผสานจึงจะทำให้มีประสิทธิภาพ (นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์, ภัทราภรณ์ ภัทรสกุล, อริญญา แพ้จ้อย, อมรรรัตน์ ชัยนนท์, และนัชชารินทร์ ชำของกิจ, 2565) และยังไม่พบว่าการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบใดแบบหนึ่งที่จะให้ผลดีที่สุด (เอกอุมา อัมคำ, 2556) เนื่องจากการบำบัดทางจิตสังคมที่เน้นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพียงเรื่องเดียวในแต่ละโปรแกรมนั้นอาจไม่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริง อาจทำให้การบำบัดไม่ครอบคลุมทุกมิติของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและรวมไปถึงบุคคลผู้ดูแลในครอบครัว และอาจทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดนานมากขึ้นเพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติดังกล่าว ส่งผลทำให้เกิดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบำบัดในโรงพยาบาลมากขึ้น ดังนั้นหากมีรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ผสมผสานและเหมาะสมกับผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่จะช่วยส่งเสริมให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้น ส่งเสริมความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการของก้องเกียรติ อุเต็น, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, วิชชุดา ยะสินธุ์, วิมลวรรณ คำสือ, และพุทธรักษา ศรีสุวรรณ (2565) ที่ใช้แนวความคิดการบำบัดทางจิตสังคม 4 แนวคิดหลักคือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของเบค (Beck, 1995) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ของมิลเลอร์และโรนิก (Miller & Rollnick, 1996) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ของเดอ ซูริลล่า (D'zurilla, 2010) และการเจริญสติ และจากการทบทวนวรรณกรรม (จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, นุชนาด แก้วมาตร, ภาคินี เดชชัยยศ, หทัยชนก ผ่านวิริยะ, ศรีวิษฐ์ บุญประชุม, และสุรชาติ นันตา, 2559

;บุญศิริ จันศิริมงคล, 2558; สุกุม่า แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, และวัชร มีศิลป์, 2563) สร้างเป็นโปรแกรมการบูรณาการบำบัดทางจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน โดยใช้แนวทางการบำบัดทางจิตสังคม 4 แนวคิดหลักคือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของเบค (Beck, 1995) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ของมิลเลอร์และโรนิก (Miller & Rollnick, 1996) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ของเดอ ซูริลล่า (D'zurilla, 2010) และการเจริญสติร่วมกับใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1986) และทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของไอเซ็นและฟิชเบิน (Ajzen & Fishbein, 1980) นำมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม โดยได้ปรับปรุงเพิ่มเติมปรับเปลี่ยน ในส่วนของกิจกรรม ใบบางจากโปรแกรมเดิมให้เหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้ให้มากขึ้น เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตจากสารเสพติด มีความรู้ สร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของโปรคลาสกาและไดคลีเมนเต้ (Prochaska & DiClemente, 1982) ด้วยหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation interview [MI]) มีความตระหนักในการเลิกสารเสพติดและลงมือกระทำได้อย่างต่อเนื่อง มีมุมมองความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับสารเสพติดที่เหมาะสม รวมทั้งมีแนวทางในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถรับรู้ถึงความสามารถที่มีของตนเอง ส่งเสริมความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด ส่งเสริมความมีคุณค่าในตัวเองเพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน มีความรู้ ความตระหนัก รับรู้วิธีการดูแลตนเอง มีแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมนำไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้านสามารถเลิกใช้สารเสพติดได้และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ขั้นตอนการดำเนินการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two groups, pretest posttest and follow-up design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และมีการติดตามต่อหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ประชากรศึกษา คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน (เฉพาะยาบ้า) (F15.5x) โดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ICD -10 ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

การคำนวณขนาดกลุ่ม

เนื่องจากงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบูรณาการบำบัดทางจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนหลังการทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์ โดยเป็นการวัดซ้ำ 3 ช่วงเวลา ผู้วิจัยใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ผู้วิจัยเลือก Test family เป็น F-tests และเลือก Statistical test เป็น ANOVA: Repeated measures, between factors กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยหลายค่า (Difference between many means) ตามที่โคเฮน (Cohen, 1977 อ้างถึงใน นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สาตร์เพ็ชร, และ ญาดา นภาพารักษ์, 2562) ได้เสนอไว้ โดยเลือกขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large) ซึ่งเท่ากับ 0.40 กำหนด

อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ จำนวนกลุ่ม (Number of groups) เท่ากับ 2 จำนวนการวัดซ้ำ (Number of measurements) เท่ากับ 3 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 36 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 ราย และกลุ่มควบคุม 18 ราย แต่เพื่อป้องกันการตกออก (drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างเพิ่มมาอีก 4 ราย รวมขนาดตัวอย่างทั้งหมด 40 ราย โดย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากจากคู่มือที่คล้ายคลึงกันในเรื่องของ อายุ จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการใช้แอมเฟตามีน ระดับคะแนนขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) เป็นผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน สัญชาติไทย เพศชายและหญิง มีอายุ 18-60 ปี มีอาการทางจิตส่ง BPRS คะแนน ≤ 36 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงนาม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) (ชิตชนก โอภาสวัฒนา, 2563) และแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด (Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, Socrates 8A for SUD) (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2558)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการบูรณาการบำบัดทางจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน ที่บูรณาการ 4 แนวคิดคือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) และการเจริญสติ ร่วมกับใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1986) และทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของไอเซ็นและฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) การบำบัดแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน จำนวน 8 กิจกรรม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 เป็นการบำบัดขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล 6 ครั้ง ระยะที่ 2 เป็นการบำบัดพร้อมญาติในช่วงก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 ครั้ง และระยะที่ 3 เป็นการบำบัดทางโทรศัพท์ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 ครั้ง ใน สัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่าย

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำเกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการใช้ยาบ้า ลักษณะการเสพยาบ้า ระยะเวลาเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ที่เป็นผู้ดูแล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีน ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (สิทธิชัย ศิริกุล, 2557) ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura ปี ค.ศ. 1997

เป็นการวัดระดับความมั่นใจความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อเลิกใช้สารเสพติด ข้อคำถาม 18 คำตอบ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม ประเมินความตั้งใจในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีน สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (นันทชัยตัญญู สกกุลพงศ์, อรพินท์ ชูชม, และณัฐสุตา เต้พันธ์, 2558 ; วันเพ็ญ อำนาจกิตติกร, 2552) ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen and Fishbein ปี ค.ศ. 1980 ข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำโปรแกรมการบูรณาการบำบัดทางจิตสังคมและแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงในด้านโครงสร้างและตามเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยจะปรับปรุงแก้ไขและพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence หรือ IOC) ของแบบสอบถาม โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และจะนำแบบสอบถามแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 10 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่า ความเชื่อมั่น (Reliability) ซึ่งกำหนดค่าที่ยอมรับได้ไว้ที่ 0.70 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach' Alpha-Coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปจากคอมพิวเตอร์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรม

1. ระยะเตรียมการทดลอง ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2 เสนอโครงร่างงานวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงดำเนินการดังนี้

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากสารเสพติด

2.ระยะดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองให้การบำบัดตามโปรแกรม ขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้งในวันจันทร์-พุธ- ศุกร์ ครั้งละ 45-90 นาที เวลา 10.00-11.30 น และกลุ่มที่ 2 ทำกิจกรรมในช่วงบ่ายเวลา 13.30- 15.00 น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติด้วยกิจกรรมภายในหอผู้ป่วย

3.ระยะประเมินผลการทดลอง เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการบำบัดตามโปรแกรมจนเสร็จสิ้นทันที และการบำบัดทางโทรศัพท์ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 นับจากวันจำหน่าย ใช้เวลาแต่ละครั้ง 10-30 นาที ส่วนในกลุ่มควบคุมจะมีการติดต่อสอบถามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่อครบ 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการดังต่อไปนี้ ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคว์สแควร์ (Chi-Square) และสถิติฟิชเชอร์(Fisher Exact test) ข้อมูลการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และข้อมูลความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน ระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง วิเคราะห์ ด้วยสถิติ independent t-test เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน ระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

อยู่ในระหว่างการดำเนินการ

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เป้าหมายของงาน

1. เป้าหมายของผลผลิต (output) และตัวชี้วัด

รายงานการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการบูรณาการบำบัดทางจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนจำนวน 1 เล่ม

2. เป้าหมายของผลลัพธ์ (outcome) และตัวชี้วัด

2.1 ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมการบูรณาการบำบัดทางจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด มีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกใช้สารเสพติด และคะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดสูงขึ้น

2.2 ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนได้รับโปรแกรมการบูรณาการบำบัดทางจิตสังคมต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด มีอัตราการเสพยาและอัตราการป่วยซ้ำภายใน 28 วัน ลดลงร้อยละ 5

ผลสำเร็จของงาน รอคการประเมิน ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ด้านบุคลากร มีรูปแบบในการบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

6.2 ด้านหน่วยงาน มีองค์ความรู้ที่หลากหลายขยายผลนำไปใช้ในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

6.3 ด้านผู้รับบริการ ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมที่ใช้หลากหลายแนวคิดในการบำบัด สามารถเรียนรู้เพิ่มเติมในประเด็นปัญหาต่างๆได้ครอบคลุมมากขึ้นและนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกเสพยาเสพติดอย่างจริงจังได้

6.4 ด้านการวิจัย นำโปรแกรมไปศึกษาในผู้ป่วยสารเสพติดชนิดอื่นเพื่อพัฒนาต่อยอดได้

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในตึกเดียวกันอาจควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้ไม่ดีนักมากพอ ผู้วิจัยจะพยายามควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยการจับคู่ (Matching) และแบ่งโซนพักในหอผู้ป่วยแยกกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมออกจากกัน โดยให้กลุ่มทดลองอยู่ชั้นบนของหอผู้ป่วย กลุ่มควบคุมอยู่ชั้นล่างของหอผู้ป่วย

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ช่วงระยะเวลาในการทำกิจกรรม อาจจะทับซ้อนกับกิจกรรมตามปกติของหน่วยงาน กลุ่มทดลองอาจจะไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมได้ตามกำหนด หรือบางรายอาจจะมีการจำหน่ายก่อนครบโปรแกรมการบำบัด

9) ข้อเสนอแนะ

ต้องมีการประสานและบริหารเวลาให้เหมาะสม แจ้งการจัดกิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลองแก่พยาบาลประจำตึกก่อนล่วงหน้าหนึ่งวันทุกครั้ง แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเป้าหมายของงานวิจัยทั้งสองกลุ่ม

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ.....80.....และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางณอมศรี อินทนนท์	ร้อยละ 20	ณอมศรี อินทนนท์

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางธนภรณ์ โฉสูงเนิน

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน การพยาบาล

ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 2571

กลุ่มงาน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

ตำแหน่งเลขที่ 2618

กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยหนัก

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนาและผลของโปรแกรมการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน
ในระบบสมัครใจต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้เข้ารับการบำบัด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
- 2) หลักการและเหตุผล

ปัญหาเสพติดในปัจจุบันยังคงเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญของประเทศไทย ที่ทำให้เกิดปัญหาในด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านความปลอดภัย ด้านสาธารณสุข ด้านอาชญากรรม และยังคงมีความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมให้เห็นอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะมีการปราบปรามอย่างเข้มงวดมาโดยตลอด รัฐบาลจึงได้ปรับเปลี่ยนแนวทางในการจัดการกับปัญหาเสพติดโดยมีการบังคับใช้กฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่คือ ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 และใช้วิธีการแก้ปัญหาผู้เสพสารเสพติดโดยวิธีการทางสาธารณสุขแทนการใช้กระบวนการยุติธรรมทางอาญา มีนโยบายการป้องกันยาเสพติด การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และลดอันตรายจากการ ใช้ยาเสพติดและพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ.2566 โดยมีแนวคิดที่ว่า ผู้เสพคือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแล โดยการกระตุ้น สร้างแรงจูงใจหรือส่งเสริมให้ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาโดยไม่มีความผิด ตลอดจนมีการติดตามช่วยเหลือให้กลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างยั่งยืน และการปรับระบบการบำบัดรักษาให้อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต ดำเนินการเปิดศูนย์การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดโดยสมัครใจขึ้น เพื่อให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดในเขต 11 ที่ประกอบด้วย 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน ซึ่งในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเพื่อแก้ไขการติดสารเสพติดนั้นต้องการส่งเสริมให้ผู้ติดยาเสพติดมีความรู้ มีทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่งตัวผู้บำบัดต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ทางวิชาการ มีความชำนาญ และมีทักษะในการบำบัดที่มีคุณภาพ และในปัจจุบันศูนย์บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ยังไม่มีคู่มือการบำบัดที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของทีมผู้ให้การบำบัดเห็นความสำคัญของปัญหา จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบำบัด โดยใช้แนวคิด Modified Matrix Program ร่วมกับการใช้ FAST Model พัฒนาเป็นคู่มือในการให้บริการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดดังกล่าว เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ติดยาเสพติดให้ดีขึ้น โดยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และครอบครัวร่วมกันดูแลช่วยเหลือเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการให้สามารถลดละเลิกใช้สารเสพติด สามารถอยู่ในสังคมได้โดยไม่พึ่งพายาเสพติด

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดอาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การบำบัดผู้ที่ติดสารเสพติดโดยระบบสมัครใจ เป็นการบำบัดที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่ใช้สารเสพติดที่ต้องการเลิกใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัดเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยไม่ถือเป็นความผิดทางกฎหมาย จะเป็นการช่วยให้ผู้ติดสารเสพติด กล้าที่จะเปิดเผยตัวเองก้าวเข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยความเต็มใจ และตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดอย่างจริงจัง ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความตั้งใจที่จะเรียนรู้วิธีการต่างๆที่จะช่วยให้ตนเองเลิกสารเสพติดได้สำเร็จ

แนวคิด การบำบัดรักษาโดยใช้ โปรแกรมเมทริกซ์ (Modified Matrix Program) เป็นกระบวนการตามแบบ Cognitive behavioral Model ที่เน้นการให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้รับการบำบัดและครอบครัวโดยยึดหลักการปรับเปลี่ยนความคิด นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แผนการดำเนินชีวิตใหม่ที่ส่งเสริมให้มีคุณภาพที่ดีขึ้น นำไปสู่การเลิกใช้สารเสพติด ผ่านกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ใช้การบำบัดรักษานาน 1 ปี แบ่งออกเป็น 2 ช่วง ดังนี้ ช่วงที่ 1 Intensive Phase ใช้ ระยะเวลา 4 เดือน ซึ่งเป็น ช่วงแรกของการบำบัดรักษาเป็นช่วงที่สำคัญ และวิกฤติที่สุดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกใช้ยาเสพติดได้หรือไม่ ช่วงที่ 2 After Care Program หรือระยะประคับประคอง (supportive phase) ใช้ระยะเวลา 8 เดือน ต่อจากช่วงที่ 1 คือ จากเดือนที่ 5 ถึงเดือนที่ 12 มีกิจกรรมรองรับ 2 อย่าง คือ กลุ่ม ประคับประคองทางสังคม (social support group) และกลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน (12 step meeting)

การบำบัดแบบ FAST Model เป็นการบำบัดยาเสพติดที่มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ F: Family คือการมีส่วนร่วม ของครอบครัว โดยการให้คำปรึกษา การให้ความรู้เรื่องการทำหน้าที่ครอบครัว โทษพิษภัยยาเสพติด และโรคสมองติดยา ตลอดจนร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ครอบครัว/ ชุมชน A: Alternative Treatment Activity กิจกรรมทางเลือก เป็นการส่งเสริมประสบการณ์ในการเรียนรู้การฝึกอาชีพ เพื่อค้นหาความถนัดของตนเอง วางแผนการใช้เวลาว่างให้เป็น ประโยชน์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต S: Self Help group เป็น กระบวนการเรียนรู้เพื่อดูแลช่วยเหลือตนเองให้มีความฉลาด ทางอารมณ์สามารถดำเนินชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งพายาเสพติด และT:Therapeutic Communityกระบวนการชุมชนบำบัด เป็นกระบวนการเรียนรู้ในการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนจำลอง ด้วยการช่วยเหลือตนเองและการช่วยเหลือกันและกัน ส่งผลให้ ผู้ป่วยมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น การบำบัดฟื้นฟู รูปแบบ FAST Model เป็น กิจกรรมการบำบัดที่สามารถสร้างการมีคุณค่าในตนเอง และเติมเต็มความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดซ้ำได้

ข้อเสนอ ในการพัฒนาระบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดในระบบสมัครใจ รูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมากเพื่อให้การบำบัดมีคุณภาพ ทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ ต้องเป็นรูปแบบที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ใหม่ โดยครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและป้องกันการเสพติดซ้ำ โดยจะใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัด (Modified Matrix) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับแนวคิด FAST MODEL พัฒนาเป็นโปรแกรมในการให้บริการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดมี ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม คือ

ระยะที่1.พัฒนาโปรแกรมการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดในระบบสมัครใจ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยการทบทวนวรรณกรรม จัดกิจกรรมบำบัดตามระยะเวลาในการบำบัดแบบผู้ป่วยใน 45 วัน และเป็นการบำบัดต่อแบบผู้ป่วยนอก จนครบ 4 เดือน

ระยะที่ 2 นำโปรแกรมที่ได้มาศึกษาเรื่องการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้เข้ารับการรักษาในกลุ่มผู้ที่ติดสารแอมเฟตามีน (ยาบ้า ยาไอซ์) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม

ระยะที่ 3 นำผลของการศึกษา มาพัฒนาต่อยอดให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นได้

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางในการแก้ไข 1) ผู้ที่เข้ารับการรักษาอาจจะอยู่บำบัดในโรงพยาบาลได้ไม่ครบตามกำหนด 45 วัน เนื่องจากผู้ติดสารเสพติดมักจะมีการเปลี่ยนแปลงของความตั้งใจในการทำกิจกรรมต่างๆได้ง่าย ยิ่งมาบำบัดโดยไม่มีผลทางกฎหมาย อาจจะทำให้ออกจากกระบวนการบำบัดได้ง่าย 2) ระยะเวลาในการบำบัดนาน 45 วันอาจจะส่งผลกระทบต่อต้นทุนค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน

การแก้ไข ประชาสัมพันธ์และเสริมแรงจิตใจก่อนเข้ารับการรักษา ทำข้อตกลงยินยอมร่วมกัน เน้นย้ำการรักษาพันธสัญญา จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบำบัด จัดกิจกรรมให้มีแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การพูดคุยกับญาติทางโทรศัพท์ ระบบการเยี่ยมของญาติ และทบทวนต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดประโยชน์แก่บุคคลากร โดยสามารถนำโปรแกรมมาเป็นคู่มือสำหรับผู้บำบัดให้มีแนวทางในการบำบัดที่มีมาตรฐานเดียวกัน

2. หน่วยงาน ได้นวัตกรรมรูปแบบในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด

3. ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ช่วยให้มีแนวทางในการดูแลตนเอง เกิดความตระหนักรู้ ดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากตัวกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกได้ ไม่กลับไปใช้ซ้ำ และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ที่เข้ารับการรักษาอยู่บำบัดจนครบโปรแกรม 4 เดือน โดยไม่มีการใช้สารเสพติดซ้ำ ร้อยละ 80

ผู้ที่เข้ารับการบำบัดมี stage of change ในระดับการตัดสินใจก่อนการจำหน่าย ร้อยละ 90

ผู้ที่เข้ารับการรักษา สามารถเลิกสารเสพติดได้หลังติดตามครบ 1 ปี อย่างน้อยร้อยละ 70

บรรณานุกรม

ก้องเกียรติ อุเต็น, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, วิชชุดา ยะสินธุ์, วิมลวรรณ คำลือ, และพุทธชาติ ศรีสุวรรณ. (2565).

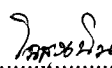
การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 36(3), 46-70.

จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, นุชนาถ แก้วมาตร, ภาคินี เดชชัยยศ, หทัยชนก เผ่าวิริยะ, ศรีวิษฐ์ บุญประชุม, และสุรชาติ นันตา. (2559). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อ การมองโลกทางบวกและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ของเยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีน รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: ชลบุรี.

- ชิดชนก โอภาสวัฒนา. (บรรณาธิการ). (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต*. กรุงเทพมหานคร: พรอสเพอริส พลัส จำกัด.
- นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์, ภัทราภรณ์ ภัทรสกุล, อริญญา แพบัญ, อมรรัตน์ ชัยนนท์, และนัชชารินทร์ ชำของกิจ. (2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(2), 180-203.
- นันท์ชัตสนันท์ สุกุลพงศ์, อรพินท์ ชูชม, และณัฐสุดา เต็มพันธ์. (2558). การพัฒนาแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(3), 144-151.
- นิพัฏฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร, และ ญาดา นภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. *วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 5(1), 496-507.
- บุญศิริ จันศิริมงคล.(บรรณาธิการ). (2558). *โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพมหานคร: พรอสเพอริส พลัส จำกัด.
- สุกมา แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, และวัชร มีศิลป์ (2563). *คู่มือ: การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ในผู้ติดยาและสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: ม.ป.ท.
- สุทธิชัย ศิริฉนวน.(2557). *มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วันเพ็ญ อำนางจิตกร. (2552). *อัตมโนทัศน์ ความวิตกกังวลทางสังคมและความตั้งใจในการเลิกยาของผู้ติดยาเสพติดในศูนย์บำบัดยาเสพติดเชียงใหม่*. เชียงใหม่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ค้นเมื่อ 30 /04/2566 จาก <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/info/item/dc:110683>
- เอกอุมา อัมคำ. (2556). การบำบัดด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภท : การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7) ฉบับพิเศษ, 697-710.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and prediction social behavior*. Englewood Cliffs, N J: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy*. New York: W. H. Freeman.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Retrieved February 21, 2023, from https://scholar.google.co.th/scholar?q=beck+1995&hl=th&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar.
- D’Zurilla, T.J. (2010). Problem-solving therapy. In Dobson KS. editors. *Handbook of Cognitive-behavioral therapies* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. J. B. r. m. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. 39(2), 175-191.
- Miller, W. R. & Rolldick, S. (1996). *Motivational Interviewing: What do people change addictive behavior*. Retrieved 11, February , 2023, from <http://www.motivationalinterview.org2clinical/whatismi.peoplechange.addict.html>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Tran theoretical theory: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory Research and Practice*, 19(3), 390-395.
- Tayser Ibrahim Heimy, Maaly Ibrahim EL Malk ,and Gihan Mohamed Salem . (2016). The Risk Factors That Lead to Addiction and Relapse among Addicted Patients. *Menoufia Nursing Jounal*,1(2), Retrieved 8, April, 2023, from http://journal. Ekb.eg/article_120313.hfml

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิ์การได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงานภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน แต่ต้องไม่หลังวันเกษียณอายุราชการในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

ลงชื่อ  (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)
(นางธนภรณ์ โฉสูงเนิน)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

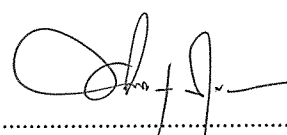
วันที่ 22 พฤษภาคม 2566

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ  (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)
(นางวิภาวี จันทมัตตการ)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล

วันที่ 23 พ.ค. 2566

ลงชื่อ  (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)
(นายอาทิตย์ เลาสูง)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

วันที่ 23 พ.ค. 2566

หมายเหตุคำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับได้