

ผลของโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมรุนแรง ในผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติด

พรหมนต์ ศิริวิภาอนันต์, พย.ม.*, พิชามณูญ์ แทนศิริ, พย.ม.*, สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา, พย.ม.**

**สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, **คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผล 3 ครั้ง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดได้รับการบริการแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 20 คน ระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2567 เครื่องมือวิจัยที่ใช้คือ 1) โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเอง 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และ 3) แบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช (PVSS) สถิติที่ใช้คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน chi-square test fisher's exact test และสถิติ (t-test) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผล : คะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และเมื่อติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ คะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

สรุป : โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองสามารถลดคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตได้ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติมจากการดูแลตามปกติให้ได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : พฤติกรรมรุนแรง, ผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติด, โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเอง

EFFECT OF SELF-REGULATION PROGRAM ON VIOLENT BEHAVIOR IN PATIENTS WITH SUBSTANCE INDUCED PSYCHOTIC DISORDER

Passamon Siriwiphaanun, M.N.S.*, Pichamon Thansiri, M.N.S.*, Sombut Pratakkulvongsa, M.N.S.**

**Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, **Faculty of Nursing, Shinawatra University*

Abstract

Objectives: 1) To compare violence behavior score of patients with substance-induced psychotic disorder who received self-regulation program and those who received regular nursing care, and 2) to compare violence behavior score of patients with substance-induced psychotic disorder before and after receiving self-regulation program.

Material and Methods: This research was a quasi-experimental study with two groups and three measurements: pre-test, post-test, and a two-week post-test follow-up. The sample 20 persons was substance induced psychotic disorder who were admitted inpatient at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry between October and November 2024. The research instruments were 1) the self-regulation program, 2) general questionnaire and 3) Prasri violence severity scale (PVSS). Data analysis was done using mean, percentage, standard deviation, chi-square test, fisher's exact test and t-test at the 0.05 level of significance.

Results: The violence behavior score of substance-induced psychotic disorder after participating in self-regulation program was statistically significantly lower than the violence behavior score before participating in self-regulation program ($p < 0.001$). There was a higher statistically significant difference posttest in the violence behavior of the experimental group than the control group ($p < 0.001$).

Conclusion: The self-regulation program could decrease the violence behavior score of substance-induced psychotic disorder and can be as a clinical practice guideline to improve the violence behavior of nursing care.

Key words: violence behavior, patients with substance-induced psychotic disorder, self-regulation program

บทนำ

สารเสพติดเป็นสารเคมีซึ่งเมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าโดยวิธีใดจะทำให้เกิดการเสพติดได้ หากใช้สารนั้นเป็นประจำ มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา ต้องการขนาดการเสพที่เพิ่มมากขึ้น และมีอาการถอนยาเมื่อขาดยา¹ สารเสพติดมีฤทธิ์ต่อระบบประสาท ในลักษณะที่แตกต่างกัน ทั้งการกดประสาท การกระตุ้นประสาท และการหลอนประสาท ซึ่งสามารถก่อให้เกิดอาการทางจิต เช่น หวาดระแวง ประสาทหลอน ขาดสติ และพฤติกรรมก้าวร้าว ส่งผลให้เกิดโรคจิตจากสารเสพติด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น ข้อมูลสถิติในประเทศไทยสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหา โดยพบว่าคดียาเสพติดเป็นคดีที่มีผู้ต้องราชทัณฑ์มากที่สุด และมีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาด้านสารเสพติดในระบบบริการสุขภาพจำนวนมากในแต่ละปี² จากรายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ. ยาเสพติดทั่วประเทศสำรวจโดยกรมราชทัณฑ์ ณ วันที่ 1 มกราคม 2566 พบว่า มีผู้ต้องราชทัณฑ์ทั้งสิ้น 206,361 คน หรือเทียบเท่าร้อยละ 78.67 ของผู้ต้องขังทั่วประเทศ จะเห็นได้ว่าคดียาเสพติดนับว่าเป็นคดีที่พบผู้ต้องหามากที่สุดเมื่อเทียบกับคดีอื่นๆ ในประเทศไทย โดยยาเสพติดแบบแยกตามประเภทของตัวยา 3 อันดับที่พบมากที่สุด ได้แก่ 1) เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) 2) ยาไอซ์ และ 3) กัญชา นอกจากนี้ สถิติการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติด สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ

เจ้าพระยาในช่วงปีงบประมาณ 2564–2566 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจาก 672 คน เป็น 650 และ 862 คน³ จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดจะพบความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านการทำกิจวัตรประจำวัน 4 ควมคุมอารมณ์ได้น้อย ขาดความยับยั้งชั่งใจ^{4,5} การจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม รู้สึกเบื่อหน่าย หดพลัง⁶ มีอาการทางจิตกำเริบ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁷ รวมไปถึงพฤติกรรมที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น⁸

พฤติกรรมรุนแรงเป็นการแสดงออกของบุคคลที่ส่งสัญญาณเตือนให้ผู้อื่นทราบถึงการกระทำใด ๆ ของตนเองอย่างจริงจัง ด้วยการใช้กำลัง วาจาข่มขู่ หรือใช้อำนาจคุกคาม ที่มีเจตนามุ่งหวังให้เกิดอันตราย การบาดเจ็บ ตาย ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ หรือความเสียหายแก่บุคคล รวมถึงทรัพย์สินของผู้อื่น โดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา⁹ ทั้งนี้ความชุกของการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชทั่วโลก พบได้ร้อยละ 17 หรือประมาณการเกือบ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช¹⁰ อัญชลี วิจิตรปัญญา และคณะ¹¹ ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมักอยู่ในภาวะที่ถูกกักดัน ได้รับการรบกวนทางอารมณ์ ทำให้รู้สึกโกรธ และแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาด้วยการด่าทอ พุดเสียดสี บู่ทำร้าย ทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น หรือทำร้ายตนเอง จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช และการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดพฤติกรรมรุนแรง เช่น โปรแกรม

การกำกับอารมณ์ หรือการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นผลลัพธ์เชิงบวกในการลดพฤติกรรมรุนแรง เช่น การศึกษาของอดิสร รักสกุล และคณะ¹² ที่พบว่าโปรแกรมการกำกับอารมณ์สามารถลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของอัญชลี วิจิตรปัญญา และคณะ¹¹ ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง สามารถลดพฤติกรรมรุนแรงได้ อย่างไรก็ตามงานวิจัยส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นในผู้ป่วยจิตเภท หรือผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตที่มีการใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อน และมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสูง นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาโปรแกรมการพยาบาลหรือการบำบัดเชิงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดยังค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาในบริบทของการรักษาแบบผู้ป่วยในในสถานพยาบาลด้านจิตเวช ทำให้ยังขาดองค์ความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองที่พัฒนาบนฐานทฤษฎีดังกล่าว ในการลดพฤติกรรมรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยนี้

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลจิตเวชตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดว่าเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนในการดูแลการพยาบาล จึงวางแผนในการพัฒนาการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยได้ศึกษาการกำกับควบคุม

ตนเองต่อพฤติกรรมรุนแรงซึ่งจะช่วยเพิ่มเติมการบำบัดทางการพยาบาลให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาและตรงตามกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน อันจะนำไปสู่การช่วยป้องกันการป่วยซ้ำ และพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดได้เมื่อจำหน่ายกลับเข้าสู่ครอบครัว โดยข้อมูลที่ได้จะสามารถนำข้อมูลมาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เกิดความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีในสังคมต่อไป ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองร่วมกับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเอง โดยกำหนดสมมติฐานการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้แก่ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองต่ำกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองต่ำกว่ากับก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเอง

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบ

สองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และ
ระยะติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (two-group
pretest posttest follow-up quasi-experimental design)
ในผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัย
ที่จากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตที่ใช้สารเสพติดตาม
คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD -10) จำนวน
20 คน ทำการวัดผลจำนวน 3 ครั้ง ประกอบด้วย
วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และ
วัดซ้ำในอีก 2 สัปดาห์หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยมี
กลุ่มทดลองคือผู้ป่วยที่ได้รับการโปรแกรมการกำกับ
ควบคุมตนเองร่วมกับการพยาบาลตามปกติ
เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมคือผู้ป่วยที่ได้รับการ
พยาบาลตามปกติ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย
โปรแกรม G*power ใช้การทดสอบสถิติจากสูตร
mean: difference between two independent means
(two groups) กำหนด ค่าการวิเคราะห์ขนาดแบบ
priori ขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบ ศึกษาจาก
งานวิจัยของ ก้องเกียรติ อุเต็น และคณะ¹³ ที่มีตัว
แปรตามใกล้เคียงกัน โดยนำค่า effect size $d = 2.66$
และกำหนดค่า α err prob = 0.01, ค่า power ($1 - \beta$
err prob) = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 12 คน และเพิ่ม
ขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการ
สูญหาย จะได้กลุ่มตัวอย่าง 14 คน แต่เนื่องจากกลุ่ม
ตัวอย่างที่คำนวณได้มีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงขอเพิ่ม
กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 10 คน รวมเป็น 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยโรค
จิตที่ใช้สารเสพติด ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10
รหัส F1x.5 จากการใช้สารเสพติด เช่น สุรา กัญชา

ยาบ้า สารระเหย เป็นต้น

2) ผู้ป่วยอายุ 18 - 59 ปี ที่มารับบริการที่
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาแบบผู้ป่วย
ใน ทั้งเพศชายและเพศหญิง

3) ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ (คะแนน
BPRS < 40 คะแนน)

4) ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมรุนแรงโดย
ใช้แบบประเมิน PVSS ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป คือมี
การแสดงพฤติกรรมรุนแรงระดับปานกลาง

5) ผู้ป่วยสามารถอ่านออก เขียนได้ และ
พูดคุยสื่อสารรู้เรื่อง

6) ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วย
ความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นสมองเสื่อม

2) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคจิตเวชที่
เกิดจากการบาดเจ็บทางสมอง (organic brain
syndrome)

3) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคพาร์กิน
สัน (Parkinson's disease)

4) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคออทิสติก

5) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือด
สมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส
โรคประจำตัวทางกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วยและ

จำนวนครั้งของการรักษาแบบผู้ป่วยใน

2) แบบประเมินระดับความรุนแรงของ พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) พัฒนาโดยหวน ศรีเรือนทอง และคณะ¹⁴ เป็นมาตรวัดแบบให้คะแนน ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ จำแนกเป็น 2 มิติ องค์ประกอบคือ ความรุนแรงต่อผู้อื่น ความรุนแรง ต่อตนเอง อธิบายความแปรปรวนในภาพรวมได้ ร้อยละ 79.63 มีความตรงร่วมสมัยกับ CGI ที่ ประเมินโดยจิตแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ($r_s = 0.75$) มีความสอดคล้องภายในระดับดีมากด้วยค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.89 แปลผล โดยรวมคะแนนทั้งหมด ภาพรวมความเสี่ยงต่อ ความรุนแรงต่อผู้อื่น คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 32 คะแนน คะแนน 0 - 5 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อ ผู้อื่นระดับเล็กน้อย คะแนน 6 - 13 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับ ปานกลาง และคะแนน 14 - 32 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับสูง

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

1) โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเอง ดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม ทั้งหมด 6 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 รู้จักฉันรู้จักเธอ เป็นการ ปฐมนิเทศโครงการ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้นำกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิก

กลุ่มด้วยกัน เพื่อสร้างเสริมบรรยากาศในการ เรียนรู้ที่ดี มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับทราบ และเกิดความเข้าใจ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนิน โปรแกรม ลักษณะและวิธีการทำกิจกรรม ระยะเวลา และจำนวนครั้งในการดำเนินโปรแกรม

กิจกรรมที่ 2 เล่าสู่กันฟัง เป็นกิจกรรมการ สัมภาษณ์ตนเอง เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการใช้ความรุนแรง สาเหตุการใช้ความรุนแรง และผลกระทบจากการใช้ความรุนแรง และเพื่อให้ สมาชิกสามารถบอกเกี่ยวกับสัญญาณเตือน ปฏิกริยาทางร่างกายของตนเองก่อนเกิดการใช้ ความรุนแรง

กิจกรรมที่ 3 มากกว่า ยิ่งกว่า เข้าใจ เป็น กิจกรรมการกำหนดเป้าหมาย เพื่อให้สมาชิกมี ความรู้เรื่องทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรง และ เพื่อให้สมาชิกสังเกตปฏิกริยาทางร่างกายก่อนเกิด การใช้ความรุนแรง และหาแนวทางการจัดการการใช้ ความรุนแรง โดยการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ การ ฝึกทักษะการสื่อสาร การแสดงออกที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 เป้าหมายอยู่ไม่ไกล เป็น กิจกรรมที่เพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของการ กำหนดเป้าหมาย เพื่อให้สมาชิกเห็น ความสำเร็จของการกำหนดเป้าหมาย และเพื่อให้ สมาชิกสามารถวางแผนการแก้ไขปัญหาการใช้ ความรุนแรงได้อย่างชัดเจน

กิจกรรมที่ 5 เธอผู้ไม่แพ้ เป็นกิจกรรมที่ มุ่งเน้นให้เปรียบเทียบการกระทำของตนเองเพื่อ กำกับพฤติกรรมรุนแรงที่สามารถทำได้จริง โดย

เพื่อให้มีความรู้เรื่องการกำกับตนเอง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการจัดการและการควบคุมพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง และเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการกำกับตนเองเพื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 รางวัลแด่เธอผู้ตั้งใจ การสรุปการเรียนรู้จากกิจกรรมทั้งหมด เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนตนเอง ทำความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับการกำกับตนเองและการปรับทัศนคติต่อความรุนแรง เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้ และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการควบคุมการใช้ความรุนแรง และเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีแนวทางและทักษะในการควบคุมการใช้ความรุนแรง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เอกสารรับรองเลขที่ SD.IRB.APPROVAL 023/2567 วันที่รับรอง 4 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ นำเสนอออกมาเป็นภาพรวมในรูปผลของการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัยและ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก

2) คัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แยกหอผู้ป่วยอย่างชัดเจนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกิจกรรม (contaminate) โดยใช้วิธีการจับสลาก

3) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และลงลายมือชื่อในใบยินยอม

4) ผู้ช่วยวิจัยประเมินแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (PVSS) ก่อนการทดลองของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (pre-test)

5) กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเอง จำนวน 6 กิจกรรม ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินการให้โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเอง ทุกครั้งร่วมกับการให้การพยาบาลตามปกติ และผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บข้อมูลแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (PVSS) ครั้งที่ 2 ของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลอง หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6

6) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ 1) การประเมินด้านร่างกาย/จิตใจ 2) การเข้าถึงกลุ่มการบำบัดด้านจิตสังคมตารางของหอผู้ป่วย 3) การให้การพยาบาลตามอาการและปัญหา และ 4) การวางแผนการจำหน่าย และผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บข้อมูลแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (PVSS) ครั้งที่ 2 ของกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง ห่างจากครั้งแรก 2 สัปดาห์

7) ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลแบบประเมิน

พฤติกรรมรุนแรง (PVSS) ครั้งที่ 3 ในระยะติดตามภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ chi-square test, fisher's exact test และสถิติทดสอบที (independent t-test)

2) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบที (independent t-test) โดยก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้น ได้แก่ การกระจายตัวของข้อมูล และความเท่าเทียมของความแปรปรวน กรณีมีความแปรปรวนระหว่างกลุ่มไม่เท่ากัน ใช้สถิติ Welch's t-test แทน Independent t-test แบบปกติ และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน พบว่า ในกลุ่มทดลองจำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 6 คน ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 23.6 ± 2.66 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 4 คน ร้อยละ 40.0 สถานภาพโสด จำนวน 9 คน ร้อยละ 90.0 ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ

100 ระยะเวลากการเจ็บป่วย น้อยกว่าเท่ากับ 1 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 90.0 และการรักษาแบบผู้ป่วยใน 1 ครั้ง จำนวน 7 คน ร้อยละ 70.0

ในกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 6 คน ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 25.2 ± 3.77 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 4 คน ร้อยละ 40.0 สถานภาพโสด จำนวน 8 คน ร้อยละ 80.0 ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 100.0 ระยะเวลากการเจ็บป่วย น้อยกว่าเท่ากับ 1 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 70.0 และการรักษาแบบผู้ป่วยใน 2 ครั้ง จำนวน 4 คน ร้อยละ 40.0

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของข้อมูลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่า คะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง (9.4 ± 5.42) และกลุ่มควบคุม (8.5 ± 5.26) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.711$) แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลอง (0.6 ± 0.84) มีค่าต่ำกว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดของกลุ่มควบคุม (8.3 ± 5.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.001$)

และการติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลอง (0.7 ± 0.82) มีค่าต่ำกว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดของกลุ่มควบคุม (8.5 ± 5.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.001$) ดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของ

ผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มทดลองของก่อนการทดลอง (9.4 ± 5.42) และหลังการทดลอง (0.6 ± 0.84) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.001$) ส่วนคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดก่อนการทดลอง (8.5 ± 5.26) และ หลังการทดลอง (8.3 ± 5.27) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.443$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 20$)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง ($n = 10$)		กลุ่มควบคุม ($n = 10$)		$p\text{-value}$
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.656 ^a
ชาย	6	60.0	4	40.0	
หญิง	4	40.0	6	60.0	
อายุเฉลี่ย (SD)	23.6 (2.66)		25.2 (3.77)		0.288 ^c
ระดับการศึกษา					0.448 ^b
ไม่ได้เรียน	1	10.0	0	0.0	
ประถมศึกษา	2	20.0	4	40.0	
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	40.0	2	20.0	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	30.0	2	20.0	
อนุปริญญา/ปวส.	0	0.0	2	20.0	
ปริญญาตรี	0	0.0	2	20.0	
สถานภาพสมรส					> 0.999 ^b
โสด	9	90.0	8	80.0	
สมรส/คู่	1	10.0	1	10.0	
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	0	0.0	1	10.0	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 20) (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 10)		กลุ่มควบคุม (n = 10)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส					> 0.999 ^b
โสด	9	90.0	8	80.0	
สมรส/คู่	1	10.0	1	10.0	
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	0	0.0	1	10.0	
โรคประจำตัวทางกาย					> 0.999 ^b
ไม่มี	10	100.0	10	100.0	
มี	0	0.0	0	0.0	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย					0.582 ^b
น้อยกว่าเท่ากับ 1 ปี	9	90.0	7	70.0	
มากกว่า 1 ปี	1	10.0	3	30.0	
จำนวนครั้งของการรักษาแบบผู้ป่วยใน					0.354 ^b
1 ครั้ง	7	70.0	3	30.0	
2 ครั้ง	2	20.0	4	40.0	
3 ครั้ง	1	10.0	1	10.0	
4 ครั้ง	0	0.0	2	20.0	

*p-value < 0.05, a = chi-square test, b = fisher's exact test, c = independent t-test

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ของก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (n = 20)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ SD	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง		0.377	18	0.711
กลุ่มทดลอง	9.4 $\pm$ 5.42			
กลุ่มควบคุม	8.5 $\pm$ 5.26			
หลังการทดลอง		-4.561	9.460	0.001*
กลุ่มทดลอง	0.6 $\pm$ 0.84			
กลุ่มควบคุม	8.3 $\pm$ 5.27			
ติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์		-4.693	9.452	0.001*
กลุ่มทดลอง	0.7 $\pm$ 0.82			
กลุ่มควบคุม	8.5 $\pm$ 5.19			

*p-value < 0.05, independent t-test

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 20)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 10)		5.284	9	0.001*
ก่อนการทดลอง	9.4 $\pm$ 5.42			
หลังการทดลอง	0.6 $\pm$ 0.84			
กลุ่มควบคุม (n = 10)		0.802	9	0.443
ก่อนการทดลอง	8.5 $\pm$ 5.26			
หลังการทดลอง	8.3 $\pm$ 5.27			

*p-value < 0.05, dependent t-test

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดระหว่างก่อนการทดลองและติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มทดลองของก่อนการทดลอง (9.4 $\pm$ 5.42) และติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (0.7 $\pm$ 0.82) มีความแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.001) ส่วนคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดก่อนการทดลอง (8.5 $\pm$ 5.26) และติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน (8.5 $\pm$ 5.19) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value > 0.999) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดระหว่างก่อนการทดลองและติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 20)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 10)		4.897	9	0.001*
ก่อนการทดลอง	9.4 $\pm$ 5.42			
ติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์	0.7 $\pm$ 0.82			
กลุ่มควบคุม (n = 10)		0.000	9	> 0.999
ก่อนการทดลอง	8.5 $\pm$ 5.26			
ติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์	8.5 $\pm$ 5.19			

*p-value < 0.05, dependent t-test

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดระหว่างหลังการทดลองและระยะติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n = 20$)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง ($n = 10$)		-0.429	9	0.678
หลังการทดลอง	0.6 ± 0.84			
ติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์	0.7 ± 0.82			
กลุ่มควบคุม ($n = 10$)		-0.612	9	0.555
หลังการทดลอง	8.3 ± 5.27			
ติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์	8.5 ± 5.19			

* $p\text{-value} < 0.05$, dependent $t\text{-test}$

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดระหว่าง หลังการทดลองและติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มทดลองของหลังการทดลอง (0.6 ± 0.84) และติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (0.7 ± 0.82) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.678$) ส่วนคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดหลังการทดลอง (8.3 ± 5.27) และติดตามหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (8.5 ± 5.19) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.555$) ดังตารางที่ 5

อภิปราย

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเอง

ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว พบว่า คะแนนพฤติกรรมรุนแรงในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตาม และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรุนแรงในกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และ ระยะติดตาม พบว่า คะแนนพฤติกรรมรุนแรงหลังการทดลองและระยะติดตามต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองสามารถลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของแบนดูรา¹⁵ ที่เชื่อว่าการกำกับตนเองไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ด้วยความตั้งใจเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการฝึกฝนและพัฒนาตนเอง เพราะความตั้งใจและความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเพียงอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลง ถ้าขาดแนวทางที่จะนำไปสู่การ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ การสังเกตตนเอง การตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง โดยมุ่งเน้นการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวิธีการกำกับควบคุมตนเอง นอกจากนี้ ยังพบความสำคัญของการควบคุมตนเองในแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหลายประการในการดูแลทางนิติวิทยาศาสตร์ เช่น ในโมเดล Risk Need Responsivity (RNR) แง่มุมต่างๆ ของการควบคุมตนเอง เป็นการรักษาแบบไดนามิก มีเป้าหมายเพื่อลดพฤติกรรมทางอาญา และการเพิ่มการกำกับควบคุมตนเองเป็นวิธีช่วยให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁶ โดยการกำกับควบคุมตนเองในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำนายปัญหาสุขภาพจิตได้อีกด้วย^{17,18} ปัญหาการใช้สารเสพติด^{19,20} การใช้แอลกอฮอล์²¹ และความผิดปกติทางบุคลิกภาพที่ต่อต้านสังคม^{22,23}

โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองในงานวิจัยนี้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สำรวจและทำความเข้าใจตนเอง เรียนรู้สัญญาณเตือนของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และเรียนรู้รูปแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม ตลอดจนการฝึกปฏิบัติซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา¹⁶ ที่ระบุว่าการเรียนรู้สามารถเกิดขึ้นได้แม้ไม่ต้องอาศัยการเสริมแรงโดยตรง แต่เกิดจากการรับรู้ผลลัพธ์ของพฤติกรรมและการประเมินตนเอง การได้เห็นผลลัพธ์เชิงบวกจากการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมช่วยเสริมแรงภายใน และลดแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมรุนแรง^{17,18} นอกจากนี้ การที่

โปรแกรมเน้นการเสริมสร้างความสามารถในการกำกับควบคุมตนเอง (self-regulation) และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ยังสอดคล้องกับแก่นสำคัญของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งแบนดูราอธิบายว่า บุคคลที่มีระดับ self-efficacy สูง จะสามารถควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเองได้ดีกว่า¹⁶ ในบริบทของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติด การเพิ่มความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการกับสถานการณ์กระตุ้นความรุนแรงได้ จึงมีส่วนสำคัญในการลดการตอบสนองเชิงก้าวร้าว อีกทั้งการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มจะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นแนวคิดของแบนดูรา¹⁶ โดยโปรแกรมได้สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสม พร้อมทั้งสนับสนุนการเรียนรู้เชิงบวกจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างเป็นรูปธรรม

สอดคล้องกับการศึกษาของวิสุดา มุลมี¹⁹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเอง และการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการเสพแอมเฟตามีนของผู้ติดแอมเฟตามีน พบว่า ผู้เสพแอมเฟตามีนซ้ำในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองและการติดตามทางโทรศัพท์ มีการเสพแอมเฟตามีนในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้เสพแอมเฟตามีนซ้ำในกลุ่มทดลองที่ได้รับ

โปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเอง และการติดตามทางโทรศัพท์ มีการเสพแอมเฟตามีนลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติทั้งในระยะหลังการทดลอง/ การดูแลตามปกติ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอดิส รักษกุล และคณะ¹² ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับการบำบัดต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ อัญชลี วิจิตรปัญญา และคณะ¹¹ ที่พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม บำบัดแบบกลุ่มในโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง คะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความแตกต่างกันระหว่างระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณพบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิด และอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรง ในระยะหลังการทดลองทันที และระยะ

ติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคะแนนเฉลี่ยการควบคุมตนเองในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปอ้างอิงต่อประชากรในวงกว้าง และไม่สามารถติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาวเนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการศึกษาและประกอบกับบริบทของแหล่งเก็บข้อมูลวิจัยซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มีนโยบายในการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อเนื่องตามสิทธิขั้นสังกัดของตนเอง

สรุป

โปรแกรมการกำกับการควบคุมตนเองสามารถลดคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดได้ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติมจากการดูแลตามปกติให้ได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการกำกับการควบคุมตนเองนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติดอย่างเป็นระบบ เพื่อเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเอง และลดพฤติกรรมรุนแรงในระยะยาว

2. การศึกษาวรรณมีการติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน หลังการได้รับ

โปรแกรมเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม การ
กำกับควบคุมตนเอง

3. โปรแกรมการกำกับควบคุมตนเองต่อ
พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้สารเสพติด
ควรนำไปพัฒนาเพื่อใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวช
อื่นๆ

4. ผู้ที่จะนำโปรแกรมการกำกับควบคุม
ตนเองต่อพฤติกรรมรุนแรงไปใช้ ต้องเป็นผู้มี
ความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิต และ
จิตเวชและการสอนแบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างดี
เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมได้
อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สาลินี ภู่งรุ่งเรืองผล. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522. [online]. Available from: https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpo_web/document/190816156591830384.pdf [2019 Jan 8].
2. บุญศิริ จันศิริมงคล. โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริส จำกัด; 2558.
3. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. รายงานประจำปีสถิติผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในงบประมาณ 2564–2566. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2566.
4. วิรพล ชูสันเทียะ, สมเดช พินิจสุนทร. ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล รัษฎารักษ์อุดรธานี: กรณีศึกษา. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 5(3): 523-33.
5. ชาตรี ชัยนาคิน, ชาตรี ประชาพิพัฒน์, อารี พุ่มประไพวทย์. การเลิกเสพยาบ้าซ้ำ: กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยวิธีชุมชนบำบัด. วารสารเกื้อการุณย์ 2559; 23(2): 248-62.
6. นิภาวัลย์ บุญทับถม. ผลของโปรแกรมการจัดการชีวิตต่อความรู้ เจตคติและทักษะการป้องกันการติดเชื้อของผู้ใช้สารเสพติดหลังจำหน่ายออกจากสถาบัน [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2550.
7. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไธโร. ปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในทางที่ผิดและติดสารของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ในระบบบังคับบำบัด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(4): 371-84.
8. Varcariolis E, Halter M. Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach. (7th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier; 2013.
9. Harwood RH. How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings. J R Coll Physicians Edinb 2017; 47(2): 94-101.
10. Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielssen O, de Girolamo G. Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: A systematic review and meta-analysis. PLoS One 2015; 10(6): e0128536.
11. อัญชลี วิจิตรปัญญา, ณัฏฐพัชร สุนทโรวิทช์, มยุรี กลับวงษ์, พัชรินทร์ นันทจันทร์. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการควบคุมตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2565; 36(1): 120-47.
12. อติสร รักสกุล. ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราในชุมชน [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2565.
13. ก้องเกียรติ อุเต็น, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, วิษุตา ยะสินธุ์, วิมลวรรณ คำลือ, พุทธชาด ศรีสุวรรณ. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ที่เป้นโรคจิตจากแอมเฟตามีน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2565; 36(3): 46-70.
14. หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวห, ทรงพล โสตนทงค์, จินตนา ลีจึ่งเพิ่มพูน. การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรง

ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง. วารสารสมาคมจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย 2559; 61(3): 253-66.

15. Bandura A. Social foundation of thought and action: A social of cognitive theory. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hale; 1986.
16. Andrews DA, Bonta J. The psychology of criminal conduct. (5th ed.). Anderson; 2010.
17. Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, et al. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. P NATL A SCI 2011; 108(7): 2693-8.
18. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. J Personal 2004; 72(2): 271-324.
19. วิสุตา มุลมี. ผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการเสพติดแอมเฟตามีนของผู้ติดแอมเฟตามีน [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
20. Malouf ET, Schaefer KE, Witt EA, Moore KE, Stuewig J, Tangney JP. The Brief Self Control Scale predicts jail inmates' recidivism, substance dependence, and post-release adjustment. Pers Soc Psychol Bull 2014; 40(3): 334-47.
21. Verdejo-García A, Bechara A, Recknor EC, Pérez-García M. Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. Drug Alcohol Depend 2007; 91(2): 213-9.
22. Adams ZW, Kaiser AJ, Lynam DR, Charnigo RJ, Milich R. Drinking motives as mediators of the impulsivity-substance use relation: Pathways for negative urgency, lack of premeditation, and sensation seeking. Addict Behav 2012; 37(7): 848-55.
23. Gilbert F, Daffern M. The association between early maladaptive schema and personality disorder traits in an offender population. Psychol Crime Law 2013; 19(10): 933-46.