การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

(The Development of Cognitive and Behavioral Modification Model for Drug Addicts with High-Risk Violent Behavior (SMI-V) in Khlong Luang Pathum Thani Province)

(Received: March 14,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 24,2026)

สุภาพรรณ วงศ์เสาร์
Supapan Wongsao

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรง พฤติกรรมการใช้ความรุนแรง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 94 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกภาคีเครือข่าย จำนวน 15 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบโดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วม (AIC) และแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) แนวคิด CBTx การจัดการรายกรณี (Case Management) และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพบพลาว (Peplau's Interpersonal Relations Theory) และระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้น แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) แบบประเมินทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรง แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=22.31$, $p<.01$) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-21.44$, $p<.01$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.72$, $p<.01$) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-6.55$, $p<.01$) และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-14.06$, $p<.001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า หลังการใช้รูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงและพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม, ผู้ป่วยยาเสพติด, พฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop a cognitive and behavioral modification model for substance use disorder patients with a high risk of violent behavior (SMI-V) and to examine the effectiveness of the developed model on attitudes toward violence, violent behaviors, and quality of life among substance use disorder patients. The study was conducted in three phases. Phase 1 involved a situational analysis of 94 substance use disorder patients with a high risk of violent behavior (SMI-V) in Khlong Luang District, Pathum Thani Province, and in-depth interviews with 15 community health network stakeholders. Phase 2 focused on developing the model based on findings from Phase 1 using the Appreciation–Influence–Control (AIC) participatory process and integrating the Cognitive Behavioral Therapy (CBT) approach, the CBTx concept, Case Management, and Peplau's Interpersonal Relations Theory. Phase 3 evaluated the effectiveness of the model among 60 substance use disorder patients selected by purposive sampling and divided into an experimental group and a comparison group (30 participants per group). Research instruments included the developed cognitive–behavioral modification model, the Predictive

Violence Severity Scale (PVSS), an attitude toward violence questionnaire, a violent behavior assessment, and a quality of life questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had significantly lower mean scores for attitudes toward violence than before the intervention (t=22.31, p< .01) and significantly lower than the comparison group (t=–21.44, p<.01). The experimental group also demonstrated significantly lower mean scores for violent behaviors than before the intervention (t=8.72, p<.01) and significantly lower than the comparison group (t = –6.55, p < .01). In addition, the experimental group had significantly higher mean scores for quality of life than before the intervention (t = –14.06, p < .001) and significantly higher than the comparison group (p<.001). These findings indicate that, after implementation of the developed model, the experimental group exhibited lower levels of violent attitudes and violent behaviors and a higher quality of life than the comparison group at a statistically significant level of .05.

Keywords : Cognitive and Behavioral Modification Model, Drug Addicts, High-Risk Violent Behavior (SMI-V)

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นความท้าทายสำคัญในระดับโลก เนื่องจากส่งผลกระทบในหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ และความมั่นคงทางสังคม โดยเฉพาะความสัมพันธ์เชิงซ้อนระหว่างการใช้สารเสพติดกับการก่ออาชญากรรมและพฤติกรรมรุนแรง รายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกของของ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) ปี ค.ศ. 2023 ระบุว่าอาชญากรรมร้ายแรงมากกว่าร้อยละ 35 มีความเกี่ยวข้องกับการใช้หรือการค้ายาเสพติด อาทิ คดีฆาตกรรม การทำร้ายร่างกาย และการล่วงละเมิดทางเพศ[1] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่ายาเสพติดมิได้เป็นเพียงปัญหาระดับปัจเจกบุคคล หากแต่เป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของสาธารณะ ความมั่นคงของชุมชน ระบบยุติธรรม และเสถียรภาพของสังคมโดยรวม

ประเทศไทยเผชิญกับการแพร่ระบาดของเมทแอมเฟตามีนอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีคดียาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ความรุนแรงมากกว่า 12,000 คดี และประมาณร้อยละ 25 ของคดีฆาตกรรมมีความเกี่ยวข้องกับยาเสพติด[2] เหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา เช่น กรณีกราดยิงศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดหนองบัวลำภู ปี พ.ศ. 2565 และเหตุการณ์กราดยิงในจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2563 ซึ่งมีรายงานว่าผู้ก่อเหตุมีประวัติการใช้สารเสพติดก่อนเกิดเหตุ สะท้อนบทบาทของสารเสพติดในฐานะปัจจัยกระตุ้นเมื่อผนวกกับปัจจัยด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมอื่น ๆ ในเชิงกลไกทางชีวภาพ สารเสพติดประเภทกระตุ้น เช่น เมทแอม-เฟตามีน โคเคน และ MDMA ส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การควบคุมอารมณ์ การยับยั้งพฤติกรรม และการตัดสินใจลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง งานวิจัยของ Darke และคณะ พบว่าผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนมีแนวโน้มใช้ความรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติดถึง 1.7 เท่า[3] ขณะเดียวกัน มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดมีความผิดปกติทางจิตร่วมด้วย[4] ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่เพิ่มโอกาสการเกิดพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตขั้นรุนแรงร่วมกับพฤติกรรมความรุนแรง (Serious Mental Illness with Violence: SMI-V) ซึ่งมีโอกาสกระทำผิดซ้ำในระดับสูง

ในระดับพื้นที่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เป็นเขตเศรษฐกิจที่มีการขยายตัวรวดเร็วและมีประชากรแฝงจำนวนมาก ส่งผลให้ปัญหายาเสพติดมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับบริบทสังคมในพื้นที่ รายงาน ป.ป.ส. เขต 1 ปี พ.ศ. 256 พบว่าคดียาเสพติดเพิ่มขึ้นร้อยละ 18 และมากกว่าร้อยละ 40 ของคดีดังกล่าวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรง[2] แม้จะมีมาตรการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดดำเนินการอยู่ แต่แนวทางส่วนใหญ่มุ่งเน้นการลดหรือเลิกการใช้สารเสพติด ขณะที่การปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดและ

พฤติกรรมรุนแรงในกลุ่ม SMI-V ยังขาดรูปแบบบูรณาการที่ชัดเจนในระดับพื้นที่ จากช่องว่างดังกล่าว การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่บูรณาการแนวคิด Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ร่วมกับการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ระบบการจัดการรายกรณี และการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด จึงมีความจำเป็น เพื่อมุ่งลดพฤติกรรมรุนแรง ลดการกระทำผิดซ้ำ และสนับสนุนการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชนอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในเรื่องทัศนคติต่อการก่อความรุนแรง พฤติกรรมการควบคุมตนเองเพื่อลดการก่อความรุนแรง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อการก่อความรุนแรงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research : PAR)) เนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูและทดลองใช้รูปแบบ ฯ ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ฯ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการในพื้นที่ชุมชนอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี การวิจัยดำเนินการภายหลังโครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี เมื่อวันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2568 ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน - ธันวาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 9 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดย

การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ

ประชากร (Population) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลคลองหลวงและค่ายบำบัดยาเสพติดในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 123 คน[5]

กลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) จำนวน 94 คน คำนวณจากสูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในกรณีประชากรจำกัดของ Cochran (1977) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การ

สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา ปัจจัยเสี่ยง และบริบทที่ส่งผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 คน ตำรวจ/ฝ่ายปกครอง 3 คน ผู้นำชุมชน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 3 คน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย 3 คน ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อใช้เป็นฐานในการออกแบบรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ฯ และทดลองใช้รูปแบบ ฯ

กลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 กำหนดค่า Power = 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 Effect Size (d) = 0.70 อ้างอิงจากงานวิจัยของ Beck & Fernandez (1998) ซึ่งศึกษา CBT ในการลดความโกรธและพฤติกรรมรุนแรงในประชากรใกล้เคียงกัน[6] ผลการคำนวณได้กลุ่มละ 26 คน รวม 52 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนร้อยละ 15 ตามข้อเสนอของ Gray, Grove & Burn (2013) ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยยาเสพติด อายุระหว่าง 18 - 45 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีคะแนน PVSS ≥ 1
3. สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทย
4. สามารถช่วยเหลือตนเองได้
5. สมัครใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. เจ็บป่วยเฉียบพลัน
2. ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยวิจัย3. ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายในครัวเรือน โรคประจำตัว จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด ประเภทองการบำบัดรักษา ชนิดของยาเสพติดที่เคยใช้ก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา วิธีที่ใช้ในการเสพยาเสพติด ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด ผู้ดูแลหลัก โดยใช้คำถามเป็นแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ พฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น สุรา ยาบ้า กัญชา สารระเหย (≥1 ชนิด) ความคิดและการพยายามทำร้ายตนเอง การแสดงท่าทางคุกคาม ข่มขู่ผู้อื่น การแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรมที่หวาดระแวงว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายและไม่เป็นมิตร พฤติกรรมรุนแรงและการทำร้ายผู้อื่น เป้าหมายของการกระทำรุนแรง ส่วนของร่างกายที่ใช้กระทำรุนแรงและอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกับการกระทำรุนแรง ผลกระทบที่เกิดจากการกระทำรุนแรง และการแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจเหยื่อที่เป็นผลจากการกระทำรุนแรง 2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจะใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ภาคีเครือข่าย จำนวน 15 คน การสัมภาษณ์จะใช้ในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องเพื่อตอบคำถามการวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลถูกต้อง มีคุณภาพตามจุดมุ่งหมายและครอบคลุมประเด็นที่ทำการวิจัยมากที่สุด โดยใช้แบบสัมภาษณ์การวิจัย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง/บทบาทในการดำเนินงานด้านยาเสพติด ประสบการณ์ในการทำงาน

ด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ส่วนที่ 2 ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ปัญหาและผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด มุมมองเกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยยาเสพติด แนวทางในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยยาเสพติด และการพัฒนารูปแบบการบำบัดที่เหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ระยะพัฒนา และทดลองใช้รูปแบบ ฯ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 15 ข้อ (ชุดเดียวกันกับระยะที่ 1) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรง จำนวน 30 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้แบบสอบถามทัศนคติการใช้ความรุนแรงของธัญญาภรณ์ อุปมัยรัตน์ [7] ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง จำนวน 21 ข้อ สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Yudofsky และคณะ[8] ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 34 ข้อ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในครั้งนี้ อาศัยแนวทางการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม โดยนำข้อค้นพบจากการศึกษาระยะที่ 1 มาประมวลผลและออกแบบแผนกิจกรรมของรูปแบบ กระบวนการพัฒนาดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจำนวน 15 คน เป็นกลุ่มเดียวกับที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้เกิดการพิจารณาและอภิปรายร่วมกันอย่างเป็นอิสระ และนำไปสู่การออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย โดยแผนกิจกรรมของรูปแบบนี้เน้นการพัฒนาทัศนคติทางบวกของผู้ป่วยยาเสพติดต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผ่านการใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ร่วมกับแนวทางการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and x: CBTx) การจัดการรายกรณี (Case Manager) และทฤษฎีการพยาบาลของเพบพลาว (Interpersonal Nursing Theory of Hildgard Peplau) ผู้วิจัยได้ทดลองใช้รูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเล็กที่มีบริบทคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น จนได้รูปแบบกิจกรรมที่สมบูรณ์ ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลัก และ 9 กิจกรรมย่อย ดังนี้ 1) กระบวนการที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงปัญหายาเสพติดผลกระทบและพฤติกรรมรุนแรงพร้อมเสริมแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ โดยการปฐมนิเทศและการสร้างความสัมพันธ์การประเมินปัญหาและการให้ข้อมูลย้อนกลับ และการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนแนวความคิด กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 เพื่อนร่วมทาง สร้างพลังใจ กิจกรรมที่ 2 รู้ทันยา รู้ทันคิด กิจกรรมที่ 3 ฉันทำได้ ก้าวแรกสู่ชีวิตใหม่ 2) กระบวนการที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้เรียนรู้และตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและความรู้สึกที่มีผลต่อพฤติกรรม ขั้นที่ 2 การค้นหาและวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในขั้นตอนนี้เน้นที่การค้นหา วิเคราะห์ และปรับเปลี่ยนแนวคิดที่มีลักษณะบิดเบือน (คิดลบ) (Negative cognition) ให้เป็นแนวคิดที่เหมาะสม (คิดบวก) (Positive cognition) พร้อมฝึกทักษะด้านอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ กิจกรรมที่ 4 รู้ทันความคิด พิชิตพฤติกรรมเสี่ยงกิจกรรมที่ 5 แกะรอยความคิด เปลี่ยนชีวิตได้ 3) กระบวนการที่ 3 การพัฒนาทักษะและการติดตามผล เน้นการพัฒนาทักษะในการจัดการกับสิ่งเร้า และสถานการณ์เสี่ยง รวมถึงการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายและควบคุมอารมณ์ ขั้นที่ 3 การพัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เน้นที่การเสริมสร้างทักษะด้านพฤติกรรมเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ รวมถึงการติดตามผลและให้คำปรึกษาต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 6 เปลี่ยนมุมคิดชีวิตเปลี่ยน กิจกรรมที่ 7 ทบทวนความคิด พิชิต

อารมรณ์ร้อน กิจกรรมที่ 8 หยุดคิดชั่วครู่ เพื่อรู้ใจตัวเอง กิจกรรมที่ 9 เปลี่ยนพฤติกรรม ก้าวข้ามความรุนแรง การทำกิจกรรมทั้ง 9 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 60 – 120 นาที โดยในแต่ละกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย จะมีการจัดตั้งไลน์กลุ่ม และมีการสื่อสารผ่านระบบไลน์กลุ่ม มีการทบทวนกิจกรรมต่างๆ โดยส่งชุดข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับยาเสพติดเป็นวิดีทัศน์เรื่อง รู้ทันยาเสพติด เปลี่ยนชีวิตได้ และวิดีทัศน์เรื่อง เปลี่ยนความคิด เปลี่ยนพฤติกรรมฝึกใจหยุดความรุนแรง ผู้วิจัยนำแผนกิจกรรมของรูปแบบไปปรับปรุงและตรวจสอบ เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบก่อนที่จะนำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มทดลองขนาดเล็กที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลคลองหลวงและค่ายยาเสพติด โดยดำเนินกิจกรรมตามแผนของรูปแบบและนำข้อมูลที่ได้มาสรุปและปรับปรุงรูปแบบของการจัดแผนกิจกรรมทั้งความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปทดลองใช้ในระยะทดลอง

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ฯ เป็นระยะการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ฯ หลังการใช้ในสัปดาห์ที่ 10 หลังการทดลองใช้รูปแบบโดยระหว่างการทดลองในกลุ่มทดลองมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่านทางไลน์กลุ่ม เพื่อติดตามเป็นระยะ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยชุดเดียวกันกับเครื่องมือในระยะที่ 2

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ≥ 0.5 และสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ภายหลังจากปรับปรุงเครื่องมือวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เครื่องมือทุกฉบับมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีและเหมาะสมสำหรับนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1

การศึกษาสถานการณ์ เป็นการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยผู้วิจัยทบทวนเอกสาร ตำรา บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เพื่อทำความเข้าใจแนวโน้มปัญหา บริบท และแนวทางการดูแล จากนั้นนำข้อมูลเชิงประจักษ์มาวิเคราะห์เพื่อกำหนดแนวทางการศึกษาและเตรียมความพร้อมการดำเนินงานในพื้นที่ พร้อมทั้งจัดทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหลวง เสนอต่อนายอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เพื่อขออนุญาตเข้าสถานที่ศึกษาในชุมชน และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และรูปแบบการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การเตรียมความพร้อมผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยประชุมร่วมกันเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ ความสำคัญของการวิจัย และแนวทางดำเนินงาน โดยชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล เครื่องมือวิจัย และบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมวิจัยอย่างชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

การลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 3 วิธีหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลภายใน 10 วัน โดยมีผู้ช่วยวิจัย 5 คน ร่วมเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 94 คน ก่อนเก็บข้อมูลมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิของผู้เข้าร่วม และให้ลงนามยินยอม จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามและรับคืนภายในวันเดียวกัน เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความ

รุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับบริบทชีวิต ปัญหา และสถานการณ์ของผู้ป่วย SMI-V โดยใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 15 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 3 คน ตำรวจ/ฝ่ายปกครอง 3 คน ผู้นำชุมชน 3 คน อสม. 3 คน และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย 3 คน โดยบันทึกข้อมูลด้วยการจดบันทึกอย่างเป็นระบบ 3) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้เพื่อรวบรวมมุมมอง ทัศนคติ ประสบการณ์ และข้อเสนอเชิงปฏิบัติจากผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งใช้เป็นเวทีร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรง และสังเคราะห์แนวทางการออกแบบกิจกรรมให้เหมาะกับบริบทพื้นที่และความสามารถของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจัดทำแนวคำถามและให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบก่อนนำไปใช้จริง ทั้งนี้ ผลการสังเคราะห์จากการสนทนากลุ่มถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในระยะที่ 2 สำหรับการพัฒนารูปแบบและทดลองใช้รูปแบบต่อไป[9]

ระยะที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบ ฯ

กลุ่มทดลอง ขั้นที่ 1 การเตรียมพื้นที่ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหลวง และเสนอต่อนายอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เพื่อขออนุญาตดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ชุมชน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินงาน และรายละเอียดกิจกรรมตามแผนการวิจัย ขั้นที่ 2 การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) ผู้วิจัยลงพื้นที่ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 เพื่อเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิในการเข้าร่วม และการรักษาความลับของข้อมูล พร้อมให้ผู้เข้าร่วมลงนามในแบบแสดงความยินยอม จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pretest) และรับคืนภายในวันเดียวกัน ภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ตามแผนกิจกรรมที่กำหนด

กลุ่มเปรียบเทียบ ขั้นที่ 1 การเตรียมพื้นที่ดำเนินการขออนุญาตในลักษณะเดียวกับกลุ่มทดลอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ขั้นที่ 2 การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน ภายหลังการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง 1 วัน โดยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและให้ลงนามในแบบแสดงความยินยอม จากนั้นให้ตอบแบบสอบถาม Pretest และรับคืนภายในวันเดียวกัน พร้อมกำหนดวัน เวลา และสถานที่สำหรับการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) ในระหว่างช่วงดำเนินกิจกรรม กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามแนวทางปกติของหน่วยบริการ โดยไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนา

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ฯ

กลุ่มทดลอง เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครบตามระยะเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) จากกลุ่มทดลองในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับ Pretest และรับคืนภายในวันเดียวกัน เพื่อนำไปเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล Posttest จากกลุ่มเปรียบเทียบในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ภายหลังกลุ่มทดลอง 1 วัน โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกัน และรับคืนภายในวันเดียวกัน ภายหลังเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ความรู้และมอบเอกสารเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงแก่กลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้เป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการอ่านทบทวนข้อมูลซ้ำ การจับประเด็นสำคัญ (Coding) การจัดหมวดหมู่ (Categorization) การสังเคราะห์ประเด็นหลัก (Theme Development) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ

ของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการทวนสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล และตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด–ค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ สถิติทดสอบ Paired Sample -t test และสถิติ Independent Sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี หมายเลขรับรองที่ PPHO-REC 2568/24 วันที่ 11 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ ระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี (ระยะที่ 1)

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 94 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 39.94 ปี มีอายุต่ำสุด 13 ปี และอายุสูงสุด 68 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น รองลงมาคือประถมศึกษา สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นโสด อาชีพหลักคือรับจ้าง และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001–20,000 บาท มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ด้านภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และเคยเข้ารับการบำบัดยาเสพติดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง เป็นการเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ ชนิดของสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือยาบ้า วิธีการเสพส่วนใหญ่เป็นการสูบหรือสูดควัน และมีระยะเวลาการใช้ยาเสพติดอยู่ในช่วง 1–5 ปี ผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบิดา–มารดา

1.2 ระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 72.30 รองลงมาคือมีระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.20 และมีระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 7.40 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยรวมเท่ากับ 1.35 คะแนน (S.D. = 0.62) มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 28 คะแนน

2. ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี และนำรูปแบบไปทดลองใช้ (ระยะที่ 3)

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 90.00 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 80.00 อยู่ในช่วงอายุ 22–59 ปี ด้านศาสนา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธทั้งสองกลุ่ม ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด และประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1–10,000 บาท กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในช่วง 10,001–20,000 บาท ทั้งสองกลุ่มมีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย และไม่มีโรคประจำตัว ประวัติการบำบัดยาเสพติดที่ผ่านมา ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เคยเข้ารับการบำบัด 1 ครั้ง และเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ ชนิดยาเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือยาบ้า และวิธีการเสพหลักคือการสูบ/สูดควัน ระยะเวลาการใช้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1–5 ปี โดยผู้ดูแลหลักของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นบิดา–มารดา

2.2 ผลการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 56.70 และ

66.70 ตามลำดับ รองลงมาคือ มีระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางเท่ากันทั้งสองกลุ่ม คือ ร้อยละ 30.00 และมีระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 13.30 และ 3.30

2.3 ผลคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.62, SD=.34) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงลดลงอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$=1.17, SD=.25) และแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=22.31, p<0.01) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงของกลุ่มทดลองได้อย่างมีประสิทธิผล ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงก่อนการทดลอง ($\bar{X}$=2.41, SD=.34) และหลังการทดลอง($\bar{X}$=2.52, SD=.25) อยู่ในระดับปานกลาง และไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-1.98, p=.058) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

คะแนนทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรง	$\bar{X}$	SD	df	t-value	p -value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	2.62	.34	29	22.31	.000
หลังการทดลอง	1.17	.25			
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	2.41	.34	29	-1.98	.058
หลังการทดลอง	2.52	.25			

2.4 ผลคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-1.42, p=.162) ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-21.44, p <0.01) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

ทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรง	**กลุ่มทดลอง**		**กลุ่มเปรียบเทียบ**		df	t-value	p -value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ก่อนการทดลอง	2.62	.34	2.41	.34	58	1.42	.162
หลังการทดลอง	1.17	.25	2.52	.25	58	-21.44	.000

2.5 ผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและ

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองก่อนทดลอง มีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ($\bar{X}$=1.73, SD=.45) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงลดลงอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X}$=1.04, SD=.06) และแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 8.72, p < .01) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงของผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงก่อนการทดลอง ($\bar{X}$=1.50, S.D.=.41) และหลังการทดลอง ($\bar{X}$=1.52, S.D.=.40) อยู่ในระดับต่ำ และไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-0.54, p=.593) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

คะแนนพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง	$\bar{X}$	SD	df	t-value	p -value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	1.73	.45	29	8.72	.000
หลังการทดลอง	1.04	.06			
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	1.50	.41	29	-054	.593
หลังการทดลอง	1.52	.40			

2.6 ผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-1.98, p=.052) ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-6.55, p <0.01) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

พฤติกรรมการใช้ความรุนแรง	**กลุ่มทดลอง**		**กลุ่มเปรียบเทียบ**		df	t-value	p -value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ก่อนการทดลอง	1.73	.45	1.50	.41	58	1.98	.052
หลังการทดลอง	1.04	.06	1.52	.40	58	-6.55	.000

2.7 ผลคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองก่อนทดลอง คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.08, SD=.22) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=4.14, SD=.36) และแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -14.06, p < .001) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง ($\bar{X}$=3.17, SD=.47) และหลังการทดลองทดลอง ($\bar{X}$=3.13, SD=.45) อยู่ในระดับปาน

กลาง และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=1.79, p=.084) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด	$\bar{X}$	SD	df	t-value	p -value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	3.08	.22	29	-14.06	<0.001
หลังการทดลอง	4.14	.36			
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	3.17	.47	29	1.79	.084
หลังการทดลอง	3.13	.45			

2.8 ผลคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -1.96, p = .054) ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = .90, p < .001) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด	**กลุ่มทดลอง**		**กลุ่มเปรียบเทียบ**		df	t-value	p -value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ก่อนการทดลอง	3.08	.22	3.17	.47	66	-1.96	.054
หลังการทดลอง	4.14	.36	3.13	.45	66	.90	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายและอยู่ในช่วงวัยแรงงานถึงวัยกลางคน ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สามารถเข้าถึงสารเสพติดได้ง่ายและต้องเผชิญแรงกดดันด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสมและนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรงได้ง่าย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา ชำนาญอักษร และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล ที่พบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด[10] รวมถึงการศึกษาของสุขุมาลย์ เล็กมีชัย พบว่ากลุ่มอายุวัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงวัยกลางคนมีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากกว่ากลุ่มอายุสูงกว่า[11] นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาไม่สูง ประกอบอาชีพรับจ้าง และมีรายได้ระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งสะท้อนความเปราะบางทางเศรษฐกิจที่อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นความเครียดและการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยผ่านการบำบัดและมีผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญต่อการฟื้นฟูและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. ด้านระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการประเมินด้วยแบบ PVSS พบว่ากลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย สะท้อนว่าผู้ป่วยยังคงมีศักยภาพในการควบคุมตนเองและสามารถพัฒนาไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมได้ หากได้รับการส่งเสริมทักษะการจัดการอารมณ์และการควบคุมตนเอง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Beck ที่อธิบายว่าพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับรูปแบบความคิดบิดเบือนและการจัดการอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และสามารถลดลงได้เมื่อบุคคลได้รับการฝึกปรับโครงสร้างความคิดและการควบคุมอารมณ์[12] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานทบทวนวรรณกรรมที่รายงานว่าการบำบัดและการสนับสนุนทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่องช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวและความรุนแรงในผู้ใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[13,14]

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติที่สนับสนุนการใช้ความรุนแรงให้ลดลงได้ ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ซึ่งมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดบิดเบือนและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นพื้นฐานของพฤติกรรมรุนแรง[12] และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า CBT มีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมเสี่ยงและเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยสารเสพติด[15,16] นอกจากนี้ กระบวนการเสริมแรงจูงใจยังมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยงานวิจัยพบว่าการใช้ Motivational Interviewing ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมในการรักษาและเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย[17]

3. ในด้านพฤติกรรม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงลดลงและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจริงของผู้ป่วยได้ กลไกสำคัญของการเปลี่ยนแปลงคือการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ การจัดการความโกรธ การแก้ปัญหา และทักษะการปฏิเสธ ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง สอดคล้องกับแนวคิด Self-efficacy ของ Bandura ที่อธิบายว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมพฤติกรรมและลดพฤติกรรมก้าวร้าว[18] และสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ว่า CBT สามารถช่วยเพิ่มการควบคุมตนเองและลดพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ใช้สารกระตุ้นได้[16,19] อย่างไรก็ตาม การลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ใช้ยาเสพติดไม่ได้ขึ้นอยู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการดูแลต่อเนื่องและการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ งานวิจัยหลายการศึกษาชี้ว่าการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายช่วยลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและลดเหตุรุนแรงในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ[20,21,22]

4. ด้านคุณภาพชีวิต พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สามารถอธิบายได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ การเผชิญปัญหา และการควบคุมตนเอง ทำให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ตึงเครียดและความขัดแย้งได้ดีขึ้น ลดพฤติกรรมก้าวร้าวและความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง ส่งผลให้ความพึงพอใจต่อชีวิต การทำหน้าที่ในสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของไพวัลย์ อาจหาญ[23] ที่พบว่าโปรแกรมฟื้นฟูจิตสังคมและการพัฒนาทักษะชีวิตสามารถช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญ

สรุป รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีประสิทธิผลในการลดทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง และสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกทั้งด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสุข

ภาวะของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

- หน่วยบริการสุขภาพสามารถนำรูปแบบ ฯ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทั้งในสถานบริการและชุมชน

- โรงพยาบาลควรบูรณาการรูปแบบฯ เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีมาตรฐานเดียวกัน

- ควรพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านเทคนิค CBT/CBTx การสื่อสารเชิงบำบัด และการจัดการรายกรณี

- ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน เพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง

ด้านการศึกษา

- สถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นกรณีศึกษาในการเรียนการสอนด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

- ควรส่งเสริมทักษะการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การให้คำปรึกษา และการทำงานกับชุมชนของนักศึกษาพยาบาล

ด้านการวิจัย

- ควรศึกษาการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่หรือบริบทอื่นเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์

- ควรติดตามผลระยะยาว เช่น 6 และ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงทนของผลลัพธ์

- ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของรูปแบบ เช่น บทบาทครอบครัว เครือข่ายชุมชน และความพร้อมของบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime.(2023). World drug report 2023 [Internet]. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2023 [cited 2026 Mar 5]. Available from:https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2565). รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทย ประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
3. Darke S, Kaye S, McKetin R, Duflou J.(2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. Drug Alcohol Rev. 2008;27(3):253–62.
4. National Institute on Drug Abuse.(2020). Common comorbidities with substance use disorders research report [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2020 [cited 2026 Mar 5]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/
5. โรงพยาบาลคลองหลวง.(2568). รายงานสถิติผู้ป่วยและบริการสุขภาพ โรงพยาบาลคลองหลวง ปีงบประมาณ 2568. ปทุมธานี: โรงพยาบาลคลองหลวง.
6. Beck R, Fernandez E.(1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. Cogn Ther Res. 1998;22(1):63–74.
7. ธัญญาภรณ์ อุปมัยรัตน์.(2564). การพัฒนาแบบประเมินทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
8. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D.(1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. Am J Psychiatry. 1986;143(1):35-39.
9. สุธรรม นันทมงคลชัย.(2561). วิจัยอนามัยครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย; 2561.
10. อรัญญา ชำนาญอักษร, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล.(2568). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2568;36(2):45-58.
11. สุขุมาลย์ เล็กมีชัย.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด. วารสารสุขภาพจิตแห่ง

ประเทศไทย. 2567;31(1):67-79.
12. Beck AT.(1993). Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press.
13. Zhong S, Coughlin PA, Unger L, et al.(2020). Substance use disorders and violence: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2020;81(3):19r12844.
14. Mauri MC, Ferrara A, Boscati L, et al.(2023). Aggressive behaviour in patients with substance use disorder: clinical characteristics and management. Psychiatry Res. 2023;324:115235.
15. McHugh RK, Hearon BA, Otto MW.(2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. Psychiatr Clin North Am. 2010;33(3):511-25.
16. Lee NK, Rawson RA.(2015). A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. Drug Alcohol Rev. 2015;34(4):363-71.
17. Carroll KM, Ball SA, Martino S, et al.(2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse. Drug Alcohol Depend. 2006;81(3):301-12.
18. Bandura A.(1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.
19. Baker AL, Lee NK, Claire M, et al.(2004). Cognitive behavioural therapy for substance use disorders. Addiction. 2004;99(8):1114-24.
20. ผ่องพรรณ์ คำน้อย.(2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางต่อการกลับไปเสพซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด. วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย. 2568;2(1):E2719. Available from: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JHIS/article/view/2719/1853
21. ปิยกัญญา แก่นวิชา, สุนี อาวรณ์, วิไลลักษณ์ ดวงบุปผา.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(2):230-41. Available from: https://he01.tcithaijo.org/index.php/jrhi/article/view/271950
22. ชวนพิศ เคหาบาล.(2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้รูปแบบ CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์”. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2568;6(2):274-87. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/280871/187938
23. ไพวัลย์ อาจหาญ.(2558). ผลของโปรแกรมฟื้นฟูจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2558;33(3):89-101.