

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้กัญชา
หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระปกเกล้า

Development of Nursing Practice Guideline to Prevent Readmission among Patients
with Cannabis-Induced Psychotic Disorder in the Psychiatric Ward of Phrapokklao
Hospital

พัทนารี อตัญญู พย.บ.^{1*}, เครือวัลย์ ลู่เลิศกิจ พย.บ.¹, เพ็ญณี ตรีโกศล พย.บ.¹, พิกุล พรพิบูลย์ พย.ด.²,
ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ พย.ม.², จินห์จุฑา ชัยเสนา ตาลาส พย.ด.², บุญยวีร์ เสนาบุญญฤทธิ์ พย.ม.²

¹ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

² สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

*ผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author): พัทนารี อตัญญู E-mail: patnaree3811@gmail.com

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้กัญชามีความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้กัญชาและกลับมารักษาซ้ำ ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการรักษาและการฟื้นฟู ขณะที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระปกเกล้า ยังไม่มี แนวปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะที่ครอบคลุมการเสริมสร้างแรงจูงใจ การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย เป็นระบบมากขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีอาการ ทางจิตจากการใช้กัญชา และประเมินผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ต่อความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาของผู้ป่วย รวมทั้ง ประเมินคุณภาพและความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประยุกต์กระบวนการพัฒนา แนวปฏิบัติตามกรอบของสภาการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย จำนวน 10 ขั้นตอน ดำเนินการ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 7 คน คัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตจากการใช้กัญชา จำนวน 30 ราย คัดเลือก แบบต่อเนื่อง แนวปฏิบัติและเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน และประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติด้วย AGREE II วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired-samples t-test พร้อมคำนวณขนาดอิทธิพลด้วย Cohen's d_z

ผลการวิจัย: แนวปฏิบัติและเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และแนวปฏิบัติมีคะแนนมาตรฐานรวมจากการประเมินด้วย AGREE II ร้อยละ 88.40 ตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยทั้งหมดมีความเสี่ยงจากการใช้กัญชาอยู่ในระดับสูงตามแบบคัดกรอง ASSIST ภายหลัง การใช้แนวปฏิบัติ คะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 52.60 คะแนน (SD = 5.90) เป็น 58.90 คะแนน (SD = 6.73) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 6.30 คะแนน (95% CI = 4.95-7.65) และแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.58$, $df = 29$, $p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Cohen's $d_z = 1.75$) พยาบาลประเมินด้านความง่ายและความสะดวกในการใช้ ด้านประสิทธิผล และด้านความเป็นไปได้

ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100.00 และมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.54, SD = 0.43)

สรุป: ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อส่งเสริมความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาของผู้ป่วย และเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้อย่างเป็นระบบ โดยพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายในระดับสูง

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, อาการทางจิตจากการใช้กัญชา, ความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชา

Abstract

Background: Patients with cannabis-induced psychotic symptoms are at risk of cannabis reuse and hospital readmission, which may affect continuity of treatment and recovery. The psychiatric ward at Phrapokklao Hospital currently lacks a specific nursing practice guideline that comprehensively addresses motivational enhancement, discharge preparation, and continuity of care. Therefore, an evidence-based nursing practice guideline is needed to promote more systematic patient care.

Objectives: To develop a nursing practice guideline for preventing readmission among patients with cannabis-induced psychotic symptoms and to evaluate its implementation in terms of patients intention to quit cannabis, as well as nurses perceptions of guideline quality and satisfaction with its use.

Methods: This Research and Development study applied a 10-step guideline development process adapted from the framework of the Australian National Health and Medical Research Council. The study was conducted from February to July 2026. The sample consisted of 7 registered nurses selected through purposive sampling and 30 patients diagnosed by psychiatrists with Cannabis-Induced Psychotic Disorder, recruited through consecutive sampling. The guideline and researcher-developed instruments were evaluated for content validity by three experts, and the quality of the guideline was assessed using the AGREE II instrument. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and the paired-samples t-test. Effect size was calculated using Cohen's d_z .

Results: The guideline and researcher-developed instruments demonstrated a Content Validity Index of 1.00. The guideline achieved a standardized overall AGREE II score of 88.40%, according to the criteria established in this study. All patients were classified as being at high risk for cannabis use based on the ASSIST screening tool. Following implementation of the guideline, the mean intention-to-quit-cannabis score increased from 52.60 (SD = 5.90) to 58.90 (SD = 6.73), with a mean increase of 6.30 points (95% CI = 4.95–7.65). The difference was statistically significant ($t = 9.58$, $df = 29$, $p < .001$), with a large effect size (Cohen's $d_z = 1.75$). Nurses rated the guideline at a high level for ease and convenience of use, perceived effectiveness, and feasibility

of implementation in the clinical setting, with 100.00% of nurses rating these aspects as high. Overall satisfaction with the guideline was at the highest level (Mean = 4.54, SD = 0.43).

Conclusion: The developed nursing practice guideline should be implemented in psychiatric inpatient settings to promote patients' intention to quit cannabis and to provide nurses with a systematic framework for nursing care. Nurses also reported a high level of satisfaction with the use of the guideline.

Keywords: nursing practice guideline, cannabis-induced psychotic symptoms, intention to quit cannabis

บทนำ

ปัจจุบันปัญหายาเสพติดของประเทศไทยจัดได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่อยู่ในขั้นวิกฤติ มีการแพร่ระบาดที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อปัญหาอื่น ๆ ตามมา ปัญหาเสพติดได้มีการเปลี่ยนแปลงและขยายตัวมากขึ้น เนื่องจากผลของการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยี การพัฒนาทางเศรษฐกิจที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้โครงสร้างทางสังคมเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่ขาดพลังและขาดความสมดุลในการพัฒนา สถาบันหลักทางสังคมหลายสถาบันเกิดความอ่อนแอ เป็นช่องว่างทำให้ปัญหาเสพติดแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและกว้างขวางมากขึ้น ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวาง ทั้งต่อปัจเจกบุคคลและสังคมส่วนรวมในมิติต่าง ๆ (ประจวบ แผลมหลัก และคณะ, 2557) โดยจากผลสำรวจจะระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปีพ.ศ. 2566 พบว่า ประชากรไทย ใช้สารเสพติดสารใดสารหนึ่ง ถึง 6 ล้านคน โดยพบว่ามีประชากร 3 ล้านคนใช้กระท่อม ประชากร 1.7 ล้านคนใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ และประชากร 1.2 ล้านคนใช้กัญชาทางการแพทย์นอกเหนือการใช้ทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่า มีประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 2.9 แสนคนใช้กัญชาเพื่อสันทนาการเป็นสารเสพติดครั้งแรก (วรวรรณ จุฑาและกมลลักษณ์ มากคล้าย, 2567)

ประเทศไทยได้มีการประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 เพื่อเปิดโอกาสให้มีการอนุญาตให้ประชาชนใช้กัญชาและพืชกระท่อม เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคและประโยชน์ในทางการแพทย์ และเพื่อการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ภายใต้การดูแลและควบคุมของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการฯ หลังจากพระราชบัญญัตินี้ประกาศใช้ มีประชาชนให้ความสนใจอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะมีการแอบใช้กัญชาเพื่อลดอาการทางจิตเวช เช่น นอนไม่หลับ วิตกกังวล สมอเสื่อม ปวดเมื่อยร่างกาย ส่งผลกระทบให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ เช่น ประสาทหลอน วิงเวียนศีรษะ กระวนกระวาย จนต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และโชษิตา ภาวสุทธิพิศฐ์, 2018) และพบว่า แนวทางการใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตยังมีข้อมูลด้านประโยชน์และประสิทธิผลค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเวช ได้แก่ โรควิตกกังวล เช่น โรคแพนิก (panic disorder) และโรควิตกกังวลทางสังคม (social anxiety disorder) โรคซึมเศร้า (depressive disorders) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorders) โรคจิตเภท (schizophrenia) และโรคนอนไม่หลับ ทั้งนี้ ผู้ใช้กัญชาบ่อยมีความสุขของโรควิตกกังวลเพิ่มขึ้น และผู้เสพติดกัญชาเป็นประจำแบบติดมีความสัมพันธ์กับโรควิตกกังวลทางสังคม ขณะที่การลดการใช้กัญชาที่มีความสัมพันธ์กับการดีขึ้นของอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และคุณภาพการนอน (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และณัฐวรรตต์ เอนกวิทย์, 2562) ในกลุ่มโรคซึมเศร้า พบว่าการใช้กัญชาที่มีความสัมพันธ์

กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นตามปริมาณการใช้ โดยผู้ที่ใช้กัญชามีความเสี่ยงสัมพัทธ์ประมาณ 1.17 เท่า และเพิ่มเป็น 1.62 เท่าในผู้ที่ใช้กัญชาในปริมาณมาก อีกทั้งผู้ที่ใช้กัญชาในปริมาณมากและใช้บ่อย มีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้กัญชา โดยเฉพาะในเพศหญิง ส่วนในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว การใช้กัญชามีความสัมพันธ์กับอาการของโรคที่แย่ลง โดยเฉพาะการเกิดหรือกำเริบของอาการmania ซึ่งมีรายงานความเสี่ยงเพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่า (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และณัฏฐวรรต์ เอนกวิทย์, 2562) สำหรับโรคจิตเภท พบหลักฐานเชิงประจักษ์หลายการศึกษาที่สนับสนุนว่าการใช้กัญชามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทหรือโรคจิตชนิดอื่น โดยเฉพาะในผู้ที่ใช้กัญชาเป็นประจำในปริมาณมาก ผู้ที่มีประวัติโรคจิตมาก่อน หรือมีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคทางจิตเวช โดยมีรายงานว่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อการเกิดโรคจิตในผู้ที่ใช้กัญชาอยู่ที่ประมาณ 1.41 เท่า และในผู้ที่ใช้กัญชาในปริมาณมากและมีความถี่มากขึ้น ความเสี่ยงอาจเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และณัฏฐวรรต์ เอนกวิทย์, 2562)

จากสถิติการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตของหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระปกเกล้า พบว่าจากปีพ.ศ. 2566 ถึง 2567 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวช เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช เพิ่มขึ้นจาก 582 รายเป็น 655 ราย หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.54 โดยพบจำนวนผู้ป่วยที่มีโรคจากสารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จาก 88 รายเป็น 159 ราย หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 80.68 ซึ่งบ่งบอกถึงการเพิ่มขึ้นของปัญหาสารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ในส่วนของผู้ป่วยที่ใช้กัญชาอย่างเดียว พบว่าจำนวนลดลงจาก 76 รายในปี 2566 เป็น 51 ราย ในปี 2567 หรือลดลงร้อยละ 32.89 แต่เมื่อพิจารณาร่วมกับผู้ที่ใช้กัญชาพร้อมกับยาเสพติดอื่น ๆ จำนวน 18 รายในปี 2566 และ 19 รายในปี 2567 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.56 การเปลี่ยนแปลงอาจสะท้อนให้เห็นความซับซ้อนของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในกลุ่มนี้ โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้หรือการรายงานข้อมูล ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้กัญชาและผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมกับการเสพยาเสพติด พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยกลับมา รักษาซ้ำ จำนวน 4 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.79 ขณะที่ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วย กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 5 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.23 แสดงให้เห็นว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2566

ดังนั้น จากปัญหาในการปฏิบัติงานหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระปกเกล้า ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปัญหา การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้กัญชาและผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมกับเสพยาเสพติด มีแนวโน้มสูงขึ้น จึงได้ทำการศึกษาและทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชา พบว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติ ในการพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่ใช้กัญชาที่ครบถ้วน ครบคลุม จึงมีความสนใจ ศึกษาแนวทางการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยที่ใช้กัญชา โดยประยุกต์โดยใช้ขั้นตอนการพัฒนา ตามแนวคิดที่เสนอโดยสภาการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้กัญชาขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนขณะอยู่บ้าน ส่งเสริมการเฝ้าระวังการกลับไปใช้กัญชา ลดจำนวนการกลับมารักษาซ้ำ เพื่อให้เกิดการรักษาที่มีประสิทธิผล สูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการกลั้บมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้กัญชา หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ต่อความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาของผู้ป่วย และประเมินคุณภาพและความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันการกลั้บมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่ใช้กัญชา หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เป็นการประยุกต์กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เสนอโดยสภาการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (NHMRC, 1999) ประเทศออสเตรเลีย ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดหัวข้อของแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย 4) กำหนดผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ 5) รวบรวมและทบทวนข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) ประชาพิจารณ์ข้อเสนอแนะเพื่อร่วมกันตัดสินใจเลือกข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติ 7) ยกร่างแนวปฏิบัติ 8) จัดพิมพ์รูปเล่ม 9) ตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ 10) ทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Study) เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการกลั้บมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้กัญชา ผู้วิจัยประยุกต์กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติตามกรอบ NHMRC (1999) จำนวน 10 ขั้นตอน โดยดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2569

1. กำหนดหัวข้อของแนวปฏิบัติ โดยพิจารณาจากปัญหาการกลั้บมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้กัญชา และปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช ดำเนินงานในช่วงสัปดาห์ที่ 1 ของเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569
2. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยทีมผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และพัฒนาแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ดำเนินงานในช่วงสัปดาห์ที่ 1 ของเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569
3. กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย โดยกำหนดให้แนวปฏิบัติมุ่งใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้กัญชา และใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ดำเนินงานในช่วงสัปดาห์ที่ 1 ของเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569
4. กำหนดผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ ความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาของผู้ป่วย คุณภาพและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ รวมถึงความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ดำเนินงานในช่วงสัปดาห์ที่ 1 ของเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569
5. รวบรวมและทบทวนข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยสืบค้นวรรณกรรม งานวิจัยแนวปฏิบัติ และหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งข้อมูลทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ ดำเนินงานในช่วงสัปดาห์ที่ 2-4 ของเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569

6. ประชาพิจารณข้อเสนอแนะ โดยนำข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาพิจารณาร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อคัดเลือกวิธีการปฏิบัติที่มีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ดำเนินงานในช่วงสัปดาห์ที่ 1 ของเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569

7. ยกร่างแนวปฏิบัติ โดยนำข้อเสนอแนะที่ผ่านการพิจารณาจัดทำเป็นร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลกำหนดขั้นตอนและกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ดำเนินงานในช่วงสัปดาห์ที่ 2-4 ของเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569

8. จัดพิมพ์รูปเล่มแนวปฏิบัติ โดยจัดทำร่างแนวปฏิบัติให้อยู่ในรูปแบบที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และสะดวกต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน ดำเนินงานในช่วงสัปดาห์ที่ 1-2 ของเดือนเมษายน พ.ศ. 2569

9. ตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ โดยนำร่างแนวปฏิบัติและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสม และให้ข้อเสนอแนะ ก่อนนำมาปรับปรุงแก้ไข ดำเนินงานในช่วงสัปดาห์ที่ 3-4 ของเดือนเมษายน พ.ศ. 2569

10. ทดสอบความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยนำแนวปฏิบัติที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความชัดเจน ความสะดวก และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ รวมทั้งรวบรวมปัญหาและข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติ ก่อนนำมาปรับปรุงเป็นแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ ดำเนินงานในช่วงสัปดาห์ที่ 1-2 ของเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทดลองใช้เบื้องต้น จำนวน 3 ราย ไม่นำมารวมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลแนวปฏิบัติ จำนวน 30 ราย

การนำแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ไปใช้และประเมินผล ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 30 ราย โดยประเมินความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ รวมทั้งประเมินคุณภาพและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ จำนวน 7 คน ดำเนินการระหว่างสัปดาห์ที่ 3 ของเดือนพฤษภาคมถึงสัปดาห์ที่ 4 ของเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายของการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ บุคลากรพยาบาล และผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 30 ราย โดยพิจารณาจากลักษณะของการวิจัยและพัฒนาซึ่งมุ่งประเมินผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้เบื้องต้นในบริบทของหอผู้ป่วยจิตเวช ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในช่วงระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล และความเป็นไปได้ในการดำเนินการวิจัยภายในระยะเวลาที่กำหนด ทั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (consecutive sampling) โดยรับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าตามลำดับที่เข้ารับการรักษา จนครบจำนวน 30 ราย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. กลุ่มพยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำการ ณ หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 7 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นผู้ปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการศึกษา

2. กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตจากการใช้กัญชา (Cannabis-Induced Psychotic Disorder) ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และคัดเลือกแบบต่อเนื่อง (consecutive sampling) โดยรับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและ

ไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดออกตามลำดับที่เข้ารับการรักษาค้นพบจำนวนที่กำหนดและได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ตามจริยธรรมการวิจัย

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง คือ รับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระปกเกล้า และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยไม่มีการคัดเลือกเฉพาะราย จนกว่าจะครบจำนวน 30 รายตามเป้าหมายที่กำหนด

โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

- 1.) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
- 2.) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตจากการใช้กัญชา (Cannabis-Induced Psychotic Disorder)
- 3.) ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน
- 4.) ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ที่มีผลการประเมินระดับ 0 คือไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
- 5.) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

- 1.) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูลวิจัย เช่น ผู้ป่วยมีอาการแย่งไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ เป็นต้น

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยประกอบด้วย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้กัญชาหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระปกเกล้า
2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยจิตเวช ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชา และประวัติการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
3. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รูปแบบการใช้กัญชา ระยะเวลาในการใช้กัญชา ความถี่ในการใช้กัญชา ปริมาณที่ใช้ต่อครั้ง และประวัติการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยจิตเวช
4. แบบประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นเครื่องมือการพัฒนาแนวปฏิบัติ ใช้เป็นแนวทางการประชุมปรึกษาพิจารณาของทีมนักพัฒนา ทีมวิจัยกำหนดระดับคุณภาพของหลักฐาน และน้ำหนักความน่าเชื่อถือของข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติโดยอ้างอิงแนวทางการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติของแพทยสภา (สุรจิตสุนทรธรรม และสมเกียรติ โพธิ์สัตย์, 2559) แบ่งเป็นคุณภาพของหลักฐาน 4 ระดับ คือ A B C D และน้ำหนักของข้อเสนอแนะ
5. แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด หรือ ASSIST เป็นเครื่องมือคัดกรองแบบสั้นที่ได้รับการพัฒนาภายใต้การ สนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก ใช้เพื่อคัดกรอง ประเมินความรุนแรงของการใช้สารเสพติดที่มีโอกาสทำให้เกิดการเสพติดหรือผลเสียต่อสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ สามารถบอก ค่าคะแนนความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติดแต่ละชนิด ค่าคะแนนที่ได้ในสารเสพติดแต่ละ

ชนิด จะจัดอยู่เป็นกลุ่มเสี่ยงตามลำดับ ตั้งแต่ระดับความเสี่ยงต่ำ ปานกลาง หรือสูง ซึ่งสามารถกำหนดวิธีการรักษาที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยงได้

6. แบบประเมินอาการทางจิต BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) เป็นการตรวจสอบอาการทางคลินิก คือ อาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยตามหัวข้อในแบบประเมิน เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละคน ต้องมีค่าคะแนนระหว่าง 18-36 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติ หรือ มีอาการทางจิตเล็กน้อย

7. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง OAS (Overt Aggression Scale) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้สังเกตพฤติกรรม โดยแบ่งระดับความก้าวร้าวตามระดับความรุนแรงที่ประเมินได้ ดังนี้คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน และ 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตราย ต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือทรัพย์สิน

8. เครื่องมือวัดประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย

8.1 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด สร้างโดย นันทิชาตสันต์ สกุลพงศ์ และคณะ (2558) เป็นข้อคำถามแบบมาตรลิเคิร์ต (Likert scale) มีคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 11 ข้อ และคำถามเชิงลบ 3

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	5	หมายถึง	จริงที่สุด
	ระดับคะแนน	4	หมายถึง	ค่อนข้างจริง
	ระดับคะแนน	3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
	ระดับคะแนน	2	หมายถึง	ค่อนข้างไม่จริง
	ระดับคะแนน	1	หมายถึง	ไม่จริงเลย

เกณฑ์การประเมินผล การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวกให้ 1 คะแนน สำหรับการเลือกคำตอบไม่จริงเลยตามลำดับจนถึง 5 คะแนนสำหรับการเลือกตอบจริงที่สุด สำหรับการให้คะแนนในข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม โดยแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดมีคะแนนตั้งแต่ 14-70 คะแนน ซึ่งคะแนนที่สูงแสดงถึงความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดที่สูงขึ้น

8.2 แบบประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายการพยาบาลป้องกันการกลั่นแกล้งซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตจากการใช้กัญชา หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระปกเกล้า เป็นข้อคำถามแบบมาตรลิเคิร์ต (Likert scale) มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	5	หมายถึง	มากที่สุด
	ระดับคะแนน	4	หมายถึง	มาก
	ระดับคะแนน	3	หมายถึง	ปานกลาง
	ระดับคะแนน	2	หมายถึง	น้อย
	ระดับคะแนน	1	หมายถึง	น้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้ความกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ 0.80 ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด 3.41-4.20 หมายถึง ระดับมาก

2.61-3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.81-2.60 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

8.3 แบบสอบถามการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ สร้างโดย พิกุล นันทชัยพันธ์ (2559) ตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ เกี่ยวกับ 1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ 2. ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ 3. ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน 4. ความประหยัด 5. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ (สามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ) และ 6. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง และมาก

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล และแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 นอกจากนี้ยังได้ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II: AGREE II) และผลการประเมินคะแนนภาพรวมคุณภาพแนวปฏิบัติเท่ากับ ร้อยละ 88.40 ในการศึกษา ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ให้แนวปฏิบัติที่ได้คะแนนรวมเฉลี่ยทุกหมวดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 เป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพสูง

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติเชิงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า เลขที่ใบรับรองอนุมัติ CTIREC 102/68 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 คณะผู้วิจัยทำการแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ตลอดจนการป้องกันความลับส่วนบุคคลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม การเข้าร่วมการวิจัยเป็นตามความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาตามปกติ นำเสนอผลวิจัยในภาพรวม ข้อมูลการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนการระบุชื่อและเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดแบบต่อเนื่อง (consecutive sampling) พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลทั่วไป ประเมินระดับความเสี่ยงจากการใช้กัญชาด้วยแบบคัดกรอง ASSIST และประเมินความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาก่อนการใช้แนวปฏิบัติ

จากนั้นดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ จำนวน 3 ครั้ง โดยกำหนดวันและเวลาให้เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยและบริบทการปฏิบัติงานของหอผู้ป่วย กิจกรรมดำเนินการ ณ ห้องให้คำปรึกษาที่มีความเป็นส่วนตัว เป็นสัดส่วน และมีความปลอดภัย โดยกำหนดช่วงเวลาสำหรับการดำเนินกิจกรรม ในช่วงเวลา 14.00 น. หรือ 18.00 น. เป็นต้นไป ทั้งนี้กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที กิจกรรมครั้งที่ 1 “เริ่มต้นด้วยใจ” และกิจกรรมครั้งที่ 2 “ก้าวต่อไปอย่างมั่นคง” ดำเนินการระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

ในหอผู้ป่วยจิตเวช ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 3 “ส่งพลังใจในครอบครัว” ดำเนินการในวันจำหน่ายหรือก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 3 ผู้วิจัยประเมินความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาหลังการใช้แนวปฏิบัติ

สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังมีประสบการณ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วย ผู้วิจัยให้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 คน ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติและความพึงพอใจต่อการใช้นโยบาย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในบริบทของหน่วยงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลจากแบบคัดกรอง ASSIST วิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ สำหรับคะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชา ผู้วิจัยตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติของคะแนนผลต่างระหว่างก่อนและหลังการใช้นโยบายปฏิบัติด้วยสถิติ Paired-samples t-test โดยรายงานค่า Mean Difference, t, df, 95% CI และ Cohen's d_z กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ส่วนการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติวิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ และการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 7 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.86 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิตทั้งหมด ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยจิตเวช 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.86 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตจากการใช้กัญชาทั้งหมด และพบว่ามีสัดส่วนของพยาบาลที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาก่อนจำนวนร้อยละ 57.14 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาล (n=7)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	7	100.00
อายุ		
20-30 ปี	1	14.29
31-40 ปี	3	42.86
41-50 ปี	2	28.57
51-60 ปี	1	14.29
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	7	100.00
ประสบการณ์ทำงาน		
1-5 ปี	3	42.86
6-10 ปี	2	28.57

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
11-15 ปี	2	28.57
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย		
มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้กัญชา	7	100.00
การฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช		
เคยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง	3	42.86
ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง	4	57.14

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มผู้ป่วย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 90.00 เมื่อพิจารณาด้านอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.33 ด้านระดับการศึกษา พบว่า สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 และด้านการประกอบอาชีพ พบว่า ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 เมื่อพิจารณาด้านพฤติกรรมการใช้กัญชา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายใช้กัญชาโดยวิธีการสูบ มีระยะเวลาที่ใช้กัญชา 6-10 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 โดยส่วนใหญ่ใช้กัญชาทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และมีปริมาณการใช้กัญชา 1 หลุมต่อครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติเคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระปกเกล้า คิดเป็นร้อยละ 63.33 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย (n=30)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	27	90.00
หญิง	3	10.00
อายุ		
20-30 ปี	16	53.33
31-40 ปี	11	36.67
41-50 ปี	2	6.67
51-60 ปี	1	3.33
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 6	2	6.67
ประถมศึกษาปีที่ 6	9	30.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	50.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	10.00
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	1	3.33
อาชีพ		
เกษตรกร	6	20.00
รับจ้าง	14	46.67
ค้าขาย	5	16.67
ว่างงาน	5	16.67
รูปแบบการใช้กัญชา		

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
สูบบุหรี่	30	100
ระยะเวลาในการใช้กัญชา		
น้อยกว่า 6 เดือน	2	6.67
6 เดือน-น้อยกว่า 1 ปี	5	16.67
1-5 ปี	9	30.00
6-10 ปี	10	33.33
11-15 ปี	1	3.33
มากกว่า 15 ปี	3	10.00
ความถี่ในการใช้กัญชา		
ทุกวัน	20	66.67
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	5	16.67
เดือนละ 1 ครั้ง	5	16.67
ปริมาณที่ใช้ต่อครั้ง		
ไม่ทราบ/จำไม่ได้	2	6.67
1 มวน/ครั้ง	1	3.33
มากกว่า 3 มวน/ครั้ง	1	3.33
1 หลุม/ครั้ง	10	33.33
2-3 หลุม/ครั้ง	7	23.33
มากกว่า 3 หลุม/ครั้ง	9	30.00
ประวัติการเข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยจิตเวช		
ไม่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษามะเร็ง	11	36.67
เคยมีประวัติเข้ารับการรักษามะเร็ง	19	63.33

2. คุณภาพเชิงระเบียบวิธีของแนวปฏิบัติตามเกณฑ์ AGREE II

การประเมินคุณภาพของแนวร่างปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตามเกณฑ์ประเมิน AGREE II พบว่าแนวปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมร้อยละ 88.40 ตามเกณฑ์ที่กำหนดในการศึกษาครั้งนี้ โดยกำหนดให้แนวปฏิบัติที่ได้คะแนนรวมเฉลี่ยทุกหมวดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 เป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพสูง โดยโดเมนที่มีคะแนนประเมินเฉลี่ยสูงสุดเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ (ร้อยละ 94.44) ด้านความชัดเจนของการนำเสนอ (ร้อยละ 90.74) ด้านการนำไปประยุกต์ใช้ (ร้อยละ 90.28) ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ (ร้อยละ 88.89) ด้านความเข้มงวดของกระบวนการพัฒนา (ร้อยละ 87.50) และด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ร้อยละ 81.48) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คุณภาพเชิงระเบียบวิธีของแนวปฏิบัติตามเกณฑ์ AGREE II (n=3)

โดเมนคุณภาพ	จำนวนข้อ	คะแนนที่ได้	คะแนนเต็ม	ร้อยละ
คะแนนภาพรวม	23	435	483	88.40
1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์	3	57	63	88.89

โดเมนคุณภาพ	จำนวนข้อ	คะแนนที่ได้	คะแนนเต็ม	ร้อยละ
2. การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	3	53	63	81.48
3. ความเข้มงวดของกระบวนการพัฒนา	8	150	168	87.50
4. ความชัดเจนของการนำเสนอ	3	58	63	90.74
5. การนำไปประยุกต์ใช้	4	77	84	90.28
6. ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ	2	40	42	94.44

3. ผลการประเมินระดับความเสี่ยงจากการใช้กัญชาด้วยแบบคัดกรอง ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

ผลการคัดกรองประสิทธิภาพการใช้กัญชาด้วยแบบคัดกรอง ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) ของกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดมีความเสี่ยงจากการใช้กัญชาอยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความเสี่ยงจากการใช้กัญชา (n=30)

แบบคัดกรอง ASSIST	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเสี่ยงจากการใช้กัญชา		
ความเสี่ยงต่ำ (0-3 คะแนน)	0	0.00
ความเสี่ยงปานกลาง (4-26 คะแนน)	0	0.00
ความเสี่ยงสูง (27 คะแนนขึ้นไป)	30	100.00

4. ผลลัพธ์ต่อความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาของผู้ป่วย

จากการเปรียบเทียบคะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาของกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาเฉลี่ย 52.60 คะแนน (SD = 5.90) และหลังใช้แนวปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ย 58.90 คะแนน (SD = 6.73) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 6.30 คะแนน และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของค่าเฉลี่ยผลต่างอยู่ระหว่าง 4.95-7.65 คะแนน ซึ่งไม่ครอบคลุมค่าศูนย์ สอดคล้องกับการพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติทดสอบทีสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่วัดสองครั้ง (paired-samples t-test) พบว่า คะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.58$, $df = 29$, $p < .001$) นอกจากนี้ พบว่ามีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับใหญ่ (Cohen's $d_z = 1.75$) แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างของคะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติมีขนาดมาก

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ (n=30)

ระยะการประเมิน	Mean	SD	Mean Diff	95% CI	t	df	p-value	Cohen's d_z
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	52.60	5.90	-	-	-	-	-	-
หลังใช้แนวปฏิบัติ	58.90	6.73	6.30	4.95 - 7.65	9.58	29	< .001	1.75

หมายเหตุ Mean Difference คำนวณจากคะแนนหลังใช้แนวปฏิบัติ - คะแนนก่อนใช้แนวปฏิบัติ

เกณฑ์การแปลผลขนาดอิทธิพล (Cohen's d_z) ขนาดเล็ก = 0.20, ขนาดปานกลาง = 0.50, ขนาดใหญ่ = 0.80

5. ผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติและความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ

5.1 การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ

ผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 คน พบว่า พยาบาลประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากทุกประเด็น โดยด้านความง่ายและความสะดวกในการใช้นโยบายปฏิบัติ ด้านประสิทธิผลของการใช้นโยบายปฏิบัติ และด้านความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน ได้รับการประเมินในระดับมากจากพยาบาลทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00 รองลงมา ได้แก่ ด้านความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน ได้รับการประเมินในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 85.71 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.29 ด้านความชัดเจนของข้อเสนอแนะ ได้รับการประเมินในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 71.43 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.57 และด้านความประหยัดด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ ได้รับการประเมินในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 71.43 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.57 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยพยาบาลวิชาชีพ (n=7)

ประเด็นคุณภาพ	น้อย n (%)	ปานกลาง n (%)	มาก n (%)
1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้นโยบายปฏิบัติ หรือในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (100.00)
2. ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ	0 (0.00)	2 (28.57)	5 (71.43)
3. ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน	0 (0.00)	1 (14.29)	6 (85.71)
4. ความประหยัด (การนำแนวปฏิบัติไปใช้จะช่วยให้งานสามารถประหยัดและลดต้นทุน ทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ)	0 (0.00)	2 (28.57)	5 (71.43)
5. ประสิทธิภาพของการใช้นโยบายปฏิบัติ (สามารถแก้ปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ)	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (100.00)
6. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (100.00)

5.2 การประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 คน พบว่า พยาบาล มีความพึงพอใจในทุกประเด็นอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของเนื้อหา ด้านรูปแบบและโครงสร้างที่เข้าใจง่ายและใช้งานสะดวก ด้านความชัดเจนของภาษา และด้านการเพิ่มความมั่นใจในการให้การพยาบาล มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน (Mean = 4.57, SD = 0.53) ขณะที่ด้านการนำแนวปฏิบัติไปประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทของหน่วยงานมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 4.43, SD = 0.53) ทั้งนี้ ทุกด้านยังคงมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ (n=7)

ประเด็นความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. เนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความถูกต้อง เชื่อถือได้	4.57	0.53	มากที่สุด
2. รูปแบบและโครงสร้างของแนวปฏิบัติการพยาบาลเข้าใจง่าย ใช้งานสะดวก	4.57	0.53	มากที่สุด
3. ภาษาที่ใช้ในแนวปฏิบัติการพยาบาลชัดเจน ไม่ซับซ้อน	4.57	0.53	มากที่สุด
4. การใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลช่วยเพิ่มความมั่นใจในการให้การพยาบาล	4.57	0.53	มากที่สุด

ประเด็นความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
5. แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทของหน่วยงาน	4.43	0.53	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	4.54	0.43	มากที่สุด

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการกลั่นแกล้งซ้ำของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้กัญชา และเพื่อประเมินผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ต่อความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาของผู้ป่วย รวมทั้งประเมินคุณภาพและความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ โดยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. การพัฒนาและคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 และมีคะแนนมาตรฐานรวมจากการประเมินคุณภาพด้วย AGREE II ร้อยละ 88.40 ซึ่งผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75 ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ในการศึกษาครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมทั้งในด้านเนื้อหา กระบวนการพัฒนา ความชัดเจน และการนำไปประยุกต์ใช้

ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบตามกรอบของสภาการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) จำนวน 10 ขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดปัญหาจากสถานการณ์จริงของหน่วยงาน การกำหนดทีมพัฒนาและผลลัพธ์ การสืบค้นและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ การพิจารณาข้อเสนอแนะ การร่างแนวปฏิบัติ การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนการทดลองใช้เพื่อประเมินความชัดเจน ความสะดวก และความเป็นไปได้ ก่อนนำไปใช้จริง กระบวนการดังกล่าวทำให้แนวปฏิบัติมีความเชื่อมโยงระหว่างหลักฐานทางวิชาการกับบริบทการปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยจิตเวช

นอกจากนี้ เนื้อหาของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผู้วิจัยนำมาทบทวน โดยหลักฐานส่วนใหญ่สนับสนุนการใช้การบำบัดทางจิตสังคมที่มุ่งเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ Halicka และคณะ (2025) จากการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิमानของการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมจำนวน 22 การศึกษา พบว่า การบำบัดที่ผสมผสาน Motivational Enhancement Therapy กับ Cognitive Behavioral Therapy (MET-CBT) เป็นรูปแบบหนึ่งที่มีหลักฐานสนับสนุนการช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาการใช้กัญชาหยุดใช้กัญชาได้ เช่นเดียวกับ Sherman และ McRae-Clark (2017) ที่สรุปว่าการบำบัดทางจิตสังคม โดยเฉพาะการผสมผสานการเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นองค์ประกอบสำคัญในการรักษาความผิดปกติจากการใช้กัญชา จึงสนับสนุนแนวทางของการศึกษานี้ที่นำกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจมาเป็นองค์ประกอบสำคัญของแนวปฏิบัติ

ผลการประเมินหลังนำแนวปฏิบัติไปใช้ยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพประเมินด้านความง่ายและความสะดวกในการใช้ ด้านประสิทธิผล และด้านความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานอยู่ในระดับมากจากผู้ประเมินทั้งหมด และมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.54 (SD = 0.43) ผลดังกล่าวอาจสะท้อนว่าแนวปฏิบัติมีขั้นตอนที่ชัดเจนและสามารถประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยในบริบทของหอผู้ป่วยจิตเวชได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากพยาบาลผู้ประเมินมีเพียง 7 คนและมาจากหน่วยงานเดียว ผลการประเมินจึงสะท้อนความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานในบริบทของหน่วยงานแห่งนี้เป็นหลัก และควรใช้ความระมัดระวังในการนำผลไปอ้างอิงกับหน่วยงานอื่น

2. ผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

2.1 ความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 52.60 คะแนน (SD = 5.90) เป็น 58.90 คะแนน (SD = 6.73) มีค่าเฉลี่ยผลต่าง 6.30 คะแนน และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของค่าเฉลี่ยผลต่างอยู่ระหว่าง 4.95-7.65 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ paired-samples t-test พบว่า คะแนนหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.58, df = 29, p < .001$) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับใหญ่ (Cohen's $d_z = 1.75$)

ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากองค์ประกอบของแนวปฏิบัติที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหา และสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้หลักของ Motivational Interviewing (MI) และ Motivational Enhancement Therapy (MET) ซึ่งไม่ได้เน้นการสั่งหรือบังคับให้ผู้ป่วยเลิกใช้กัญชา แต่ให้ความสำคัญกับการค้นหาเหตุผลในการเปลี่ยนแปลงจากภายในตัวผู้ป่วยเอง การรับฟังโดยไม่ตัดสิน การลดความลังเลใจ และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวถึงเหตุผลและความสามารถของตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หลักฐานที่ผู้วิจัยทบทวนระบุว่า Motivational Interviewing (MI) เป็นการสื่อสารที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน แสดงความเข้าใจ ลดการต่อต้านและกระตุ้นให้เกิด Change Talk ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการที่นำมาใช้ในแนวปฏิบัติของการศึกษาครั้งนี้

แนวปฏิบัติยังมีการพิจารณาระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพิจารณาข้อดีและข้อเสียของการใช้และการเลิกกัญชา กำหนดเป้าหมาย เหตุผลในการเปลี่ยนแปลง แหล่งสนับสนุน และอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนจัดทำแผนการเปลี่ยนแปลงของตนเอง กระบวนการดังกล่าวอาจช่วยลดความลังเลและทำให้ความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งที่อธิบายคะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาที่เพิ่มขึ้นภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติ

ผลการศึกษาครั้งนี้มีทิศทางสอดคล้องกับ Bou Nassif และคณะ (2023) ซึ่งทบทวนการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมจำนวน 25 การศึกษา และพบว่า Motivational Interviewing (MI) และ Motivational Enhancement Therapy (MET) เป็นองค์ประกอบที่ใช้ในการบำบัดผู้ใช้กัญชา โดยการบำบัดแบบสั้น 1-2 ครั้ง สามารถลดการใช้กัญชาในช่วง 3-6 เดือนแรก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ Hayer และคณะ (2022) สรุปว่า Motivational Enhancement Therapy (MET) ใช้การให้ข้อมูลย้อนกลับแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและไม่ตัดสิน เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและแก้ไขความลังเลในการเลิกใช้กัญชา และสามารถใช้ทรัพยากรค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับการบำบัดบางรูปแบบ

2.2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการดูแลต่อเนื่อง

อีกองค์ประกอบหนึ่งของแนวปฏิบัติคือการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงความตั้งใจและความต้องการความช่วยเหลือ ขณะที่ครอบครัวมีบทบาทในการให้กำลังใจและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังจากจำหน่าย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสนับสนุนการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยมีการใช้ Multidimensional Family Therapy เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวร่วมปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน รวมทั้งมีรูปแบบ Maintenance Check-up เพื่อติดตามสภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดการรักษา

นอกจากนี้ Bou Nassif และคณะ (2023) รายงานว่าการบำบัดที่มีผู้ปกครองหรือครอบครัวเข้าร่วมมีประโยชน์ในระยะสั้น โดยช่วยส่งเสริมการสื่อสารและลดความขัดแย้งในครอบครัว และเสนอว่าควรส่งเสริม

การมีส่วนร่วมของครอบครัวตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการบำบัดเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของการศึกษาครั้งนี้ที่ไม่ได้มุ่งเฉพาะการสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วย แต่ยังเตรียมแหล่งสนับสนุนภายในครอบครัวก่อนผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมกับการใช้กัญชา จากการทบทวนวรรณกรรมของ Schoeler และคณะ (2017) ยังชี้ให้เห็นความสำคัญของการบูรณาการการจัดการการใช้สารเสพติดร่วมกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เนื่องจากการใช้กัญชาอย่างต่อเนื่องสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิต หลักฐานดังกล่าวจึงสนับสนุนองค์ประกอบของแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการเชื่อมต่อการดูแลภายหลังจำหน่าย

2.3 คุณภาพและความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากทุกประเด็น โดยด้านความง่ายและความสะดวกในการใช้ ด้านประสิทธิภาพ และด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงานได้รับการประเมินในระดับมากจากพยาบาลทั้งหมด ส่วนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.54 (SD = 0.43) ผลดังกล่าวอาจสะท้อนว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาและขั้นตอนที่สอดคล้องกับลักษณะการปฏิบัติงานของหอผู้ป่วย และช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการประเมิน การเสริมสร้างแรงจูงใจการทำงานร่วมกับครอบครัว และการเตรียมจำหน่ายอย่างเป็นระบบ

ข้อจำกัดการศึกษา

1. ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้อย่างเต็มที่ การเปลี่ยนแปลงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย
2. ประเมินเฉพาะความตั้งใจ ไม่ได้ประเมินการกลับไปใช้กัญชาซ้ำและการกลับมารักษาซ้ำโดยตรง ซึ่งเป็นผลลัพธ์หลักที่แท้จริง
3. ระยะเวลาติดตามสั้น ผลอาจเปลี่ยนแปลงเมื่อผ่านไปนานขึ้น
4. ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลแห่งเดียว กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก และคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่อาการทุเลาแล้ว จึงนำไปสรุปผลกับทุกกลุ่มไม่ได้
5. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงทุเลาและไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จึงควรใช้ความระมัดระวังในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว

สรุปการอภิปรายผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบและมีผลการประเมินด้านคุณภาพและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับที่ดี ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากองค์ประกอบของแนวปฏิบัติที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมีทิศทางสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผู้วิจัยนำมาทบทวน

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบก่อนและหลังในผู้ป่วยกลุ่มเดียว โดยไม่มีกลุ่มควบคุม และประเมินผลลัพธ์ด้านความตั้งใจในระยะสั้น จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ว่าแนวปฏิบัติเป็นสาเหตุเพียงอย่างเดียวที่ทำให้คะแนนเพิ่มขึ้น และยังไม่สามารถสรุปได้ว่าแนวปฏิบัติ

สามารถลดการกลับไปใช้กัญชาหรือการกลับมารักษาซ้ำได้โดยตรง จำเป็นต้องมีการติดตามผลภายหลังจำหน่ายเพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้กัญชาและการกลับมารักษาซ้ำในระยะต่อไป

สรุปผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีความถูกต้องตามเนื้อหาและมีคุณภาพสูงตามเกณฑ์มาตรฐานสากล (ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา = 1.00, คะแนนคุณภาพรวม AGREE II = ร้อยละ 88.40) และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในบริบทของหอผู้ป่วยจิตเวช

2. ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ย 52.60 เป็น 58.90 คะแนน ($t = 9.58$, $df = 29$, $p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลสูงมาก (Cohen's $d_z = 1.75$)

3. พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ประเมินความง่ายในการใช้ ประสิทธิภาพ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อการใช้นี้โดยรวมในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.54, $SD = 0.43$)

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ ช่วยเสริมสร้างความตั้งใจในการเลิกใช้กัญชา ซึ่งเป็นขั้นก้าวสำคัญสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเป็นรากฐานสำคัญในการลดโอกาสการกลับไปใช้กัญชาและการกลับมารักษาซ้ำในระยะต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุม เช่น การวิจัยกึ่งทดลองหรือการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม เพื่อให้สามารถประเมินผลของแนวปฏิบัติได้ชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบก่อนและหลังในกลุ่มเดียว

2. ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและขยายการศึกษาไปยังหลายหน่วยงานหรือหลายโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง และเพิ่มความสามารถในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มผู้ป่วย 30 รายจากหอผู้ป่วยจิตเวชแห่งเดียว

3. ควรติดตามผลหลังจำหน่ายในระยะยาว เช่น 28 วัน หรือ 90 วัน เพื่อประเมินการกลับไปใช้กัญชาซ้ำ การคงพฤติกรรมในการเลิกใช้กัญชา และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งเป็นผลลัพธ์สำคัญที่สอดคล้องกับเป้าหมายของแนวปฏิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลพระปกเกล้า ผู้ทรงคุณวุฒิ และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยจิตเวช ที่ให้การสนับสนุน ให้คำแนะนำ และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้าร่วมการศึกษาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ส่งผลให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

ผลประโยชน์ทับซ้อน

คณะผู้วิจัยขอรับรองและประกาศว่าไม่มีประเด็นขัดแย้งทางผลประโยชน์ทับซ้อนในเชิงพาณิชย์ วิชาชีพ หรือการเงินใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาและรายงานวิจัยขึ้นนี้

การเข้าถึงข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้สามารถติดต่อขอรับคำชี้แจงเพิ่มเติมได้จาก
ผู้รับผิดชอบบทความหลักตามเหตุผลความจำเป็นทางวิชาการอันสมควร ภายใต้ขอบเขตเกณฑ์ความลับทาง
จริยธรรมการวิจัยและข้อกำหนดคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

อ้างอิง

- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการติดตามดูแล
ต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (ฉบับทดลองใช้)*.
- กองบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. (ม.ป.ป.). *การบำบัดโดยใช้การสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม (Motivational Enhancement Therapy: MET)*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.
- ชาญชัย ธงพานิช. (2562). การบำบัดรักษาผู้ติดกัญชา. *วารสารกรมการแพทย์*, 44(1), 5-6.
- ณรงค์ ศิลปศราญ, และนันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2019). ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้า
รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
วารสารกรมการแพทย์, 44(1), 12-20.
- ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร. (ม.ป.ป.). *การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและ
พฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT)*.
- นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2556). การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: *ทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด*.
ธรรมศาสตร์เวชสาร, 13(1), 98-106.
- นันท์ชิต สันต์สกุลพงศ์, อรพินท์ ชูชม, และณัฐสุดา เต็มพันธ์. (2558). การพัฒนาแบบวัดความตั้งใจในการเลิก
ใช้ยาเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(3), 144-151.
- นฤมล พระใหญ่, สิทธิพร ครามานนท์, และภาสกร คุ่มศิริ. (2564). การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ:
บทความพื้นฐานวิชาการ. *วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย*, 52(1), 62-74.
- ประจวบ แผลมหลัก, พิชญะ เดชโชติวิรุฬห์, ประภาพร คำเหมื่อง, นิรดา ยาวีราช, จีรวรรณ ยศแผ่น, และ
ชนกมล สีหมากสุก. (2557). ปัญหาเสพติดในสังคมไทยมุมมองทางสังคมวิทยา. *วารสารการ
พยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 2557(1), 3-13.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2549). *การประเมินคุณภาพด้านการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก*. เอกสาร
ประกอบการบรรยายการอบรมเรื่องการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์, กลุ่มงานพยาบาล
โรงพยาบาลกำแพงเพชร, 3-4 มิถุนายน 2549.
- พิชัย แสงชาญชัย. (ม.ป.ป.). *การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational
Interviewing & Motivational Enhancement Therapy: MI & MET)*. บรรยายโดย นฤมล
อารยะพิพัฒน์, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น.
- ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาศย์, และโชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. (2018). ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้
กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(1), 71-94.
- โรงพยาบาลปัตตานี. (ม.ป.ป.). *การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ*. ปัตตานี: โรงพยาบาลปัตตานี.
- วราภรณ์ ศิริธรรมานุกุล, ฐิติชญาณ์ ปิยภัทรธนัสไชย, เพชรไพลิน พิบูลนิธิเกษม, และสุนิษา เชือกทอง. (2568).
บทบาทพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดกัญชา. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 33(3),
497-507.
- วรวรรณ จุฑา, และกมลลักษณ์ มากคล้าย. (2567). รูปแบบการใช้สารเสพติดในคนไทย: ผลการสำรวจจะบาด
วิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปีพ.ศ. 2566. *คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต*.

- ศุภชัย นวลสุทธิ, จุฬา ศรีรักษา, ทักษิณ สัมปทณรักษ์, และสมหมาย คชนาม. (2565). ผลของโปรแกรม
ประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการ
รักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*,
42(2), 163-177.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2567). เอกสารประกอบการอบรม
หลักสูตรการบำบัดโดยเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ติดยาเสพติดและและสารเสพติด. กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข.
- สาวิตรี อัมมฉัตรกรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และพินิจนภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (แปลและเรียบเรียง).
(2554). *แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด: คู่มือเพื่อใช้ใน
สถานพยาบาลปฐมภูมิ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน.
- สุรจิต สุนทรธรรม, และสมเกียรติ โพธิ์สัตย์. (2559). *แนวทางการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: แพทย์
สภา.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และณัฐวรรตต์ เอนกวิทย์. (2562). การใช้สารสกัดกัญชาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา
สุขภาพจิต. *วารสารกรมการแพทย์*, 44(1), 7-9.
- Bou Nassif, Y., Rahioui, H., & Varescon, I. (2023). Psychological interventions for cannabis use
among adolescents and young adults: A systematic review. *International Journal of
Environmental Research and Public Health*, 20(14), 6346.
- Flórez-Salamanca, D., Secades-Villa, R., Budney, A. J., & Garcia-Rodriguez, O. (2015).
Probability and predictors of cannabis use disorders relapse: Results of the National
Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol
Dependence*, 147, 178-184.
- Ghafouri, M., Correa da Costa, S., Zare Dehnavi, A., Gold, M. S., & Rummans, T. A. (2024).
Treatments for cannabis use disorder across the lifespan: A systematic review. *Brain
Sciences*, 14, 227.
- Halicka, M., Parkhouse, T. L., Webster, K., Spiga, F., Hines, L. A., Freeman, T. P., Sanghera, S.,
Dawson, S., Paterson, C., Savović, J., Higgins, J. P. T., & Caldwell, D. M. (2025).
Effectiveness and safety of psychosocial interventions for the treatment of cannabis
use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 120(11), 2181-2201.
- Hayer, S., Hedges, M. A., & Lo, J. O. (2022, October). *Treatments for cannabis use disorder*.
The Systematically Testing the Evidence on Marijuana (STEM) Project.
- Helle, S., Ringen, P. A., Melle, I., Larsen, T. K., Gjestad, R., Johnsen, E., & Andreassen, O. A.
(2016). Cannabis use is associated with 3 years earlier onset of schizophrenia
spectrum disorder. *Schizophrenia Research*, 170(1), 217-222.
- Hjorthoj, C. R., Fohlmann, A., Larsen, A. M., Arendt, M., Nordentoft, M., & Madsen, T. (2013).
Specialized psychosocial intervention for cannabis use disorder in schizophrenia

spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 43(7), 1499-1510.

Patel, R., Wilson, R., Jackson, R., & Bhattacharyya, S. (2023). Cannabis use and risk of relapse in first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(2), 297-308.

Schoeler, M., Petros, N., Di Forti, M., Pingault, J. B., Klammerus, E., Small, T., Foglia, E., Murray, R. M., & Bhattacharyya, S. (2016). Association between continued cannabis use and risk of relapse in first-episode psychosis: A quasi-experimental investigation within an observational study. *JAMA Psychiatry*, 73(11), 1152-1158.

Sherman, B. J., & McRae-Clark, A. L. (2016). Treatment of cannabis use disorder: Current science and future outlook. *Pharmacotherapy*, 36(5), 511-535.