

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีน ในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี

อมาวสี กลั่นสุวรรณ, พย.บ.^{*}, นิตยา ตากวิริยะนันท์, พย.ด.^{**}, ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์, พ.บ.^{***}

^{*}สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12130

^{**}คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอกองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12121

^{***}คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอกองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12121

Abstract: The Effect of a Motivational Interviewing Together with Cognitive Behavioral Therapy Program on the Adherence Behaviors of Amphetamine Dependent Patients in a Treatment Center in Pathum Thani Province

Klansuwan A*, Takviriyannun N**, Jirapramukpitak T***

*Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment, Thanyaburi, Pathum Thani, 12130

**Faculty of Nursing, Thammasat University Khlong Nueng, Khlong Luang, Pathum Thani, 12121

***Faculty of Medicine, Thammasat University Khlong Nueng, Khlong Luang, Pathum Thani, 12121

(E-mail: oramawasee@gmail.com)

This quasi-experimental research was conducted to determine the effectiveness of motivational interviewing (MI) together with cognitive behavioral therapy (CBT) on the adherence behaviors of amphetamine-dependent patients (ADPs). The seventy-two samples were ADPs undergoing rehabilitation at a treatment center in Pathum Thani Province, Thailand. The samples were randomized evenly into experimental and control groups. The latter received only standard care, while the former were given additional MI and eight sessions of CBT. Data were collected before and after the trial, using questionnaires concerning the adherence behaviors of substance abusers. The data were analyzed using t-test, chi-square, and descriptive statistics. The results of the study revealed that after the trial, 94.44 percent of the samples had motivation to practice adherence behaviors. Also, the program was able to improve motivation significantly by changing it from the stage of contemplation to the stage of having motivation ($\chi^2=21.34, p<.05$). In addition, the mean score for adherence behaviors after the trial was significantly higher than that before the trial and that of the control group ($p<.05$). These findings suggest that MI together with CBT is able to improve the adherence behaviors of amphetamine-dependent patients in their rehabilitation at treatment centers. The effect of the program on the adherence behaviors, however, may be extended in future studies with larger samples.

Keywords: Motivational interviewing, Cognitive behavioral therapy, Adherence behavior, Amphetamine

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเสพติดสารแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของสถานบำบัดสารเสพติดแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี 72 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 36 ราย และกลุ่มควบคุม 36 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติของสถานบำบัดสารเสพติด ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจำนวน 8 กิจกรรม ร่วมกับการบำบัดตามปกติ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยแบบประเมินพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบที (t-test) ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 94.44 มีแรง

จูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยโปรแกรมฯ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจจากระยะลังเล เป็นระยะมีแรงจูงใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 21.34, p<.05$) สำหรับพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองพบว่า ภายหลังจากทดลองพฤติกรรมร่วมมือฯ ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษาสนับสนุนว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถเพิ่มพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดสารแอมเฟตามีน และควรขยายผลเพื่อศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ต่อไป

คำสำคัญ : การเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม พฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเอง แอมเฟตามีน

บทนำ

การติดสารเสพติดโดยเฉพาะการเสพติดสารแอมเฟตามีนเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง และเป็นปัญหาซับซ้อนที่ต้องใช้เวลาในการรักษาค่อนข้างนานไม่น้อยกว่า 3 เดือน¹ เนื่องจากต้องบำบัดทั้งอาการทางกายที่เกิดจากพิษของยา หรืออาการขาดยา รวมทั้งบำบัดความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด¹ การใช้เวลาในการรักษาค่อนข้างยาวนานนี้เอง ทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง เพื่อเลิกสารเสพติดและขาดแรงจูงใจที่จะเข้ารับการรักษาต่อเนื่องจนครบขั้นตอนของการบำบัด ทั้งระยะการบำบัดด้วยยา และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป็นการบำบัดด้านพฤติกรรมและจิตสังคมของผู้ติดสารเสพติด¹ การขาดแรงจูงใจและความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเลิกสารเสพติด ส่งผลสำคัญให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองในขณะที่บำบัดอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ²⁻³ โดยการไม่ทำตามกฎระเบียบ ไม่เปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของตนเอง นอกจากนี้ยังจะเห็นได้จากสถิติการช่วยเหลือผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะฟื้นฟู⁴ ของสถาบันธัญญารักษ์ ปี 2556-2558 ที่พบว่ามีการทำผิดด้วยเรื่องการไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสถานบำบัดขาดความรับผิดชอบ และขาดความซื่อสัตย์มากถึง 110 ครั้ง/เดือน ในปี พ.ศ. 2556 211 ครั้ง/เดือน ในปี พ.ศ. 2557 และ 310 ครั้ง/เดือน ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นตามลำดับ (จำนวนผู้ป่วย 60 ราย/เดือน)

แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเลิกสารเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาได้นานขึ้น⁵ และมีพฤติกรรมร่วมมือในการบำบัด ลดการทำผิดกฎระเบียบของสถานบำบัด สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่สังคมยอมรับ โดยเชื่อว่าจะสามารถช่วยลดปัญหาการกลับไปเสพติดซ้ำในที่สุด

การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีแนวคิดที่ว่า ถ้าผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองแล้ว ผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้บำบัดจึงมีหน้าที่ในการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสพสารเสพติด การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการสร้างความไว้วางใจและลดปฏิกิริยาเชิงต่อต้าน ช่วยให้ผู้ป่วยติดสารเสพติดได้สำรวจและแก้ไขความลังเลที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพติดสารเสพติด⁶

จากหลักการพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดของสำนักงานป้องกันสารเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ⁷ ระบุว่าไม่มีการบำบัดอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียวที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดทุกคน และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดเพื่อเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการบำบัดที่เข้มข้นกว่า⁸⁻¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอีกหลายการศึกษาที่ยังไม่พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพียงอย่างเดียวให้ผลดีในการบำบัดผู้ติดสารเสพติด¹²⁻¹³ เมเยอร์¹⁴ แนะนำให้นำการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมมาใช้ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพราะนอกจากผู้ป่วยติดสารเสพติดจะขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเลิกสารเสพติดแล้ว ยังพบว่ามีการระบอบการคิดและการตัดสินใจที่บิดเบือน และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ใช้สารเสพติดเพื่อลดความทุกข์ใจหรือเพื่อต้องการความสุขแบบทันที หรือใช้วิธีเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่ปรึกษาใครเมื่อมีปัญหาหรือมีความเครียด หรือใช้สารเสพติดเพื่อให้ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน¹⁵

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดเพื่อแก้ไขความคิดที่บิดเบือน และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาดังกล่าว โดยช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตโดยใช้เหตุผล สามารถคิดวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น รู้จักแยกแยะสิ่งที่เป็นประโยชน์ และสิ่งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้กลับไปเสพติดซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเกี่ยวพันระหว่างอาการอยากยา และความคิดค้น

ทางสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้สารเสพติด ตลอดจนพัฒนาทักษะสำคัญๆ เพื่อการเลิก/ลดการใช้สารเสพติด เช่น ทักษะการเผชิญและจัดการปัญหา ทักษะการกล้าแสดงออก การกล้าปฏิเสธสารเสพติด¹⁶⁻¹⁷ วิธีการนี้จึงน่าจะ เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเอง จนลดการใช้สารเสพติด

การศึกษาที่ผ่านมาทำให้เห็นว่าการแก้ปัญหาการใช้สารเสพติดโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบย่อ เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อเลิกสารเสพติด โดยปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับสารเสพติดให้ตรงตามความเป็นจริง รวมทั้งเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ในการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำนั้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดการใช้สารเสพติดได้¹⁷ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลงานวิจัยไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2558 การศึกษาในผู้ติดสารแอมเฟตามีนยังพบได้น้อย นอกจากนี้ยังพบการเพิ่มขึ้นของการกลับไปเสพติดซ้ำหรือการไม่มาตามนัด ซึ่งอาจเนื่องมาจากโปรแกรมการบำบัดฯ มีระยะเวลาในการฝึกฝนเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพัฒนาทักษะสำคัญๆ ในการเลิก/ลดการใช้สารเสพติดสั้นเกินไปเพียง 4 ครั้งเท่านั้น¹⁷ หากมีการจัดกิจกรรมบำบัดอย่างเป็นขั้นเป็นตอนในระยะเวลาที่เหมาะสม ร่วมกับการประเมินและเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้เสพติดสารแอมเฟตามีนอย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโปรแกรมก็น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเอง จนสามารถลด/เลิกการใช้สารแอมเฟตามีนในที่สุด

ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ออกแบบอย่างเฉพาะเจาะจงเพื่อเพิ่มพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดสารแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดสารแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยเสพติดสารแอมเฟตามีนชายและหญิงที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ในระบบสมัครใจ และบังคับบำบัด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) เข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดในระยะเวลา 1-30 วันแรกในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถอ่านหนังสือออก และเขียนได้ และ 4) ไม่มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ไม่มีอาการผิดปกติของความคิด เช่น มีภาวะบกพร่องของความคิด ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.2¹⁸ โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ อย่างน้อยที่ระดับร้อยละ 80 ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และกำหนดขนาดอิทธิพลของประชากร สำหรับการทดสอบด้วยสถิติที่ แบบ 2 กลุ่ม เท่ากับ 0.69 โดยใช้ผลงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมฯ ที่คล้ายคลึงกับการศึกษาของสุกมา¹⁹ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 54 ราย และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางส่วนเป็นกลุ่มตัวอย่างในระบบสมัครใจ จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 เป็น 72 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มเท่าๆ กัน โดยการจับคู่ตัวแปรเรื่องอายุ สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและควบคุมด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้กลุ่มละ 36 ราย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 1) โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้ศึกษาดัดแปลงมาจากแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมของเบค²⁰ และโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนของสูกุม²¹ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม เพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยการเปลี่ยนความคิด และความเชื่อผิดๆ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะใหม่ๆ ในการป้องกันกลับไปเสพซ้ำ นอกจากนี้โปรแกรมนี้ยังได้นำแนวคิดของมิลเลอร์²² ที่ให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกแอมเฟตามีน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองในการเลิกสารเสพติดด้วย โปรแกรมฯ ประกอบด้วยกิจกรรม 8 กิจกรรม 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ชุดคือ ชุดที่ 1 แบบประเมินพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองโดยแบ่งเป็น 2 ตอนคือ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเสติดสารแอมเฟตามีน และตอนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อเลิกสารเสพติดที่ผู้ศึกษาดัดแปลงมาจากแบบวัดความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดของนันทชิตสัมฤทธิ์²² ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วยการประเมินด้านความคิดด้านเจตคติ และด้านพฤติกรรมการกระทำ (ทักษะที่จำเป็นในการเลิกสารเสพติด) ชุดที่ 2 ไม่บรรทัดแห่งความพร้อมของโรลนิก²³ ใช้เพื่อประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มกิจกรรมกลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติด พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติด และนักจิตวิทยาผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติด

2) แบบประเมินพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลการคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.87 และทดสอบความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.87 (20) และ เท่ากับ 0.92 (n=72)

การให้การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้ช่วยผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลดูแลผู้ป่วยในตึกฟื้นฟูสมรรถภาพรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมทันที

2) ผู้ศึกษาและผู้ช่วยผู้ศึกษา ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นผู้ให้การทดลองตามโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยจัดเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 12 คน โปรแกรมฯ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะแรก กิจกรรมที่ 1-4 สร้างความตระหนักโดยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเกี่ยวกับผลของสารเสพติดต่อตนเองและครอบครัว เรียนรู้ตรวจสอบและปรับความคิด เพื่อให้เข้าใจและสามารถวิเคราะห์อารมณ์ และพฤติกรรมตนเองที่เกิดจากความคิด ฝึกการประเมินค้นหาความคิด อารมณ์และพฤติกรรมตนเอง ฝึกทักษะในการจัดการความคิดลบ หรือความคิดที่บิดเบือนเกี่ยวกับสารเสพติด ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสารเสพติด และการตั้งเป้าหมายในการเลิกแอมเฟตามีน และระยะที่ 2 กิจกรรมที่ 5-8 จัดให้เรียนรู้และพัฒนาทักษะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ในเรื่องการเผชิญและแก้ปัญหา การกล้าแสดงออก การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การจัดการอารมณ์ การจัดการกับตัวกระตุ้นและเหตุการณ์เสี่ยงที่จะนำไปสู่การใช้สารเสพติด และการจัดการอาการอยากยา การดำเนินกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรมจัดเรียงตามลำดับ ดำเนินการที่หอผู้ป่วยฟื้นฟูฯ ร่วมกับการพยาบาลปกติของสถานบำบัด โดยทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง วันจันทร์ พุธ และศุกร์ ครั้งละ 90-120 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงมิถุนายน

ก่อนเริ่มกิจกรรมทุกครั้งผู้ศึกษาได้ประเมินแรงจูงใจโดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง และจากการสังเกตความร่วมมือ ความกระตือรือร้นขณะเข้าร่วมกิจกรรม หากมีกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจต่ำ ผู้ให้การทดลองจะเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงก่อนดำเนินกิจกรรมโดยใช้พลังกลุ่มช่วย จากนั้นทบทวนการเรียนรู้และทักษะในกิจกรรมที่ผ่านมา นำเสนอการบ้านซึ่งได้รับหลังจบกิจกรรมทุกครั้ง ภายหลังกิจกรรมแต่ละครั้ง ผู้ศึกษาและผู้ช่วยผู้ศึกษามอบหมายการบ้านเพื่อให้กลุ่มทดลองนำไปฝึกอย่างต่อเนื่องรวมทั้งหมด 7 ครั้ง

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองในช่วงก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test ทั้งนี้การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดได้ทำภายหลังการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่ (t-test) ในเรื่องการกระจายของข้อมูลมีลักษณะเป็นโค้งปกติ การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผล

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระบบบังคับบำบัด (ร้อยละ 69.4) เป็นเพศหญิงและเพศชายจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 52.8 และ 48.2 ตามลำดับ) อายุอยู่ในช่วง 19-55 ปี อายุเฉลี่ย 30.9 ปี (SD = 6.92) สำหรับประวัติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดพบว่า ส่วนใหญ่ใช้แอมเฟตามีนอย่างเดียว (ร้อยละ 69.4) ใช้แอมเฟตามีนประมาณ 1-9 เม็ด/วัน (ร้อยละ 86.1) ประมาณร้อยละ 50 ใช้สารเสพติดเพราะความสนุก คิดว่าโก้ เพื่อเพิ่มความมั่นใจ และเพื่อนชวน ประมาณร้อยละ 50 เคยเข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดอย่างน้อย 1 ครั้ง และหลังบำบัดรักษาเคยเลิกสารเสพติดได้นานประมาณ 1 เดือน -1 ปี

ส่วนกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง กล่าวคือส่วนใหญ่อยู่ในระบบบังคับบำบัด (ร้อยละ 75.0) และเป็นเพศหญิงและเพศชายจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 50.0 อายุอยู่ในช่วง 19-45 ปี อายุเฉลี่ย 31.9 ปี (SD = 8.54) ประวัติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่ใช้แอมเฟตามีนอย่างเดียว (ร้อยละ 80.6) ใช้แอมเฟตามีนประมาณ 1-9 เม็ด/วัน (ร้อยละ 94.4) สาเหตุของการใช้สารเสพติดเพราะเพื่อนชวน และความเครียด (ร้อยละ 72.2) ประมาณร้อยละ 50 เคยเข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดอย่างน้อย 1 ครั้ง และหลังบำบัดรักษาเคยเลิกสารเสพติดได้นานประมาณ 1 เดือน -1 ปี (ร้อยละ 62.1)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test และใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) และสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซกต์ (Fisher's Exact test) พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > 0.05) โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน

แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.56) มีความลังเลในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองเกือบทั้งหมด [ร้อยละ 93.10 (27/29x100)] มีการเปลี่ยนแปลงของแรงจูงใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=21.34, p=0.00$) นั่นคือโปรแกรมฯ มีผลทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง (n=36)

ก่อนการทดลอง	การเปลี่ยนแปลงหลังการทดลอง ราย (ร้อยละ)			χ^2	p
	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลงดีขึ้น			
ลึกลับ	29 (80.56)	2 (5.56)	27 (75.00)	26.07	0.00***
มีแรงจูงใจ	7 (19.44)	7 (19.44)	0 (0.00)		

p < 0.001***

พฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

จากตารางที่ 2 และภาพที่ 1 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองเท่ากับ 103.44 (SD=9.73) ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง คะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น 125.36 (SD=8.47) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -12.12, p < 0.05)

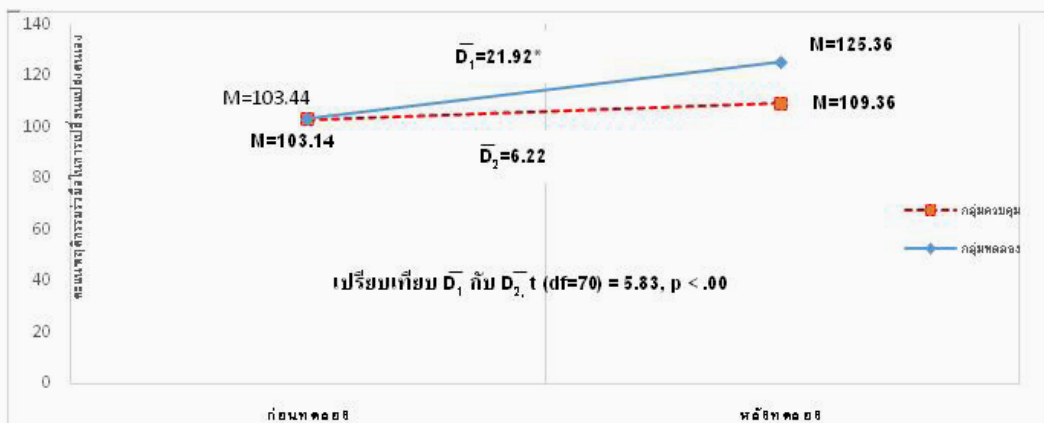
เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที

(Independent t-test) พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนไม่แตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > 0.05) ภายหลังจากการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของกลุ่มทดลอง [M = 125.36, (SD = 8.47)] สูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณาผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองในระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{D} = 21.92$) พบว่า สูงกว่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของกลุ่มควบคุม ($\bar{D} = 6.22$) (ภาพที่ 1)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองรายด้านและโดยรวม ในช่วงก่อนทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเอง	คะแนนที่เป็นไปได้	กลุ่มทดลอง (n=36)			กลุ่มควบคุม (n=36)			t	p
		คะแนนที่เป็นจริง	M	SD	คะแนนที่เป็นจริง	M	SD		
ก่อนทดลอง									
ด้านความคิด	7-28	16-26	20.86	2.44	11-27	20.28	3.19	0.87	0.19
ด้านเจตคติ	7-28	13-27	22.25	3.04	14-28	21.64	3.19	0.83	0.20
ด้านพฤติกรรม	21-84	39-69	54.47	7.77	29-72	55.33	9.21	-0.43	0.33
โดยรวม	35-140	83-121	103.44	9.73	69-123	103.14	13.34	0.11	0.45
หลังทดลอง									
ด้านความคิด	7-28	20-27	24.28	2.05	15-28	21.42	2.83	4.91	0.00***
ด้านเจตคติ	7-28	21-28	25.47	2.12	17-28	22.72	2.74	4.76	0.00***
ด้านพฤติกรรม	21-84	64-84	75.61	6.53	43-79	65.22	7.69	6.18	0.00***
โดยรวม	35-140	107-139	125.36	13.47	82-127	109.36	10.64	7.06	0.00***

p < 0.001***



ภาพที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิจารณ์

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาหัตถการแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในระบบบังคับบำบัด (ร้อยละ 69.4) เป็นเพศหญิงและเพศชายจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 52.8, 48.2 ตามลำดับ) อายุอยู่ในช่วง 19-55 ปี อายุเฉลี่ย 30.89 ปี ส่วนใหญ่ใช้แอมเฟตามีนเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับสถิติของสถาบันธัญญารักษ์ (2559) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอมเฟตามีน พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใช้แอมเฟตามีนเพียงอย่างเดียว และใช้ประมาณ 1-9 เม็ด/วัน

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ใช้สารเสพติด คือ เพื่อน ทั้งการชักชวนจากเพื่อน และต้องการยอมรับจากเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ ในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้สารแอมเฟตามีน^{24,16} และสถิติการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอมเฟตามีนของสถาบันธัญญารักษ์ปี 2555-2557⁴

แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อเลิกสารเสพติด

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95) มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อเลิกสารเสพติดดีขึ้น เนื่องมาจากการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้เสพติดสารเสพติดเป็นศูนย์กลาง การสร้างความไว้วางใจและลดปฏิกิริยาเชิงต่อต้าน ช่วยให้ผู้เสพติดสารเสพติดได้สำรวจและแก้ไขความลังเลใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสพติดสารเสพติด⁸ จะเห็นว่าแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเลิกสารเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมร่วมมือในการบำบัด⁷⁻⁸ และเป็นเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการเรียนรู้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม⁸⁻¹⁰

พฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง [M(SD)=125.36(8.47)] สูงกว่าก่อนทดลอง [M (SD) =103.44 (9.73)] และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม 8 กิจกรรม ซึ่งมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนต่อเนื่องเชื่อมโยงกันเป็นลำดับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในหลักการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยสอนให้เข้าใจรูปแบบของความคิดที่สัมพันธ์กับอารมณ์และพฤติกรรม การค้นหาความคิดที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด การประเมินความคิด การปรับความคิด การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเรียนรู้ถึงการสร้างพฤติกรรมใหม่ๆ แทนที่พฤติกรรมเดิมที่เป็นปัญหา ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองให้กลุ่มทดลองได้ และเมื่อทดสอบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมยังพบว่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมร่วมมือการเปลี่ยนแปลงตนเองของกลุ่มทดลอง ($\bar{D} = 21.92$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D} = 6.22$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.83, p < 0.00$) เป็นการช่วยยืนยันผลของโปรแกรมฯ ช่วยเพิ่มพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมฯ ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ในกิจกรรมบำบัดรักษาได้

สรุป

ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในการสร้างบรรยากาศของการไว้วางใจและผ่อนคลาย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็น และประสบการณ์ที่มีคุณค่า แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทุกคนมีส่วนร่วม มีเป้าหมายในการเลิกใช้สารเสพติด มีการพูดคุยถึงประสบการณ์ความพยายามที่ประสบความสำเร็จในการหยุดใช้ยาเสพติดที่ผ่านมา โดยเล่าถึงวิธีการอย่างไรบ้าง แลกเปลี่ยนกัน และมีการพูดคุยจูงใจให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ในกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรมซึ่งเป็นบรรยากาศของการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ จึงทำให้มีผลต่อแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อเลิกสารเสพติด และพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นเฉพาะกลุ่มตัวอย่าง ($n = 72$) ในสถานบำบัดสารเสพติดแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงยังประชากรของผู้ป่วยสารเสพติดที่มีปัญหาในที่อื่นๆ ที่มีแตกต่างกันได้ ดังนั้น จึงควรศึกษา ขยายผลไปทดสอบในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่มีปัญหาขาดแรงจูงใจและขาดความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองที่ผู้ศึกษาปรับปรุงขึ้นนี้ มีข้อคำถามบางข้อที่เป็นการถามใกล้เคียงกัน ซึ่งต้องใช้สมาธิในการตอบ และหากกลุ่มตัวอย่างไม่มีสมาธิ อาจส่งผลกระทบต่อคะแนนที่ไม่ตรงกับความคิด เจตคติ และพฤติกรรมที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปอาจต้องระมัดระวังเทคนิคการเก็บข้อมูล โดยควรจัดสถานที่ที่มีบรรยากาศเงียบสงบ ผ่อนคลาย และไม่มีสิ่งรบกวนสมาธิของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ควรจะมีการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในระยะยาว เพื่อจะได้ทราบว่าโปรแกรมฯ มีผลในระยะยาวหรือไม่ การทำกิจกรรมในการทดลองนี้ ทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทำให้กลุ่มทดลองมีเวลาการฝึกทักษะที่ได้รับน้อย จึงควรนำโปรแกรมฯ ไปทดสอบซ้ำโดยปรับระยะเวลาในการทำกิจกรรมให้ห่างออกไป อาจทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาฝึกทักษะที่ได้รับจากกิจกรรมมากขึ้น และควรเพิ่มระยะเวลาการทำกิจกรรมมากกว่า 3 สัปดาห์ และเพิ่มจำนวนครั้งของการฝึกกิจกรรม เช่น ทักษะการจัดการความคิด ทักษะการจัดการอารมณ์ การกล้าแสดงออก การจัดการอาการขาดยา และทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถทำทักษะเหล่านี้ได้เมื่อเกิดปัญหา ซึ่งอาจมีผลให้คะแนนพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณในความกรุณาของ ผศ.ดร. นิตยา ตากวิริยะนันท์ และ ผศ.ดร. นพ.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และขอขอบพระคุณ นพ.วิโรจน์ วีระชัย ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนีที่ให้การสนับสนุน และขอบคุณผู้ช่วยวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการศึกษา

References

1. NIDA. Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction (Internet). 2014 (cite 2016 Mar 6). Available from: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction>.
2. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies Evidence for action (Internet). 2003 (cite 2016 May 5). Available from: www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.
3. กฤษณา พิรเวช. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559 (เข้าถึงเมื่อ 23 มี.ค. 2557). เข้าถึงได้จาก: <http://rehabmed.md.chula.ac.th/index.php/th/teacher/2-uncategorised/>.
4. สถาบันวิจัยรณรงค์. สถิติผู้ป่วยในที่ได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพปี 2555-2557. เอกสารอัดสำเนา; 2558.
5. NIDA. Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction (Internet). 2012(cite 2016 Mar 6). Available from: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction>.
6. Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing. (2nd ed). New York: The Guilford Press; 2002.
7. United Nations. Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base (Internet). 2012 (cite 2015 Jul 24). Available from: http://www.unodc.org/docs/treatment/Review_E.pdf.
8. Baker A, Lee NK, Claire M, Lewin TJ, Grant T, Pohlman S, et al. Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction* 2005; See comment in PubMed Commons below 100: 367-78.
9. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001; 96: 1725-42.
10. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev of Clin Psychol* 2005; 1: 91-111.
11. Miller W, Yahne C, Tonigan J. Motivational Interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 754-63.
12. Mullins S, Suarez M, Ondersma SJ, Page MC. The impact of motivational interviewing on substance abuse treatment retention: a randomized control trial of women involved with child welfare. *J Subst Abuse Treat* 2004; 27: 51-8.
13. Winhusen T, Kropp F, Babcock D, Hague D, Erickson SJ, Renz C, et al. Motivational enhancement therapy to improve treatment utilization and outcome in pregnant substance users. *J Subst Abuse Treat* 2008; 35: 161-73.
14. Moyers T, Houck J. Combining motivational interviewing with cognitive behavioral treatments for substance abuse: lessons from the COMBINE research project. *Cognitive and Behavioral Practice* 2011; 18: 38-45.
15. McKee S, Kathleen M. Carroll, Rajita Sinha, Enhancing brief cognitive-behavioral therapy (CBT) with motivational enhancement techniques (MET) in cocaine users, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.05.006>
16. อาภาศิริ สุวรรณานนท์ รัตนา บรรณารธรรม และคณะ. ปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดสารเสพติดซ้ำ. [ม.ป.ท.]; 2550.
17. Suvanchot KS, Somrongthong R, Phukao D. Efficacy of group motivational interviewing plus brief cognitive behavior therapy for relapse in amphetamine users with co-occurring psychological problems at southern psychiatric hospital in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand Material* 2012; 95: 1075-80.
18. Faul F. G^{*} Power version 3.1.9.2. Germany: University of Kiel; 2014.
19. Saengduenchai S, Chuawanlee W, Choochom O. The effect of cognitive-behavioral therapy program, with social support, on readiness for early relapse prevention and non-relapse of alcohol use disorder patients. *Journal of Mental Health of Thailand* 2010; 19: 29-41.
20. Beck AT. Cognitive therapy of substance abuse. USA: Guilford; 1993.
21. สุกุมมา แสงเดือนฉาย, วันเพ็ญ ใจปทุม, สำเนา นิลบรรพ์. และสุภาภัทร คงหอม, คู่มือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์แห่งประเทศไทย; 2557.
22. Sakunpong N, Choochom O, Taephant N. Resilience of substance-dependent women: the multi-phase mixed methods research for scale development and effects of integrative group counseling. *Journal of Nurses' Association of Thailand* 2016; 31: 16-32.
23. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behavior change: a guide for practitioners. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone; 1999.
24. Ruangki P, Takviriyannun N, Komoltri C. Risks and protective factors for amphetamine use among adolescent students, Pathumthani Province : unmatched case, *Thammasat Medical Journal* 2011; 1: 543-8.