

THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY APPLYING BUDDHISM TWELVE STEP FACILITATION PROGRAM ON PREVENTION RELAPSE BEHAVIORS OF PATIENTS COMPULSORY DRUG ADDICT

*Punnee Sanghirun, R.N.**, *Jarinya Kaewsakultong, R.N., M.N.S.***, *Maturada Bunjongkarn, R.N., Ph.D.****

Abstract

Objective: To investigate the impact of a cognitive behavior therapy applying Buddhism twelve step facilitation program for prevention relapse behaviors and compare the mean score after finishing and 1-month follow up, of the efficacy to relapse prevention of the experimental group after participating in the cognitive behavior therapy applying Buddhism twelve step facilitation program.

Methods: This study was a quasi-experimental research samples were 44 patients compulsory drug addict in Suansaranrom Psychiatric Hospital who met the criteria. The experimental and control groups were simply randomized, 22 subjects each group. Data were conducted three periods consisting of pre-test, post-test and one month after finishing the program. The experimental group participated in the cognitive behavior therapy applying Buddhism twelve step facilitation program while the control group received regular caring activities. Research instruments were as follows: 1) A personal data questionnaire; 2) The efficacy to relapse prevention questionnaire. The program and questionnaires were validated by 3 professional experts. Cronbach alpha coefficient reliability of the efficacy to relapse prevention was .92. Data were analyzed by descriptive statistics, dependent t-test, independent t-test and repeated measures ANOVA.

Results: 1) After finishing and 1-month follow up, the mean score of the efficacy to relapse prevention of the experimental group after participating in the cognitive behavior therapy applying Buddhism twelve step facilitation Program was 146.22 (SD = 14.07) and 149.50 (SD = 14.56) respectively. The mean score at the completed program was significantly higher than the score before participating in the program (mean = 78.40, SD = 27.53) ($p < .05$). 2). The mean scores of the efficacy to relapse prevention of the experimental group and control group in pre-participating in the cognitive behavior therapy applying Buddhism twelve step facilitation program were not different. The mean scores after participating in the program and 1-month follow up were significantly different, .05.

Conclusion: Cognitive behavior therapy applying Buddhism twelve step facilitation program can enhance the efficient to relapse prevention and extend the duration of non-relapse.

Keywords: cognitive behavior therapy program, Buddhism twelve step, prevention relapse behaviors, patient's compulsory drug addict

*Registered Nurse, Professional Level, Suansaranrom Hospital

**Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Surathani, e-mail: jarinya@bcnsurat.ac.th

***Lecturer, Phrapokklo Nursing College Chanthaburi

Received: 20 May 2021, Revised: 27 August 2021, Accepted: 31 August 2021

ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

ในผู้ป่วยพระราชบัญญัติยาเสพติด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

พรรณี แสงหิรัญ, พย.บ. *, จริญญา แก้วสกุลทอง, พย.ม. **, มธรรดา บรรจงการ, พย.ม. ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยพระราชบัญญัติยาเสพติด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ป่วยที่เข้าระบบบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลอง

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในศูนย์สาธารณสุขสังคมบำบัด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 44 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง 22 ราย และกลุ่มควบคุม 22 ราย ซึ่งเก็บข้อมูล 3 ครั้งในช่วงก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสถิติทดสอบทีชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน และชนิดเป็นอิสระต่อกัน และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษา : 1) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตาม 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม (เฉลี่ย = 146.22, SD = 14.07) (เฉลี่ย = 149.50, SD = 14.56) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและระยะติดตาม 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลองเสร็จสิ้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำหลังการทดลองเสร็จสิ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม (เฉลี่ย = 146.22, SD = 14.07) (เฉลี่ย = 132.68, SD = 25.02) และระยะติดตาม 1 เดือนหลังการทดลองเสร็จสิ้นกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (เฉลี่ย = 149.50, SD = 14.56) (เฉลี่ย = 124.81, SD = 15.52)

สรุป : โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ สามารถส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติดได้ จึงควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมไปใช้ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดป้องกันตนเองจากการเสพติดซ้ำและยืดเวลาในการกลับไปเสพติดซ้ำให้ยาวนานขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม การป้องกันการ ใช้สารเสพติดซ้ำ ผู้ป่วยพระราชบัญญัติยาเสพติด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี, e-mail: jarinya@bcsurat.ac.th

***อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

วันที่รับ: 20 พฤษภาคม 2564, วันที่แก้ไข: 27 สิงหาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 31 สิงหาคม 2564

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรังส่งผลกระทบต่อตัวผู้ติดยาเสพติดโดยตรงทำให้ผู้เสพยาสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรม (กรมสุขภาพจิต, 2558) ขาดการพัฒนาจนกลายเป็นบุคคลที่เสื่อมสมรรถภาพในช่วงที่ผู้ป่วยเสพยาเสพติด มีพฤติกรรมกระทำสิ่งที่ไม่ดี และกระทำซ้ำบ่อยครั้งเนื่องจากขาดสติ ทำให้มีความรู้สึกผิดติดค้างในจิตใจอย่างมาก (ดรุณี กุขาว และคณะ, 2555) ไม่เคารพนับถือตนเอง และจิตใจก็มักใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสมเพื่อลดความรู้สึกผิดบาปลง ได้แก่ การไม่ยอมรับความจริง (denial) การมองปัญหาน้อยกว่าความเป็นจริง (minimization) การโทษผู้อื่น (projection) การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (rationalization) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีประสบการณ์เลิกเสพยาเสพติดไม่สำเร็จมาหลายครั้ง ไม่มีความมั่นใจว่าตนเองจะเลิกสารเสพติดได้สำเร็จ หรือไม่มีโอกาสกลับไปเป็นคนดีได้ ดังนั้นโรคติดยาเสพติดในมิติหนึ่งก็คือโรคของความเสื่อมถอยทางจิตวิญญาณนั่นเอง (พิชัย แสงชาญชัย, 2554) กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยทั่วไปมุ่งดูแลด้านกาย จิต สังคม แต่ยังคงขาดมิติทางด้านจิตวิญญาณที่เน้นการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) ซึ่งการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นสภาวะแห่งความสุขที่เกิดจากการเข้าถึงความดี ความงาม ความจริงของชีวิต ความใกล้ชิดทางศาสนาเป็นปัจจัยป้องกันต่อการติดยาเสพติด คุณค่าหรือความดีงามในจิตใจเป็นตัวปกป้องคุ้มครองไม่ให้คนเรากระทำในสิ่งที่ไม่ดี (พิชัย แสงชาญชัย, 2554)

ศูนย์สารจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งที่รับผิดชอบในการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบการบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) ปี พ.ศ. 2562 เป็นระยะเวลา 120 วัน จากการรวบรวมสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2563 มีผู้ป่วยยาเสพติดในระบบการบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดเข้ารับการรักษาศูนย์สารจิตสังคมบำบัด โดยโปรแกรมจิตสังคมบำบัด (matrix program) ผสมผสานกับการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) จำนวน 108, 106 และ 103 ราย ตามลำดับ และในแต่ละปีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดและจำหน่ายกลับบ้านกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 62.03, 60.37 และ 57.28 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าทุก ๆ ปีมีจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ที่กลับไปเสพยาซ้ำ และต้องกลับเข้ารับการบำบัดรักษาในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี และจากการทบทวนการสนทนากลุ่ม (focus group) ในระหว่างกระบวนการบำบัดได้ข้อสรุปเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลให้กลับไปเสพยาซ้ำของผู้ป่วยคือ ในด้านผู้ป่วยไม่มีความพร้อม ถูกบังคับให้บำบัด ขาดการรับรู้และยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่สามารถนำความรู้หรือทักษะไปปรับใช้ได้จริง ในสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ ขาดความร่วมมือในการบำบัด มีความคิดลึกลับใจ เป้าหมายไม่ชัดเจนและขาดพลังในเรื่องการเสริมคุณค่าทางจิตวิญญาณในตัวเอง ทำให้ไม่ตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ อีกทั้งขาดจิตสำนึกของการเป็นพลเมืองดี ไม่สามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการคิดวิเคราะห์

ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองที่จะนำไปสู่การเลิกยาได้ อีกทั้งด้าน โปรแกรมกิจกรรมบำบัดที่ให้กับผู้ป่วยยาเสพติดยังขาดความครอบคลุมการพัฒนาและการเข้าถึงหลักศาสนาที่จะช่วยฟื้นฟูจิตวิญญาณของผู้บำบัดเพื่อให้เกิดปัญญา เกิดการทบทวนตนเองให้มีความเข้าใจและยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น เกิดความศรัทธาและเชื่อมั่นในตนเองและเห็นสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริงและสามารถก้าวข้ามปัญหาเสพติดที่ตนประสบอยู่ ละวางสิ่งไม่ดีเพื่อให้ประสบการณ์สงบสุขอย่างแท้จริงได้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2554)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบการบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) ปี พ.ศ. 2562 จึงได้ทบทวนรูปแบบการบำบัดและพัฒนา กิจกรรมบำบัดให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนตนเอง มีการรับรู้กระบวนการวิธีตรวจสอบความคิด รับรู้ความรู้สึกรู้สึกของตนเอง และเน้นการบำบัดที่การพยายามจัด หรือเปลี่ยนแปลงความคิดความเชื่อ ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด ได้แก่ ทักษะการโต้แย้งความคิดที่ไม่เหมาะสม ทักษะการจัดการกับอาการอยากยา ทักษะการจัดการกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ทักษะการผ่อนคลายความเครียด (อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ และคณะ, 2559) และที่สำคัญคือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตที่สมดุล (balanced daily life style) เพื่อเอื้อต่อการเลิกยาเสพติดร่วมกับการใช้เทคนิคการบำบัดภาวะเสพติดแบบ 12 ขั้นตอนแนวพุทธ

เป็นหลักการฟื้นฟูทางจิตวิญญาณ โดยยึดแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจและพัฒนาตนไปตามหลัก 12 ขั้นตอน และให้ผู้เสพยาเสพติดได้ฟื้นฟูทางจิตใจที่ดีงาม กลับมามีสติและปัญญา มีความมั่นคงทางจิตใจเป็นภูมิคุ้มกันสิ่งไม่ดี (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2553) อ้างถึงใน พิชัย แสงชาญชัย, 2555) ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลไปสู่ชุมชนเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน สอดคล้องกับบริบทและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดจนสามารถป้องกันไม่ให้กลับไปเสพยาได้ตลอดไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ป่วยพระราชบัญญัติยาเสพติด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ป่วยที่เข้าระบบการบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลอง

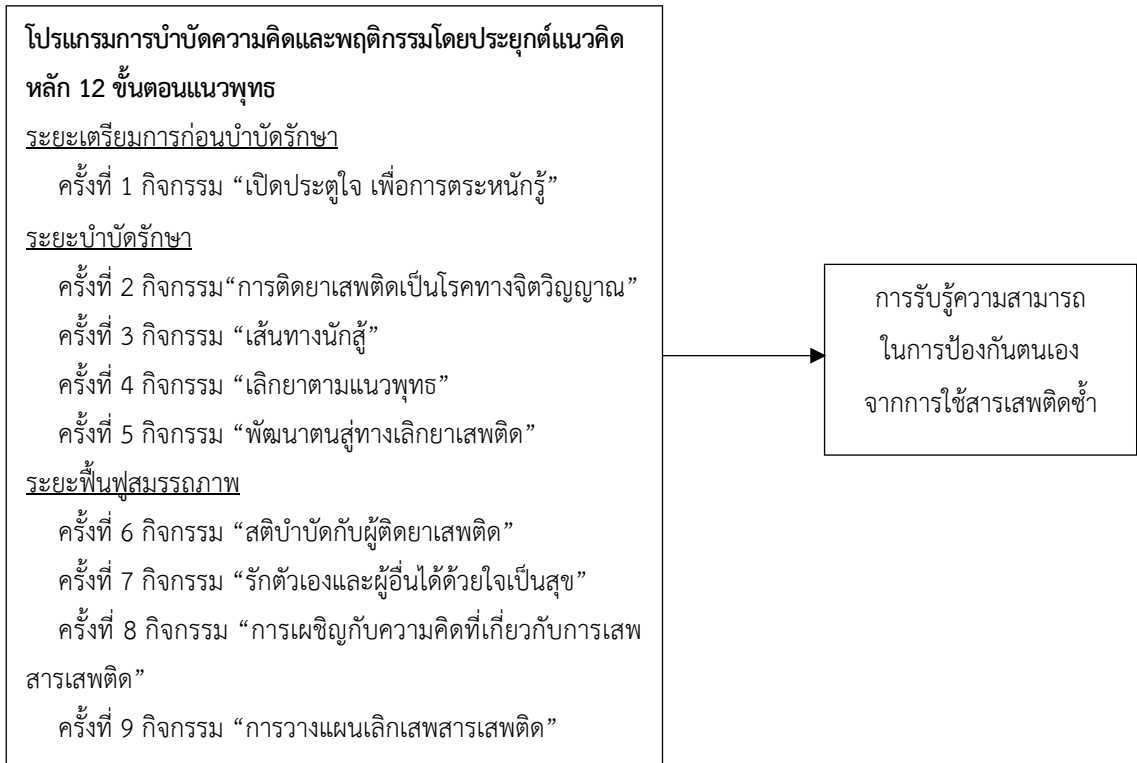
สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการ

รับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิด

หลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับ การบำบัดตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง (pretest-posttest control group design)

ประชากร ประชากรในการศึกษาค้างนี้

คือ ผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติยาเสพติดที่เข้ารับ การบำบัดในศูนย์สาธิตจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติยาเสพติดที่

เข้ารับการบำบัดในศูนย์สาธิตจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ระยะเล็งใจ จำนวน 44 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 ใช้สถิติ t-test กำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กำหนดขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบจากการทบทวนงานวิจัยที่ใกล้เคียงเรื่อง ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน สำหรับผู้ป่วยในที่ติดสุรา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (วนิดา รัตนสุมาวงศ์, ธวัชชัย ลิขิตานาจ, พิชัย แสงชาญชัย และพลังสันต์ จงรักษ์, 2555) โดยนำ mean effect size ($d = .48$) มาแทนค่าในโปรแกรม G*Power แล้วได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 40 คน และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) และเพื่อให้การกระจายของข้อมูลเป็น โคนึงปกติ (normality) มากที่สุดและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10% จำนวน 4 คน จะได้กลุ่มตัวอย่าง 44 คน โดยแบ่งสมาชิกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากันด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน และมีตัวแปรรบกวน (confounders) กระจายอย่างเท่าเทียมกันทั้งสองกลุ่ม ได้เป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน ซึ่งการแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้วิธีการปกปิดสองทาง (double-blinded experiment) คือ ระหว่างการวิจัยทั้งคณะผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างจะไม่ทราบ

ว่ากิจกรรมการบำบัดใดเป็นโปรแกรมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าตนเองอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ

- 1) มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี
- 2) มีค่าคะแนนประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF) อยู่ในช่วง 60-80
- 3) ประเมิน stage of change = 2
- 4) นับถือศาสนาพุทธ หรือศาสนาอื่น ๆ ที่ยินยอมเรียนรู้และปฏิบัติตามหลักศาสนาพุทธ
- 5) สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ พออ่านออกเขียนได้
- 6) ได้รับการรักษาด้วยยามาแล้ว 1 สัปดาห์ ค่า BPRS ≤ 36 คะแนน
- 7) ไม่มีโรคทางสมองที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย

8) มีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (รหัสจริยธรรมการวิจัย SSR REC 6/2563) ลงวันที่ 6 ตุลาคม 2563 หลังจากได้รับการรับรองผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา

โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษาและบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ของศูนย์สถิติจิตสังคมบำบัด ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอโดยภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะมีการลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน เริ่มใช้ยาเสพติด ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ และการได้รับการบำบัดยาเสพติด

1.2 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากงานวิจัยของสุกมาแสงเดือนฉาย (2553) โดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธมีจำนวน 35 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 1 ประโยค เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มั่นใจมาก” จนถึง “ไม่มั่นใจเลย” เพื่อให้ครอบคลุมหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธที่กล่าวถึงหลักไตรสิกขา และมรรคมงคลแปด การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความ

เที่ยงตรงของเนื้อหา รวมทั้งการใช้ภาษาที่เหมาะสมและนำแบบวัดมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ อีกทั้งผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำแบบวัดที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (item total correlation) อยู่ระหว่าง .76 - 1.00 และคำนวณค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) จากข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .92

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของอารอน เบค (Beck, 1995) และแนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธของพิชัย แสงชาญชัย (2555) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยศึกษาและวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการจัดทำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะเวลาบำบัด 9 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 นาที ระยะเวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์ ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพและจิตเวช 3 ท่าน สำหรับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาภาษาความยากง่ายจากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหากิจกรรมและทดสอบความเป็นไปได้โดย

นำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 5 คน ก่อนนำไปใช้จริง รายละเอียดของโปรแกรมมีดังนี้

ระยะเตรียมการก่อนบำบัดรักษา

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “เปิดประตูใจ เพื่อการตระหนักรู้”

ระยะบำบัดรักษา

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “การติดยาเสพติดเป็นโรคทางจิตวิญญาณ”

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “เส้นทางนักสู้”

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “เลิกยาตามแนวพุทธ”

ครั้งที่ 5 กิจกรรม “พัฒนาตนสู่ทางเล็กยาเสพติด”

ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ครั้งที่ 6 กิจกรรม “สติบำบัดกับผู้ติดยาเสพติด”

ครั้งที่ 7 กิจกรรม “รักตัวเองและผู้อื่นได้ ด้วยใจเป็นสุข”

ครั้งที่ 8 กิจกรรม “การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวกับการเสพยาเสพติด”

ครั้งที่ 9 กิจกรรม “การวางแผนเลิกเสพยาเสพติด”

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเองและมีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน ซึ่งทดลองฝึกการใช้แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำก่อนนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง โดยผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ช่วยทำกิจกรรมตามโปรแกรม เก็บข้อมูล

แบบสอบถาม และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา 3 ระยะ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำในผู้ป่วยพระราชบัญญัติยาเสพติดโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ตามแนวทางการทำวิจัยดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม

และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเขียนโครงร่าง และออกแบบเครื่องมือในการวิจัย และเสนอเพื่ออนุมัติ

1.2 ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของ

เครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และเสนอโครงร่างเพื่อขอพิจารณาการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

1.3 หลังโครงร่างวิจัยผ่านการ

พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อทดลองใช้เครื่องมือ

1.4 ผู้วิจัยเตรียมตัวในการทำกลุ่ม

กิจกรรมตาม โปรแกรมการบำบัดความคิดและ

พฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอน แนวพุทธ สำหรับผู้ป่วยพระราชบัญญัติยาเสพติด ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

1.5 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจเกิดจากความลำเอียงของผู้วิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด และประสบการณ์การทำกลุ่มจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดอย่างน้อย 2 ปี วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยจะอธิบายถึงหลักการ แนวคิด วัตถุประสงค์ ขอบเขต เนื้อหา และขั้นตอนของกลุ่มกิจกรรมตามโปรแกรมซึ่งแบ่งเป็นกิจกรรมตามรูปแบบการบำบัดของศูนย์สาธิตจิตสังคมบำบัด คือ โปรแกรมจิตสังคมบำบัด (matrix program) ผสมผสานกับการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดปกติ และกิจกรรมเสริมที่สอดคล้องโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอน แนวพุทธ โดยผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่าผู้ป่วยรายใดอยู่กลุ่มควบคุมหรือกลุ่มตัวอย่างตลอดจนจบการศึกษา เพื่อป้องกันอคติในการปฏิบัติการบำบัด และการมอบหมายกิจกรรมเสริมเป็น โปรแกรมการวิจัย และสาธิตการใช้เครื่องมือ และให้ทดลองใช้เครื่องมืออภิปราย ชักถามข้อสงสัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน มีความพร้อม มั่นใจในการทำกิจกรรม และเก็บข้อมูลวิจัย

1.6 เตรียมกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้วิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ตามเกณฑ์ที่กำหนด 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มละ 22 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างจะไม่ทราบว่าตนเองถูกจัดอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยนัดหมายการทำกลุ่มกิจกรรมในวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 13.00 - 14.00 น. ณ ศูนย์สาธิตจิตสังคมบำบัด

2. ขั้นตอนการทดลอง ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลโดยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ มีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้นำในการทำกิจกรรม จัดให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมทุกวันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ตั้งแต่วันจันทร์ - วันศุกร์ วันละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 กิจกรรม ใช้เวลา 60 นาที รวม 9 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 “เปิดประตูใจเพื่อการตระหนักรู้” กิจกรรมที่ 2 “การคิดยาเสพติดเป็นโรคทางจิตวิญญาณ” กิจกรรมที่ 3 “เส้นทางนักสู้” กิจกรรมที่ 4 “เลิกยาตามแนวพุทธ” กิจกรรมที่ 5 “พัฒนาตนสู่ทางเลิกยาเสพติด” กิจกรรมที่ 6 “สติบำบัดกับผู้ติดยาเสพติด” กิจกรรมที่ 7 “รักตัวเองและผู้อื่นได้ด้วยใจเป็นสุข” กิจกรรมที่ 8 “การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวกับการเสพสารเสพติด” และกิจกรรมที่ 9 “การวางแผนเลิกเสพสารเสพติด” โดยระหว่างการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลองจนครบตามโปรแกรม จะใช้คนละช่วงเวลาในการทำ

กิจกรรมที่แยกจากกลุ่มควบคุม และอธิบายเหตุผลความจำเป็นให้กลุ่มทดลองงดเว้นการพูดคุยถึงกิจกรรมที่ได้เข้าร่วม (โดยอธิบายว่าจะจัดกิจกรรมให้กลุ่มควบคุมภายหลังจัดให้กลุ่มทดลองเสร็จสิ้นแล้ว) ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมปัจจัยภายนอกจากการถ่ายเทระหว่างกลุ่ม (contaminate) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือการบำบัดโดยใช้กระบวนการชุมชนบำบัด การบำบัดรักษาแบบจิตสังคมบำบัด และการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST)

3. **ขั้นประเมินผลการดำเนินกิจกรรม**
 หลังจากดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 9 กิจกรรม ประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ และหลังจากนั้น 1 เดือน จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ที่ข้อมูลทางสถิติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ช่วยวิจัย พยาบาลและเจ้าหน้าที่ศูนย์สาธิตจิตสังคมบำบัด เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือ

การมารับบริการแต่อย่างใด ข้อมูลต่าง ๆ จะปกปิดเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยวิธีการจับสลาก กลุ่มละ 22 คน และดำเนินการประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำก่อนเข้าโปรแกรม (pre-test) ในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งภายหลังการประเมินได้ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 9 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที จัดทุกวันสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ๆ ละ 1 กิจกรรม รวมระยะเวลา 2 สัปดาห์ และประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นทันที โดยใช้แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ และหลังจากนั้น 1 เดือน (post-test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ chi-square test และสถิติ fisher exact test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t-test independent โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่ง

ข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยใช้สถิติ repeated measures ANOVA และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 และ 2 โดยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.45 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 54.50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 36.40 มีอาชีพหลักก่อนเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 45.50 มีรายได้รวมต่อเดือนส่วนใหญ่ 5,000 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.00 พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ คิดเป็นร้อยละ 63.60 เริ่มใช้ยาเสพติดตั้งแต่อายุอยู่ในช่วง 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.50 ชนิดของยาเสพติดที่ใช้เป็นหลัก/เบียร์ คิดเป็นร้อยละ 31.80 และไม่เคย

เข้ารับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 54.50

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอยู่ในช่วงอายุ 26 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.90 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 45.50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 27.30 มีอาชีพหลักก่อนเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่คือธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 31.80 มีรายได้รวมต่อเดือนส่วนใหญ่ 5,000 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.90 พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ คิดเป็นร้อยละ 50.00 เริ่มใช้ยาเสพติดตั้งแต่อายุอยู่ในช่วง 16 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.50 ชนิดของยาเสพติดที่ใช้เป็นหลัก/เบียร์ คิดเป็นร้อยละ 40.90 และไม่เคยเข้ารับการรักษาเท่ากับเคยเข้ารับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 50.00

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลอง

พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที (mean = 146.22, SD = 14.07) และระยะติดตาม 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม (mean = 149.50, SD = 14.56) มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (mean = 78.40, SD = 27.53) ดังแสดงในตารางที่ 1

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

พบว่าไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลอง

เสร็จสิ้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value = .032) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำหลังการทดลองเสร็จสิ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 146.22, SD = 14.07) (mean = 132.68, SD = 25.02) และระยะติดตาม 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value = .000) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำหลังการทดลองเสร็จสิ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 149.50, SD = 14.56) (mean = 124.81, SD = 15.52) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 1 เดือน (n = 22)

| คะแนนการรับรู้ความสามารถ ในการป้องกันตนเองจากการใช้ สารเสพติดซ้ำ | mean (SD) | | | p-value | | |
|--|------------------|-------------------|-------------------------|----------------|----------------|----------------|
| | ก่อนทดลอง (1) | หลังทดลอง (2) | ติดตามผล 1 เดือน (3) | (1) และ (2) | (1) และ (3) | (2) และ (3) |
| กลุ่มทดลอง | 78.40 (27.53) | 146.22 (14.07) | 149.50 (14.56) | .000* | .000* | .384 |

* $p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 1 เดือน (n = 44) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

| แหล่งความแปรปรวน | SS | df | MS | F | p-value |
|-------------------------|----------|----|----------|--------|---------|
| ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม | | | | | |
| กลุ่ม | 2809.70 | 1 | 2809.70 | 5.69 | .022* |
| error | 20728.01 | 42 | 493.52 | | |
| ความแตกต่างภายในกลุ่ม | | | | | |
| ระยะเวลา | 62916.01 | 1 | 62916.01 | 106.40 | .000* |
| ระยะเวลา x กลุ่ม | 6825.28 | 1 | 6825.28 | 11.54 | .001* |
| error | 11871.46 | 42 | 282.65 | | |

การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ดังนี้

1. สมมติฐานข้อที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 1 เดือนมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำหลังการทดลองเสร็จสิ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม หากพิจารณาในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ มีการดำเนินอย่างมีขั้นตอนและบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรมบำบัดในแต่ละครั้ง ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการกลับไปเสพติด (relapse process) การป้องกันการกลับไปเสพติด (relapse prevention) เกิดการเรียนรู้และหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยาก (triggers) และสามารถใช้ทักษะการโต้แย้งความคิดที่ไม่เหมาะสม ทักษะการจัดการกับอาการอยากยา ทักษะการจัดการกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ทักษะการผ่อนคลายความเครียด (อภิศักดิ์

วิทยานุกุลลักษณ์ และคณะ, 2559) และที่สำคัญคือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตที่สมดุล (balanced daily life style) เพื่อเอื้อต่อการเลิกยาเสพติดร่วมกับมีการพัฒนาจนเกิดปัญหาที่ช่วยฟื้นฟูจิตวิญญาณของผู้บำบัด ซึ่งทำให้เกิดการทบทวนตนเอง มีความเข้าใจและยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดจากการเสพยาเสพติด เกิดความศรัทธาและเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งมีความพร้อมในการนำความรู้และทักษะที่ได้ในการบำบัดไปปฏิบัติด้วยความพยายามอย่างจริงจังจนสามารถเลิกยาเสพติดและไม่กลับไปเสพติดซ้ำอีก และส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดเห็นสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริงและสามารถก้าวข้ามปัญหาเสพติดที่ตนประสบอยู่ ละวางสิ่งไม่ดี ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหยุดใช้ยาเสพติดได้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ ปัญญาสุข และสุกมาแสงเดือนฉาย (2556) ที่ศึกษากลุ่มผู้ใช้แอมเฟตามีนที่บำบัดรักษาในระยะบำบัดยาและจำหน่ายกลับบ้านโดยใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งการศึกษาใช้แบบวัดเดียวกัน พบว่าผู้ใช้แอมเฟตามีนที่บำบัดรักษาในระยะบำบัดยาและจำหน่ายกลับบ้านมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งในกิจกรรมของโปรแกรมจะมีการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำให้กับผู้ป่วย โดยในการบำบัดจะจัดกิจกรรมในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นในประสบการณ์ของตนเองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยทุกคนมีเป้าหมายเดียวกันในการเลิกยาเสพติด มีการพูดคุยกันในการเผชิญสิ่งกระตุ้นที่

นำไปสู่การใช้สารเสพติด ซึ่งมีทั้งประสบการณ์ที่สำเร็จ และทำไม่สำเร็จ มีการให้กำลังใจกัน เป็นการสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด รวมทั้งการฝึกทักษะของการจัดการความอยากยา การปฏิเสธ รวมทั้งการแก้ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของแบนคูรา (1986) ที่กล่าวถึงแหล่งที่มาของการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าได้จาก 1) การประสบความสำเร็จจากการกระทำ 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จ 3) การใช้คำพูดชักจูง 4) สถานะทางสรีระวิทยา ซึ่งกิจกรรมมีการพัฒนาระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถให้กับผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของกลุ่มทดลองในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ ปัญจนุศย์ และสุกมา แสงเดือนฉาย (2556) ที่ศึกษากลุ่มผู้ใช้แอมเฟตามีนที่บำบัดรักษาเฉพาะในระยะบำบัดยา ซึ่งผู้ป่วยจะใช้เวลาอยู่บำบัดประมาณ 2 - 3 สัปดาห์ และกลับบ้าน การบำบัดระยะนี้เน้นการบำบัดอาการทางร่างกายที่เกิดจากการขาดยาเสพติด การเตรียมความพร้อมของสภาพร่างกายเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการรับรู้และประเมินตนเองว่ามีสุขภาพแข็งแรงดีขึ้น มีจิตใจเข้มแข็งขึ้น มั่นใจในตนเองมากขึ้นสามารถกลับบ้านได้ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของสิอรุณ แผลมภู (2554) ที่พบว่าผู้ป่วยที่บำบัดในระยะบำบัดยาส่วหนึ่งไม่เข้ารับรักษาตัวต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะ

มีความเชื่อว่าเมื่อรักษาอาการทางร่างกายหายแล้วจะสามารถเลิกยาได้ อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มเป้าหมายจะต้องผ่านการบำบัดรักษาระยะบำบัดยา และตัดสินใจเข้าสูการบำบัดรักษาตัวต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต้องใช้เวลาประมาณ 2 เดือน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จึงได้รับการส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการอยู่บำบัด และให้มีกรรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยจึงอาจประเมินความสามารถของตนเองได้สูงตามการรับรู้ของตนเอง ซึ่งมีการรับรู้ว่าคุณมั่นใจในความสามารถของตนเองในการป้องกันการคิดซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับ อาทิ คัทเดนท์ (Kadden, 2008) ที่พบว่า การเข้าบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งระยะบำบัดและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทำให้ผู้ติดสารเสพติดมีภูมิต้านทานที่เข้มแข็งพอที่จะแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อกลับไปเผชิญกับปัญหาเก่า ๆ และสภาพสังคมเดิมที่ยังคงมียาเสพติด จึงมีแนวโน้มที่คงไว้ซึ่งพฤติกรรมหยุดเสพยาได้ ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำจึงเพิ่มขึ้น และพบความแตกต่างกัน ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 1 เดือน

จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอน แนวพุทธ ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มทดลองกลับมามีจิตใจที่ดีงามอีกครั้ง และก่อเกิดปัญญาในการพัฒนาตนเองอย่างมีศักยภาพ เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนแก้ไขตนเอง มีความมั่นใจในระดับที่จะหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เกิดจากปัจจัยภายในและ

ภายนอก มีการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ โดยส่งผลให้มีแรงจูงใจ และความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ

2. สมมติฐานข้อที่ 2 กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำเป็นรายคู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ 2 คู่ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการทดลองกับหลังการทดลองเสร็จสิ้น (คู่ที่ 1) 2) ระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน (คู่ที่ 2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้ข้อจوابที่ได้อธิบายไว้ว่า การเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ซึ่งมีกิจกรรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ ประกอบด้วย 9 กิจกรรม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการก่อนบำบัดรักษา มี 1 กิจกรรม คือ กิจกรรม “เปิดประตูใจ เพื่อการตระหนักรู้” ระยะบำบัดรักษา มี 4 กิจกรรม คือ กิจกรรม “การติดยาเสพติดเป็นโรคทางจิตวิญญาณ” กิจกรรม “เส้นทางนักสู้” กิจกรรม “เลิกยาตามแนวพุทธ” และกิจกรรม “พัฒนาตนสู่

ทางเลิกยาเสพติด” ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มี 4 กิจกรรม คือ กิจกรรม “สติบำบัดกับผู้ติดยาเสพติด” กิจกรรม “รักตัวเองและผู้อื่น ได้ด้วยใจเป็นสุข” กิจกรรม “การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวกับการเสพยาเสพติด” และกิจกรรม “การวางแผนเลิกเสพยาเสพติด” ซึ่งทั้ง 9 กิจกรรม ส่งเสริมให้มีความตั้งใจในการบำบัดรักษา สร้างความเชื่อมั่นและการรับรู้ในความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งการดำเนินการกิจกรรม เมื่อผ่านขั้นตอนการบำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดจะย้ายไปฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ซึ่งจะเป็นช่วงที่ผู้เข้ารับการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม สถานที่ บุคคลและสังคม ผู้เข้ารับการบำบัดจะมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำในการบำบัดรักษา เพราะจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำเป็นพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงระดับของการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำขึ้นลงได้เสมอ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์และเงื่อนไข โดยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของแต่ละคนอาจแตกต่างกันในช่วงเวลาเดียวกัน อย่างไรก็ตามการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำมีอิทธิพลอย่างมากต่อการแสดงออกของพฤติกรรม (Marlatt & Witkiewitz, 2004) การเสริมกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำในการบำบัด เพื่อกระตุ้นความตั้งใจและแรงจูงใจเป็นระยะ ๆ จึง

ยังคงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธนี้ มีกิจกรรมที่ดำเนินการในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ 4 กิจกรรม คือ กิจกรรม “สติบำบัดกับผู้ติดยาเสพติด” กิจกรรม “รักตัวเองและผู้อื่นได้ด้วยใจเป็นสุข” กิจกรรม “การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวกับการเสพติด” และกิจกรรม “การวางแผนเลิกเสพติด” และประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดว่าอยู่ในระดับใด สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา รัตนสุมาวงศ์ และคณะ (2555) ได้ศึกษาผลของการให้การบำบัดตามหลัก 12 ขั้นตอนแก่ผู้ป่วยติดสุรา เปรียบเทียบกับการให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบปกติ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามหลัก 12 ขั้นตอนมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ตนเองและจำนวนวันหยุดดื่มที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด โดยพบความแตกต่างกันในการติดตามเดือนที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งการกล่าวถึงการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมว่าสามารถดำเนินการได้โดยการออกแบบกิจกรรมให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้วิเคราะห์ถึงความไม่สบายใจ ความอึดอัดใจของความแตกต่างที่เกิดขึ้นในชีวิต (uncomfortable discrepancy) ระหว่างเป้าหมายที่ต้องการกับสิ่งที่เป็นจริงในชีวิต เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดเกิดความตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วเกิดแรงจูงใจที่อยากจะแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ในการป้องกันการติดยา การศึกษาครั้งนี้พบความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งอาจมีเหตุผลหลายประการดังนี้ คือ การรับรู้ความสามารถของผู้เข้ารับการบำบัดอาจเกิดขึ้นจากการที่ผู้เข้ารับการบำบัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประเมินความสามารถของตนเองจากการประสบความสำเร็จในการอยู่บำบัดรักษาได้ครบตามกำหนด ใช้เวลาประมาณ 2 เดือน ซึ่งจากการศึกษาถึงแหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) พบว่าการที่บุคคลประสบความสำเร็จในการกระทำเป็นแหล่งที่มีอิทธิพลมากที่สุดที่ทำให้บุคคลประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ซึ่งจากข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดที่เข้าสู่อการบำบัดรักษา มีสภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น ไม่มีอาการนอนยาที่จะกลับบ้าน ซึ่งผู้เข้ารับการบำบัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่างก็สมัครใจอยู่บำบัดรักษาตัวต่อเนื่องในสถานบำบัด นานถึง 2 เดือน ซึ่งการตัดสินใจที่จะอยู่รักษาตัวแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงชีวิตตนเองให้ดีขึ้น ประารถนาที่จะเลิกยาเสพติด ซึ่งจะสังเกตเห็นว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดในการศึกษาครั้งนี้บางส่วนถึงแม้จะตัดสินใจเข้าบำบัดรักษาต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ก็ไม่สามารถอยู่ได้จนครบกำหนดในระยะติดตามผลหรือกลับบ้านไปก็กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (กลุ่มทดลอง 4 คน กลุ่มควบคุม 4 คน) ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะไม่สามารถปรับตัวกับปัจจัยกระตุ้น หรือ

สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สำหรับระยะติดตามผลภายหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าในช่วง 1 เดือนแรกผู้เข้ารับการบำบัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนผู้ที่กลับไปคิดซ้ำไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้เข้ารับการบำบัดทั้ง 2 กลุ่ม ยังมีแรงจูงใจและความตั้งใจที่ยังคงจะประคับประคองตนเอง และพยายามรักษาสภาพของการไม่ใช้ยาเสพติด มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคิดซ้ำแตกต่างกัน โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งพบว่า การบำบัดเพื่อป้องกันการคิดซ้ำที่สร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองจะช่วยลดโอกาสของการคิดซ้ำได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของสุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ (2557) ที่นำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้เพื่อป้องกันการคิดซ้ำในกลุ่มของผู้ป่วยสุรา พบผลการศึกษาที่สอดคล้องกันคือ ความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดื่มได้ในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคิดซ้ำเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญอีกตัวแปรหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงความพร้อมหรือความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม หรือกล่าวได้ว่าเป็นตัวแทนของส่วนประกอบของพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ (behavioral component) ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการแสดงออกที่บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ อย่างไรก็ตามระดับของการรับรู้ความสามารถของ

ตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลงก็อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพิชัย แสงชาญชัย และคณะ (2554) ที่ศึกษาประสิทธิผลของพฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสานรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าการขาดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคิดซ้ำเป็นการคิดที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ เกี่ยวกับความไม่สำเร็จในความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเมื่อไรที่ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคิดซ้ำน้อยลง ก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่นำไปสู่การคิดซ้ำได้ง่ายขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการศึกษาติดตามการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อทำการประเมินประสิทธิผลของความคงทนการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำต่อไป

2) ศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ เพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ ในกลุ่มผู้ป่วยนอก หรือกลุ่มผู้ป่วยนอกในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่กระทำผิดในคดียาเสพติด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ที่สนับสนุน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคลากรของ ศูนย์สาธิตจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ทุกท่านที่เอื้ออำนวยให้สามารถดำเนินการวิจัยได้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2558). *โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไข ปัญหาหายเสพติด (TO BE NUMBER ONE) กรมสุขภาพจิต*. สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2563, จาก <http://www.tobenumber1.net>
- ฉวีวรรณ บุญชู และ สุกมา แสงเดือนฉาย. (2556). ผลของ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการ คิดซ้ำของผู้ป่วยติดแอมเฟตามีน. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 24-38.
- ครุณี ภูขาว และคณะ. (2555). *การบำบัดผู้ติดสุราและสารเสพติดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: วนิดาการพิมพ์.
- พิชัย แสงชาญชัย และคณะ. (2554). *ประสิทธิผลของพฤติกรรม บำบัดแบบผสมผสานรูปแบบ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- พิชัย แสงชาญชัย. (2555). *คู่มือบำบัดสุราแบบ PMK-CBI*. โครงการศึกษาประสิทธิผลของพฤติกรรมบำบัดแบบ ผสมผสาน รูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสำหรับผู้ติด แอลกอฮอล์ (Phramongutklo Combined behavioral intervention (PMK-CBI)). ศูนย์จิตเวชศาสตร์การเสพติด โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า แผนงานพัฒนาระบบการบำบัดผู้ที่มีปัญหา การดื่มสุรา (พรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ (สสส.).
- วนิดา รัตนสุมาวงศ์, ธวัชชัย ลิฟหานาจ, พิชัย แสงชาญชัย และ พลังสันต์ จงรักย์. (2555). *การศึกษาประสิทธิภาพของการ บำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน สำหรับผู้ป่วยใน ที่ติดสุราโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กองจิตเวชและประสาท วิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. วิทยานิพนธ์แพทย์ประจำ บ้านสาขาจิตเวชศาสตร์, โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- สีอรุณ แผลมภู. (2554). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง แรงจูงใจภายในต่อแรงจูงใจและการรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้ติดสารเสพติดในสถานบำบัดยาเสพติดแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะ พยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2553). *ผลของโปรแกรมการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มี ต่อความพร้อมที่จะป้องกันการคิดซ้ำและพฤติกรรมที่ไม่ ดีซ้ำของผู้ป่วยสุรา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, สถาบันวิจัย พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ. (2557). *ผลของการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการคิดซ้ำของผู้ป่วยเมท แอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน*. สถาบัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร.
- อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์, พงศ์ลดา ชื่นชูจิต, ณัฐพล โชคมัยตรี, วนิดา รัตนสุมาวงศ์ และ พิชัย แสงชาญชัย. (2559). *ประสิทธิผลของพฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสานรูปแบบ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสำหรับผู้ติดแอลกอฮอล์*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพและ แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา.
- Bandura, A., (1986). *Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy*. New York: Guildford Press.
- Kadden, R. M. (2008). *Cognitive-Behavior Therapy for Substance Dependence: Coping Skills Training*. Retrieved January 28, 2019, from <http://www.bhmr.org/guidelines/CBT-kadden>.
- Marlatt, A. G., & Witkiewitz, K. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. *American Psychologist*, 59, 224-235.