

THE DEVELOPMENT OF INTEGRATIVE PROGRAM ON RELAPSE PREVENTION AMONG PERSONS WITH AMPHETAMINE INDUCED PSYCHOTIC DISORDER

*Kongkiat Uten, M.N.S.**, *Jarunee Ratsamesuwiat, Ph.D.***, *Witchuda Yasin, M.Sc.****,

*Wimonwan Kumlue, M.N.S.***, *Puttachad Srisuwan, M.N.S.***

Abstract

Objective: To develop and examine the effects of the integrative program on relapse prevention among persons with amphetamine induced psychotic disorder.

Methods: This developmental research study was divided into two phases: the program development phase and the program experimental testing phase. The eighty purposive samples were recruited from admitted amphetamine induced psychotic disorder patients. They were randomly assigned to either the experimental or control group (n = 40 in each group). The instruments included 1) the integrative program, 2) the relapse prevention intention scale, 3) the behavior drug prevention test, and 4) the questionnaire about the opinion on the program. The data were analyzed using descriptive statistics, Chi-Square, t-test, and repeated measure ANOVA.

Results: 1) The Index of item-Objective Congruence of program was 1.00. The participants' opinions on the program were at a high level. 2) The scores of relapse prevention intention and behavior drug prevention of the experimental group at posttest, four weeks, and 12 weeks period had a significantly higher than before receiving the program ($p \leq .01$). The experimental group had scores of relapse prevention intention and behavior drug prevention statistically significantly higher than control groups at posttest, four weeks, and 12 weeks period ($p \leq .01$). The relapse rate of the experimental group at 12 weeks was statistically significantly lower than those in the control group at the level of .05.

Conclusion: The integrative program could improve the relapse prevention intention and behavior drug prevention among persons with amphetamine induced psychotic disorder. This program should be an alternative to preventing relapse among persons with amphetamine induced psychotic disorder.

Keywords: integrative program, continuity of treatment, relapse prevention, inpatient group therapy, amphetamine induced psychotic disorder

**Corresponding author: Registered Nurse, Senior Professional Level, Suanprung Psychiatric Hospital, e-mail: uten.forza4361@gmail.com*

***Registered Nurse, Professional Level, Suanprung Psychiatric Hospital*

****Psychologist, Professional Level, Suanprung Psychiatric Hospital*

Received: 29 October 2022, Revised: 19 December 2022, Accepted: 26 December 2022

การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน

ก้องเกียรติ อุเต็น, พย.ม.*, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, ปร.ค.** , วิชชุดา ยะสินธุ์, วท.ม.***,
วิมลวรรณ คำลือ, พย.ม.** , พุทธิชาติ ศรีสุวรรณ, พย.ม.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน

วิธีการศึกษา : การวิจัยและพัฒนาแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพัฒนาโปรแกรมและระยะทดสอบประสิทธิผลโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ 2) แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดยา 3) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด และ 4) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติที และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษา : 1) โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ มีค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากิจกรรมและวัตถุประสงค์เท่ากับ 1.00 และผลการประเมินความคิดเห็นของผู้บำบัดต่อการใช้โปรแกรม อยู่ในระดับดีมาก และ 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยาและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดในระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์สูงกว่าก่อนทดลองและแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการกลับไปเสพซ้ำในระยะ 12 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป : โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนมีความตั้งใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันยาเสพติดได้ดีขึ้น จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน

คำสำคัญ : การบำบัดแบบบูรณาการ, การบำบัดติดตามหลังจำหน่าย, การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ, กลุ่มบำบัดในโรงพยาบาล, โรคจิตจากแอมเฟตามีน

*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง, e-mail: uten.forza4361@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง

***นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง

วันที่รับ: 29 ตุลาคม 2565, วันที่แก้ไข: 19 ธันวาคม 2565, วันที่ตอบรับ: 26 ธันวาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาหายาเสพติดโดยเฉพาะแอมเฟตามีน (Amphetamine) เป็นภัยคุกคามต่อการดำรงชีวิตปกติของประชาชนในประเทศไทย และส่งผลกระทบต่อเนื้อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญตามมา (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564) โดย พ.ศ. 2561 - 2563 พบผู้เสพยาแอมเฟตามีนเข้าบำบัดรักษาในระบบมากถึงร้อยละ 80.63, 78.04 และ 77.06 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมากที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 49.09 เป็นร้อยละ 60.07 และ 66.22 ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2564) ซึ่งผู้เสพยาแอมเฟตามีนจะเพิ่มขนาดหรือปริมาณในการเสพยาขึ้นเมื่อเสพยาต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ จะป่วยเป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ซึ่งลักษณะอาการและอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ หูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง และเมื่อมีอาการมากขึ้นจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว จนอาจทำร้ายผู้อื่นให้ได้รับอันตรายหรือคิดฆ่าตัวตายได้ (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2556; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ถือว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยปัจจุบันผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนเข้ารับการรักษานานมากที่สุด เมื่อเทียบกับสารเสพติดชนิดอื่น โดยเฉพาะโรงพยาบาลสวนปรุง (2564) พบว่า พ.ศ. 2561 - 2563 มีผู้เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนเข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.30, 65.38 และ 62.08 ตามลำดับ ด้วยปัญหาและความรุนแรงดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงให้

หน่วยงานในสังกัดกำกับ ดูแล และบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดให้พื้นหาย สามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขดังเดิม

ปัจจุบันแม้จะมีแนวทางการบำบัดผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนอย่างเป็นรูปธรรม แต่ยังไม่สามารถรักษาอาการอยากเสพยาของผู้ป่วยได้ (กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, ปราณิ จันทพจน์ และสุพัศตรา สุขาวห, 2561) มีเพียงการฟื้นฟูทางจิตสังคมที่พอจะช่วยผู้ป่วยลดจากอาการอยากเสพยาและไม่กลับไปเสพยาซ้ำ (De Crescenzo, et al., 2018) โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ของการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Therapy) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem solving therapy: PST) ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) และจิตสังคมบำบัดแบบแมทริกซ์ (Matrix Program) (Lenz, Rosenbaum, & Sheperis, 2016) แต่ก็ยังไม่พบว่า การบำบัดรูปแบบใดให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีที่สุด (เอกอุมา อิมคำ, 2556) นอกจากนี้ ยังพบว่า การให้การบำบัดดังกล่าวข้างต้นในแต่ละหน่วยงานมีปัญหาด้านกระบวนการ ได้แก่ อัตรากำลังของผู้บำบัดมีจำนวนไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น บุคลากรมีภาระงานมาก และต้องทำงานหลายหน้าที่ รวมทั้งการบำบัดต้องใช้ทักษะประสบการณ์ เวลา และสถานที่ที่มีความเฉพาะ

เจาะจง บุคลากรที่ปฏิบัติงานใหม่ไม่มีประสบการณ์ทางเลือกการรักษาแยกส่วน รวมถึงการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง หลังการจำหน่าย มีผลทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำและกลับมารักษาซ้ำ ส่งผลให้เกิดการสูญเสียศักยภาพของบุคคล และค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาที่มากขึ้นตามมา (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7, 2558; สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8, 2562; โรงพยาบาลสวนปรุง, 2564)

จากรายงานการทบทวนอย่างเป็นระบบที่เป็นประจักษ์ปรากฏในปัจจุบัน พบว่า การบำบัดแบบจิตสังคมบำบัด (Psychosocial Interventions) รูปแบบต่าง ๆ ในผู้ป่วยติดสารเสพติดให้ประสิทธิผลการบำบัดดีกว่าการบำบัดรักษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังพบอีกว่า การบำบัดรักษาทางจิตสังคมบำบัดแบบผสมผสานหรือการใช้จิตสังคมบำบัดหลายรูปแบบร่วมกัน จะให้ผลลัพธ์การบำบัดที่ดีกว่าการใช้จิตสังคมบำบัดเพียงรูปแบบเดียว สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาภายใต้ข้อจำกัดดังกล่าว (De Crescenzo, et al., 2018; Li, Zhu, Tse, Tse & Wong, 2015) เมื่อศึกษารายงานการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้หลายรูปแบบร่วมกัน ในผู้เสพติดแอมเฟตามีนของประเทศไทย พบว่า มี 2 การศึกษา ได้แก่ การศึกษาของอมาวลี กลั่นสุวรรณ, นิตยาดากวิริยะนันท์, และตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ (2561) ที่ใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีน พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองหลังได้รับ

โปรแกรมสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณาจุดเด่นของโปรแกรมพบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับการจัดการปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพซ้ำ ได้แก่ การขาดแรงจูงใจในการเลิกเสพยา และความคิดที่บิดเบือนที่คิดว่าการเสพยาช่วยแก้ปัญหาชีวิต ในขณะเดียวกันก็พบจุดที่ควรพัฒนา คือ ขาดขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และการติดตามต่อเนื่องที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมเลิกเสพยา/กลับไปเสพซ้ำ และการศึกษาของกิตต์กวี โพธิ์โน และคณะ (2561) ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลการบำบัด Co-occurring disorder (COD) Intervention ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างแนวความคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) แนวคิดการทำกิจกรรมกลุ่ม (Group Therapy) แนวคิดครอบครัวบำบัด (Family Therapy) และแนวความคิดให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) วัตถุประสงค์การหยุดเสพยาและไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันหลังจำหน่าย พบว่า กลุ่มทดลองมีการหยุดเสพยาและไม่กลับมารักษาซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณาถึงจุดเด่นพบว่า เป็นการบำบัดแบบทีมสหสาขาวิชาชีพที่ใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องในแต่ละสาขาเข้ามาช่วยปิดช่องว่างของความรู้หรือแก้ไขปัญหา แต่ก็พบจุดอ่อน คือ แต่ละสหสาขาวิชาชีพมีหน้าที่หลายอย่างและมีอัตราค่าจ้างคนที่ไม่เพียงพอ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2564; สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7, 2558; สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8, 2562)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว แสดงถึงการบูรณาการการบำบัดอย่างลงตัว สามารถช่วยให้ผู้ที่เป็นโรครจิตจากแอมเฟตามีนป้องกันตนเองไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำได้ และเพื่อให้เกิดภาพสะท้อนการบำบัดดังกล่าวอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำในผู้ที่เป็นโรครจิตจากแอมเฟตามีน ด้วยแนวคิดหลัก 4 ประการ คือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของเบค (Beck, 1995) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ของมิลเลอร์และโรนิก (Miller & Rollnick, 1996) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ของ เดอซูริลล่า (D'zurilla, 2010) และการเจริญสติ (Mindfulness) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในการสร้างเสริมศักยภาพของผู้ที่เป็นโรครจิตจากแอมเฟตามีนในการป้องกันตนเองไม่ให้หวนกลับไปเสพยาซ้ำอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำในผู้ที่เป็นโรครจิตจากแอมเฟตามีน

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำในผู้ที่เป็นโรครจิตจากแอมเฟตามีน

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการก่อนทดลอง

หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

2.3 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้กลับไปเสพยาซ้ำระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะการติดตามหลังการทดลอง 4 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบบูรณาการแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. ร้อยละผู้ที่เป็นโรครจิตจากแอมเฟตามีนกลับไปเสพยาซ้ำในระยะการติดตามหลังการทดลอง 4 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ ของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบบูรณาการแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับ

การดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1.1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาโปรแกรมต้นแบบ (R1) ได้แก่ วิเคราะห์ปัญหา สถานการณ์ ประเมินความต้องการจำเป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพแอมเฟตามีน การกลับไปเสพซ้ำ แนวคิด รูปแบบ เทคนิค และวิธีการที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากการเสพแอมเฟตามีน ย้อนหลัง 5 ปี ศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มกับผู้บริหารพยาบาล ทีมสหวิชาชีพผู้ให้การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยสารเสพติด ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนและญาติ ถึงแนวทางการบำบัดรักษา รูปแบบการบำบัด ผลการบำบัด และข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัด และทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้ององค์ความรู้ในการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนในการเลิกเสพหรือการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

1.2 การพัฒนาโปรแกรมบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนต้นแบบ (D1) ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 โดยประชุมเชิงปฏิบัติการ

ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัด และทีมผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสารเสพติดโรงพยาบาลสวนปรุงเพื่อพัฒนาโปรแกรมต้นแบบที่อ้างอิงกรอบแนวคิดการบูรณาการการบำบัดด้านจิตสังคม ด้วยแนวคิดหลัก 4 ประการ ได้แก่ 1) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy (CBT)) 2) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy (MET)) 3) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem solving therapy (PST)) และ 4) การเจริญสติ (Mindfulness) สรุปผลและประเมินร่างต้นแบบโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการและการประเมินผล ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00

1.3 การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมต้นแบบที่พัฒนาขึ้น (R2) เพื่อประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องขององค์ประกอบต่าง ๆ ของรูปแบบโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน ในเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2565 โดยประชุมทีมผู้วิจัยผู้บำบัดซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพที่สมัครใจและผ่านการอบรมและฝึกทักษะการบำบัดตามโปรแกรม จำนวน 5 คน หลังจากนั้นให้ผู้บำบัดดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนจำนวน 10 คน และญาติ 6 คน เพื่อวิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ตลอดจน ข้อจำกัด ปัญหาและ

อุปสรรคในการดำเนินการ

1.4 การปรับปรุงโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต้นแบบให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย (D2) โดยประชุมสรุปผลและจัดทำคู่มือโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็ นโรคจิตจากแอมเฟตามีน ซึ่งโปรแกรมเป็นการบำบัดรายกลุ่ม มี 5 ขั้นตอน 8 กิจกรรม โดยขั้นตอนที่ 1 - 3 กิจกรรมที่ 1 - 6 จะบำบัดในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาล ใช้เวลาในการบำบัด 45 - 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมที่ 7 จะบำบัดในวันที่ญาติมารับผู้ป่วยกลับ ใช้เวลา 45 - 90 นาที ส่วนขั้นตอนที่ 5 กิจกรรมที่ 8 จะเป็นการติดตามต่อเนื่อง 2 ครั้ง โดยการโทรศัพท์ติดตาม ใช้เวลา 10 - 30 นาที

2. ระยะประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

2.1 การทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น (R3) เพื่อการตรวจสอบความเหมาะสมและประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัด ในช่วงเดือน เมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2565 โดยกำหนดรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ (two group pretest-posttest design) ประกอบด้วย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรกลุ่มเปรียบเทียบ 2 กลุ่มที่เป็น

อิสระต่อกัน (two independent means) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน และเพื่อป้องกันตัวอย่างสูญหายระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20.00 เป็นกลุ่มละ 40 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ใช้เกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน 2) มีอายุระหว่าง 20 - 40 ปี 3) มีการรับรู้ปกติ โดยมีคะแนนพุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย (Montreal Cognitive Assessment-Thai: MoCA-Thai) ≥ 25 คะแนน และใช้เกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่างกรณีที่มีอาการทางจิต หรือมีความผิดปกติทางจิต โดยมีคะแนน HoNOS ทุกหมวดอยู่ในระดับ ≤ 1 คะแนน หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ต้องส่งต่อ หรือออกจากกรบำบัดก่อนครบเวลา หรือไม่ตอบแบบประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ แบบประเมิน MoCA-Thai ของ Nasreddine ที่พัฒนาเป็นภาษาไทย โดยโสฬพัทธ์ เหมรัฐโรจน์ ใช้ประเมินการรับรู้ปกติที่มีคะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป (Hemrungronj, 2021) และแบบประเมิน HoNOS ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต โดยทุกหมวดอยู่ในระดับ ≤ 1 คะแนน (กรมสุขภาพจิต, 2563)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็ นโรคจิต

จากแอมเฟตามีนที่พัฒนาขึ้นจากการผสมผสานแนวคิดจิตสังคมบำบัด 4 แบบ ได้แก่ การบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (กิจกรรมที่ 1, 4 และ 6) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (กิจกรรมที่ 2 - 3) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (กิจกรรมที่ 5) และการเจริญสติ (บูรณาการในทุกกิจกรรม) เป็นลักษณะการบำบัดรายกลุ่ม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ 5 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 45 - 90 นาที โดยระยะที่ 1 - 2 เป็นการบำบัดขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล (ระยะที่ 2 กิจกรรมที่ 7) และระยะที่ 3 เป็นการบำบัดทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย (กิจกรรมที่ 8) ดังตาราง 1

3) เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1) แบบประเมินความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อที่สร้างขึ้น โดยกุสุมา แสงเดือนฉาย (2553) จำนวน 28 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 6 ระดับ คือ เป็นจริงในเรื่องนั้นมากที่สุด (6 คะแนน) ถึงไม่เป็นจริงเลย (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ คะแนนมากกว่า 121.34 มีความตั้งใจมาก คะแนนระหว่าง 74.68 - 121.34 มีความตั้งใจปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า 74.68 มีความตั้งใจน้อย ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88

3.2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการยาเสพติดที่สร้างขึ้น โดย ศุภร ชินะเกตุ (2553) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติในเรื่องนั้นเป็นประจำ/บ่อย/นาน ๆ ครั้ง/น้อยครั้งหรือไม่

ปฏิบัติเลย (5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ) กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ คะแนนมากกว่า 36.68 มีพฤติกรรมป้องกันมาก คะแนนระหว่าง 23.34 - 36.68 มีพฤติกรรมป้องกันปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า 23.34 มีพฤติกรรมป้องกันน้อย ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84

3.3) แบบสอบถามแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ เป็นจริงในเรื่องนั้นมากที่สุด (5 คะแนน) ถึงน้อยที่สุดหรือไม่เป็นจริงเลย (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ คะแนนมากกว่า 4.51 โปรแกรมมีความเหมาะสมมากที่สุด คะแนน 3.51 - 4.50 มีความเหมาะสมมาก คะแนน 2.51 - 3.50 มีความเหมาะสมปานกลาง คะแนน 1.51 - 2.50 มีความเหมาะสมน้อย คะแนนน้อยกว่า 1.51 มีความเหมาะสมน้อยที่สุด แบบประเมินนี้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.74

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง เลขที่หนังสือรับรอง 10/2564 วันที่ให้การรับรอง 15 ธันวาคม 2564 การเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามความสมัครใจ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการปฏิบัติตามจริยธรรมการวิจัยและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) แจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบทั้งแบบการบอกกล่าวและเป็นลายลักษณ์อักษร โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถที่จะขอแจ้งยกเลิกการเข้าร่วมกิจกรรมได้ โดยไม่มีผลกระทบและไม่มีผลในการเปลี่ยนแปลงการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน 2) ผู้วิจัยแจ้งแนวทางการปกปิดชื่อ สกุล และภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกนำมาจัดทำลาย และ 3) การนำเสนอผลการศึกษาระยะทำในลักษณะการสรุปผลโดยภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1) ชั้นเตรียมการทดลอง โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นประเมินการรับรู้ที่ปกติด้วยแบบประเมินพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-Thai) และประเมินระดับอาการรุนแรงทางจิตด้วยแบบประเมิน HoNOS ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกันในระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้สารแอมเฟตามีนและทำการสู่มอย่างง่ายเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2) ชั้นดำเนินการทดลอง โดยผู้บำบัดหลักเป็นพยาบาลจิตเวช 6 คน นักจิตวิทยา 1 คนและนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน รวม 8 คน มีพื้นฐานการให้คำปรึกษารายบุคคล ผ่านการอบรมทักษะการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) การบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive

Behavior Therapy) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนอย่างน้อย 1 ปี และผ่านการอบรมโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนจากทีมผู้พัฒนาโปรแกรม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากทีมสหสาขาวิชาชีพแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง ได้แก่ การประเมินการคัดกรอง การรักษาด้วยการบำบัดจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยใน (Matrix program จำนวน 10 ครั้งของกรมสุขภาพจิต) ทั้งแบบรายบุคคล/รายกลุ่ม ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติจากทีมสหสาขาวิชาชีพแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุงและได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ 45 - 90 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย 2 ครั้ง โดยการโทรศัพท์ติดตาม ใช้เวลา 10 - 30 นาที และ 3) ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือต่างๆ ในการประเมินผลลัพธ์การบำบัด และไม่มีส่วนร่วมในการบำบัด เก็บข้อมูลความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และพฤติกรรมในการป้องกันยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 4 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ มีการประเมินปริมาณการใช้แอมเฟตามีนด้วย (Time line follows back (TLFB)) 2 ครั้งในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์หลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบ Chi-Square, independent-t และ Mann-Whitney U เปรียบเทียบข้อมูลความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน แบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) และความแตกต่าง รายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni และเปรียบเทียบข้อมูลผู้กลับไปเสพยา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบ Chi-Square

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน สามารถสรุปได้ดังนี้

จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาโปรแกรม พบว่า รูปแบบจิตสังคมบำบัดผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ใช้ในโรงพยาบาลสวนปรุงมีความหลากหลายและนิยมใช้ คือ จิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ (Matrix Program) การบำบัดแบบ CBT, MI, MET, PST และการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) โดยมีโปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มที่ประยุกต์จาก Matrix Program เป็นพื้นฐานหลักในการบำบัดแบบผู้ป่วยใน และมีโปรแกรม MET, CBT และ PST เฉพาะ ซึ่งจะคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดตามค่าคะแนน MoCA-Thai สำหรับการบำบัดรายบุคคลการเลือกรูปแบบ

จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้รับการบำบัดแต่ละรายยังไม่เฉพาะเจาะจงชัดเจน จะขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญของผู้บำบัด ผู้รับการบำบัดอาจได้รับการบำบัดมากกว่า 1 รูปแบบในลักษณะของการบำบัดแบบแยกส่วนตามรูปแบบนั้น ๆ ทั้ง ๆ ที่บางกิจกรรมย่อยในแต่ละรูปแบบมีเนื้อหาการบำบัดที่ซ้ำซ้อนกัน จึงอาจทำให้ใช้เวลาในการบำบัดมากขึ้น ประกอบกับจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากขึ้นไม่สอดคล้องกับจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ และจากการสนทนากลุ่มกับผู้บริหารโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพผู้ให้การบำบัดมีความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ควรพัฒนาโปรแกรมการบำบัดที่มีเนื้อหาครอบคลุมและบูรณาการวิธีการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ตลอดจนการเสริมสร้างทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์เป็นระบบ ภายใต้การมีสติรู้ทุกขณะจิต

จากการทบทวนองค์ความรู้ปัจจุบัน พบว่า การใช้จิตสังคมบำบัดหลายรูปแบบร่วมกัน จะช่วยให้ผลลัพธ์การบำบัดดีกว่าการใช้จิตสังคมบำบัดเพียงรูปแบบเดียว (De Crescenzo, et al., 2018) โดยงานวิจัยเกี่ยวกับจิตสังคมบำบัดหลายรูปแบบร่วมกันในการบำบัดผู้ใช้แอมเฟตามีนในปัจจุบันมี 5 เรื่อง ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดด้วยรูปแบบ MET ร่วมกับ CBT และรูปแบบอื่น ๆ 2 เรื่อง (อมาวลี กลั่นสุวรรณ และคณะ, 2561; Barrowclough et al., 2010) การบำบัดผสมผสานระหว่างรูปแบบ CBT การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing (MI)) การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด (Group therapy) ครอบครัว

บำบัด (Family therapy) และการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า จิตสังคมบำบัดหลายรูปแบบร่วมกันดังกล่าว สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจ ปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ใช้สารเสพติดในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำได้ (กิตต์กวี โพธิ์โน และคณะ, 2561) การบำบัดแบบผสมผสานระหว่าง MI กับ PST (MI-PST) 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดแบบ MI-PST สามารถลดการใช้สารเสพติดลงได้ (Sorsdahl et al., 2015) และการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการฝึกสติ (Mindfulness) ต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดดังกล่าวสามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจและความตั้งใจในการป้องกันการเสพยาซ้ำได้ (รุจิรา อภาบุญยพันธุ์, สำเนา นิลบรรพ์, นันธนา อินทรพรหม, สมบัติ มากัน และอมวาลี กลั่นสุวรรณ, 2562)

จากองค์ความรู้เชิงประจักษ์ในปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงนำมาบูรณาการและกำหนดขอบเขตเนื้อหารายละเอียดในกิจกรรมของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ที่เป็ นโรคจิตจากแอมเฟตามีน (ฉบับร่าง) 3 ระยะ 5 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ใช้เวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง 45 - 90 นาที จำนวน 9 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมด้วยการประเมินความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา กิจกรรม และวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 1.00 มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงความเหมาะสมของภาษา จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะและจัดทำเป็นโปรแกรม

(ฉบับปรับปรุง) ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนผลการประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับโปรแกรม พบว่า ผู้นำบ ำบัดที่นำโปรแกรมไปทดลองใช้จำนวน 3 คน โดยทุกคนยอมรับโปรแกรมฯ ทั้งด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ คู่มือโปรแกรม รูปแบบ เนื้อหา และลำดับการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านกระบวนการ ได้แก่ การดำเนินการบำบัดและระยะเวลาดำเนินตามโปรแกรม และด้านผลลัพธ์การดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด

2. ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ พบว่า

2.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มควบคุม 40 คน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเป็นเพศชาย ร้อยละ 80.00 เท่ากัน อายุเฉลี่ย เท่ากับ 30.70 ปี และ 30.30 ปี และส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ระหว่าง 26 - 30 ปี ร้อยละ 42.50 และ 37.50 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 45.00 เท่ากัน และส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.00 และ 45.00 ตามลำดับ มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 70.00 และ 72.50 ตามลำดับ รายได้/เดือน อยู่ที่ 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 55.00 และ 60.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติดตั้งแต่ 1 - 10 ปี ร้อยละ 60.00 และ 62.50 ตามลำดับ เฉลี่ย อยู่ที่ 9.63 ปี เท่ากัน โดยมีสาเหตุหลักของการใช้สารเสพติด คือ อยากรทดลอง ร้อยละ 70.00 และ 67.50 ตามลำดับ และส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก ร้อยละ 65.00 และ 70.00 ตามลำดับ โดยทั้งสองกลุ่มมีผู้ดูแลหลัก คือ บิดา/มารดา ร้อยละ 30.00

ตารางที่ 1 เป้าหมายการบำบัดของแต่ละกิจกรรม

ครั้งที่/ชื่อกิจกรรม	เป้าหมาย
ครั้งที่ 1/กิจกรรมที่ 1 สร้างเสริมการรับรู้ 4 (รู้คน-รู้เหตุ-รู้ผล-รู้ปรับ)	ผู้รับการบำบัดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองติดยาและโรคจิตจากแอมเฟตามีนและผลกระทบที่เกิดขึ้น
ครั้งที่ 2/กิจกรรมที่ 2 ตระหนักรู้ความคิดที่บิดเบือน	ผู้รับการบำบัดรู้จักความคิดอัตโนมัติที่ส่งผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมการเสพติดของตนเอง
ครั้งที่ 3/กิจกรรมที่ 3 ปรับความคิดที่บิดเบือน	ผู้รับการบำบัดปรับความคิดที่บิดเบือนและจัดการอารมณ์ทางลบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพติดแอมเฟตามีนของตนเอง
ครั้งที่ 4/กิจกรรมที่ 4 เสริมแรงจูงใจสู่เป้าหมายการเปลี่ยนแปลง	ผู้รับการบำบัดมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพติดแอมเฟตามีน
ครั้งที่ 5/กิจกรรมที่ 5 ปรับมุมมองและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์	ผู้รับการบำบัดมีมุมมองและแนวทางการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์
ครั้งที่ 6/กิจกรรมที่ 6 ให้คำมั่นสัญญาการเลิกเสพยา ด้วยกฎเหล็ก “สัญญาใจไม่ตอบรับ ชัยชนะ”	ผู้รับการบำบัดบอกคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนด้วยตนเองอย่างชัดเจนและมีความเป็นไปได้
ครั้งที่ 7/กิจกรรมที่ 7 ญาติร่วมด้วยช่วยขับเคลื่อน	ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดมีแนวทางในการดูแลและเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนแก่ผู้รับบริการ
ครั้งที่ 8/กิจกรรมที่ 8 การติดตามกระตุ้นเดิม เสริมแรงบวก	ติดตามประเมินผลการนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการบำบัดตามโปรแกรมไปใช้ได้จริงในสถานการณ์จริง
ครั้งที่ 9/กิจกรรมที่ 8 การติดตามกระตุ้นเดิม เสริมแรงบวก	ติดตามประเมินผลการนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการบำบัดตามโปรแกรมไปใช้ได้จริงในสถานการณ์จริง

เท่ากัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้ Chi-Square test, Independent t-test และ Mann-Whitney U test ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จ

สิ้นทันที ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) ดังตารางที่ 3 และ 4 มีดังนี้

2.2.1 ผลการวิเคราะห์คะแนน

เฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยาของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มควบคุม (n = 40)		χ^2 หรือ t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	32	80.00	32	80.00	0.000 ^a	1.000
หญิง	8	20.00	8	20.00		
สถานภาพสมรส						
โสด	12	30.00	17	42.50	1.660 ^a	0.436
คู่	20	50.00	18	45.00		
หย่า/แยกกันอยู่	8	20.00	5	12.50		
อายุ (ปี)						
20-25	5	12.50	8	20.00	0.579 ^b	0.564
26-30	17	42.50	15	37.50		
31-35	10	25.00	11	27.50		
36-40	8	20.00	6	15.00		
Mean \pm SD	30.70 \pm 5.12		30.03 \pm 5.30			
Min, Max	21, 40		21, 40			
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	8	20.00	8	20.00	1.037 ^a	0.792
มัธยมศึกษาตอนต้น	18	45.00	18	45.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	32.50	14	35.00		
อนุปริญญา	1	2.50	0	0.00		
อาชีพ						
เกษตรกร	7	17.50	2	5.00	4.488 ^a	0.213
พนักงานบริษัท	0	0.00	1	2.50		
รับจ้าง	28	70.00	29	72.50		
ว่างงาน	5	12.50	8	20.00		
รายได้ต่อเดือน						
ไม่มีรายได้	5	12.50	8	20.00	1.970 ^a	0.373
1,000-5,000 บาท	13	32.50	8	20.00		
5,001-10,000 บาท	22	55.00	24	60.00		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มควบคุม (n = 40)		χ^2 หรือ t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาในการใช้สารเสพติด						
1-10 ปี	24	60.00	25	62.50	-0.135 ^c	0.892
11-20 ปี	16	40.00	15	37.50		
Mean \pm SD	9.63 \pm 3.93		9.63 \pm 4.29			
Min, Max	4, 20		4, 20			
สาเหตุที่เข้ายา						
อยากทดลอง	28	70.00	27	67.50	0.058 ^a	0.809
เพื่อนชักชวน	12	30.00	13	32.50		
จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดรักษา						
บำบัดรักษา						
1 ครั้ง	26	65.00	28	70.00	-0.446 ^c	0.655
2 ครั้ง	12	30.00	10	25.00		
3 ครั้ง	2	5.00	2	5.00		
Mean \pm SD	1.40 \pm 0.59		1.35 \pm 0.58			
Min, Max	1, 3		1, 3			
ผู้ดูแลหลัก						
บิดา/มารดา	12	30.00	12	30.00	0.998 ^a	0.802
คู่สมรส	3	7.50	2	5.00		
ญาติ	5	12.50	8	20.00		
อื่น ๆ	20	50.00	18	45.00		

a = chi-square test, b = independent t-test, c = Mann-Whitney U test

.01 (F=1,071.60) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่า ระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2.2 ผลการวิเคราะห์คะแนน

เฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (F = 952.18) และเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

แหล่งความ*	ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ					พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด					
	แปรปรวน	SS	df	MS	F	p	SS	df	MS	F	p
ภายในกลุ่ม		20,090.57	1.96	10,241.10	1,071.60	0.000	4,750.67	2.16	2,201.74	952.18	0.000
ความคลาดเคลื่อน		731.18	76.51	9.56			194.58	84.15	2.31		

* = Greenhouse-Geisser, SS = Sum of Square, df = degree of freedom, MS = Mean Square

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ โดยการใช้วิธี Pairwise comparisons แบบ Bonferroni correction

ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ					พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด				
ระยะเวลาการทดลอง		Mean	Std. Error	p-value	ระยะเวลาการทดลอง		Mean	Std. Error	p-value
T0	T1	-21.58	0.62	0.000	T0	T1	-9.83	0.33	0.000
	T2	-29.25	0.70	0.000		T2	-13.03	0.33	0.000
	T3	-24.45	0.71	0.000		T3	-13.58	0.33	0.000
T1	T2	-7.68	0.37	0.000	T1	T2	-3.20	0.24	0.000
	T3	-2.88	0.49	0.000		T3	-3.75	0.30	0.000
T2	T3	4.80	0.36	0.000	T2	T3	-0.55	0.14	0.003

ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่า ระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) ดังตารางที่ 5 มีดังนี้

2.3.1 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย

ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (F = 366.53) และมีความแตกต่างกัน ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 611.35$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน ระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลอง พบว่า มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 141.57$)

2.3.2 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 120.05$) และมีความแตกต่างกันระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 423.24$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน ระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลอง พบว่า มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 49.61$)

2.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจใน

การป้องกันการติดยา และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ โดยทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni correction ดังตารางที่ 6 รูปภาพที่ 1 และ 2 ดังนี้

2.4.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยา พบว่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยา ระยะการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจ ในการป้องกันการติดยา ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่าระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

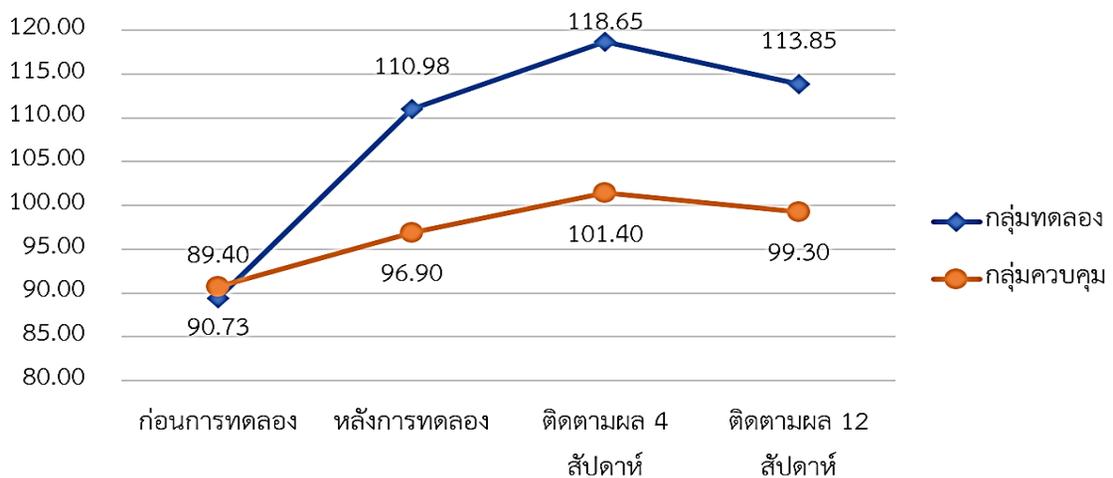
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

แหล่งความแปรปรวน	ความตั้งใจในการป้องกันการติดยา					พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด				
	SS	df	MS	F	p	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม										
กลุ่ม	9,923.51	1	9,923.51	366.53	0.000	1,348.90	1	1,348.90	120.05	0.000
ความคลาดเคลื่อน	2,111.79	78	27.07			876.44	78	11.24		
ภายในกลุ่ม										
ระยะเวลา	18,931.93	3	6,130.64	611.35	0.000	5,354.41	3	1,784.80	423.24	0.000
กลุ่ม*เวลา	4,259.01	3	1,419.67	141.57	0.000	627.56	3	209.19	49.61	0.000
ความคลาดเคลื่อน	2,346.56	234	10.03			986.78	234	4.22		

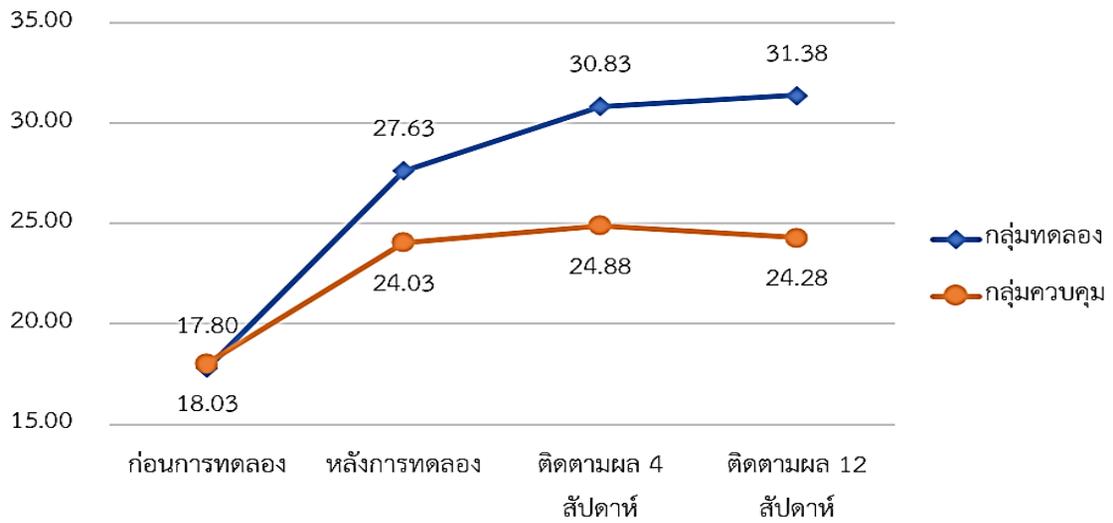
SS = Sum of Square, df = degree of freedom, MS = Mean Square

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ โดยการวิเคราะห์ Pairwise comparisons แบบ Bonferroni correction

ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ					พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด				
ระยะเวลา		Mean	Std. Error	p-value	ระยะเวลา		Mean	Std. Error	p-value
การทดลอง		Difference			การทดลอง		Difference		
T0	T1	-13.88	0.38	0.000	T0	T1	-7.91	0.44	0.000
	T2	-19.96	0.44	0.000		T2	-9.94	0.23	0.000
	T3	-16.51	0.61	0.000		T3	-9.91	0.22	0.000
T1	T2	-6.09	0.26	0.000	T1	T2	-2.03	0.39	0.000
	T3	-2.64	0.59	0.000		T3	-2.00	0.41	0.000
T2	T3	3.45	0.61	0.000	T2	T3	0.25	0.09	1.000



ภาพที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระยะก่อน หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อน หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่กลับไปเสพซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

ระยะติดตามผล		กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มควบคุม (n = 40)		χ^2 หรือ Fisher's Exact Test	p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
4 สัปดาห์	ไม่กลับไปเสพซ้ำ	38	95.00	35	87.50	1.45 ^b	0.432*
	กลับไปเสพซ้ำ	2	5.00	5	12.50		
12 สัปดาห์	ไม่กลับไปเสพซ้ำ	36	90.00	19	72.50	4.02 ^a	0.045*
	กลับไปเสพซ้ำ	4	10.00	11	27.50		

a = Chi-Square Test, b = Fisher's Exact Test, * $p < 0.05$

ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ ระยะติดตาม 12 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะติดตาม 4 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.4.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ระยะการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่าระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน

2.5 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่กลับไปเสพซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะติดตามหลังทดลอง 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ดังตารางที่ 7

ผลการวิเคราะห์ พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนกลับไปเสพซ้ำในระยะเวลาติดตาม 4 สัปดาห์ (Fisher's exact test = 1.45) และ 12 สัปดาห์ ($X^2 = 4.02$) ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

1. โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิต

จากแอมเฟตามีนพัฒนามาจากการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติการบำบัดทางคลินิก การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า สาเหตุสำคัญที่ชักนำให้ผู้ที่ป่วยจิตจากแอมเฟตามีนกลับไปเสพซ้ำ คือ การกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม ๆ ภายใต้อาการจิตใจที่ไม่พร้อม เมื่อเผชิญปัญหาไม่สามารถแก้ปัญหาได้ รู้สึกด้อยค่าในตนเอง ก่อเกิดความเครียด และหวนกลับไปเสพซ้ำในที่สุด ประกอบกับการบำบัดแบบจิตสังคมในปัจจุบันเป็นการดำเนินกิจกรรมแบบแยกส่วน ใช้ระยะเวลาตามที่ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งเป็นกระบวนการบำบัดที่ผสมผสานจากแนวคิดจิตสังคมบำบัด 4 แบบเข้าด้วยกันอย่างกลมกลืน โดยเริ่มจากสร้างเสริมแรงจูงใจในตนเองตามแนวคิดของ มิลเลอร์และโรนิก (Miller & Rollnick, 1996) แล้วชักนำให้ปรับความคิดและพฤติกรรมทางลบสู่ความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมตามแนวคิดของ เบค (Beck, 1995) พร้อมทั้งเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบตามแนวคิดของ เดอ ซูริลล่า (D'zurilla, 2010) ภายใต้อาการรับรู้อย่างมีสติ (Mindfulness) ทุกขณะ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 พร้อมทั้งปรับปรุงเนื้อหาของโปรแกรมตามข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นจึงให้ผู้บำบัดใช้เป็นแนวทางในจัดกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น กลุ่มละ 6 - 8 คน ทำกิจกรรม

สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 45 - 90 นาที ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับ จากนั้นจะเป็นการติดตามต่อเนื่อง 2 ครั้ง หลังจำหน่าย โดยการโทรศัพท์ติดตาม ใช้เวลา 10 - 30 นาที

เมื่อวิเคราะห์รูปแบบของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้น พบว่า โปรแกรมดังกล่าวมีความเหมือนเชิงรูปแบบของโปรแกรมที่ใช้ในปัจจุบัน คือ มีการใช้จิตสังคมบำบัดหลายรูปแบบร่วมกัน ได้แก่ 1) ใช้รูปแบบ MET ร่วมกับ CBT 2) ใช้รูปแบบ CBT ร่วมกับ Mindfulness และ 3) ใช้รูปแบบ MI ร่วมกับ PST (รุจิรา อภาณุขพันธ์ และคณะ, 2562; อมาวสี กลั่นสุวรรณ และคณะ, 2561; Barrowclough et al., 2010; Sorsdahl et al., 2015) แต่มีความแตกต่างตรงที่ โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีการบูรณาการรูปแบบจิตสังคมบำบัดที่หลากหลายถึง 4 แนวคิดเข้าด้วยกันอย่างกลมกลืน ภายใต้กลยุทธ์เสริมจุดเด่น พัฒนาจุดด้อยของแต่ละรูปแบบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบำบัดที่ดีขึ้น คล้ายกับรูปแบบจิตสังคมบำบัดของกิตต์กวี โพธิ์โน และคณะ (2561) ที่ใช้รูปแบบที่หลากหลายเช่นกัน คือ การบำบัด Co-occurring disorder (COD) Intervention ในผู้ป่วยโรคจิตจาก เมทแอมเฟตามีนซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างแนวคิด MI ร่วมกับ CBT กิจกรรมกลุ่มบำบัด ครอบครัวบำบัด และการให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งเป็นการบำบัดแบบสหสาขาวิชาชีพ ใช้เวลาในการบำบัด 2 สัปดาห์ ๆ 6 ครั้ง ๆ ละ 45 - 90 นาที แต่การบำบัดแบบ COD นี้ มีข้อจำกัด คือ แต่ละกิจกรรมถูกกำหนดไว้ว่าวิชาชีพใดเป็นผู้บำบัด อาจทำให้ขาดความยืดหยุ่นสำหรับ

ผู้บำบัด ในกรณีที่มีผู้บำบัดวิชาชีพนั้น ๆ ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรอการบำบัดให้ครบตามแผน จึงอาจทำให้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้น

เมื่อนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ในการปฏิบัติจริง โดยผู้บำบัดทั้งหมด 8 คน ได้แก่ พยาบาล 6 คน นักจิตวิทยา 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน พบว่า โปรแกรมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 100.00 จึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง โดยความเห็นส่วนใหญ่ของผู้บำบัดต่อการใช้โปรแกรมเห็นว่าแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสม ง่ายต่อการปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาสั้น เพราะผสมผสานแนวคิดจิตสังคมบำบัดหลายแนวคิดไว้ในโปรแกรมเดียว

2. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการคิดซ้ำ และพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ แตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากผลการศึกษาดังกล่าว อาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการที่ผสมผสานระหว่างแนวคิดจิตสังคมบำบัด 4 แบบ ประกอบด้วย 1) การบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจ 2) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม 3) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา และ 4) การเจริญสติเพื่อให้ตื่นรู้และมีสติอยู่กับความคิดและการกระทำนั้น ได้ช่วยให้ผู้เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น ภายใต้การปิดช่องว่าง

ของความรู้และปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนหวนกลับไปเสพยาซ้ำ คือ ขาดแรงจูงใจในการเลิกยา มีความตั้งใจในการเลิกเสพน้อย มีความคิดที่บิดเบือนว่าการเสพยาช่วยแก้ปัญหาชีวิตได้ และขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยา (สุทธิชัย ศิรินวล, 2559; มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 2558) โดยกิจกรรมการบำบัดตามโปรแกรมจะเริ่มต้นด้วยกิจกรรมที่ 1 สร้างเสริมการรับรู้ 4 (รู้คน-รู้เหตุ-รู้ผล-รู้ปรับ) เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เข้าใจตนเอง รับรู้ถึงปัญหา สาเหตุ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเสพยาว่าเป็นสิ่งคุกคามและขัดขวางต่อการดำเนินชีวิต ภายใต้การมีสติรู้ทุกขณะ เพื่อเหนี่ยวนำสู่กิจกรรมที่ 2 ตระหนักรู้ความคิดที่บิดเบือน และกิจกรรมที่ 3 ปรับความคิดที่บิดเบือน และจัดการอารมณ์ทางลบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน จากนั้นจึงเสริมภูมิคุ้มกันชีวิตก่อนกลับสู่สังคมด้วยการเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบในกิจกรรมที่ 5 ปรับมุมมองและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และกิจกรรมที่ 6 ให้คำมั่นสัญญาการเลิกเสพยา ด้วยกฎเหล็ก “สัญญาใจ ไม่ตอบรับ ขยับหนี” เพื่อเป็นสัญลักษณ์ในการกระตุ้นเตือนและเสริมแรงจูงใจภายในตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยเป้าหมายหมายของกิจกรรมที่ 1 - 6 ตามโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการนี้ ล้วนเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดตามโปรแกรมบรรลุต่อความต้องการขั้นพื้นฐานภายในจิตใจตามทฤษฎีแรงจูงใจภายใน 3 ประการ คือ ความต้องการอิสระในการควบคุมชีวิตเพื่อชีวิต

ที่ดีขึ้น ความต้องการเป็นคนที่มีความสามารถและประสบความสำเร็จในชีวิต และความต้องการมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น จนก่อเกิดแรงจูงใจภายใน อันนำไปสู่ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแสดงพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น (กณณิกา สิทธิพงษ์, 2560; ก้องเกียรติ อุเต็น, จิรภัทร ประเสริฐศักดิ์ และ วุฒิจร จันทรัมย์, 2562; Deci & Ryan, 2000) ส่วนกิจกรรมที่ 7 ญาติร่วมด้วย ช่วยขับเคลื่อน และกิจกรรมที่ 8 การติดตามกระตุ้น เต็ม เสริมแรงบวก เป็นกิจกรรมที่กำหนดขึ้นเพื่อช่วยกระตุ้นและติดตามให้ผู้รับการบำบัดมีการนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการบำบัดตามโปรแกรมไปใช้ในสถานการณ์จริงเป็นระยะ ๆ โดยติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์หลังจำหน่าย ภายใต้แรงสนับสนุนจากญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด กิจกรรมดังกล่าวจึงเป็นสร้างเสริมความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมป้องกันการยาเสพติดให้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการยาเสพติด ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะเวลาติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่า ระยะเวลาก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงเติมเต็มช่องว่างของความรู้จากผลการศึกษาของ ฉวีวรรณ ปัญญาบุษย์ และกุสุมา แสงเดือนฉาย (2556) ที่ติดตามผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยติดแอมเฟตามีน หลังการบำบัด 2 สัปดาห์ ที่พบว่า ความคงอยู่ของพฤติกรรมป้องกันการติดซ้ำลดลง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากโปรแกรม

การบำบัดยังขาดกิจกรรมย้ำเตือนให้ผู้ป่วยนำทักษะที่ได้รับจากโปรแกรมไปใช้ในชีวิตประจำวันเป็นระยะ ๆ นั้นเอง

3. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการคิดซ้ำและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากผลศึกษาดังกล่าว อาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการนั้นได้ช่วยให้ผู้เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น โดยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมจะเริ่มจากผู้บำบัดสร้างเสริมแรงจูงใจ โดยการกระตุ้นการรับรู้ปัญหา และผลกระทบจากการเสพยาด้วยกิจกรรม ที่ 1 สร้างเสริมการรับรู้ 4 : รู้คน รู้เหตุ รู้ผล รู้ปรับ จากนั้นจึงเริ่มปรับการคิด พร้อมทั้งเสริมแรงจูงใจให้เปลี่ยนแปลงด้วยกิจกรรมที่ 2 ตระหนักรู้ความคิดที่บิดเบือน โดยชวนให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดถึงเหตุการณ์ประจำวันที่กระตุ้นหรือนำพาให้เกิดความคิดทางลบ ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แล้วต่อเนื่องด้วยกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับความคิดที่เหมาะสมในกิจกรรมที่ 3 ปรับความคิดที่บิดเบือน จากนั้น จึงเข้าสู่กิจกรรมที่ 4 เสริมแรงจูงใจสู่เป้าหมายการเปลี่ยนแปลง คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่ข้องเกี่ยวกับยาเสพติด โดยทั้ง 4 กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่บูรณาการแนวคิด MET กับ CBT อย่างกลมกลืน

ภายใต้การสอดแทรกกิจกรรมการเจริญสติเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในการกระทำ สิ่งที่เรียนรู้ และอยู่กับปัจจุบัน ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจเข้าใจปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเสพยา และปรับเปลี่ยนความคิดเป็นบวก จนกลายเป็นความตั้งใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันตนเองจากยาเสพติด ดังนั้น จึงทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดมีการความตั้งใจและพฤติกรรมป้องกันตนเองจากยาเสพติดเพิ่มขึ้น คล้ายกับการศึกษาของอมาวสี กลั่นสุวรรณ และคณะ (2561) พบว่า ผู้ป่วยเสพยาสารแอมเฟตามีนที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจระยะสั้นลงเป็นระยะแรงจูงใจสูง และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนในกิจกรรมที่ 5 ปรับมุมมองและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และกิจกรรมที่ 6 ให้คำมั่นสัญญาการเลิกเสพยา ด้วยกฎเหล็ก “สัญญาใจไม่ตอบรับ ขยับหนี” เป็นขั้นตอนการสร้างเสริมความมั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยการเสริมทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบร่วมกับการเสริมแรงจูงใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและเชื่อมโยงปัญหาที่เกิดขึ้น ปรับการมองปัญหาทางลบเป็นทางบวก ตลอดจนค้นหาวิธีการแก้ปัญหาในมุมใหม่ๆ ที่หลากหลาย มีเหตุผล จนมีภูมิรู้สู่การจัดการกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ จากนั้น

จึงเสริมแรงจูงใจจากภายนอกด้วยแรงสนับสนุน ใกล้ชิดเพื่อคงการเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมที่ 7 ญาติ ร่วมด้วยช่วยขับเคลื้อน ซึ่งกิจกรรมนี้ จะให้ญาติ ช่วยเหลือ ประคับประคอง และย้ำเตือนผู้ป่วยให้อยู่ ในเส้นทางที่ไม่ข้องเกี่ยวกับยาเสพติด ก่อนที่จะ จำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล จากนั้นผู้บำบัดจะ ติดตามต่อเนื่องด้วยกิจกรรมที่ 8 การติดตามกระตุ้น เดิม เสริมแรงบวก โดยเน้นการตรวจสอบแรงจูงใจ เป้าหมายการเปลี่ยนแปลงการแก้ไขปัญหา การย้ำ คำมั่นสัญญา และการให้ญาติมีส่วนร่วมในการ ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ หรือการ ร่วมแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น จากกิจกรรมที่ 5 - 8 จะมี จุดเน้นที่สำคัญ คือ เสริมทักษะการแก้ปัญหาอย่าง สร้างสรรค์และเป็นระบบ (PST) พร้อมทั้งกระตุ้น ความคิดบวกสู่การปรับพฤติกรรมอย่างเหมาะสม และเติมเต็มแรงจูงใจเป็นระยะ ๆ จึงทำให้ผู้ที่ เป็น โรคจิตจากแอมเฟตามีนมีความคิดและหวนกลับไป เสพยาซ้ำลดลง ดังผลการศึกษาที่พบว่า ร้อยละผู้ที่ เป็น โรคจิตจากแอมเฟตามีนกลับไปเสพยาซ้ำของ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ในระยะติดตามหลังการ ทดลอง 4 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มที่ ได้รับความดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ซอร์ดาห์ล และคณะ (Sorsdahl et al., 2015) พบว่า ผู้ป่วยที่มี อาการผิดปกติจากการใช้สารเสพติดที่ได้รับ โปรแกรมผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาเพื่อ เสริมแรงจูงใจกับการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบมี การใช้สารเสพติดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมและ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจเพียงอย่างเดียว

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตจาก แอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ที่มีการผสมผสานแนวคิดจิตสังคมบำบัด 4 แนวคิด อย่างกลมกลืน กำหนดเป็นแนวทางการบำบัดที่ ชัดเจนเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้าใจถึง เหตุและผลกระทบจากการเสพยาเสพติด ตลอดจน การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม เสริมทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ภายใต การมีสติรับรู้ขณะจิตและการกระทำ ส่งผลทำให้ ผู้ป่วยดังกล่าวสามารถควบคุม ปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมตนเองอย่างเหมาะสม รวมถึงมี ทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบเพิ่มขึ้น ช่วยให้ ผู้ป่วยเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม จึงทำให้จำนวน ผู้ที่กลับไปเสพยาซ้ำน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับหลาย การศึกษาเกี่ยวกับจิตสังคมบำบัดในผู้ป่วยเสพยา แอมเฟตามีนที่ผ่านมาว่า การบำบัดรักษาทางจิตสังคม บำบัดแบบผสมผสานหรือการใช้จิตสังคมบำบัด หลายรูปแบบร่วมกันจะให้ผลลัพธ์การบำบัดที่ ดีกว่าการใช้เพียงรูปแบบเดียว (กิตต์กวี โพธิ์โน และคณะ, 2561; นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2556; อมาวสี กลั่นกลิ่น, 2559; De Crescenzo, et al., 2018)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่องใน ระยะ 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อติดตามความยั่งยืน ของประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในระยะยาวต่อ ความตั้งใจในการป้องกันติดยา พฤติกรรมป้องกัน ยาเสพติด และการกลับไปเสพยา
2. ควรขยายผลการใช้โปรแกรมฯ ใน หน่วยงานอื่นที่มีผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน

โดยอบรมนุกลากรที่จะใช้โปรแกรมฯ ให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการบำบัดตามโปรแกรมฯ เนื้อหากิจกรรม และติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมฯ อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริตีพลัส.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงานผลการบำบัดประจำปี 2563*. สืบค้นเมื่อ 7 มกราคม 2564, จาก <https://antidrugnew.moph.go.th>
- ก้องเกียรติ อุเต็น, จิรภัทร ประเสริฐศักดิ์ และวุฒิกิจ จันทรัมย์. (2562). ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจภายในตนเองและการรับรู้สมรรถนะแห่งคนในการป้องกันการกลับไปเสพยาของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- กณณิกา สิทธิพงษ์. (2560). แรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐอนุรักษ์ขอนแก่น. *วารสารการพัฒนาศาสนาชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(2), 217-239.
- กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, ปราณ ฉันทพจน์ และสุพัชรา สุขาวห. (2561). ประสิทธิผลของโปรแกรม Co-occurring disorder (COD) Intervention ในการหยุดการเสพยาแอมเฟตามีน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(2), 127-140.
- กุสุมา แสงเดือนฉาย. (2553). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดยาและพฤติกรรมที่ไม่ดีซ้ำของผู้ป่วยสุรา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ฉวีวรรณ ปัญญาสุข และกุสุมา แสงเดือนฉาย. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยติดยาแอมเฟตามีน. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 24-38.
- นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2556). การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: ทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 13(1), 98-108.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ดันดิรังสี, วรพรรณ จูฑา, อธิบ ดันอริย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัยณรงค์กรชัย และคณะ. (2556). *ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตของคนไทย ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: บิยอนด์พับลิชชิง.
- รุจิรา อากานุษยพันธ์ุ, สำเนา นิลบรรพ์, นันทนา อินทรพรหม, สมบัติ มากัน และอมวาลีกลิ่นสุวรรณ. (2562). ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสติต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(ฉบับพิเศษ), 125-136.
- โรงพยาบาลสวนปรุง. (2564). *ผลการปฏิบัติงานประจำปี 2563*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่.
- ศุกร ชินะเกตุ. (2553). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพสังกัดอาชีวศึกษา จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์. (2564). *ข้อมูลสถิติ จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมดปีงบประมาณ 2560-2563*. สืบค้นเมื่อ 7 มกราคม 2565, จาก <http://www.thanyarak.go.th>
- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์ ฉบับปรับปรุงตาม DSM-V* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7. (2558). *สรุปผลการดำเนินงานการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2558*. ขอนแก่น: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. (2562). *แผนงาน Service Plan สาขายาเสพติด เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2562*. อุตรธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2564). *ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ ประจำปี 2564*. กรุงเทพฯ : สำนักปราบปรามยาเสพติด.

- อมาวาสี กลั่นสุวรรณ. (2559). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อมาวาสี กลั่นสุวรรณ, นิตยา ตากวิริยะนันท์, และตะวันชัย ใจประมุขพิทักษ์. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่งจังหวัดปทุมธานี. *วารสารกรมการแพทย์* 43(1), 90-95.
- เอกอุมา อ้อมคำ. (2556). การบำบัดด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตที่ไร้สารเสพติด: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7), 697-710.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Contod, P., Caring, T., et al. (2010). Integrated motivational interviewing and Cognitive Behavior Therapy for people with psychosis and comorbid Substance misuse: Randomized controlled trial. *BMJ*, 1-12.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: basics and beyond* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- D'Zurilla, T. J. (2010). Problem-solving therapy. In K. S. Dobson (Eds). *Handbook of Cognitive-behavioral therapies* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- De Crescenzo, F., Ciabattini, M., D'Alò, G.L., De Giorgi, R., Del Giovane, C., Cassar, C., & et al. (2018). Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: A systematic review and network meta-analysis. *PLOS Medicine*, 15(12), 1-24.
- Hemrungronj, S. (2021). *MoCA-thai* 8.3. Retrieved December 19, 2022, from <http://www.mocatest.org> (In Thai).
- Lenz, A. S., Rosenbaum, L., & Sheperis, D. (2016). *Meta-Analysis of Randomized Controlled Trails of Motivational Enhancement Therapy for Reducing Substance Use. Journal of Addictions & Offender Counselling*, 37, 66-86.
- Li, L., Zhu, S., Tse, N., Tse, S., & Wong, P. (2015). Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Society for the Study of Addiction*, 2-10.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1996). Motivational Interviewing: What do people change addictive behavior. Retrieved February 11, 2021, from http://www.motivational-interview.org2clinical/whatismi_peoplechange.addict.html
- Ryan, R. M, & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Sorsdahl, K., Stein, D.J., Corrigall, J., Cuijpers, P., Smits, N., Naledi, T., et al. (2015). The efficacy of a blended motivational interviewing and problem-solving therapy intervention to reduce substance use among patients presenting for emergency services in South Africa: A randomized controlled trial. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(46), 1-10.