

EFFECT OF LIVE MODELING ON AMPHETAMINE USE BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH AMPHETAMINE USE DISORDERS*

*Palida Phalasuk, B.N.S.***, *Chalinee Suvanayos, Ph.D.****, *Hunsa Sethabouppha, Ph.D.*****

Abstract

Objective: To study the effect of live modeling on amphetamine use behaviors among patients with amphetamine use disorders.

Methods: The purpose of this quasi-experiment research. The sample included 40 participants with Amphetamine Use Disorder who received treatment at the In-patient department of Psychiatric Hospital in Ubon Ratchathani Province. They were split equally into either an experimental group or a control group using basic random sampling and drawing lots. The experimental group participated in the live modeling. The control group received routine care. The research instruments utilized were as follows: 1) a personal information questionnaire; 2) the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test-Amphetamine-type Stimulants (The ASSIST-ATS), reliability is 0.82; and 3) live modeling, which was developed by the researcher based on Bandura's concept (1986). The study consisted of six sessions, with each session lasting 45-60 minutes, conducted twice a week. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics.

Results: 1) The mean scores of amphetamine use behaviors among the experimental group at one month after treatment were significantly lower than before treatment ($p < .05$). 2) The mean scores of amphetamine use behaviors among the experimental group one month after treatment were significantly lower than those of the control group ($p < .05$).

Conclusion: Live modeling could effectively reduce amphetamine use behaviors. Therefore, it is recommended that live modeling be implemented as an intervention for patients with amphetamine use disorder to mitigate amphetamine use behaviors.

Keywords: live modeling, amphetamine use behaviors, patients with amphetamine use disorders

*Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

***Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: chalinee.s@cmu.ac.th

****Lecture, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received: 27 July 2023, Revised: 23 May 2024, Accepted: 31 May 2024

ผลของการเสนอตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน*

ปาลิดา พละศักดิ์, พยบ.**, ชาลินี สุวรรณยศ, Ph.D.***, ھرรษา เศรษฐบุปผา, Ph.D.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการเสนอตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก เข้าสู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีจับสลาก กลุ่มทดลองได้รับการเสนอตัวแบบจริง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบคัดกรองประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST-ATS) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.82 และ 3) การเสนอตัวแบบจริง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 45 - 60 นาที 2 ครั้งต่อสัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา : 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลอง ในระยะ 1 เดือน หลังได้รับการบำบัดต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในระยะ 1 เดือน หลังได้รับการบำบัดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป : การบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริงสามารถลดพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนได้ จึงควรมีการนำการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริงไปใช้ในการลดพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนต่อไป

คำสำคัญ : การเสนอตัวแบบจริง, พฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน, ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน

*วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบทันจิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**นักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบทันจิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: chaline.s@cmu.ac.th

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับ: 27 กรกฎาคม 2566, วันที่แก้ไข: 23 พฤษภาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 31 พฤษภาคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีนเป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลก และนับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยประมาณการว่าประชากรทั่วโลกกว่า 27 ล้านคน หรือร้อยละ 0.5 ของประชากรที่มีอายุระหว่าง 15 - 64 ปี เสพสารแอมเฟตามีนซึ่งพบมากที่สุดในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC, 2021) สำหรับประเทศไทย พบว่า สารแอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดที่เป็นปัญหายาวนานและกำลังแพร่ระบาดอย่างหนัก ในปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารแอมเฟตามีนเข้ารับการรักษา จำนวน 219,275 ราย 221,969 ราย และ 212,646 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.66 พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 25 - 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.24 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 20 - 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.01 ผู้เข้ารับรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 63.61 รองลงมาคือ ผู้ติด ร้อยละ 31.99 และผู้ใช้ ร้อยละ 4.40 (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งการแพร่ระบาดของสารแอมเฟตามีนยังคงระบาดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัจจุบันสารแอมเฟตามีนหาซื้อได้ง่าย และราคาถูกลงมาก

การเสพสารแอมเฟตามีนส่งผลกระทบต่อในทุกมิติของการดำเนินชีวิต ทั้งต่อตัวบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ แนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดความรุนแรงของปัญหา คือ การนำผู้ที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีนเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด แม้ว่าปัจจุบันจะมีแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มี

ความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนอยู่หลากหลาย แต่ภายหลังการบำบัด เมื่อผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับไปใช้ชีวิตในชุมชน มีการกลับไปใช้สารแอมเฟตามีนซ้ำเป็นจำนวนมาก (สุทธิชัย ศิรินวล และคณะ, 2559) จากการทบทวนถึงสาเหตุสำคัญที่ชักนำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารแอมเฟตามีนซ้ำคือการกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม ๆ ภายใต้อสภาพจิตใจที่ไม่พร้อม เมื่อเห็นบุคคลรอบตัวใช้สารแอมเฟตามีน ไม่ว่าจะบุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคคลในสังคม หรือสื่อสังคมออนไลน์ ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนทำให้นึกถึงเหตุการณ์เดิม ๆ ความสุขที่เคยได้รับจากการเสพสาร ส่งผลให้ผู้ป่วยหวนกลับไปใช้สารแอมเฟตามีนซ้ำในที่สุด โดยพบว่า หลังได้รับการบำบัดรักษาในระยะเวลา 3 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน มีอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูงถึงร้อยละ 40 - 75 (Kabisa et al., 2021) แสดงให้เห็นว่าหลังได้รับการบำบัดรักษาในระยะหนึ่ง ปัญหาสำคัญที่พบมากในผู้เสพติดสารแอมเฟตามีน คือ การกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งการกลับไปเสพซ้ำอยู่เรื่อย ๆ จะส่งผลต่อตัวผู้เสพกลายเป็นผู้ป่วยเสพติดเรื้อรัง มีอาการแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา

ปัญหาการเสพสารแอมเฟตามีนถือเป็นภาวะวิกฤตที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวสารและฤทธิ์ของสาร เมื่อเสพสารแอมเฟตามีนเข้าสู่ร่างกายจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายและจิตใจ เกิดการตื่นตัวของสมอง สามารถทำงาน

ได้นานขึ้น รู้สึกกระปรี้กระเปร่า ไม่ง่วง ไม่หิว มีอารมณ์เคลิ้มสุข จึงมีการใช้สารอย่างผิด ๆ และเกิดการเสพติดสารตามมา (อมาวลี กลั่นสุวรรณ และคณะ, 2561) 2) ปัจจัยภายในตัวบุคคล การที่บุคคลมีความอยากรู้อยากเห็น อยากรอง มีความต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนและสังคมรอบข้าง การขาดความรู้ และการประสบความล้มเหลวในชีวิต (ศิริรัตน์ นิตยวัน, 2561) และ 3) ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล การอยู่ใกล้แหล่งที่มีการใช้สารแอมเฟตามีนอย่างแพร่หลาย ทำให้สามารถเข้าถึงการเสพยาแอมเฟตามีนได้ง่าย (นัฐพงษ์ นาอุดม และศุภวัฒน์กร วงศ์ธนาวุธ, 2563) และยังพบว่า สื่อสังคมเป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการใช้สารแอมเฟตามีน เนื่องจากปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้บุคคลเข้าถึงสื่อสังคมได้อย่างอิสระ และเกิดพฤติกรรมเลียนแบบจากสื่อสังคมประเภทต่าง ๆ (อรรถพล ยิ้มขรรจง และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2564) นอกจากนี้ ครอบครัว และบุคคลที่ได้รับการยึดถือให้เป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการสังเกต และเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมโดยอัตโนมัติ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน (ศูนย์บำบัดยาเสพติดเอกชน, 2565) จากปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล หรือสิ่งแวดล้อม ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการสังเกตและเลียนแบบพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน และน่าจะเป็นปัจจัยที่อาจสามารถนำมาพัฒนาแนวทางในการช่วยเหลือโดยการเสนอตัวแบบ (modeling) ได้

จากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา

สังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่าพฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้จากการสังเกต หรือการเลียนแบบผ่านตัวแบบ โดยมีกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบที่สำคัญอยู่ 4 ขั้น ได้แก่ 1) ขั้นให้ความสนใจ (attention) 2) ขั้นการจดจำ (retention) 3) ขั้นการกระทำ (production) และ 4) ขั้นแรงจูงใจ (motivation) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภามิต, 2562) ตัวแบบ หมายถึง บุคคลที่แสดงพฤติกรรมในการถ่ายทอดความรู้ ทักษะต่าง ๆ ผ่านทางการรับรู้โดยการมองเห็น (Bandura, 1986) แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ตัวแบบจริง (live model) และตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) โดยตัวแบบจริงจะเป็นตัวแบบที่มีชีวิตจริงที่บุคคลสามารถสังเกต และมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง ไม่ต้องผ่านสื่อหรือสัญลักษณ์อื่น มีข้อดีคือ ตัวแบบสามารถเพิ่มเติมหรือปรับปรุงพฤติกรรม เพื่อให้การแสดงพฤติกรรมชัดเจน หรือเหมาะสมสถานการณ์มากขึ้น รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความคิดและการแสดงออกได้พร้อม ๆ กัน ช่วยให้เกิดความน่าสนใจในตัวแบบได้ดีกว่าการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภามิต, 2562) สำหรับตัวแบบสัญลักษณ์ จะเป็นตัวแบบที่สังเกตผ่านสื่อ หรือสัญลักษณ์ มีข้อดีคือ สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้ล่วงหน้าได้ (Bandura, 1986) นอกจากนี้ยังสามารถควบคุมพฤติกรรมและผลกระทบของตัวแบบได้ และยังสามารถนำกลับมาใช้ในการเสนอตัวแบบได้หลายครั้ง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภามิต, 2562) แต่มีข้อจำกัดคือ ตัวแบบสัญลักษณ์เป็นการสื่อสารทางเดียว ซึ่งอาจจะไม่น่าสนใจสำหรับผู้เรียนบางคน

การเสนอตัวแบบเป็นเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ได้รับการยอมรับว่า เป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพสูง เนื่องจากมีลักษณะใกล้เคียงกับวิถีชีวิตตามธรรมชาติของคนเรา และคนเรานั้นมีแนวโน้มที่จะลอกเลียนแบบซึ่งกันและกันอยู่แล้ว จึงทำให้ผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรมไม่รู้สึกรู้สึกขัดใจ หรือต่อต้าน จึงสามารถนำมาใช้ในการลด เพิ่ม เสริมสร้างพฤติกรรมใหม่ และปรับปรุงพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้นได้ (สม โภชน์ เอี่ยมสุภามิต, 2562) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศถึงแนวความคิด การเกิดพฤติกรรมจากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ได้มีผู้นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังเช่นการศึกษาของ นิสากิ โทชิมาศ และคณะ (2551) ที่ศึกษาผลของตัวแบบสัญลักษณ์และตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ดูตัวแบบสัญลักษณ์ กลุ่มที่อภิปรายตัวแบบจริง และกลุ่มที่ดูตัวแบบสัญลักษณ์ร่วมกับการอภิปรายตัวแบบจริง ในระยะหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าในระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ทรุจิลโล และคณะ (Trujillo et al., 2015) ได้ศึกษาถึงวิธีที่วัยรุ่นเรียนรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์ในแง่ของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม การศึกษาเชิงคุณภาพในโบโกตา ประเทศโคลอมเบีย โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน 3 รูปแบบ ได้แก่ การใช้ตัวแบบจริงแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ การใช้ตัวแบบจริงสอนด้วยวาจาเพื่อ

อธิบายพฤติกรรมที่ต้องการ และการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงโดยวิธีการใช้ตัวแบบจริงสอนด้วยวาจาเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่ต้องการได้ผลดีที่สุด จากผลการวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การเรียนรู้จากตัวแบบสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ โดยเฉพาะตัวแบบจริงนั้นจะสามารถเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการได้ นอกจากนี้ยังสามารถถ่ายทอดความคิด และการแสดงออกได้พร้อม ๆ กัน ส่งผลให้ผู้เรียนมีความสนใจที่อยากจะเรียนรู้มากขึ้น เช่นเดียวกับตัวแบบสัญลักษณ์ที่มีความน่าสนใจเช่นกัน แต่มีข้อจำกัดอยู่ว่า ตัวแบบสัญลักษณ์นั้นเป็นการสื่อสารทางเดียว อาจสามารถสร้างความสนใจได้ในระยะแรก เมื่อการแสดงของตัวแบบผ่านไประยะหนึ่งอาจจะทำให้เกิดความไม่สนใจสำหรับผู้เรียนบางคน

จากแนวความคิดเกี่ยวกับการเสนอตัวแบบผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการเสนอตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน เนื่องจากตัวแบบจริงสามารถสังเกต และมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง ช่วยในการดึงดูความสนใจ ทำให้ผู้สังเกตเกิดการจดจำ สามารถเน้นจุดสำคัญและพฤติกรรมให้เด่นชัด สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการแสดงออกได้ตามสถานการณ์ ซึ่งทำให้การเรียนรู้จากการเลียนแบบนั้นได้ผลดียิ่งขึ้น โดยคาดหวังว่าผลการวิจัยจะทำให้ได้แนวทางในการช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนสามารถลดหรือเลิกพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

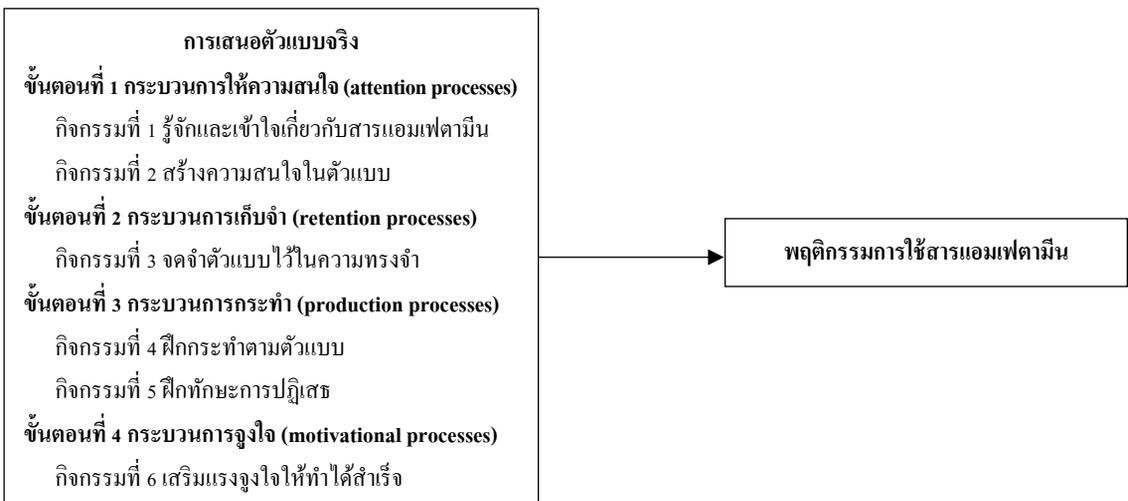
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่ได้รับการเสนอตัวแบบจริง ในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง 1 เดือน หลังได้รับการเสนอตัวแบบจริง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสนอตัวแบบจริง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะ 1 เดือน หลังได้รับการเสนอตัวแบบจริง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้จากการสังเกตผ่านตัวแบบ โดยเฉพาะตัวแบบจริง ผ่านกระบวนการ 4 ขั้น ได้แก่ 1) ขั้นให้ความสนใจ (attention) โดยบุคคลจะไม่สามารถเรียนรู้ได้เลยถ้าขาดความสนใจ 2) ขั้นการจดจำ (retention) เป็นการรวบรวมรูปแบบพฤติกรรมของตัวแบบที่ได้สังเกตเห็นทุกครั้ง แล้วนำมาวางรูปแบบให้เด่นชัดขึ้น การจดจำจะเป็นในรูปแบบของสัญลักษณ์ซึ่งเป็นมโนภาพหรือภาษา 3) ขั้นการกระทำ (production) เป็นขั้นตอนที่ผู้สังเกตคัดแปลงสัญลักษณ์จากการจำมาเป็นการกระทำที่เหมาะสม และ 4) ขั้นแรงจูงใจ (motivation) เป็นการจูงใจให้ผู้เลียนแบบแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบที่ตนสังเกต เนื่องจากความคาดหวังว่าการเลียนแบบจะนำประโยชน์มาให้ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดหรือเลิกสารแอมเฟตามีนได้ ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่ได้รับการเสนอตัวแบบจริงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน ในระยะ 1 เดือน หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง

2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่ได้รับการเสนอตัวแบบจริงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน ในระยะ 1 เดือน หลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการเสนอตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน (F15.1, F15.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน (F15.1, F15.2) ตามเกณฑ์การ

วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (sample size) ใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ของงานวิจัยเชิงทดลองมากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.4 อำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ระดับ 0.80 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ 0.05 ผู้วิจัยได้ศึกษาจากวิทยานิพนธ์ของ นิสากร โพธิมาศ และคณะ (2551) ที่ศึกษาผลของตัวแบบสัญลักษณ์และตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมกรรมดื้อแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดเพชรบูรณ์ ใช้ขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง (effect size) ที่ระดับ 0.68 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ระยะเวลาในการดำเนินการ เดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2566

เกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเพศชายหรือเพศหญิง มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี
2. ไม่มีภาวะพร่องทางสมอง จากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (Montreal Cognitive Assessment-Thai [MoCA-Thai]) โดยต้องมีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน
3. มีคะแนนพฤติกรรมความเสี่ยงในการ

ใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน ประเมินโดยแบบคัดกรองประสิทธิภาพการ ใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST-ATS) โดยคะแนนอยู่ในระดับเสี่ยงสูงมากขึ้นไป (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 27)

4. สามารถอ่าน เขียน พูดคุยสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน และการมองเห็น

5. ได้รับความยินยอมจากผู้ดูแล

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)

1. มีโรคทางจิต หรือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคทางสมอง โรคลมชัก และโรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย

2. เคยได้รับการบำบัดด้วยการเสกอดัวแบบจริง หรือกำลังเข้าร่วมการวิจัยอื่น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 108/2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี หนังสือรับรองเลขที่ 2/2566 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับทราบถึงสิทธิ ประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอด ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวหรือยกเลิกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา รวมถึงผลประโยชน์ที่พึงได้รับ การนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาถูกเก็บเป็นความลับ

การบันทึกข้อมูลใช้รหัสแทน ชื่อ - สกุล เอกสารทั้งหมดถูกเก็บไว้ในตู้ที่มีกุญแจล็อก ผู้วิจัยถือกุญแจเพียงผู้เดียว ส่วนข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ มีการเข้ารหัสผ่านทุกครั้ง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ การมีคนในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดใช้สารเสพติด การใช้สารแอมเฟตามีนครั้งแรก ระยะเวลาและปริมาณของการใช้สารแอมเฟตามีน จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดรักษา และระยะเวลาที่เคยหยุดใช้สารแอมเฟตามีน

1.2 แบบคัดกรองประสิทธิภาพการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST-ATS) เป็นแบบคัดกรองที่พื้นฐาน กิตติรัตนไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล (2555) ปรับปรุงมาจากแบบคัดกรอง The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Test (ASSIST) version 3.1 ฉบับภาษาไทย แปลโดย สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และคณะ (2554) ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง และความแม่นยำในการคัดกรองแล้ว โดยมีค่า internal

consistency (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.80 มีความไวร้อยละ 80 ค่าความจำเพาะร้อยละ 71 ประกอบด้วย 8 คำถาม แต่ละคำถามจะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 6 คะแนน มีค่าคะแนนรวมของแบบคัดกรองอยู่ระหว่าง 0 - 39 คะแนน ซึ่งจัดเป็นระดับกลุ่มเสี่ยงได้ 3 ระดับ คือ เสี่ยง มีค่าคะแนน 0 - 3, เสี่ยงมาก มีค่าคะแนน 4 - 26 และเสี่ยงสูงมาก มีค่าคะแนนตั้งแต่ 27 ขึ้นไป ผู้วิจัยได้นำมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (Montreal Cognitive Assessment-Thai [MoCA-Thai]) แปลเป็นภาษาไทยโดยโสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ (2550) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ เพื่อประเมินความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ภาษา ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบความคิดรวบยอด การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = 0.74 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน = 0.91 ค่าความไว 70% ค่าความจำเพาะ 95% มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 30 คะแนน หากผู้ตอบแบบสอบถามมีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี จะมีการเพิ่มคะแนนรวมให้ 1 คะแนน หากคะแนนรวมน้อยกว่า 25 ถือว่ามีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

2.2 แบบคัดกรองประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST-ATS) เป็นแบบคัดกรองที่พื้นฐานภาคจิตติรัตนไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล (2555) ปรับปรุงมาจากแบบคัดกรอง The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Test (ASSIST) version 3.1 ฉบับภาษาไทยแปลโดย สาวิตรี อัญนางค์กรชัย และคณะ (2554) ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง และความแม่นยำในการคัดกรองแล้ว โดยมีค่า internal consistency (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.80 มีความไวร้อยละ 80 ค่าความจำเพาะร้อยละ 71 ประกอบด้วย 8 คำถาม แต่ละคำถามจะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 6 คะแนน มีค่าคะแนนรวมของแบบคัดกรองอยู่ระหว่าง 0 - 39 คะแนน ซึ่งจัดเป็นระดับกลุ่มเสี่ยงได้ 3 ระดับ คือ เสี่ยง มีค่าคะแนน 0 - 3 เสี่ยงมาก มีค่าคะแนน 4 - 26 และเสี่ยงสูงมาก มีค่าคะแนนตั้งแต่ 27 ขึ้นไป ผู้วิจัยได้นำมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ การเสนอตัวแบบจริง เป็นกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนได้เรียนรู้พฤติกรรมของตัวแบบจริง โดยกำหนดลักษณะตัวแบบจริง ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 6 กิจกรรมดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมระยะเวลา 3 สัปดาห์

ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 45 - 60 นาที ผ่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาธิต 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านกายภาพบำบัดจิตเวชและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน ก่อนนำไปใช้จริง มีค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 ซึ่งผ่านเกณฑ์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้ รายละเอียดของกิจกรรมมีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 รู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับสารแอมเฟตามีน เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษา โดยเน้นให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนเห็นถึงผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ และพฤติกรรมเสี่ยงในการกลับไปใช้สารแอมเฟตามีนซ้ำได้เรียนรู้ตนเอง ยอมรับตนเอง สามารถสังเกต และบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองได้ จากการทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับการใช้สารแอมเฟตามีน และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เห็นจุดด้อยของตนเอง และเกิดการพัฒนาตนเองไปในแนวทางที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน

กิจกรรมที่ 2 สร้างความสนใจในตัวแบบ เป็นการนำเสนอตัวแบบจริง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนมีความสนใจที่จะสังเกตตัวแบบจริง ในกิจกรรมนี้เป็นการแนะนำ

ให้สมาชิกรู้จักคำว่า “ตัวแบบจริง” โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ของแต่ละคนเกี่ยวกับบุคคลที่ตนเองรู้จักซึ่งประสบความสำเร็จในการเลิกสารแอมเฟตามีน เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้เกิดสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบจริงที่จะนำมาร่วมในกิจกรรมที่ 3

กิจกรรมที่ 3 จัดจำตัวแบบไว้ในความทรงจำ เป็นการให้ตัวแบบจริงได้บอกเล่าประสบการณ์การเลิกใช้สารแอมเฟตามีน พร้อมทั้งวิธีการจัดการกับปัญหาที่นำไปสู่การใช้สารแอมเฟตามีน ตลอดจนวิธีการปฏิบัติที่ทำให้ตัวแบบจริงประสบความสำเร็จในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีน ต่อจากนั้นให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันกับตัวแบบจริงในการวิเคราะห์ปัจจัยและวิธีการจัดการกับปัญหาที่นำไปสู่การใช้สารแอมเฟตามีน และวิธีการปฏิบัติที่ทำให้ตัวแบบจริงประสบความสำเร็จในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีน และจำลองสถานการณ์เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จตามตัวแบบจริง เป็นการซักซ้อมด้วยการกระทำที่นำไปสู่การเลิกใช้สารแอมเฟตามีน ทำให้เกิดการเก็บจำวิธีการจัดการกับปัญหาในรูปแบบสัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปของความจำ

กิจกรรมที่ 4 ฝึกกระทำตามตัวแบบ เป็นการจำลองสถานการณ์สมมติเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่นำไปสู่การใช้สารแอมเฟตามีนของตัวแบบจริง และให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติ โดยนำสิ่งที่ได้จดจำจากกิจกรรมที่ 3 มาลงมือปฏิบัติในสถานการณ์สมมติเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปของความจำออกมาเป็นการกระทำ และให้ผู้ป่วยสะท้อนความรู้สึก ความคิด การแสดงออก

ของตนเองในสิ่งที่ตนเองได้ลงมือปฏิบัติในการจัดการกับปัญหาที่นำไปสู่การใช้สารแอมเฟตามีน และให้ผู้ป่วยเขียนแบบแผน วิธีการ ขั้นตอน การปฏิบัติในการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพตามที่ได้เรียนรู้จากตัวแบบจริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยระลึกรูปแบบแผนพฤติกรรมที่เก็บจำไว้ และสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามตัวแบบจริงในการจัดการกับปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีนได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการปฏิเสธ เป็นกิจกรรมที่พัฒนาให้ผู้ผู้ป่วยมีวิธีหรือแนวทางในการปฏิเสธจากสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง การเอาชนะแรงกดดันต่างๆ จากกลุ่มเพื่อนที่เชิญชวนให้เสพยาแอมเฟตามีน โดยมีเทคนิคการปฏิเสธอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ เป็นการจำลองสถานการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่นำไปสู่การใช้สารแอมเฟตามีน และให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการปฏิเสธโดยนำสิ่งที่ได้จดจำจากกิจกรรมที่ 3 มาลงมือปฏิบัติในสถานการณ์สมมติ เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปของความจำออกมาเป็นการกระทำ จากการได้เรียนรู้จากตัวแบบจริง และเลียนแบบในการปฏิบัติจากสถานการณ์สมมติ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยระลึกรูปแบบแผนพฤติกรรมที่เก็บจำไว้ และสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามตัวแบบจริงในการปฏิเสธสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงในการใช้สารแอมเฟตามีนได้สำเร็จ

กิจกรรมที่ 6 เสริมแรงจูงใจให้ทำได้สำเร็จ เป็นการให้ตัวแบบจริงได้มาบอกเล่าการเสริมแรงและแรงจูงใจที่เกิดขึ้น เมื่อตัวแบบจริงประสบ

ความสำเร็จในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีน และให้ผู้ป่วยวิเคราะห์การเสริมแรงและแรงจูงใจที่เกิดขึ้นกับตัวแบบจริง และความคาดหวังที่ตนเองจะได้รับการเสริมแรงและแรงจูงใจเช่นเดียวกับตัวแบบจริง เป็นการเสริมแรงและสร้างจูงใจให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตนเพื่อเลิกใช้สารแอมเฟตามีนตามตัวแบบจริง และให้ตัวแบบจริงให้กำลังใจและเสริมแรงจูงใจให้ผู้ผู้ป่วยในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีนเหมือนตัวแบบจริงได้ในที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีจับฉลาก

2. ประเมินคะแนนพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน โดยใช้แบบคัดกรองประสิทธิภาพการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST-ATS) ก่อนเข้าร่วมการวิจัย

3. ดำเนินการในกลุ่มทดลองโดยการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ระยะเวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 45 - 60 นาที มีทั้งหมด 6 กิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. ประเมินคะแนนพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน เมื่อครบระยะเวลา 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบคัดกรองประสิทธิภาพการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST-ATS) และบันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูป และหากผลการวิจัยได้ผลตามวัตถุประสงค์ จะดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วย

การเสนอตัวแบบจริงตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired samples t-test) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent samples t-test) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 เพศหญิงร้อยละ 30 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 29.25 ปี และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 29.10 ปี ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 80 และ 70 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 45 และ 50 ตามลำดับ และประกอบอาชีพเกษตรกรรม

เป็นหลัก ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 45 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 55 ในด้านรายได้ของครอบครัว พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 75 และ 85 ตามลำดับ พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 70 และ 80 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลครั้งที่ 1 - 3 คิดเป็นร้อยละ 90 และ 80 ตามลำดับ โดยอายุเฉลี่ยของการใช้สารแอมเฟตามีนครั้งแรกในกลุ่มทดลองเท่ากับ 20.45 และในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 21.95 สำหรับระยะเวลาของการใช้สารแอมเฟตามีน กลุ่มทดลองเท่ากับ 8.31 ปี และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.05 ปี ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่สามารถหยุดใช้สารแอมเฟตามีนได้นานที่สุดในกลุ่มทดลองเท่ากับ 11.15 เดือน และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 10.10 เดือน โดยปริมาณเฉลี่ยการใช้สารแอมเฟตามีนเท่ากับ 6.65 เม็ด/สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง และ 9.60 เม็ด/สัปดาห์ ในกลุ่มควบคุม และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคนในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 60 และ 70 ตามลำดับ

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

จากตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนของทั้งสองในระยะก่อนบำบัด และระยะ 1 เดือน หลังได้รับการบำบัด พบว่า หลังการบำบัดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดด้วยการเสนอ

ตัวแบบจริง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองในระยะก่อนบำบัด และระยะ 1 เดือน หลังได้รับการบำบัด (n = 20)

คะแนนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด	mean	SD	t	df	p-value
ก่อนการบำบัด	29.90	2.25	7.59	19	.000*
ติดตามผล 1 เดือน หลังได้รับการบำบัด	19.15	6.57			

* $p < .001$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนบำบัด และระยะ 1 เดือน หลังได้รับการบำบัด (n = 40)

คะแนนพฤติกรรม การใช้สารเสพติด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	mean	SD	mean	SD			
ก่อนการบำบัด	29.90	2.25	30.15	2.35	0.34	38	.733
ติดตามผล 1 เดือน หลังได้รับการบำบัด	19.15	6.57	27.20	4.46	-4.53	33.42	.000*

* $p < .05$

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่ได้รับการเสนอตัวแบบจริงมีคะแนน

เฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนในระยะ 1 เดือน หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง

จากผลการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริงช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจาก

การใช้สารแอมเฟตามีนเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจริง และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนให้เหมาะสมขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ แบนดูรา (Bandura, 1986) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้จากการสังเกตผ่านตัวแบบ โดยเฉพาะตัวแบบจริง ซึ่งมีกระบวนการที่สำคัญอยู่ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กระบวนการให้ความสนใจ (attention process) เป็นกระบวนการที่บุคคลสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบจริง กระบวนการนี้เป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะบุคคลจะไม่สามารถเรียนรู้ได้โดยถ้าขาดความสนใจ 2) กระบวนการเก็บจำ (retention process) เป็นการรวบรวมรูปแบบพฤติกรรมของตัวแบบที่ได้สังเกตเห็นทุกครั้ง แล้วนำมาวางรูปแบบให้เด่นชัดขึ้น การจดจำจะเป็นในรูปแบบของสัญลักษณ์ซึ่งเป็นมโนภาพหรือภาษา ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเก็บจำพฤติกรรมของตัวแบบได้ดียิ่งขึ้น 3) กระบวนการกระทำ (production processes) เป็นขั้นตอนที่ผู้สังเกตคัดแปลงสัญลักษณ์จากการจำมาเป็นการกระทำที่เหมาะสม ถ้าบุคคลระลึกรูปภาพจากปัญญาได้อย่างแม่นยำ จะทำให้กระทำพฤติกรรมตามตัวแบบได้อย่างถูกต้อง และ 4) กระบวนการจูงใจ (motivation process) เป็นการจูงใจให้ผู้เลียนแบบแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบที่ตนสังเกต เนื่องจากความคาดหวังว่าการเลียนแบบจะนำประโยชน์มาให้ (Bandura, 1986) ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริง และได้กำหนดกิจกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ซึ่ง

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม พบว่า แต่ละกิจกรรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนมีความรู้ และทักษะในการจัดการกับปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน ดังตัวอย่างคำพูดเช่น “ถ้าเพื่อนชวนไปไหนจะไม่ไปเด็ดขาด” “เวลาเพื่อนชวนจะบอกปฏิเสธ แล้วรีบเดินหนีออกมา” และมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนได้ ดังตัวอย่างคำพูดเช่น “จะเลิกยาบ้าตลอดชีวิตค่ะ” “ผมจะเลิกเด็ดขาดครับ” จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนได้เข้าร่วมการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริง จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนได้ให้เหมาะสมมากขึ้น ส่งผลทำให้ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสนอด้วยตัวแบบจริงต่ำกว่าก่อนทดลอง

ผลการวิจัยนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ นิสากกร โทธิมาศ และคณะ (2551) ที่ศึกษาผลของตัวแบบสัญลักษณ์และตัวแบบจริงต่อพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่น ในจังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ดูตัวแบบสัญลักษณ์ กลุ่มที่อภิปรายตัวแบบจริง และกลุ่มที่ดูตัวแบบสัญลักษณ์ร่วมกับการอภิปรายตัวแบบจริง ในระยะหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าในระยะก่อนทดลอง และจากการศึกษาของ ทรุจิลโล และคณะ (Trujillo et al., 2015) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพในโบโกตา ประเทศโคลอมเบีย ถึงวิธีที่วัยรุ่นเรียนรู้เกี่ยวกับการรับรู้

ความเสี่ยงและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์ในแง่ของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน 3 รูปแบบ ได้แก่ การใช้ตัวแบบจริงแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ การใช้ตัวแบบจริงสอนด้วยวาจาเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่ต้องการ และการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงโดยวิธีการใช้ตัวแบบจริงสอนด้วยวาจาเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่ต้องการได้ผลดีที่สุด

2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่ได้รับการเสนอตัวแบบจริงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนในระยะ 1 เดือน หลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่า การที่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อาจเป็นผลมาจากการได้รับการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริงส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง จึงส่งผลให้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริง ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ แบนดูรา (Bandura, 1986) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่ของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้ใน 2 ลักษณะ คือ 1) บุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านการกระทำ เป็นการเรียนรู้จาก

ประสบการณ์ด้วยตนเอง ซึ่งมีข้อจำกัดอยู่มาก เพราะสิ่งที่จะเรียนรู้มีมากกว่าเวลาและโอกาสของผู้เรียนแต่ละคนจะอำนวย และผลของการกระทำบางอย่างก็เป็นอันตรายหากจะต้องเรียนรู้ด้วยตนเอง 2) บุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านตัวแบบ ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วได้รับการเสริมแรง แนวโน้มที่บุคคลจะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบจะสูงขึ้น หากผลที่เกิดขึ้นเป็นที่พึงพอใจ บุคคลก็จะเก็บจำการกระทำนั้นไว้ เพื่อจะได้กระทำในโอกาสต่อไป และในกรณีที่เกิดขึ้นไม่เป็นที่พึงพอใจ บุคคลก็จะเก็บจำการกระทำนั้นไว้ และพยายามหลีกเลี่ยงที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นอีก หรืออาจเก็บจำพฤติกรรมนั้นไว้ใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ พฤติกรรมนั้นให้เกิดผลดีในอนาคต การที่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนได้เห็นพฤติกรรมของบุคคลในชีวิตจริง ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อน รวมถึงสื่อและโฆษณาโดยทั่ว ๆ ไปที่นำเสนอให้เห็นถึงมุมมองด้านบวก หรือมุมมองด้านลบของการใช้สารแอมเฟตามีน ซึ่งการนำเสนอในมุมมองด้านบวกอาจจะส่งผลต่อความคาดหวังในการใช้สารแอมเฟตามีน และส่งผลถึงการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การใช้สารแอมเฟตามีนมากกว่าที่จะตัดสินใจเลิกใช้สารแอมเฟตามีน ซึ่งพบได้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หากไม่มีทักษะในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเพียงพอ ดังนั้น ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสนอด้วยตัวแบบจริง เมื่อได้เรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจริงทำให้ส่งผลต่อ

กระบวนการเรียนรู้ 4 ชั้น ได้แก่ 1) กระบวนการให้ความสนใจ (attention process) 2) กระบวนการเก็บจำ (retention process) 3) กระบวนการกระทำ (production processes) และ 4) กระบวนการจูงใจ (motivation process) (Bandura, 1986) ซึ่งตัวแบบจริงนั้นต้องมีองค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการเรียนรู้ โดยลักษณะของตัวแบบจริงจะต้องมีลักษณะที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สังเกตเกิดการเรียนรู้ คือ มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกต ทั้งในด้านเพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ นอกจากนี้ ตัวแบบต้องมีระดับความสามารถที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกต เพราะจะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจว่า ตนเองก็น่าจะกระทำพฤติกรรมได้ตามตัวแบบเช่นกัน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2562) ซึ่งในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาตัวแบบจริงตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ กำหนดให้มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 ถึง 59 ปี มีประสบการณ์ในสถานการณ์ที่เหมือนกัน ประสบความสำเร็จในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีนมากกว่า 1 ปี และยินดีที่จะถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน การเตรียมตัวแบบจริง ผู้วิจัยได้อธิบายให้ตัวแบบจริงทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกำหนดขอบเขตที่ต้องการให้ตัวแบบจริงได้ถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้สารแอมเฟตามีน วิธีการจัดการกับปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน และมีการซักซ้อมกันก่อน ดังนั้นจึงส่งผลทำให้ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสนอด้วยตัวแบบจริงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการ

พยาบาลตามปกติ จึงสรุปได้ว่า การบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริงสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยที่มีความคิด ปกติ จากการใช้สารแอมเฟตามีนเกิดกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกต ส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่มีความคิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการนำการบำบัดด้วยการเสนอตัวแบบจริงไปใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดในโรงพยาบาลจิตเวช โดยบุคลากรพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะก่อนนำไปใช้ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการบำบัด

2. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการติดตามในระยะยาวเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความคิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนนำความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับไปใช้อย่างต่อเนื่อง หรือทำการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างในบริบทอื่นๆ เช่น หน่วยบริการที่มีบริการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด เพื่อพิสูจน์ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- นัฐพงษ์ นาอุดม, และศุภวัฒน์ นกร วงศ์ธนวุธ. (2563). สาเหตุของการติดยาเสพติด. *Journal of Modern Learning Development*, 5(6), 102-115.
- นิศากร โปธิมาศ, พรรษา เศรษฐบุปผา, และชาลินี สุวรรณยศ. (2551). ผลของตัวแบบสัญลักษณ์และตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดเพชรบูรณ์. *พยาบาลสาร*, 35(2), 71-80.

- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, และบุญศิริ จันศิริมงคล. (2555). *คู่มือผู้อบรม หลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาสารเสพติดกลุ่ม แอมเฟตามีน สำหรับบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน.
- ศิริรัตน์ นิตยวัน. (2561). แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 24(1), 15-27.
- ศูนย์บำบัดยาเสพติดเอกชน. (2565). *ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด*. <http://www.phufaresthome.com/2020/05/24/4-reasons-for-using-drugs/>
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566*. https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/rptk5fmp8q8sk0soko.pdf
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2562). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 9). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาวตรี อัยฉางค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2554). *แบบคัดกรองประสบการณ์ดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด (ASSIST): คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ*. แผนงานพัฒนาวิชาการการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน.
- สุทธิชัย ศิรินวล, ปัทมา สุพรรณกุล, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด. *Journal of Health Science Research*, 10(1), 39-45.
- โตฟพัทธ์ เหมรัฐ ษ์โรจน์. (2550). *Montreal cognitive assessment (MOCA) Thai version*. http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-Test-Thai.pdf
- อมาวาสี กลั่นสุวรรณ, นิตยา ตากวิริยะนันท์ และตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพยาเสพติดในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(1), 90-95.
- อรรถพล ยิ้มขรรค์, และ เพ็ญภา แดงด้อมฤทธิ์. (2564). ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นเสพยาเสพติดระยะฟื้นฟู. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 13(1), 71-83.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Gena, A., Couloura, S., & Kymissis, E. (2005). Modifying the affective behavior of preschoolers with autism using in-vivo or video modeling and reinforcement contingencies. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(5), 545-546.
- Kabisa, E., Biracyaza, E., Habagusenga, J. A. & Umubyeyi, A. (2021). Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorder: case of icyizere Psychotherapeutic Centre. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 16(13), 1-12.
- Trujillo, E. M., Suarez, D. E., Lema, M., & Londono, A. (2015). How adolescents learn about risk perception and behavior in regards to alcohol use in light of social learning theory: a qualitative study in Bogota, Colombia. *Int J Adolesc Med Health*, 27(1), 3-9.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *World drug report 2021*. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>