

การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน

ปรารธนา คำมีสินนท์¹, ไพรวลัย รมช้าย², นุจรินทร์ บัวละคร³

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลดพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน และอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน วิธีวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน 1) วิจัยและพัฒนาโปรแกรมต้นแบบ ได้แก่ ศึกษาสภาพการณ์ พัฒนาโปรแกรม ศึกษาความน่าเชื่อถือ และปรับปรุง 2) ทดลองใช้โปรแกรม โดยวิจัยทั้งทดลองแบบสองกลุ่มมีการวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองเพื่อรับการบำบัดตามโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต้นแบบ แบบประเมินการเสพยาแอมเฟตามีน แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพยา และแบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และ 3) สรุปผลและเผยแพร่นวัตกรรม ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์เท่ากับ 0.89 ประกอบด้วยการบำบัดรายกลุ่มสำหรับผู้ป่วย 5 ครั้ง การบำบัดรายบุคคลพร้อมญาติ 2 ครั้ง การประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด และในระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพยาเพิ่มขึ้น ปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน และอาการทางจิตลดลงกว่าก่อนทดลอง และแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสรุปโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เหมาะสมต่อการใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน และสอดคล้องบริบทของโรงพยาบาลจิตเวช จึงเป็นทางเลือกที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดการใช้สารแอมเฟตามีน

คำสำคัญ: การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ, ผู้ป่วยโรคจิตเภท, สารแอมเฟตามีน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

^{2,3}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

Corresponding Author: Prattana Khummeeseenon, Email: prattana342@gmail.com

Received: August 26, 2024; Revised September 28, 2024; Accepted September 28, 2024

The Develop of Motivational Enhancement Group Therapy Program for Schizophrenic Patients with Amphetamine Use Disorders

Prattana Khummeeseenon¹, Praiwan Romsai², Nujarin Bualakorn³

Abstract

The objective of this study to develop and examine the effects of of Motivational Enhancement Group Therapy Program to reduce amphetamine used and psychotic symptoms in Schizophrenic Patients with Amphetamine Use Disorders. (GMET Amphetamine). Research method was divided into 3 phases. 1) Research and development of prototype consists of study the situation, developing a prototype, validity study and improving the prototype. 2) Experiment with two group and repeated measure design. in samples of 60 schizophrenia patients with amphetamine use disorders. Selected 30 cases to receive GMET Amphetamine program and 30 control to treatment as usual. The instruments included GMET Amphetamine programs, Time line follows back, the relapse prevention intention scale, brief psychotic rating scale. The data were analyzed by repeated measure ANOVA. 3) Summarizing the results and distributing the innovation. The results of Item-Objective Congruence Index of GMET Amphetamine program was 0.89, together with 5 groups and 2 individual treatments. It was found that after immediate therapy and during the follow-up phase of 1 months the relapse prevention intention scale average score was higher, Time line follows back decreases, brief psychotic rating scale decreases than received the program, and statistically significantly different than those in the control group at the level of .05. Conclusion: The GMET Amphetamine is suitable for treating schizophrenia patients with amphetamine use disorders, appropriated with psychiatric hospital context. It is a choice to amphetamine reducing.

Keywords: Amphetamine use disorders, Motivational enhancement therapy, Schizophrenia

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Nursing Department, Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

^{2,3}Registered Nurse, Professional Level, Nursing Department, Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

บทนำ

การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทจากการใช้สารแอมเฟตามีนมีอัตราสูง อัตราความชุก พบได้ร้อยละ 32 ส่งผลทำให้ขาดสารอาหาร นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย สุขภาพทรุดโทรมลง สมรรถภาพทางกาย ความคิดและสติปัญญาบกพร่อง^{1,2} และส่งผลอย่างมากต่อการกำเริบของอาการทางจิต ทำให้มีอาการหูแว่ว หวาดระแวง เกิดพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายคนอื่น มีภาวะซึมเศร้า สิ้นหวัง หรืออาจนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย¹ นอกจากนี้มักนำไปสู่ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และทำให้มีอาการกำเริบซ้ำ³ สอดคล้องกับการศึกษาของทอมเซ็น และคณะพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 78.7 และการใช้สารแอมเฟตามีนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ⁴

รายงานผลการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2562-2564 พบผู้ป่วยในโรคจิตเภทได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมกับการใช้สารแอมเฟตามีน ร้อยละ 24.5, 31.2 และ 40.9 ตามลำดับ ส่งผลกระทบต่อระบบบริการจากความซ้ำซ้อนของการเจ็บป่วย และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง⁵ รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้ในปัจจุบัน โดยใช้โปรแกรมบูรณาการ การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (Integrated Co-Occurring psychiatric

Substance and alcohol use Disorders Rehabilitation Program: ICOD-R)⁶ พบปัญหาการบำบัดไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก โปรแกรมมีหลายกิจกรรม ใช้ระยะเวลาบำบัดนาน 2-3 สัปดาห์ แต่ระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสั้น 20-21 วัน ทำให้ได้รับการบำบัดไม่ครบจำนวนมาก ในภาพรวมของผู้ที่ได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรม มีการกลับไปเสพยาเสพติดหรือดื่มสุราซ้ำภายใน 1 เดือน ร้อยละ 55.3⁷

การพัฒนาการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและปัญหาการใช้สารเสพติดที่ผ่านมามักถูกมองแบบแยกส่วน ระหว่างการบำบัดเกี่ยวกับปัญหาการใช้สารเสพติด^{6,8} และการบำบัดเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท⁹ และไม่ได้ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากภาวะโรคร่วมนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน ให้ครอบคลุมทุกปัญหาของผู้ป่วยโรคร่วมนี้ ให้มีจำนวนกิจกรรมเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในระยะเวลาสั้น รวมถึงการเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองอย่างต่อเนื่องเหมาะสม¹⁰

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและทดสอบโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน และอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และอาการทางจิตของกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจหลังทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างจากก่อนทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และอาการทางจิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ **ขั้นตอนที่ 1** การวิจัยและพัฒนาต้นแบบ ประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ 1. ศึกษาสภาพการณ์ (R1) โดยสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยและผู้ให้การบำบัดทางจิตสังคม จำนวน 5 คน เกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการบำบัดรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน ปัญหาการให้บริการ และ

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการบำบัด ศึกษาข้อมูลจากเอกสารการให้บริการบำบัดรักษาย้อนหลัง 3 ปี การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน มีอาการสงบ สามารถสื่อสารรู้เรื่อง จำนวน 5 คน เกี่ยวกับปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน สาเหตุที่ใช้หรือการกลับไปใช้ซ้ำ รวมถึงความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีนที่บ้าน จำนวน 5 คน เกี่ยวกับปัญหาการดูแล และความต้องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2. พัฒนาโปรแกรมบำบัดต้นแบบ (D1) โดยสังเคราะห์องค์ความรู้จากกระบวนการที่ 1 ได้แก่ ผลจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร และการทบทวนวรรณกรรม นำมาออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบ โดยการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีนครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรนิก¹¹ เป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนา ซึ่งเป็นกระบวนการบำบัดชนิดสั้น (brief intervention) ที่มีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลายสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติด ดื่มสุรา

หรือความไม่ร่วมมือในการรักษา และได้รับการพิสูจน์ว่าให้ผลการบำบัดไม่แตกต่างจากการบำบัดด้วยวิธีอื่น¹² โดยมีเป้าหมายสำคัญเบื้องต้นเพื่อให้โปรแกรมบำบัดมีความครอบคลุมปัญหาผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ทั้งที่เป็นปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน เพื่อควบคุมอาการทางจิต และต้องการลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่เป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบรุนแรงถึงแม้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และด้วยความตระหนักถึงระบบอุปถัมภ์ของครอบครัว คนใกล้ชิด ว่ามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแผนและเกิดผลการรักษาที่ดี

โปรแกรมการบำบัดนี้ จึงได้เน้นการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย หลังจากนั้นนำไปศึกษาความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะ

3. การตรวจสอบประสิทธิภาพโปรแกรม (R2) โดยจัดประชุมทีมผู้วิจัย และพยาบาลวิชาชีพ เพื่อประเมินในความเป็นไปได้ของโปรแกรมในการนำไปใช้บำบัดผู้ป่วย และศึกษานำร่องกลุ่มเล็ก ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 1 กลุ่ม เพื่อศึกษาความเหมาะสมของภาษา เนื้อหา และระยะเวลาการบำบัดของโปรแกรมต้นแบบที่พัฒนาขึ้น และนำมาปรับปรุงให้เข้าใจง่าย

4. ปรับปรุงโปรแกรมบำบัดต้นแบบให้เหมาะสมกับบริบทและ

ตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย (D2) โดยประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุปผลการจัดทำร่างการนำไปใช้ และจัดทำคู่มือโปรแกรมบำบัด เพื่อให้ผู้บำบัดได้นำไปศึกษาในขณะดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2

การทดลองใช้นวัตกรรมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น (R3) มี 4 กระบวนการ ได้แก่

1. กำหนดรูปแบบวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มมีการวัดซ้ำ (Repeated measures designs) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน และอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท วัดผลก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ประชากรเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (priori power analysis) โดยใช้โปรแกรม G *Power version 3.1.10 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ ร้อยละ 80 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 กำหนดขนาดอิทธิพล โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ ก้องเกียรติ อุเต็น, และคณะ¹³ เท่ากับ 0.94 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล (drop out) จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 รวมเป็นจำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่ายเป็นรายเดือน

กลุ่มละ 30 คน ใช้เกณฑ์คัดเข้าคือ (1) มีอาการทางจิตสงบ โดยมีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น (Brief Psychotic Rating Scale : BPRS)¹⁴ น้อยกว่า 37 คะแนน (2) มีการรับรู้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีคะแนนแบบประเมินสภาพจิตแบบสั้น (Thai Mental Status Examination: TMSE)¹⁵ ตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป (3) สามารถเขียนอ่าน และสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ และ (4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และใช้เกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่างกรณีมีการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย เช่น สุรา กัญชา ฝิ่น เฮโรอีน เป็นต้น มีภาวะแทรกซ้อนหรือการเจ็บป่วยทางกายในระยะอาการรุนแรง และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความผิดปกติของสมอง 2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรม GMET Amphetamine ที่พัฒนาขึ้น และเครื่องมือประเมินผล ได้แก่ 2.1 แบบประเมินการเสพยาเสพติดแบบประเมินได้ด้วยตนเอง (Time line follows back) ของ Sobell & Sobell¹⁶ จำนวน 4 ข้อ คิดคะแนนการเสพยาเสพติดจากผลคูณของจำนวนครั้งที่ใช้ในแต่ละวันกับปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้ในแต่ละครั้ง ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีหน่วยเป็นเม็ด การแปลผล คือ จำนวนเม็ดที่สูงกว่าหมายถึงการเสพยาเสพติดมากกว่า 2.2 แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพยา¹⁷ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.88 จำนวน 28 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ

การแปลผล คือ $121.35-168.00 =$ มีความตั้งใจมาก $74.68-121.34 =$ มีความตั้งใจปานกลาง $1.00-74.67 =$ มีความตั้งใจน้อย 2.3 แบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)¹⁴ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.86 จำนวน 18 ข้อ เป็นมาตราวัด 7 ระดับ (1-7 คะแนน) คะแนนเต็มอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน การแปลผล คือ $< 18 =$ เกณฑ์ปกติ $18-36 =$ มีอาการทางจิต $37-126 =$ มีอาการทางจิตรุนแรง 2.4 เกณฑ์การประเมินความไม่ร่วมมือในการรักษาตามเกณฑ์ ได้แก่ มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 อย่างคือ หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาไม่ตรงตามเวลา ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ไม่มาตรวจตามที่แพทย์นัด 3. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ รหัสโครงการ 055/2567 ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567 การเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามความสมัครใจ ทุกราย จะได้รับการชี้แจงด้วยวาจาถึงข้อดีและข้อเสีย การเข้าร่วมโครงการวิจัย 4. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน ที่ไม่ใช่ผู้วิจัย และได้รับการเตรียมความพร้อมการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมิน เก็บข้อมูลทุกตัวแปร 3 ระยะ

คือ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วแปลงเป็นรหัสบันทึกลงในโปรแกรม R 3.5.2 for Windows เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน ความตั้งใจป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และอาการทางจิตภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA: Within- Subjects Main Effect) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบแบบที (student' s t-test)

ผลการวิจัย (Result)

1. ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ดังนี้ 1.1 ผลการพัฒนาโปรแกรมบำบัดต้นแบบ โดยได้คัดเลือกแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) เป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนา ประกอบด้วย 3 ระยะ จำนวน 7 กิจกรรม จำแนกเป็นการบำบัดรายกลุ่มสำหรับผู้ป่วยขณะรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 5 ครั้ง การบำบัดรายบุคคลพร้อมญาติ ในวันจำหน่ายและในระยะติดตามผล จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมฯ ละ 60-90 นาที ดังนี้ระยะที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจ

เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการทบทวนปัญหาที่เกิดจากการใช้สารแอมเฟตามีน และกิจกรรมที่ 2 ความรู้สู่ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitments to change) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 การสร้างความสมดุลเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง และกิจกรรมที่ 4 ความมั่นคงในสัญญานำพาสู่เป้าหมาย ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow through strategies) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5 เสริมพลังเพื่อการเปลี่ยนแปลงใหม่ กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมพร้อมญาติ ก่อนจำหน่าย และกิจกรรมที่ 7 การติดตามหลังจำหน่าย (1 เดือน) 1.2 ผลพิจารณาและแสดงความคิดเห็นต่อโปรแกรมการบำบัดต้นแบบที่พัฒนาขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ได้ค่า IOC = 0.89 แปลผลได้ว่าอยู่ในระดับดีมาก

2. ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ดังนี้ 2.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.0 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 50.0 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 36.7 เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และ

มัธยมศึกษาตอนปลายมีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 16.7 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.0 กลุ่มตัวอย่างได้แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน และเพื่อควบคุมตัวแปรด้านข้อมูลส่วนบุคคลที่อาจส่งผลต่อการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการจับคู่ (match pair) ตัวแปรที่มีผลต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วยแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย ทำให้ลักษณะ

ข้อมูลทั่วไปทั้ง 2 กลุ่มมีความใกล้เคียงกัน 2.2 ผลการศึกษาคะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน และอาการทางจิตทั้งสองกลุ่มลดลง ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำเพิ่มขึ้น และปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีนระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 0 เนื่องจากเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยกำลังรักษาในโรงพยาบาล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน

ความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง

(n = 30 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 30 คน)

ระยะเวลาการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean	SD	Mean	SD
ปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน				
ระยะก่อนการทดลอง	13.7	4.1	15.3	3.9
ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น	-	-	-	-
ระยะติดตามผล 1 เดือน	2.7	3.1	4.9	4.2
ความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ				
ระยะก่อนการทดลอง	95.7	21.3	94.3	20.9
ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น	125.1	24.9	113.7	5.7
ระยะติดตามผล 1 เดือน	124.2	15.0	111.8	16.4
อาการทางจิต				
ระยะก่อนการทดลอง	27.0	4.6	25.9	3.2
ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น	22.5	2.3	22.6	2.2
ระยะติดตามผล 1 เดือน	25.1	11.0	31.4	4.7

2.3 ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

คะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน และคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตแตกต่างกัน อย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน ความตั้งใจในการป้องกัน

การกลับไปเสพซ้ำ และอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง (n=30)

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	P-value
ปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน					
ภายในกลุ่ม	3,154.28	2	1,577.14	217.25	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	421.04	58	7.25		
ความตั้งใจป้องกันกลับไปเสพซ้ำ					
ภายในกลุ่ม	16,717.26	1.03	16,190.98	190.61	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	2,543.40	29.94	84.94		
อาการทางจิต					
ภายในกลุ่ม	310.48	2	155.214	3.67	0.031
ความคลาดเคลื่อน	2,448.84	58	42.221		

2.4 การเปรียบเทียบรายคู่ในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน และความตั้งใจในการป้องกัน การกลับไปเสพซ้ำแตกต่างกันทุกคู่ ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตแตกต่างกัน 1 คู่ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน ความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง (n=30)

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	p-value
ปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน				
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้น	13.70	0.74	<0.001
	ติดตามผล 1 เดือน	10.96	0.75	<0.001
หลังการทดลองเสร็จสิ้น	ติดตามผล 1 เดือน	-2.73	0.56	<0.001
ความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ				
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้น	-29.36	2.09	<0.001
	ติดตามผล 1 เดือน	-28.43	2.07	<0.001
หลังการทดลองเสร็จสิ้น	ติดตามผล 1 เดือน	0.93	0.30	0.005
อาการทางจิต				
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้น	4.53	0.63	<0.001
	ติดตามผล 1 เดือน	1.93	2.04	0.352

หลังการทดลองเสร็จสิ้น

ติดตามผล 1 เดือน

-2.600

1.97

0.196

2.5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล 1 เดือน ความตั้งใจในการป้องกันกลับไปเสพซ้ำ กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน ความตั้งใจป้องกันกลับไปเสพซ้ำ และอาการทางจิต ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 30$ คน) และกลุ่มควบคุม ($n = 30$ คน)

ระยะเวลาการทดลอง	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		p-value
			Lower	Upper	
ปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน					
ก่อนการทดลอง	-1.60	1.03	-3.67	0.47	0.12
หลังการทดลอง	-	-	-	-	-
ติดตาม 1 เดือน	-2.20	0.94	-4.09	-0.30	0.02
ความตั้งใจป้องกันกลับไปเสพติด					
ก่อนการทดลอง	1.40	5.44	-9.50	12.30	0.79
หลังการทดลอง	11.36	3.94	3.46	19.26	0.006
ติดตาม 1 เดือน	12.36	4.06	4.22	20.51	0.004
อาการทางจิต					
ก่อนการทดลอง	1.10	1.02	-0.94	3.14	0.28
หลังการทดลอง	-0.10	0.57	-1.25	1.05	0.86
ติดตาม 1 เดือน	-6.33	3.35	-13.05	0.38	0.06

2.4 ผลการติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน กลุ่มทดลองมีการกลับไปใช้สารแอมเฟตามีนจำนวน 2 คน มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาจำนวน 2 คน

กลุ่มควบคุมมีการกลับไปใช้สารแอมเฟตามีนจำนวน 6 คน มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาจำนวน 7 คน

อภิปรายผล ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้ **1. ผลการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดที่พัฒนาขึ้น** รูปแบบการบำบัดของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นอาจแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่มีกบฏรณาการหลายแนวคิดสำหรับบำบัดในผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด^{13,18} ในขณะที่การศึกษานี้ได้คัดสรรเพียงแนวคิดเดียวเนื่องด้วยมีความตระหนักถึงลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีเป็นเรื้อรังทำให้เกิดความเสื่อมลงเกือบทุกด้าน และมีข้อจำกัดในการเรียนรู้¹⁹ การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจจึงมีความเหมาะสมเนื่องด้วยเป็นแนวคิดการบำบัดที่ยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการสะท้อน (feedback) พฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการให้ข้อมูล (information) แบบตรงไปตรงมาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอง จึงถือเป็นเรื่องใกล้ตัวและมีความง่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มักมีความพร่องทางพุทธิปัญญา (cognitive impairment) จะสามารถทำความเข้าใจได้ด้วยตนเอง

โปรแกรมการบำบัดนี้ได้ตระหนักถึงการมีส่วนร่วมของญาติเพื่อการดูแลผู้ป่วย จึงได้เพิ่มกิจกรรมการบำบัดรายบุคคลพร้อมญาติในวันจำหน่ายและในระยะติดตาม 1 เดือน สำหรับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อกลับไปดำเนินชีวิตร่วมกันในชุมชน ทั้งยังเป็นการตอบสนองขั้นของแรงจูงใจในระดับลงมือปฏิบัติ (action) และป้องกัน

การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (relapse) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง (maintenance) ตามหลักแนวคิดของการเสริมสร้างแรงจูงใจ^{11,13} ซึ่งอาจแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่เน้นการบำบัดเฉพาะในโรงพยาบาล **2. ผลของโปรแกรมการกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท** ในการศึกษาที่มีการประเมินพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนโดยพิจารณาจากแรงจูงใจภายในเพื่อลดหรือเลิกใช้ หรือความตั้งใจไม่กลับไปเสพซ้ำ และปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดฯ มีความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำเพิ่มขึ้น และมีปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีนลดลง ทั้งในระยะหลังการทดลอง และติดตาม 1 เดือน อธิบายได้ว่าโปรแกรมการบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมจากการมีแรงจูงใจที่เพิ่มมากขึ้น จนถึงระดับมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (determination) และนำไปปฏิบัติ (action) ในชุมชนเพื่อคงพฤติกรรมการหยุดใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ คือ สิ่งแวดล้อมเดิมที่มีคนเสพสารเสพติดอย่างแพร่หลาย และมีเพื่อนชักชวน อันเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ผลกระทบจากการใช้สารเสพติด การได้รับข้อมูลข้อเท็จจริงที่เป็นประโยชน์

การได้พิจารณาข้อดีข้อเสียของการใช้หรือไม่ใช้สารเสพติดอย่างรอบด้าน ที่เกิดจากกระบวนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ¹¹ (กิจกรรมที่ 1-3) จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงโทษภัยที่เกิดจากพฤติกรรมว่าเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับหลายการศึกษาได้อธิบายว่าการเสริมแรงจูงใจจากภายในของผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน^{11,13,20}

การบำบัดในกิจกรรมที่ 6-7 ก่อนจำหน่าย และระยะติดตาม เป็นการส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะเป็นแรงสนับสนุนเสริมสร้างความตั้งใจในการป้องกัน การกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยให้คงอยู่ รวมถึงการดูแลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้มีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าครอบครัวที่มีปัญหา หรือครอบครัวที่ไม่สามารถทำหน้าที่พื้นฐานที่ครอบครัวควรจะทำได้¹⁰ ความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาสัมพันธภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่ำ มีความสัมพันธ์ต่อการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำเนื่องจากครอบครัวจึงไม่ให้การดูแลช่วยเหลือ หรือคอยให้การปรึกษาหรือรับฟัง ทำให้บุคคลขาดที่พึ่งทางจิตใจ รู้สึกเครียด กดดันมากขึ้น จึงเป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ²¹

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มทดลองลดลง และ

อยู่ในเกณฑ์มีอาการทางจิตสงบ (BPRS < 37 คะแนน) ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทำให้การศึกษาค้างนี้สอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยเอง⁹ พบว่าการให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา (กิจกรรมที่ 2) การเสริมทักษะการจัดการอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการเตือนทางจิตเวช และการสอนทักษะการจัดยารับประทานด้วยตนเอง (กิจกรรมที่ 5) เป็นการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยในการกลับไปดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนอย่างมั่นคงและมีความมั่นใจ **ขั้นตอนที่ 3** การสรุปผลการทดลองและเผยแพร่นวัตกรรม (D3) 1. สรุปผลการวิจัย โปรแกรม GMET Amphetamine มีจำนวนกิจกรรมไม่มากสามารถดำเนินการได้แล้วเสร็จก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีข้อจำกัดทางพุทธิปัญญาจะสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย ผลการทดสอบพบว่าช่วยลดการใช้แอมเฟตามีน และผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2. การเผยแพร่งานวิจัยและพัฒนา โดยส่งตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ และจัดทำคู่มือโปรแกรมบำบัดเพื่อขยายผลสู่เครือข่ายระบบบริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ ณสมพล หาญดี ผศ.ดร. เนตรชนก แก้วจันทา รศ.ดร. นริสา วงศ์พนารักษ์ และผศ.ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต ที่ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรม ขอขอบพระคุณท่าน รศ.ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในระเบียบวิธีวิจัย ขอขอบพระคุณนายแพทย์ธนิธน์ กองสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้อำนาจในการบริหารจัดการโครงการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Voce A, McKetin R, Burns R, Castle D, Calabria B. The relationship between illicit amphetamine use and psychiatric symptom profiles in schizophrenia and affective psychoses. *Psychiatry Research* 2018; 265: 19–24.
2. McKetin R, Baker AL, Dawe S, Voce A, Lubman DI. Differences in the symptom profile of methamphetamine-related psychosis and primary psychotic disorders. *Psychiatry Res* 2017; 251:349-354.
3. Hung Y-Y, Chan H-Y, Pan Y-J. Risk factors for readmission in schizophrenia patients following involuntary admission. *PLoS ONE* 2017; 12(10), e0186768.
4. Thomsen KR, Thylstrup B, Pedersen MM, Pedersen MU, Simonsen E, Hesse M. Drug-related predictors of readmission for schizophrenia among patients admitted to treatment for drug use disorders. *Schizophrenia Research* 2017; 195: 495-500.
5. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2562-2564. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2562-2564.
6. วิธนา บุญแสง และคณะ, คู่มือโปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ICOD-R) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
7. กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล และคณะ. ผลการศึกษาการบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด

- ที่มีอาการทางจิตร่วมในระบบ
บังคับรักษา รายงานผลการ
ปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ
2563. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชชน ครินทร์. ขอนแก่น :
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราช
ชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2564.
8. ศุภรัตน์ เวชสุวรรณ, นิमित แก้วอาจ,
ผอ.นรรัตน์ นิลพันธุ์, นิภา ยอดสง่า.
ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบ
บูรณาการต่อพฤติกรรมและการเสพ
สุราหรือสารเสพติดและอาการทาง
จิตในผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มี
โรคร่วมทางจิตเวช. ขอนแก่น:
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชชนครินทร์; 2559.
 9. ประรณณา คำมีสินนท์, ไพรวลัย
ร่วมชัย และศิริพร ธงยศ. ผลของ
การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความ
ร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับ
ผู้ป่วยโรคจิตเภท. ขอนแก่น:
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2561.
 10. Hammerbacher M, Lyvers M.
Factors associated with relapse
among clients in Australian
substance disorder treatment
facilities. Journal of Substance
Use 2006; 11(6): 387-394.
 11. Miller WR, Rollnick S. Motivation
Interviewing: Preparing people
to change addictive behaviors.
New York: The Guilford Press; 1991.
 12. นันทา ชัยพิชิตพันธ์. การบำบัด
เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: ทางเลือก
เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด.
ธรรมศาสตร์เวชสาร 2556; 13(1):
98-108.
 13. ก้องเกียรติ อุเต็น, จารุณี
รัศมีสุวิวัฒน์, วิชชุดา ยะสินธุ์,
วิมลวรรณ คำลือ, พุทธชาติ
ศรีสุวรรณ. การพัฒนาโปรแกรม
การบำบัดแบบบูรณาการต่อ
การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่
เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน.
โร ง พ ย า บ า ล ส ว น ป ร ง
กรมสุขภาพจิต; 2565.
 14. กรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข. ชุดความรู้และ
แนวทางปฏิบัติการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี:
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทย; 2545.
 15. ดรุณี ภูขาว. การพัฒนาและ
ตรวจสอบประสิทธิภาพโปรแกรม
การรักษาซึ่งได้รับการออกแบบให้
เข้ากับสภาพสังคมไทยเพื่อใช้ใน
การให้บริการกับผู้ป่วยด้วยโรค
พิษจากสุราและโรคพิษสุราเรื้อรัง

- (เอกสารอัดสำเนา). คีนส์แลนด์: มหาวิทยาลัยคีนส์แลนด์; 2545.
16. ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ. ประสิทธิผลของกลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจและบำบัดทางความคิดอย่างย่อต่อภาวะการเสพติดของผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ณ โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ประเทศไทย.วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยเพื่อการ พัฒนาสุขภาพ (สหสาขาวิชา). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2553.
 17. กุสุมา แสงเดื่อนฉาย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรม การไม่ติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎี บัณฑิต สาขาวิชาการวิจัย พฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ; 2553.
 18. อมาวลี กลั่นสุวรรณ. ผลของ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการบำบัดความคิดและ พฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือใน การเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วย เสพติดแอมเฟตามีนในสถาน บำบัดรักษาแห่งหนึ่ง จังหวัด ปทุมธานี. วารสารกรมการแพทย์ 2559; 43(1): 90-5.
 19. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ร ิ ง พ ย า บ า ล ร า มา อภิ บ ดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
 20. ธนิมา จันทรแสน, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ , สุนิสา สุขตระกูล. ผลของการให้ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อ ความรุนแรงของอาการทางจิตใน ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต 2562; 33(3): 103-15.
 21. อัญชลี โตเอี่ยม, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ช า ณู ส า อธิ ต พ ร , ก นิ ช สุ า จำรูญสวัสดิ์. ปัจจัยทำนายการเสพติดแอมเฟตามีนของเยาวชนในชุมชนแออัด. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ ไทย 2559; 9(2): 88-103.

