

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
ต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา
ของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก
Effect of Modify Motivational Enhancement Therapy Program
on Readiness and Treatment Acceptance of Substance-Use
Patients in Initial Treatment

ศุภชัย นวลสุทธิ์* จุฬา ศรีรักษา^๒ ทับปน สัมปทนรักษ์^๓ สมหมาย คชนาม^๔
Supphachai Nualsuth^{1*} Julia Sriraksa² Tappana Sumpatanarax³ Sommai Khotchanam⁴

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
¹Registered Nurse, Professional Level, Tharongchang Hospital, Surat Thani, Thailand.

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
²Registered Nurse, Professional Level, Tharongchang Hospital, Surat Thani, Thailand.

³นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต
³Doctor of Medicine, Expert Level, Vachira Phuket Hospital, Phuket, Thailand.

⁴ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
⁴Research and Statistic Academy, Surat Thani, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: supphachainualsuth@gmail.com

*Corresponding author: supphachainualsuth@gmail.com

Received 12 March 2022 • Revised 18 July 2022 • Accepted 27 July 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก **วิธีการ:** คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องพยายามให้บริการค้นหาเชิงรุกในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลท่าเรือและเข้าบำบัด ณ ห้องสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 16 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) โปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 2) แบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา และ 3) คู่มือการปฏิบัติตัวเลิกยาเสพติด โดยผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน และหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .82 วิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ **ผลการวิจัย:** พบว่า การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนความพร้อมในภาพรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2, 30) = 224.10, p < .05$) โดยพบว่า ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ($M = 87.56, SD = 6.57$) และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ($M = 83.62, SD = 8.42$) สูงกว่าก่อนการทดลอง

($M = 51.06$, $SD = 10.26$) **สรุป:** โปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยที่ต้องให้เข้ารับการบำบัดโดยสมัครใจ มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาที่ดี ดังนั้น พยาบาลควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้าสู่ระบบบำบัดแบบสมัครใจ

คำสำคัญ: การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ; ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง; ความต้องการการรักษา; ผู้ป่วยยาเสพติด; การบำบัดครั้งแรก

Abstract

Objective: The objective of this research was to examine the effects of modified motivational enhancement therapy on behavioral change by examining readiness and treatment acceptance of substance-use patients in initial treatment. **Methods:** Purposive sampling was used to select sixteen patients who received therapy at the mental health room, out-patient department of Tharongchang Hospital, Surat Thani province. Research instruments consisted of 1) the modified program for motivational enhancement therapy, 2) the stages of change of readiness and treatment scale assessment questionnaires, and 3) manual for stopping substance use. The questionnaire was validated by 7 experts and tested for reliability yielding a Cronbach's alpha coefficient of .82. Data were analyzed and using descriptive statistic and repeated measures ANOVA, **Results:** Repeated measures ANOVA analysis showed significantly different of score of readiness and treatment acceptance ($F(2, 30) = 224.10$, $p < .05$) The mean scores of post-test immediately ($M = 87.56$, $SD = 6.57$) and after 4 weeks ($M = 83.62$, $SD = 8.42$) were higher than in the pre-test period ($M = 51.06$, $SD = 10.26$). **Conclusion:** The results of this study indicate that modified motivational enhancement therapy could improve change readiness and treatment acceptance of substance-use patients. Thus the nurses should apply this program to enhance readiness and treatment acceptance in substance-use patients.

Keywords: motivational enhancement therapy; change readiness; treatment acceptance; substance-use patients; initial treatment

ความสำคัญของปัญหา

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญยิ่งที่ยังคงมีแนวโน้มรุนแรงและนับวันจะทวีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ประชาชนคาดหวังให้มีการควบคุม ป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหาย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ประชาชนมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในการดำรงชีวิต จากรายงานผลการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด พบว่า มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเพียงสองแสนกว่าราย¹ จากคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัด จำนวน 1.4 ล้านคน ดังนั้น ยังมีผู้เสพยาเสพติดที่ไม่เข้าระบบการบำบัดฟื้นฟูอีกจำนวนมาก ปัญหาหนึ่งของการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู คือ ผู้เสพไม่กล้าเปิดเผยตัว เพราะเกรงว่าจะถูกจับกุมต้องโทษ รัฐบาลจึงได้ดำเนินนโยบาย “ผู้เสพคือผู้ป่วย” กล่าวคือ ผู้เสพทุกคนจะได้รับโอกาสในการบำบัดรักษา รวมถึงดูแลช่วยเหลือ

ให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข¹ อีกทั้งผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่ขาดแรงจูงใจในการบำบัดฟื้นฟู มีความลังเลใจ (ambivalence)² ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ไม่เปลี่ยนแปลงความคิด และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด ทั้งนี้ อาจด้วยสาเหตุที่มีความรู้สึกลังเลใจ ไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง มีความจำเป็นทางสังคม ภาระหน้าที่การงาน และการศึกษา แต่มีความจำเป็นที่ต้องบำบัดรักษาให้หายเป็นปกติ ดังนั้น ผู้ป่วยยาเสพติดจึงต้องมีกรรมวิธีบังคับทางจิตใจเพื่อให้เป็นผู้ป่วยที่สมัครใจบำบัดให้ได้มากที่สุดด้วยการสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเลิกยาเสพติด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาได้นานขึ้น³ และมีความร่วมมือในการบำบัด สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่สังคมยอมรับได้ โดยเชื่อว่า จะสามารถช่วยลดปัญหาการกลับไปเสพติดซ้ำ

ในที่สุด² จึงต้องมีการส่งเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองและเลิกยาเสพติดในระยะยาว⁴

การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นรูปแบบการบำบัดที่มีแนวคิด ถ้าผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองแล้ว จะแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและสามารถเข้าใจปัญหาได้ด้วยตนเอง สามารถคิดและตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง สามารถยอมรับการเจ็บป่วยและร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น⁵ ทั้งนี้ ผู้บำบัดมีหน้าที่ในการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสพติด เป็นการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการสร้างความไว้วางใจและลดปฏิกิริยาเชิงต่อต้าน (resistance) ช่วยให้ผู้เสพติดได้สำรวจและแก้ไขมีความลังเลใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพติด⁶ นับเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้บำบัดช่วยเหลือผู้เสพติดให้สามารถเอาชนะความลังเลใจ มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ อีกทั้งเป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบเพื่อกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยการสัมภาษณ์เพิ่มแรงจูงใจ (motivational interviewing) ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเอาชนะความลังเลใจได้ ดังนั้น การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดมีกำลังใจในการเลิกเสพติด^{8,9} และยังมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องบังคับให้สมัครใจเข้ารับการบำบัด สามารถมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และสิ่งที่จะเป็นปัญหาในอนาคตซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของ Klansuwan² และการศึกษาของ Klansuwan, Takviriyannun and Jirapramukpitak¹⁰ มีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดเพื่อเตรียมผู้ป่วย และเพื่อรับการบำบัดยาเสพติดที่เข้มข้นกว่า (intensive drug treatment) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่เสพติด สามารถลดและเลิกยาเสพติดลงได้¹¹⁻¹⁴ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังพบค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับการศึกษาเรื่องการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องบังคับบำบัดให้สมัครใจและเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก ส่วนใหญ่เน้นศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท^{5,15-18} ติดสุรา^{5,19,20} ติดบุหรี่²¹⁻²³ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ²⁴

งานยาเสพติด เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลท่าโรงช้าง มีการบูรณาการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สุรา ยาเสพติดต้องปฏิบัติการเชิงรุกในการสร้างการมีส่วนร่วม เน้นการดูแลสุขภาพและสังคมเป็นแนวปฏิบัติในการลดผลกระทบจากปัญหายาเสพติดปรับมุมมองผู้เสพยาเสพติด คือ ผู้ที่ต้องได้รับการรักษาภายใต้หลักการ “เข้าใจ เข้าถึง ฟื้นได้” ซึ่งในพื้นที่พบว่า มีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงทางจิต (serious mental illness with high risk to violence : SMI-V) ได้ทำลายข้าวของและจะทำร้ายบุคคลในครอบครัวจำนวนหลายพื้นที่ เนื่องจากเสพยาบ้าและไม่สมัครใจรับการบำบัดฟื้นฟูต่อเนื่อง และพบมีกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ยังยากซับซ้อน อีกทั้งพบปัญหาการช่วยเหลือในช่วงรอยต่อก่อนที่จะมีอาการรุนแรงทางจิตกำลังเป็นความทุกข์ที่แท้จริงของชุมชนจึงส่งผลให้เกิดพลังแนวคิดการมีส่วนร่วมในการป้องกัน บำบัด ฟื้นฟูและติดตามประเมินผลแบบครอบคลุมครบวงจรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาคัดกรองบำบัดผู้ป่วยสู่รูปแบบสมัครใจเพิ่มขึ้นและสามารถติดตามผู้ผ่านการบำบัดได้อย่างต่อเนื่องตามคำสั่งจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่ 7417/ 2564 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานการเฝ้าระวัง/ติดตามผู้ป่วยยาเสพติด/จิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลท่าโรงช้าง) ซึ่งครอบคลุมสถานศึกษา 23 แห่ง สถานประกอบการ 19 แห่ง และในชุมชนทั้ง 9 ตำบล โดยเฉพาะเยาวชนจากศูนย์การศึกษานอกกระบวนและการศึกษาตามอัธยาศัยที่ส่วนใหญ่ไม่สมัครใจเข้าสู่ระบบบำบัดในการเลิกยาเสพติดด้วยตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรกให้เข้ามารับบริการการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่สมัครใจบำบัดและเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรกให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่การมีความรู้คู่คุณค่าแห่งการดูแลตนเองได้ เครือข่ายญาติและภาคส่วนทางสังคมมีส่วนร่วมในการดูแลหรือการเข้าถึงการรักษาผู้ป่วย และได้รับการดูแลอย่างเข้าใจด้วยหัวใจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสทางการศึกษาหรืออาชีพ และไม่กลับไปเสพยา

คำถามการวิจัย

คะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก หลังได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเสร็จสิ้นทันที และเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก เมื่อได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์

รูปแบบการศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

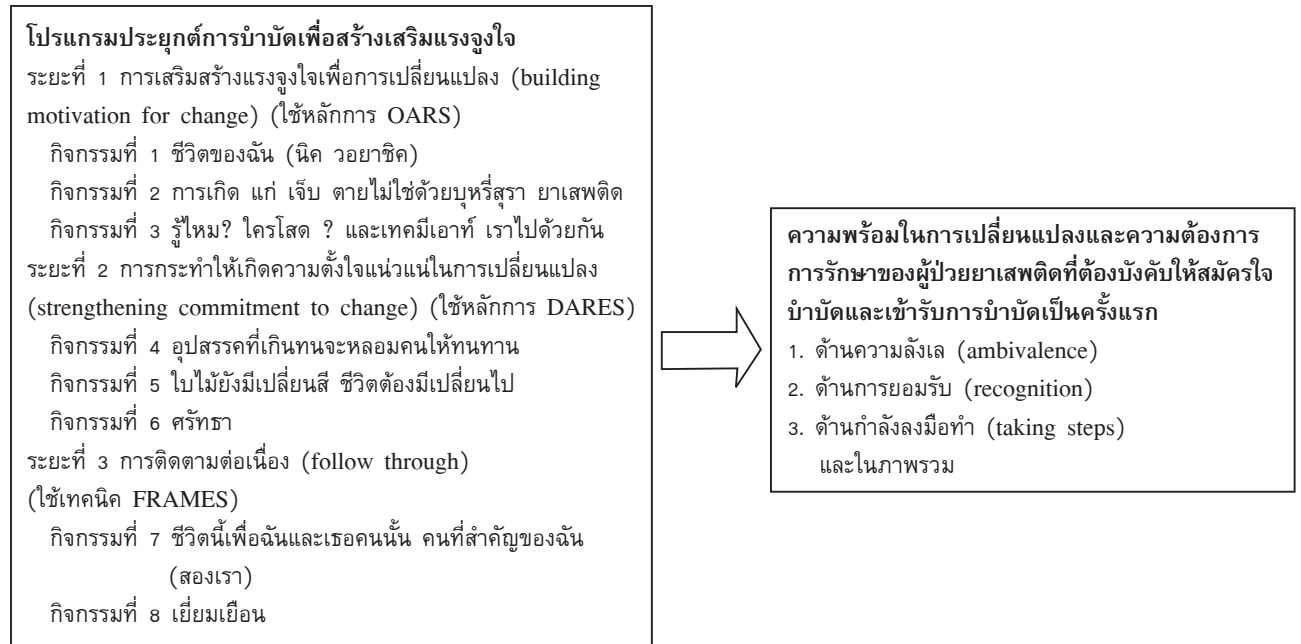
หลังได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรกสูงขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบคลุมมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในโรคร่วมจิตเภทและสุราของ Bualakorn²⁵ ตามกรอบแนวคิดในการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Rollnick and Miller⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานีของ Klansuwan² และประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการใช้กระบวนการกลุ่มของ Princess Mother National Institute on drug abuse treatment²⁶ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม มีขั้นตอน 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (building motivation for change) มี 3 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีและการเข้าใจในชีวิตของฉันทัน (นิค วอยาซิค: ชายพิการผู้สร้างแรงบันดาลใจ) กิจกรรมที่ 2) ค้นพบสภาพปัญหาของตนเอง “การเกิด แก่ เจ็บ ตายไม่ใช่ด้วยบุญหรือสุรา ยาเสพติด” และ กิจกรรมที่ 3) เล็งเห็นถึงปัญหาและยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง “รู้ไหม? ใครโสด ? และทำไมเราไปด้วยกัน” ระยะที่ 2) การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง (strengthening commitment to change) มี 3 กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมที่ 4 ตั้งใจในการเปลี่ยนแปลง “อุปสรรคที่เกินทน จะหลอมคนให้ทนทาน” กิจกรรมที่ 5 แน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง “ใบไม้ยังมีเปลี่ยนสีชีวิตต้องมีเปลี่ยนไป” และ กิจกรรมที่ 6 ตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง “ศรัทธา” และระยะที่ 3) การติดตามต่อเนื่อง (follow through) มี 2 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 7 การติดตาม “ชีวิตนี้เพื่อฉันและเธอคนนั้น คนที่สำคัญของฉัน (สองเรา)” และ กิจกรรมที่ 8 ความต่อเนื่อง “เยี่ยมเยียน” ทั้งนี้ เพื่อประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก

โปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Rollnick and Miller⁸ เป็นวิธีการที่สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้เกิดขึ้นเป็นกระบวนการให้คำปรึกษาที่มีโครงสร้าง มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการเป็นเทคนิคการจัดการกับความนึกคิดและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้รับบริการ โดยผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทในการชี้นำสนับสนุนช่วยเหลือในการค้นหาปัญหาและแก้ไขความลังเลใจ ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจจากภายในในการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาคัดเจนและตัดสินใจกระทำการเปลี่ยนแปลงตามแนวทางแก้ปัญหานั้นด้วยตนเอง²⁷ ดังนั้น เมื่อบุคคลมีแรงจูงใจย่อมนำไปสู่การมีความตั้งใจที่แน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ดีขึ้น^{19,22,23} ด้วยการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาโดยใช้แบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (SOCRATES-8D) แบบวัดนี้พัฒนาโดย Miller and Tonigan²⁸ ประกอบด้วย 1) ด้านความลังเล 2) ด้านการยอมรับ 3) ด้านกำลังลงมือทำ และในภาพรวมสามารถสรุปดังภาพ 1

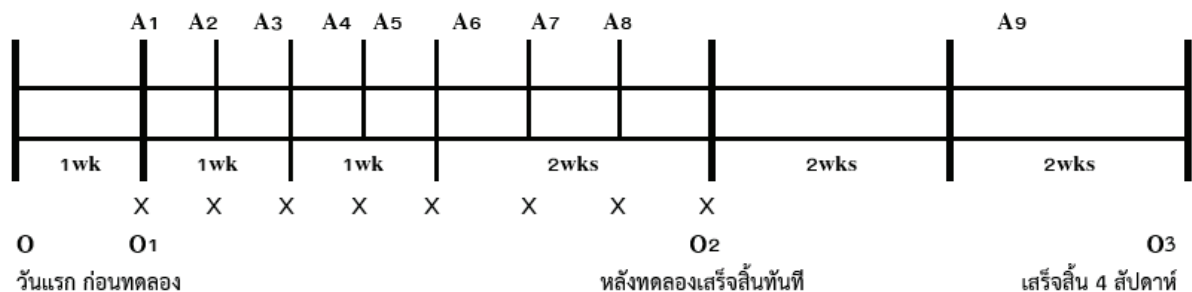


ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยทดลองเบื้องต้น (pre-experimental

research) วัดแบบอนุกรมเวลา (time series) สามารถสรุปรายละเอียดขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย ดังภาพ 2



ภาพ 2 รายละเอียดขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย

กำหนดให้ X หมายถึง ได้รับโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการการรักษา ประกอบด้วย A1 ถึง A8 ดังนี้

A1 หมายถึง ชีวิตของฉัน (นิค วอยาซิค: ชายพิการผู้สร้างแรงบันดาลใจ)

A2 หมายถึง การเกิด แก่ เจ็บ ตายไม่ใช่ด้วยบุหรี่สุรา ยาเสพติด

A3 หมายถึง รู้ไหม ? ใครโสด ? และเทคมีเอาท์ เราไปด้วยกัน

A4 หมายถึง อุปสรรคที่เกินทน จะหลอมคนให้ทนทาน

A5 หมายถึง ไบโม่ยังมีเปลี่ยนสี ชีวิตต้องมีเปลี่ยนไป

A6 หมายถึง ศรัทธา

A7 หมายถึง ชีวิตนี้เพื่อฉันและเธอคนนั้น คนที่สำคัญของฉัน (สองเรา)

A8 หมายถึง เยี่ยมเยือน

O หมายถึง พบครั้งที่ 1 ในวันแรกที่เจอผู้ป่วยที่คลินิกสุขภาพจิตและ/หรือสถานที่ปฏิบัติงานเชิงรุก ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา

เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมทำกลุ่ม (ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย)

O1 หมายถึง พบครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 1 ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ก่อนการเสริมสร้างแรงจูงใจ

O2 หมายถึง พบครั้งที่ 8 ในสัปดาห์ที่ 4 ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ภายหลังการเสริมสร้างแรงจูงใจเสร็จสิ้นทันที

O3 หมายถึง พบครั้งที่ 9 ในสัปดาห์ที่ 8 ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ภายหลังการเสริมสร้างแรงจูงใจเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์

ประชากร เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชนของรัฐ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรกโดยต้องพยายามค้นหาเชิงรุกในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลท่าโรงช้าง และสมัครใจบำบัดในสถานประกอบการ สถานศึกษา ชุมชน หรือเข้าบำบัด ณ ห้องสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก ในช่วงเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน 2563 จำนวน 16 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purpose sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 1) มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป 2) มีคะแนนการคัดกรอง V2 (Version 2) ของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ระหว่าง 4-26 คะแนน และ 27 คะแนนเป็นต้นไป (แต่ไม่มีอาการทางจิต) 3) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ 4) มีแรงจูงใจอยู่ระหว่างระยะไม่มีแรงจูงใจ (0-3 คะแนน) และระยะลังเลใจ (4-7 คะแนน) ตามแบบประเมินแรงจูงใจ โดยใช้ไม้บรรทัดแห่งความพร้อมของ Rollnick, Mason and Butler ซึ่งอ้างตามและพัฒนาโดย Klansuwan²⁹ 5) มีคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาด้านความลังเลใจ น้อยกว่า 17 คะแนน ด้านการยอมรับ น้อยกว่า 35 คะแนน และด้านกำลังลงมือกระทำ น้อยกว่า 36 คะแนน และ 6) ยังไม่เคยเข้าร่วมกลุ่มบำบัดยาเสพติด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Burns and Grove²⁹ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ซึ่งเป็นค่ามาตรฐานที่ใช้กันทั่วไปที่มีอำนาจเพียงพอในการทดสอบทางสถิติโดยขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) เท่ากับ .60 และเปิดตารางจะได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 13 ราย

ซึ่งเป็นขนาดที่มากพอที่จะบอกความแตกต่างที่มีความหมายทางคลินิกได้ อย่างไรก็ตาม อาจจะมีการสูญหายระหว่างการทดลองหรือติดตามผล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการ³⁰ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 16 คน

จริยธรรมในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี (รหัสรับรองเลขที่โครงการ STPHO2020-011 ได้รับการรับรองตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2563 ถึงวันที่ 2 กันยายน 2564) และเอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบยกเว้น (expedited review) เริ่มใช้วันที่ 1 มกราคม 2562 โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลท่าโรงช้าง พร้อมทำหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษร ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และขอความร่วมมือโดยความสมัครใจ ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขออนุญาตสัมภาษณ์ เพื่อเก็บข้อมูลได้ถูกต้องและครบถ้วนผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ในวัน เวลา สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลกำหนด ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ มีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและถูกทำลายหลังการวิจัยเผยแพร่ภายใน 2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย 1.1) ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเห็นชอบ 1.2) ทำหนังสือแนะนำตัวจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าโรงช้างถึงผู้ปกครองผู้เสพยาเสพติดที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปแต่ไม่ถึง 20 ปี เพื่อขออนุญาตชี้แจงแนวทางและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1.3) ผู้วิจัยเข้าพบ แนะนำตัวกับครูผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด/บุคลากรผู้รับผิดชอบของสถานประกอบการ และผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล 1.4) ประสานงานกับผู้ปกครองของผู้เสพยาเสพติด และผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก เพื่อเตรียมคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง จนครบจำนวน 16 ราย และ 1.5) เลือกหาผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 ท่าน ทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์/บันทึก

ข้อมูลของผู้ป่วยขณะเข้าร่วมกิจกรรม/ร่วมสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจแบบขั้นบันได และประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา เป็นต้น

2. ขั้นตอนการทดลองประกอบด้วย 2.1) พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ในวันแรกที่เจอผู้ป่วยที่คลินิกสุขภาพจิตและ/หรือสถานที่ปฏิบัติงานเชิงรุก ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมทำกิจกรรม (ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย) โดยมีคะแนนด้านความตั้งใจน้อยกว่า 17 คะแนน ด้านการยอมรับน้อยกว่า 35 คะแนน และด้านกำลังลงมือกระทำน้อยกว่า 36 คะแนน และจัดตารางนัดหมายให้กับกลุ่มตัวอย่างในแต่ละครั้งจนครบ 9 ครั้ง 2.2) พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความพร้อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครั้งที่ 1 โดยจัดสถานที่ที่ค่อนข้างสงบ และสามารถจัดที่นั่งเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความสงบ/สะดวกสบาย และเริ่มทำกิจกรรมที่ 1 ทุกสัปดาห์ ๑ ละ 2 ครั้ง จนครบกิจกรรมที่ 8 ในสัปดาห์ที่ 4 2.3) พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 8 สัปดาห์ที่ 4 โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความพร้อมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกิจกรรมที่ 8 เสร็จสิ้นทันที และ 2.4) พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 9 สัปดาห์ที่ 8 โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความพร้อมภายหลังติดตามการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เสร็จสิ้นรวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทั้งนี้ หลังจากสัปดาห์ที่ 4 เป็นต้นไป ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดตามโปรแกรมจิตสังคมบำบัดประยุกต์ของโรงพยาบาลท่าเรือต่อไป

3. ขั้นตอนการประเมินผล ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลที่ได้ทั้งหมด จากการประเมินความพร้อมตั้งแต่ครั้งแรกไปจนถึงครั้งที่ 9 (รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์) โดยนำแบบประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรมครั้งแรก หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และภายหลังเสร็จสิ้นรวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ มาวิเคราะห์ทางสถิติ

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใชยาและยาเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2³¹
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดซึ่งพัฒนาโดย Miller and Tonigan²⁸ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประยุกต์ใช้แบบประเมินที่สอดคล้องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ตามการใช้

แบบคัดกรอง Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test (ASSIST) ซึ่งประกอบด้วย 8 ข้อคำถามเกี่ยวกับยาเสพติด โดยมีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) รวมทั้ง มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนรายด้านในแต่ละด้านและในภาพรวม^{16,28} ประกอบด้วยด้านความตั้งใจ 4-8 คะแนน หมายถึง ต่ำมาก (ผู้รับการบำบัดไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงจากการเสพยาเสพติด) 9-13 คะแนน หมายถึง ต่ำ 14-16 คะแนน หมายถึง ปานกลาง 17-18 คะแนน หมายถึง สูง และ 19-20 คะแนน หมายถึง สูงมาก ด้านการยอมรับ 7-26 คะแนน หมายถึง ต่ำมาก (ผู้รับการบำบัดไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงจากการเสพยาเสพติด) 27-30 คะแนน หมายถึง ต่ำ 31-34 คะแนน หมายถึง ปานกลางและ 35 คะแนน หมายถึง สูง และด้านการลงมือกระทำ 8-25 คะแนน หมายถึง ต่ำมาก (ผู้รับการบำบัดไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงจากการเสพยาเสพติด) 26-30 คะแนน หมายถึง ต่ำ 31-35 คะแนน หมายถึง ปานกลาง 36-38 คะแนน หมายถึง สูง และ 39-40 คะแนน หมายถึง สูงมาก รวมทั้ง ในภาพรวม 10-19 คะแนนหมายถึงต่ำมาก (ผู้รับการบำบัดไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงจากการเสพยาเสพติด) 20-39 คะแนนหมายถึง ต่ำ 40-59 คะแนนหมายถึงปานกลาง 60-79 คะแนนหมายถึงสูง และ 80-99 คะแนนหมายถึงสูงมาก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

- 3.1) โปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้วิจัยได้เลือกใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ 1) OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความคิด (reflective listening) และการสรุปความ (summarization) 2) DARES คือ การให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับตัวเอง เมื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (develop discrepancy) การหลีกเลี่ยงทะเลาะหรือโต้แย้ง (avoid argumentation) การเคลื่อนไหวตามแรงต้าน (roll with resistance) แสดงความเห็นอกเห็นใจ (express empathy) และการสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย (support self-efficacy) และ 3) FRAMES ซึ่งได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจ (responsibility) การให้คำแนะนำ (advice) การให้ทางเลือก

ในการปฏิบัติ (menu) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัว (self-efficacy) และประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาไปสู่ขั้นตอนการให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนานซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rollnick and Miller⁸ การศึกษาของ Klansuwan² และการศึกษาของ Bualakorn²⁵ โดยมีขั้นตอน 3 ระยะ จำนวน 8 กิจกรรม ได้แก่ ระยะที่ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2) การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง และระยะที่ 3) การติดตามต่อเนื่อง

3.2) แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจแบบขั้นบันได สร้างขึ้นโดย Biener and Abrams อ้างตามและพัฒนาโดย Bualakorn²⁵ มีทั้งหมด 10 ขั้นบันได แบ่งเป็น 4 ขั้นของระยะการเปลี่ยนแปลง คือ ก) = ขั้นบันไดที่ 0 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 1 คือ ขั้นเฝินเฉย (pre-contemplation) ข) = ขั้นบันไดที่ 1-2 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ ขั้นลังเลใจ (contemplation) เฝินเฉยร่วมกับลังเลเล็กน้อย ค) = ขั้นบันไดที่ 3-5 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ ขั้นลังเลใจ และเตรียมพร้อมที่จะเปลี่ยน ง) = ขั้นบันไดที่ 6-8 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 3 คือ ขั้นเตรียมพร้อม (preparation) และ จ) = ขั้นบันไดที่ 9-10 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 4 คือ ขั้นลงมือกระทำ (action) การแปลผลใช้การแปลจากคำตอบตามตัวเลือก ก หมายถึง ระยะเฝินเฉย ข หมายถึง ระยะลังเลใจ ค และ ง หมายถึง ระยะตัดสินใจ จ หมายถึง ระยะลงมือกระทำ

3.3) คู่มือการปฏิบัติตัวเลิกยาเสพติด: การให้คำแนะนำตามคู่มือการปฏิบัติตัวเลิกยาเสพติดของงานยาเสพติด โรงพยาบาลท่าเรือ ประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโทษของยาเสพติดและการปฏิบัติตัวเลิกยาเสพติด

เครื่องมือในการวิจัยทั้งหมด ประกอบด้วย แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและยาเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2/แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด/โปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้วิจัยได้เลือกใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ/แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจแบบขั้นบันได และคู่มือการปฏิบัติตัวเลิกยาเสพติด ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ที่เชี่ยวชาญ

เกี่ยวกับการบำบัดรักษาเสพติด จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับกระบวนการการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 3 ท่านและพยาบาลที่ชำนาญการเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถนะผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 3 ท่าน พร้อมการปรับแก้ไขตามรายละเอียดที่สอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่าน และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับครั้งแรก จำนวน 10 ราย และหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้านความลังเลใจ เท่ากับ .81 ด้านการยอมรับ เท่ากับ .79 และด้านการลงมือกระทำเท่ากับ .80 รวมทั้งความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับ เท่ากับ .82

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลประวัติการเสพยาเสพติด ระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยสารเสพติดทั้งด้านความลังเลใจ โดยหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการรักษาของผู้ป่วยสารเสพติดโดยภาพรวมและรายด้าน ทั้งก่อนและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการการรักษาในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ทั้งภาพรวมและรายด้าน กรณีมีความแตกต่าง โดยใช้วิธีทดสอบ post hoc เลือกใช้สถิติทดสอบแบบ least significant difference (LSD)

ทั้งนี้ การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำได้นั้น ต้องนำข้อมูลของค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ เมื่อเสร็จสิ้นทันทีและทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ได้ค่า p-value เท่ากับ .74 .87 และ .61 ตามลำดับ ซึ่งมีค่ามากกว่า .05 แสดงว่า มีค่าความแปรปรวน (test of homogeneity of variance) เท่ากัน แสดงถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจง

แบบปกติ (normal distribution)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ สารเสพติดครั้งแรก เมื่ออายุ 22.50 ปี (SD = 9.73) โดยสารเสพติดที่ใช้ครั้งแรก คือ ยาบ้ามากที่สุด (ร้อยละ 62.50) ส่วนใหญ่สาเหตุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก คือ อายากล่อง (ร้อยละ 37.50) สำหรับสารเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน คือ ยาบ้า (ร้อยละ 68.75) มากที่สุดเช่นกัน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดหลักครั้งแรกปัจจุบันนานน้อยกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 50) โดยจำนวนปริมาณยาเสพติดที่ใช้/สัปดาห์มากที่สุด ประกอบด้วย ยาบ้า จำนวน 1-7 เม็ด (ร้อยละ 50.00) ยาไอซ์ จำนวน 1-7 ดั๊ก และมากกว่า 7 กรัม อย่างละเท่ากัน (ร้อยละ 12.50) กัญชา จำนวน 1-7 บ้อง (ร้อยละ 12.50) และน้ำกระท่อม (4 x 100) จำนวน 1 ลิตร (ร้อยละ 18.75) โดยสรุป เหตุผลสำคัญที่บังคับให้เข้ารับการรักษาแบบสมัครใจในครั้งนี้ คือ ครอบครัว/ชุมชน/สังคม (ร้อยละ 25) รองลงมา คือ สถานศึกษา (ร้อยละ 18.75)

ผลการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรกทั้งระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล ในแต่ละด้านและภาพรวม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา พบว่า 1) ด้านความตั้งใจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาในระยะเสร็จสิ้นทันที (M = 17.81, SD = 1.80) และระยะเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ (M = 16.50, SD = 2.56) สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

(M = 9.50, SD = 2.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F(2, 30) = 144.59, p < .05) และเมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า มีความแตกต่างกันทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) 2) ด้านการยอมรับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาในระยะเสร็จสิ้นทันที (M = 32.56, SD = 2.99) และระยะเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ (M = 30.56, SD = 3.69) สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง (M = 19.06, SD = 4.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F(2, 30) = 107.06, p < .05) และเมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า มีความแตกต่างกันทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) 3) ด้านลงมือกระทำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาในระยะเสร็จสิ้นทันที (M = 37.19, SD = 3.15) และระยะเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ (M = 36.56, SD = 3.16) สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง (M = 22.50, SD = 4.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F(2, 30) = 326.42, p < .05) และเมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า มีความแตกต่างกันทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ยกเว้น ในระยะเสร็จสิ้นทันที และระยะเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ (p > .05) สำหรับในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อม ในระยะเสร็จสิ้นทันที (M = 87.56, SD = 6.57) และระยะเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ (M = 83.62, SD = 8.42) สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง (M = 51.06, SD = 10.26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F(2, 30) = 224.10, p < .05) รายละเอียดดังตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ในด้านความตั้งใจ ด้านการยอมรับ ด้านลงมือกระทำ และในภาพรวม (N = 16)

ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา	คะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา					
	ความต้องการการรักษา					
	ก่อนทดลอง		หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที		หลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ด้านความตั้งใจ	9.50	2.73	17.81	1.80	16.50	2.56
2. ด้านการยอมรับ	19.06	4.36	32.56	2.99	30.56	3.69
3. ด้านลงมือกระทำ	22.50	4.60	37.19	3.15	36.56	3.16
4. ภาพรวม	51.06	10.26	87.56	6.57	83.62	8.42

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดในด้านความตั้งใจ ด้านการยอมรับ ด้านการลงมือกระทำ และในภาพรวม (N =16)

ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา	SS	df	MS	F
1. ด้านความตั้งใจ				
ระหว่างกลุ่ม	639.04	2	319.52	144.59*
ภายในกลุ่ม	66.29	30	2.21	
2. ด้านการยอมรับ				
ระหว่างกลุ่ม	1698.67	2	849.33	107.06*
ภายในกลุ่ม	238.00	30	7.93	
3. ด้านการลงมือกระทำ				
ระหว่างกลุ่ม	2207.29	2	1103.65	326.42*
ภายในกลุ่ม	140.04	30	28.65	
4. ภาพรวม				
ระหว่างกลุ่ม	12843.04	2	6421.10	224.10*
ภายในกลุ่ม	859.62	30	28.65	

*p < .05, SS = Sum of Square, MS = Mean Square

เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ในด้านความตั้งใจ ด้านการยอมรับ ด้านลงมือกระทำ และในภาพรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มขึ้นในทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นด้านลงมือกระทำในระยะเสร็จสิ้นทันที และระยะเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ($p > .05$) รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคู่ในด้านความตั้งใจ ด้านการยอมรับ ด้านการลงมือกระทำ และในภาพรวม (N =16)

ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา	ก่อนการทดลอง	เสร็จสิ้นทันที	เสร็จสิ้น 4 สัปดาห์
1. ด้านความตั้งใจ			
ก่อนทดลอง	-		
เสร็จสิ้นทันที	8.31*	-	
เสร็จสิ้น 4 สัปดาห์	7.00*	1.31*	-
2. ด้านการยอมรับ			
ก่อนทดลอง	-		
เสร็จสิ้นทันที	13.50*	-	
เสร็จสิ้น 4 สัปดาห์	11.50*	2.00*	-
3. ด้านการลงมือกระทำ			
ก่อนทดลอง	-		
เสร็จสิ้นทันที	14.69*	-	
เสร็จสิ้น 4 สัปดาห์	14.06*	.63	-
4. ภาพรวม			
ก่อนทดลอง	-		
เสร็จสิ้นทันที	36.50*	-	
เสร็จสิ้น 4 สัปดาห์	32.56*	3.93*	-

*p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ เมื่อเสร็จสิ้นทันที และเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาในด้านความตั้งใจ ด้านการยอมรับด้านการลงมือกระทำ และในภาพรวมสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2, 30) = 144.59, 107.06, 326.42, 224.10, p < .05$) ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มขึ้นในทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีการใช้สารเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุ 22.50 ปี ($SD = 9.73$) ส่วนใหญ่สาเหตุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก คือ อยากรลอง (ร้อยละ 37.50) และจำนวนครั้งหนึ่งมีระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดหลักครั้งปัจจุบันนานน้อยกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 50) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการทางสมองของความรู้สึกนึกคิด ความเป็นเหตุเป็นผลที่บรรลุนิติภาวะแล้ว สมองส่วนความทรงจำยังไม่ถูกทำลายด้วยพิษร้ายจากสารเสพติดมากนัก อีกทั้ง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ สามารถโน้มน้าวกลุ่มตัวอย่างให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงต่อความพร้อมและความต้องการการบำบัดรักษา โดยโปรแกรมฯ สามารถปฏิบัติตามองค์ประกอบ 3 ระยะ ได้แก่ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง 2) การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง และ 3) การติดตามต่อเนื่อง ซึ่งแต่ละระยะมีเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจที่ประกอบด้วย⁶⁻¹⁰

1) การสร้างสัมพันธภาพเป็นสัญลักษณ์สำคัญและจำเป็นต่อการสร้างให้เกิดแรงจูงใจและกระตุ้นให้กล่าวข้อความจูงใจออกมา โดยใช้ทักษะ OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด การชื่นชมยืนยันรับรอง การฟังอย่างตั้งใจ สะท้อนความ และการสรุปความ เพื่อนำไปสู่การปรับมุมมองและความคิดใหม่ ๆ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2) การมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมตัดสินใจและรับผิดชอบต่อการรักษาของตัวผู้รับการบำบัดตนเองและอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ที่ระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด โดยมีหลักพื้นฐานในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ DARES ได้แก่ ชี้ให้เห็นความแตกต่างระหว่างสถานภาพ

ปัจจุบัน และเป้าหมายที่ยากเปลี่ยน หลักเลียงการโต้แย้ง แต่หาวิธีที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเห็นผลลัพธ์จากการเปลี่ยนหรือเห็นผลดีจากการร่วมมือในการรักษาเสพติด/จัดการกับแรงต้าน โดยการทะลอมหมุนไปตามแรงต้าน เห็นอกเห็นใจ ให้เกียรติผู้ป่วย และเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและมองในด้านบวก

3) การกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการใช้คำพูดของผู้ป่วยเอง และประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาไปสู่ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงที่สูงขึ้นจนไปสู่ขั้นตอนการร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน โดยใช้เทคนิค FRAMES ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ/การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจ การให้คำแนะนำ การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย

นอกจากนี้ ยังมีกลวิธีหรือเทคนิคการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ให้ประสบผลสำเร็จ โดยมีการเสริมแรง เช่น การกล่าวชื่นชมร่วมกับทำให้มีการตัดสินใจของผู้รับการบำบัดด้วยความเต็มใจ เพื่อเป็นการส่งเสริมศักยภาพที่มีในตัวผู้รับการบำบัด ซึ่งหากบุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองมีความหวังว่าจะทำได้ ก็จะนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองมีศักยภาพอย่างเต็มที่สำหรับการเปลี่ยนแปลงใด ๆ และจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้รับการบำบัดตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน มีการตั้งวัตถุประสงค์หลักและการประเมินผลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการการรักษาเสพติดด้วยจิตใจที่ต้องการของตนเองโดยแท้โดยเพียงผู้บำบัดชี้ให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยบางคนอาจกล่าวข้อความจูงใจออกมาได้ (self-motivational statements: SMS) ในครั้งแรกที่ทำการกิจกรรม ทั้งนี้ ต้องสังเกตและพิจารณาการกล่าวข้อความจูงใจออกมาในระหว่างแต่ละกิจกรรม พร้อมทั้ง ประเมินระดับของแรงจูงใจที่เพิ่มขึ้นหรือไม่ อย่างไรและมีการสรุปประเด็นการพูดคุยควบคุมดูแลเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงปัญหา และเห็นความสำคัญในความพร้อมของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต้องการการรักษา เป็นการทบทวนเนื้อหาในสิ่งที่ผู้รับการบำบัดพูด ซึ่งบางครั้งอาจจำในสิ่งที่ตนเองพูดไม่ได้ การสรุปข้อความที่สำคัญจึงเป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดมีโอกาสได้ยินข้อความที่ตนเองพูด และเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้คิดและพูดข้อความจูงใจออกมา⁶⁻¹⁰

ทั้งนี้ สอดคล้องกับหลักการของทฤษฎีการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ตามการศึกษาของ Miller and Rollnick⁶ เรื่อง การเตรียมความพร้อมด้วยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคล อีกทั้งการศึกษาการให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI and motivational enhancement therapy: MET) ของ Saengcharnchai⁷ และ การศึกษาการเสริมสร้างแรงจูงใจคืออะไร (What is MI?) ของ Rollnick and Miller⁸ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษากระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจ: ทางเลือกการบำบัดรักษาของผู้ป่วยสารเสพติดของ Chaipichitpan⁹ ตลอดจนยังพบว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Suvanchot, Somrongthong and Phukao¹¹ ที่ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของกลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจ และบำบัดทางความคิดอย่างย่อต่อภาวะการฉีกขาดของผู้ป่วยเสพยาบ้าที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ณ โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ ประเทศไทย และพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอัตราการรอดจากผลปัสสาวะบวกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ทันที (1 เดือน) 2 3 และ 6 เดือน ($p < .001$) และผลการศึกษาของ Klansuwan, Takviriyannun and Jirapramukpitak¹⁰ ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพยาบ้าในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 94.44 มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจจากระยะลังเลเป็นระยะมีแรงจูงใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21.34, p < .05$) รวมทั้ง การศึกษาวิจัยของ Lampoo, Takviriyannun, and Jirapramukpitak¹⁴ เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อแรงจูงใจและการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดในสถานบำบัดยาเสพติดแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี ผลพบว่า ภายหลังการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนแรงจูงใจภายในต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับสูงขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อทดสอบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจภายใน ในช่วงก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.14, p < .05$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังตัดสินใจเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 3.66, p < .05$)

ดังนั้น จะเห็นว่า โปรแกรมประยุกต์การเสริมสร้างแรงจูงใจส่งผลต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก

อนึ่ง เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนในระยะเสร็จสิ้นทันที และระยะเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง มีการใช้ยาเสพติด/สัปดาห์ในปริมาณจำนวนมากที่สุด ประกอบด้วย ยาบ้า จำนวน 1-7 เม็ด (ร้อยละ 50) ยาไอซ์ จำนวน 1-7 ตัก และมากกว่า 7 กรัม อย่างละเท่ากัน (ร้อยละ 12.50) ัญชา จำนวน 1-7 บ้อง (ร้อยละ 12.50) และน้ำกระท่อม (4*100) จำนวน 1 ลิตร (ร้อยละ 18.75) หรือผลจากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีต่อการเสพติดสารแอมเฟตามีน² อาทิ ปัจจัยด้านชีวภาพ/ด้านพันธุกรรม/ด้านบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม/ด้านความคิด/ด้านสังคม และปัจจัยด้านฤทธิ์ที่พึงประสงค์ของสารเสพติดที่อาจส่งผลต่อการหยุดยาในระยะเริ่มแรกหรือระยะอันนี้มน ซึ่งต้องอาศัยความตั้งใจและตั้งใจเป้าประสงค์ทางด้านจิตใจที่แน่วแน่เป็นอย่างยิ่ง แต่อย่างไรก็ตาม โปรแกรมฯ ในระยะที่ 3 (การติดตามอย่างต่อเนื่อง) ที่เน้นหนักถึง “ชีวิตนี้เพื่อฉัน และเธอคนนั้น คนที่สำคัญของฉัน และติดตามเยี่ยมเยียน” พร้อมประสานการมีส่วนร่วมในแต่ละชุมชนของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลท่าโรงช้าง ตามคำสั่งจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ 7417/2564 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานการเฝ้าระวัง/ติดตามผู้ป่วยยาเสพติด/จิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งต้องประสานความร่วมมือทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และติดตาม ตามแนวทางการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน เพื่อชุมชน โดยชุมชนเป็นฐาน (community based treatment and rehabilitation: CBTx) ตลอดจนการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (ตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564) นับเป็นความหวังสำคัญอันสุดท้ายที่จะนำความอบอุ่นที่แท้จริงของแต่ละชุมชนในโอกาสอันใกล้ ทั้งนี้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ในด้านความตั้งใจ ด้านการยอมรับ ด้านลงมือกระทำ และในภาพรวมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ยังคงสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมประยุกต์การเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติด

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดตาราง 1 และ 3

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้การบำบัดต้องพูดคุยสร้างแรงจูงใจตามระยะขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง (stage of change) จนถึงขั้นตอนที่ 5 คือ การคงไว้ซึ่งความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องและท้ายสุดนี้ การปฏิบัติตามขั้นตอนของโปรแกรมฯ ให้ครอบคลุมและครบถ้วนทั้ง 3 ระยะ รวมจำนวน 8 กิจกรรมนั้น มีค่าคมสำหรับเป็นพลังในการปฏิบัติไปสู่ความสำเร็จคือ อุปสรรคที่เกินทน จะหลอมคนให้ทนทานและไปไม่ยังมีเปลี่ยนสี ชีวิตต้องมีเปลี่ยนไป

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาเพียงกลุ่มเดียว เนื่องจากมีข้อจำกัดเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีจำนวนไม่มากพอในการจัดเข้ากลุ่มควบคุมที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มที่ศึกษา อาจทำให้ความน่าเชื่อถือของผลวิจัยไม่ชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบสองกลุ่ม

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ ตาม ICD-10 ด้วย F10.1X-F19.1X (Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use) โดยตรง แต่ใช้วิธีการคัดเลือกตามแบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและยาเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุข (V.2) เนื่องจากผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องออกให้บริการค้นหาเชิงรุกในทุกเขตพื้นที่และการดำเนินการทดลองไม่สามารถใช้โปรแกรมได้ครอบคลุมทั้งหมดทั้ง 3 ระยะ รวมจำนวน 8 กิจกรรมทุกครั้ง ซึ่งขึ้นกับสถานที่ที่ดำเนินการที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ทุก ๆ บริบทการจัดสถานที่นั้น ๆ จะต้องมีความสงบ เงียบ และสามารถจัดที่นั่งเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความสะดวกสบาย

สรุป

โปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดในด้านความตั้งใจ ด้านการยอมรับ ด้านการลงมือกระทำ และในภาพรวม สามารถทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องบังคับให้สมัครใจบำบัดและเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรกมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ทั้งระยะก่อนการทดลอง ระยะเสร็จสิ้นทันที และระยะเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ กล่าวคือ โปรแกรมฯ เป็นอีกหนึ่งกุญแจสำคัญในปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยได้พูดและแสดงความต้องการของตัวเองออกมา อีกทั้งให้ผู้บำบัดตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้ป่วยพูดข้อความที่จิตใจตนเอง และสะท้อนให้ผู้ป่วยรับทราบในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด

หรือคิด ประกอบกับผู้บำบัดใช้ทักษะการสะท้อนและการสรุปความเพื่อให้ผู้ป่วยได้ยื่นข้อความที่จิตใจตนเองซ้ำอีก แรงจูงใจของผู้ป่วยก็จะเกิดมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ผู้ที่นำโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดไปใช้ จำเป็นต้องเป็นผู้มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด โรคสมองติดยา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและด้านสังคม ครอบคลุมทั้งด้านการป้องกันรักษา บำบัด ฟื้นฟูและติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการทำงานร่วมกับคณะทำงานการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยที่อาจก่อให้เกิดความรุนแรงทางด้านจิตใจ (SMI-V) ในชุมชน

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้วิจัยหลักเป็นผู้เขียนโครงการวิจัย และผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมวางแผนโครงการวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลแปลความหมายข้อมูล และเขียนบทความ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอพุนพิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าโธ่ช่วง หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี และคณะทำงานเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยยาเสพติดหรือจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลท่าโธ่ช่วง) ทุกท่านกับการประสานความร่วมมือทุกมิติ และร่วมเป็นพลังและกำลังใจด้วยหัวใจเสมอมาและท้ายที่สุด ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Inpa C, Lansuchiph C, Pattaramanus A, Editor. Strategic plan of substance patients for treatment and rehabilitation on financial year 2021-2023 [Internet]. Nonthaburi: Narcotics control management center, ministry of public health; 2021 [cited 2021 Sep 26]. Available from: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/rptk5fmp8qskosoko.pdf
2. Klansuwan A. The effect of motivational interviewing together with cognitive behavioral therapy program on the adherence behaviors of amphetamine-dependent patients in a treatment center in Pathum Thani province [master's

- thesis]. [Pathum Thani]: Thammasat University; 2016. 189 p.
3. National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment: A research-based guide. 3 rd ed. National of Health. U.S. Department of Health and Human Services; 2018.
4. World Health Organization. Adherence to long-term therapies evidence for action [Internet]. 2003 [cited 2020 Mar 22]. Available from: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
5. Bualakorn N, Soonthornchaiya R, Vuthiarpa S. The effects of a motivation enhancement therapy program with family involvement on the medication adherence of inpatients with co-occurring schizophrenia and alcohol use disorder. JRTAN. 2018; 19(Suppl): 423-32. Thai.
6. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. 2 nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
7. Saengcharnchai P, editor. Training course manuals: Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy: MI & MET. Chiang Mai: WannidaKarnpim; 2010. Thai.
8. Rollnick S, Miller WR. Motivational interviewing: What is MI?. Behav Cogn Psychother. 1995; 23(4): 325-34. doi: 10.1017/S135246580001643X.
9. Chaipichitpan N. Motivational enhancement therapy: Alternative care for drug abuse patient. TMJ. 2013; 13(1): 98-108. Thai.
10. Klansuwan A, Takviriyannun N, Jirapramukpitak T. The effect of a motivational interviewing together with cognitive behavioral therapy program on the adherence behaviors of amphetamine dependent patients in a treatment center in Pathum Thani province. J DMS. 2018; 43(1): 90-5. Thai.
11. Suvanchot KS, Somrongthong R, Phukao D. Efficacy of group motivational interviewing plus brief cognitive behavior therapy (GMI-BCBT) for relapse with in amphetamine users with co-occurring psychological problems at Southern Psychiatric Hospital in Thailand. J Med Assoc Thai. 2011; 95: 1075-80. Thai.
12. Sittipong K. The motivation to quit using drugs of patients at Thanyarak Khonkaen Hospital. J CHD-KKU. 2017; 5(2): 217-39. Thai.
13. Chaipichitpan N. Model development for rehabilitation in meth-amphetamine abuser: A participatory action research [dissertation]. [Pathum Thani]: Thammasat University; 2015. 225 p.
14. Lampoo S, Takviriyannun N, Jirapramukpitak T. The effects of an intrinsic motivation program on motivation & acceptance to rehabilitation treatment among drug dependent clients at one treatment center for drug dependence in Pathum Thani province. TMJ. 2011; 11(4): 549-56. Thai.
15. Uthaiphan R, Dangdomyouth P. The effect of group motivational interviewing on medication compliance of schizophrenic patients in community. JPNMH. 2013; 27(1): 136-48. Thai.
16. Chanchaikaew H. The effect of motivational enhancement group therapy on change readiness and treatment eagerness among schizophrenia patients with alcohol dependence [master' s minor thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkhla University; 2015. 118 p.
17. Luamtonglang M, Dangdomyouth P. The effect of motivational interviewing program on alcohol drinking behavior of schizophrenic patients with alcohol dependence. JPNMH. 2020; 34(1): 163-78. Thai.
18. Kuntubtim J, Uthis P. The effect of family motivational intervention on medication adherence of persons with schizophrenia in community. JPNMH. 2019; 33(3): 30-41. Thai.
19. Bualuang T, Hengudomsub P, Dallas JC. The effects of motivational enhancement program on intention to stop drinking and drinking behavior among males with risky drinking. JRTAN. 2018; 19(Suppl): 119-28. Thai.
20. Butpunya Y, Uthis P, Suktrakul S. The effect of continuing motivational interviewing telephone-based program on alcohol consumption in person with alcohol dependence. JRTAN. 2016; 17(3): 123-31. Thai.
21. Yaemsri W, Maneesriwongkul W, Panpakdee O. The effect of motivational interviewing on smoking behavior in persons at risk for coronary artery disease. Journal of Public Health Nursing. 2013; 27(3): 41-57. Thai.
22. Chaibubpha J, Hengudomsub P, Vatanasin D. The effects of motivational enhancement program on smoking cessation of perceived self-efficacy and behaviors among male clients. JFONUBUU. 2018; 26(4): 10-20. Thai.
23. Pinwihok S, Kanogsunthornrat N, Panpakdee O. The effects of motivational interviewing combined with hand reflexology on quit smoking behavior and nicotine withdrawal symptoms in tobacco addicted Patients. KJN. 2018; 25(1): 90-105. Thai.
24. Singshui W, Keawpan W, Powwattana A. Effectiveness of protection motivation theory application program on TB. prevention behavior of caregivers. Journal of Public Health Nursing. 2013; 27(3): 14-26. Thai.
25. Bualakorn N. The effects of a motivation enhancement therapy program with family involvement on the medication adherence of inpatients with co-occurring schizophrenia and alcohol use disorder [master's thesis]. [Pathum Thani]: Thammasat University; 2017. 163 p.

26. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Therapist manual of Matrix Program with cognitive psychology-behavioral therapy model. Bangkok: The Printing Office to Assist Veterans Organization; 2012. Thai.
27. Tiansaard J, Kanogsunthornrat N. Motivational interviewing: Concept and application in persons with chronic kidney disease. *Rama Nurs J.* 2016; 22(3): 223-32. Thai.
28. Miller WR, Tonigan JS. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychol Addict Behav.* 1996; 10(2): 81-9. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81>
29. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization. 5 th ed. St. Louis: Elsevier, Inc; 2005.
30. Kaewkungwal J, Singhasivanon P. Sample size of clinical research. In: Pitisuttithum P, Pichaensoonthon C. editors. Textbook of clinical research. 4 th ed. Bangkok: Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University; 2018. Thai.
31. Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, Health Administration. Work manual: Standard operation procedures (SOPs) of drug abuse on financial year 2020; 2020. Thai.