

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของการบำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เปรียบเทียบกับ การบำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิม

นิรมล แก้วคำ เจษฎา ยิ่งวิวัฒน์พงษ์ และ ธวัชชัย ลิฟฟานาจ

กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK) เปรียบเทียบกับการบำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิม (FAST) **วัสดุและวิธีการ** การศึกษาเชิงทดลองโดยใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของการใช้สารเสพติด (ASSIST) คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BRIEF-THAI) และการรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficacy) กับผู้รับการบำบัดยาเสพติด ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ลาดหลุมแก้ว ปทุมธานี และศูนย์บำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมือง กองทัพบก และหลังจากจบการฟื้นฟู ได้เก็บข้อมูลติดตามไปข้างหน้าที่ระยะเวลา 3 และ 6 เดือน **ผลการศึกษา** กลุ่ม PMK มีค่าคะแนน WHOQOL เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่ม FAST อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งที่ 3 เดือน ($P = 0.018$) และที่ 6 เดือน ($P = 0.032$) นอกจากนี้ ที่ 3 เดือน กลุ่ม PMK มีคะแนนเฉลี่ย WHOQOL ด้านความสัมพันธ์ ($P = 0.026$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($P = 0.006$) มากกว่ากลุ่ม FAST อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ 6 เดือนไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยของ ASSIST และ self-efficacy พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม ทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของการใช้สารเสพติดลดลงและมีค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถในตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับคะแนนตั้งต้น **สรุป** PMK มีประสิทธิผลเหนือกว่า FAST ในการช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้เข้ารับการบำบัดดีขึ้น แต่ประสิทธิผลในการลดความรุนแรงของการใช้สารเสพติดและการรับรู้ความสามารถในตนเองไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: ● วิวัฒน์พลเมือง ● ประสิทธิผล ● การเสพยาเสพติด ● ชุมชนบำบัด

เวชสารแพทย์ทหารบก 2561;71:11-21.

ได้รับต้นฉบับเมื่อ 29 พฤศจิกายน 2560 ได้ตีพิมพ์เมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2561

ต้องการสำเนาต้นฉบับติดต่อ พ.อ.ธวัชชัย ลิฟฟานาจ กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กทม. 10400

Original Article

Effectiveness of Phramongkutklao Wiwatphonlamueang Drug Treatment Program Compared with Standard Wiwatphonlamueang Drug Treatment Program

Niramon Kaewkham, Jatsada Yingwiwattanapong and Thawatchai Leelahanaaj

Department of Psychiatry and Neurology, Phramongkutklao Hospital

Abstract:

Objective: To study effectiveness of Phramongkutklao Wiwatphonlamueang drug treatment program (PMK) compared with standard Wiwatphonlamueang drug treatment program (FAST) for the treatment of addiction. **Methods:** Quasi-experimental study was designed to compare the effectiveness of treatment program. Effectiveness measures included alcohol, smoking, and substance Involvement screening Test (ASSIST), WHOQOL-BRIEF-THAI and self-efficacy. One hundred eleven subjects of substance use were treated with PMK at Wiwatphonlamueang of Royal Thai Army, and 65 subjects were treated with FAST at Lat Lum Kaeo drug addict rehabilitation center. Data gathering was performed at first day, 3 month and 6 month after finishing the program. **Result:** PMK significantly improved mean quality of life scores at month 3 ($P = 0.018$) and month 6 ($P = 0.032$) compared to FAST. In addition, PMK resulted in significantly greater improvement in mean relationship ($P = 0.026$) and environment ($P = 0.006$) scores compared to FAST at month 3 but no significant difference at month 6. Both groups experienced significant improvements in severity of drug use (ASSIST) and self-efficacy; however, there were no significant differences between groups. **Conclusions:** In subjects with drug addiction, PMK significantly improved quality of life compared to FAST. Both groups experienced significant improvements in ASSIST and self-efficacy.

Keywords: ● Wiwatphonlamueang ● Effectiveness ● Addiction ● Therapeutic community

RTA Med J 2018;71:11-21.

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาเสพติดได้กลายเป็นวิกฤติสำคัญของประชาคมโลก ในประเทศไทยก็เช่นกัน ปัญหานี้ได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อความมั่นคงของชาติทั้งเศรษฐกิจ สังคม การเมืองความสัมพันธ์ระหว่างประเทศและคุณภาพประชากร ดังในรายงานการศึกษาการแพร่ระบาดของสารเสพติดในกลุ่มประชากรที่อายุระหว่าง 12-65 ปี จำนวน 10 ชนิด ประกอบด้วย พิษกระท่อม กัญชา ฝิ่น ยาอี/ยาเลิฟ ยาเค โคเคน ผงขาว/เฮโรอีน สารระเหย ยาบ้า และไอซ์ โดยการสำรวจครัวเรือนเพื่อประมาณการจำนวนผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2554 (การศึกษาครั้งล่าสุด) พบว่า มีคนเคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งจำนวนประมาณ 3,500,000 คน และใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน 1 ปีประมาณ 590,000 คน¹

รัฐบาลได้ออกพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ขึ้นมาเพื่อเสริมมาตรการให้ผู้เสพเป็นผู้ป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดจึงกว้างขวางมากขึ้น² จาก พรบ. ดังกล่าว จึงได้รวมทรัพยากรทำการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้มีหน่วยงานของกระทรวงยุติธรรมแล้ว ยังมีหน่วยงานอื่นที่มีขีดความสามารถเข้ามาร่วมในการตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติดและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคลดังกล่าว เช่น สถานท่งหน่วยงานทหาร จึงมีการตั้งหน่วยทหารเป็นศูนย์วิวัฒน์พลเมืองเป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยให้กำลังพลเป็นครูฝึกและครูของศูนย์โดยใช้รูปแบบการบำบัดแบบ FAST model³ ของสถาบันธัญญารักษ์ ที่นำหลักการชุมชนบำบัดมาเป็นแนวทาง

Malivert และคณะ⁴ ได้ทำการศึกษา systematic review เรื่องประสิทธิผลของชุมชนบำบัด แม้ชุมชนบำบัดมีประสิทธิผลไม่ชัดเจนนัก แต่ทุกการศึกษาที่พบทวนต่างพบว่า ชุมชนบำบัดช่วยลดการใช้สารเสพติดได้ แต่ก็มีบ่อยครั้งที่กลับไปใช้ซ้ำ ส่วน Sadir และคณะ⁵ ได้ทำการศึกษาผลของชุมชนบำบัดในผู้ใช้สารเสพติด 378 คน พบว่า ผู้ที่อยู่ในการศึกษาจนครบ 14 สัปดาห์มีร้อยละ 69 และเมื่อติดตามจนถึงสุดการศึกษาที่ 6 ปี ผู้เข้าร่วมวิจัยร้อยละ 22 สามารถหยุดการใช้สารเสพติดได้ และยังพบว่า ผู้ที่หยุดใช้สารเสพติดได้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ไม่สามารถหยุดการใช้สารเสพติดได้

การบำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิม (original Wiwatphonlamueang drug treatment program) เป็นการ

บำบัดรูปแบบหนึ่ง มีห้วงระยะเวลาจำนวน 120 วัน วิชาในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจำนวน 6 วิชา ประกอบด้วย 1) การฝึกวิชาทหารเบื้องต้น 2) การอบรมวิชาอุดมการณ์และการปกครองระบอบประชาธิปไตย 3) การฝึกอบรมวิชาสุขภาพอนามัย 4) การอบรมวิชาศาสนาและศีลธรรม 5) การฝึกวิชาชีพ และ 6) กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model)³

FAST model ประกอบด้วย 1) *family* ได้แก่ (1.1) family education เป็นวิธีการจัดกิจกรรมมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการปูพื้นฐานความรู้ที่ครอบครัวต้องทราบ เจตคติ ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว สามารถเฝ้าระวังปัญหาเสพติด และทักษะในด้านการป้องกันและบำบัดรักษาเสพติดระดับครอบครัวได้ (1.2) family counseling เป็นวิธีการให้คำปรึกษาโดยการนำครอบครัวมาเข้าร่วมกลุ่มกัน เพื่อให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมกัน ช่วยเหลือและสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อให้สมาชิกหรือผู้ติดยาเสพติดกลับสู่สังคมได้อย่างเหมาะสม (1.3) family therapy เป็นวิธีการบำบัดที่รวมเอาบุคคลที่มีความสัมพันธ์ ความผูกพันในฐานะเป็นครอบครัวมาร่วมด้วย เพื่อจัดการความขัดแย้งในครอบครัวช่วยให้ครอบครัวมีพลังต่อการแก้ปัญหา และทำให้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น 2) *การใช้กิจกรรมทางเลือก (alternative treatment)* ในการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย เพื่อแสดงออกซึ่งสิ่งที่ตนสนใจในด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มความสามารถ เพื่อเป็นการปลูกฝังเยาวชนให้มีความรัก ความผูกพัน มีส่วนรับผิดชอบ และทำประโยชน์ให้แก่โรงเรียน ชุมชน สังคม และประเทศชาติ 3) *กระบวนการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (self-help)* ให้ผู้ป่วยเรียนรู้และบำบัดรักษาทางกาย จิต สังคม สามารถมีพลังรักษาอย่างเข้มแข็ง โดยปรับสภาพทั้งพฤติกรรม เจตคติ ความรู้สึกและการสร้างสัมพันธ์ภาพจนสามารถอยู่ได้อย่างปกติสุขและปลอดภัย และ 4) *กระบวนการชุมชนบำบัด (therapeutic community)* เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดรักษาที่สำคัญในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ที่ใช้สมาชิกฝึกการพัฒนาตนเอง โดยการมาอยู่ร่วมกันเหมือนเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ที่สร้างขึ้นใหม่ เพื่อให้สมาชิกสามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเอง ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ³

การบำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาล

พระมงกุฎเกล้า กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในฐานะหน่วยงานทางวิชาการที่มีประสบการณ์ความชำนาญด้านการบำบัดรักษายาเสพติดจนเป็นที่ยอมรับทั่วประเทศได้พัฒนาค่ายฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการบำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า(PMK Wiwat-phonlamueang drug treatment program) ซึ่งปรับปรุงพัฒนามาจากรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยใน (PMK model) เพื่อให้ครูผู้ดูแลนักเรียนในค่ายวิวัฒน์พลเมืองซึ่งไม่มีพื้นฐานความรู้ด้านการแพทย์ใช้เป็นรูปแบบในการฟื้นฟูสมรรถภาพและให้คำปรึกษาผู้ติดยาเสพติดในศูนย์เป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยยังคงยึดหลักการชุมชนบำบัดอยู่ตามเดิม ประกอบด้วยวิชาในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจำนวน 6 วิชาเช่นเดียวกับการบำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิมต่างกันตรงวิชาที่ 6 คือใช้ PMK model ร่วมกับกระบวนการชุมชนบำบัดแทนการใช้ FAST model ร่วมกับกระบวนการชุมชนบำบัด

PMK model คือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นโครงการบำบัดผู้ป่วยติดยาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยพัฒนารูปแบบมาจากหลัก 12 ขั้นตอนของกลุ่มผู้ติดยาในนาม (AA) และการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบมินเนโซต้า (Minnesota model) โดยเนื้อหาหลักของ PMK แบ่งออกเป็น 1) การให้ความรู้ด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและสุขภาพจิต (health & psychological education) 2) หลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ (the Buddhist twelve steps) 3) การผ่อนคลายความเครียดและสันทนาการ (relaxation & recreation Therapy) 4) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy, CBT) และ 5) การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counseling) กลไกสำคัญในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตาม PMK model คือแรงจูงใจและแรงบันดาลใจในการเลิกสุรา (motivational style) การฟื้นฟูทางจิตวิญญาณ และหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ (spirituality rehabilitation & the Buddhist twelve steps) ซึ่งมีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองให้ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ รู้ทันอารมณ์และความคิดที่ไม่เหมาะสมได้ อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงจุดและให้ผลในระยะยาว⁶

การวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาว่า การบำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าซึ่งเป็นรูปแบบใหม่ของการพัฒนาค่ายฟื้นฟูมีประสิทธิผลแตกต่างจากการบำบัดรูปแบบเดิมอย่างไรบ้าง

วิธีการ

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มประชากร

รูปแบบการวิจัยเป็น quasi-experimental study ผู้เข้าร่วมวิจัยคือผู้เข้ารับการบำบัดตามคำสั่งศาลตาม พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 โดยมีผู้รับการบำบัดแบบการบำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิมหรือผู้รับการบำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีอายุระหว่าง 18-60 ปี มาบำบัดยาเสพติด ช่วง มกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2559 ณ ศูนย์บำบัดที่บำบัดด้วยการบำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งประกอบด้วย 2 ศูนย์ ได้แก่ 1) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ลาดหลุมแก้ว ปทุมธานี และ 2) ศูนย์บำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองกองทัพบก 1 แห่ง ส่วนการบำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิมได้แก่ศูนย์บำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองกองทัพบก 1 แห่ง ผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น โรคจิตเฉียบพลัน (acute psychosis) หรือผู้ที่มีโรคทางกายร้ายแรงและอยู่ในระยะเฉียบพลันจะถูกคัดออกจากการศึกษา

ขนาดตัวอย่าง

จากการศึกษาเรื่อง “คุณภาพชีวิตของผู้เสพสารเสพติดชาวเขาที่บำบัดด้วยเมทาโดนทดแทนระยะยาวและปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาในจังหวัดเชียงราย” โดยพรพิมล ตักดีสูง⁷ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดยาเสพติดชาวเขาที่บำบัดรักษาโดยใช้เมทาโดนทดแทนระยะยาวอยู่ในระดับดีในกลุ่มเสพยาร้อยละ 55.6 และกลุ่มไม่เสพยาร้อยละ 76.54 ผลการคำนวณต้องใช้ตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 120 ราย แต่เนื่องจากมีการติดตามผลการวิจัยจึงคิด loss to follow up ร้อยละ 20 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด ดังนั้นจึงใช้ตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้ทั้งสิ้นจำนวน 144 ราย

เครื่องมือ

เครื่องมือ Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)⁸ ใช้ในการคัดกรองสารเสพติดและบอกความรุนแรงของการเสพยาเสพติด (แบ่งระดับกลุ่มเสี่ยงออกเป็นระดับความเสี่ยงต่ำ ปานกลาง หรือสูง) และใช้เพื่อจัดกลุ่มเสี่ยงของการติดยาเสพติดและใช้ติดตามหลังการบำบัด เครื่องมือ WHOQOL-BRIEF-THAI⁹ เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย 4 ด้าน ได้แก่ 1) สุขภาพกาย (physical) 2) ด้านจิตใจ (psychological) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (relationship) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) และเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในตนเอง

(self-efficacy) เป็นแบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถในตนเอง ฉบับภาษาไทย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการติดตามประเมินที่ 3 เดือนและ 6 เดือนหลังการบำบัดโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด คือ ASSIST แบบสอบถามคุณภาพชีวิต WHOQOL-Brief-Thai และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง self-efficacy ซึ่งดำเนินการติดตามโดยการโทรศัพท์ การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดวิวัฒนาการเมืองรูปแบบเดิมกับการบำบัดยาเสพติดวิวัฒนาการเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าใช้ Chi-square test และ student t-test หรือ Mann-Whitney U test ใช้ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบทั้งข้อมูลในส่วนของการแบบสอบถาม WHOQOL-BRIEF-THAI แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง และแบบสอบถาม ASSIST ซึ่งแบบสอบถามทั้ง 3 ออกมาเป็นข้อมูลชนิดกลุ่มและข้อมูลที่เป็นคะแนน

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเข้ามาในการศึกษาจำนวน 176 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดวิวัฒนาการเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 111 คน และ ผู้ได้รับการบำบัดวิวัฒนาการเมืองรูปแบบเดิม 65 คน หลังจบโปรแกรมบำบัดได้ 3 เดือน สามารถติดตามข้อมูลได้ครบ 64 คนแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดวิวัฒนาการเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 42 คน และผู้ได้รับการบำบัดวิวัฒนาการเมืองรูปแบบเดิม 22 คน หลังจบโปรแกรมบำบัดได้ 6

เดือน สามารถติดตามข้อมูลได้ครบ 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดวิวัฒนาการเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 30 คน และ ผู้ได้รับการบำบัดวิวัฒนาการเมืองรูปแบบเดิม 10 คน โดยรวมสามารถติดตามได้ร้อยละ 22.73

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ชาย อายุอยู่ในช่วง 26-45 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ระดับการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี การทำงานพบว่าส่วนใหญ่มีงานทำ (ร้อยละ 64) รายได้น้อยกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 78) ไม่มีภาวะหนี้สิน (ร้อยละ 76) (Table 1)

ข้อมูลพื้นฐานของคุณภาพชีวิต ความรุนแรงของการใช้สารเสพติด และการรับรู้ความสามารถในตนเองพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มวิวัฒนาการเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าคือ 90.48 ส่วนกลุ่มวิวัฒนาการเมืองรูปแบบเดิมคือ 93.12 ค่าเฉลี่ยคะแนน ASSIST ของกลุ่มวิวัฒนาการเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าคือ 24.41 ส่วนกลุ่มวิวัฒนาการเมืองรูปแบบเดิมคือ 17.71 ค่าเฉลี่ยคะแนน self-efficacy ของกลุ่มวิวัฒนาการเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าคือ 26.95 ส่วนกลุ่มวิวัฒนาการเมืองรูปแบบเดิมคือ 27.06 (Table 2)

คุณภาพชีวิต

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของวิวัฒนาการเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเพิ่มขึ้นจากคะแนนเฉลี่ยการเก็บข้อมูลครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) ทั้งที่ 3 เดือน และ 6 เดือน ส่วนกลุ่มวิวัฒนาการเมืองรูปแบบเดิมคะแนนเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (Figure 1) เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง

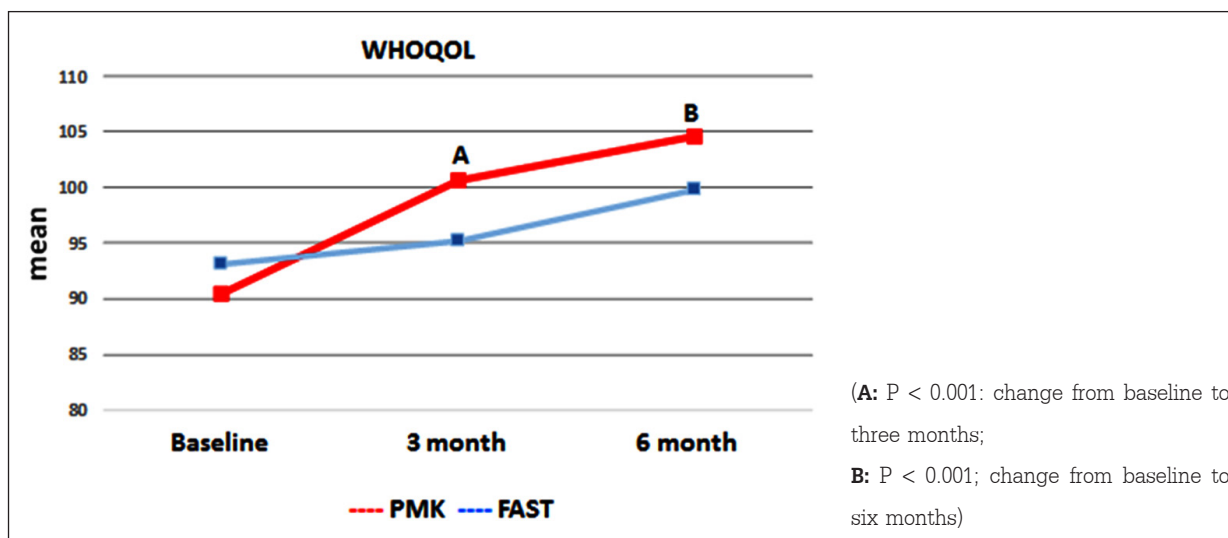


Figure 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต (WHOQOL) โดยรวมของกลุ่มวิวัฒนาการเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK) และกลุ่มวิวัฒนาการเมืองรูปแบบเดิม (FAST) ที่ 3 เดือนและ 6 เดือน

Table 1 ลักษณะประชากรของกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK) และกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิม (FAST)

	PMK		FAST		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	111	100	65	100	176	100
อายุ (ปี)						
< 26	31	27.9	10	15.4	41	23
26-45	76	68.5	54	83.1	130	74
> 45	4	3.6	1	1.5	5	3
การสมรส						
โสด	82	73.9	36	55.4	118	67
สมรส	17	15.3	18	27.7	35	20
หม้ายหย่า	12	10.8	11	16.9	23	13
การศึกษา						
ต่ำกว่า ป.ตรี	109	98.2	59	90.8	168	95
ป.ตรี	2	1.8	6	9.2	8	5
ตำแหน่งงาน						
ว่างงาน	45	40.5	18	27.7	63	36
ทำงาน	66	59.5	47	72.3	113	64
รายได้ (บาท)						
< 15,000	91	82	47	72.3	138	78
15,001-30,000	18	16.2	18	27.7	36	20
> 30,001	2	1.8	0	0	2	1.2
ภาวะหนี้สิน						
มี	24	21.6	17	26.2	41	23
ไม่มี	87	78.4	48	73.8	135	77
โรคประจำตัว						
ไม่มี	96	86.5	58	89.2	154	87
มี	15	13.5	7	10.8	22	13

แปลงคะแนนเฉลี่ยที่ 3 และ 6 เดือนพบว่า กลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทั้งที่เวลา 3 เดือน ($P = 0.02$) และ 6 เดือน ($P = 0.03$) ตามลำดับ (Table 3)

เมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตแยกเป็นองค์ประกอบ 4 ด้านพบว่า ที่ 3 เดือน คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

แวดล้อม กลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) แต่ที่ 6 เดือนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและสุขภาพกายพบว่า คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ 3 และ 6 เดือน (Figure 2)

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า

Table 2 ข้อมูลตั้งต้น (baseline) ด้านคุณภาพชีวิต (WHOQOL) ความรุนแรงของการใช้สารเสพติด (ASSIST) และการรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficacy) ของกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK) และกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิม (FAST)

	PMK (mean $\pm$ SD)	FAST (mean $\pm$ SD)
WHOQOL	90.48 $\pm$ 13.39	93.12 $\pm$ 15.85
ด้านร่างกาย	25.56 $\pm$ 3.96	26.32 $\pm$ 3.95
ด้านจิตใจ	21.18 $\pm$ 4.2	21.95 $\pm$ 4.52
ด้านความสัมพันธ์	10.75 $\pm$ 2.3	10.68 $\pm$ 2.26
ด้านสิ่งแวดล้อม	26.05 $\pm$ 4.98	26.66 $\pm$ 5.82
ASSIST	24.41 $\pm$ 8.1	17.71 $\pm$ 9.79
Self-efficacy	26.95 $\pm$ 5.44	27.06 $\pm$ 8.71

Table 3 การเปลี่ยนแปลงคะแนนคุณภาพชีวิต (WHOQOL) ความรุนแรงของการใช้สารเสพติด (ASSIST) และการรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficacy) ของกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK) และกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิม (FAST) ที่ 3 เดือนและ 6 เดือน

	PMK (mean $\pm$ SD)	FAST (mean $\pm$ SD)	p-value
WHOQOL			
3 เดือน	-11.45 $\pm$ 14.03	-1.68 $\pm$ 17.34	0.018*
6 เดือน	-14.1 $\pm$ 16.08	-1.6 $\pm$ 13.08	0.032*
ASSIST			
3 เดือน	18.24 $\pm$ 11.93	13.64 $\pm$ 9.17	0.119
6 เดือน	15.67 $\pm$ 12.08	14.9 $\pm$ 11.87	0.862
Self-efficacy			
3 เดือน	-3.26 $\pm$ 10.16	0.36 $\pm$ 13.15	0.226
6 เดือน	-3.2 $\pm$ 4.38	-6 $\pm$ 5.08	0.101

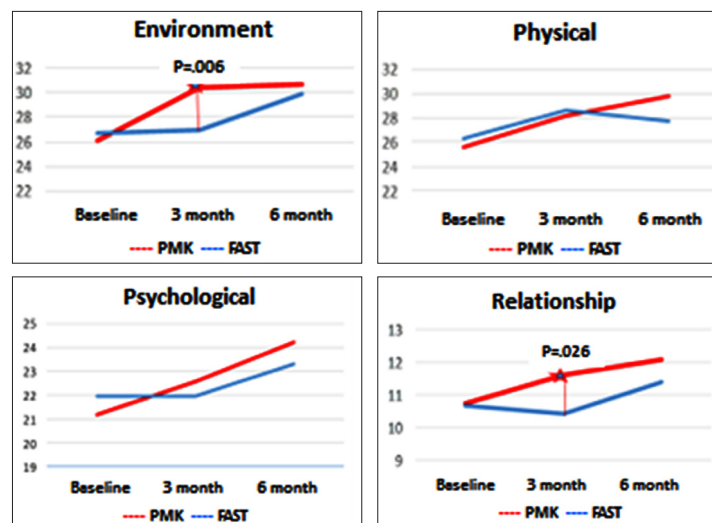


Figure 2 คุณภาพชีวิตแยกเป็นองค์ประกอบ 4 ด้าน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK) และกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิม (FAST) ที่ 3 เดือนและ 6 เดือน

คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเพิ่มขึ้นจากคะแนนเฉลี่ยการเก็บข้อมูลครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งที่ 3 เดือนและ 6 เดือน ส่วนกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิมคะแนนเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์พบว่า ทั้งสองกลุ่มคะแนนเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทั้งสอง (Table 4)

ความรุนแรงของการใช้สารเสพติด

คะแนนเฉลี่ย ASISST ในกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ 3 และ 6 เดือน มีค่าเพิ่มขึ้นจากคะแนนเฉลี่ยครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 3 และ 6 เดือน ($p < 0.001$) กลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิมก็เช่นเดียวกันคือมีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นจากคะแนนเฉลี่ยครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 3 และ 6 เดือน ($p < 0.001$ และ $p = 0.03$ ตามลำดับ) (Figure 3) แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

การรับรู้ความสามารถในตนเอง

คะแนนเฉลี่ย self-efficacy ในกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ 3 และ 6 เดือน มีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเฉพาะที่ 6 เดือน ($p < 0.001$) กลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิมก็เช่นเดียวกันคือมีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเฉพาะที่ 6 เดือน ($p = 0.05$) จาก Figure 4 ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทั้งสอง

วิจารณ์

จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้รับการบำบัดกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตดีกว่าวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตที่ 3 และ 6 เดือนเพิ่มขึ้นจากค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งต้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่กลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิมที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตที่ 3 และ 6 เดือนเพิ่มขึ้นแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า การบำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีประสิทธิภาพเหนือกว่าการบำบัดยาเสพติดวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิม ส่วนสำคัญเกิดจากจุดเด่นหลายประการ

ประการแรกคือ การบำบัดกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีการใช้ intervention ในรูปแบบของ

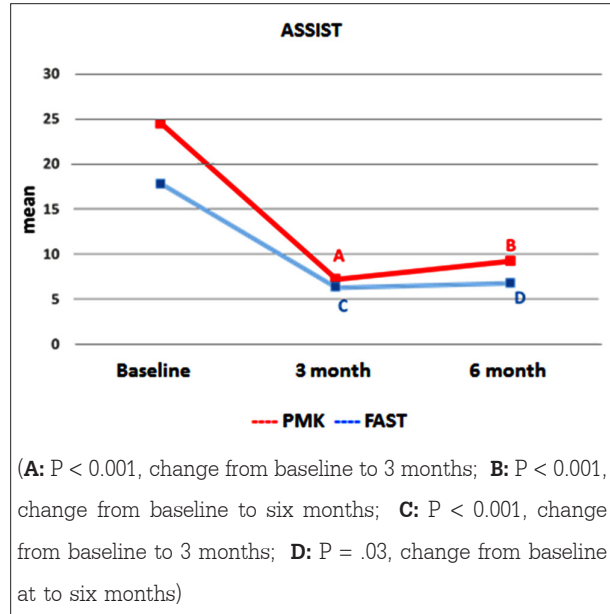


Figure 3 คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของการใช้สารเสพติด (ASISST) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK) และกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิม (FAST) ที่ 3 เดือนและ 6 เดือน

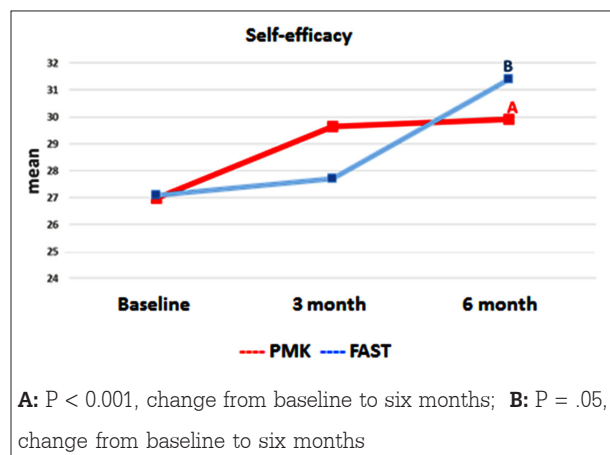


Figure 4 คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficacy) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK) และกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิม (FAST) ที่ 3 เดือนและ 6 เดือน

CBT ที่ชัดเจนกว่าการบำบัดรูปแบบเดิม CBT เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติด ที่มีหลักฐานถึงประสิทธิภาพจำนวนมาก¹⁰ ประโยชน์ของ CBT ทำให้ผู้ป่วยมองปัญหาอย่างสอดคล้องกับความเป็นจริง ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามหาทางหรือวิธีการในการแก้ปัญหาเปลี่ยนแปลงวิธีการเดิมที่ไม่ได้ผล

Table 4 คุณภาพชีวิต (WHOQOL) ความรุนแรงของการใช้สารเสพติด (ASSIST) และการรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficacy) ของกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK) และกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิม (FAST) ที่ 3 เดือน และ 6 เดือน

	PMK (mean ± SD)	FAST (mean ± SD)	p-value ^b (PMK เทียบกับ FAST)	p-value ^c (PMK เทียบกับ baseline)	p-value ^c FAST เทียบกับ baseline
WHOQOL					
<i>คะแนนรวม</i>					
baseline	90.48 ± 13.39	93.12 ± 15.85	0.239		
3 เดือน	100.64 ± 13.93	95.18 ± 12.06	0.125	< 0.001*	NA
6 เดือน	104.63 ± 11.57	99.8 ± 15.86	0.304	< 0.001*	NA
<i>ด้านร่างกาย</i>					
baseline	25.56 ± 3.96	26.32 ± 3.95	0.218		
3 เดือน	28.19 ± 4.19	28.59 ± 3.43	0.701	0.001*	NA
6 เดือน	29.8 ± 3.46	27.7 ± 3.89	0.115	< 0.001*	NA
<i>ด้านจิตใจ</i>					
baseline	21.18 ± 4.2	21.95 ± 4.52	0.253		
3 เดือน	22.55 ± 3.56	21.95 ± 3.11	0.511	0.010*	NA
6 เดือน	24.2 ± 3.1	23.3 ± 4.3	0.476	0.001*	NA
<i>ด้านความสัมพันธ์</i>					
baseline	10.75 ± 2.3	10.68 ± 2.26	0.843		
3 เดือน	11.6 ± 1.99	10.41 ± 1.94	0.026*	NA	NA
6 เดือน	12.07 ± 1.64	11.4 ± 2.17	0.311	NA	NA
<i>ด้านสิ่งแวดล้อม</i>					
baseline	26.05 ± 4.98	26.66 ± 5.82	0.464		
3 เดือน	30.38 ± 4.91	26.95 ± 3.9	0.006	< 0.001*	NA
6 เดือน	30.7 ± 4.87	29.9 ± 6.61	0.684	< 0.001*	NA
ASSIST					
baseline	24.41 ± 8.1	17.71 ± 9.79	< 0.001*		
3 เดือน	7.14 ± 8.49	6.23 ± 4.93	0.431	< 0.001*	< 0.001
6 เดือน	9.17 ± 8.35	6.7 ± 8.91	0.431	< 0.001*	0.003
Self-efficacy					
baseline	26.95 ± 5.44	27.06 ± 8.71	0.921		
3 เดือน	29.64 ± 8.77	27.68 ± 6.64	0.362	0.089	0.329
6 เดือน	29.9 ± 4.53	31.4 ± 3.98	0.357	< 0.001*	0.005*

b = Independent sample t-test

c = Multiple comparison

และช่วยให้ผู้ป่วยมีมุมมองที่เหมาะสมและมีความหวัง และการพลหรือการกลับไปติดซ้ำไม่ได้หมายถึงความล้มเหลว¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhuang และคณะ¹² ที่พบว่า cognitive behavioral intervention มีผลช่วยในการปรับความคิดให้ถูกต้อง ลดอาการด้านลบ สร้างวิถีชีวิตที่ดีและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ งานวิจัยของเขายังพบว่า cognitive behavioral intervention ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของคนไข้ติดเฮโรอีนได้อย่างมีนัยสำคัญ

ประการที่สอง คือเรื่องหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธซึ่งปรับมาจากหลัก 12 ขั้นตอนของทางตะวันตกที่มาช่วยให้เกิดวิถีชีวิตแห่งการมีสติและฟื้นฟูทางจิตวิญญาณให้กลับมามีปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังว่าจิตใจของตนสามารถกลับฟื้นคืนมาสู่ความดีงามได้ ซึ่งได้นำมาใช้เป็นแนวทางสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และเป็นวิธีที่สอดคล้องกับคนไทยช่วยในการเข้าถึงผู้ป่วยได้ครบทุกด้านทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ¹³

ประการสุดท้าย คือกระบวนการกลุ่มกับการเรียนรู้ กลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีการทำกิจกรรมเป็นแบบกลุ่ม ในขณะที่กลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิมไม่เน้นกระบวนการกลุ่ม กลุ่มบำบัดในผู้เสพสารเสพติดนั้นมีข้อดีเนื่องจากผู้เสพสารเสพติดจะรู้สึกว่าการมีตราบาป ขาดความเชื่อมั่นขาดความนับถือตนเอง รู้สึกแยกตัว และรู้สึกผิด กลุ่มบำบัดมีปัจจัยที่โดดเด่นและช่วยบรรเทาความรู้สึกดังกล่าว ทั้งทำให้เกิดการยอมรับ การประดับประดาจากเพื่อน และการเป็นแบบอย่างที่ดี ได้เรียนรู้ทักษะการแก้ปัญหาใหม่ๆ มีการแลกเปลี่ยนระหว่างกัน การเผชิญหน้ากับพฤติกรรมที่มีปัญหา ทำให้กระจำในปัญหา และการช่วยให้สมาชิกเปิดเผยความรู้สึกตัวเอง ฝึกทักษะและใช้กลยุทธ์เพื่อให้สมาชิกเกิดประสบการณ์ในช่วงบำบัด

งานวิจัยหลายชิ้นสนับสนุนผลดีของการทำกลุ่มบำบัด เช่น Pothirat และคณะ¹⁴ ได้ศึกษาเกี่ยวกับ behavioral group therapy เปรียบเทียบกับ education program ในการหยุดบุหรี่ พบว่า behavioral group therapy ประสบความสำเร็จมากกว่า education program นอกจากนี้ Flores ได้กล่าวในงานวิจัยของเขาว่า กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการรักษาหลัก (treatment of choice) สำหรับโรคติดสารเสพติด¹⁵

แม้ว่าประสิทธิผลของกลุ่มทั้งสองไม่แตกต่างกันเมื่อติดตามที่ 6 เดือน แต่ที่ 3 เดือนกลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเหนือกว่ากลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิมจึงอาจนับ

ได้ว่ากลุ่มวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีประสิทธิภาพผลเหนือกว่า เพียงแต่อาจต้องมีการพัฒนารูปแบบการบำบัดเพิ่มเติม เช่น อาจเพิ่มระยะเวลาในการบำบัดเพื่อให้มีประสิทธิภาพที่ดีในระยะยาวที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การวิจัยชิ้นนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยที่ขาดการติดตามการรักษาจำนวนมาก ทำให้ข้อมูลเหลือจำนวนน้อย เมื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทั้งสองจึงอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ สาเหตุของการขาดการติดตามการรักษาน่าจะเกิดจากผู้เสพสารเสพติดเป็นกลุ่มที่มีอัตราการรับการรักษาต่ำไม่สูง จาก systematic review ของ Marliver และคณะ⁴ ก็พบว่าอัตราการเข้ารับการรักษาครบสมบูรณ์อยู่ที่ร้อยละ 23-30 นอกจากนี้ การขาดการติดตามการรักษาอาจเกิดจากเป็นช่วงที่มีการเป็นช่วงเปลี่ยนเครือข่ายโทรศัพท์จากระบบ 2G เป็น 3G ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนหนึ่งเปลี่ยนหมายเลขโทรศัพท์ ทำให้ติดตามข้อมูลไม่ได้

แม้ว่าส่วนของ ASSIST และ self-efficacy เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มไม่มีความต่างกัน แต่เมื่อดูในแต่ละกลุ่มพบว่า ถ้าเปรียบกับข้อมูลแรกเริ่มมีผลที่ดีขึ้นทั้ง ASSIST และ self-efficacy น่าจะบอกได้ว่าทั้งวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิมมีผลที่ดีขึ้นเท่าๆ กัน ซึ่งผลที่ดีขึ้นน่าจะเกิดจากกระบวนการชุมชนบำบัดที่ทั้ง 2 กลุ่มได้รับเหมือนกัน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ให้สมาชิกพัฒนาตัวเอง และมุ่งให้ไปสู่ชีวิตที่ปราศจากยาเสพติด และเพิ่มempowerment ผลที่ดีขึ้นสอดคล้องกับวิจัย systematic review ของ Marliver และคณะ⁴ เรื่องประสิทธิผลของชุมชนบำบัดพบว่าสามารถช่วยลดการใช้สารเสพติดได้ นอกจากนี้จากงานวิจัยของ Sadir และคณะ⁵ พบว่าผลของชุมชนบำบัดช่วยให้สุขภาพจิต สุขภาพกาย และการทำหน้าที่ทางสังคม ดีขึ้นในผู้ป่วยที่หยุดเสพสารเสพติดได้

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยชิ้นแรกของประเทศไทยที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เปรียบเทียบกับวิวัฒน์พลเมืองรูปแบบเดิมที่ศึกษาด้านคุณภาพชีวิต การรับรู้ความสามารถในตนเอง และความรุนแรงของการใช้ยาเสพติด อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ไม่มีการสุ่มของประชากรที่เข้าร่วมการวิจัย อาจส่งผลกระทบต่อข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มให้เกิดปัจจัยตัวกวนมากระทบต่อผลการศึกษได้ ประการที่สอง การติดตามข้อมูลด้วยโทรศัพท์ด้วยข้อความถามที่มาก อาจส่งผลให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามลดลง ทำให้ได้ข้อมูลไม่ตรงความจริงและมีผลต่อการศึกษได้ ประการที่สาม มีข้อจำกัด

เรื่องของการติดตามทำได้น้อยเนื่องจากเป็นช่วงเปลี่ยนเครือข่ายระบบจาก 2G เป็น 3G ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนหนึ่งเปลี่ยนหมายเลขโทรศัพท์ ประการสุดท้าย ผู้เสพยาเสพติดเป็นกลุ่มที่มีอัตราที่จะออกจากการรักษาได้สูง ทำให้ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ครบถ้วน ดังนั้น หากได้มีการปรับปรุงระบบติดตามข้อมูลวิจัยโดยร่วมกับหน่วยงานเดิมที่ได้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกน่าจะช่วยให้ได้ข้อมูลเพิ่มขึ้นและน่าเชื่อถือมากขึ้น การเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยให้มากกว่านี้จะทำให้ได้ข้อมูลมากขึ้น งานวิจัยก็จะน่าเชื่อถือมากขึ้นด้วย

สรุป

การบำบัดยาเสพติดด้วยแผนผังเมืองรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีประสิทธิผลไม่แตกต่างกับการบำบัดยาเสพติดด้วยแผนผังเมืองรูปแบบเดิมในด้านการรับรู้ความสามารถในตนเองและการลดความรุนแรงของการใช้สารเสพติด แต่มีประสิทธิผลเหนือกว่าอย่างมีนัยสำคัญในการช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้เข้ารับการบำบัดดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สถานการณ์ปัญหา ยาเสพติดประเทศไทย ปี 2555 และแนวโน้ม. ที่มา: <http://www.nccdd.go.th>. เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2558.
2. กรมคุมประพฤติ. พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2545.
3. การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นสายใหม่ (FAST model). ปทุมธานี. ที่มา: <http://thanyarak.go.th>. เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2558.
4. Malivert M, Fatseas M, Denis C, Langlois E, Auriacombe M. Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *Eur Addict Res*. 2012;18:1-11.
5. Sadir N, Shojaei M, Moadab K, Abbasi R, Bahrampour A, Nakhaee N. Outcome evaluation of therapeutic community model in iran. *Int J Health Policy Manag*. 2013;1:131-5.
6. Daengthoen L, Saengcharnchai P, Yingwiwattanapong J, Pengpam U. Effects of the Phramongkutklao model on alcohol-dependent patient: a randomized controlled trial. *J Subst Use*, 2014;19:81-8.
7. พรพิมล คักดีสูง. คุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติดชาวเขาที่บำบัดด้วยเมทาโดนทดแทนระยะยาวและปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาในจังหวัดเชียงราย [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย, 2548.
8. สวัสดิ์ อัมมวงศ์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, นภา กิตติรัตนไพบูลย์. แบบคัดกรองประสิทธิภาพการติ่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท คุณมาไทย จำกัด; 2554.
9. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราชินี พรมานะจิรัฐกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. วารสารกรมสุขภาพจิต. 2541:3.
10. Jhanjee S. Evidence based psychosocial interventions in substance use. *Indian J Psychol Med*. 2014;36:112-8.
11. พิชัย แสงชาญ, พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: หจก. บางกอกบลิ๊ก; 2549.
12. Zhuang SM, An SH, Zhao Y. Effect of cognitive behavioural interventions on the quality of life in Chinese heroin-dependent individuals in detoxification: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2014;23:1239-48.
13. ศูนย์รักษาปัญหาสุรา. โปรแกรมเลิกเหล้า 28 วัน. ที่มา: <http://www.1413.in.th>. เข้าถึงเมื่อ 27 ตุลาคม 2560.
14. Pothirat C, Phetsuk N, Liwsrisakun C, Deesomchok A. Real-world comparative study of behavioral group therapy program vs education program implemented for smoking cessation in community-dwelling elderly smokers. *Clin Interv Aging* 2015;10:725-30.
15. Flores PJ. Addiction as an attachment disorder: implications for group therapy. *Int J Group Psychother*. 2001;51:63-81.

