

การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน

Psychosocial Rehabilitation Program Development for Schizophrenia Patients with an Amphetamine Use Disorder

ศุภณิตย์ พลไพรินทร์, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, ศศินันท์ รักษาทรัพย์

Supanich Polpairin, Siriluck Sawangwongsin, Sasinun Ragsasaup

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

Srithanya hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาวิธีวัดประสิทธิผลเพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนและศึกษาผลของโปรแกรม ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองวิธีการพัฒนาโปรแกรมมี 5 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์สภาพการณ์ปัญหา 2) วางแผน 3) จัดทำต้นแบบ 4) ทดสอบและปรับปรุงโปรแกรม 5) จัดอบรมผู้ใช้โปรแกรม ได้โปรแกรมที่เป็นชุดกิจกรรม 8 กิจกรรม เปรียบเทียบผลด้วยวิธีวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองตัวแปรตามคือการทำหน้าที่ทางสังคม คุณภาพชีวิตการกลับมาใช้ชีวิตแบบผู้ป่วยในซ้ำและการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน เครื่องมือวัดคือแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบติดตามผลหลังการบำบัด พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมหลังบำบัดทันที หลังบำบัด 1 และ 3 เดือนมากกว่าก่อนบำบัด แต่การทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองไม่กลับมาเสพสารเสพติดซ้ำภายใน 3 เดือนมากกว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มควบคุมมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การพัฒนาโปรแกรม การฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน

Abstract

The purpose of this research was to study the development of a psychosocial rehabilitation program for patients with Schizophrenia and an amphetamine use disorder, and then to study the results using quasi-experimental designs. Five steps were utilized to develop the program: 1) analysis of the problems; 2) planning; 3) prototype; 4) test and improve the program; and 5) a training program. The program had design as a series of eight activities that were compared using a pretest-posttest experiment. The dependent variables were social functioning, quality of life, re-admit and a return to using drugs; which was tested using twenty person samples. The measuring instruments were social functioning assessment, quality of life assessment, along with follow-up after treatment. The results showed that the two groups' quality of life and social

Corresponding Author: *E-mail: supanich_lek@hotmail.com

วันที่รับ (received) 20 พ.ย. 61 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 7 ก.พ. 62 วันที่ตอบรับ (accepted) 12 ก.พ. 62

functioning score increased immediately after treatment, and also after one and three months of treatment. However, the social functioning score of the experimental group was higher than the control group's score. In addition, after threemonths the experimental group's numbers for not returning to drug use was higher than those for the control group. Moreover, the control group's return for inpatient treatment was significantly higher; at a statistical level of .05

Keywords : Program Development, Psychosocial Rehabilitation, Schizophrenia Patients with an Amphetamine Use Disorder

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งรวมถึงจิตเภทที่มีโรคอื่นร่วมโดยเฉพาการใช้สารเสพติดผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 50 มีความทุกข์จากภาวะโรคร่วมสารเสพติด¹ และยังมีอัตราการใช้สารเสพติดที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น² ประเทศไทยพบผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 13.7 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า³ ปี 2559 ผู้มาบำบัดยาเสพติดของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีมีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชร่วมมากถึงร้อยละ 21.51 และลดลงในปี 2560 เป็นร้อยละ 10.15 แต่ในปีที่ผ่านมากลับเพิ่มขึ้นอีกเป็นร้อยละ 12.17⁴ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคร่วมยังคงมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาพบว่ามีคามผิดปกติจากการใช้สารเสพติดร่วมสูงขึ้นจากร้อยละ 10.7 ในปี 2560⁵ เป็นร้อยละ 11.3 ในปี 2561⁶ สารเสพติดที่ทำให้เกิดอาการทางจิตได้บ่อย ได้แก่ แอมเฟตามีน โคเคน แอลกอฮอล์ กัญชา สารระเหย สารหลอนประสาท ขณะที่อาการทางจิตก็ส่งผลต่อความสามารถควบคุมตนเองของผู้ป่วยในการหยุดเสพยาเสพติด^{7,8} ตลอดจนเกิดปัญหาอื่นด้วย เช่น พฤติกรรมรุนแรง ความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมและเผชิญปัญหา ไม่ร่วมมือในการรักษา กลับเป็นโรคซ้ำ ทำร้ายตนเอง ติดเชื้อต่างๆ ได้แก่ ตับอักเสบ HIV ปัญหาสุขภาพอื่นๆ การไม่มีที่อยู่อาศัย เศรษฐกิจ และการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล^{2,9} ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50-70 จะมีอาการป่วยซ้ำได้อีกหลังจากการรักษาภายใน 1 ปี¹⁰ การกลับเป็นซ้ำส่งผลต่อสมรรถนะความสามารถและทักษะต่างๆ ที่ลดลงของผู้ป่วยทั้งการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจการทำงานความสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือรวมเรียกว่าการทำหน้าที่ทางสังคม¹¹ หากผู้ป่วยได้รับการบำบัด การดูแลและการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง

จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้¹² อันเป็นผลมาจากความสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้แต่จากข้อมูลการกลับมารักษารูปแบบผู้ป่วยในซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของสารเสพติดร่วมของโรงพยาบาลศรีธัญญา มีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.7 ในปี 2560⁵ เป็นร้อยละ 39.8 ในปี 2561⁶ สาเหตุเกิดจากการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำจึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะที่ซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยติดสารเสพติดเพียงโรคใดโรคหนึ่งดังนั้นจำเป็นต้องได้รับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ครอบคลุมทั้งพยาธิสภาพและความบกพร่องทั้งของโรคจิตเภทและสารเสพติด อย่างไรก็ตามข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถืออันจะบ่งชี้ถึงกลยุทธ์และรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดยังมีจำนวนน้อย¹³ การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยประเภทนี้ของโรงพยาบาลศรีธัญญา ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแต่ละโรคและให้การดูแลตามระยะของโรค ได้แก่ ระยะถอนพิษยา ระยะอาการทางจิตรุนแรง ระยะอาการทางจิตสงบด้วยโปรแกรมความคิดพฤติกรรมบำบัด ระยะก่อนกลับบ้านด้วยสุศึกษา ด้วยเหตุนี้จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติในการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาวะทางจิตสังคมโดยเฉพาะการทำหน้าที่สังคมเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของปัญหาต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นซึ่งเป็นผลจากอาการทางจิตที่มีสารเสพติดเป็นสิ่งกระตุ้นภายหลังจากที่ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ ทั้งนี้ตรงตามยุทธศาสตร์การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่มุ่งให้โอกาสแก่บุคคลที่มีความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ทางสังคมอันเกิดจากความเจ็บป่วยทางจิตให้สามารถพึ่งพาตนเองและปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนได้อย่างมีคุณค่า¹⁴ ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมรวมทั้งศึกษาผลลัพธ์โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างอิสระและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนมีลักษณะอย่างไร

2. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนด้านคุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ทางสังคม การกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในและการกลับมาเสพสารเสพติดซ้ำเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม

วิจัยและพัฒนาภายใต้แนวคิดการทำหน้าที่ทางสังคมของ Birchwood และคณะ¹¹ และแนวคิดของ Uys¹⁵

ประกอบด้วย 8 กิจกรรม

- 1) สุขภาพที่เป็นมิตร 2) ผ่อนคลายอารมณ์ 3) ชีวิตที่มีความหมาย
- 4) คุณคือคนสำคัญ 5) สังคมเกื้อหนุน 6) เชื้อมันและศรัทธา
- 7) เส้นทางที่ต้องปฏิเสธ 8) เรียนรู้สู่ความสำเร็จ



คุณภาพชีวิต

การทำหน้าที่ทางสังคม
การกลับมารักษาแบบผู้ป่วยใน
การกลับมาเสพสารเสพติดซ้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 วิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาโปรแกรมฯ

ประชากร คือ ทีมสหวิชาชีพทั้งชายและหญิงของโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ป่วยในทั้งชายและหญิงอายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดร่วมของโรงพยาบาลศรีธัญญาและญาติกลุ่มตัวอย่าง 46 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและสมัครใจให้ข้อมูล ได้แก่ จิตแพทย์ 2 คน พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน 10 คน นักสังคมสงเคราะห์ 2 คน นักจิตวิทยา 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 10 คน ผู้ป่วย 10 คน ญาติ 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ คือ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

วิธีการ 1. ศึกษาสถานการณ์และความต้องการระหว่างธันวาคม 2559-มีนาคม 2560 ดังนี้ 1) สัมภาษณ์เชิงลึกจิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาญาติผู้ป่วย 2) สนทนากลุ่มผู้ป่วยในพยาบาลจิตเวช ผู้ช่วยเหลือคนไข้

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์หลัก 1) พัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน 2) เปรียบเทียบ คุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ทางสังคม การกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในและการกลับมาเสพสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้และทักษะสำหรับใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน

3) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและจัดหมวดหมู่ของข้อมูลระหว่างเมษายน-มิถุนายน 2560 4) สรุปประเด็นพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยประชุมทีมนักวิจัย 3 ครั้งระหว่างกรกฎาคม-ตุลาคม 2560 5) ประชุมทีมวิจัยร่วมกับจิตแพทย์และอาจารย์มหาวิทยาลัย 2 คนเพื่อให้ข้อคิดเห็นต่อข้อสรุปประเด็นที่ต้องพัฒนาในเดือนพฤศจิกายน 2560

2. วางแผนวิจัยและพัฒนาต้นแบบโปรแกรมในเดือนธันวาคม 2560 โดยประชุมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนดกรอบโครงสร้างองค์ประกอบของโปรแกรมและแผนการวิจัยเพื่อทดสอบผลของโปรแกรม

3. จัดทำต้นแบบโปรแกรมโดยประชุมทีมนักวิจัย 4 ครั้งในช่วง ธันวาคม 2560 - มกราคม 2561

4. ทดสอบและปรับปรุงต้นแบบโปรแกรมจัดทำและทดสอบคุณภาพเครื่องมือวัดการทำหน้าที่ทางสังคมโดยนำแบบประเมินหน้าที่ทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทของ Birchwood และคณะ¹¹ ที่มีทั้งหมด 7 ด้านไปให้จิตแพทย์

1 คน อาจารย์มหาวิทยาลัย 2 คนพิจารณาได้ข้อเสนอให้ปรับจำนวนด้านและลดจำนวนข้อคำถามเพราะมีบางด้านที่มีจุดมุ่งหมายและคำถามใกล้เคียงกัน ขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน 10 คนทดลองทำซึ่งอ่านและเขียนคำตอบได้เองแต่ไม่สามารถทำแบบประเมินให้เสร็จภายในเวลาที่กำหนดเพราะจำนวนข้อคำถามมากต่างจากผู้ป่วยจิตเภทที่เจ้าหน้าที่อ่านแบบประเมินให้ฟังและเขียนคำตอบให้ จึงปรับแบบประเมินเหลือ 30 ข้อใน 5 ด้านดังนี้ 1) การพึ่งพาตนเอง 2) การพักผ่อนหย่อนใจ 3) การสื่อสารระหว่างบุคคล 4) การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม 5) การดำรงชีวิตได้อย่างอิสระหาค่าความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's Alpha = .95 ดำเนินการระหว่างกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2561

5. จัดฝึกอบรมการฟื้นฟูสภาวะทางจิตสังคมให้กับพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมวัดผลก่อน-หลังการอบรมและประเมินตนเองหลังทำกิจกรรมทุกครั้ง

ระยะที่ 2 วิจัยถึงทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบ 1) คุณภาพชีวิตและ 2) การทำหน้าที่ทางสังคมก่อนบำบัด หลังบำบัดทันที หลังบำบัด 1 และ 3 เดือน 3) การกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำในช่วง 28 วัน และ 3 เดือนหลังบำบัด และ 4) การกลับมาเสพสารเสพติดซ้ำในช่วง 3 เดือนหลังบำบัด

สมมติฐาน 1) คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ 2) คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม 3) การกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 4) การกลับมาเสพสารเสพติดซ้ำของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ประชากร คือ ผู้ป่วยอายุ 18-59 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติของสารเสพติดร่วมเพศชายและหญิงที่บำบัดแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ ประเมิน Brief Psychiatric Scale ไม่เกิน 36 คะแนนสื่อสารภาษาไทยยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออกคืออาการทางจิตกำเริบรุนแรง มีความผิดปกติด้านพฤติกรรมหลงเหลือ

เครื่องมือที่ใช้ 1) โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

แอมเฟตามีนสำหรับผู้ป่วยใน 2) โปรแกรมการฝึกอบรมความรู้และทักษะที่จำเป็นให้กับพยาบาล 3) แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต 5) แบบติดตามผลหลังการบำบัด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยให้ทราบก่อนที่จะให้ตัดสินใจเข้าร่วมหากปฏิเสธการเข้าร่วมไม่มีผลต่อการรักษาตามปกติ เมื่อเข้าร่วมแล้วสามารถถอนตัวออกได้โดยไม่มีผลกระทบใดข้อมูลส่วนตัวเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น สามารถสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา รหัส โครงการ STY.COAO05/2561 วันที่ 6 มิถุนายน 2561 ดำเนินการระหว่างมิถุนายน 2561 - มิถุนายน 2562

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนจากการศึกษาสถานการณ์และความต้องการพบโอกาสพัฒนา คือ 1) กิจกรรมพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพยังไม่ครอบคลุมถึงโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม 2) การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้านต้องคำนึงถึงปัจจัยป้องกันการกลับไปเสพซ้ำโดยเฉพาะการจัดการอารมณ์ การสื่อสาร การปฏิเสธ การวางแผนใช้เงิน การตระหนักรู้คุณค่าในตนเอง การทำกิจกรรมร่วมกับสังคม 3) การมีส่วนร่วมของครอบครัวขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล 4) การเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดเพื่อความมั่นใจได้แก่สมองกับโรคสื่อสารสร้างแรงจูงใจ สร้างการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมนำมาสู่การพัฒนาต้นแบบโปรแกรมเป็นชุดกิจกรรมเพื่อสร้างความรู้ ทักษะและความตระหนักแก่ผู้ป่วยรวม 8 กิจกรรมใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม คือ 1) ดึงประสบการณ์ในตัวผู้ป่วย 2) สร้างความรู้ใหม่/ฝึกทักษะ 3) สะท้อนคิด 4) ทดลอง/ประยุกต์ใช้ผนวกกับหลักสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นพื้นฐานขณะสื่อสารระหว่างจัดกิจกรรม ได้แก่ 1) ความร่วมมือ 2) ดึงศักยภาพภายใน 3) เคารพความเป็นตัวของผู้ป่วยกิจกรรมในโปรแกรมมีดังนี้ 1) สุขภาพที่เป็นมิตรเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการดูแลสุขภาพ ฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสุขอนามัยอารมณ์และความคิด 2) ผ่อนคลาย

อารมณ์ให้มีความรู้และฝึกตรวจสอบสัญญาณอารมณ์โกรธ ฝึกจัดการกับความคิด/ความรู้สึกเชิงลบ 3) ชีวิตที่มีความหมาย เพื่อฝึกวางแผนการใช้ชีวิตแบบพึ่งตนเองฝึกการวางแผนการเงิน ด้วยหลักเศรษฐกิจพอเพียง 4) คุณคือคนสำคัญเพื่อฝึกความรู้เท่าทันต่อตนเองและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ฝึกสื่อสารทางบวก 5) สังคมเกื้อหนุนให้มีความรู้และทักษะการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องมีความเข้าใจต่อการสนับสนุนทางสังคมมีแนวทางขอรับการสนับสนุนทางสังคม 6) เชื้อมั่นและศรัทธาเพื่อสร้างความตระหนักในคุณค่าของตน เสริมแรงจูงใจในการหยุดใช้สารเสพติดให้ต่อเนื่อง 7) เส้นทางที่ต้องปฏิเสธเพื่อฝึกทักษะปฏิเสธ และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น 8) เรียนรู้สู่ความสำเร็จเพื่อทบทวนความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพกายจิตใจสังคมและวางแผนการใช้ชีวิต

2. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์สถิติด้วยค่าเฉลี่ยและร้อยละ พบว่าร้อยละ 80 นับถือศาสนาพุทธและเป็นโสด กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 34.55 ปีร้อยละ 60 จบชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ไม่มีรายได้ถึงร้อยละ 65 ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 35.65 ปีร้อยละ 45 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 45 ไม่มีรายได้

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มต้นโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test พบว่าก่อนเริ่มบำบัดทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมทั้ง 5 ด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แสดงให้เห็นว่าก่อนการบำบัดนั้นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเท่าเทียมกัน (pre-treatment group equivalence)

สมมติฐาน 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมก่อนได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นกับหลังการบำบัดทันที หลังบำบัด 1 และ 3 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated measure ANOVA และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของ Bonferroni ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมหลังบำบัดทันที หลังบำบัด 1 และ 3 เดือนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมหลังบำบัดทันทีหลังบำบัด 1 และ 3 เดือนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคม ก่อนบำบัด หลังบำบัดทันที หลังบำบัด 1 และ 3 เดือน

ตัวแปร	ก่อนบำบัด (1)		หลังบำบัดทันที (2)		หลังบำบัด 1 เดือน (3)		หลังบำบัด 3 เดือน (4)		F	p-value	ความแตกต่างรายคู่ที่มีนัยสำคัญ
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD			
กลุ่มควบคุม คุณภาพชีวิต การทำหน้าที่	69.75	7.37	75.75	6.16	74.65	6.10	76.35	7.85	18.923*	<.001	1 < 3, 4 < 2
ทางสังคม	71.70	11.14	79.85	12.95	78.50	12.15	78.50	12.15	4.894*	.004	
กลุ่มทดลอง คุณภาพชีวิต การทำหน้าที่	70.90	7.58	76.70	6.84	76.70	6.84	75.40	6.85	7.746*	<.001	1 < 2, 3, 4
ทางสังคม	74.75	12.88	88.95	12.05	88.95	12.05	84.45	11.74	19.299*	<.001	1 < 2, 3, 4

* p< .05

สมมติฐาน 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังบำบัดทันที หลังบำบัด 1 และ 3 เดือน พบการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลองในช่วงหลังบำบัดทันทีและหลังบำบัด 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคม หลังบำบัดทันที หลังบำบัด 1 และ 3 เดือน

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		t-test	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
หลังบำบัดทันที						
คุณภาพชีวิต	75.75	6.16	76.70	6.84	-.461	.647
การทำหน้าที่ทางสังคม	79.85	12.95	88.95	12.05	-2.301*	.027
หลังบำบัด 1 เดือน						
คุณภาพชีวิต	74.65	6.10	76.70	6.84	-1.000	.324
การทำหน้าที่ทางสังคม	78.50	12.15	88.95	12.05	-2.732*	.009
หลังบำบัด 3 เดือน						
คุณภาพชีวิต	76.35	7.85	75.40	10.10	.326	.746
การทำหน้าที่ทางสังคม	78.50	12.15	84.45	11.74	-1.575	.123

* p<.05

เมื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมเป็นรายด้าน พบกลุ่มควบคุมมีการพึ่งพาตนเองและการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มทดลองมีการพึ่งพาตนเอง การพักผ่อนหย่อนใจและการสื่อสารกับบุคคลอื่นเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้านก่อนบำบัด หลังบำบัดทันทีหลังบำบัด 1 และ 3 เดือน

ตัวแปร	ก่อนบำบัด (1) หลังบำบัดทันที (2) หลังบำบัด 1 เดือน (3) หลังบำบัด 3 เดือน (4)								F	p-value	ความแตกต่างรายคู่ที่มีนัยสำคัญ
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD			
กลุ่มควบคุม การพึ่งพาตัวเอง	13.15	1.76	14.55	2.46	14.50	2.44	14.50	2.44	5.490*	.014	1 < 2, 3, 4
การพักผ่อนหย่อนใจ	14.00	3.77	15.30	3.59	14.85	3.39	14.85	3.39	1.260	.307	
การสื่อสารกับบุคคลอื่น	16.40	4.84	18.10	4.08	17.45	3.98	14.45	3.98	2.070	.155	
การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม	15.05	2.93	17.00	2.49	16.90	2.49	16.90	2.49	4.858*	.021	1 < 2, 3, 4
การดำรงชีวิตอย่างอิสระ	13.10	3.04	14.90	3.88	14.80	3.79	14.80	3.79	2.103	.151	
กลุ่มทดลอง การพึ่งพาตัวเอง	14.30	2.03	16.80	2.04	16.80	2.04	15.30	2.90	11.758*	.001	1 < 2,3
การพักผ่อนหย่อนใจ	14.55	4.33	16.40	3.38	16.40	3.38	15.15	2.64	4.265*	.030	
การสื่อสารกับบุคคลอื่น	16.90	5.47	20.30	4.01	20.30	4.01	19.05	3.90	10.910*	.001	1 < 2,3
การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม	15.20	3.04	17.80	7.26	17.80	7.26	17.95	7.17	2.177	.142	
การดำรงชีวิตอย่างอิสระ	13.80	3.98	17.65	2.98	17.65	2.98	17.00	2.96	12.409	<.001	1 < 2, 3, 4

* p< .05

สมมติฐาน 3 การติดตามหลังการบำบัดเมื่อครบ 28 วัน และ 3 เดือนพบว่ากลุ่มควบคุมกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

สมมติฐาน 4 กลุ่มทดลองไม่กลับมาเสพสารเสพติดซ้ำภายใน 3 เดือนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำ (re-admit) และการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		Chi-square
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การ re-admit ใน 28 วัน					
ไม่ได้ re-admit	9	45.0	16	80.0	5.227*
re-admit	11	55.0	4	20.0	
การ re-admit ใน 3 เดือน					
ไม่ได้ re-admit	12	60.0	18	90.0	4.800*
re-admit	8	40.0	2	10.0	
การกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำภายใน 3 เดือน					
ไม่กลับไปใช้	7	35.0	17	85.0	10.417*
กลับไปใช้	13	65.0	3	15.0	

* p< .05

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน จากข้อมูลที่ค้นพบในการศึกษาสถานการณ์และความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดตลอดจนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องนำมาสู่การพัฒนาโปรแกรมที่มีลักษณะบูรณาการความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการฟื้นฟูสภาพทั้งการดูแลสุขภาพอนามัย อารมณ์จิตใจ ความคิดทางบวก การสื่อสาร การจัดการตนเองอันจัดเป็นการทำหน้าที่ทางสังคมซึ่งเป็นความสามารถที่ผู้ป่วยพึงมีเพื่อการใช้ชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระและการปรับตัวเข้ากับสังคม¹¹ ในส่วนของการใช้โปรแกรมผู้นำจัดกิจกรรมต้องมีพื้นฐานและยึดหลักการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในขณะสนทนาทั้งนี้จะช่วยดึงศักยภาพภายในตัวผู้ป่วยและกระตุ้นความร่วมมือจากผู้ป่วยที่สำคัญคือการเคารพความเป็นตัวตนของผู้ป่วยเหล่านี้เป็นการช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนในการทำหน้าที่ทางสังคม มีอิสระในการเลือกการตอบสนองและความสัมพันธ์กับผู้อื่น¹¹ อีกทั้งใช้กระบวนการและเทคนิคการสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participation Learning) กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดใคร่ครวญความรู้ประสบการณ์ที่มีอยู่ในตัวออกมา การจัดกิจกรรมในแต่ละครั้งจะเริ่มต้นด้วยการทำจิตใจให้สงบด้วยการฝึกทักษะรู้ลมหายใจช่วยสร้างความผ่อนคลาย ทบทวนการฝึกปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมายในแต่ละครั้งเป็นการกระตุ้นย้ำความรู้และ

ทักษะที่ได้รับ ตลอดจนเพิ่มเติมความรู้และทักษะใหม่จึงทำให้เกิดความกระตือรือร้นต่อการเรียนรู้มากขึ้น จึงแตกต่างจากโปรแกรมการพยาบาลที่มีเป้าหมายการทำหน้าที่ทางสังคมรูปแบบอื่น อาทิ ใช้หลักศาสนา¹⁶ และส่วนมากโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตสังคมที่มีอยู่นั้นใช้สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดหรือผู้ป่วยจิตเภทอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น^{17,18}

2. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน จากผลการศึกษาพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมหลังบำบัดทันที หลังบำบัด 1 และ 3 เดือนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังบำบัดทันที หลังบำบัด 1 และ 3 เดือน พบการทำหน้าที่ทางสังคมในช่วงหลังบำบัดทันที และหลังบำบัด 1 เดือน ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวได้ว่าผู้ป่วยทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพจิตสังคมมีคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้นภายหลังจากได้รับการบำบัดไม่ว่าจะด้วยรูปแบบใด แต่เมื่อได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพจิตสังคมเพิ่มด้วยช่วยทำให้มีการทำหน้าที่ทางสังคมในช่วงหลังบำบัดทันทีและช่วง 1 เดือนหลังการบำบัดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมตามปกติของโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว ผลที่ได้นี้สอดคล้องกับผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพจิต

สังคมของผู้ป่วยยาเสพติดหรือผู้ป่วยจิตเภทที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมแล้วผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตตามปกติได้^{17,19} สำหรับช่วงหลังการบำบัด 3 เดือนพบค่าคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุมอาจเนื่องจากระยะเวลาหลังการบำบัดเป็นช่วงเวลาที่ใช้ชีวิตด้วยตนเองที่บ้าน การปฏิบัติตัวเพื่อให้ฟื้นฟูสภาพได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง อาทิ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทั้งผู้ป่วยและญาติ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ การรับรู้ของญาติต่อความสามารถในตนเองของผู้ป่วย เหล่านี้อาจมีผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย²⁰ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมนี้นี้มีการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและมีการกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำในช่วงติดตามผล 3 เดือนน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ผลที่เกิดขึ้นนี้เมื่อพิจารณาจากโครงสร้างและองค์ประกอบ/กิจกรรมของโปรแกรมแล้วจะเห็นได้ว่าเป็นกิจกรรมที่ผสมผสานทั้งความรู้และฝึกทักษะที่พัฒนาความสามารถในตัวผู้ป่วยทั้งที่เป็นการจัดการกับตนเองและความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งล้วนแต่เป็นความสามารถเชิงหน้าที่ทางสังคม ดังที่ Uys¹⁵ อธิบายว่าการพัฒนาทักษะที่จำเป็นที่ใช้ในการทำหน้าที่ทางสังคมเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติในการใช้สารเสพติด แอมเฟตามีน ช่วยคืนศักยภาพในการทำหน้าที่ต่อตนเองและสังคมซึ่งส่งผลต่อการลดการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยปกติสุข อีกทั้งกลยุทธ์และเทคนิคต่างๆ ของทั้งวิธีการสร้างแรงจูงใจที่ใช้เป็นวิธีหลักในการนำเสนอเนื้อหาต่างๆ ในโปรแกรมมีส่วนสร้างเสริมแรงจูงใจไปในขณะเดียวกันกับการทำกิจกรรมเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีโอกาเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับเกิดแรงจูงใจต่อความต้องการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และความต้องการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นมากขึ้น²¹ อีกทั้งการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้น ตอบสนองต่อการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดการคิดอย่างใคร่ครวญ เกิดทักษะในการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและช่วยพัฒนาผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง²²

อย่างไรก็ตามพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตหลังบำบัดทันที หลังบำบัด 1 และ 3 เดือนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดและติดตามอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใดก็ตามจะช่วยให้

ผู้ป่วยได้รับการดูแล การให้การสนับสนุนที่ถูกต้อง อาทิ การรับประทายา การสนับสนุนทางอารมณ์ และสังคม มีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบสามารถทำหน้าที่และกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต^{12,23}

ข้อเสนอแนะ

1. ขยายผลการฟื้นฟูสภาวะด้านจิตสังคมด้วยโปรแกรมนี้ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและทุติยภูมิที่มีผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมารับบริการ
2. จัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมการฟื้นฟูสภาวะทางจิตสังคมให้กับผู้ใช้โปรแกรม
3. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะทางจิตสังคมเปรียบเทียบกับบำบัดหรือฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมอื่นๆ

References

1. Thoma P, Daum I. Comorbid substance use disorder in schizophrenia: A selective overview of neurobiological and cognitive underpinning. *Psychiatry ClinNeurosci*. 2013;67:367–83
2. Gottlieb JD, Mueser KT, GlynnSM. Family therapy for schizophrenia: Cooccurring psychotic and substance use disorders. *J Clin Psychol*. 2012;68:490-501
3. Maneeganol S. Arunponpaisal S., Pimpanit V., Jarassaeng N., Boontoch K. Prevalence of Substance Use in Psychiatric Outpatient Clinic at Srinagarind Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2014; 59:371-80 (in Thai)
4. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Patient Databased: Drugs dependence patient's information during 2016-2018. Pathumthani: Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment; 2018.
5. Planning and information department. Annual report 2017. Nontaburi: Srithanya hospital; 2017.

6. Planning and information department. Annual report 2018. Nontaburi: Srithanya hospital; 2018.
7. Scott JC, Woods SP, Matt GE, Meyer RA, Heaton RK, Atkinson JH, et al. Neurocognitive effects of methamphetamine: A critical review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev.* 2007; 17:275-97
8. Green AI, Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL. Schizophrenia and cooccurring substance use disorder *Am J Psychiatry.* 2007;164:402-8
9. Compton MT, Weiss PS, West JC, Kaslow NJ. The associations between substance use disorders, schizophrenia spectrum disorders, and Axis IV psychosocial problems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40:939-46
10. Linstrom E, Bingeors K. Patient compliance with drug therapy in Schizophrenia. *Pharmacoeconomics.* 2000;18:105-24
11. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale the Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *The British Journal of Psychiatry.* 1990; 157:853-59
12. Luprasong S., Thanee S., Saithanu K., Choomuang K. Quality of Life of Psychiatric Patients and Their Caregivers in Ubonratchathani Province. *Bulletin of Suanprung.* 2017;33:175-88 (in Thai)
13. Ek-umalmkome. Psychosocial Intervention among drug-abusing schizophrenia patients evidence based. *Journal of Science and Technology.* 2013;21(7)sup:697-710 (in Thai)
14. Srithanya hospital. Guideline of Psychaitric Rehabilitation for public personel's Recovery orientation. Nonthaburi: Department of Mental Health Ministry of Public Health; 2016.
15. Uys LR. A Theoretical Framework For Psychiatric Rehabilitation. *Curationis* 1991;14(3):a 329
16. Werakieart S., Nanakorn B., Chaichumni N. The Development of a Buddhist-Based Mutual Support Program for Schizophrenic Patients with Substance Use Songklanagarind. *Journal of Nursing.* 2015;35:85-100 (in Thai)
17. Athan P. The effects of a psychosocial rehabilitation program on quality of life of addicts [dissertation]. Bangkok: Thammasat University; 2015
18. Tinpaioj J., Hirunviwatgul N. The effect of Matrix Program on Quality of Life of addict patients at Phramongkutklao hospital. *Royal Thai Army Medical Journal.* 2018;71:3-10 (in Thai)
19. Komkham T., Kornkertchok R. The effect of psychoeducation program focusing on skill training on social functioning of schizophrenic patients in community. *The journal of psychiatric nursing and mental health.* 2013; 27:101-12 (in Thai)
20. Petcharat B, Suwaluk Y. Factors related to caregivers' caring behaviors for chronic schizophrenic patients at home. *Songklanagarind Medical Journal.* 2003;21:249-58 (in Thai)
21. Zeldman A, Richard MR, Kevin F. Motivation, autonomy support, and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology.* 2004;23: 675-96
22. Tomey AM. Learning with case. *The Journal of Continuing Education in Nursing.* 2003;34: 34-8
23. Phuttharod P. Development of a Continuing Care Model to reduce recurrence in Schizophrenia patient. *Journal of Health Science.* 2018;27: 478-86 (in Thai)