

ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุน ทางสังคมต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วม ในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี

The Effects of A Cognitive-Behavioral Therapy Program in Conjunction with
Social Support on the Social Functioning and Mental Health of Patients with
Comorbid Amphetamine Dependence and Psychotic Disorders in a
Treatment Center in Pathumthani Province.

ศศิภรณ์ วิงวอน* นิตยา ตากวิริยะนันท์ อังคณา จิรโรจน์

Sasiporn Wingworn* Nidtaya Takviriyannun Angkana Jirarode

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12121

Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathumthani Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ของสถานบำบัดสารเสพติดแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี 75 คน กลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มควบคุม 37 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 11 กิจกรรม ร่วมกับการดูแลตามปกติ วัดผลก่อนและหลังการทดลองสิ้นสุด 1 สัปดาห์ โดยแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนาแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิต ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วยสถิติทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติวิเคราะห์แปรปรวนพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) นอกจากนี้ยังมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิต ในด้านภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$)

คำสำคัญ : การบำบัดความคิดและพฤติกรรม, การสนับสนุนทางสังคม, การทำหน้าที่ทางสังคม, ภาวะสุขภาพจิต, โรคร่วม

Abstract

This quasi-experimental study aimed to determine the effectiveness of a cognitive-behavioral therapy program in conjunction with social support on the social functioning and mental health of patients with comorbid amphetamine dependence and psychotic disorders. The seventy-five samples had comorbid amphetamine dependence and psychotic disorders undergoing rehabilitation at a treatment center in Pathum Thani Province,

Thailand. The samples were randomized evenly into experimental and control groups. Thirty-eight samples in the experimental group received eleven sessions of the cognitive and behavioral therapy program in conjunction with social support and standard care. The thirty-seven samples in the control group received standard care. Data were collected before and a week after the trial, using questionnaires that evaluated the patients' social function and mental health (DASS-21). Personal information forms were used to collect the data. The participant's social functioning and mental health status scores were measured using questionnaires that evaluated the patients' social function and mental health (DASS-21) before and after the cognitive and behavioral therapy program in conjunction with social support. Descriptive statistics were used to represent the personal information about the participants; a dependent t-test was used to compare the mean of the social functioning and mental health status scores before and after the intervention in each group; and MANOVA was used to examine the mean differences social functioning and mental health status scores between the experimental and control groups.

The results showed that after the trial, the mean scores for the social functioning of the experimental group were statistically higher than before the trial and for those of the control group ($p < .001$). Additionally, the mean scores for mental health related to the depression, anxiety, and stress of the experimental group were significantly lower than before the trial and for those of the control group ($p < .001$).

Keywords: cognitive-behavioral therapy, social support, social functioning, mental health, comorbid

บทนำ

ปัญหาการติดสารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะผู้ที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนเมื่อเสพยาเป็นระยะเวลานาน ส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย และบางรายเกิดอาการทางจิตอย่างถาวร การศึกษาในหลายประเทศพบว่า ผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคร่วมจิตเวช มีร้อยละ 11-31^{1,2} และจากรายงานของระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติดในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พบว่ามีผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศเกือบสี่พันรายต่อปี โดยผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะมีอาการทางจิตเวชที่รุนแรงขึ้นจนส่งผลให้ผลการรักษาไม่ดีสูงกว่าบุคคลทั่วไป 5 เท่า¹ ซึ่งการติดสารเสพติดเป็นปัญหาซับซ้อนที่ต้องใช้เวลาการรักษาที่มีประสิทธิภาพไม่น้อย

กว่า 3 เดือน เพราะต้องบำบัดทั้งอาการทางกายจากการขาดสารเสพติดและการบำบัดทางจิตสังคมในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่หากผู้ป่วยมีอาการทางจิตร่วมกับการติดสารเสพติด การบำบัดรักษาจะยุ่งยากซับซ้อนและอาจใช้เวลานานขึ้น³ ในการบำบัดด้านจิตสังคมที่ใช้เวลานาน ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ผู้ป่วยเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตทุเลาลง มีความคิดบิดเบือนว่าการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพไม่มีความจำเป็น และตนเองสามารถเลิกยาเสพติดได้เอง² ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดภาวะเครียดที่ต้องอยู่บำบัดรักษาต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพต่อ ประกอบกับการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ มีกิจกรรมค่อนข้างมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งแสดงออกด้านการทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่องและมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา อาการทางจิตที่เคยทุเลาลงกลับเกิดขึ้นอีก

และไม่สมัครใจอยู่รักษาต่อ

การมีพฤติกรรมและสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาจากการไม่สามารถปรับตัวได้นั้น สะท้อนถึงปัญหาการปรับตัวตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน⁴ สามารถนำมาอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินและการปรับตัวของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติด ได้ว่า เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะเวลาค่อนข้างนานภายใต้สิ่งแวดล้อมใหม่ ผู้ป่วยบางรายมีการประเมินว่า การบำบัดฟื้นฟูไม่จำเป็นกับตนเอง มีความคิดบิดเบือนว่าตนเองเลิกยาเสพติดเองได้^{5,6} และไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดได้ว่ามีประโยชน์กับตนเองหรือไม่ นอกจากนี้ยังขาดแหล่งประโยชน์และทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหา^{2,7} รวมทั้งขาดการสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบำบัดรักษาว่ามีประโยชน์อย่างไร และขาดการตอบสนองทางอารมณ์ในการระบายความรู้สึก หรือการสื่อสารให้กำลังใจกัน^{5, 8} ผลจากการประเมินทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด และแก้ไขปัญหาลักษณะมุ่งจัดการกับอารมณ์เป็นหลัก ทำให้เกิดปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคมและสุขภาพจิต⁵ เช่น แยกตนเอง เครียด วิตกกังวล จนทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และไม่สามารถรับการฟื้นฟูตามระบบการรักษาได้² ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ให้ลดความเครียดลงจนสามารถปรับตัวได้จึงเป็นเรื่องจำเป็น การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นหนึ่งในวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่มีงานวิจัยสนับสนุนว่าได้ผลดี^{7,9,10} ในด้านภาวะสุขภาพจิต รวมทั้งทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น¹¹ ซึ่งในประเทศไทยการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมใช้รูปแบบการรักษาแบบชุมชนบำบัดซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กฎระเบียบ และการช่วยเหลือตนเอง¹³ โดยยังไม่มิกิจกรรมที่เน้นการแก้ไขด้านความคิด ความเชื่อที่บิดเบือน

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาระหว่างปี พ.ศ. 2550-2564 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังพบได้น้อย ในต่างประเทศพบว่า โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้ป่วยผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วม ช่วยในการปรับความคิดที่บิดเบือน¹⁰ โดยมุ่งเน้นการช่วยเหลือในการเลิกยาเสพติด ซึ่งโปรแกรมจะใช้ระยะเวลาประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปี และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางสังคมที่เหมาะสม ตลอดจนอาการทางจิตดี

ขึ้น^{11,12} ส่วนประเทศไทยพบว่าการนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้กับผู้ป่วยใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนเพื่อช่วยผู้ป่วยในเรื่องการเพิ่มความร่วมมือในการบำบัดรักษา⁵ โดยการบำบัดที่ศึกษาจะมุ่งเน้นการช่วยเหลือเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง⁶ โดยยังไม่ครอบคลุมสาเหตุปัญหาของผู้ป่วย กลุ่มนี้ในเรื่องการขาดแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และการสนับสนุนทางด้านจิตใจรวมทั้งระยะเวลาของโปรแกรมการบำบัดในบางการศึกษาที่ผ่านมา มีระยะเวลานานเนื่องจากมีเป้าหมายในด้านการเลิกสารเสพติดซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการบำบัด^{11,12} ขณะที่งานวิจัยครั้งนี้มีเป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวในเรื่องการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตในระยะแรกที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงอาจจะไม่จำเป็นที่จะใช้ระยะเวลานานในการบำบัด ส่วนโปรแกรมระยะสั้นการศึกษาที่ผ่านมาแม้จะให้ผลในเรื่องความร่วมมือในการบำบัดรักษา แต่ไม่ได้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังพบว่ากิจกรรมที่จัดมีปริมาณเนื้อหาและความถี่หลายครั้งต่อสัปดาห์^{5,6} ซึ่งน่าจะไม่เหมาะกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ การศึกษานี้เรื่องนี้จะจึงมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่ออกแบบให้เหมาะสมกับสาเหตุของปัญหาผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วม ในการเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมและลดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่บำบัดรักษาได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อผลระยะยาวในการเลิกยาเสพติด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

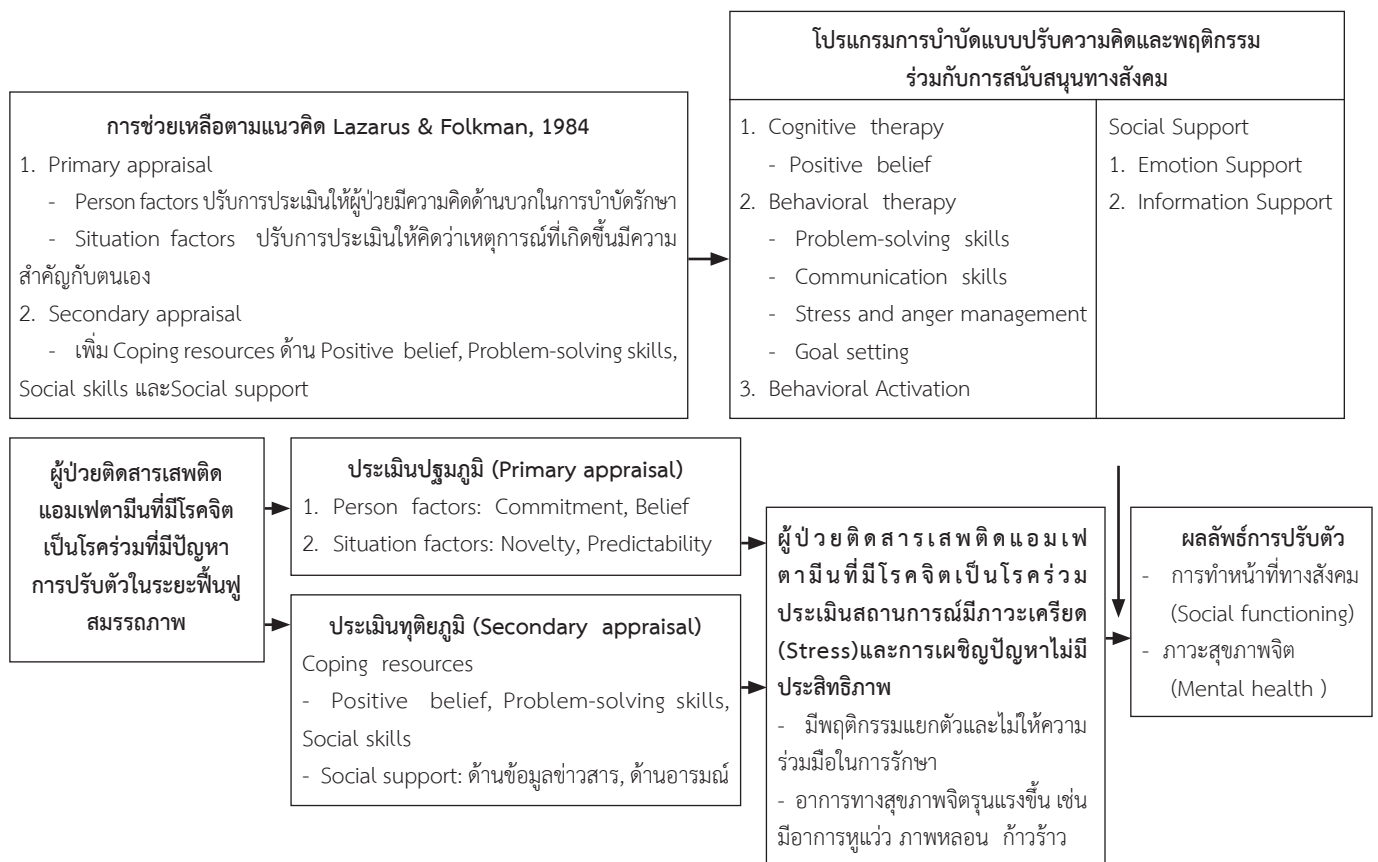
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วม หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดทฤษฎีปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินเหตุการณ์และการปรับตัวของผู้ป่วยตลอดจนแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวในด้านการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตได้ของลาซารัสและโฟล์คแมน⁴ ในการอธิบายโมเดลที่สำคัญ คือ ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม บุคคลจะประเมินเหตุการณ์ที่ประสบใน 2 ลักษณะ คือ 1) การประเมินปฐมภูมิ โดยประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญกับตนเองหรือไม่ และ 2) การประเมินทุติยภูมิ โดยประเมินว่าตนเองมีความสามารถและมีแหล่งประโยชน์ที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่มีผลกับตัวเองหรือไม่ ผลของการประเมิน คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง หรือเกี่ยวข้องกับตนเองและทำให้ตนเองรู้สึกเครียด โดยผลลัพธ์ของการปรับตัวแสดงออกในลักษณะของสุขภาพทางกาย สุขภาพจิต และการทำหน้าที่ทางสังคม

การช่วยเหลือผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมที่มีปัญหาการปรับตัว ที่มีภาวะเครียดในการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติด ทำให้มีพฤติกรรมแยกตัว อาการทางจิตรุนแรงขึ้น ภายใต้แนวคิดนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองในการประเมินให้ถูกต้องและลดความรุนแรงของเหตุการณ์ลง โดยปรับความคิดที่บิดเบือน ปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีปัญหา^{9,10} พร้อมทั้งช่วยพัฒนาทักษะสำคัญต่าง ๆ ที่มีไม่พอ^{2,7} พร้อมทั้งให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสารการบำบัดรักษา และการตอบสนองทางอารมณ์ที่เพียงพอ เพื่อให้ผลลัพธ์การทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ดังภาพที่ 1



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เก็บข้อมูลที่สถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี ตั้งแต่วันที่ 4 กันยายน 2563 ถึง 24 มกราคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมทั้งชายและหญิง ที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งอาการทางจิตเวชสงบจนสามารถสื่อสารและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ กลุ่มตัวอย่าง 75 คน เป็นผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมทั้งชายและหญิง ที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามรหัสโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) ด้วยกลุ่มรหัส F 15.5 ไม่มีอาการทางจิตรุนแรง [คัดกรองโดยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief psychiatric rating scale) โดยมีคะแนนรวมที่น้อยกว่า 36 จาก 126 คะแนน ซึ่งแสดงว่าอาการทางจิตสงบและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้] และไม่มีภาวะบกพร่องทางความคิด [คัดกรองโดยแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย (Montreal Cognitive Assessment) โดยมีคะแนนไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน จาก 30 คะแนน ซึ่งแสดงว่าไม่มีภาวะบกพร่องทางความคิด] สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ จับคู่อายุและเพศ ได้กลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มควบคุม 37 คน

ขนาดตัวอย่าง 75 คนได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*power version 3.1.9.2¹⁴ โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of the test) ที่ระดับร้อยละ 90 ระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง (Medium effect size) ที่ระดับ .25 สำหรับการทดสอบด้วยสถิติ MANOVA ที่มีตัวแปรตาม 4 ตัว (การทำหน้าที่ทางสังคม และสุขภาพจิตในด้านภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 68 ราย และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการให้ทดลอง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จำนวน 7 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 75 คน

เครื่องมือการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือให้ทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งใช้แนวคิดทฤษฎีของลาซาร์สและโพลค์แมน³ ในการช่วยผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองในการประเมินเหตุการณ์ให้ลดความรุนแรงและเพิ่มแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการเผชิญปัญหาผ่านกลไก 4 ประการ คือ 1. การปรับความคิด (Cognitive therapy) 2. การปรับพฤติกรรม (Behavioral therapy) 3. การกระตุ้นเชิงพฤติกรรม (Behavioral activation) และ 4. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) กิจกรรมในโปรแกรมนี้ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้จากโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น¹⁵ และจากแนวทางการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของเด็ก¹⁶ กิจกรรมทั้งหมดมี 11 กิจกรรม จัดลักษณะกิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลาครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 6 สัปดาห์ และมีการบ้านทุกครั้งหลังการฝึก

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับกิจกรรมของโปรแกรม (Index of item – objective congruence [IOC]) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยค่า IOC ของแต่ละกิจกรรมเท่ากับ 0.67-1 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ที่ 0.5

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อใช้เก็บข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาด้านจิตเวช

2) แบบสอบถามวัดภาวะสุขภาพจิต (Depression Anxiety Stress Scales [DASS-21]) เป็นแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต 3 ด้าน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะความเครียด สร้างโดยโลไวบอนด์และคณะ¹⁷ ต่อมาแปลเป็นภาษาไทยโดยสุกัลยา สว่างและคณะ¹⁷ และดัดแปลงข้อความให้เหมาะสมโดยฉัตรพิทยรัตน์เสถียรและณัฏฐวรรต บัวทอง แบบประเมินชุดนี้ผู้ป่วยจะประเมินตนเองตามข้อคำถามซึ่งมีด้านละ 7 ข้อ รวมทั้งหมด 21 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัด ในแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมในแต่ละด้านมีค่าระหว่าง 0-21 คะแนน โดยที่คะแนนยิ่งมาก หมายถึง ยังมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตในด้านนั้น ๆ มาก

เครื่องมือนี้มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 0.83¹⁷ และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) จากการทดสอบในการศึกษานี้มากกว่า 0.8 ทุกด้าน

3) แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม เป็นแบบประเมินที่พยาบาลวิชาชีพประเมินผู้ป่วย เครื่องมือนี้ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก พัฒนาขึ้นโดยใช้โครงสร้างของแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (The functional assessment tool for chronic schizophrenic)¹⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมินชุดนี้มี 4 องค์ประกอบ รวม 19 ข้อ คือ 1. การดูแลตนเอง (4 ข้อ), 2. การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ (2 ข้อ), 3. ความสามารถในการทำงาน (5 ข้อ) และ 4. ความร่วมมือในการรักษา (8 ข้อ) คำตอบในแต่ละข้อจะเป็นคำอธิบายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 19-76 คะแนน โดยที่คะแนนยิ่งมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการทำงานที่ทางสังคมโดยรวมยิ่งดี

เครื่องมือนี้มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.94 และได้ค่าเที่ยงจากการสังเกต (Interrater Reliability) เท่ากับ 0.83

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยเห็นใบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิต (DASS-21) และผู้ช่วยวิจัยอีก 5 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย เป็นผู้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและคัดกรองภาวะบกพร่องทางความคิดและอาการทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง โดยจัดกิจกรรมตามลำดับที่กำหนดในโปรแกรมฯ ในลักษณะกิจกรรมกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยได้ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามฉบับเดียวกับก่อนเข้าร่วมการวิจัย และผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการวิจัยที่ COA No. 057/2563 เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2563 และผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี อำเภอดุสิต จังหวัดปทุมธานี รหัสโครงการวิจัยที่ 63023 เอกสารใบรับรองที่ 036/2563 เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม 2563 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยกเลิกเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาและบริการที่จะได้รับ และข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลต่างๆ เป็นภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ-สกุลของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ภายหลังเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุมเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลองตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) และสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซกต์ (Fisher's Exact test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตทั้งสามด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติวิเคราะห์แปรปรวนพหุคูณ (MANOVA) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของตัวแปรตามทั้งสี่ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนในช่วงก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test) และสถิติทีแบบอิสระจากกัน (independent t-test) โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทุกชนิดก่อนการวิเคราะห์

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบคล้ายคลึงกันคือส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 78.9 และ 78.4 ตามลำดับ) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 81.6 และ 81.1 ตามลำดับ) และ

อาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 68.4 และ 70.3ตามลำดับ)
ประมาณร้อยละ 50 มีอายุอยู่ในช่วง 18-30 ปี (ร้อยละ 52.7
และ 56.8ตามลำดับ) และมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 50.0
และ ตามลำดับ) นอกจากนี้มีอาชีพหลักเป็นเกษตรกร/ค้าขาย
และรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 36.8 และ 37.9 ตามลำดับ)

สำหรับประวัติการใช้สารเสพติด ทั้งกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมพบคล้ายคลึงกันคือ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มี
คนใกล้ชิดในครอบครัวใช้สารเสพติด (ร้อยละ 84.2 และ 81.1
ตามลำดับ) สารเสพติดที่ใช้คือแอมเฟตามีนเพียงอย่างเดียว
(ร้อยละ 65.8 และ 59.5 ตามลำดับ) โดยใช้มากกว่า 5 เม็ด/วัน

(ร้อยละ 65.8 และ 59.5 ตามลำดับ) สำหรับอาการทางจิตเวช
ส่วนใหญ่มีอาการหูแว่ว (ร้อยละ 63.2 และ 75.7 ตามลำดับ)
โดยมีอาการมากกว่า 3 ปี (ร้อยละ 57.9 และ 59.5 ตามลำดับ)
ประมาณร้อยละ 50 รับประทานยาในกลุ่ม antipsychotic drugs
ชนิดเดียว (ร้อยละ 44.7 และ 48.7 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบ
ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางยาเสพติดและอาการทางจิตเวช
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มี
ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

2. การทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิต

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล
ภาวะเครียด) ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 75$)

ตัวแปรที่ศึกษา	คะแนนที่เป็นไปได้	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
		คะแนนที่เป็นจริง	M	SD	คะแนนที่เป็นจริง	M	SD
การทำหน้าที่ทางสังคม	19-76	39-47	42.79	2.11	38-49	42.51	2.77
ภาวะซึมเศร้า	0-21	11-17	13.45	1.88	11-17	13.43	1.94
ภาวะวิตกกังวล	0-21	8-13	10.92	1.88	8-14	11.41	1.69
ภาวะเครียด	0-21	13-20	16.24	2.03	12-20	16.35	2.04

ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้าน
การทำหน้าที่ทางสังคม อยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง สำหรับด้าน
ภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด)
มีค่าเฉลี่ยคะแนนทั้งสามด้านใกล้เคียงกัน อยู่ในระดับมาก-มาก
ที่สุด เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทาง

สังคมและภาวะสุขภาพจิตทั้งสามด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม ผลพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($F = .429, p = .79$)

3. เปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะ สุขภาพจิตระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) ($n = 75$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ยคะแนนของตัวแปรที่ศึกษา M (SD)		df	t	p
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง			
กลุ่มทดลอง					
การทำหน้าที่ทางสังคม	42.79(2.11)	64.08(1.08)	37	-53.60	.001
ภาวะซึมเศร้า	13.45(1.88)	3.53(0.83)	37	29.34	.001
ภาวะวิตกกังวล	10.92(1.88)	3.55(0.95)	37	25.34	.001
ภาวะเครียด	16.24(2.03)	6.21(1.53)	37	24.22	.001
กลุ่มควบคุม					
การทำหน้าที่ทางสังคม	42.51(2.77)	53.95(3.43)	36	-20.05	.001
ภาวะซึมเศร้า	13.43(1.94)	9.92(1.09)	36	9.74	.001
ภาวะวิตกกังวล	11.41(1.69)	9.57(1.58)	36	4.45	.001
ภาวะเครียด	16.35(2.04)	10.22(1.29)	36	16.32	.001

ภายหลังการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนน การทำหน้าที่ทางสังคมสูงขึ้นและมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและ ภาวะเครียดต่ำลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อน

การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดูรายละเอียด ในตารางที่ 2

4. เปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะ สุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตรายด้านหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 75$)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		F	p-value
	M	SD	M	SD		
การทำหน้าที่ทางสังคม	64.08	1.08	53.95	3.43	301.11	.001
ภาวะซึมเศร้า	3.53	0.83	9.92	1.09	819.64	.001
ภาวะวิตกกังวล	3.55	0.95	9.57	1.57	404.26	.001
ภาวะเครียด	6.21	1.53	10.22	1.29	149.79	.001

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน การทำหน้าที่ทางสังคมสูงกว่า แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึม เศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดูรายละเอียดในตารางที่ 3

การอภิปรายผลการวิจัย

1. คุณลักษณะ ประวัติการใช้สารเสพติดและการ รักษา และประวัติการเจ็บป่วยทาง จิตเวชและการรักษาของ กลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่าคุณลักษณะ ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมคล้ายคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 78.9 และ 78.4 ตามลำดับ) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 81.6 และ 81.1 ตามลำดับ) ประมาณร้อยละ 50 มีอายุ อยู่ในช่วง 18-30 ปี (ร้อยละ 52.7 และ 56.8 ตามลำดับ) สารเสพติดที่ใช้คือแอมเฟตามีนเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 84.2 และ 81.1 ตามลำดับ)¹³ สาเหตุที่ใช้สารเสพติดเพราะเพื่อน มากที่สุด⁵ (ร้อยละ 47.4 และ 51.4 ตามลำดับ) สำหรับอาการ ทางจิตเวช ส่วนใหญ่มีอาการหูแว่ว^{1,2} (ร้อยละ 63.2 และ 75.7 ตามลำดับ) ประมาณร้อยละ 50 รับประทานยา กลุ่ม antipsychotic drugs ชนิดเดียว (ร้อยละ 44.7 และ 48.7 ตามลำดับ)

2. การทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนน การทำหน้าที่ทางสังคม อยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง สำหรับด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) มีค่าเฉลี่ยคะแนนทั้งสามด้านใกล้เคียงกัน อยู่ใน ระดับมาก-มากที่สุด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมี ปัญหาพฤติกรรมการทำหน้าที่ทางสังคม และปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยทันที โดยเฉพาะ ปัญหาสุขภาพจิตคือ เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และแยกตัว ซึ่งเสี่ยงต่อการที่ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตกำเริบจนไม่สามารถ ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ในระหว่างการทำงานได้^{2,5}

3. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและ พฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการทำหน้าที่ ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยติดสารเสพติด แอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาที่พบว่า ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ย คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อน การทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิต คือ ภาวะซึม เศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด ของกลุ่มทดลองภายหลังการ ทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมบำบัด ที่ทดสอบนี้มีประสิทธิผล และสามารถช่วยกลุ่มตัวอย่างในการ

เพิ่มพฤติกรรมการทำงานที่ทางสังคม และลดปัญหาสุขภาพจิต ในด้านภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด การที่ผลการศึกษาคือเป็นเช่นนี้อาจอธิบายได้ดังนี้

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วม การสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มพฤติกรรมการทำงานที่ทางสังคม และช่วยลดภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมได้นั้น เป็นผลมาจากการออกแบบกิจกรรมเพื่อเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินเหตุการณ์จนมีผลต่อสุขภาพจิต และเพิ่มแหล่งประโยชน์ในการปรับตัว ผ่านกลไก 4 ประการ คือ 1. การปรับความคิด (Cognitive therapy) 2. การปรับพฤติกรรม (Behavioral therapy) 3. การกระตุ้นเชิงพฤติกรรม (Behavioural activation) และ 4. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

โปรแกรมนี้อาจจัดกิจกรรมด้านการปรับความคิด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจรูปแบบความคิด (Cognitive model) ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด (Cognitive) ความรู้สึกทางจิตใจ (Affective) และพฤติกรรม (Behavior) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน การปรับความคิด (Cognitive therapy)^{7,9,10} จะทำให้ผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมมีความคิดทางบวกกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จนเห็นได้ว่าการบำบัดรักษามีประโยชน์กับตนเอง เมื่อความคิดเปลี่ยนไปเป็นความคิดบวกจะส่งผลให้มีอารมณ์ที่ดีขึ้นทำให้ ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด และภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง^{10,11} นอกจากนี้ผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมหลายราย ประเมินว่าตนเองขาดความสามารถและแหล่งประโยชน์สำคัญในการเผชิญปัญหาที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การปรับพฤติกรรม (Behavioral therapy) โดยพัฒนาทักษะที่สำคัญ ซึ่งโปรแกรมนี้อาจจัดกิจกรรมด้านการปรับพฤติกรรมไว้หลายทักษะ ได้แก่ ทักษะการจัดการ ความเครียด ทักษะการจัดการความโกรธ^{2, 10} ทักษะการเผชิญ ปัญหาและแก้ไขปัญหา และทักษะการสื่อสารและการปฏิเสธ ทักษะการจัดการความเครียดและความโกรธ โดยฝึกการหายใจ อย่างมีประสิทธิภาพ ฝึกจับความคิดของตนเองได้ทันก่อน ความโกรธจะเกิดขึ้น และจัดการกับความโกรธอย่างสร้างสรรค์ จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างควบคุมตนเองต่ออารมณ์เครียดและความโกรธที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ทักษะการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ และวางแผนการแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้อง ทำให้การทำงานที่ทางสังคมเพิ่มขึ้นและสุขภาพจิตดีขึ้น สอดคล้องกับงาน

วิจัย ที่มีการช่วยเหลือและพัฒนาทักษะต่างๆ ในกลุ่มผู้ป่วย แอมเฟตามีนที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ส่งผลให้การทำงานที่ทางสังคม ภาวะอารมณ์ทางลบ และอาการทางจิตเวชดีขึ้น^{10, 11}

ทักษะการสื่อสารและการปฏิเสธนับเป็นอีกทักษะที่ จะช่วยให้สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเอง สามารถสื่อสาร และปฏิเสธในการกระทำที่ไม่เหมาะสม⁷ ถ้าที่จะบอกความต้องการบอกความรู้สึกของตนเองกับเพื่อน หรือกับบุคคลอื่นๆ โดยพบว่ามีการศึกษา ที่ให้ความรู้ และฝึกทักษะการดำเนินชีวิต ในสังคม ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกของโรคจิตเภทในโปรแกรมจะให้ความรู้การสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือ พบว่ากลุ่มทดลองมีการทำหน้าที่ทางสังคม และการปรับตัวที่เร็วขึ้นและดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม^{11,12} อย่างไรก็ตามการบำบัด ในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยอาจยังไม่มีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีความคิดและพฤติกรรม ที่ซ้ำ การกระตุ้นเชิงพฤติกรรม (Behavioural activation) โดยให้ผู้ป่วยเริ่มลงมือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยชอบทำ หรือวางแผนไว้ เพื่อให้มีอารมณ์ที่ดีขึ้น¹⁹ นอกจากนี้การให้ แหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารด้านการบำบัดฟื้นฟูใน กิจกรรมแรก ๆ ก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการ ฟื้นฟูสมรรถภาพมีประโยชน์อย่างไรกับตนเอง และการได้ ข่าวสารผ่านคลิปวิดีโอของผู้ที่ประสบความสำเร็จในการบำบัด รักษาเลิกยาเสพติดได้ก็ช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติ ในด้าน การสนับสนุนทางอารมณ์^{2,6} กิจกรรมในโปรแกรมทำให้ผู้ป่วย ทุกคนได้ประเมินความรู้สึกของตนเอง ระบายความรู้สึกที่มี และให้สมาชิกในกลุ่มได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกันทุกครั้งก่อนเริ่ม กิจกรรมในแต่ละครั้ง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ไม่โดดเดี่ยว สุดท้าย การมอบหมายการบ้านเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญ¹⁵ เนื่องจากการฝึกฝนความชำนาญในทักษะต่างๆ ซึ่งในกลุ่ม ตัวอย่างนั้นพบว่าการสนใจในการทำการบ้านอย่างสม่ำเสมอ

4. การทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตใน กลุ่มควบคุม

ในการศึกษานี้ผลการศึกษาพบเช่นเดียวกันว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก็มีค่าเฉลี่ยคะแนน การทำหน้าที่ทางสังคมสูงขึ้นและมีค่าเฉลี่ย คะแนนภาวะสุขภาพจิตทั้งสามด้าน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยการดูแลตามปกติ สามารถเพิ่มพฤติกรรมการทำงานที่ทางสังคมและลดภาวะ ปัญหาสุขภาพจิตทั้งสามด้านได้ แม้จะไม่มากเท่ากลุ่มทดลอง ก็ตาม แสดงว่าการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของสถานบำบัดรักษา

แห่งนี้ มีประสิทธิผลในการช่วยเหลือผู้ป่วย¹³ ในผลลัพธ์เหล่านี้ เช่นกัน อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน (D) ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตทั้งสามด้าน ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทุกด้าน ผลการศึกษานี้ สะท้อนว่าโปรแกรมบำบัดที่ทดสอบนี้มีประสิทธิผล และสามารถช่วยกลุ่มตัวอย่างในการเพิ่มพฤติกรรมการทำงานที่ทางสังคมและลดปัญหาสุขภาพจิตในด้านภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียดได้มากกว่า^{11,12} การดูแลตามปกติที่หน่วยงานดำเนินการอยู่

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านการนำไปใช้

สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ติดยาเสพติดที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วม ในกลุ่มที่มีปัญหาลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และควรมีการจัดฝึกอบรมสำหรับผู้ให้การบำบัดให้มีทักษะและความรู้ความเข้าใจในทฤษฎี เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการบำบัดได้ตรงตามทฤษฎี

2. ด้านการศึกษา

ผลการศึกษาในครั้งนี้ยืนยันผลในเรื่องทฤษฎีของลาซารัสและโพล์คแมน จากการทดสอบสาเหตุ และผลที่เกิดขึ้น ซึ่งได้ผลตามที่ทฤษฎีอธิบายไว้ ผู้ให้การบำบัดควรมีความรู้ความเข้าใจในทฤษฎีเพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการบำบัดได้ตรงตามทฤษฎี

3. ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1. ควรศึกษาติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพจิตและอาการทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลองเป็นระยะ เพื่อดูความคงทนของโปรแกรมว่าจะอยู่ได้นานเพียงใด และจำเป็นต้องมีกิจกรรมกระตุ้นหรือไม่ และเมื่อใด

3.2. ควรขยายผลไปทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยติดยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคจิตเป็นโรคร่วมที่มีปัญหาการทำงานที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่มากขึ้นและศึกษาอิทธิพลของโปรแกรมในระยะยาว

References

1. Department of Mental Health. Department of mental health annual report 2019. Nonthaburi. 2019. (in Thai)
2. Kotchaporn, P., Nuchanart, B. & Chomchuen, S. The effects of an empowerment program on the self-control of amphetamine use disorder patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(Supplement): 118-28. (in Thai).
3. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principles of drug addiction treatment: a research-based guide (3rded). National Institute on Drug Abuse: U.S.; 2018.
4. Lazarus, R.S. & Folkman, S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
5. Amawasee, K., Niditaya, T. & Tawanchai, J. 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. Journal of The Department of Medical Services. 2018; 43(1): 90-5. (in Thai).
6. Sukuma, S., Sumnang, N., Wanpen, J., Suwapat, K., Yada, J., & Tunya, S. The effect of cognitive behavior therapy on relapse prevention of methamphetamine dependence among in-patients. Thai journal of addiction. 2016; 4(1): 1-16. (in Thai).
7. Kanlaya, T., Nuchanart, B. & Chomchuen, S. The effect of a cognitive-behavioral therapy program on the aggressive behaviors among delinquent adolescents in observation and protection center. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 262-74. (in Thai).
8. House, J.S., James, M. LaRocco, & John, R. P. French. Social support occupational stress and health. Journal of Health and Social Behavior. 1981; 21: 202-18.

9. Beck, A.; et al. Cognitive therapy of substance abuse. USA: Guilford; 1993.
10. Wallapa, K., Nuchanart, B. & Sararud, V. The effect of a cognitive behavioral therapy program on the depression among abused adolescent. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(1): 329-37. (in Thai).
11. De Giorgi R, Cassar C, Loreto D'alo G, Ciabattinill M, Minozzi S, Economou A, et al. Psychosocial interventions in stimulant use disorders: a systematic review and qualitative synthesis of randomized controlled trials. Riv Psichiatr. 2018; 53(5): 233-55.
12. Harada, T., Tsutomi, H., Mori, R & B Wilson, D. Cognitive behavioural treatment for amphetamine type stimulants (ATS) use disorders. Campbell Collaboration. 2019; 15: 1-19.
13. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Community Therapy Rehabilitation Therapy Standards and FAST model. Pathumtani: TU print; 2015. (in Thai).
14. Faul, F. G*Power Version 3.1.9.2. Germany: University of Kiel; 2014.
15. Jantira, M., Niddaya, T. & Sararud, V. The effects of a cognitive-behavioral therapy program on the depression and impulsivity among adolescents in juvenile training centers in bangkok and vicinity areas. Journal of Nursing and healthcare. 2018; 36(1): 154-63. (in Thai).
16. Nuttorn, T., Thanvaruj, B., & Sirirat, U. Book series: Happy...Study. Nonthaburi: Parbpim; 2016. (in Thai).
17. Sawang, S., Goh, YW., Oei, TP., & Mukhtar, F. Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. International Journal of Psychology. 2013; 48: 1018-29.
18. Paitoon, S., Jularat, W., Somsri, K., & Rossukon C. Development the functional ability assessment tool for chronic schizophrenic. journal of mental health of Thailand. 2015; 24(3): 189-201. (in Thai).
19. Solomonov, N., Bress, J. N., Sirey, J. A., Gunning, F. M., Flückiger, C., Raue, P. J., Areán, P. A., & Alexopoulos, G. S. Engagement in Socially and Interpersonally Rewarding Activities as a Predictor of Outcome in "Engage" Behavioral Activation Therapy for Late-Life Depression. The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry 2019; 27(6): 571-78.