

# การพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยา ในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ธีรภา ธาณี ศษ.ม.<sup>1</sup>, หทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง พย.ม.<sup>2</sup>,  
น้ำผึ้ง คุ่มครอง พย.ม.<sup>2</sup>, ปาลิดา พละศักดิ์ พย.ม.<sup>2\*</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยาในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) ประชุมวางแผนและจัดทำร่างต้นแบบของโปรแกรมเบื้องต้น 3) ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาของร่างโปรแกรม 4) ทดสอบต้นแบบโปรแกรมเบื้องต้นในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน จำนวน 10 คน 5) ปรับปรุงเบื้องต้นของโปรแกรมต้นแบบ 6) ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 14 คน และกลุ่มควบคุม 14 คน 7) พัฒนาโปรแกรมขั้นสุดท้าย 8) พัฒนาริธีถ่ายทอดและขยายผลเพื่อการนำไปใช้ในระบบบริการ และ 9) ติดตามประเมินผลในภาพรวมหลังการนำไปใช้ในระบบบริการของโรงพยาบาล และปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด 3) แบบคัดกรองประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST-ATS) และ 4) โปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-Square test Fisher's exact test Independent t-test และสถิติ Mann-Whitney U-test

**ผลการวิจัย:** โปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ครั้งละ 60 - 90 นาที จำนวน 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ผลของโปรแกรมขั้นตอนที่ 6 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการเลิกเสพยาหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตาม 3 เดือน เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความเสี่ยงในการใช้สารแอมเฟตามีนในระยะติดตาม 3 เดือนลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 28 วัน และ 90 วัน โปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีความตั้งใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยาได้ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน พฤติกรรมในการเลิกเสพยา โปรแกรมการนำเสนอตัวแบบ  
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

\*Corresponding Author e-mail: palida.pooton@gmail.com

วันที่รับ (received) 19 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ม.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 ม.ค. 2568

# Development and Evaluation of the Effectiveness of a Program Presenting a Model for Behavior Change in Drug Abstinence Among Patients with Amphetamine Dependence

Teerapa Thanee M.ED.<sup>1</sup>, Hatairat Ditung M.N.S.<sup>2</sup>,  
Nampueng Kumkrong M.N.S.<sup>2</sup>, Palida Phalasak M.N.S.<sup>2\*</sup>

## Abstract

This study aimed to develop and evaluate the efficacy of a behavioral modification framework for amphetamine cessation in individuals diagnosed with amphetamine dependence. The research employed a comprehensive, 9-step research and development approach. This process included situational analysis, strategic planning, prototype development, content validation, preliminary testing on 10 subjects, prototype refinement, and effectiveness assessment. The latter phase utilized a quasi-experimental design, involving 28 inpatients at Phrasimahaphodi Psychiatric Hospital, equally distributed between experimental and control groups. The study instruments were comprised of a demographic questionnaire, a drug cessation intention scale, the ASSIST-ATS, and a behavioral change model for substance abstinence. Data analysis incorporated various statistical methods, including descriptive statistics, chi-square tests, Fisher's exact tests, independent t-tests, and Mann-Whitney U-tests. The research culminated in the finalization of the program for healthcare implementation, followed by post-implementation evaluations and continuous improvements within the hospital service system.

**Results:** The intervention program was comprised of four steps and six activities, with 60- to 90- minute sessions conducted thrice weekly. Analysis of step 6 outcomes revealed that participants in the experimental group achieved significantly higher mean scores on the drug cessation intention scale, both immediately following the intervention and at the 3-month follow-up, compared to the control group ( $p < .05$ ). Moreover, the experimental group exhibited a statistically significant decrease in amphetamine use risk behaviors at the 3-month follow-up relative to the control group ( $p < .05$ ). The program also led to decreased hospital readmissions at 28- and 90-days post-intervention. This behavioral modification model for amphetamine cessation has shown promise in enhancing cessation intention and effecting behavioral change. As such, it warrants consideration as an alternative therapeutic approach for individuals diagnosed with amphetamine dependence.

**Keywords:** patients with amphetamine dependence, behavior to drug abstinence,  
program presenting model on behavior change

---

<sup>1</sup>Registered nurse, Senior Professional nurse, Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani

<sup>2</sup>Registered nurse, Professional nurse, Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani

\*Corresponding Author e-mail: palida.pooton@gmail.com

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเสพติดแอมเฟตามีนหรือยาบ้าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ที่ส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาร้ายแรงต่อผู้เสพ ครอบครัว สังคม ตลอดจนความมั่นคงของชาติ ด้านผู้เสพ หากเสพติดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาท ทำให้เกิดโรคจิตจากสารเสพติด<sup>1</sup> ด้านครอบครัว ทำให้เกิดความขัดแย้ง ทะเลาะวิวาทภายในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนในครอบครัว<sup>2</sup> ด้านสังคม ทำให้เกิดปัญหาการลักขโมย การก่ออาชญากรรม ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของคนในสังคม<sup>3</sup> และด้านเศรษฐกิจ ประเทศต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติ<sup>4</sup> และงบประมาณในการบำบัดและฟื้นฟูไม่ต่ำกว่า 2,000 ล้านบาทต่อปี รวมมูลค่าการสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า 5 แสนล้านบาทต่อปี<sup>3</sup> จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) พบผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกประมาณ 275 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลกในช่วงอายุ 15 - 64 ปี ในจำนวนนี้มีผู้ใช้สารแอมเฟตามีนถึง 27 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 0.5 ของจำนวนประชากรโลกในกลุ่มอายุดังกล่าว<sup>5</sup> สำหรับประเทศไทยแอมเฟตามีนเป็นหนึ่งในยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด ร้อยละ 79.2<sup>6</sup> และจากรายงานสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2566 มีผู้เข้ารับการรักษาจำนวน 129,958 138,228 และ 180,811 ราย ตามลำดับ<sup>7</sup> การเสพติดแอมเฟตามีนเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการเสพติดส่งผลให้ผู้เสพยามีการเพิ่มขนาดหรือปริมาณการเสพ และอาจทำให้เกิดโรคจิตจากแอมเฟตามีนซึ่งมีลักษณะอาการที่สำคัญ เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง และในกรณีที่รุนแรงอาจนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น หรือมีความคิดทำร้ายตนเอง<sup>8</sup>

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมารับบริการเป็นลำดับที่หนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยติดสารเสพติดประเภทอื่นที่มารับบริการ ในปีงบประมาณ 2564 - 2566 จำนวน 2,240 2,070 และ 2,381 คน คิดเป็นร้อยละ 38.40 39.54 และ 40.85 ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยในจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน คือ จำนวน 56 คน จำนวน 57 คน และจำนวน 65 คน ตามลำดับ โดยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย คือ จำนวน 31.60 30.58 และ 29.57 วัน และพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายคิดเป็นร้อยละ 2.54 2.50 และ 2.45 ตามลำดับ<sup>9</sup> จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนถึงสาเหตุการกลับมารักษาซ้ำพบว่า ผู้ป่วยมีความคิดความเชื่อที่บิดเบือนเกี่ยวกับการเสพติดแอมเฟตามีน คิดว่าการเสพติดแอมเฟตามีนช่วยบรรเทาความเครียด ลดความทุกข์ใจ เวลามีปัญหาไม่ปรึกษาใคร หันไปเสพติดแอมเฟตามีนในการแก้ปัญหา และความต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน แม้จะได้รับการบำบัดทางจิตสังคมก่อนจำหน่าย แต่เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน แรงจูงใจ และความตั้งใจในการเลิก/ลดการเสพติดแอมเฟตามีนลดลง

กลุ่มภารกิจทางการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการบริการทางการพยาบาล จึงมีการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน โดยมีการทบทวนวรรณกรรม และวิเคราะห์ความต้องการ ความจำเป็นในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยา ผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจุบันมีกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดที่เป็นมาตรฐาน สำหรับผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนอาศัยกระบวนการบำบัดและฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้ดังเดิม แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการฟื้นฟูทางจิตสังคมที่พอจะช่วยลดอาการอยากเสพยาและไม่กลับไปเสพยาซ้ำ<sup>10</sup> การบำบัดรักษาอาการอยากเสพยาของผู้ป่วยยังมีค่อนข้างน้อย<sup>11</sup> มีประเด็นที่น่าสนใจว่า การบำบัดทางจิตสังคมแบบผสมผสาน หรือการใช้จิตสังคมบำบัดหลายรูปแบบร่วมกันมักให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการใช้จิตสังคมบำบัดเพียงรูปแบบเดียว เนื่องจากการบำบัดแบบผสมผสานสามารถ

ตอบสนองความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างหลากหลาย และช่วยเสริมสร้างกลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น<sup>10</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ ก้องเกียรติ อุเต็น และคณะ<sup>12</sup> ที่พัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน ด้วยแนวคิดหลัก 4 ประการ คือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) และการเจริญสติ (Mindfulness) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยาและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ กิตต์กวี โพธิ์โน และคณะ<sup>11</sup> ที่ศึกษาประสิทธิผลการบำบัด Co-occurring disorder (COD) Intervention ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) แนวคิดการบำบัด ความคิดและพฤติกรรม (CBT) แนวคิดการทำกิจกรรมกลุ่ม (Group therapy) แนวคิดครอบครัวบำบัด (Family therapy) และแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) มีประสิทธิผลในการทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนมีการหยุดเสพยา และไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน แสดงให้เห็นถึงการบำบัดแบบบูรณาการช่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันยาเสพติดได้ดีขึ้น และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล นอกจากนี้จะเห็นได้ว่า การบำบัดที่น่าสนใจในการนำมาบูรณาการนั้น ส่วนใหญ่เป็นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

ดังนั้น จึงพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน โดยบูรณาการ 3 แนวคิดเข้าด้วยกัน โดยใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ แบนดูรา<sup>13</sup> ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของเบค<sup>14</sup> และแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์ และโรลนิก<sup>15</sup> แนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา<sup>13</sup> กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้จากการสังเกตผ่านตัวแบบ โดยเฉพาะตัวแบบจริงที่สามารถสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง ช่วยในการดึงดูดความสนใจ ทำให้ผู้สังเกตเกิดการจดจำ สามารถเน้นจุดสำคัญ และพฤติกรรมให้เด่นชัด ทำให้การเรียนรู้ได้ผลดียิ่งขึ้น โดยคาดหวังว่าการเลียนแบบจะนำประโยชน์มาให้ สำหรับแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของเบค<sup>14</sup> กล่าวว่า ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีกระบวนการคิดและการตัดสินใจที่บิดเบือน มักคิดว่าตนเองไม่ติดสารเสพติด สารเสพติดช่วยแก้ปัญหา และสามารถเลิกใช้สารเสพติดเองได้ ดังนั้น การแก้ไขกระบวนการคิดและการตัดสินใจที่บิดเบือนของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการคิดและการตัดสินใจที่ส่งผลถึงการกระทำของตนเองมากขึ้น<sup>16</sup> และแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์ และโรลนิก<sup>15</sup> กล่าวว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเลิกเสพยาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาได้นานขึ้น ดังนั้น การที่จะบรรลุเป้าหมายสำคัญให้ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จำเป็นต้องเสริมสร้างให้เกิดแรงจูงใจ และมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง การสร้างแรงจูงใจเป็นระยะ เพื่อให้แรงจูงใจยังคงอยู่ตลอดการบำบัด เป็นการเพิ่มความตั้งใจและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยาได้ โดยประยุกต์กับโปรแกรมการเสนอตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน ของ ปาลิตา พละศักดิ์<sup>17</sup> ที่ใช้แนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา<sup>13</sup> เป็นการเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริง กิจกรรมเน้นผลกระทบที่เกิดจากการใช้สารแอมเฟตามีน โดยให้ผู้ป่วยทบทวนเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบต่อตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยวิเคราะห์พฤติกรรมผ่านตัวแบบ รวมถึงเทคนิคและวิธีการที่ตัวแบบใช้ เพื่อนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง จุดเด่นของโปรแกรมนี้นี้คือ การที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากความสำเร็จของตัวแบบจริง และคิดว่าตนเองก็น่าจะทำได้เช่นเดียวกัน หลังบำบัดทันที ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกเสพยา 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 แม้ในแนวคิดนี้จะมีการเสริมแรงจูงใจในกิจกรรมสุดท้าย

แต่เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านไปเจอสภาพแวดล้อมเดิม ๆ บุคคลเดิมที่เคยเสพยาด้วยกัน ส่งผลให้แรงจูงใจในการเลิกเสพยาลดลง

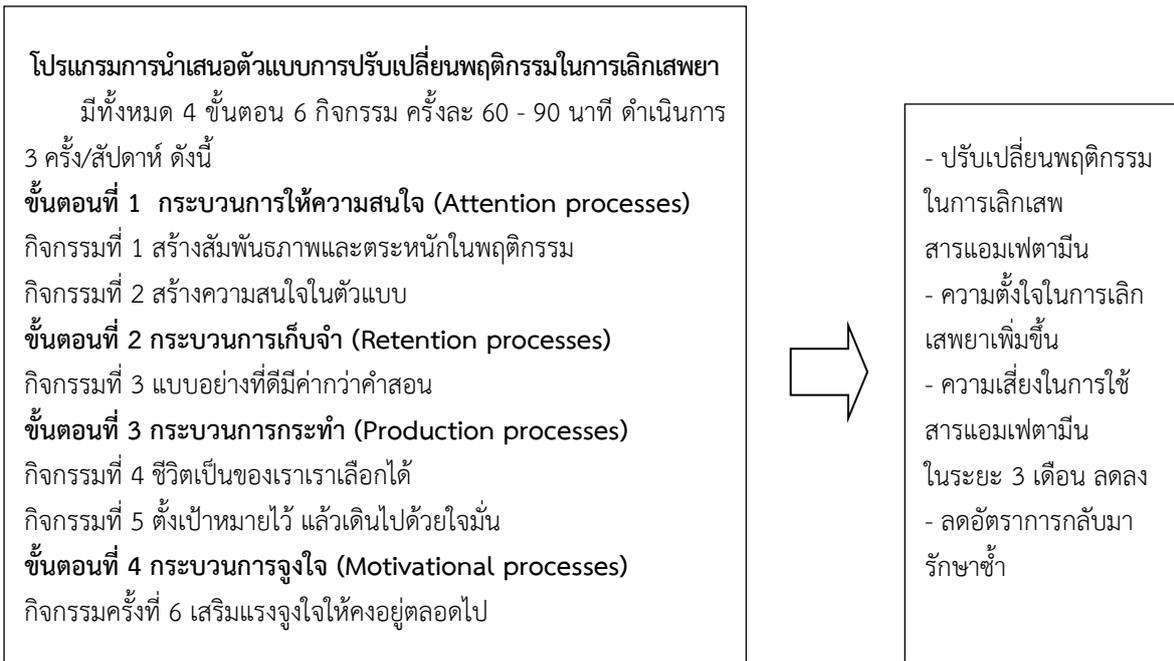
จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา คณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ โดยคาดหวังว่าการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีความตั้งใจในการเลิกเสพยาเป็นการพัฒนาองค์ความรู้จากการปฏิบัติที่ดี พัฒนาเครื่องมือในการบำบัด ส่งเสริมให้องค์กรมีระบบการดำเนินงาน เน้นยกระดับผลลัพธ์ขององค์กร ตอบสนองนโยบาย ซึ่งจะช่วยให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพไปสู่ความมีมาตรฐาน ผู้บำบัดลดระยะเวลาในการบำบัด ผู้ป่วยสามารถกลับสู่ชุมชนได้ตามระยะเวลาที่กำหนด และที่สำคัญเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยได้ในที่สุด

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยาในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยาในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการบำบัดแบบผสมผสาน 3 แนวคิดเข้าด้วยกัน โดยใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา<sup>13</sup> ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของเบค<sup>14</sup> และแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์ และโรลนิก<sup>15</sup> โดยประยุกต์กับโปรแกรมการเสนอตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนของปาลิดา พลัคคี<sup>17</sup> โดยแบนดูรา<sup>13</sup> เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้จากการสังเกตผ่านตัวแบบ โดยเฉพาะตัวแบบจริงที่สามารถสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง ช่วยในการดึงดูดความสนใจทำให้ผู้สังเกตเกิดการจดจำ สามารถเน้นจุดสำคัญ และพฤติกรรมให้เด่นชัด ทำให้การเรียนรู้ได้ผลดียิ่งขึ้น โดยคาดหวังว่า การเลียนแบบจะนำประโยชน์มาให้ เบค<sup>14</sup> กล่าวว่า ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีกระบวนการคิดและการตัดสินใจที่บิดเบือน มักคิดว่าตนเองไม่ติดสารเสพติด สารเสพติดช่วยแก้ปัญหา และสามารถเลิกใช้สารเสพติดเองได้ ดังนั้น การแก้ไขกระบวนการคิดและการตัดสินใจที่บิดเบือนของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการคิด และการตัดสินใจที่ส่งผลถึงการกระทำของตนเองมากขึ้น และมิลเลอร์และโรลนิก<sup>15</sup> กล่าวว่า แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเลิกเสพยาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาได้นานขึ้น ดังนั้น การที่จะบรรลุเป้าหมายสำคัญให้ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จำเป็นต้องเสริมสร้างให้เกิดแรงจูงใจ และมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง การสร้างแรงจูงใจเป็นระยะเพื่อให้แรงจูงใจยังคงอยู่ตลอดการบำบัด เป็นการเพิ่มความตั้งใจ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยาได้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยา มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยา หลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตาม 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความเสี่ยงในการใช้สารแอมเฟตามีน ในระยะ 3 เดือน หลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยา มีอัตราการกลับมารักษารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 28 วัน และ 90 วัน ลดลง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยา เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - กันยายน 2567 โดยเป็นผลการศึกษาของกระบวนการวิจัยและพัฒนา 6 ขั้นตอนในกระบวนการวิจัยทั้งหมด 9 ขั้นตอน ดังนี้ (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** การพัฒนาโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยา

ขั้นตอนที่	เดือน/ปี	กิจกรรมการพัฒนา
1. การวิเคราะห์สถานการณ์ (Need analysis)	ธันวาคม 2566 - มกราคม 2567	- วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ - ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน การบำบัดด้วยการนำเสนอตัวแบบ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยาในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน
2. การประชุมวางแผนและจัดทำร่างต้นแบบของโปรแกรมเบื้องต้น (Prototype developing)	กุมภาพันธ์ 2567	ประชุมวางแผนการวิจัยและกำหนดต้นแบบของโปรแกรมเบื้องต้น (Prototype developing) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์บำบัด ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด 6 คน นักจิตวิทยา 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ตามกรอบแนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา <sup>13</sup> ประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของเบค <sup>14</sup> และแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรลนิก <sup>15</sup> คณะผู้วิจัยได้ปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
3. การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาของร่างโปรแกรม (Content validity testing)	กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2567	การวิเคราะห์ความตรงของเนื้อหา (Content validity testing: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดผู้โดยสารเสพติด จำนวน 5 คน และปรับปรุงต้นแบบโปรแกรมให้เป็นฉบับทดสอบเบื้องต้น
4. การทดสอบต้นแบบโปรแกรมเบื้องต้น (Pilot study and revision)	เมษายน - พฤษภาคม 2567	ทดสอบต้นแบบเบื้องต้น (Preliminary test) เพื่อประเมินความเป็นไปได้แล้วปรับปรุงเบื้องต้น โดยทดสอบกับผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน 10 คน <sup>18</sup>
5. การปรับปรุงเบื้องต้นของโปรแกรมต้นแบบ (initial the program revision)	พฤษภาคม 2567	ปรับปรุงโปรแกรมเบื้องต้น (Initial product revision) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อวิเคราะห์ข้อจำกัด ข้อควรปรับปรุง และวางแผนการทดสอบผลของโปรแกรม
6. การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม (Efficacy testing)	มิถุนายน - กันยายน 2567	ทดสอบผลของโปรแกรมด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (A quasi-experimental control group design) เพื่อประเมินความตั้งใจในการเลิกเสพยา และประเมินพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน ในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่รับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 14 คน กลุ่มควบคุม 14 คน
7. การพัฒนาโปรแกรมขั้นสุดท้าย (Final the program revision)	กันยายน 2567	ปรับปรุงโปรแกรมขั้นสุดท้าย เพื่อให้เนื้อหากิจกรรมเกิดความชัดเจน เข้าใจง่าย และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากขึ้น

ขั้นตอนที่	เดือน/ปี	กิจกรรมการพัฒนา
8. การพัฒนาวิธีถ่ายทอดและขยายผลโปรแกรม	ตุลาคม 2567 - มีนาคม 2568	นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารรองครุพยาบาล และพัฒนาวิธีถ่ายทอด โดยการจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมและอบรมพยาบาลจิตเวชที่ให้บริการผู้ป่วยสารเสพติดเพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานระบบบริการปกติของโรงพยาบาล
9. การติดตามประเมินผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	เมษายน - กันยายน 2568	ติดตามประเมินผลในภาพรวมหลังการนำไปใช้ในระบบบริการของโรงพยาบาล และปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามลำดับ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ เพศชาย อายุ 20 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตร่วม (F15.2, F15.5) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. กลุ่มที่ใช้ทดสอบต้นแบบโปรแกรมครั้งที่ 1 ในขั้นตอนที่ 4 จำนวน 10 คน
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบโปรแกรมครั้งที่ 2 ในขั้นตอนที่ 6 จำนวน 28 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 20 - 59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคติดสารแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตร่วม (F15.2, F15.5) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)
3. มีคะแนนความตั้งใจในการเลิกเสพยา ประเมินโดยใช้แบบวัดความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด คะแนนอยู่ในระดับต่ำ (8 - 19 คะแนน)
4. มีคะแนนพฤติกรรมความเสี่ยงในการใช้สารแอมเฟตามีน ประเมินโดยแบบคัดกรองประสิทธิภาพการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST-ATS) โดยคะแนนอยู่ในระดับเสี่ยงสูงมากขึ้นไป (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 27)

5. สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร และไม่มีภาวะสมองเสื่อมจากการคัดกรองด้วยแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับไทย (The Mini-Mental State Examination 2002: MMSE-Thai 2002) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป

6. สม่ครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกกิจกรรมตามที่กำหนด
2. ระหว่างดำเนินกิจกรรมที่ 1 - 6 ของโปรแกรมห้ดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจที่รุนแรงเกิดขึ้น ได้แก่ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีภาวะซึมเศร้า และเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย

3. ขอดถอนตัวออกจากโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การทดสอบผลของโปรแกรมในขั้นตอนที่ 6 ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากการวิเคราะห์โปรแกรม G\*Power 3.1.9.4 โดยใช้ผลการวิจัยจากการศึกษาของ อมาวสี กลั่นสุวรรณ และคณะ<sup>16</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือ

ในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีน กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ที่ระดับ 0.95 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$ ) เท่ากับ 0.05 ใช้ขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง (Effect size) ที่ระดับ 1.48 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 11 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายหรืออาจมีผู้ยุติการเข้าร่วมวิจัย (Drop out) ผู้วิจัยจึงทำการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง<sup>19</sup> จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 14 ราย รวมทั้งหมดจำนวน 28 ราย

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ตามเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยหมายเลข COA No. 09/2566 รับรองวันที่ 15 ธันวาคม 2566 และ COA No. 09/2566 รับรองวันที่ 14 ธันวาคม 2567 (ขอต่ออายุครั้งที่ 1) ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ การขอความยินยอมจากอาสาสมัครเป็นลายลักษณ์อักษร และการถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ เกิดขึ้น รวมถึงการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลต่าง ๆ มีผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ประโยชน์ที่ได้รับความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงที่อาจจะได้รับการเข้าร่วมการวิจัย และวิธีการป้องกันแก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น การนำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยทำในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

### เครื่องมือการวิจัย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ของครอบครัว การมีคนในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดใช้สารเสพติด การเสพสารแอมเฟตามีนครั้งแรก ระยะเวลาและปริมาณของการเสพสารแอมเฟตามีน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา และระยะเวลาที่เคยเลิกเสพสารแอมเฟตามีน

1.2 แบบทดสอบสมองเสื่อมเบ็ดเตล็ดฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 พัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ<sup>20</sup> ประกอบด้วย 1) การรู้เกี่ยวกับเวลา 2) การรู้เกี่ยวกับสถานที่ 3) การบันทึกความจำ 4) การมีสมาธิ 5) ความจำระยะสั้น 6) การบอกชื่อ 7) การพูดซ้ำคำที่ได้ยิน 8) การเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง 9) การอ่าน การเข้าใจ และทำตามคำสั่ง 10) การเขียนอย่างมีความหมาย 11) ความสัมพันธ์การทำงานระหว่างมือกับตา โดยผ่านการทดสอบความเชื่อถือได้และความแม่นยำของเครื่องมือเท่ากับ 0.93

1.3 แบบวัดความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ข้อคำถามของแบบสอบถามดัดแปลงจากการศึกษาของ นันท์ชัตสนันท์ สกกุลพงศ์ และคณะ<sup>21</sup> ซึ่งมีการพัฒนาแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิง ผ่านการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นแบบคงที่ภายในด้วยสูตรสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.96 ประกอบด้วย 8 คำถาม โดยแต่ละคำถามจะมีค่าคะแนน 5 มาตรฐานย่อย ตั้งแต่ ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่น่าใจค่อนข้างจริง และจริงที่สุด มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวกให้ 1 คะแนน สำหรับการเลือกตอบไม่จริงเลยจนถึง 5 คะแนน สำหรับการเลือกตอบจริงที่สุดสำหรับการให้คะแนน ในข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม โดยจากการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) มากกว่า 0.50 มีคะแนนตั้งแต่ 8 - 40 คะแนน คือค่าคะแนน 31 - 40 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดสูง ค่าคะแนน 20 - 30 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดปานกลาง และค่าคะแนน 8 - 19 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจ

ในการเลิกยาเสพติดต่ำ ผู้วิจัยได้นำมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

1.4 แบบคัดกรองประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ASSIST-ATS) เป็นแบบคัดกรองที่พื้นฐาน กิตติรัตน์ไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล<sup>1</sup> ปรับปรุงมาจากแบบคัดกรอง The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Test (ASSIST) version 3.1 ฉบับภาษาไทย แปลโดย สาวิตรี อัจฉนากรชัย และคณะ<sup>22</sup> ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง และความแม่นยำในการคัดกรองแล้ว โดยมีค่า Internal consistency (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.80 มีค่าความไวร้อยละ 80 ค่าความจำเพาะร้อยละ 71 ประกอบด้วย 8 คำถาม แต่ละคำถามจะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 6 คะแนน มีค่าคะแนนรวมของแบบคัดกรองอยู่ระหว่าง 0 - 39 คะแนน ซึ่งจัดเป็นระดับกลุ่มเสี่ยงได้ 3 ระดับ คือ เสี่ยง มีค่าคะแนน 0 - 3 เสี่ยงมาก มีค่าคะแนน 4 - 26 และเสี่ยงสูงมาก มีค่าคะแนนตั้งแต่ 27 ขึ้นไป ผู้วิจัยได้นำมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยา ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน มีค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 เป็นการบำบัดรายกลุ่ม ประกอบด้วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม โดยมีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละประมาณ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ดังนี้

โปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยา	
<p><b>ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการให้ความสนใจ (Attention processes) ระยะเวลา 60 นาที</b></p> <p><b>กิจกรรมที่ 1</b> สร้างสัมพันธ์ภาพและตระหนักในพฤติกรรม</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ ให้สมาชิกได้สำรวจแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองในการลด/เลิกพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนของตนเอง</p> <p><b>กิจกรรมที่ 2</b> สร้างความสนใจในตัวแบบ</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อเสริมแรงจูงใจให้สมาชิกเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนของตนเอง และสร้างความสนใจในการเรียนรู้ตัวแบบให้กับสมาชิก</p>	
<p><b>ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) ระยะเวลา 90 นาที</b></p> <p><b>กิจกรรมที่ 3</b> แบบอย่างที่ดีมีค่ากว่าคำสอน</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาการเสพยาแอมเฟตามีนตามตัวแบบ สามารถเผชิญปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p>	
<p><b>ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการกระทำ (Production processes) ระยะเวลา 60 นาที</b></p> <p><b>กิจกรรมที่ 4</b> ชีวิตเป็นของเรา เราเลือกได้</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกเข้าใจกระบวนการคิด และการตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำของตนเอง และปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการเสพยาแอมเฟตามีนได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีทักษะและวิธีการจัดการกับปัญหาที่นำไปสู่การเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่มากระตุ้นได้อย่างเหมาะสม</p> <p><b>กิจกรรมที่ 5</b> ตั้งเป้าหมายไว้ แล้วเดินไปด้วยใจมั่น</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความเข้มแข็งและศักยภาพในตนเอง สร้างความเชื่อมั่นที่จะกระทำเพื่อนำพาชีวิตไปสู่เป้าหมายนั้น</p>	

### โปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยา

ขั้นตอน 4 กระบวนการจูงใจ (Motivational processes) ระยะเวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 6 เสริมแรงจูงใจให้คงอยู่ตลอดไป

วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับแรงจูงใจของสมาชิก และเสริมสร้างแรงจูงใจให้คงอยู่รวมถึงสมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และร่วมกันยึดมั่นต่อคำสัญญาในการดำเนินชีวิต โดยไม่พึ่งพาสารแอมเฟตามีน เพื่อส่งเสริมความตั้งใจในการที่จะไม่เสพยาแอมเฟตามีน

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้ความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ตามมาตรฐานการพยาบาล และแนวทางการดูแลของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งเป็นการบำบัดรักษาด้วยยา การบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจ ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Chi-Square test, Fisher's exact test และ Independent t-test ตามลักษณะของข้อมูล
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยา ก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันที และระยะติดตาม 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U-test เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน ก่อนการบำบัด และติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U-test เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

#### ผลการวิจัย

##### 1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยา

**การพัฒนาโปรแกรมครั้งที่ 1** ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม การดำเนินกิจกรรมครั้งละประมาณ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการให้ความสนใจ (Attention processes)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและตระหนักในพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 2 สร้างความสนใจในตัวแบบ

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการเก็บจำ (Retention processes)

กิจกรรมที่ 3 แบบอย่างที่ดีมีค่ากว่าคำสอน

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการกระทำ (Production processes)

กิจกรรมที่ 4 ชีวิตเป็นของเราเราเลือกได้

กิจกรรมที่ 5 ตั้งเป้าหมายไว้ แล้วเดินไปด้วยใจมั่น

ขั้นตอนที่ 4 กระบวนการจูงใจ (Motivational processes)

กิจกรรมครั้งที่ 6 เสริมแรงจูงใจให้คงอยู่ตลอดไป

ในกระบวนการพัฒนามีการนำโปรแกรมดังกล่าวไปอบรมพยาบาลวิชาชีพ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน มีคะแนนความตั้งใจในการเลิกเสพยาอยู่ในระดับต่ำ และคะแนนพฤติกรรมการความเสี่ยงในการใช้สารแอมเฟตามีนระดับเสี่ยงสูงมาก จำนวน 10 คน<sup>18</sup> ได้รับการบำบัดตามโปรแกรมทั้ง 6 ครั้ง และติดตามประเมินผล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจในการใช้ภาษาที่อยู่ในคู่มือผู้รับการบำบัด แต่มีบางส่วนของเนื้อหาที่ยังไม่ค่อยเข้าใจ นักวิจัยที่เป็นผู้บำบัดต้องอธิบายเพิ่มเติม ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจมากขึ้น ผลการทดสอบโปรแกรมเบื้องต้น พบว่า ทุกคนมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกเสพยาเพิ่มขึ้นจากการบำบัด เฉลี่ย 32.02 คะแนน และมีคะแนนพฤติกรรมการความเสี่ยงในการใช้สารแอมเฟตามีนลดลงจากก่อนบำบัด เฉลี่ย 17.25 คะแนน

**การพัฒนาโปรแกรมครั้งที่ 2** เป็นการปรับปรุงหลังจากแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้บำบัดตามโปรแกรมดังกล่าว และนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ ได้มีการปรับเทคนิค ในใบกิจกรรมที่ 4.2 คือ เรื่อง “ตัดวงจรความอยากออกไปจากชีวิต” โดยทำระดับคะแนนความอยากเสพยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถให้คะแนนได้ง่ายขึ้น และเนื้อหาในใบความรู้ 4.1 เรื่อง “การจัดการกับสิ่งกระตุ้น” ให้สั้นกระชับ เพื่อให้มีความชัดเจน และง่ายต่อการทำความเข้าใจของผู้ป่วยมากขึ้น ภายใต้กรอบแนวคิด ขั้นตอน และจำนวนครั้งแบบเดิม

**2. ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการวิจัยในขั้นตอนที่ 6**

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 14 คน กลุ่มควบคุม 14 คน เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างด้านอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว การมีคนในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดใช้สารเสพติด การเสพยาแอมเฟตามีนครั้งแรก ระยะเวลาและปริมาณของการเสพยาแอมเฟตามีน จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดรักษา และระยะเวลาที่เคยเลิกเสพยาแอมเฟตามีน พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ( $p > .05$ ) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 14)		กลุ่มควบคุม (n = 14)		p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					1.000
20-29	4	28.6	5	35.7	
30-39	8	57.1	7	50.0	
≥40	2	14.3	2	14.3	
Mean±S.D.	31.79±7.00		31.14±5.50		0.789
สถานะภาพสมรส					1.000
โสด	11	78.6	10	71.4	
คู่/สมรส	2	14.3	2	14.3	
หย่าร้าง	1	7.1	2	14.3	
อาชีพ					0.276
เกษตรกร	4	28.6	6	42.9	
ค้าขาย	1	7.1	2	14.3	
รับจ้าง	7	50.0	2	14.3	
ว่างงาน	2	14.3	4	28.6	

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 14)		กลุ่มควบคุม (n = 14)		p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
การศึกษา					0.130
ประถมศึกษา	3	21.4	4	28.6	
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	71.4	5	35.7	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	7.1	5	35.7	
รายได้ (บาท/เดือน)					0.872
< 5,000	7	50.0	9	64.3	
10,000-15,000	3	21.4	3	21.4	
5,000-10,000	3	21.4	2	14.3	
>15,000	1	7.1	0	0	
คนใกล้ชิดที่ใช้ยา					0.705
มี	6	42.9	7	50.0	
ไม่มี	8	57.1	7	50.0	
ใช้สารแอมเฟตามีนครั้งแรก (ปี)					0.578
10-15	2	14.3	0	0	
16-20	5	35.7	4	28.6	
21-25	3	21.4	5	35.7	
26-30	4	28.6	5	35.7	
Mean±SD.	21.43±5.77		23.79±4.63		0.204
ระยะเวลาการเสพแอมเฟตามีน (ปี)					0.797
1-5	4	28.6	5	35.7	
6-10	3	21.4	4	28.6	
>10	7	50.0	5	35.7	
Mean±SD.	9.07±5.73		8.57±6.15		0.826
ความรุนแรงของการเสพแอมเฟตามีน (เม็ด/สัปดาห์)					1.000
1-5	3	21.4	3	21.4	
6-10	7	50.0	8	57.1	
>10	4	28.6	3	21.4	
Mean±SD.	10.00±6.00		8.86±4.31		0.816
จำนวนครั้งที่เข้าบำบัด					0.903
1 ครั้ง	3	21.4	4	28.6	
2 ครั้ง	7	50.0	5	35.7	
3 ครั้ง	2	14.3	3	21.4	
≥ 4 ครั้ง	2	14.3	2	14.3	
Mean±SD.	2.29±1.14		2.36±1.39		

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 14)		กลุ่มควบคุม (n = 14)		p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
ระยะเวลาที่หยุดใช้ (เดือน)					0.430
< 12	10	71.4	8	57.1	
≥ 12	4	28.6	6	42.9	
Mean±S.D.	7.64±7.90		8.57±7.76		0.609

\*p < .05

### 3. ผลลัพธ์ของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความเสี่ยงในการใช้สารแอมเฟตามีนก่อนและหลังการบำบัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยาในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) (ตารางที่ 3 และ 4)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยา ก่อนการบำบัด หลังการบำบัดทันที และระยะติดตาม 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ความตั้งใจในการเลิกเสพยา	กลุ่มทดลอง (n = 14)		กลุ่มควบคุม (n = 14)		Difference		Z	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	95%CI		
ก่อนบำบัด	17.57	1.16	17.36	1.15	0.214	-0.683 1.111	0.526	0.599
หลังบำบัดทันที	31.64	2.31	21.71	4.53	9.929	7.135 12.722	4.021	<0.001*
ติดตาม 3 เดือน	26.21	5.34	17.36	4.05	8.857	5.176 12.538	3.459	0.001*

\*p < .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความเสี่ยงในการใช้สารแอมเฟตามีน ก่อนการบำบัด และติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ASSIST-ATS	กลุ่มทดลอง (n=14)		กลุ่มควบคุม (n=14)		Difference		Z	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	95%CI		
ก่อนบำบัด	30.21	2.22	30.07	1.69	0.143	-1.391, 1.676	0.165	0.869
ติดตาม 3 เดือน	16.14	5.16	27.00	7.21	-10.857	-15.727, -5.987	3.434	0.001*

\* p < .05

### 4. ผลการติดตามการนำโปรแกรมไปใช้ในระบบบริการ

ในส่วนของการบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน พบว่า หลังการทดลองนำโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยา ไปทดลองใช้ในกลุ่มทดลอง มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 24.93 วัน ซึ่งสั้นกว่าวันนอนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม ซึ่งมีจำนวน 31.07 วัน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย แต่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน จำนวน 2 คน อย่างไรก็ตามถือว่า ร้อยละการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำหลังการบำบัดด้วยโปรแกรมดังกล่าว น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** ผลติดตามการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 28 วัน และ 90 วัน

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n = 14)		กลุ่มควบคุม (n = 14)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 28 วัน	0	0	4	28.57	4.667	0.031*
การกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 90 วัน	2	14.29	8	57.14	5.600	0.018*

\* p < .05

### การอภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยาในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนในครั้งนี้ พัฒนามาตามกรอบแนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา<sup>13</sup> ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของเบค<sup>14</sup> และแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์ และโรลนิก<sup>15</sup> โดยปรับปรุงมาจากโปรแกรมการเสนอตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน ของ ปาลิดา พละศักดิ์<sup>17</sup> ที่ใช้แนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา<sup>13</sup> เป็นการเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริง กิจกรรมเน้นผลกระทบที่เกิดจากการใช้สารแอมเฟตามีน โดยให้ผู้ป่วยทบทวนเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบต่อตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยวิเคราะห์พฤติกรรมผ่านตัวแบบ รวมถึงเทคนิคและวิธีการที่ตัวแบบใช้ เพื่อนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง แม้ในแนวคิดนี้จะมีการเสริมแรงจูงใจในกิจกรรมสุดท้าย เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ไปเจอสภาพแวดล้อมเดิม ๆ ส่งผลให้แรงจูงใจในการเลิกเสพยาลดลง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการบำบัดโดยบูรณาการให้ครอบคลุมกับปัญหามากขึ้น โดยบูรณาการ 3 แนวคิดเข้าด้วยกัน ประกอบด้วย แนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา<sup>13</sup> ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของเบค<sup>14</sup> และแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์ และโรลนิก<sup>15</sup> ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพและตระหนักในพฤติกรรม 2) สร้างความสนใจในตัวแบบ 3) แบบอย่างที่ดีมีค่ากว่าคำสอน 4) ชีวิตเป็นของเราเราเลือกได้ 5) ตั้งเป้าหมายไว้ แล้วเดินไปด้วยใจมั่น และ 6) เสริมแรงจูงใจให้คงอยู่ตลอดไป ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ เนื่องจากเชื่อว่าผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนมักมีกระบวนการคิดและการตัดสินใจที่บิดเบือน โดยมักจะใช้สารแอมเฟตามีนเพื่อบรรเทาความทุกข์ใจหรือเพื่อความสุขที่ทันที โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบระยะยาว อีกทั้งยังอาจใช้สารแอมเฟตามีนเป็นวิธีในการแก้ไขปัญหา หรือเพื่อให้ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมคล้ายคลึงกัน<sup>23</sup> การใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเลิกเสพยาจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในโปรแกรมบำบัดรักษาได้นานขึ้น<sup>24</sup> นอกจากนี้ในกระบวนการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวมีการทดสอบนำร่อง โดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีคะแนนความตั้งใจในการเลิกเสพยาอยู่ในระดับต่ำ และคะแนนพฤติกรรมความเสี่ยงในการใช้สารแอมเฟตามีนระดับเสี่ยงสูงมาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจในการใช้ภาษาที่อยู่ในคู่มือผู้รับการบำบัด แต่มีบางส่วนของเนื้อหาที่ยังไม่ค่อยเข้าใจ นักวิจัยที่เป็นผู้บำบัดต้องอธิบายเพิ่มเติม ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจมากขึ้น “เช่น กิจกรรมรู้จักและเข้าใจพิษภัยของแอมเฟตามีน มีการให้ผู้ป่วยนึกถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ก่อนที่จะนำไปสู่การเสพยาแอมเฟตามีน ผู้ป่วยคิดไม่ออก เพราะอารมณ์

เกิดขึ้นก่อน จึงเกิดความคิดอยากเสพยา และกิจกรรมคิดผิดชีวิตเปลี่ยน ผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อหาเหตุผลมาโต้แย้งความคิดเดิมที่อยากเสพยา เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” จึงมีการปรับปรุงโปรแกรมหลังจากแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้บำบัดตามโปรแกรมดังกล่าว และนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ ได้มีการปรับเทคนิค และเนื้อหาบางส่วนให้สั้นกระชับ เพื่อให้การบำบัดมีความชัดเจน และง่ายต่อการทำความเข้าใจของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมากขึ้น ภายใต้กรอบแนวคิด ขั้นตอน และจำนวนครั้งแบบเดิม

ผลของการบำบัดด้วยโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยา ในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนได้ผลในการเพิ่มความตั้งใจในการเลิกเสพยา และลดพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารแอมเฟตามีน พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการเลิกเสพยา หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตาม 3 เดือน เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความเสี่ยงในการใช้สารแอมเฟตามีนในระยะติดตาม 3 เดือน ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการบำบัดด้วยโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกเสพยา ในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม โดยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยการสะท้อนประสบการณ์ตรงและการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน พร้อมทั้งการวิเคราะห์ผลดีและผลเสียของการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนด้วยการไตร่ตรองอย่างรอบด้าน ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยาและวงจรการเสพยาแอมเฟตามีน ให้ผู้ป่วยฝึกปรับเปลี่ยนรูปแบบของความคิดที่นำไปสู่สถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยา มีการวางแผนการดูแลตนเอง และอภิปรายร่วมกับตัวแบบจริงที่ประสบความสำเร็จในการเลิกเสพยา ซึ่งตัวแบบมีความคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ทำให้ผู้สังเกตเกิดความสนใจอยากเรียนรู้ เนื่องจากมีความมั่นใจว่า พฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นมีความเหมาะสม และเป็นสิ่งที่ตนเองก็น่าจะทำได้ รวมถึงการให้คำมั่นสัญญาในการไม่เสพยา เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและมั่นคงในเป้าหมายของตนเอง โดยมีการเสริมสร้างแรงจูงใจในทุกๆระยะของการบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการเลิกเสพยา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเสพยาแอมเฟตามีนอย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่า การบำบัดทางจิตสังคมแบบผสมผสาน หรือการใช้จิตสังคมบำบัดหลายรูปแบบร่วมกัน เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการบำบัดที่ให้ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้การใช้จิตสังคมบำบัดเพียงรูปแบบเดียวเสมอไป เนื่องจากการบำบัดแบบผสมผสานสามารถตอบสนองความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างหลากหลาย และช่วยเสริมสร้างกลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น<sup>10</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ ก้องเกียรติ อุเต็น และคณะ<sup>12</sup> ที่พัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ที่เป็โรคจิตจากแอมเฟตามีน ด้วยแนวคิดหลัก 4 ประการ คือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) การบำบัดโดยการแก้ปัญห (PST) และการเจริญสติ (Mindfulness) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยาและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดในระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลอง และแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และการกลับไปเสพยาภายในระยะ 12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ประสิทธิผลของโปรแกรมหลังมีการนำไปทดลองใช้ในกลุ่มทดลอง และติดตามการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และ 90 วัน หลังจำหน่าย พบว่า ส่งผลทำให้ร้อยละการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนของโรงพยาบาลลดลง โดยไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย แต่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน จำนวน 2 คน แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วย

เกิดกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกต และเลียนแบบ เกิดการเข้าใจรูปแบบของความคิดที่สัมพันธ์กับอารมณ์ และพฤติกรรม การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเลิกเสพยาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะ ทำให้ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาได้นานขึ้น เป็นการเพิ่มความตั้งใจ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการ เลิกเสพยาได้ รวมทั้งป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตต์กวี โพธิ์โน และคณะ<sup>11</sup> ที่ศึกษาประสิทธิผลการบำบัด Co-occurring disorder (COD) Intervention ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) แนวคิดการบำบัด ความคิดและพฤติกรรม (CBT) แนวคิดการทำกิจกรรมกลุ่ม (Group therapy) แนวคิดครอบครัวบำบัด (Family therapy) และแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) วัตถุประสงค์การหยุดเสพยาและแม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันหลังจำหน่าย พบว่า กลุ่มทดลองมีการ หยุดเสพยา และไม่กลับมารักษาซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

### ข้อจำกัดของการวิจัย

ด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาในการศึกษา ทำให้การศึกษาค้างนี้มีการติดตามผลหลังการบำบัดในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือน ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมในระยะยาว เช่น มีการติดตาม การดูแลต่อเนื่องในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของโปรแกรม

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านบริหารการพยาบาล

1. เป็นการวางระบบในการพัฒนาบุคลากร โดยนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในระบบของโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลผู้บำบัด และควรมีการฝึกอบรมพยาบาลให้มีความรู้ความเข้าใจ มีสมรรถนะ ตามหลักของโปรแกรมก่อนนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

2. สามารถวางแผนจัดอัตรากำลังให้ผู้ป่วยได้มีผู้บำบัดที่ครบถ้วน และเพียงพอ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดฟื้นฟูทางจิตสังคมในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน และในกลุ่มที่มีปัญหา ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

ด้านการวิจัย

การศึกษาค้างนี้พัฒนาโปรแกรมภายใต้บริบทของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดังนั้น การศึกษาค้างต่อไป ควรมีการปรับปรุงและนำไปทดลองใช้ในบริบทอื่นๆ ของโรงพยาบาลจิตเวช หรือโรงพยาบาลทั่วไป ที่มีแผนกจิตเวช

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่หลังจำหน่ายกลับบ้านจะขาดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ควรมีการนำครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของโปรแกรม

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมในระยะยาว เช่น มีการติดตามการดูแลต่อเนื่องในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของโปรแกรม

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาโปรแกรมการนำเสนอตัวแบบไปใช้ในผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และพัฒนารูปแบบการนำเสนอตัวแบบอื่น ๆ ให้มีความหลากหลาย เช่น ตัวแบบสัญลักษณ์ และทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม

### เอกสารอ้างอิง

1. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, บุญศิริ จันศิริมงคล. คู่มือผู้อบรม หลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาสารเสพติด กลุ่มแอมเฟตามีน สำหรับบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 2. แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพติดในชุมชน; 2555.
2. สำเนา นิลบรรพ์, รัตนา ดีปัญญา. กระบวนการเสพติด ผลกระทบต่อสุขภาพและครอบครัวของผู้เสพติด. วารสารวิชาการเสพติด 2556;1:15-31.
3. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัด รักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web\\_download/rptk5fmp8q8sk0soko.pdf](https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/rptk5fmp8q8sk0soko.pdf)
4. พรทิพย์ โชครุ่ง, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, เวทิส ประทุมศรี. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกเสพยาต่อความตั้งใจในการเลิกเสพยาของผู้เสพติดสารแอมเฟตามีน. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2559;32:37-50.
5. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2021 (United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8). Vienna: UNODC; 2021.
6. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. สำนักยุทธศาสตร์; 2564.
7. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ 2564 - 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 18 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://antidrug.moph.go.th/report/normal>
8. Baker TB, Schuster CR. Neurobiology of stimulant addiction: A review of behavioral and neurobiological studies. Neuropsychopharmacol 2021;46:17-27.
9. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. ผลการปฏิบัติงานประจำปี 2566. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2566.
10. De Crescenzo F, Ciabattini M, D'Alò GL, De Giorgi R, Del Giovane C, Cassar C, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: A systematic review and network meta-analysis. PLoS Med 2018;15:1-24.
11. กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, ปราณี ฉันทพจน์, สุพัตรา สุขาวท. ประสิทธิภาพของโปรแกรม Co-occurring disorder (COD) Intervention ในการหยุดเสพยาแอมเฟตามีน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561;63:127-40.

12. ก้องเกียรติ อุเต็น, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, วิชชุดา ยะสินธุ์, วิมลวรรณ คำลือ, พุทธิชาติ ศรีสุวรรณ. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2565;36:46-70.
13. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1986.
14. Beck J. Cognitive therapy: basics and beyond. New York: Guilford; 1995.
15. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Gilford; 2002.
16. อมาวสี กลั่นสุวรรณ, นิตยา ตากวิริยะนันท์, ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี. วารสารกรมการแพทย์ 2561;43:90-5.
17. ปาลิดา พละศักดิ์. ผลของการเสนอตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2566.
18. Kieser M, Wassmer G. On the use of the upper confidence limit for the variance from a pilot sample for sample size determination. Biometrical J 1996;38:941-9.
19. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2558.
20. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
21. นันทชัตต์สมันท์ สกุลพงศ์, อรพินท์ ชูชม และณัฐสุดา เต้พันธ์. การพัฒนาแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2558;33:144-51.
22. สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. แบบคัดกรองประสิทธิภาพดีมีสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด (ASSIST): คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ. นนทบุรี: แผนงานพัฒนาวิชาการการดูแลสุขภาพเสพติดในชุมชน; 2554.
23. Smith JA, Doe RB. Cognitive distortions and decision-making processes in amphetamine addiction. J Subst Abuse Treat 2020;58:234-45.
24. Johnson MR, Williams TH. The role of motivation in long-term substance abuse treatment outcomes. Addict Res Theory 2021;29:412-25.