

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการบำบัด start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพยา ในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน

วันรับ : 27 พฤศจิกายน 2564

วันแก้ไข : 21 มีนาคม 2565

วันตอบรับ : 22 มีนาคม 2565

โกศล วราอัศวปติ, พ.บ.¹, วรท ลำไย, พ.บ.¹,กิตต์กวี โพธิ์โน, พ.บ.², นพพร ตันติรังสี, ปร.ด.³,ปราณี จันทะโม, ส.ม.¹โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต¹,โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต², ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบผลของการบำบัด start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพยาในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีน

วิธีการ : เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ประเมินผลก่อนบำบัดและหลังบำบัดครบ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตระยะแรกจำนวน 44 คนที่มีปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีนและเข้ารับการรักษาระหว่างเดือนสิงหาคม 2562 - สิงหาคม 2563 กลุ่มทดลอง 23 คนได้รับการบำบัด SOS ประกอบด้วยการบำบัดรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยใน 5 ครั้ง การพบปะญาติผู้ป่วย 1 ครั้ง การบำบัดติดตามผู้ป่วย 4 ครั้ง และการติดตามญาติ 2 ครั้ง กลุ่มควบคุม 21 คนได้รับการบำบัดยาเสพติดตามปกติ ประเมินการเสพยาโดยวัดปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมด้วยวิธี gas chromatography-mass spectrometry ก่อนเข้าบำบัดและหลังจากบำบัดครบ 3 เดือน

ผล : กลุ่มทดลองมีการลดการเสพยาใน 3 เดือน (ร้อยละ 91.3) มากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 9.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 29.427, p < .001$) กลุ่มทดลองมีการลดลงของปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมใน 3 เดือน (-16.7ng/mg , $SD = 15.2$) มากกว่ากลุ่มควบคุม (16.0 ng/mg , $SD = 15.1$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.154, p < .001$)

สรุป : การบำบัด SOS สามารถลดการเสพยาในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรกที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โดยควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อขยายผลในการประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น ๆ

คำสำคัญ : การบำบัด start over and survive (SOS), ปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน, ผู้ป่วยโรคจิต

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วรท ลำไย; email: lamyai118@hotmail.com

Original articles

Effect of the start over and survive intervention (SOS) on relapse reduction of methamphetamine use in patients with psychotic disorders

Received : 27 November 2021

Revised : 21 March 2022

Accepted : 22 March 2022

Koson Waraasawapati, M.D.¹, Warot Lamyai, M.D.¹,Kitkawe Pono, M.D.², Nopporn Tantirangsee, Ph.D.³, Pranee Jantamo, M.P.H.¹Nakhon Phanom Rajanakarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health¹,Suan Prung hospital, Department of Mental Health²,Mental Health Center 12, Department of Mental Health³

Abstract

Objective: To assess the effect of a brief motivational therapy (start over and survive intervention; SOS) on relapse reduction of methamphetamine use in patients with psychotic disorders.

Methods: A randomized control trial was conducted among 44 hospitalized patients with early psychotic disorders and comorbid methamphetamine use disorder between August 2019 and August 2020. The experiment group (n = 23) received 12 sessions of SOS therapy during the admission and one month after discharge. The control group (n = 21) received treatment as usual. The reduction of methamphetamine use was evaluated by using gas chromatography-mass spectrometry from hair samples before and three months after intervention.

Results: The experiment group had significantly more proportion of those with reduced relapse (91.3% vs. 9.5%, $\chi^2 = 29.427$, $p < .001$) and more reduction of mean methamphetamine level than the control group (-16.7 ng/mg, SD = 15.2 vs. 16.0 ng/mg, SD = 15.1, $t = -7.154$, $p < .001$).

Conclusion: The SOS to can reduce methamphetamine use relapse during 3 months in patients with early psychotic disorder. Further studies should be conducted before application in other contexts.

Keywords: methamphetamine use disorders, patients with psychosis, start over and survive (SOS)

Corresponding author: Warot Lamyai; e-mail: lamyai118@hotmail.com

ความรู้เดิม : ผู้ป่วยโรคจิตระยะแรกที่มีปัญหาใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนเริ่มรับการบำบัดปัญหาการใช้สารเสพติดหลังจากอาการทางจิตหายดีแล้ว

ความรู้ใหม่ : การบำบัดด้วย SOS สามารถลดการเสพยาเมทแอมเฟตามีนในระยะ 3 เดือนในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรก โดยสามารถให้การบำบัดได้ตั้งแต่เริ่มมีอาการทางจิต

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นทางเลือกของการบำบัดการเสพยาเมทแอมเฟตามีนในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรก ในหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีหอผู้ป่วยในจิตเวช

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนเป็นปัญหาที่สำคัญในระดับโลก มีการประมาณการว่ามีประชากรกว่า 27 ล้านคนหรือร้อยละ 0.5 ของประชากรอายุ 15 - 64 ปีทั่วทั้งโลกเสพยาประเภทนี้ โดยปัญหามีความรุนแรงสูงขึ้นในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ยาเสพติดยังไม่ลดระดับความรุนแรงลง โดยเฉพาะยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ (ยาบ้าและไอซ์) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีการจับกุมคดียาเสพติดทั้งหมด 337,186 คดี ผู้ต้องหา 350,758 คน ของกลางยาบ้า 554.7 ล้านเม็ด ไอซ์ 26,662 กิโลกรัม ซึ่งไม่แตกต่างจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ที่มีการจับกุมคดียาเสพติดทั้งหมด 324,552 คดี ผู้ต้องหา 338,560 คน ของกลางยาบ้า 319.1 ล้านเม็ด ไอซ์ 23,872 กิโลกรัม¹ แม้ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้เข้ารับการรักษายาเสพติด 155,500 ราย ลดลงจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ที่มีผู้เข้ารับการรักษายาเสพติด 212,646 ราย แต่ผู้เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ยังคงเป็นเพศชาย (ร้อยละ 89.7) เป็นกลุ่มอายุ 25 - 29 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 18.2) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 20 - 24 ปี (ร้อยละ 17.0) ผู้เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพยา (ร้อยละ 63.6) รองลงมาคือ ผู้ติด (ร้อยละ 32.0) และผู้ใช้ (ร้อยละ 4.4) สารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ ยาบ้า (ร้อยละ 79.2) รองลงมาคือ ไอซ์ (ร้อยละ 8.3)²

เมื่อศึกษาถึงอัตราความเสี่ยงพบว่า ผู้มีภาวะผิดปกติทางจิตมีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดอย่างผิดปกติมากกว่าคนทั่วไป 2.7 เท่า และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีแนวโน้มการใช้สารเสพติดมากกว่าคนทั่วไป 4 เท่า และ 5 เท่า ตามลำดับ และในคนที่เสพยาสารเสพติดหลายชนิดพร้อมกันก็มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย³ โดยภาวะโรคจิตยังคงเป็นโรคทางจิตเวชที่มีค่าใช้จ่ายจากการสูญเสียการทำงาน การดูแลสุขภาพ และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมากที่สุด⁴

การใช้เมทแอมเฟตามีน (methamphetamine; MA) มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต⁵ โดยอาการโรคจิตเป็นผลกระทบที่สำคัญจากการใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ผู้ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนร้อยละ 21 ถึง 46 มีโอกาสเกิดภาวะนี้⁶ การศึกษาในประเทศไทยพบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการทางจิตในผู้ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีน ได้แก่ เพศชาย มีประวัติการใช้สารเสพติดติดต่อกันมากกว่าหรือเท่ากับ 16 วันต่อเดือน มีภาวะพึ่งพาเมทแอมเฟตามีน และมีประวัติเคยได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในจากปัญหาการใช้สารเสพติด⁷ ผู้ที่มีอาการโรคจิตจากสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนมีความเสี่ยงของการก่อความรุนแรงสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการทางจิต⁸ มีระดับพหุปัญญาต่ำกว่าผู้เสพยาที่ไม่มีอาการทางจิตซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการบำบัดรักษามากกว่า⁹ และยิ่งไปกว่านั้น ร้อยละ 25 ถึง 38 ของผู้ที่มีอาการโรคจิตจากสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนมีโอกาสเป็นโรคจิตเรื้อรัง^{11,12} ในทางกลับกัน การสำรวจระดับจิตวิทยาในชุมชนพบว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีปัญหาการใช้สารเสพติดมากขึ้น โดยมีความเสี่ยงสูงขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท^{13,14} ภาวะโรคคร่อมระหว่างความผิดปกติทางจิตใจและการใช้สารเสพติดส่งผลกระทบต่อผลการรักษาทางคลินิก แม้เป็นการดื่มสุราหรือเสพยาเสพติดจำนวนเล็กน้อย¹⁵ ซึ่งเป็นภาระให้กับผู้ดูแล เพิ่มภาระทางสาธารณสุขและงบประมาณที่ใช้ในการรักษาพยาบาล และเป็นภาระทางสังคม¹⁶

การศึกษาในประเทศไทยพบว่า อัตราการกลับไปเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตใน 1 ปีเท่ากับ

ร้อยละ 50 ส่วนอัตราการมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำและรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำเท่ากับร้อยละ 31¹⁷ การศึกษาที่ติดตามการดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน 6 เดือนพบว่า การเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำเป็นปัจจัยเสี่ยงในการกลับป่วยซ้ำของอาการโรคจิต¹⁸ ดังนั้นการลดการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ จึงน่าจะช่วยลดอัตราเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างไรก็ตาม การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตและติดสารเสพติดได้ผลในการลดการใช้สารเสพติดหรือป้องกันการกลับซ้ำแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹ โดยส่วนใหญ่เครื่องมือในการบำบัดไม่ได้รับการศึกษาหรือพัฒนาในกลุ่มประชากรที่มีภาวะโรคจิต

การบำบัด start over and survive (SOS) เป็นรูปแบบการบำบัดที่อิงหลักการ motivation interviewing (MI) เป็นการบำบัดอย่างย่อชนิดมีโครงสร้างซึ่งถูกพัฒนาเพื่อใช้ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะโรคจิตระยะแรก โดยมีอาการทางจิตไม่เกิน 3 ปี อายุไม่เกิน 35 ปี และเคยรักษาแบบผู้ป่วยในไม่เกิน 2 ครั้ง การศึกษาในต่างประเทศพบว่า การบำบัดช่วยลดการใช้สารเสพติดใน 6 เดือนเมื่อเทียบกับการรักษาตามมาตรฐานและมีผลถึง 12 เดือน²⁰ การบำบัด SOS จึงอาจเหมาะสมกับบริบทประเทศไทยที่มีความชุกของผู้ป่วยโรคจิตร่วมกับการเสพยาเมทแอมเฟตามีนสูง และการบำบัดใช้ระยะเวลาไม่นานมาก อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีการศึกษาผลของการบำบัดนี้ในประเทศไทย ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของการบำบัด SOS ต่อการลดการกลับไปเสพยาซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน

วิธีการ

การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการบำบัด start over and survive (SOS) กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดยาเสพติดตามแบบปกติของหน่วยงานกรมสุขภาพจิต (treatment as usual) เก็บข้อมูลก่อนเข้าบำบัดและหลังจากบำบัดครบ 3 เดือน ติดตามการลดการเสพยาซ้ำโดยวัดปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมด้วยวิธี

gas chromatography-mass spectrometry (GC/MC) การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ NPRPHEC 2562-003 ลงวันที่ 2 สิงหาคม 2562

ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2562 - สิงหาคม 2563 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ อายุ 18 - 35 ปี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต (psychotic disorder) ร่วมกับปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน ตรงกับเกณฑ์ ICD 10 หมวด F2x.xx และ F15.xx ตามลำดับ โดยมีอาการทางจิตไม่เกิน 3 ปี เคยรักษาแบบผู้ป่วยในไม่เกิน 2 ครั้ง และได้รับการประเมินอาการของโรคจิตด้วย mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) part L และ DrugCheck problem list แล้วพบว่าไม่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โดยมีคะแนน problem list มากกว่า 2 คะแนน เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยที่ส่งมาบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตหรือเงื่อนไขคุมประพฤติ มีโรคระบบประสาท เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคจิตเวชที่เกิดจากการบาดเจ็บทางสมอง (organic brain syndrome) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคหลอดเลือดสมอง หรือมีการเจ็บป่วยทางกายที่ควบคุมไม่ได้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง อ้างอิงจากการศึกษาของ Kavanagh และคณะ²⁰ โดยอัตราการลดการเสพยาซ้ำในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (P1) เท่ากับ 0.75 และอัตราการลดการเสพยาซ้ำในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม (P2) เท่ากับ 0.25 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 19 คน รวมเป็น 38 คน โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 44 คน เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนของกลุ่มตัวอย่างที่อาจออกจากการศึกษา

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. *mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) part L (psychotic disorder)*²¹ เป็นแบบสัมภาษณ์ทางคลินิกชนิดมีโครงสร้างอย่างย่อ เพื่อการวินิจฉัยโรคจิตเวชในแกนที่ 1 (Axis I) ในระบบ DSM-IV และ ICD-10 เครื่องมือ M.I.N.I. ผ่านการวิเคราะห์ความแม่นยำ (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) โดยเปรียบเทียบกับเครื่องมือ structured clinical interview for DSM-III-R patients (SCID-P) สำหรับ DSM-III-R และเครื่องมือ composite international diagnostic interview (CIDI)

2. *DrugCheck problem list*²² ถูกพัฒนาขึ้นมาจากเครื่องมือ problem drinking questionnaire และ WHO world mental health-composite international diagnostic interview (WMH-CIDI) เพื่อใช้ในการประเมินความผิดปกติของการใช้สารเสพติดในระบบวินิจฉัย DSM-IV และมีการเทียบกับเครื่องมือ alcohol use identification test (AUDIT) และ severity of dependence scale (SDS)

เครื่องมือประเมินขณะเข้าการศึกษา

1. *ข้อมูลทั่วไป* ประกอบด้วยแบบคำถามข้อมูลทางประชากรศาสตร์และสังคมศาสตร์ และข้อคำถามรูปแบบและการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน ประเมินโดยผู้วิจัย 1 ครั้ง ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งแรก

2. *M.I.N.I. part K (methamphetamine use disorder)*²¹ ประเมินการเสพติดเมทแอมเฟตามีน ประเมินโดยผู้วิจัย 1 ครั้ง ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งแรก ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. *M.I.N.I. part C (suicidality)*²¹ ประเมินระดับแนวโน้มการทำร้ายตัวเอง ประเมินโดยผู้วิจัย 2 ครั้ง ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งแรกและติดตามอีก 3 เดือน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. *แบบประเมินอาการทางจิต (brief psychotic rating scale; BPRS)*²³ เป็นแบบประเมินที่ใช้โดยแพทย์หรือ

บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรม มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพยาธิสภาพทางจิตทั่วไปจำนวน 10 ข้อ กลุ่มอาการด้านบวก 6 ข้อ และกลุ่มอาการด้านลบ 2 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18 - 126 คะแนน ประเมินโดยผู้วิจัย 2 ครั้ง ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งแรกและติดตามอีก 3 เดือน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. *แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรับการรักษาปัญหาการเสพติด (stage of change reading and treatment eagerness scale; SOCRATES)*²⁴ เพื่อประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลง ประเมินโดยผู้วิจัย 1 ครั้ง ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งแรก ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

6. *แบบประเมินความรุนแรงในการติดสารเสพติด (SDS)*²⁵ เพื่อประเมินความรุนแรงในการติดสารเมทแอมเฟตามีน ประเมินโดยผู้วิจัย 2 ครั้ง ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งแรกและติดตามอีก 3 เดือน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

7. *แบบประเมิน patient health questionnaire (PHQ-9)*²⁶ เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ประเมินโดยผู้วิจัย 2 ครั้ง ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งแรกและติดตามอีก 3 เดือน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

8. *การวิเคราะห์เส้นผม (hair analysis)* โดยเก็บเส้นผมจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนก่อนการบำบัดและหลังจากบำบัดครบ 3 เดือน ใช้เส้นผมบริเวณ vertex posterior region ของศีรษะ โดยตัดที่ระยะ 2 ซม. จากปลายราก และเก็บเส้นผมไว้ในถุงพลาสติกที่สะอาด จากนั้นปิดผนึกถุงด้วยกระดาษฟอยล์อลูมิเนียมแล้วจัดส่งให้ภาควิชานิติเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับการวิเคราะห์เส้นผมเชิงปริมาณโดยวัดปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมด้วยวิธี gas chromatography-mass spectrometry (GC/MC) ซีดจำกัดของการตรวจจับและซีดจำกัดของการหาปริมาณสำหรับการวิเคราะห์ คือ 0.10 และ 0.15 ng/mg ของเส้นผมตามลำดับ²⁷

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. การบำบัด SOS ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่

1.1 ระยะการบำบัดแบบ SOS รายบุคคลสำหรับผู้ป่วยใน (inpatient individual SOS sessions) ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วม ในช่วงเวลาที่พูดคุย การเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) โดยบำบัด 3 ครั้ง ครั้งละ 20 - 30 นาที มีการประเมินแรงจูงใจและความเชื่อมั่นก่อนและหลังการบำบัดแต่ละครั้ง ผู้ป่วยพูดคุยถึงข้อดีข้อเสียของการใช้สารเสพติด และได้รับแผ่นพับข้อมูลต่าง ๆ ที่ใส่ในแฟ้มเอกสาร บำบัดระยะนี้ จนกว่าผู้ป่วยจะตัดสินใจปรับเปลี่ยนการใช้สารเสพติดของตนเอง และให้กลับมาสู่การรักษาระยะนี้หากแรงจูงใจลดลง และการวางแผนควบคุมการใช้สารเสพติดหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยบำบัด 2 ครั้ง ครั้งละ 20 - 45 นาที (รวมไม่เกิน 3 ชั่วโมง) ระยะนี้เน้นที่การค้นหาและจัดการสถานการณ์ที่ยากต่อการควบคุมการใช้สารเสพติดซึ่งอาจเกิดขึ้นในช่วงเดือนที่ออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยประยุกต์การแก้ปัญหาเพื่อลดการเผชิญสถานการณ์ และค้นหาวิธีหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้บำบัดกล่าวถึงการจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชนกับทีมผู้รักษา และร่วมวางแผนการรักษาผู้ป่วย

1.2 ระยะพบปะญาติผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยเป็นประจำได้รับการพูดคุยกับผู้บำบัด 1 ครั้ง ระยะเวลาไม่เกิน 60 นาที โดยให้ญาติพูดคุยถึงปัญหาของผู้ป่วยและวิธีที่ญาติจัดการปัญหาดังกล่าว ประเด็นที่เน้นเป็นหลักคือ ญาติจะสามารถจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยและความทุกข์ของตนเองในอนาคตได้อย่างไร สมาชิกในครอบครัวได้รับเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิต ผลของการใช้สารเสพติดต่ออาการโรคจิต วิธีการขอรับความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ บริการสนับสนุนสำหรับครอบครัว และวิธีที่ครอบครัวสามารถช่วยผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการโรคจิตและปัญหาการใช้สารเสพติด

1.3 ระยะการบำบัดติดตาม (follow-up sessions) เป็นการติดตามหลังออกจากโรงพยาบาลเพื่อเปลี่ยน

จากการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การรักษาในชุมชนอย่างราบรื่น ประกอบด้วย การบำบัดติดตามผู้ป่วยทุก 1 สัปดาห์ ครั้งละ 5 - 10 นาที รวม 4 ครั้ง เพื่อช่วยเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยยังคงควบคุมการใช้สารเสพติดได้ และทบทวนกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่เคยพูดคุยกันไว้ในการบำบัดรายบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์สถานการณ์ลำบากที่อาจพบเจอในสัปดาห์ต่อไปและช่วยให้วางแผนแก้ไขสถานการณ์ได้ และการติดต่อญาติผู้ดูแลทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 5 - 10 นาที รวม 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้ญาติใช้กลยุทธ์การแก้ปัญหาที่ได้ผล ประยุกต์การแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ท้าทาย และขอความช่วยเหลือในชุมชนเมื่อจำเป็น²⁰ สำหรับขั้นตอนการบำบัด SOS โดยละเอียดสามารถศึกษาได้โดยติดต่อผู้นิพนธ์

2. โปรแกรมการรักษาตามปกติ (treatment as usual; TAU) เป็นกิจกรรมมาตรฐานที่ได้รับขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามคู่มือโปรแกรมการบำบัดทางจิตเวชสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและยาเสพติด กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา²⁸ สำหรับแบบประเมินต่าง ๆ ที่มาจากภาษาอังกฤษผู้วิจัยได้เลือกใช้ภาษาไทยตามข้อกำหนดตามมาตรฐานการแปลเครื่องมือของ WHO²⁹

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยและคณะแปลการบำบัด SOS จากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (ได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์) ตามหลักการของ WHO²⁹ จากนั้นแปลกลับ (back translation) และส่งให้เจ้าของลิขสิทธิ์ได้ตรวจสอบและให้ความเห็นชอบ ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาของ SOS ฉบับภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและยาเสพติดจำนวน 7 คน ประเมินครบถ้วนของเนื้อหาและความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.831 และนำไปทดสอบเบื้องต้นแบบไม่มีกลุ่มควบคุมในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน วัดผลการใช้เมทแอมเฟตามีนก่อนการและหลังการบำบัด SOS พบว่า กลุ่มตัวอย่างลดการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁰ หลังจากนั้นอบรมทีมผู้วิจัยภาคสนาม 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) การอบรม

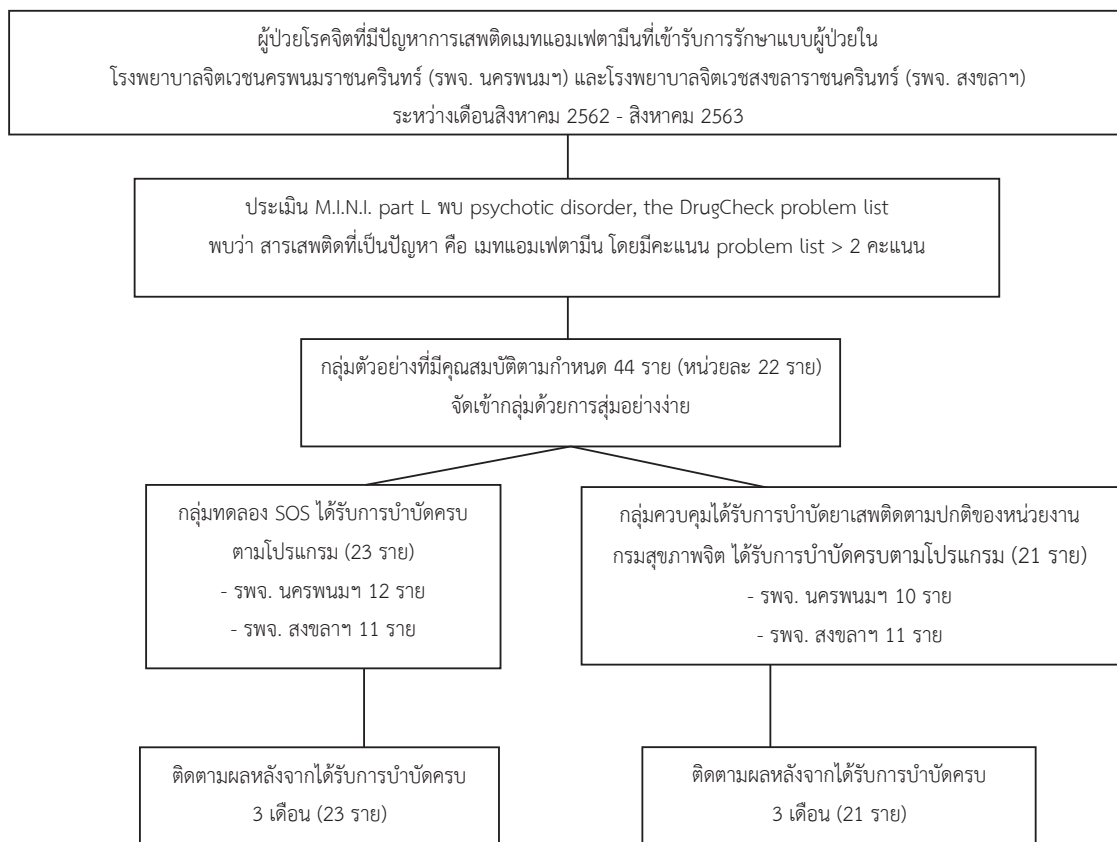
ผู้บำบัด SOS โดยผู้เชี่ยวชาญ มีผู้เข้าอบรมทั้งหมด 9 คน จากโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เป็นพยาบาลจิตเวชมีประสบการณ์ทำงานไม่น้อยกว่า 2 ปี 2) การอบรมผู้ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ มีผู้เข้าอบรมทั้งหมด 9 คน จากโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เป็นพยาบาลจิตเวชมีประสบการณ์ทำงานไม่น้อยกว่า 2 ปี โดยผู้ประเมินผลการบำบัดจะเป็นคนละคนกับผู้บำบัด และไม่ทราบว่าคุณสมบัติที่ประเมินเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยอบรมการใช้แบบประเมิน M.I.N.I. part C, K, และ L, DrugCheck problem list, BPRS, SOCRATES, SDS และ PHQ-9 และอบรมวิธีการเก็บและเตรียมส่งตรวจเส้นผม

ขั้นตอนการศึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 44 ราย เพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และประเมินคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างด้วย M.I.N.I. part L และ DrugCheck problem list แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมด้วยการสุ่มอย่างง่าย ผู้วิจัยที่เป็นผู้บำบัดทำการบำบัดกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางการบำบัด SOS ในกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดยาเสพติดตามปกติของหน่วยงานกรมสุขภาพจิต หลังจากนั้นผู้วิจัยที่เป็นผู้ประเมินทำการประเมินผลก่อนเข้าการบำบัดและหลังการบำบัด 3 เดือน แสดงดังแผนภาพที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และใช้สถิติอนุมานเพื่อทดสอบความแตกต่างในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในตัวแปรแบบต่อเนื่องด้วย student t-test และเปรียบเทียบตัวแปรแบบหมวดหมู่ด้วย chi-square test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการวิจัย

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน เป็นกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ไม่สมรส ทำงานส่วนตัว (มีกิจการหรือกิจกรรมของตัวเอง) อายุเฉลี่ย 28.2 ปี (SD = 5.6) มีระยะเวลาการศึกษา 7.7 ปี (SD = 3.2) อายุที่เริ่มเสพยาเมทแอมเฟตามีน 17.4 ปี (SD = 3) โดยเฉลี่ยในช่วง 3 เดือนก่อนมาอนโรงพยาบาลครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเสพยาเมทแอมเฟตามีน 55.5 วัน (SD = 28.2) โดยเสพยาเมทแอมเฟตามีน 2 ครั้งต่อวัน และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่เคยเสพยาเมทแอมเฟตามีนด้วยวิธีฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ลักษณะทางประชากร ลักษณะทางทางคลินิก และคะแนนของแบบประเมิน BPRS, PHQ-9 และ SDS ก่อนการทดลองของ

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

การวัดปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมหลังการทดลอง 3 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีร้อยละของผู้ที่ลดการเสพยาเมทแอมเฟตามีนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปรียบเทียบผลต่างของปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 3 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนอาการทางจิต (BPRS) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนซึมเศร้า (PHQ-9) และคะแนนความรุนแรงของการติดสาร (SDS) ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรและทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ข้อมูลหมวดหมู่)

	กลุ่มทดลอง (n = 23)	กลุ่มควบคุม (n = 21)	significant difference
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	χ^2
เพศ			$\chi^2 = 0.267, p = .605$
ชาย	21 (91.3)	20 (95.2)	
สถานะสมรส			$\chi^2 = 0.944, p = .918$
ไม่สมรส	15 (65.2)	12 (57.1)	
สมรส	3 (13.0)	5 (23.8)	
แยกกันอยู่	3 (13.0)	2 (9.5)	
หย่า	1 (4.3)	1 (4.8)	
อยู่ด้วยกันโดยไม่แต่งงาน	1 (4.3)	1 (4.8)	
อาชีพ			$\chi^2 = 1.337, p = .855$
ทำงานส่วนตัว (มีกิจการหรือกิจกรรมของตัวเอง)	9 (39.1)	9 (42.9)	
ว่างงานจากเหตุผลสุขภาพ	3 (13.0)	2 (9.5)	
ว่างงานจากเหตุผลอื่น ๆ	1 (4.3)	2 (9.5)	
รับจ้างรายวัน	2 (8.7)	3 (14.3)	
อื่น ๆ	8 (34.8)	5 (23.8)	
วิธีการเสพยาเมทแอมเฟตามีนที่ใช้บ่อยที่สุด ในช่วง 3 เดือนก่อนมา รักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้			$\chi^2 = 2.295, p = .130$
สูบทงปาก	23 (100.0)	19 (90.5)	
สูบทงจุมก	0 (0.0)	2 (9.5)	
มีประวัติการใช้บุหรี่ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	22 (95.7)	20 (95.2)	$\chi^2 = 0.004, p = .947$
มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	1 (4.3)	4 (19.0)	$\chi^2 = 2.355, p = .125$
มีประวัติการใช้กัญชา, กระท่อม และยานอนหลับในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา	12 (52.2)	14 (66.7)	$\chi^2 = 0.954, p = .329$

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรและทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ข้อมูลหมวดหมู่) (ต่อ)

	กลุ่มทดลอง (n = 23)	กลุ่มควบคุม (n = 21)	significant difference
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	χ^2
มีความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย			$\chi^2 = 0.94, p = .332$
ไม่มี	17 (73.9)	18 (85.7)	
มีระดับน้อย	6 (22.1)	3 (14.3)	
ระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง			
การยอมรับ			$\chi^2 = 5.164, p = .076$
ต่ำมาก	16 (69.6)	20 (95.2)	
ต่ำ	4 (17.4)	1 (4.8)	
สูง	3 (13.0)	0 (0.0)	
ความลังเล			$\chi^2 = 6.172, p = .104$
ต่ำมาก	6 (26.1)	12 (57.1)	
ต่ำ	9 (39.1)	7 (33.3)	
ปานกลาง	6 (26.1)	2 (9.5)	
สูงมาก	2 (8.7)	0 (0.0)	
เริ่มลงมือทำ			$\chi^2 = 4.786, p = .310$
ต่ำมาก	7 (30.4)	7 (33.3)	
ต่ำ	9 (39.1)	11 (52.4)	
ปานกลาง	4 (17.4)	2 (9.5)	
สูง	0 (0.0)	1 (4.8)	
สูงมาก	3 (13.0)	0 (0.0)	

ตารางที่ 2 ลักษณะทางประชากรและทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ข้อมูลต่อเนื่อง)

	กลุ่มทดลอง (n = 23)	กลุ่มควบคุม (n = 21)	significant difference
	mean (SD)	mean (SD)	student t-test
อายุ (ปี)	28.6 (6.3)	27.7 (4.8)	t = 0.565, p = .575
ระยะเวลาการศึกษา (ปี)	8.6 (3.2)	6.8 (2.9)	t = 2.00, p = .52
อายุที่เริ่มเสพยาเมทแอมเฟตามีน (ปี)	17.5 (3.6)	17.3 (2.2)	t = 0.257, p = .795
จำนวนวันที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนโดยเฉลี่ยในช่วง 3 เดือนก่อนมารักษา ในโรงพยาบาลครั้งนี้	57.0 (25.9)	54 (31.1)	t = .344, p = .733
จำนวนครั้งที่ต่อวันที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนโดยเฉลี่ยในช่วง 3 เดือนก่อน มารักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้	2.4 (2.2)	1.7 (2.0)	t = 1.072, p = .29
ระยะเวลาในการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล (วัน)	27.9 (7.1)	30.3 (5.3)	t = -1.267, p = .212
คะแนน BPRS ก่อนการทดลอง	29.1 (5.5)	28.6 (6.2)	t = .29, p = .77
คะแนน PHQ-9 ก่อนการทดลอง	6.7 (4.5)	6.5 (3.6)	t = .138, p = .891
คะแนน SDS ก่อนการทดลอง	5.5 (2.3)	5.1 (2.4)	t = .54, p = .592

ตารางที่ 3 การลดการเสพยาใน 3 เดือนโดยวัดจากปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผม ค่าผลต่างของค่าเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมใน 3 เดือน ค่าคะแนน BPRS, PHQ-9 และ SDS หลังการทดลอง 3 เดือน

	กลุ่มทดลอง (n = 23)	กลุ่มควบคุม (n = 21)	significant difference
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	χ^2
การลดการเสพยาใน 3 เดือนโดยวัดจากปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผม (คน)	21.0 (91.3)	2.0 (9.5)	$\chi^2 = 29.427, p < .001$
	Mean (SD)	Mean (SD)	Student t-test
ผลต่างของค่าเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมใน 3 เดือน (ng/mg)	-16.7 (15.2)	16.0 (15.1)	t = -7.154, p < .001
คะแนน BPRS	21.1 (4.1)	20.6 (2.3)	t = 1.355, p = .013
คะแนน PHQ-9	3.8 (4.3)	4.8 (2.8)	t = -0.924, p = .266
คะแนน SDS	3.5 (2.2)	4.8 (1.5)	t = -2.239, p = .185

วิจารณ์

โปรแกรม start over and survive (SOS)²⁰ เป็นการบำบัดที่ได้รับการพัฒนาเพื่อใช้ในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรก (ไม่เกิน 3 ปี) ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด โดยใช้หลักการ motivation interviewing (MI) ช่วยผู้ป่วยใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ การทำให้ผู้ป่วยรู้ว่ามิใช่ที่เห็นอกเห็นใจ (expressing empathy) การสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความสามารถของตัวเอง (supporting self-efficacy) การหมุนไปตามแรงต้านของผู้ป่วย (rolling with resistance) และการพัฒนามุมมองที่ให้เห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และสิ่งที่ผู้ป่วยอยากเป็น (developing discrepancy) เป็นการช่วยผู้ป่วยประเมินตัวเองว่าสิ่งที่เป็นอย่างกับเป้าหมายในอนาคตที่อยากให้เป็นมีความแตกต่างกันอย่างไร เพื่อเสริมแรงจูงใจให้เลิกสารเสพติด เป็นการบำบัดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรกแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจิตเวช ที่อาจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลทั่วไปที่มีหอผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากใช้ระยะเวลาการบำบัดแบบผู้ป่วยในไม่นาน รวมระยะเวลาการบำบัดทั้งอาการทางจิตและยาเสพติดแบบผู้ป่วยในโดยเฉลี่ย 17 วัน

การศึกษานี้ได้ทดสอบประสิทธิภาพของการบำบัด SOS ต่อการลดการเสพยาในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรกที่มีปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีน ยืนยันด้วยแบบสัมภาษณ์ทางคลินิก ชนิดมีโครงสร้างอย่างย่อ (M.I.N.I part L และ K) และวัดการเสพยาเมทแอมเฟตามีนด้วยการตรวจวัดปริมาณเมทแอมเฟตามีน

เส้นผมด้วยวิธี GC/MC ที่ก่อนการทดลองพบว่า คะแนน BPRS ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร่วมการศึกษาหลังจากอาการทางจิตทุเลาแล้ว หลังจากบำบัดครบ 3 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีร้อยละของผู้ที่ลดการเสพยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเส้นผมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kavanagh และคณะ²⁰ ที่พบว่า เครื่องมือ SOS สามารถลดการกลับมาเสพยาสารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีผลต่อเนื่องระยะยาวได้ถึง 1 ปี อย่างไรก็ตาม แม้ทั้งสองกลุ่มมีคะแนน BPRS หลังการบำบัดครบ 3 เดือนลดลงจากการทดลอง แต่พบว่าคะแนน BPRS ที่ 3 เดือนในกลุ่มทดลองยังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าการศึกษานี้ไม่ได้เลือกให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตน้อยกว่าหรือหายเร็วกว่าเข้ามาอยู่ในกลุ่มการบำบัด SOS และแสดงให้เห็นว่าผลในการลดการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำจากการบำบัด SOS อาจไม่เป็นที่ไปในทิศทางเดียวกันกับการเปลี่ยนแปลงอาการทางจิตเสมอไป ซึ่งผลด้านความรุนแรงของอาการทางจิตอาจขึ้นอยู่กับการรักษาอาการโรคจิตโดยตรง เช่น การได้รับยารักษาโรคจิต

จุดเด่นของการศึกษานี้ ได้แก่ มีการวัดการเสพยาที่เป็นรูปธรรมด้วยตัวชี้วัดทางชีวภาพ คือ การตรวจเมทแอมเฟตามีนในเส้นผม ซึ่งนอกจากจะสามารถยืนยันการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนในช่วงปัจจุบันแล้ว ยังสามารถคำนวณ

ปริมาณการใช้เมทแอมเฟตามีนได้ด้วย และการศึกษาที่ใช้เครื่องมือการสัมภาษณ์ทางคลินิกแบบมีโครงสร้างเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคจิต และมีปัญหาการเสพยาเมทแอมเฟตามีน อย่างไรก็ตาม การบำบัด SOS ถูกออกแบบมาเพื่อลดการเสพยาเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรก อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้เนื่องจากการบำบัดนี้เป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่แปลและเริ่มทดลองใช้ในการบำบัดผู้ป่วย อาจมีข้อจำกัดในด้านวัฒนธรรมและสังคมที่แตกต่างจากการบำบัดต้นแบบ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันถึงประสิทธิภาพของการบำบัดในบริบทที่หลากหลาย

สรุป

การบำบัด start over and survive (SOS) ฉบับภาษาไทย สามารถลดการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำในช่วงเวลา 3 เดือน ในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรก (ไม่เกิน 3 ปี) ที่มีปัญหาการเสพยาเมทแอมเฟตามีน ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในบริบทที่หลากหลาย เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้หน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลทั่วไปที่มีหอผู้ป่วยในจิตเวช

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ขอขอบคุณศาสตราจารย์ ดร.พญ.สาวิตรี อัจฉนาคกรชัย ที่ปรึกษาโครงการวิจัย รองศาสตราจารย์ พญ.รัศมีน กัลยาศิริ ผู้เชี่ยวชาญในการอบรมผู้บำบัด รองศาสตราจารย์ พญ.พรจิรา ปรีวีชรากุล ผู้เชี่ยวชาญในการแปลคู่มือสำหรับการบำบัด และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี ภู่อาน ผู้ประสานงานกับ Professor Dr. David J. Kavanagh

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2021 (United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8). Vienna: UNODC; 2021.

2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. รายงานประจำปี 2564 ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ [Annual report 2021: the results of the drug crackdown across the country]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.; 2564.
3. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) ปีงบประมาณ 2564 [Information on drug addiction treatment and rehabilitation of the country, fiscal year 2021]. นนทบุรี: ศูนย์; 2564.
4. Kandel DB, Huang FY, Davies M. Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug Alcohol Depend.* 2001;64(2):233-41. doi:10.1016/s0376-8716(01)00126-0.
5. Murray CJL, Lopez, Alan D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary. Geneva: World Health Organization; 1996.
6. Bell DS. The experimental reproduction of amphetamine psychosis. *Arch Gen Psychiatry.* 1973;29(1):35-40. doi:10.1001/archpsyc.1973.04200010020003.
7. Alharbi FF, El-Guebaly N. Cannabis and amphetamine-type stimulant-induced psychoses: a systematic overview. *Addict Disord Their Treat.* 2016;15(4): 190-200. doi:10.1097/ADT.0000000000000086.
8. Lamyai W, Pono K, Indrakamhaeng D, Saengsin A, Songhong N, Khuwuthyakorn P, et al. Risks of psychosis in methamphetamine users: cross-sectional study in Thailand. *BMJ Open.* 2019;9:e032711. doi:10.1136/bmjopen-2019-032711.
9. McKetin R, Lubman DI, Najman JM, Dawe S, Butterworth P, Baker AL. Does methamphetamine use increase violent behavior? evidence from a prospective longitudinal study. *Addiction.* 2014;109(5):798-806. doi:10.1111/add.12474.

10. Srisurapanonta M, Lamyai W, Pono K, Indrakamhaeng D, Saengsin A, Songhong N, et al. Cognitive impairment in methamphetamine users with recent psychosis: a cross-sectional study in Thailand. *Drug Alcohol Depend.* 2020;210:107961. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.107961.
11. Caton CL, Drake RE, Hasin DS, Dominguez B, Shrout PE, Samet S. et al. Differences between early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychoses. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(2):137-45. doi:10.1001/archpsyc.62.2.137.
12. Kittirattanapaiboon P, Mahatnirunkul S, Booncharoen H, Thummawong P, Dumrongchai U, Chutha W. Long-term outcomes in methamphetamine psychosis patients after first hospitalisation. *Drug Alcohol Rev.* 2010;29(4):456-61. doi:10.1111/j.1465-3362.2010.00196.x.
13. Kavanagh DJ, Waghorn G, Jenner L, Chant DC, Carr V, Evans M, et al. Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophr Res.* 2004;66(2-3):115-24. doi:10.1016/s0920-9964(03)00130-0.
14. Volkow ND. Substance use disorders in schizophrenia—clinical implications of comorbidity. *Schizophr Bull.* 2009;35(3):469-72. doi:10.1093/schbul/sbp016.
15. Drake RE, Brunette MF. Complications of severe mental illness related to alcohol and drug use disorders. *Recent Dev Alcohol.* 1998;14:285-99. doi:10.1007/0-306-47148-5_12.
16. Green AI, Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am J Psychiatry.* 2007;164(3):402-8. doi:10.1176/ajp.2007.164.3.402.
17. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน: ทบทวนวรรณกรรม [Methamphetamine-induced psychosis: review literature]. *วารสารสวนปรุง.* 2546;19(1):1-15.
18. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, วสุ จันทศักดิ์, กิตติพงศ์ สานิขวรรณกุล, ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์. การติดตามผลการดำเนินโรคของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน 6 เดือน และปัจจัยเสี่ยงในการกลับป่วยซ้ำ [The clinical course of methamphetamine psychosis in 6 months follow up and risk factors of relapse psychosis]. เอกสารนำเสนอในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด 2546 วันที่ 19-21 ส.ค. 2546; โรงแรมแอมบาสซาเดอร์, กรุงเทพฯ.
19. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;10:CD001088. doi:10.1002/14651858.CD001088.pub3.
20. Kavanagh DJ, White A, Saunders JB, Wallis J, Shockley N. A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug Alcohol Rev.* 2004;23(2):151-5. doi:10.1080/09595230410001704127.
21. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(Suppl 20):22-33.
22. Kavanagh DJ, Trembath M, Shockley N, Connolly J, White A, Isailovic A, et al. The DrugCheck problem list: a new screen for substance use disorders in people with psychosis. *Addict Behav.* 2011;39(9):927-32. doi:10.1016/j.addbeh.2011.05.004.
23. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep.* 1962;10:799-812. doi:10.2466/pr0.1962.10.3.799.
24. Miller WR, Tonigan JS. Assessing drinkers' motivation for change: the stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychol Addict Behav.* 1996;10(2): 81-9. doi:10.1037/0893-164X.10.2.81.

25. Gossop M, Darke S, Griffiths P, Hando J, Powis B, Hall W, et al. The severity of dependence scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*. 1995;90(5):607-14. doi:10.1046/j.1360-0443.1995.9056072.x.
26. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
27. Junkuy A, Pengwong M, Aramrattana A, Celentano D, Sribanditmongkol P. Validation and application of hair analysis for the detection of methamphetamine in young Thai adults. *Asian Biomed*. 2017;8(4):463-73. doi:10.5372/1905-7415.0804.315.
28. เพชรี คันธสายบัว. โปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชและยาเสพติด [Nursing therapy program for psychiatric and drug addiction patients]. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2553.
29. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring health and disability: manual for WHO disability assessment schedule (WHODAS 2.0): psychometric properties. Geneva: World Health Organization; 2010.
30. วรท ลำไย, โกศล วราห์ศวปติ, กิตต์กวี โพธิ์โน, นพพร ตันติรังสี, ปราณี จันทะโม. การศึกษาประสิทธิภาพ เครื่องมือการบำบัดโดยสร้างแรงจูงใจอย่างย่อ (SOS) ในการลดการเสพยาในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการเสพยาเมทแอมเฟตามีน (รายงานวิจัยเบื้องต้น) [Study on the efficacy of the start over and survive intervention in Thai psychotic patients to minimize relapsed methamphetamine use (preliminary report)]. โพสต์เตอร์นำเสนอในการประชุม: มหกรรมงานวิจัยแห่งชาติ 2564 (Thailand Research Expo 2021); 22-26 พ.ย. 2564; โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ และบางกอกคอนเวนชัน เซ็นเตอร์ เซ็นทรัลเวิลด์; กรุงเทพฯ.