

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการสร้างแรงจูงใจ ในผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน
ต่อความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และลดอัตราการมารักษาซ้ำ
Effects of Discharge Planning with Motivation Enhancement Therapy in Amphetamine
Induce Psychosis on Intention to Drug Abstinence
and Readmission Rate among Psychiatric

สมชาติ ใจพินิจ* พงษ์ศักดิ์ ภัคดิยุทธ**

Somchart Jaipinid, Pongsak pakdeeyut

Corresponding author: E-mail: somchart522@gmail.com

(Received: December 30, 2024; Revised: January 3, 2025; Accepted: January 19, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน ต่อความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และลดอัตราการมารักษาซ้ำ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยแม่ปลั่ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงธันวาคม 2567 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบวัดความตั้งใจในการเลิกสารเสพติด ที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.88 และโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย : หลังการได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการสร้างแรงจูงใจจะมีความตั้งใจเลิกยาเสพติด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะติดตามผล 28 วัน คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดแตกต่างจากในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากการติดตามไม่พบอัตราการมารักษาซ้ำในกลุ่มทดลอง

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการสร้างแรงจูงใจ มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจ ในการเลิกยาเสพติดสูงขึ้น ไม่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรمدังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาต่อไป

คำสำคัญ : การวางแผนจำหน่าย; เสริมสร้างแรงจูงใจ; ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน; ความตั้งใจเลิกยา; การกลับเข้ารับรักษา

Abstract

Purposes : To study the Effects of Discharge Planning with Motivation Enhancement Therapy in Amphetamine Induce Psychosis on Intention to Drug Abstinence and Readmission Rate among Psychiatric.

Study design : Quasi-experimental research.

Materials and Methods : The sample consisted of Amphetamine Induce Psychosis patients admitted to Mae Plang Ward, Roi Et Hospital, conducted between November and December 2024. Divided into an experimental group and a control group, 15 patients per group. The research instruments included Drug abstinence intention scale with a reliability of 0.88 and Discharge planning with motivation enhancement therapy. Data were analyzed using descriptive statistics included: percentage, mean, standard deviation, paired t-test and independent t-test.

Main findings : After receiving the discharge planning with motivation had a significantly higher intention to quit drugs than before receiving the program ($p < .001$). The mean score of intention to quit drugs between the experimental and control groups was significantly different ($p < .001$). In the 28-day follow-up period, the mean score of intention to quit drugs was significantly different from before the experiment ($p < .001$). The follow-up did not find a rate of re-admission in the experimental group.

Conclusion and recommendations : The program discharge planning combined with motivation resulted in high mean scores of drug cessation intention and no readmission within 28 days. Therefore, this program should be implemented for patients who continue to receive treatment.

Keywords : Discharge Planning; Motivation Enhancement Therapy; Amphetamine Induce Psychosis; Intention Drug Abstinence; Readmission

* Professional nurse, Roi-et Hospital.

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญและมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพราะยาเสพติด ส่งผลกระทบต่อตัวผู้เสพ ครอบครัว สังคม ตลอดจนความมั่นคงของประเทศชาติซึ่งได้ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น และทุกประเทศต่างตระหนักถึงผลกระทบของปัญหาเสพติดที่จะก่อให้เกิดความเสียหายอย่างรุนแรงกับประชากรของตน ดังนั้น จึงได้มีการร่วมมือกันของแต่ละประเทศเพื่อหยุดยั้งการระบาดของยาเสพติด ปัญหาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันยังคงมีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางและรุนแรงมาก ส่งผลกระทบด้านลบทั้งด้านสาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจ การเมือง และความมั่นคงของประเทศ แม้ว่ารัฐบาลจะตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และได้กำหนดให้เป็นนโยบายเร่งด่วนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกันในการแก้ไขปัญหายาเสพติดและการแพร่ระบาดของยาเสพติดภายในประเทศ ตลอดจนใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเฉียบขาดกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการค้ายาเสพติดแล้วก็ตาม แต่สถานการณ์ปัญหายาเสพติดก็ยังไม่แนวโน้มจะลดลง¹

ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้า สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน จะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสังคม ผลกระทบต่อผู้เสพจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับขนาด ปริมาณและระยะเวลาของการเสพยาเสพติด โดยผลที่ได้เกิดจากสารกระตุ้นประสาท ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง โดยเฉพาะ สารโดปามีน (Dopamine) ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของสมอง ทั้งกระบวนการคิด ความเข้าใจ เกิดอาการสับสน และมีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น ทั้งนี้ อาการทางจิตที่เกิดจากการใช้สารแอมเฟตามีน มีทั้งอาการที่เกิดขึ้นทันทีและอาการที่เกิดขึ้นตามมาภายหลัง การใช้สารเสพติดระยะยาว อาการทางจิตที่พบได้ทันที ได้แก่ อาการเรื้อรัง สนุกสนาน มีพลัง ตื่นตัวสูง ไม่อยากอาหาร กระสับกระส่าย หลงผิดเป็นช่วง ๆ ส่วนอาการทางจิตที่เกิดขึ้นภายหลังใช้สารเสพติดนาน ๆ คือ กระสับกระส่าย กระวนกระวาย ก้าวร้าว สับสน วิดกกังวล หวาดกลัวอย่างรุนแรงเหมือนตัวเองกำลังจะตาย มีความคิดหลงผิด หวาดระแวง กลัวคน

มาทำร้าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง²

จากนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมและบูรณาการโดยมอง “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” จึงได้นำมาซึ่งการปรับระบบการบำบัดรักษาให้อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยหลักการที่ว่า ผู้เสพยาเสพติดทุกคนจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ พร้อมกับการพัฒนาฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจรวมถึงการปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด ให้มีความเหมาะสมและเป็นธรรม เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เสพได้เข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรทางสุขภาพที่มีความชำนาญ การเกิดอาการทางจิตจะส่งผลให้การบำบัดรักษาซับซ้อนมากยิ่งขึ้น กระบวนการบำบัดรักษา เป็นกระบวนการที่จำเป็นในการลด เลิก ของกลุ่มผู้ติดสารเสพติด หากได้มีการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่ก่อนการบำบัดรักษาให้เห็นความสำคัญของการบำบัดรักษามากที่สุด กระบวนการดูแล มีการวางแผนการจำหน่าย เตรียมความพร้อมก่อนกลับไปใช้ชีวิตในสังคมอย่างปราศจากยาเสพติด ปัจจุบันกระบวนการบำบัดมีหลากหลาย รวมทั้งรักษาด้วยยา กลุ่มกิจกรรมบำบัด กระบวนการบำบัดดังกล่าวส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นในศูนย์บำบัดยาเสพติด หรือกระทั่งโรงพยาบาลของรัฐ หลังจากกลุ่มผู้ป่วยผ่านกิจกรรมบำบัดส่งกลับคืนสู่สังคมในกระบวนการดังกล่าวยังพบปัญหาผู้ป่วยยังกลับไปเสพยาเสพติด ทำให้ต้องเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาใหม่ ก่อให้เกิดผลเสียหลายด้านตามมา จากการวิเคราะห์สาเหตุ การกลับมารักษาซ้ำนั้นมาจากหลายสาเหตุ เช่น ความเครียด ขาดแรงจูงใจ ต่อความตั้งใจในการหยุดยาเสพติด³

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวชและติดสารเสพติดตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน ระยะวิกฤตเฉียบพลัน จนกระทั่งระยะฟื้นฟูสุขภาพ ให้บริการผู้ป่วยในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดใกล้เคียง หอผู้ป่วยแม่ปลั่ง เปิดบริการรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวชและติดสารเสพติด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน จากสถิติโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ป่วยจิตเวช ที่ใช้แอมเฟตามีน ที่เข้ารับ

การบำบัดรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ เพิ่มขึ้นทุกปี ปี พ.ศ.2564 จำนวนผู้มารักษาทั้งหมด 1,061 ราย เป็นจำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้แอมเฟตามีน 171 ราย คิดเป็น 16.11% ปี พ.ศ. 2565 จำนวนผู้มารักษาทั้งหมด 1,095 ราย เป็นจำนวนผู้ป่วยจิตเวช จากการใช้แอมเฟตามีน 179 ราย คิดเป็น 16.34% และปีพ.ศ. 2566 จำนวนผู้มารักษาทั้งหมด 1,165 ราย เป็นจำนวนผู้ป่วยจิตเวช จากการใช้แอมเฟตามีน 250 ราย คิดเป็น 21.45% นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดกลับมา รักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ปี พ.ศ.2564, 2565 และ 2566 จำนวน 40, 50 และ 79 ราย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี

ปัจจุบันหอผู้ป่วยแม่ปลั่ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ใช้หลักการ D-METHOD ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มยาเสพติด จากแอมเฟตามีน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ถูกพิสูจน์มาแล้วว่ามีคุณภาพและส่งผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว และ ผู้ปฏิบัติ คือ พยาบาล ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการ วางแผนการจำหน่ายอย่างเป็นระบบ และมีการพัฒนา กิจกรรมการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ประเมิน ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย เพื่อวางแผนแก้ปัญหา นำไปสู่การปฏิบัติตามแผน และประเมินผลโดยความร่วมมือ ของผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล และบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ในขณะที่ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย และญาติ ผู้ดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนไม่สามารถแก้ไขให้หายขาด ได้ในระยะเวลาอันสั้น จากการปฏิบัติงานยังพบปัญหา การกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตจากแอมเฟตามีน ที่ค่อนข้างสูง ซึ่งเกิดจากการขาดการวางแผน และเตรียมความพร้อม ในการสร้างแรงจูงใจก่อนการจำหน่าย ซึ่งส่งผลให้การบำบัดรักษาไม่ประสบความสำเร็จ หรือ เมื่อผ่านการบำบัดรักษาแล้วผู้ป่วยกลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำ ทำให้อาการทางจิตกำเริบ ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาใน โรงพยาบาลอีกครั้ง ก่อให้เกิดการสูญเสียทั้งบุคลากร และทรัพยากรจำนวนมากในกระบวนการบำบัดแต่ละครั้ง ปัจจุบันมีวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพยาแอมเฟตามีน มีหลากหลายวิธี ได้แก่ การรักษาทางกาย ทางจิตใจ และ

ทางสังคม โดยนำวิธีการบำบัดรักษาที่ได้ผลในต่างประเทศ มาผสมผสานกับการรักษา เพื่อความเหมาะสมกับสังคมไทย เช่น การรักษาบำบัดแบบผู้ป่วยนอกด้วยวิธีจิตสังคมบำบัด แบบ Matrix model แบบ Fast model ตามแนวคิด พฤติกรรมปัญญานิยม (Cognitive Behavior Therapy)⁴ รวมไปถึงการเข้าค่ายบำบัดรักษาโดยการเข้าค่ายอบรม ค่ายฟื้นฟูสมรรถภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม การพัฒนาโปรแกรมเพื่อบำบัดรักษายาเสพติด ในประเทศไทยพบโปรแกรมการบำบัดรูปแบบต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เช่น โปรแกรม การปรับแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม การบำบัดแบบการให้การปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) เป็นอีกการบำบัดหนึ่งที่น่าสนใจ เนื่องจากการใช้ยาเสพติดทำให้เกิดการสูญเสียการใช้ ศักยภาพทางสมอง และสูญเสียโอกาสในชีวิตที่จะเรียนรู้ บางคนวนเวียนกลับไปใช้ซ้ำ รวมถึงเรียนรู้การรับมือกับ ผลของสิ่งที่ตนเองเลือก การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhance Therapy: MET)⁵

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัย และ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีความสนใจศึกษาการวางแผน จำหน่ายร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคจิตจาก แอมเฟตามีนจึงได้นำกรอบแนวคิด การวางแผนจำหน่าย รูปแบบ D-METHOD มาบูรณาการร่วมกับการเสริมสร้าง แรงจูงใจซึ่งจะก่อให้เกิดความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ (Stage of change) จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน สามารถเกิดการเรียนรู้ใหม่มีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ การรับรู้ ความเชื่อใหม่ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิด ของตนเอง และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ไม่กลับไปเสพยาเสพติดเป็นทางออกเหมือนอย่างที่เคย นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งหมด หรือเลิกพฤติกรรม การเสพยาเสพติด และมีแรงจูงใจที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การเลิกเสพยาเสพติด ได้อย่างต่อเนื่อง มีอาการทางจิต ลดลง สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ จากแนวคิดต่างๆ ที่ได้ศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูล และ นำผลการวิจัยในครั้งนี้มาปรับใช้ในหน่วยงานยังส่งเสริม

ให้เกิดการพัฒนาแบบการบำบัด รักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งเป็นทางเลือกใหม่เป็นอีกการบำบัดหนึ่งที่น่าสนใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคจิต จากแอมเฟตามีนต่อความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และลดอัตราการมารักษาซ้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงธันวาคม 2567 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน ต่อความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และลดอัตราการมารักษาซ้ำ ในหอผู้ป่วยแม่ปลั่งโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 โรคจิตจากแอมเฟตามีน (F15.5x : Amphetamine induce psychosis) ที่เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในของ หอผู้ป่วยแม่ปลั่ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีรับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยแม่ปลั่ง (หอผู้ป่วยจิตเวช) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทำการสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากโดยกำหนดเลขฉลาก 1-30 สุ่มจับฉลากให้ “เลขคู่”

เป็นกลุ่มทดลอง และ“เลขคี่” เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองตามขั้นตอนที่กำหนดต่อไป

2.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างเมื่อผู้ป่วยยินดียอมรับ การวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างรวมถึงขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ก่อนทุกครั้งในการทำงานวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

1.1 เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)

1.2 โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนต่อความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ผู้วิจัยได้การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า การใช้การวางแผนจำหน่ายสามารถใช้กับผู้ป่วยทุกโรค การวางแผนการจำหน่ายส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำได้ แต่ยังคงพบในบางกรณี เช่น ผู้ป่วยยาเสพติดถึงแม้ว่าจะปฏิบัติตามแผนการวางแผนจำหน่าย ยังพบอัตราการมารักษาซ้ำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในรูปแบบ D-METHOD มาบูรณาการร่วมกับกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ ภายใตกรอบแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ⁶⁻⁷ อันจะก่อให้เกิดความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ซึ่งวิธีการบำบัดดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนสามารถเกิดการเรียนรู้ใหม่ มีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ การรับรู้ ความเชื่อใหม่ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดของตนเอง และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ไม่กลับไปเสพยาเสพติดเป็นทางออกเหมือนอย่างที่เคยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งลด หรือเลิกพฤติกรรม การเสพยาเสพติด และมีแรงจูงใจที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การเลิกเสพยาเสพติด ได้อย่างต่อเนื่อง มีอาการทางจิตลดลง กระบวนการของการบำบัดใช้เวลา ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 6 ครั้ง ระยะเวลา 2 สัปดาห์ และติดตามผล 28 วัน กระบวนการบำบัดมี 3 ระยะ คือ

1) การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) โดยผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มและสำรวจความตั้งใจและ“กิจกรรม เพียงครั้งเดียวก็ทำได้ “เหรียญสองด้าน” มุมมองที่ต่างกัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดประโยคที่สร้างแรงจูงใจพูดถึงความจำเป็นความต้องการหรือความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงสนับสนุนให้กำลังใจ 2) การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitment to change) ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ค้นหาเป้าหมายของตนเองที่เป็นรูปธรรม ปฏิบัติจริงผ่านกิจกรรม “เป้าหมายชีวิตที่เลือกได้” ปัญหาไว้ให้แก้ และ “การตัดสินใจ” คำมั่นสัญญาอันจะนำไปสู่การตัดสินใจ การสร้างความมั่นใจและคำมั่นสัญญา 3) การติดตามต่อเนื่อง (Follow throughs strategies) ให้สมาชิกได้ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนมาจากกิจกรรม พร้อมส่งเสริมให้กำลังใจและวัดความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดและติดตามผล

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

แบบสอบถามความตั้งใจเลิกเสพยาเสพติด แบบวัดแบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบวัด 9 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด คำถามมีทั้งหมด 30 ข้อ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นโดย ญัฐกานต์ จันทรา^๖ เสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ในกลุ่มงานเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ ตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการวิจัย หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยมีค่าตั้งแต่ 0.33 ถึง 1.00 นำคะแนนจากการตอบแบบวัดความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก เป็นรายข้อโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Item-total correlation) จำนวน 30 ข้อคำถาม และตรวจหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Rombach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยมีดำเนินการการวิจัยออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. การเตรียมความพร้อมของนักวิจัย เพื่อให้ นักวิจัยมีทักษะ เสริมสร้างความมั่นใจและความน่าเชื่อถือให้แก่กลุ่มตัวอย่างว่าผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมของตนเองในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่าย โดยศึกษาจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการวางแผนการจำหน่าย ภายใต้กรอบรูปแบบ D-METHOD

2. เตรียมผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อให้ผู้ช่วยนักวิจัยมีทักษะ เสริมสร้างความมั่นใจและความน่าเชื่อถือให้แก่กลุ่มตัวอย่างว่าผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการวางแผนการจำหน่าย ดังนี้

3. เสนอโครงร่างงานวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เมื่อผ่านการเห็นชอบอนุมัติให้ดำเนินการ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดขออนุญาตดำเนินการทดลอง และเก็บข้อมูลวิจัยแผนผู้ป่วยใน และระยะติดตามผลในแผนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการและระยะในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงขอความร่วมมือในการวิจัยและการเตรียมสถานที่ในการดำเนินการ

4. แจกบุคลากรที่เกี่ยวข้องหอดูผู้ป่วยแม่ปลั่ง และหัวหน้าคลินิกสบายใจ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยขอใช้อุปกรณ์และสถานที่ในการทดลองแจ้ง วัน เวลา ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ จนกระทั่งสิ้นสุดการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ

1. ดำเนินการกลุ่มควบคุม

1.1 พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน แนะนำโครงการวิจัย ขอคำยินยอม แบบลงลายลักษณ์อักษร แนะนำพบนักวิจัย/

ผู้ร่วมวิจัย

1.2 นักวิจัย/ผู้ร่วมวิจัย ขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

1.3 นักวิจัย/ผู้ร่วมวิจัย อธิบายขั้นตอนให้กลุ่มควบคุมเข้าใจว่า จะได้ทำแบบสอบถามความตั้งใจ เลิกยา ให้การพยาบาลตามปกติ วัดผล วันจำหน่าย และทำแบบสอบถามความตั้งใจเลิกยา อีก 28 วันหลังจำหน่าย กรณีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำก่อนเวลาประเมินความตั้งใจเลิกยา อีกครั้งหลังอาการสงบ

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง

2.1 พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน แนะนำโครงการวิจัย ขอคำยินยอม แบบลงลายลักษณ์อักษร แนะนำพบนักวิจัย/ผู้ร่วมวิจัย ขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

2.2 นักวิจัย/ผู้ร่วมวิจัย อธิบายขั้นตอนให้กลุ่มทดลองเข้าใจว่า จะได้ทำแบบสอบถามความตั้งใจเลิกยา ก่อนให้โปรแกรม วันจำหน่าย และทำแบบสอบถามความตั้งใจเลิกยาเสพติด อีก 28 วัน พร้อมทั้งประเมินผลการมารักษาซ้ำกรณีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำก่อนเวลาประเมินความตั้งใจเลิกยา อีกครั้งหลังอาการสงบ การดำเนินการเก็บข้อมูลและติดตามผลเป็นไปตามเกณฑ์ในการคัดเลือก โดยใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทางจิตจากแอมเฟตามีน ผู้วิจัยใช้รูปแบบ D-METHOD ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข เป็นแนวทางตามปัญหาและความต้องการ ใช้กระบวนการพยาบาลทุกระยะของการเจ็บป่วย อย่างเป็นระบบมีขั้นตอนด้วยการรวบรวมข้อมูล กำหนดปัญหา วินิจฉัยทางการพยาบาล ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข ให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย แต่ละราย และมีการประสานความร่วมมือจากสหวิชาชีพและเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเพื่อการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับกิจกรรมเสริมแรงจิตใจ ต่อความตั้งใจเลิกยาเสพติด มี 5 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนแรก รับ สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและประเมิน

อาการทางจิต (BPRS) ให้การดูแลตามแผนการดูแลรักษาแรก รับตามปกติ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการจำหน่าย ระหว่างรักษาในหอผู้ป่วยแม่ปลั่ง ประเมิน อาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน ตามเกณฑ์ โดยเริ่มสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สำรวจการรับรู้การเจ็บป่วยและทัศนคติต่อการเจ็บป่วย การรักษา ประเมินความรู้เรื่องโรคและยาแหล่งสนับสนุนทางครอบครัวญาติผู้ดูแล สาเหตุการเข้ายาในครั้งนี้ พร้อมให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งที่ 1 เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ ปัจจัยการป่วยที่เป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยครั้งนี้ อาการและอาการแสดง การรักษาเพื่อกำหนดเป้าหมายการวางแผนจำหน่ายต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนกำหนดการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ ช่วง 09.00 - 10.00 น. กิจกรรมสนทนากับบำบัด พร้อมให้สุขภาพจิตศึกษาโดยเน้นการวางแผนจำหน่ายในรูปแบบ DMETHOD 45-60 นาที

ครั้งที่ 1 ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่อง โรคจิต สาเหตุปัจจัยการเจ็บป่วย เวลา

ครั้งที่ 2 ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่อง ยา อาการข้างเคียง การจัดการอาการข้างเคียง

ครั้งที่ 3 ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่อง จัดการสิ่งแวดล้อม อาหาร เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

ครั้งที่ 4 ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่อง ฝ้าสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ปรีกษาแพทย์ มาก่อนนัดถ้ามีอาการผิดปกติ

ครั้งที่ 5 ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่อง ความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

ช่วงบ่าย กิจกรรมกลุ่มบำบัดเสริมแรงจูงใจ ในกลุ่มทดลองร่วมกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจ (กระบวนการกลุ่ม) ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จันทร์ พุธ และศุกร์ เวลา 13.00 น. - 15.00 น. จำนวน 6 ครั้ง เป็น เวลา 2 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและสำรวจความตั้งใจ

กิจกรรมที่ 2 เพียงครั้งเดียวก็ติดได้
กิจกรรมที่ 3 เหยี่ยสองด้าน มุมมองที่ต่างกัน
กิจกรรมที่ 4 เป้าหมายชีวิตที่เลือกได้ ปัญหาไว้แก้
กิจกรรมที่ 5 การตัดสินใจ คำนึงสัญญา
กิจกรรมที่ 6 แรงใจของฉันทน์ ไม่บรรเทาความตั้งใจ/
ยุติกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 4 การจำหน่าย สรุปรูป ทบทวนความรู้ การวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD ที่กำหนดไว้ และให้การปรึกษารอบครัวโดยให้ผู้ป่วยทางจิตจากแอมเฟตามีน และครอบครัวผู้ดูแล สื่อสารทำข้อตกลงร่วมกัน เพื่อให้เกิดส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มุ่งเน้น สัมพันธภาพ ความเอื้ออาทร การดูแลจิตยา การสื่อสาร การอยู่ร่วมกัน กิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย เพื่อฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย อาหาร การป้องกัน การกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ที่การสังเกตอาการทางจิต การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการตรวจตามนัด

ขั้นตอนที่ 5 ติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน ส่งต่อผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในแต่ละพื้นที่นัดผู้ป่วยหลังจำหน่าย 28 วัน ติดตามผลการรักษา พร้อมทั้งประเมินความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ และจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ติดสารเสพติดในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired t-test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดในระยะก่อน หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 28 วัน ระหว่างกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา

ได้มีการกระทำต่อมนุษย์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ให้บริการ ได้แก่ ทีมการพยาบาลทีมสหสาขาวิชาชีพ ในกรณีของอาสาสมัครเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติที่เป็นผู้ได้บังคับบัญชา เพื่อป้องกันความรู้สึกเกรงใจ หรือรู้สึกถูกบังคับให้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยหลีกเลี่ยงที่จะสัมภาษณ์ด้วยตนเอง แต่จะให้ผู้ร่วมวิจัยซึ่งปฏิบัติงานที่หน่วยงานอื่นเป็นผู้มาสัมภาษณ์ และกระบวนการขอคำยินยอมเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติที่ขึ้นปฏิบัติงานในเวรเข้าเป็นผู้ขอคำยินยอม แล้วจึงแนะนำให้พบกับผู้ร่วมวิจัย ในกรณีสัมภาษณ์เชิงลึก

2. ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนซึ่งเข้าบำบัดรักษา ณ หอผู้ป่วยแม่ปลั่ง อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเปราะบางในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ขอคำยินยอมจากผู้ดูแลซึ่งจะเป็นผู้ตัดสินใจแทน รวมทั้งขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ในการนำผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ แม้การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อความเป็นส่วนตัวของท่านเพราะมีการตั้งคำถาม และสนทนากลุ่มที่จำเป็นต้องมีการเจาะลึกประเด็นต่างๆ เช่น พฤติกรรมการเสพติด ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำ สาเหตุของการไม่กินยา สาเหตุของความเครียด อาจส่งผลให้เกิดการกระทบกระเทือนจิตใจหรือกระตุ้นให้เกิดความเศร้าโศกแก่ผู้ป่วย (Psychological harm) หรือเกิดความรู้สึกโกรธไม่พอใจเมื่อถามถึงครอบครัว รวมถึงความรู้สึกเกรงใจที่ไม่กล้าตอบความจริง ท่านสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเมื่อ ผู้วิจัยได้ผ่านการฝึกอบรม “จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์” หลักสูตร GCP online training (Computer - based) “แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP : E6ZX(R2))” 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 และโครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ รับรอง RE002/2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ติดสารเสพติดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลอง มีจำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่เพศชาย (ร้อยละ 86.6) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.26 (SD.= 12.2) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 46.7) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.7) อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 60.0) เริ่มใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนครั้งแรกเมื่ออายุ 16-20 ปี (ร้อยละ 40.0) สาเหตุที่ใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนครั้งแรกส่วนใหญ่มาจากสาเหตุเพื่อนชวน (ร้อยละ 40.0) เคยหยุดสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนนานที่สุด 1-2 ปี (ร้อยละ 33.33) และเหตุผลที่ต้องการเลิกใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนในครั้งนี้มาจากครอบครัวขอร้อง (ร้อยละ 46.7)

ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนในกลุ่มควบคุม มีจำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่เพศชาย (ร้อยละ 80.0) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 33.13 (SD.= 9.4) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 66.7) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.7) อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 33.3) เริ่มใช้สารเสพติด กลุ่มแอมเฟตามีน ครั้งแรกเมื่ออายุ 21-25 ปี (ร้อยละ 53.3) สาเหตุที่ใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนครั้งแรกส่วนใหญ่มาจากสาเหตุอยากลอง

(ร้อยละ 46.7) เคยหยุดสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนนานที่สุด 3-6 เดือน (ร้อยละ 33.33) และเหตุผลที่ต้องการเลิกใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนในครั้งนี้มาจากครอบครัวขอร้อง (ร้อยละ 53.3)

ผลการเปรียบเทียบเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 120.26 (SD.=8.33) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 161.53 (SD.=7.20) โดยหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean diff.= 41.27, 95% CI: 35.81; 46.72, $p < .001$)

ผลการเปรียบเทียบเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 118.93 (SD.=9.09) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 138.93 (SD.=7.63) โดยหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean diff. = 20.00, 95% CI: 14.85; 25.15, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติด ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	จำนวน	Mean(SD.)	Mean diff.	95% CI	p
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	15	120.26(8.33)	41.27	35.81, 46.72	<.001
หลังการทดลอง	15	161.53(7.20)			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	15	118.93(9.09)	20.00	14.85, 25.15	<.001
หลังการทดลอง	15	138.93(7.63)			

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p = .679$)

คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยโรคจิต

จากแอมเฟตามีนในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า การทดสอบผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับสร้างแรงจูงใจส่งผลให้คะแนนเฉลี่ย ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ ($p < .001$) และในระยะติดตามผล 28 วันคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด

แตกต่างจากในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับสร้างแรงจูงใจ มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	จำนวน	Mean(SD.)	Mean diff.	95% CI	p
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	15	120.26(8.33)	1.33	-5.19, 7.86	.679
กลุ่มควบคุม	15	118.93(9.09)			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	15	161.53(7.20)	22.60	17.04, 28.16	<.001
กลุ่มควบคุม	15	138.93(7.63)			
ระยะติดตามผล					
กลุ่มทดลอง	15	160.13(6.94)	22.47	17.20, 27.73	<.001
กลุ่มควบคุม	15	137.66(7.13)			

ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลอง จำนวน 15 ราย จากการติดตามไม่พบอัตราการมารักษาซ้ำ (Re-Admit) ในกลุ่มควบคุมพบผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน

กลับมารักษาซ้ำจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 6.7) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอัตรา Re-Admit สองกลุ่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง	0	0.00	0	0.00
กลุ่มควบคุม	0	0.00	1	6.70

วิจารณ์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน มีคะแนนเฉลี่ย ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ติดสารเสพติด ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการสร้างแรงจูงใจต่อความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจเลิกยาเสพติดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ติดสารเสพติดก่อนทดลอง (Mean=120.26, SD.=8.33) น้อยกว่าหลังการทดลอง (161.53, SD.=7.20) เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติที่ Paired t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการสร้างแรงจูงใจจะมีความตั้งใจเลิกยาเสพติดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Icek Ajzen⁹ ได้ให้ความหมายไว้ ว่าความตั้งใจเป็นตัวแปรที่ใช้ทำนายพฤติกรรมได้ โดยบุคคลที่มีความพร้อมหรือความตั้งใจจะมีแนวโน้มที่แสดงให้ถึงการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความตั้งใจ ทั้งนี้เนื่องจากการแสดงออกของพฤติกรรมอยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาหรือความตั้งใจของบุคคล เมื่อบุคคลเกิดความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสอดคล้องกับความตั้งใจ ความตั้งใจจึงเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมยังบุคคลมีความตั้งใจที่แน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคคล ยังมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้นให้ดีขึ้น และจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการจัดรูปแบบโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการสร้างแรงจูงใจโดยใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในรูปแบบ D-METHOD มาบูรณาการร่วมกับกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจภายใต้กรอบแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ⁶⁻⁷ พบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการสร้างแรงจูงใจจะมีความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ความตั้งใจ

ในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 และในระยะติดตามผล 28 วันคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดแตกต่างจากในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการสร้างแรงจูงใจ มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยตั้งใจในการเลิกสารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากกระบวนการบำบัดดังกล่าวข้างต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส¹⁰ ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวก และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผลการศึกษาจึงพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการมองโลก ทางบวกและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ อัจฉรา และคณะ¹¹ ที่ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Pretreatment for matrix program) ของผู้ติดยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สังกัดกระทรวง สาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ผลการวิจัยพบว่าผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสร้าง แรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Pretreatment for matrix program) มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดน้อยกว่า ก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากการติดตามในงานวิจัยนี้ ผลการมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบว่า หลัง สิ้นสุดการทดลองผลในกลุ่มทดลอง จำนวน 15 รายที่ไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ทีมนำทางการพยาบาลควรกำหนดเป็นนโยบาย นำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนต่อความตั้งใจในการเลิกยา

เสพติดมาปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

2. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการสร้างแรงจูงใจ ในผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนต่อความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่เข้าบำบัด รักษาสารเสพติดในกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือในกลุ่มพฤติกรรมการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ

3. ด้านการทำกลุ่มบำบัดด้วยโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ผู้บำบัดควรมีความรู้และทักษะการบำบัดด้วย MET แบบรายบุคคล หรือรูปแบบกลุ่มอื่นมาก่อน และควรทำความเข้าใจกับโปรแกรมทั้ง 6 ครั้งช่วยให้การบำบัดด้วยโปรแกรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. ควรนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการสร้างแรงจูงใจ ในผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนต่อความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย จิตเวชในโรงพยาบาลอื่นๆต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบถึงระดับความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดระหว่าง ผู้เข้ารับการบำบัดครั้งแรกและผู้เสพติดซ้ำ เพื่อการปรับรูปแบบการบำบัด รักษาให้สอดคล้องกับ ระดับความตั้งใจของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

2. ควรมีการติดตามประเมินผลหลังการบำบัดต่อเนื่องในเดือนที่ 3, 6 เดือน 9 และเดือนที่ 12 ตามลำดับ เพื่อติดตามพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนซ้ำจนครบ 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. วิโรจน์ วีรชัย, อังกูร ภัทรกร, ลำชา ลักษณภิชนชัย, ประภาพรณ จูเจริญ, ชาญชัย ธงพานิช, อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์. ยาและสารเสพติด (Drugs and Addictive Substances) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์; 2557. [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://training.dms.moph.go.th/rtcd/storage/app/uploads/public/59b/9e7/987/59b9e7987a64b874534736.pdf>
2. กรมสุขภาพจิต. แอมเฟตามีน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:

กระทรวงสาธารณสุข; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=1214>

3. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2566-2570. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2565.
4. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/สารเสพติด. เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท ดินาคู มีเดีย พลัส จำกัด; 2564.
5. นันทา ชัยพิชิตพันธ์. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: ทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2556;13(1):98-108.
6. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
7. เรวดี ศรีสุข. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคกลาง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์. 2558;7(1):13-30.
8. ณัฐกานต์ จันทราช. ผลการปรึกษากลุ่มพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดของผู้ติดยาเสพติด [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
9. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991:179-211.
10. จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, นุชนาถ แก้วมาตร, ภาคินี เดชชัยยศ, หทัยชนก เผ่าวิริยะ, ศรวิษฐ์ บุญประชุม, สุรชาติ นันตา. ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด

ของเยาวชนที่ใช้สารเฮมเฟตามีน [วิทยานิพนธ์].

ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.

11. อัจฉรา เกตุรัตนกุล, พรทิพย์ เอมอ่อน, อรุณช บุญสองชั้น.
ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรม การให้คำปรึกษา
แบบสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
(Pretreatment for Matrix Program) ของผู้ติดยา
เสพติด ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
จังหวัด ชลบุรี. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี; 2558.