

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัด รักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

สำเนา นิลบรรพ์ พย.ม.*, วชิร มีศิลป์ วท.ม.*, อัญชิษฐา นุ่มโต วท.ม.*,

ธัญพัฒน์ พุ่มทอง พย.บ.*, รุจิรา อาภาบุษยพันธ์ วท.ม.*

*สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Abstract : The effect of cognitive-behavioral therapy program for early relapse of Methamphetamine-dependent patients in Rehabilitation Phase.

Nilaban S*, Meesilp W*, Numto A*, Phumthong T*, Apabusayapan R.*

*Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

This research was designed as Quasi – experimental design (Two group pretest – posttest). The purposes of this study were compared intention and self-efficacy to early relapse prevention of methamphetamine-dependent patients in rehabilitation phase between the group receiving cognitive behavioral therapy program with regular therapy program and group receiving regular therapy program. The participants consisted of 57 methamphetamine-dependent patients who were admitted in rehabilitation phase at Thanyarak Institute. The patients were randomly assigned into experimental and control groups. There were 29 patients in experimental

group, and 28 in control group. The patients in experimental received 10 times of cognitive-behavioral therapy program which was developed by researcher. The instruments in the study were questionnaires comprising intention to early relapse prevention and self-efficacy to early relapse prevention. The data were analyzed by utilizing independent T-test

The result found that :

The experimental groups had more intention to early relapse prevention than control groups. However self-efficacy to early relapse prevention of experimental group and control group was not statistically different.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Methamphetamine-dependent patient, Rehabilitation

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับโปรแกรมการบำบัดปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 57 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 120 นาที เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ร่วมกับโปรแกรมการบำบัดปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการบำบัดปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และแบบสอบถามความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยา ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และนำมาหาความเชื่อมั่น (reliability) ได้เท่ากับ .86 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent T-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน
การฟื้นฟูสมรรถภาพ

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาเรื้อรังของประเทศชาติ ที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้เสพติด บุคคลทั่วไป ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศชาติที่ทุกรัฐบาลให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา หลังจากที่ได้ดำเนินการปราบปรามอย่างหนักสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดเริ่มเบาบางลง แต่ในปี 2550 เริ่มมีการแพร่ระบาดมากขึ้น จากสถิติของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ปี พ.ศ. 2555 ช่วง 6 เดือนแรก พบว่า มีผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาทั่วประเทศจำนวน 35,136 คน เช่นเดียวกับสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ปีงบประมาณ 2551-2555 พบว่า มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น จาก 6,436 เป็น 7,127, 7,556, 8,117 และ 9,715 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็กและเยาวชนมีอายุระหว่าง 20-24 ปี มากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 15-19 ปี และกลุ่ม 25-29 ปี (ร้อยละ 24.7, 23.5 และ 19.3 ตามลำดับ) ชนิดของยาเสพติดที่เสพนั่นส่วนใหญ่ยังเป็นยาบ้า รองลงมาคือ สุรา กัญชา และสารระเหย¹ สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาทั่วประเทศ พบว่า สารเสพติด

ที่ใช้มากที่สุดได้แก่ ยาบ้า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2554 คิดเป็นร้อยละ 81.85, 83.89 และ 86.08² ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ายาเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

สถาบันธัญญารักษ์ ใช้รูปแบบการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบคลาสสิก (Classic Model) ซึ่งมีขั้นตอนการบำบัดรักษา 4 ขั้นตอน³ ได้แก่ คือ 1) ขั้นตอนเตรียมการก่อนรักษา เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้การบำบัดรักษาได้ผลสัมฤทธิ์ ผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจ และยอมรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตน 2) ขั้นตอนบำบัดด้วยยา เน้นการบำบัดรักษาอาการทางร่างกายและโรคแทรกซ้อน 3) ขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการฟื้นฟูด้านจิตใจเพื่อแก้ไขความผิดปกติทางจิตใจ พฤติกรรม หรือปัญหาต่างๆ ที่เป็นมูลเหตุทำให้ไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ และ 4) ขั้นตอนติดตามการรักษา ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้าย เป็นการปฏิบัติที่จะทำให้ผู้ติดยาเสพติดที่หยุดใช้ยาเสพติดแล้วสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ การบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์ใช้รูปแบบการบำบัดที่เรียกว่า FAST Model เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า

มากกว่า 5 ปี ใช้เวลาในการบำบัดรักษาอย่างน้อย 4 เดือน เป็นการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ฝึกฝนทักษะต่างๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม และเลิกเสพยาเสพติดได้ในลักษณะการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (learning by doing) ซึ่งใช้เวลานาน บางครั้งผู้ป่วยไม่เข้าใจแนวคิด เป็นลักษณะของการทำตามๆ กันไป วิธีการบำบัดรักษาจะแตกต่างจากระยะบำบัดด้วยยาอย่างสิ้นเชิง ผู้ป่วยจะต้องทำกิจกรรมตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน บางคนไม่สามารถปรับตัวได้ พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะขอลกลับบ้านก่อน มีผู้ป่วยอยู่รับการบำบัดรักษาครบตามกำหนด 4 เดือนเพียงร้อยละ 53⁴ การที่ผู้ป่วยอยู่รับการบำบัดไม่ครบตามกำหนด จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำสูง เนื่องจากยังมีอาการอยากยา ได้รับการเสริมทักษะการเผชิญปัญหาต่อสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงในการติดซ้ำไม่เพียงพอ พบว่า ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมีอัตราการเสพยาเสพติดซ้ำร้อยละ 16⁴ อีกทั้งในปัจจุบันผู้ป่วยยาเสพติดมีความซับซ้อนของปัญหามากขึ้น มีอาการแทรกซ้อนทางกายและจิต ไม่สามารถควบคุมการหยุดใช้ยาเสพติดได้

การที่ผู้ป่วยกลับมาติดซ้ำ จะทำให้กลายเป็นผู้ติดเรื้อรัง ซึ่งจะมีอาการทางกายและอาการทางจิตรุนแรงมากขึ้น จนกระทั่งกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชจากสถิติของสถาบันธัญญารักษ์¹ พบว่า ผู้ป่วยในที่ติดยาบ้ามีอาการทางจิตเวชในปี พ.ศ. 2553 คิดเป็นร้อยละ 3.99 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.61 ในปี พ.ศ. 2554 จากปัญหาการติดซ้ำที่ส่งผลต่อตัวผู้เสพไม่สามารถดูแลตัวเองหรือเลี้ยงดู

ครอบครัวได้ จึงกลายเป็นภาระของคนในครอบครัว ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย โรคมีความรุนแรงเรื้อรังยุ่งยากซับซ้อน การรักษาพยาบาลยากขึ้น เมื่อมารับการบำบัดทำให้มีอัตราการครองเตียงนาน ค่าใช้จ่ายสูงทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เนื่องจากการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดนั้นต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถและมีความชำนาญเฉพาะทาง จำเป็นต้องได้รับการอบรมและฝึกประสบการณ์ อีกทั้งประเทศชาติต้องสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่ทรงคุณค่า เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่ในวัยกำลังทำงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของประเทศ

แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral therapy) เชื่อว่า เหตุการณ์ (Antecedent) กระบวนการทางความคิด (Cognition) และพฤติกรรม (Behavior) ส่งผลกระทบบซึ่งกันและกัน ซึ่งรูปแบบการบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) เน้นที่กระบวนการทางความคิดที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การกระทำและความรู้สึกของคน ซึ่งถูกกำหนดโดย ความเชื่อ ทศนคติ การรับรู้และกรอบความคิดในการรับรู้ หากกรอบความคิดของบุคคลผิดพลาดหรือไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง อารมณ์และพฤติกรรมที่ตอบสนองความคิดนั้นก็จะปัญหา รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ได้นำหลักการในการเปลี่ยนแปลงความคิดส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งเบค⁵ (Beck) ได้อธิบายอารมณ์ของคนว่าเกิดจากกระบวนการคิด (Cognition) ในการรับรู้และตีความสิ่งเร้าที่มากระทบ โดยมีอารมณ์พื้นฐาน

อยู่ 4 ประการ คือ อารมณ์เสียใจ ดีใจ โกรธ และ กังวลใจ ตัวอย่างเช่น อารมณ์เสียใจเกิดจากการรับรู้การสูญเสียหรือความพ่ายแพ้ ในแง่ของความสัมพันธ์มักออกมาในรูปของการไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลสำคัญในชีวิต ผลที่ตามมาคือการแยกตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับบุคคลที่ให้ความรู้สึกดังกล่าว เบค (Beck) ได้อธิบายว่าผู้ป่วยจิตเวชมีกระบวนการทางความคิด (Cognition) อารมณ์และพฤติกรรมที่ตอบสนองในระดับรุนแรง ต่อเนื่องและระยะเวลานานกว่าบุคคลปกติ จะมีความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง และบุคคลอื่นแตกต่างกันไปตามลักษณะเฉพาะของแต่ละกระบวนการทางความคิด (Cognition) ซึ่งมีความสำคัญในการบำบัดรักษา จากแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและอารมณ์ที่ผิดปกติ มีผลมาจากความคิดที่ผิดปกติ ดังนั้นจึงมีเป้าหมายในการบำบัด เพื่อจัดการกับกระบวนการคิดใหม่ (Cognition Restructuring) ช่วยให้ผู้ป่วยมองโลก สอดคล้องกับความเป็นจริง ลดหรือทำให้ความคิดอัตโนมัติหมดไป (dysfunctional autonomic thought) โดยการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง (idiosyncratic thought) และการใช้กรอบความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Cognitive schema) ในการรับรู้โลก ประสบการณ์ชีวิตและการคาดการณ์ในอนาคต

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมใช้ได้ผลดี ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด พบว่ามีจำนวนวันการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาที่บำบัด โดยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีจำนวนวันการหยุดดื่มเท่ากับ 90.2 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 79.8 วัน⁶ ไม่ดื่มสุรา

ตลอดระยะเวลาการศึกษาและจำนวน 11 ราย ดื่มสุราน้อยลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด แต่ดื่มไม่เกินมาตรฐานที่กำหนดและไม่เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้⁷ มีปริมาณการเสพยาเสพติดลดลงกว่ากลุ่มควบคุม⁸ และยังเพิ่มระดับของแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม⁹

สถาบันธัญญารักษ์เป็นสถาบันหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดทุกประเภท ในระดับตติยภูมิ และเป็นสถาบันที่ผลิตและพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีด้านวิชาการ และรูปแบบวิธีการบำบัดรักษา และถ่ายทอด เผยแพร่ให้แก่บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด เพื่อสามารถให้การบำบัดรักษา ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดได้ถูกต้อง เหมาะสมตามหลักวิชาการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ ช่วยให้ปัญหาเสพติดของประเทศลดลงไป ผู้วิจัยในฐานะผู้บำบัดผู้ป่วยยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบของการบำบัดให้มีความทันสมัย และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่รับการบำบัดรักษาได้ครบตามกำหนด ช่วยให้สามารถเลิกเสพยาเสพติดได้มากขึ้น จึงสนใจที่จะนำรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการบำบัดผู้ติดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมและสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบ 1) ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วย

เมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับโปรแกรมการบำบัดปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดปกติ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest - posttest design) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในสถาบันธัญญารักษ์ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 85 คน ทำการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก (simple random sampling) เข้าเป็นกลุ่มทดลอง 43 คน และกลุ่มควบคุม 42 คน ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับโปรแกรมการบำบัดปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการบำบัดปกติ คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของ ดร.ณี ภูขาว (2006) ด้วยโปรแกรม Epi cale 2000 มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนได้แก่ ยาบ้า ไอซ์ ยาอี ยาเลฟที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในและเข้าร่วมการวิจัยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในระยะบำบัดยาครบตามกำหนด อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด ชุดที่ 1 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยนำแนวคิดโครงสร้างการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Beck⁵ 8 องค์ประกอบ คือ 1) กำหนดเนื้อหา (Setting the agenda) 2) ตรวจสอบอารมณ์ (Mood check) 3) เชื่อมโยงกับช่วงโม่งการบำบัดครั้งที่ผ่านมา (Bridge from previous session) 4) พิจารณาประเด็นที่จะพูดคุย (Discussion of current agenda items) 5) ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความเชื่อมโยงของความคิด (Guided discovery) เป็นเทคนิคในการประเมินและค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบความคิด (Schema) ความเชื่อ ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ และพฤติกรรม 6) สรุปสิ่งที่เรียนรู้ (Capsule summaries) สรุปสิ่งที่พูดในช่วงโม่งการบำบัด 7) ให้การบ้านกลับไปทำ (Home work) และ 8) สรุปและให้ความเห็นโดยผู้ป่วย (Feedback in therapy session) ซึ่งสรุปเป็นขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมได้ 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเริ่มต้น เป็นขั้นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม มีการเชื่อมโยงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมครั้งที่ผ่านมาสู่ช่วงโม่งการบำบัดในครั้งนี้ 2) ขั้นดำเนินการ เป็นระยะที่ผู้ป่วยร่วมกันคิดวิเคราะห์ สะท้อนอภิปราย แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งการลงมือปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ และสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ 3) ขั้นสรุป เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกิจกรรมที่ผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันรวบรวมแนวคิดที่สำคัญหลังการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ในกลุ่ม สรุปเป็นหลักการเพื่อนำไปใช้ และให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรม และมอบหมายกิจกรรมให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติต่อ สำหรับวิธีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัดตามโปรแกรมใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมและเกิดการเรียนรู้ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่รับการบำบัดรักษา และการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมด้วยการเรียนรู้จากการสังเกตจากตัวแบบทั้งที่เป็นบุคคล คำสอน จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) หรือการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ทำให้ผู้ป่วยตระหนักเกิดความตั้งใจ รับรู้ความสามารถของตนเอง และพัฒนาการปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม พร้อมทั้งฝึกทักษะที่จำเป็น ได้กิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรมๆ ละ 120 นาที ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน หลังจากนั้นนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อดูความเข้าใจ ความสับสน และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการทำกิจกรรม จึงมาจัดทำเป็นคู่มือการดำเนินการโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม สำหรับคณะผู้วิจัยในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้คณะผู้วิจัยสามารถดำเนินกิจกรรมได้เหมือนกับการพัฒนากิจกรรมนี้ใช้เวลาดำเนินการ 6 เดือน

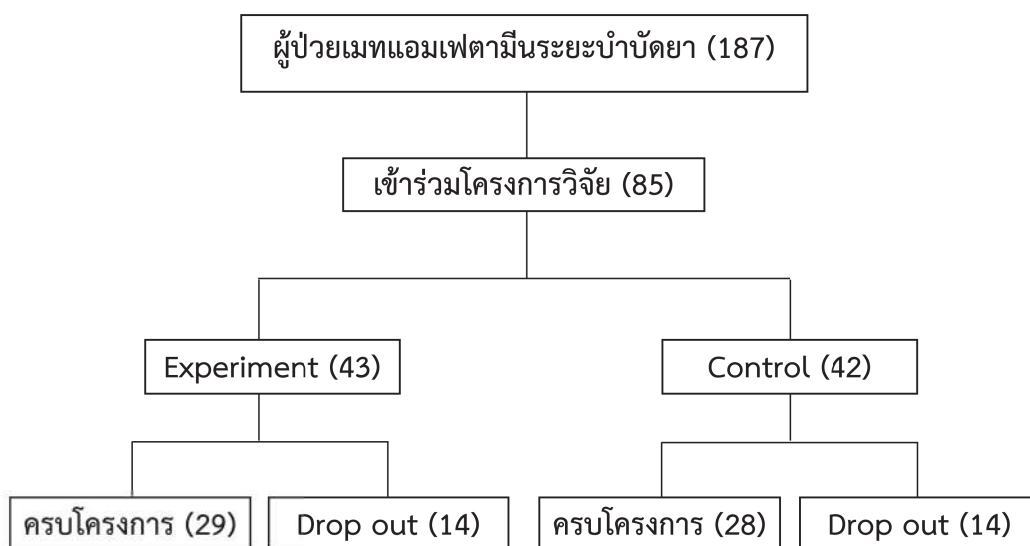
ชุดที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกัน

การติดยา และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยา ปรับจากสุกมา แสงเดือนฉาย¹⁰ โดยแบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการติดยานำมาปรับข้อความให้สอดคล้องกับเหตุการณ์หรือปัจจัยในการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน มีจำนวน 16 ข้อ เป็นมาตราประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่างๆ ทั้งจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก มีจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยการนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และ .91 ตามลำดับ

วิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง ได้แก่ การเตรียมคณะผู้วิจัย ให้ความรู้และฝึกทักษะในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแก่คณะผู้วิจัย โดยจัดการอบรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบ่งเป็น 3 ระยะ รวมจำนวน 8 วัน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2554 โดยระยะที่ 1 และ 2 เป็นการให้ความรู้พื้นฐานและฝึกปฏิบัติการดำเนินการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ระหว่างผู้เข้ารับการอบรมด้วยกัน ผลัดกันเป็นผู้นำ

กลุ่ม ในระยะที่ 3 เป็นการฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย ที่เข้ารับการบำบัดเป็นรายบุคคลคนละ 2 ราย บันทึกเทปการสนทนาขณะทำการบำบัดความคิด และพฤติกรรม นำมาเปิดให้ผู้เชี่ยวชาญฟังเพื่อให้ ข้อเสนอแนะ การเตรียมสถานที่ สถานที่ในการ ดำเนินการทดลอง ได้แก่ ห้องกิจกรรมซึ่งตั้งอยู่ ในหอผู้ป่วยโอบอลที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียง รบกวน มีประตูเข้าออก 2 ทาง เพื่อป้องกันความเสี่ยง ขั้นตอนที่ 2 ขั้นทดลอง ผู้วิจัยขอความยินยอม โดยอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียด ของโครงการ เมื่อผู้ป่วยยินยอมจะให้ลงลายมือชื่อ ในเอกสารขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed consent) ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการ ตามโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยเสริมกิจกรรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม กำหนดลงในตารางเวลาการทำกิจกรรมการดูแล

ตามปกติ สัปดาห์ละ 1 ครั้งในวันพฤหัสบดี เวลา 13.30 - 15.30 น. โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มๆ ละ 5 คน เริ่มดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 เมื่อผู้ป่วย เข้ารับการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในวันที่ 2 หลังการรับย้ายจากระยะบำบัดด้วยยา โดยทำกิจกรรมครั้งละ 120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เรียงกันไปตั้งแต่กิจกรรมครั้งที่ 1 จนถึงครั้งที่ 10 จนครบ ซึ่งการดำเนินการจะทำในลักษณะกลุ่มปิด ส่วนในกลุ่มทดลองดำเนินการตามโปรแกรมปกติ ในสัปดาห์ที่ 10 หลังได้รับโปรแกรมการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมครบให้ทั้งสองกลุ่ม ตอบแบบสอบถามอีกครั้งหนึ่ง ใช้เวลาในการ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 17 เดือน ในระหว่าง ดำเนินการวิจัยมีผู้ป่วยขอออกจากการวิจัย จำนวน 28 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 57 คน ซึ่งสรุปได้ตามแผนภูมิดังนี้



แผนภูมิที่ 1 แสดงกระบวนการดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้ จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เปรียบเทียบคะแนนความตั้งใจและการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับ โปรแกรมปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปกติ ด้วยสถิติ independent T-Test

ผล

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N = 29)		กลุ่มควบคุม (N = 28)		รวม (N = 57)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)							.222
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20	7	24.2	7	25.0	14	24.6	
21-25	4	13.8	4	14.3	8	14.0	
26-30	13	44.8	6	21.4	19	33.3	
31-35	5	17.2	9	32.1	14	24.6	
ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป	0	0	2	7.2	2	3.5	
อายุเฉลี่ย $\pm$ SD	25.86 $\pm$ 4.90		26.86 $\pm$ 6.37		26.35 $\pm$ 5.64		
อายุน้อยสุด-สูงสุด	(18-33)		(18-41)		(18-41)		
สถานภาพสมรส							.691
โสด	20	69.0	20	71.4	40	70.2	
สมรส	5	17.2	6	21.4	11	19.3	
หม้าย/หย่า/แยก	4	13.8	2	7.2	6	10.5	
ระดับการศึกษา							.372
ประถมศึกษา	4	13.8	4	14.3	8	14.0	
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	31.0	10	35.7	19	33.4	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/							
ปวช.	7	24.1	11	39.3	18	31.6	
ปวส./อนุปริญญา	4	13.8	2	7.1	6	10.5	
ปริญญาตรี	5	17.3	1	3.6	6	10.5	

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N = 29)		กลุ่มควบคุม (N = 28)		รวม (N = 57)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพ							.209
ไม่ได้ทำงาน	9	30.0	10	35.7	19	33.3	
นักเรียน/นักศึกษา	4	13.3	0	0	4	7.0	
เกษตรกร	5	16.7	3	10.7	8	14.0	
กรรมกร/รับจ้าง	7	26.7	7	25.0	14	24.6	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	4	13.3	8	28.6	12	21.1	
รายได้							.301
ไม่มีรายได้	11	37.9	8	28.6	19	33.3	
น้อยกว่า 5000 บาท	0	0	1	3.6	1	1.9	
5,001-10,000	12	41.5	7	25.0	19	33.3	
10,000-15,000	3	10.3	7	25.0	10	17.5	
มากกว่า 15,000	3	10.3	5	17.8	8	14.0	
รายได้เฉลี่ย $\pm$ SD	7006.42 $\pm$ 7514		10759.00 $\pm$ 12652		9367 $\pm$ 11519		
รายได้ต่ำสุด-สูงสุด	(0, 30,000)		(0, 60,000)		(0, 60,000)		
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย							.612
ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่น้อง ภรรยา ลูก ญาติ)	27	93.9	27	96.4	54	94.7	
บุคคลที่ไม่ใช่ญาติ	1	3.4	0	0	1	1.8	
อยู่คนเดียว	1	3.4	1	3.6	2	3.5	
ความสัมพันธ์ในครอบครัว							.995
รักใคร่กลมเกลียวกันดี	19	65.5	18	64.3	37	64.9	
ต่างคนต่างอยู่	2	6.9	2	7.1	4	7.0	
ทะเลาะกันบ้าง	8	27.6	8	28.6	16	8.1	

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 26 ปี ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมที่มีอายุเฉลี่ย 27 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และเป็นผู้ที่มีงานทำ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกรรมกร/รับจ้าง และทำธุรกิจส่วนตัว กลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มทดลอง ทั้งกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง ภรรยา ลูก) โดยสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่รักใคร่กลมเกลียวกันดี ซึ่งจากการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีข้อมูลพื้นฐานไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N = 29)		กลุ่มควบคุม (N = 28)		รวม (N = 57)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สารเสพติดที่ใช้							.092
ยาบ้า	15	51.7	22	78.6	37	64.9	
ไอซ์	3	10.4	2	7.1	5	8.8	
ยาบ้าและไอซ์	11	37.9	4	14.3	15	26.3	
สารเสพติดที่ใช้รวม							.337
ไม่ใช้	15	51.7	18	64.3	33	57.9	
ใช้ (เหล้า, กัญชา)	14	48.3	10	35.7	24	42.1	

จากตารางที่ 2 ข้อมูลการใช้สารเสพติด พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า รองลงมาคือ ใช้ยาบ้าและไอซ์สำหรับสารเสพติดที่ใช้รวมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่

ไม่ใช้สารเสพติดรวม จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า ข้อมูลการใช้สารเสพติดและสารเสพติดที่ใช้รวมทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	SD	t	P-value
ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ					
กลุ่มทดลอง	29	74.58	5.93	2.251	.028*
กลุ่มควบคุม	28	70.85	6.56		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ					
กลุ่มทดลอง	29	64.10	10.06	1.016	.314
กลุ่มควบคุม	28	61.25	11.12		

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์

1. ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับโปรแกรมการบำบัดปกติ มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำมากกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทั้ง 10 กิจกรรม มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบมีขั้นตอนต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน ตั้งแต่การสร้างตระหนักรู้และเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ ทบทวน

ข้อดี ข้อเสียของการใช้สารเสพติด และข้อดี ข้อเสียของการเลิกยาเสพติด ทำให้ผู้ป่วยได้ไตร่ตรองถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัวอย่างรอบคอบอีกครั้ง รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายชีวิตด้านครอบครัว และการงาน/การเรียนรู้ ทำให้เห็นปัญหาชัดเจนมากขึ้นว่าเป็นผลมาจากการใช้สารเสพติด ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจพยายามที่จะเลิกยาเสพติดให้ได้ ภายหลังจากผู้ป่วยตัดสินใจ และมีเป้าหมายร่วมกันว่าจะเลิกยาเสพติด จึงเริ่มการบำบัดในขั้นตอนปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมและเสริมสร้างความเชื่อมั่น โดยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและอิทธิพลของความคิดที่มีต่อปัจจัยอื่นๆ โดยยกตัวอย่าง อธิบายรูปแบบของความคิดว่า ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก พฤติกรรมทางร่างกาย และพฤติกรรมมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงที่ปัจจัยใดก็จะส่งผลต่อปัจจัยอื่นๆ ให้เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย มีการฝึกการโต้แย้งความคิด และปรับเปลี่ยนเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนนำไปสู่การใช้ยาเสพติด

ให้มีความเหมาะสมตรงตามความเป็นจริง และเป็นประโยชน์ต่อการเลิกยาเสพติด และในขั้นตอนต่อไปจึงให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะที่จำเป็น ทั้งทักษะการแก้ไขปัญหา การจัดการกับความเครียด การจัดการกับการถูกวิพากษ์วิจารณ์และความโกรธ การจัดการความเครียด และทักษะการปฏิเสธ ซึ่งกระบวนการที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และฝึกฝน เป็นการป้องกันการติดซ้ำที่ครอบคลุมทั้งความคิด อารมณ์ที่นำไปสู่การใช้สารเสพติด การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย การมีความรู้สึกละอาย ความขัดแย้ง หรือการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้เมทแอมเฟตามีน โดยครอบคลุมทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ซึ่งมาหลัท (Marlatt)¹¹ ศึกษาพบว่า เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดกลับไปเสพติดซ้ำ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้เรียนรู้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการติด การเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ ที่จะช่วยในการปรับตัวให้สามารถเผชิญกับสิ่งกระตุ้นต่างๆ ได้¹² จึงทำให้ผู้ป่วยมีความคิด เกิดความตั้งใจ และรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้เพียงการบำบัดตามปกติของสถานบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณีพร บุญเรือง¹³ พบว่า กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงทักษะการป้องกันการติดซ้ำไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งในด้านการปฏิเสธ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

เมื่อพิจารณากิจกรรมการพัฒนาความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ การศึกษาครั้งนี้ใช้การสร้างความตระหนัก และเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยให้วิเคราะห์ผลดี ผลเสียการใช้สารเสพติด

การให้ความรู้เรื่องสมองติดยา และการวางเป้าหมายในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Miller; & Rollnick¹⁴ ที่ให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบข้อดี ข้อเสียของการใช้สารเสพติดด้วยการไตร่ตรองอย่างรอบด้าน เพื่อให้ตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะยังคงมีพฤติกรรมอย่างเดิม หรือต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกมา แสงเดือนฉาย¹⁰ พบว่า ผู้ป่วยสุรา ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

2. ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับโปรแกรมการบำบัดปกติ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำจากแนวคิดของการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura¹⁵ ได้กล่าวถึงแหล่งที่มาของการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า ได้จากประสบการณ์ของคนที่ประสบความสำเร็จ (Enactive attainment) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จ (Vicarious experience) การได้รับคำพูดชักจูงจากบุคคลอื่น (Verbal persuasion) และสภาวะทางสรีระวิทยา (Physiological state) กล่าวคือในสภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัว มีความเครียด

วิตกกังวล จะทำให้การรับรู้ความสามารถตนเองไม่ดี ซึ่งในการจัดกิจกรรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ครั้งนี้เป็นบรรยากาศของการผ่อนคลาย ผู้ป่วยทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็น ทุกความคิดเห็นและประสบการณ์มีคุณค่าที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทุกคนมีส่วนร่วม มีเป้าหมายเดียวกันในการเลิกใช้ยาเสพติด มีการพูดคุยถึงประสบการณ์ ความพยายามที่ประสบความสำเร็จ ในการหยุดใช้ยาเสพติดที่ผ่านมา ถึงแม้จะเป็นช่วงเวลาช่วงหนึ่ง ผู้ป่วยก็สามารถเล่าให้ฟังว่ามีวิธีการอย่างไรบ้าง แลกเปลี่ยนกัน และมีการพูดคุยจูงใจให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นบรรยากาศของการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ รวมทั้งได้ฝึกฝนทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการติดซ้ำ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองมากขึ้น ซึ่งจากการพูดคุยในขณะทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้ป่วยกล่าวว่ากิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการเลิกยาให้พวกเขาได้ มีความมั่นใจที่จะไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ร้อยละ 80-100 แต่ทั้งนี้ยังมีอาสาสมัครบางรายที่ยังขาดความมั่นใจอยู่บ้าง เนื่องจากเกรงว่าอาจจะมีความหวั่นใจอยู่บ้าง เกิดขึ้นภายหลัง โดยที่ตนเองไม่สามารถแก้ปัญหานั้นได้ ซึ่งจะมีผลทำให้กลับไปเสพยาซ้ำ ดังคำสัมภาษณ์

“หลังจากที่ได้เรียนรู้แล้วจนถึงทุกวันนี้ คิดว่าตัวเอง 100% ที่จะไม่กลับไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด เลิกของผมในที่นี้คือยาเสพติดกับผม เป็นคู่ขนานหลังจากที่ผมได้เรียนรู้อะไรต่างๆ ในโครงการ”

“ของผมนี้นั้นใจมากขึ้นเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพราะว่าผมใช้ผลกระทบที่ตามมาใช้เหตุและผล คิดอยู่เสมอกับตัวเองอยู่ตลอดเวลาถ้าเราไปเจอเราต้องทำยังไงให้เราพ้นจากตรงนั้นแล้วก็การรับฟัง ยกตัวอย่างเช่นถ้าเพื่อนมาคุยกับเราเรื่องไม่ดีเรื่องยา เราจะต้องทำยังไงเราต้องมีสติมีอะไรใช้ประโยชน์จากโครงการคิดกับตัวเองครบบอกกับตัวเองอยู่ทุกวันจนตัวผมเองมั่นใจมากผมให้ 90% ครับ เพราะว่าที่เหลือขึ้นอยู่ที่เราว่าสามารถเอาออกมาใช้ได้มากแค่ไหน”

“ก็มั่นใจครับมั่นใจมากๆ ก็คิดว่าเลิกได้ครับ ความมั่นใจก็ตั้งแต่ที่เข้าโครงการมาก็ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิเสธก็ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการหยุดความคิดก็มีความมั่นใจแหละ ถ้าตีเป็นเปอร์เซ็นต์ก็ 90% ครับ อีก 10% นี่เพื่อไว้ตัวเองครับ กลัวว่าสักวันหนึ่งจะมีปัญหาอะไรอย่างนี้ครับที่ว่าเราไม่คาดคิดว่ามันจะเกิดขึ้นครับก็กลัวว่าแบบกลับไป แต่ก็ไม่น่าๆ เพราะว่าตอนนี้คิดถึงผลกระทบที่ตามมาครับ”

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดปกตินั้นจะใช้รูปแบบการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ซึ่งใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบของชุมชนบำบัด (Therapeutic : TC) โดยมีวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถที่สอดคล้องกับแหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถของเบนดูรา¹⁵ อยู่แล้ว เช่นการเป็นแบบอย่างของผู้บำบัดที่มาจากผู้ที่เคยติดยามาก่อน (Ex-addict staff) ซึ่งหลังจากที่ได้รับการบำบัดรักษาและสามารถเลิกเสพยาได้

มีพฤติกรรมที่ดีจึงได้รับการส่งเสริมและสอบคัดเลือกให้เข้ามาเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ได้ และในระบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Reshape behavior) ของชุมชนบำบัด จะมีการให้รางวัลแก่ผู้ป่วยที่มีการพัฒนาพฤติกรรมที่ดี ได้แก่ การเลื่อนระดับตามขั้นตอนจากการเป็นสมาชิกทีม (Residents) เป็นหัวหน้าทีม (work leader) หัวหน้าแผนก (Expediter) ผู้ช่วยผู้ควบคุมดูแลและประสานกิจกรรม (Chief expediter) จนกระทั่งได้เลื่อนระดับเป็นผู้ควบคุมและประสานกิจกรรม (Co-ordinator) ซึ่งเป็นระดับสูงสุด มีหน้าที่รับผิดชอบที่สูงขึ้น ตลอดจนการได้รับการพูดคุยจูงใจให้อยู่บำบัดต่อจากเจ้าหน้าที่ในยามที่มีความท้อแท้หรือไม่สบายใจ พบปัญหาอุปสรรคต่างๆ ขณะอยู่รับการบำบัด ให้คำชมเชยเมื่อกระทำการสิ่งที่ดี การให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำต่างๆ เพื่อให้เลิกยาเสพติด จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพยาซ้ำไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลตรงข้ามกับการศึกษาของดร.ณี ภูขาว^๑ พบว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ทักษะในการเผชิญปัญหาไม่เพิ่มขึ้น

สรุป

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ใช้กระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้มีส่วนร่วม โดยใช้วิธีการที่หลากหลายในการเรียนรู้ทั้งการสอน บรรยาย การยกตัวอย่าง การจินตนาการ การวาดภาพ การแสดงบทบาทสมมติ และการฝึกทักษะต่างๆ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นกันอย่างกว้างขวาง จนเกิดเป็นทักษะ เกิดการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมใหม่ๆ อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการที่ป้องกันการเสพยาซ้ำ จึงนับเป็นวิธีการบำบัดอีกวิธีการหนึ่งที่ช่วยป้องกันการติดซ้ำได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการสถาบัน ธัญญารักษ์ที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.สุชาดา รัชชกุล ที่ให้คำปรึกษา แนะนำ และขอขอบคุณผู้ป่วย เมทแอมเฟตามีนทุกท่านที่เป็นอาสาสมัคร ในโครงการวิจัยและให้ความร่วมมือในงานวิจัย ครั้งนี้จนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันธัญญารักษ์. รายงานประจำปี 2555. สถาบันธัญญารักษ์. ปทุมธานี; 2555.
2. สำนักงานบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผู้ป่วยยาเสพติด (บสต). [สืบค้น 28 สิงหาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก <http://antidrug.moph.go.th/beta2/>
3. ธงชัย อุ่นเอกลาภ. การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2541.
4. สถาบันธัญญารักษ์. รายงานประจำปี 2550. สถาบันธัญญารักษ์. ปทุมธานี; 2550.
5. Beck, Aron T. et al. Cognitive Therapy of Substance Abuse. USA : The Guilford Press; 1993.
6. Easton,C.J. et.al. A cognitive behavioral therapy for alcohol-dependent domestic violence offenders: an integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). Am J Addict 2007. Jan-Feb;16(1):24-31
7. นิชนันท์ คำลั่น. การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยา. ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3 ปี 2547. [สืบค้น 31 กรกฎาคม 2552]. เข้าถึงได้จาก <http://www.jvkk.go.th/index01.asp>.
8. Copeland, J. et al. A Randomized controlled trial of cognitive – behavioral interventions for cannabis use disorder. Journal of Substance Abuse Treatment 2001. 21;55-64.
9. ดรุณี ภู่อว. Development and evaluation of a culturally appropriate treatment program for people with alcohol use disorder in Thailand. (วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต)มหาวิทยาลัยควีนแลนด์; 2006.
10. สุกุมมา แสงเดือนฉาย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดยาและพฤติกรรมที่ไม่ดีซ้ำของผู้ป่วยสุรา. (ปริญญาานิพนธ์วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2554.
11. Marlatt, Alan G. Taxonomy of High-risk Situations for Alcohol relapse : Evaluation and Development of a Cognitive-Behavioral model. Addiction 1996. 91 (supplement) : 37-49
12. Marlatt, Alan G., Parks, A George & Witkiewitz, Katie. (2002). Clinical Guideline for Implementing Relapse Prevention Theory.[cited 2015 Jun5]. Available form : <http://www.Bhn.org/guidline/RDT>.
13. ปราณีพร บุญเรือง. ผลของกลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญาของวัยรุ่นที่ติดยาต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ. (วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
14. Miller; & Rollnick. Motivational Interviewing: helping people change. New York : Guilford; 2002.
15. Bandura A. (1986). Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, New Jersey : Rentice-Hall; 1986.