

ISSN : 2287-0369

วารสารวิชาการเสพติด

Thai Journal of Addiction

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564

Vol. 7 No. 1 January - June 2021

วารสารวิชาการเสพติด

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ข้อมูลวิชาการด้านยาและสารเสพติด
 2. เพื่อเผยแพร่ องค์ความรู้เกี่ยวกับยาและสารเสพติด
 3. เพื่อเป็นสื่อประสานงานและส่งข่าวระหว่างเครือข่ายนักวิชาการด้านยาและสารเสพติด
- เจ้าของ
ที่ปรึกษา**
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

นายสมศักดิ์	อรรถศิลป์	อธิบดีกรมการแพทย์
นายมานัส	โพธารมณ์	รองอธิบดีกรมการแพทย์
นางสาวอารีกัตติ	เงินบำรุง	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.
นางชนิษฐา	ตันติศิริรินทร์	ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
นายนิพนธ์	ชินานนท์เวช	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมการควบคุมโรค
นายชยนันท์	สิทธิบุศย์	ผู้อำนวยการกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค
นางกัลยา	ธรรมคุณ	ประธานมูลนิธิธัญญารักษ์
นางสาวสุรัชณี	เศวตศิลา	ผู้อำนวยการสำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสาวเสาวลักษณ์	ปลั่งเกียรติยศ	กองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรมคุมประพฤติ
นางสาวจันทกานต์	อยู่เย็น	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต
นายสรายุทธ์	บุญชัยพานิชวัฒนา	ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นายวรพงษ์	สำราญทิवालย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
นายชาญชัย	ธงพานิช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
นายธวัช	ลาพินี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
นางนภพร	อภิสิริเดช	โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
นายอดิศักดิ์	งามขจรวิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
นายอภิศักดิ์	วิทยานุกุลลักษณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

บรรณาธิการ

นายลำชำ	ลักษณะชินชั	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
---------	-------------	---

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวประเชิญ	ฤกษ์อรุณ	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นางสาววิรดา	จันทร์ลอย	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

กองบรรณาธิการ

นางสาวสุพจน์	ชุติดำรง	สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.
นายนิวัติ	เอี่ยมเที่ยง	ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดปัตตานี กรมคุมประพฤติ
นายทัปณ	สัมปทณรักษ์	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นางอรพิน	ทนนชติ	สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสาวสิริกุล	วงษ์สิริโสภาคย์	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
นางสาววรางคณา	รักษงาน	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นายอภิชาติ	เรณูวัฒนานนท์	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นางนันทา	ชัยพิชิตพันธ์	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นางสำเนา	นิลบรรพ์	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นางสาวสุกมา	แสงเดือนฉาย	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายบุญเรือง	ไตรเรืองวรรณ	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
นางสาวนิตยา	ตากวิริยะนันท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นายพิชัย	แสงชาญชัย	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
นายอรรถพล	สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางสาวรัศมี	กัลยาศิริ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายตะวันชัย	จิระประมุขพิทักษ์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
นายสุทัศน์	รุ่งเรืองหิรัญญา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นางสาวจิตรลดา	อารีย์สันติชัย	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายอรรถสิทธิ์	ศรีสุบัติ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์
นายศักดิ์นา	บุญเปี่ยม	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
นายประทีป	ฉัตรสุภางค์	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวดรุณี	ภูขาว	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายอนุสรณ์	พยัคฆาคม	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางเพ็ญพักตร์	อุทิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางสาวศิริพร	ฉนวนนท์	กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
นางสาวศรีธัญญา	เบญจกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางณปภา	สิริศุภกฤตกุล	สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสุประภา	จักขุคุลย์	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
นางสมพร	สุวรรณมาโจ	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

สำนักงาน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
60 ถนนพหลโยธิน ต.ประชาธิปไตย อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี 12130
โทร. 0-2531-0080-8 ต่อ 404, 341, 492 โทรสาร 0-2531-0085
www.pmnidat.go.th e-mail : journal@pmnidat.go.th

พิมพ์ที่: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2564-3104 ถึง 6
โทรสาร 0-2564-3119
<http://www.thammasatprintinghouse.com>

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการเสพติด ฉบับนี้ได้มีบทความวิชาการและบทความวิจัย ที่มีเนื้อหา ความรู้ ที่เป็นประโยชน์และรับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ที่ส่งบทความวิชาการมาเพื่อเผยแพร่อย่าง ต่อเนื่อง ประกอบด้วย เรื่องแรก ประสิทธิภาพและความปลอดภัยการใช้สมุนไพรชาวจีนต่อการถอนพิษยา ในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เรื่องที่สอง ผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด เรื่องที่สาม บุคลิกลักษณะของผู้ป่วยเมแทบอลิซึม และบทความเรื่อง เกม : นวัตกรรมบำบัด ทางกายภาพสำหรับผู้สูงอายุและสารเสพติด

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่ส่งบทความและให้การสนับสนุน ติดตามมา โดยตลอด ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ท้ายนี้ ขอเชิญชวนหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจัดส่งบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร วิชาการเสพติดเพื่อเผยแพร่ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อแวดวงวิชาการและสังคม โดยมีความคาดหวังว่า ผลงานเหล่านี้จะได้รับการพัฒนาต่อไปเป็นองค์ความรู้ของประเทศอันจะนำไปสู่การพัฒนาวิชาการ ด้านยาเสพติดในระดับชาติต่อไป

ลำชา ลักขณาภิชนัชช
บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลและความปลอดภัยการใช้สมุนไพรชาวจิตต่อการถอนพิษยาในผู้ป่วย
เสฟตีดแอลกอฮอล์ ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟตีดแห่งชาติบรมราชชนนี
ศิริรัตน์ กลิ่นเวทย์ ภ.ม., สมพร สุวรรณมาโจ ภ.ม., ภัทรินทร์ ชมภูคำ พ.บ.

ผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสฟตีดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด
ฐิติมา สิงห์เชื้อ วท.บ.

บุคลิกลักษณะของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน
รัชณี กลิ่นนิมโน วท.บ., จิตตรัตน์ ศรีวิเลิศ วท.บ., จามรินทร์ วงศ์เทพเทียน วท.ม.

บทความ

เกม : นวัตกรรมการบำบัดทางการพยาบาลสำหรับผู้ติดยาและสารเสฟตีด
อาภากร เปี้ยวนิม ปร.ด., ปรียศ กิตติธรรค์ศักดิ์ ปร.ด., ชมชื่น สมประเสริฐ ปร.ด.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลและความปลอดภัยการใช้ สมุนไพรชารางจืดต่อการถอนพิษยาในผู้ป่วย เสพติดแอลกอฮอล์ ในสถาบันบำบัดรักษาและ ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ศิริรัตน์ กลืนเวทย์ ภ.ม., สมพร สุวรรณมาโจ ภ.ม., ภัทรินทร์ ชมภูคำ พ.บ.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Abstract Effectiveness and safety of thunbergia tea on detoxification in alcoholic patients at princess mother national institute on drug abuse treatment
Sirirat Kasinwet, Somporn Suwanmajo, Pattharin Chompookham
Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

This research was a quasi-experimental research. To study the effectiveness and safety of *Thunbergia Laurifolia* tea on detoxification in alcoholic patients at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. In this study, the patients who participated were alcoholic patients which diagnosed by DSM -5 classifications. The study had 88 patients who remained throughout the study. Among all patients, 42 patients was admitted by *Thunbergia Laurifolia* tea, and 46 patients were the control group that received placebo tea. The general characteristics of both patient groups were not different. Patients in both groups were given 2 grams of tea 3 times a day before meals for 3 consecutive weeks. Both groups were monitored to assess the effectiveness of tea to reduce alcohol withdrawal by using Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised: CIWA-Ar for 1 week and safety assessments at day 8th and 15th after taking tea.

The results showed that the effectiveness of tea in reducing alcohol withdrawal by using the CIWA-Ar assessment form between *Thunbergia Laurifolia* tea group and the control group was not statistically significant difference ($p = 0.619$). For the assessment of safety on admitting *Thunbergia Laurifolia* tea, the results showed that patients who had *Thunbergia Laurifolia* tea did not have severe adverse reactions. Using blood chemistry parameters to monitor safety of *Thunbergia Laurifolia* tea showed that liver enzymes; Alanine Aminotransferase (SGPT) and Alkaline Phosphatase (ALP), hematology; WBC, RBC, MCH, MCHC, MCV, HBG, HCT, PLT, RDW, neutrophil, lymphocyte, monocyte, eosinophil, and basophil, and blood chemistry; BUN, creatinine, and glucose showed no significant difference. However, the patient group who received *Thunbergia Laurifolia* tea was found that Aspartate Transaminase (SGOT) decreased significantly from the control group ($p = 0.024$)

Keyword: *Thunbergia Laurifolia*, effectiveness, safety, detoxification in alcoholic

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของชารางจืดต่อการถอนพิษยาผู้ป่วยยาเสพติดประเภทแอลกอฮอล์ ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยทำการศึกษาผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดยาแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) ตามเกณฑ์ DSM-5 ในการศึกษาผู้ป่วยที่เข้าร่วมและอยู่ครบตลอดการศึกษาจำนวน 88 ราย เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับชารางจืด 42 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับชาหลอก 46 ราย ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับประทานชาชงขนาด 2 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร 3 เวลาเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ จากนั้นผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการติดตามประเมินประสิทธิผลของชาชงในการลดภาวะขาดแอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมิน Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised : CIWA-Ar เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ และประเมินความปลอดภัยที่ระยะเวลา 8 และ 15 วัน หลังรับประทานชาชง

ผลการวิจัยพบว่าประสิทธิผลของชาชงในการลดภาวะขาดแอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ระหว่างกลุ่มที่ได้รับชารางจืดและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

($p = 0.619$) ผลด้านความปลอดภัยของชาขางจืด พบว่าไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ผลค่าเอนไซม์ตับ Alanine aminotransferase (SGPT) และ alkaline phosphatase (ALP) ค่าโลหิตวิทยา (WBC RBC MCH MCHC MCV HGB HCT PLT RDW Neutrophil Lymphocyte Monocyte Eosinophil Basophil) ค่าทางเคมีคลินิก (BUN creatinine glucose) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นค่าเอนไซม์ Aspartate transaminase (SGOT) ลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.024$)

คำสำคัญ: ชาขางจืด ประสิทธิภาพของชาขาง ความปลอดภัยของชาขาง การถอนพิษสุรา

บทนำ

ปัจจุบันพบผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดประเภท แอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นทุกปี ในประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรม การดื่มสุราแล้ว โดยการสำรวจระดับชาติ สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2556 พบความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorder) มีความชุกชั่วชีวิต การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ปัญหาสังคม คิดเป็นร้อยละ 18.0 ประเมินการเป็นประชากร จำนวน 9,308,625 คน และความชุก 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ประเมินการเป็นประชากร จำนวน 2,749,024 คน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยหรือในกลุ่มวัยรุ่นพบจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สิ่งสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังจากการดื่มแอลกอฮอล์ติดต่อกันเป็นเวลานานหรือการดื่มในปริมาณสูงคือ อาการสำคัญภายหลังการหยุดหรือลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลางที่เกิดขึ้นในผู้ที่หยุดดื่มหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ ลงกะทันหันหลังจากที่ดื่มติดต่อกันมาเป็นระยะ

เวลานาน¹ อาการเหล่านี้เกิดขึ้นได้เทียบเท่าการดื่มวิสกี้ปริมาณ 16 ออนซ์ หรือ 2/3 ขวดต่อวัน ติดต่อกันเป็นเวลานาน 14-21 วัน² อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาความชุกของโรคพิษแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยชายที่มารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า เป็นโรคพิษแอลกอฮอล์ร้อยละ 25 และรายงานจากกรมการแพทย์และกองสถิติสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2524 ถึง พ.ศ. 2526 มีผู้ป่วยด้วยโรคสืบเนื่องจากแอลกอฮอล์ เป็นจำนวน 49,991 ราย (โรคทางกาย) และ 4,873 ราย (โรคทางจิตเวช) การวินิจฉัยโรคที่พบสูงสุดคือ การติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence syndrome) ซึ่งมีถึงร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมด³ ในเวชปฏิบัติทั่วไปจะพบผู้ป่วยถอนพิษแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) อยู่เสมอๆ ซึ่งจะมาพบแพทย์ด้วยอาการแตกต่างกันไป เช่น อาการตัวสั่น ตึงเครียด ชัก ประสาทหลอน หรือมีอาการสับสน วุ่นวาย พบบ่อยว่าผู้ป่วยเกิดอาการเหล่านี้ขึ้นหลังจากเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ 2-3 วันด้วยความเจ็บป่วยอื่นหรือได้รับอุบัติเหตุ สำหรับการรักษาภาวะอาการที่เกิดจากการขาดแอลกอฮอล์ในปัจจุบันมีหลักการ

รักษาโดยทั่วไปของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) คือ การมุ่งหวังทำให้อาการสงบลง ซึ่งส่วนใหญ่แล้วการให้ยาในกลุ่ม benzodiazepines เพียงขนาดเดียวก็เพียงพอแก่การควบคุมแล้ว อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมีความเจ็บป่วยหรือปัญหาทางร่างกายมาก การใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepines อาจปรับขนาดยาลำบากเนื่องจากหากใช้ในขนาดที่สูงอาจทำให้ผู้ป่วยง่วงซึมมากอยู่ตลอดเวลาหรืออาจตกการหายใจแต่ถ้าใช้ในขนาดต่ำก็ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ในกรณีเหล่านี้การใช้ยาหลายขนานร่วมกันอาจมีความเหมาะสมกว่า ทั้งนี้เนื่องจากอาการ withdrawal นั้นแสดงออกมาหลายทาง ซึ่งการให้ยาแต่ละขนานที่มีฤทธิ์ในการบำบัดอาการเฉพาะอย่างจะทำให้อาการดีขึ้นเร็วและลดความจำเป็นในการใช้ยาในขนาดสูง ดังนั้นในแนวทางต่างๆ ในปัจจุบันยาในกลุ่ม benzodiazepines ยังคงเป็นยาหลักในการถอนพิษสุรา ได้แก่ diazepam, chlordiazepoxide, lorazepam อาจใช้ haloperidol เสริมร่วมด้วยในบางรายเพื่อลดอาการกระสับกระส่ายและอาการทางจิต มีบางรายที่ตอบสนองต่อยาในกลุ่ม benzodiazepines ไม่ดีหรือเสี่ยงต่อการเสฟตติ จึงพิจารณาว่ายาอื่นที่มีการศึกษา เช่น valproate, carbamazepine, topiramate, clonidine เป็นต้น ส่วนยา beta-blocker จะไม่นำมาใช้ เพราะทำให้การประเมินอาการของ alcohol withdrawal ผิดพลาด เนื่องจากไปกลบอาการทาง peripheral ของ ANS hyperactivity ดังนั้นในปัจจุบันมักจะนิยมใช้การรักษาร่วมกันด้วยยาหลายขนาน (combination therapy) มากขึ้น⁴⁻⁶

ในปัจจุบันมีการนำสมุนไพรมาใช้ควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบันในหลายๆ กลุ่มโรค ในตำราแพทย์แผนไทยได้มีการนำสมุนไพรรางจืดมาใช้ในการถอนพิษต่างๆ และมีการนำมาใช้ในการถอนพิษแอลกอฮอล์ด้วย โดยคุณสมบัติของสมุนไพรรางจืดนั้นเป็นสมุนไพรที่มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า “*Thunbergia laurifolia* Lindl.” เป็นพืชสมุนไพรไทยที่อยู่ในวงศ์ Acanthaceae สมุนไพรรางจืดได้รับการคัดเลือกเป็นยาพัฒนาจากสมุนไพรรายการหนึ่งในบัญชียาจากสมุนไพร ในส่วนของเภสัชตำรับโรงพยาบาลในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยรางจืดหรือรางเย็นเป็นสมุนไพรที่เป็นยาที่มีรสเย็นใช้ปรุงเป็นยาเขียวรับประทานเป็นยาถอนพิษทำให้ลดความร้อนในร่างกาย แก้ไข้ แก้พิษกระทุ้งพิษไข้ หัว รากและเถารับประทานเป็นยาแก้ร้อนในกระหายน้ำ แก้พิษร้อนทั้งปวง สำหรับการศึกษานำรางจืดมาใช้ในฤทธิ์เกี่ยวกับการต้านพิษของแอลกอฮอล์ พบว่าคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ศึกษาฤทธิ์ของรางจืดในการต้านพิษของแอลกอฮอล์ต่อดับพบว่าสารสกัดด้วยน้ำของรางจืดช่วยป้องกันการตายของเซลล์ตับจากพิษของแอลกอฮอล์ในหลอดทดลองและสารสกัดขนาด 25 mg/kg/day นาน 7 วันช่วยฟื้นบำรุงตับหนูแรด หลังได้รับพิษจากแอลกอฮอล์ขนาด 4 g/kg/day นาน 14 วัน โดยทำให้ค่า AST, ALT ในพลาสมาและ triglyceride ในตับลดลงและลดการเปลี่ยนแปลงทางจุลพยาธิวิทยาของตับเมื่อเปรียบเทียบกับหนูที่ได้รับแอลกอฮอล์อย่างเดียว⁷ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉริยา ชนาวิรัตน์ ศึกษาฤทธิ์ของรางจืดในการป้องกันการทำลายตับของแอลกอฮอล์ใน

หนูถีบจักร พบว่าส่วนหนึ่งน่าจะเนื่องจากสารสกัดด้วยน้ำของรางจืดช่วยลดการเกิด hepatic lipid peroxidation และลดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด และเพิ่มระดับเอนไซม์ alcohol dehydrogenase และ aldehyde dehydrogenase⁸ และ นันทยา กระสวยทอง ได้ทำการศึกษาฤทธิ์ของรางจืดต่ออาการขาดเหล้าโดยให้หนูแรดได้รับแอลกอฮอล์ต่อเนื่องกัน 21 วันแล้วหยุดให้แอลกอฮอล์และให้หนูได้รับสารสกัดรางจืดขนาดต่างๆ ติดต่อกัน 14 วัน พบว่าสารสกัดรางจืดให้ผลในการลดภาวะซึมเศร้า และทำให้พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของหนูเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นแต่ไม่มีผลลดความวิตกกังวลโดยสารสกัดรางจืดช่วยลดการถูกทำลายของเซลล์ประสาทของหนูเนื่องจากการขาดเหล้า ในสมองส่วน mesolimbic dopaminergic system โดยเฉพาะที่บริเวณ nucleus accumbens และ ventral segmental area⁹

ดังนั้นคณะผู้วิจัยเห็นว่าการใช้สมุนไพรรางจืดน่าจะมีประโยชน์ในการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ และเพื่อเป็นการส่งเสริมภูมิปัญญาสมุนไพรไทยและเป็นการตอบสนองนโยบายชาติที่ต้องการรณรงค์ส่งเสริมการใช้สมุนไพรของไทยในการรักษาโรคต่างๆ จึงสนใจที่จะนำสมุนไพรรางจืดมาใช้ถอนพิษในผู้ป่วยยาเสพติดประเภทแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลเพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลและความปลอดภัยของสมุนไพรรางจืดในผู้ป่วยยาเสพติดประเภทแอลกอฮอล์ในระยะถอนพิษยา (alcohol withdrawal) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้ชาขงรางจืดในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษารักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม N4Studies ด้วยสูตร Two independent proportion formula without continuity correction โดยอ้างอิงผลการศึกษาก่อนพิษยาบ้าโดยใช้ชาขงรางจืดในผู้ป่วยยาเสพติดประเภทยาบ้าของ นายิกา เทพขุน และคณะ¹⁰ พบว่า proportion ในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.8 และในกลุ่มทดลองเท่ากับ 0.99 ค่า alpha เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มค่า dropout ร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 100 คน ทำการสุ่มโดยวิธี computerized random แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับชาขงรางจืด (ผงใบรางจืด 2 กรัมต่อซอง) ซงด้วยน้ำเดือด (200 มิลลิลิตร) นาน 10 นาที รับประทานวันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น นานติดต่อกันเป็นระยะเวลา 14 วัน และกลุ่มควบคุมจะได้รับชาหลอก ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับยามาตรฐานในการบำบัดการติดแอลกอฮอล์ ได้แก่ Lorazepam tablet 1 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น และ 2 เม็ดก่อนนอน Vitamin B 1-6-12 tablet 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น Folic acid tablet 1 เม็ด หลังอาหารเช้า Vitamin B injection

100 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อวันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 7 วัน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา ดังนี้ เพศชายอายุ ≥ 18 ปีและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) ตามเกณฑ์ DSM-5 และได้รับการรักษาเป็นแบบผู้ป่วยใน โดยมีการใช้ยาเสฟติคประเภทแอลกอฮอล์เป็นหลัก โดยระยะเวลาที่ใช้ครั้งสุดท้าย (last dose) อยู่ในช่วง 3-5 วัน ก่อนการเข้ารับการรักษา สามารถอ่านหนังสือและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ มีความยินดีและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออกผู้ป่วยออกจากโครงการ ดังนี้ มีโรคประจำตัว และต้องได้รับยาหรือประทุษโทษต่อเนื่องเป็นประจำ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจนจำเป็นต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น ไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาหรือออกจากการศึกษา ระหว่างทำการรักษา มีอาการทางจิตรุนแรง ความจำเสื่อม จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ชนิดบีหรือซี เกิดภาวะ delirium tremens ระหว่างเข้าร่วมการศึกษา และในการศึกษาครั้งนี้ทางสถาบันฯ ใช้วิธีการถอนพิษสุราโดยใช้วิธี Symptom-triggered strategy ด้วยการให้ยา diazepam injection ตามคะแนนของแบบประเมิน CIWA-Ar โดยการประเมินจากพยาบาลที่ได้รับการอบรมการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar และมีการใช้งานจริงบนหอผู้ป่วยบำบัดแอลกอฮอล์ ร่วมกับวิธีการรักษาแบบ Fixed dose regimen โดยการใช้ยา lorazepam ชนิดรับประทานตามตารางเวลาการให้ยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มี 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และข้อมูลการดื่มสุรา ได้แก่ ชนิดของสุรา ปริมาณที่ดื่ม ระยะเวลาที่ดื่ม ชุดที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ CIWA-Ar (The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale) ที่พัฒนามาจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 (DSM-III R) (Sullivan, J.T., Sykora K., Schneiderman J, 1989) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่เป็นมาตรฐานมีการนำมาใช้ในสถานบำบัดอย่างแพร่หลาย นำมาใช้ในการประเมินการขาดแอลกอฮอล์ประกอบด้วยอาการ คลื่นไส้อาเจียน มือสั่น เหงื่อออก วิดกกังวล กระสับกระส่าย ความผิดปกติด้านการสัมผัส ความผิดปกติด้านการได้ยินเสียง ความผิดปกติด้านการมองเห็นภาพ อาการปวดศีรษะ และความผิดปกติด้านการรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล การให้คะแนน ตั้งแต่ 0-7 คะแนน ยกเว้นความผิดปกติด้านการรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดคือ 67 คะแนน คะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน ถ้าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 ถือว่ามีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับเล็กน้อย ถ้าคะแนน 15-18 ถือว่ามีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง ถ้าคะแนนมากกว่า 19 คะแนน ถือว่ามีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยจะได้รับการสุ่ม (computerize) เข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับชาขงรางจิตและกลุ่มควบคุม ได้รับชาขงตะไคร้โดยลักษณะภายนอกของชาขงทั้ง 2 กลุ่มจะมีลักษณะเหมือนกันโดยเป็นซองบรรจุชาสีชา ขนาด 5x7 cm. ผลิตโดยรพ.วังน้ำเย็น จ.ปราจีนบุรี จะเป็นผู้เตรียมและผลิตชาขงรางจิตและชาหลอกซึ่งโรงพยาบาลวังน้ำเย็นได้รับการรับรองผ่านมาตรฐาน GMP ในการผลิตยาแผนไทย

1.1 ในกลุ่มทดลองที่ได้รับชาขงรางจิต พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะเป็นผู้จัดเตรียมและให้ผู้ป่วยรับประทานชาขงรางจิต (ผงใบรางจิต 2 กรัมต่อซอง) ซงด้วยน้ำเดือด (200 มิลลิลิตร) นาน 10 นาที รับประทานวันละ 3 ครั้งก่อนอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น นานติดต่อกันเป็นระยะเวลา 14 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับชาขงตะไคร้โดยการรับประทานชาตะไคร้ขนาด 2 กรัม ซงด้วยน้ำเดือด (200 มิลลิลิตร) นาน 10 นาทีรับประทานเช่นเดียวกับชาขงรางจิต ก่อนรับประทานชาขง จะเจาะเลือดตรวจการทำงานของตับ ไต, hematological value ระดับน้ำตาล

2. พยาบาลจะวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) โดยใช้แบบประเมินการขาดแอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal assessment screening guideline: CIWA-Ar) ทุกวันจนครบ 7 วัน (นับวันที่ใช้ชาขงเป็นวันที่ 1) วันละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลา 6.00-7.00 น. และเจาะเลือดส่งตรวจทางห้อง

ปฏิบัติการซ้ำในวันที่ 8 และ 15 ของการบำบัด กรณีที่พบว่ามีความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ จะได้รับการตรวจค่า SGOT, SGPT, ALP ทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง หรือจนกว่าค่าตับจะเป็นปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ทดสอบการแจกแจงปกติของตัวแปรทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test กรณีตัวแปรไม่ได้มีการแจกแจงปกติจะทำการแปลงข้อมูล (Data transformation) โดยใช้ log10

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนโรคร่วม ระยะเวลาที่ใช้แอลกอฮอล์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเป็น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติ t-test และ Fisher exact test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการถอนแอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมิน CIWA score ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้ชาขงรางจิตและกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอก ที่ระยะเวลา 0 ถึง 7 วัน (นับวันที่ใช้ชาขงเป็นวันที่ 1) โดยใช้สถิติ repeated measure ANOVA

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในด้านค่าการทำงานของตับ ไต เลือดระดับน้ำตาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้ชาขงรางจิตและกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาขง ที่ระยะเวลา 0, 8, 15 วัน (นับวันที่ใช้ชาขงเป็นวันที่ 1) โดยใช้สถิติ repeated measure ANOVA

ผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว สิทธิการรักษา ผู้ดูแล และยาอื่นๆ ที่ได้รับข้อมูล

ข้อมูล	จำนวนรวม (n = 88)	กลุ่มที่ได้รับ าชงรางจิต (n = 42)	กลุ่มที่ได้รับ ชาหลอก (n = 46)	p-value
เพศ				0.587
ชาย	88	42(100)	46(100)	
อายุ (ปี, ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	88	42.40 $\pm$ 9.17	44.66 $\pm$ 10.45	0.791
สถานภาพสมรส				0.256
โสด	37	19(45.2)	18(39.1)	
สมรส	28	13(31.0)	15(32.6)	
หย่า	19	10(23.8)	9(19.6)	
แยกกันอยู่	4	0(0)	4(8.7)	
อาชีพ				0.550
ว่างงาน	28	17(40.5)	11(24.4)	
รับจ้างทั่วไป	41	17(40.5)	24(53.3)	
ค้าขาย	6	2(4.8)	4(8.9)	
เกษตรกร	6	3(7.1)	3(6.7)	
ข้าราชการ	6	3(7.1)	3(6.7)	
รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน (บาท)	88	20,115.38 $\pm$ 14.93		0.604
ยาอื่นๆ ที่ได้รับเพิ่มเติม				
Diazepam	43	23(54.8)	20(43.5)	0.199
Fluoxetine, sertraline	16	8(19)	8(17.4)	0.529
Trazodone	27	10(23.8)	17(37.0)	0.135
Haloperidol	15	5(11.9)	10(21.7)	0.174

ข้อมูล	จำนวนรวม (n = 88)	กลุ่มที่ได้รับ ชาขงรางจิต (n = 42)	กลุ่มที่ได้รับ ชาหลอก (n = 46)	p-value
Samarin, legalon, metadoxine,	49	24(57.1)	25(54.3)	0.481
risperidone	4	1(2.4)	3(6.5)	0.343
Depakine, Topamax, levetiracetam				
ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ใช้ (จำนวนดื่มมาตรฐาน) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	88	25.11 $\pm$ 15.51	27.26 $\pm$ 22.94	0.745
ประเภทสารเสพติดที่ใช้				0.452
แอลกอฮอล์	40	22(52.4)	18(39.1)	
แอลกอฮอล์ร่วมกับยาบ้า	9	4(9.5)	5(10.9)	
แอลกอฮอล์ร่วมกับบุหรื	39	16(38.1)	23(50.0)	
ระยะเวลาการใช้				0.799
1-3 เดือน	1	0(0.0)	1(2.2)	
3-6 เดือน	1	0(0.0)	1(2.2)	
1-5 ปี	3	1(2.4)	2(4.3)	
5-10 ปี	24	11(26.2)	13(28.3)	
10-20 ปี	24	12(28.6)	12(26.1)	
มากกว่า 20 ปี	35	18(42.9)	17(37.0)	

จากตารางที่ 1 พบว่าลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชาย ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 40 ± 10 ปี สถานภาพสมรสของผู้ป่วยที่พบมากที่สุด คือ สถานภาพโสด ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุด คือ มัธยมศึกษา อาชีพที่พบมากที่สุด คือ รับจ้างทั่วไป รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท สิทธิการรักษาพยาบาลที่พบมากที่สุด คือ สิทธิการรักษาประกันสุขภาพ

ถ้วนหน้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีผู้ดูแล ยาอื่นที่ได้รับเพิ่มเติมไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม และข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์อย่างเดียว สารเสพติดอื่นที่ใช้ร่วมที่พบมากที่สุด คือ บุหรี่ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่มีปริมาณการใช้แอลกอฮอล์ค่อนข้างสูงโดยเมื่อคำนวณปริมาณการดื่มโดยเทียบกับปริมาณการดื่มมาตรฐานพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปริมาณการดื่มมากกว่า 20 ดื่มมาตรฐาน (> 200 g) และมีระยะเวลาการ

ใช้แอลกอฮอล์ที่มากกว่า 20 ปีขึ้นไป จะเห็นได้ว่า ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทดสอบการแจกแจงปกติของตัวแปรทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test กรณีตัวแปรไม่ได้มีการแจกแจงปกติจะทำการแปลงข้อมูล (Data transformation) โดยใช้ log10

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของชาขง โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการถอนแอลกอฮอล์

ด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar score ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้ชาขงรางจืดและกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอก จากวันเริ่มใช้ชาขงวันที่ 0 ถึง วันที่ 7 (นับวันที่ได้รับชาขงวันแรกเป็นวันที่ 1) โดยใช้สถิติ repeated measure ANOVA และจากการทดสอบการแจกแจงปกติของตัวแปรทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบตัวแปร CIWA-Ar score มีการแจกแจงไม่ปกติ จึงทำการแปลงข้อมูล (Data transformation) โดยใช้ log10

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการถอนแอลกอฮอล์

ตารางที่ 2 ผลค่าเฉลี่ยคะแนน log CIWA score ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับชาขงรางจืดและชาหลอก

เวลา (time point)	กลุ่มที่ได้รับ ชาขงรางจืด n = 42	กลุ่มที่ได้รับ ชาหลอก n = 46	Time X study group	p-value (Each time point)
log (CIWA)			0.534	<0.001
วันที่ 0 (ก่อนเริ่มใช้ชาขง)	1.01 ± 0.24	0.97 ± 0.30		
วันที่ 1	1.01 ± 0.24	0.97 ± 0.30		
วันที่ 2	0.92 ± 0.20	0.88 ± 0.23		
วันที่ 3	0.89 ± 0.18	0.85 ± 0.24		
วันที่ 4	0.81 ± 0.22	0.79 ± 0.17		
วันที่ 5	0.76 ± 0.14	0.76 ± 0.11		
วันที่ 6	0.73 ± 0.15	0.75 ± 0.16		
วันที่ 7	0.71 ± 0.14	0.73 ± 0.13		
p-value (between treatment)	p-value = 0.619			

หมายเหตุ : วันที่ 1 ไม่ได้มีการประเมิน CIWA ขึ้น

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการถอนแอลกอฮอล์ (log CIWA) ในวันที่ 7 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากวันเริ่มใช้ชาขง (p-value <0.001) กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการถอนพิษแอลกอฮอล์ลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (p-value = 0.619)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลด้านความปลอดภัย

จากการทดสอบการแจกแจงปกติของตัวแปรทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบตัวแปรที่มีการแจกแจงไม่ปกติ ได้แก่ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (SGOT, SGPT, ALP, Creatinine, FBS, RDW, neutrophil,

basophil, eosinophil, monocyte) จึงทำการแปลงข้อมูล (Data transformation) โดยใช้ log10 เพื่อให้ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ สำหรับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เช่น BUN, WBC, RBC, MCH, MCHC, MCV, HBG, HCT, PLT มีการแจกแจงปกติ

3.1 ข้อมูลความปลอดภัยต่อการทำงานของตับ

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Log SGOT ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับชาขงรางจืดและชาหลอก

เวลา (time point)	กลุ่มที่ได้รับชาขงรางจืด n = 42	กลุ่มที่ได้รับชาหลอก n = 46	Time X study group	p-value (Each time point)
			<0.001	<0.001
Log_SGOT (วันที่ 0)	2.09 ± 0.38	1.81 ± 0.32		
Log_SGOT (วันที่ 8)	1.68 ± 0.28	1.65 ± 0.29		
Log_SGOT (วันที่ 15)	1.57 ± 0.26	1.51 ± 0.20		
p-value (between treatment)	p-value = 0.024			

หมายเหตุ : วันที่ 0 หมายถึง ก่อนเริ่มรับประทานชาขง

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ repeated measure ANOVA เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าเอนไซม์ตับ (log_SGOT) ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในระยะเวลา 0, 8, 15 วัน (p-value <0.001) พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ชาขงรางจืดมีค่าเฉลี่ยของค่าเอนไซม์ตับ (log_SGOT) ลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.024)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Log_SGPT ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับชาขงรางจืดและชาหลอก

เวลา (time point)	กลุ่มที่ได้รับ ชาขงรางจืด n = 42	กลุ่มที่ได้รับ ชาหลอก n = 46	Time X study group	p-value (Each time point)
			0.010	0.005
Log_SGPT (วันที่ 0)	1.90 ± 0.35	1.71 ± 0.29		
Log_SGPT (วันที่ 8)	1.83 ± 0.32	1.78 ± 0.27		
Log_SGPT (วันที่ 15)	1.75 ± 0.29	1.71 ± 0.25		
p-value (between treatment)	p-value = 0.119			

หมายเหตุ : วันที่ 0 หมายถึง ก่อนเริ่มรับประทานชาขง

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ repeated measure ANOVA เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าเอนไซม์ตับ (log_SGPT) ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในระยะเวลา 0, 8, 15 วัน (p-value = 0.005) พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ชาขงรางจืดมีค่าเฉลี่ยของค่าเอนไซม์ตับ (log_SGPT) ลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอก (p-value = 0.119)

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Log_ALP ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับชาขงรางจืดและชาหลอก

เวลา (time point)	กลุ่มที่ได้รับ ชาขงรางจืด n = 42	กลุ่มที่ได้รับ ชาหลอก n = 46	Time X study group	p-value (Each time point)
			<0.001	<0.001
Log_ALP (วันที่ 0)	2.01 ± 0.17	1.97 ± 0.17		
Log_ALP (วันที่ 8)	1.89 ± 0.16	1.94 ± 0.19		
Log_ALP (วันที่ 15)	1.83 ± 0.16	1.90 ± 0.12		
p-value (between treatment)	p-value = 0.387			

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ repeated measure ANOVA เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าเอนไซม์ตับ (log_ALP) ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในระยะเวลา 0, 8, 15 วัน ($p\text{-value} < 0.001$) พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ชาขงรางจืดมีค่าเฉลี่ยของค่าเอนไซม์ตับ (log_ALP) ลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอก ($p\text{-value} = 0.387$) ดังนั้นอาจสรุปผลของความปลอดภัยต่อการทำงานของตับของการใช้ชาขงรางจืด ดังนี้ ชาขงรางจืดมีผลต่อค่าเฉลี่ยของค่าเอนไซม์ตับ Aspartate transaminase (SGOT) ลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.024$) ส่วนค่าเอนไซม์ตับ Alanine aminotransferase (SGPT) และ alkaline phosphatase (ALP) ลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอกอย่าง ($p = 0.119$ และ $p = 0.387$ ตามลำดับ) ดังนั้นอาจจะกล่าวสรุปได้ว่าผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ที่เข้าร่วมการศึกษาเมื่อมีการหยุดใช้แอลกอฮอล์แล้วมีแนวโน้มที่ค่าเอนไซม์ตับ SGOT, SGPT, ALP จะลดลง แต่การใช้ชาขงรางจืดอาจช่วยลดค่าเอนไซม์ตับ SGOT ได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการประเมินเรื่องความปลอดภัยจากสมุนไพรที่ใช้ว่ามีผลต่อดับหรือไม่ เกณฑ์หนึ่งที่ใช้ช่วยวินิจฉัยว่าเกิด drug-induced liver injury (DILI) หรือไม่ ได้แก่ ค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับหน้าที่ของตับ (liver function test) ค่าจำกัดความของ drug-induced liver injury (DILI) ที่ผ่านมาได้แก่ การเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) หรือ alkaline phosphatase

(ALP) หรือ bilirubin มากกว่า 2 เท่าของ upper limit of normal (ULN) แต่ในปัจจุบันได้ขยับระดับกัน (threshold) ของ ALT ให้สูงขึ้นเป็น ALT มากกว่า 5 เท่าของ ULN เพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้นโดย (European Association for the Study of the Liver, 2019) เนื่องจากยาบางอย่างอาจทำให้ เอนไซม์ ALT เพิ่มขึ้นชั่วคราวและจะกลับคืนสู่ค่าเดิมตอนเริ่มต้น (baseline) นอกจากนี้ระดับกันที่สูงขึ้นจะไม่รวมเอาผู้ป่วยกลุ่ม nonalcoholic steatohepatitis ที่มีระดับเอนไซม์สูงขึ้นจากตัวโรคไม่ใช่จากยาอีกด้วย ดังนั้นเกณฑ์ของการเกิด drug-induced liver injury (DILI) ในปัจจุบันคือ

- (1) การเพิ่มขึ้นของ SGPT มากกว่าเท่ากับ 5 เท่าของ ULN หรือ
- (2) การเพิ่มขึ้นของ ALP มากกว่าเท่ากับ 2 เท่าของ ULN หรือ
- (3) ALT มากกว่าเท่ากับ 3 เท่าของ ULN ร่วมกับ bilirubin มากกว่า 2 เท่าของ ULN

เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ผู้เข้าร่วมการศึกษาก็ได้รับการตรวจค่า liver function test เฉพาะ SGOT, SGPT, ALP ที่ระยะเวลา 0, 8, 15 วัน หลังได้รับชาขง ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบค่าเอนไซม์ตับโดยดูจากค่า SGPT serum alanine aminotransferase (SGPT) สูงกว่าปกติ 5 เท่า หรือ serum alkaline phosphatase (ALP) สูงกว่าปกติ 2 เท่า เพื่อช่วยในการพิจารณาเรื่อง Drug induced liver injury (DILI) ดังตารางที่ 6 7 และ 8

ตารางที่ 6 จำนวนความผิดปกติของตับที่เกิดขึ้นโดยใช้เกณฑ์ SGPT สูงเกินกว่า 5 เท่าของ upper normal limit

เวลา		การรักษา (Treatment)		p-value
		ชาขางจืด n = 42	ชาหลอก n = 46	
วันที่ 0 (ก่อนเริ่มใช้ ชาขาง)	ปกติ	34(81%)	43(93.5%)	0.073
	ผิดปกติ	8(19%)	3(6.5%)	
วันที่ 8	ปกติ	36(85.7%)	42(91.3%)	0.617
	ผิดปกติ	6(14.3%)	4(8.7%)	
วันที่ 15	ปกติ	38(90.5%)	43(93.5%)	0.449
	ผิดปกติ	4(9.5%)	3(6.5%)	

จากตารางที่ 6 จะเห็นได้ว่าในวันที่ 0 ก่อนเริ่มรับประทานชาขาง ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับชาขาง รากจืดมีความผิดปกติของตับไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับชาหลอก (p-value = 0.073) และเมื่อมีการติดตามที่วันที่ 8, 15 หลังจากให้ยาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับชาขางรากจืดมีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ (SGPT ที่ผิดปกติ) ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับชาหลอก (p-value = 0.617, 0.449 ตามลำดับ)

ตารางที่ 7 จำนวนเท่าของค่า SGPT ที่มีค่ามากกว่า upper normal limit ของผู้ป่วยที่ได้รับชาขางรากจืด

Adverse event	จำนวนเท่าของ SGPT เมื่อเทียบกับค่า upper normal limit		
ผู้ป่วยที่ได้รับรากจืด	เริ่มต้น (baseline)	วันที่ 8	วันที่ 15
ผู้ป่วยรายที่ 1	2	7	4
ผู้ป่วยรายที่ 2	9	11	5
ผู้ป่วยรายที่ 3	1	3	5
ผู้ป่วยรายที่ 4	4	3	5

จากตารางที่ 7 จากการติดตามผลการใช้ยาขงรางจิตที่มีผลต่อดับลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 4 รายที่มีค่าการทำงานของตับเอนไซม์ SGPT เพิ่มขึ้นมากกว่า 5 เท่าของ upper normal limit และเมื่อดูผลของการทำงานของตับที่ระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังรับประทานยาขงรางจิตพบมีผู้ป่วยที่มีเอนไซม์ตับเพิ่มขึ้นจากค่าตั้งต้นจำนวน 3 ราย และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าเอนไซม์ตับที่เพิ่มขึ้นนี้มีจำนวนผู้ป่วย 2 รายที่มีค่าเอนไซม์ตับ SGPT ที่เพิ่มมากกว่า 5 เท่าของค่าปกติ และเมื่อติดตามการทำงานของตับหลังผู้ป่วยรับประทานยาขงรางจิตจนครบระยะเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วย 2 รายเดิมที่เคยมีค่าเอนไซม์ตับ SGPT มากกว่า 5 เท่าในสัปดาห์แรก กลับมีค่าของเอนไซม์ตับ SGPT ลดลงเมื่อสิ้นสุดการรับประทานยาขงรางจิต 2 สัปดาห์ โดยที่ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่ได้มีการหยุดรับประทานยาขงรางจิตตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ทำให้ผู้วิจัยจึงทำการติดตามผู้ป่วยทั้งสองรายนี้เพื่อหาสาเหตุที่มีผลต่อการทำงานของตับของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน Casuality Assessment; RUCAM score ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีความจำเพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่สงสัยเกิด Drug induced injury ผลจากการประเมิน พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 รับประทานยาที่สงสัยว่าอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ค่า SGPT

สูง 3 รายการดังนี้ 1) diazepam (possible) 2) fluphenazine (possible) และ 3) ยาขงรางจิต (unlikely) ดังนั้นยาที่น่าจะเป็นสาเหตุทำให้ค่าเอนไซม์ตับสูงน่าจะเกิดจาก diazepam และ fluphenazine ผู้ป่วยรายที่ 2 รับประทานยาที่สงสัยว่าอาจจะเป็นสาเหตุ 3 รายการดังนี้ 1) diazepam (possible) 2) Lorazepam (unlikely) และ 3) ยาขงรางจิต (unlikely) ดังนั้นยาที่น่าจะเป็นสาเหตุทำให้ค่าเอนไซม์ตับสูงน่าจะเป็น diazepam อย่างไรก็ตามเมื่อติดตามผลที่ 2 สัปดาห์ พบว่ามีผู้ป่วยอีก 2 รายที่มีค่าเอนไซม์ SGPT ที่มากกว่า 5 เท่าของค่าปกติ ประเมินด้วย Casuality Assessment; RUCAM score พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 3 มียาที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ 3 รายการ ผลการประเมินเป็นดังนี้ sertraline (possible), Lorazepam (unlikely), ยาขงรางจิต (possible) ดังนั้นยาที่น่าจะเป็นสาเหตุทำให้ค่าเอนไซม์ SGPT สูงกว่าปกติอาจมาจากยา sertraline, ยาขงรางจิต ผู้ป่วยรายที่ 4 รับประทาน sertraline (possible), Lorazepam (unlikely) และยาขงรางจิต (possible) ดังนั้นยาที่น่าจะเป็นสาเหตุจากยา sertraline และยาขงรางจิต จึงเป็นข้อควรระมัดระวังในการใช้รางจิตร่วมกับยา sertraline ที่อาจจะมีแนวโน้มทำให้ค่าเอนไซม์ตับ SGPT เพิ่มขึ้นได้

ตารางที่ 8 ผู้ป่วยที่ได้รับชาหลอกที่มีค่า SGPT ที่มากกว่า 5 เท่าของค่า upper normal limit

Adverse event	จำนวนเท่าของค่า SGPT ที่มากกว่า 5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ upper normal limit		
ผู้ป่วยที่ได้รับ placebo	เริ่มต้น (baseline)	วันที่ 8 หลังได้รับชาขง	วันที่ 15 หลังได้รับชาขง
ผู้ป่วยคนที่ 1 (ราย)	8	21	10
ผู้ป่วยคนที่ 2 (ราย)	9	10	5
ผู้ป่วยคนที่ 3 (ราย)	6	9	7
ผู้ป่วยคนที่ 4 (ราย)	5	8	8
ผู้ป่วยคนที่ 5 (ราย)	2	5	3

จากตารางที่ 8 จากการติดตามผลการใช้ชาหลอกที่มีผลต่อดัชนีตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยจำนวน 5 รายที่มีค่าการทำงานของตับเอนไซม์ SGPT เพิ่มขึ้นมากกว่า 5 เท่าของ upper normal limit และเมื่อดูผลของการทำงานของตับที่ระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังรับประทานชาขงรางจืดพบผู้ป่วยที่มีเอนไซม์ตับเพิ่มขึ้นจากค่าตั้งต้นจำนวน 5 ราย และมีค่าเอนไซม์ตับ SGPT ที่เพิ่มมากกว่า 5 เท่าของค่าปกติ และเมื่อติดตามการทำงานของตับหลังผู้ป่วยรับประทานชาขงรางจืดจนครบระยะเวลา 2 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วย 4 รายเดิมที่เคยมีค่าเอนไซม์ตับ SGPT มากกว่า 5 เท่าในสัปดาห์แรก กลับมีค่าของเอนไซม์ตับ SGPT ลดลงเมื่อสิ้นสุดการรับประทานชาขงที่ 2 สัปดาห์ และผู้ป่วยจำนวน 1 รายที่มีค่าเอนไซม์ตับ SGPT เท่ากับสัปดาห์แรก ผู้ป่วยทั้ง 5 รายที่มีค่าเอนไซม์ตับเพิ่มขึ้นไม่ได้มีการหยุดรับประทานชาขงตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ทำให้ผู้วิจัยจึงทำการประเมินผู้ป่วยทั้งสองรายนี้ต่อเพื่อหาสาเหตุ

ของยาที่อาจมีผลต่อการทำงานของตับของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน Casuality Assessment; RUCAM score ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีความจำเพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่สงสัยเกิด Drug induced injury ผลจากการประเมิน พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 มียาที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ 2 รายการและผลการประเมินเป็นดังนี้ diazepam (possible), ชาหลอก (unlikely) ดังนั้นยาที่น่าจะเป็นสาเหตุทำให้ค่าเอนไซม์ตับขึ้นน่าจะเป็น diazepam, ผู้ป่วยรายที่ 2 มียาที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ 3 รายการและผลการประเมินเป็นดังนี้ diazepam (possible), trazodone (possible), ชาหลอก (exclude) ดังนั้นยาที่น่าจะเป็นสาเหตุทำให้ค่าเอนไซม์ตับขึ้นน่าจะเป็น diazepam, trazodone, ผู้ป่วยรายที่ 3 มียาที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ 3 รายการและผลการประเมินเป็นดังนี้ diazepam (possible), haloperidol (possible), ชาหลอก (exclude) ดังนั้นยาที่น่าจะเป็นสาเหตุทำให้ค่าเอนไซม์ตับขึ้นน่าจะเป็น diazepam, haloperidol และ ผู้ป่วยรายที่ 4 มียาที่สงสัยว่า

เป็นสาเหตุ 3 รายการและผลการประเมินเป็นดังนี้ diazepam (probable), trazodone (unlikely), ชาหลอก (unlikely) ดังนั้นยาที่น่าจะเป็นสาเหตุทำให้ค่าเอนไซม์ตับขึ้นน่าจะเป็น diazepam, trazodone นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการติดตามอาการทางคลินิกที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีค่า SGPT ที่สูงกว่าค่าปกติทุกราย โดยผู้วิจัยได้สอบถามผู้ป่วยทุกรายที่มีค่า SGPT สูงว่ามีอาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับภาวะ hepatitis ได้แก่ อาการไข้ ตัวเหลืองตาเหลือง ปวดท้องใต้ชายโครงขวา อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ผื่น คัน ปวดข้อ ปัสสาวะมีสีเข้ม ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดที่เกิดอาการทางคลินิกดังกล่าว อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มที่ยังคงมีค่าเอนไซม์ตับ SGPT ที่ยังสูงกว่าค่าเริ่มต้นการศึกษา ผู้วิจัยได้มีการติดตามผู้ป่วยทั้งสองรายหลังหยุดการรับประทานชาขงรางจืดต่ออีกทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีค่า SGPT กลับมาใกล้เคียง SGPT ที่เริ่มต้นของการศึกษา

3.2 ข้อมูลความปลอดภัยต่อการทำงานของไต

ผลด้านความปลอดภัยต่อไต ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ repeated measure ANOVA เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ BUN ที่ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในระยะเวลา 0, 8, 15 วัน (p-value = 0.102) พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ชาขงรางจืดมีค่าเฉลี่ยของ BUN, Log_Cr ที่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอก (p-value = 0.136, 0.844) ตามลำดับ และผลต่อค่า BUN พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ชาขงรางจืดมีค่าเฉลี่ยของ

BUN, Log_Cr ที่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอก (p-value = 0.136, 0.844) ตามลำดับ

3.3 ข้อมูลความปลอดภัยต่อระดับน้ำตาลในเลือด

ผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ repeated measure ANOVA เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด (log_FBS) ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในระยะเวลา 0, 8, 15 วัน (p-value < 0.001) พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ชาขงรางจืดค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด (log_FBS) ลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอก (p-value = 0.795) สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับชาขงรางจืดไม่ส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือดเนื่องจากพบความไม่แตกต่างกันในระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

3.4 ข้อมูลความปลอดภัยต่อโลหิตวิทยา

ผลด้านความปลอดภัยต่อโลหิตวิทยา พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ชาขงรางจืดมีค่าเฉลี่ยของค่าของ White blood cell (WBC), Red blood cell (RBC), Mean corpuscular hemoglobin (MCH), Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration (MCHC), mean corpuscular volume (MCV), Hemoglobin (HBG), Hematocrit (HCT), Red Cell Distribution Width (RDW), neutrophil, lymphocyte, monocyte, basophil ที่เปลี่ยนแปลงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอก (p = 0.318, 0.292, 0.709, 0.779, 0.617, 0.926, 0.876, 0.984, 0.500, 0.800, 0.233, 0.316 และ 0.989 ตามลำดับ) แต่จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้

ชาขงรจจิดมีคเณลียของ platelet (Plt) เพิ่มขึ้น แตกต่งจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอกแต่ยังอยู่ในช่วงคเณลียมาตรฐานของรพยบยบ (p-value = 0.034) จิงอจกถวสรูปได้ว้ผู้ป่วยที่ไ้รับชขงรจจิดไม่ส่งผลตอ้คเณลียตยทยส่วนใหญ่เนื่องจกพบคเณลียไม่แตกต่งกันในระหว่งผู้ป่วยทั้งสอกลุ่ม

วจจรณ

1. จกการศีกษพบว้ลักษณะข้อมูลท่วไปของผู้เข้าร่วมการศีกษาในกลุ่มทดลองที่ไ้รับชขงรจจิดและกลุ่มควบคุมที่ไ้รับชาหลอกมีลักษณะไม่แตกต่งกัน ได้แ่ เพศ อายู ระดับการศีกษา รายได้ จ่ำนวนโรครวม ระยยะเวลาและปริมาณที่ใช้แอลกอฮอล์

2. ผลการวัดประสิทธิผลของการใช้ชขงรจจิดเปรียบเทียบบกกลุ่มที่ใช้ชาหลอกที่มีการรับประทณชขงตอเนื่องกันเป็นระยยะเวลา 14 วัน โดยการเปรียบเทียบบคเณลียของการถอนแอลกอฮอล์ โดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar score ที่ระยยะเวลา 0 ถึง 7 วัน หลังใช้ชขง (โดยนับวันที่ใช้ชขงวันแรกเป็นวันที่ 1) โดยใช้สถิติ repeated measure ANOVA พบว้กลุ่มทดลองที่ใช้ชขงรจจิดมีคเณลียการถอนพิษแอลกอฮอล์ลดลงไม่แตกต่งจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอก (p-value = 0.619) หรือชขงรจจิดที่ไ้เพิ่มเติมจกการรักษามาตรฐนในการดูแลผู้ป่วยที่มีการถอนพิษแอลกอฮอล์ไม่ได้ให้ผลในเรื่องประสิทธิผลในการลดคเณลียการถอนพิษแอลกอฮอล์ที่แตกต่งจากกลุ่มที่ไ้รับชาหลอกหรือการรักษามาตรฐนท่วไปในการรักษการ

ถอนพิษแอลกอฮอล์ ซึ่งสาเหตุที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากในผู้ป่วยที่มีการถอนพิษแอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal) นั้นมีการเพิ่มของการกระตุ้นประสาทชนิด noradrenergic เกิดจกการพบว้มี MHPG (3-methoxy-4-hydroxy phenylethylglycol) ซึ่งเป็นเมทาบอไลทของสารสื่อประสาทชนิดนอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) เพิ่มขึ้นในน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง (cerebrospinal fluid : CSF) อย่างมีนัยสำคัญ ทำให้สารสื่อประสาทชนิดนอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) หลังมากขึ้น ตั้รับโอปิออยด์ (opiate receptor) ซึ่งอยู่ใกล้กับตั้รับชนิดแอลฟา 2 (alpha-2 receptor) มีการท่ำนลดลง ตั้รับชนิด benzodiazepine receptor -GABA-Chloride ionophore complex บนปลายประสาทเหล่านี้ท่ำนผิดปกติไป¹¹ ซึ่งจกกลไกดังกล่าว Bayard M., McIntyre J., Hill K. R., & Woodside J. ได้ทำการศีกษาและบ่งชี้ว้ยากลุ่ม Benzodiazepine เป็นยาลหลักที่ไ้ช่วยลดการถอนพิษแอลกอฮอล์ลดลงภายใน 24-168 ชั่วโมง โดยยากลุ่ม benzodiazepines ไปออกฤทธิ์ที่ตั้จับ benzodiazepine binding site ที่ตั้รับสารสื่อประสาท GABA receptor complex ส่งผลในการเพิ่มการท่ำนของ GABAergic transmission โดยย้าออกฤทธิ์เป็นย้าที่จับกับ GABA receptor แล้วมีการตอบสนองขึ้น ทำให้ลดการกระตุ้นเซลล์ประสาท (neuronal activity) สามารถลดอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อสับสน (delirium tremens) และอาการชัก (seizures) เช่น ทำให้ผู้ป่วยสงบ ป้องก่ำนการชัก (seizure) หรือ ภาวะเพ้อสับสน ทำให้ผู้ป่วยที่เมื่อแรกรับที่มีอาการถอนพิษ

แอลกอฮอล์รุนแรงมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว¹² โดยยาในกลุ่ม Benzodiazepines จากกลไกการออกฤทธิ์ของยาที่สัมพันธ์กับ สารสื่อประสาทชนิด norepinephrine ที่เพิ่มขึ้น โดยทั่วไปมักจะใช้ยา Benzodiazepines ที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (long half-life benzodiazepine) เนื่องจากสามารถควบคุมอาการได้ดีกว่า เช่นยา diazepam ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลเมื่อประเมินภาวะขาดแอลกอฮอล์ด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar score แล้วมีคะแนนสูงจะได้รับการรักษามาตรฐานเพื่อป้องกันภาวะเพ้อคลั่งสับสน (delirium tremens) คือการให้ยาในกลุ่ม benzodiazepines เช่น Diazepam injection ทันทีไปก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับประทานชาชงรางจืด พบว่าการให้ยาในกลุ่ม benzodiazepines เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงการถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง และสามารถลดคะแนน CIWA-Ar ได้อย่างรวดเร็ว แม้ในครั้งแรกที่ได้รับยา ทำให้เมื่อเรามีการให้ชาชงรางจืดเข้าไปในภายหลังอาจทำให้ไม่เห็นความแตกต่างของคะแนน CIWA-Ar score ที่ชัดเจน

3. ผลความปลอดภัยของการใช้ชาชงรางจืดเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้ชาหลอกพบว่า ผลด้านความปลอดภัยต่อดัชนีในช่วงระยะเวลา 14 วันหลังได้รับชาชงรางจืด พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ชาชงรางจืดมีค่าเฉลี่ยของค่าเอนไซม์ระดับ Aspartate transaminase (SGOT) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.024) ส่วนค่าเอนไซม์ระดับ Alanine aminotransferase (SGPT) และ alkaline phosphatase (ALP) ลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (p-value = 0.119 และ p-value = 0.387 ตามลำดับ) และในการศึกษาวิจัยนี้พบมีผู้ป่วยจำนวน 2 รายที่มีค่าเอนไซม์ระดับเพิ่มขึ้น (SGPT มากกว่า 5 เท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ upper normal limit) เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุเรื่อง ยาที่เหนี่ยวนำให้เกิดภาวะตับอักเสบ (Drug induced liver injury) โดยการประเมินด้วยแบบประเมิน RUCAM causality score ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีความจำเพาะเจาะจงในการประเมินภาวะตับอักเสบที่สงสัยว่ามีสาเหตุจากยา พบว่า ชาชงรางจืด ได้คะแนนการประเมินเป็น น่าจะใช้ (possible) และ ยา sertraline ได้คะแนนการประเมินเป็น น่าจะใช้ (possible) จึงสงสัยสาเหตุจากชาชงรางจืดหรือยา sertraline เนื่องจากได้คะแนนการประเมินเท่ากัน อาจเป็นข้อควรระมัดระวังในการใช้ชารางจืดร่วมกับยา sertraline และเมื่อพิจารณาในส่วนของสมุนไพรรางจืดนั้นมีการศึกษาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับผลของการศึกษาในครั้งนี้คือ การศึกษาของ คณางค์ โพศรีดี (2555) ที่ทำการศึกษาความเป็นพิษกึ่งระยะยาวของสารสกัดรางจืดในหนูขาวในกลุ่มย้อนกลับเพศผู้ที่ได้รับสารสกัดรางจืดเอทานอลทุกขนาด พบค่าเอนไซม์ในตับ SGOT กลุ่มทดสอบที่ได้รับสารสกัดรางจืดน้ำขนาด 5,000 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนค่า ALT ในกลุ่มทดสอบเพศผู้ที่ได้รับสารสกัดเอทานอลขนาดเทียบเท่าการดื่มชาในคนทำให้มีค่าเพิ่มขึ้นจากกลุ่มควบคุม 41.53 ± 24.65 U/L อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹³ ส่วนผลของยา sertraline ต่อการทำงานของตับนั้น สามารถอธิบายได้ว่า ยาในกลุ่มต้านอาการซึมเศร้ากลุ่ม

Selective Serotonin Reuptake inhibitors: SSRI มีการเมทาบอลิซึมผ่านการทำงานของตับโดยตรงโดยผ่าน cytochrome P450 (CYP 2D6) ซึ่งอาจจะมีผลต่อผู้ป่วยเสฟติดแอลกอฮอล์ที่มีพยาธิสภาพของตับที่บกพร่องอยู่แล้ว โดยในปัจจุบันมีการรายงานเป็นกรณีศึกษาถึงการให้ sertraline ที่ทำให้เกิดภาวะตับอักเสบ¹⁴⁻¹⁵ ส่วนผลด้านความปลอดภัยต่อไต ในช่วงระยะเวลา 14 วันหลังได้รับชาซงรางจืด พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ชาซงรางจืดมีค่าเฉลี่ยของค่า Blood Urea Nitrogen (BUN) และ Creatinine (Cr) ที่เปลี่ยนแปลงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.136$ และ $p\text{-value} = 0.844$ ตามลำดับ) ซึ่งสาเหตุที่เป็นเช่นนี้ สามารถอธิบายได้ว่าชาซงรางจืดไม่มีผลต่อการทำงานของไตของผู้ป่วย โดยมีการศึกษาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการวิจัยในครั้งนี้ คือการศึกษาของ คณางค์ โพศรีดี¹³ และอรชดาสิทธิพรหม¹⁶ พบว่าทุกกลุ่มที่ได้รับสารสกัดรางจืดน้ำและเอทานอลทั้งเพศผู้และเพศเมียมีค่าเฉลี่ยของระดับ BUN และ Creatinine ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด Fasting blood sugar (FBS) ที่ในช่วงระยะเวลา 14 วันหลังได้รับชาซงรางจืด พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ชาซงรางจืดค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอก ($p\text{-value} = 0.795$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Atitchat, S., Vutteerapol, S. and Sanpetch, K. ที่ใช้สารสกัดรางจืดเข้มข้น 60 มิลลิกรัมต่อมิลลิตรในหนูที่เป็นเบาหวานที่พบว่าสารสกัดรางจืดมีแนวโน้มลด

น้ำตาลในเลือดหนูที่เป็นเบาหวานเกือบเป็นปกติได้แต่ไม่ชัดเจน ส่วนผลด้านความปลอดภัยต่อโลหิตวิทยา ที่ในช่วงระยะเวลา 14 วันหลังได้รับชาซงรางจืดพบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ชาซงรางจืดมีค่าเฉลี่ยของค่าของ White blood cell (WBC), Red blood cell (RBC), Mean corpuscular hemoglobin (MCH), Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration (MCHC), mean corpuscular volume (MCV), Hemoglobin (HBG), Hematocrit (HCT), Red Cell Distribution Width (RDW), neutrophil, lymphocyte, monocyte, basophil ที่เปลี่ยนแปลงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ โดยมีการศึกษาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการวิจัยในครั้งนี้ คือการศึกษาของ คณางค์ โพศรีดี แต่จากผลการศึกษาในครั้งนี้ที่แตกต่างจากคณางค์ โพศรีดี คือผลของค่าเฉลี่ยของ platelet (Plt) เพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอก ($p\text{-value} = 0.034$) แต่ผลของค่า Platelet ที่เพิ่มขึ้นนั้นยังอยู่ในช่วงค่ามาตรฐานของโรงพยาบาล¹³ สำหรับผลอาการไม่พึงประสงค์ทั่วไปที่เกิดขึ้น (Adverse event) ภายหลังได้รับชาซงในผู้ป่วยที่ได้รับชาซงรางจืดและชาหลอกไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ เช่น มือเท้าชา คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายเหลว วิงเวียน ผื่นแดง ลมพิษ และในการศึกษานี้ยังไม่พบอาการทางคลินิกที่แสดงถึงภาวะตับอักเสบ (hepatitis) เช่น อาการไข้ ตัวเหลืองตาเหลือง ปวดท้องใต้ชายโครงขวา อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ผื่น ปวดข้อ ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม และเมื่อมีการติดตามผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่มีค่าตับสูงขึ้นระหว่างเข้าร่วมการ

ศึกษาโดยการติดตามผลค่าการทำงานของตับ ภายหลังหลังการหยุดใช้ชาซังอีก 2 สัปดาห์พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดมีค่า SGPT กลับลงมาใกล้เคียงกับค่า เริ่มต้นของการศึกษา (baseline)

4. จากการศึกษาที่พบตัวแปรกวน (confounding factor) ที่อาจมีผลต่อการศึกษา คือ ยาที่แพทย์ได้มีการสั่งใช้เพิ่มเติมภายหลังทำการ รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากแรกเริ่มซึ่งยาบางกลุ่ม หรือยาบางรายการมีผลต่อการทำงานของตับ โดยตรง ซึ่งอาจส่งผลต่อค่าเอนไซม์ตับของผู้ป่วย เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาในกลุ่ม ด้านอาการซึมเศร้ากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) ที่พบในผู้ป่วยบางราย มีค่าเอนไซม์ตับที่สูงขึ้นเมื่อมีการใช้ร่วมกันระหว่าง การใช้สมุนไพรรางจืดกับยากกลุ่มด้านอาการ ซึมเศร้ากลุ่ม SSRIs จึงเป็นข้อควรระวังหากต้องใช้ รางจืดร่วมกับยากกลุ่ม SSRIs

สรุป

1. ผลการศึกษาในเรื่องประสิทธิภาพของ รางจืดต่อการถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่เสพยา แอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ชาซังรางจืด มีคะแนนเฉลี่ยการถอนพิษแอลกอฮอล์ลดลงไม่ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอก (p-value = 0.619) หรือชาซังรางจืดที่ให้เพิ่มเติมจากการ รักษามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่มีการถอนพิษ แอลกอฮอล์ไม่ได้ให้ผลในเรื่องประสิทธิภาพในการ ลดคะแนนการถอนพิษแอลกอฮอล์ที่แตกต่างจาก กลุ่มที่ได้รับชาหลอกหรือการรักษามาตรฐานทั่วไป ในการรักษาการถอนพิษแอลกอฮอล์

2. ผลจากการศึกษาในด้านความปลอดภัย ของการใช้สมุนไพรรางจืดในผู้ป่วยที่เสพยา แอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ชาซังรางจืด มีค่าเฉลี่ยของค่าเอนไซม์ตับ Aspartate trans- aminase (SGOT) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้ ชาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.024) ส่วนค่าเอนไซม์ตับ Alanine aminotransferase (SGPT) และ alkaline phosphatase (ALP) ลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ชาหลอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.119 และ p-value = 0.387 ตามลำดับ)

3. ควรเพิ่มความระมัดระวังการใช้รางจืด ร่วมกับยาต้านอาการซึมเศร้ากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาแบบ double blind randomized controlled trial เพื่อพิสูจน์ ประสิทธิภาพของรางจืดต่อไป

2. หากใช้รางจืดแบบ add on การ ถอนพิษด้วย benzodiazepines ควรใช้วิธี ถอนพิษแบบ symptom-triggered strategy ใน กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดย ควบคุมให้ได้เหมือนกันทั้งสองกลุ่ม เพราะกลุ่ม ผู้ป่วยจะมีการถอนพิษแอลกอฮอล์ (withdrawal) ให้วัดได้มากกว่าวิธีแบบ fixed dose regimen

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่ เข้าร่วมการศึกษามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่ครบ ระยะเวลาที่ทำการการศึกษา 14 วัน ได้แก่ ผู้ป่วย

ไม่สามารถนอนโรงพยาบาลได้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องถูกส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลทางกาย ผู้ป่วยติดธุระมีความจำเป็นต้องยกเลิกการรักษาแบบผู้ป่วยใน และมีผู้ป่วยที่เกิดภาวะ delirium tremens ระหว่างทำการรักษา เป็นสาเหตุให้จำเป็นต้องตัดกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ออกจากการศึกษา

2. ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะการถอนพิษยา ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถทำการวิจัยสลับกลุ่ม (cross-over study) โดยมี wash out period ซึ่งจะใช้เวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ ดังนั้นหากจะมีการนำการศึกษานี้ไปใช้ต่อควรมีการยืดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลออกไปเพื่อจะได้มีการสลับการให้ intervention ระหว่างกลุ่มการศึกษา

3. เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดประเภทแอลกอฮอล์มาในปริมาณค่อนข้างสูงและใช้มาเป็นเวลานานมากกว่า 20 ปี ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการทำงานของตับผู้ป่วยที่บกพร่อง โดยพบถึงมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาที่มีพยาธิสภาพของตับที่บกพร่อง ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการรักษา ยาที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างนอนโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลและความปลอดภัยการใช้สมุนไพรชาวจิตต่อการถอนพิษยาในผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ ในสถาบัน

บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้ดำเนินการงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีโดยความร่วมมือจากหน่วยงานและบุคลากรหลายๆ ฝ่าย คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สรยุทธ บุญชัยพานิชวัฒนา ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี นายแพทย์ล้ำค่า ลักขณาภิชนชัช รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการแพทย์ ที่ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานตลอดโครงการวิจัย

คุณกชพร วิวัฒน์ถาวรวงศ์ หัวหน้าตึกผู้ป่วยทัพบก และเจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยทัพบก 1 และทัพบก 2 ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือทั้งร่างกายและแรงใจในการดำเนินการวิจัยและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

คุณศิวารัตน์ เรียนลึก หัวหน้างานพยาธิวิทยาและเจ้าหน้าที่งานพยาธิวิทยาทุกท่าน ได้กรุณาอำนวยความสะดวกในการตรวจวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เป็นอย่างดี

กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ของสถาบันฯ ที่เป็นที่ปรึกษาการวิจัยที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ชี้แนะแนวทางในการศึกษาวิจัยและเป็นที่ปรึกษาอย่างดีมาโดยตลอด

ในการนี้ทางคณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำข้อมูลหรือผลที่ได้จากการวิจัยไปปรับใช้ร่างจิตในการบำบัดรักษาดูแลผู้ป่วยยาเสพติดประเภทแอลกอฮอล์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สุมณฑิพย์ จิตสว่าง. ความสัมพันธ์ของการเสพยาสุรา กับอาชญากรรม. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุนวิจัย กองทุนรัชดาภิเษกสมโภชกรุงเทพ; 2553.
2. Reed JS, Liskow BI. Current medical treatment of alcohol withdrawal. *Rational Drug Therap.* 1987; 21: 1-6.
3. สุพัฒน์นา เดชาตึงศ์ ณ อยู่ธยา. รายงานการวิเคราะห์ สถานภาพของปัญหาสุขภาพจิต 6 เรื่อง. กรุงเทพฯ: ศูนย์ผลิตเอกสารโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ; 2531.
4. Wise MG, Taylor SE. Anxiety and mood disorders in medically ill patients. *J Clin Psychiatry.* 1990; 51:1 suppl : 27-32
5. Guthrie SK. The treatment of alcohol withdrawal. *Pharmacotherapy.* 1989; 9: 131-43.
6. Mc Micken DB. Alcohol withdrawal syndromes. *Emerg Med Clin North Am.* 1990; 8: 805-819.
7. Pramyothin P, Chirdchupunsara H, Rungsinpipat A, Chaichantpyuth C. Hapatoprotective activity of *Thunbergia laurifolia* Lindl. Extract in rats treated with ethanol: in vitro and in vivo studies. *J Ethanopharmacol.* 2005; 102: 408-11.
8. อัจฉริยา ขนาวิรัตน์. การศึกษาถึงผลของสารสกัดจากใบรางจืดต่อการป้องกันการทำลายตับอันเนื่องมาจากแอลกอฮอล์ในหนูถีบจักร. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพิษวิทยา). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2000.
9. นันทยา กระสวยทอง. ผลของสารสกัดสมุนไพรรางจืดต่อการลดกลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุรา และการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทโดปามีนในสมองหนูแรดที่เหนียวน้ำให้ติดแอลกอฮอล์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาแพทยศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสรีรวิทยา). ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
10. นานิกา เทพขุน และคณะ. ประสิทธิภาพของขารางจืดต่อการถอนพิษยาผู้ป่วยยาเสพติดประเภทยาบ้าในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
11. อนันต์ ธนาประเสริฐภรณ์. Alcohol withdrawal: A Review of clinical management. ค้นจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental>; 2554.
12. Bayard, M., McIntyre, J., Hill, K. R., & Woodside, J. Alcohol withdrawal syndrome. *American Family Physician.* 2004; 69(6): 1443-50.
13. คณางค์ โพศรีดี. การศึกษาความเป็นพิษกึ่งระยะยาวของสารสกัดรางจืดในหนูขาว. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีอาหาร). นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2555.
14. Tabak F, Gunduz F, Tahan V, Tabuko, & Ozaras R. Sertraline hepatotoxicity : Report of case and review of literature, *Dig Dis Sci.* 2009; 54: 1589-91.
15. Voican CS, Corruble E, Naveaus, & Perlemater G. Antidepressant-induced liver injury: a review for clinicians. *Am J Psychiatry.* 2014; 171(4): 404-15.
16. อรชดา สิทธิพรหม. การศึกษาความปลอดภัยของการรับประทานยาแคปซูลสารสกัดรางจืดในอาสาสมัครสุขภาพดี ระยะที่ 1. *ธรรมศาสตร์เวชสาร.* 2555; 12(1): 42-9.
17. Atitchat, S., Vutteeapol, S. and Sanpetch, K. Effect of *Thunbergia laurifolia* Linn. on blood glucose level and reproductive system of diabetic rats. Reserch of medicinal plants in Thailand. The 4th National seminar on pharmaceutical biotechnology. September 10-12. Chiangmai, Thailand: Chiangmai University; 2002.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด

ฐิติมา สิงห์เชื้อ วท.บ.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Abstract Effect of Occupational therapy for Addiction patients with Cognitive Impairment

Thitima Singchua

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

The objective of this research was to study the Effect of Occupational therapy for Addiction patients with Cognitive Impairment. The retrospective descriptive was used to study, previous 3 years between October, 2015 to September, 2017. Data were collected using case record form which were recorded from patient medical record forms at Keawsong ward and Occupational therapy unit. Statistics used as data analysis were percentage, mean, standard deviation and comparative of mean differences between pre – post assessment score (MoCA test) by Paired t-test. The results recorded that all of subjects were males (n = 54), average age of 43.37 ± 11.38 years, graduate from primary school 48.15%, nearly all Alcohol Addiction (77.78%). The mean differences between post MoCA assessment score was higher than pre MoCA assessment score ($d\bar{x} = 5.241$, $SD = 2.62$) and statistical significance ($p < .01$). The mean differences between post (MoCA ≥ 25) was higher than pre MoCA assessment score $d\bar{x} = 5.725$, $SD = 2.386$) and statistical significance ($p < .01$). This study concluded that Addiction patients with Cognitive Impairment, who receiving occupational therapy, were improve scores of cognition better than not receiving occupational therapy. A further study should be

comparative between groups whether receiving or not receiving occupational therapy and should be study the effect of this program for each Cognitive function domains.

Keywords: Cognitive Impairment, Addiction patients, Occupational therapy for Cognitive Training

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2558-2560 จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในตึกเขียวสองและงานกิจกรรมบำบัด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เก็บข้อมูลด้วย Case Record Form วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลต่าง (d) ของคะแนนเฉลี่ยการประเมิน MoCA ในช่วงก่อนและหลังการได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัด ด้วยสถิติที่แบบจับคู่ (Paired t-test) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย (54 คน) อายุเฉลี่ย 43.37 ± 11.38 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.15) ใช้สารเสพติดประเภทสุรา (ร้อยละ 77.78) และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการประเมิน MoCA ในช่วงก่อนและหลังการได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัด ด้วยสถิติที่แบบจับคู่ พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยการประเมิน MoCA หลังได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัดสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัด $d\bar{x} = 5.241$, $SD = 2.62$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยการประเมิน MoCA ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ ($MoCA \geq 25$ คะแนน) สูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัด $d\bar{x} = 5.725$, $SD = 2.386$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด เมื่อได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัด จะมีการฟื้นคืนของการรู้คิดได้ดีกว่าไม่ได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัด ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการฝึกกิจกรรมบำบัดฯ และศึกษาว่ารูปแบบนี้มีผลต่อ Cognitive function แต่ละด้านอย่างไร

คำสำคัญ: ความบกพร่องทางการรู้คิด ผู้ป่วยติดสารเสพติด รูปแบบกิจกรรมบำบัดเพื่อฝึกการรู้คิด

บทนำ

เนื่องจากปัจจุบันมีผู้ป่วยติดสารเสฟตีดที่มีปัญหาความบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive Impairment) เข้ามารับการบำบัดในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟตีดแห่งชาติบรมราชชนนี เป็นจำนวนมากขึ้น โดยพบว่าในปีงบประมาณ 2558-2560 มีผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดเข้ามารับการบำบัดในแผนกผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นจำนวน 44 คน (ร้อยละ 3.17) 36 คน (ร้อยละ 3.57) และ 48 คน (ร้อยละ 4.77) ตามลำดับ¹⁻³ ซึ่งหากปัญหาความบกพร่องด้านการรู้คิดนี้ไม่ได้รับการแก้ไขอาจส่งผลกระทบต่อสมองของผู้ป่วยเกิดเป็นภาวะสมองเสื่อม (Dementia) มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและเพิ่มภาระของผู้ดูแลอีกด้วย โดยหากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่เริ่มต้นจะช่วยลดภาวะทุพพลภาพลง และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวได้⁴⁻⁵

การดูแลความผิดปกติของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Cognitive function) มีทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา⁶ โดยการรักษาแบบใช้ยาเป็นการรักษาเพื่อชะลอความรุนแรง (Pharmacologic Therapy) ของภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของโรคทางระบบประสาทต่อมไร้ท่อ โภชนาการ เมตาบอลิก โรคติดเชื้อ ความผิดปกติทางจิตเวช เช่น โรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ โรคสมองขาดเลือด โรคพาร์กินสัน ภาวะไทรอยด์ทำงานต่ำ/สูง ภาวะซึมเศร้า ภาวะสับสน ประสาทหลอน ภาวะกระวนกระวายและก้าวร้าว ภาวะนอนไม่หลับ ภาวะขาดวิตามินบี 12 และภาวะขาดโพแทสเซียม เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ

แผนการรักษาของแพทย์^{4,5,7}

ส่วนการรักษาแบบไม่ใช้ยาเป็นการรักษาอาการความผิดปกติของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดด้วยกิจกรรมการกระตุ้นและฝึกการรู้คิด (cognitive training) เพื่อกระตุ้นสมองให้ทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ชะลอความเสื่อม และช่วยให้คงสภาวะการดำเนินโรคไม่ให้สมองเสื่อมมากขึ้น ซึ่งสามารถทำได้ด้วยการฝึกความจำ สมาธิ การเล่นเกม และการใช้กล่อมเนื้ออย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น⁵⁻⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการวิจัยที่เกี่ยวกับการกระตุ้นความสามารถของสมองในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมซึ่งเป็นโรคที่มีความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (cognitive function) เช่น ความจำที่แย่ง การใช้ภาษา การเรียนรู้ การวางแผนและการจัดการสิ่งต่างๆ แย่ง รวมถึงอาการอื่นๆ ที่พบ เช่น บุคลิกภาพเปลี่ยนไป มีอาการ psychosis มีอารมณ์หงุดหงิด ซึมเศร้า โดยอาการดังกล่าวส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย⁷ ซึ่งนำมาเทียบเคียงประยุกต์ใช้กับผู้ที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive Impairment) หรือ ความบกพร่องทางการรู้คิดระดับเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) ที่ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมถอยดังกล่าวเช่นกันแต่ยังพอปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้⁷ โดยแบ่งวิธีการเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) Cognitive Stimulation 2) Cognitive training และ 3) Cognitive Rehabilitation ซึ่งเน้นการกระตุ้นสมองในลักษณะที่ต่างกัน โดย Cognitive Stimulation จะเน้นการทำกิจกรรมเพื่อกระตุ้นความสามารถของสมองในภาพรวม เช่น ศิลปะบำบัด

ดนตรีบำบัด เย็บปักผ้า เป็นต้น ส่วน Cognitive training ออกแบบมาเพื่อกระตุ้นความสามารถของสมองที่เฉพาะเจาะจง เช่น ด้านความใส่ใจ ความจำ ทักษะการจัดการแต่ละด้าน แยกกันตามวัตถุประสงค์ของแต่ละการศึกษา ซึ่งพบว่าได้ผลดีในกลุ่มผู้ที่มีสมรรถภาพทางสมองบกพร่องในระยะเริ่มต้น ขณะที่ Cognitive Rehabilitation เป็นการฟื้นฟูความสามารถสมองแบบองค์รวม โดยครอบคลุมทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม ซึ่งได้ประโยชน์กับผู้ป่วยมาก แต่ต้องใช้ระยะเวลาที่จะประเมินปัญหาและให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมองที่ยาวนานขึ้น⁸

การดำเนินงานที่ผ่านมา งานกิจกรรมบำบัด ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้จัดทำรูปแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยติดยาเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด โดยกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นได้จากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสารวิชาการ วารสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมบำบัดเพื่อกระตุ้นความสามารถของสมอง (Cognitive Training) ตามความสามารถด้านประสาทการรู้คิด (Neurocognitive Domains) ทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ 1) การฝึกด้านการรับรู้และการเคลื่อนไหว (Perceptual-motor function) 2) การฝึกด้านการบริหารจัดการ (Executive function) 3) การฝึกด้านสมาธิและความใส่ใจที่ซับซ้อน (Complex attention) 4) การฝึกด้านการเรียนรู้และความจำ (Learning and memory) 5) การฝึกด้านภาษา (Language) และ 6) การฝึกด้านการรู้คิดด้านสังคม (Social cognition)^{6,9}

แม้กิจกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างเห็นได้ชัด โดยผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองในกิจวัตรประจำวัน และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ระหว่างการบำบัดได้ดีขึ้น รวมถึงความสามารถด้าน Cognitive function เพิ่มขึ้นภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดเพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เห็นได้จากผลของการทำแบบประเมินพุทธิปัญญา (The Montreal Cognitive Assessment : MoCA) ที่มีคะแนนเพิ่มขึ้น ซึ่งแบบประเมิน MoCA ถูกออกแบบเพื่อเป็นเครื่องมือคัดกรองอย่างรวดเร็วสำหรับภาวะสมองเสื่อมระยะแรก¹⁰ โดยเป็นการประเมินการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้แก่ ความตั้งใจ (Attention) สมาธิ (Concentration) การบริหารจัดการ (executive function) ความจำ (Memory) ทักษะด้านมิติสัมพันธ์ (visuoconstructional skills) ความคิดรวบยอด (Conceptual Thinking) การคิดคำนวณ (Calculation) และการรับรู้สภาวะรอบตัว (orientation)¹⁰ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบกิจกรรมบำบัดเพื่อกระตุ้นความสามารถของสมอง (cognitive training) ในผู้ป่วยติดยาเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดยาเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ที่เข้ามารับการบำบัดแผนกผู้ป่วยใน ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ระหว่างปีงบประมาณ 2558-2560 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน

ในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูให้แก่ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบท และความต้องการผู้ป่วยยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการประเมิน MoCA ในช่วงก่อนและหลังการได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด

นิยามศัพท์

1. ความบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive Impairment) หมายถึง ภาวะที่มีความบกพร่อง ของการทำงานที่ด้านการรู้คิด (Cognitive function) ซึ่งพิจารณาตามความสามารถด้านประสาทการรู้คิด (Neurocognitive Domains) 6 ด้าน ได้แก่ 1) การทำงานด้านการรับรู้และการเคลื่อนไหว (Perceptual-motor function) 2) การทำงานด้านการบริหารจัดการ (Executive function) 3) สมาธิและความใส่ใจที่ซับซ้อน (Complex attention) 4) การเรียนรู้และความจำ (Learning and memory) 5) ภาษา (Language) และ 6) การรู้คิดด้านสังคม (Social cognition)^{6,9} โดยผลการประเมินพุทธิปัญญา The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย มีคะแนนรวมน้อยกว่า 25 คะแนน

2. ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด หมายถึง ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ซึ่งพิจารณาตามความสามารถด้านประสาทการรู้คิด 6 ด้าน ได้แก่ การทำงานด้านการรับรู้และการเคลื่อนไหว การทำงานด้านการบริหารจัดการ สมาธิและความใส่ใจที่ซับซ้อน การเรียนรู้และความจำ ภาษา และ การรู้คิดด้านสังคม^{6,9} โดยผลการประเมิน MoCA ฉบับภาษาไทย มีคะแนนรวมน้อยกว่า 25 คะแนน

3. รูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive Impairment) หมายถึง รูปแบบการบำบัดของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่นักกิจกรรมบำบัดจัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการฝึกผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด โดยเป็นการฝึกการทำงานที่ด้านการรู้คิด (Cognitive Training) ตามความสามารถด้านประสาทการรู้คิดทั้งหมด 6 ด้าน โดยแบ่งการจัดกิจกรรมออกเป็น 2 กลุ่มตามระดับความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วย คือ 1) กลุ่มกระตุ้นความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Training Group) ใช้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลการประเมิน MoCA น้อยกว่า 25 คะแนน และ 2) กลุ่มฟื้นฟูความรู้ความเข้าใจแบบเข้มข้น (Intensive Cognitive Group) ใช้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลการประเมิน MoCA น้อยกว่าเท่ากับ 17 คะแนน โดยแต่ละกิจกรรมใช้ 45-60 นาที รายละเอียดมีดังนี้

3.1 กลุ่มกระตุ้นความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Training Group) ใช้สำหรับการฝึกในกลุ่ม

ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีผลการประเมิน MoCA น้อยกว่า 25 คะแนน โดยฝึกสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 30 ครั้ง ซึ่ง กิจกรรมประกอบด้วย

3.1.1 การฝึกด้านการรับรู้และการเคลื่อนไหว (Perceptual-motor function) ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ต่อบล็อกไม้ 3 มิติ 2) ต่อชิ้นส่วนให้เป็นรูปตามแบบ (Pattern Game) 3) วาดภาพตามแบบ : แบบจุด 4) วาดภาพตามแบบ : แบบตาราง 5) เรื่องของตา (Visual Perception) 6) ต่อจิกซอร์ และ 7) สร้างจิกซอร์

3.1.2 การฝึกด้านการบริหารจัดการ (Executive function) ประกอบด้วย กิจกรรม 1) สร้างภาพจากชิ้นส่วน (Puzzle Blocks) 2) Sudoku (3x3, 4x4) 3) Color Sudoku 4) เขาวงกต 5) ลำดับภาพเหตุการณ์ 6) อนุกรม และ 7) กิจกรรม 1 คู่ 1 ทาง (ลากเส้นจับคู่)

3.1.3 การฝึกด้านสมาธิและความใส่ใจที่ซับซ้อน (Complex attention) ประกอบด้วยกิจกรรม 1) โมเสก 2) ภาพปะติด 3) ภาพไหมพรม 4) นับตัวเลขจากการฟัง และ 5) นับคำจากเรื่องเล่า

3.1.4 การฝึกด้านการเรียนรู้และความจำ (Learning and memory) ประกอบด้วยกิจกรรม 1) จำตัวเลขจากการฟัง (Memory Digit span) 2) จำรูปภาพจากการมอง (Memory Picture) 3) จำตัวเลขจากการมองแบบ หน่วงเวลา 4) วาดให้เหมือน 5) บล็อกไม้ Memory และ 6) จับคู่รูปภาพ

3.1.5 การฝึกด้านภาษา (Language) ประกอบด้วยกิจกรรม 1) สุภาษิต 2) ไ้คำ 3) บอกชื่อ 4) คำตรงข้าม และ 5) ยิ่งฟัง ยิ่งสนุก

3.1.6 การฝึกด้านการรู้คิดด้านสังคม (Social cognition) โดยจัดกิจกรรม กระตุ้นเมื่อเริ่มกลุ่มและเมื่อจบกลุ่มทุกครั้ง เช่น กิจกรรมทักทายแนะนำตัว กิจกรรมสอบถามความรู้สึก และกิจกรรมพูดคุยสรุปกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้ รับรู้อารมณ์ของตนเองและผู้อื่น การสื่อสารและ แสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้

**ตารางแสดงรายละเอียดกิจกรรมบำบัดเพื่อกระตุ้นความสามารถของสมอง
(Cognitive Training)**

ครั้งที่	กิจกรรม	การฝึกความสามารถด้านประสาท การรู้คิด (Neurocognitive Domains)
1	นับตัวเลขจากการฟัง	ด้าน Complex attention
2	จำตัวเลขจากการฟัง (Memory Digit span)	ด้าน Learning and memory
3	เขาวงกต	ด้าน Executive function
4	ต่อชิ้นส่วนให้เป็นรูปตามแบบ (Pattern Game)	ด้าน Perceptual-motor function
5	บอกชื่อ	ด้าน Language
6	1 คู่ 1 ทาง	ด้าน Executive function
7	โมเสก	ด้าน Complex attention
8	จำตัวเลขจากการมองแบบหนึ่งเวลา	ด้าน Learning and memory
9	Color Sudoku	ด้าน Executive function
10	วาดภาพตามแบบ : แบบตาราง	ด้าน Perceptual-motor function
11	วาดภาพตามแบบ : แบบจุด	ด้าน Perceptual-motor function
12	ไขคำ	ด้าน Language
13	ภาพปะติด	ด้าน Complex attention
14	จำรูปภาพจากการมอง (Memory picture)	ด้าน Learning and memory
15	Sudoku (3x3, 4x4)	ด้าน Executive function
16	สุภาพิต	ด้าน Language
17	เรื่องขงตา (Visual Perception Stimulation)	ด้าน Perceptual-motor function
18	วาดให้เหมือน	ด้าน Learning and memory
19	คำตรงข้าม	ด้าน Language
20	ต่อจิกซอร์	ด้าน Perceptual-motor function
21	นับคำจากเรื่องเล่า	ด้าน Complex attention
22	ลำดับภาพเหตุการณ์	ด้าน Executive function
23	บล็อกไม้ Memory : Auditory Memory (จำจากการฟัง)	ด้าน Learning and memory

ครั้งที่	กิจกรรม	การฝึกความสามารถด้านประสาทการรู้คิด (Neurocognitive Domains)
24	บล็อกไม้ Memory : Visual Memory (จำจากการมอง)	ด้าน Learning and memory
25	ภาพไหมพรม	ด้าน Complex attention
26	คู่แฝดผิดที่ (จับคู่รูปภาพ)	ด้าน Learning and memory
27	อนุกรม	ด้าน Executive function
28	ยี่งฟ่งยี่งสนุก	ด้าน Language
29	สร้างจิกซอร์	ด้าน Perceptual-motor function
30	Puzzle Blocks (สร้างภาพจากชิ้นส่วน)	ด้าน Executive function

3.2 กลุ่มฟื้นฟูความรู้ความเข้าใจแบบเข้มข้น (Intensive Cognitive Training Group) ใช้สำหรับการฝึกในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีผลการประเมิน MoCA น้อยกว่าเท่ากับ 17 คะแนน ซึ่งเป็นผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดในระดับปานกลาง (Moderate Cognitive Impairment) หรือ ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น (Mild Dementia)¹¹⁻¹² โดยเป็นการฝึกเพิ่มเติมจากกลุ่มกระตุ้นความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Training Group) อีกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 10 ครั้ง โดยผู้บำบัดจะประเมินความบกพร่องของการทำหน้าที่รู้คิด (Cognitive function) ตาม Neurocognitive Domains จากนั้นจัดกิจกรรมการกระตุ้นและฟื้นฟูในด้านที่เป็นปัญหาหลักของผู้ป่วย ให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยมากที่สุด โดยเลือกกิจกรรมที่มีอยู่ในกลุ่มกระตุ้นความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Training Group) มาปรับให้เหมาะสมและฝึกเพิ่มเติมให้ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ด้วยการศึกษาผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดย้อนหลัง 3 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2558-2560

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย ตั้งแต่เดือนเมษายน-กันยายน พ.ศ. 2561

ประชากร เวชระเบียนผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive Impairment) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ช่วงระหว่างปีงบประมาณ 2558-2560 มีจำนวน 128 เวชระเบียน

กลุ่มตัวอย่าง เวชระเบียนผู้ป่วยติดสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

แห่งชาติบรมราชชนนี ช่วงระหว่างปีงบประมาณ 2558-2560 จำนวน 54 เวชระเบียนที่มีข้อมูลครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสฟตติ และข้อมูลผลคะแนน MoCA ในช่วงก่อนและหลังการได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบเก็บข้อมูล Case Record Form ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การใช้สารเสฟตติ

ส่วนที่ 2 ผลคะแนนจากแบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในช่วงก่อนและหลังการได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสฟตติที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด โดยคะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้ คือ 30 คะแนน แปลผลโดยคะแนน มากกว่าเท่ากับ 25 คะแนน คือ ปกติ และคะแนน น้อยกว่า 25 คะแนน หมายถึง มีภาวะความบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive Impairment)¹⁰

ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เมื่อโครงร่างผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ จึงขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟตติแห่งชาติบรมราชชนนีโดยทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ด้วยการดึงข้อมูลจาก

เวชระเบียนผู้ป่วย แบบประเมิน MoCA แฟ้มข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะ Cognitive Impairment ของตึกเขียวสอง และแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะ Cognitive Impairment ของงานกิจกรรมบำบัด แล้วบันทึกข้อมูลที่ได้ลงใน Case Record Form จากนั้นรวบรวมและนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แสดงผลโดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบ ได้แก่

2.1 เปรียบเทียบผลต่าง (d) ของคะแนนเฉลี่ยการประเมิน MoCA ในช่วงก่อนและหลังการได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสฟตติที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ด้วยสถิติที่แบบจับคู่ (Paired t-test)

2.2 เปรียบเทียบผลต่าง (d) ของคะแนนเฉลี่ยการประเมิน MoCA ในช่วงก่อนและหลังได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสฟตติที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ (MoCA มากกว่าเท่ากับ 25 คะแนน) ด้วยสถิติที่แบบจับคู่ (Paired t-test)

2.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินในช่วงก่อน (MoCA น้อยกว่าเท่ากับ 17 คะแนน) และหลังได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสฟตติที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ (MoCA มากกว่าเท่ากับ 25 คะแนน) ด้วยสถิติเปรียบเทียบแบบสองกลุ่ม (Wilcoxon Signed Ranks Test)

ผล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปี (ร้อยละ 53.70) มีอายุเฉลี่ย 43.37 ± 11.38 ปี จบการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา (ร้อยละ 48.15) ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติด ประเภทสุรา (ร้อยละ 77.78) สารระเหย (ร้อยละ 9.26) และแอมเฟตามีน (ร้อยละ 7.41) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 54)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	54	100
อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	1	1.85
20-39 ปี	18	33.34
40-59 ปี	29	53.70
60 ปี ขึ้นไป	6	11.11
ค่าเฉลี่ยอายุ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	43.37	11.38
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	1	1.85
ประถมศึกษา	26	48.15
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	9	16.67
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	13	24.07
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5	9.26
การใช้สารเสพติด		
สุรา	42	77.78
สารระเหย	5	9.26
แอมเฟตามีน	4	7.41
กัญชา	1	1.85
Multiple drug use	2	3.70

2. เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการประเมิน MoCA ในช่วงก่อนและหลังการได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดด้วยสถิติที่แบบจับคู่ (Paired t-test) พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยการประเมิน MoCA หลังได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัดสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัด ($d\bar{x} = 5.241$, $SD = 2.620$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.698$, $p < .01$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่าง (d) ของคะแนนเฉลี่ยการประเมิน MoCA ในช่วงก่อนและหลังการได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ($n = 54$)

กลุ่มตัวอย่าง ($n = 54$)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ผลต่าง ค่าเฉลี่ย ($d\bar{x}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	t	p-value
MoCA ก่อนการบำบัด	20.50	3.70	5.241	2.620	14.698**	.00
MoCA หลังการบำบัด	25.74	3.72				

3. เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการประเมิน MoCA ในช่วงก่อนและหลังได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ภายหลังการได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัด (MoCA มากกว่าเท่ากับ 25 คะแนน) ด้วยสถิติที่แบบจับคู่ (Paired t-test) พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยการประเมิน MoCA หลังการได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัดที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ (MoCA มากกว่าเท่ากับ 25 คะแนน) สูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัด ($d\bar{x} = 5.725$, $SD = 2.386$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.178$, $p < .01$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่าง (d) ของคะแนนเฉลี่ยการประเมิน MoCA ในช่วงก่อนและหลังได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ (MoCA มากกว่าเท่ากับ 25 คะแนน) (n = 40)

กลุ่มตัวอย่าง (n = 40)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ผลต่าง ค่าเฉลี่ย ($d\bar{x}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	t	p-value
MoCA ก่อนการบำบัด	21.78	2.348				
			5.725	2.386	15.178**	.00
MoCA หลังการบำบัด (มากกว่าเท่ากับ 25 คะแนน)	27.50	1.261				

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมิน (Wilcoxon Signed Ranks Test) พบว่า คะแนนในช่วงก่อน (MoCA น้อยกว่าเท่ากับ 17 คะแนน) และหลังได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ (MoCA มากกว่าเท่ากับ 25 คะแนน) ด้วยสถิติเปรียบเทียบแบบสองกลุ่ม (Wilcoxon Signed Ranks Test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมิน MoCA หลังการได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัด แตกต่างกัน กว่าก่อนได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.52, p < .01$) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่าง (d) ของคะแนนเฉลี่ยการประเมิน MoCA ในช่วงก่อน (MoCA น้อยกว่าเท่ากับ 17 คะแนน) และหลังได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ (MoCA มากกว่าเท่ากับ 25 คะแนน) (n = 3)

กลุ่มตัวอย่าง (n = 3)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	t	p-value
MoCA ก่อนการบำบัด (น้อยกว่าเท่ากับ 17 คะแนน)	15.67	.58		
			4.52**	.00
MoCA หลังการบำบัด (มากกว่าเท่ากับ 25 คะแนน)	26.67	1.16		

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางการรู้คิดในระดับเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment) ($\bar{x}$ = 20.50, SD = 3.70) ซึ่งภายหลังได้รับการฝึกการรู้คิด (Cognitive Training) แล้วมีคะแนนการประเมินพุทธิปัญญา (MoCA) เพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ (มากกว่าเท่ากับ 25 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อธิบายได้ว่า การฝึกการรู้คิด (Cognitive Training) ที่เป็นรูปแบบกิจกรรมบำบัดเพื่อกระตุ้นความสามารถของสมองที่เฉพาะเจาะจงในด้านความจำ กระบวนการคิด ทักษะการบริหารจัดการ การวางแผน การตัดสินใจ การสื่อสารและทักษะทางสังคม ซึ่งการฝึกการรู้คิดจะช่วยให้เซลล์ประสาทในสมองมีการฟื้นฟู เพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองโดยเฉพาะสมองส่วนหน้าที่ควบคุมความคิด ความจำ สติปัญญา บุคลิกภาพ

ความรู้สึกและอารมณ์¹³⁻¹⁴ และยังช่วยป้องกันและชะลอความเสื่อมของสมองไม่ให้รุนแรงขึ้นได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาหลายงานวิจัยที่พบว่าการฝึกการรู้คิด (Cognitive Training) ใช้ได้ผลดีในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild to Moderate Cognitive Impairment) และมักได้ผลดีในกลุ่มผู้ที่มีความจำบกพร่องเด่น โดยช่วยกระตุ้นความสามารถด้านความจำ ช่วยส่งเสริมให้มีการรู้คิดที่ดีขึ้นและเพิ่มประสิทธิภาพได้ดีกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว^{5,8,14}

ในส่วนของการประเมินคะแนนพุทธิปัญญา (MoCA) โดยรวมที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังได้รับกิจกรรมการฝึกการรู้คิด (Cognitive Training) โดยไม่ได้แยกศึกษาเป็นรายด้าน เนื่องจากการฝึกการรู้คิดเป็นการกระตุ้นความสามารถของสมองหลายด้าน จึงพิจารณาเพียงผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการประเมินพุทธิปัญญา (MoCA) หลังได้

รับรูปแบบกิจกรรมบำบัดเท่านั้น โดยพบว่า ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด มีคะแนนการประเมินพุทธิปัญญา (MoCA) ที่สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัดการฝึกการรู้คิด (Cognitive Training) ($\bar{d}x = 5.241$, $SD = 2.620$) และสูงขึ้นอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ (MoCA มากกว่าเท่ากับ 25 คะแนน) ($\bar{d}x = 5.725$, $SD = 2.386$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดในระดับปานกลาง (MoCA น้อยกว่าเท่ากับ 17 คะแนน)¹¹ ภายหลังได้รับรูปแบบกิจกรรมบำบัดกลุ่มฟื้นฟูความรู้ความเข้าใจแบบเข้มข้น (Intensive Cognitive Training Group) มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดดีขึ้นจนอยู่ในระดับคะแนนผ่านเกณฑ์ (MoCA มากกว่าเท่ากับ 25 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อีกด้วย แสดงให้เห็นว่า การฝึกการรู้คิด (Cognitive Training) โดยจัดกิจกรรมกลุ่มกระตุ้นความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Training Group) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนน MoCA น้อยกว่า 25 คะแนน โดยฝึกสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 10 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 30 ครั้ง และกลุ่มฟื้นฟูความรู้ความเข้าใจแบบเข้มข้น (Intensive Cognitive Training Group) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนน MoCA น้อยกว่าเท่ากับ 17 คะแนน โดยฝึกเพิ่มเติมอีกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 10 ครั้ง จะช่วยให้ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดในระดับเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment) มีการรู้คิด/ระดับพุทธิปัญญาที่ดีขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การให้กิจกรรมฝึกความสามารถด้านการรู้คิด (Cognitive Training) ควรมีการจัดกิจกรรมอย่างน้อย 6 ครั้ง

ขึ้นไป และหากจัดกิจกรรมเป็นระยะเวลาสั้นๆ ก็อาจไม่สามารถกระตุ้นการรู้คิดและฟื้นฟูสภาพสมองที่เสื่อมถอยให้ดีขึ้นอย่างรวดเร็วได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มความเสื่อมถอยและการเจ็บป่วยในระบบประสาทสมองร่วมด้วย^{8,14}

การศึกษาครั้งนี้ พบข้อจำกัดสำคัญคือ รูปแบบการศึกษาเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) เกี่ยวกับการใช้รูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive Impairment) จึงทำให้ได้รับข้อมูลบางส่วนจากแฟ้มประวัติ/ทะเบียนผู้ป่วยที่ไม่สมบูรณ์และผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมปัจจัยในด้านอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการรู้คิด (Cognitive Impairment) ของผู้ป่วยได้ รวมถึง คะแนนที่ได้จากการประเมินด้วยแบบประเมินพุทธิปัญญา (MoCA) ที่ดีขึ้น อาจไม่ได้เกิดจากรูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดเพียงอย่างเดียว โดยอาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น กิจกรรมการดูแลอื่นๆ ของทีมบำบัดผู้ป่วยภายในตึก กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมสนทนากิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเอง เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่าการหยุดใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้การฟื้นฟูของสมองด้านการรู้คิดดีขึ้นได้¹⁵⁻¹⁶ ซึ่งนับว่าปัจจัยดังกล่าวข้างต้นเป็นตัวแปรกวน (confounding variables) หรือปัจจัยแทรกซ้อนในการศึกษาครั้งนี้ได้ การวิจัยนี้จึงเป็นเสมือนการศึกษานำร่อง (pilot study) ที่จะนำไปสู่การศึกษาต่อยอดในการพัฒนาการดำเนินกิจกรรมให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective Study) โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการฝึกกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด และควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

2. ควรมีการศึกษาผลของการใช้รูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดโดยแยกเป็นรายด้านตามการทำหน้าที่ของสมอง (Cognitive function) หรือ Neurocognitive Domains โดยใช้หลักเกณฑ์ DSM-5 ที่แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) Perceptual-motor function 2) Executive function 3) Complex attention 4) Learning and memory 5) Language 6) Social Cognition

3. ควรมีการศึกษาวัดผลในระยะยาว ภายหลังได้รับการฝึกกิจกรรมกระตุ้นความสามารถทางสมอง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ปี 2561-2562 สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันฯ ทีม CIT Cognitive impairment ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนในการส่งเสริมให้เกิดรูปแบบกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดขึ้น และสุดท้ายนี้ต้องขอขอบคุณกลุ่มงาน

วิจัยและประเมินเทคโนโลยีที่ช่วยเป็นแรงผลักดันในการพัฒนางานวิจัย (R2R) ฉบับนี้ด้วยดีเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, หอผู้ป่วยเชี่ยวชาญ. รายงานสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ปีงบประมาณ 2558-2560. ปทุมธานี; 2561.
2. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, งานกิจกรรมบำบัด. รายงานสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ปีงบประมาณ 2558-2560. ปทุมธานี; 2561.
3. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. ข้อมูลการให้บริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ปีงบประมาณ 2558-2560. [เข้าถึงเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3480&Itemid=53
4. กรวรรณ ยอดไม้. บทบาทครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560; 31(1): 189-204.
5. ปิ่นมณี สุวรรณโมลี, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการรู้คิดบกพร่อง. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2559; 8(2): 45-57.
6. นันทวิช สิริรักษ์ และคณะ. จิตเวช ศิริราช DSM-5. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์; 2559.
7. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนิชัย. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2558.
8. ดาวชมพู นาเควีโร และคณะ. การกระตุ้นความสามารถสมองด้านทักษะการจัดการ ความใส่ใจ ความจำ และมิติสัมพันธ์ในผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2560; 62(4): 337-348.

9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
10. Solaphat Hemrungronj. แบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย. 2011. [cited 2018 Mar 20]. Available from: <http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Instructions-Thai.pdf>
11. Interpretation of the MoCA. What are the severity levels for the MoCA?. 2011 [cited 2022 April 29]. Available from: <https://www.mocatest.org/faq/>
12. Dementia Stage Typical Cognitive Scores* Cognitive and Functional levels. 2011 [cited 2022 April 29]. Available from: https://www.healthnavigator.org.nz/media/1707/summary_recommendations_from_dementia_driving_guidelines_2014.pdf)
13. ณัชชา แรมกิ่ง. ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
14. สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, อาทิตยา สุวรรณ. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2559; 9(2): 145-158.
15. นรากร สารีแท้ และคณะ. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกด้านร่างกายและจิตใจสำหรับฟื้นฟูความจำแบบจำได้ในผู้ป่วยติดสุรา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563; 38(2): 168-177.
16. รัชมน กัลยาศิริ. การเสพติด. [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://cads.in.th/cads/content?id=75>
17. Solaphat Hemrungronj. MoCA-Test-Thai. pdf. 2011 [cited 2018 Mar 20]. Available from: <http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Test-Thai.pdf>

นิพนธ์ต้นฉบับ

บุคลิกลักษณะของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน

รัชณี กลิ่นนันทน์ วท.บ., จิตตรัตน์ ศรีวิเลิศ วท.บ.

จามรินทร์ วงศ์เทพเตียน วท.ม.

กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Abstract **Characteristics of methamphetamine-dependent patients**
Ratchanee Klinnimnual., Jittarat Srivilert., Jammarin Wongtapetian
Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

Objective: To describe the Characteristics of methamphetamine patients, including personality traits and psychiatric syndromes. using the MCMI-III test

Methods: Data were collected from 245 methamphetamine users who were admitted in the rehabilitation phase at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment, Thanyarak Chiang Mai Hospital, Thanyarak Mae Hong Son Hospital, Thanyarak Khon Kaen Hospital, Thanyarak Udon Thani Hospital, Thanyarak Songkhla Hospital and Thanyarak Pattani Hospital, a total of 7 departments, from June 2018 to May 2019 with personal information interviews and the Thai version of the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III). The sample was selected by purpose sampling.

Results: The methamphetamine users had Antisocial, Dependent, and Depressive, Anxiety characteristics. Moreover, the study found that there were different scores for characteristics and psychiatric syndromes as follows: Depressive and Anxiety scores were higher for those who used Ice alone than those who used Yaba alone and those who used both Yaba and ice together. Meanwhile, those who used both Yaba and Ice together had higher scores for Avoidant characteristic than those who used Ice alone and those who used Yaba alone. But those who used Yaba alone had lower scores for Dependent characteristic than those who used Ice alone and those who used both Yaba and Ice together.

Conclusions: The study result showed the high level of the test scores in both characteristics and psychiatric syndromes in methamphetamine users. So the comprehensive assessment of psychopathology characteristics and psychiatric syndromes together could address in order to appropriate personal issue will be the key success of treatment.

Keyword: Characteristic, Methamphetamine-Dependent Patients, MCMI

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาบุคลิกลักษณะของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน ได้แก่ ลักษณะบุคลิกภาพและกลุ่มอาการทางจิตเวช โดยใช้แบบทดสอบ MCMI-III

วิธีการศึกษา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี รวมทั้งหมด 7 หน่วยงาน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2561 – พฤษภาคม 2562 โดยกลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเจาะจง (purpose sampling) รวมทั้งสิ้น 245 ราย ด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบทดสอบ MCMI-III

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนมีบุคลิกลักษณะ Antisocial, Dependent และพบอาการ Depressive, Anxiety เมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้เสพยาไอซ์ กลุ่มผู้เสพยาบ้า และกลุ่มผู้เสพทั้งยาบ้าและยาไอซ์ร่วมกัน ก็พบว่ามียกระดับคะแนนของบุคลิกลักษณะและกลุ่มอาการทางจิตเวชที่แตกต่างกันดังนี้ กลุ่มผู้เสพยาไอซ์จะมีระดับคะแนนของอาการ Depressive และ Anxiety สูงกว่ากลุ่มที่เสพยาบ้า และกลุ่มที่เสพทั้งยาบ้าและยาไอซ์ร่วมกัน ในขณะที่กลุ่มผู้เสพทั้งยาบ้าและยาไอซ์ร่วมกันจะมีระดับคะแนนของบุคลิกลักษณะ Avoidant สูงกว่ากลุ่มที่เสพยาบ้าและกลุ่มที่เสพยาไอซ์เพียงอย่างเดียว แต่กลุ่มที่เสพยาบ้าเพียงอย่างเดียวจะมีระดับคะแนนของบุคลิกลักษณะ Dependent ต่ำกว่ากลุ่มที่เสพยาไอซ์เพียงอย่างเดียวและกลุ่มที่เสพทั้งยาไอซ์กับยาบ้าร่วมกัน

สรุป จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนมีบุคลิกลักษณะที่ผิดปกติและพบกลุ่มอาการทางจิตเวช ซึ่งหากมีการประเมินกลุ่มอาการทางจิตและบุคลิกลักษณะร่วมกับการวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวชให้ครอบคลุมก็จะนำไปสู่การวางแผนการช่วยเหลือและพัฒนาารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนมากที่สุด

คำสำคัญ: บุคลิกลักษณะ ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน MCMI-III

บทนำ

บุคลิกภาพของมนุษย์ถูกหล่อหลอมและประสมประสานด้วยพันธุกรรม วัฒนธรรม การเรียนรู้ วิธีปรับตัวของบุคคลและเป็นผลของการพัฒนาการในช่วงต่างๆ ของมนุษย์ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันจนกลายเป็นลักษณะโดยรวมของบุคคลที่แสดงออกมาโดยการตอบสนองต่างๆ ที่มีต่อสภาพแวดล้อม^{1,2} อีกทั้งบุคลิกภาพแต่ละคนจะประกอบด้วยคุณลักษณะภายในหรือคุณภาพเชิงจิตวิทยาประจำตัว เช่น ความคิด แรงจูงใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความอดทน ความรอบคอบ มโนสำนึก ฯลฯ ซึ่งคุณภาพเชิงจิตวิทยาเหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพภายนอก ได้แก่ การแสดงออก และปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ต่างๆ แตกต่างกันไปด้วย³ การศึกษาบุคลิกภาพจะช่วยให้เข้าใจหรือคาดคะเนพฤติกรรมในอนาคตของบุคคลได้ บุคคลใดจะมีบุคลิกลักษณะหรือมีพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างไรในอนาคตย่อมมีผลสืบเนื่องมาจากบุคลิกภาพในปัจจุบันของบุคคลนั้น⁴ การจะทำความเข้าใจบุคลิกภาพและบุคลิกลักษณะต่างๆ จึงจำเป็นต้องอาศัยการประเมินทางบุคลิกภาพซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่เพียงแต่จะให้ข้อมูลพื้นฐานทางบุคลิกลักษณะของบุคคลแต่ยังสามารถให้ข้อมูลที่แสดงถึงความผิดปกติทางบุคลิกภาพและพยาธิสภาพทางจิตด้วย ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาและสารเสพติดพบว่าสาเหตุหนึ่งของการติดยาและสารเสพติดเป็นผลมาจากบุคลิกลักษณะพื้นฐานเดิมของบุคคลที่มีลักษณะนิสัยที่ผิดปกติหรือมีความบกพร่องทุนเดิมอยู่แล้ว คือ ต้องการความพอใจในทันทีทันใดแม้ว่าผลลัพธ์ที่ได้ในระยะยาวจะเป็นไปในทางตรงกันข้าม มีการแสวงหาความ

พึงพอใจส่วนตนโดยไม่คำนึงถึงแบบแผนของสังคม ยับยั้งตนเองไม่ได้จึงปล่อยกายปล่อยใจไปตามอารมณ์ ขาดสติสัมปชัญญะที่จะคอยยับยั้งความประพฤติของตนเอง อ่อนไหวง่าย ไม่นั่นคง เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาสังคมหรือปัญหาชีวิต จึงหาทางออกด้วยการใช้ยาเสพติดเป็นเครื่องช่วยระงับความทุกข์ เพื่อให้เกิดความสุขในโลกของตนเอง⁵ มีบุคลิกภาพแบบอันธพาล มีอารมณ์ไม่บรรลุนิติภาวะ ก้าวร้าว ชอบพึ่งพาผู้อื่น ซึมเศร้าและแยกตัว นอกจากนี้ยังพบว่าอาการทางโรคประสาทและโรคทางจิตก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดยาและสารเสพติดได้ เนื่องจากการใช้ยาและสารเสพติดจะไปช่วยลดภาวะตึงเครียด ความวิตกกังวล หรือภาวะนอนไม่หลับ ในกรณีโรคทางจิต ผู้ป่วยมักอยู่ในโลกของความฝัน มีความเชื่อถือในสิ่งที่ผิดจากความจริงทำให้เข้าใจผิดไปจากปกติธรรมดาจะใช้ยาและสารเสพติดทำให้อาการทางโรคจิตทุเลาลง⁶ การประเมินทางบุคลิกภาพในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติดจึงควรประเมินบุคลิกลักษณะที่มีความครอบคลุมทั้งกลุ่มบุคลิกภาพและกลุ่มอาการทางจิตเวชเพื่อนำไปสู่การทำความเข้าใจสาเหตุของการติดยาและสารเสพติดที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากเป็นอันดับหนึ่งเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยยาและสารเสพติดอื่นๆ โดยใช้แบบทดสอบ Million Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) ซึ่งเป็น self-report inventory ที่ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลาย จุดเด่นของแบบทดสอบ MCMI-III คือ พัฒนาสอดคล้องไปพร้อมกับระบบ DSM-IV ซึ่งสเกลต่างๆ ถูกพัฒนาให้ง่ายต่อการแปลผล เพราะ

ใช้คำศัพท์เดียวกับระบบ DSM-IV มีประสิทธิภาพสูงในการใช้ประเมินเพื่อประกอบการวินิจฉัยความผิดปกติและใช้เวลาไม่น้อยเมื่อเทียบกับแบบทดสอบในระดับเดียวกัน^{7,8}

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาบุคลิกลักษณะของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน ได้แก่ ลักษณะบุคลิกลักษณะและกลุ่มอาการทางจิตเวช โดยใช้แบบทดสอบ MCMI-III

วัตถุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี รวมทั้งหมด 7 หน่วยงาน โดยกลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบบเจาะจง (purpose sampling) รวมทั้งสิ้น 245 ราย ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ 2) มีอายุระหว่าง 18-60 ปี 3) อาการทางจิตสงบ และไม่มีปัญหาด้านการรู้คิด 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ 5) สมครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ 6) เข้ารับการรักษา ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2561 – พฤษภาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สารเสพติดที่ใช้ ระยะเวลาที่ติดสารเสพติด ปริมาณสารเสพติดที่ใช้

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบ Millon Clinical Multiaxial Inventory-Third edition (MCMI-III) เป็นแบบสำรวจ (inventory) หรือแบบรายงานตัวเอง (self-report) ที่เป็นปรนัย สร้างและพัฒนาขึ้นโดย ดร.ทีโอดอร์ มิลลอน (Theodore Millon) และคณะ ในปี 1977 ได้ปรับปรุงพัฒนาจนเป็นปัจจุบันคือ Millon Clinical Multiaxial Inventory-Third edition, 1994 (MCMI-III) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย จิตารัตน์ ศรีสุโข และ ส่องโสม พึ่งพงศ์ เป็นแบบทดสอบที่ใช้ในการประเมินอาการทางจิตและความผิดปกติทางบุคลิกลักษณะอันมีเนื้อหาสอดคล้องกับระบบการวินิจฉัยโรค Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders หรือ DSM IV ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน จำแนกกลุ่มอาการทางจิตเวชเป็น 10 กลุ่ม ซึ่งอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัย Axis I และความผิดปกติทางบุคลิกลักษณะ 14 กลุ่ม อิงตามเกณฑ์การวินิจฉัย Axis II แบบทดสอบ MCMI III มีข้อคำถาม 175 ข้อ ให้เลือกตอบ ถูก หรือ ผิด ใช้เวลาในการทดสอบ 45-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน จะถูกนำมาใช้ในการอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผล

1. ข้อมูลทั่วไป

จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นเพศชายร้อยละ 56.7 และเพศหญิงร้อยละ 43.3 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-29 ปี และอยู่ระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.9 และ 37.6 ตามลำดับ และมีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 14.8 อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 5 และอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 2.7 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 91.9 ศาสนาอิสลามร้อยละ 7 และศาสนาคริสต์ร้อยละ 1 สถานะภาพการสมรสมีจำนวนใกล้เคียงกันในกลุ่มสถานะภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 37.9 และสถานภาพโสดร้อยละ 32.9 และมีสถานภาพหย่าร้างร้อยละ 14.4 ซึ่งใกล้เคียงกับสถานภาพแยกกันอยู่ร้อยละ 12.8 ส่วนสถานภาพหม้ายมีจำนวนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 2 ส่วนระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 34.6 และรองลงมาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 31.9 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 16.8 ระดับ ปวช. ร้อยละ 5.7 ระดับต่ำกว่าประถมศึกษาร้อยละ 4.4 ระดับ ปวส. ร้อยละ 2.7 การศึกษานอกระบบร้อยละ 2 (แบ่งแยกเป็นจบระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 0.57 และจบระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 1.43) ระดับปริญญาตรีร้อยละ 1.3 และระดับอนุปริญญาที่มีจำนวนเท่ากับกลุ่มที่ไม่ได้เรียนคือร้อยละ 0.3 อาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับจ้างคิดเป็นร้อยละ 45.3 ธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 17.8 พนักงานบริษัทร้อยละ 8.7 เกษตรกรร้อยละ 6.7 และรับราชการร้อยละ 3 มีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยประกอบอาชีพร้อยละ 10.4 และ

ไม่ระบุอีกร้อยละ 8.11 ในส่วนของประวัติการเจ็บป่วยทางกายพบว่า เคยมีประวัติการเจ็บป่วยทางกายร้อยละ 20.1 เคยมีประวัติเจ็บป่วยทางสมองร้อยละ 3.4 เคยมีโรคทางจิตเวชร้อยละ 3.4 เมื่อลงรายละเอียดถึงประวัติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายพบว่าเคยมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 27.5 เคยพยายามทำร้ายตัวเองร้อยละ 13.8 และเคยทำร้ายตัวเองร้อยละ 24.5 ในด้านการเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดรักษาที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดร้อยละ 72.1 และเคยเข้ารับการบำบัดรักษาที่เกี่ยวกับยาเสพติดร้อยละ 99.7

ประวัติการใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ร้อยละ 68.1 ดื่มสุราร้อยละ 25.2 เสพยาบ้าร้อยละ 77.9 ยาไอซ์ร้อยละ 33.8 กัญชาร้อยละ 10.4 กระท่อมร้อยละ 5.7 เฮโรอีนร้อยละ 3.4 สารระเหยร้อยละ 3 ยาเครร้อยละ 2.3 ฝิ่นร้อยละ 0.7 และยาอีร้อยละ 0.3

ประวัติการถูกดำเนินคดีหรือตั้งข้อหา กลุ่มตัวอย่างเคยถูกดำเนินคดีเสพยาร้อยละ 90.9 คดีครอบครองยาเสพติด ร้อยละ 32.8 คดีลักทรัพย์ร้อยละ 4.7 คดีทำร้ายร่างกายผู้อื่นร้อยละ 5 และคดีอื่นๆ ร้อยละ 14.8

ประวัติทางด้านครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในความดูแลของพ่อและแม่คิดเป็นร้อยละ 47 อยู่กับปู่ ย่า หรือตา ยาย ร้อยละ 26.2 อยู่กับแม่ร้อยละ 17.8 อยู่กับพ่อร้อยละ 3 และอื่นๆ ร้อยละ 5.7 สำหรับความสัมพันธ์กับบุคคลที่เลี้ยงดูมาส่วนใหญ่ดูแลดีคิดเป็นร้อยละ 90.3 ห่างเหินร้อยละ 6 และพอใช้ร้อยละ 3.4 และมีลักษณะการเลี้ยงดูแบบตามใจส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ

80.2 เข้มงวดร้อยละ 14.4 และปล่อยปละละเลยร้อยละ 5.4 มีบุคคลที่เลี้ยงดูมาใช้สารเสพติด/ดื่มแอลกอฮอล์/สูบบุหรี่ร้อยละ 47.3 และมีคนใกล้ชิดใช้สารเสพติด/ดื่มแอลกอฮอล์/สูบบุหรี่ร้อยละ 65.1 มีประวัติการถูกล่วงละเมิดทางด้านร่างกายร้อยละ 29.9 ล่วงละเมิดทางด้านจิตใจร้อยละ 15.4 และล่วงละเมิดทางเพศร้อยละ 2.3

2. บุคลิกลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจากแบบทดสอบ MCMI-III

2.1 บุคลิกลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

จากตารางที่ 1 ซึ่งแสดงค่ามัธยฐานหรือค่าเฉลี่ยกลาง (Median) ของคะแนนความรุนแรงของโรคหรือคะแนน BR (Base Rate Scores) ในแต่ละบุคลิกลักษณะและกลุ่มอาการตามเกณฑ์ของแบบทดสอบ MCMI-III จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนมีบุคลิกลักษณะที่ต่อต้านกฎระเบียบทางสังคมโดยมีแนวโน้มของการแสดงออกความรู้สึกต่อต้านอย่างชัดเจน ผ่านประสบการณ์การทำผิดกฎระเบียบต่างๆ ในขณะเดียวกันบุคลิกลักษณะของกลุ่มตัวอย่างยังมีความต้องการที่พึงทางจิตใจอย่างมากร่วมกับอาการวิตกกังวลสูงเป็นลักษณะเด่น

อารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ไม่มั่นคงแสดงออกอย่างหุนหันพลันแล่น ขาดการควบคุมที่ดี มักแยกตัวหรือหลีกเลี่ยงจากบุคคลอื่นและสังคมโดยทั่วไป มองโลกในแง่ร้าย ขาดความเชื่อถือเชื่อมั่นในบุคคลอื่นหรือสังคม หรือมีความรู้สึกไม่สบายใจหรือเป็นทุกข์ในการอยู่ร่วมกับครอบครัวหรือที่ทำงานปกติในชีวิตประจำวัน

สำหรับในด้านความคิดหรือกระบวนการคิดที่ผิดปกตินั้น พบว่ามีอยู่บ้างพอสมควรแต่ไม่มากนัก ไม่จัดว่าผิดปกติแบบกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติของการคิดเป็นลักษณะเด่นเช่นโรคจิต สำหรับในด้านอารมณ์เศร้า พบว่ามีอยู่บ้างแต่ไม่รุนแรงเช่นในระดับของอาการซึมเศร้า สิ่งที่พบมีลักษณะของการคิดในแง่ร้ายแง่ลบทั้งต่อตนเองและสังคมแวดล้อมมากกว่า อาจมีความรู้สึกเศร้าบ้าง แต่ไม่เกิดขึ้นตลอดเวลาหรือยาวนาน มีความรู้สึกเหนื่อยหนักเป็นทุกข์กับชีวิตที่ไม่มีความสุขหรือชีวิตที่ไม่ได้เป็นตามที่คาดหวัง กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าตนมีความสามารถพิเศษในการทำสิ่งต่างๆ แต่ในความจริงไม่สามารถทำได้หรือล้มเหลวหรือไม่เป็นที่ยอมรับ

ตารางที่ 1 คะแนนมาตรฐาน BR scores ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

			BR scores (Median)			
	Scale			60	75	85
Modifying	X	Disclosure	77			
Indices	Y	Desirability	59			
	Z	Debasement	59			
Clinical Personality Patterns	1	Schizoid	64			
	2A	Avoidance	71			
	2B	Depressive	64			
	3	Dependent	72			
	4	Histrionic	44			
	5	Narcissistic	56			
	6A	Antisocial	75			
	6B	Sadistic	68			
	7	Compulsive	51			
	8A	Negativistic	68			
	8B	Masochistic	66			
Severe Personality Pathology	S	Schizotypal	64			
	C	Borderline	68			
	P	Paranoid	67			
Clinical Syndromes	A	Anxiety	78			
	H	Somatoform	58			
	N	Bipolar-Mania	72			
	D	Dysthymic	62			
	B	Alcohol dependence	75			
	T	Drug dependence	81			
	R	Post-traumatic Stress	60			
Severe Clinical Syndromes	SS	Thought dis.	64			
	CC	Major depression	62			
	PP	Delusional dis.	62			

2.2 บุคลิกลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาแยกการเสฟแอมเฟตามีนและยาไอซ์

สารเสฟตติในกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในงานวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ยาบ้าและยาไอซ์ ซึ่งจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายเสฟสารทั้งสองชนิด ในขณะที่บางรายเสฟสารเพียงชนิดใดชนิดหนึ่ง ผู้วิจัยจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสามกลุ่มเพื่อศึกษาบุคลิกลักษณะที่แตกต่าง

กันเพิ่มเติม ได้แก่ กลุ่ม 1 เสฟทั้งยาบ้าและยาไอซ์ทั้งสองชนิด (N = 87) กลุ่ม 2 เสฟยาบ้าแต่ไม่เสฟยาไอซ์ (N = 145) และกลุ่ม 3 เสฟยาไอซ์แต่ไม่เสฟยาบ้า (N = 13) และพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลาง (Median) ของบุคลิกลักษณะจากแบบทดสอบ MCMI-III ของทั้งสามกลุ่ม

ผลที่ได้แสดงให้เห็นว่าทั้งสามกลุ่มมีบุคลิกลักษณะโดยรวมคล้ายคลึงกันมาก โดยความ

รุนแรงของอาการทางจิตเวชและบุคลิกลักษณะส่วนใหญ่อยู่ในระดับเดียวกัน (ตารางที่ 2)

ยกเว้นลักษณะกลุ่มอาการ 4 ประเด็นที่มีระดับความรุนแรงแตกต่างกันจนเป็นข้อสังเกตประเด็นแรก ได้แก่ กลุ่มอาการซึมเศร้า (Major Depression scale) และบุคลิกลักษณะแบบเศร้า (Depressive Personality pattern) ซึ่งกลุ่มอาการซึมเศร้าจะมีความรุนแรงในฐานะอาการทางจิตเวชมากกว่า มีความรู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า รู้สึกผิด ไม่มีความสุขกับชีวิตปัจจุบัน รู้สึกไร้ความสามารถในการจัดการปัญหา/ชีวิต และมีความคิดอยากตาย นอกจากนี้อาจมีอาการขาดสมาธิ ไม่อยากอาหาร และความรู้สึกเบื่อหน่ายเชิงซ้ำไม่อยากทำสิ่งต่างๆ ร่วมด้วย แม้ระดับคะแนนที่พบจะไม่รุนแรงถึงระดับกลุ่มอาการทางจิตเวช ($BR \geq 75$) แต่ก็ยังเป็นระดับคะแนนที่ควรให้ความสำคัญ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เสพยาไอซ์เพียงอย่างเดียวมีโอกาสพบอาการซึมเศร้ามามากกว่ากลุ่มที่เสพยาบ้าเพียงอย่างเดียวอย่างชัดเจน ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เสพยาบ้ามีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย โดยมีความทุกข์ใจจากชีวิตมากกว่า ดังแสดงในระดับคะแนนของบุคลิกลักษณะแบบเศร้า อันเป็นรูปแบบของความทุกข์ใจที่เกิดจากการคิดในแง่ร้ายต่อตนเอง บุคคลอื่น และสังคมแวดล้อม รู้สึกเหน็ดเหนื่อยกับชีวิตที่ไม่มีความสุขหรือชีวิตที่ไม่ได้ตั้งใจหวัง และอาจมีอาการเศร้าร่วมได้แต่ไม่อยู่ในระดับรุนแรงหรือระยะเวลานาน

ประเด็นที่สอง ได้แก่ กลุ่มอาการวิตกกังวล (Anxiety Clinical syndrome) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เสพยาบ้าเพียงอย่างเดียวมีระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล ตลอดจนอาการ

ย่ำคิดย่ำทำ คิดกลัว ตึงเครียดอย่างมาก ในระดับที่ส่งผลต่อปฏิกิริยาทางร่างกาย กระบวนการคิด การตัดสินใจและอารมณ์การแสดงออกได้มาก นอกจากนี้ ในกลุ่มตัวอย่างที่เสพยาบ้าร่วมกับเสพยาไอซ์ มีระดับความวิตกกังวลรุนแรงมากขึ้น แต่ในทางตรงกันข้ามกลุ่มตัวอย่างที่เสพยาเพียงยาไอซ์เพียงอย่างเดียวมีระดับอาการวิตกกังวลต่ำกว่าอย่างมากและชัดเจน นอกจากนี้ ในกลุ่มอาการ PTSD พบเช่นเดียวกันว่า กลุ่มตัวอย่างที่เสพยาบ้าและกลุ่มที่เสพยาบ้าร่วมกับยาไอซ์ มีระดับความวิตกกังวลถึงเรื่องราวหรือบาดแผลในอดีต แม้จะพบในระดับที่ไม่สูงนัก แต่ก็มากกว่ากลุ่มที่เสพยาไอซ์อย่างชัดเจน

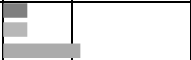
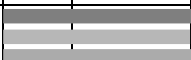
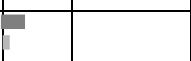
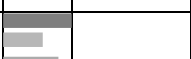
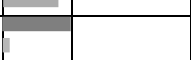
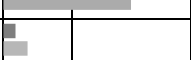
ประเด็นที่สาม ได้แก่ บุคลิกลักษณะแบบหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยง (Avoidance Personality pattern) โดยพบว่า ทั้งสามกลุ่มมีลักษณะดังกล่าวชัดเจนทุกกลุ่ม แต่กลุ่มตัวอย่างที่เสพยาไอซ์เพียงอย่างเดียว มีลักษณะหลีกเลี่ยงจากสังคมและผู้คนรอบข้างในระดับสูงกว่าอีกสองกลุ่ม อาจแสดงให้เห็นถึงการคิดแบบเอาตนเองเป็นศูนย์กลางโดยอาจมีความวิตกกังวลหรือหลีกเลี่ยงการเข้าสังคมและผู้คน

ประเด็นที่สี่ ได้แก่ บุคลิกลักษณะแบบพึ่งพา (Dependent Personality pattern) โดยพบว่า ทั้งสามกลุ่มมีลักษณะดังกล่าวอย่างชัดเจนทุกกลุ่ม แต่กลุ่มที่เสพยาไอซ์ และเสพยาไอซ์ร่วมกับยาบ้า มีระดับบุคลิกลักษณะที่ต้องการการพึ่งพิงทางใจอย่างมาก มีแนวโน้มของพฤติกรรมยอมตามอย่างมาก ขาดการแสดงความต้องการของตนเอง ขาดความสามารถในการตัดสินใจ กลัวการตัดสินใจและการอยู่เพียงลำพัง โดยมีความต้องการที่จะพึ่งพาผู้อื่นมาก

ตารางที่ 2 คะแนนมาตรฐาน BR scores ของบุคลิกลักษณะและอาการทางจิตเวชในกลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่ม กลุ่มเสพแอมเฟตามีนร่วมกับยาไอซ์ (Mix, N = 87) กลุ่มเสพแอมเฟตามีน (Am, N = 145) และกลุ่มเสพยาไอซ์ (Ice, N = 13)

			BR scores (Median)			
Scale			60	75	85	
Modifying Indices	X	Disclosure	Mix- 78 Am- 74 Ice - 77			
	Y	Desirability	Mix- 59 Am- 59 Ice - 59			
	Z	Debasement	Mix- 61 Am- 56 Ice - 63			
Clinical Personality Patterns	1	Schizoid	Mix- 65 Am- 63 Ice - 65			
	2A	Avoidance	Mix- 71 Am- 71 Ice - 77			
	2B	Depressive	Mix- 67 Am- 63 Ice - 58			
	3	Dependent	Mix- 75 Am- 70 Ice - 75			
	4	Histrionic	Mix- 44 Am- 47 Ice - 32			
	5	Narcissistic	Mix- 56 Am- 56 Ice - 56			
	6A	Antisocial	Mix- 75 Am- 73 Ice - 79			
	6B	Sadistic	Mix- 69 Am- 68 Ice - 70			
	7	Compulsive	Mix- 48 Am- 51 Ice - 51			
	8A	Negativistic	Mix- 67 Am- 68 Ice - 70			
	8B	Masochistic	Mix- 68 Am- 65 Ice - 66			
Severe Personality Pathology	S	Schizotypal	Mix- 64 Am- 64 Ice - 65			
	C	Borderline	Mix- 69 Am- 68 Ice - 68			
	P	Paranoid	Mix- 68 Am- 67 Ice - 66			
Clinical Syndromes	A	Anxiety	Mix- 81 Am- 77 Ice - 60			
	H	Somatoform	Mix- 59 Am- 56 Ice - 59			

ตารางที่ 2 คะแนนมัธยฐาน BR scores ของบุคลิกลักษณะและอาการทางจิตเวชในกลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่ม กลุ่มเสฟแอมเฟตามีนร่วมกับยาไอซ์ (Mix, N = 87) กลุ่มเสฟแอมเฟตามีน (Am, N = 145) และกลุ่มเสฟยาไอซ์ (Ice, N = 13) (ต่อ)

			BR scores (Median)			
Scale			60	75	85	
	N	Bipolar-Mania	Mix- 74 Am- 69 Ice - 72			
	D	Dysthymic	Mix- 62 Am- 62 Ice - 66			
	B	Alcohol dependence	Mix- 76 Am- 75 Ice - 77			
	T	Drug dependence	Mix- 83 Am- 79 Ice - 81			
	R	Post-traumatic Stress	Mix- 62 Am- 60 Ice - 45			
Severe Clinical Syndromes	SS	Thought dis.	Mix- 65 Am- 63 Ice - 64			
	CC	Major depression	Mix- 65 Am- 60 Ice - 70			
	PP	Delusional dis.	Mix- 61 Am- 62 Ice - 63			

วิจารณ์

จากการศึกษาความแม่นยำตรงของการใช้แบบทดสอบ MCMI-III ของ อดิรัตน์ ศรีสุโข และ ส่องโสม พึ่งพงศ์ ในกลุ่มโรค Substance-Related Disorders กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย พบคะแนนของบุคลิกลักษณะ Avoidant, Antisocial, Negativistic (Passive-aggressive), Depressive และ Dependent เป็นลักษณะร่วมกัน^{9,10} ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบคะแนนของบุคลิกลักษณะ Antisocial และ Dependent เช่นเดียวกัน รวมทั้งยังพบคะแนน BR ของกลุ่ม Anxiety สูงกว่า 75 แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดหรือวิตกกังวล ซึ่ง อดิรัตน์ ศรีสุโข และ ส่องโสม พึ่งพงศ์ ได้กล่าวในการศึกษาเดียวกันว่าการมีคะแนน Anxiety อยู่ในระดับสูง

แม้ว่าจะไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มวิตกกังวลก็ตาม แต่ก็อาจแสดงถึงการยอมรับต่อภาวะความเจ็บป่วยและต้องการความช่วยเหลือหรือวิตกกังวลอยู่กับอาการเจ็บป่วยของตนเอง หรืออาจเป็นเพราะว่าการศึกษารั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ถูกดำเนินคดีเสพยาและต้องเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูระบบบังคับบำบัดแบบผู้ป่วยในตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 กลุ่มตัวอย่างจึงอาจมีความวิตกกังวลเรื่องของกฎหมายและต้องอยู่ในสถานที่ที่ไม่ใช่ที่อยู่อาศัยของตนเอง การปฏิบัติตัวต่างๆ ก็อาจส่งผลให้เกิดความเครียดได้ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่พบว่าผู้ที่เสพยาไอซ์เป็นระยะเวลานานๆ จะทำให้เพิ่มระดับของ Depressive, Suicide และ Anxiety สูงขึ้น¹¹ และยังนำไปสู่อาการ paranoid

ด้วย^{12,13} ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประวัติเคยฆ่าตัวตายร้อยละ 24.5 และเคยคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 27.5 และมีอายุอยู่ระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 39.9 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งนับว่าเป็นตัวเลขที่สูงทีเดียว

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จะใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน แต่เมื่อมีการแบ่งกลุ่มการใช้ประเภทของเมทแอมเฟตามีนย่อยลงไปเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้เสพยาบ้า ผู้เสพยาไอซ์ และผู้ที่เสพทั้งยาบ้าและยาไอซ์ ก็พบว่ามีความแตกต่างใน 2 กลุ่มอาการและ 3 บุคลิกลักษณะ ได้แก่ กลุ่มอาการที่ 1 กลุ่มอาการซึมเศร้า (Major Depressive Scale) และบุคลิกลักษณะที่ 1 บุคลิกลักษณะแบบเศร้า (Depressive Personality pattern) พบว่า ผู้ที่เสพยาไอซ์เพียงอย่างเดียวจะมีคะแนนของกลุ่มอาการนี้สูงกว่ากลุ่มผู้ที่ใช้ยาบ้าเพียงอย่างเดียวและกลุ่มผู้ที่เสพทั้งยาบ้าและยาไอซ์ร่วมกัน กลุ่มอาการที่ 2 กลุ่มอาการวิตกกังวล (Anxiety Clinical syndrome) พบว่ากลุ่มที่เสพยาบ้าและกลุ่มที่เสพทั้งยาบ้าและยาไอซ์ มีคะแนนของกลุ่มอาการนี้สูงกว่ากลุ่มที่เสพยาไอซ์เพียงอย่างเดียว บุคลิกลักษณะที่ 2 บุคลิกลักษณะแบบหลีกเลี่ยง (Avoidant Personality pattern) พบว่า กลุ่มผู้เสพยาไอซ์เพียงอย่างเดียวมีคะแนนของบุคลิกลักษณะนี้สูงกว่าอีกสองกลุ่ม บุคลิกลักษณะที่ 3 บุคลิกลักษณะแบบพึ่งพา (Dependent Personality) พบว่า กลุ่มผู้ที่เสพยาไอซ์และกลุ่มผู้ที่เสพทั้งยาบ้าและยาไอซ์ร่วมกันมีคะแนนของบุคลิกลักษณะนี้สูงกว่ากลุ่มผู้ที่เสพยาบ้าเพียงอย่างเดียว ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลส่วนใหญ่พบว่าการศึกษาจะเน้นที่จะศึกษาในภาพรวมของ

เมทแอมเฟตามีนโดยมิได้มีการแบ่งแยกการใช้ยาไอซ์และยาบ้าอย่างชัดเจนเนื่องจากสารเสพติดทั้งสองชนิดเป็นสารเสพติดที่สังเคราะห์จากสารเคมีตัวเดียวกัน¹⁴ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จึงมีข้อจำกัดบางประการ เช่น กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ศึกษาเฉพาะสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเท่านั้น หากมีการขยายกลุ่มตัวอย่างที่บำบัดรักษาในสถานบำบัดอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวง หรือแม้แต่หน่วยงานของกระทรวงยุติธรรม รวมไปถึงสถานพยาบาลของสำนักงานมัย สังกัดกรุงเทพมหานคร ก็อาจทำให้ข้อมูลมีความชัดเจนและแม่นยำมากขึ้น

สรุป

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้โดยใช้แบบทดสอบ MCMI-III ทำให้เห็นกลุ่มอาการและบุคลิกลักษณะในกลุ่มผู้ที่เสพเมทแอมเฟตามีนที่บำบัดรักษาอยู่ในสถานบำบัดเฉพาะทางด้านยาเสพติดทั้ง 7 แห่ง พบว่ามีประวัติเคยฆ่าตัวตายซึ่งมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าของ เพ็ญพักตร์ อุทิศ, สุนิศา สุขตระกูล, กงจักร สอนลา, มะลิ แสงผล¹⁵ รวมทั้งมีกลุ่มอาการโรคทางจิตเวชและบุคลิกลักษณะที่นำไปสู่ปัญหาในการปรับตัว หากมีการประเมินลักษณะพยาธิสภาพทางจิตและบุคลิกลักษณะร่วมกับการวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวชให้ครอบคลุมจะนำไปสู่การวางแผนการช่วยเหลือและพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ที่มีปัญหาการเสพเมทแอมเฟตามีนมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ส่องโสม พึ่งพงศ์ ผู้ควบคุมงานวิจัยและที่ปรึกษางานวิจัย และขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ทั้ง 6 แห่ง

เอกสารอ้างอิง

1. ศรีเรือน แก้วกังวาน. ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2539.
2. จักรพันธ์ จตุรพันธ์, ชัยชนะ นิ่มนวล. ความเที่ยงและความตรงเครื่องมือวัดบุคลิกภาพ IPIP ฉบับภาษาไทย. จุลาลงกรณ์เวชสาร. 2556; 57: 107-119.
3. จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. จิตวิทยาบุคลิกภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
4. รุจิรา อาภาบุษยพันธ์. วัยรุ่นที่ใช้ยาเสพติดและไม่ใช้ยาเสพติด: การศึกษาเปรียบเทียบบุคลิกภาพและการอบรมเลี้ยงดู (การศึกษาค้นคว้าอิสระวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน)). กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2548.
5. มงคล มณฑา. บุคลิกลักษณะผู้ป่วยติดเฮโรอีนที่พบใน PICS. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี. 2524; หน้า 75-87.
6. ธงชัย อุ่นเอกลาภ. การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2544.
7. วิชชุดา ยะสินธ์, สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, เสียรชัย งามทิพย์วัฒนา. ลักษณะพยาธิสภาพทางจิตของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554; 56(2): 1167-178.
8. จิตารัตน์ ศรีสุโข, ส่องโสม พึ่งพงศ์. การทดสอบความตรงของการใช้แบบทดสอบมิลลอน คลินิกอล มัลติแอกเซียส อินเวนทอรี-3 (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III) ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชไทย. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2551; 39(2): 21-31.
9. จิตารัตน์ ศรีสุโข, ส่องโสม พึ่งพงศ์. ลักษณะคะแนนจากแบบทดสอบ Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) ของผู้ป่วยจิตเวชไทยในกลุ่มอาการต่างๆ. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2553; 41(1): 19-29.
10. Craig R J & Bivens A. MCMI-III scores on substance abusers with and without histories of suicide attempts. Published. (Cited Dec 2009). Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08897070009511429>.
11. Petit A, Karila L, Chalmin F, Lejoyeux M. Methamphetamine Addiction: A review of the Literature. Journal of Addiction Research & Therapy. (2012). Available from: <https://www.omicsonline.org/methamphetamine-addiction-a-review-of-the-literature-2155-6105.S1-006.php?aid=3893>.
12. Rawson R A. Current research on the epidemiology, medical and psychiatric effect, and treatment of methamphetamine use. Journal of Food and Drug Analysis. 2013 Dec; 21(4): 77-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4158843/>.
13. Craig R J, Weinberg D. Assessing drug abuse with the Millon clinical multiaxial inventory: A review. Journal of Substance Abuse Treatment. 1992; 9(3): 249-255. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/074054729290068Y>.
14. ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด. ยาบ้าว่าร้าย ไช้ร้ายยิ่งกว่า. (สืบค้น 16 เมษายน 2565) เข้าถึงจาก: https://nctc.oncb.go.th/ewt_news.php?nid=401&file-name=index.

15. เพ็ญพัทธ์ อุทิศ, สุนิศา สุขตระกูล, กงจักร สอนลา, มะลิ แสงวงผล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2561; 27(3): 965-977. (สืบค้น 13 เมษายน 2565) เข้าถึงจาก: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/5410>.

บทความ

เกม : นวัตกรรมการบำบัดทางการพยาบาล สำหรับผู้ติดยาและสารเสพติด

อาภากร เปรี้ยวนิ่ม ประ.ด.,* ปรียศ กิตติธีระศักดิ์ ประ.ด.,** ชมชื่น สมประเสริฐ ประ.ด.**

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Abstract Games: Innovative nursing therapy for substance use disorder.

Arpakorn Prewnin, Ph.D.,* Priyoth Kittiteerasack, Ph.D.,**

Chomchuen Somprasart, Ph.D.**

*Faculty of Nursing Bangkok Thonburi University

**Faculty of Nursing Thammasat University

Game therapy in substance user disorder is an innovation developed under the concept of game theory, which is considered the innovative nursing therapy in Thailand. This article presents the basic knowledge to present about of innovative game therapy and to encourage health care cooperation among health sciences and IT professions to develop the innovative nursing intervention for substance user disorder with the game technology and accordance with today's lifestyles. Games have been used for both physical and mental therapies such as nausea and vomiting, cognitive and emotional symptoms, and post-traumatic stress disorder. After treatment, the symptoms tended to improve. Games have been used in the treatment of nicotine addicts to motivate behavior modification, performance improvement, independence, and social interaction. However, if the patient enjoys playing games too much, it may negatively affect competitive stress. Therefore, the use of game therapy should be under the supervision of a therapist.

Keyword: Game therapy, Innovative nursing therapy, Substance user disorder.

บทคัดย่อ

การบำบัดด้วยเกมในผู้ติดยาและสารเสพติดเป็นนวัตกรรมที่ถูกพัฒนาขึ้นมาภายใต้แนวคิด ทฤษฎีของเกม ถือเป็นนวัตกรรมการบำบัดทางการแพทย์ของประเทศไทย บทความนี้มี วัตถุประสงค์นำเสนอองค์ความรู้พื้นฐานเพื่อนำเสนอเกี่ยวกับนวัตกรรมเกม และกระตุ้นให้เกิด ความร่วมมือระหว่างวิทยาศาสตร์สุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศ ในการพัฒนานวัตกรรมการ บำบัดทางการแพทย์สำหรับผู้ติดยาและสารเสพติดด้วยเทคโนโลยีเกมที่มีความทันสมัยและ สอดคล้องกับวิถีชีวิตในสังคมยุคปัจจุบัน เกมถูกใช้เพื่อการบำบัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน การรู้คิดของสมองและอารมณ์ รวมทั้งอาการผิดปกติทางจิตหลังประสบ เหตุการณ์รุนแรง หลังได้รับการบำบัด อาการผิดปกติมีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้น มีการนำเกมมา ใช้ในการบำบัดผู้ที่ติดสารนิโคตินเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พัฒนาสมรรถนะ ความเป็นอิสระ และการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม แต่หากผู้รับการบำบัดรู้สึกสนุกกับการเล่นเกมมาก เกินไปอาจส่งผลกระทบต่อทางลบให้เกิดภาวะเครียดจากการแข่งขัน ดังนั้น การใช้เกมเพื่อการบำบัด จึงควรอยู่ภายใต้แนวทางการดูแลของนักบำบัด

คำสำคัญ: เกมบำบัด นวัตกรรมการบำบัดทางการแพทย์ ผู้ติดยาและสารเสพติด

บทนำ

การติดยาและสารเสพติดเป็นปัญหาสำคัญ ที่ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญ เป็นปัญหาที่ไม่ เพียงแต่ทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพของบุคคล แต่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคมในวงกว้าง ก่อให้เกิดภาระโรค ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะ ไร้ความสามารถ และเกิดการเสียชีวิต เป็นการ สูญเสียที่ประมาณค่าไม่ได้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจในภาพรวม¹ อัตรา ความชุกของสถานการณ์การติดยาและสารเสพติด ในประเทศไทยมีความน่าเป็นห่วงเช่นเดียวกับ ทั่วโลก สถิติผู้ติดยาและสารเสพติดที่เข้ารับการ รักษาบำบัดภายในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในปี พ.ศ.

2563 มีจำนวนผู้เข้ารับบริการด้านปัญหาทางด้าน สุขภาพจำนวน 43,388 คน โดยใช้แอมเฟตามีน ร้อยละ 63.33 รองลงมาเป็นการใช้สุรา และ เฮโรอีน (ร้อยละ 21.23 และ 5.89 ตามลำดับ)² ส่วนใหญ่เยาวชน ร้อยละ 15 มีการเสพแอมเฟตามีน³ แม้ว่าปัญหาเสพติดเป็นหนึ่งในวาระสำคัญทาง ด้านสุขภาพที่ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างภา คี เครือข่ายและองค์กรต่างๆ ภายในประเทศ เพื่อ ลดความรุนแรงของปัญหาอย่างต่อเนื่อง แต่สถิติ ที่ผ่านมามีได้แสดงให้เห็นว่าปัญหาเสพติดยังเป็น ปัญหาสำคัญและต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการใช้สาร เสพติด (substance use disorder: SUD) เป็น กลุ่มอาการความผิดปกติทางความคิด พฤติกรรม

และทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้น ร่างกายเสื่อมโทรม ผอม น้ำหนักลด มีการเคลื่อนไหวของร่างกายเพิ่มมากขึ้น บางรายไม่อยู่นิ่ง เดินไปมา เวลาไม่ได้เสพยา มักมีอาการซึมเศร้าหรือหงุดหงิดได้ง่าย ก้าวร้าว ดุดัน ความจำลดลง ขาดสมาธิ และมีพฤติกรรม การใช้ยา มากกว่าปกติ ภาวะความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นภาวะที่เกิดจากการที่บุคคลยังคงใช้สาร หรือมีพฤติกรรมที่ไม่สามารถหยุดยั้งการใช้สาร นั้นๆ เนื่องจากฤทธิ์ของสารที่ทำหน้าที่เป็นตัวเสริม แรงทางบวกและกระตุ้นให้เกิดการเสพติด เป็น คุณลักษณะของการแสวงหาความสุขของบุคคล⁴ การใช้สารอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดผลกระทบต่อ ตนเองและบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งสังคมและประเทศ ชาติ⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะความ ผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติดมักพบใน วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นช่วงวัยแห่งการ แสวงหาสิ่งแปลกใหม่ ชอบความท้าทาย และการ สันสรรค์ทางสังคม สามารถเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย เช่น แอลกอฮอล์ บุหรี่ หรือยาเสพติดชนิดอื่นๆ และด้วยลักษณะจำเพาะของฤทธิ์ยาทำให้ผู้ใช้เพิ่ม ความรุนแรงของการใช้ยาและสารเสพติดเพิ่มมา กขึ้น⁶ นอกจากนี้ ปัจจัยทางครอบครัวและสังคมมี ส่วนสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดการใช้ยาและสารเสพติด มากขึ้น เช่น การเลียนแบบบุคคลในครอบครัว การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม มีประวัติเกี่ยวกับโรคทาง จิตเวช และการใช้ยาและสารเสพติดในครอบครัว

สิ่งสำคัญในการช่วยเหลือผู้ติดยาและสาร เสพติด คือ การบำบัดรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่เพื่อลด ความผิดปกติของสมองและปัญหาสุขภาพที่มักจะ พบมากขึ้นตามความรุนแรงและระยะเวลาของการ ใช้ยา สำหรับในประเทศไทยพบว่ามียาเสพติด

รักษา 3 ระบบ คือ ระบบสมัครใจ ระบบต้องโทษ และระบบบังคับบำบัด ภายหลังเข้ารับการบำบัด ไม่ว่าด้วยระบบใด ผู้เข้ารับการบำบัดทุกคนต้องเข้า สู่นักฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)⁷ เป็น ขั้นตอนที่สำคัญมากในการปรับตัวทางด้านร่างกาย และจิตใจให้เข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและ พฤติกรรมให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างปกติ การบำบัดในขั้นตอนประกอบด้วยการทำกิจกรรม ในรูปแบบต่างๆ ที่มีความเหมาะสมเพื่อให้เกิด การเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การ บำบัดแบบจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบชุมชนบำบัด การบำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

สำหรับกิจกรรมในขั้นตอนของการฟื้นฟู สมรรถภาพในผู้ติดยาและสารเสพติดมีความ คล้ายคลึงกับบทบาทสมมติที่ได้รับจากการเล่น เกม⁸ ปัจจุบันทางด้านสุขภาพมีความตื่นตัวมากขึ้น ในการนำเอาเกมมาประยุกต์ใช้ในการบำบัด และมีแนวโน้มที่จะนำเกมมาใช้ในการบำบัดมากขึ้น เกมเพื่อการบำบัดถือเป็นนวัตกรรมใหม่ที่เกิดขึ้น ในประเทศไทย เนื่องจากในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา เทคโนโลยีของเกมมีการพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง มีความซับซ้อนมากขึ้น สมจริงมากขึ้น เข้าถึง แก่นแท้ของสังคมมนุษย์ และมีระบบในการจำลอง ธรรมชาติไว้มากมายเหมือนสภาพความเป็นจริงมาก ดังนั้น เกมจึงเป็นแพลตฟอร์ม (platform) ของ เทคโนโลยีที่ทันสมัย สามารถนำมาใช้ในการ ช่วยเหลือบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยา และสารเสพติดโดยเฉพาะกลุ่มผู้รับบริการวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีปัญหาจากการใช้ยาและ

สารเสพติดในระดับสูง และเป็นช่วงวัยที่ชอบความทันสมัย เข้าถึงเทคโนโลยีได้ง่าย และมีทักษะความสามารถในการใช้งานเทคโนโลยีที่สูงกว่าวัยอื่น บทความฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวคิดของผู้เขียนเกี่ยวกับนวัตกรรมเกม เป็นทางเลือกของการบำบัดรูปแบบใหม่ที่ทำหาย ด้วยการออกแบบเพื่อสามารถนำไปพัฒนาในการบำบัดผู้ชียาและสารเสพติดได้ สร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มผู้ชียาและสารเสพติด และกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างวิชาชีพทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีเกมที่มีความทันสมัยและสอดคล้องกับวิถีชีวิตในสังคมยุคปัจจุบัน

ทฤษฎีเกม

ในศตวรรษที่ 21 ทฤษฎีเกม (game theory) ถูกนำมาใช้อธิบายความสัมพันธ์เชิงพฤติกรรมและการตัดสินใจเชิงตรรกะ ผ่านการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ แผนการหรือนโยบาย และการเลือกวิธีการหรือกระบวนการในการดำเนินการเพื่อต่อสู้แข่งขันกับระบบการเล่นของฝ่ายตรงข้าม (หรือระบบคอมพิวเตอร์) โดยแต่ละฝ่ายจะมีจุดมุ่งหมายและมีการวางแผนต่างๆ ของตนเอง มีลักษณะคล้ายการทำหน้าที่เป็นโค้ชหรือหัวหน้าทีมในการวางแผนเพื่อแข่งขันหรือต่อสู้กับผู้เล่นฝ่ายตรงข้าม ผลลัพธ์ที่ตามมาจะขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแต่ละฝ่าย⁹ ทฤษฎีเกมเป็นกรอบทฤษฎีที่เตรียมความพร้อมของบุคคลในการหาทางออกหรือฝ่าฟันสถานการณ์ทางสังคมที่สมมติขึ้น โดยอาศัยการตัดสินใจที่ดีที่สุดของผู้เล่นหรือผู้แข่งขันในการตั้งค่าเชิงกลยุทธ์ การตอบโต้

ด้วยวิธีการต่างๆ ที่ถูกเลือกไว้อย่างเป็นระบบเพื่อให้ตนได้รับผลตอบแทนสูงสุด โดยพื้นฐานทฤษฎีเกมตั้งอยู่บนสมมติฐานว่าผู้เล่นทุกฝ่ายจะมีการตัดสินใจ “อย่างมีเหตุผล” เพื่อหาทางเลือกให้ตัวเองได้รับประโยชน์หรือผลลัพธ์ตามความต้องการ ซึ่งมักแสดงออกในรูปของฟังก์ชันอรรถประโยชน์ (utility function)⁹ นั่นคือ ผู้เล่นจะได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงจุดสูงสุด เกมจึงเป็นรูปแบบของการอธิบาย ทำนาย และกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ด้วยวิธีการทางคณิตศาสตร์¹⁰ ที่ประยุกต์ใช้ในการตอบสนองกับกลยุทธ์ของฝ่ายตรงข้ามภายใต้ภาวะของการตัดสินใจที่เป็นระบบ¹¹ ปัจจุบันเกมกลายเป็นแพลตฟอร์ม (platform) ที่ทันสมัยและถูกใช้ในหลายสาขาวิชาชีพ เช่น สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ ชีววิทยา วิศวกรรม และวิทยาการคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

ทฤษฎีเกมมีพื้นฐานบนการตัดสินใจเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดเป็นหลัก แต่มีความแตกต่างกับทฤษฎีการตัดสินใจ (decision theory) คือ ทฤษฎีการตัดสินใจมีผู้ตัดสินใจเพียงคนเดียว แต่ทฤษฎีเกมเป็นการศึกษาหรือการตัดสินใจในสถานการณ์ของบุคคลตั้งแต่ 2 ฝ่ายขึ้นไป และการตัดสินใจของแต่ละฝ่ายมีปฏิสัมพันธ์ส่งผลซึ่งกันและกัน⁹ ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ตัดสินใจของผู้เล่นหรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ¹² ผู้เล่นหรือผู้ตัดสินใจสามารถเป็นได้ทั้งตัวบุคคลหรือกลุ่มบุคคล^{11,13} นวัตกรรมเกมเป็นแพลตฟอร์มที่มีประสิทธิภาพในการประเมินตรวจสอบโครงสร้างทางจิตใจ เช่น ความไว้วางใจระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความยุติธรรม ความรู้ความเข้าใจทางสังคม หรืออคติทางความคิดและสังคมที่อาจ

เกิดขึ้นภายในเกม^{10,14,15}

ทฤษฎีเกมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (types of game theory)^{12,15} คือ

1. ทฤษฎีเกมแบบร่วมมือ (cooperative game theories) เป็นกระบวนการเกมที่สร้างพันธมิตรหรือความร่วมมือภายในกลุ่มผู้เล่น มุ่งเน้นการกำหนดผลตอบแทนที่ผู้เล่นในทีมจะได้รับผ่านการมอบหมายให้ร่วมสร้างกลยุทธ์ในการดำเนินการ และจัดสรรผลตอบแทนระหว่างผู้เล่นด้วยกัน

2. ทฤษฎีเกมแบบไม่ร่วมมือ (non-cooperative game theories) เป็นกระบวนการของเกมที่กำหนดตัวแทนในการแข่งขัน ต่อสู้ มุ่งเน้นการจัดการผู้เล่นด้วยตนเอง (หรือคอมพิวเตอร์) เพื่อบรรลุเป้าหมายของตนเอง รูปแบบเกมที่พบบ่อย คือ เกมเชิงกลยุทธ์ที่ต้องวางแผนผ่านการวิเคราะห์ทางเลือกแบบต่างๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ เช่น เกมเทคเคน (tekken) เกมสตรีทไฟท์เตอร์ (street fighters) เกมเดอะคิงออฟไฟท์เตอร์ส (the king of fighters) เป็นต้น

พัฒนาการของการบำบัดด้วยเกม (Development of Therapeutic Game)

ในอดีต เกมถูกพัฒนาเพื่อความบันเทิง และไม่ได้คำนึงถึงประโยชน์ด้านการเรียนรู้หรือปรับตัว แต่การเล็งเห็นถึงผลดีของกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในเกม ในปี พ.ศ. 2513 มีการนำศักยภาพของเกมในด้านการสร้างแรงจูงใจ และมีส่วนร่วมมาใช้เป็นแพลตฟอร์มเพื่อช่วยในการพัฒนาการเคลื่อนไหวและแก้ไขปัญหาวฤกกรรม¹⁶ เกมสามารถใช้พัฒนาความคิดเชิงกลยุทธ์ การตัดสินใจ และพัฒนาทักษะการรับรู้

ที่สูงขึ้น ทำให้เกิดการเรียนรู้เชิงสร้างสรรค์และสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ รวมทั้งพัฒนาเรื่องสมาธิ ความจำ และการทำงานประสานกันของสมอง¹⁷ ต่อมา พ.ศ. 2560 เกมถูกนำมาใช้ในเชิงพาณิชย์หรือเรียกว่า “เกมดิจิทัล” และได้รับความนิยมมาก¹⁸ มีการพัฒนาต่อยอดเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ และมีผลงานวิจัยแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการนำเกมมาใช้ในการบำบัดทางสุขภาพ (video games as therapy: VGTx) สร้างเป็น “เกมเพื่อสุขภาพ” ที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพกับบริษัทอุตสาหกรรมเกม เพื่อการบำบัดและส่งเสริมภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย เช่น โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดหัวใจ¹⁹⁻²³ และด้านสุขภาพจิต เช่น โรคจิตเภท²⁴⁻²⁷ ปัญหาพฤติกรรมผิดปกติ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ²⁸ เกมจึงเป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ในการส่งเสริมป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพ²³ อาศัยคุณสมบัติหลักของเกมคือ การสร้างความท้าทาย สร้างแรงจูงใจ และการให้รางวัล²⁹ เทคโนโลยีเกมเพื่อสุขภาพถูกออกแบบเพื่อตอบสนองต่อกระบวนการปรับเปลี่ยนในเชิงบวก 4 ด้าน คือ กระบวนการรับรู้ (cognitive) สร้างแรงจูงใจ (motivational) กระบวนการทางอารมณ์ (emotional) และการเข้าสังคม (social) ผ่านกลไกการประมวลผลของระบบคอมพิวเตอร์^{30,31}

ส่วนประกอบที่สำคัญของเกมเพื่อสุขภาพ (games for health) มี 2 ส่วน³² คือ

1. หน้าที่ (function) เชิงป้องกัน (preventative) การบำบัด (therapeutic) ประเมิน (assessment) การให้การศึกษา (educational) และข้อมูลสารสนเทศ (informatics)

2. ความเป็นสาธารณะ (public) คือ มีลักษณะส่วนบุคคล (personal) การปฏิบัติแบบมืออาชีพ (professional practice) ผ่านกระบวนการวิจัยหรือเป็นทางด้านวิชาการ (research/academia) และเป็นงานด้านสาธารณสุข (public health)

การนำเกมมาเป็นแพลตฟอร์มเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพเป็นมิติใหม่ในการสร้างโอกาสและความท้าทายในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากเกมเพื่อการบำบัด (therapeutic games) สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ออกแบบผ่านระบบภายในเกมที่สามารถทำให้เกิดการจัดเตรียมทักษะทางความคิด สังคม และอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ ทำให้ผู้ได้รับการบำบัดมีพัฒนาการและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีในทิศทางที่ต้องการ เป็นนวัตกรรมที่ทันสมัยและให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า³³

เกมเพื่อการบำบัด (Therapeutic Game)

เกมเพื่อสุขภาพถูกนำมาออกแบบระบบการทำงานผ่านการประมวลผลเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์และความต้องการด้านสุขภาพ กลายเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดความผิดปกติต่างๆ ดังนั้น การออกแบบเกม (game design) เพื่อการบำบัดจึงมีความแตกต่างจากเกมเพื่อความบันเทิง เนื่องจากเกมเพื่อการบำบัดเป็นการใช้แบบจำลองสถานการณ์ที่ต้องการทำให้เกิดความสอดคล้องระหว่างการบำบัด (therapy) เกม (game) และผู้เล่น (player) เป็นรูปแบบในการจัดการกับสถานการณ์จำลองต่างๆ ที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางการรักษาหรือการดูแล คาดการณ์ว่ากระบวนการต่างๆ ภายในเกมจะสามารถบรรเทาโรคหรือความผิดปกติ

ที่เกิดขึ้นได้ แต่ต้องอยู่ภายใต้เทคนิคในการฟื้นฟูทางการแพทย์ จิตเวช หรือจิตวิทยา ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากต่อการใช้งานทางด้านสุขภาพ ทั้งในเชิงจิตบำบัด เนื่องจากสถานการณ์จำลองภายในเกมจะเป็นเครื่องมือช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการสร้างสัมพันธ์ภาพและการฝึกทักษะทางสังคม^{34,35} สามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเวช เช่น โรคจิตเภท โรควิตกกังวล และโรคสมาธิสั้น²⁶ รวมทั้งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่สูงขึ้น^{17,36} เกมเพื่อการบำบัดมีส่วนช่วยในการทำงานของระบบฮอโมนและสารสื่อประสาท มีการหลั่งฮอโมนที่สำคัญ เช่น เอ็นโดรฟิน และโดปามีน³³ มีอิทธิพลต่อกระบวนการทำงานของสมอง ช่วยสร้างสมาธิ ความจำ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสริมสร้างพฤติกรรมทางสังคม ปรับปรุงทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และเพิ่มระดับแรงจูงใจและความเข้มแข็งของจิตใจเมื่อต้องเผชิญปัญหาหรือความล้มเหลว นอกจากนี้ในลักษณะของเกมวางแผน ช่วยให้ผู้ได้รับการบำบัดสามารถเชื่อมโยงทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ สภาพจิตใจดีขึ้น³⁷ และเกิดประโยชน์ทางอ้อมคือ สนับสนุนการมีกิจกรรมร่วมกัน กระตุ้นให้มีการสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคล

รูปแบบการเล่นของเกมเพื่อการบำบัดแบ่งออกเป็น 3 ประเภท¹⁵ ดังนี้

1. เกมใช้ทักษะ (motor skill) อาศัยทักษะส่วนบุคคล ความสามารถในการแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการใช้ความชำนาญจากประสบการณ์เดิมของบุคคลเพื่อปฏิบัติตามที่ต้องการ

2. เกมใช้ประสาทสัมผัส (sensory perceptual) ใช้ประสาทความรู้สึกรู้สึกของบุคคลในการรับรู้ และการวินิจฉัย อาศัยการทำงานของระบบประสาทสัมผัสแล้วตอบสนองออกมาโดยการปฏิบัติ

3. เกมใช้สติปัญญา (intellectual) ใช้ความสามารถของสมอง ความคิดรวบยอด การแปลความหมาย การสรุป และการตอบโต้หรือตอบสนองอย่างฉับพลัน ทั้งด้านความคิด การพูด ภาษา หรือกิริยาอาการต่างๆ

ตัวอย่างการนำเกมเพื่อการบำบัดตามวัตถุประสงค์ทางด้านการบำบัดรักษา

1. ประเมินและติดตาม (Assessment and monitoring)

- ตรวจหาอาการเสื่อมของกระบวนการรู้คิดในผู้สูงอายุตั้งแต่เริ่มมีอาการ ช่วยให้สามารถบำบัดทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ³⁸

- ส่งเสริมการออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรง และลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังต่างๆ³⁹

2. บำบัดปัญหาการรู้คิดของสมอง (Cognitive distraction)

- สร้างความรู้ความเข้าใจและการเบี่ยงเบนความสนใจต่ออาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัดในผู้ป่วยเด็กที่เป็นมะเร็ง พบว่าคลื่นไส้อาเจียนน้อยลงอย่างเห็นได้ชัด วิดกกังวลลดลง ชีพจรและความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ⁴⁰

- ผู้ได้รับการบำบัดด้วยเกมแสดงอาการวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดน้อยกว่าเกณฑ์พื้นฐาน (Baseline ของ mYPAS) และไม่มีความแตกต่างของระดับความวิตกกังวลระหว่างเพศ⁴¹

- สามารถบรรเทาอาการเจ็บปวดชั่วคราวจากความเจ็บปวดจากโรคไฟโบรมัยอัลเจีย (Fibromyalgia)⁴² (โรคไฟโบรมัยอัลเจียเป็นโรคที่ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดตามกล้ามเนื้อพร้อมกับมีอาการอ่อนเพลีย) และสามารถออกกำลังกายแบบเบาๆ (low impact exercise) ได้

3. บำบัดด้านสุขภาพจิต (Mental health)

- การบำบัดอาการโรคจิตเภท พบว่าอาการทางโรคจิตเภทลดลง อาการทางบวกดีขึ้น อาการหลงผิดลดลง มีความอดทนต่ออาการข้างเคียงของยา แต่มีประสิทธิผลลดลงในผู้ที่สูบบุหรี่⁴³

- ผู้ที่มีภาวะวิตกกังวล พบว่าหลังการบำบัดมีอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ⁴⁴

- อาการผิดปกติทางจิตใจหลังจากประสบสถานการณ์รุนแรง พบว่า ร้อยละ 20 ของผู้รับการบำบัดมีอาการผิดปกติทางจิตใจหลังจากประสบสถานการณ์รุนแรงมีอาการลดลง แต่มีรายงานการวิจัยว่า ผู้ถูกทารุณกรรมหรือมีปัญหาด้านความสัมพันธ์เกิดความเครียด มีอารมณ์ซึมเศร้า และขาดความภาคภูมิใจในตนเอง การใช้เกมพัฒนาความสามารถ ความภาคภูมิใจ และการยอมรับในสังคม ทำให้การเล่นเกมในระยะเวลาที่ยาวนานของกลุ่มนี้ อาจทำให้มีโอกาสเสี่ยงในการติดเกมได้มาก^{45,46}

4. พื้นฟูระบบประสาท (Neurological rehabilitation)

- ความผิดปกติเล็กน้อยของสมองจากปัญหาเรื่องสมาธิ พบว่าหลังการทดลองผู้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดมีปัญหาเรื่องสมาธิ

ลดลง และมีความสามารถทางด้านมิติสัมพันธ์ และสัมพันธ์ภาพส่วนบุคคลที่ดีขึ้น⁴⁷

- โรคสมาธิสั้น พบว่า เด็กที่มีปัญหาด้านสมาธิสั้นสามารถเพิ่มระยะเวลาในการจดจ่อหรือมีสมาธิเพิ่มขึ้น⁴⁸

- โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ที่ได้รับการฟื้นฟูมีสุขภาพที่ดีและมีกำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเอง รู้สึกสนุกและสามารถใช้ได้เทียบเท่ากับการบำบัดในรูปแบบอื่นๆ เกมในการบำบัดมีราคาประหยัด เหมาะสำหรับการปรับใช้ที่บ้านด้วยตนเอง⁴⁹⁻⁵¹

5. การป้องกัน (Prevention)

- การสูญเสียความทรงจำจากการบาดเจ็บทางจิตใจ พบว่า ผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยเกมมีปัญหาด้านความจำน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการบำบัด รวมทั้งรู้สีกว่าการบำบัดด้วยเกมง่ายเป็นประโยชน์ และลดความวิตกกังวล⁵²

6. จิตบำบัด (Psychotherapy)

- ความเข้าใจปัญหาและการรักษาจิตบำบัดของเด็ก พบว่า สามารถให้บริการในการรักษาเด็กได้ดี สามารถประเมินและพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหา รวมทั้งสามารถเพิ่มการรับรู้และการเคลื่อนไหว ควบคุมความก้าวร้าว และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น⁵³

- การประเมินเพื่อนำไปใช้ทางคลินิกสร้างความสัมพันธ์และสนับสนุนอารมณ์ทางบวก ระหว่างการเล่น เกม สามารถสังเกตเห็นกระบวนการคิด ความหุนหันพลันแล่น อารมณ์ การตัดสินใจ และความเอื้อเฟื้อของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดได้³⁴

7. การฝึกทักษะทางสังคม (Social skills training)

- ภาวะออทิสซึม ผู้เข้าร่วมทุกคนประสบความสำเร็จในการเรียนรู้การเล่น เกม และทักษะการเล่น สร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีทักษะการพักผ่อนหย่อนใจทางสังคม เน้นความสำคัญการตอบสนองทางสังคมในสภาพแวดล้อมปกติ^{35,54}

จากการศึกษาที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าการนำเกมไปใช้ในกระบวนการบำบัดและการดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ ตั้งแต่ขั้นตอนการป้องกัน การบำบัด และการฟื้นฟูทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดในการนำเกมมาประยุกต์ใช้เพื่อการบำบัดสำหรับผู้ช้ยาและสารเสพติด และสร้างความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์และเทคโนโลยีสารสนเทศ ในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์สำหรับผู้ช้ยาและสารเสพติดด้วยเทคโนโลยีเกมที่มีความทันสมัยและสอดคล้องกับวิถีชีวิตในสังคมยุคปัจจุบัน

การบำบัดด้วยเกมสำหรับผู้ช้ยาและสารเสพติด (Game therapy for substance use disorder)

สมองของมนุษย์สามารถพัฒนาได้ โดยเฉพาะสมองส่วนหน้า (Frontal Lobe) เช่น การฝึกฝนด้านความจำ ความคิดเชิงเหตุผล และความคิดเชิงนามธรรม การฝึกสมองด้วยเกมเพื่อฝึกทักษะต่างๆ ทำให้สมองได้รับการกระตุ้นเพิ่มขึ้น ชะลอความเสื่อมของสมอง เกิดการตอบสนองทางระบบประสาท บริเวณสมองส่วนคอปัสคัลโลซัม (corpus callosum) เพิ่มการทำงานของการทำงานของการสร้างกระแสประสาท เพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาท

ที่สำคัญ ได้แก่ อะซิติลโคลีน (Acetylcholine) และโดปามีน (Dopamine) ที่ส่งผลต่อการเพิ่มการเรียนรู้และความจำ⁵⁵ ด้วยคุณลักษณะของเกมที่มีความโดดเด่นในเรื่องการแข่งขัน การใช้กระบวนการคิด การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา ดังนั้น จึงมีการนำเกมมาประยุกต์ใช้ในการตอบสนองต่อความต้องการทางด้านสุขภาพ และการบำบัด

ปัจจุบันเกมเพื่อการบำบัดถูกนำมาใช้ในการรักษาฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด เช่น บำบัดในผู้ที่ใช้นิโคติน ซึ่งเป็นหนึ่งในสารเสพติดที่พบว่ามีการใช้บ่อยในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น⁵⁶ เพื่อลดการพึ่งพานิโคติน⁵⁷ กระตุ้นการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านจิตใจด้านสมรรถนะ (competence) ความเป็นอิสระ (autonomy) และการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม (relatedness) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูถูกจัดกระทำผ่านแอปพลิเคชันเกม สร้างสภาพแวดล้อมเสมือนจริงภายใต้แนวคิดทฤษฎีการกำหนดตนเอง (self-determination theory: SDT) เป็นตัวช่วยหรือปฏิกิริยาในการบำบัด (cue/reaction therapy) ทดลองใช้กับผู้ติดสารนิโคติน พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดมีการพึ่งพานิโคตินลดลงอย่างเห็นได้ชัดในสัปดาห์ที่ 4 จนมีการพึ่งพานิโคตินลดลงร้อยละ 37 จากค่าพื้นฐาน (baseline) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการทดลอง แสดงว่าในภาพรวมการบำบัดด้วยเกมมีประสิทธิภาพในการลดการพึ่งพานิโคติน หากมีระยะเวลาในการบำบัดที่ยาวนานขึ้น (มากกว่า 9 สัปดาห์) จะสามารถลดอัตราการใช้นิโคตินได้มากขึ้น และหากมีการใช้ร่วมกับการบำบัดรักษา

ด้วยวิธีอื่นๆ จะช่วยเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรมมากขึ้น นอกจากนี้มีการพัฒนาโปรแกรมเกมการบำบัดการเลิกบุหรี่⁵⁸ เพื่อช่วยในการเลิกสูบบุหรี่และปรับเปลี่ยนความคิดหลังการบำบัด พบว่าเกิดประสิทธิผลและได้รับการยอมรับจากผู้ใช้งาน และวางแผนพัฒนาโปรแกรมเกมเพื่อการบำบัดให้เกิดประสิทธิผลมากขึ้น และมีแผนนำไปใช้ในโรงพยาบาลอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการต่อยอดนวัตกรรมเกมเพื่อการบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติดในประเทศไทย

ผู้ที่ใช้เกมเพื่อการบำบัดส่วนมากเป็นกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น การสร้างเกมเพื่อการบำบัดต้องกลมกลืนระหว่างวิธีการบำบัดที่ถูกต้อง เหมาะสมตามหลักทฤษฎี แนวทางปฏิบัติ และความน่าสนใจของรูปแบบของเกม ส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบำบัด การใช้เกมอาจเป็นทางเลือกใหม่สำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพเพื่อการบำบัดสำหรับผู้ติดยาและสารเสพติด เนื่องจากสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินชีวิตในยุคปัจจุบัน และการใช้เกมเพื่อการบำบัดมีคุณสมบัติหรือลักษณะพื้นฐานที่สำคัญ คือ การสร้างความท้าทายในการทำภารกิจให้มีความสำเร็จ สร้างแรงจูงใจ การให้รางวัล หรือแรงกระตุ้นให้กับผู้รับการบำบัด เป็นการท้าทายผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีลักษณะพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมในการชอบความท้าทายและต้องการความสำเร็จ ดังนั้น ในการพัฒนาเกมเพื่อการบำบัด ผู้ที่มีความสนใจในการนำเกมมาใช้ในการบำบัดทางด้านยาเสพติด ต้องทำการศึกษาค้นคว้า และทำงานร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล

วิชาชีพด้านยาเสพติด นักเทคโนโลยีสารสนเทศ และนักจิตวิทยา เพื่อให้สามารถพัฒนาออกแบบ นวัตกรรมเกมในการบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติด ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

การใช้เกมเพื่อการบำบัดสามารถช่วยเหลือน ด้านจิตใจของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทางจิตใจได้ แต่การบำบัดผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิตต้องได้รับการบำบัดตั้งแต่ในระยะแรกของการเจ็บป่วย และผู้เล่นเกมต้องมีระดับการรู้คิดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือ มีความผิดปกติเพียงเล็กน้อย เนื่องจากการเล่นเกม ต้องใช้ทักษะความเร็วด้านประสาทสัมผัส ทั้ง ประสาทมือและตา สำหรับการบำบัดผู้ติดยาและ สารเสพติดสามารถนำมาใช้ได้ทั้งในระยะที่เริ่มใช้ ยาและสารเสพติดหรืออยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ควรมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการรับรู้ กระตุ้น และย้ำเตือนให้ผู้ที่กำลังจะติดยาและสารเสพติด หรือเกี่ยวข้องกับการใช้ยาและสารเสพติดได้รับรู้ ถึงโทษภัยของสารเสพติดทั้งที่ถูกกฎหมายและผิด กฎหมาย ควรประกอบด้วยองค์ประกอบ รูปแบบ ของเกม และประโยชน์ของการใช้เกมเพื่อการ บำบัด ตามวัตถุประสงค์ของผู้ออกแบบเกม แต่ อย่างไรก็ดี การเล่นเกมควรใช้เวลา 2-3 ชั่วโมงต่อ วัน หากผู้ได้รับการบำบัดรู้สึกสนุกกับการเล่นเกม มากเกินไปอาจส่งผลกระทบทางลบ เช่น การเกิด ภาวะเครียดจากการแข่งขัน รู้สึกกดดัน เมื่อรู้สึกว่าตนเองแพ้จะยิ่งรู้สึกหงุดหงิด และไม่สามารถ ควบคุมอารมณ์ตนเอง ดังนั้น ในการออกแบบ เกมเพื่อการบำบัดจึงต้องอยู่ภายใต้คำแนะนำของ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้น สรุปได้ว่า การเล่นเกมเพื่อการบำบัดมีทั้ง ผลดี และผลเสีย ถ้าผู้เข้ารับการบำบัดติดเกมมาก

จนเกินไป ไม่สามารถแบ่งเวลาหรือหน้าที่ของ ตนเอง จะกลายเป็นโทษ แต่ถ้ารู้จักบริหารเวลา ใช้ การบำบัดด้วยเกมเพื่อผ่อนคลาย จะเป็นประโยชน์ เพราะเกมช่วยฝึกฝนความคิด ฝึกความอดทน และ ความพยายาม ดังนั้นผลดีและผลเสียของการเล่นเกม ขึ้นอยู่กับวิจารณญาณของผู้เล่น

จากการทบทวนวรรณกรรมใน ประเทศไทย พบว่ายังไม่พบการนำนวัตกรรมเกม มาใช้ในผู้ติดยาและสารเสพติด ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิด ในการนำเกมประยุกต์ใช้เพื่อการบำบัด ส่งเสริม การทำงานของฮอโมนที่หลั่งสร้างความสุข และมีอิทธิพลต่อการทำงานของสมอง สร้างสมาธิ ความจำ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสริมสร้าง และปรับปรุงพฤติกรรมทางสังคม เพิ่มแรงจูงใจ และความเข้มแข็งของจิตใจ เมื่อเผชิญปัญหาหรือ ความล้มเหลว สามารถเชื่อมโยงทักษะการแก้ ปัญหาอย่างเป็นระบบ สภาพจิตใจดีขึ้น สนับสนุน การมีกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว และ ส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคล

บทสรุป

เกมมีศักยภาพในการกระตุ้นการตระหนักรู้ เสริมสร้างกำลังใจ รู้สึกสนุกสนาน ตื่นเต้น กระตุ้น ความตื่นตัวทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะเกมที่ต้อง ใช้การคิดวิเคราะห์ วางแผน ช่วยเสริมทักษะ ส่งเสริมการแก้ปัญหาในชีวิต เกิดการเรียนรู้และ ปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า สร้างการ มองโลกในแง่บวก และสนับสนุนทักษะการเข้า สังคมโดยสอดคล้องอารมณ์เชิงบวก (Positive emotional) ลงในเนื้อหาของเกม สิ่งที่สำคัญ ที่สุดของการใช้เกมเพื่อการบำบัดคือประโยชน์ของ

การนำไปใช้ในรูปแบบต่างๆ ทั้งการบำบัดหรือเสริมสร้างสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ การหายหรือชะลออาการ/พยาธิสภาพของโรค การส่งเสริมทักษะทางความคิด สังคม และอารมณ์ สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาหรือสารเสพติด ซึ่งมีความแตกต่างกับการสร้างเกมเพื่อการพาณิชย์ ดังนั้นการบำบัดด้วยเกมจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจมาเสริมในการบำบัดด้วยรูปแบบปกติ หรือการมีกิจกรรมหรือการบำบัดอื่นควบคู่ไปด้วย นอกจากนี้ภายในเกมต้องถูกพัฒนาให้เกิดแรงเสริมทางบวก เช่น คำพูดที่ให้กำลังใจ หรือคำที่ก่อให้เกิดอารมณ์ทางบวก

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Drug use and road safety: a policy brief. 2016 Available 20 February 2021 form: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249533>
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. ข้อมูล 10 อันดับโรคแรก สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยยาเสพติด ปีงบประมาณ 2563. สืบค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2564 จาก http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3291&Itemid=53
- อัญชลี โตเอี่ยม, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. ปัจจัยทำนายการเสพแอมเฟตามีนของเยาวชนในชุมชนแออัด. 2559; 9(2): 88-103.
- Ramsewak S, Putteeraj M, Somanah J. Exploring substance use disorders and relapse in Mauritian male addicts. *Heliyon* 2020; 6: e04731.
- Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am Journal of Psychiatry*. 2013; 170: 834-851
- Poudel A, Gautam S. Age of onset of substance use and psychosocial problems among individuals with substance use disorders. *BMC psychiatry* 2017; 17(1): 1-7.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. FAQ การบำบัดรักษายาเสพติด. 2560. สืบค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2564 จาก http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=2446&Itemid=143
- Araujo RB, de Alencar Oliveira MM, Cemi J. Development of role-playing game for prevention and treatment of drug addiction in adolescence. *Psychology: Theory and Research* 2011; 27(3): 347-358.
- Roger MB. Game theory: Analysis of conflict. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press, 1991.
- Sharp C, Monterosso J, Montague PR. Neuroeconomics: a bridge for translational research. *Biol. Psychiatry* 2012; 72: 87-92.
- Safari H, Soufi M. A game theory approach for solving the knowledge sharing problem in supply chain. *International Journal of Applied Operational Research* 2014; 13-24.
- Amadae SM. Game theory, cheap talk and post-truth politics: David Lewis vs. John Searle on reasons for truth-telling. *Journal for the Theory of Social behavior* 2018; 48: 306-29.
- Wen Q, Fang H. Analysis on the dynamic game model of SMEs group loan. *Advances in Applied Economics and Finance (AAEF)* 2012; 2: 437-41.
- Lee VK, Harris LT. How social cognition can inform social decision making. *Frontiers in neuroscience* 2013; 7: 259.

15. Civali C, Hawes DR. Game theory in neuroeconomics. In M. Reuter & C. Montag, editors. *Studies in neuroscience, psychology and behavioral economics*. Neuroeconomics Springer-Verlag Publishing; 2016: 13-37
16. Prensky M. *Digital Game-Based Learning*. NY: McGraw-Hill, 2011.
17. von der Heiden JM, Braun B, Müller, KW, Egloff B. The Association Between Video Gaming and Psychological Functioning. *Frontiers in Psychology* 2019; 10: 1731.
18. Brown A. Younger Men Play Video Games, But So Do a Diverse Group of Other Americans; 2017.
19. DeShazo J, Harris L, Pratt W. Effective intervention or child's play? A review of video games for diabetes education. *Diabetes Technology & Therapeutics* 2010; 12: 815-22.
20. Barnett A, Cerin E, Baranowski T. Active video games for youth: A systematic review. *Journal of Physical Activity and Health* 2011; 8: 724-37.
21. Saposnik G, Levin M, Outcome Research Canada (SORCan) Working Group. Virtual reality in stroke rehabilitation: A meta-analysis and implications for clinicians. *Stroke* 2011; 42: 1380-6.
22. Primack BA, et al. Role of video games in improving health-related outcomes: a systematic review. *Am J Prevent Med* 2012; 42: 630-8.
23. Colder-Carras M, et al. Commercial video games as therapy: a new research agenda to unlock the potential of a global pastime. *Psychiatry* 2018; 8: 300.
24. Carrard I, et al. Evaluation of a guided internet self-treatment programme for bulimia nervosa in several European countries. *European Eating Disorders Review* 2011; 19: 138-49.
25. Sánchez-Ortiz VC, Munro C, Startup H, Treasure J, Schmidt U. The role of email guidance in internet-based cognitive-behavioral self-care treatment for bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review* 2011; 19: 342-8.
26. Fernando FA, et al. Video games as a complementary therapy tool in mental disorders: PlayMancer, a European multicentre study. *Journal of Mental Health* 2012; 21: 364-74.
27. Granic I, Lobel A, Engels RCME. The Benefits of Playing Video Games. *American Psychologist* 2014; 69: 66-78.
28. Fernández-Aranda F, et al. Video games as a complementary therapy tool in mental disorders: PlayMancer, a European multicentre study. *Journal of mental health (Abingdon, England)* 2012; 21: 364-74.
29. Richardson T, Stallard P, Velleman S. Computerized cognitive behavioral therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clinical Child & Family Psychology Review* 2010; 13: 275-90.
30. Granic I, Lobel A, Engels R C M E The benefits of playing video games. *American Psychologist* 2014; 69: 66-78.
31. Council on Communications and Media. Media and young minds. *Pediatrics* 2016; 138; 5: 1-4.
32. Ishak S, Din R, Hasran U. Defining Digital Game-Based Learning for STEM: A New Perspective on Design and Developmental Research (Preprint). *Journal of Medical Internet Research*. 2020: 23.
33. Fernández-Aranda F, et. al. Video games as a complementary therapy tool in mental disorders: Play Mancer, a European multi-

- centre study. *Journal of mental health* 2012; 21: 364-74.
34. Ceranoglu TA. Star Wars in psychotherapy: video games in the office. *Acad Psychiatry* 2010; 34: 233-6.
 35. Blum-Dimaya A, Reeve SA, Reeve KF, Hoch H. Teaching children with autism to play a video game using activity schedules and game-embedded simultaneous video modeling. *Educ Treat Child* 2010; 33: 351-70.
 36. Fleming T, et al. A pragmatic randomized controlled trial of computerized CBT (SPARX) for symptoms of depression among adolescents excluded from mainstream education. *Behavioral & Cognitive Psychotherapy* 2012; 40: 529-41.
 37. Li J, Theng YL, Foo S. Effect of exergames on depression: a systematic review and meta-analysis. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2016; 19: 34-42.
 38. Jimison H, Pavel M, McKanna J, Pavel J. Unobtrusive monitoring of computer interactions to detect cognitive status in elders. *IEEE Trans Inf Technol Biomed* 2004; 8: 248-52.
 39. Althoff T, White RW, Horvitz E. Influence of Pokémon Go on physical activity: study and implications. *J Med Internet Res* 2016; 18: e315.
 40. Redd WH, Jacobsen PB, Die-Trill M, Dermatis H, McEvoy M, Holland JC. Cognitive/attentional distraction in the control of conditioned nausea in pediatric cancer patients receiving chemotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55: 391-5.
 41. Patel A, et al. Distraction with a hand-held video game reduces pediatric preoperative anxiety. *Paediatr Anaesth* 2006; 16: 1019-27.
 42. Mortensen J, Kristensen LQ, Brooks EP, Brooks AL. Women with fibromyalgia's experience with three motion-controlled video game consoles and indicators of symptom severity and performance of activities of daily living. *Disabil Rehabil Assist Technol* 2015; 10: 61-6.
 43. Han DH, Renshaw PF, Sim ME, Kim JI, Arenella LS, Lyoo IK. The effect of Internet video game play on clinical and extrapyramidal symptoms in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2008; 103: 338-40.
 44. Russoniello CV, Fish M, O'Brien K. The efficacy of casual videogame plays in reducing clinical depression: a randomized controlled study. *Games Health J* 2013; 2: 341-6.
 45. Rizzo AS, Difiede J, Rothbaum BO, Reger G, Spitalnick J, Cukor J, McLay R. Development and early evaluation of the Virtual Iraq/Afghanistan exposure therapy system for combat-related PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2010; 1208: 114-25.
 46. Elliott L, Golub A, Price M, Bennett A. More than just a game? Combat-themed gaming among recent veterans with posttraumatic stress disorder. *Games Health J* 2015; 4: 271-7.
 47. Larose S, Gagnon S, Ferland C, Pépin M. Psychology of computers: XIV. Cognitive rehabilitation through computer games. *Percept Mot Skills* 1990; 69: 851-8.
 48. Pope AT, Palsson OS. Helping Video Games Rewire "Our Minds" Arts & Humanities In Public Life Conference: "Playing by the Rules: The Cultural Policy Challenges of Video Games". Chicago IL; 2001.
 49. Burke JW, et al. Optimising engagement for stroke rehabilitation using serious games. *Vis Comput* 2009; 25: 1085.

50. Yong-Joo L, et al. A feasibility study using interactive commercial off-the-shelf computer gaming in upper limb rehabilitation in patients after stroke. *J Rehabil Med* 2010; 42: 437-41.
51. Burke JW, McNeill MDJ, Charles DK, Morrow PJ, Crosbie JH, McDonough SM. Augmented reality games for upper-limb stroke rehabilitation. In: *Proceedings of the 2010 Second International Conference on Games and Virtual Worlds for Serious Applications. VS-GAMES' 10*, Washington, DC, USA, IEEE Computer Society; 2010: 75-8.
52. Iyadurai L, Blackwell SE, Meiser-Stedman R, Watson PC, Bonsall MB, Geddes JR, Nobre AC, Holmes EA. Preventing intrusive memories after trauma via a brief intervention involving Tetris computer game play in the emergency department: a proof-of-concept randomized controlled trial. *Molecular psychiatry* 2018; 23: 674-82.
53. Gardner JE. Can the Mario Bros. help? Nintendo games as an adjunct in psychotherapy with children. *Psychother Theor Res Pract Train* 1991; 28: 667-70.
54. Gaylord-Ross RJ, Haring TG, Breen C, Pitts-Conway V. The training and generalization of social interaction skills with autistic youth. *J Appl Behav Anal* 1984; 17: 229-47.
55. Mayer, RE. *Multimedia learning* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge university press. 2009
56. Raiff BR, Fortugno N, Scherlis DR, Rapoza D. A Mobile Game to Support Smoking Cessation: Prototype Assessment. *JMIR Serious Games* 2018; 6(2): e11.
57. Blevins D, Khanna S, Ait-Daoud N. A pilot study for video game therapy for substance cessation and recovery for nicotine dependence. *American journal on addictions* 2017; 26: 278-79.
58. McCrabb S, Balogh Z, Baker AL, Harris IA, Attia J, Lott N, Naylor J, Doran C, George J, Wolfenden L, Wallis M, Paul D, Henskens F, Skelton E, Bonevski B. Development of an online smoking cessation program for use in hospital and following discharge: smoke-free recovery. *BMJ Innovations* 2017; 3: 115-22.

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารวิชาการเสพติดจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ ผลงานทางวิชาการ และบทความอันเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาการ และบุคลากรที่สนใจ

การส่งบทความตีพิมพ์เรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อนและเรื่องที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารแต่ละฉบับแล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารวิชาการเสพติด

การส่งต้นฉบับ

ให้พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 บนมุมขวาของกระดาษพิมพ์ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

ส่งต้นฉบับ(เอกสาร)1 ชุดมาที่บรรณาธิการ เพื่อให้กองบรรณาธิการพิจารณาก่อน (เมื่อได้รับการตอบรับตีพิมพ์ได้ ให้ส่งต้นฉบับสุดท้าย (แผ่น CD) พร้อมสำเนา 1 ชุด ที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วพร้อมจะตีพิมพ์ กลับคืนที่บรรณาธิการ บันทึกต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word for Windows ตัวอักษร Angsana UPC ขนาด 16 เป็น 1 คอลัมน์

ประเภทของบทความ

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย ควรประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่องผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและ

ภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ วัสดุวิธีการ ผล วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้าพิมพ์

2. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อย ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

3. บทฟื้นฟูวิชา (Refresher Course)

เป็นบทความที่ให้ความรู้เฉพาะเรื่องที่รวบรวมเพิ่มเติมสิ่งที่ตรวจพบใหม่หรือเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ควรประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่นำมาเขียน วิเคราะห์ เอกสารอ้างอิง ที่ทันสมัย

4. บทความทั่วไป (General Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเรียบเรียงจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เรื่องโรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้ากระดาษพิมพ์

5. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไปที่มีขนาดเล็ก เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

6. ย่อเอกสาร (Abstract)

เป็นการย่อเอกสารจากบทความภาษาต่างประเทศหรือบทความภาษาไทย ซึ่งตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี ควรมีบทวิจารณ์ของผู้เขียนประกอบด้วย

7. จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to the Editor) หรือจดหมายโต้ตอบ (Correspondence)

เป็นเวทีโต้ตอบระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ ชี้ความคิดเห็นที่แตกต่าง หรือความไม่สมบูรณ์ ข้อผิดพลาดของรายงาน

การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษควรสั้นได้ใจความ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา (concise but informative)

ชื่อ-สกุล/คุณวุฒิของผู้เขียนและหน่วยงาน ชื่อ-สกุลและหน่วยงาน ใช้เป็นคำเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญญาหรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เช่น พ.บ. (M.D) หรือ พย.บ. (B.N.)

บทคัดย่อ วารสารวิชาการเสพติดใช้บทคัดย่อในรูปแบบร้อยแก้ว หรือ unstructural abstract มีทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นความเรียงย่อหน้าเดียว มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน โดยมีสาระสังเขปประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีการ ผลและสรุปผล ใช้ภาษาที่รัดกุมและเป็นประโยชน์ ควรระบุเนื้อหาที่จำเป็นสิ่งตรงพบหลัก และผลสรุปและข้อมูลทางสถิติที่สำคัญเน้นผลการศึกษาที่พบใหม่และสำคัญ ในภาษาอังกฤษควรเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ ไม่มีอ้างอิงเอกสาร

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความภาษาไทย ให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อเต็มของผู้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษไว้เหนือเนื้อความย่อ

คำสำคัญหรือคำหลัก (Key words) ใส่ไว้

ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำศัพท์ทางเทคนิคที่จำเป็น ใช้ภาษาที่อ่านง่าย เข้าใจง่าย กระชับรัด ชัดเจน หากจะใช้คำย่อต้องระบุคำเต็มในครั้งแรกก่อน มีการอ้างอิงเอกสารเป็นตัวเลขเรียงตามลำดับ เนื้อเรื่องควรประกอบด้วย

บทนำ อธิบายถึงเหตุผล ความเป็นมาที่นำไปสู่วัตถุประสงค์ของการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่จำเป็นระบุวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้เป็นร้อยแก้วที่ท้ายบทนำไม่ต้องระบุถึงข้อมูลและผลสรุปของการศึกษา

วัตถุประสงค์และวิธีการ อธิบายถึงวิธีการศึกษารูปแบบ ช่วงเวลา สถานที่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มาตรการหรือวิธี (Intervention) ที่ใช้ ถ้าเป็นวิธีที่เป็นที่รู้จักกันทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ให้อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ ระบุวิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ วิธีการทางสถิติที่ใช้

ผล แสดงผลที่ได้จากการศึกษาอย่างชัดเจนให้ผู้อ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้วในกรณีที่มีตัวเลขไม่มากหรือไม่ซับซ้อน ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบหรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์ หรือเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ วิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่อย่างไร และเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะที่สำคัญและใหม่ๆ และผลสรุปที่ได้จากการค้นพบนั้นๆ อย่างน่าเนื้อหาในบทนำหรือผลมากกว่าซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อด้อย Implication ของการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคต

สรุป สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือประเด็นปัญหาสำหรับการศึกษากครั้งต่อไป

การเขียนเอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

2. การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอารบิก (arabic) เอกสารอ้างอิงบนไหล่บรรทัดด้านขวา ไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตามลำดับและตรงกับที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจาก ชื่อต้น ตามด้วยนามสกุล การอ้างอิง ผู้เขียนในบทความภาษาอังกฤษให้เรียงลำดับจากนามสกุลผู้เขียน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

3. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ชื่อเรื่องตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือดูจาก website <http://nim.nih.gov> หรือใช้ตามแบบที่ใช้ในเอกสารนั้นๆ

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารวิชาการเสพติดมีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. การอ้างอิงจากวารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่ (Vol.): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. สุกมา แสงเดือนฉาย, วิลาส ลักษณะ ชั่ววลี, อรพินทร์ ชูชม, พิชัย แสงชาญชัย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2554; 19: 29-41.

2. Affi TO, Henriksen CA, Asmundson GJ, Sareen J. Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample. Can J Psychiatry. 2012; 57: 677-86.

หากมีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่เพียงชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย “et al.” ในวารสารภาษาอังกฤษ หรือตามด้วย “และคณะ” ในวารสารภาษาไทย

2. การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน

2.1 หนังสือหรือตำราที่ผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม
ลำดับที่. ผู้พิมพ์/หน่วยงาน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

หนังสือหรือตำรา แต่งโดยผู้นิพนธ์

1. ทรงเกียรติ ปิยะกะ. เวชศาสตร์โรคติดยา คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ลิขสิทธิ์การพิมพ์; 2545.

2. Beck. Aaron T. Cognitive Therapy Substance Abuse. New York : The Guilford Press; 1993.

หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิโรจน์ วีรชัย, อังกูร ภัทรการ, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, ลำคำ ลักษณะภิกษนชัย, นิภา กิมสูงเนิน, บรรณาธิการ. ตำรา เวชศาสตร์การเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
2. Sussman, Steve, Ames, Susan L., editors. The social psychology of drug abuse. Philadelphia: Open University Press; 2001.

บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อ บรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

1. ธวัชชัย ลิขิตนาจ. ระบาดวิทยาของโรคติดสารเสพติด. ใน: พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก; 2549 หน้า 3-23.

2. Leshner, Alan I. Drug Addiction is a Disease. In: Roman, Espejo, editor. California: Greenhaven Press; 2002. p. 19-24.

3. การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference Proceedings)

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม. วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceeding of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct. 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

4. เอกสารอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. (ประเภทปริญญา). ภาควิชา. คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

1. จรรยา ลาภศิริอนันต์กุล. การพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นผ่านชุมชนโรงเรียนบ้านโป่งราชบุรี (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.

2. Silpakit C. A Study of common mental disorders in primary care in Thailand (Ph.D.thesis). London: University of London; 1998.

5. การอ้างอิงจากรายงานวิจัย พิมพ์โดยให้ทุน

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน

6. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1(1): [24 screens]. Available form: URL:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

2. Hemodynamics III : the ups and downs of hemodynamics (computer program). Version 2.2 Orlando (FL) : Computerized Educational Systems; 1993.
3. CDI. Clinical dermatology illustrated (monograph on CD-ROM). Reeves JRT, Maibach H.CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0 San Diego: CMEA; 1995.

7. อื่นๆ

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545.
2. พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 97 พ.ศ. 2539, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 133, ตอนพิเศษ 23 ง. (ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2539.)

