

ผลของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยา ของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน*

Effect of the Problem Solving Therapy on Relapsing Risk Behaviors among Patients with Amphetamine Dependence*

พุทธรชาด ศรีสุวรรณ, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)¹

Puttachad Srisuwan, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)¹

สมบัติ สกุลพรรณ, ปร.ด. (หลักสูตรและการสอน)²

Sombat Skulphan, Ph.D. (Curriculum and Instruction)²

หรรษา เศรษฐบุปผา, ปร.ด. (การพยาบาล)³

Hunsa Sethabouppha, Ph.D. (Nursing)³

Received: June 17, 2020 Revised: April 24, 2022 Accepted: April 25, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 48 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการแก้ปัญหา มีค่าความเชื่อมั่น .83 และแบบคัดกรองประสบการณ์การใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน มีค่าความเชื่อมั่น .82 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม 2562

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: erng.putta094@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

ถึงเดือนมีนาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.200, p < .001$) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชควรนำการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา พฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ
ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of the problem solving therapy on relapsing risk behaviors among patients with amphetamine dependence. The participants consisted of 48 patients with amphetamine dependence who received treatment at the in-patient department, Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province and were divided into the experimental group ($n = 24$) and the control group ($n = 24$). The research instruments included the problem solving therapy, the personal information questionnaire, the Problem Solving Inventory (PSI) with reliability as .83, and the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test–Amphetamine-type stimulants (ASSIST-ATS) with reliability as .82. The implementation and data collection were conducted from August, 2019 to March, 2020. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower mean score of relapsing risk behaviors than that of before the experiment ($t = 8.200, p < .001$); and 2) after the experiment, the mean scores of relapsing risk behaviors between the experimental and control group were not different.

This research suggests that psychiatric nurses should apply this problem solving therapy for caring patients with amphetamine dependence who receive treatment in the hospital in order to reduce relapsing risk behaviors among these patients.

Keywords: Problem solving therapy, Relapsing risk behaviors,
Patients with amphetamine dependence

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน การเสพยาเสพติดถือเป็นปัญหาสุขภาพที่ทั่วโลกให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสถานการณ์สารเสพติดและผู้ติดยาเสพติดของโลก พบว่ามีจำนวนผู้ใช้แอมเฟตามีนถึง 27 ล้านคน (United Nations Office on Drugs and Crime, 2019) สำหรับประเทศไทย จากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ในปีงบประมาณ 2564 พบผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด จำนวน 155,500 ราย โดยร้อยละ 79.20 เป็นผู้เสพยาบ้า (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564) ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ

แอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท การใช้แอมเฟตามีนก่อให้เกิดการกระทำที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมของผู้ติดยาเสพติด เช่น เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (Marshall & Werb, 2010) มีอาการทางจิตและมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติคล้ายโรคพาร์คินสัน (Thrash-Williams et al., 2016) เกิดความรุนแรงในครอบครัว มีพฤติกรรมรุนแรงทางเพศ ได้แก่ การบังคับขืนใจให้มีเพศสัมพันธ์ ส่งผลกระทบด้านการเงินและทรัพย์สิน ได้แก่ การขโมยเงินสดหรือทรัพย์สินของสมาชิกในครอบครัว คนในชุมชนเกิดความรังเกียจหรือหวาดกลัว (สุจิตตาฤทธิ์มนตรี และกฤตยา แสงเจริญ, 2554) และต้นทุนรวมในการบำบัดรักษาสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดประเภทอื่น คือ ประมาณ 83,673 บาทต่อราย (นาวัน แพทยานันท์ และอ้อทิพย์ ราษฎร์นิยม, 2554)

พฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาของผู้ป่วยติดยาเสพติด หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนที่เคยรับการบำบัดรักษามาแล้ว มีพฤติกรรมกลับไปเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับไปเสพยา เช่น ความสามารถในการเผชิญปัญหา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์

เสี่ยง ความสามารถในการปฏิเสธ แรงจูงใจในการเลิกเสพยา ความเชื่อส่วนบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยพบว่า ผู้เสพยาแอมเฟตามีนมีอัตราการเลิกได้เพียงร้อยละ 69.90 (ภัทรรินทร์ ชมภูคำ, สำเนา นิลบรรพ์, และสมพร สุวรรณมาโจ, 2555) จึงมีผู้พยายามศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาซ้ำเหล่านี้

ปัจจุบันได้มีผู้พัฒนาโปรแกรมมากมายเพื่อลดพฤติกรรมเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ เช่น โปรแกรมปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โปรแกรมบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ ของสถาบันธัญญารักษ์ และการบำบัดด้วยโปรแกรมเมทริกซ์ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมเหล่านี้สามารถช่วยลดพฤติกรรมกลับไปเสพยาแอมเฟตามีนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังคงพบว่า ผู้เสพยาที่มีพฤติกรรมเสพยาซ้ำและกลับเข้ารับการบำบัดรักษาถึงร้อยละ 35.35 (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2564) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญ โดยมีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย จะมีโอกาสเสพยาแอมเฟตามีนลดลง .83 เท่า (สุทธิชัย ศิริวัน, ปัทมา สุพรรณกุล, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (problem solving therapy (PST)) มาใช้ในการบำบัด เพื่อเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ

การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา อาจเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยติดยาเสพติดแอมเฟตามีนได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม มีการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาไปในทางบวก (Bell & D'Zurilla, 2009; Nezu & Nezu, 2007) มีทัศนคติในการแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์ โดยเน้นให้มีรูปแบบการแก้ปัญหาแบบใช้เหตุผล เนื่องจากบุคคลที่อยู่ระหว่างการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนจะมีความหุนหันพลันแล่นสูงขึ้น ซึ่งผลักดันให้เกิดพฤติกรรม

การกลับไปเสพซ้ำ (Jones, Dean, Price, & London, 2016) และผู้ที่ใช้สารเสพติดมักมีรูปแบบการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงและเมินเฉย (Kronenberg, Goossens, van Busschbach, van Achterberg, & van den Brink, 2015) ดังนั้น การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาไปในทางบวกจะช่วยลดโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนได้

กรมสุขภาพจิตมีนโยบายในการพัฒนาระบบบริการด้านจิตเวชและยาเสพติด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนสามารถเข้าถึงการบำบัดรักษาได้มากขึ้น และกลับมาใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข จึงได้ร่วมมือกับศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ เพื่อกำหนดแนวทางในการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด รวมถึงการบำบัดรักษาและการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด ไม่ให้กลับไปใช้สารเสพติดหรือมีปัญหาสุขภาพจิตซ้ำ (เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2562) โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด ซึ่งมีระบบการบำบัดรักษาที่เป็นมาตรฐาน และมีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารแอมเฟตามีนซ้ำและกลับเข้ารับการรักษาร้อยละ 24.73 (โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2563) ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาผลของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการบำบัดรักษา เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยา

ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

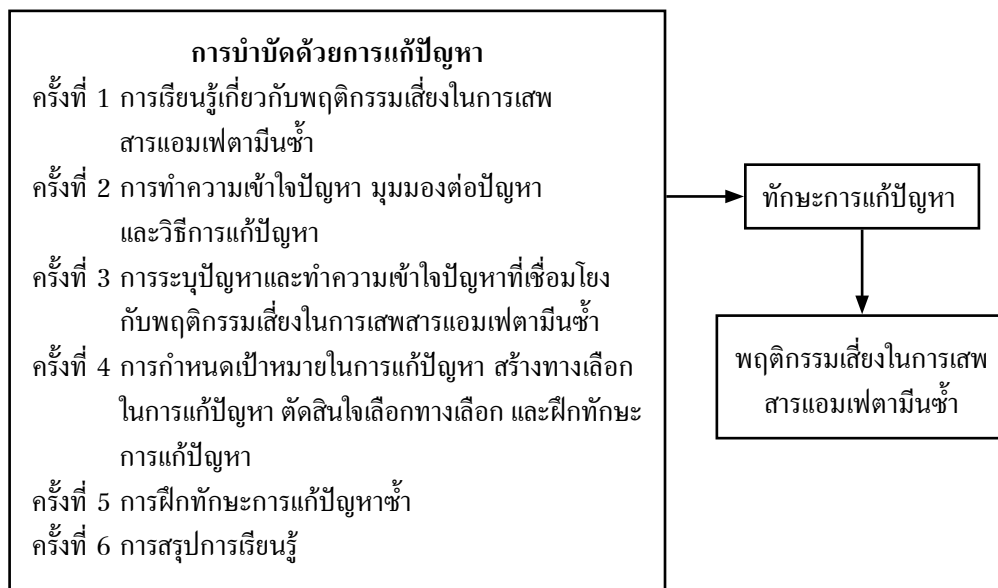
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการแก้ปัญหาของ D’Zurilla and Nezu (1982, 2010) ในการพัฒนาการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เพื่อมุ่งลดพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ มีรูปแบบการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงและเมินเฉย (Kronenberg et al., 2015) โดยผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนจะมีความหุนหันพลันแล่นสูงขึ้น (Jones et al., 2016) ส่งผลให้มีรูปแบบการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรม อาจเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาไปในทางบวก รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มองปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต (Bell & D’Zurilla, 2009; Nezu & Nezu, 2007) และเป็นสิ่งปกติที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน เข้าใจว่าปัญหาต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ไข ทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหา เกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจปัญหา มีทัศนคติในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ โดยเน้นให้มีรูปแบบการแก้ปัญหาแบบใช้เหตุผล และลดการใช้รูปแบบการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและแบบหลีกเลี่ยง ซึ่งการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาประกอบด้วยการฝึก 6 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยมีมุมมองต่อปัญหาไปในทางบวก รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง และมีรูปแบบ

การแก้ปัญหาที่เหมาะสม จะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาเสพติดได้ สรุปลงเป็นกรอบแนวคิด

ในการวิจัยได้วางแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ (อายุ 19–59 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสารเสพติด และได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ติดสารเสพติดในกลุ่มเสพติดเป็นหลัก โดยมีพฤติกรรมเสพยา (รับการบำบัดรักษาครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ในสถานบริการของรัฐหรือเอกชน) 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ไม่มีภาวะบกพร่องทางสมอง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (Montreal Cognitive Assessment [MoCA] Thai version)

4) มีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาเสพติดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนสิ้นสุดการบำบัด 2) มีอาการทางจิตระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม และ 3) ขอลอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Burns and Grove (2009) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 44 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2008) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 26 คน รวมจำนวน 52 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตามช่วงคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาเสพติด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการแก้ปัญหา ของ D'Zurilla and Nezu (1982, 2010) เป็นการบำบัดแบบรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาเสพติด ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาเสพติด และแนะนำเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา สื่อที่ใช้ คือ วิดีโอเรื่องสมองติดยา และผลกระทบของการใช้สารเสพติดในไขสันหลัง และใบกิจกรรม

ครั้งที่ 2 การทำความเข้าใจปัญหา มุมมองต่อปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกทำความเข้าใจปัญหา เสนอมุมมองต่อปัญหา และเสนอวิธีการแก้ปัญหา สื่อที่ใช้ คือ วิดีโอเรื่องเรื่องจริงของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด (เปลี่ยน) และเรื่อง พลังของคุณ ใบความรู้ และใบกิจกรรม

ครั้งที่ 3 การระบุปัญหาและทำความเข้าใจปัญหาที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาเสพติด ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเลือกปัญหาที่ชัดเจนเพื่อนำมาฝึกการแก้ปัญหา และฝึกการประเมินและการจัดการอารมณ์ทางลบของตนเอง สื่อที่ใช้ คือ วิดีโอเรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ใบความรู้ และใบกิจกรรม

ครั้งที่ 4 การกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา สร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา ตัดสินใจเลือกทางเลือก และฝึกทักษะการแก้ปัญหา ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา ฝึกค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา วิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของแต่ละทางเลือก ตัดสินใจเลือกทางเลือกด้วยตนเอง

และฝึกทักษะการแก้ปัญหา สื่อที่ใช้ คือ ใบความรู้ และใบกิจกรรม

ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาซ้ำ ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการแก้ปัญหาซ้ำ โดยใช้ปัญหาที่เลือกไว้ในครั้งที่ 3 สื่อที่ใช้ คือ ใบกิจกรรม

ครั้งที่ 6 การสรุปการเรียนรู้ ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสรุปการเรียนรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่ได้รับจากการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างมั่นใจ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว กลุ่มยาจิตเวชที่ได้รับ ความถี่ของการใช้สารเสพติด ปริมาณการใช้สารเสพติด ระยะเวลาการใช้สารเสพติด สาเหตุหลักของการใช้สารเสพติด ระยะเวลาที่เคยหยุดเสพยาเสพติด การแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชนที่อาศัยอยู่ การมีคนที่ใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด จำนวนครั้งที่รับการบำบัดรักษา มุมมองต่อการใช้สารเสพติด และสัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 19 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory [PSI]) ของสวดี ศรีวิเศษ, วัชณี หัตถพนม, สายชล ยุกพลพันธ์, สโรชา บางแสน, และอิงกัญญา โคตนารา (2556) ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ D'Zurilla ปี ค.ศ. 2007 ใช้สำหรับประเมินทักษะการแก้ปัญหา จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 13 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 23-92 คะแนน สำหรับการแปล

ผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีทักษะการแก้ปัญหาที่ไม่ดี และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีทักษะการแก้ปัญหาที่ดี

ชุดที่ 3 แบบคัดกรองประสิทธิภาพการใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test–Amphetamine-type stimulants [ASSIST-ATS]) ของพันธุศาสตร์ กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ (2555) ที่ปรับปรุงจาก the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) version 3.1 ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสาวิตรี อัญฉกรชัย, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, และพันธุศาสตร์ กิตติรัตน์ไพบูลย์ ปี พ.ศ. 2554 ใช้สำหรับประเมินพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพติด โดยการคัดกรองประสิทธิภาพการใช้สารแอมเฟตามีนที่ผ่านมา และปัญหาที่เกี่ยวข้องในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 8 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–39 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เสี่ยง = มีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่นๆ หากยังใช้สารเสพติดในลักษณะที่กำลังใช้อยู่ในปัจจุบัน (0–3 คะแนน) เสี่ยงมาก = มีความเสี่ยงมากต่อปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม ทั้งต่อผู้ใช้สารเสพติดและผู้อื่น หากยังใช้สารเสพติดในลักษณะที่กำลังใช้อยู่ในปัจจุบัน (4–26 คะแนน) และเสี่ยงสูงมาก = มีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีปัญหาร้ายแรง (เช่น ปัญหาสุขภาพ สังคม การเงิน กฎหมาย สัมพันธภาพ) หากยังใช้สารเสพติดในลักษณะที่กำลังใช้อยู่ในปัจจุบัน (27 คะแนนขึ้นไป)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำวิธีการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการสร้างโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (2 คน) และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .83 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไป

ทดลองใช้กับผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลสวนปรุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 คน และนำแบบวัดการแก้ปัญหา และแบบคัดกรองประสิทธิภาพการใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนไปทดลองใช้กับผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลสวนปรุง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .83 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 098/2019 วันที่ 21 มิถุนายน 2562) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง (เอกสารรับรอง เลขที่ 17/2562 วันที่ 9 กันยายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วยบำบัดสารเสพติด เป็นรายบุคคล แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการแก้ปัญหา และแบบคัดกรองประสิทธิภาพการใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 20–25 นาที

และให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจ การพูดคุย และนำความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา การดูแลให้รับประทานยา การประเมินลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง (stage of change) และการบำบัดด้วยโปรแกรมเมทริกซ์

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่หอบผู้ป่วยบำบัดสารเสพติด เป็นรายบุคคล แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการแก้ปัญหา และแบบคัดกรองประสิทธิภาพการใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 20–25 นาที และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

4. ในสัปดาห์ที่ 2–3 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่หอบผู้ป่วยบำบัดสารเสพติด เป็นรายบุคคล ดำเนินการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ร่วมกับให้ได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล โดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาดำเนินกิจกรรมวันละ 1 ครั้ง วันเว้นวัน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมระยะเวลา 2 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดการบำบัดให้ตอบแบบวัดการแก้ปัญหา โดยใช้เวลา 5–7 นาที

5. หลังการจำหน่าย 3 เดือน ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคน และให้ตอบแบบวัดการแก้ปัญหา และแบบคัดกรองประสิทธิภาพการใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน หลังการทดลอง (post-test) โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามทีละข้อแล้วให้เลือกคำตอบ โดยใช้เวลา 20–25 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test และ

independent *t*-test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ทั้งนี้ ในระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยไม่สามารถโทรศัพท์ติดต่อกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คน (กลุ่มละ 2 คน) จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน คิดเป็นร้อยละ 92.30

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 87.50 มีอายุอยู่ในช่วง 26–30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.80 โดยมีอายุเฉลี่ย 30.25 ปี ($SD = 7.18$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสโสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.90 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000–10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.80 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 62.50 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 87.50 กลุ่มยาจิตเวชที่ได้รับ คือ ยาต้านอาการทางจิต มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ความถี่ของการใช้สารแอมเฟตามีน คือ 7 ครั้งต่อสัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนใหญ่มีปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีนอยู่ในช่วง 1–10 เม็ดต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 75 โดยมีปริมาณการใช้เฉลี่ย 10.33 เม็ดต่อสัปดาห์ ($SD = 10.29$) มีระยะเวลาการใช้สารแอมเฟตามีนมากกว่า 12 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25 สาเหตุหลักของการใช้สารแอมเฟตามีน คือ อายากลอง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.80 ระยะเวลาที่เคยหยุดเสพยาแอมเฟตามีน คือ น้อยกว่า 1 เดือน และ 25–36 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.80 เท่ากัน โดยมีระยะเวลาที่เคยหยุดเสพยาเฉลี่ย 30 เดือน ($SD = 23.93$)

ส่วนใหญ่คิดเห็นว่าการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชนที่อาศัยอยู่ คิดเป็นร้อยละ 66.70 มีคนใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 33.30 ส่วนใหญ่รับการบำบัดรักษาเป็นครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 70.80 มุมมองต่อการใช้สารเสพติด คือ ส่วนใหญ่ไม่มีความเชื่อว่าการใช้สารเสพติดเป็นเรื่องปกติ คิดเป็นร้อยละ 70.80 และมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี อยู่กันอย่างราบรื่น คิดเป็นร้อยละ 70.80

กลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 91.70 มีอายุอยู่ในช่วง 26–30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.70 โดยมีอายุเฉลี่ย 29.67 ปี ($SD = 6.81$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 66.70 ว่างาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50 มีรายได้ในช่วง 5,000–10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 62.50 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 87.50 กลุ่มยาจิตเวชที่ได้รับ คือ ยาต้านอาการทางจิตร่วมกับยาควบคุมอารมณ์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.20 ความถี่ของการใช้สารแอมเฟตามีน คือ 7 ครั้งต่อสัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.80 มีปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีนอยู่ในช่วง 1–10 เม็ดต่อสัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.80 โดยมีปริมาณการใช้เฉลี่ย 17.38 เม็ดต่อสัปดาห์ ($SD = 14.17$) มีระยะเวลา

การใช้สารแอมเฟตามีนอยู่ในช่วง 7–9 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30 สาเหตุหลักของการใช้สารแอมเฟตามีน คือ ยากดลอง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ระยะเวลาที่เคยหยุดเสพยาแอมเฟตามีน คือ 1–12 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.20 โดยมีระยะเวลาที่เคยหยุดเสพยาเฉลี่ย 15.75 เดือน ($SD = 13.69$) ส่วนใหญ่คิดเห็นว่าการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชนที่อาศัยอยู่ คิดเป็นร้อยละ 79.20 มีคนใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 41.70 ส่วนใหญ่รับการบำบัดรักษาเป็นครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 66.70 มุมมองต่อการใช้สารเสพติด คือ ส่วนใหญ่ไม่มีความเชื่อว่าการใช้สารเสพติดเป็นเรื่องปกติ คิดเป็นร้อยละ 70.80 และมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี อยู่กันอย่างราบรื่น คิดเป็นร้อยละ 62.50

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ยกเว้นค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เคยหยุดเสพยาแอมเฟตามีนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพช้ำต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.200, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพช้ำของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการทดลอง ($n = 24$)	24.58	6.12	8.200	< .001
หลังการทดลอง ($n = 24$)	12.00	7.95		

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

เสี่ยงในการเสพยาไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
กลุ่มทดลอง (n = 24)	12.00	7.95	.170	.860
กลุ่มควบคุม (n = 24)	12.42	8.95		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาต่ำกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การบำบัดด้วยการ แก้ปัญหาช่วยเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ดิสดาร์แอมเฟตามีน เนื่องจากการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลมีการจัดการกับปัญหา อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ ตึงเครียดในชีวิต โดยเฉพาะจะไปที่การจัดการกับปัญหา และอารมณ์ (D’Zurilla & Nezu, 2010) ซึ่งผู้วิจัยได้ ดำเนินการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา โดยจัดกิจกรรม 6 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 การเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงใน การเสพยาแอมเฟตามีน ครั้งที่ 2 การทำความเข้าใจ ปัญหา มุมมองต่อปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา ครั้งที่ 3 การระบุปัญหาและทำความเข้าใจปัญหาที่เชื่อมโยงกับ พฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีน ครั้งที่ 4 การกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา สร้างทางเลือก ในการแก้ปัญหา ตัดสินใจเลือกทางเลือก และฝึกทักษะ การแก้ปัญหา ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาซ้ำ

และครั้งที่ 6 การสรุปการเรียนรู้ ซึ่งในกิจกรรมครั้งที่ 3 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเลือกปัญหาที่ชัดเจนเพื่อนำมาฝึกการแก้ ปัญหา และฝึกการประเมินและการจัดการอารมณ์ทางลบ ของตนเอง นับเป็นการตอบสนองต่อปัญหาที่มีความเฉพาะ เจาะจง จากการค้นหาปัญหาและระบุปัญหาที่แท้จริงของ การมีพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเชื่อมโยงขององค์ประกอบ ในการแก้ปัญหากับผลลัพธ์มากขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถ ระบุปัญหาที่มีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการกลับไป เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำของตนเองได้ เช่น “เครียดเลย ลูบ” “ทะเลาะกับที่บ้าน เลยอยากจะประชดด้วยการสูบ ยาบ้า” และมีการค้นหาอารมณ์และความรู้สึกที่นำไปสู่ การกลับไปเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ เช่น อารมณ์โกรธ อยากประชด เครียด สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัย ทำนายการเสพยาของผู้ใช้สารแอมเฟตามีนในประเทศ ฟิlippินส์ ของ Tuliao and Liwag (2011) ที่พบว่า อารมณ์ทางลบ เช่น เศร้า รู้สึกผิด โดดเดี่ยว เครียด เจ็บปวด อาย โกรธ เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเสพยา แอมเฟตามีนซ้ำ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสอน เทคนิคผ่อนคลายความเครียดเพื่อจัดการกับอารมณ์ ทางลบที่เกิดขึ้น โดยใช้วิดีโอเป็นสื่อประกอบ หลังการสอน พบว่า ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ทางลบ

ที่นำไปสู่การกลับไปเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำได้ดีขึ้น ส่วนในกิจกรรมครั้งที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา ฝึกค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา วิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของแต่ละทางเลือก ตัดสินใจเลือกทางเลือกด้วยตนเอง และฝึกทักษะการแก้ปัญหา โดยผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ มีความชัดเจน และกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน เช่น “จะเลิกเสพยาทันทีที่ออกจากโรงพยาบาลเพื่อตัวเองและลูก” “จะเลิกเสพยาภายใน 1 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล เพื่อพ่อแม่” ซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนของตนเอง และผู้วิจัยยังให้ผู้ป่วยฝึกค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยได้ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายและมีความสอดคล้องกับเป้าหมายของตนเอง เช่น “จะออกกำลังกายแทนการใช้เวลาไปกับการเสพยา” “จะย้ายไปทำงานที่อื่นเพื่อไม่ต้องเจอเพื่อนกลุ่มเดิมที่เสพยา” จะเห็นได้ว่า การกำหนดเป้าหมายเป็นการสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำเพิ่มขึ้น จะทำให้โอกาสในการเสพยาลดลง (สุทธิชัย ศิรินว และคณะ, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tuliao and Liwag (2011) ที่พบว่า ผู้ที่มีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนสูง จะมีแรงกระตุ้น ผลักดันให้เกิดความพยายามอย่างแรงกล้าที่จะเอาชนะใจตัวเอง นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังให้ผู้ป่วยฝึกวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหาก่อนที่จะตัดสินใจเลือกทางเลือก และให้ฝึกทักษะการแก้ปัญหา โดยนำทางเลือกมาวางแผนวิธีการที่จะทำให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยทำเป็นขั้นตอนเพื่อเตรียมนำไปปฏิบัติจริงเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล รวมทั้งให้วิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจพบเมื่อนำทางเลือกนั้นๆ ไปปฏิบัติ พร้อมคิดวิธีการแก้ไข เพื่อเป็นการเตรียมตัวเมื่อต้องพบกับสถานการณ์จริง ทั้งนี้ เมื่อประเมินทักษะการแก้ปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดการแก้ปัญหาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะ

การแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงกล่าวได้ว่า การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาลดให้ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีทักษะการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น และมีพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิชัย ศิรินว และคณะ (2559) ที่พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น จะมีโอกาสในการเสพยาซ้ำลดลง

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจัยภายในที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เช่น ระยะเวลาการใช้สารแอมเฟตามีน ที่พบว่า กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการใช้สารแอมเฟตามีนสั้นกว่ากลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการใช้สารแอมเฟตามีนอยู่ในช่วง 7-9 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 33.30) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการใช้สารแอมเฟตามีนมากกว่า 12 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 25) ประกอบกับกลุ่มควบคุมว่างงานถึงร้อยละ 37.50 และมีรายได้ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 62.50 ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ลดปริมาณการเสพยาแอมเฟตามีนลงได้บ้าง ดังนั้น ในระยะหลังการทดลอง (หลังการจำหน่าย 3 เดือน) กลุ่มควบคุมจึงมีพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาไม่แตกต่างจากกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของกุลนรี หาญพัฒนชัยกูร (2550) ที่พบว่า ระยะเวลาในการเสพยาและสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเคยบำบัดรักษาซ้ำ โดยกลุ่มที่เสพยาและสารเสพติดตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป มีโอกาสในการรับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่ากลุ่มที่เสพยาและสารเสพติดน้อยกว่า 11 ปี ถึง 6.50 เท่า นอกจากนี้ ในระยะหลังการทดลอง (หลังการจำหน่าย 3 เดือน) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาลดต่ำกว่าเมื่อสิ้นสุดการบำบัดทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการลดลงของทักษะการแก้ปัญหาลดของผู้ป่วยมีผลต่อการเพิ่มโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชควรนำการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาไปใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในรายที่พร้อมที่จะการแก้ปัญหา เพื่อช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยขั้นตอนการติดตามหลังการจำหน่ายควรใช้การโทรศัพท์หรือใช้ช่องทางอื่น เช่น ผ่านทางแอปพลิเคชัน เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามขั้นตอนการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง และสามารถสอบถามเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยได้ทันที ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำได้อย่างยั่งยืน

2.2 ควรมีการศึกษาโดยนำการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาไปใช้กับผู้ติดสารเสพติดชนิดอื่นหรือผู้ติดสุราที่พร้อมที่จะการแก้ปัญหา โดยมีการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพผู้รับการบำบัด

เอกสารอ้างอิง

กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล. (2550). *การศึกษาเรื่องการติดยาและสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถานธัญญารักษ์ และศูนย์บำบัดยาเสพติดส่วนภูมิภาค 4 ศูนย์* (รายงานผลการวิจัย). ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น.

นาวัน แพทยานันท์, และอ้อทิพย์ ราษฎร์นิคม. (2554). การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ในการรับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ณ สถานธัญญารักษ์. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 18(1), 8–20.

พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, และคณะ. (2555). *แบบคัดกรองประสิทธิภาพการใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test–Amphetamine-type stimulants [ASSIST-ATS])* [แผ่นพับ]. ม.ป.ท.

ภัทรรินทร์ ชมภูคำ, สำเนา นิลบรรพ์, และสมพร สุวรรณมาโจ. (2555). การบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติดของสถาบันธัญญารักษ์ ในช่วงเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2543–2553). *วารสารกรมการแพทย์*, 37(2), 90–99.

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2563). สถิติรายงานจำนวนผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีพฤติกรรมเสพยาและกลับเข้ารับการรักษา ปี พ.ศ. 2563. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.

เลขที่การสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2562). *ป.ป.ส.จับมือ 14 หน่วยงานเฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วยทางจิตจากการเสพยา*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29564>

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2564). สถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาบ้าซ้ำ ปีงบประมาณ 2564. สืบค้นจาก http://www.pmnidat.go.th/thai/Index.php?option=com_content&task=view&id=3469&Itemid=0

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2564). สถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติด ปีงบประมาณ 2564. สืบค้นจาก <https://www.oncb.go.th/EBookLibrary/annual%20report%202564.pdf>

- สุจิตตา ฤทธิมนตรี, และกฤตยา แสงเจริญ. (2554). พฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวของผู้ใช้ยาบ้า. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 48–56.
- สุทธิชัย ศิรินวล, ปัทมา สุพรรณกุล, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(1), 39–45.
- สุวดี ศรีวิเศษ, วาณี หัตถพนม, สายชล ยุกตพันธ์, สโรชา บางแสน, และอิงกฤา โคตนารา. (2556). กลุ่มบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รายงานผลการวิจัย). โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- Bell, A. C., & D’Zurilla, T. J. (2009). The influence of social problem-solving ability on the relationship between daily stress and adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(5), 439–448. doi:10.1007/s10608-009-9256-8
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1982). Social problem solving in adults. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (pp. 201–274). New York: Academic Press.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 197–225). New York: Guilford Press.
- Jones, H. W., Dean, A. C., Price, K. A., & London, E. D. (2016). Increased self-reported impulsivity in methamphetamine users maintaining drug abstinence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42(5), 500–506. doi:10.1080/00952990.2016.1192639
- Kronenberg, L. M., Goossens, P. J., van Busschbach, J., van Achterberg, T., & van den Brink, W. (2015). Coping styles in substance use disorder (SUD) patients with and without co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD). *BMC Psychiatry*, 15, 159. doi:10.1186/s12888-015-0530-x
- Marshall, B. D. L., & Werb, D. (2010). Health outcomes associated with methamphetamine use among young people: A systematic review. *Addiction*, 105(6), 991–1002. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02932.x
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (Eds.). (2007). *Evidence-based outcome research: A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions*. Oxford University Press.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Thrash-Williams, B., Karuppagounder, S. S., Bhattacharya, D., Ahuja, M., Suppiramaniam, V. , & Dhanasekaran, M. (2016). Methamphetamine-induced dopaminergic toxicity prevented owing to the neuroprotective effects of salicylic acid. *Life Sciences*, 154, 24–29. doi:10.1016/j.lfs.2016.02.072
- Tuliao, A. P., & Liwag, M. E. C. D. (2011). Predictors of relapse in Filipino male methamphetamine users: A mixed methods approach. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 10(2), 162–179. doi:10.1080/15332640.2011.573319
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). *World drug report 2021*. Retrieved from https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_4.pdf
-