

ผลของคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ต่อการเสพยาของผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน* Effect of the Cognitive Behavioral Therapy Self-help Booklet on Addiction Relapse among Patients with Amphetamine Dependence*

มนทกานต์ อุเต็น, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)¹

Monthakan Uten, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)¹

ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, ค.ด. (จิตวิทยาการศึกษา)²

Darawan Thapinta, Ph.D. (Educational Psychology)²

สมบัติ สกุลพรรณ, ป.ร.ด. (หลักสูตรและการสอน)³

Sombat Skulphan, Ph.D. (Curriculum and Instruction)³

Received: January 2, 2024

Revised: April 7, 2024

Accepted: April 9, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 44 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: monthakan_u@cmu.ac.th

² ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

กลุ่มละ 22 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการเสพยาเสพติดในปัสสาวะ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และชุดทดสอบเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, independent *t*-test, McNemar test และ Chi-square test for trend

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพยาซ้ำน้อยกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) และ 2) ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพยาซ้ำไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชควรมีคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเสพยาเสพติดลดลง

คำสำคัญ: คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน การเสพยาเสพติด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of the cognitive behavioral therapy self-help booklet on addiction relapse among patients with amphetamine dependence. The participants were 44 patients with amphetamine dependence receiving therapy at a hospital in Chiang Mai Province and were equally divided into an experimental group ($n = 22$) and a control group ($n = 22$). The research instruments included the cognitive behavioral therapy self-help booklet, a demographic questionnaire, an amphetamine relapse record form, and a urine methamphetamine test kit. The implementation and data collection were conducted from May 2020 to January 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, independent *t*-test, McNemar test, and Chi-square test for trend.

The research results revealed that 1) at the after posttest phase and the follow up after posttest phase, the experimental group had statistically significantly lower number of patients with amphetamine relapse than that of the pretest phase ($p < .001$ and $p < .05$, respectively); and 2) at the after posttest phase and the follow up after posttest phase, number of patients with amphetamine relapse of the experimental group were not different from the control group.

This research suggests that psychiatric nurses should adopt this cognitive behavioral therapy self-help booklet to care for patients with amphetamine dependence. This will help the patients reduce the amphetamine relapse.

Keywords: Cognitive behavioral therapy self-help booklet,

Patients with amphetamine dependence, Amphetamine relapse

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ยาเสพติดของโลก ประจำปี พ.ศ. 2563 พบผู้ขายยาเสพติดประมาณ 269 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.30 ของประชากรโลก โดยเป็นผู้ขายยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ของแอมเฟตามีนมากถึง 27 ล้านคน ซึ่งจัดเป็นอันดับ 3 รองจากกัญชาและฝิ่นตามลำดับ และพบว่าสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนมีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มขึ้น (United Nations Office on Drugs and Crime, 2020) สำหรับปัญหาหายาเสพติดในประเทศไทยนับวันจะยิ่งรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สาธารณสุข และความมั่นคงของประเทศ (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมสุขภาพจิต, 2560) โดยพบผู้เสพเมทแอมเฟตามีนมากที่สุด ซึ่งมีผลต่อร่างกายจิตใจ และกลายเป็นผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนในเวลาต่อมา ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่จำเป็นต้องมีการดูแล (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2559) โดยในช่วงปี พ.ศ. 2559–2560 มีผู้ใช้แอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดหลักเข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46 และมีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำร้อยละ 21 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 5, 2560) โดยการใช้แอมเฟตามีนพบในกลุ่มอายุ 25–29 ปี มากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 20–24 ปี และ 30–34 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.34, 18 และ 15.53 ตามลำดับ (สถาบันธัญญารักษ์, 2560) การติดแอมเฟตามีนส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ รวมถึงทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัว มีความขัดแย้ง

และครอบครัวขาดความอบอุ่น (จุฑารัตน์ ชัยวีรพันธุ์เดช และสิริลักษณ์ กาญจนบัตร, 2559; วรรณญา จิตรผ่อง, วิโรจน์ วีรชัย, และรัศมีน กัลยาศิริ, 2554; วีรพล ชูสันเทียะ และสมเดช พินิจสุนทร, 2560) ผู้ติดแอมเฟตามีนจึงควรได้รับการบำบัดรักษาทั้งทางชีวภาพและทางจิต

การบำบัดทางจิตสำหรับผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนในประเทศไทยมีหลายรูปแบบ ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยใน การบำบัดทางจิตที่ได้ผลและนิยมใช้ เช่น จิตสังคมบำบัด (Matrix program) การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) การเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) การบำบัดแนวซาทิรเทีย (Satir model) การปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2555) ซึ่งการปรับความคิดและพฤติกรรมถือเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและมีการนำไปประยุกต์ใช้ในประเทศต่างๆ อย่างแพร่หลาย โดยมีหลักการสำคัญคือ ให้ผู้ติดแอมเฟตามีนกำหนดเป้าหมายในการสร้างแรงจูงใจ เรียนรู้ปัญหาอุปสรรคต่างๆ เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและความตั้งใจในการเลิกยา (สุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ, 2557; McHugh, Hearon, & Otto, 2010) ทั้งนี้เมื่อผู้ติดแอมเฟตามีนได้รับการบำบัดครบตามเกณฑ์และจำหน่ายแล้ว สถาบันบำบัดรักษามักพบปัญหาอุปสรรคด้านความพร้อมในการให้บริการหลังจำหน่าย เนื่องจากมีอัตราค่าจ้างไม่เพียงพอต่อการติดตามผลการบำบัด รวมถึงการให้ความช่วยเหลือหลังการบำบัด จึงทำให้ไม่สามารถดำเนินการติดตามผลการกลับไปเสพซ้ำได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2560) หากผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนสามารถควบคุมกำกับตนเองในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนได้ ก็จะส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ และยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายอีกด้วย

การปรับความคิดและพฤติกรรม ตามแนวคิดทางปัญญา ของ Beck (2011) เกิดจากการที่มีสิ่งเร้ามากระตุ้นและเข้าไปผ่านกระบวนการคิด ซึ่งอาจคิดตามความเป็นจริงหรือบิดเบือนได้ ทำให้เกิดการแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์ และสรีระตามมา พฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนก็เกิดจากการถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลเกิดการคิด ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบความคิดอัตโนมัติทางลบ เนื่องจากไม่ได้ผ่านการกลั่นกรองของผู้คิด และเป็นเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำได้ การลดพฤติกรรมเสพยาแอมเฟตามีนตามแนวคิดทางปัญญา บุคคลต้องมีการค้นหาความคิดที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสพยาซ้ำ ตรวจสอบความคิด และปรับเปลี่ยนความคิดหรือแก้ไขปัญหานั้น จะช่วยให้พฤติกรรมเสพยาแอมเฟตามีนลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปรับความคิดและพฤติกรรมถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยช่วยให้ผู้ป่วยเสพยาแอมเฟตามีนเรียนรู้ในการสร้างพฤติกรรมใหม่มาแทนที่พฤติกรรมเดิม มีความคิดความเชื่อที่บิดเบือนต่อการเสพยาลดลง มีการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยามากขึ้น ทำให้เกิดพฤติกรรมไม่เสพยา (รัชนิพร จันทรธัมมิ, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ชนัดดา แนนเกษร, และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2558) ซึ่งการประยุกต์ใช้การปรับความคิดและพฤติกรรมดังกล่าว ยังคงต้องอาศัยบุคลากรผู้บำบัดเป็นผู้ดำเนินการ หากมีเครื่องมือสำหรับให้ผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดในโรงพยาบาลหรือสถานบำบัดแล้วนำไปใช้เพื่อช่วยป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำหรือลดการเสพยาแอมเฟตามีนได้ ก็น่าจะเกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วย

ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ดูแลและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ จึงสนใจที่จะนำแนวคิดทางปัญญามาใช้ในการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ โดยนำคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองไปใช้กับผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน และศึกษาผลที่มีต่อการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ ซึ่งมุ่งหวังว่า ผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยไม่กลับไปเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพยาซ้ำของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน
2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพยาซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน

สมมติฐานการวิจัย

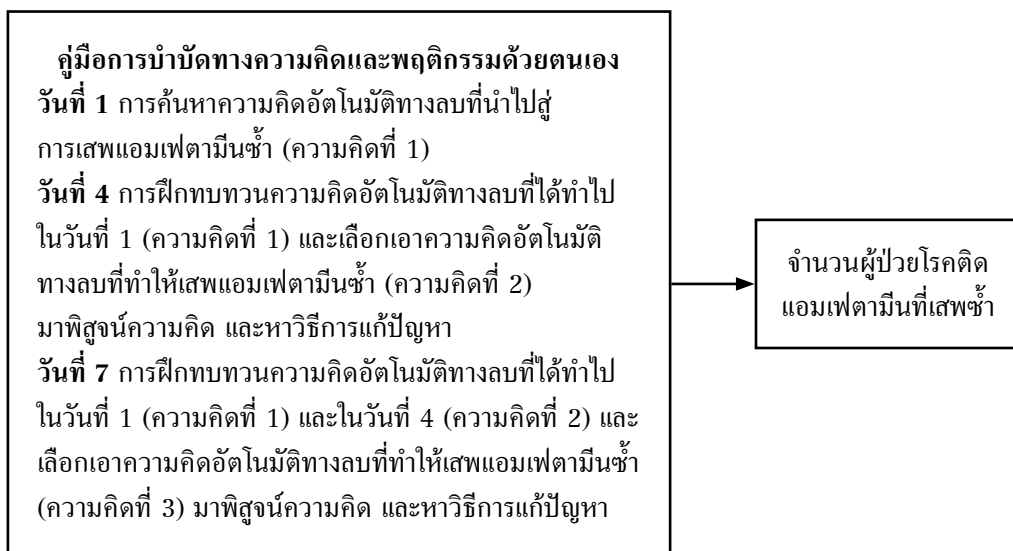
1. ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพยาซ้ำน้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง
2. ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพยาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทางปัญญา ของ Beck (2011) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมการแสดงออกของแต่ละบุคคลเกิดจากการมีสิ่งเร้ามากระตุ้นและเข้าไปผ่านกระบวนการคิด ซึ่งอาจคิดตามความเป็นจริงหรือบิดเบือนได้ พฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนเกิดจาก

การถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลเกิดการคิดที่มีลักษณะเป็นแบบความคิดอัตโนมัติทางลบ เนื่องจากไม่ได้ผ่านการกลั่นกรองของผู้คิด และเป็นเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนซ้ำได้ การลดพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนตามแนวคิดทางปัญญาเสนอให้ค้นหาความคิดที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการเสพซ้ำ ตรวจสอบความคิด และปรับเปลี่ยนความคิดนั้นหรือแก้ไขปัญหา โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองไปใช้กับผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน ซึ่งดัดแปลงจากคู่มือการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ที่ใช้ใน

การลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา ของดาราวรรณ ต๊ะปินตา, สมบัติ สกฤตพรณ์, วรณัฐ กิตสัมบันท์, และเชาวนี ล่องชูพล (Thapinta, Skulphan, Kitsumban, & Longchoopol, 2017) ซึ่งได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถช่วยลดปริมาณการดื่มสุราได้ โดยผู้วิจัยดัดแปลงในส่วนเนื้อหาของใบงาน ใบความรู้ และการบ้าน ให้มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน ซึ่งคาดว่า คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองจะช่วยป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำหรือลดการเสพแอมเฟตามีนได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และวัดซ้ำ (two-group repeated measures design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20–59 ปี 2) การทำหน้าที่ของการคิดปกติ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินพุทธิปัญญา

(the Montreal Cognitive Assessment [MoCA]) ฉบับภาษาไทย 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ เข้าใจ 4) ผ่านการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดรักษา ในระบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ตามรูปแบบ FAST Model ครบกำหนด 5) ไม่มีอาการทางจิต จากการประเมินโดยแพทย์ 6) ไม่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม อื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และ 7) ยินยอมเข้าร่วม การวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ถูกดำเนินคดีและถูกตัดสินให้จำคุก 2) เข้ารับ การบำบัดรักษาซ้ำ 3) เข้ารับการรักษาด้วยอาการทาง กายหรือทางจิต จนไม่สามารถทำกิจกรรมตามคู่มือได้ และ 4) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 (Cohen, 1988) ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 จากการเปิดตารางได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 44 คน (Burns and Grove, 2009) จับคู่กลุ่มตัวอย่างตาม เพศ อายุ (แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี) ระดับการศึกษา และวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (แตกต่างกัน ไม่เกิน 7 วัน) แล้วจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากคู่มือการบำบัดโดยการปรับความคิด และพฤติกรรมด้วยตนเอง ที่ใช้ในการลดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา ของดราวารธรม ตะปินตา และคณะ (Thapinta et al., 2017) ที่สร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดทางปัญญา ของ Beck (2011) โดย ผู้วิจัยดัดแปลงในส่วนเนื้อหาของใบงาน ใบความรู้ และ การบ้าน ให้มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิต

แอมเฟตามีน ทั้งนี้ คู่มือประกอบด้วย 3 ตอน รวม จำนวน 44 หน้ากระดาษ ใช้เวลาในการทำทั้งสิ้น 7 วัน โดยทำ 1 วัน เว้น 2 วัน หากไม่ได้ทำคู่มือตามเวลา ที่กำหนด สามารถทำได้ในวันนั้น ๆ แล้วเว้นระยะใน การทำไปอีก 2 วัน โดยคู่มือมีรายละเอียดดังนี้

วันที่ 1 เป็นการค้นหาความคิดอัตโนมัติ ทางลบที่นำไปสู่การเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ (ความคิดที่ 1) โดยให้เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิด นั้นๆ และในใบความรู้ การทบทวนความคิดที่ทำให้เกิด พฤติกรรมการเสพยาฯ พร้อมทั้งตัวอย่างสถานการณ์ที่ อาจนำไปสู่การเสพยาฯ ที่ให้พิสูจน์ความคิด การแก้ปัญหา และการให้ความรู้ จากนั้นให้หยุดทำคู่มือ เว้นระยะ ไปทำตอนต่อไปในอีก 2 วันข้างหน้า

วันที่ 4 เป็นการฝึกทบทวนความคิดอัตโนมัติ ทางลบที่ได้ทำไปในวันที่ 1 (ความคิดที่ 1) และเลือกเอา ความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ (ความคิดที่ 2) มาพิสูจน์ความคิด และหาวิธีการแก้ ปัญหา จากนั้นให้หยุดทำคู่มือ เว้นระยะไปทำตอนต่อไป ในอีก 2 วันข้างหน้า

วันที่ 7 เป็นการฝึกทบทวนความคิดอัตโนมัติ ทางลบที่ได้ทำไปในวันที่ 1 (ความคิดที่ 1) และในวันที่ 4 (ความคิดที่ 2) และเลือกเอาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ทำให้เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ (ความคิดที่ 3) มาพิสูจน์ ความคิด และหาวิธีการแก้ปัญหา พร้อมกับบันทึกสิ่งที่ ได้เรียนรู้จากคู่มือ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาน ในโรงพยาบาล จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ เลือกตอบ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลการเสพยาแอมเฟตามีน ซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถาม 1 ข้อ คือ “ท่านมีการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ

หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือไม่” มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่

2.3 ชุดทดสอบเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ เป็นชุดทดสอบสำเร็จรูปที่ใช้ในการตรวจหาสารแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โดยใช้หลักการ competitive binding immunoassay สามารถตรวจสอบได้ด้วยตนเอง โดยการหยดตัวอย่างปัสสาวะลงในหลุมทดสอบ รอผลภายใน 5 นาที หากมีแถบสีขึ้นตรงตำแหน่งควบคุมคุณภาพ (ตำแหน่ง C) และไม่มีแถบสีขึ้นตรงตำแหน่งทดสอบ (ตำแหน่ง T) ถือว่าได้ผลบวก แสดงว่ามีสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ/มีการเสพยาแอมเฟตามีน (สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2559)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือั้น ผู้วิจัยนำคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง และแบบบันทึกข้อมูลการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (2 คน) และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการบำบัดผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของคู่มือ เท่ากับ .94 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำคู่มือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 015/2020 วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจาก

การวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการแจ้งวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วย ก่อนวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3-7 วัน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที ชี้แจงการใช้คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองอย่างละเอียด อธิบายใบงาน ใบความรู้ และการบ้านให้เข้าใจ แล้วให้อธิบายย้อนกลับ เพื่อประเมินความเข้าใจในการทำคู่มือ จากนั้นชี้แจงวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ ผู้วิจัยฝากคู่มือ และชุดทดสอบเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (3 ชุด) ไว้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลมอบให้กลุ่มทดลองในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วย ก่อนวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3-7 วัน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที จากนั้นชี้แจงวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ ผู้วิจัยฝากชุดทดสอบเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (3 ชุด) ไว้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลมอบให้กลุ่มควบคุมในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5. หลังวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล ว่ามีการเสพแอมเฟตามีนซ้ำหรือไม่ และผลการตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะเป็นอย่างไร (ขณะตรวจมีบุคคลในครอบครัวอยู่ด้วย เพื่อยืนยันผลการตรวจ) ระยะก่อนการทดลอง (pretest) และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลการเสพแอมเฟตามีนซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6. หลังวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน เมื่อผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระยะก่อนการทดลองแล้ว กลุ่มทดลองทำคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองที่บ้าน โดยตอนที่ 1 ทำในวันที่ 1 ตอนที่ 2 ทำในวันที่ 4 และตอนที่ 3 ทำในวันที่ 7 (เว้นระยะในการทำแต่ละตอน 2 วัน) พร้อมกับบันทึกสิ่งที่ได้เรียนรู้ในคู่มือ ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามปกติ

7. หลังวันทำคู่มือเสร็จ 7 วัน ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล ว่ามีการเสพแอมเฟตามีนซ้ำหรือไม่ และผลการตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะเป็นอย่างไร (ขณะตรวจมีบุคคลในครอบครัวอยู่ด้วย เพื่อยืนยันผลการตรวจ) ระยะหลังการทดลอง 7 วัน (after posttest) และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลการเสพแอมเฟตามีนซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

8. หลังวันทำคู่มือเสร็จ 21 วัน ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล ว่ามีการเสพแอมเฟตามีนซ้ำหรือไม่ และผลการตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะเป็นอย่างไร (ขณะตรวจมีบุคคลในครอบครัวอยู่ด้วย เพื่อยืนยันผลการตรวจ) ระยะหลังการทดลอง 21 วัน (follow up after posttest) และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลการเสพแอมเฟตามีนซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ independent *t*-test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพซ้ำของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน วิเคราะห์ด้วยสถิติ McNemar test ส่วนการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test for trend

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.18 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.64 โดยมีอายุเฉลี่ย 31.36 ปี ($SD = 5.21$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 77.27 และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 95.45 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.55 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45 โดยมีอายุเฉลี่ย 31.82 ปี ($SD = 7.93$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 72.73 และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 86.36

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพซ้ำของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน พบว่า ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วย

โรคติดเชื้อเฉียบพลันที่ผิวหนังน้อยกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) แต่พบว่า ระยะหลังการทดลอง 21 วัน

กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันที่ผิวหนังไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลอง 7 วัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันที่ผิวหนังของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน

ช่วงเวลา	จำนวน (คน)	ร้อยละ	<i>p</i>
ระยะก่อนการทดลอง	16	72.73	< .001
ระยะหลังการทดลอง 7 วัน	4	18.18	
ระยะก่อนการทดลอง	16	72.73	.039
ระยะหลังการทดลอง 21 วัน	9	40.91	
ระยะหลังการทดลอง 7 วัน	4	18.18	.063
ระยะหลังการทดลอง 21 วัน	9	40.91	

3. การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันที่ผิวหนังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันที่ผิวหนัง

ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันที่ผิวหนังไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพยาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มควบคุม (n = 22)		χ^2	p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ระยะก่อนการทดลอง						
เสพยา	16	72.73	16	72.73	.000	1.000
ไม่เสพยา	6	27.27	6	27.27		
ระยะหลังการทดลอง 7 วัน						
เสพยา	4	18.18	7	31.82	1.091	.296
ไม่เสพยา	18	81.82	15	68.18		
ระยะหลังการทดลอง 21 วัน						
เสพยา	9	40.91	12	54.55	.820	.365
ไม่เสพยา	13	59.09	10	45.45		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพน้อยกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ทำคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง จึงได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของตนที่เป็นสาเหตุของการเสพยาแอมเฟตามีน เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมไม่เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ โดยกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นได้ผ่านการตรวจสอบความคิด พิสูจน์ความคิดว่าตรงกับความเป็นจริง จากนั้นได้นำความคิดที่ผ่านการตรวจสอบเรียบร้อยแล้วมาค้นหาวิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ให้เหมาะสมตามความเป็นจริง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของการบำบัดโดย

การปรับความคิดและพฤติกรรม ที่มีการปรับความคิดที่บิดเบือน โดยการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น นำมาทดสอบด้วยวิธีการคิดที่หลากหลาย ตรวจสอบความคิดให้ตรงกับความเป็นจริง และนำไปแก้ไขให้ดีขึ้น (Beck, 2011; Thapinta et al. 2017) เช่นเดียวกับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการสร้างพฤติกรรมใหม่มาแทนที่พฤติกรรมเดิม ส่งผลให้ผู้ที่ใช้โปรแกรมมีความคิดความเชื่อที่บิดเบือนต่อการเสพยาลดลง ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยามากขึ้น ทำให้เกิดพฤติกรรมไม่เสพยา (รัชนิพร จันทรณ์ณี และคณะ, 2558) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองบางคนยังคงมีการเสพยา ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ยังไม่สามารถจัดการกับอาการอยากยาได้ ซึ่งสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีการเสพยาจากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นโรคสมองติดยาที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมความอยากในการเสพยาได้ การกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม การถูกชักจูงจากกลุ่มเพื่อนที่เคยเสพยาด้วยกัน การไม่มี

แรงจูงใจและความตั้งใจในการเลิกเสพ รวมทั้งปัญหาเดิมที่ยังมีอยู่และไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและกลับไปเสพซ้ำ ดังการศึกษาของเสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และคณะ (2566) ที่พบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ เพื่อนชวน มีปัญหาความเครียด เช่น ขาดสภาพคล่องทางการเงิน

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพซ้ำไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) จากโรงพยาบาลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง อันเป็นการบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบชุมชนบำบัด ทำให้กลุ่มควบคุมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการไม่เสพซ้ำเช่นกัน ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่า คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองช่วยให้กลุ่มทดลองได้ตระหนักถึงความคิดที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมเสพติด เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด ส่งผลให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมโดยไม่กลับไปเสพซ้ำ ส่วนการที่กลุ่มควบคุมไม่กลับไปเสพซ้ำอาจเกิดจากการปรับสภาพแวดล้อมใหม่ การมีงานทำ หรือการได้กลับไปอยู่ในครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Thapinta et al. (2017) ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้คู่มือการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง มีพฤติกรรมการดื่มสุราไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของสุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ (2557) ที่พบว่า จากการติดตามหลังการรักษาในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีพฤติกรรมการติดซ้ำไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชควรนำคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนหลังได้รับการบำบัดตามรูปแบบปกติของโรงพยาบาล โดยมีการกระตุ้นความคิดในการป้องกันการเสพติดอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อการเสพติดของผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน โดยมีการติดตามผลการเสพติดในระยะยาว และควรมีการวัดผลเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติดร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- จุฑารัตน์ ชัยวีรพันธ์เดช, และสิริลักษณ์ กาญจนบัตร. (2559). ผลกระทบต่อทารกจากมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนก่อนคลอด. *วารสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 60(1), 53–64.
- รัชนิพร จันทรมณี, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ชนัดดา แนนเกษร, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2558). ผลของโปรแกรมปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความตั้งใจเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยชายเสพติดแอมเฟตามีน. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 10(4), 155–162.
- วรัญญา จิตรผ่อง, วิโรจน์ วีรชัย, และรัศมีน กัลยาศิริ. (2554). ความรุนแรงของการเสพติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้กำลังรับการบำบัด ณ สถาบันธัญญารักษ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 55(2), 153–169.
- วีรพล ชูสันเทียะ, และสมเดช พินิจสุนทร. (2560). ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี: กรณีศึกษา. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(3), 523–533.

- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรม
สุขภาพจิต. (2560). สถิติการบำบัดรักษา ระบบ
รายงาน บสต. สืบค้นจาก www.nccd.go.th
- สถาบันธัญญารักษ์. (2560). ข้อมูลสถิติ จำนวนและ
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด ปีงบประมาณ
2556–2560. สืบค้นจาก [http://www.thanyarak.
go.th/thai/index.php?option=com_content
&task=view&id=2545&Itemid=61](http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=2545&Itemid=61)
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ
บรมราชชนนี. (2555). การบำบัดรักษาผู้ติด
ยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบการรู้คิด-
พฤติกรรมบำบัด. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ
โรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
ภาค 5. (2560). สถานการณ์ยาเสพติดพื้นที่
ภาคเหนือตอนบน ห้วงเดือนกรกฎาคม 2560.
สืบค้นจาก [https://www.oncb.go.th/ONCB_
OR5/PublishingImages/Pages/Event/%
E0%B8%A1%E0%B8%81%E0%B8%A3
%E0%B8%B2%E0%B8%84%E0%B8%
A1%202560.pdf](https://www.oncb.go.th/ONCB_OR5/PublishingImages/Pages/Event/%E0%B8%A1%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%84%E0%B8%A1%202560.pdf)
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2559). แนวทาง
การดำเนินงานยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข.
สมุทรสาคร: บอรัณ ฑู ปี พับลิชชิง.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2560). ผลการดำเนินงาน
การปรับระบบบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของกระทรวง
สาธารณสุข. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.
(2559). คู่มือการทดสอบสารเสพติดในปีสวาะ.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กองกียรติการพิมพ์.
- สุกมา แสงเดือนฉาย, ลำเนา นิลบรรพ์, วันเพ็ญ ใจปทุม,
สุวภัทร คงหอม, ญาดา จีนประชา, และธัญญา
สิงห์โต. (2557). ผลของการบำบัดความคิด
และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วย
เมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบ
ผู้ป่วยใน (รายงานผลการวิจัย). ปทุมธานี: สถาบัน
บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ
บรมราชชนนี.
- เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, สุกัญญา กาญจนบัตร, นภาพันท์
ชาปลิก, จริยา มงคลสวัสดิ์, ธันยาพร โคตรชุม,
และกษนิภา ขาววงษ์. (2566). การศึกษาการ
กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วย
ยาเสพติดที่รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล
ธัญญารักษ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(2),
127–136.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy:
Basics and beyond* (2nd ed.). New York:
The Guilford Press.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice
of nursing research: Appraisal, synthesis,
and generation of evidence* (6th ed.).
St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for
the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale,
NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W.
(2010). Cognitive behavioral therapy for
substance use disorders. *The Psychiatric
Clinics of North America*, 33(3), 511–525.
doi:10.1016/j.psc.2010.04.012

Thapinta, D., Skulphan, S., Kitsumban, V., & Longchoopol, C. (2017). Cognitive behavior therapy self-help booklet to decrease depression and alcohol use among people with alcohol dependence in Thailand. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(11), 964–970. doi:10.1080/01612840.2017.1332700

United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *World drug report 2020*. Retrieved from https://www.unodc.org/documents/scientific/ATS/2020_ESEA_Regonal_Synthetic_Drug_Report_web.pdf