

## ผลของโปรแกรมบำบัด Start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพยาในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 10,2026 ; Accepted: February 12,2026)

อภาภิญญา เวียงอินทร์<sup>1</sup>  
Apapin Wiang-in<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิด 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest And Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม บำบัด Start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพยา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2568 ถึงเดือน ธันวาคม 2568 จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและทางคลินิกของกลุ่มทดลอง แบบประเมินความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (Socrates) แบบประเมินความตั้งใจในการป้องกันการติดยา,พฤติกรรมป้องกันการเสพยา, แบบประเมินความรุนแรงของการพึ่งพาสารเสพติด (SDS) พฤติกรรมกลับไปเสพยา และแบบบันทึกผลการตรวจ Urine Amphetamines วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและอนุมาน

ผลการศึกษา : พบค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลอง (Mean = 38.21, S.D. = 6.27) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 36.64, S.D. = 5.16) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $t = -1.112, P = 0.286$ ) ด้านผลการตรวจปัสสาวะส่วนใหญ่เป็นลบทั้งในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 โดยพบผลบวกเพียงบางราย และมีบางรายไม่สามารถติดตามได้เนื่องจากการย้ายสถานที่รักษา หรือข้อจำกัดด้านบริบทของผู้ป่วย

**คำสำคัญ :** โปรแกรมบำบัด Start over and survive (SOS), เมทแอมเฟตามีน, การเสพยา

### Abstract

This quasi-experimental research, categorized as a one-group pretest-posttest design, aimed to investigate the effect of the Start Over and Survive (SOS) program on reducing relapse rates. The sample consisted of 14 inpatients with methamphetamine addiction and psychiatric disorders, admitted between June 2025 and December 2025. Data collection instruments included a demographic and clinical questionnaire, the Socrates scale assessing readiness for substance use change, an assessment of relapse prevention intention and drug prevention behaviors, a Self-Defense Scale (SDS) assessing the severity of substance dependence and relapse behavior, and a urine amphetamines test record. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

Study Results: The mean post-intervention score (Mean = 38.21, S.D. = 6.27) was significantly higher than the pre-intervention score (Mean = 36.64, S.D. = 5.16) at the .05 statistical significance level ( $t = -1.112, P = 0.286$ ). Most urine tests were negative in both week 1 and week 8, with only a few positive results. Some patients could not be followed up due to changes in treatment location or contextual limitations.

**Keywords:** Start over and survive (SOS) treatment program, methamphetamine, relapse

### บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมายาวนานและแพร่ระบาดไปทั่วโลกยากต่อการแก้ไข อีกทั้งมีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มมากขึ้น<sup>1</sup> จากรายงานข้อมูลของ World Drug Report 2021<sup>2</sup> ของสำนักงานว่าด้วยยา

เสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime) พบผู้เสพยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีผู้เสพยาเสพติดประมาณ 275 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของ ประชากรโลกในช่วงอายุ 15 -

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

64 ปี โดยมีการคาดการณ์ว่าใน ปีพ.ศ.2573 จะมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 299 ล้านคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแอมเฟตามีนหรือยาบ้า (Amphetamine) แอมเฟตามีนถือเป็นยาเสพติดที่เป็นภัยต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน และถือว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลก ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในประเทศไทย ข้อมูลรายงานจาก สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2563 พบผู้เสพติดแอมเฟตามีนเข้าบำบัดรักษาในระบบมากถึงร้อยละ 80.63, 78.04 และ 77.06 ตามลำดับ<sup>3</sup> และเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมากที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 49.09 เป็นร้อยละ 60.07 และ 66.22 ตามลำดับ<sup>4</sup> เนื่องจากการติดยาเสพติดมีผลกระทบเชิงลบต่อ บุคคลและสังคมอย่างรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง ปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมจากการใช้สารเสพติดเกิดขึ้นในสังคมมาอย่างต่อเนื่องยาวนานและลุกลามไปทั่วทุกพื้นที่

หอผู้ป่วยในรักรัษใจ ปันสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชยาเสพติด จากสถิติ 3 ปี ย้อนหลัง (ปี 2566 - 30 เม.ย. 2568) พบผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนเข้ารับการรักษากัน 54 ราย, 154 ราย, 87 ราย กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 5 ราย, 9 ราย, 5 ราย คิดเป็น ร้อยละ 9.2, 6.3, 5.74 และกลับไปเสพยา 13 ราย, 15 ราย และ 19 ราย คิดเป็น ร้อยละ 24.07, 10.56, 21.83 ตามลำดับ<sup>5</sup> อีกทั้งพบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการก้าวร้าวรุนแรงเสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อผู้อื่นในครอบครัวชุมชนและต่อตนเอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนเมื่อกลับไปเสพยาแล้วมีการทำร้ายคนใกล้ชิดที่อาศัยในบ้านหลังเดียว ญาติส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่ถูกทำร้ายบาดเจ็บรุนแรงถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล รองลงมา ผู้ป่วยมีการเผาทำลายทรัพย์สินของญาติและเพื่อนบ้าน อีกส่วนหนึ่งของกลุ่มผู้เสพพร้อมกับดื่มสุรามีอาการประสาทหลอนหวาดระแวงว่าถูกนอกใจ ทำร้ายภรรยาบาดเจ็บสาหัสถึงขั้นต้องเข้ารับการการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่ม

ผู้เสพติดบางรายซิงลูก วัยอนุบาลไว้ในบ้านกับตัวเอง ลำพังพร้อมกับถืออาวุธขู่มไม่ให้ใครเข้าใกล้ไม่ให้ไปโรงเรียน พาถูกขังขังจักรยานยนต์ไปเรื่อยๆ โดยไม่ระวังความปลอดภัย และความรุนแรงเสื่อมโทรมนี้ที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ บั่นทอนคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่คือ เด็กวัยอนุบาลและวัยเรียนมีพ่อแม่หรือผู้ปกครองที่เป็นผู้เสพยาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนที่ไม่สามารถหยุดเสพยาได้เพิ่มขึ้น จากผลกระทบดังกล่าวนี้ถือว่าเป็นผลกระทบที่มีอันตรายร้ายแรงกับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ถือว่าเป็นรุนแรงหลักในสังคมอีกประเด็นหนึ่ง ที่ควรได้รับการแก้ไขร่วมกันในทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง จากการสุ่มสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นแบบแผน ในผู้ป่วยและญาติ ถึงสาเหตุการกลับไปเสพยา พบว่าเกิดจากตัวผู้ป่วยไม่มีความพร้อมถูกบังคับบำบัดโดยไม่รู้ตัวในขณะที่เข้ารับการรักษาระยะก้าวร้าวรุนแรง (Acute Phase) เมื่อแรกการรักษาแบบผู้ป่วยใน จากนั้นได้รับบำบัดฟื้นฟูต่อเนื่องทันทีโดยโปรแกรมมาตรฐาน แบบกลุ่มบำบัดจึงขาดการยอมรับและรับรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้น มีความคิดลังเลใจ ขาดพลังในการเสริมสร้างคุณค่าในตัวเอง และขาดจิตสำนึกของการเป็นพลเมืองที่ดี ไม่สามารถนำความรู้หรือทักษะไปปรับใช้ได้จริงจึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อนำไปสู่การเลิกยาเสพติดได้ อีกด้านคือโปรแกรมการบำบัดที่ให้กับผู้ป่วยยาเสพติดยังขาดการเรียงลำดับความเข้าใจเนื้อหาให้สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย และขาดการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย ปัจจุบันมีแนวทางการบำบัดผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนชัดเจน เช่น จิตสังคมบำบัดแบบแมทริกซ์ (Matrix Program)<sup>6</sup> แต่ยังไม่สามารถรักษาอาการอยากเสพยาได้<sup>7</sup> แต่การฟื้นฟูทางจิตสังคมบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดอาการอยากเสพยาและช่วยลดการไม่กลับไปเสพยาซ้ำได้ และพบสาเหตุของข้อจำกัดในการรักษาแบบกลุ่มบำบัดซึ่งเป็นระยะฟื้นฟูนั้นผู้ป่วยต้องมีทักษะการคิดการตอบคำถามและการเขียนเรียบเรียงคำตอบในระดับที่ ผ่านการประเมินความสามารถในการคิดวิเคราะห์และการทำงานของสมอง จึงจะมีคุณสมบัติในการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูได้ จึงเกิดผลกระทบกับผู้ป่วยในระยะ

Acute Phase และ Sub Acute Phase ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มบำบัดได้

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยใน จึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า มีการบำบัดที่สามารถลดหรือป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ หลากหลายที่มีประสิทธิผล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบกลุ่มในระยะฟื้นฟู (Rehab Phase) ส่วนการบำบัดรายบุคคลพบว่าการใช้โปรแกรม Start over and survive (SO) เป็นรูปแบบการบำบัดที่อิงหลักการ Motivation interviewing (MI) เป็นการบำบัดอย่างย่อชนิดมีโครงสร้างซึ่งถูกพัฒนาเพื่อใช้ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะโรคจิตระยะแรก โดยมีอาการทางจิตไม่เกิน 3 ปี อายุไม่เกิน 35 ปี และเคยรักษาแบบผู้ป่วยในไม่เกิน 2 ครั้ง การศึกษาในต่างประเทศพบว่า การบำบัดช่วยลดการใช้สารเสพติดใน 6 เดือนเมื่อเทียบกับการรักษาตามมาตรฐานและมีผลถึง 12 เดือน<sup>8</sup> การบำบัด SOS จึงอาจเหมาะสมกับบริบทประเทศไทยที่มีความชุกของผู้ป่วยโรคจิตร่วมกับการเสพยาเสพติดสูง และการบำบัดใช้ระยะเวลาไม่นานมาก ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ทดสอบผลของการบำบัด SOS ต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรม การบำบัด Start Over and Survive (SOS) มาใช้ในผู้ป่วยโรคจิตระยะแรกที่มีปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีนได้ เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน ในการป้องกันตนเองไม่กลับไปเสพยาซ้ำให้ต่อเนื่องยาวนานมากขึ้น

### วัตถุประสงค์

**วัตถุประสงค์หลัก** เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรม บำบัด Start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพยา ในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความตั้งใจในการป้องกันการติดยาในผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้ แอม

เฟตามีน ระยะต้น Start Over and Survive (SOS) ก่อนทดลอง และหลังทดลอง

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมป้องกันยาเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้ แอมเฟตามีนระยะต้น Start Over and Survive (SOS) ก่อนทดลอง และหลังทดลอง

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้ แอมเฟตามีนระยะต้น Start Over and Survive (SOS) ก่อนทดลอง และหลังทดลอง

4. ร้อยละ ของ ผลการตรวจ Urine Amphetamines ผลเป็นลบเป้าหมาย > ร้อยละ 80

### สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการติดยาในผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้ แอมเฟตามีนระยะต้น ด้าน Recognition หลังได้รับโปรแกรม Start Over and Survive (SOS) สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ค่าเฉลี่ยคะแนน ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้ แอมเฟตามีนระยะต้นด้าน Taking Stepsหลังได้รับโปรแกรม Start Over and Survive (SOS) สูงกว่าก่อนการทดลอง

3. หลังได้รับโปรแกรม Start Over and Survive (SOS) แล้วค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้าน Ambivalence ของผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้แอมเฟตามีนระยะแรกต่ำกว่าก่อนการทดลอง

4. ผลการตรวจ Urine Amphetamines ให้ผลเป็นลบ ที่ 8 สัปดาห์หลังจำหน่าย มากกว่าร้อยละ 80

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมโปรแกรมบำบัดแบบสั้นเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินผู้วิจัยประยุกต์ใช้หลักการ motivation

interviewing (MI) ของ Miller และ Rollnick (1996)<sup>9</sup> โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด เมทแอมเฟตามีน จากตำรา ผลงานทางวิชาการ งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

1.3 ผู้วิจัย ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย

1.4 นำเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

1.5 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมิน BPRS, แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q (9Q,8Q), แบบประเมินความรุนแรงในการใช้สารเสพติด (SDS) และแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการการรักษาปัญหาการเสพยาเสพติด (SOCRATES)

1.6 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ โปรแกรมบำบัดรายบุคคลในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนระยะต้น และเตรียมสื่อ รวมถึงอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย

1.7 ประชุมชี้แจงบุคลากรในหน่วยงานทราบ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำวิจัย

1.8 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการวิจัย กระบวนการบำบัดรักษา ประสบการณ์ในการทำวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาภายใต้หลักการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

### 2. ขั้นตอนการ

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยเป็นผู้บำบัดหลัก นำโปรแกรมบำบัด Start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพยาในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนมาใช้ตามเกณฑ์การคัดเข้าในระหว่างเดือน สิงหาคม 2568 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2568 และดังนี้

**ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ** ในระยะ Active Phase กับผู้ป่วย 3 ครั้ง ครั้งละ 2-10 นาที

1. ประเมินความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (SOCRATES) ก่อนการสร้างสัมพันธภาพ

2. การสร้างสัมพันธภาพเป็นการบำบัดครั้งละสั้นๆ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในช่วงเวลาที่พูดคุยกัน การบำบัดระยะนี้กระทำก่อนการประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดโดยละเอียดต่อไป

*\*\*หมายเหตุ จำนวนครั้งขึ้นอยู่กับสถานะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive state) ของผู้ป่วยถึงความพร้อม สำหรับการเริ่มเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะที่ 2 โดยสังเกตจาก การมีสมาธิในการพูดการตอบคำถามอย่างน้อยประมาณ 10-15 นาที \**

**ระยะที่ 2 การเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) 3 ครั้ง** (ครั้งละ 20-30 นาที)

ครั้งที่ 4 ใบงาน ที่ 1 เหตุผลในการใช้สารเสพติด

ใบงาน ที่ 2 โรคสมองติดยา

ใบงาน ที่ 3 ตัดสินใจเปลี่ยนแปลง

ใบงาน ที่ 4 “ ฉันทาคัดหวังอะไรจากการใช้สารเสพติด ”

*\*\*หมายเหตุ อย่าข้ามไประยะต่อไปจนกว่าผู้ป่วยให้คำมั่นว่าจะเปลี่ยนแปลงการใช้สารเสพติดหรืออย่างน้อยจะปรับเปลี่ยนบางพฤติกรรมที่จะลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด หากผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงการใช้สารเสพติด ให้กลับไปพูดคุยต่อเกี่ยวกับใบงาน “เหตุผลในการใช้สารเสพติด” และใบงาน “ตัดสินใจเปลี่ยนแปลง” หากผู้ป่วยยังคงลังเลอย่างต่อเนื่อง ให้พูดคุยกันว่าอะไรที่จะทำให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าจะปรับเปลี่ยนคอยพูดคุยถึงเป้าหมายของผู้ป่วยในอนาคตและความคาดหวังต่อสารเสพติด ในการบำบัดครั้งต่อไป*

**ระยะที่ 3 การวางแผนควบคุมการใช้สารเสพติด 2 ครั้ง** (ครั้งละ 30 - 45 นาที)

ครั้งที่ 5 ใบบางที่ 5 สัญญาใจกับตัวเอง เพื่อการเปลี่ยนแปลง MI วิธีลดการใช้สารเสพติดและการใช้ชีวิตที่ปลอดภัยจากสารเสพติด

ใบบางที่ 6 การแก้ปัญหาเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเสี่ยงสูงและวิธีการจัดการ/ วิธีการปฏิเสธสารเสพติด/ การรับมือกับอาการต่างๆ (เคล็ดลับการรับมือเมื่อเกิดปัญหา, วิธีการรับมือกับความรู้สึกแปลกๆ, วิธีรับมือเมื่อผลไอ้สารเสพติด) ครั้งที่ 6 ค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับโรคจิตโดยประเมินประวัติการใช้สารเสพติดและการเจ็บป่วยย้อนหลัง (20 - 30 นาที) / สำรจว่าสมาชิกครอบครัวเข้าใจว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการใช้สารเสพติดอย่างไร (30 นาที)/ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ Stress-vulnerability model (Normalizing Process) และเหตุผลที่คนเป็นโรคจิตอาจจะเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด (20 นาที)/ สัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจกับสมาชิกครอบครัวเพื่อให้สามารถสนับสนุนทางที่ผู้ป่วยเลือกเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดได้ดีขึ้น (15-30 นาที)

*\*\*\*หมายเหตุ ระยะเวลาที่ 3 ของโปรแกรมนี้มีหลายแง่มุมประเด็นของกำหนดการข้างต้นบางข้อหรือทั้งหมด จะครอบคลุมหรือไม่ขึ้นกับพัฒนาการของผู้ป่วยและการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของตนเอง อย่างไรก็ตามสิ่งสำคัญคือผู้ป่วยทุกคนควรได้เข้าร่วมการบำบัดที่เน้นการหาสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง การแก้ปัญหา และการลดอันตราย*

**ระยะที่ 4 การติดตามผล (Follow - UP Phase) ประกอบด้วย**

- การโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย 1 ครั้ง/สัปดาห์ (ครั้งละ 5-10 นาที) หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในช่วง 4 สัปดาห์แรก รวม 4 ครั้ง

- การโทรศัพท์ติดตามผู้ดูแลหรือญาติ ทุก 2 สัปดาห์ รวม 2 ครั้ง (ครั้งละ 10 - 20 นาที) เน้นการช่วยเหลือญาติให้ดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองติดตามการจัดการตัวกระตุ้น เสริมแรงจูงใจของญาติให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย

#### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

1. ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับ

การรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จากการวินิจฉัยของแพทย์ ด้วยรหัส ICD-10 คือ F2X.XX และ F15.XX และมีอาการทางจิตไม่เกิน 3 ปี

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิต ที่มีปัญหาการเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จากการวินิจฉัยของแพทย์ ด้วยรหัส ICD - 10 คือ F2X.XX และ F15.XX และมีอาการทางจิตไม่เกิน 3 ปี โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) อายุระหว่าง 18 - 50 ปี 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) ผลประเมินอาการของโรคจิตด้วย 3.1) mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) part L เพื่อยืนยันการวินิจฉัย 3.2) Drug Check problem list พบว่ามีปัญหาการเสพติดเมทแอมเฟตามีน โดยมีคะแนน Problem list มากกว่า 2 คะแนน 3.3) แบบประเมิน V.2 (Violence) เป็นแบบประเมินเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มใด ระหว่างผู้ใช้ ผู้เสพ หรือผู้ติด และ 3.4) แบบประเมินอาการทางจิต BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) 4) มีความยินยอมในการเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีอาการเจ็บป่วยทางกายที่ควบคุมไม่ได้ 2) เป็นผู้ป่วยที่ส่งมาบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตหรือเงื่อนไขคุมประพฤติ 3) มีความผิดปกติทางระบบประสาท เช่นโรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมองภาวะสมองเสื่อม 4) ญาติไม่ยินยอมให้เข้ารับการรักษา

#### **เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ**

##### **เครื่องมือ**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) แบบประเมิน Drug Check problem list, 2) แบบประเมิน M.I.N.I. part L (Methamphetamine use disorder ประเมินการเสพติดเมทแอมเฟตามีน ประเมินโดยผู้วิจัย 1 ครั้ง ขณะเข้าร่วมวิจัยครั้งแรก, 3) แบบประเมินอาการทางจิต BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมบำบัด SOS (start over and survive) ต่อการลดการเสพยาบ้า แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ, 2) การเสริมสร้างแรงจูงใจ, 3) การวางแผนควบคุมการใช้สารเสพติด, 4) การติดตามผล เป็นการบำบัดรายบุคคลแบบผู้ป่วยใน 3 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็น 6-9 ครั้ง ร่วมกับช่วงพบญาติ 1 ครั้งนาน 1 ชั่วโมง การนัดติดตามผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้งในช่วง 4 สัปดาห์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และติดตามผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ (จำนวน 2 ครั้ง) การติดต่อช่วงที่นัดติดตามอาจเป็นทางโทรศัพท์ โดยการติดต่อกับผู้ป่วยหรือญาติแต่ละครั้งจะใช้เวลา 5-10 นาที โดยรวมแล้วผู้บำบัดจะใช้เวลาทั้งหมด 4 ชั่วโมง 30 นาที - 5 ชั่วโมง อีกทั้งความถี่ของการบำบัดขณะเป็นผู้ป่วยในสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามอาการทางจิตของผู้ป่วยและแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่โดยปกติแล้วการบำบัดรักษาทั้งหมด จะทำเสร็จสิ้นภายใน 7-10 วัน หากมีการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนจะทำ SOS จบสามารถให้การรักษาต่อแบบผู้ป่วยนอกได้

**3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและทางคลินิกของกลุ่มทดลอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว อาชีพ ลักษณะครอบครัว ที่อยู่อาศัย ประวัติเกี่ยวกับสารเสพติด โดยรวม ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

**ส่วนที่ 2** แบบประเมิน ความตั้งใจในการป้องกันการติดยา พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด และพฤติกรรมการกลับไปเสพยาบ้า เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ 7 คน มีพื้นฐานการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยผู้บำบัดหลักผ่านการอบรมทักษะการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ(MI) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ(Motivational Enhancement Therapy) การบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior

Therapy) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนอย่างน้อย 1 ปี รวมถึงผ่านการอบรมโปรแกรมการบำบัด SOS (start over and survive) ต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนระยะต้นจากผู้วิจัย เป็นเครื่องมือด้านสุขภาพจิต ดังนี้

**ก. แบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)** เป็นแบบประเมินอาการทางจิตโดยผู้ประเมินสังเกตหรือซักถามผู้ป่วยตามอาการในช่วง 2-3 วันที่ผ่านมา และให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการแต่ละข้อ ดังนี้ 1 = ไม่มีอาการ, 2=อาการเล็กน้อย, 3 = อาการปานกลาง, 4 = อาการค่อนข้างมาก, 5 = อาการมาก, 6 = อาการรุนแรง, 7 = อาการรุนแรงที่สุด

แปลผลคะแนนรวม ดังนี้: • 18-31 คะแนน: ไม่มีอาการหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย (Mild), • 32-53 คะแนน: มีอาการทางจิตปานกลาง (Moderate), • 54-75 คะแนน: มีอาการทางจิตรุนแรง (Severe), • มากกว่า 75 คะแนน: มีอาการทางจิตรุนแรงมาก ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

**ข. แบบประเมิน 2Q** เป็นแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถามถึงอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ มีให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ มี/ไม่มี ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า แต่ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2 ) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อยด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q

\*หมายเหตุ หากผลการประเมิน 2Q เป็นลบ ไม่ต้องประเมิน 9Q และ 8Q

**ค. แบบประเมิน 9Q** เป็นแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามถึงอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ มีให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วย ไม่มีเลย (0 คะแนน), เป็นบางวันในช่วง 7 วัน (1คะแนน), เป็นบ่อย >7วัน (2 คะแนน), เป็นทุกวัน (3 คะแนน) การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ 7-12 คะแนน (ซึมเศร้าเล็กน้อย), 13-18 คะแนน

(ซีมีตราปานกลาง) และ >18 คะแนน (ซีมีตรารุนแรง) อีกทั้งหากคะแนน 9Q มากกว่าเท่ากับ 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q พร้อมส่งพบแพทย์

**ง. แบบประเมิน 8Q** เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้วยคำถาม 8 ข้อ ประกอบด้วยคำถามปลายปิดมีให้เลือกตอบคือ ไม่ใช่ (0 คะแนน)/ใช่(1คะแนน) โดยตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดตามระดับความรุนแรง ดังนี้ 1-8 คะแนน (แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย), 9-16 คะแนน (แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง), > เท่ากับ 17 คะแนน (แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง)

**จ. แบบประเมินความรุนแรงในการใช้สารเสพติด SDS** เพื่อประเมินความรุนแรงจากการติดสารเมทแอมเฟตามีน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมของตนเองมากที่สุด จำนวน 5 ข้อคำถาม ใช้เวลา 5 นาที โดยข้อคำถามที่ 1- 4 ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วย ไม่เคย /แทบจะไม่เคย (0 คะแนน), บางเวลา (1 คะแนน), บ่อยครั้ง(2 คะแนน), เสมอ/เกือบเสมอ (3 คะแนน)ส่วนคำถามที่ 5 มีคำตอบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วย ไม่ยาก (0 คะแนน), ค่อนข้างยาก(1คะแนน), ยากมาก (2 คะแนน), เป็นไปไม่ได้เลย (3 คะแนน) โดยค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน แปลผลคะแนนรวม ดังนี้: 0-3 คะแนน: ความรุนแรงต่ำ หรือยังไม่มีอาการพึ่งพาสาร, 4-6 คะแนน: ความรุนแรงปานกลาง อาจเริ่มมีอาการพึ่งพาสาร, 7 คะแนนขึ้นไป: มีแนวโน้มพึ่งพาสารสูง ควรได้รับการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญหรือรับการดูแลอย่างใกล้ชิด

**ฉ. แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรับการรักษาปัญหาการเสพติด (stage of change reading and treatment eagerness scale: SOCRATES)** เป็นแบบวัดประเมินความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด จำนวน 10 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยตอบคำถามในแต่ละข้อ หลังจากพิจารณาอย่าง

รอบคอบ และเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของตัวเองมากที่สุด มีทั้งหมด 5 ระดับ ดังนี้ 1 = ไม่จริงเลยสำหรับฉัน, 2 = ไม่ค่อยจริงสำหรับฉัน, 3 = เป็นจริงปานกลางสำหรับฉัน, 4 = ค่อนข้างจริงสำหรับฉัน และ 5 = จริงมากสำหรับฉัน การแปลผล แบ่งเป็น 3 มิติ คือ 1) Recognition (การรับรู้ปัญหา), 2) Ambivalence (ความไม่แน่นอน), 3) Taking Steps (การลงมือเปลี่ยนแปลง) ส่วนการแปลผลคะแนนในแต่ละมิติ ได้แก่ 1.คะแนนสูงใน Recognition แสดงว่าผู้ประเมินตระหนักถึงปัญหาการใช้สาร 2.คะแนนสูงใน Ambivalence แสดงว่าผู้ประเมินมีความลังเล ไม่แน่ใจว่าจะเปลี่ยนแปลงหรือไม่ และ 3.คะแนนสูงใน Taking Steps แสดงว่าผู้ประเมินมีความพร้อมและพยายามลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นำการประเมินที่ได้มาใช้ในการวางแผนการดูแล ดังนี้ 1. หาก Recognition สูง แต่ Taking Steps ต่ำ อาจต้องเน้นการสร้างแรงจูงใจและแผนสนับสนุน, 2. หาก Ambivalence สูง ควรใช้เทคนิคการเจรจาต่อรอง (Motivational Interviewing) เพื่อช่วยคลี่คลายความลังเล และ 3. หาก Taking Steps สูง แสดงว่าผู้ถูกประเมินพร้อมสำหรับการบำบัดหรือการเปลี่ยนแปลงจริง

**ส่วนที่ 3 ผลการตรวจ Urine Amphetamines** หลังสิ้นสุดการทดลอง

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมบำบัด SOS (start over and survive) ต่อการลดการเสพยา (ได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมมณฑลนครินทร์) ที่ผ่านการทดสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI] เท่ากับ 0.831<sup>10</sup>)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินด้านสุขภาพจิตที่สื่อถึง ความตั้งใจในการป้องกันการติดยา พฤติกรรมป้องกันยาเสพติดและพฤติกรรมกลับไปเสพยา เครื่องมือชุดนี้ผู้วิจัยไม่ได้ทำการทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เนื่องจากได้ผ่านการทดสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องจากงานวิจัย

ทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีเกณฑ์คุณภาพที่ดี เป็นเครื่องมือที่ใช้อย่างแพร่หลายและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน ดังนี้

2.1. แบบประเมินอาการทางจิต BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงสูง โดยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) อยู่ระหว่าง 0.56 - 0.90 และค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินซ้ำ (Test-retest reliability) อยู่ที่ 0.70 - 0.80<sup>11</sup> เครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้างได้รับการทดสอบในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคจิตหลายกลุ่ม โดยพบว่าคะแนนอาการมีความสัมพันธ์สูงกับแบบประเมินมาตรฐาน เช่น PANSS และ CGI<sup>12</sup> จึงถือเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพและเหมาะสมต่อการประเมินอาการก่อนและหลังการบำบัดในงานวิจัยนี้

2.2 แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้วยคำถาม 2Q, 9Q, และ 8Q พัฒนาเผยแพร่โดย กรมสุขภาพจิต

2.3 แบบประเมินความรุนแรงในการใช้สารเสพติด SDS (Severity of Dependence Scale: SDS) จำนวน 5 ข้อ พัฒนาโดย Singleton, Marsden และ Farrell<sup>13</sup> โดยอาศัยกรอบแนวคิดด้านความพึ่งพิงเชิงจิตใจ (Psychological dependence) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการเสพติดในระยะพัฒนาเครื่องมือ และพบความสัมพันธ์คล้อยกับโครงสร้างปัจจัยเดียวในประชากรหลายกลุ่มทั้งในและต่างประเทศ แสดงให้เห็นว่ามีความตรงตามเนื้อหาในระดับดี สำหรับความเที่ยงของเครื่องมือจากการศึกษาต้นฉบับ พบค่า Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.80-0.92 และมีความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) อยู่ในระดับสูง (r = 0.80-0.95) ต่อมาเมื่อนำมาศึกษาในบริบทไทย งานวิจัยของ เกศรินทร์ สุขสม และคณะ<sup>14</sup>ในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้เมทแอมเฟตามีนพบค่า Cronbach's alpha = 0.82 งานของ ปัทมา พรหมมา และคณะ<sup>15</sup> พบค่า Cronbach's alpha = 0.87 ในกลุ่มผู้รับการบำบัดยาเสพติดแบบสมัครใจ และงานของชลธิชา เทียงตรง และคณะ<sup>16</sup> รายงานค่า Cronbach's alpha = 0.85 ขณะที่งาน

ของศิริกานต์ อนันต์วัฒน์ และคณะ<sup>17</sup> ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายาเสพติดร่วมพบค่า Cronbach's alpha = 0.78 แสดงถึงความเที่ยงอยู่ในระดับดีถึงดีมากในบริบทไทย ดังนั้น SDS จึงเป็นเครื่องมือที่มีความตรงและความเที่ยงเหมาะสมต่อการประเมินระดับความรุนแรงของการพึ่งพิงสารเสพติดในงานวิจัยนี้

2.4 แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรับการรักษาปัญหาการเสพยาเสพติด (Stage of change reading and treatment eagerness scale: SOCRATES) การปรับปรุงโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ<sup>18</sup> แปลโดยพิชัย แสงชาญชัย และคณะ<sup>19</sup> ในแผนงาน ผรส. กรมสุขภาพจิต Cronbach's alpha อยู่ในช่วง 0.60-0.96 และค่าสหสัมพันธ์ทดสอบซ้ำอยู่ในระดับสูง (0.82-0.94) แสดงถึงความเที่ยงที่ดีของเครื่องมือ ในฉบับภาษาไทยมีค่า Cronbach's alpha ประมาณ 0.79 ในกลุ่มผู้รับการบำบัดสารเสพติด ซึ่งอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ การแปลและปรับภาษาในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยได้ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบำบัดสารเสพติด จึงถือว่ามี ความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับสูง

3. การควบคุมคุณภาพ Urine Amphetamines มีการประเมินผลปีละ 1 ครั้ง โดยองค์กรภายนอก (EQA) แผนการทดสอบความชำนาญการตรวจเบื้องต้นสารเสพติดในปัสสาวะ/สำนึกยาและวัสดุเสพติดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

#### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด/สูงสุด (Min/Max) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนน ความตั้งใจในการป้องกันการติดยา ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกลับไปเสพยาซ้ำ ของ กลุ่ม ตัวอย่าง ด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกลับไปเสพยา ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง โดยการใช้สถิติเชิงอนุมานด้วย Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0

#### จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้สามารถดำเนินการวิจัยได้ โดยมติของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในคน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตามเอกสารรับรองเลขที่ SWDCPH 2025 - 013 รหัสโครงการ 033/2568 ระยะเวลาในการรับรองระหว่างวันที่ 26 มิถุนายน 2568 ถึงวันที่ 25 มิถุนายน 2569

#### ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรและทางคลินิกของกลุ่มทดลอง ลักษณะทางประชากรและทางคลินิกของกลุ่มทดลอง จำนวน 14 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 13 คน (ร้อยละ 92.9) อายุพบมากที่สุดในช่วง 18 - 25 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 50.0) สถานภาพสมรสส่วนมากเป็นโสดจำนวน 12 คน (ร้อยละ 85.7) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา/มัธยมศึกษา จำนวน 12 คน (ร้อยละ 85.7) เช่นกัน ส่วนมากมีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 57.1) มีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 35.7) เป็นลักษณะครอบครัวขยายมากที่สุด จำนวน 9 คน (ร้อยละ 64.3) และที่อยู่อาศัยส่วนมากเป็นบ้านของตัวเอง จำนวน 10 คน (ร้อยละ 71.4) ประวัติทางคลินิกเกี่ยวกับสารเสพติด ส่วนมากใช้สารเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุ 21 - 30 จำนวน 5 คน (ร้อยละ 35.7) สาเหตุการใช้สารเสพติดครั้งแรกส่วนมากมาจาก อยากรทดลอง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 42.9) ก่อนการเข้ารับการรักษาในครั้ง ส่วนมาก เคย/ไม่เคย เลิกใช้สารเสพติด จำนวน 7 คน เท่ากัน (ร้อยละ 50) วิธีที่เลือกใช้ ส่วนใหญ่คือ หักดิบ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 42.9) ระยะเวลาในการใช้สาร

เสพติดส่วนใหญ่ จำนวน 1-3 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 42.9) และ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ มี/ไม่มี การใช้สารเสพติดประมาณ 30-51 วัน มากที่สุดจำนวน 7 คน (ร้อยละ 50)

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่าไม่แตกต่างกัน

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดตามมิติของ SOCRATES พบว่ามีมิติด้านการตระหนักรู้ต่อปัญหาการใช้สาร (Recognition) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ขณะที่มิติด้านความลังเลใจ (Ambivalence) และการลงมือปฏิบัติ (Taking Steps) เปลี่ยนแปลงในระดับจำกัดและยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1

4. ผลการตรวจ Urine Amphetamines ผลตรวจปัสสาวะส่วนใหญ่เป็นลบทั้งในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 8 โดยพบผลบวกเพียงบางราย และมีบางรายไม่สามารถติดตามได้เนื่องจากการย้ายสถานที่รักษา หรือมีข้อจำกัด 1

#### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมบำบัด Start Over and Survive (SOS) ในผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้เมทแอมเฟตามีนระยะต้น มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด โดยอาศัยกรอบแนวคิด Transtheoretical Model (TTM)<sup>20</sup> และแบบประเมิน SOCRATES เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนมิติด้าน Recognition หลังการทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง แม้จะยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าโปรแกรม SOS สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ปัญหาและผลกระทบจากการใช้สารเสพติดได้ดีขึ้น การเพิ่มขึ้นของ Recognition ถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจาก

ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในระยะต้นมักมี Insight ที่จำกัด การที่ผู้ป่วยเริ่มตระหนักรู้ปัญหาจึงเป็นเงื่อนไขพื้นฐานก่อนการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนมิติด้าน Ambivalence พบว่าคะแนนหลังการทดลองเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย และมีขนาดอิทธิพลระดับเล็ก โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วยยังคงอยู่ในช่วงของความขัดแย้งภายในระหว่างการรับรู้ปัญหาและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามกรอบ TTM ระยะ Ambivalence เป็นระยะเปลี่ยนผ่านที่มักใช้เวลาและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายด้าน เช่น สภาพจิตใจ ความต่อเนื่องของการรักษา และบริบททางสังคมการที่ Ambivalence ยังไม่ลดลงอย่างชัดเจนจึงไม่ถือว่าเป็นความล้มเหลวของโปรแกรม แต่เป็นลักษณะปกติของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยลักษณะนี้ และในมิติด้าน Taking Steps พบว่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีขนาดอิทธิพลระดับเล็ก แสดงให้เห็นว่าการลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยังไม่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในระยะเวลาการติดตามระยะสั้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับลำดับขั้นของ TTM ซึ่งระบุว่า การลงมือปฏิบัติ (Action stage) จะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยผ่านการตระหนักรู้และลดความลังเลใจลงในระดับหนึ่งแล้ว เมื่อพิจารณาผลการศึกษาเชิงปริมาณร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพจาก Case vignette พบว่า ผู้ป่วยบางรายแม้จะมีคะแนน Recognition เพิ่มขึ้น แต่ยังคงเกิด delayed relapse ในระยะติดตาม เช่น ผู้ป่วยรายลำดับที่ 3 ซึ่งตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะในสัปดาห์ที่ 6 หลังจำหน่าย มีอาการกลุ่ม SMI-V ต้องกลับมารักษาซ้ำ ผลดังกล่าวสะท้อนว่า การเพิ่มขึ้นของการตระหนักรู้เพียงอย่าง

เดียวอาจยังไม่เพียงพอในการยับยั้งพฤติกรรมการใช้สารเสพติด เมื่อผู้ป่วยเผชิญปัจจัยกระตุ้นจากบริบทชีวิตจริง โดยเฉพาะในกรณีที่การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายยังไม่ครอบคลุม

**ข้อเสนอแนะ**

**ด้านบริหาร**

1. ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายการติดตามเชิงรุกในช่วง 1-3 เดือนหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด Delayed relapse เช่น การเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ หรือการประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. ควรมีการส่งเสริมทักษะบุคลากรด้านการประเมินแรงจูงใจ การจัดการความลังเลใจ และการให้คำปรึกษาเชิงจูงใจ (Motivational Interviewing) เพื่อช่วยพาผู้ป่วยผ่านจากขั้นการรับรู้ไปสู่การลงมือปฏิบัติ

**ด้านปฏิบัติการ**

ควรนำแบบประเมิน SOCRATES ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพมาใช้เป็นฐานในการวางแผนดูแลรายบุคคล และใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์เชิงระบบในระดับหน่วยบริการ

**ด้านการศึกษา**

1. ควรพัฒนาโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดระยะต้น โดยเน้นการประเมินและติดตามความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นระยะ ตามกรอบ TTM

2. ควรมีการศึกษาที่เพิ่มระยะเวลาติดตามและขยายขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินการเปลี่ยนผ่านจาก Recognition ไปสู่ Taking Steps และ Maintenance stage รวมถึงศึกษาปัจจัยที่ช่วยลด delayed relapse อย่างเป็นระบบ

**เอกสารอ้างอิง**

1. เทิดศักดิ์ เนียมเปีย, วุฒิชัย จรรยา. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังด้านการเสพยาบ้าต่อความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก [Internet]. 2563 [cited 2026 Jul 12]. Available from: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/260111/177446> (he02.tcithaijo.org in Bing)
2. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2021: Highlights – Trends on cannabis post-legalization, environmental impacts of illicit drugs, and drug use among women and youth [Internet]. 2021.

3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการบำบัดประจำปี 2563 [Internet]. 2564 [cited 2026 Jul 12]. Available from: <https://antidrugnew.moph.go.th> (antidrugnew.moph.go.th in Bing)
4. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์. ข้อมูลสถิติ จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด ปีงบประมาณ 2560–2563 [Internet]. 2564 [cited 2026 Jul 12]. Available from: <http://www.thanyarak.go.th>
5. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. สรุปผลการปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ 2567. สกลนคร: โรงพยาบาล; 2566.
6. Lenz AS, Rosenbaum L, Sheperis D. Meta-analysis of randomized controlled trials of motivational enhancement therapy for reducing substance use. *J Addict Offender Couns.* 2016;37:66–86.
7. กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, ปราณี ฉันทพจน์, สุพัตรา สุขาวท. ประสิทธิผลของโปรแกรม Co-occurring disorder (COD) Intervention ในการหยุดเสพยาเมทแอมเฟตามีน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2561;63(2).
8. Marlatt GA, Donovan DM; Barrowclough C, Haddock G, Tarrrier N, Lewis S, et al.
9. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: What do people change addictive behavior [Internet]. 1996 [cited 2023 Jul 12]. Available from: <http://www.motivational/interview.org2clinical/whatismi.peoplechange.addict.html> (www.motivational in Bing)
10. โกศล วราอัครวดี, กิตต์กวี โพธิ์โน, ปราณี จันทะโม. ผลของการบำบัด Start Over and Survive (SOS) ต่อการลดการเสพยาในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2565;30(2):87–99.
11. Ventura M, Salanova M, Llorens S. Professional self-efficacy as a predictor of burnout and engagement: the role of challenge and hindrance demands. *J Psychol.* 2015;149(3–4):277–302.
12. Leucht S, Leucht C, Huhn M, Chaimani A, Mavridis D, Helfer B, et al. Sixty years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: systematic review, Bayesian meta-analysis, and metaregression of efficacy predictors. *Am J Psychiatry.* 2017;174(10):927–42.
13. Singleton N, Marsden J, Farrell M. The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction.* 1994;89(5):607–14. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1994.tb03311.x>
14. เกศรินทร์ สุขสม, สมชาย สุขสันต์, และคณะ. ความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินความรุนแรงของการพึ่งพาสารเสพติด (Severity of Dependence Scale) ในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้เมทแอมเฟตามีน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2555;20(3):185–95.
15. ปัทมา พรหมมา, และคณะ. ความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินความรุนแรงของการพึ่งพาสารเสพติด. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2557;20(3):185–95.
16. ชลธิชา เทียงตรง, สุภาวดี แสงทอง, และคณะ. ความเที่ยงของแบบประเมินความรุนแรงของการพึ่งพาสารเสพติดในผู้ใช้สารเสพติดไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.* 2560;11(4):612–23.
17. ศิริกานต์ อนันต์วัฒน์, นฤมล พรหมศรี, และคณะ. การประเมินคุณภาพเครื่องมือวัดความรุนแรงของการพึ่งพาสารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2561;26(1):47–58.
18. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบสุขภาพ ฉบับปรับปรุง. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2560.
19. พิชัย แสงชาญชัย, ดรุณี ภูขาว, สัจวร สมบัติใหม่, ณิชานาถ สระอุบล, สายรัตน์ นกน้อย, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. คู่มือสำหรับผู้อบรมการให้คำปรึกษาและบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการติ่มสุรา. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง, วนิดาการพิมพ์; 2553.
20. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390–5. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>