

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการกลับมาเสพติด
ในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติด



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS – BASED THERAPY AND COUNSELING PROGRAM
(MBTC) ON RELAPSE TO METHAMPHETAMINE DEPENDENCE AMONG INDIVIDUALS
RECEIVING METHAMPHETAMINE – DEPENDENCY TREATMENT



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy in Health Research and Management

Department of Preventive and Social Medicine

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการกลับมา เสพยาในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดเมทแอมเฟตา มีน
โดย	น.ส.วรรณจรี มณีแสง
สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.สร้อยยา เสงพะระพรหม
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์พรชัย สิริศิรินัยกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.สร้อยยา เสงพะระพรหม)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ)

..... กรรมการ
(อาจารย์ นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ธนะภูมิ รัตนานุกพงศ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์)

วรรณจริ มณีแสง : ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการกลับมาเสพยาในกลุ่มผู้เข้ารับ
การบำบัดการติดยาเสพติดแอมเฟตามีน . (EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS – BASED
THERAPY AND COUNSELING PROGRAM (MBTC) ON RELAPSE TO METHAMPHETAMINE
DEPENDENCE AMONG INDIVIDUALS RECEIVING METHAMPHETAMINE – DEPENDENCY
TREATMENT) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.สรันยา เสงพระพรหม, อ.ที่ปรึกษาร่วม : รศ. พญ.รัศมน
กัลยาศิริ

การศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบ non-concurrent controlled intervention study มีวัตถุประสงค์
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC : Mindfulness – Based Therapy and
Counseling program : MBTC) ร่วมกับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model เปรียบเทียบกับ
กระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้อยู่ในปัจจุบันต่อการกลับมาเสพยา
แอมเฟตามีนซ้ำ ผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจำนวนทั้งสิ้น 70 คน ที่มีคุณสมบัติครบ
ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกถูกแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดของโปรแกรม
FAST Model) และกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม MBTC ร่วมกับกระบวนการบำบัดของ
โปรแกรม FAST Model) กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกสติเป็นเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละประมาณ
1 ชั่วโมง และทั้งสองกลุ่มจะถูกติดตามหลังจำหน่ายกลับบ้านเป็นระยะเวลา 6 เดือน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย
สถิติ Generalized mixed model พบว่า เมื่อติดตามผลเป็นระยะเวลา 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน กลุ่ม
ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพยาลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (7.89 คะแนน, 95%CI
= -15.47, -0.32) และพบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ที่ตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ (5/35 คน)
น้อยกว่าสัดส่วนของกลุ่มควบคุม (16/35 คน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (chi-square test; p-value =
0.004) และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีความเครียด (7.44 คะแนน, 95%CI = -12.21, -2.67) ความซึมเศร้า
(2.96 คะแนน, 95%CI = -5.31, -0.6) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ในขณะที่มีสติมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ (12.86 คะแนน, 95%CI = 9.37, 16.35)

จากผลการศึกษาที่ได้นี้สามารถสรุปได้ว่า มีความเป็นไปได้ว่าการใช้โปรแกรม MBTC ร่วมกับ
กระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model และทำการติดตามผลการบำบัดเป็นระยะเวลา 6 เดือน
สามารถช่วยลดการกลับมาเสพยาในกลุ่มผู้ที่เสพยาแอมเฟตามีนได้ดีกว่าการใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วย
โปรแกรม FAST model เพียงอย่างเดียว

สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ	ลายมือชื่อนิสิต
ปีการศึกษา	2563	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
		ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5874765830 : MAJOR HEALTH RESEARCH AND MANAGEMENT

KEYWORD: Mindfulness – Based Therapy and Counseling program (MBTC) Relapse
Methamphetamine – dependency

Wanjaree Maneesang : EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS – BASED THERAPY AND COUNSELING PROGRAM (MBTC) ON RELAPSE TO METHAMPHETAMINE DEPENDENCE AMONG INDIVIDUALS RECEIVING METHAMPHETAMINE – DEPENDENCY TREATMENT. Advisor: Assoc. Prof. SARUNYA HENGPRAPROM, Ph.D. Co-advisor: Assoc. Prof. RASMON KALAYASIRI, M.D.

This study was a non-concurrent controlled intervention study. The objective of this study was to study the effectiveness of Mindfulness – Based Therapy and Counseling program (MBTC) in conjunction with the rehabilitation process using the FAST model program, and compared to using the FAST model program alone. Existing programs were used to determine methamphetamine relapse among 70 patients with methamphetamine use disorder who attended rehabilitation therapy. In the process, the samples were entered and rejected and divided into two groups: the control group (group treated with FAST model program), and the experimental group (group treated with MBTC program in conjunction with FAST Model program). Both groups consisted of 35 people each. The experimental group was to practice mindfulness for 8 weeks, approximately 1 hour per week. The results of both groups were then followed up for 6 months after discharge. The results of data analysis using generalized mixed model statistics showed that, after the 6-month follow-up period after discharge, the experimental group had a statistically significantly lower mean score of craving than the control group (7.89 points, 95%CI = -15.47, -0.32). It was found that the experimental group had a statistically significant proportion of those who were detected urine positive for methamphetamine (5/35 people) less than the control group (16/35 people) (chi-square test; p-value = 0.004). It was also found that the experimental group had less stress (7.44 score, 95%CI = -12.21, -2.67) and depression (2.96 score, 95%CI = -5.31, -0.6) than the control group. At the same time, the experimental group was statistically significantly more mindful than the control group (12.86 points, 95%CI = 9.37, 16.35).

It could be concluded that the use of MBTC in combination with FAST model during a 6-month follow-up of treatment reduced relapse among methamphetamine addicts better than FAST model alone.

Field of Study: Health Research and
Management

Student's Signature

Academic Year: 2020

Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความเมตตากรุณา และการได้รับความอนุเคราะห์จากบุคคลดังต่อไปนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สรันยา เสงษ์พระพรหม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเมตตา สละเวลาคอยชี้แนะและให้คำปรึกษา แนะนำด้วยความเอาใจใส่ ให้ข้อคิดในการทำงานวิจัย แก่ไขตรวจแก้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้โดยละเอียดและให้ความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาอย่างเอาใจใส่เสมอมา

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รัตมน กัลยาศิริ ที่กรุณาเมตตาสละเวลาให้คำปรึกษา แนะนำการเผยแพร่ผลงานวิจัยในระดับนานาชาติและได้ให้เกียรติเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ พรชัย สิทธิธรรมกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ นายแพทย์ อานนท์ วรยิ่งยง และ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปิณฑร และ อาจารย์ ดร. ธนะ ภูมิ รัตนานุกงศ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาสละเวลามาให้คำแนะนำและตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ นายแพทย์ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ที่กรุณาเมตตาสละเวลาฝึกสอน ให้คำปรึกษา แนะนำและอนุญาตให้ใช้โปรแกรมการฝึกสติบำบัด MBTC มาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้และได้ให้เกียรติเป็นกรรมการร่วม สอบป้องกันวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ฝ่ายการพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการเก็บ ข้อมูลเป็นอย่างดี และ ผู้เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดตามเฝ้าติดตามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

ขอขอบคุณ ทนุรัชดาภิเษกสมโภช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีงบประมาณ 2562 ที่ สนับสนุนเงินทุนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และทุกคนในครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง รวมถึงเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ กัลยาณมิตรทุกคนที่คอยให้กำลังใจที่ตีเสมอมา

สุดท้ายแล้วขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีได้เอ่ยนาม ที่ได้ให้แรงสนับสนุนในงานวิจัยครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
1.3 คำถามการวิจัย.....	2
1.4 สมมติฐานการวิจัย.....	2
1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น.....	3
1.6 คำนิยามเชิงปฏิบัติการ.....	3
1.7 กรอบแนวความคิดในการวิจัย.....	5
1.8 ขั้นตอนการดำเนินการของกลุ่มทดลอง (ได้รับโปรแกรม FAST model + MBTC).....	6
1.9 ขั้นตอนการดำเนินการของกลุ่มควบคุม (ได้รับโปรแกรม FAST model).....	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสารเมทแอมเฟตามีนและการเสพติดสารเมทแอมเฟตามีน.....	8
2.2 ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการเสพติดและกลไกการกลับมาเสพติดซ้ำ.....	10
2.3 การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดในประเทศไทย.....	13
2.3.1 การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ (FAST Model).....	15

2.3.2 โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC : Mindfulness – Based Therapy and Counseling program).....	18
2.4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้โปรแกรมสติบำบัดในการบำบัดผู้ติดสารเสพติดและภาวะทางจิตเวช.....	21
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	25
3.1 รูปแบบการวิจัย	25
3.2 ระเบียบวิธีวิจัย.....	25
3.2.1 สถานที่ศึกษาวิจัย	25
3.2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	25
3.2.3 ขั้นตอนการทดลองของโปรแกรมสติบำบัด (MBTC : Mindfulness – Based Therapy and Counseling program).....	28
3.2.4 การวัดและการสังเกต.....	30
3.2.5 วิธีการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล	35
3.2.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	37
3.3 ข้อพิจารณาทางจริยธรรม	38
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	39
4.1 ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง.....	40
4.1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล.....	40
4.1.2 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด.....	42
4.1.3 ปัจจัยสนับสนุนการเสพยาเสพติด	44
4.1.4 ข้อมูลด้านความเครียด.....	46
4.1.5 ข้อมูลด้านความซึมเศร้า.....	49
4.1.6 ข้อมูลด้านการมีสติ	51
4.1.7 ข้อมูลด้านความอยากเสพยาเมทแอมเฟตามีน	53
4.1.8 ข้อมูลผลการประเมินอาการติดสารเสพติด	55

4.2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ	58
4.2.1 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารเมทแอมเฟตามีน	60
4.2.2 ผลการประเมินอาการทางจิตเวช (M.I.N.I.) ร่วมกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ต่อการกลับมาเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ	63
4.2.3 ผลการตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ	65
4.2.4 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการมีสติ	68
4.2.5 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความเครียด	72
4.2.6 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้า	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	79
5.1 สรุปผลการวิจัย	79
5.1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	79
5.1.2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ	80
5.1.3 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการมีสติ ความเครียดและความซึมเศร้า	82
5.2 อภิปรายผลการศึกษา	84
5.2.1 โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพซ้ำ	84
5.2.2 คุณลักษณะสำคัญของกลุ่มตัวอย่าง	85
5.2.3 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพซ้ำ	86
5.3 ข้อจำกัดของงานวิจัย	93
5.4 จุดแข็งของงานวิจัย	94
5.5 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	94
5.6 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	96
บรรณานุกรม	97

ประวัติผู้เขียน..... 159



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	40
ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพสารเสพติด ...	43
ตาราง 3 ปัจจัยสนับสนุนในการเสพสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านชุมชน ครอบครัว รายได้ และความภาคภูมิใจในตนเอง	45
ตาราง 4 คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนจะเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู .	47
ตาราง 5 ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู	48
ตาราง 6 คะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู	50
ตาราง 7 ระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู	51
ตาราง 8 คะแนนเฉลี่ยการมีสติของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู	52
ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารเมทแอมเฟตามีนของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเข้ารับการ บำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู.....	54
ตาราง 10 ระดับความอยากเสพสารเมทแอมเฟตามีนของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดใน ขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู	55
ตาราง 11 ลักษณะอาการติดสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน (ร้อยละ)) ก่อนที่จะเข้ารับการ บำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู.....	57
ตาราง 12 คะแนนเฉลี่ย จำนวนและร้อยละของตัวแปรข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพยาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ก่อนเข้ารับการ บำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู.....	59
ตาราง 13 ความแตกต่างของคะแนนความอยากเสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมตามระยะเวลาที่ติดตามผล โดยใช้สถิติ Generalized mixed model.....	61
ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีแนวโน้มกลับ/ไม่กลับไปเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำจากแบบ ประเมินอาการทางจิตเวช (M.I.N.I.) ร่วมกับการวินิจฉัยจากแพทย์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมตามระยะเวลาที่ติดตามผล	64

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะระหว่างกลุ่มทดลอง และและกลุ่มควบคุมตามระยะเวลาที่ติดตามผล.....	66
ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีคุณสมบัติตามตัวชี้วัดหลักทั้ง 3 ข้อ ของการกลับมาเสพสาร เมทแอมเฟตามีนซ้ำ ณ ช่วงสิ้นสุดการติดตามผล 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้านระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	67
ตาราง 17 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการมีสติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตาม ระยะเวลาที่ติดตามโดยใช้สถิติ Generalized mixed model.....	69
ตาราง 18 จำนวนและร้อยละของการฝึกสมาธิและสติในชีวิตประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมตามระยะเวลาที่ติดตามผล.....	71
ตาราง 19 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตาม ระยะเวลาที่ติดตามผล โดยใช้สถิติ Generalized mixed model.....	73
ตาราง 20 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตาม ระยะเวลาที่ติดตามโดยใช้สถิติ Generalized mixed model.....	75
ตาราง 21 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีความเครียด ความซึมเศร้าลดลงและการมีสติเพิ่มขึ้น ณ ช่วง สิ้นสุดการติดตามผล 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (เมื่อเทียบกับ คะแนนก่อนเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู).....	77
ตาราง 22 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 6 ข้อ ณ ช่วงสิ้นสุดการติดตามผล 6 เดือน หลังจำหน่ายกลับบ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (เมื่อเทียบกับคะแนนก่อนเข้ารับ การบำบัดฟื้นฟู).....	78

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ภาพ 2 ขั้นตอนการดำเนินการของกลุ่มทดลอง.....	6
ภาพ 3 ขั้นตอนการดำเนินการของกลุ่มควบคุม	7
ภาพ 4 กลไกของการกลับไปเสพติด.....	12
ภาพ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความอยากเสพติดแอมเฟตามีน (crude) ระหว่างกลุ่มทดลอง(FAST+MBTC) และกลุ่มควบคุม (FAST) ตามระยะเวลาที่ติดตามผล	62
ภาพ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีสติ (crude) ระหว่างกลุ่มทดลอง (FAST+MBTC) และกลุ่มควบคุม (FAST) ตามระยะเวลาที่ติดตามผล	70
ภาพ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียด (crude) ระหว่างกลุ่มทดลอง (FAST+MBTC) และกลุ่มควบคุม (FAST) ตามระยะเวลาติดตามผล	74
ภาพ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความซึมเศร้า (crude) ระหว่างกลุ่มทดลอง (FAST+MBTC) และกลุ่มควบคุม (FAST) ตามระยะเวลาติดตามผล	76

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก เพราะส่งผลกระทบต่อหลายมิติทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อตัวผู้เสพสาร ประเทศไทยโดยกรมสุขภาพจิตได้มีการสำรวจความชุกและปัญหาสารเสพติดทุก 5 ปี และจากรายงานเมื่อปี พ.ศ. 2556⁽¹⁾ ที่สำรวจกลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไปทั่วประเทศไทย ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 4,727 คน พบความชุกของพฤติกรรมกรรมการเสพติดสาร (Substance use disorders) ชั่วชีวิตสูงถึงร้อยละ 30.8 ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนที่สูงมากเมื่อเทียบกับนานาชาติ และจากรายงานข้อมูลทางสถิติของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ซึ่งเป็นสถานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย พบว่า แนวโน้มของจำนวนผู้เข้ารับการรักษาบำบัดสูงขึ้นทุกปีจาก 5,589 ราย ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 6,200 ราย ในปี พ.ศ. 2561 และแม้ว่ามีสถานการณ์โรคระบาดโควิดเกิดขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 ก็ยังคงพบจำนวนผู้เข้ารับการรักษาบำบัดมากถึง 5,638 ราย และพบจำนวน 5,188 ราย ในปี พ.ศ. 2563 นอกจากนี้ยังพบจำนวนผู้ป่วยที่กลับมาเสพยาซ้ำเพิ่มขึ้นจาก 804 ราย ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 962 ราย ในปี พ.ศ. 2563 โดยพบว่าประเภทของสารเสพติดที่มีผู้เข้ารับการรักษาบำบัดในแผนกผู้ป่วยในจำนวนมากที่สุด คือ สารเมทแอมเฟตามีน ซึ่งพบจำนวน 1,539 ราย (63.2%) ในปี พ.ศ. 2560 และ 1,174 ราย (62.8%) ในปี พ.ศ. 2563⁽²⁾

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้ใช้แนวทางการบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูการติดยาเสพติด พ.ศ. 2545⁽³⁾ ที่กำหนดไว้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนรักษา ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดรักษาด้วยยา ขั้นตอนที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ (FAST model) รวมระยะเวลาในการบำบัด 3 ขั้นตอนนี้ประมาณ 1 ปี และในขั้นตอนที่ 4 คือการติดตามการรักษาไปอีก 1 ปี ซึ่งพบจำนวนของผู้ที่กลับเข้ามารักษาซ้ำยังมีจำนวนสูงถึง 1,543 ราย ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการบำบัดที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังมีช่องว่างหรือจุดอ่อนที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดกลับมาเสพยาซ้ำ เพื่อเป็นการลดช่องว่างดังกล่าว นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาโปรแกรม “สติบำบัด” (MBTC: Mindfulness – Based Therapy and Counseling program)⁽⁴⁾ ขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพยาซ้ำอีก โดยเน้นการจัดการอารมณ์ ความทุกข์ และความเครียดด้วยสติมากกว่าการปรับวิธีคิดและพฤติกรรมด้วยหลักพฤติกรรมบำบัด (Cognitive Behavior Therapy) ที่ใช้เป็นหลักในการบำบัดผู้ติดยาเสพติดในปัจจุบัน โดยผู้ที่สามารถเข้ารับโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ได้ คือ ผู้ที่มี

ปัญหาสุขภาพจิตไม่ว่าจะเป็นความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และพฤติกรรมการเสพติด ตลอดจนปัญหาความไม่สุขสบายจากโรคทางกายเรื้อรัง โดยใช้ได้ทั้งกับผู้ป่วยและญาติ

จากผลการวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่า สติบำบัดสามารถช่วยบรรเทาอาการของภาวะทางจิตเวช ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า⁽⁵⁾ ภาวะกลัวหรือวิตกกังวลมากเกินไป⁽⁶⁾ ภาวะเครียด⁽⁷⁾ ภาวะติดสารเสพติด⁽⁸⁾ ได้ เมื่อปี พ.ศ. 2560 นายแพทย์ยงยุทธและคณะ จึงได้มีการนำโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ไปใช้ในผู้ที่ติดสุราในชุมชนทั่วประเทศไทยจำนวน 26 พื้นที่⁽⁹⁾ พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดเป็นผู้ดื่มสุราจำนวน 548 ราย เป็นผู้ติดสุราจำนวน 206 ราย หลังการบำบัดเสร็จสิ้น 1 เดือน พบจำนวนผู้ที่สามารถงดดื่มสุราได้จำนวน 420 ราย (คิดเป็นร้อยละ 76.6) และหลังการบำบัดเสร็จสิ้น 3 เดือนพบจำนวนผู้ที่สามารถงดดื่มสุราได้จำนวน 433 ราย (คิดเป็นร้อยละ 79.0) นอกจากนี้ยังพบจำนวนผู้ที่ตั้งใจจะงดดื่มสุราตลอดชีวิต 156 ราย (คิดเป็นร้อยละ 28.5) อย่างไรก็ตามยังไม่ได้มีการนำโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ไปใช้ในผู้ที่ติดสารเมทแอมเฟตามีนซึ่งเป็นปัญหาหลักของประเทศ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพติดในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีน โดยหวังว่าโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) จะช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดไม่กลับมาเสพติดและสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งผลการศึกษาที่ได้อาจนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาปรับปรุงหรือเพิ่มเติมขั้นตอนในการบำบัดผู้ติดสารเสพติดที่ใช้อยู่ในปัจจุบันให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพติดเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีน

1.3 คำถามการวิจัย

เมื่อได้รับโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ร่วมกับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model สามารถช่วยลดจำนวนการกลับมาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีนได้แตกต่างจากการได้รับการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model อย่างเดียวหรือไม่ อย่างไร

1.4 สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีนด้วยโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ร่วมกับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model พบจำนวนการกลับมาเสพติดแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model อย่างเดียว

1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น

1. การศึกษานี้ได้เริ่มใช้โปรแกรม MBTC ในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟูของโปรแกรม FAST model
2. การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีนที่มีสัญชาติไทย ยหหผู้ป่วยหยก (หหผู้ป่วยชาย) และหหผู้ป่วยมุกดา (หหผู้ป่วยหญิง) ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เนื่องจากเป็นหหผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟูในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพตามกระบวนการของโปรแกรม FAST model
3. หหผู้ป่วยหยก (ชาย) และหหผู้ป่วยมุกดา (หญิง) มีสภาพแวดล้อมที่ใกล้เคียงกัน และได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบเดียวกัน โดยบุคลากรทางการแพทยักลุ่มเดียวกัน (จิตแพทยัและพยาบาลที่ได้รับการอบรมการบำบัดผู้ติดยาเสพติดที่ประจำการภายในสถาบันฯ)
4. ผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการวิจัยที่หหผู้ป่วยหยก (ชาย) (ทุกวันศุกร์) และหหผู้ป่วยมุกดา (หญิง) (ทุกวันเสาร์) ในช่วงสัปดาห์เดียวกันของแต่ละขั้นตอน ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยเริ่มทำการทดลองให้แก่ผู้ป่วยรายแรกในกลุ่มทดลองเมื่อผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้รับการจำหน่ายกลับบ้านครบทุกรายแล้ว ทั้งนี้เพื่อป้องกันอคติที่อาจเกิดขึ้นจากการการส่งต่อข้อมูล (contaminate bias)

คำสำคัญ

(ภาษาไทย) การฝึกสติบำบัด การกลับมาเสพติด การติดสารเมทแอมเฟตามีน

(ภาษาอังกฤษ) Mindfulness – Based Therapy and Counseling program (MBTC), Relapse, Methamphetamine – dependency

1.6 คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

- สารเมทแอมเฟตามีน หมายถึง สารสังเคราะห์ที่เป็นอนุพันธ์หนึ่งของแอมเฟตามีน มีรูปแบบชนิดเม็ด (ยาบ้า) ชนิดเกล็ด (ไอซ์) ชนิดผง (สปีด) และชนิดเบส เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายแล้วจะทำให้เกิดความเคลิบเคลิ้มและเกิดการเสพติด และเมื่อเสพในปริมาณมากจะสามารถทำลายเซลล์สมองก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายได้⁽¹⁰⁾

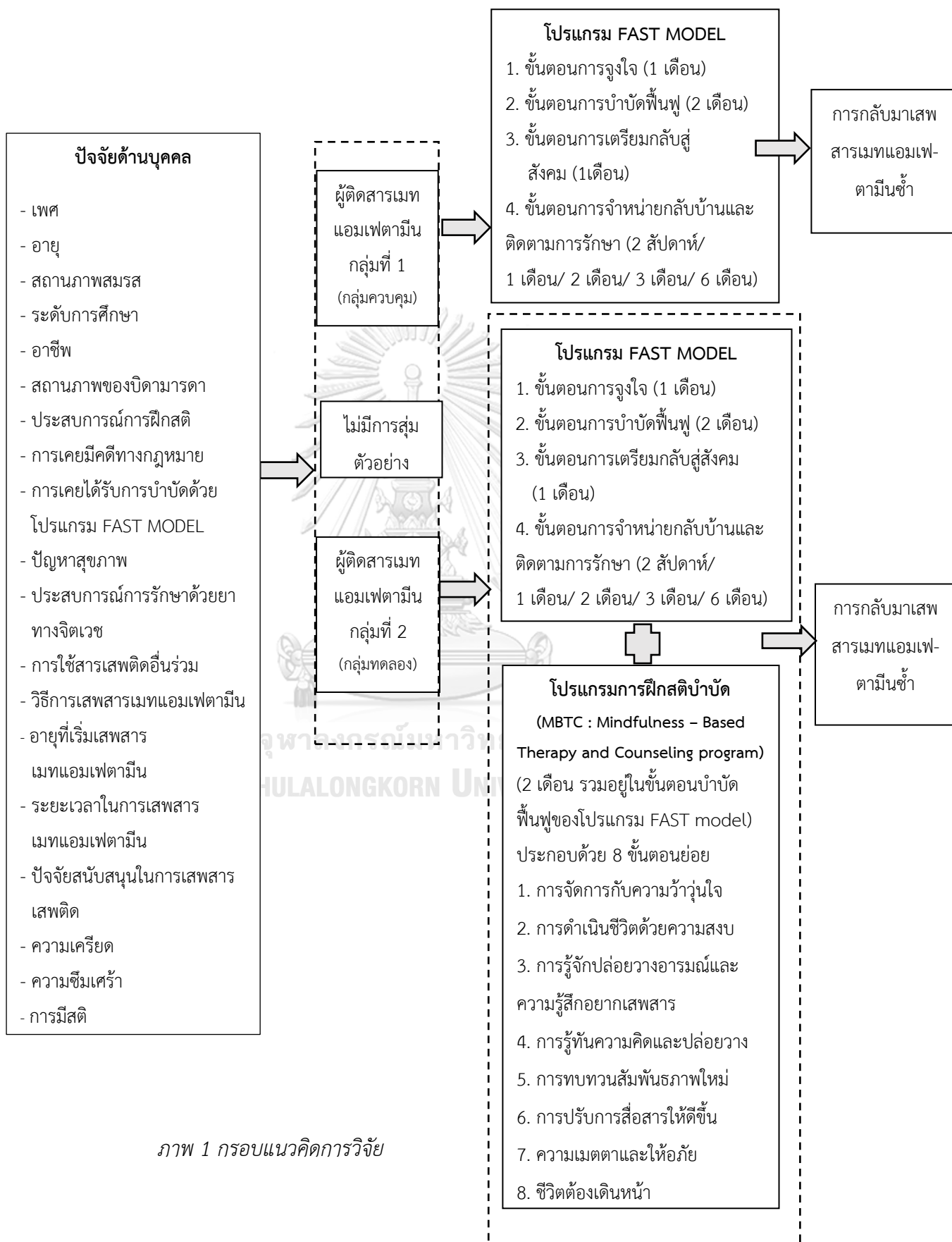
- ผู้ติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทยัว่ามีภาวะการติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดในหหผู้ป่วยหยก (ชาย) และหหผู้ป่วยมุกดา (หญิง) ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีในระยะเวลาที่ทำการวิจัย⁽¹¹⁾ โดยมีผลบวกจากการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปีสวาระ⁽¹²⁾ และมีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย 3 ข้อใน 7 ข้อจากการประเมินตามแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการติดยาเสพติดฉบับภาษาไทย Mini International Neuropsychiatric Interview- lifetime (M.I.N.I- lifetime)⁽¹³⁾

- โปรแกรม FAST Model⁽¹²⁾ หมายถึง รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนจูงใจ 2) ขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู 3) ขั้นตอนเตรียมกลับสู่สังคม 4) ขั้นตอนการจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้เริ่มเก็บข้อมูลในขั้นตอนที่ 2 คือ ขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู และได้ทำการติดตามไปอีก 6 เดือนหลังการจำหน่ายกลับบ้าน

- โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC: Mindfulness – Based Therapy and Counseling program)⁽⁴⁾ หมายถึง รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยการใช้สติจัดการกับอารมณ์ ความทุกข์ และความเครียดที่เป็นตัวกระตุ้นก่อให้เกิดการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ 1. การจัดการกับความว้าวุ่นใจ 2. การดำเนินชีวิตด้วยความสงบ 3. การรู้จักปล่อยวางอารมณ์และความรู้สึกอยากเสพยา 4. การรู้ทันความคิดและปล่อยวาง 5. การทบทวนสัมพันธภาพใหม่ 6. การปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น 7. ความเมตตาและให้อภัย และ 8. การมีชีวิตต้องเดินหน้า รวบรวมระยะเวลาของโปรแกรม 2 เดือน ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้นำไปใช้ร่วมกับการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model ในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟูของสถาบันฯ

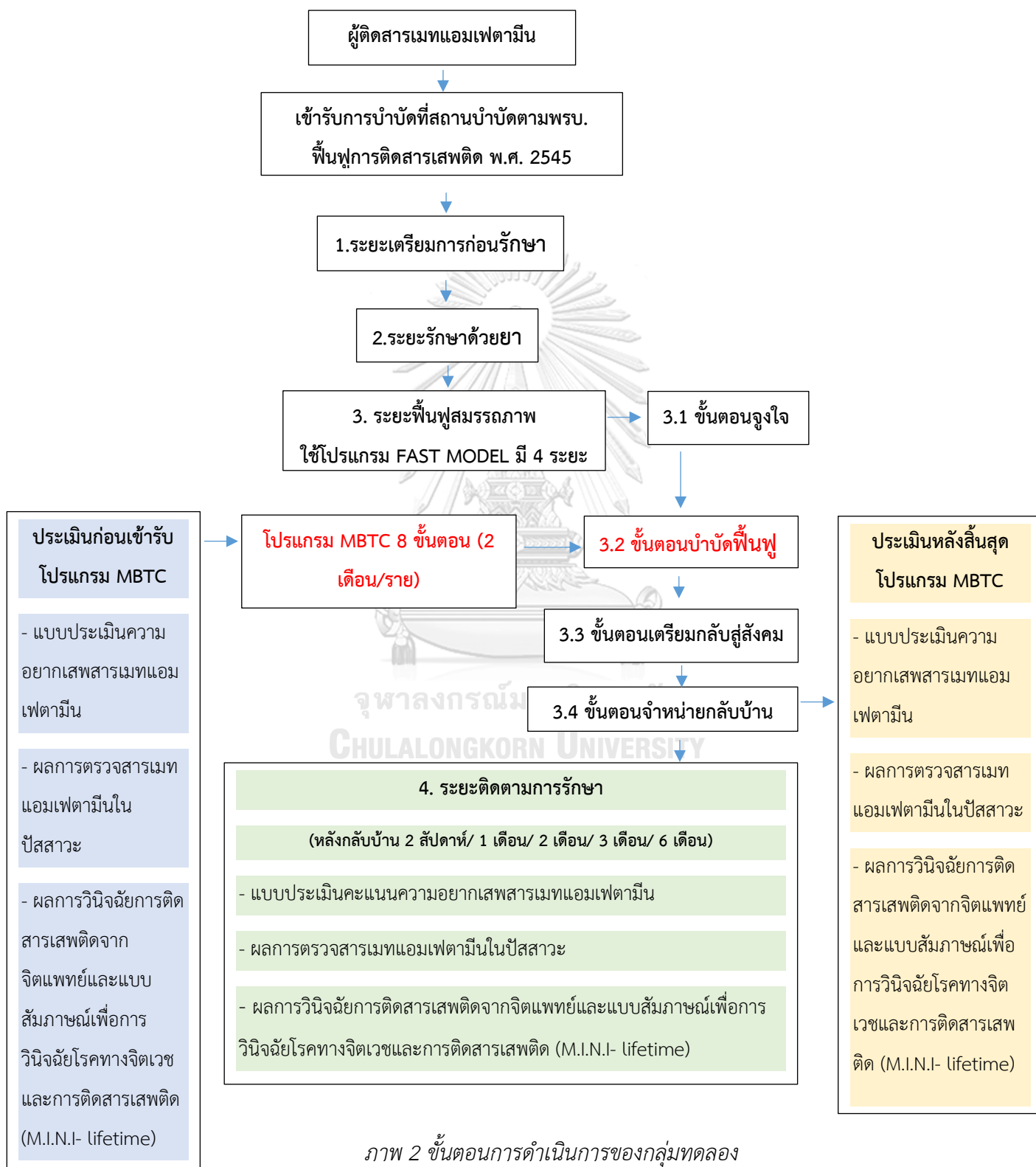
- การกลับมาเสพติด หมายถึง พฤติกรรมการใช้สารเมทแอมเฟตามีนของผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีนหลังจากได้รับการจำหน่ายกลับบ้านแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้งในสัปดาห์ที่ 2 เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 หรือเดือนที่ 6 โดยมี 3 ดัชนีชี้วัด คือ 1.) ค่าคะแนนความอยากเสพยาเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับคะแนนก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู 2.) ผลการตรวจพบสารสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะมากกว่า 1 ไมโครกรัมต่อปัสสาวะ 1 มิลลิลิตร⁽¹²⁾ 3.) ผลการวินิจฉัยของจิตแพทย์ว่ามีแนวโน้มของการกลับมาเสพติดและการมีอาการเข้าเกณฑ์การประเมินการกลับมาเสพติดตามแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการติดสารเสพติดฉบับภาษาไทย Mini International Neuropsychiatric Interview- lifetime (M.I.N.I.- lifetime)⁽¹³⁾ จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อใน 7 ข้อ แต่หากผลการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะน้อยกว่า 1 ไมโครกรัมต่อปัสสาวะ 1 มิลลิลิตร ร่วมกับผลการวินิจฉัยของจิตแพทย์ว่าไม่มีแนวโน้มของการกลับมาเสพติดหรือมีอาการเข้าเกณฑ์การประเมินตามแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการติดสารเสพติดฉบับภาษาไทย Mini International Neuropsychiatric Interview- lifetime (M.I.N.I.- lifetime) น้อยกว่า 3 ข้อใน 7 ข้อ แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมเสพติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ

1.7 กรอบแนวความคิดในการวิจัย



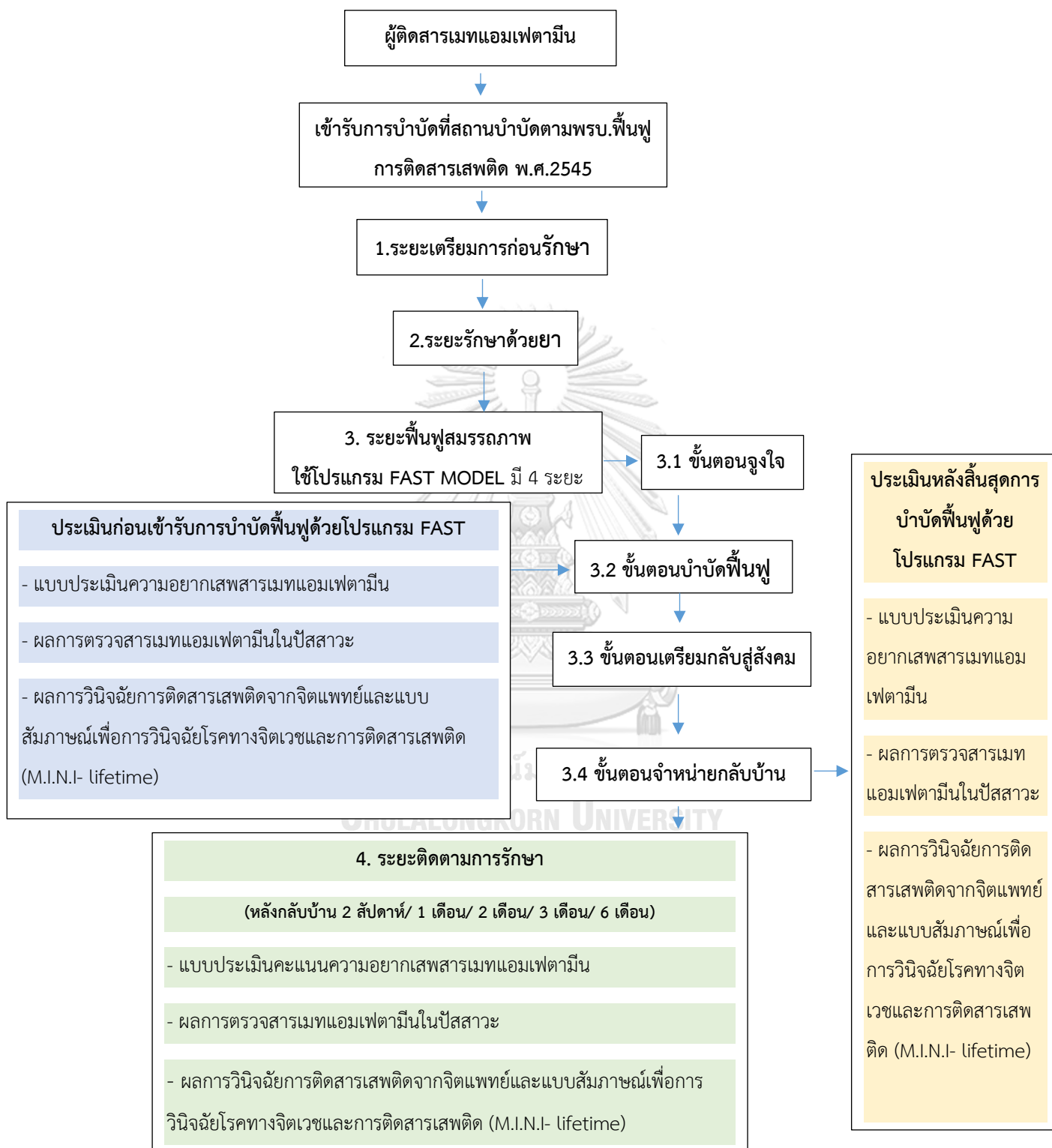
ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.8 ขั้นตอนการดำเนินการของกลุ่มทดลอง (ได้รับโปรแกรม FAST model + MBTC)



ภาพ 2 ขั้นตอนการดำเนินการของกลุ่มทดลอง

1.9 ขั้นตอนการดำเนินการของกลุ่มควบคุม (ได้รับโปรแกรม FAST model)



ภาพ 3 ขั้นตอนการดำเนินการของกลุ่มควบคุม

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสารเมทแอมเฟตามีนและการเสพติดสารเมทแอมเฟตามีน
2. ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการเสพติดและกลไกการกลับมาเสพติดซ้ำ
3. โปรแกรมการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่ใช้ในประเทศไทย
 - 3.1 โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟู FAST model
 - 3.2 โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งของไทยและเทศที่เกี่ยวข้องการใช้โปรแกรมการฝึกสติบำบัด

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสารเมทแอมเฟตามีนและการเสพติดสารเมทแอมเฟตามีน^(10, 11)

ประเภทของเมทแอมเฟตามีน

เมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) เป็นสารสังเคราะห์อนุพันธ์หนึ่งของแอมเฟตามีน ที่พบการระบาดมากที่สุดในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก มีหลายลักษณะดังต่อไปนี้

1. เมทแอมเฟตามีนชนิดเม็ด (methamphetamine tablet) ในประเทศไทยรู้จักกันในนาม “ยาบ้า” เป็นรูปแบบที่แพร่หลายมากในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ ประเทศกัมพูชา ลาว ไทย และเวียดนาม มีลักษณะเป็นยาเม็ดกลมแบน เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 6-8 มิลลิเมตร หนาประมาณ 3 มิลลิเมตร น้ำหนักประมาณ 80-100 มิลลิกรัม มีสีต่างกัน เช่น สีส้ม สีม่วง สีเขียว สีเหลืองและสีชมพู เป็นต้น ในแต่ละเม็ดยาประกอบด้วยเมทแอมเฟตามีนและคาเฟอีนเป็นหลัก ผู้เสพจะเสพโดยการรับประทานหรือการนำไปบดเป็นผงเพื่อเผาไฟและสูบควัน ปัจจุบันพบการนำไปผสมน้ำเพื่อฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำด้วย

2. เมทแอมเฟตามีนชนิดเกล็ด (crystal methamphetamine) เป็น methamphetamine hydrochloride หรือไอซ์ มีชื่อเรียกอื่นๆ เช่น ชาบู (shabu) หรือคริสตัลเมท (crystal meth) เป็นเมทแอมเฟตามีนที่มีความบริสุทธิ์ค่อนข้างสูง และอยู่ในรูปที่สามารถสูบควันได้ มีฤทธิ์เสพติดรุนแรงกว่าเมทแอมเฟตามีนในรูปแบบอื่นๆ ไอซ์มีแหล่งผลิตอยู่ในเอเชีย นิยมเสพโดยวิธีสูบควัน บางครั้งเรียกว่า “ไล่จับมั่งกร” เป็นคำเดียวกับที่ใช้เรียกรูปการสูบฝิ่นหรือเฮโรอีน นอกจากนี้ยังพบการเสพด้วยวิธีการสูดดมเข้าทางจมูก (ฉีด) การรับประทาน หรือ การฉีด อีกด้วย

3. เมทแอมเฟตามีนชนิดผง หรือที่รู้จักกันในชื่อ “สปีด” (speed) พบบ้างในประเทศกัมพูชา อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น และประเทศไทย แต่เป็นที่นิยมอย่างมากในประเทศออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา สีของเมทแอมเฟตามีนชนิดผงจะขึ้นอยู่กับสารเคมีที่ใช้ในกระบวนการผลิต อาจมีสีขาวตุ่น ไปจนถึง น้ำตาลอมแดง มักเสพโดยการฉีดหรือนัตถุ์ และอาจพบการเสพโดยการรับประทานหรือสูบด้วย

4. เมทแอมเฟตามีนเบส (methamphetamine base) เป็นลักษณะน้ำมันข้นๆ (oil) ไม่ค่อยมีการจำหน่าย เพราะไม่สามารถนำไปเสพโดยการฉีดหรือนัตถุ์ได้สะดวก และผู้ที่ใช้วิธีการฉีดมักจะมี ปัญหาเรื่องเส้นโลหิต ผู้ผลิตจึงต้องพยายามแปลงเมทแอมเฟตามีนเบสในรูปน้ำมันให้มีความบริสุทธิ์ ขึ้นจนกลายเป็นเมทแอมเฟตามีนชนิดเกล็ดหรือไอซ์ จากนั้นใช้ความร้อนสูงในการทำให้ละลายจน สามารถนำไปฉีดได้

ผลจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีน

เมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางอย่างรุนแรงและ เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทโดปามีน (dopamine) ซีโรโทนิน (serotonin) และ นอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) ส่งผลต่อระบบความพึงพอใจที่สมอง (the mesolimbic reward pathways) ทำให้เกิดความรู้สึกสุขเมื่อเสพสารเข้าไปในระยะแรก แต่เมื่อเสพเป็นระยะเวลานานและมีปริมาณการเสพที่มากขึ้นจะทำให้เกิดการหลั่งสารโดปามีนมากเกินไปจนกลายเป็นสารอนุมูลอิสระที่ ไปทำลายเซลล์สมองในทันที⁽¹²⁾

การใช้สารเมทแอมเฟตามีนสามารถส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจดังนี้

1. ผลทางด้านร่างกาย (physical effects) ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร (anorexia) รูม่านตา ขยาย (dilated pupils) หน้าแดง (flushing) ปากแห้ง (dry mouth) ปวดศีรษะ (headache) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (tachycardia) หัวใจเต้นช้าผิดปกติ (bradycardia) หายใจเร็ว (tachypnea) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ท้องเสีย (diarrhea) ท้องผูก (constipation) การมองเห็นไม่ชัดเจน (blurred vision) ไม่สามารถควบคุมการพูดได้ (aphasia) กล้ามเนื้อกระตุก (twitches) นอนไม่หลับ (insomnia) สั่นกระตุก (tremors) มีผื่นและเกิดสิว (acne) และหากเสพสารเป็นระยะเวลานานหรือ ในปริมาณที่มากจนเกินไปจะสามารถทำให้เกิดอาการชัก (convulsions) หัวใจล้มเหลว (heart attack) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และเสียชีวิตได้

2. ผลทางด้านจิตใจ (psychological effects) ทำให้เกิดความรู้สึกต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น (increased libido) รู้สึกมีสมาธิเพิ่มขึ้น (increased concentration) รู้สึกมีพลังเพิ่มขึ้น (increased energy) รู้สึกนับถือในตนเองเพิ่มขึ้น (increased self-esteem) รู้สึกเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น (increased self-confidence) รู้สึกกล้ามีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพิ่มขึ้น (increased sociability) แต่มี อารมณ์หงุดหงิดได้ง่ายขึ้น (increased irritability) มีความรู้สึกวิตกกังวลสูงขึ้น (anxiety) และเมื่อ

เสพเป็นระยะเวลาานหรือเสพปริมาณที่มากจนเกินไปจะก่อให้เกิดโรคทางจิตจากการติดสารเมทแอมเฟตามีน (amphetamine induce psychosis) ได้ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจะคล้ายกับอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอน หูแว่ว หรือมีความคิดหลงผิด หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย เกิดขึ้นได้

2.2 ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการเสพติดและกลไกการกลับมาเสพสารซ้ำ⁽¹⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม⁽¹⁵⁻¹⁹⁾ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการเสพสารเสพติด แบ่งเป็น *ปัจจัยด้านบุคคล* ได้แก่ ทักษะการเผชิญปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม ขาดความภูมิใจและการรับรู้ความสามารถในตนเองบกพร่อง พื้นฐานทางอารมณ์ไม่มั่นคง มีประสบการณ์หรือได้เรียนรู้การใช้สารเสพติดที่ไม่เหมาะสม มีความเชื่อหรือทัศนคติต่อการใช้สารเสพติดที่ไม่ถูกต้อง ใน *ปัจจัยด้านพฤติกรรม* ได้แก่ การใช้สารเสพติดเพื่อเป็นพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ การใช้สารเสพติดในการหารายได้ การขาดทักษะเชิงพฤติกรรมในการปฏิเสธสารเสพติด การใช้สารเสพติดเพื่อเบี่ยงเบนความเจ็บปวดของโรคทางกายและการมีพฤติกรรมเลียนแบบจากบุคคลใกล้ชิด ส่วน *ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม* ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน เพื่อน และสังคม ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ได้รวบรวมปัจจัยหลักที่สนับสนุนการเสพติดซ้ำไว้ คือ คนในครอบครัว เพื่อน หรือคนในชุมชนมีการใช้หรือจำหน่ายสารเสพติด การขาดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันของคนในครอบครัวและในชุมชน ความเพียงพอของรายได้ในการใช้ชีวิตประจำวัน การเคยมีรายได้หลักจากการขายสารเสพติด และการขาดความภาคภูมิใจในตนเอง

การกลับมาเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด

การติดยาเสพติดนับเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง การกลับไปเสพซ้ำก็เหมือนกับการมีอาการกำเริบของโรคเรื้อรังหรือโรคทางจิตเวช ส่วนใหญ่ผู้ติดสารเสพติดจะพบอัตราการกลับไปเสพซ้ำภายใน 1 ปี แรก ได้มากถึงประมาณร้อยละ 96.7 โดยพบอัตราการกลับไปเสพซ้ำภายในเดือนแรกประมาณร้อยละ 54.6 และพบอัตราการกลับไปเสพซ้ำในช่วงเวลา 1 ถึง 3 เดือนได้ประมาณร้อยละ 31.8 นอกจากนี้ยังพบอัตราการกลับไปเสพซ้ำภายใน 6 เดือนประมาณร้อยละ 93.3 ซึ่งเป็นอัตราที่ใกล้เคียงกับอัตราการกลับไปเสพซ้ำในระยะเวลา 1 ปี⁽¹⁴⁾ และนับเป็นอัตราที่มีการการกลับไปเสพซ้ำสูงมาก

ความหมายของการกลับไปเสพซ้ำ⁽¹⁴⁾

การกลับไปเสพซ้ำ (relapse) หมายถึง พฤติกรรมของผู้ติดสารเสพติดที่เริ่มต้นใหม่ในการใช้สารเสพติดอีกครั้ง หรือมีการใช้ในชีวิตประจำวันหลังจากที่มีการหยุดใช้สารเสพติดหรือหลังจากการได้รับการบำบัดรักษาเสพติดในรูปแบบต่างๆ มาเป็นเวลาระยะหนึ่ง ซึ่งการกลับไปเสพซ้ำมีลักษณะหลายระดับ ดังนี้

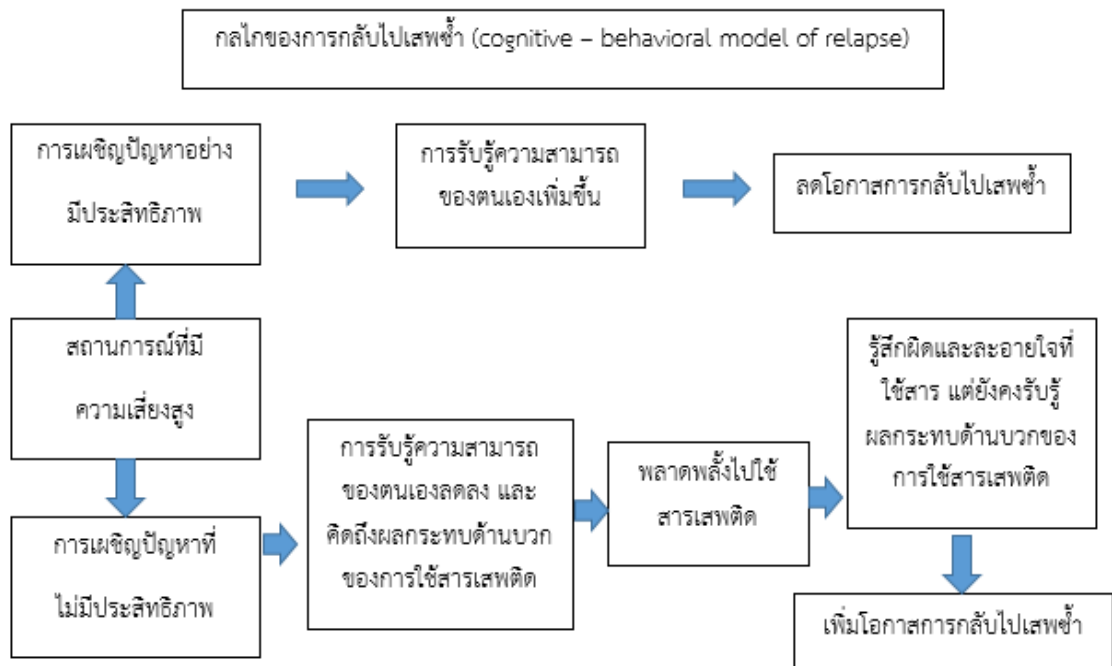
1. พลาด (slip) คือ การกลับไปใช้ซ้ำในระหว่างที่ผู้ใช้มีอาการถอนพิษยา
2. เสพชั่วคราว (lapse) คือ การใช้สารเสพติดซ้ำน้อยกว่า 7 วันติดต่อกัน
3. กลับไปเสพติด (relapse) คือ การกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำนานกว่า 7 วัน
4. การกลับไปเสพสารเสพติดสลับกับการรักษา (relapse episode) คือ ระยะเวลาที่กลับไปเสพซ้ำนานเกิน 7 วันและยังอยู่ในระหว่างการเข้ารับการบำบัดรักษา
5. การกลับไปติดสารเสพติดซ้ำ (re-addiction) คือ มีการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำต่อเนื่องนานกว่า 30 วันโดยสารเสพติดส่งผลต่อร่างกาย จิตใจและกิจวัตรประจำวัน

กลไกของการกลับไปเสพติดซ้ำ⁽¹⁴⁾

ผู้ป่วยสารเสพติดเมื่อหยุดใช้สารเสพติดแล้วต้องไปเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงทั้งที่เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลนั้น จะถูกกระตุ้นให้เกิดความเชื่อเดิมอีกครั้งว่า เมื่อตนใช้สารเสพติดแล้วตนจะสามารถมีความสุขคลายความทุกข์ลงได้จนเกิดเป็นความคิดอัตโนมัติซ้ำ ๆ จนไม่สามารถยับยั้งพฤติกรรมการใช้สารเสพติดได้ ส่งผลให้ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (self - efficacy) ลดลง และคิดว่าไม่มีประโยชน์ที่จะหักห้ามใจตนเองอีกต่อไป ประกอบกับความรู้สึกละเอียดใจที่ตนเองเคยพลาดพลั้งใช้สารเสพติด ภายใต้อาการดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะกลับไปเสพติดซ้ำอยู่เสมอ หากผู้ป่วยยังคงไม่สามารถที่จะพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหาแบบใหม่ได้

สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง นั้นคือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมกับการใช้สารจนทำให้เกิดความรู้สึกอยากกลับไปเสพติดซ้ำ อาจจำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องระหว่างบุคคล ที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดตามมา เช่น ความขัดแย้งระหว่างบุคคล การต่อสู้ ความหึงหวง การทะเลาะ ความละเอียดใจต่อคนอื่น
2. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล ที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดตามมา เช่น
 - อารมณ์ต่าง ๆ ได้แก่ อารมณ์โกรธ อารมณ์กังวล อารมณ์กลัว
 - ความรู้สึก ได้แก่ ความรู้สึกอยากเสพ ความรู้สึกเหนื่อย ความรู้สึกเครียด ความรู้สึกเศร้า



ภาพ 4 กลไกของการกลับไปเสพซ้ำ

การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (relapse prevention)⁽¹⁴⁾

เป็นการผสมผสานการฝึกทักษะการควบคุมตนเอง (self-control) กับหลักการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral model) ซึ่งเป็นรูปแบบที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางพฤติกรรมอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะผู้ติดสารเสพติด เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยาก แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาแล้วก็ตามอาจมีโอกากลับไปมีพฤติกรรมเดิม ซึ่งตามแนวคิดของการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำนั้นจะใช้วิธีการยับยั้งพฤติกรรม (inhibition) จากสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมตามเป้าหมาย เป็นวิธีการรักษาที่สอนให้ผู้ป่วยได้ค้นหาความคิด ความรู้สึก บุคคล และสถานการณ์ที่กระตุ้นเตือนให้ตนเองไม่กลับไปใช้สารเสพติดอีก ดังนั้นผู้บำบัดต้องแนะนำให้ผู้ป่วยหาวิธีการจัดการกับสถานการณ์เหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ต้องใช้สารเสพติด

องค์ประกอบของการรักษาและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ⁽¹⁴⁾

1. การฝึกการเผชิญปัญหาให้กับผู้ป่วย เพื่อรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะแรกๆ ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การเผชิญกับการเรียกร้องและความรู้สึกอยากสารเสพติด

2. การเตรียมพร้อมเมื่อต้องเจอกับสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น ผู้ป่วยจะต้องสามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความเสี่ยงให้ได้ โดยผู้บำบัดต้องให้ข้อมูลในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความเสี่ยงที่เป็นไปได้และช่วยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะในการรับมือกับความท้าทายในการเปลี่ยนนิสัยเดิมของตนเองให้ได้โดยสิ้นเชิง

3. การรับมือกับความคิดและพฤติกรรม (cognitive and behavioral) ในการจัดการกับสัญญาณเตือนของการกลับไปเสพซ้ำและสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง บางครั้งผู้ป่วยมักมีข้อสงสัยในทัศนคติและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองในขณะที่บำบัดฟื้นฟู มีการปฏิเสธและการหาเหตุผลเข้าข้างตนเองซึ่งเป็นความเสี่ยงอย่างมากในการกลับไปเสพซ้ำ ผู้บำบัดควรสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการระบุปัญหาที่เกิดขึ้นและรับมือกับความบิดเบือนของกระบวนการด้านความคิดตนเองให้ได้

4. การมีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและมีความสุข ผู้ป่วยจำนวนมากจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการหาความสุขในชีวิตประจำวัน บางคนจำเป็นต้องหากิจกรรมใหม่ๆ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ควรสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการรับมือกับความเครียดและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตใหม่เพื่อลดความต้องการใช้สารเสพติด

5. การเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์จริงที่ผ่านมาและการคิดเพื่อเป้าหมายใหม่ในอนาคต ความคาดหวังและการเตรียมความพร้อมล่วงหน้าเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลวในระหว่างทางของการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยมักมีความคาดหวังและความต้องการสูงที่จะทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์โดยไม่เกิดข้อผิดพลาด หากมีปัญหาเกิดขึ้นผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองทำไม่ได้ ความคาดหวังในความสมบูรณ์แบบอาจทำให้เกิดความล้มเหลวในการฟื้นฟูสภาพได้ จึงควรมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์จริงที่ผ่านมาและมีเป้าหมายใหม่ในการเดินต่อไปข้างหน้า

2.3 การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดในประเทศไทย

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัดสำหรับผู้ติดสารเสพติด (cognitive - behavioral therapies of substance abuse)⁽²⁰⁾ เริ่มเมื่อประมาณกลางปี ค.ศ. 1980 เดิมหลักจิตบำบัดส่วนใหญ่จะไม่ได้ใช้ในการปรับพฤติกรรมการติดสารเสพติดมากนัก เพราะเชื่อว่าการใช้สารเสพติดเป็นเพียงอาการที่แสดงออกของปัญหาสำคัญบางอย่างที่อยู่ลึกลงไปในจิตใจ แต่ต่อมาพฤติกรรมบำบัดได้กลายเป็นปัญหาที่สำคัญมากขึ้น นักทฤษฎีด้านการเรียนรู้พฤติกรรมและด้านพลวัตทางจิตจึงได้นำหลักจิตบำบัดมาพัฒนาเพื่อใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทฤษฎีหลักในการกำหนดกลยุทธ์การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ในการใช้สารเสพติดและการป้องกันการเสพซ้ำ ซึ่งมีแนวคิดในการบำบัดผู้ติดสารเสพติด ดังนี้

1. การติดสารเสพติดเป็นผลมาจากกระบวนการเรียนรู้และพฤติกรรมที่สลับซับซ้อน
2. กระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมการติดสารเสพติดกำลังได้รับการเรียนรู้อย่างกว้างขวาง

3. กระบวนการเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสารเสพติดได้
4. เป้าหมายหลักของการบำบัดผู้ติดยาเสพติด คือ การเรียนรู้และศึกษาพฤติกรรมเพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดเกิดทักษะปฏิเสธในการใช้สารเสพติด
5. การเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัด ต้องทำการรวบรวมข้อมูลอย่างมากเพื่อให้ได้แนวคิดพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติดเพื่อเลือกเทคนิคในการบำบัดให้เหมาะสม
6. การเรียนรู้และพฤติกรรมบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ผู้บำบัดควรสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้เกิดความอบอุ่นและเกิดกำลังใจกับผู้ป่วย

ต่อมาพระราชบัญญัติฟื้นฟูการติดยาเสพติด พ.ศ. 2545⁽³⁾ ได้กำหนดให้ผู้ติดยาเสพติดต้องเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามกฎหมาย ซึ่งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดลด ละ หรือเลิกใช้ยาหรือสารเสพติดได้ โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ทำหน้าที่หลักในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ที่ได้รับการรับรองอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

ขั้นตอนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ มี 4 ขั้นตอนดังนี้⁽¹²⁾

1. ขั้นเตรียมการก่อนรักษา (pre-admission) ใช้เวลาในการเตรียมการประมาณ 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบขั้นตอน กระบวนการในการบำบัดฟื้นฟู พร้อมทั้งเตรียมครอบครัวเพื่อให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีสาเหตุการติดยาเสพติดมาจากปัญหาในครอบครัว ดังนั้นการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ครอบครัวด้วยจะได้ผลดีกว่าการรักษาที่มุ่งเน้นเฉพาะแต่ผู้ป่วย กิจกรรมที่ทำในขั้นตอนนี้ ได้แก่ การตรวจสอบหลักฐาน การซักประวัติ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ตรวจร่างกายและสภาพจิตใจ ตรวจค้นหาสารเสพติดที่ซุกซ่อนมา รวมทั้งปฐมนิเทศวิธีการรักษาระเบียบปฏิบัติขณะเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการแนะนำขั้นตอนของการรักษา
2. ขั้นบำบัดด้วยยา (detoxification) ใช้เวลาในการบำบัด 7-14 วัน เป็นการบำบัดด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากการขาดสารเสพติด ผู้ป่วยที่มีความต้องการเสพยาจะมีอาการทรมานอย่างรุนแรง การรักษาในขั้นนี้เป็นการรักษาอาการขาดยา (withdrawal) ไม่ให้มีอาการทรมานและสามารถผ่านอาการอยากยาไปได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับการดูแลเรื่องโรคแทรกซ้อนทางกาย ทางจิต โดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา พร้อมให้คำปรึกษา ประเมินความรุนแรงของการขาดยา ค้นหาปัญหาที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด เสริมสร้างแรงจูงใจให้

คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองพร้อมทั้งให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการบำบัด เพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการบำบัดรักษาต่อไป

3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด ใช้เวลาในการบำบัดฟื้นฟูนาน 4 เดือน โดยใช้แนวคิดในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อฟื้นฟูทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม การทำงานและอาชีพ
4. ขั้นการติดตามหลังการรักษา (follow up and after care) เป็นการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ให้กลับไปเสพติดย้ำ โดยมีระบบการติดตามด้วยการนัดมาพบที่สถาบันบำบัดรักษา โทรศัพท์ติดตาม การเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะใช้เวลาในการติดตาม 3 เดือน ถึง 1 ปี ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละราย ขั้นตอนนี้เป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลทำให้ผู้บำบัดทราบถึงผลลัพธ์ของการบำบัดว่ามีการกลับไปเสพยาของผู้ป่วยหรือไม่ โดยใช้วิธีการตรวจปัสสาวะ ซักประวัติและผลการวินิจฉัยของจิตแพทย์ ผ่านการทำแบบประเมินทางจิตเวชเป็นตัวชี้วัด สำหรับการศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยจะทำการติดตามเก็บข้อมูลทั้งหมด 5 ครั้ง ได้แก่ 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน โดยทุกครั้งที่ติดตามผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากผลการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ คะแนนความอยากเสพยาโดยใช้แบบประเมิน ผลการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการติดตามเสพยาติดยาจากจิตแพทย์และแบบประเมินโดยการสัมภาษณ์ (M.I.N.I- lifetime)

จาก 4 ขั้นตอนที่กล่าวมาข้างต้น ขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดเพราะเป็นขั้นที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนความคิด เจตคติ อารมณ์ และพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งมั่นคงทางจิตใจและเสริมสร้างความรู้ ทักษะที่จำเป็นสำหรับการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปเสพยาติดย้ำอีก เนื่องจากรูปแบบการแพร่ระบาดของยาเสพติดเปลี่ยนไปจากเฮโรอีนเป็นการเสพยากระตุ่นและแพร่ระบาดไปยังกลุ่มเด็กและเยาวชน ทางสถาบันบำบัดฯ ได้เปลี่ยนรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจากรูปแบบชุมชนบำบัด (therapeutic community) มาเป็นรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

2.3.1 การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ (FAST Model)⁽¹²⁾

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ หรือที่เรียกว่า FAST Model เกิดจากการนำแนวคิดของการบำบัดฟื้นฟูเสพยาติดยาแบบผู้ป่วยนอกแบบ matrix program ที่

พัฒนาโดย University of California ประเทศสหรัฐอเมริกา มาผสมผสานกับการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (therapeutic community) Fast Model เป็นกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสารเสพติดโดยใช้สังคมจำลอง ด้วยการให้ผู้เสพติดเข้ามาอยู่ร่วมกันเสมือนเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกัน ดำเนินชีวิตอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นร่วมกัน ใช้เวลาในการบำบัดตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป

โปรแกรม FAST model มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1. F = family คือ ครอบครัว เป็นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัด ด้วยการให้ความรู้แก่ครอบครัว เรื่องเกี่ยวกับสารเสพติด ธรรมชาติของผู้ใช้สารเสพติด ภาวะสมองติดยา เทคนิคการอยู่ร่วมกันในครอบครัวและสังคม การให้คำปรึกษาครอบครัว และกิจกรรมครอบครัวบำบัด
2. A = Alternative treatment คือ กิจกรรมทางเลือก เป็นการจัดกิจกรรมทางเลือกที่เหมาะสมให้แก่ผู้เสพติด ได้แก่ ชมรมที่ชอบ และกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต
3. S = Self - help คือ การเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเองด้วยการจัดกิจกรรม เพื่อช่วยให้ผู้เสพติดเกิดการเรียนรู้ เสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ ปรับเปลี่ยนเจตคติ ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองด้วยตนเอง สร้างพลังใจที่เข้มแข็งจนสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติโดยไม่พึ่งยาเสพติด
4. T = Therapeutic community คือ ชุมชนบำบัด เป็นการจัดสังคมจำลองจากแนวคิดการช่วยเหลือตนเองมาเป็นการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันในเรื่องแวดล้อมที่อบอุ่นปลอดภัยโดยแต่ละบุคคลเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน กระบวนการชุมชนบำบัดที่สำคัญ ได้แก่
 - การช่วยเพื่อช่วยตนเอง (Help to self-help) เป็นการช่วยเหลือผู้อื่นเพื่อให้รู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในตนเองรับรู้ได้ว่าตนเองมีความสามารถ และมีกำลังที่เป็นประโยชน์สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ไม่ได้เป็นผู้ด้อยค่าอีกต่อไป
 - อิทธิพลกลุ่มเพื่อน (peer pressure) เพื่อนช่วยเพื่อนชวนกันไปทำสิ่งที่ดีๆ มีทัศนคติที่ดี ช่วยเหลือร่วมมือกันสร้างสรรค์สิ่งที่ดีต่อตนเองและสังคม ผู้ป่วยจะรู้สึกคล้อยตามว่าต้องทำสิ่งดีเพื่อให้เกิดการยอมรับ ซึ่งจะช่วยพัฒนาความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี
 - การเรียนรู้ทางสังคม (social learning) อันนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavior modification) เป็นการเรียนรู้จากผู้อื่นผ่านการดู ฟัง อ่าน สังเกต และรับเอาพฤติกรรมที่ดีมาปรับใช้เป็นแบบอย่างการใช้ชีวิตและสร้างแบบแผนการใช้ชีวิตที่ดีของตนเองขึ้นมา

ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยโปรแกรม FAST model ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นตอนการจูงใจ (Motivation phase) จะใช้เวลาประมาณ 1 เดือน ในการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขและมีแนวความคิดไปในแนวเดียวกันกับผู้อื่น รวมถึงการเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดโดยการจัดกลุ่มให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและหลักในการบำบัดผู้ติดสารเสพติด พร้อมทั้งยังมีการจัดกิจกรรมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มบำบัดอีกด้วย (องค์ประกอบ Family)

2. ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู (Treatment phase) เน้นการมีพัฒนาการ โดยผู้ป่วยจะได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกับผู้อื่น มีการฝึกความรับผิดชอบต่อตนเอง ต่อหน้าที่ ต่อผู้อื่น และสามารถดูแลผู้อื่นได้ และเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ป่วยไปในทางที่ดีขึ้น โดยใช้เวลาประมาณ 2 เดือน – 1 ปี ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของผู้ป่วย ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะเกิดความเคยชินและเปิดเผยตัวตนของตนเองอย่างชัดเจน เนื่องจากสามารถปรับตัวเองเข้ากับสิ่งแวดล้อม บุคคล และสถานที่ ได้เป็นอย่างดีแล้ว จึงเป็นโอกาสที่ผู้บำบัดจะได้ร่วมกันวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือระยะยาวแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และในขั้นตอนนี้จะมีกิจกรรมทางเลือกในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าภายในตนเองและส่งเสริมการค้นหาศักยภาพที่ผู้ป่วยมีในการนำไปดูแลตนเองได้เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน (องค์ประกอบ Alternative treatment และ Self - help)

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจะเริ่มสอนผู้ป่วยฝึกสติโดยใช้โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) และจะเริ่มเก็บข้อมูล ผลการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ คะแนนความอยากเสพยา ผลการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการติดสารเสพติดจากจิตแพทย์และแบบประเมินโดยการสัมภาษณ์ (M.I.N.I- lifetime) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (baseline data) สำหรับการวัดประสิทธิผลของโปรแกรม MBTC ต่อการกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วย

3. ขั้นตอนการเตรียมกลับสู่สังคม (Re-entry phase) เน้นให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ในตนเอง มีทักษะในการค้นหาและแก้ไขปัญหา สามารถดำเนินชีวิตในอนาคตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาสารเสพติดอีก ในระยะนี้จะเปิดโอกาสให้คนในชุมชนและคนในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนชีวิตร่วมกับผู้ป่วยด้วย ใช้เวลาประมาณ 1 เดือน จากนั้นผู้บำบัดและจิตแพทย์จะร่วมกันประเมินผู้ป่วยเพื่อพิจารณาให้เข้าสู่ขั้นตอนการจำหน่ายกลับบ้านได้ (องค์ประกอบ Therapeutic community)

4. ขั้นตอนจำหน่ายกลับบ้าน เป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพติดซ้ำ รวมถึงการให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลอีกครั้งโดยเก็บข้อมูล ผลการตรวจสอบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ คะแนนความอยากเสพยา ผลการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการติดยาเสพติดจากจิตแพทย์และแบบประเมินโดยการสัมภาษณ์ (M.I.N.I- lifetime)

ข้อจำกัดของ FAST model⁽²¹⁾

ในปัจจุบันการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เป็นรูปแบบหลักในการบำบัดของสถาบันบำบัดผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย โดยเน้นหลักการปรับพฤติกรรมมาผสมผสานกับการบำบัดรูปแบบชุมชนบำบัด โดยใช้สังคมจำลองด้วยการให้ผู้เสพติดเข้ามาอยู่ร่วมกันเสมือนเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกัน ดำเนินชีวิตอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นร่วมกัน เพื่อฝึกทักษะการดูแลตัวเองและการเข้าสังคมเมื่อได้กลับไปสู่สังคมปกติหลังได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งในการบำบัดด้วยรูปแบบ FAST Model นี้ จะไม่ได้เน้นการฝึกใช้สติในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นเมื่อผู้เข้ารับการบำบัดได้รับการจำหน่ายกลับบ้านไปแล้ว ผู้เข้ารับการบำบัดจะยังคงไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์และความอยากเสพยาที่เกิดขึ้นภายในใจได้มากเท่าไรนัก ประกอบกับปัจจัยแวดล้อมที่สามารถกระตุ้นจนก่อให้เกิดความเครียด ความซึมเศร้าขึ้นได้ ซึ่งหากไม่ได้รับการควบคุมหรือปล่อยวางความรู้สึกเหล่านั้นได้ ก็นับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากในการนำไปสู่การกลับไปเสพติด

2.3.2 โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC : Mindfulness – Based Therapy and Counseling program)

ปัจจุบัน ประเทศทางฝั่งตะวันตกได้สนใจเรื่องของวิปัสสนามากขึ้น และทางการแพทย์ได้นำแนวคิดของ “สติบำบัด” ไปพัฒนาโปรแกรม Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) สำหรับการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) สำหรับบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช ควบคู่ไปกับการใช้ยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในประเทศไทยที่ผ่านมาได้มีการใช้หลักพุทธธรรม หรือที่เรียกว่า จิตวิทยาแนวพุทธ (Buddhist psychotherapy) ซึ่งนำหลักของ “สมาธิและสติ” มาใช้ในการบำบัดเช่นเดียวกัน ต่อมา ในปี พ.ศ. 2559⁽⁴⁾ กรมสุขภาพจิตได้ผสมผสานแนวทางการบำบัดจิตวิทยาแนวพุทธ (Buddhist psychotherapy) และโปรแกรมการฝึกสติบำบัด

ของต่างประเทศ ได้แก่ MBSR และ MBCT เข้าด้วยกัน พัฒนาขึ้นเป็น โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC : Mindfulness – Based Therapy and Counseling program) สำหรับการบำบัดผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะกลุ่มโรคซึมเศร้า และผู้ติดแอลกอฮอล์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น หัวใจสำคัญของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) คือ การมีสติและใช้สติเป็นตัวนำทาง อันจะนำไปสู่การเยียวยารักษาอาการทางจิตและทางกายควบคู่กันไป

โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) สามารถทำได้ในรูปแบบของการฝึกกรายบุคคล (individual) การฝึกแบบกลุ่ม (group) และการฝึกแบบห้องเรียน (classroom) ซึ่งทุกรูปแบบล้วนให้ความสำคัญกับการใช้สติ (mindfulness) ในการจัดการความคิดและอารมณ์ ความทุกข์และความเครียด จนทำให้เกิดการพัฒนาจิตของตนเองให้สามารถปล่อยวาง เกิดความคิดในเชิงบวก และตระหนักรู้คิด รู้ทันกับสิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำ ซึ่ง “สติ” ในโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) จะครอบคลุมทั้ง 8 ด้าน คือ สติในความรับรู้ สติในความคิด สติในการปล่อยวาง สติในการควบคุมอารมณ์ สติในการใคร่ครวญ สติในการสื่อสาร สติในการเมตตาให้อภัย และสติเป็นวิถี ซึ่งสติเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้โดยการมีสติจิต (ประกอบด้วย การนั่งสมาธิ การจับรู้สึกของร่างกายและติดตามความคิด การใช้ชีวิตอย่างมีสติระหว่างวัน) เป็นประจำทุกวัน การทำซ้ำ ๆอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดวงจรการเรียนรู้ของสมองจนกลายเป็นความชำนาญ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ จะสามารถเรียก “สติ” ออกมาใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สำหรับการศึกษารุ่นนี้ได้้นำโปรแกรมการฝึกสติบำบัดมาใช้ในรูปแบบการฝึกสติแบบกลุ่ม เนื่องด้วยความเหมาะสมของกลุ่มทดลองที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูอยู่ในแผนกผู้ป่วยใน ทำให้กลุ่มทดลองทุกรายสามารถมาเข้าร่วมการฝึกสติบำบัดได้พร้อมกันทุกครั้งที่มีการนัดหมาย ส่งผลให้ทุกรายได้รับการบำบัดเหมือนกันทุกครั้ง ไม่เกิดความแตกต่างกันในการบำบัด และได้ใช้ประโยชน์จากหลักชุมชนบำบัดของโปรแกรม FAST Model ในการกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มได้กล้าแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกร่วมกัน รวมถึงการได้เสริมแรงด้วยการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน นับเป็นสิ่งที่เอื้อต่อการฝึกสติบำบัดแบบกลุ่ม

การนำโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) มาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยเพื่อลดอาการทางจิตนั้น ผู้ป่วย 1 คนจะได้รับการบำบัดทั้งหมด 8 ด้าน โดยแต่ละด้านจะใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมงขึ้นกับสภาพของผู้ป่วย ดังนี้

ด้านที่ 1 การจัดการกับความว้าวุ่นใจ เป็นการฝึกสมาธิใช้การรับรู้ลมหายใจ เพื่อให้รู้ทันความไม่สบายใจ และความอยากเสพสาร ช่วยลดความว้าวุ่นใจ

ด้านที่ 2 การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ เป็นการฝึกสติพื้นฐาน เน้นการรับรู้ถึงสิ่งที่กำลังทำ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือตัวกระตุ้น เพื่อช่วยให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

ด้านที่ 3 การปล่อยวางอารมณ์และความรู้สึกอยากที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ (focusing) และบนร่างกาย (body scan) เน้นการมีสติในการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นบนร่างกายและในจิตใจ

ด้านที่ 4 การรู้ทันความคิดและปล่อยวาง เป็นการฝึกให้มีสติรู้ทันความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติ โดยเฉพาะความคิดด้านลบและฝึกปล่อยวางความคิดที่เกิดขึ้นได้

ด้านที่ 5 การทบทวนสัมพันธ์ภาพใหม่ เป็นการฝึกสติให้รู้ทันความคิดและใคร่ครวญว่า ได้อะไรจากวิกฤติเพื่อเปลี่ยนความคิดเชิงลบให้เป็นความคิดเชิงบวก เช่น การปฏิเสธสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีกับคนบางกลุ่มในชุมชนแล้วเริ่มต้นสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับกลุ่มที่สนับสนุนให้กำลังใจทำให้เห็นคุณค่าในตนเอง

ด้านที่ 6 การสื่อสาร เน้นการฝึกให้มีสติในการฟังและพูด สร้างความตระหนักเห็นถึงปัญหาจากการสื่อสารทางลบที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว และช่วยให้สื่อสารได้แบบใจถึงใจกับคนใกล้ชิดได้

ด้านที่ 7 การเมตตาและให้อภัย ฝึกให้ใส่ใจที่สงบแผ่ความรักความปรารถนาดีให้กับตนเองและผู้อื่น การเมตตาตนเองจะช่วยให้รู้สึกมั่นคงและเพิ่มความมั่นใจพร้อมที่จะยอมรับความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ และการเมตตาผู้อื่นจะช่วยลดความขุ่นเคืองใจและเปิดใจกว้างยอมรับผู้อื่นได้ ซึ่งจะสามารถช่วยลดภาวะเครียดแม้ในยามวิกฤติได้

ด้านที่ 8 สติเป็นวิถี เน้นการให้ฝึกสติอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความเข้มแข็งในจิตใจของเรา และสร้างพลังบวกให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

นอกจากนี้ ณ สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในปัจจุบัน ทางกรมสุขภาพจิตยังได้ประชาสัมพันธ์ “โปรแกรมการฝึกสติบำบัด” ให้กับประชาชนได้นำไปประยุกต์ใช้เพื่อฝึกสติ บำบัดการดูแลจิตใจตนเองในการปรับตัวเข้าสู่ฐานวิถีชีวิตใหม่และการใช้ชีวิตในยุค new normal อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการนำโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ไปใช้กับผู้ติดสารเสพติดซึ่งเป็นประชากรกลุ่มใหญ่กลุ่มหนึ่งในประเทศไทย เพื่อช่วยลดพฤติกรรมการกลับมาเสพยาของผู้ติดสารเสพติด ดังนั้น การศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงได้ทดลองนำโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) มาใช้บำบัดผู้ติดสารเสพติด (เมทแอมเฟตามีน) โดยหวังว่า การฝึกสติครอบคลุมทั้ง 8 ด้าน จะช่วยบำบัดให้ผู้ติดสารเสพติดมีสติรู้คิดรู้ทำ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก โดยเชื่อว่าการมีสติอยู่กับตัวเอง ตลอดเวลาจะสามารถจัดการกับความคิดและอารมณ์เชิงลบของตนเองไม่ให้เกิดปัญหาในสิ่งที่ไม่ถูกต้องได้

2.4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้โปรแกรมสติบำบัดในการบำบัดผู้ติดสารเสพติดและภาวะทางจิตเวช

เนื่องจาก โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) เป็นเรื่องใหม่ที่พัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2559 ดังนั้น งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) โดยตรงทั้งในไทยและต่างประเทศจึงมีค่อนข้างจำกัด แต่มีรายงานวิจัยที่ศึกษา ผลของการใช้สติบำบัดรูปแบบอื่นในการบำบัดกลุ่มอาการทางจิตเวชและภาวะติดสารเสพติดอื่น ดังต่อไปนี้

Bowen S.⁽²²⁾ และคณะ ทำการศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดรูปแบบ MBRP (Mindfulness - Based Relapse Prevention) ในกลุ่มผู้ติดสารเสพติด 286 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 191 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 95 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรมไป 12 เดือน กลุ่มทดลองพบจำนวนการใช้สารเสพติดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$)

Biegel GM. และคณะ⁽²³⁾ ทำการศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดรูปแบบ MBSR (Mindfulness - Based Stress Reduction) ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชวัยรุนจำนวน 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 51 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรมไป 5 เดือน กลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$)

Davis JP. และ คณะ⁽²⁴⁾ ทำการศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดรูปแบบ MBRP (Mindfulness - Based Relapse Prevention) ในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเสพติด จำนวน 80 คน เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 35 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 45 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษา พบว่าหลังเข้ารับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการใช้สารเสพติดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$)

Glasner ES. และคณะ⁽²⁵⁾ ทำการศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดรูปแบบ MBRP (Mindfulness - Based Relapse Prevention) ในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเสพติด จำนวน 63 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม HE (Health education) จำนวน 32 คน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MBRP จำนวน 31 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรมไป 1 เดือนกลุ่มทดลองมีการใช้สารเสพติดซ้ำและมีอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ ความเครียด ความซึมเศร้า และความกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$)

Baldus C. และคณะ⁽²⁶⁾ ทำการศึกษารวบรวมเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการวัดประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการลดจำนวนการใช้สารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดในประเทศเยอรมนี จำนวน 246 คน ผลการศึกษา พบว่า เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการวัด

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติที่มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach alpha) มากกว่า 0.75 ขึ้นไป ได้แก่ แบบประเมินความอยากเสพยาสูบ แบบประเมินความเครียดและอารมณ์ แบบประเมินสติและการประเมินการกลับมาเสพยาสูบ

Imani S. และคณะ⁽²⁷⁾ ทำการศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดรูปแบบ MBGT (Mindfulness – Base Group Therapy) ในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารฝิ่น จำนวน 28 คน เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม MBGT จำนวน 13 คน ในประเทศอิหร่าน ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความอยากเสพยาฝิ่นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$)

Kakko J. และคณะ⁽²⁸⁾ ทำการศึกษารวบรวมประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดรูปแบบ Cognitive Behavioral Therapy and mindfulness-based interventions ในกลุ่มผู้ที่ติดสารฝิ่นในประเทศอิตาลี ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความอยากเสพยาฝิ่นและความซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

Kiluk BD. และคณะ⁽²⁹⁾ ทำการศึกษารวบรวมประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรม (Behavioral Treatment) ต่อการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ติดสารเสพติดประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการปรับพฤติกรรม (Behavioral Treatment) สามารถช่วยเพิ่มทักษะการเข้าใจอารมณ์ของตนเองและทักษะการเผชิญความเครียดส่งผลให้ผู้ได้รับโปรแกรมเกิดความอยากเสพยาสูบลดลงและช่วยลดจำนวนการใช้สารเสพติดซ้ำได้

Prince CJ. และคณะ⁽³⁰⁾ ทำการศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดรูปแบบ MABT (Mindful Awareness in Body-oriented Therapy) ในกลุ่มหญิงที่ติดสารเสพติด จำนวน 46 คน เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวนกลุ่มละ 23 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรมไป 9 เดือน กลุ่มทดลองจะพบการใช้สารเสพติดซ้ำและมีความเครียด ความซึมเศร้า ความกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.02$)

Carrico AW. และคณะ⁽³¹⁾ ทำการศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกเผชิญปัญหารูปแบบ CM (Contingency management) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ติดสารเมทแอมเฟตามีน จำนวน 110 คน เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวนกลุ่มละ 55 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรมไป 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความอยากเสพยาสูบ ความเครียด ความซึมเศร้า และจำนวนการกลับมาใช้สารซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.013$)

Jones HW. และคณะ⁽³²⁾ ทำการศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมอารมณ์ต่อการลดการเสพยาสูบในกลุ่มผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน จำนวน 55 คน เป็นกลุ่มควบคุม

จำนวน 38 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 17 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความซึมเศร้า้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.01)

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์⁽⁹⁾ และคณะ ทำการศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดรูปแบบ MBTC (Mindfulness Based Therapy and Counseling program) ในกลุ่มผู้ที่ติดยาในชุมชนทั่วประเทศไทยจำนวน 26 พื้นที่พบว่า มีผู้เข้ารับการรักษาบำบัดเป็นผู้ติดยาจำนวน 548 คน หลังการบำบัดเสร็จสิ้น 1 เดือน พบจำนวนผู้ที่สามารถงดดื่มสุร่าได้จำนวน 420 คน (คิดเป็นร้อยละ 76.64) และหลังการบำบัดเสร็จสิ้น 3 เดือนพบจำนวนผู้ที่สามารถงดดื่มสุร่าได้จำนวน 433 คน (คิดเป็นร้อยละ 79.02)

กงจักร สอนลา⁽³³⁾ ทำการศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดรูปแบบ Mindfulness Training Program ในกลุ่มผู้ติดยาแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดรักษาตามปกติจำนวน 23 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาแบบปกติร่วมกับโปรแกรมการฝึกสติจำนวน 23 คน ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกลอยอกแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

ฉวีวรรณ ปัญญา และ สุกมา แสงเดือนฉาย⁽¹⁰⁾ ทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยติดยาเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังทำการทดลอง 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาสูงกว่าและมีจำนวนผู้เสพสารข้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.024)

วรุณ กิตสัมบันท์⁽³⁴⁾ ทำการศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางสติและปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไทยสูงอายุจำนวน 54 ราย อายุระหว่าง 60-80 ปีที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและระดับปานกลางโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางสติปัญญาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีปัญญานิยมร่วมกับมหาสติปัญญาฐาน 4 จำนวน 27 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 27 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังทำการทดลองกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้า้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อติดตามไป 3 เดือน (p -value <0.01)

พรทิพย์ โชครุ่ง⁽³⁵⁾ และคณะ ทำการศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกเสพยาต่อความตั้งใจในการเลิกเสพยาของผู้เสพติดยาเมทแอมเฟตามีน จำนวน 24 คน เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวนกลุ่มละ 12 คน ผลการศึกษา

พบว่า หลังทำการทดลอง 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

นันทา ชัยพิชิตพันธ์⁽²¹⁾ ทำการศึกษาเชิงทดลองเพื่อพัฒนารูปแบบในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้า จำนวน 24 คน เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูแบบเดิม FAST Model จำนวน 12 คนและกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูใหม่ CHF Model ในประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้ารับการบำบัดกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดและจำนวนการกลับมาเสพติดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

นันทา ชัยพิชิตพันธ์⁽²¹⁾ ทำการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้า โดยทำการประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู FAST Model จากการเข้าร่วมสะท้อนปัญหาด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่มของบุคลากรทางสุขภาพจำนวน 13 คน ผู้ป่วยจำนวน 10 คน และญาติผู้ป่วยจำนวน 9 คน พบว่า สิ่งที่โปรแกรมควรได้รับการพัฒนาได้แก่ การประเมินปัญหาของผู้ป่วย การเพิ่มช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับคนในครอบครัว ทักษะความเข้าใจในการบำบัดของผู้ให้บริการ การคำนึงถึงสิทธิ ความต้องการของผู้ป่วย และความเข้มแข็งของทีมสหวิชาชีพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงทดลองในรูปแบบของ Non – concurrent controlled intervention study

3.2 ระเบียบวิธีวิจัย

3.2.1 สถานที่ศึกษาวิจัย

หอผู้ป่วยหยก (ชาย) และหอผู้ป่วยหญิง (มุกดา) ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยในที่รับฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่มาเข้ารับการรักษาด้วยระบบสมัครใจ

3.2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.2.1 ประชากรเป้าหมาย (target population) คือ ผู้ติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จังหวัดปทุมธานี ในระยะเวลาที่ทำการวิจัย

3.2.2.2 ประชากรตัวอย่าง (sample population) คือ ผู้ติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยระบบสมัครใจ ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพและในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูของโปรแกรม FAST model ทุกราย ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกของงานวิจัย ในระยะเวลาที่ทำการวิจัย (โดยไม่ได้มีการสุ่มตัวอย่าง) ซึ่งทุกรายเมื่อได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ไม่มีโอกาสกลับเข้ามาได้รับการคัดเลือกอีกครั้ง

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก มีดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ประกอบด้วย

1. มีสัญชาติไทย
2. ได้รับการวินิจฉัยการติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนจากจิตแพทย์และเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย 3 ข้อ จาก 7 ข้อ ตามแบบสัมภาษณ์ M.I.N.I.- lifetime ฉบับภาษาไทย⁽¹³⁾ และมีผลการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะเป็นผลบวก (positive)⁽¹²⁾ ในวันแรกที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันบำบัดรักษา

3. เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยหยก (ชาย) และหอผู้ป่วยมุกดา (หญิง) ที่ได้รับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพและกำลังอยู่ช่วง 7 วันแรกของขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู (Treatment phase) ของโปรแกรม FAST Model
4. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
5. สามารถอ่าน เขียน สื่อความหมาย และเข้าใจภาษาไทยได้
6. มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้เวลา สถานที่และบุคคลได้ดี
7. ยินยอมและให้ความร่วมมือในศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ประกอบด้วย

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติทางสมองและมีประวัติอาการทางจิต เช่น มีความเชื่อหลงผิด มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หรือไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบกระดูก หรือโรคที่มีข้อจำกัดในการลุกนั่งเป็นจังหวะ
3. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าพบการติดสารเสพติดอื่นเป็นหลักที่ไม่ใช่สารเมทแอมเฟตามีน
4. เคยหรือยังอยู่ในงานวิจัยอื่นภายใน 30 วันที่ได้รับยาหรือสารในงานวิจัยนั้น

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (sample size calculation)

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ต้องการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ที่ให้ร่วมกับโปรแกรม FAST model กับ โปรแกรม FAST model ซึ่งเป็นโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดที่ใช้ในปัจจุบัน ระหว่างประชากรตัวอย่าง 2 กลุ่ม (กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง) ที่เป็นอิสระต่อกัน จึงใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง^(36, 37) คือ

$$n / \text{Group} = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 S^2 (1+1/k)}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}$$

เนื่องจาก ยังไม่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) และการกลับมาเสพยาสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ผู้วิจัยจึงอ้างอิงและนำผลการศึกษาของผการัตน์ ฤทธิ์วิเศษ และมานพ คณะโต⁽³⁸⁾ ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับเรื่องที่ต้องการศึกษา มาแทนค่าในสูตรสำหรับการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

n / Group = จำนวนตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

(กำหนดอัตราส่วนของกลุ่มควบคุม : กลุ่มทดลอง เท่ากับ 1:1)

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่า Z ที่ได้จากรางแจกแจงปกติ เมื่อกำหนดขนาดของ Type I Error ให้เท่ากับ 0.05 มีค่า = 1.96

$Z_{1-\beta}$ = ค่า Z ที่ได้จากรางแจกแจงปกติ เมื่อกำหนดขนาดของ Type II Error ให้เท่ากับ 0.20 มีค่า = 0.84

S = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพยาบ้า⁽³⁸⁾ = 18.01

k = อัตราส่วนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม = 1

$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$ = ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความอยากเสพยาบ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม⁽³⁸⁾ = 13 คะแนน

$$\begin{aligned} \text{เมื่อแทนค่าในสูตร } n / \text{Group} &= \frac{(1.96 + 0.84)^2 (18.01)^2 (1+1/1)}{(13)^2} \\ &= 31 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้นจำนวนตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (1:1) จึงเท่ากับ 31 คนต่อกลุ่ม เมื่อรวม dropout rate ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการศึกษาวิจัยที่ร้อยละ 10 จะได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละกลุ่มเท่ากับ 35 คน รวมทั้งหมดสองกลุ่มเป็น 70 คน

กลุ่มควบคุม (control group) คือ กลุ่มผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ณ หอผู้ป่วยหยก (ชาย) และหอผู้ป่วยมุกดา (หญิง) ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกจำนวน 35 คน ที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูด้วยกระบวนการของโปรแกรม FAST model (โปรแกรมหลักของสถาบันฯ)

กลุ่มทดลอง (experimental group) คือ กลุ่มผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ณ หอผู้ป่วยหยก (ชาย) และหอผู้ป่วยมุกดา (หญิง) ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกจำนวน 35 คน ที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูด้วยกระบวนการของโปรแกรม FAST model ร่วมกับโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ซึ่งช่วงเวลาในการเข้ารับโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) นั้น ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อกรเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูของโปรแกรม FAST model (โปรแกรมหลักของสถาบันฯ) แต่อย่างใด

3.2.3 ขั้นตอนการทดลองของโปรแกรมสติบำบัด (MBTC : Mindfulness – Based Therapy and Counseling program)

เป็นโปรแกรมสำหรับการฝึกสติ ที่กรมสุขภาพจิตพัฒนาขึ้นมา มี 8 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนใช้เวลาในการฝึก 1-2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (รวม 8 ขั้นตอนจะใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ฝึกด้วยตนเอง เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนจะมีใบงานกิจกรรมให้ผู้เข้ารับการบำบัดนำกลับไปทำเป็นการบ้านเพื่อทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาและสิ่งที่ได้เรียนรู้ใหม่ในแต่ละครั้ง รายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การจัดการกับความว้าวุ่นใจ (การฝึกสมาธิ) เป็นการฝึกสมาธิโดยใช้การรับรู้ลมหายใจ เพื่อช่วยลดและจัดการกับความว้าวุ่นใจ ทำให้ตระหนักถึงคุณค่าในตนเองและความสัมพันธ์กับสถานะจิตส่งผลให้สามารถรับรู้ถึงอารมณ์ความอยากเสพสารและความเครียดที่อาจทำให้เกิดการกลับมาเสพซ้ำได้

เอกสารที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องประเมินตนเอง คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด 20 ข้อ แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ใบกิจกรรมบุคคลในดวงใจ ใบกิจกรรมประสบการณ์การฝึกสมาธิ และแบบบันทึกการบ้านการฝึกสมาธิ

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ (การฝึกสติในชีวิตประจำวัน) เป็นการฝึกสติพื้นฐานเน้นการรับรู้ถึงสิ่งที่กำลังทำ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากเสพสารและกลับมาเสพซ้ำ เพื่อช่วยให้ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

เอกสารที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องประเมินตนเอง คือ ใบกิจกรรมการดำเนินชีวิตด้วยความสงบ และแบบบันทึกการบ้านการฝึกสมาธิและสติ

ขั้นตอนที่ 3 การรู้จักปล่อยวางอารมณ์ (การฝึกดูความรู้สึกทั่วร่างกาย) เป็นการฝึกสติในรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นบนร่างกาย (Body scan) และฝึกการปล่อยวางอารมณ์และความรู้สึกอยากเสพที่เกิดขึ้นในภายในจิตใจ (Focusing)

เอกสารที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องประเมินตนเอง คือ ใบกิจกรรมการรู้จักปล่อยวางอารมณ์ แบบบันทึกการบ้านการฝึกจิตและการมีสติในชีวิตประจำวัน แบบบันทึกการบ้านการฝึกสติกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์รุนแรง

ขั้นตอนที่ 4 การรู้ทันความคิดและปล่อยวาง (การฝึกติดป้ายความคิด) เป็นการฝึกสติให้รู้เท่าทันความคิดด้านลบของตนเองและสามารถจัดการกับความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นอัตโนมัติได้

เอกสารที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องประเมินตนเอง คือ ใบกิจกรรมความคิดอัตโนมัติทางลบ ใบกิจกรรมทบทวนชีวิตประจำวัน ใบกิจกรรมประสบการณ์การมีสติกับความคิด แบบบันทึกการบ้าน

การฝึกจิตและการมีสติในชีวิตประจำวัน แบบบันทึกการบ้านการฝึกสติกับลักษณะที่ทำให้เกิดความคิดหรืออารมณ์ลบ

ขั้นตอนที่ 5 การทบทวนสัมพันธ์ภาพใหม่ (การปล่อยวางความคิดลบและช่วยให้มองเห็นความเป็นจริงด้านบวกของสัมพันธ์ภาพ) เป็นการฝึกสติให้รู้ทันความคิดและใคร่ครวญเพื่อเปลี่ยนความคิดเชิงลบให้เป็นความคิดเชิงบวก เช่น จากวิกฤติการติดยาเสพติดได้เรียนรู้อะไรบ้าง ถ้าเพื่อนชักชวนให้กลับไปเสพยาอีกแล้วสามารถปฏิเสธได้จะมีผลดีอย่างไรเกิดขึ้นในชีวิตตนเองบ้าง หรือ การปฏิเสธสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีกับคนบางกลุ่มในชุมชนแล้วเริ่มต้นสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับกลุ่มที่สนับสนุนให้กำลังใจจะทำให้เห็นคุณค่าในตนเองอย่างไร

เอกสารที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องประเมินตนเอง คือ ใบกิจกรรมการสำรวจความคิดที่มีต่อสัมพันธ์ภาพกับคนใกล้ชิด ใบกิจกรรมการทบทวนสัมพันธ์ภาพ แบบบันทึกการบ้านการฝึกจิตและการมีสติในชีวิตประจำวัน แบบบันทึกการบ้านการทบทวนสัมพันธ์ภาพ

ขั้นตอนที่ 6 การปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น (การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีสติ) เป็นการฝึกสติในการพูดและฟัง สามารถสื่อสารกับตนเองและผู้อื่นเพื่อปฏิเสธความรู้สึกอยากเสพที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ สามารถสื่อสารแบบใจถึงใจกับคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวได้

เอกสารที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องประเมินตนเอง คือ ใบกิจกรรมปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น แบบบันทึกการบ้านการฝึกจิตและการมีสติในชีวิตประจำวัน แบบบันทึกการบ้านการสื่อสารอย่างมีสติ

ขั้นตอนที่ 7 การเมตตาและให้อภัย (การฝึกสติเมตตา) เป็นการฝึกสติให้รู้จักเมตตาและให้อภัย ฝึกให้ใช้ใจที่สงบแผ่ความรักความปรารถนาดีให้กับตนเองและผู้อื่น การเมตตาตนเองจะช่วยให้รู้สึกมั่นคงและเพิ่มความมั่นใจพร้อมที่จะยอมรับความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ และการเมตตาผู้อื่นจะช่วยลดความขุ่นเคืองใจและเปิดใจกว้างยอมรับผู้อื่นได้ ซึ่งจะสามารถช่วยลดภาวะเครียดแม้ในยามวิกฤติได้

เอกสารที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องประเมินตนเอง คือ ใบกิจกรรมสติเมตตาและให้อภัย แบบบันทึกการบ้านการฝึกจิตและการมีสติในชีวิตประจำวัน

ขั้นตอนที่ 8 ชีวิตต้องเดินหน้า (การวางแผนการปรับตัวในระยะยาว) เน้นให้ฝึกสติอย่างต่อเนื่อง ให้รู้เท่าทันความเครียด ความซึมเศร้า หรือความรู้สึกอยากเสพที่เกิดขึ้นภายในจิตใจและการขจัดสิ่งนั้นออกไปจากจิตใจ เพื่อสร้างความเข้มแข็งในจิตใจของเรา และสร้างพลังบวกให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

เอกสารที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องประเมินตนเอง คือ แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด 20 ข้อ แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ซึ่งเป็นชุดเดียวกันกับในขั้นตอนที่ 1 และแบบประเมินผลการเข้ากลุ่มสติบำบัด ใบกิจกรรมชีวิตต้องเดินหน้า ใบกิจกรรมทบทวนประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา แบบบันทึกการบ้านการฝึกจิตและการมีสติในชีวิตประจำวัน

กระบวนการหลักที่ใช้ในการฝึกสติทั้ง 8 ขั้นตอน มี 4 กระบวนการ ประกอบด้วย

1. การฝึกจิต เริ่มจากการฝึกสมาธิด้วยการตามดูลมหายใจเข้าออกที่ปลายจมูก จากนั้นฝึกให้รู้ทันความรู้สึกที่เกิดขึ้นทั่วร่างกายและรู้ทันความคิดของตนเองที่เกิดขึ้นทุกขณะเพื่อพัฒนาความสามารถในการปล่อยวางความรู้สึกและความคิด เพื่อนำไปประยุกต์ใช้สติกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต

2. การทบทวนการบ้าน เพื่อให้ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติในครั้งก่อน โดยให้บันทึกลงในแบบบันทึกการบ้าน นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ประสบการณ์/และตอบข้อซักถามเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องร่วมกัน

3. การเรียนรู้เรื่องใหม่ ในแต่ละขั้นตอนจะมีการเพิ่มเนื้อหาใหม่ๆ เข้าไป เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขึ้น ฝึกทักษะการคิดและเชื่อมโยงกับความรู้ที่ได้รับในขั้นตอนก่อนหน้านี้ นำไปสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละกิจกรรมร่วมกัน

4. การให้การบ้านครั้งต่อไป เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนจะมีใบงานกิจกรรมให้ผู้เข้ารับการบำบัดนำกลับไปทำเป็นการบ้าน เพื่อทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาและสิ่งที่ได้เรียนรู้ใหม่ในครั้งนั้น

เมื่อผู้บำบัดเข้ารับการฝึกสติครบทั้ง 8 ขั้นตอนของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด MBTC แล้ว ผู้วิจัยจะสรุปประเด็นคำตอบที่สำคัญจากทุกกิจกรรมในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อนำมาวิเคราะห์หาจุดเด่นของโปรแกรมที่แตกต่างจากการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model และนำคะแนนการประเมินผลโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันหลังเสร็จสิ้นการบำบัด

3.2.4 การวัดและการสังเกต

การศึกษานี้ต้องการศึกษาประสิทธิผลของ “โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC)” ร่วมกับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST Model ว่าสามารถช่วยลดจำนวนการกลับมาเสพยาของผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนได้แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST Model อย่างเดียว

3.2.4.1 ตัวแปรตาม ประกอบด้วยตัวแปรตามหลัก (primary outcome) ได้แก่

การกลับมาเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ โดยประเมินจากจำนวนผู้ที่มีการกลับมาเสพยาเมื่อติดตามผลช่วงเวลา 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน หลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยมี 3 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ ผลการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ผลการวินิจฉัยจากจิตแพทย์และจากแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการติดสารเสพติดที่พบบ่อย ฉบับภาษาไทย Mini International Neuropsychiatric Interview- lifetime

(M.I.N.I- lifetime) ว่ามีการกลับมาเสพซ้ำ และมีค่าคะแนนความอยากเสพสารเมทแอมเฟตา มีนที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีการเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มด้วยตัวแปรตามรอง (secondary outcome) ได้แก่ ค่าคะแนนความเครียด ความซึมเศร้า และการมีสติ ซึ่งเป็น ปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญในการทำให้กลับมาเสพซ้ำได้⁽¹⁴⁾ ในการติดตามผลช่วงเวลา 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน

3.2.4.2 *ตัวแปรอิสระ* คือ “โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC)” และตัวแปรอื่น ๆ ดังต่อไปนี้

- ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพของบิดามารดา ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว ประสบการณ์การรักษาด้วยยา ทางจิตเวช ประสบการณ์การฝึกสติด้วยตนเอง
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพสารเสพติด ได้แก่ อายุที่เริ่มเสพสาร ระยะเวลาในการ เสพสาร ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ การใช้สารเสพติดอื่นร่วม วิธีการเสพสาร ประสบการณ์ การมีคดียุติธรรมทางกฎหมาย ประวัติการเข้ารับการบำบัดด้วย FAST Model
- ปัจจัยสนับสนุนการเสพสารเสพติด ได้แก่ ความสัมพันธ์กับชุมชน ความสัมพันธ์กับ คนในครอบครัว ความสัมพันธ์กับรายได้ ความสัมพันธ์กับความภาคภูมิใจในตนเอง
- ความเครียดก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู
- ความซึมเศร้าก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู
- การมีสติก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

ตัวแปรควบคุม ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ระดับการศึกษา การมีความเครียดเป็น ปัญหาสุขภาพ สัมพันธภาพในชุมชน รายได้หลักเกี่ยวข้องกับสารเสพติด คะแนนความอยาก เสพก่อนเข้ารับการบำบัด คะแนนความเครียดก่อนเข้ารับการบำบัด คะแนนความซึมเศร้า ก่อนเข้ารับการบำบัด คะแนนการมีสติก่อนเข้ารับการบำบัด

3.2.4.3 *เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล* คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้รวบรวมและ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง^(4, 14-19) ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน ทั้งหมด 51 ข้อ ประกอบด้วย

- 1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ
- 1.2 ปัจจัยสนับสนุนการเสพสารเสพติด จำนวน 8 ข้อ
- 1.3 แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต⁽³⁹⁾ แบบตอบด้วยตนเองจำนวน

20 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 0-60 คะแนน การแปลผล คือ

- 0-5 คะแนน หมายถึง ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ ต่ำกว่าปกติอย่างมาก
- 6-17 คะแนน หมายถึง ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ ปกติ
- 18-25 คะแนน หมายถึง ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ สูงกว่าปกติเล็กน้อย
- 26-29 คะแนน หมายถึง ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ สูงกว่าปกติปานกลาง
- 30-60 คะแนน หมายถึง ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ สูงกว่าปกติมาก

1.4 แบบประเมินโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต⁽⁴⁰⁾ แบบตอบด้วยตนเอง 9 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 0-27 คะแนน การแปลผล คือ

- น้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- 7-12 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้ารระดับ น้อย
- 13-18 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้ารระดับ ปานกลาง
- 19-27 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้ารระดับ รุนแรง

ในส่วนที่ 1 ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนการเสพสารเสพติดทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนที่จะเข้าสู่ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู และทำการประเมินความเครียดและซึมเศร้าของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งหมด 7 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนที่จะเข้าสู่ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูของโปรแกรม FAST Model ครั้งที่ 2 หลังจากทีกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดฟื้นฟูครบทุกขั้นตอนของโปรแกรม FAST Model และกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดฟื้นฟูครบทุกขั้นตอนของโปรแกรม MBTC ร่วมกับ FAST Model และครั้งที่ 3 - 7 คือ ระยะติดตามการรักษาหลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการติดตามเสพติดที่พบบ่อย ฉบับภาษาไทย Mini International Neuropsychiatric Interview- lifetime (M.I.N.I.-lifetime)⁽¹³⁾ หมวด K. Non -alcohol psychoactive substance use disorder จำนวน 7 ข้อ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ การแปลผล คือ หากมีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อใน 7 ข้อ ในช่วงระยะเวลาที่ติดตามผลแต่ละครั้ง นั้นหมายถึง มีการใช้สารเมทแอมเฟตามีน ซึ่งใช้

แปลผลร่วมกับการวินิจฉัยการกลับมาเสพติดจากจิตแพทย์ โดยจิตแพทย์ไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างแต่ละรายอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

ในส่วนที่ 2 ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลทั้งหมด 7 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนที่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจะเข้าสู่ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูของโปรแกรม FAST Model ครั้งที่ 2 หลังจากที่กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดฟื้นฟูครบทุกขั้นตอนของ FAST Model และกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดฟื้นฟูครบทุกขั้นตอนของโปรแกรม MBTC ร่วมกับ FAST Model และครั้งที่ 3 - 7 คือ ระยะติดตามการรักษาหลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความอยากเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน (Methamphetamine Craving Questionnaire)⁽³⁸⁾ เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง จำนวน 13 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 9 ข้อ (ได้แก่ข้อที่ 1 2 3 4 5 6 9 10 และ 13) และข้อความเชิงลบ 4 ข้อ (ได้แก่ ข้อที่ 7 8 11 และ 12) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัด 7 ระดับ ตั้งแต่ 1-7 คะแนนรวมทั้งหมด 13-91 คะแนน โดยมีการแปลผลดังนี้

13 - 57 คะแนน หมายถึง ไม่มีความอยากเสพยาจนถึงมีความอยากเสพน้อย

58 - 91 คะแนน หมายถึง มีความอยากเสพยาอยู่ในระดับสูง

ในส่วนที่ 3 ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูล 7 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนที่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จะเข้าสู่ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูของโปรแกรม FAST Model ครั้งที่ 2 หลังจากที่กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดฟื้นฟูครบทุกขั้นตอนของ FAST Model และกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดฟื้นฟูครบทุกขั้นตอนของโปรแกรม MBTC ร่วมกับ FAST Model และครั้งที่ 3 - 7 คือ ระยะติดตามการรักษาหลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

ส่วนที่ 4 การตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ⁽⁴¹⁾ ด้วยชุดทดสอบสารเสพติดในปัสสาวะแบบแถบ (Strip) ด้วยเทคนิค Color Immunochromatographic Assay (CICA Technique) ที่มีความจำเพาะเจาะจงเท่ากับ 95% โดยมีการแปลผล ดังนี้

ผลการตรวจเป็นบวก (Positive) หมายถึง การมีระดับสารเมทแอมเฟตามีนมากกว่า 1 ไมโครกรัมต่อปัสสาวะ 1 มิลลิลิตร แสดงว่ามีการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ

ผลการตรวจเป็นลบ (Negative) หมายถึง การมีระดับสารเมทแอมเฟตามีนน้อยกว่า 1 ไมโครกรัมต่อปัสสาวะ 1 มิลลิลิตร หรือแสดงว่าไม่มีการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ

ในส่วนที่ 4 ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูล 7 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนที่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จะเข้าสู่ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูของโปรแกรม FAST Model ครั้งที่ 2 หลังจากกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดฟื้นฟูครบทุกขั้นตอนของ FAST Model และกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดฟื้นฟูครบทุกขั้นตอนของโปรแกรม MBTC ร่วมกับ FAST Model และครั้งที่ 3-7 คือ ระยะติดตามการรักษาหลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินการมีสติ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วนรวมทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่

5.1 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการฝึกสติบำบัดตามคู่มือการใช้โปรแกรมการฝึกสติบำบัด MBTC⁽⁴⁾ จำนวน 2 ข้อ โดยถามถึงความถี่ในการฝึกสมาธิความรู้สึกทั่วร่างกาย / ฝึกสติกับความคิดและเมตตา และ ความถี่ในการฝึกสติในชีวิตประจำวัน

5.2 แบบประเมินการมีสติ Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) ตามคู่มือการใช้โปรแกรมการฝึกสติบำบัด MBTC⁽⁴⁾ จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 1-5 คะแนน

ในส่วนที่ 5 นี้ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูล 7 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนที่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จะเข้าสู่ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูของโปรแกรม FAST Model ครั้งที่ 2 หลังจากกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดฟื้นฟูครบทุกขั้นตอนของโปรแกรม FAST Model ขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดฟื้นฟูครบทุกขั้นตอนของโปรแกรม MBTC ร่วมกับ FAST Model และครั้งที่ 3-7 คือ ระยะติดตามการรักษาหลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

ภาลลกรรณัฒมหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้วิจัยจะยุติการวิจัยเมื่อ

1. กลุ่มควบคุมได้รับการติดตามผลหลังเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูครบทุกขั้นตอนของโปรแกรม FAST Model และจำหน่ายกลับบ้านแล้วเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

2. กลุ่มทดลองได้รับการติดตามผลหลังเข้ารับบำบัดฟื้นฟูครบทุกขั้นตอนของโปรแกรม MBTC ร่วมกับ FAST Model และจำหน่ายกลับบ้านแล้วเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

3.2.5 วิธีการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยทุกขั้นตอนได้ดำเนินการภายในสถาบันฯ ผู้วิจัยเริ่มศึกษาและเก็บข้อมูลแบบทีละกลุ่ม (Non – concurrent controlled intervention study) โดยเริ่มเก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุม ณ หอผู้ป่วยหยกและหอผู้ป่วยมุกดาในเวลาเดียวกัน (คือ ช่วงเวลาเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในสถาบันฯ ในวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 ถึง 3 สิงหาคม พ.ศ. 2562 และช่วงติดตามหลังจำหน่ายกลับบ้าน ตั้งแต่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึง 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563) หลังจากกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดฟื้นฟูครบทุกขั้นตอนของโปรแกรม FAST Model และจำหน่ายกลับบ้านครบทุกรายแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ณ หอผู้ป่วยดังกล่าว ในเวลาเดียวกัน (คือ ช่วงเวลาเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในสถาบันฯ ในวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึง 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 และช่วงติดตามหลังจำหน่ายกลับบ้านตั้งแต่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563) ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดอคติในการส่งต่อข้อมูล (contaminate bias) รายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจาก หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขปและเครื่องมือวิจัยถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และถึงผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยผ่านฝ่ายการพยาบาลและคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันฯ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตทำการวิจัย
2. เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยหยกและหอผู้ป่วยมุกดา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงประสานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ให้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการบำบัดตามรูปแบบปกติของสถาบันฯ
3. หัวหน้าหอผู้ป่วยหยกและหอผู้ป่วยมุกดาสำรวจรายชื่อผู้ที่เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน แล้วคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้
4. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และผลกระทบที่อาจได้รับ พร้อมทั้งอ่านการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย หากสนใจเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะให้ลงชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

5.1 กลุ่มควบคุม

5.1.1. เก็บข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ แบบสอบถามใน ส่วนที่ 1

5.1.2. ประเมินการติดสารเมทแอมเฟตามีนก่อนเข้ารับการรักษาของ กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามใน ส่วนที่ 2 “แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และการติดสารเสพติดฉบับภาษาไทย (M.I.N.I.-lifetime) ร่วมกับ ผลการวินิจฉัยจากจิตแพทย์” ส่วนที่ 3 “แบบประเมินความอยากเสพยาเมทแอมเฟตามีน” และ ส่วนที่ 4 “ผลการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ”

5.1.3. กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาด้วยโปรแกรม FAST model (รูปแบบที่ทางสถาบันฯ ใช้อยู่ในปัจจุบัน) จากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหยกและหอผู้ป่วยมุกดา

5.1.4. ในวันที่เสร็จสิ้นการบำบัดฟื้นฟูในข้อ 5.1.3 ผู้วิจัยเข้าทำการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 โดยใช้ แบบสอบถามใน ส่วนที่ 2 “แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการติดสารเสพติดฉบับภาษาไทย (M.I.N.I.-lifetime) ร่วมกับ ผลการวินิจฉัยจากจิตแพทย์” ส่วนที่ 3 “แบบประเมินความอยากเสพยาเมทแอมเฟตามีน” และ ส่วนที่ 4 “ผลการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ”

5.1.5 ในระยะติดตามการรักษา ผู้วิจัยได้ประเมินผลติดตามผลการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วย ในช่วงสัปดาห์ที่ 2 เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 หลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยใช้ แบบสอบถามใน ส่วนที่ 2 “แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการติดสารเสพติดฉบับภาษาไทย (M.I.N.I.-lifetime) ร่วมกับ ผลการวินิจฉัยจากจิตแพทย์” ส่วนที่ 3 “แบบประเมินความอยากเสพยาเมทแอมเฟตามีน” และ ส่วนที่ 4 “ผลการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ” โดยผู้ป่วยจะได้รับการนัดหมายให้มาที่สถาบันฯ เพื่อติดตามผลการรักษา ในช่วงเวลาดังกล่าวตามปกติอยู่แล้ว

5.2 กลุ่มทดลอง

5.2.1 ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5.1.1 และ 5.1.2 เหมือนกับกลุ่มควบคุม

5.2.2 กลุ่มตัวอย่างเข้าการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model (รูปแบบที่ทางสถาบันฯ ใช้อยู่ในปัจจุบัน) จากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหยกและหอผู้ป่วยมุกดา และได้รับการฝึกโปรแกรมการฝึกสติบำบัด MBTC เพิ่มจากผู้วิจัยจำนวน 8 ขั้นตอน ฝึกสัปดาห์ละ 1 ขั้นตอน ขั้นตอนละประมาณ 1 - 2 ชั่วโมงขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการฝึกในแต่ละขั้นตอนผู้ป่วยจะได้รับการกิจกรรมให้ไปทำเป็นการบ้าน และนำมาส่งก่อนเริ่มขั้นตอนต่อไป โดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้รวบรวมการบ้านมาประเมินผล

5.2.3 ดำเนินการในขั้นตอนที่ 5.1.4 และ 5.1.5 เหมือนกับกลุ่มควบคุม

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไปวิเคราะห์ผลด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

3.2.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ โดยตั้งสมมติฐานว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ร่วมกับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model จะมีจำนวนผู้ที่กลับมาเสพซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model อย่างเดียว ซึ่งการกลับมาเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำจะวัดจาก 1.) ผลคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารเมทแอมเฟตามีน 2.) ผลการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ 3.) ผลการวินิจฉัยจากจิตแพทย์และแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการติดสารเสพติดฉบับภาษาไทย (M.I.N.I.-lifetime) ดังนั้น ในการทดสอบสมมติฐานดังกล่าว ผู้วิจัยจึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเสร็จสิ้นขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูและในระยะติดตามการรักษาเมื่อได้รับการจำหน่ายกลับบ้านไปแล้ว 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน โดยใช้สถิติ Generalized mixed model
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนผู้ที่มีผลการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะและผลการวินิจฉัยการกลับมาเสพซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อเสร็จสิ้นขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู และในระยะติดตามการรักษาหลังได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน โดยใช้การนับจำนวนผู้ที่ตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีน

ในปีสภาวะและจำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์และแบบสัมภาษณ์ว่ามีการกลับมา
เสพยา

- นอกจากนี้ ยังได้วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความเครียด ความ
ซึมเศร้าและการมีสติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเสร็จสิ้นขั้นตอนการบำบัด
ฟื้นฟู และในระยะติดตามการรักษาเมื่อได้รับการจำหน่ายกลับบ้านไปแล้ว 2 สัปดาห์ 1 เดือน
2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน โดยใช้สถิติ Generalized mixed model

สำหรับข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลส่วนอื่น ๆ ผู้วิจัย
ได้ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลตามประเภทของข้อมูลนั้น ๆ

3.3 ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบด้านจริยธรรมการวิจัย โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ
วิจัยของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีก่อนดำเนินการวิจัย โดย
ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรม ได้แก่

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) โดยการให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง
เกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน ตอบข้อสงสัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดีและสามารถ
ตัดสินใจได้อย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และได้ลงนามในเอกสารการยินยอม
ก่อนเข้าร่วมการวิจัยทุกราย และมีการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยในแบบบันทึกข้อมูลไม่มี
ข้อมูลที่ระบุถึงบุคคลในกลุ่มตัวอย่าง และมีเฉพาะหมายเลขหรือรหัสที่ใช้แทนผู้เข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น

2. หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) กลุ่ม
ตัวอย่างได้รับโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการได้รับการบำบัดด้วย
โปรแกรมปกติ (FAST) จากทางสถาบันฯ และผลการศึกษาที่ได้นับเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำมา
พัฒนาโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยสารเสพติดในประเทศไทยให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

3. หลักความยุติธรรม (Justice) คือ มีเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกที่ชัดเจน และผู้
เข้ารับการบำบัดในสถาบันฯ ทุกฝ่าย มีสิทธิ์ได้รับคัดเลือกเข้ามาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้อย่างเท่าเทียม
กัน

บทที่ 4 ผลการศึกษา

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC : Mindfulness – Based Therapy and Counseling program) ต่อการกลับมาเสพยาเสพติดตามีนซ้ำในกลุ่มผู้ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในบทนี้จะนำเสนอเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

- 1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล
- 1.2 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด
- 1.3 ปัจจัยสนับสนุนการเสพยาเสพติด
- 1.4 ข้อมูลด้านความเครียด
- 1.5 ข้อมูลด้านความซึมเศร้า
- 1.6 ข้อมูลด้านการมีสติ
- 1.7 ข้อมูลด้านความอยากเสพยาเสพติดตามีน
- 1.8 ข้อมูลผลการประเมินอาการติดยาเสพติด

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพยาเสพติดตามีนซ้ำ

- 2.1 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความอยากเสพยาเสพติดตามีน
- 2.2 ผลการประเมินอาการทางจิตเวช (M.I.N.I.) ร่วมกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ต่อการกลับมาเสพยาเสพติดตามีนซ้ำ
- 2.3 ผลการตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ
- 2.4 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการมีสติ
- 2.5 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความเครียด
- 2.6 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้า

4.1 ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

4.1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 70 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 30 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา สถานภาพทางครอบครัวมีบิดามารดาอยู่ด้วยกัน มากกว่าร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสองกลุ่มไม่ได้ประกอบอาชีพ สำหรับปัญหาสุขภาพจากการตอบด้วยตนเอง พบว่า มากกว่าร้อยละ 70 ของทั้งสองกลุ่ม ตอบว่า ไม่มีโรคประจำตัว/โรคทางกาย เรื้อรัง มากกว่าร้อยละ 45 ตอบว่า ไม่มีความเครียด มากกว่าร้อยละ 60 ตอบว่า ไม่มีความซึมเศร้า มากกว่าร้อยละ 70 ตอบว่า ไม่มีความวิตกกังวล และมากกว่าร้อยละ 60 ของทั้งสองกลุ่มเคยได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชมาก่อน เมื่อสอบถามถึงการฝึกสติด้วยตนเองก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีประสบการณ์ในการฝึกสติไม่แตกต่างกัน สำหรับผู้ที่เคยฝึกและยังฝึกอยู่ในปัจจุบันได้ใช้เวลาในการฝึกสติแต่ละครั้งน้อยกว่า 20 นาที (ร้อยละ 80.9 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 50.0 ในกลุ่มทดลอง ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มพบว่าทั้งสองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะทั่วไปที่มีความใกล้เคียงกัน ยกเว้นระดับการศึกษาที่กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.037) และกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 51.4) ประเมินตนเองว่ามีปัญหาเรื่องความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 25.7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.049) รายละเอียดแสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง FAST+MBTC (n =35)		กลุ่มควบคุม FAST (n =35)		p-value	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
	เพศ	ชาย	17	48.6		16
	หญิง	18	51.4	19	54.3	
อายุเฉลี่ย (ปี ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		30.66 ± 5.69 ปี		30.03 ± 5.95 ปี		0.653 ^b
สถานภาพสมรส	โสด	27	77.2	27	77.2	1.000 ^a
	คู่	4	11.4	4	11.4	
	หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่	4	11.4	4	11.4	

ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	4	11.4	7	20.0	0.037* ^a	
สูงสุด	มัธยมศึกษา	18	51.4	25	71.4		
	สูงกว่าหรือเท่ากับปวช./ ปวส.	13	37.2	3	8.6		
สถานภาพของบิดา มารดา	อยู่ด้วยกัน	14	40.0	19	54.3	0.503 ^a	
	หย่า	5	14.3	3	8.6		
	แยกกันอยู่	6	17.1	6	17.1		
	บิดาหรือมารดาเสียชีวิต หรือเสียชีวิตทั้งคู่	10	28.6	7	20.0		
กลุ่มอาชีพ	รับจ้าง	7	20.0	8	22.8	0.438 ^a	
	ค้าขาย	7	20.0	4	11.4		
	ว่างงาน	15	42.8	16	45.7		
	อื่นๆ	6	17.2	7	20.1		
	- ธุรกิจส่วนตัว	3		1			
	- นักเรียน นักศึกษา	3		1			
	- เกษตรกรรม	0		3			
	- ข้าราชการ	0		1			
	- ไม่ระบุ	0		1			
โรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว	32	91.4	25	71.4	0.188 ^a	
	มีโรคประจำตัว	3	8.6	10	28.6		
	- ภูมิแพ้	0		2			
	- ไขมันอุดตันในเส้นเลือด	0		2			
	- โรคความดันโลหิตสูง	1		1			
	- โรคโลหิตจาง	1		1			
	- โรคไต	0		1			
	- โรคเบาหวาน	0		1			
	- โรคกระเพาะอาหาร	0		1			
	- โรคไทรอยด์	0		1			
	- อาการปวดเรื้อรัง	1		0			
	ประเมินตนเองว่ามี ภาวะเครียด	ไม่มี	17	48.6	26	74.3	0.049* ^a
		มี	18	51.4	9	25.7	

ประเมินตนเองว่ามี	ไม่มี	23	65.7	29	82.9	0.171 ^a
ภาวะซึมเศร้า	มี	12	34.3	6	17.1	
ประเมินตนเองว่ามี	ไม่มี	26	74.3	27	77.1	>0.999 ^a
ความวิตกกังวล	มี	9	25.7	8	22.9	
ประสบการณ์การรับ	ไม่ได้รับ	12	34.3	14	40.0	0.805 ^a
การรักษาด้วยยาทาง	ได้รับ	23	65.7	21	60.0	
จิตเวช						
การฝึกสติด้วย	ไม่เคยฝึก	15	42.9	14	40.0	0.727 ^a
ตนเอง	เคยและเลิกฝึกแล้ว	14	40.0	17	48.6	
	เคยและยังฝึกอยู่ในปัจจุบัน	6	17.1	4	11.4	
หากเคยฝึกสติด้วย	น้อยกว่า 20 นาที	10	50.0	17	80.9	0.096 ^a
ตนเอง ท่านฝึกครั้ง	21 – 45 นาที	4	20.0	3	14.3	
ละกี่นาที	45 นาทีขึ้นไป	6	30.0	1	4.8	

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

a. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Fisher's Exact test

b. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test

4.1.2 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพสารเสพติด

ในภาพรวม ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพสารเสพติดของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน พบว่า มี 15 คน (9 คนในกลุ่มควบคุมและ 6 คนในกลุ่มทดลอง) ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนอย่างเดียว และ 55 คน (26 คน ในกลุ่มควบคุมและ 29 คน ในกลุ่มทดลอง) ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนร่วมกับสารอื่น ได้แก่ บุหรี่ สุรา กัญชา กระท่อม เฮโรอีน ผีน ยาเค เป็นต้น วิธีการเสพเกือบทั้งหมดจะเสพโดยการสูบหรือสูดควัน อายุที่เริ่มเสพสารเสพติด คือ 15 ปีขึ้นไปโดยมีอายุเฉลี่ยที่ 18 ปี ผู้ที่อายุน้อยที่สุดที่เริ่มเสพยาของกลุ่มควบคุม คือ 11 ปี กลุ่มทดลองคือ 8 ปี ระยะเวลาในการเสพ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยที่เสพสารที่ 12 ปี ระยะเวลามากที่สุดที่เสพสารของกลุ่มควบคุม คือ 25 ปีและกลุ่มทดลอง คือ 26 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 42.9 ของผู้เสพ (15/35 คน) ทั้งสองกลุ่มเคยมีคดีทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด ร้อยละ 34.3 (12/35) ของผู้เสพทั้งสองกลุ่มที่เคยเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรม FAST Model กับทางสถาบันฯมาก่อน รายละเอียดแสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด	กลุ่มทดลอง FAST+MBTC (n =35)		กลุ่มควบคุม FAST (n =35)		p- value	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
	การใช้สารเสพติด					
ใช้สารเมทแอมเฟตามีน เท่านั้น	6	17.1	9	25.7	0.561 ^a	
- ประเภทยาบ้า	2		9			
- ประเภทยาไอซ์	4		0			
ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ร่วมกับสารเสพติดอื่น	29	82.9	26	74.3		
ประเภทของสาร เสพติดที่ใช้ร่วมกับ เมทแอมเฟตามีน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	บุหรี สุรา สารเสพติดอื่นๆ ได้แก่ กัญชา, กระท่อม, ฟีน, สารระเหย, เฮโรอีน, เค ตามีน, โคเคน	28 16 15	96.5 55.2 42.9	23 18 7	88.5 69.0 20.0	0.282 ^a 0.811 ^a 0.133 ^a
วิธีการเสพยาเมท แอมเฟตามีน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	สูบหรือสูดควัน สูบวิธีอื่น ได้แก่ สูดทาง จมูก, รับประทาน, ฉีด, อมใต้ลิ้น	31 7	88.6 22.9	35 2	100.0 5.8	0.114 ^a 0.151 ^a
การบำบัดด้วย โปรแกรม FAST Model	ไม่เคย เคย	23 12	65.7 34.3	23 12	65.7 34.3	1.000 ^a
จำนวนครั้งที่เคย เข้ารับการบำบัด	- 1 ครั้ง - 2 ครั้ง - มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป	5 3 4	14.3 8.6 11.4	5 4 3	14.3 11.4 8.6	
การมีคดีทาง กฎหมาย	ไม่เคย เคยมีคดี	20 15	57.1 42.9	20 15	57.1 42.9	1.000 ^a
อายุเฉลี่ยที่เริ่มเสพยา ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (min – max)		18.29 ± 4.38 ปี (8 - 26 ปี)		18.11 ± 4.75 ปี (11 - 36 ปี)	0.876 ^b	

กลุ่มอายุ	น้อยกว่า 15 ปี	11	31.5	11	31.5
	15 ปีขึ้นไป	24	68.5	24	68.5
ระยะเวลาเฉลี่ยที่เสพสาร ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (min – max)		12.37 ± 6.44 ปี		11.91 ± 5.78 ปี	0.756 ^b
		(0-26ปี)		(1-25 ปี)	
ระยะเวลา	น้อยกว่า 10 ปี	14	40.0	16	45.7
	10 ปีขึ้นไป	21	60.0	19	54.3

a. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Fisher's Exact test

b. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test

4.1.3 ปัจจัยสนับสนุนการเสพสารเสพติด

เมื่อพิจารณาภาพรวมปัจจัยสนับสนุนการเสพสารเสพติด ของทั้ง 2 กลุ่มทั้งหมด 70 คน จำแนกตามปัจจัย พบว่า ด้านชุมชน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคนในชุมชนของตน (อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มควบคุมมีสัมพันธ์ภาพที่ดีและไม่ดีกับคนในชุมชนสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน) เพื่อนๆ ไม่ได้เป็นผู้ชักชวนให้ไปใช้สารเสพติด และไม่มีการใช้หรือจำหน่ายยาเสพติดภายในชุมชน ด้านครอบครัว พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคนในครอบครัวของตน และสมาชิกในครอบครัวไม่ได้มีการใช้หรือจำหน่ายสารเสพติด ด้านรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีรายได้ที่สามารถดูแลตนเองได้ และรายได้หลักไม่ได้มาจากหรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติด อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าสูงถึงร้อยละ 42.9 ที่รายได้หลักของกลุ่มทดลองมาจากหรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติด ด้านความภูมิใจในตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ณ ปัจจุบันมีความภาคภูมิใจในตนเอง

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการเสพสารเสพติดของทั้งสองกลุ่มที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านชุมชนและด้านรายได้ ซึ่งเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าสัมพันธ์ภาพของคนในชุมชน (p-value = 0.045) และรายได้ที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด (p-value = 0.036) อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนการเสพสารเสพติดของทั้งสองกลุ่ม ขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัวและด้านความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดแสดงดังตาราง 3

ตาราง 3 ปัจจัยสนับสนุนในการเสพสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านชุมชน ครอบครัว รายได้ และความภาคภูมิใจในตนเอง

ข้อมูลสนับสนุนการเสพสารเสพติด		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P-value
		FAST+ MBTC (n =35)	FAST (n =35)	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ปัจจัยด้านชุมชน				
- ชุมชนของท่านมีการใช้หรือจำหน่ายสารเสพติด	ใช่	12 (34.3)	14 (40.0)	0.805
	ไม่ใช่	23 (65.7)	21 (60.0)	
- ท่านและคนในชุมชนมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน	ใช่	27 (77.1)	18 (51.4)	0.045*
	ไม่ใช่	8 (22.9)	17 (48.6)	
- เพื่อนของท่านมักชวนท่านไปใช้สารเสพติด	ใช่	4 (11.4)	4 (11.4)	1.000
	ไม่ใช่	31 (88.6)	31 (88.6)	
ปัจจัยด้านครอบครัว				
- ท่านมีสมาชิกในครอบครัวใช้หรือจำหน่ายสารเสพติด	ใช่	7 (20.0)	6 (17.1)	>0.999
	ไม่ใช่	28 (80.0)	29 (82.9)	
- ครอบครัวของท่านมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน	ใช่	27 (77.1)	22 (62.9)	0.297
	ไม่ใช่	8 (22.9)	13 (37.1)	
ปัจจัยด้านรายได้				
- ท่านมีรายได้ที่สามารถดูแลตนเองได้	ใช่	27 (77.1)	19 (54.3)	0.077
	ไม่ใช่	8 (22.9)	16 (45.7)	
- รายได้หลักของท่านเกี่ยวข้องกับสารเสพติด	ใช่	15 (42.9)	6 (17.1)	0.036*
	ไม่ใช่	20 (57.1)	29 (82.9)	
ปัจจัยด้านความภาคภูมิใจในตนเอง				
- ขณะนี้ท่านมีความภาคภูมิใจในตนเอง	ใช่	28 (80.0)	21 (60.0)	0.117
	ไม่ใช่	7 (20.0)	14 (40.0)	

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05; เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Fisher's Exact test

4.1.4 ข้อมูลด้านความเครียด

ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดของกรมสุขภาพจิต แบบตอบด้วยตนเอง จำนวน 20 ข้อ⁽³⁹⁾ เพื่อ ประเมินความเครียดของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดใน ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้น ผลการวิเคราะห์รายข้อ พบว่า กลุ่มทดลองมีอาการนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย =1.49) รองลงมา ได้แก่ ตื่นตื่นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย (คะแนนเฉลี่ย =1.43) มีความวุ่นวายใจ (คะแนนเฉลี่ย =1.40) รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ (คะแนนเฉลี่ย =1.37) ขณะที่กลุ่มควบคุม พบว่า มีความตื่นตื่นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคยมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย =1.31) รองลงมา ได้แก่ รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ (คะแนนเฉลี่ย =1.17) รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ (คะแนนเฉลี่ย = 1.09) รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาพรวมทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู กลุ่มทดลองมีความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.003) รายละเอียดแสดงดังตาราง 4

ตาราง 4 คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนจะเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	คะแนนเฉลี่ยความเครียด		
	ก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู		
	กลุ่มทดลอง FAST+MBTC (n=35)	กลุ่มควบคุม FAST (n=35)	p- value
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ	1.49	1.03	0.038*
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ	1.37	1.17	0.262
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด	1.14	0.63	0.023*
4. มีความวุ่นวายใจ	1.40	0.89	0.007*
5. ไม่อยากพบปะผู้คน	0.94	0.57	0.064
6. ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง	1.20	0.66	0.016*
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	1.29	0.89	0.034*
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต	0.94	0.71	0.332
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า	1.09	0.46	0.003*
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา	0.86	0.43	0.021*
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ	1.31	1.06	0.183
12. รู้สึกเปลืองเงินไม่มีแรงจะทำอะไร	1.11	0.71	0.076
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร	1.26	0.89	0.058
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง	0.94	0.40	0.002*
15. เสียงสั่น ปากสั่นหรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ	0.89	0.69	0.409
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ	1.09	1.09	1.000
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอยหลัง หรือไหล่	1.20	0.74	0.046*
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	1.43	1.31	0.600
19. มีนั่งหรือเวียนศีรษะ	1.06	0.63	0.020*
20. ความสุขทางเพศลดลง	1.34	0.69	0.005*
คะแนนเฉลี่ยรวม	23.34±10.02	15.66±10.97	0.003*

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05; เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ

independent t-test

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยมาจำแนกตามระดับความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ (ร้อยละ 66.9) ซึ่งในจำนวนนี้มีความเครียดสูงกว่าปกติมากถึงร้อยละ 20.0 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีความเครียดอยู่ระดับปกติ (ร้อยละ 45.8) และมีเพียงร้อยละ 11.4 ที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก รายละเอียดแสดงดังตาราง 5

ตาราง 5 ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู

ระดับความเครียด	ก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู		p-value
	จำนวนคน (ร้อยละ)		
	กลุ่มทดลอง FAST+MBTC (n=35)	กลุ่มควบคุม FAST (n=35)	
ต่ำกว่าปกติ (0-5 คะแนน)	0	6 (17.1)	0.010*
ปกติ / ไม่เครียด (6-17คะแนน)	13 (37.1)	16 (45.7)	
สูงกว่าปกติ (18-60 คะแนน)	22 (66.9)	13 (37.2)	
- สูงกว่าปกติเล็กน้อย (18-25 คะแนน)	8 (22.9)	9 (25.7)	
- สูงกว่าปกติปานกลาง (26-29 คะแนน)	7 (20.0)	0	
- สูงกว่าปกติมาก (30-60 คะแนน)	7 (20.0)	4 (11.4)	

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05; เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Fisher's Exact test

4.1.5 ข้อมูลด้านความซึมเศร้า

ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต แบบตอบด้วยตนเองจำนวน 9 ข้อ⁽⁴⁰⁾ เพื่อประเมินความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้น ผลการวิเคราะห์รายข้อ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้สึกไม่ดีกับตัวเองคิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย =1.46) รองลงมา ได้แก่ ความรู้สึกเบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป (คะแนนเฉลี่ย =1.37) รู้สึกไม่สบายใจ/ซึมเศร้า/ท้อแท้ และ เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง (คะแนนเฉลี่ย =1.26 ตามลำดับ) ขณะที่ กลุ่มควบคุม พบว่า ความรู้สึกเบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย =0.97) รองลงมา ได้แก่ ความรู้สึกไม่ดีกับตัวเองคิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง (คะแนนเฉลี่ย =0.86) รู้สึกเบื่อ ไม่สนใจไม่ยอมทำอะไร สมาธิไม่ดี และ หลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ (คะแนนเฉลี่ย = 0.74 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาพรวมทั้ง 2 กลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู กลุ่มทดลองมีอาการของโรคซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = <0.001) รายละเอียดแสดงดังตาราง 6

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยมาจำแนกตามระดับความซึมเศร้า พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีความซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง (ร้อยละ 37.1 และ 31.4 ตามลำดับ) และมีเพียง 1 คน (ร้อยละ 2.9) ที่ความซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ขณะที่กลุ่มควบคุมมีความซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก (ร้อยละ 62.8) รายละเอียดแสดงดังตาราง 7

ตาราง 6 คะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู

อาการประเมินโรคซึมเศร้า	คะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้า ก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู		P- value
	กลุ่มทดลอง FAST+MBTC (N=35)	กลุ่มควบคุม FAST (N=35)	
1.เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	1.11	0.74	0.064
2.ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	1.26	0.66	0.001*
3.หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป	1.03	0.74	0.199
4.เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	1.26	0.66	0.003*
5.เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	1.37	0.97	0.077
6.รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	1.46	0.86	0.011*
7.สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	1.09	0.74	0.110
8.พูดซ้ำทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0.74	0.40	0.076
9.คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0.49	0.17	0.036*
คะแนนเฉลี่ยรวม	9.80±4.59	5.94±4.66	<0.01*

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05; เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ

independent t-test

ตาราง 7 ระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู

ระดับความซึมเศร้า	ก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู		p-value
	จำนวนคน (ร้อยละ)		
	กลุ่มทดลอง FAST+MBTC (N=35)	กลุ่มควบคุม FAST (N=35)	
น้อยมาก (< 7 คะแนน)	10 (28.6)	22 (62.8)	0.009*
น้อย (7-12 คะแนน)	13 (37.1)	10 (28.6)	
ปานกลาง (13-18 คะแนน)	11 (31.4)	3 (8.6)	
รุนแรง (19-27 คะแนน)	1 (2.9)	0	

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05; เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ

Fisher's Exact test

4.1.6 ข้อมูลด้านการมีสติ

ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมิน แบบประเมินการมีสติ Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) จำนวน 10 ข้อ⁽⁴⁾ เพื่อประเมินการมีสติของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้น ผลการวิเคราะห์รายข้อ พบว่า กลุ่มทดลองมีสติถึงการรับรู้ได้ถึง การที่มีน้ำไหลผ่านตัวเวลาอาบน้ำมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย = 2.34) รองลงมา ได้แก่ การรับรู้ถึงการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางของคนอื่น และการรับรู้ได้ถึงอารมณ์ต่างๆ ของตัวเองเวลาพูดคุยกับคนอื่น (คะแนนเฉลี่ย = 2.29 และ 2.26 ตามลำดับ) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีสติในการรับรู้ถึงความคิดของตนเองขณะที่อารมณ์เปลี่ยนไปมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย = 3.31) รองลงมา ได้แก่ การมีสติที่ตระหนักรู้ถึงอารมณ์ของตนเองที่เปลี่ยนไป (คะแนนเฉลี่ย = 3.26) การรับรู้ได้ถึงอารมณ์ต่างๆ ของตัวเองเวลาพูดคุยกับคนอื่น และสามารถบอกถึงอารมณ์และความรู้สึกของตนเองต่อผู้อื่นได้โดยง่าย (คะแนนเฉลี่ย = 3.23 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาพรวมทั้ง 2 กลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู กลุ่มทดลองมีสติน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) รายละเอียดแสดงดังตาราง 8

ตาราง 8 คะแนนเฉลี่ยการมีสติของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู

พฤติกรรมการประเมินสติ (PHLMS)	คะแนนเฉลี่ยการมีสติ		
	ก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู		
	กลุ่มทดลอง FAST+MBTC (N=35)	กลุ่มควบคุม FAST (N=35)	p-value
1. ฉันรับรู้ได้ว่ามีความคิดอะไรผ่านเข้ามาในใจของฉัน	2.23	2.91	0.002*
2. เมื่อฉันพูดคุยกับคนอื่น ฉันจะรับรู้ได้ถึงการแสดงสีหน้าและการแสดงออกทางร่างกายของเขา	2.29	3.00	<0.01*
3. เมื่อฉันอาบน้ำ ฉันรับรู้ได้ถึงสิ่งที่น้ำไหลผ่านตัวฉัน	2.34	3.23	<0.01*
4. เมื่อฉันตื่นตกใจ ฉันจะสังเกตได้ว่ามีอะไรกำลังเกิดขึ้นภายในร่างกายของฉัน	2.14	2.94	<0.01*
5. เมื่อฉันเดินไปข้างนอก ฉันจะรับรู้ได้ถึงกลิ่นหรืออากาศที่กระทบใบหน้าฉัน	2.17	3.20	<0.01*
6. เมื่อมีใครถามว่าฉันมีความรู้สึกอย่างไร ฉันสามารถบอกถึงอารมณ์ความรู้สึกของฉันได้อย่างง่ายดาย	2.23	3.23	<0.01*
7. ฉันรับรู้ได้ถึงความคิดที่ฉันมี เมื่ออารมณ์ของฉันเปลี่ยนแปลงไป	2.20	3.31	<0.01*
8. ฉันสังเกตได้ถึงการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของฉัน เช่น หัวใจของฉันที่เต้นเร็วขึ้น หรือกล้ามเนื้อของฉันกำลังหดเกร็งตัว	2.23	2.74	0.029*
9. เมื่อใดก็ตามที่อารมณ์ของฉันเปลี่ยนแปลงไป ฉันสามารถตระหนักรู้ได้ในทันที	2.23	3.26	<0.01*
10. เมื่อพูดคุยกับคนอื่น ฉันจะรับรู้ได้ถึงอารมณ์ต่าง ๆ ที่ฉันมีอยู่	2.26	3.23	<0.01*
คะแนนเฉลี่ยรวม	22.31±5.27	31.06 ±7.63	<0.01*

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05; เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ independent t-test

4.1.7 ข้อมูลด้านความอยากเสพสารเมทแอมเฟตามีน

ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินระดับความอยากเสพสารเมทแอมเฟตามีน แบบตอบด้วยตนเอง จำนวน 13 ข้อ⁽³⁸⁾ เพื่อประเมินความอยากเสพสารของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้น ผลการวิเคราะห์รายข้อ พบว่า กลุ่มทดลองจะมีรู้สึกกระฉับกระเฉงหากได้เสพยาบ้าหรือยาไอซ์ มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย =4.46) รองลงมา ได้แก่ ความรู้สึกว่ามีอะไรบางอย่างมากระตุ้นให้เกิดความอยาก/ใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์ (คะแนนเฉลี่ย =4.29) ไม่สามารถห้ามใจตนเองได้หากมียาบ้าหรือยาไอซ์อยู่กับตัวในตอนนี้ (คะแนนเฉลี่ย =4.09) และรู้สึกตื่นตัวอย่างยิ่งถ้าได้เสพยา (คะแนนเฉลี่ย =4.03) ขณะที่กลุ่มควบคุม พบว่า การได้ใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์ ไม่ได้ช่วยให้ความกระวนกระวายลดลงมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย =4.17) รองลงมา ได้แก่ ความรู้สึกว่ามีอะไรบางอย่างมากระตุ้นให้เกิดความอยาก/ใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์ (คะแนนเฉลี่ย = 3.77) รู้สึกกระฉับกระเฉงหากได้เสพยาบ้าหรือยาไอซ์ (คะแนนเฉลี่ย = 3.66) และการใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์ทำให้มีกำลังวังชา (คะแนนเฉลี่ย = 3.63) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาพรวมทั้ง 2 กลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.095) รายละเอียดแสดงดังตาราง 9

ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ยความยากเสพสารเมทแอมเฟตามีนของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดในชั้นตอนบำบัดฟื้นฟู

รายการข้อความ	คะแนนเฉลี่ย		P-value
	ก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู		
	กลุ่มทดลอง FAST+MBTC (N=35)	กลุ่มควบคุม FAST (N=35)	
1. ถ้าฉันได้ใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์ ความคิดฉันจะแล่นตีกว่านี้	3.63	3.37	0.580
2. ถ้ามีคนเอายาบ้าหรือยาไอซ์มาให้ฉัน ฉันจะใช้มันทันที	3.31	2.97	0.407
3. การใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์จะทำให้ฉันเครียดน้อยลง	3.74	3.14	0.137
4. การใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์จะทำให้ฉันมีกำลังใจวังชา	3.71	3.63	0.850
5. ถ้ามียาบ้าหรือยาไอซ์วางอยู่ข้างหน้าฉัน ฉันคงจะใช้มัน	3.66	3.03	0.149
6. ฉันคงจะตื่นตัวอย่างยิ่ง ถ้าฉันได้ใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์	4.03	3.37	0.168
7. การใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์คงไม่ทำให้ฉันเป็นสุขอีก	3.74	3.57	0.723
8. ฉันคิดว่าฉันสามารถห้ามตัวเองไม่ให้ใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์ได้แล้ว	3.00	2.71	0.481
9. ฉันรู้สึกว่ามีอะไรบางอย่างกระตุ้นให้ฉันใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์	4.29	3.77	0.231
10. ฉันคงจะรู้สึกกระฉับกระเฉง ถ้าฉันได้ใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์	4.46	3.66	0.080
11. ถ้าฉันได้ใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์ความกระวนกระวายของฉันก็คงไม่ลดลง	3.49	4.17	0.136
12. ตอนนี้ฉันไม่รู้สึกต้องการยาบ้าหรือยาไอซ์เลย	3.11	2.66	0.273
13. ฉันคงไม่สามารถห้ามตัวเองได้ ถ้าฉันมียาบ้าหรือยาไอซ์อยู่กับตัวในตอนี้	4.09	3.11	0.037*
คะแนนเฉลี่ยรวม	48.26±12.88	43.17±12.26	0.095

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05; เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ independent t-test

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยมาจำแนกตามระดับความอยากเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีความอยากเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 80.0 กลุ่มทดลอง และร้อยละ 91.4 กลุ่มควบคุม) รายละเอียดแสดงดังตาราง 10

ตาราง 10 ระดับความอยากเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเข้ารับการรักษาบำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู

ระดับความอยากเสพยา	ก่อนเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู		p-value
	จำนวนคน (ร้อยละ)		
	กลุ่มทดลอง FAST+MBTC (N=35)	กลุ่มควบคุม FAST (N=35)	
มีความอยากเสพยาในระดับน้อย (13-57 คะแนน)	28 (80.0)	32 (91.4)	0.306
มีความอยากเสพยาในระดับสูง (58-91 คะแนน)	7 (20.0)	3 (8.6)	

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Fisher's Exact test

4.1.8 ข้อมูลผลการประเมินอาการติดสารเสพติด

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการติดสารเสพติดฉบับภาษาไทย (M.I.N.I.) หมวด K. Non-alcohol psychoactive substance use disorder จำนวน 7 ข้อ⁽¹³⁾ เพื่อประเมินอาการติดสารเสพติดว่ามีแนวโน้มที่จะกลับมาเสพยาหรือไม่ หากตอบว่าใช่มากกว่า 3 ข้อขึ้นไป หมายถึงมีแนวโน้มที่จะกลับมาเสพยา ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาบำบัดในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้น ผลการสัมภาษณ์พบว่า ร้อยละ 100 ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมยังไม่มีแนวโน้มของการกลับมาเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ และเมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มทดลองได้ตอบว่าใช่มากที่สุด ได้แก่ เมื่อต้องการลดหรือหยุดการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนจะมีอาการถอนยาซึ่งต้องใช้ยาช่วยเพื่อให้รู้สึกดีขึ้นหรือหายจากอาการถอนยา (ร้อยละ 17.1) มีความต้องการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลเหมือนกับตอนที่เริ่มใช้ (ร้อยละ 11.4) และจากการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนทำให้ใช้เวลาอยู่กับครอบครัว ผู้อื่นรวมถึงใช้เวลาในการทำงาน พักผ่อนน้อยลง (ร้อยละ 2.9) เช่นเดียวกับข้อที่กลุ่มควบคุมตอบว่าใช่จะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง ได้แก่ เมื่อต้องการลดหรือหยุดการใช้สารจะมีอาการถอนยาโดยต้องใช้ยาช่วยเพื่อให้หายหรือรู้สึกดีขึ้นจากอาการถอนยา (ร้อยละ 22.9) มีความพยายามที่จะลดหรือหยุดการใช้

สารเมทแอมเฟตามีนแต่ไม่สำเร็จ (ร้อยละ 8.6) บ่อยครั้งที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนมากกว่าที่คิดไว้ตอนแรก (ร้อยละ 5.7) จากการเสพสารเมทแอมเฟตามีนทำให้ใช้เวลาอยู่กับครอบครัว ผู้อื่นรวมถึงใช้เวลาในการทำงาน พักผ่อนน้อยลง (ร้อยละ 2.9) รายละเอียดแสดงดังตาราง 11



ตาราง 11 ลักษณะอาการติดสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน (ร้อยละ)) ก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู

ลักษณะอาการติดสารเสพติดต่อการกลับมาเสพติดซ้ำ	จำนวน (ร้อยละ) ที่ตอบว่าใช่ ก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู	
	กลุ่มทดลอง FAST+MBTC (N=35)	กลุ่มควบคุม FAST (N=35)
1. คุณพบว่าคุณต้องการใช้สารเมทแอมเฟตามีนมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลเหมือนกับตอนที่คุณเริ่มใช้ ใช่หรือไม่	4 (11.4)	0
2. เมื่อคุณลดหรือหยุดการใช้สารเมทแอมเฟตามีน คุณมีอาการถอนยาหรือไม่ /คุณได้ใช้ยาอะไรก็ตามเพื่อให้ตัวเองหายจากอาการถอนยาหรือเพื่อให้รู้สึกดีขึ้นหรือไม่	6 (17.1)	8 (22.9)
3. คุณพบว่าบ่อยครั้งที่คุณใช้สารเมทแอมเฟตามีนมากกว่าที่คุณคิดไว้ในตอนแรกหรือไม่	0	2 (5.7)
4. คุณได้พยายามที่จะลดหรือหยุดใช้สารเมทแอมเฟตามีนแต่ก็ไม่สำเร็จใช่หรือไม่	0	3 (8.6)
5. ในวันที่คุณใช้สารเมทแอมเฟตามีนนั้น คุณใช้เวลา > 2 ชม. ในการหา เสพ หรือฟื้นจากฤทธิ์ของยา หรือคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับยานั้น ใช่หรือไม่	0	1 (2.9)
6. คุณใช้เวลาในการทำงาน, การพักผ่อนหย่อนใจ, หรือการอยู่ร่วมกับครอบครัวหรือผู้อื่นน้อยลงเนื่องจากการใช้ยานั้น ใช่หรือไม่	1 (2.9)	1 (2.9)
7. คุณไม่หยุดใช้สารเมทแอมเฟตามีน แม้ว่ามันจะทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพร่างกายหรือจิตใจของคุณ	0	0

4.2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพยาเสพติด ซ้ำ

ตัวแปรข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่ใช้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ความอยากเสพยาเสพติด อาการทางจิตเวชและการติดสารเสพติดโดยแบบประเมิน M.I.N.I. ผลการตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ (ตัวชี้วัดหลัก) ความเครียด ความซึมเศร้า และการมีสติ (ตัวชี้วัดรอง) ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าดังกล่าวของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนจะเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู สรุปได้ดังนี้ ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของความอยากเสพยาเสพติดไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.306$) แต่มีคะแนนเฉลี่ยของการมีสติ ความเครียด และความซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$ 0.003 และ 0.001 ตามลำดับ) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดเฉลี่ย (23.34 ± 10.02) และคะแนนความซึมเศร้าเฉลี่ย (9.80 ± 4.59) สูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่มีคะแนนการมีสติเฉลี่ย (22.31 ± 5.27) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่มีความเครียดสูงกว่าปกติถึง 22 คน (ร้อยละ 62.9) และความซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง 12 คน (ร้อยละ 34.3) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ที่มีความเครียดสูงกว่าปกติเพียง 13 คน (ร้อยละ 37.2) และความซึมเศร้าปานกลาง 3 คน (ร้อยละ 8.6) โดยไม่มีผู้ที่มีความซึมเศร้ารุนแรง นอกจากนี้ จากผลการประเมินอาการทางจิตเวช (M.I.N.I.) และผลการตรวจปัสสาวะ พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มยังไม่พบแนวโน้มของการกลับมาเสพยาซ้ำในระยะก่อนเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู รายละเอียดแสดงดังตาราง 12

ตาราง 12 คะแนนเฉลี่ย จำนวนและร้อยละของตัวแปรข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพยาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ก่อนเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู

ตัวแปรข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	กลุ่มทดลอง FAST+MBTC (N=35)		กลุ่มควบคุม FAST (N=35)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
	ความอยากเสพยาเมทแอมเฟตามีน				
ไม่มีความอยากเสพยาจนถึงมีความอยากเสพน้อย (13-57 คะแนน)	28	80.0	32	91.4	0.306 ^a
มีความอยากเสพอยู่ในระดับสูง (58-91 คะแนน)	7	20.0	3	8.6	
คะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสาร ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	48.26 ± 12.88		43.17 ± 12.26		0.095 ^b
ความเครียด					
ต่ำกว่าปกติ (0-5 คะแนน)	0	0	6	17.1	0.010 ^{a*}
ปกติ/ไม่เครียด (6-17 คะแนน)	13	37.1	16	45.7	
เครียดสูงกว่าปกติ (18-60 คะแนน)	22	62.9	13	37.2	
คะแนนเฉลี่ยความเครียด ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	23.34 ± 10.02		15.66 ± 10.97		0.003 ^{b*}
ความซึมเศร้า					
น้อยมาก (< 7 คะแนน)	10	28.6	22	62.8	0.009 ^a
น้อย (7-12 คะแนน)	13	37.1	10	28.6	
ปานกลาง (13-18 คะแนน)	11	31.4	3	8.6	
รุนแรง (19-27 คะแนน)	1	2.9	0	0	
คะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้า ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9.80 ± 4.59		5.94 ± 4.66		0.001 ^{b*}
การมีสติ					
คะแนนเฉลี่ยการมีสติ ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	22.31 ± 5.27		31.06 ± 7.63		<0.01 ^{b*}
ลักษณะอาการติดสารเสพติด (M.I.N.I.) ที่แสดง	0	0	0	0	-
แนวโน้มของการกลับไปเสพยาซ้ำ					
ผลการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ(คน)	0	0	0	0	-

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

a. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Fisher's Exact test

b. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test

เมื่อเข้าสู่ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู กลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดตามกระบวนการของโปรแกรม FAST model ซึ่งเป็นโปรแกรมปกติที่ทางสถาบันฯ ใช้เพียงอย่างเดียว ขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดตามกระบวนการของโปรแกรม FAST model ร่วมกับกระบวนการของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (FAST+MBTC) ระยะเวลาที่อยู่ในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูของทั้งสองกลุ่ม คือ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการวัดและประเมินผลโปรแกรม MBTC ต่อการกลับมาเสพติดซ้ำโดยการ 1) วัดผลคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารเมทแอมเฟตามีน 2) ประเมินอาการทางจิตเวช (M.I.N.I.) ร่วมกับการวินิจฉัยของแพทย์ และ 3) การตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โดยวัดผลเป็นพบ/ไม่พบ ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 วัดผลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ครั้งที่ 2 ติดตามผลช่วง 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้าน ครั้งที่ 3 ติดตามผลช่วง 1 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ครั้งที่ 4 ติดตามผลช่วง 2 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ครั้งที่ 5 ติดตามผลช่วง 3 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ครั้งที่ 6 ติดตามผลช่วง 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน

4.2.1 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารเมทแอมเฟตามีน

พบว่า ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารเมทแอมเฟตามีน (กลุ่มทดลอง = 44.46 ± 13.90 กลุ่มควบคุม = 38.34 ± 13.16) ต่ำกว่า คะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารเมทแอมเฟตามีน ช่วงก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู (กลุ่มทดลอง = 48.26 ± 12.88 กลุ่มควบคุม = 43.17 ± 12.26) เมื่อพิจารณาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารระหว่างทั้งสองกลุ่มตามระยะเวลาที่ติดตาม โดยใช้สถิติ Generalized mixed model พบว่า ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน กลุ่มทดลองมีคะแนนความอยากเสพสารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (6.12 คะแนน, 95% CI = 0.04, 12.19) และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ได้แก่ ระดับการศึกษา, มีความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพ, สัมพันธภาพในชุมชน, รายได้หลักเกี่ยวข้องกับสารเสพติด, คะแนนความอยากเสวก่อนเข้ารับการบำบัด, คะแนนความเครียดก่อนเข้ารับการบำบัด, คะแนนความซึมเศร้าก่อนเข้ารับการบำบัด, คะแนนการมีสติก่อนเข้ารับการบำบัด พบว่า ในช่วงเวลาที่ติดตาม 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้านกลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (7.89 คะแนน, 95% CI = -15.47, -0.32) สำหรับในช่วงเวลาอื่นๆ นั้นไม่พบความแตกต่างรายละเอียดแสดงดังตาราง 13 และรายละเอียดคะแนนเฉลี่ยรายข้อคำถามทุกช่วงระยะเวลาที่ติดตามจะแสดงในภาคผนวก ค.

ตาราง 13 ความแตกต่างของคะแนนความอยากเสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามระยะเวลาที่ติดตามผล โดยใช้สถิติ Generalized mixed model

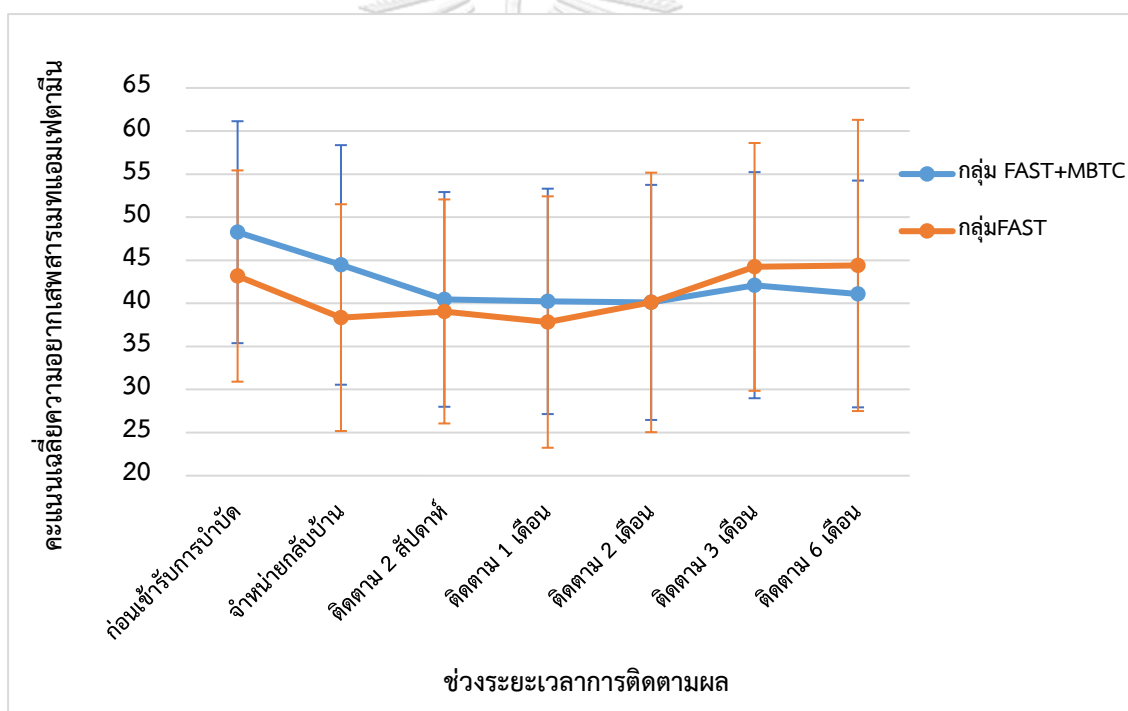
ระยะเวลาที่ติดตามผล	กลุ่มทดลอง FAST + MBTC (n = 35)	กลุ่มควบคุม FAST (n = 35)	Crude Mean difference (95% CI)	Adjusted [†] Mean difference (95% CI)
ก่อนเข้ารับการรักษา	48.26 ± 12.88	43.17 ± 12.26	-	-
วันที่จำหน่ายกลับบ้าน	44.46 ± 13.90	38.34 ± 13.16	6.12 (0.04, 12.19)*	1.56 (-3.11, 6.23)
ติดตาม 2 สัปดาห์	40.46 ± 12.46	39.06 ± 13.00	1.40 (-4.90, 7.70)	-3.16 (-8.23, 1.92)
ติดตาม 1 เดือน	40.23 ± 13.08	37.83 ± 14.59	2.40 (-4.20, 9.00)	-2.16 (-7.75, 3.44)
ติดตาม 2 เดือน	40.11 ± 13.64	40.11 ± 15.06	0 (-6.97, 6.97)	-4.58 (-10.77, 1.61)
ติดตาม 3 เดือน	42.11 ± 13.12	44.23 ± 14.38	-2.12 (-9.51, 5.28)	-6.69 (-13.56, 0.17)
ติดตาม 6 เดือน	41.09 ± 13.16	44.40 ± 16.90	-3.31 (-11.18, 4.55)	-7.89 (-15.47, -0.32)*

* มีความแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05;

[†] ควบคุมตัวแปรกวน ได้แก่ ระดับการศึกษา มีความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพ สัมพันธภาพในชุมชน รายได้หลัก เกี่ยวข้องกับสารเสพติด คะแนนความอยากเสพสารก่อนเข้ารับการรักษา คะแนนความเครียดก่อนเข้ารับการรักษา คะแนนความซึมเศร้าก่อนเข้ารับการรักษา คะแนนการมีสติก่อนเข้ารับการรักษา

เมื่อพิจารณารายกลุ่มพบว่า คะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงจากวันที่จำหน่ายกลับบ้านจนถึงวันที่ติดตามผลช่วง 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้าน จะค่อนข้างคงที่ในช่วงติดตามผล 1 และ 2 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน และคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารได้เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงติดตามผล 3 เดือน และลดลงอีกครั้งเมื่อสิ้นสุดการติดตามที่เวลา 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยทุกช่วงเวลาในการติดตามผลจะพบคะแนนเฉลี่ยของความอยากเสพสารต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่วัดได้ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ขณะที่คะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารของกลุ่มควบคุมมีค่าขึ้นๆ ลงๆ นับจากวันที่จำหน่ายกลับบ้านจนถึงวันที่ติดตามผลช่วง 1 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน และจากนั้นคะแนนเฉลี่ยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในช่วงติดตามผล 2 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยคะแนนเฉลี่ยในช่วง 2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน มีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยที่วัดในวันที่จำหน่ายกลับบ้านและในช่วงเวลาการติดตาม 2 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้านนั้นจะพบจุดตัดที่กลุ่มทดลองเริ่มมีคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารลดลง ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารเพิ่มขึ้น

ภาพรวมสรุปได้ว่า คะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารเมทแอมเฟตามีนในทั้งสองกลุ่มจะลดลงตามช่วงเวลาที่ผ่านมา และกลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสารเมทแอมเฟตามีนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงเวลาที่ติดตาม 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดแสดงดังภาพ 5 ทั้งนี้อาจเกิดจากภาวะของสมองติดยา ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้จากการใช้สารเสพติดมาเป็นระยะเวลาานานกว่า 5 - 10 ปี โดยสารจะเข้าไปทำลายสมองส่วนความคิดและการใช้เหตุผล (Cerebral Cortex) ทำให้สมองส่วนความอยากและการใช้อารมณ์ (limbic System) มีอิทธิพลเหนือกว่า ส่งผลให้มีความอยากเสพสารมากขึ้น และมักพบอาการเหล่านี้ได้มากในช่วงระยะเวลาประมาณ 2- 3 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งนับว่าเป็นระยะที่มีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำมากที่สุด



ภาพ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความอยากเสพสารเมทแอมเฟตามีน (crude) ระหว่างกลุ่มทดลอง(FAST+MBTC) และกลุ่มควบคุม (FAST) ตามระยะเวลาที่ติดตามผล

4.2.2 ผลการประเมินอาการทางจิตเวช (M.I.N.I.) ร่วมกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ต่อการกลับมาเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ

การประเมินแนวโน้มของการกลับมาเสพซ้ำโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตเวช (M.I.N.I.)⁽¹³⁾ จำนวน 7 ข้อ ร่วมกับการวินิจฉัยจากแพทย์ จะรายงานผลเป็นจำนวนคน (ร้อยละ) ที่ตอบว่า “ใช่” 3 ข้อ จาก 7 ข้อ ผลการศึกษา พบว่า ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ทั้ง 2 กลุ่มยังไม่มีแนวโน้มของการกลับมาเสพซ้ำ การกลับมาเสพซ้ำจะพบในช่วงติดตาม 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้านเป็นต้นไป โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่มีแนวโน้มกลับมาเสพซ้ำขึ้นลงๆ (อยู่ระหว่าง 3-7 คน) ในทุกช่วงเวลาของการติดตามตลอด 6 เดือน อย่างไรก็ตามจำนวนของผู้ที่มีแนวโน้มดังกล่าวก็ยังน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงเวลาเดียวกัน โดยจะเห็นว่ากลุ่มทดลองจะมีจำนวนของผู้ที่แนวโน้มกลับมาเสพซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงของการติดตาม 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ($p\text{-value} = 0.004$) รายละเอียดจำนวน (ร้อยละ) แสดงในตาราง 14 และรายละเอียดคะแนนเฉลี่ยรายข้อคำถามทุกช่วงระยะเวลาที่ติดตามจะแสดงในภาคผนวก ค.



ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีแนวโน้มกลับ/ไม่กลับไปเสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำจากแบบประเมินอาการทางจิตเวช (M.I.N.I.) ร่วมกับการวินิจฉัยจากแพทย์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามระยะเวลาที่ติดตามผล

ระยะเวลาที่ติดตามผล	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ที่มีแนวโน้มกลับ/ไม่กลับมาเสพยาซ้ำ				p-value
	มีแนวโน้มกลับมาเสพยาซ้ำ		มีแนวโน้ม ไม่กลับมาไม่เสพยาซ้ำ		
	ตอบมีอาการมากกว่า 3 ใน 7 ข้อ		ตอบมีอาการน้อยกว่า 3 ใน 7 ข้อ		
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
	FAST+MBTC	FAST	FAST+MBTC	FAST	
	(n = 35)	(n = 35)	(n = 35)	(n = 35)	
ก่อนเข้ารับการรักษา	0	0	35 (100.0)	35 (100.0)	-
วันที่จำหน่ายกลับบ้าน	0	0	35 (100.0)	35 (100.0)	-
ติดตาม 2 สัปดาห์	3 (8.6)	3 (8.6)	32 (91.4)	32 (91.4)	1.000
ติดตาม 1 เดือน	4 (11.4)	6 (17.1)	31 (88.6)	29 (82.9)	0.495
ติดตาม 2 เดือน	3 (8.6)	6 (17.1)	32 (91.4)	29 (82.9)	0.284
ติดตาม 3 เดือน	7 (20.0)	12 (34.3)	28 (80.0)	23 (65.7)	0.179
ติดตาม 6 เดือน	5 (14.3)	16 (45.7)	30 (85.7)	19 (54.3)	0.004*

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05; เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ

Fisher 's Exact test

4.2.3 ผลการตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ

การตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะเป็นดัชนีชี้วัดที่เป็นรูปธรรมที่สามารถบอกว่าการกลับไปเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำหรือไม่ ซึ่งในการศึกษานี้เป็นการตรวจเชิงคุณภาพโดยใช้ชุดทดสอบสารเสพติดในปัสสาวะแบบแถบ (Strip) ด้วยเทคนิค Color Immunochromatographic Assay (CICA Technique)⁽⁴¹⁾ ว่าพบหรือไม่พบสารดังกล่าวในปัสสาวะของผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่าก่อนเข้าสู่การบำบัดในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูและในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ทั้ง 2 กลุ่มยังตรวจไม่พบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ แต่ได้เริ่มตรวจพบสารดังกล่าวในช่วงติดตาม 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้านเป็นต้นไป โดยกลุ่มทดลองตรวจพบผู้ที่มีสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (อยู่ระหว่าง 3-7 คน) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ระหว่าง 3 – 16 คน) ในทุกช่วงเวลาของการติดตามตลอด 6 เดือน และจะเห็นว่ากลุ่มทดลองจะมีจำนวนของผู้ที่พบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงของการติดตาม 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ($p\text{-value} = 0.004$) รายละเอียดแสดงในตาราง 15 ซึ่งจะเห็นว่าจำนวนผู้ที่ตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะจะสอดคล้องกับจำนวนของผู้ที่มีแนวโน้มกลับมาเสพติดจากการประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตเวช (M.I.N.I.) ร่วมกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ (ตารางที่ 14) ในทุกช่วงเวลาของการติดตาม

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะระหว่างกลุ่มทดลอง และและกลุ่มควบคุมตามระยะเวลาที่ติดตามผล

ระยะเวลาที่ ติดตามผล	จำนวน (ร้อยละ) ของผลการตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีน ในปีสภาวะ				p- value
	พบ (+) สารเมทแอมเฟตามีน		ไม่พบ (-) สารเมทแอมเฟตามีน		
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
	FAST+MBTC	FAST	FAST+MBTC	FAST	
	(n = 35)	(n = 35)	(n = 35)	(n = 35)	
ก่อนเข้ารับการรักษา	0	0	35 (100.0)	35 (100.0)	-
วันที่จำหน่ายกลับบ้าน	0	0	35 (100.0)	35 (100.0)	-
ติดตาม 2 สัปดาห์	3 (8.6)	3 (8.6)	32 (91.4)	32 (91.4)	1.000
ติดตาม 1 เดือน	4 (11.4)	6 (17.1)	31 (88.6)	29 (82.9)	0.495
ติดตาม 2 เดือน	3 (8.6)	6 (17.1)	32 (91.4)	29 (82.9)	0.284
ติดตาม 3 เดือน	7 (20.0)	12 (34.3)	28 (80.0)	23 (65.7)	0.179
ติดตาม 6 เดือน	5 (14.3)	16 (45.7)	30 (85.7)	19 (54.3)	0.004*

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05; เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ

Fisher's Exact test

โดยภาพรวม เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดหลักที่บ่งบอกถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพยา อันประกอบด้วย คะแนนความอยากเสพยาสารเมทแอมเฟตามีนที่เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับการรักษาฟื้นฟู อาการติดสารเสพติด (M.I.N.I) ร่วมกับผลการวินิจฉัยของจิตแพทย์ว่ามีแนวโน้มของการกลับมาเสพยาและผลการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ สามารถสรุปว่า ระยะเวลาที่เห็นความแตกต่างของตัวชี้วัดดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ ช่วงเวลาการติดตามผล 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน และเมื่อวิเคราะห์จำนวนของผู้ที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 3 ข้อดังกล่าว (เทียบกับก่อนเข้ารับการรักษาฟื้นฟู) พบว่า กลุ่มทดลองมีเพียง 4 คนจาก 35 คน ขณะที่กลุ่มควบคุมมี 13 คนจาก 35 คนที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 3 ข้อ (รายละเอียดแสดงดังตาราง 16) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาแต่ละตัวชี้วัด พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในทุกตัวชี้วัด ดังนั้น จากการศึกษาี้ สรุปได้ว่าการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ร่วมกับกระบวนการบำบัดของโปรแกรม FAST model สามารถ

ช่วยผู้ป่วยลดการกลับมาเสพยาเสพติดได้ โดยต้องใช้เวลาในการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้านอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกสติ (MBTC) ให้รู้เท่าทันความคิด ความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองอยู่เสมอ จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการรู้ทันความอยากเสพยาเสพติดที่เกิดขึ้นและสามารถปล่อยวางความคิดที่จะก่อพฤติกรรมแสวงหาสารมาเสพยาเสพติดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการฝึกในรูปแบบดังกล่าว

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีคุณสมบัติตามตัวชี้วัดหลักทั้ง 3 ข้อ ของการกลับมาเสพยาเสพติด 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ณ ช่วงสิ้นสุดการติดตามผล 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน			
	ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้น (เทียบกับคะแนนก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู)	ผู้ที่มีผลการเสพยาเสพติด (M.I.N.I.) ร่วมกับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีแนวโน้มการกลับมาเสพยา	ผู้ที่มีผลการประเมินอาการติดยาเสพติด	ผู้ที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 3 ตัวชี้วัด
กลุ่มทดลอง	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
FAST+MBTC (n=35)	6 (17.1)	5 (14.3)	5 (14.3)	4 (11.4)
กลุ่มควบคุม	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
FAST (n=35)	15 (42.9)	16 (45.7)	16 (45.7)	13 (37.1)

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดด้วยสติสามารถช่วยลดความเครียด ความซึมเศร้า และเพิ่มการมีสติ อีกทั้งจากผลการศึกษานี้ พบว่า ก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู กลุ่มทดลองมีความเครียด ความซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุม และพบการมีสติน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 12) ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรดังกล่าวมาวิเคราะห์เพื่อศึกษาว่าโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ร่วมกับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model สามารถช่วยลด

ความเครียด ความซึมเศร้า และเพิ่มการมีสติ ในกลุ่มตัวอย่างจนอาจนำไปสู่การไม่กลับมาเสพสารเสพติดซ้ำได้หรือไม่ โดยตั้งสมมติฐานว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด ความซึมเศร้า ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและมีคะแนนเฉลี่ยการมีสติสูงกว่ากลุ่มควบคุม รายละเอียดดังต่อไปนี้ เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาติดตามผลที่ 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน

4.2.4 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการมีสติ

พบว่า ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการมีสติ (กลุ่มทดลอง = 39.80 ± 5.28 กลุ่มควบคุม = 31.63 ± 7.94) สูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยช่วงก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู (กลุ่มทดลอง = 22.31 ± 5.27 กลุ่มควบคุม = 31.06 ± 7.63) เมื่อพิจารณาตามระยะเวลาที่ติดตาม โดยใช้สถิติ Generalized mixed model พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการมีสติสูงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลาของการติดตาม ตั้งแต่ช่วงเวลาที่ติดตาม 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้าน (5.77 คะแนน, 95% CI = 2.38, 9.16) ช่วงเวลา 1 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน (6.09 คะแนน, 95% CI = 2.51, 9.66) ช่วงเวลา 2 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน (5.54 คะแนน, 95% CI = 1.74, 9.34) ช่วงเวลา 3 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน (4.91 คะแนน, 95% CI = 0.85, 8.97) และวันที่สิ้นสุดการติดตามผล 6 เดือน (5.74 คะแนน, 95% CI = 1.40, 10.09) หลังจำหน่ายกลับบ้าน ตามลำดับ เมื่อควบคุมตัวแปรกวนได้แก่ ควบคุมระดับการศึกษา มีความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพ สัมพันธภาพในชุมชน รายได้หลักเกี่ยวข้องกับสารเสพติด คะแนนความอยากเสพก่อนเข้ารับการบำบัด คะแนนความเครียดก่อนเข้ารับการบำบัด คะแนนความซึมเศร้า ก่อนเข้ารับการบำบัด คะแนนการมีสติก่อนเข้ารับการบำบัด ก็ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการมีสติสูงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลาของการติดตามเช่นเคย ตั้งแต่ช่วงเวลาที่ติดตาม 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้าน (12.86 คะแนน, 95% CI = 10.50, 15.23) ช่วงเวลา 1 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน (13.18 คะแนน, 95% CI = 10.58, 15.78) ช่วงเวลา 2 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน (12.66 คะแนน, 95% CI = 9.79, 15.52) ช่วงเวลา 3 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน (12.03 คะแนน, 95% CI = 8.86, 15.20) และสิ้นสุดการติดตามผล 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน (12.86 คะแนน, 95% CI = 9.37, 16.35) รายละเอียดแสดงดังตาราง 17 และรายละเอียดคะแนนเฉลี่ยรายข้อคำถามทุกช่วงระยะเวลาที่ติดตามจะแสดงในภาคผนวก ค.

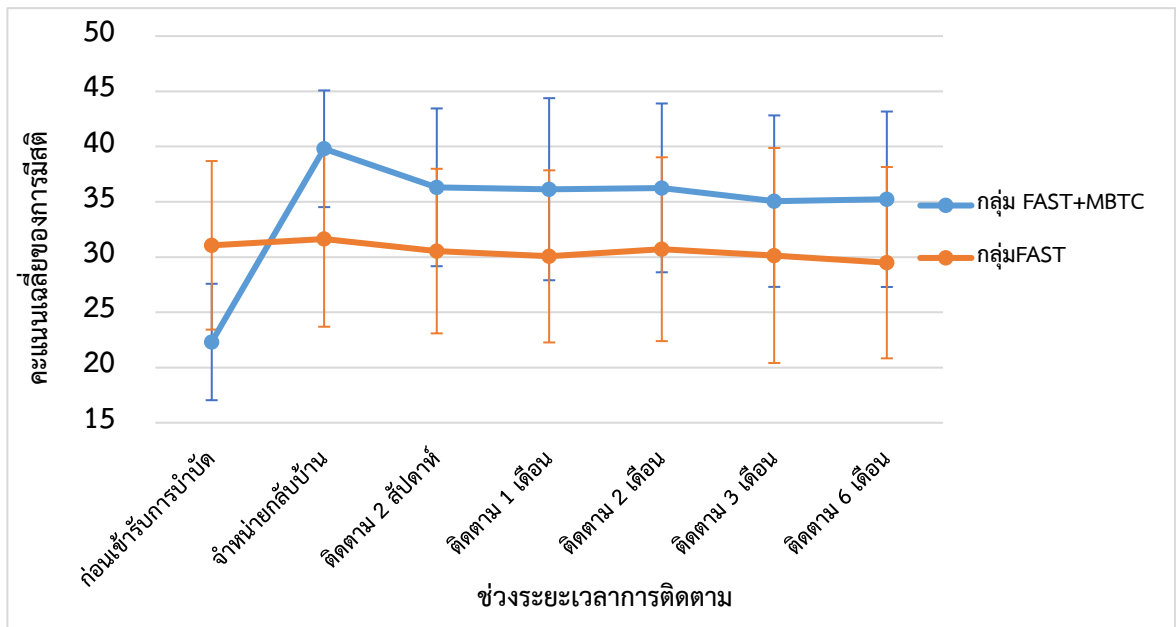
ตาราง 17 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการมีสติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามระยะเวลาที่ติดตามโดยใช้สถิติ Generalized mixed model

ระยะเวลาที่ติดตามผล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Crude	Adjusted [†]
	FAST+ MBTC (n =35)	FAST (n =35)	Mean difference (95% CI)	Mean difference (95% CI)
ก่อนเข้ารับการรักษา	22.31 ± 5.27	31.06 ± 7.63	-	-
จำหน่ายกลับบ้าน	39.80 ± 5.28	31.63 ± 7.94	8.17 (4.92, 11.42) *	15.26 (13.08, 17.45) *
ติดตาม 2 สัปดาห์	36.31 ± 7.14	30.54 ± 7.45	5.77 (2.38, 9.16) *	12.86 (10.50, 15.23) *
ติดตาม 1 เดือน	36.14 ± 8.24	30.06 ± 7.79	6.09 (2.51, 9.66) *	13.18 (10.58, 15.78) *
ติดตาม 2 เดือน	36.26 ± 7.64	30.71 ± 8.32	5.54 (1.74, 9.34) *	12.66 (9.79, 15.52) *
ติดตาม 3 เดือน	35.06 ± 7.76	30.14 ± 9.73	4.91 (0.85, 8.97) *	12.03 (8.86, 15.20) *
ติดตาม 6 เดือน	35.23 ± 7.94	29.49 ± 8.66	5.74 (1.40, 10.09) *	12.86 (9.37, 16.35) *

* มีความแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05;

[†] ควบคุมระดับการศึกษา มีความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพ สัมพันธภาพในชุมชน รายได้หลักเกี่ยวข้องกับสารเสพติด คะแนนความอยากเสพก่อนเข้ารับการรักษา คะแนนความเครียดก่อนเข้ารับการรักษา คะแนนความซึมเศร้าก่อนเข้ารับการรักษา คะแนนการมีสติก่อนเข้ารับการรักษา

เมื่อพิจารณารายกลุ่ม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการมีสติของกลุ่มทดลอง (FAST+MBTC) และกลุ่มควบคุม (FAST) มีแนวโน้มลดลงนับจากวันที่จำหน่ายกลับบ้านจนถึงวันที่ติดตามผลช่วง 2 สัปดาห์ หลังจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากนั้นจะค่อนข้างคงที่ในช่วงติดตามผล 1 2 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยคะแนนเฉลี่ยการมีสติของกลุ่มทดลองที่ช่วงเวลาติดตาม 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้านสูงกว่าคะแนนก่อนเข้ารับการรักษาฟื้นฟู ขณะที่คะแนนเฉลี่ยการมีสติของกลุ่มควบคุมที่ช่วงเวลาติดตาม 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้านต่ำกว่าคะแนนก่อนเข้ารับการรักษาฟื้นฟูเล็กน้อย รายละเอียดแสดงดังภาพ 6 ทั้งนี้ อาจเกิดจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ซึ่งตลอดช่วงเวลาของการติดตามผลหลังจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ได้หมั่นฝึกสมาธิและสติเพื่อให้รู้เท่าทันความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรมของตนเองในชีวิตประจำวัน 1-2 วันต่อสัปดาห์ (แสดงดังตาราง 18) จึงทำให้ในทุกช่วงเวลาที่ติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการมีสติ มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการฝึกในรูปแบบดังกล่าว



ภาพ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีสติ (crude) ระหว่างกลุ่มทดลอง (FAST+MBTC) และกลุ่มควบคุม (FAST) ตามระยะเวลาที่ติดตามผล

ตาราง 18 จำนวนและร้อยละของการฝึกสมาธิและสติในชีวิตประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามระยะเวลาที่ติดตามผล

การฝึกสมาธิ/ สติ	ช่วงเวลา ติดตามผล	กลุ่มทดลอง FAST+MBTC (n = 35)				กลุ่มควบคุม FAST (n = 35)			
		จำนวน (ร้อยละ)				จำนวน (ร้อยละ)			
		ไม่ได้ ฝึก	ฝึกเป็น ครั้ง คราว (1-2วัน/ สัปดาห์)	ฝึก บ่อยๆ (3-4วัน/ สัปดาห์)	ฝึก ประจำ (5-7วัน/ สัปดาห์)	ไม่ได้ ฝึก	ฝึกเป็น ครั้ง คราว (1-2วัน/ สัปดาห์)	ฝึก บ่อยๆ (3-4วัน/ สัปดาห์)	ฝึก ประจำ (5-7วัน/ สัปดาห์)
	วันที่	4	15	10	6	35	0	0	0
	กลับบ้าน	(11.4)	(42.9)	(28.6)	(17.1)	(100)	0	0	0
การฝึกสมาธิ	ติดตาม	9	15	7	4	35	0	0	0
สำรวจ	2 สัปดาห์	(25.7)	(42.9)	(20.0)	(11.4)	(100)	0	0	0
ความรู้สึกร่างกาย	ติดตาม	6	18	7	4	35	0	0	0
ตนเองทั่ว	1 เดือน	(17.1)	(51.5)	(20.0)	(11.4)	(100)	0	0	0
ร่างกาย/ฝึก	ติดตาม	6	16	9	4	35	0	0	0
สติกับ	2 เดือน	(17.1)	(45.8)	(25.7)	(11.4)	(100)	0	0	0
ความคิดและ	ติดตาม	7	20	5	3	35	0	0	0
เมตตา	3 เดือน	(20.0)	(57.1)	(14.3)	(8.6)	(100)	0	0	0
	ติดตาม	7	21	3	4	35	0	0	0
	6 เดือน	(20.0)	(60.0)	(8.6)	(11.4)	(100)	0	0	0
	วันที่	4	15	10	6	35	0	0	0
	กลับบ้าน	(11.4)	(42.9)	(28.6)	(17.1)	(100)	0	0	0
	ติดตาม	7	14	8	6	35	0	0	0
	2 สัปดาห์	(20.0)	(40.0)	(22.9)	(17.1)	(100)	0	0	0
	ติดตาม	6	17	7	5	35	0	0	0
การฝึกสติใน	1 เดือน	(17.1)	(48.6)	(20.0)	(14.3)	(100)	0	0	0
ชีวิตประจำวัน	ติดตาม	7	15	9	4	35	0	0	0
	2 เดือน	(20.0)	(42.9)	(25.7)	(11.4)	(100)	0	0	0
	ติดตาม	6	20	5	4	35	0	0	0
	3 เดือน	(17.1)	(57.1)	(14.3)	(11.4)	(100)	0	0	0
	ติดตาม	7	20	3	5	35	0	0	0
	6 เดือน	(20.0)	(57.1)	(8.6)	(14.3)	(100)	0	0	0

4.2.5 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความเครียด

พบว่า ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด (กลุ่มทดลอง = 18.97 ± 8.54 กลุ่มควบคุม = 13.51 ± 10.06) ต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยช่วงก่อนที่จะเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู (กลุ่มทดลอง = 23.34 ± 10.02 กลุ่มควบคุม = 15.66 ± 10.97) เมื่อพิจารณาตามระยะเวลาที่ติดตาม โดยใช้สถิติ Generalized mixed model พบว่า ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ((5.46 คะแนน, 95% CI = 1.17, 9.75) และเมื่อควบคุมตัวแปรกวน ได้แก่ ระดับการศึกษา มีความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพ สัมพันธภาพในชุมชน รายได้หลักเกี่ยวข้องกับสารเสพติด คะแนนความอยากเสพ ก่อนเข้ารับการรักษาบำบัด คะแนนความเครียดก่อนเข้ารับการรักษาบำบัด คะแนนความซึมเศร้าก่อนเข้ารับการรักษาบำบัด คะแนนการมีสติก่อนเข้ารับการรักษาบำบัด พบว่า ในช่วงเวลาที่ติดตาม 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (-7.44 คะแนน, 95% CI = -12.21, -2.67) สำหรับในช่วงเวลาอื่นๆ นั้น ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดแสดงดังตาราง 19 และรายละเอียดคะแนนเฉลี่ยรายข้อคำถามทุกช่วงระยะเวลาที่ติดตามจะแสดงในภาคผนวก ค.

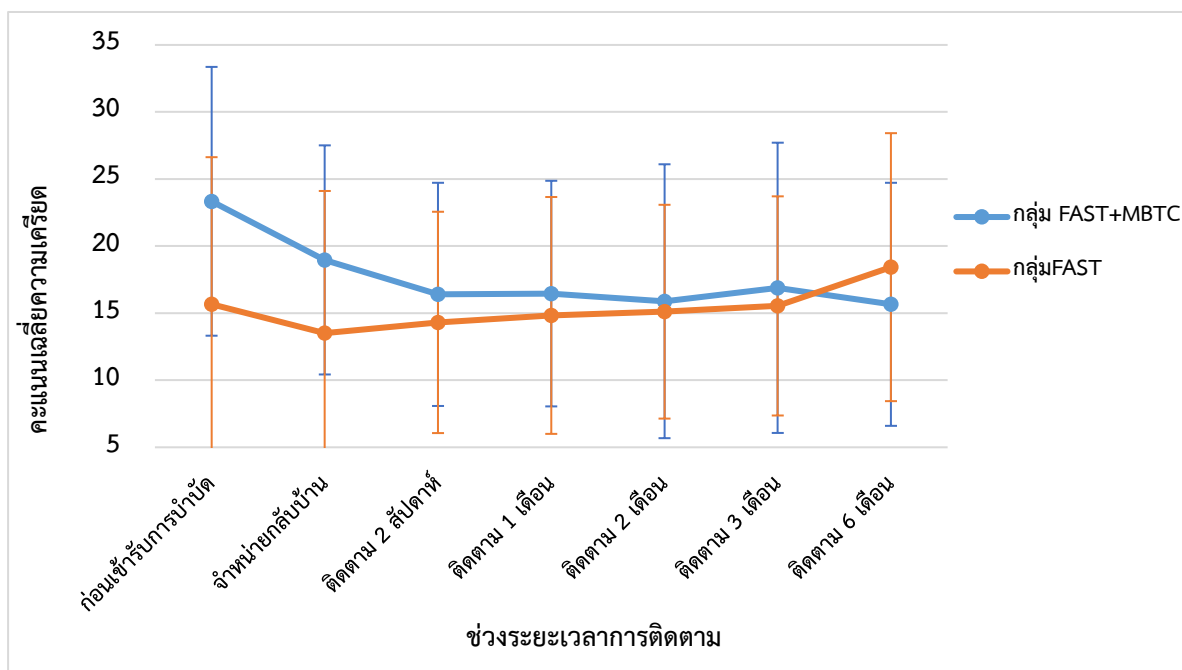
ตาราง 19 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามระยะเวลาที่ติดตามผล โดยใช้สถิติ Generalized mixed model

ระยะเวลาที่ติดตามผล	กลุ่มทดลอง FAST+ MBTC (n = 35)	กลุ่มควบคุม FAST (n = 35)	Crude Mean difference (95% CI)	Adjusted [†] Mean difference (95% CI)
ก่อนเข้ารับการรักษา	23.34 ± 10.02	15.66 ± 10.97	-	-
วันที่จำหน่ายกลับบ้าน	18.97 ± 8.54	13.51 ± 10.60	5.46 (1.17, 9.75) *	0.84 (-2.47, 4.15)
ติดตาม 2 สัปดาห์	16.40 ± 8.32	14.31 ± 8.25	2.09 (-2.27, 6.44)	-2.53 (-6.03, 0.98)
ติดตาม 1 เดือน	16.46 ± 8.41	14.83 ± 8.83	1.63 (-2.82, 6.08)	-2.99 (-6.75, 0.77)
ติดตาม 2 เดือน	15.89 ± 10.21	15.11 ± 7.97	0.77 (-3.79, 5.33)	-3.89 (-7.95, 0.16)
ติดตาม 3 เดือน	16.89 ± 10.82	15.54 ± 8.17	1.34 (-3.35, 6.04)	-3.32 (-7.72, 1.08)
ติดตาม 6 เดือน	15.66 ± 9.06	18.43 ± 9.99	-2.77 (-7.62, 2.08)	-7.44 (-12.21, -2.67) *

* มีความแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05;

[†] ควบคุมระดับการศึกษา มีความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพ สัมพันธภาพในชุมชน รายได้หลักเกี่ยวข้องกับสารเสพติด คะแนนความอยากเสพก่อนเข้ารับการรักษา คะแนนความเครียดก่อนเข้ารับการรักษา คะแนนความซึมเศร้าก่อนเข้ารับการรักษา คะแนนการมีสติก่อนเข้ารับการรักษา

เมื่อพิจารณารายกลุ่ม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงจากวันที่จำหน่ายกลับบ้านจนถึงวันที่ติดตามผลช่วง 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากนั้นจะค่อนข้างคงที่ในช่วงติดตามผล 1 และ 2 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงติดตามผล 3 เดือน และลดลงอีกครั้งเมื่อสิ้นสุดการติดตามที่เวลา 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยทุกช่วงเวลาในการติดตามผลจะพบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่วัดได้ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ขณะที่คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาของการติดตามนับจากวันที่จำหน่ายกลับบ้านจนถึงวันที่สิ้นสุดการติดตามผล 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยทุกช่วงเวลาในการติดตามผลจะพบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยที่วัดได้ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน รายละเอียดแสดงดังภาพ 7



ภาพ 7 เปรียบเทียบคະแนนเฉลี่ยรวมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเคียด (crude) ระหว่างกลุ่มทดลอง (FAST+MBTC) และกลุ่มควบคุม (FAST) ตามระยะเวลาติดตามผล

4.2.6 ผลการวิเคราะห์คະแนนเฉลี่ยความซึมเศร้า

พบว่า ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ทั้ง 2 กลุ่มมีคະแนนเฉลี่ยความซึมเศร้า ((กลุ่มทดลอง = 7.89 ± 4.46 กลุ่มควบคุม = 5.37 ± 4.51) ต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับคະแนนเฉลี่ยช่วงก่อนที่จะเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู (กลุ่มทดลอง = 23.34 ± 10.02 กลุ่มควบคุม = 15.66 ± 10.97) เมื่อพิจารณาตามระยะเวลาที่ติดตาม โดยใช้สถิติ Generalized mixed model พบว่า ในวันที่จำหน่ายกลับบ้านกลุ่มทดลอง (FAST+MBTC) มีคະแนนความซึมเศร้าสูงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2.52 คະแนน, 95% CI = 0.43, 4.60) เมื่อควบคุมตัวแปรกวน ได้แก่ ควบคุมระดับการศึกษา, มีความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพ, สัมพันธภาพในชุมชน, รายได้หลักเกี่ยวข้องกับสารเสพติด, คະแนนความอยากเสพก่อนเข้ารับการรักษาบำบัด, คະแนนความเครียดก่อนเข้ารับการรักษาบำบัด, คະแนนความซึมเศร้าก่อนเข้ารับการรักษาบำบัด, คະแนนการมีสติก่อนเข้ารับการรักษาบำบัด พบว่า กลุ่มทดลองจะมีคະแนนเฉลี่ยความซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงเวลาที่ติดตาม 1 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน (-2.18 คະแนน, 95% CI = -4.01, -0.36) ติดตาม 2 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน (-2.44 คະแนน, 95% CI = -4.42, -0.46) และสิ้นสุดการติดตาม 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน (-

2.95 คะแนน, 95% CI = -5.31, -0.60) สำหรับในช่วงเวลาอื่นๆ นั้น ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดแสดงดังตาราง 20 และรายละเอียดคะแนนเฉลี่ยรายข้อคำถามทุกช่วงระยะเวลาที่ติดตามจะแสดงในภาคผนวก ค.

ตาราง 20 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามระยะเวลาที่ติดตามโดยใช้สถิติ *Generalized mixed model*

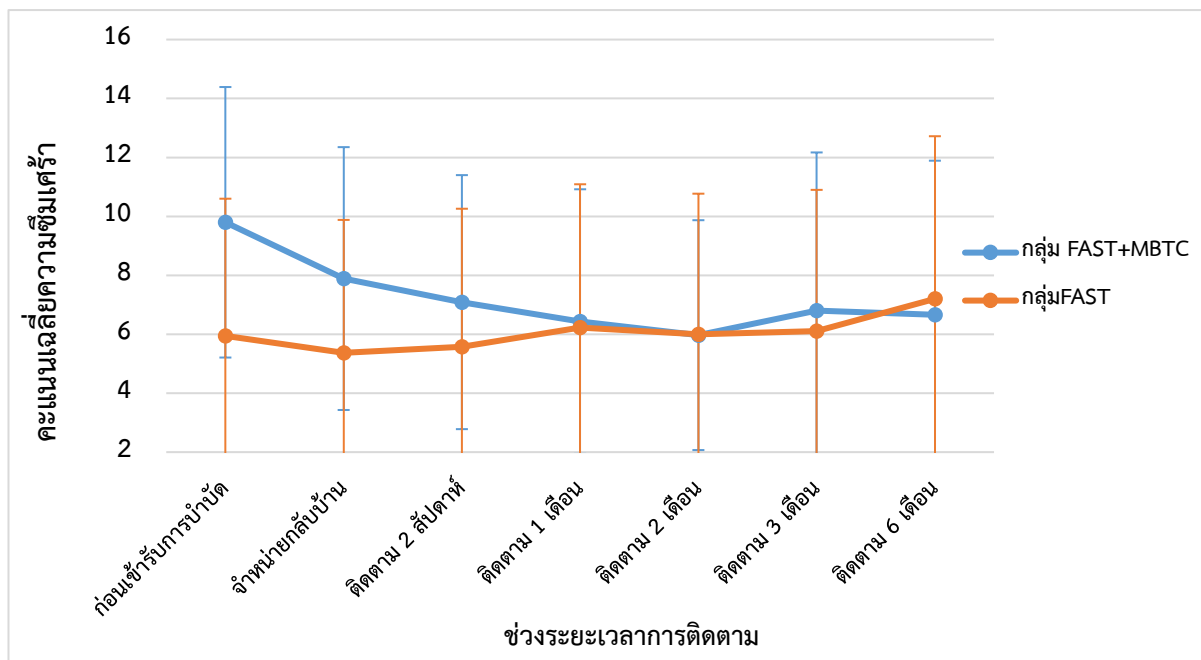
ระยะเวลาที่ติดตามผล	กลุ่มทดลอง FAST+ MBTC (n =35)	กลุ่มควบคุม FAST (n =35)	Crude Mean difference (95% CI)	Adjusted [†] Mean difference (95% CI)
ก่อนเข้ารับการรักษา	9.80 ± 4.59	5.94 ± 4.66	-	-
วันที่จำหน่ายกลับบ้าน	7.89 ± 4.46	5.37 ± 4.51	2.52 (0.43, 4.60) *	0.13 (-1.46, 1.72)
ติดตาม 2 สัปดาห์	7.09 ± 4.31	5.57 ± 4.69	1.52 (-0.64, 3.67)	-0.87 (-2.56, 0.83)
ติดตาม 1 เดือน	6.43 ± 4.49	6.23 ± 4.86	0.20 (-2.05, 2.45)	-2.18 (-4.01, -0.36) *
ติดตาม 2 เดือน	5.97 ± 3.90	6.00 ± 4.77	-0.03 (-2.39, 2.33)	-2.44 (-4.42, -0.46) *
ติดตาม 3 เดือน	6.80 ± 5.37	6.11 ± 4.79	0.69 (-1.81, 3.18)	-1.73 (-3.89, 0.44)
ติดตาม 6 เดือน	6.66 ± 5.23	7.20 ± 5.52	-0.54 (-3.19, 2.11)	-2.95 (-5.31, -0.6) *

* มีความแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05;

[†] ควบคุมระดับการศึกษา มีความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพ สัมพันธภาพในชุมชน รายได้หลักเกี่ยวข้องกับสารเสพติด คะแนนความอยากเสพก่อนเข้ารับการรักษา คะแนนความเครียดก่อนเข้ารับการรักษา คะแนนความซึมเศร้าก่อนเข้ารับการรักษา คะแนนการมีสติก่อนเข้ารับการรักษา

เมื่อพิจารณารายกลุ่ม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงนับจากวันที่จำหน่ายกลับบ้านจนถึงวันที่ติดตามผลช่วง 2 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน จากนั้นคะแนนเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นในช่วง 3 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน และลดลงอีกครั้งเมื่อสิ้นสุดการติดตามที่เวลา 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยทุกช่วงเวลาของการติดตามผลจะพบคะแนนเฉลี่ยของความซึมเศร้าต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่วัดได้ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ขณะที่คะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากวันที่จำหน่ายกลับบ้านจนถึงวันที่ติดตามผลช่วง 1 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน จากนั้นคะแนนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยและค่อนข้างคงที่ในช่วงติดตามผล 2 เดือนและ 3 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน จากนั้นเพิ่มสูงขึ้นในวันที่สิ้นสุดการติดตามผล 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน

โดยทุกช่วงเวลาของการติดตามผลจะพบคะแนนเฉลี่ยของความซึมเศร้ามีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยที่วัดได้ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน รายละเอียดแสดงดังภาพ 8



ภาพ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความซึมเศร้า (crude) ระหว่างกลุ่มทดลอง (FAST+MBTC) และกลุ่มควบคุม (FAST) ตามระยะเวลาติดตามผล

โดยสรุป เมื่อพิจารณาช่วงติดตามหลังจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ร่วมกับกระบวนการบำบัดด้วยโปรแกรม FAST model มีความเครียด และความซึมเศร้าลดลง และเมื่อติดตามไป 6 เดือน พบว่า มีความเครียดและซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยกระบวนการบำบัดของโปรแกรม FAST Model เพียงอย่างเดียว เช่นเดียวกับการมีสติ ถึงแม้ว่าคะแนนการมีสติของกลุ่มทดลองจะลดลงเมื่อเทียบกับช่วงเวลาจำหน่ายกลับบ้าน แต่การมีสติของกลุ่มทดลองก็ยังสูงกว่าการมีสติก่อนที่จะเข้ารับการรักษาฟื้นฟูและสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกช่วงเวลาของการติดตามผล

เมื่อวิเคราะห์จำนวนของผู้ที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 3 ข้อดังกล่าว ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยความเครียด ความซึมเศร้าลดลงและการมีสติเพิ่มขึ้น (เทียบกับก่อนเข้ารับการรักษาฟื้นฟู) พบว่า กลุ่มทดลองมี 25 คน จาก 35 คน (ร้อยละ 71.4) ที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 3 ข้อ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพียง 1 คน (ร้อยละ 2.9) ที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 3 ข้อ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาแต่ละตัวชี้วัด พบว่า กลุ่ม

ทดลองมีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกตัวชี้วัด (รายละเอียดแสดงดังตาราง 21) ดังนั้น จากการศึกษาจึงสรุปได้ว่ากระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ร่วมกับกระบวนการบำบัดด้วยโปรแกรม FAST model สามารถช่วยลดความเครียด ความซึมเศร้าและเพิ่มการมีสติ ในกลุ่มตัวอย่างจนอาจนำไปสู่การไม่กลับมาเสพสารเสพติดซ้ำได้เช่นเดียวกัน โดยต้องใช้เวลาในการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้านอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน

ตาราง 21 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีความเครียด ความซึมเศร้าลดลงและการมีสติเพิ่มขึ้น ณ ช่วงสิ้นสุดการติดตามผล 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (เมื่อเทียบกับคะแนนก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู)

กลุ่มตัวอย่าง	ณ สิ้นสุดการติดตามผล 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน			
	ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ย	ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ย	ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ย	ผู้ที่มีคุณสมบัติ
	การมีสติเพิ่มขึ้น	ความเครียดลดลง	ความซึมเศร้าลดลง	ครบทั้ง 3 ข้อ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มทดลอง				
FAST+MBTC (n = 35)	32 (91.4)	29 (82.9)	25 (71.4)	25 (71.4)
กลุ่มควบคุม				
FAST (n = 35)	3 (8.6)	10 (28.6)	5 (14.2)	1 (2.9)

เมื่อวิเคราะห์จำนวนผู้ที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 6 ข้อ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยความอยากเสพลดลง การตรวจไม่พบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ การได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าไม่มีอาการทางจิตเวช คะแนนเฉลี่ยความเครียดและความซึมเศร้าลดลง และคะแนนการมีสติเพิ่มขึ้น (เทียบกับก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู) พบว่า กลุ่มทดลองมีผู้ที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 6 ข้อดังกล่าว เท่ากับ 19 คน ขณะที่กลุ่มควบคุมพบเพียง 1 คน เท่านั้น (ตาราง 22)

ตาราง 22 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 6 ข้อ ณ ช่วงสิ้นสุดการติดตามผล 6 เดือน หลังจำหน่ายกลับบ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (เมื่อเทียบกับคะแนนก่อนเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู)

กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ที่มี	ผู้ที่มีผล	ผู้ที่มีผล	ผู้ที่มี	ผู้ที่มีคะแนน	ผู้ที่มี	ผู้ที่มี
	คะแนน	ปัสสาวะ	การ	คะแนน	เฉลี่ย	คะแนน	คุณสมบัติ
	เฉลี่ย	เป็นลบ	ประเมิน	เฉลี่ยสถิติ	ความเครียด	เฉลี่ย	ครบทุก
	ความ		ว่าไม่มี	เพิ่มขึ้น	ลดลง	ความ	ข้อ
	อยาก		แนวโน้ม			ซึมเศร้า	
	เสพ		การ			ลดลง	
	ลดลง		กลับมา				
			เสพซ้ำ				
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
กลุ่มทดลอง	25	30	30	32	29	25	19
FAST+MBTC	(71.5)	(85.7)	(85.7)	(91.4)	(82.9)	(71.5)	(54.3)
(n = 35)							
กลุ่มควบคุม	12	19	19	3	10	5	1
FAST	(34.3)	(54.3)	(54.3)	(8.6)	(28.6)	(14.2)	(2.9)
(n = 35)							

ดังนั้น จากภาพรวมผลการศึกษาทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่า การบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ร่วมกับกระบวนการบำบัดด้วยโปรแกรมของ FAST model ร่วมกับการติดตามผลหลังจำหน่ายกลับบ้านเป็นระยะเวลา 6 เดือน สามารถช่วยลดการกลับมาเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำได้ดีกว่าการบำบัดฟื้นฟูด้วยกระบวนการบำบัดของโปรแกรม FAST model เพียงอย่างเดียว

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC : Mindfulness – Based Therapy and Counseling program) ต่อการกลับมาเสพสารเสพติดซ้ำในกลุ่มผู้ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูที่หอผู้ป่วยหยก (ชาย) และหอผู้ป่วยมุกดา (หญิง) ที่มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกของงานวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 70 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามกระบวนการบำบัดของโปรแกรม FAST Model) และกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมสติบำบัด (MBTC) ร่วมกับกระบวนการบำบัดของโปรแกรม FAST Model) กลุ่มละ 35 คน ระยะเวลาการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูของทั้ง 2 กลุ่ม คือ 8 สัปดาห์นับตั้งแต่การเข้าสู่ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู เมื่อรวมระยะเวลาการติดตามผลอีก 6 เดือน ทำให้ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของแต่ละกลุ่ม คือ 9 เดือน โดยกลุ่มควบคุมเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 และกลุ่มทดลองเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มเริ่มต้นเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ต่างกันเพื่อเป็นการป้องกันการส่งต่อข้อมูลซึ่งอาจเป็นอคติที่เกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยได้รวบรวม ตรวจสอบข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มหาวิทยาลัย

ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะประชากรใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยประมาณ 30.3 ปี (SD 5.8 ปี) สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ว่างาน สถานภาพทางครอบครัวมีบิดามารดาอยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น ส่วนใหญ่เริ่มเสพสารเมื่อมีอายุ 15 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ยที่เริ่มเสพสารประมาณ 18.2 ปี (SD 4.5 ปี) มักเสพสารเมทแอมเฟตามีนร่วมกับสารอื่น ได้แก่ บุหรี่ สุรา กัญชา กระท่อม เฮโรอีน ฟีน ยาเค ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาในการเสพสารมากกว่า 10 ปี ทั้งสองกลุ่มมีประสบการณ์ในการฝึกสติด้วยตนเองและระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกสติแต่ละครั้งไม่แตกต่างกัน อีกทั้งยังเคยมีคดีทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด และเคยเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรม FAST Model กับทางสถาบันฯ มาก่อนไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยสนับสนุนการเสพสารเสพติดของทั้งสองกลุ่มที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สัมพันธภาพของคนในชุมชน (p -value = 0.045) และรายได้ที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด (p -

value = 0.036) ขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัวและด้านความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่พบความแตกต่างกัน นอกจากนี้กลุ่มทดลองประเมินตนเองว่ามีปัญหาเรื่องความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม (p value = 0.049)

5.1.2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพสารแอมเฟตามีนซ้ำ

ดัชนีชี้วัดประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ในการศึกษาครั้งนี้ คือ การกลับมาเสพซ้ำที่ลดลง โดยวัดจาก 1.) ค่าคะแนนความอยากเสพยาตามช่วงเวลาที่ดีตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2.) ผลการตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ และ 3.) จากผลการวินิจฉัยของจิตแพทย์และแบบสัมภาษณ์ฯ จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า

5.1.2.1 ผลคะแนนความอยากเสพยาเมทแอมเฟตามีน

ก่อนเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพยาไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.095) เมื่อสิ้นสุดกระบวนการบำบัดฟื้นฟู พบว่า คะแนนเฉลี่ยความอยากเสพยาของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลง คงที่และเพิ่มขึ้นในช่วงการติดตามผล 3 เดือน และลดลงอีกครั้งเมื่อสิ้นสุดการติดตามที่เวลา 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยทุกช่วงเวลาในการติดตามผลจะพบคะแนนเฉลี่ยของความอยากเสพยาต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่วัดได้ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่คะแนนความอยากเสพยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกช่วงเวลาของการติดตามหลังจำหน่ายกลับบ้าน และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพยาในช่วงเวลาติดตาม 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (-7.89 คะแนน, 95% CI = -15.47, -0.32) จากผลการประเมินตนเองเชิงคุณภาพ พบว่า ก่อนเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู กลุ่มทดลองคิดว่าตนจะมีความรู้สึกกระฉับกระเฉงหากได้เสพยาบ้าหรือยาไอซ์เป็นความคิดที่พบมากที่สุด เมื่อสิ้นสุดกระบวนการบำบัดฟื้นฟู พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีความคิดตรงกันว่า การใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์ไม่ได้ช่วยให้ความกระวนกระวายลดลงเป็นความคิดที่พบมากที่สุด

5.1.2.2 ผลการตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ

ก่อนเข้าสู่การบำบัดในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูและในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตรวจไม่พบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ แต่ได้เริ่มตรวจพบสาร

ดังกล่าวในช่วงติดตาม 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้านเป็นต้นไป โดยกลุ่มทดลองตรวจพบผู้ที่มีสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในทุกช่วงเวลาของการติดตามตลอด 6 เดือน และมีจำนวนของผู้ที่พบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงของการติดตาม 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ($p\text{-value} = 0.004$)

5.1.2.3 ผลการประเมินทางจิตเวชโดยใช้แบบสัมภาษณ์ M.I.N.I. และผลการวินิจฉัยจากจิตแพทย์

สอดคล้องกับผลการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ คือ ก่อนเข้าสู่การบำบัดในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูและในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีแนวโน้มของการกลับมาเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ และทุกช่วงเวลาของการติดตามพบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนของผู้ที่แนวโน้มกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงของการติดตาม 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ($p\text{-value} = 0.004$)

จากดัชนีชี้วัดหลักที่บ่งบอกถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพยาเสพติด อันประกอบด้วย คะแนนความอยากเสพยาเสพติดที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู อาการติดสารเสพติดและอาการทางจิตเวช (M.I.N.I.) ร่วมกับผลการวินิจฉัยของจิตแพทย์ว่ามีแนวโน้มของการกลับมาเสพยาเสพติดและผลการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ สามารถสรุปได้ว่า ระยะเวลาที่เห็นความแตกต่างของดัชนีชี้วัดดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ ช่วงเวลาการติดตามผล 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผู้ที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 3 ข้อ คือ กลับไปเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำเพียง 4 คนจาก 35 คน (ร้อยละ 11.4) และกลุ่มควบคุมมีผู้ที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 3 ข้อจำนวน 13 คนจาก 35 คน (ร้อยละ 31.1) และเมื่อพิจารณาแต่ละตัวชี้วัด พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในทุกตัวชี้วัด

ดังนั้น จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ร่วมกับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model สามารถช่วยลดอัตราการกลับมาเสพยาเสพติดได้ดีกว่าการใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST เพียงอย่างเดียว ดังเห็นได้จาก กลุ่มทดลองพบจำนวนผู้ที่การกลับมาเสพยาเสพติดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อติดตามไป 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน

จากผลการประเมินตนเองของผู้ที่กลับมาเสพยาเสพติดในคลินิกและกลุ่มควบคุมหลังจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า มีสาเหตุที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ 1) มีปัญหาเกี่ยวกับคนใกล้ชิดจนเกิดความเครียด 2) เกิดความรู้สึกไร้ค่า/ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ 3) ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อเกิดอารมณ์หงุดหงิด และความรู้สึกอยากเสพยา 4) อยู่คนเดียวโดดเดี่ยว ขาดกำลังใจจากคนรอบข้าง 5) ขาดความกระตือรือร้น ความรู้สึกเบื่อ/ซีเกียจ 6) ตกงาน/ว่างงาน/ไม่รู้อะไรจะทำอะไรให้เกิดประโยชน์ 7) หันกลับไปสูบบุหรี่/ดื่มสุราเป็นตัวกระตุ้นความอยากเสพยา

5.1.3 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการมีสติ ความเครียดและความซึมเศร้า

5.1.3.1 ผลคะแนนการมีสติ

ก่อนเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีสติน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = <0.01$) โดยพบว่า กลุ่มควบคุมมีสติรู้คิดซึ่งเป็นสติขั้นสูง คือรู้ทันความคิดของตนเองและปล่อยวางมากที่สุด ขณะที่กลุ่มทดลองมีสติทางกายซึ่งเป็นสติขั้นพื้นฐาน คือ รู้ถึงสิ่งที่ทำอยู่ในชีวิตประจำวันมากที่สุด เมื่อสิ้นสุดกระบวนการบำบัดฟื้นฟูและติดตามไป 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการมีสติสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลาของการติดตาม (ติดตาม 2 สัปดาห์ (5.77 คะแนน, 95% CI = 2.38, 9.16) 1 เดือน (6.09 คะแนน, 95% CI = 2.51, 9.66) 2 เดือน (5.54 คะแนน, 95% CI = 1.74, 9.34) 3 เดือน (4.91 คะแนน, 95% CI = 0.85, 8.97) และ 6 เดือน หลังจำหน่ายกลับบ้าน (5.74 คะแนน, 95% CI = 1.40, 10.09)) โดยคะแนนเฉลี่ยการมีสติที่ช่วงเวลาติดตาม 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้านของกลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = <0.01$) ขณะที่คะแนนเฉลี่ยการมีสติของกลุ่มควบคุมต่ำกว่าคะแนนก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.026$)

5.1.3.2 ผลคะแนนความเครียด

ก่อนเข้ารับการบำบัดในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีอาการนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจมากที่สุด ขณะที่กลุ่มควบคุมมีความตื่นตัวง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคยมากที่สุด เมื่อสิ้นสุดกระบวนการบำบัดฟื้นฟูและติดตาม

ไป 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (-7.44 คะแนน, 95% CI = -12.21, -2.67) โดยพบว่ากลุ่มทดลองยังคงมีอาการนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจมากที่สุด และกลุ่มควบคุมก็ยังมีความตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคยเป็นอาการที่พบมากที่สุดเช่นเคย นอกจากนี้ยังพบว่าทุกช่วงเวลาของการติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่วัดได้ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดเพิ่มขึ้นตลอดทุกช่วงเวลาของการติดตามผลนับจากวันที่จำหน่ายกลับบ้าน

5.1.3.3 ผลคะแนนความซึมเศร้า

ก่อนเข้ารับการรักษาในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = <0.001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้สึกไม่ดีกับตัวเองและคิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวังเป็นอาการที่พบมากที่สุด ขณะที่กลุ่มควบคุมมีความรู้สึกเบื่ออาหารหรือกินมากเกินไปเป็นอาการที่พบมากที่สุด เมื่อสิ้นสุดกระบวนการบำบัดฟื้นฟูและติดตามไป 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงเวลาที่ติดตาม 1 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน (-2.18 คะแนน, 95% CI = -4.01, -0.36) 2 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน (-2.44 คะแนน, 95% CI = -4.42, -0.46) และ 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน (-2.95 คะแนน, 95% CI = -5.31, -0.6) นอกจากนี้ยังพบว่าทุกช่วงเวลาของการติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความซึมเศร่าต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่วัดได้ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน ขณะที่คะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยที่วัดได้ในวันที่จำหน่ายกลับบ้าน

ดังนั้น จากผลการศึกษานี้ สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ร่วมกับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model และติดตามอย่างต่อเนื่อง 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน เกิดการพัฒนาจิตขั้นสูงที่มีคุณภาพในการจัดการอารมณ์และความเครียด นำไปสู่การรู้ทันความคิดและปล่อยวางจนส่งผลให้ความเครียดและความซึมเศร่าลดลง โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผู้ที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 3 ข้อ คือ มีสติเพิ่มขึ้น ความเครียดและความซึมเศร่าลดลง จำนวน 25 คนจาก 35 คน (ร้อยละ 71.4) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 3 ข้อ เพียง 1 คน จาก 35 คน (ร้อยละ 2.9) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวชี้วัด พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกตัวชี้วัด

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

5.2.1 โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพติด

งานวิจัยในต่างประเทศหลายงานวิจัยได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติเพื่อป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำในรูปแบบต่างๆ ซึ่งแต่ละรูปแบบมีวัตถุประสงค์ที่คล้ายคลึงกัน คือ ต้องการลดสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่เป็นสาเหตุที่ทำให้กลับไปเสพติดซ้ำ เช่น Marianne T. Marcus⁽⁴⁴⁾ พบว่า โปรแกรมการฝึกสติรูปแบบ Mindfulness Based Stress Reduction : MBSR ช่วยให้ผู้เสพติดรู้จักรู้จักและเข้าใจตนเองส่งผลให้ความเครียดลดลงและปริมาณการใช้สารเสพติดลดลง โดยมีหลักคิดที่สำคัญ คือ ความเครียดเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญในการเกิดพฤติกรรมกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 ของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ที่เน้นการฝึกสติให้จัดการกับความเครียดและความวุ่นวายที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยฝึกให้มีสติเข้าใจและรู้ทันการดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยกิจกรรมภายนอก (กิจกรรมทางกาย) และกิจกรรมภายใน (สภาวะจิต) ของตนเองในทุกขณะ⁽⁴⁾ Katie Witkiewitz^(42, 43) พบว่า โปรแกรมการฝึกสติรูปแบบ Mindfulness Based Relapse Prevention : MBRP ช่วยลดการกลับมาเสพติดซ้ำได้ โดยมีหลักคิดสำคัญ คือ การฝึกให้มีสติรู้ทันความคิดและอารมณ์ของตนเองสามารถช่วยควบคุมความคิดลบและอารมณ์ความรู้สึกอยากเสพติดของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการฝึกสติของโปรแกรม (MBTC) ในขั้นตอนที่ 3 ที่ฝึกให้มีสติในการรู้จักปล่อยวางความคิดลบและอารมณ์ความอยากเสพติดลง และขั้นตอนที่ 4 ที่มีการฝึกให้มีสติรู้ทันและปล่อยวางความคิดลบเพื่อลดความคิดฟุ้งซ่านที่จะกลับไปเสพติดซ้ำอีก Saeed Imani⁽²⁷⁾ พบว่า โปรแกรมการฝึกสติในรูปแบบกลุ่ม Mindfulness-Based Group Therapy : MBGT ช่วยลดการกลับมาเสพติดซ้ำของผู้ที่เข้ารับการบำบัด โดยมีหลักคิดสำคัญ คือ แรงผลักดันภายในในกลุ่มช่วยเสริมความมั่นใจและให้กำลังใจซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการฝึกสติของโปรแกรม MBTC ในขั้นตอนที่ 5 การทบทวนสัมพันธภาพใหม่ และขั้นตอนที่ 6 การปรับการสื่อสารให้ดีขึ้นที่มีการจัดกิจกรรมบำบัดแบบกลุ่มให้ระบายความรู้สึกให้กำลังใจกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพิ่มความมั่นใจซึ่งกันและกัน การฝึกใช้สติในการใคร่ครวญสัมพันธภาพและการสื่อสารของตนเองกับคนใกล้ชิดโดยมีสมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงบทบาทสมมติ (Role play) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสัมพันธภาพตามความเป็นจริง และมีสติรู้เท่าทันการสื่อสารทางลบของตนเองที่เคยผิดพลาดในการพูดหรือการแสดงท่าทางที่ไม่เหมาะสมออกไป Caroline Vrana⁽⁴⁴⁾ และ Sarah E Priddy⁽⁴⁵⁾ พบว่า โปรแกรมการฝึกสติด้วยรูปแบบการทำสมาธิ (Mindfulness meditation: MM) ช่วยให้เข้าใจเป้าหมายและความต้องการของตนเองแล้วสามารถนำมาพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาด้วยวิธีแบบใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับขั้นตอนที่ 7 และขั้นตอนที่ 8 ของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC)

ที่ช่วยฝึกให้มีสติรู้จักเป้าหมายในชีวิตและยอมรับในตนเองเกิดการปล่อยวาง ให้อภัยตนเองและเมตตาผู้อื่น ทำให้มีการตัดสินใจในการเผชิญปัญหาแบบใหม่ที่ไม่ใช้การประชด การโทษตนเองหรือผู้อื่นด้วยวิธีการกลับไปเสพซ้ำ

จะเห็นว่าโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ได้นำหลักแนวคิดที่สำคัญของโปรแกรมการฝึกสติรูปแบบต่างๆ มาบูรณาการไว้ในทุกขั้นตอนของการฝึกสติ ซึ่งนับว่าเป็นจุดเด่นของโปรแกรมฯ จึงอาจกล่าวได้ว่าโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) เป็นโปรแกรมที่สามารถช่วยลดสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่มีผลต่อการกลับมาเสพซ้ำได้อย่างครอบคลุม

5.2.2 คุณลักษณะสำคัญของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งต่างจากบริบทในชุมชนที่ส่วนใหญ่พบผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนเป็นเพศชาย ทั้งนี้เนื่องด้วยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัยเท่านั้น ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยประมาณ 30.3 ปี สถานภาพโสด ซึ่งการเป็นโสดอาจส่งผลให้ติดสารเสพติดและกลับไปเสพซ้ำได้ง่าย เนื่องจากขาดแรงสนับสนุนจากคู่สมรส ขาดแรงกระตุ้นในการดำเนินชีวิตเนื่องจากการไม่มีภาระในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ⁽¹⁹⁾ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อายุเฉลี่ยที่เริ่มมีการเสพสารเสพติดครั้งแรก คือ 18.2 ปี⁽²⁴⁾ ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นที่มีความอยากรู้อยากลอง⁽¹⁷⁾ มีเพื่อนเป็นที่พึ่งและเป็นผู้ที่มีผลต่อการตัดสินใจในการแก้ปัญหาอย่างมาก ดังนั้นการอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติดในการแก้ปัญหาที่มักพบการติดสารเสพติดตามเพื่อนไปด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของสุทธิชัย ศิรินวลและคณะ⁽⁴⁶⁾ ที่พบว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าสูงที่สุด⁽¹⁶⁾ และยิ่งพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในภาวะว่างงานขาดรายได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ตัดสินใจหารายได้ด้วยวิธีการจำหน่ายสารเสพติดซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นภายนอกที่สำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างติดการเสพและกลับไปเสพซ้ำได้ง่าย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาเฉลี่ยในการเสพนานานถึง 12.1 ปี ซึ่งอาจมีความผิดปกติในสมองหรือพบภาวะสมองตื้อยา อีกทั้งไม่เคยได้รับการฝึกสติมาก่อนจึงมักหมกมุ่นกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดและความซึมเศร้าตามมา การที่ไม่สามารถเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม จึงนำไปสู่พฤติกรรมการใช้สารเสพติดในการเผชิญปัญหาได้^(14, 18, 19) ซึ่งเห็นได้ชัดจากกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่มักมีประวัติการได้รับยากลุ่มคลายเครียดหรือยากลุ่มคลายกังวลมาก่อนเข้ารับการบำบัด ส่วนวิธีการเสพยาเมทแอมเฟตามีนของกลุ่มตัวอย่างนั้นส่วนใหญ่ใช้วิธีการสูบหรือสูดควันซึ่งเป็นวิธีที่นิยมในกลุ่มผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีน^(2, 10, 11)

ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว พบว่า สถานภาพของบิดามารดาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นในครอบครัวที่ส่งผลต่อการเสพสารเสพติด⁽⁴⁷⁾ เช่น ลักษณะการเลี้ยงดูของบิดามารดาที่ปล่อยปละละเลย จะทำให้ผู้ป่วยขาดความรักและความผูกพัน เป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปใช้สารเสพติดเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจแทนหรืออาจเป็นการเลี้ยงดูแบบเข้มงวดมากเกินไปจนกลุ่มตัวอย่างไม่กล้าที่จะปรึกษาปัญหาของตนกับบิดามารดา จึงกลับไปใช้สารเสพติดเป็นที่พึ่งพาเมื่อต้องเผชิญปัญหา⁽²⁰⁾

5.2.3 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพซ้ำ

สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากเสพยา ประกอบด้วยสิ่งกระตุ้นภายนอก (external stimuli) และสิ่งกระตุ้นภายใน (internal stimuli) สิ่งกระตุ้นภายนอก (external stimuli) คือ เหตุการณ์ที่ทำให้อยากเสพยา จากผลการศึกษา⁽⁴⁸⁾ ได้แก่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีเพื่อนที่ติดยา การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ การอยู่คนเดียว ไม่มีคนเข้าใจ ไม่มีอาชีพและรายได้หรือมีรายได้จากการเสพยาที่ค่อนข้างสูง และสิ่งกระตุ้นภายใน (internal stimuli) คือ อารมณ์หรือความรู้สึกที่รุนแรง/ความรู้สึกอยากยา ความคิดลบอัตโนมัติที่เกิดขึ้นในใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสื่อสาร การแสดงออกทางสีหน้า และพฤติกรรม การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง จากผลการศึกษา⁽⁴⁹⁾ ได้แก่ ความเครียดจากการมีปัญหากับคนใกล้ชิด ปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ความกดดันจากความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น ความคิดเห็นไม่ตรงกัน เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง ความเบื่อหน่ายจากสิ่งที่ทำแล้วไม่ดีขึ้น ความเศร้าผิดหวังจากสิ่งที่ตนคาดหวังไว้ ความโกรธไม่เป็นไปตามความพอใจของตนเอง ความรู้สึกโดดเดี่ยวไม่มีใครเข้าใจ ขาดกำลังใจจากตนเองและคนรอบข้าง ความรู้สึกซึมเศร้า ความรู้สึกไร้ค่า ท้อแท้ และหมดกำลังใจ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อเกิดอารมณ์หงุดหงิดรุนแรง

หลักการป้องกันการกลับมาเสพซ้ำ (relapse prevention) คือ การจัดการอารมณ์หรือความรู้สึกที่รุนแรงและความเครียดที่เกิดขึ้น กลไกการควบคุมสิ่งกระตุ้นเพื่อการป้องกันการกลับมาเสพซ้ำมี 4 กลไก คือ 1) **หยุด** ให้สงบหยุดอยู่ที่ลมหายใจของตนเอง 2) **ดู** โดยการสังเกตความรู้สึกชัดเจนที่เกิดขึ้นบนร่างกายขณะมีความรู้สึกอยากเสพยาเข้ามากระทบจิตใจ 3) **รู้** ให้รู้ถึงความคิดลบที่เกิดขึ้นอัตโนมัติ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจที่เกิดจากความรู้สึกดังกล่าวและปล่อยวางความคิดลบ และ 4) **วาง** คือ การยอมรับและปล่อยวางความรู้สึกอยากเสพยาด้วยการทำกิจกรรมอื่นและสร้างสัมพันธภาพใหม่ๆ กับคนรอบข้างอย่างมีสติ กลไกดังกล่าวทำได้ด้วยการฝึกสติ หรือที่เรียกว่า **“สติบำบัด”** ซึ่งประกอบด้วย 8 ขั้นตอน (ดังเช่นโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ที่ใช้ในการศึกษา⁽⁵⁰⁾) ได้แก่ 1) พัฒนาสมาธิซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการฝึกสติ 2) พัฒนาศติทางกาย/สติใน

การใช้ชีวิตประจำวัน 3) พัฒนาสติทางใจ 4) พัฒนาสติรู้คิด 5) พัฒนาสติเพื่อปล่อยวางความคิดลบ และมองหาความคิดบวกในแง่มุมใหม่ 6) พัฒนาสติในการสื่อสาร 7) พัฒนาสติเมตตาตนเองและผู้อื่น และ 8) วางแผนการปรับตัวในระยะยาว (เพื่อให้ดำเนินชีวิตได้ต่อไป)

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการฝึกสติอย่างต่อเนื่อง คือ เกิดทักษะและความชำนาญในการพัฒนาจิตของตนให้สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เกิดจากปัจจัยกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก นำไปสู่การจัดการความคิดทางลบที่เกิดขึ้นอัตโนมัติในใจ ทำให้รู้ทันความคิดของตน สามารถปล่อยวางปรับตัวได้ดีขึ้น สร้างสัมพันธภาพและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับคนในสังคม ส่งผลความเครียดและซึมเศร้าลดลงจนสามารถจัดการอารมณ์และความรู้สึกอยากเสพสารเสพติดลงได้

กลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกสติทั้ง 8 ขั้นตอน (ฝึกขั้นตอนละ 1 วัน) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการฝึก (วันที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน) เปรียบเทียบกับก่อนได้รับการฝึก พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการมีสติสูงกว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียด คะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยความอยากเสพสาร น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนได้รับการฝึก แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการฝึกสติ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีสติพัฒนาจิตของตนให้สามารถจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกอยากเสพสารที่เข้ามากระทบใจของตนเองได้ เนื่องจากกระบวนการฝึกสติที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องทุกวัน วันละ 1 ชั่วโมงครึ่ง – 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 วัน มีการทวนซ้ำกระบวนการการฝึกสติทุกขั้นตอนของทุกวันที่ผ่านมาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะและความชำนาญในการฝึกสติ มีการติดตามประเมินผลจากใบงานกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน ร่วมกับลักษณะของกิจกรรมในการฝึกสติในแต่ละวันที่เน้นการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนความคิดกับกลุ่มเพื่อนที่มีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันภายในสภาพแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความกล้าที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสะท้อนความรู้สึกของตนเองออกมา ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการปรับตัวและเห็นคุณค่าของตนเอง ส่งผลให้คลายความเครียด ลดความซึมเศร้า จนสามารถจัดการอารมณ์และความรู้สึกอยากเสพสารลงได้ นอกจากนี้ กลุ่มทดลองให้ข้อมูลว่าผลของการฝึกสติทำให้รู้ทันความคิดลบอัตโนมัติที่ต้องใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์ในการยับยั้งชั่งใจไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นำไปจัดการกับความรู้สึกอยากเสพสารของตนเองได้ รู้จักวิธีการหลีกเลี่ยงและสื่อสารเชิงปฏิเสธสิ่งเสพติดได้มากขึ้น ทำให้มองปัญหาในแง่บวกมากขึ้น รู้จักวางแผนการใช้ชีวิตของตนเองมากขึ้น ให้อภัยตนเองกับข้อผิดพลาดในอดีตที่เกิดขึ้นและนำมาเป็นบทเรียนในการดำเนินชีวิตข้างหน้า มีความมั่นใจว่าตนสามารถควบคุมอารมณ์รุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นอีกได้ มีกำลังใจสามารถจัดการกับความซึมเศร้าในตนเองได้มากขึ้น สามารถฝึกด้วยตนเองในยามที่เกิดปัญหาหรือว่างแล้วคิดฟุ้งซ่าน ซึ่งในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พบว่า ร้อยละ 100 ของผลการตรวจหาสารเสพติดใน

ปัสสาวะร่วมกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ ไม่พบผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่กลับไปเสพซ้ำอีก เช่นเดียวกับ Adam W. Carrico⁽³¹⁾ และ Hannah W.⁽³²⁾ ใช้ผลการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะเป็นผลลัพธ์ในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม และงานวิจัยของ Saeed Imani⁽²⁷⁾ ที่ได้ใช้ผลการวินิจฉัยของจิตแพทย์ที่ใช้หลัก DSM-IV-TR ในการประเมินผลการกลับมาเสพซ้ำ

สรุปได้ว่า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการฝึกสติ ผู้ที่ได้รับการฝึกสติจะมีสติมากขึ้น ทำให้รู้จักและเข้าใจตนเองมากขึ้น จนทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองในการกลับไปเสพซ้ำได้ ผลการศึกษาที่ได้นี้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าการมีสติมีผลต่อการกลับมาเสพซ้ำ เช่น Marianne T. Marcus⁽⁴⁸⁾ เชื่อว่าความเครียดเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญในการทำให้กลับไปเสพยาเสพติด และการฝึกสติรูปแบบ MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีสติ รู้จักและเข้าใจตนเอง ควบคุมและลดความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันส่งผลให้จำนวนการสารเสพยาเสพติดลดลง Katie Witkewitz^(42, 43) พบว่าการฝึกสติรูปแบบ MBRP (Mindfulness Based Relapse Prevention) ที่เน้นการฝึกสติให้รู้ทันความคิดและอารมณ์ของตนเองสามารถช่วยควบคุมความคิดลบและอารมณ์ความรู้สึกลอยๆ เสพสารของตนเองส่งผลให้ลดการกลับมาเสพซ้ำได้ Saeed Imani⁽²⁷⁾ พบว่า การฝึกสติรูปแบบกลุ่ม (Mindfulness-Based Group Therapy : MBGT) ผลจากปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่มช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ช่วยลดการกลับมาเสพซ้ำของผู้ที่เข้ารับการบำบัดได้ Caroline Vrana⁽⁴⁴⁾ และ Sarah E Priddy⁽⁴⁵⁾ พบว่า การฝึกสติด้วยการทำสมาธิ (Mindfulness meditation: MM) ส่งผลโดยตรงต่อระบบสมองส่วนความคิดและการตัดสินใจ ทำให้จิตใจสงบหยุดนิ่ง เข้าใจเป้าหมายและความต้องการของตนเอง รวมถึงเข้าใจว่าวิธีการกลับไปเสพยาเสพติดไม่ใช่วิธีการที่สามารถนำตนเองไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายได้

หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ได้ทำการติดตามผลของการฝึกสติเพื่อป้องกันการกลับมาเสพซ้ำ ในช่วง 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการมีสติน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับวันที่จำหน่ายกลับบ้าน แต่สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนได้รับการฝึกสติ เนื่องจากผู้ป่วยยังมีการฝึกสติด้วยตนเองแต่ความถี่ของการฝึกแตกต่างกันไป ส่วนมากจะฝึกเป็นครั้งคราวคือ 1-2 วัน/สัปดาห์ และสืบเนื่องจากผลของการฝึกสติส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความเครียด ความซึมเศร้า และความอยากเสพยาเสพติดลดลง ตลอดช่วงเวลาของการติดตามผล เมื่อเปรียบเทียบกับวันที่จำหน่ายกลับบ้านและช่วงก่อนได้รับการฝึกสติ

ถึงแม้ว่า ภาพรวมของคะแนนเฉลี่ยความเครียด ความซึมเศร้า ความอยากเสพยาเสพติดลดลง ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนของการติดตามผล แต่ผลการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ

ร่วมกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ยังพบจำนวนของผู้ที่มีแนวโน้มการกลับไปเสพซ้ำในกลุ่มทดลองจำนวน 3 – 7 คน โดยพบตั้งแต่ช่วง 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้าน และเมื่อสิ้นสุดการติดตาม 6 เดือน พบว่ามีเพียง 5 คน จาก 35 คน (ร้อยละ 14.3) ที่มีแนวโน้มการกลับไปเสพซ้ำ ทั้งนี้สาเหตุอาจเกิดจากผู้ป่วยไม่ได้ทำการฝึกสติอีกตั้งแต่จำหน่ายกลับบ้านหรือทำการฝึกสติแต่ไม่ครบทั้ง 8 ขั้นตอนในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ทำให้ขาดทักษะในการจัดการอารมณ์และสิ่งกระตุ้นภายนอก/ภายในที่เข้ามากระทบจิตใจ ไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้เกิดความเครียดและหันกลับไปเสพยาอีกครั้ง ซึ่งพบว่าสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดอันเป็นสาเหตุให้กลับไปเสพซ้ำ ได้แก่ การมีปัญหากับคนใกล้ชิด ท้อแท้ไม่มีกำลังใจ การไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อเกิดอารมณ์รุนแรงหรือความอยากเสพ การอยู่คนเดียว ขาดความกระตือรือร้น การไม่มีงานไม่มีอาชีพ ยังไม่สามารถปรับตัวและยอมรับได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความสัมพันธ์ของคนในชุมชน (p-value = 0.045) และรายได้ที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด (p-value = 0.036) เป็นปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนให้เสพยา และจากการทบทวนวรรณกรรม⁽¹⁴⁻¹⁹⁾ พบว่า ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากเสพยาและการกลับมาเสพซ้ำได้ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ที่ขาดทักษะการเผชิญปัญหาและความเครียด การขาดความภูมิใจ และการรับรู้ความสามารถในตนเองบกพร่อง และการมีพื้นฐานทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคง ในปัจจัยด้านพฤติกรรมนั้น ได้แก่ การใช้สารเสพติดในการหารายได้ การขาดทักษะปฏิเสธ การใช้สารเสพติดเพื่อเบี่ยงเบนความเจ็บปวดของโรคทางกายและการมีพฤติกรรมเลียนแบบจากบุคคลใกล้ชิด ส่วน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจะเป็นปัจจัยมีอิทธิพลอย่างมากในเรื่องสัมพันธ์ภาพโดยเฉพาะกับบุคคลในครอบครัวและเพื่อน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา^(27, 42-45, 48) ที่พบว่า สติบำบัดเป็นวิธีการป้องกันการกลับมาเสพซ้ำ ซึ่งจะมีประสิทธิผลเพิ่มขึ้นเมื่อหมั่นพัฒนาสติอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกวัน และสำหรับการบำบัดฟื้นฟูควรต้องมีระยะเวลาในติดตามผลหลังจำหน่ายกลับบ้านแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน จากผลการศึกษาพบว่ามี เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลที่ 6 เดือน ในกลุ่มทดลอง 35 คน ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยการมีสติที่เพิ่มขึ้น 32 คน (ร้อยละ 91.4) คะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลง 29 คน (ร้อยละ 82.9) คะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้าลดลง 25 คน (ร้อยละ 71.5) คะแนนเฉลี่ยความอยากเสพยาเมทแอมเฟตามีนลดลง 25 คน (ร้อยละ 71.5) ตรวจไม่พบสารเสพติดในปัสสาวะ 30 คน (ร้อยละ 85.7) และผลการประเมินอาการติดสารเสพติดร่วมกับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ไม่พบแนวโน้มการกลับมาเสพซ้ำ 30 คน (ร้อยละ 85.7) กระบวนการติดตามผลอย่างต่อเนื่องหลายๆ ครั้งจากผู้บำบัดเป็นกลไกสนับสนุนช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ เกิดความรู้สึกมั่นใจ เชื่อมั่นและเห็นคุณค่าใน

ตนเอง สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข ขณะที่ April C. May⁽⁴⁹⁾ และ Adam W. Carrico⁽³¹⁾ ใช้เวลาติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อการกลับมาเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำเพียง 3 เดือนเท่านั้น

ทฤษฎีของการกลับมาเสพยา⁽¹⁴⁾ พบว่า ระยะเวลาในการติดตามผลเพื่อใช้ประเมินการกลับมาเสพยาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ ช่วงระยะเวลา 6 เดือน – 1 ปี หลังเข้ารับการรักษา ซึ่งอาจพบได้สูงถึงร้อยละ 80 - 95 งานวิจัยที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดรูปแบบต่างๆ ต่อการลดจำนวนการใช้สารเสพติดมีการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมในระยะเวลาที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ 1 เดือน^(10, 25) 2 เดือน⁽⁴²⁾ 3 เดือน^(31, 49, 50) 4 เดือน⁽²²⁾ 5 เดือน^(23, 51) 6 เดือน⁽⁵²⁾ 9 เดือน⁽³⁰⁾ และ 1 ปี⁽⁵³⁾ พบว่าในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปีหลังเข้ารับการรักษาจะพบการกลับมาเสพยามากที่สุด ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ทำการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) นาน 6 เดือน และมีการติดตามผลเกือบทุกช่วงเวลาตามรูปแบบการติดตามของงานวิจัยที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยจะทำการติดตามผล 5 ครั้ง ได้แก่ ช่วงเวลา 2 สัปดาห์, 1 เดือน, 2 เดือน, 3 เดือน และ 6 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาและเพื่อเป็นการพิสูจน์ประสิทธิผลของโปรแกรมให้เห็นชัดเจนตามกลไกของการกลับมาเสพยา และยังเป็นการป้องกันความผิดพลาดของข้อมูลที่อาจเกิดขึ้นได้จากภาวะของสมองติดยาที่มักพบในช่วงเวลา 2 - 3 เดือน หลังเข้ารับการรักษาในผู้ที่มีประวัติการเสพยามานานกว่า 10 ปี เนื่องจากภาวะสมองติดยานี้จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความอยากเสพยาหรือจำนวนการกลับไปเสพยาสูงกว่าความเป็นจริงได้

เมื่อเปรียบเทียบกับกรนำหลัก**จิตบำบัด** ซึ่งเป็นการบำบัดระดับจิตขั้นพื้นฐานที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT) เพื่อจัดการกับอารมณ์ในทางลบ (เช่น เศร้า กังวล โกรธ) หรือความขัดแย้งภายในจิตใจของตนเอง ร่วมกับการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ของคนในครอบครัวและคนรอบข้าง (family therapy) ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความเครียดและลดความทุกข์ในใจ มาใช้ในการป้องกันการกลับมาเสพยา พบว่า วิธีการดังกล่าวสามารถช่วยลดความเครียดและความซึมเศร้าซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นภายในลงได้ ผลงานวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนประสิทธิผลของจิตบำบัดบนพื้นฐานของ CBT ว่าสามารถลดจำนวนการใช้สารของผู้ติดยาเสพติดต่างๆ ได้ เช่น Nicole K lee⁽⁵⁴⁾ พบว่า โปรแกรม CBT เป็นโปรแกรมพื้นฐานสำคัญในการช่วยลดจำนวนการเสพยาแอมเฟตามีนของผู้ที่ติดยาเสพติดแอมเฟตามีน Bran D. Kiluk⁽²⁹⁾ Tammy chung⁽⁵⁵⁾ และ Kathleen M. Carroll⁽⁵⁶⁾ พบในทิศทางที่สอดคล้องกันว่า การบำบัดด้วยโปรแกรม CBT ช่วยปรับกระบวนการคิดอัตโนมัติในสมองนำไปสู่การควบคุมพฤติกรรมกลับไปเสพยาของผู้

ติดสารเสพติดหลายชนิดได้ Sarah B. Hunter⁽⁵⁰⁾ พบว่า นอกจากโปรแกรม CBT จะสามารถช่วยลดการกลับมาดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำภายใน 3 เดือนหลังการบำบัดได้แล้วยังสามารถช่วยลดความซึมเศร้าซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำได้อีกด้วย อย่างไรก็ตาม จิตบำบัดบนพื้นฐานของ CBT และ family therapy อาจจะยังไม่มีประสิทธิผลเพียงพอที่จะป้องกันการกลับมาเสพยา เพราะไม่ได้เน้นไปที่การฝึกสติ (สติบำบัด) ให้หยุด รู้ คิด วาง เพื่อจัดการกับอารมณ์และสิ่งกระตุ้นภายในและภายนอกที่ทำให้เกิดความอยากเสพยา

โปรแกรม FAST model ได้นำหลักการ CBT มาปรับใช้ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดเช่นเดียวกัน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูด้วยกระบวนการ FAST model เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนได้รับการบำบัดฟื้นฟู มีคะแนนเฉลี่ยความเครียด ความซึมเศร้า และคะแนนความอยากเสพยาลดลง แต่คะแนนการมีสติไม่แตกต่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคุชณีย์⁽⁵⁷⁾ ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม CBT มีคะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม CBT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ได้ทำการติดตามผลของการบำบัดฟื้นฟูต่อการป้องกันการกลับมาเสพยาในช่วง 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับวันที่จำหน่ายกลับบ้านและก่อนได้รับการบำบัดฟื้นฟู พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียด ความซึมเศร้า และคะแนนความอยากเสพยาสูงกว่า และมีคะแนนเฉลี่ยของการมีสติต่ำกว่าในทุกช่วงเวลาของการติดตาม นอกจากนี้จากผลการตรวจสอบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะร่วมกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ยังพบจำนวนของผู้ที่กลับไปเสพยา 3 – 16 คน โดยพบตั้งแต่ช่วง 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้าน และเมื่อสิ้นสุดการติดตาม 6 เดือน พบว่ามีสูงถึง 16 คน จาก 35 คน (ร้อยละ 45.7) ที่กลับไปเสพยาและไม่พบว่ามีผู้ใดฝึกสติด้วยตนเอง

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมแบบเดิมที่ต้องเผชิญกับปัญหาที่เข้ามากระทบจิตใจ อาทิ ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ อยู่คนเดียว ท้อแท้ไม่มีกำลังใจ ไม่ได้รับการยอมรับ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างมีสติ กลับไปสูบบุหรี่และดื่มสุรา ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์และสิ่งกระตุ้นทั้งภายในภายนอกได้ทำให้เกิดความเครียดความทุกข์จนหันกลับไปหาเสพยาเสพติดอีกครั้ง เนื่องจากการขาดสติยังคิดในสิ่งที่ทำและไม่มีทักษะความชำนาญหรือตัวยึดเหนี่ยวบำบัดจิตใจให้หยุด ดู รู้ วาง เหมือนกลุ่มทดลองที่ได้รับฝึกสติอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่าการใช้จิตบำบัดบนพื้นฐานของ CBT และ family therapy ที่ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและ

พฤติกรรมเพื่อจัดการกับอารมณ์ในทางลบเพียงอย่างเดียว อาจไม่มีประสิทธิผลเพียงพอต่อการป้องกันการกลับมาเสพยา ซึ่งควรทำควบคู่ไปกับการฝึกสติและการติดตามผลหลังการบำบัดอย่างต่อเนื่อง 6 เดือนเพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยในการกลับคืนสู่สังคมดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข สอดคล้องกับงานวิจัยของ johan kakko⁽²⁸⁾ พบว่า การใช้โปรแกรม CBT ร่วมกับการฝึกสติ (mindfulness) ช่วยลดความอยากเสพยา (opioid) ของผู้ที่ติดยาได้ดีกว่าการใช้ CBT เพียงอย่างเดียว

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ร่วมกับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติบำบัด ก่อนได้รับการฝึกสติ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีสติต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการฝึก วันที่จำหน่ายกลับบ้านและทุกช่วงเวลาของการติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีสติสูงกว่ากลุ่มควบคุมโดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ช่วงเวลาติดตาม 6 เดือน หลังจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งแปรผกผันกับคะแนนความเครียด ความซึมเศร้าและคะแนนความอยากเสพยาที่ลดลงในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ช่วงเวลาติดตาม 6 เดือน หลังจำหน่ายกลับบ้านเช่นเดียวกัน อีกทั้งเมื่อเปรียบเทียบจำนวนคนที่กลับมาเสพยา พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่กลับมาเสพยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเป็นข้อมูลสนับสนุนที่สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการฝึกสติร่วมกับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model สามารถช่วยป้องกันการกลับมาเสพยาได้ดีกว่าการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST model เพียงอย่างเดียว และจะมีประสิทธิผลดียิ่งขึ้นถ้าระยะเวลาในการติดตามผลการกลับไปเสพยานาน 6 เดือน

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประสิทธิผลของการฝึกสติจะสามารถทำให้มีสติรู้จักและเข้าใจความต้องการตนเองในการหาความสุขอย่างแท้จริง ไม่ใช่การหาความสุขแบบชั่วคราวด้วยการกลับไปใช้สารเสพติดเพื่อหนีความทุกข์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยที่กล่าวว่าหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการฝึกสติแล้ว จะส่งผลให้เกิดการให้อภัยและเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น⁽⁵⁸⁾ มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น⁽⁵²⁾ สามารถปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้น^(59, 60) ทำให้เกิดความต้องการเสพยาน้อยลง⁽⁶¹⁾ ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาล้วนเป็นเกราะป้องกันที่สำคัญในการช่วยควบคุมพฤติกรรมกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้เป็นอย่างดีและพบอยู่ในแต่ละขั้นตอนของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) อย่างครบถ้วน

5.3 ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การศึกษานี้ไม่สามารถนำโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) มาทดลองใช้กับผู้เข้ารับ การบำบัดฟื้นฟูการติดสารเสพติดเพียงเครื่องมือเดียวได้ ยังต้องนำมาใช้ร่วมกับ กระบวนการบำบัดด้วยโปรแกรม FAST model ของทางสถาบันฯ เพราะหลักของการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดนั้นต้องใช้หลักของชุมชนบำบัดเป็นพื้นฐาน
2. การศึกษาเชิงทดลองในครั้งนี้ไม่ใช่ true experiment เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถทำการ randomized กลุ่มตัวอย่างได้ แต่จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการ กระจายของข้อมูลค่อนข้างสมดุลกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และการ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในทุกระยะเวลาของการติดตามผลของการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการ ควบคุม (adjusted) ตัวแปรกวน (confounding factor) เพื่อความถูกต้องและความ น่าเชื่อถือของข้อมูลอีกด้วย
3. การศึกษานี้จึงไม่สามารถทำการ double blind ระหว่างผู้บำบัดกับผู้เข้าร่วมการทดลอง ได้ เพราะผู้บำบัดจะต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้บำบัดอิสระตามหลักสูตรสติบำบัด ของกรมสุขภาพจิตมาแล้ว ซึ่งในการศึกษานี้ผู้บำบัด คือ ผู้วิจัยเอง และสิ่งทดลองคือการ ฝึกสติบำบัดด้วยตนเองตามโปรแกรม (MBTC) ผู้เข้ารับการบำบัดในกลุ่มทดลองที่อาศัย อยู่รวมกันกับกลุ่มควบคุมในหอผู้ป่วย จึงทราบว่าตนเองจะได้รับโปรแกรมการฝึกสติ บำบัด (MBTC) เพิ่มเติมจากการได้รับโปรแกรมปกติของทางสถาบันฯ (FAST model) การศึกษาในครั้งนี้จึงไม่สามารถเป็นรูปแบบการทดลองที่สมบูรณ์อย่างงานวิจัยของ Suzette G.⁽²⁵⁾ และงานวิจัยของ Adam W. Carrico⁽³¹⁾ ได้ แต่การวินิจฉัยการกลับมา เสพซ้ำจากจิตแพทย์ในแต่ละครั้งของการติดตามผลนั้น จิตแพทย์จะไม่ทราบว่ากลุ่ม ตัวอย่างรายใดอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง
4. การศึกษานี้ไม่ได้ทำการวัดผลความอยากเสพยาด้วยดัชนีชี้วัดทางชีวภาพ ได้แก่ การ ตรวจวัดการเปลี่ยนแปลงของระดับสารเคมีในสมองที่เกี่ยวข้องกับความอยากเสพยา หรือตรวจวัดระดับสารเมทแอมเฟตามีนในร่างกาย จึงยังไม่สามารถสรุปผลของโปรแกรม การฝึกสติต่อการลดความอยากเสพยาได้อย่างเป็นรูปธรรม
5. ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกสติบำบัดแต่ละครั้งค่อนข้างนานประมาณ 1 ชั่วโมงครึ่ง – 2 ชั่วโมงต่อวัน อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้าส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมการ ฝึกสติบำบัด และอาจส่งผลต่อการตอบสนองแบบประเพณีที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง ดังนั้น

ระหว่างการฝึกในแต่ละกิจกรรมจะมีการพักประมาณ 5 นาที และมีช่วงเวลาให้บทวนตัวเองก่อนตอบแบบประเมินหลังสิ้นสุดการฝึกทุกครั้ง

6. การศึกษานี้ไม่ได้ออกแบบการเก็บข้อมูลในการติดตามปัจจัยแวดล้อมที่สนับสนุนการกลับไปเสพซ้ำหลังจำหน่ายกลับบ้าน ทำให้ไม่ทราบสาเหตุแวดล้อมที่แน่ชัดในการกลับไปเสพซ้ำ แต่เนื่องจากผลของการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ประกอบกับการทบทวนกลไกของการกลับมาเสพซ้ำ⁽¹⁴⁾ จะเห็นได้ชัดว่าปัจจัยหลักที่ทำให้กลับมาเสพซ้ำ คือ ปัจจัยของตัวบุคคลและปัจจัยระหว่างบุคคล ไม่ใช่ ปัจจัยแวดล้อม

5.4 จุดแข็งของงานวิจัย

1. โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นโปรแกรมของกรมสุขภาพจิตที่ยังไม่เคยมีผู้ใดนำมาศึกษาเปรียบเทียบผลการทดลองใช้ในผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีนมาก่อน และจากผลการศึกษาก็พบว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถช่วยลดจำนวนการกลับมาเสพซ้ำได้เมื่อติดตามผู้เข้ารับการบำบัดไป 6 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน จึงนับว่าเป็นการศึกษาที่เกิดขึ้นใหม่และมีประโยชน์ต่อการนำไปบำบัดผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนได้จริง
2. การศึกษานี้ใช้วิธีเก็บข้อมูลที่ละกลุ่มด้วยรูปแบบของ non – concurrent controlled intervention เพื่อควบคุมอคติที่อาจเกิดจากการพูดคุยสอบถามกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (contaminate bias) โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะไม่ได้อยู่บำบัดร่วมกันจนกว่าแต่ละกลุ่มจะได้รับการจำหน่ายกลับบ้านครบทุกราย ผู้วิจัยจึงวางแผนการเก็บข้อมูลโดยเริ่มเก็บข้อมูลรายแรกของกลุ่มทดลองในทันทีเมื่อรายสุดท้ายของกลุ่มควบคุมได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน
3. การศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถอยู่เข้าร่วมจนสิ้นสุดการศึกษาครบทุกราย (ไม่มี drop out) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการโทรแจ้งเตือนวันเวลาในการมาติดตามผลล่วงหน้าและมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาติดตามผลให้ทุกครั้งทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

5.5 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. สถาบันบำบัดผู้ติดสารเสพติดฯ ควรพิจารณานำโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ไปใช้ร่วมกับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรม FAST MODEL เพื่อป้องกันการกลับมาเสพซ้ำหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยส่งเสริมเจ้าหน้าที่ให้เข้ารับการอบรมเป็นผู้บำบัด

อิสระตามหลักสูตรสติบำบัดของกรมสุขภาพจิตเพื่อทำการฝึกสติให้แก่ผู้เข้ารับการบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง โดยสามารถใช้เวลาในการทำกลุ่มฝึกสติบำบัดนี้ในช่วงเวลาของการทำกิจกรรมกลุ่มจริยธรรม กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กิจกรรมการให้คำปรึกษา หรือกิจกรรมสร้างแรงจูงใจที่มีอยู่เดิมในโปรแกรม FAST model ของแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งทางสถาบันฯ จะไม่ต้องเสียงบประมาณหรือทรัพยากรเพิ่มแต่อย่างใด และควรมีการทบทวนการฝึกสติบำบัดให้แก่ผู้เข้ารับการบำบัดเมื่อมาติดตามผลที่แผนกผู้ป่วยนอก หลังได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ครั้งละประมาณ 15 - 30 นาที เพื่อเป็นการกระตุ้นและทบทวนการฝึกสติให้แก่ผู้เข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

2. รูปแบบการฝึกสติบำบัดที่แผนกผู้ป่วยในควรเป็นแบบ group therapy เนื่องจากผู้ป่วยสามารถมาเข้าร่วมการฝึกสติบำบัดได้พร้อมกันทุกครั้งที่มีการนัดหมาย และสามารถใช้ประโยชน์จากการอยู่ร่วมกันตามหลักชุมชนบำบัดของทางสถาบันฯ ในการกล้าแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกร่วมกัน แต่รูปแบบการฝึกสติบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอกนั้นควรเป็นแบบ individual therapy เนื่องจากความสะดวกของการเดินทางมาตามนัดของผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ทำให้เกิดความความเคลือบหรือมีโอกาสไม่มาตามนัดหมาย (loss follow up) ได้ จึงส่งผลให้ไม่สามารถทำกลุ่มการฝึกสติบำบัดพร้อมกันได้ทุกครั้ง แต่อย่างไรก็ตามการฝึกสติแบบ individual therapy สามารถทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้มีโอกาสเล่าปัญหาที่เป็นตัวกระตุ้นในการกลับมาเสพซ้ำเมื่อจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างละเอียดและทำให้ผู้บำบัดสามารถเป็นผู้นำในการฝึกสติบำบัดได้อย่างใกล้ชิด
3. ระยะเวลาในการติดตามผลการกลับมาเสพซ้ำควรใช้ระยะเวลาติดตามนาน 6 เดือน ถึง 1 ปีหลังจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการติดตามผลการกลับมาเสพซ้ำของทางสถาบันฯ และตามทฤษฎีของกลไกการกลับมาเสพซ้ำ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการไม่มาติดตามผลของผู้เข้ารับการบำบัด (loss follow up) ทางสถาบันฯ ควรมีระบบการโทรศัพท์ การส่งข้อความ หรือการมีแอปพลิเคชันแจ้งเตือนวันเวลานัดล่วงหน้าให้แก่ไปทางโทรศัพท์ส่วนตัว

5.6 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาทดลองใช้โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) แก่ผู้ที่เข้ารับการบำบัดการติดสารเสพติดชนิดอื่นหรือที่ห่อผู้ป่วยอื่น เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่มีผลต่อการกลับมาเสพยาของสารเสพติดชนิดอื่นได้หลากหลายมากขึ้น
2. เพิ่มการวัดผลการศึกษาด้วยดัชนีชี้วัดความอยากเสพยาทางชีวภาพ ได้แก่ การตรวจวัดการเปลี่ยนแปลงของระดับสารเคมีในสมองหรือระดับสารเมทแอมเฟตามีนในร่างกายทุกช่วงเวลาของการมาติดตามผล
3. ควรมีการศึกษารายละเอียดของปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในการกลับมาเสพยาของผู้เข้ารับการบำบัดเมื่อมาติดตามผลในแต่ละครั้งหลังจำหน่ายกลับบ้าน



บรรณานุกรม

1. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัมภางค์กรชัย. รายงานการศึกษาเรื่องความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปีพ.ศ. 2556. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. รายงานการป่วยของผู้ป่วยใน:10 อันดับโรคแรก สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในและนอกยาเสพติด ปีงบประมาณ 2558. 2559.
3. พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545.ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119/ ตอนที่ 96ก/ หน้า26/ (30 กันยายน 2545.).
4. กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต. คู่มือสติบำบัดสำหรับการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด (Mindfulness – Based Therapy and Counseling for Relapse Prevention): กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
5. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consult Clin Psychol2000;68:615-23.
6. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. Am J Psychiatry1992;149:936-43.
7. Kabat-Zinn J, Chapman-Waldrop A. Compliance with an outpatient stress reduction program: rates and predictors of program completion. J Behav Med1988;11:333-52.
8. Davis JM, Fleming MF, Bonus KA, Baker TB. A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers. BMC Complement Altern Med2007;7:2.
9. กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนารูปแบบการให้บริการบำบัดผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดด้วยสติบำบัดในช่วงเข้าพรรษา โดยเครือข่ายเชิงพื้นที่ในระดับอำเภอ. โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต. กรุงเทพมหานคร2560.
10. ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, สุกุม่า แสงเดือนฉาย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน. วารสารกองการพยาบาล2556;1:24-38.
11. สุกุม่า แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, วันเพ็ญ ใจปทุม, สุวภัทร คงหอม, ญาดา จีนประชา, ธัญญา สิงห์โต. คำนิยามศัพท์ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน. ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อ

- ป้องกันการติดยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
12. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัดและFAST MODEL. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ.2558.
 13. Kittirattanapaiboon P, Arunpongpaial S, Mahatnirunkul S, Kongsuk T, Choovong K, Booncharoen H, et al. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Thai version 5.0.0-Revised.2007.
 14. กลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด (relapse prevention). 2560.
 15. วุฒิไกร ศักดิ์สุรกันต์. ประสิทธิภาพการประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอเมืองชลบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข2558;24:612-20.
 16. พะยอม ศรีกงพลี, วริศรา ลุวีระ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันยาเสพติดสำหรับเยาวชน : การทบทวนวรรณกรรม. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น2558;-:169-89.
 17. Conrod PJ, Castellanos-Ryan N, Strang J. Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. . Arch Gen Psychiatry2010;67:85-93.
 18. ชาตรี ชัยนาคิน, ชาตรี ประชาพิพัฒน์, อารี พุ่มประไพทย์. การเลิกเสพยาบ้าซ้ำ: กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยวิธีชุมชนบำบัด. วารสารกิจการคุณ2559;23:248-62.
 19. ศิริลักษณ์ ปัญญา. ปัจจัยเสี่ยงของการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการรักษาเสพติดในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. . การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่22560.
 20. วิโรจน์ วีระชัย. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
 21. นันทา ชัยพิชิตพันธ์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพยาบ้า: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม [ดุชนิพนธ์]: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
 22. Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. Subst Abus2009;30:295-305.

23. Biegel GM, Brown KW, Shapiro SL, Schubert CM. Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*2009;77:855-66.
24. Davis JP, Barr N, Dworkin ER, Dumas TM, Berey B, DiGuseppi G, et al. Effect of Mindfulness-Based Relapse Prevention on Impulsivity Trajectories Among Young Adults in Residential Substance Use Disorder Treatment. *Mindfulness (N Y)*2019;10:1997-2009.
25. Glasner-Edwards S, Mooney LJ, Ang A, Garneau HC, Hartwell E, Brecht ML, et al. Mindfulness Based Relapse Prevention for Stimulant Dependent Adults: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Mindfulness (N Y)*2017;8:126-35.
26. Baldus C, Mokros L, Daubmann A, Arnaud N, Holtmann M, Thomasius R, et al. Treatment effectiveness of a mindfulness-based inpatient group psychotherapy in adolescent substance use disorder - study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*2018;19:706.
27. Imani S, Atef Vahid MK, Gharraee B, Noroozi A, Habibi M, S. B. Effectiveness of mindfulness-Based group therapy compared to the usual opioid dependence treatment. *Iran J Psychiatry*2015;10:175-84.
28. Kakko J, Alho H, Baldacchino A, Molina R, Nava FA, Shaya G. Craving in Opioid Use Disorder: From Neurobiology to Clinical Practice. *Front Psychiatry*2019;10:592.
29. Kiluk BD, Carroll KM. New developments in behavioral treatments for substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep*2013;15:420.
30. Price CJ, Wells EA, Donovan DM, Rue T. Mindful awareness in body-oriented therapy as an adjunct to women's substance use disorder treatment: a pilot feasibility study. *J Subst Abuse Treat*2012;43:94-107.
31. Carrico AW, Gomicronmez W, Jain J, Shoptaw S, Discepola MV, Olem D, et al. Randomized controlled trial of a positive affect intervention for methamphetamine users. *Drug Alcohol Depend*2018;192:8-15.
32. Jones HW, Dean AC, Price KA, London ED. Increased self-reported impulsivity in methamphetamine users maintaining drug abstinence. *Am J Drug Alcohol Abuse*2016;42:500-6.

33. กงจักร สอนลา. ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อความรู้สึกร้อยกายแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต2557;3:75-89.
34. วรณช กิตสัมพันธ์, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, บุญช่วย สิริธโร. ผลของการบำบัดทางสติและปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงไทยสูงอายุ. วารสารวิจัยทางการพยาบาล2552;2:95-108.
35. พรทิพย์ โชครุ่ง, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, เวทิส ประทุมศรี. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกเสพยาต่อความตั้งใจในการเลิกเสพยาของผู้เสพติดสารแอมเฟตามีน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2559;3:37-50.
36. Wayne WD. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. . ed. t, editor: John Wiley&Sons, Inc; 1995.
37. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. “n4Studies”: Sample size and power calculations for android. . The royal golden jubilee Ph.D. program - the thailand research fund & prince of Songkla university2004.
38. ผกัรัตน์ ฤทธิ์วิเศษ, มานพ คณะโต. การพัฒนาเครื่องมือประเมินความอยากเสพยาในผู้ป่วยยาบ้า. การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ครั้งที่ 42560.
39. สมชาย จักรพันธ์ และคณะ. รายงานวิจัยการพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชน. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2538.
40. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
41. สุเมธ เทียงธรรม. เอกสารวิชาการเรื่องการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (Urine Test). สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.2559.
42. Witkiewitz K, Stein ER, Votaw VR, Wilson AD, Roos CR, Gallegos SJ, et al. Mindfulness-Based Relapse Prevention and Transcranial Direct Current Stimulation to Reduce Heavy Drinking: A Double-Blind Sham-Controlled Randomized Trial. Alcohol Clin Exp Res2019;43:1296-307.
43. Witkiewitz K, Lustyk MKB, Bowen S. Retraining the addicted brain: a review of hypothesized neurobiological mechanisms of mindfulness-based relapse prevention. Psychol Addict Behav2013;27:351-65.
44. Vrana C, Killeen T, Brant V, Mastrogiovanni J, Baker NL. Rationale, design, and implementation of a clinical trial of a mindfulness-based relapse prevention protocol

for the treatment of women with comorbid post traumatic stress disorder and substance use disorder. *Contemp Clin Trials*2017;61:108-14.

45. Priddy SE, Howard MO, Hanley AW, Riquino MR, Friberg-Felsted K, Garland EL. Mindfulness meditation in the treatment of substance use disorders and preventing future relapse: neurocognitive mechanisms and clinical implications. *Subst Abuse Rehabil*2018;9:103-14.

46. สุทธิชัย ศิรินวล, ปัทมา สุพรรณกุล, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*2559;10:39-45.

47. วราภรณ์ มั่งคั่ง. ปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนบ้านปิง อำเภอบ้านปิง จังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์]: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.

48. Marcus MT, Zgierska A. Mindfulness-based therapies for substance use disorders: part 1. *Subst Abuse*2009;30:263-5.

49. May AC, Aupperle RL, Stewart JL. Dark Times: The Role of Negative Reinforcement in Methamphetamine Addiction. *Frontiers in Psychiatry*2020;11.

50. Hunter SB, Witkiewitz K, Watkins KE, Paddock SM, Hepner KA. The moderating effects of group cognitive-behavioral therapy for depression among substance users. *Psychol Addict Behav*2012;26:906-16.

51. Black DS, Amaro H. Moment-by-Moment in Women's Recovery (MMWR): Mindfulness-based intervention effects on residential substance use disorder treatment retention in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*2019;120:103437.

52. Zgierska A, Marcus MT. Mindfulness-based therapies for substance use disorders: part 2. *Subst Abuse*2010;31:77-8.

53. Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, et al. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*2014;71:547-56.

54. Lee NK, Rawson RA. A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Rev*2008;27:309-17.

55. Chung T, Noronha A, Carroll KM, Potenza MN, Hutchison K, Calhoun VD, et al. Brain mechanisms of Change in Addictions Treatment: Models, Methods, and Emerging Findings. *Curr Addict Rep*2016;3:332-42.

56. Carroll KM, Kiluk BD. Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychol Addict Behav*2017;31:847-61.
57. ดุษณีย์ ชาญปรีชา, นันทา ชัยพิชิตพันธ์, สุกุม่า แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน. *วารสารกรมการแพทย์*2560;42:90-101.
58. Roos CR, Kirouac M, Stein E, Wilson AD, Bowen S, Witkiewitz K. An Open Trial of Rolling Admission Mindfulness-Based Relapse Prevention (Rolling MBRP): Feasibility, Acceptability, Dose-Response Relations, and Mechanisms. *Mindfulness*2018;10:1062-73.
59. Schuman-Olivier Z, Trombka M, Lovas DA, Brewer JA, Vago DR, Gawande R, et al. Mindfulness and Behavior Change. *Harv Rev Psychiatry*2020;28:371-94.
60. Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, Marlatt GA. Relapse prevention for addictive behaviors. *Subst Abuse Treat Prev Policy*2011;6:17.
61. Ashe ML, Newman MG, Wilson SJ. Delay discounting and the use of mindful attention versus distraction in the treatment of drug addiction: a conceptual review. *J Exp Anal Behav*2015;103:234-48.



ภาคผนวก ก

ขั้นตอนการศึกษาทดลอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขั้นตอนการศึกษาทดลอง

โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (Mindfulness – Based Therapy and Counseling for Relapse Prevention) มีกระบวนการทั้งหมด 8 ขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 การจัดการกับความว้าวุ่นใจ (110 นาที)

- (10 นาที) 1. ให้ผู้รับการบำบัดแนะนำตัว (ชื่อ อาชีพ ปัญหาสำคัญของชีวิต)
- (10 นาที) 2. ประเมินเพศและสอบถามความต้องการของผู้รับการบำบัด รวมทั้งขอคำยืนยันในการให้ความร่วมมือจะทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่ผู้บำบัดกำหนด
- (10 นาที) 3. ให้ผู้รับการบำบัดทำแบบประเมินก่อนการบำบัด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด แบบประเมินโรคซึมเศร้า แบบประเมินความอยากเสพยาเสพติดและแบบประเมินการมีสติ
- (10 นาที) 4. ให้ผู้รับการบำบัดอยู่ในความเงียบ หายใจเข้าออกยาวๆ 3 – 4 ครั้ง แล้วระลึกถึงบุคคลที่ตนเองรักเคารพและผูกพัน มา 1 คน แล้วบันทึกลงในใบกิจกรรมบุคคลในดวงใจ
- (10 นาที) 5. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สรุปลักษณะรวมที่ได้สัมผัสเข้ามาในตนเองแต่แสดงออกมาได้มากน้อยขึ้นอยู่กับสภาวะอารมณ์ และเชื่อมโยงว่าการบำบัดจะเป็นการเรียนรู้วิธีการลดความเครียดและความว้าวุ่นใจ ซึ่งจะทำให้คุณลักษณะที่ดีต่างๆ ที่มีอยู่ภายในตัวเองแสดงออกมาได้ ทุกคนรู้คุณค่าเหล่านี้แต่แสดงออกไม่ได้ เพราะจิตที่ติดยา
- (15 นาที) 6. อธิบายว่าสมาธิเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงในการผ่อนคลายจากอารมณ์ ความเครียดและความอยากเสพยา จากนั้นนำผู้รับการบำบัดฝึกดูลมหายใจเพื่อหยุดความคิดเป็นเวลา 2 นาที อธิบายความสำคัญและวิธีการจัดการกับความคิดเป็นเวลา 4 นาที
- (20 นาที) 7. ถามผลการฝึกสมาธิ อธิบายการจัดการกับความวุ่นวายและฝึกสมาธิ เป็นเวลา 8 นาทีและจับด้วยสมาธิแบบลึมตา 1 นาที ให้ผู้รับการบำบัดบันทึกประสบการณ์ลงในใบกิจกรรมประสบการณ์การฝึกสมาธิ
- (10 นาที) 8. ถามประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด และตอบข้อซักถาม
- (10 นาที) 9. อภิปรายแลกเปลี่ยนถึงประโยชน์ของสมาธิ และการนำสมาธิไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการใช้สมาธิลึมตา 1 นาทีเพื่อหยุดความอยากเสพยา
- (5 นาที) 10. ให้การบ้าน (ใบการบ้านครั้งที่ 1) ตอบข้อซักถามของผู้รับการบำบัด และนัดหมายครั้งต่อไป

กิจกรรมในชั้นตอนที่ 2 การดำเนินชีวิตด้วยความสงบ (90 นาที)

- (10 นาที) 1. กล่าวต้อนรับ และเริ่มต้นด้วยการทำสมาธิ 10 นาที
- (10 นาที) 2. ทบทวนการบ้าน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และตอบข้อซักถาม
- (10 นาที) 3. ทบทวนความหมายและประโยชน์ของสมาธิ เชื่อมโยงเข้ากับความหมาย ประโยชน์และวิธีการฝึกสติและเริ่มฝึกสติขั้นพื้นฐานโดยให้รู้ลมหายใจ รู้การสัมผัส ชิม ฟัง ยืน เดิน
- (10 นาที) 4. ให้ผู้รับการบำบัดแลกเปลี่ยนประสบการณ์การฝึกสติ โดยการสัมผัส การชิม การฟัง การยืน การเดินอย่างมีสติ และให้เปรียบเทียบจากประสบการณ์ว่าสมาธิและสติต่างกันอย่างไร บันทึกลงในใบกิจกรรมที่ 2 : ดำเนินชีวิตด้วยความสงบ จากนั้นผู้บำบัดอภิปรายและสรุป
- (10 นาที) 5. ฝึกสติตามการใช้งานภายนอก โดยการเดินอย่างมีสติบน พื้นลื่น พื้นขรุขระ การเดินต่อเท้าตามแนวเส้น และรู้จักการแบ่งสติมากน้อยตามกิจที่ทำ
- (10 นาที) 6. ฝึกสติโดยฟังเทปละคร หรือเรื่องเล่าที่ทำให้เกิดอารมณ์ ความเครียด หรือการเดินขึ้นบันได ซึ่งจิตจะว้าวุ่น ไม่ชอบเพราะเหนื่อย โดยฝึกการแบ่งสติเป็นการรู้ลมหายใจให้มากขึ้น
- (10 นาที) 7. ถามประสบการณ์ เชื่อมโยงเข้ากับการใช้งานในชีวิตประจำวัน โดยใช้ระฆังสติช่วย และอธิบายวิธีการใช้สัญญาณเตือนเป็นระฆังสติ
- (10 นาที) 8. เชื่อมโยงการฝึกสติในชีวิตประจำวันกับการป้องกันการไปเสพซ้ำ โดยการใช้ชีวิตอย่างมีสติจะช่วยให้หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นจากภายนอก และที่สำคัญคือ ช่วยให้ทำกิจกรรมต่างๆ โดยไม่ถูกอารมณ์ และความเครียดครอบงำ ทั้งนี้ควรฝึกสติในชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย (เดิน วิ่ง) การทำงานบ้าน (ล้างจาน กวาดบ้าน) กิจวัตรประจำวัน (อาบน้ำ แปรงฟัน) โดยทำอย่างสม่ำเสมอ
- (10 นาที) 9. วางแผนการนำสมาธิและสติไปใช้ในชีวิตประจำวัน ให้การบ้าน (ใบการบ้านครั้งที่ 2) ตอบข้อซักถามและนัดหมายครั้งต่อไป

กิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 การรู้จักปล่อยวางอารมณ์และความรู้สึกอยากเสพสาร (100 นาที)

- (20 นาที) 1. ทบทวนการนั่งสมาธิ การฝึกสติในการยืน เดิน ฟัง ด้วยการรู้ลมหายใจไปด้วย โดยใช้
ระฆังสติช่วยเตือนสติ และเน้นย้ำการฟังอย่างมีสติและการมีสติในการฝึก
- (15 นาที) 2. ทบทวนการบ้าน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและตอบข้อซักถาม
- (10 นาที) 3. การพัฒนาสติในการสังเกตจิตขั้นต้น ให้ใช้การสังเกตความรู้สึกที่รุนแรง เช่น
ความเหนื่อย (ฉันทเหนื่อย ≠ ฉันทเห็นความเหนื่อย) โดยการออกกำลังกายอยู่กับที่จน
เหนื่อย (Up and Down 20 ครั้ง) แล้วสังเกตความรู้สึกบนร่างกาย อภิปรายและตอบ
ข้อซักถาม
- (20 นาที) 4. ฝึกการสังเกตความรู้สึกบนร่างกายให้ละเอียดขึ้น โดยการฝึกดูความรู้สึกบนร่างกาย
(Body Scan) ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้าร่วมกับการฝึกดูการเปลี่ยนแปลงและปล่อยวาง
ความรู้สึก (Focusing) จากนั้นถามประสบการณ์และตอบข้อซักถาม
- (10 นาที) 5. ฝึกเชื่อมโยงการปล่อยวางความรู้สึกในชีวิตจริง โดยให้นักถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิด
ความรู้สึกที่รุนแรงในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ในระหว่างนั้นให้รู้ลมหายใจทำ Body Scan
และสังเกตการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกบนร่างกายที่ชัดเจนสัก 1 นาที หลังจากนั้นให้
บันทึกประสบการณ์ลงในใบกิจกรรมการรู้จักปล่อยวางอารมณ์
- (15 นาที) 6. ถามประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เชื่อมโยงกับอารมณ์ว่าแสดงออกได้ทั้งทางกายและเป็น
ความรู้สึกทางใจที่สติจะช่วยทำให้สามารถปล่อยวางได้ โดยไม่ต้องเป็นทุกข์เพราะเข้าไป
ยึดติดกับอารมณ์นั้นโดยเฉพาะเวลาที่เกิดความรู้สึกอยากเสพ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่รุนแรง
จนปรากฏเป็นความรู้สึกบนร่างกาย ซึ่งเมื่อเรามีสติตามรู้ก็จะเห็นการเปลี่ยนแปลงโดย
ไม่ต้องไปยึดติดกับความอยากนั้นจึงเกิดการยอมรับและปล่อยวางความอยากเสพได้
- (10 นาที) 7. วางแผนการนำสมาธิและสติไปใช้ในการฝึกจิตทุกวัน โดยฝึกอย่างละ 10 นาที และการ
นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ตามการบ้านครั้งที่ 3 ทั้งการฝึกสมาธิ/สติ และการฝึกสติกับ
สถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์ที่รุนแรงและนัดหมายครั้งต่อไป

กิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 การรู้ทันความคิดและปล่อยวาง (115 นาที)

- (20 นาที) 1. ทบทวนการนั่งสมาธิ 10 นาที Body Scan 10 นาที เน้นย้ำการฟังอย่างมีสติและการใช้ระฆังสติในการฝึก
- (15 นาที) 2. ทบทวนการบ้าน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและตอบข้อซักถาม
- (15 นาที) 3. ค้นหาความคิดลบที่เรามักคิดบ่อยๆ ตามใบกิจกรรมความคิดอัตโนมัติทางลบ แล้วแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สรุปให้เห็นถึงลักษณะของความคิดลบที่เป็นอัตโนมัติและผลที่เกิดขึ้น
- (15 นาที) 4. ให้ทุกคนนึกถึงกิจกรรมที่ทำเป็นประจำในวันทำงานอย่างละเอียด โดยเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเข้านอน ทำใบกิจกรรมทบทวนชีวิตประจำวัน แล้วแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
- (15 นาที) 5. ผู้บำบัดถามและเชื่อมโยงเข้าสู่ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึกกับพฤติกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับความคิดลบ รวมทั้งความสามารถในการปล่อยวาง
- (20 นาที) 6. ทำสมาธิ 3 นาที ต่อจากนั้นให้กลับมามีสติรู้ลมหายใจเล็กน้อย เพื่อดูความคิดที่เกิดขึ้นสัก 5 นาทีแล้วจินตนาการถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดมา 1 เหตุการณ์ แล้วใคร่ครวญดูความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้น แล้วตอบคำถามตามใบกิจกรรมประสบการณ์การมีสติกับความคิด ผู้บำบัด ถามประสบการณ์และเชื่อมโยงเข้าสู่ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและความรู้สึกรวมทั้งความสามารถในการปล่อยวางเชื่อมโยงเข้ากับการเสพติดซึ่งการเสพจะมาจากอารมณ์ลบที่มาจากความคิดลบการรู้ทันโดยติดป้ายความคิดลบทำให้กลับมาสงบ ยอมรับและปล่อยวาง จึงป้องกันการกลับมาเสพสารซ้ำได้
- (5 นาที) 7. วางแผนการนำสมาธิและสติไปใช้ในชีวิตประจำวันแล้วบันทึกผลในการบ้านครั้งที่ 4 ทั้งการฝึกสมาธิและการฝึกสติกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความคิดหรืออารมณ์ลบ และนัดหมายครั้งต่อไป

กิจกรรมในขั้นตอนที่ 5 การทบทวนสัมพันธภาพใหม่ (90 นาที)

- (30 นาที) 1. ทบทวนการนั่งสมาธิ 10 นาที สติกับความรู้สึกบนร่างกาย 10 นาที และสติกับความคิด 10 นาทีใน 5 นาทีแรกเป็นความคิดทั่วไป 5 นาทีหลัง ให้รำลึกเหตุการณ์ที่ยุ่งยากใจกับคนใกล้ชิดมา 1 เหตุการณ์ เน้นย้ำการฟังอย่างมีสติ และการใช้ระฆังสติในการฝึก
- (15 นาที) 2. ทบทวนการบ้าน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและตอบข้อซักถาม
- (15 นาที) 3. ให้สำรวจความคิดลบที่มีอยู่กับคนใกล้ชิดที่มีปัญหาที่สุด ตามไปกิจกรรมการสำรวจความคิดที่มีต่อสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด และผลที่เกิดขึ้น ผู้บ่าบัตถาม อภิปรายและสรุปเรื่องให้ความคิดลบ เป็นความคิดอัตโนมัติทำให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมลบ
- (10 นาที) 4. อธิบายเรื่องการปล่อยวางความคิดลบ และการค้นพบความจริงใหม่ๆ ในสัมพันธภาพเดิมที่เรามองข้ามไป ซึ่งจะช่วยให้มองสัมพันธภาพในมุมใหม่และปรับตัวเข้าหากันดีขึ้น
- (15 นาที) 5. ทำสมาธิ 3 นาที แล้วรู้ลมหายใจ ใคร่ครวญสัมพันธภาพในแง่มุมใหม่ ตามไปกิจกรรมการทบทวนสัมพันธภาพใหม่ ผู้บ่าบัตถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสรุป
- (5 นาที) 6. วางแผนการนำสมาธิและสติไปใช้ในการฝึกจิตทุกวัน และการใช้สติในชีวิตประจำวัน ตามการบ้านครั้งที่ 5 ซึ่งจะมี 2 เรื่อง คือ การฝึกจิตและการมีสติในชีวิตประจำวัน และการทบทวนสัมพันธภาพและนัดหมายครั้งต่อไป

กิจกรรมในชั้นตอนที่ 6 การปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น (100 นาที)

- (30 นาที) 1. ทบทวนการนั่งสมาธิ 10 นาที สติกับความรู้สึกบนร่างกาย 10 นาทีและสติกับความคิด 10 นาทีใน 5 นาทีแรกเป็นความคิดทั่วไป 5 นาทีหลังให้รำลึกเหตุการณ์ที่ยุ่งยากใจกับคนใกล้ชิดมา 1 เหตุการณ์ เน้นย้ำการฟังอย่างมีสติและการใช้ระฆังสติในการฝึก
- (15 นาที) 2. ทบทวนการบ้าน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและตอบข้อซักถาม และเพิ่มกระบวนการตามการบ้านครั้งที่ 5 การทบทวนสัมพันธ์ภาพ
- (10 นาที) 3. ให้ทำกิจกรรมการพูดอย่างมีสติ ถามและสรุป โดยเชื่อมโยงกับการสื่อสารทางบวก
- (10 นาที) 4. ให้เชื่อมโยงการสื่อสารกับคนใกล้ชิดที่มีปัญหามากที่สุด โดยนึกถึงเหตุการณ์ 1 เหตุการณ์พร้อมทั้งรายละเอียดการสื่อสารและผลที่เกิดขึ้น ตามใบกิจกรรมการสำรวจการสื่อสารเดิม
- (15 นาที) 5. ถามประสบการณ์ และเชื่อมโยงกับการฝึกสติในการสื่อสาร
- (15 นาที) 6. ให้ทำสมาธิ 3 นาที แล้วรู้ลมหายใจ ใคร่ครวญการสื่อสารใหม่ ตามใบกิจกรรมการทบทวนการสื่อสารใหม่ ผู้บําบัดถามและเพื่อช่วยให้เห็นจริงมากขึ้นอาจใช้บทบาทสมมุติ แลกเปลี่ยนและสรุป
- (5 นาที) 7. วางแผนการนำสมาธิและสติไปใช้ในการฝึกจิตทุกวัน และการใช้ในชีวิตประจำวันตามการบ้านครั้งที่ 6 ซึ่งมี 2 เรื่องคือ การฝึกจิตและการมีสติในชีวิตประจำวัน และการสื่อสารอย่างมีสติ โดยย้ำเตือนว่าเหลืออีก 2 ครั้ง จึงควรฝึกให้เป็นกิจวัตรทุกวัน

กิจกรรมในขั้นตอนที่ 7 ความเมตตาและให้อภัย (100 นาที)

- (30 นาที) 1. ทบทวนการนั่งสมาธิ 10 นาที มีสติกับความรู้สึกบนร่างกาย 10 นาที และมีสติกับความคิด 10 นาที ใน 5 นาทีแรกเป็นความคิดทั่วไป 5 นาทีหลังให้รำลึกถึงเหตุการณ์ที่ยุ่งยากใจกับคนใกล้ชิดมา 1 เหตุการณ์ เน้นย้ำการใช้สติในการสนทนา และการใช้ระฆังสติในการฝึก
- (15 นาที) 2. ทบทวนการบ้านของแต่ละคน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและตอบข้อซักถาม และเพิ่มกระบวนการตามการบ้านครั้งที่ 6 การสื่อสารอย่างมีสติ
- (10 นาที) 3. อธิบายความแตกต่างและความสัมพันธ์ระหว่างสติกับความเมตตาโดยเริ่มจากฝึกส่งความเมตตาให้ตนเอง แล้วบันทึกประสบการณ์ลงในใบกิจกรรมการเมตตาตนเอง
- (15 นาที) 4. ถามประสบการณ์ และเชื่อมโยงเข้ากับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง
- (10 นาที) 5. ให้ทำสมาธิ 3 นาที และเรียนรู้การเมตตา ให้อภัยผู้ที่มีปัญหากับเรา การส่งความเมตตาให้ผู้อื่นและสรรพชีวิต แล้วบันทึกประสบการณ์ลงในใบกิจกรรมการให้อภัยผู้อื่นและการแผ่เมตตาให้สรรพชีวิต
- (15 นาที) 6. ถามประสบการณ์ และเชื่อมโยงเข้ากับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง
- (5 นาที) 7. วางแผนการนำสมาธิและสติไปใช้ในการฝึกจิตทุกวัน และการใช้ในชีวิตประจำวันตามการบ้านครั้งที่ 7 ซึ่งรวมถึงการส่งความเมตตา และย้ำเตือนว่าครั้งหน้าเป็นครั้งสุดท้ายของการบำบัดจึงควรฝึกให้เป็นกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมในขั้นตอนที่ 8 การมีชีวิตต้องเดินหน้า (95 นาที)

- (20 นาที) 1. ทบทวนการนั่งสมาธิ 10 นาที สติกับความรู้สึกบนร่างกาย 10 นาที สติกับความคิด 10 นาที และสติเมตตา 5 นาที เน้นย้ำการใช้สติสนทนาและการใช้ระฆังสติในการฝึก
- (15 นาที) 2. ทบทวนการบ้าน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและตอบข้อซักถาม และเพิ่มกระบวนการกลุ่มตามการบ้านครั้งที่ 7 ที่มีเรื่องสติเมตตาด้วย
- (10 นาที) 3. พิจารณาอาการของภาวะซึมเศร้าและความเครียด ความวิตกกังวล รวมทั้งความเสี่ยงในการเสพยาเสพติดเชื่อมโยงกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นและอาการที่จะเกิดขึ้นกับตนเองรวมทั้งแนวทางแก้ไข ตามใบกิจกรรมเหตุการณ์และอาการซึมเศร้า ความเครียด วิตกกังวล และการแก้ไข
- (15 นาที) 4. ถามประสบการณ์และอภิปรายเชื่อมโยงกับความตระหนักและการปล่อยวางเมื่อเผชิญหน้ากับอารมณ์และความคิดที่เป็นทุกข์รวมทั้งการป้องกัน ด้วยการฝึกสมาธิและสติตามใบกิจกรรมการวางแผนฝึกจิตและสติในชีวิตประจำวัน
- (15 นาที) 5. ถามความคิดเห็นจากการวางแผนตามใบกิจกรรมการวางแผนการฝึกจิตและสติในชีวิตประจำวัน และตอบข้อซักถาม แล้วให้แต่ละคนทำแบบ Post test ได้แก่ แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด แบบประเมินซึมเศร้า แบบประเมินความอยากเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน และแบบประเมินการมีสติ
- (10 นาที) 6. ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา ตามใบกิจกรรมทบทวนประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา
- (10 นาที) 7. ผู้บำบัดสรุปและเน้นย้ำการฝึกสติและนำสติไปใช้ในชีวิตประจำวันให้เป็นกิจวัตรประจำวันตามการบ้านครั้งที่ 8 และกล่าวปิดการรักษา โดยเปิดโอกาสให้มีอำลาและจากกันอย่างมีความหมาย



ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการติดสารเสพติดที่พบบ่อย

Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) ฉบับภาษาไทย

K. NON-ALCOHOL PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE DISORDERS

(➔ หมายถึง: ใช่ในทุกกรอบการวินิจฉัย, วงกลมล้อมรอบคำว่า "ไม่ใช่" ในทุกกรอบการวินิจฉัย, แล้วข้ามไปหัวข้อต่อไป)

คุณกรรณาอ่าน (ฟัง) รายการชื่อยาและสารเสพติดเหล่านี้ นะคะ/ครับ			
K1	a	<div style="background-color: #cccccc; width: 100px; height: 15px; display: inline-block;"></div> ที่ผ่านมา, คุณเคยใช้ (ระบุสารเสพติด) เหล่านี้ มากกว่า 1 ครั้ง, เพื่อไม่ให้รู้สึกสนุกสนานอย่างมาก, สบายใจขึ้น, อารมณ์ดีขึ้น คลายกังวล, หรือเพื่อให้ทำงานได้มากขึ้น หรือไม่?	➔ ไม่ใช่ ใช่

วงกลมล้อมรอบสารเสพติดที่เคยใช้:

- สารกระตุ้นประสาท: แอมเฟตามีน, ยาลดความหิว, ยาม้า, ยาน้ำ, ยารยัน, Ritalin, "speed", crystal meth, "rush", Dexedrine
 โคเคน : snorting, IV, freebase, crack, "speedball"
 Narcotics: เฮโรอีน, ยาราว, มอร์ฟีน, มิน, ยาคำ, เมธาโดน, โคเดอีน, Dilaudid, Demerol, Percodan, Darvon
 สารหลอนประสาท: LSD("acid"), mescaline, Peyote, PCP("Angle Dust", "peace pill"), psilocybin, STP, "mushrooms",
 เอ็กซ์ทราซี(ยาซียาเลฟ), ยาเค, MDA หรือ MDMA
 สารระเหย: กาว, ฟีนเนลล์, ethyl chloride, nitrous oxide("laughing gas"), amyl or buthyl nitrate("poppers"), แบนซิน
 กัญชา: hashish("hash"), THC, "pot", "grass", "weed", "reefer"
 ยากล่อมประสาท: Valium, Xanax, Librium, Ativan, Halcion, barbiturate, quaalude, Seconal, ("reds"), Miltown
 อื่น ๆ : โบกกระท่อม, เหล้าแห้ง, steroids, ยานอนหลับหรือยาลดความหิวที่ไม่มีใบสั่งรอนแพทย์, หรือยาอื่น ๆ

ระบุสารเสพติดที่ใช้บ่อยที่สุด: _____

ใช้สารเสพติดเพียงชนิดเดียว / กลุ่มเดียว เท่านั้น	เลือก 1 ข้อ	<input type="checkbox"/>
เลือกสัมภาษณ์เฉพาะสารเสพติดที่ใช้บ่อยที่สุดเท่านั้น		<input type="checkbox"/>
สัมภาษณ์สารเสพติดที่ไร้หลายชนิด แยกสัมภาษณ์แต่ละชนิด (ถ้ากรอ K2 และ K3 เป็น)		<input type="checkbox"/>

K1 b ถ้ามีการใช้สารเสพติดหลายตัวร่วมกันหรือใช้ต่อเนื่องกันหลายชนิด ให้ระบุว่าชื่อชนิดกลุ่มของสารเสพติดที่จะสัมภาษณ์ข้อนี้: _____

K2	เกี่ยวกับการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ของคุณ, ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา:			
a	เพื่อที่จะให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม คุณต้องใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ปริมาณมากขึ้นกว่าครั้งเมื่อใช้ใหม่ ๆ หรือไม่ ?		ไม่ใช่	ใช่
b	เมื่อคุณลดหรือหยุดการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด), คุณมีอาการขาดยา (เช่น ปวด, สั่น, ไข้, อ่อนเพลีย, ท้องเสีย, คลื่นไส้, เหงื่อออกมาก, ใจเต้นแรง, นอนหลับยาก, หรือรู้สึกกระวนกระวาย, วิตกกังวล, หงุดหงิดหรือซึมเศร้า) หรือไม่ ? คุณได้ใช้ยา (หรือสารเสพติด) อื่น ๆ เพื่อให้ตัวเองหายจากอาการขาดยา หรือเพื่อให้รู้สึกดีขึ้น หรือไม่ ? <u>ถ้าตอบว่า "ใช่" เพียงหรือโดยนัย ให้ตอบว่า "ใช่"</u>		ไม่ใช่	ใช่
c	เมื่อคุณได้ใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) แล้ว บ่อยครั้งที่คุณใช้มากกว่าที่คุณตั้งใจไว้ ในตอนแรก หรือไม่		ไม่ใช่	ใช่
d	คุณได้พยายามที่จะลดหรือหยุดใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) แต่ทำไม่สำเร็จ หรือไม่ ?		ไม่ใช่	ใช่
e	ในวันที่คุณใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) นั้น, คุณใช้เวลานาน (> 2 ชม.) ในการหา(ระบุสารเสพติด), ในการเสพ(ระบุสารเสพติด), หรือฟื้นจากฤทธิ์ของ(ระบุสารเสพติด), หรือคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับ(ระบุสารเสพติด) นั้น หรือไม่ ?		ไม่ใช่	ใช่

- f จากการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ของคุณ ทำให้คุณใช้เวลาทำงาน, พักผ่อนหย่อนใจ, หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่นน้อยลง หรือไม่ ? ไม่ใช่ ใช่
- g คุณไม่หยุดใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) แม้จะรู้ว่าการใช้สารเสพติด (ระบุ) นั้น ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพร่างกายหรือจิตใจของคุณ หรือไม่ ? ไม่ใช่ ใช่

ข้อ K2 ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 3 ข้อ ใช่หรือไม่ ?

ระบุชื่อสารเสพติด: _____

*ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ข้ามคำถามข้อ K3, แล้วตอบว่า "ไม่ได้ประเมิน" ในกล่องวินิจฉัย SUBSTANCE ABUSE หลังจากนั้น ข้ามไปทำชุดต่อไป

ไม่ใช่
ใช่*
SUBSTANCE DEPENDENCE CURRENT

เกี่ยวกับการใช้(ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ของคุณ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา:

- K3 a คุณเคยเมา, ครั่นเครงมาก, หรือเมาก้างจากการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ในขณะที่คุณต้องเรียน, ทำงาน, หรือรับผิดชอบครอบครัวหรือไม่? เหตุการณ์ดังกล่าวเคยก่อให้เกิดปัญหาหรือไม่ ? ไม่ใช่ ใช่
(ให้ตอบว่า "ใช่" ถ้าเคยเกิดปัญหา)
- b คุณเคยเมาหรือครั่นเครงมากจากการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ในขณะที่คุณอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บทางร่างกายมากกว่า 1 ครั้ง เช่น ขณะขับขี่รถยนต์พาหนะ (รถ, จักรยานยนต์, เรือ) หรือใช้เครื่องจักร ฯลฯ หรือไม่ ? ไม่ใช่ ใช่
- c จากการใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ของคุณ ทำให้คุณมีปัญหาด้านกฎหมาย เช่น ถูกจับหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม(ทะเลาะวิวาท, ฆาตกรรมทำร้ายตัวเอง, ก่ออาชญากรรม) มากกว่า 1 ครั้ง หรือไม่ ? ไม่ใช่ ใช่
- d คุณยังคงใช้ (ระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเสพติด) ทั้ง ๆ ที่การใช้สารเสพติด (ระบุ) ของคุณ ทำให้เกิดปัญหากับคนในครอบครัวหรือผู้อื่น หรือไม่ ? ไม่ใช่ ใช่

ข้อ K3 ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 1 ข้อ ใช่หรือไม่ ?

ระบุชื่อสารเสพติด: _____

ไม่ใช่
ไม่ได้ประเมิน
ใช่
SUBSTANCE ABUSE CURRENT

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

โปรดกรอกข้อมูลและทำเครื่องหมาย “√” หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านให้ครบทุกข้อคำถาม

1. เพศ ชาย หญิง
 2. อายุ.....ปี.....เดือน
 3. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย, หย่า, แยก
 4. ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช./ปวส. ปริญญาตรี
 อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
 5. กลุ่มอาชีพ รับจ้าง ค้าขาย ข้าราชการ นักเรียน นักศึกษา
 เกษตรกรรม ว่างงาน อื่นๆ (โปรดระบุ).....
 6. สถานภาพของบิดามารดา อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น อยู่ด้วยกันไม่ราบรื่น
 หย่า แยกกันอยู่
 บิดาเสียชีวิต มารดาเสียชีวิต
 บิดาและมารดาเสียชีวิต อื่นๆ (โปรดระบุ).....7.
- ท่านเคยฝึกสมาธิ/วิปัสสนา/สติ มาก่อนหรือไม่
- ไม่เคย เคยและเลิกฝึกแล้ว เคยและยังฝึกอยู่ในปัจจุบัน
- ถ้าเคยไม่ว่าจะยังฝึกอยู่ในปัจจุบันหรือไม่ก็ตาม ท่านฝึกครั้งละกี่นาที
- 10 – 20 นาที 21 – 30 นาที 31 – 45 นาที
- 46 – 60 นาที มากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป
8. ท่านมีปัญหาสุขภาพอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ความเครียด วิดกกังวล ซึมเศร้า
 โรคเบาหวาน โรคตับแข็ง โรคไต
 โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด ปวดเรื้อรัง อื่นๆ (โปรดระบุ).....
 9. ขณะนี้ท่านรับการรักษาด้วยยาหรือไม่ ไม่ ใช่
หากรับการรักษาด้วยยา ท่านใช้ยารักษาชื่ออะไร โปรด
ระบุ.....
 10. วิธีการที่ท่านใช้เสพสารเมทแอมเฟตามีน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ฉีด กิน สูบหรือสูดควันทางปาก สูดสารทางจมูก
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....
 11. ท่านเริ่มเสพสารเมทแอมเฟตามีนตั้งแต่อายุประมาณเท่าไร.....ปี(นับจำนวนเต็มปี)
 12. ท่านใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วยหรือไม่ ไม่ ใช่

หากใช้ ท่านใช้สารเสพติดชนิดใดรวม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- เฮโรอีน ฝิ่น กัญชา
 กระท่อม สุรา สารระเหย
 บุหรี่ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

13. ท่านเคยมีคติทางกฎหมายหรือไม่ ไม่เคย เคย
14. ท่านเคยได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม FAST MODEL มาก่อนหรือไม่
 ไม่เคย เคย (.....ครั้ง)

แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนในการเสพยาเสพติด

โปรดทำเครื่องหมาย “√” ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	ชุมชนของท่านมีการใช้หรือจำหน่ายสารเสพติด		
2	ท่านและคนในชุมชนมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน		
3	ท่านมีสมาชิกในครอบครัวใช้หรือจำหน่ายสารเสพติด		
4	ครอบครัวของท่านมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน		
5	เพื่อนของท่านมักชวนท่านไปใช้สารเสพติด		
6	ท่านมีรายได้ที่สามารถดูแลตนเองได้		
7	รายได้หลักของท่านเกี่ยวข้องกับสารเสพติด		
8	ขณะนี้ท่านมีความภาคภูมิใจในตนเอง		

แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด

ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมาย “√” ในช่องคะแนน ว่าท่านมีอาการนั้นๆ บ่อยเพียงใด

0 = ไม่เคยเลย 1 = เป็นครั้งคราว 2 = เป็นบ่อย ๆ 3 = เป็นประจำ

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	คะแนน			
	0	1	2	3
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12. รู้สึกเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสียงสั่น ปากสั่นหรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ				
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				
รวมคะแนน				

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่

โปรดทำเครื่องหมาย “√” ในช่องคะแนน ว่าท่านมีอาการนั้นๆ บ่อยเพียงใด

0 = ไม่เคยเลย 1 = เป็นบางวัน (1-7 วัน) 2 = เป็นบ่อย (มากกว่า 7 วัน) 3 = เป็นทุกวัน

อาการ	คะแนน			
	0	1	2	3
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป				
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง				
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8. พุดซ้ำทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น				
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี				
รวมคะแนน				

การแปลผลแบบประเมินสำหรับผู้บำบัด

การแปลผลแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด

<p style="text-align: center;">0 – 5 คะแนน</p> <p>ท่านมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ <i>ต่ำกว่าปกติอย่างมาก</i> ซึ่งอาจหมายความว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ ท่านตอบไม่ตรงตามความเป็นจริง หรือ ★ ท่านเป็นคนเฉื่อยชา ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต หรือ ★ ในขณะที่นั้นมีความพึงพอใจในชีวิตแล้ว <p>หากท่านต้องการทราบผลการประเมินและวิเคราะห์ความเครียดของท่านว่าเป็นอย่างไรในความเป็นจริงโปรดเริ่มต้นทำใหม่อีกครั้งหนึ่ง</p>	<p style="text-align: center;">26 – 29 คะแนน</p> <p>ท่านมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ <i>สูงกว่าปกติปานกลาง</i> อาจเนื่องจาก ท่านกำลังมีปัญหที่รุนแรงในชีวิต เช่น มีความขัดแย้งกับผู้อื่นใกล้ชิด มีปัญหาความเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิต เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ ท่านอาจมีความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น มีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ ระบบขับถ่ายผิดปกติ หงุดหงิดง่าย วิดกกังวล ไม่มีสมาธิ ทำงานผิดพลาด ตื่นสรวามากขึ้น ต้องใช้ยาเสพติด เป็นต้น ★ ท่านจำเป็นต้องเร่งแก้ปัญหาของท่านโดยเร็ว และควรฝึกเทคนิคการคลายเครียดแบบต่างๆ เช่น การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การใช้จินตนาการ การทำสมาธิ เป็นต้น ควบคู่ไปกับการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ ไปด้วย
<p style="text-align: center;">6 – 17 คะแนน</p> <p>ท่านมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ <i>ปกติ</i> ซึ่งความเครียดในระดับนี้ถือว่าเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแรงจูงใจที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในชีวิต</p>	<p style="text-align: center;">30 – 60 คะแนน</p> <p>ท่านมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ <i>สูงกว่าปกติมาก</i> อาจเนื่องจากท่านกำลังประสบปัญหาวิกฤติในชีวิต เช่น เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง ประสบอุบัติเหตุจนพิการ สูญเสียบุคคลที่รัก ตกงาน ล้มละลาย ฯลฯ</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ ท่านอาจมีความเจ็บป่วยรุนแรง เช่น เป็นโรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ด้านจิตใจก็ฟุ้งซ่าน คิดมาก ใจน้อย ตัดสินใจผิดพลาด ก้าวร้าวหรือไม่ก็ซึมเศร้าคิดอยากตาย ★ หากท่านมีความเครียดสูงมากเช่นนี้ นอกจากจะต้องแก้ <p>ปัญหาโดยด่วนและฝึกเทคนิคการคลายเครียดแบบต่าง ๆ แล้ว อาจจำเป็นต้องไปพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อปรึกษาปัญหาและขอรับการช่วยเหลือเป็นการเฉพาะด้วย</p>
<p style="text-align: center;">18 – 25 คะแนน</p> <p>ท่านมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ <i>สูงกว่าปกติเล็กน้อย</i> อาจเป็นเพราะท่านกำลังมีปัญหาบางอย่างและยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ และท่านเองอาจไม่รู้ตัวว่ามีความเครียดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมไม่มากนัก</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ หากท่านรู้จักการผ่อนคลายความเครียดเป็นประจำ เช่น ออกกำลังกาย พักผ่อนหย่อนใจ ทำงานอดิเรก ฯลฯ จะช่วยลดความเครียดของท่านลง 	

การแปลผลแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม

คะแนนรวม ตั้งแต่ 7 – 12 คะแนน	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับน้อย (Major Depression, mild)
คะแนนรวม ตั้งแต่ 13 – 18 คะแนน	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Major Depression, moderate)
คะแนนรวม ตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง (Major Depression, severe)



แบบประเมินระดับความอยากเสพยาเมทแอมเฟตามีน
(Methamphetamine Craving Questionnaire)

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับคิดและความรู้สึกท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ลำดับ	รายการข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่ค่อยเห็นด้วย	กลางๆ	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	ถ้าฉันได้ใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์ ความคิดฉันจะแล่นดีกว่านี้							
2	ถ้ามีคนเอายาบ้าหรือยาไอซ์มาให้ฉัน ฉันจะใช้มันทันที							
3	การใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์จะทำให้ฉันเครียดน้อยลง							
4	การใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์จะทำให้ฉันมีกำลังวังชา							
5	ถ้ามียาบ้าหรือยาไอซ์วางอยู่ข้างหน้าฉัน ฉันคงจะใช้มัน							
6	ฉันคงจะตื่นตัวอย่างยิ่ง ถ้าฉันได้ใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์							
7	การใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์คงไม่ทำให้ฉันเป็นสุขอีก							
8	ฉันคิดว่าฉันสามารถห้ามตัวเองไม่ให้ใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์ได้แล้ว							
9	ฉันรู้สึกว่ามีอะไรบางอย่างกระตุ้นให้ฉันใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์							
10	ฉันคงจะรู้สึกกระฉับกระเฉง ถ้าฉันได้ใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์							
11	ถ้าฉันได้ใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์ความกระวนกระวายของฉันก็คงไม่ลดลง							
12	ตอนนี้ฉันไม่รู้สึกต้องการยาบ้าหรือยาไอซ์เลย							
13	ฉันคงไม่สามารถห้ามตัวเองได้ ถ้าฉันมียาบ้าหรือยาไอซ์อยู่กับตัวในตอนนี้							

ตารางบันทึกผลการตรวจสอบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ

วัน (จำนวนครั้งที่เก็บ)	ก่อนเข้ารับ บำบัด (ครั้งที่ 1)	วันที่ สิ้นสุดการ บำบัด (ครั้งที่ 2)	วันที่ ติดตาม 2 สัปดาห์ (ครั้งที่ 3)	วันที่ติดตาม 1 เดือน (ครั้งที่ 4)	วันที่ติดตาม 2 เดือน (ครั้งที่ 5)	วันที่ ติดตาม 3 เดือน (ครั้งที่ 6)	วันที่ ติดตาม 6 เดือน (ครั้งที่ 7)
ผลการตรวจ (P / N)							

หมายเหตุ

- สัญลักษณ์ P หมายถึง ผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก (พบสารเมทแอมเฟตามีน มากกว่า 1 ไมโครกรัมต่อปัสสาวะ 1 มิลลิลิตร)
- สัญลักษณ์ N หมายถึง ผลการตรวจปัสสาวะเป็นลบ (พบสารเมทแอมเฟตามีน น้อยกว่า 1 ไมโครกรัมต่อปัสสาวะ 1 มิลลิลิตร)

แบบประเมินการฝึกปฏิบัติและคะแนนสติ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการฝึกปฏิบัติ

โปรดทำเครื่องหมาย “√” ในช่องสี่เหลี่ยมที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้ปฏิบัติ

- ในการฝึกสมาธิ การดูแลสุขภาพร่างกาย การฝึกสติกับความคิดและสติเมตตา ท่านได้ฝึกปฏิบัติดังนี้
 - ไม่ได้ฝึกเลย
 - เป็นครั้งคราว (1 - 2 วัน / สัปดาห์)
 - บ่อย ๆ (3 - 4 วัน / สัปดาห์)
 - เป็นประจำ (5 - 7 วัน / สัปดาห์)
- ในการฝึกสติในชีวิตประจำวัน ท่านได้ฝึกปฏิบัติบ่อยเพียงใด
 - ไม่ได้ฝึกเลย
 - เป็นครั้งคราว (1 - 2 วัน / สัปดาห์)
 - บ่อย ๆ (3 - 4 วัน / สัปดาห์)
 - เป็นประจำ (5 - 7 วัน / สัปดาห์)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสติ Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS)

โปรดวงกลมล้อมรอบคำตอบที่ระบุว่าคุณมีประสบการณ์ในข้อนั้น ๆ บ่อยแค่ไหนในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา

1 = ไม่เคยเลย 2 = นาน ๆ ครั้ง 3 = เป็นบางครั้ง 4 = เคยบ่อย ๆ 5 = เกือบตลอดเวลา

พฤติกรรม	คะแนน				
	1	2	3	4	5
1. ฉันรับรู้ได้ว่ามีความคิดอะไรผ่านเข้ามาในใจของฉัน	1	2	3	4	5
2. เมื่อฉันพูดคุยกับคนอื่น ฉันจะรับรู้ได้ถึงการแสดงสีหน้าและการแสดงออกทางร่างกายของเขา	1	2	3	4	5
3. เมื่อฉันอาบน้ำ ฉันรับรู้ได้ถึงการที่น้ำไหลผ่านตัวฉัน	1	2	3	4	5
4. เมื่อฉันตื่นตกใจ ฉันจะสังเกตเห็นว่ามีอะไรกำลังเกิดขึ้นภายในร่างกายของฉัน	1	2	3	4	5
5. เมื่อฉันเดินไปข้างนอก ฉันจะรับรู้ได้ถึงกลิ่นหรืออากาศที่กระทบใบหน้าฉัน	1	2	3	4	5
6. เมื่อมีใครถามว่าฉันมีความรู้สึกอย่างไร ฉันสามารถบอกถึงอารมณ์ความรู้สึกของฉันได้อย่างง่ายดาย	1	2	3	4	5
7. ฉันรับรู้ได้ถึงความคิดที่ฉันมี เมื่ออารมณ์ของฉันเปลี่ยนแปลงไป	1	2	3	4	5
8. ฉันสังเกตเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของฉัน เช่น หัวใจของฉันที่เต้นเร็วขึ้น หรือกล้ามเนื้อของฉันกำลังหดเกร็งตัว	1	2	3	4	5
9. เมื่อใดก็ตามที่อารมณ์ของฉันเปลี่ยนแปลงไป ฉันสามารถตระหนักรู้ได้ในทันที	1	2	3	4	5
10. เมื่อพูดคุยกับคนอื่น ฉันจะรับรู้ได้ถึงอารมณ์ต่าง ๆ ที่ฉันมีอยู่	1	2	3	4	5
คะแนนรวม					



ภาคผนวก ค

ผลการวิเคราะห์รายละเอียดเพิ่มเติมตามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ยความยากเฉพาะรายข้อค่าตามทุกช่วงระยะเวลาที่ติดตาม (จำนวน 13 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 1 - 7 คะแนน)

คำถามประเมิน ความยากเฉพาะ	คะแนนเฉลี่ย ก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู			คะแนนเฉลี่ย การบำบัดฟื้นฟู			คะแนนเฉลี่ย ติดตาม 2 wk			คะแนนเฉลี่ย ติดตาม 1 เดือน			คะแนนเฉลี่ย ติดตาม 2 เดือน			คะแนนเฉลี่ย ติดตาม 3 เดือน			คะแนนเฉลี่ย ติดตาม 6 เดือน			P- value รายข้อ
	FAST MBTC	FAST P- value		FAST MBTC	FAST P- value		FAST MBTC	FAST P- value		FAST MBTC	FAST P- value		FAST MBTC	FAST P- value		FAST MBTC	FAST P- value		FAST MBTC	FAST P- value		
1. ถ้าฉันได้ใช้ ยาบ้าหรือยา ไอซ์ ความคิด ฉันจะเลวร้ายกว่า นี้ นี้	3.63	0.58		3.29	2.80	0.297	2.89	2.74	0.718	2.91	2.63	2.483	2.89	2.71	0.675	2.94	3.06	0.771	2.80	3.00	0.618	0.165
2. ถ้ามีคนเอา ยาบ้าหรือยา ไอซ์มาให้ฉัน ฉันจะใช้มัน ทันที	3.31	0.407		2.94	2.46	0.234	2.46	2.37	0.814	2.74	2.60	0.728	2.51	2.60	0.829	2.77	3.14	0.346	2.71	2.97	0.154	0.339
3. การใช้ยาบ้า หรือยาไอซ์จะ ทำให้ฉันเศร้า น้อยลง	3.74	0.137		3.23	2.86	0.395	2.94	2.83	0.775	2.86	2.89	0.942	2.94	2.86	0.822	3.20	3.26	0.882	2.91	3.29	0.348	0.021*
4. การใช้ยาบ้า หรือยาไอซ์จะ ทำให้ฉันมีกำลัง วังงา	3.71	0.850		3.20	3.03	0.676	2.86	3.00	0.726	2.77	2.54	0.551	2.71	2.94	0.582	3.11	3.20	0.836	3.00	3.37	0.368	0.107

5 ถ้ามียาบ้าหรือยาไอซ์วางอยู่ข้างหน้าฉันฉันคงจะใช้มัน	3.66	3.03	0.149	3.54	2.51	0.015*	2.91	2.31	0.107	2.97	2.31	0.094	3.00	2.43	0.154	3.11	2.94	0.655	3.09	2.94	0.725	0.078
6. ฉันคงจะตื่นตัวอย่างยิ่งถ้าฉันได้ใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์	4.03	3.37	0.168	3.51	2.71	0.074	3.03	2.77	0.547	2.97	2.54	0.299	3.14	2.89	0.575	3.31	3.23	0.842	3.09	3.11	0.948	>0.999
*7.การใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์คงไม่ทำให้ฉันเป็นสุขอีก	3.74	3.57	0.723	3.89	3.37	0.329	3.71	3.86	0.793	3.71	3.69	0.957	3.54	3.89	0.526	3.49	4.09	0.228	3.46	4.00	0.310	0.165
*8.ฉันคิดว่าฉันสามารถห้ามตัวเองไม่ให้ใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์ได้แล้ว	3.00	2.71	0.481	3.40	3.03	0.416	3.29	2.97	0.481	3.46	2.86	0.191	3.11	3.14	0.951	3.40	3.00	0.384	3.37	3.60	0.641	0.675
9.ฉันรู้สึกว่ามีอะไรบางอย่าง	4.29	3.77	0.231	3.20	2.94	0.594	3.17	2.89	0.463	3.14	2.89	0.515	3.17	2.97	0.645	3.37	3.57	0.647	3.26	3.49	0.601	0.005*

มียาบ้าหรือยา ไอซ์อยู่กับตัว																				
คะแนนเฉลี่ย	48.26	43.17	44.46	38.34	40.46	39.06	40.23	37.83	40.11	40.11	42.11	44.23	41.09	44.40						
รวม	± 12.88	± 12.26	± 13.90	± 13.16	± 12.46	± 13.00	± 13.08	± 14.59	± 13.64	± 15.06	± 13.12	± 14.38	± 13.16	± 16.90						0.363
เมื่อใช้ GEE	-		6.12		1.40		2.40		0			-2.12		-3.31						
Mean diff (95%CI)			(0.04, 12.19) *		(-4.90, 7.70)		(-4.20, 9.00)		(-6.97, 6.97)			(-9.51, 5.28)		(-11.18, 4.55)						
เมื่อใช้ GEE และควบคุมตัว แปรปรวน	-		1.56		-3.16		-2.16		-4.58			-6.69		-7.89						
Mean diff (95%CI)			(-3.11, 6.23)		(-8.23, 1.92)		(-7.75, 3.44)		(-10.77, 1.61)			(-13.56, 0.17)		(-15.47, -0.32) *						

* P-value <0.05

ควบคุมตัวแปรรวม ได้แก่ ระดับการศึกษา, การมีความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพ, การมีสัมพันธภาพที่ดีในชุมชน, การมีรายได้หลักเกี่ยวกับสารเสพติด, คะแนนความอยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับการบำบัด, คะแนนความเข้มแข็งก่อนเข้ารับการบำบัด, คะแนนการมีสติก่อนเข้ารับการบำบัด

ระดับความยากศัพท์	ก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู จำนวนคน (ร้อยละ)			หลังเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู จำนวนคน (ร้อยละ)			ติดตาม 2 wk จำนวนคน (ร้อยละ)			ติดตาม 1 เดือน จำนวนคน (ร้อยละ)			ติดตาม 2 เดือน จำนวนคน (ร้อยละ)			ติดตาม 3 เดือน จำนวนคน (ร้อยละ)			ติดตาม 6 เดือน จำนวนคน (ร้อยละ)			P- value	
	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value		
มีความยากศัพท์ในระดับน้อย (13-57 คะแนน)	28 (80.0)	32 (91.4)		30 (85.7)	31 (88.6)		32 (91.4)	32 (91.4)	30 (85.7)	32 (91.4)	29 (82.9)	33 (94.3)	25 (71.5)	33 (94.3)	21 (60.0)								
มีความยากศัพท์ในระดับสูง (58-91 คะแนน)	7 (20.0)	3 (8.6)	0.306	5 (14.3)	4 (11.4)	>0.999	3 (8.6)	3 (8.6)	5 (14.3)	3 (8.6)	6 (17.1)	2 (5.7)	10 (28.5)	2 (5.7)	14 (40.0)	0.477	0.710	0.023	0.023	0.001	*	0.217	

ไม่มี 0 - 12 คะแนน เนื่องจากข้อนี้มีคะแนนเริ่มจาก 1 - 7 มีทั้งหมด 13 ข้อ คะแนนจึงเริ่มจาก 13 คะแนน

ตารางแสดงระดับความยากศัพท์รวม 13-91 คะแนน

* P-value <0.05

ตารางแสดงผลการประเมินอาการทางจิตเวชและการติดสารเสพติด (ใช้การสัมภาษณ์ M.I.N.I.) ทบทวนไปใช้ 1 คะแนน ไม่ใช่ 0 คะแนน

คำถามประเมิน อาการทางจิตเวช (M.I.N.I.)	จำนวน (ร้อยละ) ก่อนเข้ารับการรักษาผู้ป่วย			จำนวน (ร้อยละ) หลังเข้ารับการรักษาผู้ป่วย			จำนวน (ร้อยละ) ติดตาม 2 wk			จำนวน (ร้อยละ) ติดตาม 1 เดือน			จำนวน (ร้อยละ) ติดตาม 2 เดือน			จำนวน (ร้อยละ) ติดตาม 3 เดือน			จำนวน (ร้อยละ) ติดตาม 6 เดือน			p-value รายชื่อ	
	FAST+ MBTC	FAST value	P- value	FAST+ MBTC	FAST value	P- value	FAST+ MBTC	FAST value	P- value	FAST+ MBTC	FAST value	P- value	FAST+ MBTC	FAST value	P- value	FAST+ MBTC	FAST value	P- value	FAST+ MBTC	FAST value	P- value		
1. คุณพบว่าคุณ ต้องการใช้สารเมท แอมเฟตามีนมาก ขึ้นเพื่อให้ได้ผล เหมือนก่อนตอนที่ คุณเริ่มใช้ ใช้หรือไม่	4 (11.4)	0 0.114	> 0.999	2 (5.7)	1 (2.9)	> 0.999	3 (8.6)	3 (8.6)	2 (5.7)	0.999	3 (8.6)	2 (5.7)	3 (8.6)	3 (8.6)	2 (5.7)	3 (8.6)	3 (8.6)	> 0.999	3 (8.6)	2 (5.7)	2 (5.7)	> 0.999	0.279
2. เมื่อคุณลดหรือ หยุดการใช้สารเมท แอมเฟตามีน คุณมี อาการถอนยา หรือไม่ / คุณได้ใช้ยาอะไรก็ ตามเพื่อให้อาการ หายจากอาการถอน ยาหรือเพื่อให้รู้สึกดี ขึ้นหรือไม่	6 (17.1)	8 (22.9)	0.766	7 (20.0)	7 (20.0)	> 0.999	7 (20.0)	7 (20.0)	10 (28.6)	0.578	7 (20.0)	7 (20.0)	6 (17.1)	9 (25.7)	12 (34.3)	16 (45.7)	16 (45.7)	0.134	9 (25.7)	15 (42.9)	15 (42.9)	0.036 *	0.001*
3. คุณพบว่า บ่อยครั้งที่คุณใช้ สารเมทแอมเฟตา มีนมากกว่าที่คุณคิด ไว้ในตอนแรก หรือไม่	0	2 (5.7)	0.493	0	0	-	1 (2.9)	4 (11.4)	3 (8.6)	0.239	0	1 (2.9)	0	0	4 (11.4)	0	6 (17.1)	0.025 *	0	6 (17.1)	6 (17.1)	0.025 *	<0.01*

4. คุณได้พยายามที่จะลดหรือหยุดใช้สารเมทแอมเฟตา มีนแต่ไม่ถึงสำเร็จใช้หรือไม่	0	3 (8.6)	0.239	0	2 (5.7)	0.493	1 (2.9)	5 (14.2)	0.198	1 (2.9)	8 (22.9)	0.028 *	1 (2.9)	7 (20.0)	0.055	1 (2.9)	12 (34.3)	0.001 *	1 (2.9)	14 (40.0)	<0.01 *	<0.01 *
5. ในวันที่ดื่มใช้สารเมทแอมเฟต้ามินนั้น คุณใช้เวลา > 2 ชม. ในการหาเสพหรือฟื้นจากฤทธิ์ของยาหรือคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับยานั้น ใจหรือไม่	0	1 (2.8)	> 0.999	1 (2.9)	4 (11.1)	> 0.999	1 (2.9)	4 (11.1)	0.356	1 (2.9)	7 (20.0)	0.055	2 (5.7)	7 (20.0)	0.151	4 (11.4)	13 (37.1)	0.024 *	1 (2.9)	15 (42.9)	<0.01 *	<0.01 *
6. คุณใช้เวลาในการทำงาน การพักผ่อนหย่อนใจ, หรือการอยู่ร่วมกับครอบครัวหรือผู้อื่นน้อยลงเนื่องจากการใช้ยานั้น ใช่หรือไม่	1 (2.9)	1 (2.9)	> 0.999	3 (8.6)	4 (11.4)	> 0.999	5 (14.2)	6 (17.1)	> 0.999	4 (11.4)	6 (17.1)	> 0.999	4 (11.4)	7 (20.0)	0.513	7 (20.0)	10 (28.6)	0.578	5 (14.2)	13 (37.1)	0.049 *	0.049 *
7. คุณไม่หยุดใช้สารเมทแอมเฟต้ามิน, แม้ว่ามันจะทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพร่างกายหรือจิตใจของคุณ	0	0	-	1 (2.9)	2 (5.7)	-	0	3 (8.6)	> 0.999	1 (2.9)	3 (8.6)	0.239	1 (2.9)	4 (11.4)	0.356	0	5 (14.2)	0.054	1 (2.9)	6 (17.1)	0.106	<0.01 *

* P-value <0.05

ตารางสรุปผลการประเมินอาการทางจิตเวชและการติดยาเสพติด (หากตอบว่าไม่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อขึ้นไป ถือว่ามีอาการเสพติด)

สรุปผลการประเมินการเสพติด	ก่อนเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู		หลังเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู		ติดตาม 2 wk			ติดตาม 1 เดือน			ติดตาม 2 เดือน			ติดตาม 3 เดือน			ติดตาม 6 เดือน			P-value	
	FAST+ MBTC	FAST P-value	FAST+ MBTC	FAST P-value	FAST+ MBTC	FAST P-value	FAST+ MBTC	FAST+ MBTC	FAST P-value	FAST+ MBTC	FAST+ MBTC	FAST P-value	FAST+ MBTC	FAST+ MBTC	FAST P-value	FAST+ MBTC	FAST+ MBTC	FAST P-value			
ไม่เสพติด	35 (100.0)		35 (100.0)		32 (91.4)	31 (88.6)	32 (91.4)	32 (91.4)	29 (82.9)	32 (91.4)	29 (82.9)	32 (91.4)	28 (80.0)	29 (82.9)	32 (91.4)	28 (80.0)	29 (82.9)	32 (91.4)	28 (80.0)	29 (82.9)	0.906
ตอบไข้อยกว่า 3 ใน 7 ข้อ	35 (100.0)		35 (100.0)		3 (8.6)	4 (11.4)	3 (8.6)	3 (8.6)	6 (17.1)	3 (8.6)	6 (17.1)	3 (8.6)	7 (20.0)	6 (17.1)	3 (8.6)	7 (20.0)	6 (17.1)	5 (14.2)	6 (17.1)	5 (14.2)	0.756
เสพติด	0	-	0	-	>0.999	0.495	0.284	0.284	0.495	0.284	0.284	0.284	0.179	0.179	0.179	0.179	0.179	0.004*	0.004*	0.004*	0.004*

* P-value <0.05

ตารางแสดงความสม่ำเสมอในการฝึกสติบำบัดตามคู่มือการใช้โปรแกรมการฝึกสติบำบัด MBTC (จำนวน 2 ข้อ)

ระยะเวลา	วันที่จำหน่ายกลับบ้าน		ติดตาม		ติดตาม		ติดตาม		ติดตาม		
	2 สัปดาห์		1 เดือน		2 เดือน		3 เดือน		6 เดือน		
	จำนวนคน (ร้อยละ)		จำนวนคน (ร้อยละ)		จำนวนคน (ร้อยละ)		จำนวนคน (ร้อยละ)		จำนวนคน (ร้อยละ)		
	ข้อที่ 1 ความถี่ในการฝึกสมาธิด้วยความรู้สึกทั่วร่างกาย / ฝึกสติกับความคิดและเมตตา										
	FAST+ MBTC	FAST	FAST+ MBTC	FAST	FAST+ MBTC	FAST	FAST+ MBTC	FAST	FAST+ MBTC	FAST	FAST
ไม่ได้ฝึกเลย	4 (11.4)	35(100)	9 (25.7)	35(100)	6 (17.1)	35(100)	6 (17.1)	35(100)	7 (20.0)	35(100)	7 (20.0)
ฝึกเป็นครั้งคราว(1 - 2 วัน / wk)	15 (42.9)	0	15 (42.9)	0	18 (51.5)	0	16 (45.8)	0	20 (57.1)	0	21 (60.0)
ฝึกบ่อย ๆ (3 - 4 วัน / wk)	10 (28.6)	0	7 (20.0)	0	7 (20.0)	0	9 (25.7)	0	5 (14.3)	0	3 (8.6)
ฝึกเป็นประจำ(5 - 7 วัน / wk)	6 (17.1)	0	4 (11.4)	0	4 (11.4)	0	4 (11.4)	0	3 (8.6)	0	4 (11.4)
ระยะเวลา	ข้อที่ 2 ความถี่ในการฝึกสติในชีวิตประจำวัน										
	FAST+ MBTC	FAST	FAST+ MBTC	FAST	FAST+ MBTC	FAST	FAST+ MBTC	FAST	FAST+ MBTC	FAST	FAST
ไม่ได้ฝึกเลย	4 (11.4)	35(100)	7 (20.0)	35(100)	6 (17.1)	35(100)	7 (20.0)	35(100)	6 (17.1)	35(100)	7 (20.0)
ฝึกเป็นครั้งคราว (1 - 2 วัน / wk)	15 (42.9)	0	14 (40.0)	0	17 (48.6)	0	15 (42.9)	0	20 (57.1)	0	20 (57.1)
ฝึกบ่อย ๆ (3 - 4 วัน / wk)	10 (28.6)	0	8 (22.9)	0	7 (20.0)	0	9 (25.7)	0	5 (14.3)	0	3 (8.6)
ฝึกเป็นประจำ(5 - 7 วัน / wk)	6 (17.1)	0	6 (17.1)	0	5 (14.3)	0	4 (11.4)	0	4 (11.4)	0	5 (14.3)

ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ยการมีสติตามแบบประเมิน Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) รายข้อคำถามทุกช่วงระยะเวลาที่ติดตาม (จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อคะแนน 1-5 คะแนน)

คำถามประเมินสติ (PHLMS)	คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู			คะแนนเฉลี่ยหลังเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู			คะแนนเฉลี่ยติดตาม 2 wk			คะแนนเฉลี่ยติดตาม 1 เดือน			คะแนนเฉลี่ยติดตาม 2 เดือน			คะแนนเฉลี่ยติดตาม 3 เดือน			คะแนนเฉลี่ยติดตาม 6 เดือน			p-value รายข้อ
	FAST+ MBTC	FAST	P-value	FAST+ MBTC	FAST	P-value	FAST+ MBTC	FAST	P-value	FAST+ MBTC	FAST	P-value	FAST+ MBTC	FAST	P-value	FAST+ MBTC	FAST	P-value	FAST+ MBTC	FAST	P-value	
1. ฉันรับรู้ได้ว่ามีความคิดอะไรผ่านเข้ามาในใจของฉัน	2.23	2.91	0.002 *	2.23	3.03	<0.01 *	3.49	2.80	0.003 *	3.49	2.91	0.030 *	3.49	2.91	0.030 *	3.49	2.91	0.059	3.51	2.83	0.013 *	<0.01*
2. เมื่อฉันพูดคุยกับคนอื่น ฉันจะรับรู้ได้ถึงอารมณ์ความรู้สึกและแสดงสีหน้าและการแสดงออกทางร่างกายของเขา	2.29	3.00	<0.01 *	3.69	3.23	<0.01 *	3.66	2.94	0.003 *	3.66	3.00	0.002 *	3.66	3.29	0.083	3.66	3.06	0.038 *	3.54	3.06	0.050	<0.01*
3. เมื่อฉันอาบน้ำ ฉันรับรู้ได้ถึงความรู้สึกที่น้ำไหลผ่านตัวฉัน	2.34	3.23	<0.01 *	3.80	3.34	0.003 *	3.83	3.09	0.007 *	3.74	3.20	0.036 *	3.74	3.17	0.041 *	3.74	3.17	0.041 *	3.69	3.09	0.029 *	<0.01*
4. เมื่อฉันตื่น ตาใจ ฉันจะสังเกตเห็นว่ามีอะไรกำลังเกิดขึ้นภายในร่างกายของฉัน	2.14	2.94	<0.01 *	3.60	3.06	<0.01 *	3.54	2.80	0.007 *	3.49	2.89	0.026 *	3.49	2.89	0.026 *	3.49	2.91	0.101	3.43	2.83	0.042 *	<0.01*

5. เมื่อสิ้นเดือนไปข้างนอก ฉันจะรับรู้ได้ถึงกลิ่นหรืออากาศที่กระทบไปที่หน้าฉัน	2.17	3.20	<0.01*	3.94	3.26	<0.01*	3.51	3.14	0.077*	3.71	3.11	0.014*	3.71	3.14	0.014*	3.45	3.03	0.085	3.54	3.03	0.035*	<0.01*
6. เมื่อมีใครถามว่าฉันมีความรู้สึกอย่างไร ฉันสามารถบอกถึงอารมณ์ความรู้สึกของฉันได้อย่างง่ายดาย	2.23	3.23	<0.01*	3.89	3.26	0.011*	3.57	3.14	0.092	3.60	3.11	0.056	3.54	3.23	0.208	3.43	3.03	0.117	3.46	3.06	0.105	<0.01*
7. ฉันรับรู้ได้ถึงความคิดที่ฉันมีเมื่ออารมณ์ของฉันเปลี่ยนแปลงไป	2.20	3.31	<0.01*	4.00	3.23	<0.01*	3.74	3.71	0.025*	3.54	3.11	0.112	3.63	3.20	0.103	3.49	3.06	0.125	3.46	3.03	0.085	<0.01*
8. ฉันสังเกตได้ถึง การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของฉัน เช่น หัวใจของฉันที่เต้นเร็วขึ้น หรือกลิ่นเนื้อของฉันกำลังหดเกร็งตัว	2.23	2.74	0.029*	4.03	2.86	<0.01*	3.60	2.80	0.002*	3.49	2.71	0.004*	3.57	2.57	<0.01*	3.49	2.71	0.006*	3.48	2.60	0.002*	<0.01*

9. เมื่อได้ก็ตามที่ อารมณ์ของเงิน เปลี่ยนแปลงไป ฉันสามารถ ตระหนักได้ว่า ในทันที	2.23	3.26	<0.01	*	3.97	3.20	<0.01	*	3.66	3.31	0.136	3.57	3.26	0.171	3.69	3.20	0.045	3.57	3.23	0.170	3.51	3.06	0.058	<0.01*
10. เมื่อพูดคุยกับ คนอื่น ฉันจะรับรู้ ได้ถึงอารมณ์ต่าง ๆ ที่ฉันมีอยู่	2.26	3.23	<0.01	*	3.97	3.14	<0.01	*	3.57	3.09	0.058	3.71	3.11	0.024	3.74	3.09	0.010	3.49	3.03	0.104	3.60	2.91	0.012	<0.01*
คะแนนเฉลี่ย	22.31 ± 5.27	31.06 ± 7.63	<0.01	*	39.80 ± 5.28	31.63 ± 7.94	<0.01	*	36.31 ± 7.14	30.54 ± 7.45	0.002	36.14 ± 8.24	30.06 ± 7.79	0.002	36.26 ± 7.64	30.71 ± 8.32	0.005	35.06 ± 7.76	30.14 ± 9.73	0.022	35.23 ± 7.94	29.49 ± 8.66	0.005	
เมื่อใช้ GEE	-	-	8.17	(4.92, 11.42) *	5.77	5.54	6.09	(2.51, 9.66) *	5.54	(1.74, 9.34) *	4.91	(0.85, 8.97) *	5.74	(1.40, 10.09) *										
Mean diff (95%CI)																								
เมื่อใช้ GEE และ ควบคุมตัวแปร กวน	-	-	15.26	(13.08, 17.45) *	12.86	12.66	13.18	(10.58, 15.78) *	12.86	(9.79, 15.52) *	12.03	(8.86, 15.20) *	12.86	(9.37, 16.35) *										
Mean diff (95%CI)																								

* P-value <0.05

ตัวแปรกวน ได้แก่ ระดับการศึกษา, การมีความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพ, การมีสัมพันธภาพที่ดีในชุมชน, การมีรายได้หลักเกี่ยวข้องกับสารเสพติด, คะแนนความอยุ่ยากก่อนเข้ารับการบำบัด, คะแนนความเครียดก่อนเข้ารับการบำบัด, คะแนนความเข้มแข็งก่อนเข้ารับการบำบัด, คะแนนการมีสติก่อนเข้ารับการบำบัด

ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ยความเครียดรายข้อคำถามทุกช่วงระยะเวลาที่ติดตาม (จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0 -3 คะแนน)

อาการ พฤติกรรม หรือ ความรู้สึก	คะแนนเฉลี่ย ก่อนเข้ารับการรักษา			คะแนนเฉลี่ย หลังเข้ารับ การบำบัดฟื้นฟู			คะแนนเฉลี่ย ติดตาม 2 สัปดาห์			คะแนนเฉลี่ย ติดตาม 1 เดือน			คะแนนเฉลี่ย ติดตาม 2 เดือน			คะแนนเฉลี่ย ติดตาม 3 เดือน			คะแนนเฉลี่ย ติดตาม 6 เดือน			p- value ราย ข้อ	
	FAST MBTC	FAST P- value	FAST MBTC	FAST MBTC	FAST P- value	FAST MBTC	FAST P- value	FAST MBTC	FAST P- value	FAST MBTC	FAST P- value	FAST MBTC	FAST P- value	FAST MBTC	FAST P- value	FAST MBTC	FAST P- value	FAST MBTC	FAST P- value	FAST MBTC			
1. นอนไม่ หลับเพราะ คิดมากหรือ กังวลใจ	1.49	1.03	0.038*	1.49	0.83	0.002*	1.34	0.97	0.049*	1.11	0.97	0.472	1.03	1.03	1.03	0.999	1.17	0.94	0.198	1.23	1.20	0.873	0.537
2. รู้สึก หงุดหงิด รำคาญใจ	1.37	1.17	0.262	1.51	1.06	0.024*	1.26	0.97	0.103	1.20	0.94	0.193	1.11	1.06	0.748	1.17	1.14	0.872	1.20	1.20	>0.999	0.584	
3. ทำอะไร ไม่ได้เลย เพราะ ประสาทตั้ง เครียด	1.14	0.63	0.023*	0.89	0.51	0.081	0.77	0.46	0.033*	0.80	0.60	0.279	0.66	0.49	0.289	0.69	0.49	0.229	0.63	0.63	>0.999	0.232	
4. มีความ กังวลใจ	1.40	0.89	0.007*	1.37	0.74	0.001*	1.2	0.74	0.006*	1.09	0.77	0.063	1.00	0.77	0.169	1.06	0.74	0.078	1.06	0.91	0.405	0.387	
5. ไม่อยาก พบปะผู้คน	0.94	0.57	0.064	0.69	0.51	0.229	0.71	0.51	0.211	0.69	0.49	0.243	1.00	0.77	0.169	0.77	0.46	0.055	0.66	0.60	0.757	0.831	
6. ปวดหัว ข้างเดียวหรือ ปวดบริเวณ	1.20	0.66	0.016*	0.57	0.77	0.316	0.57	0.63	0.731	0.57	0.66	0.635	0.69	0.57	0.502	0.66	0.71	0.725	0.54	0.91	0.035	0.128	

15. เสียสิ้นปากันหรือมือสิ้นเวลาไม่พอใจ	0.89	0.69	0.409	0.66	0.60	0.782	0.51	0.71	0.279	0.57	0.63	0.746	0.60	0.74	0.445	0.51	0.71	0.301	0.51	0.94	0.023*	0.805
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำอะไรต่างๆ	1.09	1.09	1.000	1.06	1.03	0.886	0.77	0.97	0.286	0.83	0.97	0.414	0.86	0.94	0.634	0.77	1.00	0.182	0.71	1.23	0.007*	0.720
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่	1.20	0.74	0.046*	0.86	0.71	0.518	0.74	0.71	0.857	0.83	0.77	0.747	0.80	0.74	0.763	0.77	0.86	0.651	0.69	1.06	0.030*	0.570
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	1.43	1.31	0.600	1.29	1.06	0.308	1.03	1.09	0.761	1.06	1.11	0.760	0.89	1.11	0.200	1.00	1.31	0.128	0.89	1.29	0.030*	0.182
19. มีนั่งหรือเวียนศีรษะ	1.06	0.63	0.020*	0.71	0.54	0.298	0.60	0.60	>0.999	0.69	0.60	0.530	0.63	0.63	>0.999	0.71	0.66	0.695	0.63	0.74	0.449	0.339
20. ความสุขทางเพศลดลง	1.34	0.69	0.005*	0.89	0.54	0.113	0.83	0.60	0.202	0.94	0.57	0.028	0.91	0.63	0.119	1.03	0.57	0.017	1.00	0.77	0.297	0.327
คะแนนเฉลี่ยรวม	23.34 ± 10.02	15.66 ± 10.97	0.003*	18.97 ± 8.54	13.51 ± 10.60	0.023*	16.40 ± 8.32	14.31 ± 8.25	0.296 ± 0.296	16.46 ± 8.41	14.83 ± 8.83	0.432 ± 0.432	15.89 ± 10.21	15.11 ± 7.97	0.726 ± 0.726	16.89 ± 10.82	15.54 ± 8.17	0.560 ± 0.560	15.66 ± 9.06	18.43 ± 9.99	0.228 ± 0.228	

เมื่อใช้ GEE Mean diff (95%CI)	-	5.46 (1.17, 9.75) *	2.09 (-2.27, 6.44)	1.63 (-2.82, 6.08)	0.77 (-3.79, 5.33)	1.34 (-3.35, 6.04)	-3.32 (-7.72, 1.08)
เมื่อใช้ GEE และควบคุม ตัวแปรกวน Mean diff (95%CI)	-	0.84 (-2.47, 4.15)	-2.53 (-6.03, 0.98)	-2.99 (-6.75, 0.77)	-3.89 (-7.95, 0.16)	-2.77 (-7.62, 2.08)	-7.44 (-12.21, -2.67) *

* P-value <0.05

ตัวแปรกวน ได้แก่ ระดับการศึกษา, การมีความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพ, การมีสัมพันธภาพที่ดีในชุมชน, การมีรายได้หลักเกี่ยวข้องกับสาธารณสุข, ความสามารถแยกแยะก่อนเข้ารับการบำบัด, คะแนนความเครียดก่อนเข้ารับการบำบัด, คะแนนความเข้มแข็งก่อนเข้ารับการบำบัด, คะแนนการมีสติก่อนเข้ารับการบำบัด



ตารางแสดงระดับความเครียด (คะแนนรวม 0 – 60 คะแนน)

ระดับความเครียด	ก่อนเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู จำนวนคน (ร้อยละ)			หลังเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู จำนวนคน (ร้อยละ)			ติดตาม 2 wk จำนวนคน (ร้อยละ)			ติดตาม 1 เดือน จำนวนคน (ร้อยละ)			ติดตาม 2 เดือน จำนวนคน (ร้อยละ)			ติดตาม 3 เดือน จำนวนคน (ร้อยละ)			ติดตาม 6 เดือน จำนวนคน (ร้อยละ)			P- value
	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value	
- ต่ำกว่าปกติ (0-5 คะแนน)	0	6 (17.1)		1 (2.9)	8 (22.9)		0	6 (17.1)		1 (2.9)	6 (17.1)		3 (8.6)	5 (14.2)		2 (5.7)	5 (14.2)		2 (5.7)	3 (8.6)		
- ปกติ / ไม่เครียด (6-17คะแนน)	13 (37.1)	16 (45.8)		14 (40.0)	19 (54.3)		21 (60.0)	17 (48.6)		19 (54.3)	15 (42.9)		19 (54.2)	17 (48.6)		19 (54.3)	16 (45.8)		21 (60.0)	12 (34.3)		
- สูงกว่าปกติเล็กน้อย (18-25 คะแนน)	8 (22.9)	9 (25.7)		12 (34.3)	4 (11.4)		8 (22.9)	9 (25.7)		11 (31.4)	11 (31.4)		8 (22.9)	9 (25.7)		8 (22.9)	10 (28.5)		8 (22.9)	14 (40.0)		
- สูงกว่าปกติปานกลาง (26-29 คะแนน)	7 (20.0)	0		6 (17.1)	0		4 (11.4)	0		2 (5.7)	0		3 (8.6)	1 (2.9)		2 (5.7)	1 (2.9)		0	0		
- สูงกว่าปกติมาก (30-60 คะแนน)	7 (20.0)	4 (11.4)		2 (5.7)	4 (11.4)		2 (5.7)	3 (8.6)		2 (5.7)	3 (8.6)		2 (5.7)	3 (8.6)		4 (11.4)	3 (8.6)		4 (11.4)	6 (17.1)		
																						0.726
																						0.200
																						0.717
																						0.799
																						0.186
																						0.021
																						*
																						0.001
																						*
																						0.004*

* P-value <0.05

ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ยความเข้มเข็รารายข้อคำถามทุกช่วงระยะเวลาที่ติดตาม (จำนวน 9 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน)

อาการประเมินโรค ซึมเศร้า	คะแนนเฉลี่ย ก่อนเข้ารับการรักษาบำบัด ฟื้นฟู			คะแนนเฉลี่ย หลังเข้ารับการรักษาบำบัด ฟื้นฟู			คะแนนเฉลี่ย ติดตาม 1 เดือน			คะแนนเฉลี่ย ติดตาม 2 เดือน			คะแนนเฉลี่ย ติดตาม 3 เดือน			คะแนนเฉลี่ย ติดตาม 6 เดือน			P- value ราย ข้อ		
	FAST+ MBTC	FAST	P-value	FAST+ MBTC	FAST	P-value	FAST+ MBTC	FAST	P-value	FAST+ MBTC	FAST	P-value	FAST+ MBTC	FAST	P-value	FAST+ MBTC	FAST	P-value			
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	1.11	0.74	0.064	0.89	0.57	0.076	0.86	0.63	0.171	0.80	0.737	0.69	0.69	>0.999	0.71	0.74	0.885	0.69	0.91	0.240	0.601
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ห่อเหี่ยว	1.26	0.66	0.001*	0.97	0.63	0.083	0.77	0.77	>0.99	0.74	0.862	0.66	0.69	0.839	0.77	0.71	0.741	0.74	0.86	0.52	0.334
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	1.03	0.74	0.199	0.91	0.86	0.759	1.00	0.89	0.623	0.91	0.787	0.83	0.89	0.786	0.94	0.89	0.784	0.97	1.03	0.796	0.975
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ ค่อยมีแรง	1.26	0.66	0.003*	1.03	0.46	0.003	0.91	0.51	0.031	0.57	0.090	0.80	0.60	0.241	0.86	0.57	0.109	0.86	0.66	0.292	0.521
5. เบื่ออาหาร หรือกิน มากเกินไป	1.37	0.97	0.077	1.23	0.89	0.124	1.14	0.80	0.131	1.00	0.809	1.09	1.03	0.796	1.14	0.91	0.324	1.09	1.11	0.903	0.931
6. รู้สึกไม่ได้กับตัวเอง คิด ว่าตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือ ครอบครัวผิดหวัง	1.46	0.86	0.011*	0.86	0.74	0.603	0.80	0.71	0.696	0.80	0.302	0.51	0.83	0.114	0.60	0.86	0.199	0.63	0.97	0.116	0.028
7. สมาธิไม่เต็มเวลาทำ อะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟัง วิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ ความตั้งใจ	1.09	0.74	0.110	0.77	0.66	0.545	0.69	0.54	0.373	0.69	0.302	0.49	0.69	0.214	0.60	0.74	0.445	0.54	0.80	0.156	0.156

8. พูดซ้ำทำอะไรซ้ำเอง จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่ สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0.74	0.40	0.076	0.83	0.43	0.078	0.57	0.54	0.889	0.83	0.54	0.221	0.69	0.43	0.196	0.89	0.51	0.092	0.86	0.54	0.176	0.337
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0.49	0.17	0.036*	0.31	0.14	0.266	0.34	0.17	0.221	0.20	0.17	0.797	0.23	0.17	0.654	0.29	0.17	0.383	0.29	0.31	0.855	0.183
คะแนนเฉลี่ยรวม	9.80 ± 4.59	5.94 ± 4.66	<0.01*	7.89 ± 4.46	5.37 ± 4.51	0.022*	7.09 ± 4.31	5.57 ± 4.69	0.164	6.43 ± 4.49	6.23 ± 4.86	0.859 ± 3.90	5.97 ± 3.90	6.00 ± 4.77	0.978 ± 5.37	6.80 ± 5.37	6.11 ± 4.79	0.575 ± 5.23	6.66 ± 5.23	7.20 ± 5.52	0.674	
เมื่อใช้ GEE Mean diff (95%CI)	-	-			2.52 (0.43, 4.60)*			1.52 (-0.64, 3.67)			0.20 (-2.05, 2.45)			-0.03 (-2.39, 2.33)		0.69 (-1.81, 3.18)				-0.54 (-3.19, 2.11)		
เมื่อใช้ GEE และ ควบคุมตัวแปรรวม Mean diff (95%CI)	-	-			0.13 (-1.46, 1.72)			-0.87 (-2.56, 0.83)			-2.18 (-4.01, -0.36)*			-2.44 (-4.42, -0.46)*		-1.73 (-3.89, 0.44)				-2.95 (-5.31, -0.6)*		

* P-value <0.05

ควบคุมตัวแปรรวม ได้แก่ ระดับการศึกษา, การมีความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพ, การสัมพันธ์ภาพที่ดีในชุมชน, การมีรายได้หลักเกี่ยวกับสารเสพติด, คะแนนความอยากเลิกก่อนเข้ารับการบำบัด, คะแนนความซึมเศร้าก่อนเข้ารับการบำบัด, คะแนนการมีสติก่อนเข้ารับการบำบัด

ตารางแสดงระดับความเข้มเศร้า (คะแนนรวม 0 – 27 คะแนน)

ระดับความ ซึมเศร้า	ก่อนเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู			หลังเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู			ติดตาม 2 wk			ติดตาม 1 เดือน			ติดตาม 2 เดือน			ติดตาม 3 เดือน			ติดตาม 6 เดือน			P- value		
	จำนวนคน (ร้อยละ)			จำนวนคน (ร้อยละ)			จำนวนคน (ร้อยละ)			จำนวนคน (ร้อยละ)			จำนวนคน (ร้อยละ)			จำนวนคน (ร้อยละ)			จำนวนคน (ร้อยละ)					
	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value	FAST+ MBTC	FAST	P- value			
น้อยมาก (< 7 คะแนน)	10 (28.6)	22 (62.8)		14 (40.0)	23 (65.7)		19 (54.3)	22 (62.9)		21 (60.0)	22 (62.9)		22 (62.9)	20 (57.1)		22 (62.9)	20 (57.1)		20 (57.1)	19 (54.3)		20 (57.1)	16 (45.7)	
	13 (37.1)	10 (28.6)		15 (42.9)	9 (25.7)		13 (37.1)	10 (28.5)		11 (31.4)	8 (22.9)		11 (31.4)	12 (34.3)		11 (31.4)	10 (28.5)		11 (31.4)	13 (37.1)		11 (31.4)	14 (40.0)	
ปานกลาง (13- 18 คะแนน)	11 (31.4)	3 (8.6)		5 (14.2)	3 (8.6)		2 (5.7)	3 (8.6)		2 (5.7)	5 (14.2)		2 (5.7)	2 (5.7)		2 (5.7)	2 (5.7)		2 (5.7)	3 (8.6)		3 (8.6)	3 (8.6)	
	1 (2.9)	0	0.009*	1 (2.9)	0	0.127	1 (2.9)	0	0.692	1 (2.9)	0	0.452	0 (2.9)	1 (2.9)	0	0.922	0 (2.9)	1 (2.9)	0	0.773	1 (2.9)	2 (5.7)	0.751	
รุนแรง (19-27 คะแนน)																								0.688


* P-value <0.05



ภาคผนวก ง

ใบอนุญาตเข้าร่วมงานวิจัยและข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมงานวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 146/5

ชื่อโครงการวิจัย ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการกลับมาเสพติดในกลุ่มผู้
เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติด

ผู้สนับสนุนการวิจัย ทุนวิจัยรัชดาภิเษกสมโภช คณะแพทยศาสตร์ ประจำปี 2562

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาว วรณจรี มณีแสง
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม อาคารอปร. ชั้น 19
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 087-3589988

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร. สรinya เสงพระพรหม
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม อาคารอปร. ชั้น 19
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง รัชมน กัลยาศิริ
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดในขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู ณ สถาบัน
บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในระยะเวลาที่ทำการวิจัย ก่อนที่ท่านจะ
ตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้
ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณา
ซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้
ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์
ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้า
ร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

สารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อตัวผู้เสพสาร และประเทศไทยพบปัญหาสารเสพติดสูงมากและพบการกลับมาเสพยาเสพติดสูงขึ้นด้วยในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมสุขภาพจิตจึงได้พัฒนาโปรแกรม “สติบำบัด” ขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก โดยเน้นการจัดอารมณ์ ความทุกข์ และความเครียดด้วยสติมากกว่าการปรับวิถีคิดและพฤติกรรมด้วยพฤติกรรมบำบัดที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน และมีผลการวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่า สติบำบัดสามารถช่วยบรรเทาภาวะติดสารเสพติดได้ และเมื่อปี 2560 นายแพทย์ยงยุทธและคณะฯ ได้มีการนำโปรแกรมสติบำบัดไปใช้ในผู้ที่ติดสุราในชุมชนทั่วประเทศจำนวน 26 พื้นที่พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดเป็นผู้ดื่มสุราจำนวน 548 ราย หลังการบำบัดเสร็จสิ้น 1 เดือน พบจำนวนผู้ที่สามารถงดดื่มสุราได้จำนวน 420 ราย และหลังการบำบัดเสร็จสิ้น 3 เดือนพบจำนวนผู้ที่สามารถงดดื่มสุราได้จำนวน 433 ราย นอกจากนี้ยังพบจำนวนผู้ที่ตั้งใจจะงดดื่มสุราตลอดชีวิต 156 ราย อย่างไรก็ตามยังไม่ได้มีการนำโปรแกรมสติบำบัดไปใช้ในผู้ที่ติดสารเมทแอมเฟตามีน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการกลับมาเสพยาในในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีน โดยหวังว่าโปรแกรมสติบำบัดจะช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดไม่กลับมาเสพยาและสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งผลการศึกษาที่ได้อาจนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาปรับปรุงหรือเพิ่มเติมขั้นตอนการบำบัดผู้ติดสารเสพติดที่ใช้อยู่ในปัจจุบันให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการกลับมาเสพยาเมื่อนำไปใช้ในในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีน จำนวน 70 คน ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามปกติของสถาบันฯ จำนวน 35 คน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติบำบัดร่วมกับการบำบัดตามปกติของสถาบันฯ จำนวน 35 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอเก็บปัสสาวะปริมาณ 30 มิลลิลิตร เพื่อส่งตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีน และทำแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการติดสารเสพติด (M.I.N.I- lifetime) เพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย ซึ่งใช้เวลาในส่วนนี้ประมาณ 10 นาที หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบคำถามใน ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลจำนวน 12 ข้อ แบบประเมินวิเคราะห์ความเครียดตนเอง

จำนวน 20 ข้อ แบบประเมินโรคซึมเศร้าจำนวน 9 ข้อ และแบบประเมินระดับความอยากเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนจำนวน 13 ข้อ จากนั้น

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดตามปกติของสถาบันฯ จำนวน 35 คน ท่านจะเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดตามปกติของสถาบันฯ จนกระทั่งได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน จากนั้นท่านจะได้รับการตรวจประเมินซ้ำด้วยการเก็บปัสสาวะปริมาณ 30 มิลลิลิตร เพื่อส่งตรวจหาสารเสพติดแอมเฟตามีน การประเมินระดับความอยากเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน และการทำแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการติดตามเสพยาเสพติด (M.I.N.I- lifetime) จากนั้นจะทำการติดตามผลดังกล่าวอีก 5 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยจะขออนุญาตแจ้งเตือนการมาตรวจประเมินตามนัดทางโทรศัพท์ของท่านในสัปดาห์ที่ 2, เดือนที่ 1, เดือนที่ 2, เดือนที่ 3 และ เดือนที่ 6 หลังจากวันที่ท่านได้รับการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว ซึ่งแต่ละครั้งท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้ารับการตรวจประเมินและมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้ท่านครั้งละ 300 บาท รวมระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือ 8 เดือน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติบำบัดร่วมกับการบำบัดตามปกติของสถาบันฯ จำนวน 35 คน ท่านจะได้รับโปรแกรมการฝึกสติบำบัดเพิ่มเติมจากโปรแกรมปกติของทางสถาบันฯ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 ครั้ง โดยแต่ละครั้งจะมีกิจกรรมและเอกสารให้ท่านทำตามโปรแกรมฯ ครั้งละประมาณ 60 – 90 นาที เมื่อสิ้นสุดการบำบัดตามปกติของสถาบันฯ หรือจนกระทั่งได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ท่านจะได้รับการตรวจประเมินซ้ำด้วยการเก็บปัสสาวะปริมาณ 30 มิลลิลิตร เพื่อส่งตรวจหาสารเสพติดแอมเฟตามีน การประเมินระดับความอยากเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน การทำแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการติดตามเสพยาเสพติด (M.I.N.I- lifetime) และการสัมภาษณ์เพื่อติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด จากนั้นจะทำการติดตามผลดังกล่าวอีก 5 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยจะขออนุญาตแจ้งเตือนการมาตรวจประเมินตามนัดทางโทรศัพท์ของท่าน ในสัปดาห์ที่ 2, เดือนที่ 1, เดือนที่ 2, เดือนที่ 3 และ เดือนที่ 6 หลังจากวันที่ท่านได้รับการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว ซึ่งแต่ละครั้งท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้ารับการตรวจประเมินและมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้ท่านครั้งละ 300 บาท รวมระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือ 8 เดือน

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านตอบแบบบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านจะได้รับความเสี่ยงน้อยมากจากการทำวิจัย เช่น เสียเวลา หรืออาจสูญเสียรายได้จากการเข้าร่วมโครงการนี้ โดยท่านจะต้องสละเวลามารับการตรวจประเมินการกลับมาเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ หลังจากการบำบัดเสร็จสิ้นแล้วเป็นระยะเวลา 6 เดือน และอาจสูญเสียความเป็นส่วนตัวในการได้รับการติดตามทางโทรศัพท์จากผู้วิจัย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนได้อย่างเหมาะสม และการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จะช่วยทำให้ท่านไม่ต้องกลับมาเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ไม่ได้รับรองว่าท่านจะไม่กลับมาเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำอย่างแน่นอน

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาว วรณจรี มณีแสง เบอร์โทรศัพท์ 087-358-9988 หรือ อีเมล kaorm7@ hotmail.com ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับการตรวจติดตามฟรีโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และหลังจากที่ท่านได้รับการตรวจปัสสาวะและทำแบบประเมินเสร็จสิ้นในการตรวจติดตามแต่ละครั้งท่านจะได้รับค่าชดเชยค่าเดินทางเสียเวลาครั้งละ 300 บาท รวมทั้งหมด 5 ครั้ง เป็นจำนวนเงิน 1,500 บาท

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน แพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาว วรณจรี มณีแสง ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม อาคาร อปร ชั้น 19 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย

5. ท่านจะได้รับทราบผลการประเมินการกลับมาเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ พร้อมทั้งบอกวิธีการเพื่อป้องกันการกลับมาเสพซ้ำอีก
6. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
7. ท่านจะได้รับทราบว่า การยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
8. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
9. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง


หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

CHULALONGKORN UNIVERSITY

.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0
			หน้า 152/2

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการกลับมาเสพติดในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(นางสาว วรรณจรี มณีแสง) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....



ภาคผนวก จ

หนังสือตอบรับและหนังสืออนุญาตยินยอม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



มอบใบประกาศนียบัตรผู้บำบัดอิสระไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาววรรณจิรี มณีแสง

เป็นผู้ผ่านการอบรม โดยมีภารกิจฝึกปฏิบัติตามหลักสูตรสติบำบัด
[Mindfulness – Based Therapy and Counseling]

ภายใต้ข้อกำหนด ผู้บำบัดอิสระ:

5. บำบัดรายบุคคล 1-2 ราย พร้อมรายงาน
6. ทำกลุ่มบำบัด 1 กลุ่ม พร้อมรายงาน (ฝึกปฏิบัติของตนเองและบันทึกการปฏิบัติ 3 เดือน)
7. เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการทำสติบำบัด (มีบทบาททั้งเป็นผู้นำเสนอและผู้ให้ข้อคิดเห็น)
8. บันทึกการเข้าร่วมการพัฒนาจิต/วิปัสสนา (เข้าอบรมพัฒนาจิต/วิปัสสนาที่เน้นการฝึกสติอย่างน้อย 1 ครั้ง)

มีศักดิ์และสิทธิในการเป็นผู้บำบัดด้วยวิธีสติบำบัดอิสระได้ ขอชื่นชมในความวิริยะ อุตสาหะ เพื่อการเป็นผู้บำบัดที่ดี
ขอให้นำความรู้ที่ได้รับ ไปใช้ประโยชน์ต่อตนเอง สังคม และประเทศชาติสืบไป

ให้ไว้ ณ วันที่ 29 เดือน มกราคม พุทธศักราช 2562

(นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์)
ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต

ห้องรองอธิบดี
เลขรับ 1309
วันที่ 20 พ.ย. 2561
เวลา 11.45



กรมสุขภาพจิต
เลขรับ 4450
วันที่ 20 พ.ย. 2561
เวลา 9.57

ที่ วป.00764/ 2561

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถ.พระราม 4 ปทุมวัน กทม. 10330

19 พฤศจิกายน 2561

เรื่อง ขออนุญาตเคราะหิในการใช้เครื่องมือเพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรียน อธิบดีกรมสุขภาพจิต

เนื่องด้วย นางสาววรรณจรี มณีแสง นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการกลับมาเสพซ้ำในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สรinya เสงพะพรหม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ซึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้จำเป็นต้องใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความเครียดและโรคซึมเศร้า ในการนี้ ภาควิชาฯ จึงใคร่ขออนุญาตเคราะหิใช้ "แบบประเมินวิเคราะหิความเครียด จำนวน 20 คำถาม และ แบบประเมินโรคซึมเศร้า จำนวน 9 คำถาม" ซึ่งเป็นเครื่องมือที่กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาขึ้น ทั้งนี้หากท่านมีข้อสงสัยประการใดหรือต้องการสอบถามเพิ่มเติมโปรดติดต่อผู้ทำการศึกษานางสาววรรณจรี มณีแสง โทรศัพท์ 087-3589988 หรือ E-mail kaorm7@hotmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะหิด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง
เรียน อธิบดีกรมสุขภาพจิต
เพื่อโปรดพิจารณา เห็นควรมอบ
ให้ นางสาววรรณจรี มณีแสง
อธิบดีกรมสุขภาพจิตจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร

(รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร)
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

(นางอ่ำไพ มหากุลจนกุล)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ

ข้าราชการแทนเลขาธิการกรม กรมสุขภาพจิต

20 พ.ย. 2561

- ข) - ขอบ
- ดำเนินการ

(นายสมัย สิริทองถาวร)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

โทรศัพท์ 02-256-4000 ต่อ 3701 , 02-252-7864 กด 0 20 พ.ย. 2561

โทรสาร 02-256-4292

File
คณพว.๖๒ |



ที่ ศธ 0514.7.2.13/๘๒๒

คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง
จังหวัดขอนแก่น 40002

12 กุมภาพันธ์ 2561

เรื่อง ขอให้เครื่องมือเพื่อการทำวิทยานิพนธ์

เรียน หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

อ้างถึง หนังสือที่ วป.00014/2561 ลงวันที่ 9 มกราคม 2561

ตามหนังสือที่อ้างถึง ท่านได้ขอให้แบบประเมินความอยากเสพยาในผู้ป่วยยาบ้า ซึ่งพัฒนาโดยนางผการัตน์ ฤทธิวิเศษ และ รองศาสตราจารย์ ดร. มานพ คณะโต เพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อความรู้สึกลึกซึ้งของสารเมทแอมเฟตามีนในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีน ของนางสาววรรณจรี มณีแสง นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น ทางหลักสูตรฯ สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้องอนุญาตให้ใช้เพื่อการดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. มานพ คณะโต)
ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

ที่ สธ ๐๘๔๖/พิเศษ



กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
ตำบลดลาดขัวญ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

ตามหนังสือภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ วป ๐๐๗๖๕/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ นางสาววรรณจรี มณีแสง นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ จึงจำเป็นต้องขอความอนุเคราะห์ใช้คู่มือสติบำบัดสำหรับการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด (Mindfulness -Based Therapy and Counseling for Relapse Prevention) เพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการกลับมาเสพติดในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติด” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. สรinya เสงพะพรหม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก นั้น

ในการนี้ นายยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ ตำแหน่งนายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต และจิตเวช พิจารณาแล้วอนุญาตให้นางสาววรรณจรี มณีแสง สามารถใช้คู่มือสติบำบัดสำหรับการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ในเรื่องดังกล่าวข้างต้น อันจะเป็นประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์)

นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๘๓๐๓

โทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๕๕๓๙

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาว วรรณจรี มณีแสง
วัน เดือน ปี เกิด	27 กรกฎาคม 2528
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิต) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ที่อยู่ปัจจุบัน
ที่อยู่ปัจจุบัน	999 ซอยไมตรี ถนนสายไหม 9 แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร 10220
รางวัลที่ได้รับ	ผู้ที่มีคะแนนสูงสุดในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำปีการศึกษา 2549 นักศึกษาพยาบาลดีเด่นจากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ประจำปี การศึกษา 2549 ผลงานวิจัยระดับดีจากการประชุมวิชาการร่วมคณะแพทยศาสตร์ 3 สถาบัน (จุฬาฯ-รามามาฯ-ศิริราช) ประจำปี พ.ศ. 2554 ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาพยาบาลศาสตร์ ปี พ.ศ. 2560

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY