

ประสิทธิผลของโปรแกรมกายจิตสังคมนาบำบัดประยุกต์แบบสั้นร่วมกับการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวต่อการป้องกันการกลับไปเสพยา 3 เดือนแรกหลังการบำบัดรักษาในผู้ป่วย
คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

จุนิธย์ จันทรชมภู พย.ม.*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกายจิตสังคมนาบำบัดประยุกต์แบบสั้น ร่วมกับการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวต่อการป้องกันการกลับไปเสพยา 3 เดือนแรกหลังการบำบัดรักษาในผู้ป่วยคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 140 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 61 คน และกลุ่มทดลอง 79 คน กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคมนาบำบัดประยุกต์แบบสั้น เก็บข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณ 2560-2561 ส่วนกลุ่มทดลองบำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคมนาบำบัดประยุกต์แบบสั้นร่วมกับการเจริญสติแบบเคลื่อนไหว แนวหลวงพ้อเทียน เก็บข้อมูล 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ t- test, Fisher's exact probability test และวิเคราะห์อัตราการกลับไปเสพยาระหว่างบำบัดและหลังบำบัดด้วยสถิติ multivariable stratified Weibull regression with marginal risk กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคมนาบำบัดประยุกต์แบบสั้นร่วมกับการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวแนวหลวงพ้อเทียน สามารถลดอัตราการกลับไปเสพยาในระหว่างบำบัด 4 เดือน ได้ร้อยละ 69 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่บำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคมนาบำบัดประยุกต์แบบสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.016$) และสามารถลดอัตราการกลับไปเสพยาในช่วงหลังบำบัด 3 เดือน ได้ร้อยละ 89 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่บำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคมนาบำบัดประยุกต์แบบสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.036$) สรุป การบำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคมนาบำบัดประยุกต์แบบสั้นร่วมกับการการเจริญสติแบบเคลื่อนไหว ช่วยลดอัตราการกลับไปเสพยาในระหว่างบำบัดระหว่างบำบัด 4 เดือน ได้ร้อยละ 69 และลดอัตราการกลับไปเสพยาในช่วงหลังบำบัด 3 เดือน ได้ร้อยละ 89

คำสำคัญ: โปรแกรมกายจิตสังคมนาประยุกต์ การเจริญสติแบบเคลื่อนไหวแนวหลวงพ้อเทียน การป้องกันการกลับไปเสพยา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สาขากายภาพบำบัดและสุขภาพจิต โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

รับบทความ: 12 มิถุนายน 2566 แก้ไขบทความ: 30 กรกฎาคม 2566 รับผิดชอบพิมพ์บทความ: 15 สิงหาคม 2566

Effectiveness of Modified Matrix Program Combined with Dynamic Meditation Training on Relapse Prevention in the First Three Months after Drug Rehabilitation in Patients at Substance Clinic of Nongbualamphu Hospital

Junlanit Janchomphoo M.N.S.*

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of modified matrix program combined with dynamic meditation training on relapse prevention in the first three months after drug rehabilitation in patients at substance clinic of Nongbualamphu hospital. The samples were 140 subjects divided into control (61 subjects) and experimental (79 subjects) groups. The control group was received only the modify matrix program, historical data collected from fiscal year 2017 to 2018). The experimental group was received the modify matrix program combined with dynamic meditation practice of Luang Phor Thian style, data collected from May 1st, 2020 to October 31st, 2021. Data were analyzed by statistics, number, percentage, mean and standard deviation. The different comparison between groups was t- test, Fisher's exact probability test. The relapse rate during and after therapy was analyzed by the Weibull regression with marginal risk. Statistical significance was considered when $p < 0.05$.

The research results showed that the experimental group received the modified matrix program combined with dynamic meditation practice was able to reduce the relapse rate by 69% during 4 month-treatment and 89% during 3 month-post-treatment, with statistical significance ($p = 0.016$ and $p = 0.036$, respectively) compared to those of control group who received only the modified matrix program. Conclusion, the modified matrix program combined with dynamic meditation practice could reduce the relapse rate by 69% during treatment and by 89% post treatment.

Keywords: Modify Matrix Program, Dynamic Meditation practice of Luang Phor Thian style, Relapse prevention

* Registered Nurse (Professional Level), Psychiatric and Mental Health Nursing, Nongbualamphu Hospital

บทนำ

ผู้เสพยาเสพติดถือว่าเป็นผู้ป่วย แม้จะได้รับการบำบัดรักษาแล้วยังมีโอกาสกลับมาเสพติดซ้ำได้อีก จากการศึกษานักเสพยาบ้า (Methamphetamine) พบว่า มีอัตราการกลับไปเสพติดซ้ำร้อยละ 61 ภายใน 1 ปี หลังบำบัดรักษา¹ ผู้ที่เสพยาบ้าอย่างต่อเนื่องหรือรั้งเป็นเวลานานมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพ มีอาการทางจิตเวช อารมณ์ซึมเศร้า และบกพร่องในเรื่องการคิดเป็นเหตุเป็นผล เนื่องจากสมองถูกทำลายและมีการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง^{2,3,4,5} จากข้อมูลการบำบัดของคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู พบว่า มีการกลับไปเสพติดซ้ำภายใน 3 เดือนแรกหลังการบำบัด ในปีงบประมาณ 2558, 2559 และ 2560 จำนวน 11, 8, และ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 18.03, 19.51 และ 18.33 ตามลำดับ ทิพาวดี เอมะวรรณ⁶ แบ่งระยะของการกลับไปเสพติดซ้ำไว้ 5 ระยะ ดังนี้ 1) พลาดไป/พลั้งเผลอ (Slip) หมายถึง การกลับไปใช้สารเสพติดอีกหลังจากผู้ใช้เกิดอาการถอนยา 2) เสพชั่วคราว (Lapse) หมายถึง การใช้สารเสพติดอีกเป็นเวลาน้อยกว่า 7 วันติดต่อกัน 3) กลับไปเสพติดซ้ำ (Relapse) หมายถึง การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ๆ และมีการพลาดไปเสพยาบ่อยกว่า 7 วัน 4) การกลับไปเสพติดซ้ำสลับการรักษา (Relapse episode) หมายถึง ช่วงเวลาที่กลับไปเสพติดซ้ำนานเกิน 7 วันแล้วตามด้วยการเลิกยาโดยเข้ารับการรักษาในสถานบำบัด และ 5) การกลับไปติดยาเสพติดซ้ำอีก (Read addiction) หมายถึง มีการกลับไปเสพติดซ้ำเป็นเวลานานมากกว่า 30 วัน จนกลายเป็นคนติดยาเสพติดอีก ผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดเป็นระยะเวลานาน และหวนกลับไปเสพยาซ้ำ ๆ รั้งนั้น ยาและสารเสพติดจะเข้าไปทำลายสมองในส่วนที่ควบคุมการใช้ความคิด ทำให้ผู้เสพแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิด เกิดอาการทางจิตประสาท ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ซึ่งอันตรายต่อทั้งตนเอง คนในครอบครัว และชุมชน

คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ให้การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้โปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดแบบสั้นประยุกต์มาจาก Matrix intensive outpatient program ซึ่งได้รับการพัฒนามาเกือบ 20 ปี โดยเจ้าหน้าที่ศูนย์ Matrix institute มหาวิทยาลัย UCLA ประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อใช้บำบัดรักษาผู้ติดยาหลายประเภทโดย

เฉพาะในผู้ติดยาประเภทกระตุ้นประสาทแบบผู้ป่วยนอก และได้ผลสัมฤทธิ์ในการรักษาดี⁷ สำหรับประเทศไทยเริ่มนำโปรแกรมนี้มาใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 จนถึงปัจจุบัน โดยระยะเวลาในการบำบัดรักษา 1 ปี แบ่งเป็น 2 ช่วง ช่วงที่ 1 เรียกว่าระยะ intensive outpatient program ซึ่งได้แก่ 1) การให้คำปรึกษารายบุคคล 10 กิจกรรมกลุ่ม 2) ฝึกทักษะเลิกยา ระยะเริ่มต้น 8 กิจกรรมกลุ่ม 3) ป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ 32 กิจกรรมกลุ่ม และ 4) ให้ความรู้แก่ครอบครัว 12 กิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 4 เดือน แล้วเข้าสู่ช่วงที่ 2 เรียกว่าระยะ after care program หรือระยะปรับประคอง (supportive phase) มีกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มปรับประคองทางสังคม (social support group) และ 2) กลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน (12 step meeting) แต่ด้วยระยะเวลาการบำบัดที่ยาวนานถึง 8 เดือน และจำนวนกิจกรรมที่มีมาก อีกทั้งความถี่ที่ผู้ป่วยต้องมารับการบำบัด 3 ครั้ง/สัปดาห์ ทำให้เกิดความไม่สะดวกกับผู้ป่วยในการมาบำบัด เนื่องจากมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ต้องทำงานหรือเรียนหนังสือ คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จึงได้ปรับกิจกรรมบำบัดที่เนื้อหาคล้ายกันมารวมกัน และตัดเนื้อหาที่ไม่ได้ใช้ออก เช่น กิจกรรมเคล็ดลับ 12 ขั้นตอน กลุ่มช่วยเหลือกันเอง กิจกรรมการดูแลตนเอง และกิจกรรมความเจ็บป่วยออก ลดจำนวนครั้งการมารับการบำบัดและจำนวนกิจกรรมลงให้เหลือ 16 ครั้ง 27 กิจกรรม เหลือระยะเวลาบำบัด 4 เดือน เรียกว่า โปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดแบบสั้นหรือโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดประยุกต์แบบสั้น (modify matrix program) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมของโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดแบบสั้น

สัปดาห์	ครั้งที่	กิจกรรม
1	1	Individual conjoint sessions (Ind), Family education (FE) ทำข้อตกลง เหรียญ 2 ด้าน/โรคสมองติดยา
	2	Early Recovery skill group (ER) ตัวกระตุ้นภายนอก-ภายในและวิธีหลีกเลี่ยง Relapse Prevention Skills (RP) ทักษะปฏิเสธ RP สุรายาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย/การเลิกยาเสพติดโดยเด็ดขาด
	3	ER หยุดวงจรการใช้ยา
	4	RP การทำตัวไม่ให้อ่าง เขียนตารางโครงสร้างชีวิตใหม่
2	5	ER ความคิดอารมณ์และพฤติกรรม วิธีจัดการอารมณ์
	6	ER เส้นทางการเลิกยา การการเปลี่ยนแปลงในระยะเลิกยาและปัญหาต่าง ๆ Ind สารกระตุ้นและเพศสัมพันธ์ Ind ฟันเกี่ยวกับการเสพยาาระหว่างการเลิกยา
	7	RP การหาเหตุผลกลับไปใช้ยา 1,2
	8	RP ความไว้วางใจ RP ภาวะซึมเศร้าและการจัดการ
3	9	RP การหลีกเลี่ยงการหวนกลับไปเสพยา/สิ่งยึดเหนี่ยว RP การฟื้นฟูสัมพันธภาพ
	10	Ind การสนับสนุนจากครอบครัว FE บทบาทครอบครัว/การสื่อสาร
	11	Ind การทบทวนสถานภาพผู้รับการบำบัด Ind ระยะฝ่อาอุปสรรค
	12	RP การพูดความจริง RP แรงจูงใจในการเลิกยา
4	13	RP การป้องกันกลับไปเสพยา RP จงทำตนเป็นคนฉลาด
	14	RP การทำจิตใจให้สงบ
	15	RP มองไปข้างหน้า/เป้าหมายชีวิต
	16	Ind+FE ประเมินผลหลังการบำบัด

หมายเหตุ: วิเคราะห์การเสพยา (กรณีที่เกิดยาหรือผลของยา)

ซึ่งจากการศึกษาการประเมินการใช้แมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ที่มีการใช้โปรแกรมบำบัดเป็นแบบประยุกต์หรือ modify program เช่นกัน โดยประยุกต์ใช้ตามบริบทของพื้นที่ มีบางกิจกรรมที่บูรรวมกันระยะเวลาในการบำบัดตั้งแต่ 9 – 16 สัปดาห์ ในคลินิกยาเสพติดทั้ง 71 แห่ง เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดด้วยแมทริกซ์โปรแกรมที่ติดตามไปจนสิ้นสุดการติดตาม สามารถหยุดหรือเลิกยาได้ จำนวน 498 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.21 ของจำนวน บสต. (ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย) ปีงบประมาณ 2559 และเสพยา จำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.79^๖ แม้ว่าบำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคม

บำบัดจะได้ผลดี แต่ยังมีปัญหาการกลับไปเสพยาหลังการบำบัด จากการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงของคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2558 – 2560 พบว่า สาเหตุการกลับไปเสพยาหลังการบำบัดเกิดจากผู้ป่วยยังคบหาเพื่อนกลุ่มผู้เสพยา/ผู้ค้ายาเสพติดอยู่เหมือนเดิม ไม่มีรูปแบบในการฝึกจัดการกับความคิดอยากเสพยาที่ชัดเจนและสามารถนำไปฝึกต่อเนื่องได้ หลังการบำบัด ไม่หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ไม่มีงานทำ มีเวลาว่างมากเกินไป และเป็นผู้ติดในระดับรุนแรง (hard core) ที่สำนักงานคุมประพฤติส่งมาให้บำบัดเนื่องจากสถานที่บำบัดฟื้นฟูแบบควบคุมตัวพักค้างเป็นเวลา 4-6 เดือน ไม่เพียงพอ จึงส่งมาบำบัดเพื่อรอปรับแผนการบำบัดฟื้นฟูเมื่อมีเตียงว่าง

สติบำบัดถูกนำมาใช้ในการบำบัดผู้เสพยาเสพติด

มากขึ้นเนื่องจากช่วยลดความอยากเสพยาและเพิ่มความเข้มแข็งทางจิตใจ ป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปเสพยาซ้ำได้ ในต่างประเทศมีการศึกษาเรื่องการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติดด้วยโปรแกรมสติบำบัด Mindfulness-based relapse prevention (MBRP) พบว่าช่วยลดความอยากเสพยา (craving) และลดความถี่ของการเสพยาเสพติดได้^{9,10} โปรแกรมสติบำบัดนี้เกิดจากการผสมผสาน 3 โปรแกรม คือ 1) Mindfulness-based stress reduction 2) โปรแกรม Mindfulness-based cognitive therapy และ 3) โปรแกรมการป้องกันกลับไปเสพยา ซึ่งมีทั้งหมด 8 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 2 ชั่วโมง ระยะเวลาบำบัด 8 สัปดาห์ โดยมีการฝึกสติก่อนเริ่มกิจกรรม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์หลังการฝึก ฝึกสติรู้สึกตัวในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (body sensations) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสติบำบัด MBRP ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการอยากเสพยาเสพติดของตนเองและสามารถจัดการกับอาการอยากเสพยาได้ จึงช่วยป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำได้¹¹ นอกจากนี้การฝึกสติมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมอง มีการศึกษาพบว่าหลังการฝึกสติ 8 สัปดาห์ ผล MRI สมองของผู้ฝึกสติ มีการเปลี่ยนแปลง โดยพบว่า สมองส่วน อมิกดาลา (amygdala) ที่สัมพันธ์กับอารมณ์และความกลัวหดตัวลง และสมองส่วน pre-frontal cortex (PFC) ที่เกี่ยวข้องกับ การตระหนักรู้ (awareness) การมีจิตจดจ่อ (concentration) และการตัดสินใจที่เหมาะสม มีการหนาตัวขึ้น^{12,13} ดังนั้นจึงทำให้สามารถควบคุมอารมณ์และควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น ตัดสินใจเหมาะสมมากขึ้น จึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำได้ในประเทศไทยมีงานวิจัยที่นำสติบำบัดมาใช้ป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ โดยโรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชชนกนรินทร์ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดด้วยวิธีการ “สติบำบัด” (Mindfulness-based therapy and counseling for relapse prevention) โดยเพิ่มการสร้าง ความเข้มแข็งทางจิตใจ และมีเทคนิคจัดการกับ อารมณ์ ความอยากเสพยาเพื่อลดและป้องกันปัญหาการเสพยาซ้ำหลังรักษา ผลการศึกษาในผู้ป่วยที่อาการทางจิตทุเลาแล้วและสมัครใจในเบื้องต้นจำนวน 15 คน พบว่า สามารถป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำได้ผลเป็นที่พอใจ โดยภายใน 3 เดือน หลังครบโปรแกรมบำบัด ผู้ป่วยทั้ง 15 คน หรือร้อยละ 100 ไม่กลับไปเสพยาซ้ำ และไม่มีการกลับเข้ามานอนพักรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำในโรงพยาบาลและยังได้ผลลัพธ์ที่

ดีในระยะ 6 เดือน คือ ผู้ป่วย 13 คน ไม่กลับไปเสพยาซ้ำ และมี 14 คน ไม่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน^{14,15}

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่มีการนำวิธีเจริญสติแบบเคลื่อนไหวแนวหลวงพ้อเทียน มาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยยาเสพติด วิธีการเจริญสติแนวหลวงพ้อเทียน¹⁶ เน้นการสร้างความรู้สึกตัว เมื่อมีการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือเป็นการฝึกให้มีสติรู้สึกตัวในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (body sensations) เป็นการฝึกสติโดยใช้อาการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นเครื่องมือ ในการฝึกสติจะมีการเคลื่อนไหวในรูปแบบโดยใช้มือ 14 ท่า ในขณะนั้นประกอบกับการเดินจงกรม การฝึกจะลืมหาดตลอดเวลา วิธีการนี้สามารถนำไปใช้กับการเคลื่อนไหวร่างกายที่เกิดในชีวิตประจำวันได้ด้วย จึงสะดวก และสามารถฝึกได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ รู้เท่าทันความคิดและอารมณ์ของตัวเองทุกครั้ง ที่มีความคิดเกิดขึ้นให้กลับมารู้สึกตัว ไม่ปล่อยใจไปกับ อารมณ์ ความคิด และความอยากการฝึกสติจึงเป็นการฝึกหยุดวงจรการใช้ยา เมื่อผู้ป่วยเจอตัวกระตุ้น มีความคิดเกิดขึ้น ให้รู้ตัวแล้วกลับมารับรู้ความรู้สึกของร่างกายที่เคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยมีเครื่องมือในการหยุดวงจรการใช้ยาเสพติด จากการทบทวนวรรณกรรมมีงานวิจัยที่นำการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าได้ผลดี¹⁷ และบรรจบ ชุณหสวัตติกุล และคณะ¹⁸ ได้รายงานผลวิจัยในงานการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 1 หัวข้อ “การแพทย์บูรณาการสู่ความสุขสบาย” (The 1st International Integrative Medicine for Wellness) ว่า การบริหารจิตในวิธีการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวมือ 14 ท่าของหลวงพ้อเทียน จิตตสุโก ช่วยลดความเครียด ลดวิตกกังวล แก้อึดอัด และเพิ่มความตื่นรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงสนใจและ พัฒนาโปรแกรมบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยนำการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวแนวหลวงพ้อเทียนมาใช้ร่วมกับโปรแกรมกายจิตสังคัมบำบัดประยุกต์แบบสั้น เพื่อลดปัญหาการกลับไปเสพยา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกายจิตสังคัมบำบัดประยุกต์แบบสั้นร่วมกับการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวต่อการป้องกันการกลับไปเสพยา 3 เดือนแรกหลังการบำบัด

รักษาในผู้ป่วยยาเสพติด คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

นิยามศัพท์ในการวิจัย

1. ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้เสพ ที่ได้คะแนนจากการประเมินด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัด กระทรวงสาธารณสุข (บคก. กศร. V.2) ตั้งแต่ 4 – 26 คะแนน และผู้ติด ที่ได้ 27 คะแนนขึ้นไป

2. บคก. กศร. V.2 หมายถึง แบบคัดกรองการใช้สารเสพติด ASSIST (Alcohol, smoking and substance involvement screening test) แผลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) คะแนน 2–3 แผลผล “อนุมานว่าเป็นผู้ใช้” 2) คะแนน 4–26 แผลผล “อนุมานว่าเป็นผู้เสพ” และ 3) คะแนน 27 ขึ้นไป แผลผล “อนุมานว่าเป็นผู้ติด”

3. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) ของกระทรวงสาธารณสุข¹⁹ หมายถึง ฐานข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดที่ถูกพัฒนาขึ้น มีทั้งระบบสมัครใจ บังคับบำบัดและต้องโทษ โดยนำเข้าข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตแบบออนไลน์ มีแบบฟอร์ม บสต. 1 – 5 ดังนี้ บสต.1. (แบบรายงานเบื้องต้นการใช้สารเสพติด) บสต.2. (แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา) บสต.3. (แบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด) บสต.4. (แบบจำหน่ายและส่งต่อเพื่อติดตามผลการบำบัดรักษา) และ บสต.5. (แบบติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด) โดยงานวิจัยนี้ดึงข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคลและรายละเอียดการใช้สารเสพติดจากฐานข้อมูล บสต.3 และข้อมูลติดตามผลการบำบัดรักษาจากฐานข้อมูล บสต.5

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัย intervention research รูปแบบ historical controlled แบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้ intervention แบบเก่าในอดีตกับกลุ่มที่ได้ intervention แบบใหม่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรก

ระบบการบำบัด ประเภทยาเสพติดที่ใช้ ผู้วิจัยนำข้อความมาจาก บสต.3 ของระบบฐานข้อมูล บสต.กระทรวงสาธารณสุข และฐานข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดตามแบบบันทึกประวัติผู้ป่วย (medical records) ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

2. แบบคัดกรอง บคก. กศร. V.2 หรือแบบคัดกรองการใช้สารเสพติด ASSIST (Alcohol, smoking, and substance involvement screening test) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดยสาวิตรี อัยฉัตรกรชัย, สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล และพันธุณภากิตติรัตนไพบูลย์ ปีพ.ศ. 2554 มีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ของเครื่องมือเท่ากับร้อยละ 80 และ 71 ตามลำดับ²⁰

3. แบบติดตามผลหลังบำบัดรักษา ผู้วิจัยนำข้อความมาจาก บสต.5 ของระบบฐานข้อมูล บสต. กระทรวงสาธารณสุข และฐานข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดตามแบบบันทึกประวัติผู้ป่วย (medical records) ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective) ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้รับการบำบัดรักษาด้วย modify matrix program แบบเก่า ปีงบประมาณ 2560–2561 จำนวน 61 คน และเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective) ในกลุ่มที่บำบัดด้วย modify matrix program แบบใหม่ ช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 79 คน โดยเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ บุคคลที่อยู่ด้วยก่อนเข้ารับการบำบัด ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน อายุที่เสพยาครั้งแรก ระบบการบำบัด ประเภทยาเสพติดที่ใช้ จำแนกระดับการเสพติดด้วยแบบคัดกรอง บคก. กศร. V2 เก็บข้อมูลผลการตรวจปัสสาวะระหว่างบำบัด 4 เดือน (เดือนที่ 1, 2, 3 และ 4) ผลการตรวจปัสสาวะหลังบำบัดครบ 4 เดือน (หลังบำบัดครบ 2 สัปดาห์, 1 เดือน และ 3 เดือน) และเก็บข้อมูลตาม บสต. 5

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดประยุกต์แบบสั้น 16 ครั้ง นัดบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 4 เดือน ระหว่างบำบัดสุ่มตรวจปัสสาวะเดือนละ 1 ครั้ง และตรวจปัสสาวะหลังผ่านการบำบัด 3 ครั้ง

คือ หลังบำบัด 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน แต่ต่างกันที่กลุ่มใหม่ได้รับการฝึกเจริญสติแบบเคลื่อนไหวแนวหลวงพ่อก่อนก่อนเริ่มทำกิจกรรมบำบัด โดยเริ่มฝึกตั้งแต่วิจิตรกรรมครั้งที่ 3 เป็นต้นไป โดยเริ่มฝึกจาก 10 นาที กิจกรรมครั้งที่ 4 เพิ่มเวลาเป็น 20 นาที กิจกรรมครั้งที่ 5-10 เจริญสติ 30 นาที ก่อนเริ่มกิจกรรมบำบัด กิจกรรมครั้งที่ 11-16 เจริญสติใช้เวลา 1 ชั่วโมง และให้การบ้านเป็นการฝึกเจริญสติที่บ้านทุกวันๆ ละ 30 นาที ตลอดโปรแกรม

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดที่

คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลหนองบัวลำภูแบบผู้ป่วยนอก จำนวนทั้งหมด 140 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 61 คน (เก็บข้อมูลปีงบประมาณ 2560-2561) กลุ่มทดลอง 79 คน (เก็บข้อมูลวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2564)

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ภายใต้สมมุติฐานจากการทดลองนำร่องมีอัตราการกลับไปเสพยาในคนที่บำบัดด้วยโปรแกรมแบบเก่า (กลุ่มควบคุม) เท่ากับร้อยละ 18 และคาดว่าอัตราการกลับไปเสพยาจะลดลงเหลือร้อยละ 3 ในกลุ่มที่บำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดประยุกต์แบบสั้นร่วมกับการเจริญสติแบบเคลื่อนไหว (กลุ่มทดลอง) กำหนดอัตราส่วนเป็น 3 ต่อ 2 การทดสอบเป็น one-sided ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (significance) ร้อยละ 5 และ power ร้อยละ 80 ได้จำนวนผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 51 ราย และกลุ่มทดลอง 77 ราย สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจาก Fleiss JL, Levin B and Paik MC²¹ แต่เนื่องจากในการเก็บข้อมูลจริงอาจมีกรณีการยุติการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เท่ากับจำนวนประชากรทั้งหมด คือ กลุ่มควบคุม จำนวน 61 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 79 คน รวมทั้งหมด 140 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่มีอาการทางจิตร่วม
- 2) บำบัดครบตามเกณฑ์ (ระยะเวลา 4 เดือน) 3) อ่านออกเขียนได้ และ 4) ทำการบ้านอย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยยาเสพติด ที่มีอาการทางจิตร่วม 2) บำบัดไม่ครบตามเกณฑ์ 3) อ่านเขียนหนังสือไม่ได้ และ 4) ฝึกสติน้อยกว่า 3 วัน ต่อสัปดาห์

เกณฑ์การหยุดการศึกษา (Discontinuation criteria for Participant)

ผู้ร่วมวิจัยปฏิเสธขอไม่เข้าร่วมวิจัยนี้ หรือผู้ร่วมวิจัยถูกจับดำเนินคดีอื่น หรือถูกตัดสิทธิในระหว่างบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดประยุกต์แบบสั้นร่วมกับการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวหรือโปรแกรมใหม่

ตัวแปรตาม คือ ประสิทธิภาพของโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดประยุกต์แบบสั้นร่วมกับการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวหรือโปรแกรมใหม่ วัดด้วยผลตรวจ Urine Amphetamine 7 ครั้ง, Urine Canabinoid 7 ครั้ง และแบบติดตามผลการบำบัดรักษา บสต.5

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย t-test, Fisher's exact probability test และวิเคราะห์อัตราการกลับไปเสพยาระหว่างบำบัดและหลังบำบัดด้วยสถิติ multivariable stratified Weibull regression with marginal risk. โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เอกสารรับรองเลขที่ 07/2562 ลงวันที่ 24 ธันวาคม พ.ศ. 2562 งานวิจัยนี้ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือเลขที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่สามารถระบุบุคคลหรือข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของผู้เข้ารับการบำบัด

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลทั่วไป ได้แก่

เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรก ประเภทยาเสพติดที่ใช้ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นเรื่องระบบการบำบัดพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) เนื่องจากช่วงที่เก็บข้อมูลเป็นช่วงเวลาใกล้ประกาศยกเลิกพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และรอประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 จึงทำให้จำนวนคดีตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นระบบบังคับลดลง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับมัธยม มีงานทำ และยาเสพติดที่ใช้เป็นยาบ้า/ยาไอซ์ ผลการจำแนกระดับการเสพติดพบว่า เป็นผู้เสพยาเสพติดมากกว่าผู้ติด ดังนี้ กลุ่มควบคุม (โปรแกรมเก่า) เป็นผู้เสพยา ร้อยละ 63.9 ผู้ติด ร้อยละ 36.1 กลุ่มทดลอง (โปรแกรมใหม่) เป็นผู้เสพยา ร้อยละ 79.75 ผู้ติด ร้อยละ 20.25 อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรกของทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน คือ กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 17.3 ปี (S.D. \pm 4.4) กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 17.5 ปี (S.D. \pm 7.4) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้เข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมใหม่ (กลุ่มทดลอง) และโปรแกรมเก่า (กลุ่มควบคุม)

ลักษณะที่ศึกษา	โปรแกรมใหม่ (n = 79)		โปรแกรมเก่า (n = 61)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.295
ชาย	76	96.2	56	91.8	
หญิง	3	3.8	5	8.2	
อายุ					0.735
< 18 ปี	36	45.6	26	42.6	
\geq 18 ปี	43	54.4	35	57.3	
Mean (\pm S.D.)	22.7	(\pm 10.5)	22.9	(\pm 9.1)	0.834
สถานภาพสมรส					0.600
โสด	56	70.9	47	77.1	
คู่	18	22.8	10	16.4	
หม้าย/หย่า/แยก	5	6.3	4	6.5	
การศึกษา					0.714
ประถมศึกษา	36	45.6	27	44.3	
มัธยม/อนุปริญญา	43	54.4	33	54.1	
ปริญญาตรี	0	0.0	1	1.6	
อาชีพ					0.070
นักเรียน/นักศึกษา	28	35.4	11	18.0	
มีงานทำ	41	51.9	39	64.0	
ว่างงาน	10	12.7	11	18.0	
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน					0.493
อยู่ด้วยกัน	41	51.9	36	59.0	
หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย/ตาย	38	48.1	25	41.0	
เสพยาครั้งแรกอายุ (ปี, mean \pm S.D.)	17.5	(\pm 7.4)	17.3	(\pm 4.4)	0.859

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้เข้ารับการรักษาด้วยโปรแกรมใหม่ (กลุ่มทดลอง) และโปรแกรมเก่า (กลุ่มควบคุม) (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	โปรแกรมใหม่ (n = 79)		โปรแกรมเก่า (n = 61)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระบบการบำบัด					0.005
สมัครใจ	41	51.9	46	75.4	
บังคับ	38	48.1	15	24.6	
ประเภทยาเสพติดที่ใช้					0.628
ยาบ้า/ไอซ์	70	88.6	51	83.6	
กัญชา	8	10.1	8	13.1	
ใช้มากกว่า 1 ชนิด	1	1.3	2	3.3	
จำแนกระดับการเสพติด					0.055
ผู้เสพ (4-26 คะแนน)	63	79.75	39	63.9	
ผู้ติด (≥ 27 คะแนน)	16	20.25	22	36.1	

* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างบำบัด 4 เดือน และหลังบำบัด 3 เดือน เมื่อปรับอิทธิพลตัวแปรอายุ เพศ ระบบการบำบัด ประเภทสารเสพติด ระดับการเสพติด โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ multivariable stratified Weibull regression with marginal risk. พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดประยุกต์แบบสั้นร่วมกับการเจริญสติแบบเคลื่อนไหว (โปรแกรมใหม่) สามารถลดอัตราการกลับไป

เสพยาในระหว่างบำบัด 4 เดือน ได้ร้อยละ 69 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่บำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดประยุกต์แบบสั้น (โปรแกรมเก่า) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.016) และสามารถลดอัตราการกลับไปเสพยาในช่วงหลังบำบัด 3 เดือน ได้ร้อยละ 89 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่บำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดประยุกต์แบบสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.036) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะกลุ่มตัวอย่างบำบัดด้วยโปรแกรมใหม่ (กลุ่มทดลอง) และโปรแกรมเก่า (กลุ่มควบคุม) ระหว่างบำบัด 4 เดือน และหลังบำบัด 3 เดือน

ผลการตรวจสอบสารเสพติดปัสสาวะ	โปรแกรมใหม่	โปรแกรมเก่า	HR Ratio	95%CI	p-value*
	(n = 79)	(n = 61)			
	จำนวนที่กลับมาเสพยา	จำนวนที่กลับมาเสพยา			
ช่วงระหว่างบำบัด					
ตรวจพบสารเสพติดเดือนที่ 1	5	9	0.31	0.12-0.81	0.016
ตรวจพบสารเสพติดเดือนที่ 2	2	4			
ตรวจพบสารเสพติดเดือนที่ 3	0	4			
ตรวจพบสารเสพติดเดือนที่ 4	0	1			

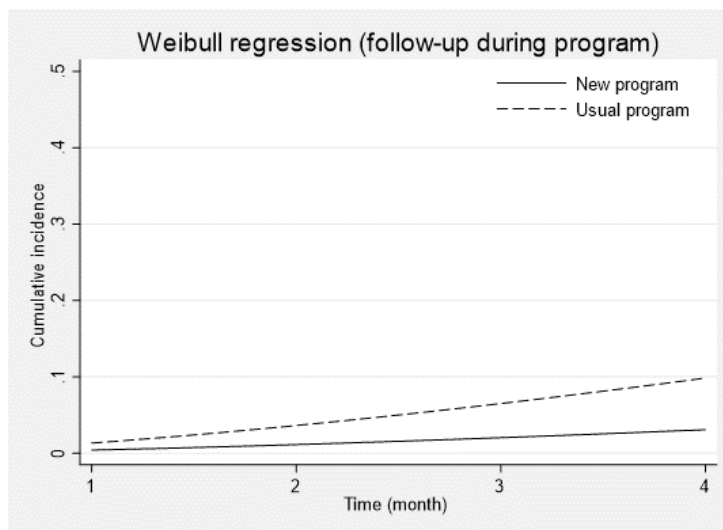
* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะกลุ่มตัวอย่างบำบัดด้วยโปรแกรมใหม่ (กลุ่มทดลอง) และโปรแกรมเก่า (กลุ่มควบคุม) ระหว่างบำบัด 4 เดือน และหลังบำบัด 3 เดือน (ต่อ)

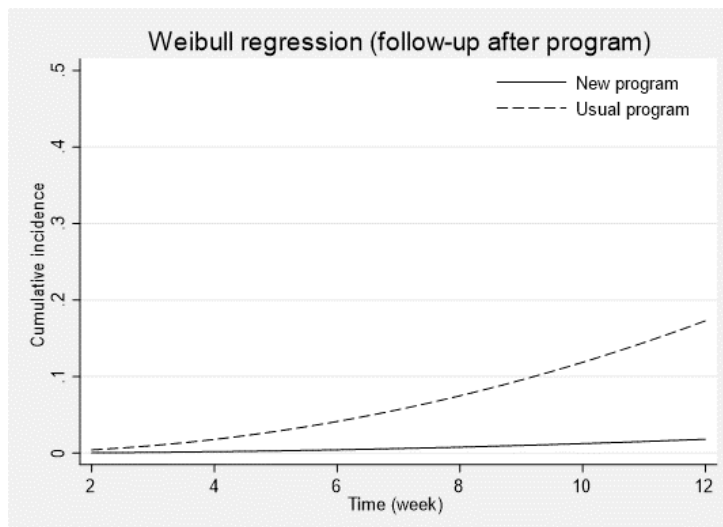
ผลการตรวจสารเสพติดปัสสาวะ	โปรแกรมใหม่	โปรแกรมเก่า	HR Ratio	95%CI	p-value*
	(n = 79)	(n = 61)			
	จำนวนที่กลับมาเสพยา	จำนวนที่กลับมาเสพยา			
ช่วงหลังบำบัด					
ตรวจพบสารเสพติดหลังบำบัด 2 สัปดาห์	0	4	0.11	0.128-0.858	0.036
ตรวจพบสารเสพติดหลังบำบัด 1 เดือน	1	5			
ตรวจพบสารเสพติดหลังบำบัด 3 เดือน	1	11			

* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กราฟที่ 1 แสดงแนวโน้มโอกาสการกลับไปเสพยาในช่วงระหว่างบำบัด ระหว่างโปรแกรมเก่ากับโปรแกรมใหม่



กราฟที่ 2 แสดงแนวโน้มโอกาสการกลับไปเสพยาช่วงหลังบำบัด ระหว่างโปรแกรมเก่ากับโปรแกรมใหม่



ผลการติดตามเยี่ยมหลังการบำบัดตามแบบ บสต.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดประยุกต์แบบสั้นร่วมกับการการเจริญสติแบบเคลื่อนไหว (โปรแกรมใหม่) มีความพึงพอใจการบำบัด มีสัมพันธภาพในครอบครัวและสัมพันธภาพในชุมชน

แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่บำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดประยุกต์แบบสั้น (โปรแกรมเก่า) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.036$, $p = 0.003$ และ $p = 0.001$ ตามลำดับ) รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการติดตามเยี่ยมหลังการบำบัดรักษาตามแบบ บสต.5

ผลการติดตามเยี่ยมหลังบำบัด ตามแบบ บสต.5	โปรแกรมใหม่ (n = 79)		โปรแกรมเก่า (n = 61)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความพึงพอใจการบำบัด					0.036
มากที่สุด	63	79.7	38	62.3	
มาก	16	20.3	23	37.7	
พอใช้	0	0	0	0	
สัมพันธภาพในครอบครัว					0.003
ยอมรับและช่วยเหลือ	78	98.7	52	85.3	
อยู่ร่วมกันได้	1	1.3	8	13.1	
ไม่ยอมรับ	0	0.0	1	1.6	
ไม่มีญาติ	0	0	0	0	
สัมพันธภาพในชุมชน					0.001
ยอมรับและช่วยเหลือ	73	92.4	42	68.9	
อยู่ร่วมกันได้	6	7.6	19	31.2	
ไม่ยอมรับ	0	0	0	0	

* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์และสรุปผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกาย จิตสังคมบำบัดประยุกต์แบบสั้นร่วมกับการเจริญสติแบบเคลื่อนไหว สามารถลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำในระหว่างบำบัด 4 เดือน ได้ถึงร้อยละ 69 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่บำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดประยุกต์แบบสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.016$) และสามารถลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำในช่วงหลังบำบัด 3 เดือน ได้ถึงร้อยละ 89 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่บำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดประยุกต์แบบสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.036$) ข้อค้นพบมีความสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัย และผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Bowen และคณะ²² ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ติดสุราโดยศึกษาเปรียบเทียบ

ประสิทธิภาพระยะยาวของโปรแกรมสติบำบัด (MBRP) โปรแกรมป้องกันกลับไปเสพซ้ำ (Relapse prevention, RP) และโปรแกรมบำบัดปกติ (treatment as usual, TAU) พบว่า MBRP และ RP สามารถลดความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำทั้งในผู้ป่วยติดยาเสพติดและผู้ติดสุราได้ และช่วยลดจำนวนวันในการใช้ยาเสพติดและลดการดื่มแบบหนัก (heavy drinking) ลงได้ เมื่อติดตามไป 6 เดือน หลังการบำบัด และเมื่อติดตามไป 12 เดือน กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม MBRP ใช้ยาเสพติดน้อยลง ดื่มสุราแบบดื่มหนักน้อยลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย RP และ TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าโปรแกรมสติบำบัดช่วยลดความอยากเสพยา (craving) ได้ จากการศึกษาในผู้ป่วยที่รักษาด้วยเมทาโดน (Methadone) มีความอยากยาลดลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น²³ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมี

ความตระหนักรู้และยอมรับอาการอยากยาโดยไม่ตัดสิน²⁴ จึงช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการอยากเสพยาของตนเองและสามารถจัดการกับอาการอยากเสพยาได้ ดังที่ศาสตราจารย์ จอน กาบัต-ซินน์ ผู้ริเริ่มการบำบัดโดยการฝึกสติเพื่อลดความเครียด mindfulness-based stress reduction (MBSR) ได้เปรียบความอยากยาเสพติดเป็นเหมือนคลื่นในทะเล ไม่สามารถห้ามไม่ให้เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยมีหน้าที่ประคองตัวเองให้อยู่บนกระดานโต้คลื่นให้ได้ แล้วคลื่นหรือความอยากเสพยาเสพติดนั้นจะค่อย ๆ หายไปเอง²⁵ และการศึกษาของรัชณีย์ วรรณชม²⁶ ยังพบว่า ผู้ป่วยติดเฮโรอีนที่เข้าร่วมโปรแกรมการเจริญสติมีคะแนนทักษะด้านการรับรู้ตัวเอง การเผชิญปัญหา การปฏิเสธ และการตัดสินใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเจริญสติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยเหตุผลที่กล่าวมา โปรแกรมสติบำบัดจึงช่วยป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำได้

ผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มทดลองมีสัมพันธภาพในครอบครัวและสัมพันธภาพในชุมชน แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่บำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคัมบำบัดประยุกต์แบบสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$ และ 0.001) เมื่อผู้ป่วยไม่กลับไปเสพยาซ้ำ มีความคิดเป็นเหตุผล ความคุมตัวเองได้ดีขึ้นและตัดสินใจได้เหมาะสม คนในครอบครัวและชุมชนจะเริ่มไว้วางใจ เชื่อใจ และให้กำลังใจ ตลอดจนคอยช่วยเหลือ และการฝึกสติยังช่วยเพิ่มความเข้มแข็งจิตใจ ช่วยให้มีอารมณ์เชิงบวกมากขึ้น ช่วยลดความเครียดและอารมณ์เชิงลบ และทำให้ความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้น²⁷ ผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient, EQ) ดี ย่อมส่งผลดีต่อตนเอง ครอบครัว และผู้คนรอบข้าง สามารถดำเนินชีวิตอย่างเข้าใจ และมีความสุข สามารถมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลรอบข้าง นำมาซึ่งความนับถือตนเอง การยอมรับจากผู้อื่น ความร่วมมือ

เอกสารอ้างอิง

1. Brecht M-L, Herbeck D. Time to relapse following treatment for methamphetamine use: a long-term perspective on patterns and predictors. *Drug Alcohol Depend* 2014;139:18–25.
2. Dean AC, Groman SM, Morales AM, London ED. An evaluation of the evidence that methamphetamine abuse causes cognitive decline in humans. *Neuropsychopharmacol* 2013; 38:259–74.
3. Voce A, Calabria B, Burns R, Castle D, McKetin R. A systematic review of the symptom profile and course of methamphetamine-associated psychosis. *Subst Use Misuse* 2019;54(4):

ความสำเร็จในชีวิต ความสงบ และความสุขในจิตใจ²⁸ จึงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ดี ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนดีขึ้นด้วย

โปรแกรมกายจิตสังคัมบำบัดประยุกต์แบบสั้นร่วมกับการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวใช้สติเป็นฐานในทุกกิจกรรมบำบัดและในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นการเจริญสติรูปแบบเดียวกับโปรแกรมสติบำบัดอื่นที่ใช้หลักการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย (body sensations) โปรแกรมกายจิตสังคัมบำบัดประยุกต์แบบสั้นร่วมกับการเจริญสติแบบเคลื่อนไหว สามารถช่วยลดการกลับไปเสพยาซ้ำได้ทั้งระหว่างและหลังการบำบัด จึงเป็นอีกหนึ่งโปรแกรมทางเลือกในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำได้

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อเนื่อง

ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น ระยะ 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในระยะยาว และควรรหาเทคนิคหรือวิธีให้ผู้ป่วยสามารถกระตุ้นเตือนตัวเองให้มีสติระหว่างวันอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความคงอยู่ของพฤติกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู พระอาจารย์ไพศาล วิสาโล (ให้คำปรึกษาเรื่องชื่อภาษาอังกฤษของการเจริญสติแนวหลวงพ่อเทียนจิตตสุโข) คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลหนองบัวลำภู นายแพทย์พิชณุตม์ ภิญโญ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และทีมผู้ช่วยวิทยากรทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ตลอดจนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี งานวิจัยนี้สำเร็จได้

- 549–59.
4. Wang TY, Fan TT, Bao YP, Li XD, Ling CM, Wang RT, et al. Pattern and related factors of cognitive impairment among chronic methamphetamine users. *Am J Addict* 2017;26(2):145–51.
 5. Murray K. Addiction And The Brain: How Drugs Impact The Brain–Addiction Center [Internet]. [Cited 2019 Dec 4] Available from: <https://www.addictioncenter.com/addiction/addiction-brain/>
 6. ทิพาดี เอมะวรรณะ. จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2547.
 7. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือผู้ปฏิบัติงาน (therapist manual) การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบการรู้คิดพฤติกรรมบำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
 8. สวัสดิ์อุ้นใจ, กิจวัณ นาถวิไล, ญาธยา พันวิไล, สุกัญญา กาญจนบัตร, มานพ คณะโต. การประเมินการใช้แมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. ว. การพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 5(4):661–81.
 9. Grant S, Colaiaco B, Motala A, Shanman R, Booth M, Sorbero M, et al. Mindfulness-based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Addict Med* 2017;11(5):386–396.
 10. Ramadas E, De Lima MP, Caetano T, Lopes J, Anjos Dixe MD. Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention in Individuals with Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Behav Sci (Basel)* 2021;11(10):133.
 11. Vadivale AM, Sathiyaseelan A. Mindfulness-based relapse prevention–A metaanalysis. *Cogent Psychology* 2019;6(1):1–13.
 12. Ireland T. What Does Mindfulness Meditation Do to Your Brain? [Internet]. 2014 [Cited 2019 Dec 4] Available from: <https://www.blogs.scientificamerican.com/guest-blog/what-does-mindfulness-meditation-do-to-your-brain/>
 13. Taren AA, Creswell JD, Gianaros PJ. Dispositional Mindfulness Co-Varies with Smaller Amygdala and Caudate Volumes in Community Adults. *Plos One* 2013;8(5):e64574.
 14. กรมสุขภาพจิต. เผยติดยาบ้าเสี่ยง“ป่วยทางจิต”สูงกว่าคนทั่วไป 11 เท่า [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/?p=251750>
 15. MGR Online. จ່อขยายผล “สติบำบัด” ช่วยป้องกันคนกลับไปเสพยาบ้าได้ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.mgronline.com/qol/detail/9610000063490>
 16. หอจดหมายเหตุ พุทธทาส อินทปัญโญ. เจริญสติแบบเคลื่อนไหวแนวหลวงพ่อเทียน จิตตสุโก [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.main.bia.or.th/BlogDetail/event/56>
 17. ชูชีพ โพชะจา. การเจริญสติเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน. ว. พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2017;27(1):135–45.
 18. แนวหน้า. วิจัยพบวิธีเจริญสติ 14 ท่าของหลวงพ่อเทียน ลดเครียด วิตกกังวล แก่ซึมเศร้า เพิ่มความตื่นรู้ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 12 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.naewna.com/lady/>

421780

19. สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. คู่มือการใช้งานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.). พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ: อุดมศึกษา; 2560.
20. รอฮานี เจอะอาแซ, ฮัสณัฐ โต๊ะพา, สุไฮดาร์ เวเตะ, จมาพร หนูเพชร, เจ๊ะยารีเยาะ เจ๊ะโซ๊ะ, วิสุทธิ์ บิลล่าเต๊ะ, และคนอื่น ๆ. อัตราการใช้สารเสพติดและการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด ในชุมชนมุสลิมจังหวัดชายแดนภาคใต้. ว. วิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2560;28(2):195-07.
21. Fleiss JL, Levin B, Paik MC. Statistical Methods for Rates and Proportions. 3rd ed. Hoboken: Wiley-Interscience; 2003.
22. 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(5):547-56.
23. Yaghubi M, Zargar F. Effectiveness of Mindfulness-based Relapse Prevention on Quality of Life and Craving in Methadone-treated Patients: A Randomized Clinical Trial. Addict Health 2018;10(4):250-59
24. Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu SH. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. Addictive Behaviors 2013;38(2):1563-71.
25. Day One Rehabilitation. คู่มือผู้ต้องการบำบัดยาเสพติดอย่างไรเมื่อมีอาการอยากยา [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dayonerehabcenter.com/blog_content/18
26. รัชณีย์ วรรณขาม, อนัญญา อินทกาญจน์, นารีมาลย์ ปาแย. การพัฒนาโปรแกรมการเจริญสติเพื่อเสริมสร้างทักษะการป้องกันการกลับไปเสพยาสำหรับผู้ติดยาอื่น. ว. กรมการแพทย์ 2564;46(4):100-05.
27. Nadler R, Carswell JJ, Minda PJ. Online Mindfulness Training Increases Well-Being, Trait Emotional Intelligence, and Workplace Competency Ratings: A Randomized Waitlist-Controlled Trial. Front Psychol 2020;11:255.
28. ทวีศักดิ์ ลีรัตนเรขา. อีคิว...การพัฒนาสู่วุฒิภาวะทางอารมณ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2549. [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.happyhomeclinic.com/a03-EQ-empowerment.html>