นิพนธ์ต้นฉบับ **Original Article**

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรม ในผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ

Development of Knowledge Improvement Model Combining with Matrix Program Therapy for Relapse Prevention among Patients with Substance Use Disorders

นีรนุช โชติวรางกูล พย.บ.
แผนกจิตเวช
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
จังหวัดนครสวรรค์

Neeranut Chotiwarangkul B.N.S
Department of Psychiatric
Sawanpracharak Hospital
Nakhon Sawan

วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3
ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2564

Region 3 Medical and Public Health Journal
Vol. 18 No. 3 September - December 2021

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมในผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ โดยการเสริมสร้างความรู้ผู้ป่วยด้านโทษและผลกระทบยาเสพติด ในขั้นตอนก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัด และหลังจบการบำบัด และ 2) ขั้นตอนการใช้และประเมินผลเครื่องมือโดยการประเมินความรู้ผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังจบการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพ ผู้ติดสารกระตุ้นประสาท กัญชา และสารระเหย ที่ไม่มีอาการทางจิตประสาท ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึง 30 มิถุนายน 2562 และเข้าบำบัดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที รวม 16 ครั้ง ระยะเวลาอย่างน้อย 4 เดือน เปรียบเทียบความรู้ผู้ป่วยก่อนและหลังจบโปรแกรมการบำบัด โดยใช้ paired samples t test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ P น้อยกว่า 0.05 เปรียบเทียบอัตราการไม่เสพซ้ำ 3 เดือนหลังจบการบำบัด (3 months remission rate) กับเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขที่ร้อยละ 92 อัตราจบการบำบัด ระดับความรู้ผู้ป่วยกับอัตราการไม่เสพซ้ำ 3 เดือนหลังจบการบำบัด และความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผลการศึกษา : พัฒนาเครื่องมือเป็นชุดเสริมสร้างความรู้และชุดประเมินความรู้ผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท จำนวน 17 ข้อ ผู้ป่วยกัญชา 10 ข้อ และผู้ป่วยสารระเหย 10 ข้อ มีผู้จบการบำบัดสารกระตุ้นประสาท 43 คน กัญชา 27 คน และสารระเหย 12 คน ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาทมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 36.7 (คะแนนเฉลี่ย 10.93±2.91 และ 14.94±1.82, P<0.001) ผู้ป่วยกัญชามีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 79.6 (คะแนนเฉลี่ย

4.90 ±1.88 และ 8.80 ±0.78, P < 0.001) และผู้ป่วยสารระเหยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 83.7 (คะแนนเฉลี่ย 3.69±0.89 และ 6.78± 1.06, P < 0.001) อัตราการไม่เสพซ้ำ 3 เดือนหลังจบการบำบัดเพิ่มจากร้อยละ 80.4 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 92.7 ในปี 2562 และอัตราจบการบำบัดเพิ่มจากร้อยละ 61.3 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 81.2 ในปี 2562 ผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้หลังจบการบำบัดระดับสูงหยุดเสพยาได้ 3 เดือนหลังจบการบำบัดในอัตราที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้ระดับต่ำ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 64.6 และระดับมาก ร้อยละ 27.1

สรุป : การพัฒนาการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมร่วมกับการเสริมสร้างความรู้ด้านโทษและผลกระทบของยาเสพติด เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิผลดี ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอัตราการไม่เสพซ้ำ 3 เดือนหลังจบการบำบัด (3 months remission rate) เพิ่มขึ้น เป็นไปตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยพึงพอใจมากขึ้น ผู้ให้การบำบัดให้ความรู้ผู้ป่วยง่ายและชัดเจนขึ้นและมีแนวทางเดียวกัน จึงควรนำเครื่องมือและรูปแบบการบำบัดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ต่อไป

คำสำคัญ : พัฒนาเสริมสร้างความรู้, รูปแบบการเสริมสร้างความรู้, พัฒนารูปแบบร่วมกับเมทริกซ์โปรแกรม

Abstract

Objective : To develop and evaluate the effectiveness of knowledge improvement model combining with the matrix therapy program to prevent relapse in drug addict patients.

Method : This research and developmental method comprise 2 steps ; firstly, developing knowledge improvement model combining with matrix therapy program. Secondly, Using the model and evaluating a pre-post test score over the harm of CNS stimulants, cannabis and inhalant in every patient without psychiatric problems and having been treated with the program at least 1-1.30 hrs /week in total of 4 months (16 times) at the Department of Psychiatric Sawanpracharak Hospital during July 1, 2018-June 30, 2019. Paired samples t test($p<0.05$) was used to compare pre and post knowledge between 3 months remission rate to 92% Key Performance Indicator of Ministry of Public health.

Results : The model consists of 17 items of CNS stimulant knowledge - 10 cannabis and the other 7 of inhalants. Patients completed the drug therapy program as 43 cases of CNS stimulant, 27 of cannabis and 12 of inhalant accordingly. Significantly, found the differences score in 3 groups after comparing pre-post test. The CNS stimulants average score increases 36.7% (X 10.93±1.82,P < 0.001),

cannabis 79.6% (X 4.90 ±1.88 and 8.80 ± 0.78, P < 0.001) whereas inhalants 83.7%. (X 3.69 ± 0.89 and 6.78±1.06,P <0.001). The 3 months remission rate increases from 80.4% in 2017 to 92.7% in 2019 and the patients who completed the program were 61.3 in 2017 to 81.2% in 2019 after the study. The patient's satisfaction were 64.5% at most and 27.1% at more one.

Conclusion : The developed knowledge improvement model with matrix therapy program to prevent relapse in patients with drug addict were effective. The differences between pre and post test in 3 groups were significant. The 3-month remission rate increases relating to the target indicator of Ministry of Public Health. The study showed good effective results for patients, unify model that was easier for therapist to handle.

Key word : Developed knowledge improvement, knowledge improvement program, matrix program

บทนำ

การบำบัดยาเสพติดของประเทศไทย มีการบำบัดระบบสมัครใจ บังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติพื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และระบบต้องโทษ ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เป็นการบำบัดผู้ใช้ยาบ้า รองลงมา คือ กัญชา และไอซ์ รายงานข้อมูลยาเสพติดเขตสุขภาพที่ 3 มีผู้เข้าบำบัดยาเสพติดในสถานบริการสาธารณสุข ปี 2559 จำนวน 1,192 และปี 2560 จำนวน 2,126 คน[1] เพิ่มขึ้นร้อยละ 78.4 สำหรับจังหวัดนครสวรรค์ในปี 2559 และปี 2560 มีผู้เข้าบำบัดยาเสพติดระบบสมัครใจ จำนวน 942 คนและ 599 คน โดยเป็นการบำบัดในสถานพยาบาล จำนวน 144 คน และ 289 คน ซึ่งมีผู้เข้าบำบัดเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า ร้อยละ 75.8 และรองลงมาคือกัญชา ร้อยละ 12.5[1]

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ทั้งระบบสมัครใจ และบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติพื้นฟูผู้ติดยาเสพติด มีผู้ป่วยยาเสพติดเข้าบำบัดเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2558 ถึง 2560 มีผู้ป่วยจำนวน 62, 65 และ 75 คน ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยยาบ้าและไอซ์ ร้อยละ 75.8, 77.4 และ 72.9 ตามลำดับ รองลงมา คือกัญชา ร้อยละ 17.8, 17.0 และ 21.3 ตามลำดับ โดยใช้วิธีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกระบบเมทริกซ์โปรแกรม หรือโปรแกรมจิตสังคมบำบัด ซึ่งคู่มือมีรูปแบบการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรม เน้นบำบัดผู้ป่วยสารเสพติดประเภทกระตุ้นประสาทเป็นหลัก[2,3] แต่ยังพบปัญหาในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดตามโปรแกรมเมทริกซ์ เช่น ความสามารถด้านการอ่าน เขียน การคิดวิเคราะห์ ความอดทนและรับผิดชอบต่อการบำบัด และปัญหาอื่นๆ เช่น การประกอบอาชีพ และเศรษฐานะ เป็นต้น นอกจากนั้นการสำรวจความคิดเห็นผู้ป่วยที่เข้าบำบัดส่วนใหญ่เห็นว่า คู่มือบำบัดมีเนื้อหามาก ไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหา ระยะเวลาการบำบัดนานเกินไป และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถสรุปสาระสำคัญได้ตามเป้าหมายการบำบัด ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบำบัดยาเสพติดระบบเมทริกซ์โปรแกรม ปี 2560 พบว่า ด้านความรู้เพิ่มขึ้นหลังจบการบำบัด ด้านความชัดเจนของเนื้อหาความรู้ ด้านความเหมาะสมของ

เวลาบำบัด ด้านความสะดวกรวดเร็วการให้บริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง[4] การประเมินการใช้เมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของสถานพยาบาลในประเทศไทยพบว่า ต้องมีการประยุกต์ตามบริบทของพื้นที่ ไม่สามารถดำเนินการครบทุกขั้นตอน ทั้งด้านระยะเวลาและวิธีการ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านบุคลากร การประกอบอาชีพ การเรียนและการเดินทางของผู้เข้ารับการบำบัด[5-9] จะเห็นได้ว่าการบำบัดตามระบบเมทริกซ์โปรแกรมยังพบปัญหาอุปสรรคอยู่มาก นอกจากนั้น ผู้ให้การบำบัดต้องใช้ทักษะสูงมากเพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบบำบัด เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ จึงเป็นภารกิจที่ยากในการบำบัดรักษาผู้ป่วยให้ประสบความสำเร็จ ทำให้มีการรักษาไม่ครบ (drop out) สูง อัตราจบโปรแกรมการบำบัด ปี 2559 และ 2560 ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์อยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 58.5 และ 61.3 และอัตราการไม่เสพซ้ำ 3 เดือนหลังจบการบำบัด (3 month remission rate) ปี 2559 และ 2560 ดำเนินการได้ ร้อยละ 78.9 และ 80.4 ต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ในปี 2560 คือร้อยละ 92 จากงานวิจัยที่ผ่านมาสนับสนุนว่าความรู้ด้านยาเสพติดของผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับการใช้หรือไม่ใช้ยาเสพติด[10-13] และเมื่อวิเคราะห์เนื้อหาการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมพบว่า คู่มือยังขาดความรู้บางส่วนที่สำคัญซึ่งผู้ป่วยควรได้รับเพิ่มจากการบำบัดระบบเมทริกซ์ คือ เนื้อหาความรู้เรื่องโทษและผลกระทบของยาเสพติด เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้และนำไปสู่การไม่เสพซ้ำ ซึ่งเป็นเป้าหมายการบำบัดยาเสพติด ดังนั้นกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จึงมีการพัฒนารูปแบบวิธีการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดที่มีการเพิ่มเนื้อหาความรู้เรื่องโทษและผลกระทบของยาเสพติด และสรุปเนื้อหาที่สำคัญของคู่มือการบำบัดระบบเมทริกซ์ให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้น น่าสนใจมากขึ้น มีรูปแบบการบำบัดชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน และมีเครื่องมือการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ สามารถวัดผลได้ โดยทำการวิจัยและพัฒนา (research and development) ครั้งนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมในผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ และประเมินประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมในผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) รูปแบบการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมในผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยยาเสพติดทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพ ผู้ติดสารกระตุ้นประสาท กัญชา และสารระเหย ที่ไม่มีอาการทางจิตประสาท ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกระบบเมทริกซ์โปรแกรม ระยะเวลาอย่างน้อย 4 เดือน และยินดีเข้าร่วมวิจัย ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึง 30 มิถุนายน 2562 เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้มีอาการทางจิตประสาทระหว่างการบำบัด มีโรคติดต่อ เจ็บป่วยเป็นเวลานานระหว่างการบำบัด สภาพร่างกายไม่สามารถบำบัดแบบผู้ป่วยนอกได้ และผู้ที่ขาดการบำบัด และเกณฑ์ยุติการวิจัย เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่ร่วมมือในการบำบัด และผู้ป่วยหรือผู้ปกครองบอกเลิกการบำบัด หรือถูกจับดำเนินคดี กระบวนการวิจัยประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ และ 2) ขั้นตอนการใช้และประเมินผลเครื่องมือ

ขั้นตอนการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ ดำเนินการโดย วิเคราะห์สภาพปัญหาที่พบในการบำบัดยาเสพติดด้วยระบบเมทริกซ์เพียงอย่างเดียวของหน่วยงาน ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่

เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการบำบัด แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความรู้ด้านยาเสพติดที่ส่งผลต่อการปฏิบัติเพื่อไม่ใช้ยาเสพติด ศึกษาความต้องการเพื่อพัฒนา คือ ผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายตัวชี้วัด อัตราจบการบำบัดที่ต่ำ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบำบัดอยู่ในระดับที่ไม่สูง ความต้องการของผู้ให้การบำบัดองค์ความรู้ในการสร้างเครื่องมือเพื่อเสริมสร้างความรู้ผู้ป่วยและเครื่องมือประเมินความรู้ผู้ป่วยก่อนและหลังการบำบัด กำหนดรูปแบบวิธีการบำบัด สร้างเครื่องมือชุดเสริมสร้างความรู้ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท กัญชา สารระเหย และชุดประเมินความรู้ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท กัญชา สารระเหย ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ ปรับปรุงแก้ไข ทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วย 3 กลุ่ม และปรับปรุงก่อนนำมาใช้จริง

ขั้นตอนการใช้และประเมินผลเครื่องมือ ดำเนินการโดย นำชุดเสริมสร้างความรู้ผู้ป่วยและชุดประเมินความรู้ผู้ป่วยทั้ง 3 ชุด ไปใช้ในกลุ่มทดลองจริงตามกระบวนการวิจัย วิเคราะห์คะแนนความรู้ผู้ป่วย 3 กลุ่ม ก่อนและหลังการบำบัด อัตราไม่เสพซ้ำ 3 เดือนหลังจบการบำบัด อัตราการจบการบำบัด ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังพัฒนารูปแบบบำบัด วิเคราะห์การพัฒนาเครื่องมือ และผลสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการบำบัด ต่อผู้ป่วย ต่อผู้ให้การบำบัด และต่อตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ตามเป้าหมายที่กำหนด หากไม่เป็นไปตามเป้าหมายนำมาแก้ไขพัฒนาปรับปรุงรอบใหม่ และนำรูปแบบการบำบัดที่เป็นการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมที่ได้จากวงรอบการพัฒนา และชุดเสริมสร้างความรู้ผู้ป่วย ชุดประเมินความรู้ผู้ป่วย ไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยในหน่วยงานต่อเนื่อง

วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความรู้ผู้เข้ารับการบำบัดก่อนและหลังจบการบำบัดโดยใช้ paired samples t test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ P น้อยกว่า 0.05 และเปรียบเทียบอัตราการไม่เสพซ้ำ 3 เดือนหลังจบการบำบัด (3 months remission rate) ของกลุ่มผู้ป่วยก่อนและหลังการวิจัยพัฒนารูปแบบการบำบัด และจัดกลุ่มคะแนนความรู้ผู้ป่วยเทียบกับอัตราการเสพซ้ำ และอัตราการจบการบำบัด

ผลการศึกษา

ผลการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ จากการวิเคราะห์ปัญหา และศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้พัฒนาเครื่องมือสำหรับเสริมสร้างความรู้ด้านยาเสพติดที่ส่งผลต่อการปฏิบัติเพื่อไม่ใช้ยาเสพติด เป็นชุดเสริมสร้างความรู้ผู้ป่วย (intervention) สารกระตุ้นประสาทมีเนื้อหาความรู้ 17 ข้อ กัญชา 10 ข้อ และสารระเหย 10 ข้อ โดยเนื้อหาเป็นความรู้ในการเฉลยข้อคำถามที่ใช้ประเมินความรู้ผู้ป่วยก่อนและหลังการบำบัด สร้างจากการทบทวนความรู้เรื่องโทษพิษภัยและผลกระทบของสารกระตุ้นประสาท กัญชา และสารระเหย มีเนื้อหากระชับ อ่านเข้าใจง่าย ตรงประเด็น เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ให้การบำบัดใช้เสริมสร้างความรู้ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท กัญชา และสารระเหย ระหว่างการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความสอดคล้องของเนื้อหาความรู้ในเชิงโครงสร้างและทฤษฎีโดยจิตแพทย์ในกลุ่มงาน 3 ท่าน หลังแก้ไขปรับปรุง มีค่า IOC มากกว่า 0.9 ทั้ง 3 ชุด นำชุดเสริมสร้างความรู้ทั้ง 3 ชุด ไปทดลองให้ความรู้ผู้ป่วย และปรับปรุงเนื้อให้อ่านง่ายและชัดเจนขึ้น

สำหรับการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินความรู้ผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ชุด คือ 1) ชุดประเมิน

ความรู้ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท 2) ชุดประเมินความรู้ผู้ป่วยกัญชา และ 3) ชุดประเมินความรู้ผู้ป่วยสารระเหย ชุดประเมินความรู้ผู้ป่วยทั้ง 3 ชุด เป็นแบบให้เลือกคำตอบที่ถูกที่สุด มี 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน เป็นข้อคำถามที่กระชับ อ่านเข้าใจง่าย ตรงประเด็นโดยมีรายละเอียดดังนี้

ชุดประเมินความรู้ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท สร้างจากการทบทวนความรู้และเพิ่มเนื้อหาความรู้ด้านโทษและผลกระทบของสารเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท และสรุปเนื้อหาสำคัญของคู่มือการบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม: Matrix Program ที่ใช้บำบัดผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท มีเนื้อหาการให้การปรึกษารายบุคคล การฝึกทักษะการเลิกยาระยะเริ่มต้น การป้องกันการเสพซ้ำ และครอบครัวบำบัด เป็นข้อคำถาม 17 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพด้านความสอดคล้องของเนื้อหาความรู้ในเชิงโครงสร้างและทฤษฎีโดยจิตแพทย์ในกลุ่มงาน 3 ท่าน หลังแก้ไขปรับปรุง มีค่า IOC มากกว่า 0.9 ทุกข้อคำถาม และค่า IOC รวม มากกว่า 0.9 นำชุดแบบประเมินความรู้ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาทไปทดลองใช้วัดความรู้ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท จำนวน 24 คน ที่เป็นผู้ป่วยที่เข้ามาบำบัดรักษาก่อนหน้านี้ มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) 0.759 (KR-20)

ชุดประเมินความรู้ผู้ป่วยกัญชา สร้างจากการทบทวนความรู้เรื่องโทษและผลกระทบของกัญชา เนื่องจากยังไม่มีโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยกัญชา จึงประยุกต์ใช้คู่มือการบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม: Matrix Program มาใช้บำบัดผู้ป่วยกัญชา และเพิ่มเนื้อหาความรู้เรื่องโทษและผลกระทบของกัญชาเข้ามาในการบำบัดด้วย ซึ่งแบบประเมินเน้นเนื้อหาเรื่องโทษและผลกระทบของกัญชาเป็นหลัก เป็นคำถาม 10 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความสอดคล้องของเนื้อหาความรู้ในเชิงโครงสร้างและทฤษฎีโดยจิตแพทย์ในกลุ่มงาน 3 ท่าน หลังแก้ไขปรับปรุง มีค่า IOC มากกว่า 0.9 ทุกข้อคำถาม และค่า IOC รวม มากกว่า 0.9 นำชุดแบบประเมินความรู้ผู้ป่วยกัญชาไปทดลองใช้วัดความรู้ผู้ป่วยกัญชา จำนวน 19 คน ที่เป็นผู้ป่วยที่เข้ามาบำบัดรักษาก่อนหน้านี้ มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) 0.507 (KR-20)

ชุดประเมินความรู้ผู้ป่วยสารระเหย สร้างจากการทบทวนความรู้เรื่องโทษและผลกระทบของสารระเหย เนื่องจากยังไม่มีโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยสารระเหย จึงประยุกต์ใช้คู่มือการบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม: Matrix Program มาใช้บำบัดผู้ป่วยสารระเหย และเพิ่มเนื้อหาความรู้เรื่องโทษและผลกระทบของสารระเหยเข้ามาในการบำบัดด้วย ซึ่งแบบประเมินเน้นเนื้อหาเรื่องโทษและผลกระทบของสารระเหยเป็นหลัก เป็นคำถาม 10 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความสอดคล้องของเนื้อหาความรู้ในเชิงโครงสร้างและทฤษฎีโดยจิตแพทย์ในกลุ่มงาน 3 ท่าน หลังแก้ไขปรับปรุง มีค่า IOC มากกว่า 0.9 ทุกข้อคำถาม และ ค่า IOC รวม มากกว่า 0.9 นำชุดแบบประเมินความรู้ผู้ป่วยสารระเหยไปทดลองใช้วัดความรู้ผู้ป่วยสารระเหย จำนวน 12 คน ที่เป็นผู้ป่วยที่เข้ามาบำบัดรักษาก่อนหน้านี้ มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) 0.812 (KR-20)

ผลการนำเครื่องมือไปใช้โดยชี้แจงพยาบาลผู้รับผิดชอบบำบัดยาเสพติด ที่ผ่านการอบรมการ

บำบัดยาเสพติดระบบเมททริกซ์โปรแกรมและมีประสบการณ์การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดไม่น้อยกว่า 3 ปี รวม 6 คน ให้ทราบวิธีเก็บข้อมูล การใช้แบบประเมินความรู้และการให้ความรู้ด้วยชุดเสริมสร้างความรู้ผู้ป่วย เก็บข้อมูลโดยสอบถามจากผู้ป่วยและจากเวชระเบียน ด้าน เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา และประเภทของสารเสพติดที่ใช้ รวบรวมข้อมูลโดยใช้รหัสผู้ป่วยแทนชื่อผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องการเปิดเผยชื่อในการให้ข้อมูลต่างๆ และดำเนินการแต่ละขั้นตอนโดยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย เนื่องจากผู้ป่วยยาเสพติดเป็นกลุ่มเปราะบาง และให้การบำบัดรูปแบบการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรม ในผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท กัญชา และสารระเหย วิธีการ คือ 1) ให้การบำบัดผู้ป่วยตามเนื้อหาการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรม เรื่องการให้การปรึกษารายบุคคล การฝึกทักษะการเลิกยาระยะเริ่มต้น การป้องกันการเสพซ้ำ และครอบครัวบำบัด ทำกิจกรรมครั้งละ 5-6 กิจกรรม แบบรายบุคคล/รายกลุ่ม เป็นเวลา 16 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาบำบัดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที มีการสุ่มตรวจปัสสาวะในระหว่างบำบัด 2) ประเมินความรู้ผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ครั้งที่ 1 ก่อนการบำบัด และครั้งที่ 2 หลังจบการบำบัด 16 สัปดาห์ ด้วยชุดประเมินความรู้ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท 17 ข้อ ผู้ป่วยกัญชา 10 ข้อ ผู้ป่วยสารระเหย 10 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 3) เสริมสร้างความรู้ผู้ป่วย ครั้งที่ 1 หลังประเมินความรู้ครั้งที่ 1 ก่อนการบำบัดด้วยชุดเสริมสร้างความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสริมสร้างความรู้ ครั้งที่ 2 เมื่อบำบัดครบ 8 สัปดาห์ และเสริมสร้างความรู้ ครั้งที่ 3 หลังวัดความรู้ ครั้งที่ 2 และ 4) ประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยหลังจบการบำบัดรูปแบบการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรม

ผลการประเมินผลเครื่องมือ จากการนำเครื่องมือไปใช้ และประเมินประสิทธิภาพ พบว่า มีผู้จบการบำบัดสารกระตุ้นประสาทจำนวน 43 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.7 อายุเฉลี่ย 29.0±8.8 ปี อายุต่ำสุด 16 ปี และสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง และการศึกษาจบมัธยมศึกษาตอนต้นและประถมศึกษา ผู้จบการบำบัดกัญชา จำนวน 27 คน ทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 21.9±5.3 ปี อายุต่ำสุด 16 ปี และสูงสุด 40 ปี ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้างและเป็นนักเรียนหรือนักศึกษา และการศึกษาจบประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น และผู้จบการบำบัดสารระเหย จำนวน 12 คน ทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 22.2±6.7 ปีต่ำสุด 14 ปี และสูงสุด 32 ปี ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง และการศึกษาจบประถมศึกษา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านบุคคลของผู้ป่วย

ข้อมูลด้านบุคคล	ประเภทผู้ป่วย จำนวน (ร้อยละ)		
	สารกระตุ้นประสาท (n=43)	ผู้ป่วยกัญชา (n=27)	ผู้ป่วยสารระเหย (n=12)
เพศ			
ชาย	36 (83.7)	27 (100.0)	12 (100.0)
หญิง	7 (16.3)	0	0
อายุ (ปี)			
<15	0	0	1 (8.3)
15-24	18 (41.9)	22 (81.5)	7 (58.3)
25-34	14 (32.6)	4 (14.8)	4 (33.3)
35-44	9 (20.9)	1 (3.7)	0
45-54	1 (2.3)	0	0
55-64	1 (2.3)	0	0
Mean (S.D)	29.0 (8.9)	21.9 (5.3)	22.2 (6.7)
อาชีพ			
รับจ้าง	24 (55.8)	12 (44.4)	5 (41.8)
เกษตรกร	0	0	2 (16.7)
นักเรียน/นักศึกษา	0	10 (37.0)	1 (8.3)
ทหารเกณฑ์	8 (18.6)	0	0
ค้าขาย	7 (16.3)	4 (14.8)	0
ว่างงาน	0	1 (3.7)	4 (33.3)
อื่นๆ	4 (9.3)	0	0

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านบุคคลของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลด้านบุคคล	ประเภทผู้ป่วย จำนวน (ร้อยละ)		
	สารกระตุ้นประสาท (n=43)	ผู้ป่วยกัญชา (n=27)	ผู้ป่วยสารระเหย (n=12)
การศึกษา			
ไม่ได้เรียน	0	0	2 (16.7)
ประถมศึกษา	14 (32.6)	10 (37.0)	8 (66.7)
มัธยมศึกษาตอนต้น	19 (44.2)	10 (37.0)	1 (8.3)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3 (7.0)	2 (7.4)	1 (8.3)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	6 (14.0)	4 (14.8)	0
ปริญญาตรี	0	1 (3.7)	0

เมื่อพิจารณาความรู้ของผู้ป่วยรายข้อพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อเพิ่มขึ้นทุกข้อคำถาม โดยผู้ป่วยสารเสพติดกระตุ้นประสาท มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อหลังบำบัดน้อยที่สุดในข้อ 3 มีคะแนนเฉลี่ย 0.63 คะแนน ข้อคำถาม คือ “เมื่อเลิกยาบ้า ยาไอซ์ ยาอี ตอนแรกๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงของความคิดและอารมณ์เนื่องจากสาเหตุใด” และคะแนนเฉลี่ยหลังบำบัดเพิ่มขึ้นมากที่สุดในข้อ 1 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.46 คะแนน ข้อคำถาม คือ “ยาบ้ายาไอซ์ยาอีเป็นยาเสพติดที่ออกฤทธิ์อย่างไรต่อระบบประสาท” (ตารางที่ 2) ผู้ป่วยกัญชามีคะแนนเฉลี่ยรายข้อหลังบำบัดน้อยที่สุดในข้อ 6 และข้อ 10 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 0.67 คะแนน ข้อคำถามคือ “การเสพกัญชาทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดมากกว่าบุหรี่กี่เท่า” และ “ผู้เสพกัญชา มีโทษทางกฎหมายอย่างไร” และคะแนนเฉลี่ยหลังบำบัดเพิ่มขึ้นมากที่สุดในข้อ 4 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.59 คะแนน ข้อคำถามคือ “การเสพกัญชามีผลต่อภูมิคุ้มกันโรคอย่างไร” (ตารางที่ 3) และผู้เข้าบำบัดสารระเหย มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อหลังบำบัดน้อยที่สุดในข้อ 5 ข้อ 8 และข้อ 10 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 0.42 คะแนน ข้อคำถาม คือ “สารระเหยมีพิษต่อระบบใดของร่างกายได้บ้าง” “อาการสำคัญที่ผู้ป่วยสารระเหยมักมาพบแพทย์คืออะไร” และ “เมื่อหยุดใช้สารระเหยแล้ว แต่อาการที่ยังคงอยู่อีกเป็นเวลานานคืออาการใด” และคะแนนเฉลี่ยหลังบำบัดเพิ่มขึ้นมากที่สุดในข้อ 9 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.50 คะแนน คำถาม คือ “อาการปอดอักเสบที่อาจเกิดได้จากการใช้สารระเหย คือข้อใด” (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความรู้รายข้อก่อนและหลังการบำบัดผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท

คำถาม	คะแนนความรู้เฉลี่ย (S.D.) (คะแนนเต็มข้อละ 1 คะแนน)		
	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด	คะแนนเพิ่มขึ้น
1. ยาบ้ายาไอซ์ยาอี เป็นยาเสพติดที่ออกฤทธิ์อย่างไรต่อระบบประสาท	0.40 (0.50)	0.86 (0.35)	0.46
2. โรคสมองติดยาเกิดจากสาเหตุใด	0.63 (0.49)	0.93 (0.26)	0.30
3. เมื่อเลิกยาบ้า ยาไอซ์ ยาอีตอนแรกๆจะมีการเปลี่ยนแปลงของความคิด และอารมณ์เนื่องจากสาเหตุใด	0.21 (0.41)	0.63 (0.49)	0.42
4. คำว่า “ตัวกระตุ้น” ในเรื่องยาเสพติด หมายถึงอะไร	0.42 (0.50)	0.72 (0.45)	0.30
5. ตัวกระตุ้นในเรื่องยาเสพติด ได้แก่สิ่งใดบ้าง ต่อไปนี้	0.54 (0.51)	0.83 (0.32)	0.30
6. ข้อใดเป็น “ตัวกระตุ้นภายนอก” ทั้งหมด	0.61 (0.50)	0.88 (0.32)	0.27
7. สิ่งสำคัญที่สุดในการเลิกยาคือข้อใด	0.79 (0.41)	0.93 (0.26)	0.14
8. การทำตารางกิจกรรมประจำวันและฝึกปฏิบัติตามตารางกิจกรรม มีประโยชน์อย่างไร	0.23 (0.43)	0.67 (0.47)	0.44
9. การบันทึกปฏิทินการเลิกยามีความสำคัญ อย่างไร	0.93 (0.26)	1.00 (0.00)	0.07
10. ปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยในการเลิกยา และทำให้เลิกยาไม่ได้คือข้อใด	0.51 (0.51)	0.81 (0.39)	0.30
11. สมองจะคิดถึงยา และผู้ติดยามักกลับไปเสพยาซ้ำเนื่องจากสาเหตุใด	0.88 (0.32)	0.98 (0.15)	0.10
12. ผู้ติดยาเสพติดมาก ๆ มักมีลักษณะอย่างไร	0.98 (0.15)	1.00 (0.00)	0.02
13. การทำตนเป็นคนฉลาด แต่อย่าอวดเก่งหมายถึง	0.56 (0.50)	0.79 (0.41)	0.23
14. เพื่อนที่ดีมีลักษณะอย่างไร	0.91 (0.29)	0.95 (0.21)	0.04
15. คนเราควรมีจุดมุ่งหมาย หรือ เป้าหมายชีวิตหรือไม่	0.98 (0.15)	1.00 (0.00)	0.02
16. เป้าหมายของชีวิตมีประโยชน์ อย่างไร	0.77 (0.43)	0.88 (0.32)	0.11
17. บุหรี่ และ สุราเป็นยาเสพติด หรือไม่	0.58 (0.50)	0.93 (0.26)	0.35

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความรู้รายข้อก่อนและหลังการบำบัดผู้ป่วยกัญชา

คำถาม	คะแนนความรู้เฉลี่ย (S.D.) (คะแนนเต็มข้อละ 1 คะแนน)		
	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด	คะแนนเพิ่มขึ้น
1. กัญชาเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์อย่างไรต่อระบบประสาท	0.30 (0.50)	0.74 (0.45)	0.44
2. ผู้เสพกัญชาจะทำให้เกิดอาการผิดปกติอย่างไรได้บ้าง	0.33 (0.50)	0.82 (0.40)	0.49
3. อาการทางกายที่มักพบเมื่อเสพกัญชาไปนานๆ คือข้อใด	0.59 (0.41)	1.00 (0.00)	0.41
4. การเสพกัญชาไปนานๆ จะมีผลต่อภูมิคุ้มกันโรคอย่างไร	0.37 (0.50)	0.96 (0.19)	0.59
5. การเสพกัญชานาน ๆ จะมีผลต่อสมองอย่างไร	0.67 (0.51)	1.00 (0.00)	0.33
6. การเสพกัญชาทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดมากกว่าบุหรี่กี่เท่า	0.19 (0.50)	0.67 (0.48)	0.48
7. หญิงตั้งครรภ์ที่เสพกัญชา อาจทำให้เกิดความพิการของทารกได้ เนื่องจากสาเหตุใด	0.78 (0.41)	0.93 (0.27)	0.15
8. การเสพกัญชาอาจทำให้ระดับฮอร์โมนในเพศชายเปลี่ยนแปลงอย่างไร	0.41 (0.43)	0.93 (0.27)	0.52
9. กัญชา จัดเป็นสารเสพติดให้โทษประเภทใดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522	0.78 (0.78)	0.96 (0.19)	0.18
10. ผู้เสพกัญชามีโทษทางกฎหมาย อย่างไร	0.44 (0.51)	0.67 (0.48)	0.23

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความรู้รายข้อก่อนและหลังการบำบัดผู้ป่วยสารระเหย

คำถาม	คะแนนความรู้เฉลี่ย (S.D.) (คะแนนเต็มข้อละ 1 คะแนน)		
	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด	คะแนนเพิ่มขึ้น
1. สารระเหยหมายถึงสารใดบ้างต่อไปนี้	0.50 (0.52)	0.92 (0.29)	0.42
2. สารระเหยเข้าสู่ร่างกายวิธีใดได้เร็วที่สุด	0.83 (0.39)	0.92 (0.29)	0.09
3. สารระเหยออกฤทธิ์อย่างไรต่อระบบประสาท	0.42 (0.51)	0.84 (0.39)	0.42
4. เมื่อสูดดมสารระเหยแล้ว สารระเหยจะผ่านไปยังอวัยวะใดได้บ้าง	0.67 (0.49)	0.75 (0.45)	0.08
5. สารระเหยมีพิษต่อระบบใดของร่างกายได้บ้าง	0.08 (0.29)	0.42 (0.52)	0.34
6. การสูดดมสารระเหยมาก ๆ จะทำให้ ซึม ชัก หมดสติ และเสียชีวิตได้ เนื่องจากสาเหตุใด	0.58 (0.52)	0.92 (0.29)	0.34
7. อาการทางจิตประสาทที่พบมากในผู้ใช้สารระเหยคืออาการใดบ้าง	0.33 (0.49)	0.75 (0.45)	0.42
8. อาการสำคัญที่ผู้ป่วยสารระเหยมักมาพบแพทย์ คือ	0.17 (0.39)	0.42 (0.51)	0.25
9. อาการปอดอักเสบที่อาจเกิดได้จากการใช้สารระเหย คือข้อใด	0.00 (0.00)	0.50 (0.52)	0.50
10. เมื่อหยุดใช้สารระเหยแล้ว แต่อาการที่ยังคงอยู่อีกเป็นเวลานานคืออาการใด	0.00 (0.00)	0.42 (0.52)	0.42

เมื่อพิจารณาความรู้ในภาพรวมของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มพบว่า ผู้ป่วยสารเสพติดกระตุ้นประสาท มีคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนเข้าบำบัด 10.93 คะแนน หลังการบำบัด 14.94 คะแนน จาก 17 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 36.7 ของคะแนนที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยกัญชามีคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนเข้าบำบัด 4.90 คะแนน หลังการบำบัด 8.80 คะแนน จาก 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 79.6 ของคะแนนที่เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยสารระเหยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนเข้าบำบัด 3.69 คะแนน หลังการบำบัด 6.78 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 83.7 ของคะแนนที่เพิ่มขึ้น พบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังจบโปรแกรมการบำบัดระยะเวลาอย่างน้อย 4 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มก่อนและหลังจบโปรแกรมการบำบัดยาเสพติด

ประเภทผู้ป่วย	คะแนนเต็ม (คะแนน)	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)		P-value
		ก่อน	หลัง	
ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท (n=43)	17	10.93 (2.91)	14.94 (1.82)	p<0.001
ผู้ป่วยกัญชา (n=27)	10	4.90 (1.88)	8.80 (0.78)	p<0.001
ผู้ป่วยสารระเหย (n=12)	10	3.69 (0.89)	6.78 (1.06)	p<0.001

เมื่อแบ่งระดับความรู้ของผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ พบว่า ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท มีคะแนนความรู้หลังจบการบำบัด อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.0 ระดับต่ำ ร้อยละ 11.6 ผู้ป่วยกัญชา มีคะแนนความรู้หลังจบการบำบัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.7 และผู้ป่วยสารระเหย มีคะแนนความรู้หลังจบการบำบัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 16.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 16.7 โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนสูง มีอัตราการเลิกยาได้ 3 เดือนหลังจบการบำบัดสูงกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนระดับต่ำ (ตารางที่ 6)

การติดตามผู้ป่วยเมื่อครบ 3 เดือน พบอัตราการไม่เสพซ้ำ 3 เดือนหลังจบการบำบัด (3 months remission rate) ของผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท ร้อยละ 90.7 ผู้ป่วยกัญชา ร้อยละ 96.3 ผู้ป่วยสารระเหย ร้อยละ 91.7 และรวมทั้ง 3 กลุ่ม ร้อยละ 92.7 (ตารางที่ 6) โดยผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาทที่มีคะแนนความรู้ระดับสูง จำนวน 32 คน มีอัตราไม่เสพซ้ำ ร้อยละ 96.9 ผู้ที่มีคะแนนความรู้ระดับต่ำ มีอัตราไม่เสพซ้ำ ร้อยละ 60.0 ผู้ป่วยกัญชาที่ได้คะแนนความรู้ระดับสูง จำนวน 26 คนไม่เสพซ้ำทุกคน คิดเป็น ร้อยละ 100.0 ผู้ที่มีคะแนนความรู้ระดับระดับต่ำ 1 คนและเป็นผู้เสพซ้ำ คิดเป็น ร้อยละ 100.0 ผู้ป่วยสารระเหย ที่มีคะแนนความรู้ระดับสูงและปานกลางไม่มีผู้เสพซ้ำ ผู้มีคะแนนความรู้ระดับต่ำ 2 คน เสพซ้ำ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 อัตราการเลิกยาเสพติดได้อย่างน้อย 3 เดือนหลังจบการบำบัดเปรียบเทียบกับระดับคะแนนความรู้ผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม

ระดับคะแนนความรู้ผู้ป่วยหลังจบการบำบัด	จำนวนผู้จบการบำบัด (ร้อยละ)	จำนวนผู้เลิกยาได้ 3 เดือน (ร้อยละ)
ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท (n=43)		
สูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	32 (74.4)	31 (96.9)
ปานกลาง (ร้อยละ 60-79.9)	6 (14.0)	5 (83.3)
ต่ำ (น้อยกว่า ร้อยละ 60)	5 (11.6)	3 (60.0)
รวม	43 (100.0)	39 (90.7)
ผู้ป่วยกัญชา (n=27)		
สูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	26 (96.3)	26 (100.0)
ปานกลาง (ร้อยละ 60-79.9)	0 (0)	0 (0)
ต่ำ (น้อยกว่า ร้อยละ 60)	1 (3.7)	0 (0.0)
รวม	27 (100.0)	26 (96.3)
ผู้ป่วยสารระเหย (n=12)		
สูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	2 (16.7)	2 (100.0)
ปานกลาง (ร้อยละ 60-79.9)	8 (66.7)	8 (100.0)
ต่ำ (น้อยกว่า ร้อยละ 60)	2 (16.7)	1 (50.0)
รวม	12 (100.0)	11 (91.7)
รวมผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม (n=82)	82 (100.0)	76 (92.7)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยยาเสพติดต่อการเข้าบำบัดยาเสพติดหลังปรับรูปแบบวิธีการบำบัดที่เป็นรูปแบบการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรม จำนวน 48 คน มีความพึงพอใจด้านความรู้เพิ่มขึ้น อยู่ระดับมากที่สุด ร้อยละ 66.7 และระดับมาก ร้อยละ 22.9 ด้านความชัดเจนของเนื้อหาการให้ความรู้ อยู่ระดับมากที่สุด ร้อยละ 47.9 และระดับมากร้อยละ 37.5 ด้านความสามารถถ่ายทอดความรู้ของพยาบาลผู้ให้การบำบัด อยู่ระดับมากที่สุด ร้อยละ 62.5 และระดับมาก ร้อยละ 31.3 ด้านความเหมาะสมของเวลาบำบัด อยู่ระดับมาก ร้อยละ 45.8 มากที่สุด ร้อยละ 31.3 ด้านความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ อยู่ระดับมาก ร้อยละ 41.7 และมากที่สุด ร้อยละ 35.4 และด้านความเหมาะสมของสถานที่บำบัด อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.5 ระดับมาก ร้อยละ 27.1 โดยมีความพึงพอใจโดยรวม อยู่ระดับมากที่สุด ร้อยละ 64.6 และระดับมาก ร้อยละ 27.1 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจของผู้ป่วยยาเสพติด ต่อการเข้าบำบัดยาเสพติดหลังปรับรูปแบบการบำบัดที่เป็นรูปแบบการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรม

หัวข้อการประเมินความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ (n=48) จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. มีความรู้เพิ่มขึ้นหลังจบการบำบัด	32 (66.7)	11 (22.9)	5 (10.4)	0	0
2. ความชัดเจนของเนื้อหาความรู้	23 (47.9)	18 (37.5)	7 (14.6)	0	0
3. ความสามารถถ่ายทอดความรู้ของผู้ให้การบำบัด	30 (62.5)	15 (31.3)	3 (6.3)	0	0
4. ความเหมาะสมของเวลาบำบัด	15 (31.3)	22 (45.8)	11 (22.9)	0	0
5. ความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ	17 (35.4)	20 (41.7)	9 (18.8)	2 (4.2)	0
6. ความเหมาะสมของสถานที่บำบัด	8 (16.7)	13 (27.1)	18 (37.5)	9 (18.8)	0
7. ความพึงพอใจโดยรวมทุกด้าน	31 (64.6)	13 (27.1)	3 (6.3)	1 (2.1)	0

วิจารณ์

การพัฒนารูปแบบการบำบัดที่เป็นการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยการเสริมสร้างความรู้เรื่องโทษและผลกระทบของยาเสพติดเพิ่มเติมจากเนื้อหาเมทริกซ์ปกติ พัฒนาชุดเสริมสร้างความรู้ที่สรุปเนื้อหาสำคัญของคู่มือเมทริกซ์และเนื้อหาด้านโทษและผลกระทบของยาเสพติดมาใช้ ในรูปแบบของการเฉลยคำถามของชุดประเมินความรู้ผู้ป่วยก่อนและหลังการบำบัดที่ใช้คำถามที่เข้าใจง่าย และช่วยลดความซ้ำซ้อนในการบำบัด เนื่องจากมีเนื้อหาชัดเจนที่จะให้ความรู้ผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้น และเป็นแนวทางเดียวกันแม้ผู้ให้การบำบัดเป็นคนละคนกัน รวมถึงพัฒนารูปแบบการบำบัดให้น่าสนใจมากขึ้น ไม่น่าเบื่อ และมีความท้าทาย เนื่องจากผู้ป่วยอยากมีคะแนนเพิ่มขึ้นหลังจบการบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น และคงอยู่ในระบบมากขึ้น โดยมีการเสริมสร้างความรู้ช่วงสัปดาห์ที่ 4 ระหว่างการบำบัด เพื่อเป็นการเน้นย้ำให้เกิดความตระหนักมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่มีปัญหาหลายด้านอาจกลับไปเสพซ้ำได้ง่าย[14] และมีการเสริมสร้างความรู้หลังจบการบำบัดอีกครั้ง เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยยังมีระดับความรู้ไม่สูงในบางประเด็น ซึ่งผลที่ได้จากการพัฒนานี้พบว่าผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท ผู้ป่วยกัญชา และผู้ป่วยสารระเหย มีความรู้ก่อนและหลังจบการบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นับว่าการเสริมสร้างความรู้มีประสิทธิภาพดี โดยผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาทมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 36.7 แต่ยังพบว่าความรู้รายข้อหลังบำบัดค่อนข้างต่ำในข้อซึ่งเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงของความคิดและอารมณ์ที่เกิดในระยะแรกของการเลิกยา เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง และในเรื่องประโยชน์ของการทำตารางกิจกรรมประจำวันเพื่อการฝึกสมองส่วนเหตุผล จึงต้องให้ความรู้ผู้ป่วยส่วนนี้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เยาวชนมีความรู้ด้านอันตรายและ

ผลกระทบจากการเสพสารเสพติดในเชิงประจักษ์น้อยมาก โดยรับรู้และมีทัศนคติในเชิงบวกต่อฤทธิ์ของสารเสพติดขณะที่ใช้เท่านั้น[11] สะท้อนถึงผลของการให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักในอันตรายของการใช้สารเสพติดที่ยังไม่เพียงพอ ผู้ป่วยกัญชามีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 79.6 แต่ยังพบว่าความรู้รายข้อหลังบำบัดค่อนข้างต่ำในข้อคำถามเกี่ยวกับเรื่องการเสพกัญชามีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดได้มากกว่าบุหรี่ และเรื่องโทษทางกฎหมายของผู้เสพกัญชา ซึ่งประชาชนบางส่วนคิดว่ากัญชามีประโยชน์มากกว่าโทษ และมีความรู้เรื่องโทษทางกฎหมายน้อย ซึ่งกัญชามีผลกระทบต่อสังคม และสุขภาพร่างกาย เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด เชาว์ปัญญา ความผิดปกติทางจิต ผลของกลุ่มอาการติดยา ผู้ที่เสพกัญชานานๆ จะเกิดอาการทางจิต 1 ใน 10 ของผู้เสพ แต่หากเสพตั้งแต่วัยรุ่นจะเกิดได้มากขึ้นเป็น 1 ใน 6 ของผู้เสพ และผู้เสพจะมีความต้องการยาอย่างมาก ไม่สามารถลดการเสพได้ เกิดภาวการณ์หยุดยา และเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม[15] จึงต้องให้ความรู้ผู้ป่วยเพิ่มในหัวข้อเหล่านี้ ซึ่งกัญชาจัดอยู่ในกลุ่มยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตาม พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษพ.ศ.2522[15-17] อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยกัญชาที่เข้ามาบำบัดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่นและนักเรียน จึงมีความแตกต่างของปัจจัยด้านบุคคลไม่มาก ทำให้ผลการประเมินความรู้หลังจบบำบัดค่อนข้างอยู่ในเกณฑ์ดี สำหรับผู้ป่วยสารระเหยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 83.7 แต่ยังพบว่าความรู้เฉลี่ยรายข้อหลังบำบัดได้คะแนนน้อยในข้อคำถามเกี่ยวกับเรื่อง สารระเหยมีพิษต่อทุกระบบของร่างกาย อาการสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสารระเหยมักมาพบแพทย์ คือ ตัวสั่น การทรงตัวไม่ดี พูดไม่ชัด ผลของการใช้สารระเหยมีผลต่อสติปัญญาและการเรียนรู้ในระยะยาว[18] และอาการปอดอักเสบที่เกิดได้จากการใช้สารระเหย ซึ่งข้อคำถามมีความยากสำหรับผู้ป่วย แต่มีความสำคัญ ผู้ป่วยควรได้รับความรู้มากขึ้นในหัวข้อเหล่านี้ เพื่อให้เกิดความตระหนักในพิษภัยของสารระเหย ซึ่งผู้ป่วยสารระเหยมักมีปัญหาหลายด้าน โดยเฉพาะด้านสติปัญญาที่สูญเสียไปมากจากสมองถูกทำลาย[18-21] แต่ผู้ป่วยสารระเหยที่อยู่ในโปรแกรมจนจบการบำบัด 16 สัปดาห์ เป็นกลุ่มที่ยังรู้เรื่องดีพอควร อาจเนื่องจากใช้สารระเหยไม่นาน พยาธิสภาพทางสมองไม่สูญเสียไปมากนัก และหยุดสารระเหยได้ระยะหนึ่งแล้วระหว่างการบำบัด จึงทำให้คะแนนหลังจบการบำบัดเพิ่มขึ้นมาก และการศึกษานี้พบข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม มีทิศทางไปในแนวเดียวกัน คือ ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากทั้งโดยรวมและรายข้อ และผู้ที่มีคะแนนความรู้ระดับสูง มีอัตราการไม่เสพซ้ำสูงขึ้น และมีอัตราการจบการบำบัดเพิ่มขึ้น (drop out ลดลง) นับว่าการพัฒนารูปแบบการบำบัดมีประสิทธิภาพดี และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่สนับสนุนว่าความรู้และทัศนคติด้านยาเสพติด มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้หรือไม่ใช้ยาเสพติดของผู้ป่วย การได้รับความรู้ ความเข้าใจและแนวคิดที่ถูกต้องด้านยาเสพติดจะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงความคิดและทัศนคติด้านยาเสพติด และส่งผลด้านดีต่อการไม่ใช้ยาเสพติด เช่น การศึกษาปัจจัยทำนายการเสพแอมเฟตามีนของเยาวชนในชุมชนแออัดเขตบางซื่อ กรุงเทพมหานครพบว่าทัศนคติต่อการเสพแอมเฟตามีนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการเสพแอมเฟตามีน[22] การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงใช้สารเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดสงขลาพบปัจจัยด้านความรู้สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงใช้สารเสพติด[23] การศึกษาปัจจัยและแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนพบปัจจัยด้านบุคคลที่ทำให้เด็กและเยาวชน

หันไปใช้ยาเสพติด คือ ความรู้ความเข้าใจเรื่องยาเสพติด โดยการให้ข่าวสารความรู้และข้อมูลที่เป็นความจริงเพื่อป้องกันยาเสพติด และปัจจัยความเชื่อ บรรทัดฐาน เจตคติเกี่ยวกับยาเสพติด มีส่วนสำคัญมากในการป้องกันยาเสพติด ผู้ที่มีความเชื่อบรรทัดฐาน เจตคติ ต่อต้านยาเสพติดจะมีโอกาสเกิดปัญหายาเสพติดน้อยกว่าผู้ที่มีทัศนคติด้านบวกต่อยาเสพติด[24] การศึกษาการตัดสินใจใช้ยาบ้าของผู้เสพติดชายวัยทำงาน ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดสถาบันธัญญารักษ์ พบประเด็นที่ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจใช้ยาบ้าของผู้เสพติดชายวัยทำงาน ได้แก่ การขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องโทษพิษภัยของยาบ้า ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อและทัศนคติต่อยาบ้าที่ไม่เหมาะสม โดยเชื่อว่าการเสพยาบ้าไม่ติด ใช้แล้วจะทำงานได้มากขึ้นจึงทดลองใช้[10] การศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน พบเยาวชนกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าเยาวชนกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12] และการศึกษาการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันการใช้ยาเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นพบว่าระดับทักษะการหลีกหนีจากยาเสพติด และระดับเจตคติการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติดของนักเรียนหลังการอบรมโดยรวมและรายบุคคล สูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13]

ในการวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้หลังจบการบำบัดระดับต่ำ มีอัตราการเสพซ้ำสูงทั้ง 3 กลุ่ม เหตุผลจากปัจจัยต่างๆ เช่น มีสติปัญญาไม่สูงจึงถูกชักจูงให้เสพสารเสพติดเพื่อประโยชน์ของผู้ที่ชักจูงได้ง่าย ซึ่งมักจะเป็นในทางที่ผิดกฎหมาย และมีบุคลิกอ่อนแอ อารมณ์อ่อนไหว เมื่อมีปัญหาที่ยังหาทางแก้ไขไม่ได้ก็หลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา โดยพึ่งสารเสพติดเพื่อให้ลืมปัญหา หรือให้จิตใจสบายขึ้น หรือมีร่างกายอ่อนแออันเป็นผลของสารเสพติด และการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ซึ่งมักเป็นกลุ่มวัยกำลังคะนอง ชอบลองสิ่งต้องห้ามต่าง ๆ หรือร่างกายเจ็บปวดเรื้อรังเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต[14] ส่วนใหญ่ผู้ติดยาเสพติดจะกลับไปเสพซ้ำใน 1 ปีแรก ร้อยละ 80 ถึงร้อยละ 95 ภายหลังการถอนพิษยา มีอัตราการเสพซ้ำในเดือนที่ 1 ร้อยละ 54.6 เสพซ้ำภายใน 3 เดือน ร้อยละ 31.8 เสพซ้ำภายใน 6 เดือน ร้อยละ 93.3 และเสพซ้ำภายในปีที่ 1 ร้อยละ 96.7 ประเทศไทยพบอัตรากลับไปเสพซ้ำสูง ร้อยละ 70-90 และผู้ติดยาเสพติดที่ไม่ได้รับการบำบัดรักษามีความเสี่ยงกลับไปเสพซ้ำมากขึ้น[25] มีหลายปัจจัยที่ทำให้กลับไปเสพซ้ำ เช่น กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ในพื้นที่จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออก พบว่าสาเหตุการไม่เสพยาบ้าซ้ำในผู้ป่วยบางราย คือ การรับทราบข้อมูลข่าวสารด้านลบเกี่ยวกับยาบ้า เช่น ยาบ้าทำลายสมอง ทำให้คลุ้มคลั่ง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด และการเห็นข่าวการวิสามัญผู้ค้ายาบ้า ทำให้เกิดความกลัวและไม่กล้ากลับไปเสพยาบ้าซ้ำอีก รวมถึงการมีเจตคติที่ดีต่อการไม่หวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ[26] การศึกษาปัจจัยเสี่ยงการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาซ้ำ คือ ปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว และสังคม ตามลำดับ และปัจจัยด้านบุคคล ประเด็นหนึ่งของการป้องกันการเสพซ้ำ คือ การสร้างความตระหนักและเจตคติเชิงลบต่อยาเสพติด สร้างความตระหนักรู้ในตนเอง และปรับเปลี่ยนเจตคติต่อการใช้สารเสพติดใหม่ให้ตระหนักถึงโทษและผลเสียที่จะตามมา[27] จากข้อมูลการวิจัยและพัฒนานี้ ผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้ด้านโทษและผลกระทบของยาเสพติดระดับต่ำ มีอัตรา

กลับไปเสพซ้ำสูง ทำให้สามารถมุ่งเน้นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ชัดเจนขึ้นเพื่อการเฝ้าระวังและให้ความรู้ผู้ป่วย และนัดติดตามผู้ป่วยในกลุ่มนี้ให้มากขึ้น เพื่อป้องกันการเสพซ้ำ

การพัฒนารูปแบบการบำบัดนี้ เป็นการผสมผสานแนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านยาเสพติด ร่วมกับการบำบัดตามระบบเมทริกซ์โปรแกรม ที่เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคลและครอบครัว การฝึกทักษะการเลิกยาระยะเริ่มต้น การป้องกันการเสพซ้ำ และครอบครัวบำบัด เพื่อให้เกิดทักษะด้านความรู้ ร่วมกับการฝึกทักษะด้านความคิดและพฤติกรรมในการเลิกยา และป้องกันการติดซ้ำ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดยาเสพติด ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการพัฒนารูปแบบเดียวกันนี้ แต่มีการปรับรูปแบบการบำบัดที่หลากหลาย เนื่องจากพบปัญหาการบำบัดในระบบเมทริกซ์โปรแกรม เช่น การศึกษาการประเมินการใช้เมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนในโรงพยาบาล 71 แห่ง พบว่า โปรแกรมการบำบัดส่วนใหญ่เป็นแบบเมทริกซ์ประยุกต์ตามบริบทของพื้นที่ มีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยทั้งรูปแบบและระยะเวลาการบำบัด มีการปรับระยะเวลาบำบัดเป็น 9 -16 สัปดาห์ และ 3-4 เดือน ยุบเลิกกิจกรรมซ้ำซ้อนและรวมกิจกรรมที่เนื้อหาคล้ายกันเข้าด้วยกัน บางกิจกรรมไม่ได้ดำเนินการ เช่น เรื่องการแนะนำกลุ่มช่วยเหลือกันเอง และเรื่องเคล็ดลับจากหลักการ 12 ขั้นตอน เนื่องจากการรวมกลุ่มทำกิจกรรมได้ยาก และบุคลากรมีงานที่รับผิดชอบมาก จึงไม่สามารถบำบัดด้วยรูปแบบเมทริกซ์โปรแกรมได้เต็มที่ เนื่องจากโปรแกรมดังกล่าว ต้องนัดผู้ป่วยมาสัปดาห์ละหลายครั้ง และพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมโดยรวมของการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมมีปัญหาในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อยทุกด้าน[5] การศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ศึกษากลไกกระบวนการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคของหน่วยงานที่สามารถบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดได้ดี ของหน่วยงานบำบัดผู้ติดยาเสพติดระบบสมัครใจ บังคับบำบัดและต้องโทษ รวม 11 แห่ง พบปัจจัยความสำเร็จของการบำบัดภาพรวม คือ รูปแบบการบำบัดที่หลากหลาย ยืดหยุ่น เข้าถึงง่าย แบ่งประเภทของผู้ป่วยชัดเจน การบำบัดที่เหมาะสมกับ อายุ เพศ เชื้อชาติและวัฒนธรรมของผู้เสพยาเสพติด ประสิทธิภาพการบริหารงาน ครอบครัวมีส่วนร่วม และมีอาสาสมัครในการทำงาน เป็นต้น[28] และการศึกษาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยนอกแบบประยุกต์ที่เกิดจากผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นแต่ผู้ให้การบำบัดมีจำกัด โดยแยกประเภทผู้ป่วยเป็นกลุ่มติดระยะเริ่มต้น กลุ่มติดระยะปานกลาง และกลุ่มติดระยะรุนแรง และประยุกต์การบำบัดเป็น 3 โปรแกรม โดยยึดโปรแกรมจิตสังคมบำบัดเดิม และแต่ละโปรแกรมมีกิจกรรมช่วยเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่ง่ายชัดเจนขึ้น[5] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ และเน้นเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การแก้ปัญหาด้วยตนเอง มีระบบพี่เลี้ยงกลุ่มและระบบคู่หู (buddy) ทำให้มีผู้ป่วยเข้าบำบัดเพิ่มขึ้นและบำบัดต่อเนื่องมากขึ้น และการศึกษาอื่นที่ประยุกต์วิธีการโดย กลุ่มเสพใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดและการให้คำปรึกษาในคลินิก กลุ่มติด ใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัด และการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมบำบัด[8] และรูปแบบการบำบัดอื่น ที่กลุ่มติด ใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัด (modify matrix program) 16 ครั้ง ระยะเวลา 4 เดือน เนื่องจากปัญหาค่าเดินทาง ระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรมนาน ปัญหาการอ่าน เขียนไม่ได้ ทำให้สมาชิกอื่นต้องรอ เกิดความเบื่อหน่าย ส่งผลให้อัตรา drop out สูงขึ้นจึงมีพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วย[9] ซึ่งรูปแบบการ

บำบัดผู้ป่วยยาเสพติดระบบเมทริกซ์โปรแกรม มีการประยุกต์หลายรูปแบบ เพื่อให้เหมาะสมกับข้อจำกัดและเพื่อประสิทธิภาพการบำบัดรักษาผู้ป่วย

การวิจัยและพัฒนานี้ ช่วยให้ผู้ป่วยพึงพอใจมากขึ้น ได้รับความรู้มากขึ้น และผู้ให้การบำบัดมีรูปแบบแนวทางเดียวกัน สามารถสรุปเนื้อหาได้ง่ายและชัดเจนขึ้น ช่วยให้การบำบัดยาเสพติดมีประสิทธิภาพและคุณภาพมากขึ้น นับเป็นรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ให้การบำบัดยาเสพติด ของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ซึ่งในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ควรมีการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ให้การบำบัดรักษา และมีการประเมินผลต่อเนื่อง ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาอัตราการเลิกยาเสพติดได้ในระยะ 1 ปี หลังจบการบำบัด (retention rate) และศึกษาเปรียบเทียบผลคะแนนหลังจบการบำบัดกับอัตราการไม่เสพซ้ำ 3 เดือนหลังจบการบำบัดในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

สรุป

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมในผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ โดยการสร้างเครื่องมือชุดเสริมสร้างความรู้ผู้ป่วย และชุดประเมินความรู้ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท กัญชา สาระเหย พบว่าเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิผลดี ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการบำบัด อัตราไม่เสพซ้ำ 3 เดือนหลังจบการบำบัดเพิ่มขึ้นตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 92.7 อัตราการจบการบำบัดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 81.2 และผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 64.6

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ งานสุภาพจิตและยาเสพติด. ข้อมูลรายงานผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2559-2560. นครสวรรค์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์; 2560.
2. กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. คู่มือบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด แบบผู้ป่วยนอก รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม : Matrix Program [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: https://www.cuprint.chula.ac.th
3. Ling W, Rawson RA, Grella CE. Matrix institute on addictions treatment programs [internet]. 2014 [cited 2019 Mar 30]. Available from: http://www.uclaisap.org/publications/biennial%20report/2014/matrix-institute-on-addictions.html
4. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด. การสำรวจความคิดเห็นในการบำบัดยาเสพติด ปี 2560. นครสวรรค์: โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์; 2560.
5. สวัสดิ์ อุ่นใจ, กิจวัฒ นาถวิล, ญาธษา พันวิไล, สุกัญญา กาญจนบัตร, มานพ คณะโต. การประเมินการใช้เมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 7 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน.วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560;5(4):674-5.

6. โสภิต แกล้วกล้า, ทัศนีย์ ลักขณาภิชนชัช. การประเมินผลการบำบัดรักษาด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) ของคลินิกบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร[อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2251[เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: https://dric.nrct.go.th/index.php?/Search/SearchDetail/263274
7. เกษม ตั้งเกษมสำราญ. โปรแกรมจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยนอกแบบประยุกต์ (รายงานผลการวิจัย)[อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2546 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: https://suicide.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=296
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. ลำพูน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2562]. เข้าถึงได้จากhttps://www.lamphunhealth.go.th/_ssj/webmanager/uploads/2018-03-29092221
9. โรงพยาบาลนาน้อย. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด[อินเทอร์เน็ต]. น่าน: โรงพยาบาลนาน้อย; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก http:// www.nanoihospital.com/pdf/30M2018/5Learns2552 Manul.pdf
10. เสริมสุข ราษฎร์ดุษฎี, ดุษณีย์ ชาญปรีชา, อภิรดี พฤกษาพนาชาติ, รุจิรา อาภาบุษยพันธ์. การตัดสินใจใช้ยาบ้าของผู้เสพติดชายวัยทำงาน[อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 11 เมษายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=1203&Itemid=106
11. กนิษฐา ไทยกล้า, สุภวัฒน์ บุญมา, อริสรา สิทธิ, ชูพงศ์ กันยะ, นัทกร สามปันสัก. สถานการณ์ปัญหายาเสพติด การแพร่ระบาดและผลกระทบในกลุ่มเด็กและเยาวชนในพื้นที่ท่องเที่ยว : ศึกษากรณี เมืองเชียงใหม่ และเมืองลำพูน [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก:http://nctc.oncb.go.th/research_view.php?researchid=505
12. ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, อารยา ทิพย์วงศ์, ลักขณา ยอดกลกิจ, สายสมร เฉลยกิตติ. ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน. เวชสารแพทย์ทหารบก 2562;72(1):33-40.
13. สุรชัย พัฒนาอุดมชัย, ธีรชัย เนตรถนอมศักดิ์, จุฬาภรณ์ โสตะ. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันการใช้ยาเสพติดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารสำนักงานควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560;24(1):25-35.
14. ปรีดา ทัศนประดิษฐ์. จริยธรรมในการวิจัยผู้เสพสารเสพติด. ใน: สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, บรรณาธิการ. ทศวรรษงานวิจัยด้านสารเสพติด วิธีวิจัยประยุกต์สู่บริบทประเทศไทย. กรุงเทพฯ: จรัญสนิทวงศ์การพิมพ์; 2556. หน้า 11-26.

15. ชาญชัย เอื้อชัยกุล. พืชกัญชา : ประโยชน์ โทษ และข้อเสนอแนะการพัฒนาการกำกับดูแล[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=354
16. จุฬาพัฒน์ ช่างเกตุ. กฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชา[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานพัฒนากฎหมาย สำนักกฎหมาย; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?nid=2247
17. กระทรวงยุติธรรม สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. กฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชา[อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 18 กรกฎาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: https://media.oncb.go.th/index.php/th/23-2018-02-20-07-04-07/2018-02-20-07-05-01/64-content5-21-5-61-1
18. ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช, สมพร สุวรรณมาโจ, ปราณี ภาณุภาส, วิมล ลักขณาภิชนชัช. ตำราการบำบัดผู้ป่วยเสพติดสารระเหย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
19. ทิพาวรรณ บูรณสิน. บทความพิเศษเรื่องสาระเหย : กลิ่นเป็นพิษ อันตรายที่ไม่ควรมองข้าม[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/th/department/psychiatrics/cap/doctorNote_Tipawan090855/article%20special070855.pdf
20. ธีรธร มโนธรรม. มารู้จักสารระเหยกันเถอะ[อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กองควบคุมวัตถุเสพติด; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก: https://db.oryor.com/databank/data/printing//491218_Factsheet_มารู้จักสารละเหยกันเถอะ_792.pdf
21. Dowshen S. Inhalants [internet]. Florida: The Nemours Foundation; 2018 [cited 2019 Sep 20]. Available from: https://kidshealth.org/en/teens/inhalants.html
22. อัญชลี โตเอี่ยม, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. ปัจจัยทำนายการเสพแอมเฟตามีนของเยาวชนในชุมชนแออัด.วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2559;9(2):88-103.
23. สายสุดา สุขแสง, รัชตา ธรรมเจริญ, เจตน์สฤษฎ์ สังขพันธ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงใช้สารเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดสงขลา[อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://rd.hu.ac.th/Download%20File/Full%20Text%20zResearch/580908.pdf
24. วรางคณา นพฤทธิ์. ปัจจัยและแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.20160908_13381154_protec_kid

25. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด (Relapse prevention) [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ป.). [เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://tph.go.th/th/news/sara-knaru_file/601127205600.pdf
26. ปิยวรรณ ทัศนาญชลี. กระบวนการไม่เสพยาบ้าซ้ำ: กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด. วารสารสหศาสตร์ศรีปทุม ชลบุรี 2554;1(3):36-48.
27. ศิริลักษณ์ ปัญญา. ปัจจัยเสี่ยงของการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://mis.ratchathani.ac.th/file_re/HVGOWM-6Wed103104.pdf
28. อาภาศิริ สุวรรณานนท์. การศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. วารสารบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต 2558;11(2):213-7.