ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

The Effect of a Motivation Enhancement Program Combined with Family Support on Motivation to Quit Amphetamine in Patients with Amphetamine-Induced Psychosis During the Rehabilitation Phase

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ผกามาศ มณีอินทร์[1] วัชรี มีศิลป์[1] รัชนีพร จันทร์มณี[1] สุดารัตน์ อรัญญา[1] ศศิภรณ์ วิงวอน[2]
Phakamat Manee-In[1] Watcharee Meesil[1] Ratchaneeporn Chunmanee[1] Sudarat Aranya[1] Sasiporn Wingworn[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยชายเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 คน โดยมีญาติของผู้ป่วยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม 26 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว 2) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) และ 3) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน แบบบันทึกการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือน และแบบบันทึกการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ทุกฉบับและแบบสอบถามแรงจูงใจมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) การทดสอบที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way repeated measures ANOVA) และสถิติแมน-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitney U test)

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์และติดตามครบ 3 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือนมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .070$) และมีการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .010$) ดังนั้น โปรแกรมนี้จึงเป็นแนวทางการพยาบาลที่ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพและลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว, แรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน, ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิต, ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

Abstract

This quasi-experimental study used a two-group pretest-posttest design to examine the effects of a motivational enhancement program combined with family support on motivation to quit amphetamine use, continuity of treatment, and non-readmission within 3 months. The sample comprised 52 male inpatients with amphetamine use disorder and psychotic symptoms who were undergoing rehabilitation at the Princess

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จังหวัดปทุมธานี

Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT). Participants were allocated to an experimental group (n = 26), whose 26 family members also took part in the program, and a control group (n = 26). The experimental group received an eight-activity motivational enhancement program combined with family support, delivered in group sessions over 4 weeks, whereas the control group received usual nursing care. The research instruments comprised 1) the motivational enhancement program combined with family support, 2) the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), and 3) data collection instruments, namely a demographic questionnaire, a questionnaire on motivation to quit amphetamine use, a 3-month treatment continuity record, and a 3-month non-readmission record. The content validity of all instruments was verified by three experts (CVI = 1.00), and the reliability of the motivation questionnaire was .85. Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, Fisher's exact test, the t-test, two-way repeated measures ANOVA, and the Mann-Whitney U test.

The results showed that the mean motivation scores of the experimental group at 2 weeks post-program and at the 3-month follow-up were significantly higher than those of the control group ($p < .001$). Treatment continuity within 3 months was higher in the experimental group than in the control group (92.3% vs. 73.1%), although the difference was not statistically significant ($p = .070$). The 3-month non-readmission rate was significantly higher in the experimental group (100.0% vs. 76.9%, $p = .010$). These findings suggest that the program can serve as a nursing intervention to enhance motivation to quit and reduce readmission in this patient group.

Keywords: motivational enhancement program combined with family support, motivation to quit amphetamine use, amphetamine-Induced Psychosis, rehabilitation phase

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ค.ศ.2023 มีผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 316 ล้านคนทั่วโลก มีเพียง 1 ใน 12 คนเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงระบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสม[1] สารกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamines) นับเป็นหนึ่งในสารเสพติดที่มีการแพร่ระบาด และความรุนแรงสูง โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้เสพติด ระบบประสาทส่วนกลาง ก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิตเวชรุนแรง เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และโรคจิตจากสารเสพติด[2] สำหรับประเทศไทยข้อมูลสำรวจครัวเรือนปี พ.ศ. 2567 พบผู้ใช้ยาบ้าสูงถึง 1.5 ล้านคน โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนและวัยแรงงาน[3] สอดคล้องกับสถิติของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ปีงบประมาณ 2568 พบว่า มีผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดมากที่สุด โดยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.99 ของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด และกลุ่มผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (Co-occurring psychiatric disorders) ร้อยละ5.85 กระบวนการบำบัดรักษาจึงมีความยุ่งยากซับซ้อนสูงและต้องใช้เวลานาน[4] ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเผชิญปัญหาการปรับตัวต่อกฎระเบียบและสิ่งแวดล้อมใหม่ จนเกิดความเครียดในระยะแรกของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบอาการทางร่างกายและทางจิตมีอาการดีขึ้นจากการบำบัดรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา ผู้ป่วยจึงไม่ให้ความสำคัญในย้ายเข้าสู่หอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพต่อ มักปฏิเสธการบำบัดรักษาในระยะนี้ หรือขอยุติการบำบัดรักษาก่อนกำหนด ซึ่งสถิติปี 2568 ของสบยช. พบว่ามีผู้ป่วยจำหน่ายก่อนกำหนดในช่วง 1 เดือนแรกสูงถึงร้อยละ 44.02 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse) และกลับมารักษาซ้ำ (Re-admission) ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ[5,6] การบำบัด

เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET)[7] มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการบำบัดรักษามุ่นเน้นปรับเปลี่ยนเฉพาะตัวผู้ป่วยไม่เพียงพอ ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ใกล้ชิดและมีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยโดยตรง การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาจึงมีความจำเป็น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House[8] ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เป็นแหล่งสนับสนุนปฐมภูมิที่ช่วยลดความเครียด เพิ่มการปรับตัว และเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถผ่านกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างดีและช่วยลดระยะเวลาความรุนแรงของโรค[9] จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ ความร่วมมือในการคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention rate) และการลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Re-admission rate) ภายใน 3 เดือน เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1.เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือน และการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน ดังนี้

1.1 เพื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง

1.2 เพื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือน และการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองหลังที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. คะแนนแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือน และการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The two groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การวิจัยนี้นำแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy)[7] โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหาปัญหาและจัดการความรู้สึกลังเลใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการบำบัดแบ่งเป็น 3

ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลง และระยะที่ 3 กลยุทธ์การติดตามต่อเนื่อง และนำครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้ เข้าใจ และร่วมแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในบรรยากาศที่อบอุ่นและเห็นอกเห็นใจ จึงนำการสนับสนุนของครอบครัวของ House[8] ทั้ง 4 ด้านเพื่อให้มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนได้พัฒนาขึ้น เพื่อให้ในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมอันไปสู่การเลิกยาเสพติด ให้ความร่วมมือในการคงอยู่ในระบบการรักษาและไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ โดยใช้รูปแบบกลุ่มบำบัด ซึ่งยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการพูดคุยอย่างมีเป้าหมาย ภายใต้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวและผู้บำบัด อาศัยปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะการให้คำชี้แนะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ระหว่างกลุ่มเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1.ผู้ป่วยชายเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิต ตามเกณฑ์ ICD-10 ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เป็นผู้ป่วยที่เคยมีอาการทางจิตเวชในช่วงรับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยาแต่มีอาการคงที่ สงบ สื่อสารได้ปกติและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568 – เดือนสิงหาคม 2569

2. ครอบครัวของประชากรผู้ป่วยชายเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิต ตามเกณฑ์ ICD-10 เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในช่วงเวลาดังกล่าว

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยชายเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิต ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยการคัดเลือกด้วยวิธีการเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยชายเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตสงบ ประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) มีคะแนน < 36 และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป

2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ รหัส F15.5 “ Mental and behavioral disorders due to use of other stimulants with psychotic disorder”

3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และอ่านออกเขียนได้

4. ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. มีภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรงต้องส่งเพื่อรับการรักษาทางกาย

2.มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้

3. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.10 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 อำนาจการทดสอบ = .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.80 สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เป็นอิสระต่อกัน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 22 คน รวม 44 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมเป็น 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน[10]

2. ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 52 ครอบครัว ที่เป็นกลุ่มทดลอง 26 ครอบครัวและกลุ่มควบคุม 26 ครอบครัว ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ 2 แห่ง กลุ่มละ 26 คน โดยสุ่มเลือกหอผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และพิจารณาตามลำดับการเข้ารับบริการเพื่อให้การดำเนินการวิจัยเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ และให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว พัฒนาจากแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ[7] ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมบำบัด 3 ระยะ ได้แก่ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจ 2) การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญา และ 3) กลยุทธ์การติดตามต่อเนื่อง ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House[8] 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านเครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงาน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมิน ผู้วิจัยประยุกต์กิจกรรมจากโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา[11] และโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกของเยาวชนที่ใช้สารเอมเฟตามีน[12] โปรแกรมประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินแบบกลุ่มบำบัด ครั้งละ 45-60 นาที เริ่มทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดในสัปดาห์ที่ 2 จนถึงสัปดาห์ที่ 4 (รวม 3 สัปดาห์) โดยสัปดาห์ที่ 2 ทำกิจกรรม1-3 สัปดาห์ที่3 ทำกิจกรรมที่ 4-6 และสัปดาห์ที่4 ทำกิจกรรมที่ 7 กิจกรรมกลุ่มประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 เราคือมิตรแท้ กิจกรรมที่ 2 แสงและเงา กิจกรรมที่ 3 แรงจูงใจที่สร้างได้ กิจกรรมที่ 4 เส้นทางที่เลือกเอง เป้าหมายในใจ กิจกรรมที่ 5 ก้าวไปด้วยกัน กิจกรรมที่ 6 ตอกย้ำความมั่นคง กิจกรรมที่ 7 ร่วมด้วยช่วยกัน และกิจกรรมที่ 8 มั่นคงในสัญญา หลังจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ เพื่อติดตามภาวะสุขภาพและปัญหาอุปสรรค ร่วมหาแนวทางแก้ไข และติดตามการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนครบ 3 เดือนหลังจำหน่าย

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 1 และได้ทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 10 คน เพื่อประเมินความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมของระยะเวลา รูปแบบการทำกิจกรรม และได้นำผลที่ได้ไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)[13] มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินนี้สัมภาษณ์เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยก่อนคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ โดยผู้ที่มีคุณสมบัติเข้าร่วมโครงการต้องมีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย บุคคลใกล้ชิดที่ใช้สารเสพติด อาชีพ รายได้ ระยะเวลาและปริมาณการใช้แอมเฟตามีน สารเสพติดอื่นที่ใช้ร่วม สาเหตุการใช้แอมเฟตามีน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา อาการทางจิตเวช และระยะเวลาที่มีอาการทางจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน[12] ปรับจากแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเน้นด้านการลงมือ

กระทำ ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือน การที่ผู้ป่วยยังคงมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างสม่ำเสมอหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยเข้ารับบริการตามแผนการรักษาที่แพทย์กำหนด และไม่ขาดนัดหมาย (ตามแพทย์นัดซึ่งโดยปกติในระยะ 3 เดือน)

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และไม่กลับเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน= .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568 – เดือนสิงหาคม 2569 ที่โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด ที่หอผู้ป่วยใน ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 2 แห่ง จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียด และตอบคำถาม ถ้ามีประเด็นซักถามจนกลุ่มตัวอย่างได้รับความชัดเจน และให้ลงนามในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนในช่วงสัปดาห์ที่ 2 ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ส่วนที่ 1 ขั้นการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 2 จนถึงสัปดาห์ที่ 4 (รวม 3 สัปดาห์) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติตามรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังบำบัดฯสัปดาห์ที่ 4 ของการฟื้นฟูสมรรถภาพจึงจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างกลับบ้านและนัดติดตามในระยะสัปดาห์ที่ 2 เพื่อเก็บข้อมูลแบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 ขั้นติดตามผล ตั้งแต่จำหน่ายจากการฟื้นฟูสมรรถภาพจนครบ 3 เดือน ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุก 2 สัปดาห์ เพื่อสอบถามอาการ การรับประทานยา และปัญหาที่พบเพื่อร่วมวางแผนแก้ไข พร้อมทั้งเตือนให้มาพบแพทย์ตามนัด บันทึกการมารับการรักษาในแต่ละครั้ง เก็บข้อมูลการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน และให้ทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนอีกครั้งเมื่อครบ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ด้วยวิธีการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแคว์ (Chi-Square test) และสถิติฟิสเชอร์เอ็กแซก(Fisher's Exact test) สำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal) และมาตราวัดจัดอันดับ (Ordinal scale)

3.วิเคราะห์เปรียบเทียบแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในระยะติดตามสัปดาห์ที่ 2 และระยะติดตาม 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way repeated measures ANOVA)

4. การเปรียบเทียบการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติแมน-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitney U test)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี รหัสโครงการวิจัยที่ 68026 เอกสารใบรับรองเลขที่ 002/2569 ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

1. เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 30.08 ปี (*SD* = 8.63) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 88.5) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.3) ว่างงานหรือไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 50.0) และไม่มีรายได้ (ร้อยละ 46.2) ความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่รักใคร่กลมเกลียวกันดี (ร้อยละ 73.1) มีระยะเวลาใช้สารเสพติดเฉลี่ย 9.27 ปี (*SD* = 6.80) และเคยรับการรักษาทั้งที่ สบยช. และโรงพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 46.2 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 30.42 ปี (*SD* = 7.72) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 84.6) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 38.5) ว่างงานหรือไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 46.2) และไม่มีรายได้ (ร้อยละ 46.2) ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กลมเกลียวกันดี (ร้อยละ 57.7) มีระยะเวลาใช้สารเสพติดเฉลี่ย 8.35 ปี (*SD* = 6.79) และเคยรับการรักษาทั้งที่ สบยช. และโรงพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 42.3

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานคล้ายคลึงกัน

2. เปรียบเทียบแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในระยะติดตาม สัปดาห์ที่ 2 และในระยะ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.75$, $p = .086$) หลังการทดลองในระยะติดตามสัปดาห์ที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน ($M = 75.50$, $SD = 4.02$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 70.77$, $SD = 1.75$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.50$, $p < .001$) และในระยะติดตาม 3 เดือน กลุ่มทดลอง ($M = 81.69$, $SD = 3.03$) ยังคงมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 73.04$, $SD = 1.99$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.17$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ติดตามสัปดาห์ที่ 2 และการติดตามระยะ 3 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 52)

ช่วงเวลาของการประเมิน	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		*df*	*t*	p-value
	M	*SD*	*M*	*SD*			
ก่อนการทดลอง	64.23	5.14	60.08	10.93	50	1.75	.086
หลังการทดลองติดตามสัปดาห์ที่ 2	75.50	4.02	70.77	1.75	34.15	5.50	< .001
หลังการทดลองติดตามระยะ 3 เดือน	81.69	3.03	73.04	1.99	43.18	12.17	< .001

3. เปรียบเทียบการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือน และไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีการ

มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามนัดภายใน 3 เดือน จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 92.3) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีจำนวน 19 ราย (ร้อยละ 73.1) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (U = 273.00, Z = −1.82, p = .070) อย่างไรก็ตาม ผลที่ได้ชี้ให้เห็นแนวโน้มเชิงบวกว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการคงอยู่ในระบบการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนอัตราการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (U = 260.00, Z = −2.58, p = .010) โดยกลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำเลย จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 100.0) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 23.1) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 52)

ผลลัพธ์การรักษาในระยะ 3 เดือน	กลุ่มทดลอง (*n* = 26)		กลุ่มควบคุม (*n* = 26)		*U*	*Z*	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง					273.00	−1.82	.070
มารับการรักษาต่อเนื่องตามนัด	24	92.3	19	73.1			
ไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง	2	7.7	7	26.9			
การไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ					260.00	−2.58	.010
ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ	26	100.0	20	76.9			
กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ	0	0.0	6	23.1			

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ[7] ผสมผสานกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม[8] มาใช้ในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนตั้งแต่การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ การพัฒนาโปรแกรม การทดลองใช้ ไปจนถึงการประเมินผลลัพธ์ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research

ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน ใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านแรงจูงใจ คือ คะแนนแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน 2) ด้านการมารับการรักษาต่อเนื่อง คือ อัตราการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือน และ 3) ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพบริการ คือ การไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน ผลลัพธ์ทั้ง 3 ด้าน สอดคล้องกับหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลเชิงพฤติกรรมและจิตสังคมที่มุ่งให้ผู้ติดสารเสพติดลด ละ เลิกการใช้สาร และป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของศุภชัย นวลสุทธิ์ และคณะ[15] ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติด และการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับผลของแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย[11,16]

ในด้านสภาพปัญหาและความต้องการ พบว่าผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมีความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ อาการทางจิตกำเริบ การทำผิดกฎระเบียบ การขาดความร่วมมือ การหลบหนี หรือการขอกลับบ้านก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีความซับซ้อนในการดูแลและมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูง[4,17] ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่คงอยู่ในระบบการรักษาและการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ความเข้าใจผิดว่าตนเองหายแล้วเมื่ออาการทางจิตทุเลาในระยะบำบัดด้วยยา ความเครียดจากการปรับตัวเข้ากับระเบียบขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการที่ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่าความเครียดและภาระของครอบครัวส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว[6]

ผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนในระยะติดตามสัปดาห์ที่ 2 และระยะติดตาม 3 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดและการกระตุ้นแรงจูงใจภายในผ่านกระบวนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[15,18] ซึ่งพบว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยติดสารเสพติดมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงตนเอง มีความต้องการการรักษา และเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Barrowclough และคณะ[19] ซึ่งพบว่าการบำบัดแบบบูรณาการระหว่างการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่มีอาการทางจิตร่วมกับการใช้สารเสพติด ส่งผลเชิงบวกต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและช่วยลดปริมาณการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ กระบวนการบำบัดยังช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) สอดคล้องกับการศึกษาของจิณห์จุฑา ชัยเสนา และคณะ[12] ที่พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ใช้แอมเฟตามีนรับรู้ศักยภาพของตนเอง เกิดความหวัง และมองโลกในแง่ดีมากกว่ากลุ่มควบคุม

ยิ่งไปกว่านั้น การบูรณาการแรงสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) ทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินค่า เข้าไว้ในโปรแกรม เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างเกราะป้องกันทางจิตใจแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณกร พลพิชัย และจันทรา อุ้ยเอ้ง[16] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด และการศึกษาของฉวีวรรณ สาระบุตร และสุขุมาภรณ์ บุญญาสุ[20] ที่พบว่าการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมพลังช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มทดลองมีการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือนมากกว่ากลุ่มควบคุม แม้ความแตกต่างยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก และมีการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจควบคู่กับการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม สามารถส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการรักษาและการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาลักษณ์ ธรรมปัต[21] ซึ่งพบว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทให้สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ที่สำคัญ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลยังช่วยลดความเครียดและลดบรรยากาศการใช้อารมณ์ต่อกันในครอบครัว ซึ่งช่วยป้องกันการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต สอดคล้องกับการศึกษาของนุจรินทร์ บัวละคร[11] ที่สรุปว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสุราได้อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของนิมิต แก้วอาจ และคณะ[22] ที่พบว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการช่วยลดทั้งพฤติกรรมการใช้สารและอาการทางจิตของผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความเหมาะสมและตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเลิกเสพ ส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการรักษา และลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งอาจช่วยลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ Carey และคณะ[23] และจิณห์จุฑา ชัยเสนา และคณะ[12] ที่ศึกษาประสิทธิผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวช

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำ "โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว" ระยะเวลา 1 เดือน ไปกำหนดเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลมาตรฐาน (Clinical Nursing Practice Guideline) ในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดที่มีอาการทางจิตในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ส่วนภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยเสพติด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลการรักษาในระยะยาว เช่น 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของแรงจูงใจและอัตราการเสพซ้ำ (Relapse rate)

2. ควรศึกษาและขยายผลในกลุ่มผู้ป่วยหญิง หรือในบริบทโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยเสพติด โดยเฉพาะเครือข่ายโรงพยาบาลธัญญารักษ์ 6+1 เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการนำไปประยุกต์ใช้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ได้ให้โอกาสและสนับสนุนในการดำเนินการศึกษาวิจัย ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยเสพติดทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการอันประโยชน์ และขอขอบคุณบุคลากรและผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ให้การสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ ที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2025 [Internet]. Vienna: UNODC; 2025 [cited 2025 Jun 28]. Available from: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html
2. Darke S, Kaye S, McKetin R, Duflou J. Major physical and psychological harms of methamphetamine use. Drug Alcohol Rev. 2008;27(3):253-62.

3. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กองทุนป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.; 2567.
4. Rognli EB, Bramness JG. Understanding the relationship between amphetamines and psychosis. Curr Addict Rep. 2015;2(4):285-92.
5. National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide. 3rd ed. Bethesda (MD): National Institute on Drug Abuse; 2018.
6. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. Psychiatry Res. 2010;176(2-3):109-13.
7. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
8. House JS. Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
9. เมธี สุทธศิลป์ และสุดา ภู่น้อย. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลวังเจ้า. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น. 2566;4(2):102-19.
10. Grove SK, Burns N, Gray JR. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7th ed. St. Louis (MO): Elsevier Saunders; 2013.
11. นุจรินทร์ บัวละคร. ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในโรคร่วมจิตเภทและสุรา [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
12. จิณห์จุฑา ชัยเสนา, นุชนาถ แก้วมาตร, ภาคิณี เดชชัยยศ, หทัยชนก เผ่าวิริยะ, ศรวิษฐ์ บุญประชุม และสุรชาติ นันตา. ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารเอมเฟตามีน [รายงานการวิจัย]. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
13.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2563.
14. จุไรพร สัมพุทธานนท์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชาย สถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
15. ศุภชัย นวลสุทธิ์, จุฬา ศรีรักษา, ทัปปณ สัมปทณรักษ์ และสมหมาย คชนาม. ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2565;42(2):163-77.
16. วรรณกร พลพิชัย และจันทรา อุ้ยเอ้ง. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทักษะทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดของวัยรุ่นในตำบลไม้ฝาด อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง [รายงานการวิจัย]. ตรัง: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย; 2561.
17. วีรพล ชูสันเทียะ และสมเดช พินิจสุนทร. ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดสารเสพติด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;26(2):57-67.
18. โยธิน ศิรินานันท์, ชนะพล ศรีฤาชา และวีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา. ประสิทธิผลโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้เสพติดแอมเฟตามีน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566;9(2):93-106.
19. Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, Beardmore R, Conrod P, Craig T, et al. Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. BMJ. 2010;341:c6325.
20. ฉวีวรรณ สาระบุตร และสุขุมาภรณ์ บุญญาสุ. ผลของการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):1038-47.

21. จุฬาลักษณ์ ธรรมปัต. ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.
22. นิมิต แก้วอาจ, สุริยา ศิริสุข, นุจรินทร์ บัวละคร และภาณุรัตน์ ศรีมุงคุล. ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท [รายงานการวิจัย]. ขอนแก่น: กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2563.
23. Carey KB, Leontieva L, Dimmock J, Maisto SA, Batki SL. Adapting motivational interventions for comorbid schizophrenia and alcohol use disorders. Clin Psychol (New York). 2007;14(1):39-57.