ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้โปรแกรมสติบำบัดต่อความเครียดและการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำสำหรับผู้ติดสารเสพติด

พงษ์ศักดิ์ ปัญญา[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังใช้โปรแกรมสติบำบัดต่อความเครียด และการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำสำหรับผู้ติดสารเสพติดที่โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง โดยเก็บข้อมูลไปข้างหน้า ซึ่งเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเข้ารับการฝึกสติบำบัด 8 กิจกรรม คือ แรกพบสบหน้า ย้อนเวลาที่ฟ้าหม่น คนในปัจจุบัน วาดฝันถึงความเสี่ยง หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ฝึกสมดุลชีวิต มุ่งพิชิตปิดปัญหา ได้เวลาเริ่มต้นใหม่ไม่กลับไปเสพยาซ้ำ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 วัน ทั้งหมดรวม 16 ครั้ง ใช้เวลา 60-120 นาทีต่อครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 3 สิงหาคม 2565–30 กันยายน 2566 โดยใช้แบบวัดระดับความเครียด และแบบประเมินการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัด จากนั้นนำข้อมูลบันทึกลงในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในด้านความเครียด และการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired samples t-test) เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังเข้าโปรแกรมสติบำบัด โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 109 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 87 ราย และเพศหญิง 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.82 และ 20.18 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 37.61 ± 11.76 ประกอบอาชีพรับจ้างพบมากที่สุดร้อยละ 56.88 จบชั้นประถมหรือมัธยมศึกษาร้อยละ 75.23 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาทร้อยละ 66.97 ติดยาเสพติดเป็นเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 72.47 โดยเสพยาบ้ามากที่สุดร้อยละ 71.54 รองลงมาติดเฮโรอีนร้อยละ 15.60 กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมสติบำบัดมีคะแนนค่าเฉลี่ยรวมด้านความเครียด ($\bar{X}$ = 17.22, SD = 8.78) ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสติบำบัด ($\bar{X}$ = 28.40, SD = 9.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 26.86, p-value = 0.002) และมีความแตกต่างระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมสติบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.000) ส่วนการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำหลังเข้าโปรแกรมสติบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยรวม ($\bar{X}$ = 18.28, SD = 8.42) สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสติบำบัด ($\bar{X}$ = 8.71, SD = 7.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -17.74, p-value = 0.000) และกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.000)

คำสำคัญ: โปรแกรมสติบำบัด, ความเครียด, การตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ, ผู้ติดสารเสพติด

[1] กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

Comparison results before and after using a mindfulness-based therapy program on stress and decision-making to solve for relapse prevention with drug addicted patients

Pongsak panya[1]

Abstract

This study was aimed to compare results before and after using a mindfulness-based therapy program (MBTP) on stress and decision-making to solve for relapse prevention with drug addicted patients at Maesai Hospital, Chiang Rai Province. The research pattern is quasi-experimental cohort study, one group pretest-posttest design. The sample group received the MBTP in 8 activities. These activities include First encounter, Awareness, Daily life, High-risk dream, Avoid the trigger, Balance of life, Role of thought in relapse and Relapse prevention conducted over 8 weeks with 2 sessions per week totaling 16 sessions each lasting 60-120 minutes. Data collection occurred from August 3, 2022 to September 30, 2023 was designed to measure outcomes using stress level measurement and decision-making assessment tools, administered before and after participating in the MBTP. Descriptive statistics were used to represent the personal information about the participants, a paired samples t-test was used to compare mean score the level of the stress and decision-making to solve for relapse prevention before and after the intervention with a significance level set at $p < 0.05$.

The research found that the total sample group consisted of 109 people with 87 males (79.82%) and 22 females (20.18%) with an average age of 37.61 ± 11.76 years. Most occupations were contractual (56.88%) completed primary or secondary education (75.23%) and had a monthly income of less than 10,000 Baht (66.97%). Most people had been addicted for 1-5 years (72.47%) with the highest drug use being amphetamine (71.54%) followed by heroin (15.60%). After participating in the MBTP the average stress score ($\bar{x}$ = 17.22, SD = 8.78) was significantly lower than before entering the MBTP ($\bar{x}$ = 28.40, SD = 9.94) (t = 26.86, p = 0.002). There was also a significant difference in stress levels before and after entering the MBTP (p = 0.000). Regarding decision-making to solve relapse drug addiction the post-program average score ($\bar{x}$ = 18.28, SD = 8.42) was higher than the pre-program ($\bar{x}$ = 8.71, SD = 7.13), (t = -17.74, p = 0.000)

Keywords: Mindfulness-Based Therapy Program (MBTP), Stress, Decision-making to solve for relapse prevention, Drug addicted patients

[1] Primary and Holistic Care Department, Maesai Hospital, Chiang Rai Province

บทนำ

องค์การสหประชาชาติระบุว่า ทั่วโลกมีคนติดยาเสพติดมากกว่า 185 ล้านคน ซึ่งความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ผู้เสพจะสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง เกิดปัญหาด้านสุขภาพมีผลกระทบร้ายแรงต่อบุคคลและสังคม โดยเรื่องนี้จึงเป็นปัญหาใหญ่ในโลกปัจจุบัน เนื่องจากผู้เสพสารเสพติดถือว่าเป็นผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะได้รับการบำบัดแล้วแต่มีโอกาสกลับมาเสพซ้ำได้ จากข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2562-กรกฎาคม พ.ศ.2563 จำนวน 227 ราย พบว่า ผู้ติดสารเสพติดกลับมาเสพซ้ำ 1-2 ครั้งและ 3-4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45.80 และ 36.60 ตามลำดับ[(1)] ส่วนสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีพบการกลับไปเสพซ้ำเพิ่มขึ้นจาก 804 รายในปี พ.ศ.2560 เป็น 962 รายในปี พ.ศ.2563[(2)] และโรงพยาบาลแม่สายพบอัตราการกลับไปเสพซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดครบโปรแกรมภายใน 3 เดือน ปี พ.ศ. 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 8.02, 8.44 และ 14.29 ตามลำดับ[(3)] การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจะมุ่งไปที่การใช้ยาลดความอยากเสพยา ลดอาการข้างเคียง การไม่สบายกายหรือใจที่เกิดขึ้น ซึ่งเจ้าหน้าที่ศูนย์ Matrix institute มหาวิทยาลัย UCLA ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้พัฒนาโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัด (Matrix program) เพื่อใช้บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดหลายประเภท โดยเฉพาะในผู้ติดสารกระตุ้นประสาทแบบผู้ป่วยนอก สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขส่งหน่วยงานที่บำบัดผู้ติดยาและสารเสพติดในประเทศไทยจำนวน 14 แห่ง ไปศึกษาดูงานที่ Matrix Institute ประเทศสหรัฐอเมริกาและนำมาใช้ในประเทศไทยเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ.2543 จนถึงปัจจุบัน โดยรูปแบบของโปรแกรมใช้พื้นฐานที่สำคัญ 5 แนวคิด ซึ่งได้แก่ รูปแบบการบำบัด ความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) การส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก (Contingency Management) หลักการ 12 ขั้นตอน (12 Step) และครอบครัวบำบัด (Family Therapy) รวมระยะเวลาที่ทำกิจกรรม 12 เดือน[(4)] แม้ว่า Matrix program จะได้ผลลัพธ์ที่ดีในการรักษาแต่พบการกลับไปเสพซ้ำสูงทั้งในระหว่างและหลังการบำบัดรักษา ซึ่งเห็นได้จากการประเมินการบำบัดรักษารูปแบบ Matrix program ของโรงพยาบาล 7 จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่า สามารถหยุดหรือเลิกเสพได้ 498 ราย และเสพซ้ำ 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.79[(5)] และการศึกษาที่โรงพยาบาลทุ่งสงก็ระบุว่า ประสิทธิผลของการบำบัดรักษารูปแบบกายจิตสังคมบำบัดพบว่ามีเพียงร้อยละ 50.5[(6)]

ปัจจุบันโปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness-Based Therapy Program; MBTP) ได้ถูกนำมาใช้บำบัดผู้ติดยาเสพติดมากขึ้น เพราะมีผลต่อระดับเซลล์ของสมอง เมื่อฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะกระตุ้นสมองส่วน anterior cingulate cortex (ACC: amygdala) ที่สัมพันธ์กับด้านอารมณ์ ลดความกลัว ความเครียดลดลงและสมองส่วน

pre-frontal cortex (PFC) ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจที่เหมาะสม ช่วยพัฒนาความตระหนักรู้ การมีจิตจดจ่อ การยอมรับความคิดเชิงลบและเชิงบวก ส่งผลทำให้สามารถลดความเครียดและการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำได้[7] จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Grant S et al (2017) ใน 9 การศึกษาสรุปได้ว่า การฝึกสติบำบัดซึ่งมีกิจกรรมกลุ่ม 8 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 4-6 สัปดาห์ติดต่อกัน ระยะเวลาดำเนินการ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 50-120 นาทีและให้ผู้ป่วยนำไปฝึกต่อที่บ้านวันละ 30-45 นาที จะสามารถลดความเครียดและเพิ่มความเข้มแข็งทางจิตใจป้องกันไม่ให้กลับไปเสพซ้ำได้[8] ทั้งนี้มีการศึกษาในต่างประเทศถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสติบำบัด พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการใช้สารเสพติดซ้ำและมีอารมณ์ด้านลบคือความเครียด ความกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.003)[9] ส่วนการศึกษาผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน (p-value = 0.003)[10] สำหรับในประเทศไทย โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสติบำบัดในผู้ป่วยที่อาการทางจิตทุเลาแล้ว 15 ราย สรุปได้ว่าภายใน 3 เดือนหลังครบโปรแกรม ผู้ป่วยทั้งหมดไม่กลับไปเสพซ้ำ และไม่มีกลับเข้ามานอนพักรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและภายในระยะ 6 เดือน ไม่กลับไปเสพซ้ำ 13 รายและ 14 รายไม่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน[11] ส่วนการศึกษาของรัชณีย์ วรรณขามและคณะ (2564) ผู้ติดเฮโรอีน 10 รายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเจริญสติมีค่าคะแนนทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[12]

ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย ได้ใช้รูปแบบกายจิตสังคมบำบัดมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2550 โดยยึดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูการติดสารเสพติด พ.ศ. 2545 ซึ่งยังพบปัญหาการกลับไปเสพซ้ำสูงสะท้อนให้เห็นว่า แนวทางการบำบัดรูปแบบกายจิตสังคมบำบัดที่ใช้อยู่ยังมีช่องว่าง หรือจุดอ่อนที่ทำให้ผู้ติดสารเสพติดกลับมาเสพซ้ำ งานยาเสพติดจึงได้พัฒนาโปรแกรมสติบำบัดมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2565 จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสติบำบัด พบว่าช่วยลดความเครียด ลดความอยากยาเสพติด สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ดีขึ้น เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสมมากขึ้น จึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำได้ ประกอบกับสติบำบัดเป็นวิธีการที่ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้ทุกที่ ทุกเวลา และมีค่าใช้จ่ายน้อย รวมถึงการศึกษาวิจัยในประเทศไทยพบค่อนข้างน้อย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสติบำบัดต่อความเครียด และการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ โดยคาดว่าผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาปรับปรุงหรือเพิ่มเติมขั้นตอนในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

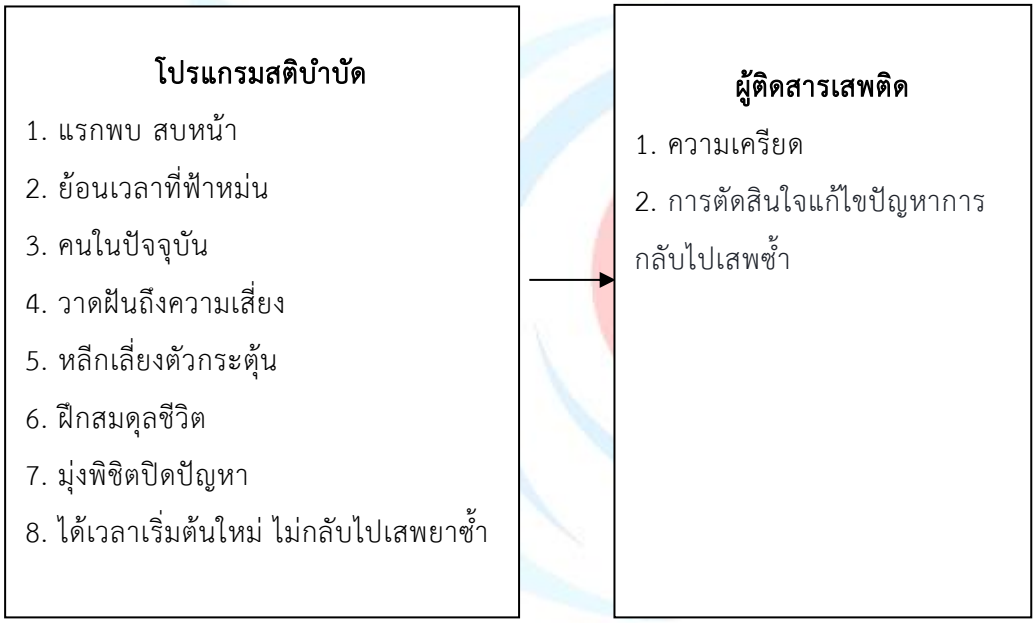
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัดของผู้ติดสารเสพติดที่มีต่อด้านความเครียด และด้านการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดสารเสพติดหลังจากเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมสติบำบัดมีค่าต่ำกว่าก่อนเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมสติบำบัด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Quasi-experimental cohort research) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่สร้างขึ้น การศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัด (The Pre-Post test one group design) โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี 2 เดือน ระหว่างวันที่ 3 เดือน สิงหาคม 2565 ถึงวันที่ 30 เดือน กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ติดยาเสพติดทุกรายที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย แบบผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ติดยาเสพติดจะต้องเป็นผู้ที่สามารถเข้ารับการบำบัดจนครบโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ และยินดีเข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติจำนวนของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลแม่สาย แบบผู้ป่วยนอกย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2562-2564) ซึ่งได้ค่าเฉลี่ย 150 รายต่อปี แทนค่าลงในสูตร Yamane Taro โดยที่ระดับของความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และมีความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ดังนี้

$$\text{สูตร Yamane Taro} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

โดย n คือ ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้
N คือ จำนวนประชากรที่ทราบค่า
e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

$$\text{แทนค่าตามสูตร} \quad n = \frac{150}{1 + 150\,(0.05)^2}$$

$$= 109$$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จำนวน 109 ราย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยให้ผู้ติดยาเสพติดทุกรายเป็นประชากรที่มีโอกาสในการถูกเลือกเท่ากัน จนได้กลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมาย ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเข้าและออกการศึกษาดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้าการศึกษา (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลแม่สาย แบบผู้ป่วยนอก เข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัดได้จนครบโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์
2. สามารถตอบแบบสอบถาม ช่วยเหลือตนเอง และทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง
3. เป็นผู้ที่ได้ยิน มองเห็น และสนทนาสื่อสารภาษาไทยได้
4. ยินดีลงชื่อเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. มีโรคประจำตัวที่ยังคงมีอาการ เช่น วัณโรคระยะแพร่เชื้อ จิตเภทในระยะ active เป็นต้น

2. เสียชีวิตหรือถูกส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่นหรือขอถอนตัว

3. ผู้ที่ไม่สมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. โปรแกรมสติบำบัด พัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิดการเจริญสติตามโปรแกรมการฝึกปฏิบัติสติ (Mindfulness training) ของ Witkiewitz K, et al (2014)[7] ระยะเวลาของโปรแกรม 8 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 วันคือวันอังคารและวันพฤหัสบดี รวมทั้งหมด 16 ครั้ง ซึ่งในแต่ละครั้งจะใช้เวลา 60-120 นาที

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประเภทสารเสพติดที่ใช้ ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด

3. แบบวัดความเครียด คำถาม 20 ข้อ ลักษณะเป็นคำตอบมี 4 ระดับ ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 คำตอบจาก 4 ตัวเลือก มีคะแนนแต่ละข้อ ดังนี้ ไม่เคยเลย = 0, เป็นครั้งคราว = 1, เป็นบ่อย = 2, เป็นประจำ = 3 รวมทั้งหมด 60 คะแนน เกณฑ์การแปลผลมีดังนี้ คะแนน 0–5 ผู้ตอบไม่จริงใจ ไม่แน่ใจในคำถาม, คะแนน 6–17 ปกติ/ไม่มีความเครียด, คะแนน 18-25 ความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย, คะแนน 26-29 8;k,เครียดปานกลาง และคะแนน 30-60 ความเครียดมาก

4. แบบประเมินการตัดสินใจแก้ปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ คำถาม 10 ข้อ ลักษณะเป็นคำตอบมี 4 ระดับ ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 คำตอบจาก 4 ตัวเลือก มีคะแนนแต่ละข้อ ดังนี้ ไม่จริง = 0, จริงบางครั้ง = 1, ค่อนข้างจริง = 2, จริงมาก = 3 เมื่อนำคะแนนมารวมกันการแปลผลคะแนนมีดังนี้ คะแนนรวมมากกว่า 20 ขึ้นไปอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ และคะแนนรวม 20 หรือน้อยกว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ควรปรับปรุง

วิธีรวบรวมข้อมูล

1. การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสติบำบัด ด้านความเครียด และการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติด จากฐานข้อมูลทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ ซึ่งได้แก่ Medline, Biological Abstracts, Google เป็นต้น

2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย โดยการพัฒนารูปแบบโปรแกรมสติบำบัด ซึ่งใช้กรอบแนวคิดของ Witkiewitz K, et al (2014)[7] มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้แก่ พระอาจารย์วัดในจังหวัดเชียงราย 2 ท่านและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านยาเสพติด 2 ท่าน ส่วนแบบประเมินด้านความเครียดมีจำนวนคำถาม 20 ข้อและแบบประเมินการตัดสินใจแก้ปัญหาการกลับไปเสพซ้ำมีจำนวนคำถาม 10 ข้อ ซึ่งดัดแปลงมาจากกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ จากการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) พบว่า โปรแกรมสติบำบัด แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินการตัดสินใจแก้ปัญหาการกลับไปเสพซ้ำมีค่า CVI เท่ากับ 0.91, 0.96 และ

0.86 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยได้หาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบประเมินความเครียดและการตัดสินใจแก้ปัญหาการกลับไปเสพซ้ำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 10 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach’s reliability coefficient alpha) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.84 และ 0.81 ตามลำดับ

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัด โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินระดับความเครียด และประเมินเรื่องการตัดสินใจแก้ปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ

4. กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูด้วยโปรแกรมสติบำบัด โดยการให้คำปรึกษาเฉพาะรายร่วมกับกิจกรรมรายกลุ่มรวมทั้งหมด 8 กิจกรรม จำนวน 16 ครั้ง ครั้งละ 60-120 นาที จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 วัน คืออังคารและพฤหัสบดี รวมทั้งหมด 8 สัปดาห์ รายละเอียดของโปรแกรมสติบำบัด ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 กิจกรรมโปรแกรมสติบำบัดเพื่อลดความเครียดและการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ

สัปดาห์	ครั้งที่	เวลา (นาที)	กิจกรรม	ลักษณะกิจกรรม
1	1	60	แรกพบ สบหน้า	แนะนำตนเอง เล่าภูมิหลัง โทษของยาเสพติด
	2	60	(First encounter)	โดยการจัดความเครียดด้วยการใช้สติกำหนดรู้ลมหายใจ
2	3	75	ย้อนเวลาที่ฟ้าหม่น	เรียนรู้วิธีป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ฝึกปฏิบัติการ
	4	75	(Awareness)	โดยใช้การเดินอย่างมีสติ
3	5	75	คนในปัจจุบัน	ประยุกต์ใช้สติกำหนดรู้ลมหายใจและการเดิน
	6	75	(Daily life)	โดยใช้สติในการทำกิจวัตรประจำวัน
4	7	75	วาดฝันถึงความเสี่ยง	ระบุสถานการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องที่มีความเสี่ยง
	8	75	(High risk dream)	สูงที่ใช้สารเสพติด ฝึกสติโดยการนั่งสมาธิ
5	9	90	หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น	การมีสติและทักษะในการจัดการความอยากแบบ
	10	90	(Avoid the trigger)	ความคิดและการกลับใช้ซ้ำ
6	11	100	ฝึกสมดุลชีวิต	เรียนรู้อารมณ์ ความคิด พฤติกรรมขณะเสพการ
	12	100	(Balance of life)	ฝึกสติโดยสำรวจความรู้สึกร่างกายตนเอง
7	13	100	มุ่งพิชิตปิดปัญหา	สอนการให้อภัยตนเองและเมตตาผู้อื่น ฝึกนั่งการ
	14	100	(Role of relapse)	เจริญสติในชีวิตประจำวัน
8	15	120	ได้เวลาเริ่มต้นใหม่	ฝึกการถอดบทเรียนการรับรู้ความสามารถของ
	16	120	ไม่กลับไปเสพยาซ้ำ (Relapse prevention)	ตนเอง การเผชิญและหลีกเลี่ยงปัญหา การรู้จัก ตอบรับหรือปฏิเสธ การตัดสินใจแก้ไขปัญหา

5. ในวันที่สิ้นสุดการบำบัดจนครบโปรแกรมสติบำบัด ผู้วิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 โดยใช้แบบประเมินอันเดียวกับการประเมินในครั้งแรกทั้งแบบวัดระดับความเครียด และแบบประเมินเรื่องการตัดสินใจแก้ปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างไปวิเคราะห์ผลด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าโปรแกรมสติบำบัดด้านความเครียด และการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำด้วยสถิติ Paired samples t-test

3. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กระทรวงสาธารณสุขเอกสารรับรองเลขที่ 95/2565 ลงวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2565 งานวิจัยนี้ไม่มีการเปิดเผยรายชื่อหรือเลขที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย (Hospital number) และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่สามารถระบุบุคลหรือข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 109)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	87	79.82
หญิง	22	20.18
อายุเฉลี่ยปี (Mean ± SD)	37.61 ± 11.76 (min = 17, max = 68)	
อาชีพ		
เกษตรกร	18	16.51
รับจ้าง	62	56.88
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/ทำงานเอกชน	11	10.10
อื่นๆ เช่น ว่างงาน, แม่บ้าน, นักเรียน, นักศึกษา เป็นต้น	18	16.51
สถานภาพ		
โสด	34	31.19
คู่	58	53.21
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	17	15.60
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	25	22.94
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา	82	75.23
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	1.83
ศาสนา		
พุทธ	83	76.15
คริสต์	21	19.27
อิสลาม	5	4.58

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 109)	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 109)	ร้อยละ
< 10,000 บาท	73	66.97
10,000 – 20,000 บาท	33	30.27
> 20,000 บาท	3	2.76
ระยะเวลาที่ติดสารเสพติด		
< 1 ปี	3	2.76
1 – 5 ปี	79	72.47
5 – 10 ปี	20	18.35
> 10 ปี	7	6.42
ชนิดของสารเสพติด		
เฮโรอีน	17	15.60
ฝิ่น	11	10.10
ยาบ้า	78	71.54
ใช้สารเสพติดตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป	3	2.76

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 109 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 87 ราย และเพศหญิง 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.82 และ 20.18 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 37.61 ± 11.76 ประกอบอาชีพรับจ้างพบมากที่สุดร้อยละ 56.88 สถานภาพมีคู่ 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.21 รองลงมาสถานภาพโสด 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.19 ด้านการศึกษาพบว่า จบชั้นประถมหรือมัธยมศึกษามากที่สุด 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.23 รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.94 โดยนับถือศาสนาพุทธมากที่สุดถึงร้อยละ 76.15 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.97 ส่วนใหญ่ติดยาเสพติดมาแล้ว 1-5 ปี พบ 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.47 และประเภทสารเสพติดที่พบมากที่สุดคือ ยาบ้า จำนวน 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.54 รองลงมาติดเฮโรอีนจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.60

2. ข้อมูลด้านความเครียด

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมสติบำบัด

คะแนนความเครียด	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนเข้าโปรแกรมสติบำบัด	28.40	9.94	108	26.86	0.002*
หลังเข้าโปรแกรมสติบำบัด	17.22	8.78			

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05; เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Paired samples t-test

จากตารางที่ 3 แสดงผลคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนเข้าโปรแกรมสติบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 28.40 ± 9.94 และหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าโปรแกรมสติบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยรวม 17.22 ± 8.78 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดสูงกว่าหลังเข้าโปรแกรมสติบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 (p-value = 0.002) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมสติบำบัดมีคะแนนค่าเฉลี่ยความเครียด ($\bar{X}$= 17.22, SD = 8.78) ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสติบำบัด ($\bar{X}$= 28.40, SD = 9.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 (t = 26.86, p-value = 0.002)

3. ข้อมูลด้านการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมสติบำบัด

คะแนนการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนเข้าโปรแกรมสติบำบัด	8.71	7.13	108	-17.74	0.000*
หลังเข้าโปรแกรมสติบำบัด	18.28	8.42			

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05; เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Paired samples t-test

จากตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบผลคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำก่อนและหลังเข้าโปรแกรมสติบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวม 8.71 ± 7.13 และ 18.28 ± 8.42 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมสติบำบัด จะมีค่าคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ ($\bar{X}$ = 18.28, SD = 8.42) สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสติบำบัด ($\bar{X}$ = 8.71, SD = 7.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 (t = -17.74, p-value = 0.000)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ได้พัฒนาโปรแกรมสติบำบัดตามแนวคิดของ Witkiewitz K, et al (2014)[7] โดยมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความใส่ใจในขณะปัจจุบัน (เพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง) การยอมรับในปัจจุบัน และการไม่ตัดสินใจ ซึ่งทั้งหมดจะมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันตลอดเวลาของการฝึกสติบำบัด (การเคลื่อนไหวมือ การนั่ง การสังเกตลมหายใจเข้า-ออก และการฝึกปฏิบัติสติในชีวิตประจำวัน) โดยการปฏิบัติจะทำร่วมกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งดำเนินการทั้งหมด 8 กิจกรรม จำนวน 16 ครั้ง ครั้งละ 60-120 นาที จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 วัน คือ วันอังคารและพฤหัสบดี เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และให้ผู้ป่วยนำไปฝึกต่อที่บ้านวันละ 30-45 นาที ผู้วิจัยวิจารณ์ผลการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสติบำบัดต่อความเครียดและการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ ดังนี้

1. ด้านความเครียด ความเครียดเป็นตัวกระตุ้นสำคัญในพฤติกรรมการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้ ซึ่งโปรแกรมสติบำบัดเมื่อฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะกระตุ้นสมองส่วน anterior cingulate cortex (ACC; amygdala) ที่สัมพันธ์กับด้านอารมณ์ โปรแกรมเน้นการฝึกสติให้จัดการกับความเครียด ความว้าวุ่นใจที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ด้วยกิจกรรมทางกายและภายในจิตใจ การศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมสติบำบัดมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของความเครียด ($\bar{X}$ = 17.22, SD = 8.78) ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสติบำบัด ($\bar{X}$ = 28.40, SD = 9.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 26.86, p-value = 0.002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Glasner ES et al (2017) พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการใช้สารเสพติดซ้ำ และมีอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ ความเครียด ภาวะความซึมเศร้าและความกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.003)[9] และการศึกษาของวรรณจรี มณีแสง (2563) ระบุว่าผู้ติดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมสติบำบัดมีความเครียด (7.44 คะแนน, 95%CI = -12.21, -2.67) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13] รวมถึงการศึกษาของบรรจบ ชุณหสวัสดิกุล ซึ่งได้รายงานผลการวิจัยในวาระการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 1 หัวข้อ “การแพทย์เชิงบูรณาการสู่ความสุขสบาย” (The 1st International Integrative Medicine for Wellness) โดยมีนักวิชาการนานาชาติจาก 7 ประเทศ สรุปได้ว่า การบริหารจิตในวิธีการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวมือ 14 ท่าของหลวงพ่อเทียน จิตตสุโภ สามารถลดความเครียด คลายความวิตกกังวล แก้โรคซึมเศร้า และเพิ่มความตื่นรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14] นอกจากนี้ จากการศึกษาในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาเมทาโดน (Methadone) มีความอยากยาลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้เกิดจากผู้ติดสารเสพติดมีระดับความเครียดลดลง มีความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional quotient; EQ) เกิดความตระหนักรู้ และยอมรับอาการอยากยาโดยไม่มีการตัดสิน จึงช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการเสพยาของตนเอง และสามารถจัดการกับอาการอยากเสพยาได้[15] ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมสติบำบัดของการศึกษาครั้งนี้ในกิจกรรมที่ 1) แรกพบ สบหน้า และกิจกรรมที่ 2) ย้อนเวลาที่ฟ้าหม่น ที่เน้นการฝึกสติให้จัดการด้านอารมณ์ ความคิด และความเครียด โดยใช้สติกำหนดรู้ลมหายใจและการฝึกปฏิบัติการเดินอย่างมีสติ อย่างไรก็ตาม ศาสตราจารย์จอน กาบัต-ซินน์ ผู้ที่ริเริ่มการบำบัดโดยการฝึกสติ

เพื่อลดความเครียด ได้เปรียบเทียบความอยากยาเสพติดเป็นเสมือนคลื่นในทะเล ไม่สามารถห้ามไม่ให้เกิดคลื่นได้ ผู้ป่วยมีหน้าที่ในการประคับประคองตนเองให้อยู่บนกระดานโต้คลื่นให้ได้ แล้วคลื่นหรือความอยากยาเสพติดนั้นจะค่อยๆ หายไปได้เองดังนั้น การเจริญสติเป็นฐาน (Mindfulness-based interventions) เท่านั้นที่สามารถลดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด และมีการรับรู้ความเครียดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมสติบำบัดของการศึกษาครั้งนี้ในกิจกรรมที่ 1) แรกพบ สบหน้า และกิจกรรมที่ 2) ย้อนเวลาที่ฟ้าหม่น ที่เน้นการฝึกสติให้จัดการด้านอารมณ์ ความคิด และความเครียด โดยใช้สติกำหนดรู้ลมหายใจ และการฝึกปฏิบัติการเดินอย่างมีสติ

2. ด้านการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการไปเสพซ้ำ โปรแกรมสติบำบัดจะช่วยกระตุ้นสมองส่วน pre-frontal cortex (PFC) ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจที่เหมาะสม ทำให้ควบคุมอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบได้ดีขึ้น ช่วยพัฒนาความตระหนักรู้ การรับรู้ การมีจิตจดจ่อ การยอมรับความคิด ความรู้สึกเชิงลบและเชิงบวก โดยไม่มีการตัดสินใจทำให้เกิดการรับรู้ด้วยตนเอง (Self awareness) ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมสติบำบัดของการศึกษาครั้งนี้ในกิจกรรมที่ 3) คนในปัจจุบัน 4) วาดฝันถึงความเสี่ยง 5) หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น 6) ฝึกสมดุลชีวิต 7) มุ่งพิชิตปิดปัญหา 8) ได้เวลาเริ่มต้นใหม่ ไม่กลับไปเสพยาซ้ำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างหลังจากเข้าโปรแกรมสติบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ ($\bar{x}$ = 18.28, SD = 8.42) สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสติบำบัด ($\bar{x}$ = 8.71, SD = 7.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 (t = -17.74, p-value = 0.000) สอดคล้องกับการศึกษาของรัชณีย์ วรรณขามและคณะ (2564) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจหลังเข้าโปรแกรมการเจริญสติ ($\bar{x}$ = 3.22, IQR = 3.00, 3.47) สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมเจริญสติ ($\bar{x}$ = 2.00, IQR = 1.88, 2.44) และค่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญปัญหาหลังเข้าโปรแกรมเจริญสติ ($\bar{x}$ = 3.25, IQR = 3.11, 3.51) สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมเจริญสติ ($\bar{x}$ = 2.11, IQR = 1.95, 2.29) ซึ่งเสริมสร้างทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำสำหรับผู้ป่วยเฮโรอีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05[12] รวมถึง Vrana C et al (2017), Priddy SE et al (2018) พบว่าโปรแกรมการฝึกสติแบบการทำสมาธิช่วยพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาด้วยวิธีแบบใหม่[16-17] นอกจากนี้ Lyonsa T et al (2019) ระบุว่า การฝึกปฏิบัติการเจริญสติจะมีผลในระยะยาวในการเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหา อีกทั้งยังไปช่วยลดการหลีกหนีปัญหา เนื่องจากเกิดการใส่ใจและยอมรับกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และลดการครุ่นคิดที่จะนำไปสู่การปรับตัวที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งรู้จักจัดการกับความรู้สึกอยากยาเสพติดของตนเองได้ด้วยทำให้ไม่กลับไปเสพซ้ำ[18] ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมสติบำบัดของการศึกษาครั้งนี้ ในกิจกรรมที่ 7) มุ่งพิชิตปิดปัญหาและ 8) ได้เวลาเริ่มต้นใหม่ ไม่กลับไปเสพยาซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย นพ.ศิริศักดิ์ นันทะ ที่ให้การสนับสนุน และนายสมเกียรติ ศรีธาราธิคุณ หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม ที่ให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัย จนทำให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่องในระยะ 6, 9 และ 12 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสติบำบัดในระยะยาว ควรมีการวัดผลความอยากเสพสารเสพติดด้วยดัชนีชี้วัดทางชีวภาพ เช่น การตรวจวัดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง หรือตรวจวัดระดับสารเมทแอมเฟตามีนในร่างกาย การศึกษาในครั้งนี้ จึงยังไม่สามารถสรุปผลของโปรแกรมสติบำบัดเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. ควรขยายผลการใช้โปรแกรมสติบำบัดในหน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น โดยอบรมบุคลากรที่จะใช้โปรแกรมสติบำบัดให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการบาบัด เนื้อหากิจกรรมและติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมสติบำบัดอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริลักษณ์ ปัญญา, เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, นภาจันทร์ ชาปริก, สุกัญญา กาญจนบัตร, จริยา มงคลสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจิตสังคม และปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการกลับมาเสพยาซ้ำของผู้กลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลธัญญารักษ์. พยาบาลสาร. 2564;48(2):273-82.
2. ศุภฤกษ์ นาคดิลก. อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ในสถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.). วารสารวิชาการเสพติด. 2563;6(1):47-58.
3. งานเวชระเบียน. สถิติการให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การรายงานประจำปี พ.ศ.2563-2565. โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย. 2565. (เอกสารอัดสำเนา).
4. ภัทราภรณ์ กินร, อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์, วันเพ็ญ ใจปทุม. คู่มือผู้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบเมทริกซ์โปรแกรม. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2564.
5. สวัสดิ์ อุ่นใจ, กิจวัฒ นาถวิล, ญาธษา พันวิไล, สุกัญญา กาญจนบัติ, มานพ คณะโต. การประเมินการใช้แมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 7 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560;5(4):661-81.
6. อารี สุภาวงศ์. ประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบกายจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ โรงพยาบาลทุ่งสง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์; 2559;36(ฉบับพิเศษ):160-9.
7. Witkiewitz K, Bowen S, Harrop EN, Douglas H, Enkema M, Sedgwick C. Mindfulness-based treatment to prevent addictive behaving relapse: Theoretical models and hypothesized mechanism of change. Subst Use Misuse. 2014;49(5):513-24.

8. 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):386-96.
9. Glasner-Edwards S, Mooney LJ, Ang A, Chokron Garneau H, Hartwell E, Brecht ML, et al. Mindfulness-based relapse prevention for stimulant dependent adults: A pilot randomized clinical trial. Mindfulness (N Y). 2017;8(1)126-35.
10. Davis JP, Barr N, Dworkin ER, Dumas TM, Berey B, DiGuiseppi G, et al. Mindfulness-based relapse prevention on impulsivity trajectories among young adults in residential substance use disorder treatment. Mindfulness (N Y). 2019;10(10):1997-2009.
11. กรมสุขภาพจิต. เผยติดยาบ้าเสี่ยง “ป่วยทางจิต” สูงกว่าคนทั่วไป 11 เท่า. [อินเทอร์เน็ต] 26 มิ.ย. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealth.or.th/?p=251750
12. รัชณีย์ วรรณขาม, อนัญญา อินทกาญน์, นารีมาลย์ ปาแย. การพัฒนาโปรแกรมการเจริญสติเพื่อเสริมสร้างทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำสำหรับผู้ติดเฮโรอีน. วารสารกรมการแพทย์. 2564;46(4):100-5.
13. วรรณจรี มณีแสง. ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการกลับมาเสพซ้ำในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต (สาขาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ)] ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
14. แนวหน้า. วิจัยพบวิธีเจริญสติ 14 ท่า ของหลวงพ่อเทียน ลดความเครียด คลายความวิตกกังวล แก้อาการซึมเศร้า และเพิ่มความตื่นรู้. [อินเทอร์เน็ต] 24 มิ.ย. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.naewna.com/lady/421780
15. 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):250-9.
16. Vrana C, Killeen T, Brant V, Mastroqiovanni J, Baker NL. Rationale design and implementation of a clinical trial of a mindfulness-based relapse prevention protocol for the treatment of women with comorbid post traumatic stress disorder and substance use disorder. Contemp Clin Trials. 2017;61:108-14.
17. Priddy SE, Howard MO, Hanley AW, Riquino MR, Friberg-Felsted K, Garland EL. Mindfulness meditation in the treatment of substance use disorders and preventing future relapse: Neurocognitive mechanisms and clinical implications. Subst Abuse Rehabil. 2018;9:103-14.

18. Lyonsa T, Womackb V, Cantrellc WD, Kenemore T. Mindfulness-based relapse prevention in Jail drug treatment program. Subst Use Misuse. 2019;54:57-64.