

โครงการวิจัยเรื่อง : ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการเสพติดในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัด
การติดสารเมทแอมเฟตามีน คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลพะเยา

Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy and Counseling Program (MBTC)
on Relapse to Methamphetamine Dependence Among Individuals Receiving
Methamphetamine-Dependency Treatment at Fahsai Clinic, Phayao Hospital

ผู้วิจัย : ศิริกานดา บุญมี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพะเยา

ธีรนเรศ เพ็ชรกุล นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โรงพยาบาลพะเยา

เฉลิมพล กำใจ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา (Corresponding
author)

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหายาเสพติด เป็นปัญหาของสังคมที่รุนแรงปัญหาหนึ่งของสังคมโลก แม้ว่าปัจจุบันแต่ละประเทศจะมีมาตรการหรือนโยบายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหายาเสพติดยังคงทวีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อประชากรโลกอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน จากรายงานประจำปีโดยสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มตลาดยาเสพติดทั่วโลก โดยรวบรวมสถิติที่ละเอียดเกี่ยวกับการผลิต การค้า และการใช้ยาเสพติดรวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม พบว่าจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15 - 64 ปีที่ติดยาเสพติด ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26 เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีอายุน้อยลงเรื่อยๆ เด็กและเยาวชนมีการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่รวมถึงใช้ปริมาณที่มากกว่าเช่นเดียวกัน และถึงแม้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ไปทั่วโลกที่ผ่านมานั้นจะทำให้การลักลอบหรือขนส่งยาเสพติดถูกจำกัดด้วยเส้นทางการขนส่งทางชายแดนแต่ละประเทศ รวมถึงการขนส่งทางอากาศที่มีความถี่น้อยลง กลับทำให้รูปแบบและเส้นทางการค้ายาเสพติดมีความยืดหยุ่นและหลากหลายขึ้นกว่าในอดีต ทั้งในเส้นทางเดินเรือเพื่อลำเลียงยาเสพติด การขนส่งสินค้าด้วยไปรษณีย์ รวมถึงการติดต่อซื้อขายผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่มากขึ้น (UNODC, 2022)

ผลกระทบจากปัญหายาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ก่อให้เกิดผลเสียอย่างรุนแรงทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อตัวผู้ใช้สารเสพติดหรือผู้ป่วยและบุคคลอื่นในสังคม สำหรับด้านตัวผู้ป่วย พบว่าส่งผลให้เกิดภาวะสมองตื้อ ร่างกายเรื้อรัง พบอาการทางจิต ด้วยการมีพฤติกรรมคลุ้มคลั่ง เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ส่งผลกระทบด้านสังคม โดยก่อให้เกิดความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติดแก่บุคคลรอบข้าง ครอบครัว และชุมชนในด้านความปลอดภัย นำไปสู่พฤติกรรมมั่วสุมและการกระทำความผิดกฎหมาย เช่น การลักขโมย การใช้ความรุนแรง รวมถึงปัญหาอาชญากรรม

ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคลและทรัพย์สินในชุมชนได้ นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ด้วยการสูญเสียเงินตรามหาศาลแก่กลุ่มผู้ผลิตนอกประเทศ และยังเสี่ยงงบประมาณและทรัพยากรจำนวนมากในการแก้ไข ป้องกันและปราบปราม รวมถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ผู้ติดยาเสพติดจำนวนมากอยู่ในกลุ่มเยาวชนทำให้ประเทศต้องสูญเสียบุคลากรที่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ อีกทั้งยังส่งผลกระทบด้านภัยต่อประเทศชาติ ด้วยแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของปัญหาเสพติดที่ส่งผลให้ทำให้ประชาชนรู้สึกไม่ปลอดภัย หวาดระแวงต่อภัยที่จะตามมาในสังคม และนำไปสู่การทำลายความมั่นคงของชาติในที่สุด (UNODC, 2022)

ปัจจุบันแม้จะมีความพยายามในการบำบัดรักษาผู้ใช้หรือติดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนด้วยวิธีการที่หลากหลาย แต่ความท้าทายสำคัญที่พบคืออัตราการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse rate) ยังคงสูง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของการบำบัดรักษาในระยะยาว ซึ่งปัญหาการกลับไปเสพซ้ำนี้มีสาเหตุที่ซับซ้อน ทั้งจากปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย เช่น ความอยากยา (craving) การเผชิญกับความเครียด การขาดทักษะการเผชิญกับปัญหาชีวิตที่เหมาะสม และปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเสพ อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน โดยปัจจุบันมีวิธีการบำบัดรักษาที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย เช่น Fast Model การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในแบบเข้มข้นทางสายใหม่ หรือจิตสังคมบำบัดแบบแมทริกซ์ (Matrix Program) ที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายสำหรับประเทศไทย ซึ่งโปรแกรมนี้มุ่งเน้นการฟื้นฟูและการสนับสนุนผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมที่ไม่ต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ซึ่งได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม นักวิจัยและบุคลากรทางการแพทย์ยังคงแสวงหาแนวทางเสริมที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัจจัยกระตุ้นการเสพซ้ำ โดยเฉพาะการจัดการกับสภาวะอารมณ์และความคิดภายในของผู้ป่วย การบำบัดด้วยสติหรือ โปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness-Based Therapy and Counseling: MBTC) จึงเป็นแนวทางที่ได้รับการพัฒนาและนำมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชหลายชนิด เช่น โรคซึมเศร้า และการป้องกันการกลับไปติดสุราซ้ำ โดยมีแนวคิดหลักคือการฝึกให้ผู้ป่วยให้มีสติอยู่กับปัจจุบัน งดการตัดสินใจ และส่งเสริมให้ยอมรับประสบการณ์ทางความคิดหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความอยากยาหรือความเครียดที่เป็นตัวกระตุ้นได้ดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2559)

กรมสุขภาพจิต โดยนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ ได้พัฒนาหลักสูตรการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน หรือเรียกสั้น ๆ ว่า สติบำบัดขึ้น โดยผสมผสานแนวคิดจากหลักสูตรของ Jon Kabat-Zinn เพื่อนำสติและสมาธิไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วย ที่มีปัญหาการเสพติดตลอดจนปัญหาสุขภาพทางกายจากโรคเรื้อรัง โดยใช้ได้กับผู้รับการบำบัดทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ซึ่งเป็นการบำบัดที่เน้นการฝึกสมาธิและสติมาใช้ในชีวิต เมื่อบุคคลได้ฝึกปฏิบัติ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ตัวบุคคล ทำให้ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น จนสามารถจัดความคิดในแง่ลบ และลดความทุกข์ได้ (กรมสุขภาพจิต, 2561) จากการศึกษาพบว่าสติบำบัดเป็นการประยุกต์สมาธิและสติที่มีพื้นฐานมาจากการพัฒนาจิตตามหลักพุทธธรรม แล้วจึงนำมาใช้ในทางโลกหรือในชีวิตประจำวันเพื่อ

ลดความทุกข์ เพิ่มความสามารถในการปรับตัวของบุคคลที่มีความเครียด หรือความยากลำบากจากโรคทางกายและทางจิต ตลอดจนใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง และสามารถใช้ในการบำบัดภาวะเสพติดไม่ให้กลับมาเสพติดซ้ำได้ จากผลงานวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการกลับมาเสพติดในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดแอมเฟตามีน (วรรณจรี มณีแสง; 2563) พบว่ามีความเป็นไปได้ว่าการใช้โปรแกรม MBTC ร่วมกับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วยรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่เน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจอย่างเข้มข้น โดยใช้หลักการที่ว่าสายสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนที่แข็งแกร่งสำคัญต่อการฟื้นฟูเพื่อให้ผู้บำบัดสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างปกติสุข หรือ FAST model (Family And Substance Treatment Model) และทำการติดตามผลการบำบัดเป็นระยะเวลา 6 เดือน สามารถช่วยลดการกลับมาเสพติดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนได้ดีกว่าการใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วย โปรแกรม FAST model เพียงอย่างเดียว และผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้า และการกลับมาเสพติดในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดแอมเฟตามีน โรงพยาบาลพนมสารคาม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมสติบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) อีกทั้งยังพบว่าส่งผลให้ การเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.01$) (ดวงมณี วิยะทัศน์ และคณะ, 2568)

จากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศ พบผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) และการบำบัดด้วยการเจริญสติ ต่อความอยากยาของผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีน จากวิธีการวิจัยเป็นการทดลองแบบกึ่งทดลอง โดยใช้การออกแบบกลุ่มควบคุมแบบก่อนและหลังการทดสอบ และมีระยะเวลาติดตามผลในระยะสามเดือน ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษานในคลินิกบำบัดการติดยาเสพติด ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มในระยะหลังการทดสอบและระยะติดตามผล เกี่ยวกับความอยากยาของผู้ป่วยที่ติดเมทแอมเฟตามีน ($P<0.05$) โดยพบว่าการบำบัดด้วยการเจริญสติมีประสิทธิภาพกว่า CBT ในการลดการย้าคิดย้าทำในระยะหลังการทดลอง ($P<0.05$) แสดงให้เห็นว่าการบำบัดด้วยการเจริญสติมีประสิทธิภาพในการลดความอยากยาในกลุ่มตัวอย่างที่ติดเมทแอมเฟตามีนระหว่างการรักษาผู้ติดยาเสพติด (Badiee et al., 2025) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาผลของการใช้หลักการฝึกสติที่ปรับให้เหมาะสมเพื่อสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด ขณะเข้ารับการรักษานในสถานบำบัด เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมต่อการคงอยู่ในการรักษานในสถานบำบัด พบว่ากลุ่มทดลองการอยู่เพื่อรับการบำบัดของกลุ่มตัวอย่างตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้นหรือความเสี่ยงของการไม่เข้ารับการรักษานจนครบกำหนดในกลุ่มทดลองต่ำกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการมีสติ ($r=.61$, $p<.01$) การอดทนต่อความทุกข์ ($r=0.55$, $p<.01$) และอารมณ์เชิงบวกที่ดีขึ้น ($r=0.52$, $p<.01$) อัตราส่วนความเสี่ยงสำหรับการคงอยู่ในการรักษานอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลทางคลินิกของการเพิ่มหลักการใช้สติในศูนย์บำบัดผู้ติดยาเสพติดแบบพักอาศัยสำหรับกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติและชาติพันธุ์ (Black &

Amaro, 2019) จะเห็นได้ว่าการบำบัดโดยใช้หลักการฝึกสติกำลังถูกนำมาใช้มากขึ้นในการบำบัดรักษากลุ่มตัวอย่างที่ใช้สารเสพติด รวมถึงความผิดปกติจากการใช้ยาเมทแอมเฟตามีน แสดงให้เห็นว่าการฝึกสติอาจมีบทบาทสำคัญต่อประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา และการจัดการกับปัญหาการขาดสติสัมปชัญญะในผู้ที่มีภาวะติดเมทแอมเฟตามีน ซึ่งสัมพันธ์กับการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ซึ่งหลักการฝึกสติดังกล่าวอาจส่งผลดีต่อการควบคุมอารมณ์ที่ผิดปกติในกลุ่มผู้ติดสารเสพติดอีกด้วย (Jarrett et al., 2023)

คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลพะเยา มีพันธกิจสำคัญในการให้บริการด้านการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ด้วยรูปแบบจิตสังคมบำบัดแบบแมทริกซ์ (Matrix Program) 16 สัปดาห์ มีผู้เข้ารับการบำบัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 – 2568 จำนวน 109, 212, 251 และ 349 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบว่าผู้ติดสารเสพติดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเมทแอมเฟตามีน จำนวน 93, 173, 233 และ 320 ราย อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยที่ติดสารเมทแอมเฟตามีน แม้ว่าจะผ่านกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว ยังกลับไปเสพยาเสพติดและกลับเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาซ้ำในช่วงระยะ 1 ปี ในอัตราที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะ 4 ปี คือ ร้อยละ 27.52, 28.61, 35.76 และ 36.22 มีสาเหตุการกลับไปเสพยาซ้ำอันดับแรก คือ การคบเพื่อนที่ใช้สารเสพติดด้วยกันร้อยละ 49.25 รองลงมาคือใช้เพื่อสนับสนุนการประกอบอาชีพร้อยละ 29.62 และใช้ร่วมกับการดื่มสุรในงานเลี้ยงสังสรรค์ร้อยละ 11.13 ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลงานการบำบัดผู้ติดสารเสพติด และได้ผ่านการอบรมโปรแกรมสติบำบัดเป็นนักสติบำบัดอิสระ มีความสนใจศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสติบำบัดต่อการลดอัตราการกลับไปเสพยาซ้ำในกลุ่มผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้รับบริการกลุ่มนี้อย่างเป็นรูปธรรม ในคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลพะเยา ทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ติดสารเสพติดและครอบครัว ลดผลกระทบทางลบต่อสังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการกลับไปเสพยาสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คะแนนสติสัมปชัญญะ(PHLMS) และคะแนนการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างที่ติดสารเมทแอมเฟตามีน(บคก.กสธ/V2) คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลพะเยาที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัด(MBTC) ในระยะก่อนการได้รับโปรแกรมฯ ระยะทันที หลังโปรแกรมฯสิ้นสุด ระยะติดตามผล 2 อาทิตย์ และ1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบการกลับไปเสพยาสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คะแนนสติสัมปชัญญะ(PHLMS) และคะแนนการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างที่ติดสารเมทแอมเฟตามีน(บคก.กสธ/V2) คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลพะเยา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัด(MBTC) และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ในระยะก่อนการได้รับโปรแกรมฯ ระยะทันทีหลังโปรแกรมฯสิ้นสุด ระยะติดตามผล 2 อาทิตย์ และ1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ

คำถามการวิจัย

ผลของโปรแกรมสติบำบัด(MBTC) ในกลุ่มตัวอย่างที่ติดสารเมทแอมเฟตามีน ระยะหลังบำบัดครบวันที่ ระยะติดตามผลหลังครบบำบัด 2 อาทิตย์ และ 1 เดือน มีการกลับไปเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ค่าเฉลี่ยคะแนนสติสัมปชัญญะ(PHLMS) และค่าเฉลี่ยคะแนนการใช้สารเสพติด(บคก.กสร. V2) แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ติดสารเมทแอมเฟตามีน คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลพะเยา ที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) มีการการกลับไปเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ, คะแนนสติสัมปชัญญะ(PHLMS) และคะแนนการใช้สารเสพติด(บคก.กสร.V2) ในระยะทันทีหลังโปรแกรมสิ้นสุด ระยะติดตามผล 2 อาทิตย์ และ 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ มีการกลับไปเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ, คะแนนการใช้สารเสพติด(บคก.กสร.V2) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมีคะแนนสติสัมปชัญญะ(PHLMS) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ

2. กลุ่มตัวอย่างที่ติดสารเมทแอมเฟตามีน คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลพะเยา ที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติบำบัด(MBTC) มีการการกลับไปเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ, คะแนนสติสัมปชัญญะ(PHLMS) และคะแนนการใช้สารเสพติด(บคก.กสร.V2) ในระยะทันทีหลังโปรแกรมสิ้นสุด ระยะติดตามผล 2 อาทิตย์ และ 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ มีการการกลับไปเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ, คะแนนการใช้สารเสพติด(บคก.กสร..V2) ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ และมีคะแนนสติสัมปชัญญะ (PHLMS) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ฯ

ขอบเขตการวิจัย (desing)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (two groups with repeated measures) โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ระดับสติสัมปชัญญะ และระดับความรุนแรงของการใช้สารเสพติด ก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

สถานที่ศึกษา

คลินิกฟ้าใส กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพะเยา ซึ่งเป็นคลินิกที่บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดที่มาเข้ารับการรักษาด้วยระบบสมัครใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (target population)

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of

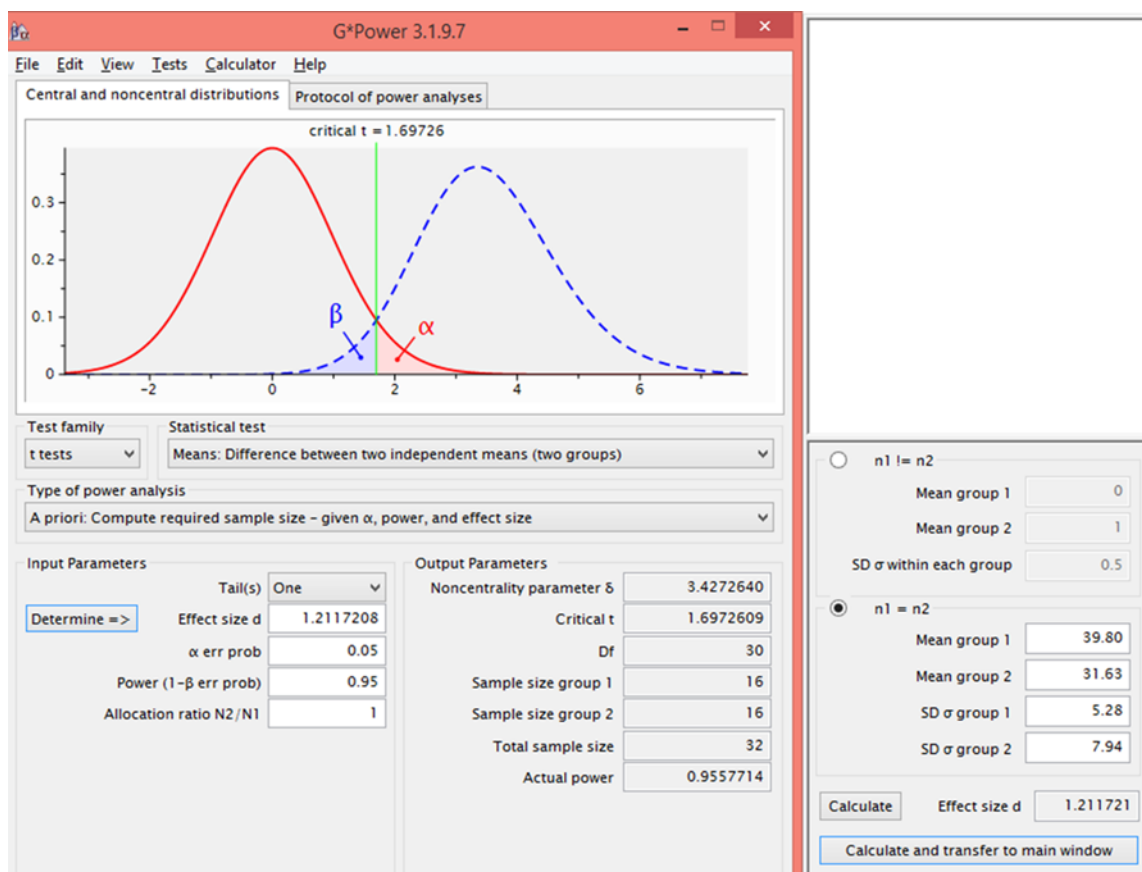
Mental Disorder Fifth Edition: TR [DSM 5]) ที่ได้รับการบันทึกเป็น F1520 Other stimulant dependence, uncomplicated ตามรหัสของโรคที่ยึดตามระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Disease and Related Health problem [ICD-10]) ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลพะเยา ในวันที่ 1 เมษายน – 30 มิถุนายน 2569 ซึ่งมีประชากรทั้งสิ้น 40 คน

กลุ่มตัวอย่าง (sample population)

คือผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วยระบบสมัครใจ ที่คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลพะเยา ที่อยู่ในระยะบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูตามโปรแกรมปกติ (Modify Matrix Program) ทุกรายที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกของงานวิจัย ในระยะเวลาที่ทำการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (sample size calculation)

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ต้องการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง (sample size) โดยใช้โปรแกรม G*power Version 3.1.9.7 (สิทธิพร สุนทร, 2563) ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสำหรับกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน หรือ Difference between two independents means (two groups) โดยคำนวณ Effect size จากผลการวิจัยก่อนหน้านี้ที่คล้ายคลึงกัน เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการการกลับมาเสพยาในในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีน (วรรณจิรี มณีแสง และคณะ, ๒๕๖๓) ได้ค่า Effect size เท่ากับ 1.2117208 กำหนดค่า α error probability เท่ากับ 0.05 กำหนดค่า Power ($1 - \alpha$ error probability) เท่ากับ 0.95 และค่า Allocation ratio เท่ากับ 1 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด กลุ่มละ 16 คน เพื่อป้องกันการการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จากค่าที่คำนวณได้ เป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเท่ากับ 40 คน และหากมีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจะใช้หลักการวิเคราะห์แบบ intention-to-treat ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังแผนภาพ



แผนภาพแสดงการแทนค่าเพื่อคำนวณ sample size โดยใช้โปรแกรม G*power Version 3.1.9.7

กลุ่มควบคุม (control group) คือ กลุ่มผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน ในคลินิกฟ้าใส ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกจำนวน 20 คน ที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูด้วยกระบวนการการบำบัดฟื้นฟูตามกระบวนการปกติ คือ Modify Matrix Program ซึ่งเป็นโปรแกรมปกติของคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลพะเยา

กลุ่มทดลอง (experimental group) คือ กลุ่มผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีนในคลินิกฟ้าใส ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก จำนวน 20 คน ที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูด้วยกระบวนการของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) จำนวน 8 ครั้ง อาทิตย์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 – 2 ชั่วโมง รวมเป็นระยะเวลา 2 เดือน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2569

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

- 1) มีสัญชาติไทย
- 2) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสารเสพติด โดยอยู่ในกลุ่มรหัสโรค F1520 โดยประเมินและคัดกรองการใช้สารเสพติดตามแบบคัดกรอง ของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ. V.2) โดยแปลผลความรุนแรงของการใช้สารเสพติดแล้วเป็นผู้เสพบ่อย (Abuse) หรือ

ระดับผลกระทบจากการใช้ยาในระดับปานกลาง คะแนนประเมินอยู่ในช่วง 20-26 คะแนน (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งมาจากการประเมิน 1) การใช้สารแอมเฟตามีน 2) ความต้องการหรือความรู้สึกอยากใช้จนทนไม่ได้ 3) การเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคมกฎหมายหรือการเงิน 4) ผลของการใช้ทำให้ไม่สามารถรับผิดชอบหรือทำกิจกรรมที่เคยทำตามปกติ ซึ่ง 4 หัวข้อแรกของแบบประเมิน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ที่มีความถี่อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน คือ ไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน ส่วนอีก 2 หัวข้อของแบบประเมินคือ 5)ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จัก เคยว่ากล่าวตักเตือน วิพากษ์วิจารณ์ จับผิด หรือ แสดงท่าทีสงสัยว่าเกี่ยวข้องกับการใช้สารแอมเฟตามีน และ 6) เคยลดหรือหยุดใช้สารแอมเฟตามีน แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีระยะเวลาของคำตอบว่า “เคย” ในช่วงก่อน 3 เดือน หรือในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งหากความรวมคะแนนแล้ว คะแนนจะอยู่ในช่วง 20-26 คะแนน

3) มีประวัติใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนเพียงชนิดเดียวและมีผลการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะเป็นผลบวก (positive) ในวันแรกที่เข้ารับการบำบัดที่คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลพะเยา

4) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดแอมเฟตามีนในช่วง 7 วันแรกของขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูของเมทริกซ์โปรแกรม (Matrix Program) ตามกระบวนการปกติ ของคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลพะเยา

5) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าแรกด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 ข้อ หรือ 9Q ของกรมสุขภาพจิต

6) มีอายุตั้งแต่ 20 – 59 ปี

7) สามารถอ่าน เขียน สื่อความหมาย และเข้าใจภาษาไทยได้

8) สามารถตอบแบบสอบถามหรือทำการบ้าน ช่วยเหลือตนเองและทำกิจกรรมได้ด้วย

ตนเอง

9) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้เวลา สถานที่และบุคคลได้ดี

10) ยินยอมและให้ความร่วมมือในศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติทางสมองและมีประวัติอาการทางจิต เช่น มีความเชื่อหลงผิด มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หรือไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้

2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบกระดูก หรือโรคที่มีข้อจำกัดในการลุกนั่งเป็นจังหวะ

3) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าพบการติดยาอื่นเป็นหลักที่ไม่ใช่สารแอมเฟตามีน ได้แก่ ยาไอซ์ ยาอี กัญชา กระท่อม สารระเหย เฮโรอีน ฟีน มอร์ฟีน โคเคน และสารอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการหลอนประสาท (Lysergic acid diethylamide)

4) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนครบกระบวนการ

นิยามศัพท์

ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน มีลักษณะเป็นผลึกสีขาวไม่มีกลิ่น และมีรสขมมีชื่อเรียกต่างๆว่ายาบ้า ยาบ้า ยาขยัน ยาโด๊ป และยาเพิ่มพลังนำมาผลิตเป็นเม็ดมีหลายรูปแบบ เช่น กลม แบน รูปเหลี่ยม และรูปหัวใจ หรือเป็นแคปซูลหลากสี เช่น สีขาว น้ำตาล และเหลือง ชนิดที่พบมากจะเป็นสีขาวเม็ดกลมแบบมีสัญลักษณ์บนเม็ดยา เช่น รูปหัวม้า รูปดาวและตัวเลข 99 การเสพทำได้หลายวิธี เช่น รับประทานแล้วดื่มน้ำหรือสูราตาม ละลายในเครื่องดื่มบำรุงกำลังผสมในกาแฟ หรือนำมาบดแล้วสูดดม (ไซฟิยะห์ วาเต๊ะ, 2562)

ผู้ติดสารเมทแอมเฟตามีน หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลพะเยา ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – วันที่ 30 มิถุนายน 2569 ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสารแอมเฟตามีนตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fifth Edition: TR [DSM 5]) ที่ได้รับการบันทึกเป็น F1520 Other stimulant dependence, uncomplicated ตามรหัสของโรคที่ยึดตามระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Disease and Related Health problem [ICD-10]) และการคัดกรองการใช้สารเสพติดโดยแบบคัดกรอง ของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสร. V.2) โดยแปลผลความรุนแรงของการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน บคก.สร V2 แล้วเป็นผู้เสพยา (Abuse) หรือระดับผลกระทบจากการใช้ยาในระดับปานกลาง คะแนนประเมินอยู่ในช่วง 20-26 คะแนน (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งมาจากการประเมิน 1) การใช้สารแอมเฟตามีน 2) ความต้องการหรือความรู้สึกอยากใช้จนทนไม่ได้ 3) การเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมายหรือการเงิน 4) ผลของการใช้ทำให้ไม่สามารถรับผิดชอบหรือทำกิจกรรมที่เคยทำตามปกติ ซึ่ง 4 หัวข้อแรกของแบบประเมิน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ที่มีความถี่อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน คือ ไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน ส่วนอีก 2 หัวข้อของแบบประเมินคือ 5) ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จัก เคยว่ากล่าวตักเตือน ปรึกษาหารือ จับผิด หรือ แสดงท่าทีสงสัยว่าเกี่ยวข้องกับการใช้สารแอมเฟตามีน และ 6) เคยลดหรือหยุดใช้สารแอมเฟตามีน แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีระยะเวลาของคำตอบว่า “เคย” ในช่วงก่อน 3 เดือน หรือในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

การกลับมาเสพยา หมายถึง พฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนของผู้เข้ารับการบำบัดการติดสารแอมเฟตามีน โดยมีผลการตรวจหาสารสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะมากกว่า 1 ไมโครกรัมต่อปัสสาวะ 1 มิลลิลิตร พบผลบวกในระยะทันทีหลังโปรแกรมฯ สิ้นสุดคือสัปดาห์ที่ 8 ระยะติดตามผล 2 อาทิตย์ และ 1 เดือน หลังครบบำบัด (ซึ่งสะท้อนประสิทธิผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อการลดพฤติกรรมการเสพยาในระยะสั้นได้)

โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC: Mindfulness – Based Therapy and Counseling program) หมายถึง รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยการใช้สติจัดการกับอารมณ์ ความทุกข์ และความเครียดที่เป็นตัวกระตุ้นก่อให้เกิดการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ

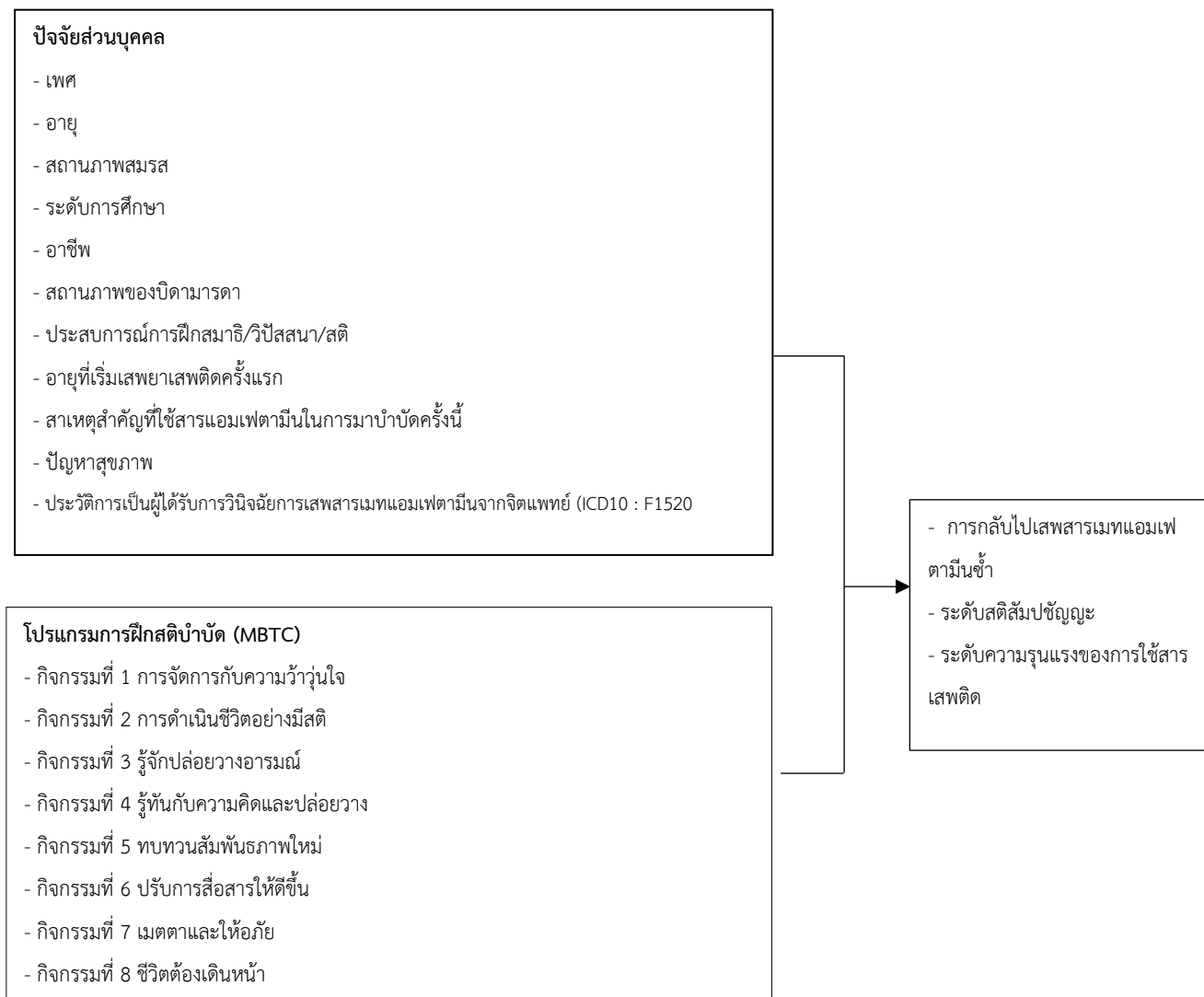
1) การจัดการกับความว้าวุ่นใจ 2) การดำเนินชีวิตด้วยความสงบ 3) การรู้จักปล่อยวางอารมณ์และความรู้สึกอย่างเหมาะสม 4) การรู้ทันความคิดและปล่อยวาง 5) การทบทวนสัมพันธ์ภาพใหม่ 6) การปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น 7) ความเมตตาและให้อภัย และ 8) การมีชีวิตต้องเดินหน้า รวมระยะเวลาของโปรแกรมนาน 2 เดือน

โปรแกรมการบำบัดปกติ (Modify Matrix Program; MMP หรือการบำบัดแบบกาย จิต สังคม) เป็นรูปแบบการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในประเทศไทยพัฒนามาจาก UCLA ประเทศ สหรัฐอเมริกา จัดขึ้นทั้งหมด 8 ครั้ง ภายในระยะเวลา 2 เดือน โดยผสมผสานการบำบัดทางกาย จิตใจ และสังคม (กายจิตสังคมบำบัด) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และให้ความรู้แก่ครอบครัว(ไกรวุฒิ เอี่ยมสุขวัฒน์, 2565) เป็นโปรแกรมการบำบัดยาเสพติดตามปกติ ในคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลพะเยา

กรอบแนวความคิดในการวิจัย

การบำบัดด้วยสติบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานพัฒนาโดยกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้กรอบแนวคิดของ Keng และคณะ (2016) ผสมผสานกับการให้คำปรึกษาแนวพุทธด้วยการฝึกจิต (สมาธิ) โดยฝึกรู้เท่าทันความคิดด้วยการรู้ลมหายใจจนจิตสงบ และกำหนดสติรู้อยู่ในปัจจุบัน ควบคู่ไปกับการรับรู้ในกิจที่ทำ ประกอบด้วย 8 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การจัดการความว้าวุ่นใจ เป็นการฝึกสมาธิใช้การรับรู้ลมหายใจเพื่อให้รู้ทันความไม่สบายใจ และความอยากเสพสารเสพติด ตลอดจนลดความว้าวุ่นใจ 2) ดำเนินชีวิตด้วยความสงบ เป็นการฝึกสติพื้นฐาน เน้นการรับรู้หลักเสียง ปัจจัยเสี่ยงหรือสิ่งกระตุ้น เพื่อช่วยให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย 3) รู้จักปล่อยวางอารมณ์ ด้านการฝึกสติในการยืน เดิน พัง และรับรู้ความรู้สึกทางใจและทางกาย และปล่อยวาง 4) การมีสติกับความคิดและปล่อยวาง ด้วยการรู้ทันความคิดที่เกิดขึ้นและแยกความคิดกับความจริงได้ ปล่อยวางความคิดทางลบได้ เป็นการฝึกสติรู้ทันความคิดอัตโนมัติโดยเฉพาะความคิดด้านลบและฝึกปล่อยวางความคิดที่เกิดขึ้น 5) การทบทวนสัมพันธ์ภาพใหม่ ด้วยการทำความเข้าใจความคิดที่มีต่อสัมพันธ์ภาพ และมองเห็นสัมพันธ์ภาพในแงุ่มใหม่ เป็นการฝึกสติให้รู้ทันความคิดและใคร่ครวญว่าได้อะไรจากภาวะวิกฤติ เพื่อเปลี่ยนความคิดเชิงลบให้เป็นความคิดเชิงบวก 6) การปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น สามารถใช้สติในการสื่อสารทั้งคำพูดและภาษาท่าทาง เน้นการฝึกให้มีสติในการฟังและพูด สร้างความตระหนักเห็นถึงปัญหาจากการสื่อสารทางลบที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว และช่วยให้สื่อสารได้แบบใจถึงใจกับคนใกล้ชิดได้ 7) เมตตาและให้อภัยให้ใจที่สงบแผ่แผ่ความรัก ความปรารถนาดีให้ตนเองและผู้อื่น การเมตตาตนเองจะช่วยให้รู้สึกมั่นคงและเพื่อความมั่นใจพร้อมที่จะยอมรับความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ และการเมตตาคนอื่นจะช่วยลดความขุ่นเคืองใจและเปิดใจกว้างยอมรับคนอื่นได้ ซึ่งจะช่วยให้สามารถลดภาวะเครียดแม้ในยามวิกฤติได้ถูกต้อง และ 8) ชีวิตต้องเดินหน้า เมื่อเผชิญความยุ่งยากจิตใจ อาจตอบสนองด้วยการเกิดอาการผิดปกติบางอย่างได้ หากเข้าใจและยอมรับ มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างมีสติและปล่อยวางได้ ก็จะสามารถป้องกันจิตใจจากการเจ็บป่วยในอนาคต การสร้างภูมิคุ้มกันให้กับจิตใจได้ดีที่สุดก็คือการดำเนินชีวิตโดยไม่ประมาท โดย

การฝึกสมาธิและสติในชีวิตประจำวันให้เป็นวิถีชีวิตต่อไป ทั้ง 8 กิจกรรมนี้สามารถส่งผลต่อการกลับไปเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ การใช้สารเสพติด และสติสัมปชัญญะหลังได้รับโปรแกรม ฯ ซึ่งจะช่วยบำบัดให้ผู้ติดสารเสพติดมีสติรู้คิด รู้หลักเลี่ยงพฤติกรรมกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำอีก โดยเชื่อว่าการมีสติอยู่กับตัวเองไม่ให้เกิดกลับไปทำสิ่งที่ไม่ดีไม่ถูกต้องได้ ดังแผนภาพ



แผนภาพแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรทั้งหมดที่ต้องศึกษา

ตัวแปรต้น คือโปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness – Based Therapy and Counseling:MBTC) และตัวแปรตามคือ ผลการกลับไปเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ระดับการใช้สารเสพติด(บคก.กสร.V2) และมีระดับสติสัมปชัญญะ(PHLMs)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ที่กรมสุขภาพจิต พัฒนาขึ้นมามี 8 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนใช้เวลาในการฝึก 1 – 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (รวม 8 ขั้นตอน จะใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์) โดยผู้วิจัยได้รับการอบรมและใช้คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามมาตรฐาน ของกรมสุขภาพจิตเพื่อให้การดำเนินโปรแกรมมีความสม่ำเสมอและลดอคติของผู้วิจัย (Researcher bias) เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนจะมีใบงานกิจกรรมให้ผู้เข้ารับการบำบัดนำกลับไป ทำเป็น การบ้านเพื่อทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาและสิ่งที่ได้เรียนรู้ใหม่ในแต่ละครั้ง รายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การจัดการกับความวุ่นใจ (การฝึกสมาธิ) เป็นการฝึกสมาธิโดยใช้การรับรู้สภาวะ หายใจ เพื่อช่วยลดและจัดการกับความวุ่นใจ ทำให้ตระหนักถึงคุณค่าในตนเองและความสัมพันธ์ กับสภาวะจิตส่งผลให้สามารถรับรู้ถึงอารมณ์ความอยากเสพสารและความเครียดที่อาจทำให้เกิดการ กลับมาเสพซ้ำได้

: เอกสารที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องประเมินตนเอง คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน สติ (Philadelphia Mindfulness Scale : PHLMS) ใบกิจกรรมบุคคลในดวงใจ ใบกิจกรรม ประสพการณ์การฝึกสมาธิ และแบบบันทึกการบ้านการฝึกสมาธิ

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ (การฝึกสติในชีวิตประจำวัน) เป็นการฝึกสติพื้นฐาน เน้นการรับรู้ถึงสิ่งที่กำลังทำ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากเสพสารและ กลับมาเสพซ้ำ เพื่อช่วยให้ดำเนินชีวิตอย่างมีสติทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม และปลอดภัย

: เอกสารที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องประเมินตนเอง คือ ใบกิจกรรมการดำเนินชีวิตด้วยความ สงบและแบบบันทึกการบ้านการฝึกสมาธิและสติ

ขั้นตอนที่ 3 การรู้จักปล่อยวางอารมณ์ (การฝึกดูความรู้สึกทั่วร่างกาย) เป็นการฝึกสติในรับรู้ สิ่งที่เกิดขึ้นบนร่างกาย (Body scan) และฝึกการปล่อยวางอารมณ์และความรู้สึกอยากเสพที่เกิดขึ้น ภายในจิตใจ (Focusing)

: เอกสารที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องประเมินตนเอง คือ ใบกิจกรรมการรู้จักปล่อยวางอารมณ์ แบบบันทึกการบ้านการฝึกจิตและการมีสติในชีวิตประจำวัน แบบบันทึกการบ้านการฝึกสติกับ สถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์รุนแรง

ขั้นตอนที่ 4 การรู้ทันความคิดและปล่อยวาง (การฝึกติดป้ายความคิด) เป็นการฝึกสติให้รู้เท่า ทันความคิดด้านลบของตนเองและสามารถจัดการกับความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นอัตโนมัติได้

: เอกสารที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องประเมินตนเอง คือ ใบกิจกรรมความคิดอัตโนมัติทางลบ ใบกิจกรรมทบทวนชีวิตประจำวัน ใบกิจกรรมประสพการณ์การมีสติกับความคิด แบบบันทึกการบ้าน การฝึกจิตและการมีสติในชีวิตประจำวัน แบบบันทึกการบ้านการฝึกสติกับลักษณะที่ทำให้เกิด ความคิดหรืออารมณ์ลบ

ขั้นตอนที่ 5 การทบทวนสัมพันธ์ภาพใหม่ (การปล่อยวางความคิดลบและช่วยให้มองเห็นความเป็นจริงด้านบวกของสัมพันธ์ภาพ) เป็นการฝึกสติให้รู้ทันความคิดและใคร่ครวญเพื่อเปลี่ยนความคิดเชิงลบให้เป็นความคิดเชิงบวก เช่น จากวิกฤติการติดยาเสพติดได้เรียนรู้อะไรบ้าง ถ้าเพื่อนชักชวนให้กลับไปเสพยาอีกแล้วสามารถปฏิเสธได้จะมีผลดีอย่างไรเกิดขึ้นในชีวิตตนเองบ้าง หรือการปฏิเสธสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีกับคนบางกลุ่มในชุมชนแล้วเริ่มต้นสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับกลุ่มที่สนับสนุนให้กำลังใจจะทำให้เห็นคุณค่าในตนเองอย่างไร

: เอกสารที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องประเมินตนเอง คือ ใบกิจกรรมการสำรวจความคิดที่มีต่อสัมพันธ์ภาพกับคนใกล้ชิด ใบกิจกรรมการทบทวนสัมพันธ์ภาพ แบบบันทึกการบ้านการฝึกจิตและการมีสติในชีวิตประจำวัน แบบบันทึกการบ้านการทบทวนสัมพันธ์ภาพ

ขั้นตอนที่ 6 การปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น (การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีสติ) เป็นการฝึกสติในการพูดและฟัง สามารถสื่อสารกับตนเองและผู้อื่นเพื่อปฏิเสธความรู้สึกอยากเสพยาที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ สามารถสื่อสารแบบใจถึงใจกับคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวได้

: เอกสารที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องประเมินตนเอง คือ ใบกิจกรรมปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น แบบบันทึกการบ้านการฝึกจิตและการมีสติในชีวิตประจำวัน แบบบันทึกการบ้านการสื่อสารอย่างมีสติ

ขั้นตอนที่ 7 การเมตตาและให้อภัย (การฝึกสติเมตตา) เป็นการฝึกสติให้รู้จักเมตตาและให้อภัย ฝึกให้เข้าใจที่สงบแผ่ความรักความปรารถนาดีให้กับตนเองและผู้อื่น การเมตตาตนเองจะช่วยให้รู้สึกมั่นคงและเพิ่มความมั่นใจพร้อมที่จะยอมรับความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ และการเมตตาผู้อื่นจะช่วยลดความขุ่นเคืองใจและเปิดใจกว้างยอมรับผู้อื่นได้ซึ่งจะสามารถช่วยลดภาวะเครียดแม้ในยามวิกฤติได้

: เอกสารที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องประเมินตนเอง คือ ใบกิจกรรมสติเมตตาและให้อภัย แบบบันทึกการบ้านการฝึกจิตและการมีสติในชีวิตประจำวัน

ขั้นตอนที่ 8 ชีวิตต้องเดินหน้า (การวางแผนการปรับตัวในระยะยาว) เน้นให้ฝึกสติอย่างต่อเนื่อง ให้รู้เท่าทันความเครียด ความซึมเศร้า หรือความรู้สึกอยากเสพยาที่เกิดขึ้นภายในจิตใจและการขจัดสิ่ง นั้นออกไปจากจิตใจเพื่อสร้างความเข้มแข็งในจิตใจของเรา และสร้างพลังบวกให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

: เอกสารที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องประเมินตนเอง คือ ประเมินสติ (Philadelphia Mindfulness Scale: PHLMS) และตรวจปัสสาวะหาสารแอมเฟตามีนใน ซึ่งเป็นชุดเดียวกันกับในขั้นตอนที่ 1 และแบบประเมินผลการเข้ากลุ่มสติบำบัด ใบกิจกรรมชีวิตต้องเดินหน้า ใบกิจกรรมทบทวนประสบการณ์การ เรียนรู้ที่ผ่านมา แบบบันทึกการบ้านการฝึกจิตและการมีสติในชีวิตประจำวัน

กระบวนการหลักที่ใช้ในการฝึกสติทั้ง 8 ขั้นตอน มี 4 กระบวนการ ประกอบด้วย

1. การฝึกจิต เริ่มจากการฝึกสมาธิด้วยการตามดูลมหายใจเข้าออกที่ปลายจมูก จากนั้นฝึกให้ รู้ทันความรู้สึกที่เกิดขึ้นทั่วร่างกายและรู้ทันความคิดของตนเองที่เกิดขึ้นทุกขณะเพื่อ

พัฒนา ความสามารถในการปล่อยวางความรู้สึกและความคิดเพื่อนำไปประยุกต์ใช้สติกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต

2. การทบทวนการบ้าน เพื่อให้ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติในครั้งก่อน โดยให้บันทึกลงในแบบบันทึกการบ้าน นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ประสบการณ์/และตอบข้อซักถามเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องร่วมกัน

3. การเรียนรู้เรื่องใหม่ ในแต่ละขั้นตอนจะมีการเพิ่มเนื้อหาใหม่ๆ เข้าไป เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขึ้น ฝึกทักษะการคิดและเชื่อมโยงกับความรู้ที่ได้รับในขั้นตอนก่อนหน้านี้นำไปสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละกิจกรรมร่วมกัน

4. การให้การบ้านครั้งต่อไป เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนจะมีใบงานกิจกรรมให้ผู้เข้ารับการบำบัดนำกลับไปทำเป็นการบ้าน เพื่อทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาและสิ่งที่ได้เรียนรู้ใหม่ในครั้งนั้น

เมื่อผู้บำบัดเข้ารับการฝึกสติครบทั้ง 8 ขั้นตอนของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTCX แล้ว ผู้วิจัยจะสรุปประเด็นคำตอบที่สำคัญจากทุกกิจกรรมในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อนำมา วิเคราะห์หาจุดเด่นของโปรแกรมที่แตกต่างจากการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรมการบำบัดตามปกติ(Modify Matrix Program) และนำคะแนนการประเมินผลโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกับหลังเสร็จสิ้นการบำบัด

2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ แบบประเมิน "บคก.กสร ,V2" (แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้น้ำยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข,เวอร์ชัน 2) มีพื้นฐานมาจากเครื่องมือ ASSIST (Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test) ขององค์การอนามัยโลก(WHO) ซึ่งจะมีการให้คะแนนตามความถี่และผลกระทบของการใช้สารเสพติดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาใช้เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลเพื่อจำแนกผู้ป่วยใช้น้ำยาเสพติดออกเป็น 3 กลุ่มหลักตามระดับความรุนแรง เพื่อกำหนดแนวทางการบำบัดรักษาที่เหมาะสม

แบบคัดกรองนี้มีทั้งหมด 6 ข้อคำถาม และคะแนนรวมจะถูกนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์เพื่อจัดกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับความรุนแรง	การจำแนกประเภทผู้ป่วย	ช่วงคะแนนโดยประมาณ (ตามแนวทาง ASSIST สากล)
ระดับต่ำ	ผู้ใช้(เสพน้อย) (Use)	2 – 3 คะแนน
ระดับปานกลาง	ผู้เสพ(เสพบ่อย) (Abuse)	4 – 26 คะแนน
ระดับสูง	ผู้ติด (เสพต่อเนื่อง) (Dependence)	27 คะแนนขึ้นไป

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพของบิดามารดา ประสบการณ์การฝึกสมาธิ/วิปัสสนา/สติ อายุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก สาเหตุสำคัญที่ใช้สารแอมเฟตามีนในการมาบำบัดครั้งนี้ ปัญหาสุขภาพ และประวัติการเป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยการเสพติดแอมเฟตามีนจากจิตแพทย์ (ICD10 : F1520) จะถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อควบคุมตัวแปรกวน(confounding variables) โดยการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองด้วยสถิติ Chi-square และ Independent t-test

2) แผ่นตรวจหาแอมเฟตามีนในปัสสาวะ เป็นชุดทดสอบหาสารเสพติดแอมเฟตามีนในปัสสาวะมนุษย์ ด้วยเทคนิคอิมมูโนโครมาโตกราฟี โดยอาศัยหลักการ Competitive Binding Immunoassay สามารถตรวจพบแอมเฟตามีนได้ตั้งแต่ระดับความเข้มข้น 1,000 นาโนกรัม/มิลลิลิตร สามารถอ่านผลการทดสอบได้ชัดเจนด้วยตาเปล่าภายในเวลาเพียง 5 นาที โดยดูการเปลี่ยนแปลงของขีดที่ปรากฏบนแผ่นตรวจ ซึ่งหากมีขีดที่ **C และ T** ขึ้นพร้อมกัน (2 ขีด) หมายถึง **ผลลบ (ไม่พบสารเสพติด)** หากมีขีดขึ้นที่ **C เท่านั้น** (1 ขีด) หมายถึง **ผลบวก (พบสารเสพติด)** และหากมีขีดขึ้นที่ **T เท่านั้น หรือไม่มีขีดเลย** ถือว่า **ผลผิดพลาด** ต้องตรวจซ้ำด้วยชุดใหม่ เนื่องจากเป็นการตรวจคัดกรองเบื้องต้นเท่านั้นการแปลผลผลลบ (Negative) (ไม่พบสารเสพติด) : มีเส้นสีปรากฏที่ C และ T (2 ขีด) แสดงว่าปริมาณสารเสพติดต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด **ผลบวก (Positive) (พบสารเสพติด)** : มีเส้นสีปรากฏที่ C เท่านั้น (1 ขีด) แสดงว่ามีสารเสพติดในปริมาณที่เกินเกณฑ์

3) แบบประเมินระดับความรุนแรงของการติดยาเสพติด วัดจากแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข,เวอร์ชัน 2 หรือ บคก.กสร ,V2 (มีพื้นฐานมาจากเครื่องมือ ASSIST (Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งจะมีการให้คะแนนตามความถี่และผลกระทบของการใช้สารเสพติดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาใช้เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลเพื่อจำแนกผู้ป่วยยาเสพติดออกเป็น 3 กลุ่มหลักตามระดับความรุนแรง เพื่อกำหนดแนวทางการบำบัดรักษาที่เหมาะสม

แบบคัดกรองนี้มีทั้งหมด 6 ข้อคำถาม และคะแนนรวมจะถูกนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์เพื่อจัดกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ คือ 2 – 3 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ, 4 – 26 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 27 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ระดับสูง

27 คะแนนขึ้นไป

4) แบบประเมินสติสัมปชัญญะ (Philadelphia Mindfulness : PHLMS) เครื่องมือวัดระดับสติสัมปชัญญะ (Mindfulness) ที่พัฒนาขึ้นโดยแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบหลัก คือ การตระหนักรู้ในปัจจุบันขณะ (Awareness) และ การยอมรับสถานะปัจจุบัน(Acceptance) โดยมี 10 ข้อ ให้ผู้ตอบ

เลือกตอบตามความถี่ที่เกิดขึ้นจริง (1=ไม่เคย, 5=บ่อยมาก) ซึ่งเวอร์ชันภาษาไทย (PHLMS-Thai) ก็มีใช้ในการวิจัยและประเมินผลการฝึกสติในไทยเช่นกัน เพื่อวัดว่าบุคคลนั้นมีสติอยู่ในระดับใด และมีทักษะการรับรู้หรือการยอมรับในสถานการณ์ปัจจุบันได้ดีเพียงใด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) โปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness – Based Therapy and Counseling :MBTC) เป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาโดยคณะที่ปรึกษากรมสุขภาพจิตได้นำเรื่องของสมาธิและสติมาเป็นการให้คำปรึกษาและบำบัดที่ใช้หลักของจิตวิทยาโดยไม่เน้นเรื่องศาสนาและเป็นการใช้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต การสารเสพติดและพฤติกรรมเสพติด ตลอดจนปัญหาสุขภาพกายจากโรคเรื้อรังทั้งหลาย ใช้ได้ทั้งผู้ป่วยและญาติ ซึ่งกระบวนการบำบัดพัฒนาขึ้นมาจากประสบการณ์ของกรมสุขภาพจิตในการประยุกต์ใช้พุทธศาสนามาพัฒนาเป็นโปรแกรมทางจิตวิทยาในลักษณะของการพัฒนาดนและการให้คำปรึกษาทางพุทธมากกว่า 15 ปี โดยมาอาจารย์นายแพทย์เอกชัย จุลจาริก เป็นที่ปรึกษาสำคัญและองค์ความรู้สากลโดยเฉพาะในกลุ่มการรักษาโดยใช้สติเป็นฐาน(Mindfulness Based Intervention) และมีการพัฒนาให้เข้าถึงคนไทยอย่างเหมาะสม

2) แบบคัดกรอง บคก. กสธ. V.2 หรือแบบคัดกรอง การใช้สารเสพติด ASSIST (Alcohol, Smoking, and Substance involvement Screening Test) ซึ่งพัฒนาโดย องค์การอนามัยโลก โดยมีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 80 และค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 70 ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยสาวิตรี อ้วนวงศ์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ ปี พ.ศ. 2554 มีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ของเครื่องมือเท่ากับร้อยละ 80 และ 70 ตามลำดับ 10 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้เป็นแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดสารเสพติดในประเทศไทย

3) .Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็น แบบประเมินค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ(Cronbach's alpha) อยู่ในระดับดี ในมิติของการตระหนักรู้และการยอมรับ โดยได้พัฒนาขึ้นมาในปี ค.ศ.2008 จากมหาวิทยาลัยลาซาล (La Salle University) ในเมืองฟิลาเดลเฟีย รัฐเพนซิลเวเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยกลุ่มนักวิจัยด้านจิตวิทยาคลินิก นำโดย LeeAnn Cardacio และคณะ(James D. Herbert, Evan M. Forman, Ethan Moitra และ Victoria Farrow) ต่อมาได้แปลและพัฒนาโดยคณะผู้วิจัยนำโดย นพ.ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ (ผู้อำนวยการศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล ในขณะนั้น) ร่วมกับ พญ.วรวรรณ ศิลปะกิจ และคุณภัทราภรณ์ วิสาขันธ์ ต่อมาได้ประเมินความเที่ยงตรงและเชื่อมั่น(Psychometric Properties)และตีพิมพ์ในปี ค.ศ.2011(พ.ศ. 2554) ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย (ชัชวาล ศิลปะกิจ และคณะ,2554) และและพัฒนาต่อยอดเป็นฉบับย่อ 10 ข้อ (Short Thai PLMS) ในปี 2018 ความเชื่อมั่นรวมอยู่ที่ 0.86

4) การตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะด้วยชุด ทดสอบสารเสพติดในปัสสาวะแบบแถบ (Strip) ด้วย เทคนิค Color Immunochromatographic Assay (CICA Technique) ที่มีความจำเพาะเจาะจงเท่ากับ 94% โดยมีการแปลผล ดังนี้ผลการตรวจเป็นบวก (Positive) หมายถึง การมีระดับสารเมทแอมเฟตามีน มากกว่า 1 ไมโครกรัมต่อปัสสาวะ 1 มิลลิลิตร แสดงว่ามีการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซึ่งผลการตรวจเป็น ลบ (Negative) หมายถึง การมีระดับสารเมทแอมเฟตามีนน้อยกว่า 1 ไมโครกรัมต่อปัสสาวะ 1 มิลลิลิตร หรือแสดงว่าไม่มีการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ โดยผ่าน อย.จาก กระทรวงสาธารณสุข และ ISO 13485

5) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มจะใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นตอนและวิธีการศึกษา

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีผู้ช่วยวิจัยในการชี้แจงข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขอความยินยอม และเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อลดอคติในการวิจัยจากตัวผู้วิจัย (researcher bias) ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลพะเยา จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยอธิบายและเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบคัดกรอง บคก.กสร. V.2, แบบประเมินสติ (PHLMS) และชุดทดสอบสารเสพติดในปัสสาวะแบบแถบ (Strip)

2) ประสานทีมการดูแลผู้ติดยาเสพติดในคลินิกฟ้าใส เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดเพื่อชี้แจงโครงการวัตถุประสงค์ ความเสี่ยง หรือประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และการดูแลช่วยเหลือหากระหว่างวิจัยได้รับผลกระทบโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เป็นต้น หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้ช่วยวิจัยจะขอความยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

4) ภายหลังกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัยใช้แบบสอบถาม สอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบคัดกรอง บคก.กสร. V.2, แบบประเมินสติ (PHLMS) และชุดทดสอบสารเสพติดในปัสสาวะแบบแถบ (Strip)

5). ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามวินิจฉัยของแพทย์รหัส F1520 โดยการคัดกรองการใช้สารเสพติดโดยแบบคัดกรอง ของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสร.V.2) อยู่ในระดับกลุ่มเสพติด

(คะแนน 20-26 คะแนน) ที่มีความคล้ายคลึงกัน (matched pair) เพศ อายุ จากนั้นทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีจับฉลาก กลุ่มละ 20 ราย กำหนดให้กลุ่มทดลองเป็นเลขคี่ กลุ่มควบคุมเป็นเลขคู่ ซึ่งทั้งสองกลุ่มจะไม่ทราบว่าตนเองอยู่กลุ่มใด

การดำเนินกิจกรรมการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง

1) ในกลุ่มทดลองเอง ผู้วิจัยจัดทำกิจกรรมเพียงคนเดียวเนื่องจากได้ผ่านการอบรมโปรแกรมสติบำบัดและได้ผ่านการรับรองเป็นผู้บำบัดอิสระ จากกรมสุขภาพจิต ให้ไว้ ณ วันที่ 12 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 และผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้สนับสนุนการทำกลุ่ม กลุ่มทดลองจะทำการกิจกรรมโปรแกรมสติบำบัด (MBTC) ในวันพุธ เวลา 09.00 – 10.00 น. หรือ 09.00 – 11.00 น.

2) ส่วนกลุ่มควบคุมจะทำการกิจกรรมตามโปรแกรมปกติ (MMP) ในวันพฤหัสบดี เวลา 09.00 -10.00 น.หรือ 09.00 - 11.00 น.โดยเจ้าหน้าที่ผู้บำบัดตามปกติของวันพฤหัสบดี โดยขณะทำการกิจกรรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 2 กลุ่ม จะทำการกิจกรรมกลุ่มละวันในช่วงเช้า ของวันพุธและวันพฤหัสบดี เพื่อป้องกันการพบปะกัน หรือการแลกเปลี่ยนข้อมูล

การดำเนินการในกลุ่มตัวอย่าง

1. การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว (ชื่อ งานที่ทำ ปัญหาสำคัญของชีวิต)

ขั้นตอนที่ 2 ปฐมนิเทศ ชี้แจงโปรแกรมสติบำบัด(MBTC) และขอคำยินยอมในการให้ความร่วมมือในกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 3 เก็บข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินและคัดกรองก่อนเข้ารับการบำบัดของกลุ่มตัวอย่างโดย

- 1) ใช้ประเมินการติดยาเสพติด (บคก.กสธ. V.2)
- 2) แบบประเมินสติ (PHLMS)
- 3) ผลการตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะแบบแถบ (Strip)

ขั้นตอนที่ 5 กลุ่มทดลองเข้าการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) จากผู้วิจัยจำนวน 8 ขั้นตอน โดยฝึกกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ขั้นตอน ขั้นตอนละประมาณ 1 – 2 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับบริบทในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งจนครบ 8 ครั้งและเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการฝึกในแต่ละขั้นตอนผู้ป่วยจะได้รับงานกิจกรรมให้ไปทำเป็นการบ้าน และนำมาส่งก่อน เริ่มขั้นตอนต่อไป โดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้รวบรวมการบ้านมาประเมินผล

ขั้นตอนที่ 6 ในระยะติดตามผลการบำบัดฟื้นฟูจะตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ และประเมินสติ (PHLMS)ในสัปดาห์ที่ 8 หลังบำบัดครบทั้งที่ ระยะติดตามผลหลังครบโปรแกรมฯ 2 อาทิตย์และ 1 เดือน ส่วนแบบ บคก.กสธ.V2 จะประเมิน 1 เดือนหลังบำบัด (ตามเกณฑ์การคัดกรองการใช้สารเสพติด 3 เดือนที่ผ่านมา)

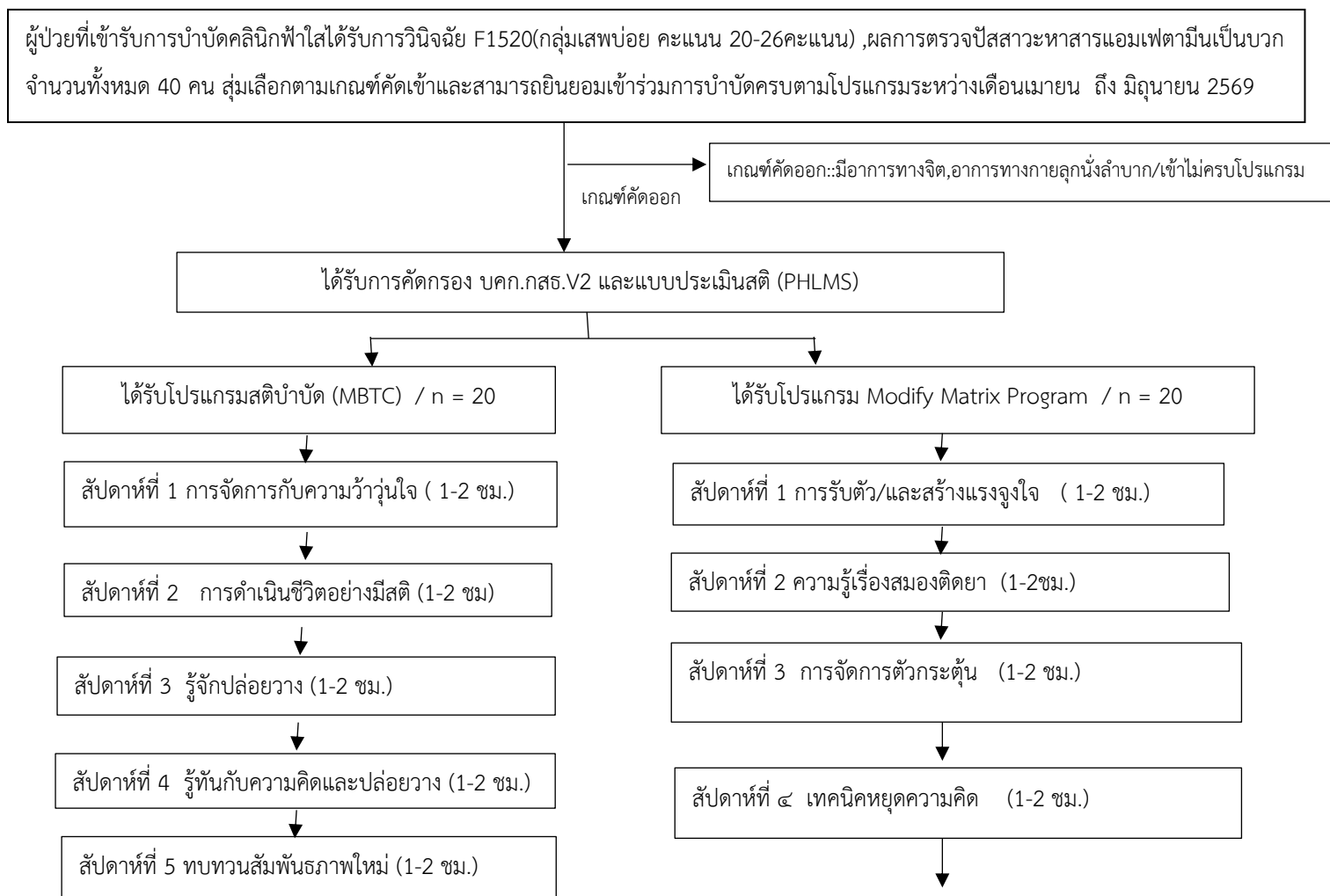
2. การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

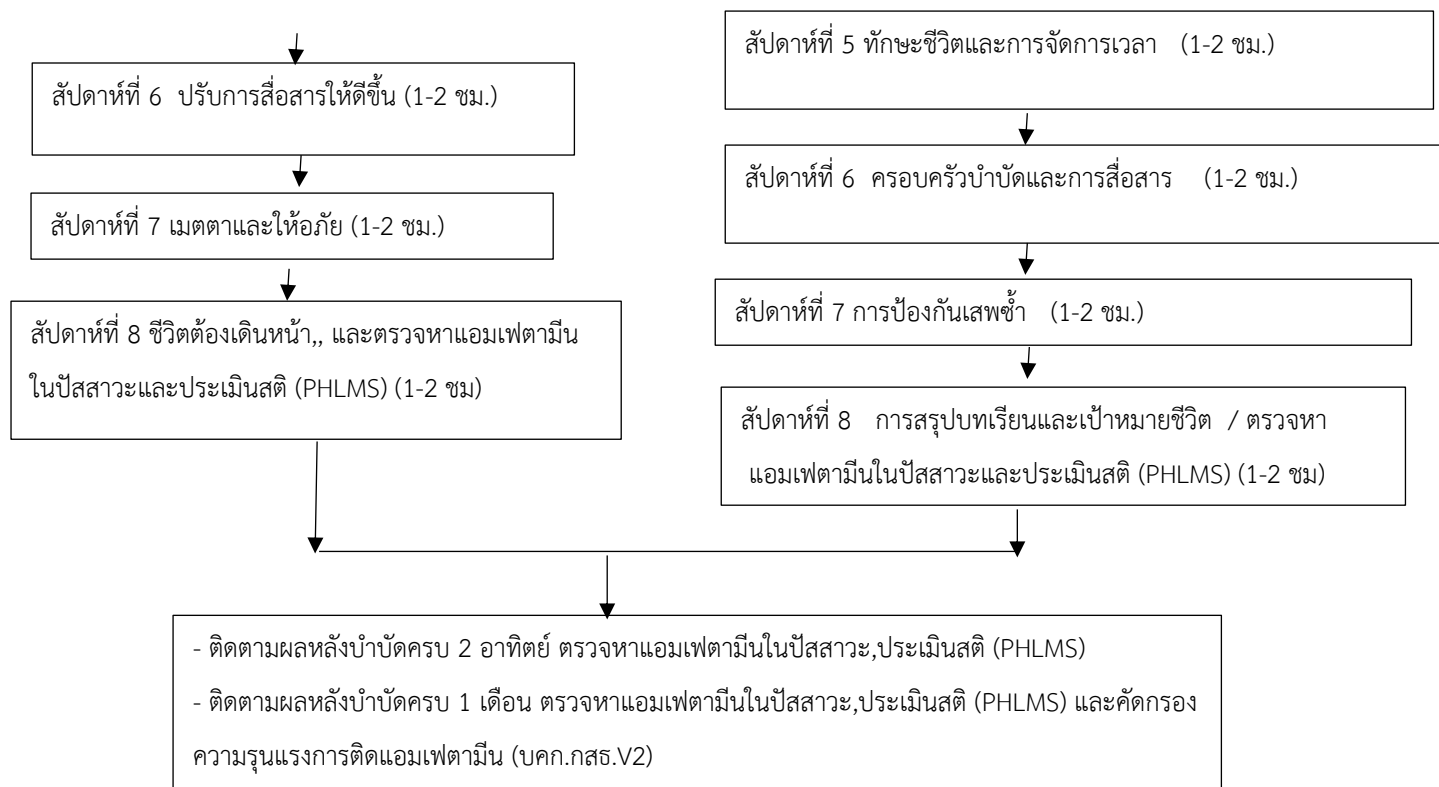
ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ถึง 4 เหมือนกับกลุ่มตัวอย่างทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเข้าการบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรมปกติของคลินิกฟ้าใส (MMP.) 8 ครั้งๆละ 1 – 2 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ จากเจ้าหน้าที่บำบัดประจำคลินิกฟ้าใส

ขั้นตอนที่ 3 ในระยะติดตามผลการบำบัดฟื้นฟูจะตรวจหาสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ และประเมินสติ (PHLMS) ในสัปดาห์ที่ 8 หลังบำบัดครบทันที ระยะติดตามผลหลังบำบัดครบ 2 อาทิตย์และ 1 เดือน ส่วนแบบ บคก.กสธ.V2 จะประเมิน 1 เดือนหลังบำบัด (ตามเกณฑ์การคัดกรองการใช้สารเสพติด 3 เดือนที่ผ่านมา)

Study Flow diagram





สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) ต่อการกลับมาเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำโดยตั้งสมมติฐานว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) จะมีจำนวนผู้ที่กลับมาเสพยาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยตามโปรแกรมปกติ (Modify Matrix Program) ซึ่งการกลับมาเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำจะวัดจาก 1.) ผลการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ 2.) คะแนนการประเมินการมีสติสัมปชัญญะ (PHLMS) 3) ผลคะแนนความรุนแรงของการติดสารแอมเฟตามีนคือคะแนนจากแบบ บคก.กสธ. V2. ดังนั้นในการทดสอบสมมติฐานดังกล่าว ผู้วิจัยจึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ และการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ตลอดจนความแตกต่างของผลตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square)
2. คะแนนของการประเมินสติ(PHLMS) กับคะแนนความรุนแรงของการติดสารแอมเฟตามีน (บคก.กสธ V2) ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสติ กับคะแนนระดับความรุนแรงของการติดสารแอมเฟตามีนในการเรียนรู้ ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในการเรียนรู้ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure analysis of variance) และภายในกลุ่มโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure analysis of variance) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการมีสติ(PHLMS)และคะแนนระดับความรุนแรงในการใช้สารแอมเฟตามีน(บคก.กสธ.V2)มีความแตกต่าง ในแต่ละระยะ ผู้วิจัยจะทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ Bonferroni

8 .จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพะเยา ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลต่อการรักษา และลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ซึ่งผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรม ได้แก่

1). หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) โดยการให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน ตอบข้อสงสัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดี และสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และได้ลงนามในเอกสารการยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัยทุกราย และมีการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยในแบบบันทึกข้อมูลไม่มีข้อมูลที่ระบุถึงบุคคลในกลุ่มตัวอย่าง และมีเฉพาะหมายเลขหรือรหัสที่ใช้แทนผู้เข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น

2). หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการฝึกสติบำบัด (MBTC) โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมปกติ (Modify Matrix Program) โรงพยาบาลพะเยา และผลการศึกษาที่ได้นับเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำมา พัฒนาโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยสารเสพติดในประเทศไทยให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

3) หลักความยุติธรรม (Justice) คือ มีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกที่ชัดเจนและผู้เข้าร่วมการบำบัดในโรงพยาบาลทุกรายมีสิทธิ์ได้รับคัดเลือกเข้ามาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้อย่างเท่าเทียมกัน

9. ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย เดือนตุลาคม 2568 ถึง เดือนมิถุนายน 2569

แผนการดำเนินการวิจัย

ลำดับ	ขั้นตอนการดำเนินการ	ระยะเวลา									
		พ.ศ.2568			พ.ศ.2569						
		ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.
1.	ทบทวนวรรณกรรม	←		→							
2.	เขียนเค้าโครงการวิจัย			←	→						

- นิภาวี เผ่ากันทรกร, นภา จิรัฐจินตนา.(2564).ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.29(4)288
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์,(2562).คู่มือสติบำบัด.(Mindfulness-Based Therapy and Counseling : MBTC); กรุงเทพมหานคร.
- วรรณจรี มณีแสง, (2562)"ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการกลับมาเสพติดในผู้เข้ารับการรักษาการติดยาเสพติด"(2020):คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- .ดวงมณี วิยะทัศน์,วิไลพร สุขสวัสดิ์.ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้า และการกลับมาเสพติดในผู้เข้ารับการรักษาการติดยาเสพติด โรงพยาบาลพนมสารคาม.วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร,.41.2568,2.E1
- กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต.คู่มือสติบำบัดสำหรับการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด(Mindfulness-Based Therapy and Counseling for Relapse Prevention):กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
- สิทธิพร สุทร และคณะ.(2563).แนวคิดและกระบวนการทศน์ในการกำหนดขนาดตัวอย่างด้วย G*Power Concepts and Paradigm in Sample Size with G*Power.วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา ,8 (1) : 9
- ไชยิยะห์ วาเต๊ะ (2562).การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของช่ายานางแดงกับชารางจิตในการถอนพิษยาเสพติดกลุ่มผู้ป่วยแอมเฟตามีนในอาสาสมัครที่โรงพยาบาลจะนะ.(วิทยานิพนธ์ดุขฎิบัณฑิต).มหาวิทยาลัยรังสิต
- . วศรัณ วัฒนธีรางกูร,(2560).ประสิทธิผลของมินิฉัญญรักษ์และ Matrix Program ต่อการลดการกลับไปเสพติดในผู้ป่วยยาเสพติดที่ คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่.วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ.10(2):252.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.กรมการแพทย์.กระทรวงสาธารณสุข (2558). มาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัดและ FAST MODEL.โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กรุงเทพฯ.
- นพดล โสภณวรกิจ(๒๕๖๑).ผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อระดับการรับรู้สติ 5 ด้านและความเครียดของผู้ป่วยมีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
- อรพิน ทนันท,และคณะ เจือตี (2558).ทางเลือกใหม่ในการตรวจวิเคราะห์ยาเสพติด Amphetamines ในปัสสาวะ.วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2558 (พิเศษ2) 4-6
- ชัชวาล ศิลปะกิจ, อรวรรณ ศิลปะกิจ และภัทรภรณ์ วิสาจันทร์ (2554).ความเที่ยงตรงของ

Philadelphia Mindfulness ฉบับภาษาไทย (The Validity of Philadelphia Mindfulness Scale Thai Version).19(3) 140-147

UNODC Booklet 1 - Executive summary / Policy implications. (n.d.).

<https://www.unodc.org>. Retrieved December 28, 2022, from

https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1.pdf

Badiee, S., Tizdast, T., & Ahadi, H. (2025). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness Therapy on Craving in Methamphetamine-Addicted Patients. *Health*, 3(2), 54-62.

Black, D. S., & Amaro, H. (2019). Moment-by-Moment in Women's Recovery (MMWR): Mindfulness-based intervention effects on residential substance use disorder treatment retention in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 120, 103437.

Jarrett.O.,London,E.D.,Mhmoudie,T.,Suh,J.,Ghahremani,D.,&Dean,A.C.(2023).

Mindfulnessand clinical correlates in methamphetamine use disorder. Drug and alcohol dependence, 253, 111029.