

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกเสพยาสูบของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

เอกพล สุตาชม*

บทคัดย่อ

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ กฎเกณฑ์สำคัญในการรักษาผู้เสพยาสูบแอมเฟตามีน เพื่อนำไปออกแบบกลวิธีทางสุขภาพจิตศึกษาของแต่ละบุคคล แต่สำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนยังมีข้อจำกัด วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกเสพยาสูบแอมเฟตามีนของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน โดยการศึกษาพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน เข้ารับการรักษาที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ แบบผู้ป่วยใน จำนวน 95 คน เก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2565 โดยใช้แบบสอบถามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สมดุลการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง อยู่ในขั้นเตรียมตัว ร้อยละ 50.5 ขั้นลังเลใจ ร้อยละ 29.5 ขั้นไม่สนใจปัญหา ร้อยละ 13.7 และขั้นลงมือปฏิบัติ ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สมดุลการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และมีความแตกต่างกันตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกเสพยาสูบแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกเสพยาสูบแอมเฟตามีนที่แตกต่างกัน ดังนั้น หน่วยบริการจิตเวช ควรประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และจัดกลวิธีทางสุขภาพจิตศึกษาที่เหมาะสม เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: กระบวนการเปลี่ยนแปลง, การรับรู้ความสามารถตนเอง, ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง, โรคจิตจากสารแอมเฟตามีน, สมดุลการตัดสินใจ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

Stages of behavioral change for amphetamine cessation among patients with amphetamine-induced psychosis at the Galya Rajanagarindra Institute

Abstract

The stages of behavior change are a key component in the treatment of amphetamine abusers. to develop plans for individualized mental health education. However, for patients with amphetamine-induced psychosis, there are limitations. To investigate stages of behavioral change for amphetamine cessation among patients with amphetamine-induced psychosis. Method : A descriptive cross-sectional study. The samples are from 95 patients with amphetamine-induced psychosis who were admitted to the Galya Rajanagarindra Institute. The data were collected between August and October 2022. The research tools included the stages of behavioral change questionnaire, the behavioral processes of change questionnaire, the decisional balance questionnaire, and the perceived self-efficacy questionnaire. Results: The following percentages of the sample representatives were found: preparation (50.5%); contemplation (29.5%); pre-contemplation (13.7%); and action (6.3%), respectively. average score of The behavioral processes of change, the decisional balance, and the perceived self-efficacy were at a moderate level. and discovered a link between stages of behavioral change for amphetamine cessation (p -value. <05).

Conclusion: This study concluded that patients with amphetamine-induced psychosis have different stages of behavioral change for amphetamine cessation. Therefore, psychiatric organizations should evaluate the stages of behavioral change and plan accordingly for effective behavior modification.

Keywords: amphetamine-induced psychosis, decisional balance, processes of change, self – efficacy, stages of behavioral change

บทนำ

การเสพติดแอมเฟตามีน หรือ “ยาบ้า” ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านกำลังคน เศรษฐกิจ สังคม การเมืองการปกครองและสาธารณสุข ทวีความรุนแรงและแพร่ระบาดในหลายภูมิภาคทั่วโลก โดยในปี 2563 ประมาณ 34 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 0.4 ของประชากรโลกเสพติด¹ จากข้อมูลการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย ในปี 2563 พบว่า มีจำนวนผู้เสพติดแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นสารที่เข้ารับการรักษามากที่สุดเมื่อพิจารณาระดับของปัญหา พบว่า สัดส่วนผู้ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นจากปี 2556 เกือบ 2 เท่า แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น เป็นผลมาจากสถานการณ์แพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราการกลับไปเสพติดซ้ำ เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาและการของโรคกำเริบ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีโอกาสเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น จนนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตจากการเสพติดแอมเฟตามีนตามมา²

โรคจิตจากสารแอมเฟตามีน เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้เสพติดแอมเฟตามีน มีรายงานว่าผู้เสพติดเป็นประจำ จะพบอาการทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง ร้อยละ 13 – 45³ มีความคล้ายคลึงกับโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง⁴ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดโรคทางจิต พฤติกรรมรุนแรง และการฆ่าตัวตาย⁵ และมีแนวโน้มเข้ารับการรักษาในหน่วยบริการจิตเวชเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ปีงบประมาณ 2562 – 2564 พบว่า มีจำนวน 453, 458 และ 1,026 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.8, 20.4 และ 26.3 ตามลำดับ⁶ การรักษาในปัจจุบัน มี 2 รูปแบบคือ 1) ยาต้านโรคจิต ยาต้านวิตกกังวล และยาต้านเศร้า และ 2) จิตสังคมบำบัด การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจการให้คำปรึกษา เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การบำบัดความคิด พฤติกรรม การจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น ครอบครั

บำบัด และการดูแลเชิงรุกในชุมชน การรักษาเหล่านี้ล้วนมีผลทำให้ผู้ป่วยเลิกเสพติดแอมเฟตามีนลดอาการทางจิต และให้ความร่วมมือในการรักษา^{4,7,8}

หลักการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนที่มีประสิทธิภาพนั้น ควรได้รับการผสมผสานการรักษาอาการทางจิตร่วมกับการเลิกเสพติดแอมเฟตามีน^{2,8} ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตในระยะโรคสงบ ผู้รักษาจำเป็นต้องประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อเลือกใช้กลวิธีทางสุขภาพจิตศึกษาให้เหมาะสม⁸ โดยแบบจำลองข้ามทฤษฎี (Tran Theoretical Model: TTM) ของ Prochaska & DiClemente ได้รับการยอมรับและนำไปประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดนี้เชื่อว่าความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความแตกต่างกันต้องอาศัยกลวิธีจูงใจ ประกอบด้วยขั้นตอนและกระบวนการเปลี่ยนแปลง สมดุลการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเอง⁹ ถูกนำไปใช้กับผู้เสพติดแล้วได้ผลดี¹⁰ เป็นเครื่องมือทำความเข้าใจพฤติกรรมและทำนายผลการรักษา¹¹ แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นไม่ใช่เรื่องง่ายสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้เนื่องจากความซับซ้อนของอาการทางจิตและสารเสพติด¹² ขาดทักษะการดูแลตนเอง และสัมพันธ์ทางสังคม ปัญหาทางกฎหมาย การไม่เข้าถึงการรักษา และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา^{13,14} รวมทั้งการรู้คิดบกพร่อง¹⁵ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจเป็นอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกเสพติดแอมเฟตามีนได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะศึกษาอุบัติการณ์เกิดโรคจิต ลักษณะอาการทางจิต ความบกพร่องการรู้คิด ปัจจัยเสี่ยงการเกิดอาการทางจิต และแนวทางการรักษา^{4,15,16,17} และจิตสังคมบำบัดเพื่อลดอาการทางจิตและลดพฤติกรรมเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ^{18,19,20} ไม่พบ

การศึกษาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจและต้องการทราบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกเสพยาเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนว่าอยู่ในขั้นตอนใด มีความแตกต่างกันตามที่ Prochaska & DiClemente⁹ ได้กล่าวไว้หรือไม่ ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนจัดกลวิธีทางสุขภาพจิตศึกษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับหน่วยบริการจิตเวชต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกเสพยาเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสมดุการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเอง ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกเสพยาเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก อายุระหว่าง 20 – 60 ปี เข้ารับการรักษาที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ แบบผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน เข้ารับการรักษาที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ แบบผู้ป่วยใน ในช่วงเดือนสิงหาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2565 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนเข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยใน มีประวัติเสพยาเสพติดมานาน้อย 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล
2. เพศชายและเพศหญิง อายุ 20 – 60 ปี
3. มีอาการทางจิตในระยะโรคสงบ
4. ไม่บกพร่องด้านสติปัญญา สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยรู้เรื่อง

5. ยินยอมให้เก็บรวบรวมข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1. มีอาการทางจิตกำเริบ หรือมีโรคทางกายระยะเฉียบพลันขณะรวบรวมข้อมูล
2. ผู้ป่วยเสพยาเสพติดอื่นร่วมด้วย เช่น สุรา กัญชา ไอซ์ อี เคตามีน เฮโรอีน กระเทียม เป็นต้น
3. เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามาตามกระบวนการทางกฎหมายหรือระบบบังคับบำบัด

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง 21 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล เป็นขนาดกลาง $r = .30$ จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา .05 อำนาจในการทดสอบที่ระดับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 84 ราย ซึ่งผู้วิจัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาเสพยาเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกเสพยาเสพติด ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & DiClemente⁹ เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบจำนวน 1 ข้อ จำแนกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกเสพยาเสพติด 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นไม่สนใจ

ปัญหา ขันลังเลใจ ขันเตรียมตัว ขันลงมือปฏิบัติ และ ขันปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกเสพยาแอมเฟตามีน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงการสูบบุหรี่ของโซพิยา สุธากุล และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต²² แบบสอบถามถูกแปลเป็นภาษาไทยจากแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของ Prochaska, Velicer, DiClemente & Fava²³ ทั้ง 10 กระบวนการ โดยแบ่งเป็นด้านการรู้คิด 1 ข้อ และด้านพฤติกรรมจำนวน 19 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง เป็นครั้งคราว นานๆ ครั้ง และไม่เคย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เป็นประจำคะแนน 5 บ่อยครั้ง คะแนน 4 เป็นครั้งคราว คะแนน 3 นาน ๆ ครั้ง คะแนน 2 และไม่เคยเลย คะแนน 1 แบ่งกลุ่มคะแนนด้านการรู้คิดด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้น²⁴ ดังนี้ 16 – 37 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 38 – 59 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 60 – 80 คะแนน หมายถึง ระดับสูง แบ่งกลุ่มคะแนนด้านพฤติกรรมดังนี้ 19 – 44 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 45 – 70 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 71 – 95 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสมดุการตัดสินใจ การเลิกเสพยาแอมเฟตามีน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงการสูบบุหรี่ของ โซพิยา สุธากุล และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต²² แบบสอบถามถูกแปลเป็นภาษาไทยจากแบบสอบถามสมดุการตัดสินใจการสูบบุหรี่ของ Velicer, DiClemente, Prochaska & Brandenburg²⁵ โดยแบ่งเป็นด้านผลดีของพฤติกรรม การเสพยาแอมเฟตามีน 10 ข้อ และผลเสียหรืออุปสรรคของพฤติกรรม การเสพยาแอมเฟตามีน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วย เฉย ๆ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 5 เห็นด้วย คะแนน 4 เฉย ๆ คะแนน 3 ไม่เห็นด้วย คะแนน 2 และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 1 แบ่งกลุ่มคะแนนด้านผลดีด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้น²⁴ ดังนี้ 10 – 22 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 23 – 35 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 36 – 50 คะแนน หมายถึง ระดับสูง แบ่งกลุ่มคะแนนด้านผลเสียหรืออุปสรรค ดังนี้ 10 – 22 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 23 – 35 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 36 – 50 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรม การเลิกเสพยาแอมเฟตามีน ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามในความสามารถตนเองของ วาทีณี สุขมาก, อัจฉรี ศิริสุนทร และประภาพร มีนา²⁶ แบบสอบถามถูกแปลเป็นภาษาไทยจากแบบสอบถามของ Schwarzer²⁷ มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง ไม่มั่นใจ ไม่มั่นใจเลย มีเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ มั่นใจมากที่สุด คะแนน 5 มั่นใจมาก คะแนน 4 มั่นใจปานกลาง คะแนน 3 ไม่มั่นใจ คะแนน 2 และไม่มั่นใจเลยคะแนน 1 แบ่งกลุ่มคะแนนความสามารถตนเองวิธีการหาอันตรภาคชั้น²⁴ ดังนี้ 10 – 22 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 23 – 35 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 36 – 50 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเสนอผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย นักสุขศึกษา 1 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาแต่ละข้อมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.95 (0.6 – 1) หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นแบบคงที่ภายในด้วยสูตรสัมประสิทธิ์

ของครอนบาค ของแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสมดุการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.94, 0.70 และ 0.90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสมดุการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาความแตกต่างกันระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กระบวนการเปลี่ยนแปลง สมดุการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเองตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกเสพยาเสพติด โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันกัลยาณราชนครินทร์ วันที่ 24 มิถุนายน 2565 ตามเอกสารเลขที่ 4/2565 รหัสโครงการวิจัย F3/65 เมื่ออนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินยอมและดำเนินการวิจัยต่อไป ขณะเข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกได้หากไม่ต้องการเข้าร่วมโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษา

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 39 ปี อายุเฉลี่ย ($\bar{x}$) เท่ากับ 34.4 ปี อายุน้อยสุด 20 ปี อายุมากที่สุด 52 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 7.02 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สถานภาพโสด

ระยะเวลาเสพยาเสพติดอยู่ในช่วง 6 – 10 ปี ระยะเวลาเสพยาเฉลี่ย เท่ากับ 9.93 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.64 ระยะเวลาเสพน้อยสุด 1 ปี ระยะเวลาเสพมากที่สุด 30 ปี ดังตารางที่ 1

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อยู่ในขั้นเตรียมตัว ร้อยละ 50.5 รองลงมาคือ ขั้นลงมือ ร้อยละ 29.5 ขั้นไม่สนใจปัญหา ร้อยละ 13.7 และขั้นลงมือปฏิบัติ ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสมดุการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเอง

กลุ่มตัวอย่าง มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการรู้คิดระดับปานกลาง อยู่ในช่วง 17 – 74 คะแนน คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 48.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.19 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านพฤติกรรมระดับปานกลาง อยู่ในช่วง 23 – 82 คะแนน คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 56.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 12.62 สมดุการตัดสินใจด้านผลดีระดับปานกลาง อยู่ในช่วง 16 – 39 คะแนน คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 27.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.49 สมดุการตัดสินใจด้านผลเสียหรืออุปสรรคระดับปานกลาง อยู่ในช่วง 24 – 49 คะแนน คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 35.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.99 การรับรู้ความสามารถตนเองระดับปานกลาง ในช่วง 16 – 50 คะแนน คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 33.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.09 ดังตารางที่ 2

ความแตกต่างกันระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสมดุการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกเสพยาเสพติด กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการรู้คิด ($X^2 = 19.66$, $p = .03$) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านพฤติกรรม ($X^2 = 35.12$, $p = .00$) สมดุการตัดสินใจด้านผลดี ($X^2 = 20.25$, $p = .02$)

สมดุผลการตัดสินใจด้านผลเสียหรืออุปสรรค ($X^2 = 8.20$, $p = .04$) และการรับรู้ความสามารถตนเอง ($X^2 = 42.84$, $p = .00$) มีความแตกต่างกันตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเลิกเสพยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

วิจารณ์ผล

จากการศึกษาพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเสพยาสูบแอมเฟตามีน ไม่มีความแตกต่างกันตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเลิกเสพยาสูบแอมเฟตามีน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง เข้าบำบัดรักษาในหน่วยบริการจิตเวชระบบสมัครใจแบบผู้ป่วยใน ซึ่งมีบริบทคล้ายคลึงกัน เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า ระดับการศึกษาและระยะเวลาเสพยาสูบแอมเฟตามีนมีความใกล้เคียงกัน ดังนั้นจึงทำให้ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเลิกเสพยาสูบแอมเฟตามีนไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของ Jang, Kim, Park & Kim²⁸ ที่พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยสุราไม่มีความแตกต่างกันตามความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกดื่มสุรา และการศึกษาของ de Weert-van Oene, Gongora, von Sternberg & de Jong²⁹ ที่พบว่า ระยะเวลาเสพยาสูบของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ไม่แตกต่างกันตามความพร้อมในการรักษาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสพยาสูบเสพติด ผิดกฎหมายขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกเสพยาสูบแอมเฟตามีน พบว่า อยู่ในขั้นเตรียมตัว ร้อยละ 50.5 รองลงมาคือ ขั้นลังเลใจ ร้อยละ 29.5 ขั้นไม่สนใจปัญหา ร้อยละ 13.7 และขั้นลงมือปฏิบัติ ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอาการทางจิตที่สัมพันธ์กับการเสพยาสูบแอมเฟตามีน เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ขณะรักษาและมีอาการทางจิตในระยะโรคสงบ เริ่มตระหนักรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเสพยาสูบ สมดุลตัดสินใจด้านผลดีและ

ผลเสียและแสวงหาแนวทางการรักษาจากผู้ให้การบำบัด ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Prochaska & DiClemente⁹ ที่กล่าวว่า ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเตรียมตัวส่วนใหญ่ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเตรียมพร้อมเข้ารับการรักษา มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Opsal, Kristensen & Clausen³⁰ ที่พบว่า ผู้ป่วยสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสมัครใจและไม่สมัครใจ ส่วนใหญ่อยู่ในขั้นเตรียมตัวเพื่อรับการช่วยเหลือขณะเข้ารับการรักษา และการศึกษาของ de Weert-van Oene, Gongora, von Sternberg & de Jong²⁹ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้ารับการรักษา มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสพยาสูบเสพติด ผิดกฎหมายในระดับสูงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านรู้คิดและพฤติกรรม มีความแตกต่างกันตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกเสพยาสูบแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในขั้นเตรียมตัว ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Prochaska & DiClemente⁹ ที่กล่าวว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความแตกต่างกันตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการด้านการรู้คิดถูกนำมาใช้ในกลุ่มไม่สนใจปัญหาและลังเลใจส่วนกระบวนการด้านพฤติกรรมถูกนำมาใช้ในกลุ่มเตรียมตัวและลงมือปฏิบัติ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Finnell³¹ ที่พบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และการศึกษาของ Fava, Velicer & Prochaska³² ที่พบว่า ผู้ที่อยู่ในขั้นเตรียมตัวเพื่อเลิกสูบบุหรี่ให้ความสำคัญในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากที่สุดสมดุผลการตัดสินใจด้านผลดีและผลเสียหรืออุปสรรคมีความแตกต่างกันตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเลิกเสพยาแอมเฟตามีนอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเตรียมตัว ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Prochaska & DiClemente⁹ ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้ผลดีและผลเสียของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ย่อมมีแนวโน้มตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Stockings et al.³³ ที่พบว่า ความไม่สุขสบายจากการสูบบุหรี่และความพยายามเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาแบบผู้ป่วยใน มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ และการศึกษาของ Morris et al.¹⁷ ที่พบว่า การรับรู้ผลกระทบจากการเสพยาแอมเฟตามีนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถตนเอง มีความแตกต่างกันตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกเสพยาแอมเฟตามีนอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองระดับปานกลางและระดับสูงส่วนใหญ่อยู่ในขั้นเตรียมตัว ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Prochaska & DiClemente⁹ ที่กล่าวว่า หากบุคคลรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น ย่อมมีแนวโน้มตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือพบในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงขั้นเตรียมตัวและลงมือปฏิบัติมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Morris et al.¹⁴ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องและพฤติกรรมเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และการศึกษาของ Schmidt, Bischof, Harting & Rumpf³⁴ ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถในตนเองในปัจจุบันของผู้ป่วยสารเสพติดมีอิทธิพลระดับสูงต่อแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ข้อจำกัดในการวิจัย

แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้สูบบุหรี่ ซึ่งมีข้อคำถามค่อนข้างมาก และบางคำถามอาจไม่เข้ากับบริบทผู้ป่วยสารเสพติดอื่น ๆ โดยเฉพาะแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลง และแบบสอบถามสมดุลการตัดสินใจ ผู้วิจัยจึงดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามในงานวิจัยนี้ แบบสอบถามทั้งหมดมีความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ เมื่อพิจารณาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายเกือบทั้งหมดเนื่องจากช่วงเวลาการศึกษาผู้ป่วยเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีจำนวนน้อย จึงทำให้การเปรียบเทียบความแตกต่างด้านเพศมีข้อจำกัด และการศึกษานี้ เป็นการศึกษาในบริบทของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งเป็นหน่วยบริการจิตเวช ผลการศึกษาจึงไม่สามารถใช้อ้างอิงในระดับประเทศได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการจิตเวช ควรประเมินผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขณะเข้ารับการรักษา และจัดกลวิธีทางสุขภาพจิตศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมเลิกเสพยาแอมเฟตามีนตามในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้การเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นประสบผลสำเร็จ
2. การศึกษานี้เป็นการศึกษาในบริบทของหน่วยบริการจิตเวช ซึ่งมีความแตกต่างจากหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ เพราะฉะนั้นการศึกษาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ควรคำนึงถึงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมการเสพยาเสพติด และหน่วยบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับวิธีการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การเลิกเสพยาเสพติด เช่น บังคับกำหนด พฤติกรรม การประเมินความพร้อม แรงจูงใจและการ คงอยู่ในระบบการรักษา เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา อย่างครอบคลุม

2. ควรมีการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการจัดทบทวนวิธี ทางสุขภาพจิตศึกษาที่เหมาะสม ตามขั้นตอนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้กับกลุ่มทดลอง

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กระบวนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สมดุลการตัดสินใจ และการ รับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และมีความแตกต่างกันตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Prochaska & DiClemente⁹ แสดงให้เห็นว่าแนวคิดนี้ สามารถ นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดได้ นอกจากนี้ มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในชั้น

เตรียมตัวเพื่อเลิกเสพยาเสพติดตามใจ จึงเป็น สัญญาณที่ดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้น หน่วยบริการจิตเวช สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือทำ ความเข้าใจขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใน ระยะโรคสงบ และกำหนดกลวิธีทางสุขภาพจิตศึกษาที่ เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมในระดับสูงขึ้น จนสามารถเลิกเสพยาเสพติด ได้สำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร. สงวน ลือเกียรติบัณฑิต และศาสตราจารย์ ดร. วาทีณี สุข มาก ที่อนุญาตให้ใช้และดัดแปลงเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่ม การกักขังยาเสพติด สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่ อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าตรวจสอบ เครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความ ร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้งานวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละข้อมูลส่วนบุคคล (N = 95)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	91	95.8
หญิง	4	4.2
อายุ (ปี)		
20 – 29 ปี	24	25.3
30 – 39 ปี	46	48.4
≥ 40 ปี	25	26.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	32	33.7
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	30	31.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	33	34.7
สถานภาพสมรส		
โสด	61	64.2
สมรส	19	20.0

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หม้าย หย่า แยกทาง	15	15.8
ระยะเวลาที่เริ่มเสพสารแอมเฟตามีนจนถึงปัจจุบัน (ปี)		
1 – 5 ปี	31	32.6
6 – 10 ปี	35	36.9
≥ 11 ปี	29	30.5

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สมดุลการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน (N = 95)

ตัวแปร	($\bar{x}$)	S.D.	Rang	แปลผล
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม				
ด้านการรู้คิด	48.68	11.19	17 – 74	ปานกลาง
ด้านพฤติกรรม	56.60	12.62	23 – 82	ปานกลาง
สมดุลการตัดสินใจ				
ด้านผลดี	27.47	5.49	16 – 39	ปานกลาง
ด้านผลเสียหรืออุปสรรค	35.81	4.99	24 – 49	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถตนเอง	33.42	7.09	16 – 50	ปานกลาง

$\bar{X}$, Mean; S.D., Standard Deviations

ตารางที่ 3 ความแตกต่างกันระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สมดุลการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเองตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน โดยทดสอบไคสแควร์ (N = 95)

ตัวแปร	ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิก เสพสารแอมเฟตามีน								X ²	df	p
	PC		C		P		A				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
เพศ											
ชาย	13	13.7	27	28.4	45	47.4	6	6.3	2.09	3	.55
หญิง	0	0.0	1	1.1	3	3.2	0	0.0			
อายุ (ปี)											
20 – 29 ปี	4	4.2	7	7.4	12	12.6	1	1.1	6.89	6	.33
30 – 39 ปี	7	7.4	11	11.6	23	24.2	5	5.3			
≥ 40 ปี	2	2.1	10	10.5	13	13.7	0	0.0			
ระดับการศึกษา											
ประถมศึกษา	6	6.3	8	8.4	16	16.8	2	2.1	6.39	6	.38
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	1	1.1	11	11.6	15	15.8	3	3.2			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	6	6.3	9	9.5	17	17.9	1	1.1			
สถานภาพสมรส									6.15	6	.40

ตัวแปร	ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการศึกษา								X ²	df	p
	เสพยาเสพติด										
	PC		C		P		A				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
โสด	9	9.5	19	20.0	28	29.5	5	5.3			
สมรส	2	2.1	7	7.4	9	9.5	1	1.1			
หม้าย หย่า แยกทาง	2	2.1	2	2.1	11	11.6	0	0.0			
ระยะเวลาที่เริ่มเสพยาเสพติดจนถึงปัจจุบัน (ปี)											
1 – 5 ปี	3	3.2	9	9.5	15	15.8	4	4.2			
6 – 10 ปี	7	7.4	10	10.5	17	17.9	1	1.1	4.68	6	.58
≥ 11 ปี	3	3.2	9	9.5	16	16.8	1	1.1			
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการรู้คิด											
ระดับต่ำ	7	7.4	6	6.3	2	2.1	1	1.1			
ระดับปานกลาง	5	5.3	20	20.1	40	42.1	3	3.3	19.6	6	.03*
ระดับสูง	1	1.1	2	2.1	6	6.3	2	2.1	6		
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านพฤติกรรม											
ระดับต่ำ	8	8.4	10	10.5	1	1.1	0	0.0			
ระดับปานกลาง	4	4.2	17	17.9	37	38.9	4	4.2	35.1	6	.00*
ระดับสูง	1	1.1	1	1.1	10	10.5	2	2.1	2		
สมดุลการตัดสินใจด้านผลดี											
ระดับต่ำ	0	0.0	1	1.1	13	13.7	4	4.2	20.2	3	.02*
ระดับปานกลาง	12	12.6	25	26.3	32	33.7	2	2.1	5		
ระดับสูง	1	1.1	2	2.1	3	3.2	0	0.0			
สมดุลการตัดสินใจด้านผลเสียหรืออุปสรรค											
ระดับปานกลาง	10	10.5	16	16.8	21	22.1	1	1.1	8.20	3	.04*
ระดับสูง	3	3.2	12	12.6	27	28.4	5	5.3			
การรับรู้ความสามารถตนเอง											
ระดับต่ำ	4	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	42.8	6	.00*
ระดับปานกลาง	9	9.5	21	22.1	23	24.2	0	0.0	4		
ระดับสูง	0	0.0	7	7.4	25	26.3	6	6.3			

*แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p<.05); PC, Pre – contemplation; C, Contemplation; P, Preparation; A, Action

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2022. Vienna: United Nations; 2022.

2. ดนัย อินทรกำแหง. สถานการณ์ของยาบ้าไอซ์ และสารเสพติดโดยรวมในประเทศไทยใน: รัศมน กัลยาศิริ บรรณาธิการ. ข้อเท็จจริงและตัวเลข : สาร

เสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ปี 2560-2563 = Facts and figures : illegal substances in Thailand 2017-2020. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2563; 13-20.

3. McKetin R, McLaren J, Lubman DI, Hides L. The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users. Addiction 2006; 101(10): 1473-1478.

4. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.); 2556.

5. McKetin R, Leung J, Stockings E, Huo Y, Foulds J, Lappin JM, et al. Mental health outcomes associated with of the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* 2019; 16: 81-97.

6. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. รายงานผลการปฏิบัติงานสำหรับผู้บริหารของกรมสุขภาพจิต (สจ.ร.ง.201) สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2565.

7. Shoptaw SJ, Kao U, Ling W. Treatment for amphetamine psychosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 2009(1):CD003026.

8. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Treatment for people with Co-Occurring Disorders. Updated 2020. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (U.S.); 2020.

9. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical Model and stages of change. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K editors. *Healthbehavior and health education: Theory, research, and practice*. 4thed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p.97-117.

10. Krebs P, Norcross JC, Nicholson JM, Prochaska JO. Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *J Clin Psychol* 2018; 74(11):1964-1979.

11. Nidecker M, DiClemente CC, Bennett ME, Bellack AS. Application of the Transtheoretical Model of change: psychometric properties of

leading measures in patients with co-occurring drug abuse and severe mental illness. *Addict Behav* 2008; 33(8): 1021-1030.

12. DiClemente CC, Nidecker M, Bellack AS. Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34(1): 25-35.

13. Brown CH, Bennett ME, Li L, Bellack AS. Predictors of initiation and engagement in substance abuse treatment among individuals with co-occurring serious mental illness and substance use disorders. *Addict Behav* 2011; 36(5): 439-47.

14. Morris DH, Davis AK, Lauritsen KJ, Rieth CM, Silvestri MM, Winters JJ, et al. Substance use consequences, mental health problems, and readiness to change among Veterans seeking substance use treatment. *J Subst Abuse Treat* 2018; 94:113-121.

15. Srisurapanonta M, Lamyai W, Pono K, Indrakamhaeng D, Saengsin A, Songhong N, et al. Cognitive impairment in methamphetamine users with recent psychosis: a cross-sectional study in Thailand. *Drug Alcohol Depend* 2020; 210:107961.

16. พิษญา วัฒนการุณ, ฐิติมา สงวนวิชัยกุล. นิพนธ์ต้นฉบับอาการทางจิตของผู้ป่วยในโรคจิตจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีน. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 2557; 8(2): 11-20.

17. Lamyai W, Pono K, Indrakamhaeng D, Saengsin A, Songhong N, Khuwuthyakorn P, et al. Risks of psychosis in methamphetamine users: cross-sectional study in Thailand. *BMJ Open* 2019; 9: e032711.

18. โกศล วราอัศวปติ, วรท ลำไย, กิตต์กวี โพธิ์โน, นพพร ตันติรังสี และปราณี จันทะโม. ผลของการบำบัด starts over and survive ต่อการ

ลดการเสพยาในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2565; 30(2): 87-99.

19. กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, ปราณิ ฉันทพจน์ และสุพัตรา สุขาวท. ประสิทธิภาพการบำบัด Co-occurring disorder (COD) Intervention ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561; 63(2): 127-140.

20. นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์, ภัทราภรณ์ ภทรสกุล, อรัญญา แพจัย, อมรรัตน์ ชัยนนธิ, นัชชารินทร์ ชำของกิจ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2565; 36(2): 180-203.

21. ธวัชชัย วงพงศธร, สุรีย์พร วงพงศธร. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power. วารสารกรมอนามัย 2561; 41: 11-21.

22. Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente CC, Fava J. Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. J Consult Clin Psychol 1988; 56(4): 520-8.

23. เต็มศรี ชำนิการกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.

24. โชพียา สุธากุล และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต. คุณสมบัติของแบบวัดตัวแปรจิตลักษณะตามแบบจำลองข้ามทฤษฎีในผู้ใหญ่. วารสารเภสัชกรไทย 2552; 1(1): 48-63.

25. Velicer WF, DiClemente CC, Prochaska JO, Brandenburg N. A decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. J Pers Soc Psychol 1985; 48: 1279-89.

26. วาทีนิ สุขมาก, อัจฉรี ศิริสุนทร, ประภาพร มีนา. ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถตนเอง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2545; 47(1): 32-36.

27. Schwarzer R. General perceived self-efficacy in 14 cultures.[online], 1997. Available from:<http://userpage.fuberlin.de/~health/world14.htm>. [Cited 1 March 2022].

28. Jang O, Kim Y, Park H, Kim H. Factors influencing readiness to change among hazardous drinkers in South Korea. Psychiatr Clin Psychopharmacol 2021; 31: 110-116.

29. de Weert-van Oene GH, Gongora V, von Sternberg K, de Jong CA. Motivation for Treatment and Motivation for Change in Substance-Dependent Patients with Co-Occurring Psychiatric Disorders. J Psychoactive Drugs 2015; 47(5): 393-400.

30. Opsal A, Kristensen Ø, Clausen T. Readiness to change among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. Subst Abuse Treat Prev Policy 2019; 14(1): 47.

31. Finnell DS. Use of the Transtheoretical Model for individuals with co-occurring disorders. Community Ment Health J 2003; 39(1): 3-15

32. Fava JL, Velicer WF, Prochaska JO. Applying the transtheoretical model to a representative sample of smokers. Addict Behav 1995; 20(2): 189-203.

33. Stockings E, Bowman J, McElwaine K, Baker A, Terry M, Clancy R, et al. Readiness to quit smoking and quit attempts among Australian mental health inpatients. Nicotine Tob Res 2013; 15(5): 942-9.

34. Schmidt C, Bischof G, Harting M, Rump H-J. Motivation to change and readiness for counseling in prescription-drug-dependent patients in a general hospital population. Addict Res Theory 2009; 17(2): 186-190.